Zeitschrift: Illustrierte schweizerische Handwerker-Zeitung : unabhängiges Geschäftsblatt der gesamten Meisterschaft aller Handwerke und Gewerbe

Herausgeber: Meisterschaft aller Handwerke und Gewerbe

Band: 49-50 (1932)

Heft: 33

Artikel: Das Krankenhaus der Gegenwart

Autor: [s.n.]

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-582586

Nutzungsbedingungen

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

Conditions d'utilisation

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

Terms of use

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

Download PDF: 29.12.2025

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

Illustrierte schweizerische
Handwerker-Zeitung
Unabhängiges Geschäftsblatt der gesamten Meisterschaft aller Handwerke und Gewerbe

Abonnementspreis: 6 Monate Fr. 6.-, 12 Monate Fr. 12.- **Inserate:** 30 Cts. per einspaltige Colonelzeile. Wiederholungen Rabatt

Redaktion, Druck, Verlag und Expedition
Walter Senn-Blumer, vorm. Senn-Holdinghausen Erben, Zürich, Alfred Escherstr. 54 Postcheck VIII 373
Annoncenregie: Fritz Schück Söhne, Zürich (Alfred Escherstr. 54) Postfach Zürich-Enge Postcheck VIII 2961 Telephon 57.880

Zürich, 17. November 1932 Erscheint jeden Donnerstag Band 50 **No. 33**

Das Krankenhaus der Gegenwart.

(Korr.) Das Thema des Krankenhausbaues ist in der Schweiz gegenwärtig ein besonders akutes. Sehr viele Spitäler sind in den letzten Jahren neu errichtet worden (Bern, Zürich, Davos, Montana), andere Projekte harren der baldigen Verwirklichung (Zürich, Basel, Arosa, Aarau, Schaffhausen, Interlaken). Speziell in Basel spielt der Krankenhausbau eine bedeutende Rolle. Das Klaraspital, das Kinderspital und das Frauenspital sind in jüngster Zeit teils neu-, teils umgebaut worden. Heute werden die Bauten eines suburbanen Sanatoriums auf der Chrischona bei Basel, des Bürgerspitals und die Erweiterung des Kinderspitals lebhaft diskutiert. Und weil nun die baulichen Fragen über die Basler Spitalbauten in Fachkreisen heute intensiver denn je besprochen werden, lag es dem Basler Ingenieur- und Architektenverein nahe, einmal einem Spezialisten dieses Gebietes das Wort zu erteilen. So trug denn kürzlich Professor Stürzenacker aus Karlsruhe den Basler Fachleuten, den Medizinern, Architekten und Ingenieuren seine Erfahrungen und Ansichten über den modernen Krankenhausbau vor, von denen im folgenden einige Hauptpunkte festgehalten seien.

Die Kriege haben den Krankenhausbau gefördert, zunächst freilich nur quantitativ in den kriegführenden Ländern selbt, dann aber auch rein qualitativ über die Grenzen dieser Länder hinaus infolge der vermehrten und intensiveren wissenschaftlichen Arbeiten während dieser Zeit. Die reicheren Erfahrungen und Erkenntnisse auf chirurgischem und medizinischem Gebiet mußten auch große Erfolge zeitigen. Man denke an die Perioden nach 1870 und nach dem Weltkrieg in Europa, nach den Befreiungskriegen in den Vereinigten Staaten.

Um das Thema des amerikanischen Krankenhauses gleich vorweg zu nehmen: Die Leistungen, die in diesem Kontinente für Spitalbauten aufgebracht werden, sind enorm, prozentual zur Einwohnerzahl, weit größer als bei uns. Wenn aber von den Riesenkrankenhäusern Amerikas die Rede ist, so beachte man, daß diese Bauart auch für dieses Land nicht die typische ist. Nur 9 % der dortigen Krankenhäuser weisen mehr als 500 Betten auf. Vereinzelt kommen allerdings solche bis zu 3000 Betten vor. Die übrigen 91 % aber sind in ihrer Größe durchaus den unsrigen ähnlich. Ein Charakteristikum für das Krankenhaus der Vereinigten Staaten stellt sich in der Bettzahl der Krankenzimmer dar. Die erste Klasse umfaßt dort sehr reich ausgestattete Einzelzimmer mit Bad und W. C. Die Zimmer der zweiten Klasse weisen 1—4 Betten auf. Die Drittklaßzimmer aber enthalten 5—30 Betten und diese für die Masse bestimmten sind in der Mehrzahl. Die hygienischen Anschauungen weichen also dort deutlich von den unsrigen ab. Man kennt im dortigen Krankenhaus die Warmwasserheizung nicht, dafür die künstliche Lüftung, die Krankenzimmer orientieren sich nach allen Himmelsrichtungen, Balkone und Liegehallen gibt es nur in spärlicher Anzahl und die Gänge sind oft nichts anderes als dumpfe Winkel. Und noch ein bezeichnendes Merkmal: Der Kranke wird in amerikanischen Spitälern durchschnittlich nach einer Woche entlassen; bei uns im Durchschnitt erst nach 4 Wochen. Man kann über die Zweckmässigkeit dieses und jenes Betriebes kaum im Zweifel sein. Was ist besser oder erstrebenswerter? Die oberflächliche Gesundheitspflege der Masse oder die vollkommene Gesundheit für Wenige? Jedenfalls liegt hier der bedeutsame Unterschied in den Behandlungsarten vor.

An europäischen Krankenhäusern können uns heute nur die deutschen und schweizerischen Bauten vorbildlich sein. Die Mißerfolge bei den epidemischen Krankheiten im 19. Jahrhundert führten damals zur Mode des Pavillonsystems, der Aufteilung des Spitalkomplexes in vielfach getrennte Gebäude. Vorteile ergaben sich daraus zunächst auf gesundheitlichem Gebiet und in der Verminderung der Feuersgefahr. Der Nachteil lag in der wirtschaftlichen Natur in dem komplizierten und teuren Dienstbetrieb dieses Systems. Beispiele dieser Anordnung waren das Virchow-Krankenhaus in Berlin, die Spitäler in Nürnberg, Charlottenburg und Frankfurt. Später, nach den Erfolgen verbesserter Seuchenbekämpfung, kehrte man zum geschlossenen Baukörper zurück, so in Fürth, Zürich, Karlsruhe und namentlich in Elberfeld, dessen neues Krankengebäude eine Längenausdehnung von 500 Metern aufweist.

Ein Krankenhaus darf nicht vom Architekten allein gebaut werden. Das Werk muß, wenn es seinen Zweck wirklich voll erfüllen soll, in jedem besondern Falle eine Zusammenarbeit von Arzt, Vewaltungsmann und Architekt sein. Primär sollen überhaupt die beiden erstgenannten Kräfte die notwendige Vorarbeit leisten und erst sekundär haben sich der Techniker, der Architekt und der Ingenieur mit dem Bau zu beschäftigen.

* * *

Im Mittelalter legte man die Tollen an die Kette und ließ sie ständig gefesselt. Bis in unser Jahrhundert hinein blieben die Irrenanstalten von der Um-

welt streng abgeschlossen. Heute läßt man die Geisteskranken in Werkstätten, in Gärten und auf den Feldern arbeiten und erzielt damit bessere Erfolge. Man macht sich dabei die physische Einwirkung auf den Kranken zunutze.

Es braucht nicht mehr näher beschrieben zu werden, mit welchem überdimensionierten architektonischen Aufwand bisher die Spitäler gebaut wurden. Angefangen mit dem Ospedale Maggiore zu Mailland (um 1460) und (hoffentlich) beendet um 1930. Man verzichtet heute gerne auf alle Ornamentierungen und verleiht den Krankenhäusern dafür einen praktischen Schmuck: die Terrassen, die Galerien und die Liegehallen.

Die Flüssigkeit des Verkehrs innerhalb eines Spitals ist ein weiteres wichtiges Erfordernis. Nicht allein für den Krankendienst. Auch die Kranken sollen stets leicht transportabel sein. Sie sollen je nach Witterung mit Luft, Licht und Sonne in Verbindung gebracht werden können. Aufzüge und bequeme Wege sorgen für die Teilnahme des Patienten am Gottesdienst, an Musik, an gemeinsamen Mahlzeiten. Auch die Schwerkranken sucht man heute so wenig wie nur möglich von der Natur und von der Gemeinschaft abzuschließen. Alle diese Dinge sollen und können auch auf das Behagen des Patienten einwirken. Auch die ganze Art und Weise der Krankenzimmerausstattung. Man hat zeitweise die Krankenräume ganz in Weiß gehalten. Damit erreichte man freilich ein Maximum an Hygiene. Weiß vermeidet unbedingt am besten die Übertragung von Infektionskeimen. Die meisten Ärzte sprechen gegenwärtig aber trotzdem der Farbe das Wort; aus psychologischen Gründen. Der Erfolg soll durchaus derselbe sein. Was an dem kleinen Bruchteil von Salubrität verloren geht, wird anderseits durch die Farbe am seelischen Zustand des Kranken reichlich wieder eingebracht. Zudem kommt als Aufenthaltsort für zahlreiche Kranke heute nicht mehr allein das Krankenzimmer in Betracht, die Terrasse ist wertvoller geworden. Das Zimmer hat also an Wert und Bedeutung stark abgenommen.

Um 1900 benötigte man bei den Spitälern durchschnittlich 70 % des Kubus für Krankenräume und die restlichen 30 % für Behandlungs- und Diensträume. Heute bei der reichen Anlage von Laboratorien, Operationssälen, Bädern, Röntgenabteilung, Räumen für Diathermie, Elektrotherapie usw. rechnet man in Deutschland nur mehr mit 60 % an Krankenräumen, bei speziellen Krankenhäusern sogar nur mit 50 %. Die Ausmaße der einzelnen Abteilungen weichen von Fall zu Fall weit voneinander ab.

Dem sehr angestrengt arbeitenden Personal, das vordem im Ganzen recht primitiv und notdürftig, zum Teil sogar sehr schlecht untergebracht war, wird heute glücklicherweise mehr Achtung entgegengebracht. Die Verhältniszahlen von Kranken und Personal variieren wiederum je nach Art der Krankenhäuser, Kliniken, Sanatorien etc. bedeutend. Sie dürften sich bei uns zwischen 1 : 3 und 1 : 2 bewegen (in Amerika 2 : 3 bis 1 : 1).

Nun zu der sehr umstrittenen und brennenden Frage der Kosten eines Krankenhauses der Gegenwart. Vor 30 Jahren galt in Deutschland die Summe von 4000 Mark pro Krankenbett als Norm. Gegenwärtig lauten die Durchschnittszahlen 8000 bis 9000 Mark oder in erweitertem Sinne 6000 bis 12,000 Mark. Woher diese kolossalen Steigerungen? Verschiedene Momente sind dafür verantwortlich zu machen. Einmal der Baukostenindex, welcher vor zwei Jahren in Deutschland noch zwischen 170 und 180 (gegenüber 100 im Jahre 1914) stand, sich inzwischen aber bis heute wieder auf 110 gesenkt hat. Es kommt also wesentlich darauf an, in welchem Zeitpunkt eines der neuen Spitäler gebaut wurde. Sodann haben die Bauprogramme für Krankenhäuser seit der Jahrhundertwende eine bedeutende Steigerung erfahren (Behandlungsräume). Wir bauen auch keine der großen, natürlich sehr ökonomischen, aber dafür weniger hygienischen Krankensäle mehr, sondern höchstenfalls Zimmer zu sechs Betten. Und schließlich ist gerade jeder Krankenhausbau eine sehr schwierige Aufgabe, welcher eine reiche Erfahrung fordert. Unerfahrenheit seitens der auftraggebenden Behörde, wie der ausführenden Architekten, führen leicht zu überzahlten Spitalbauten. Ein „billiges" Krankenhaus kann zudem in der Wirkung sehr teuer ausfallen, umgekehrt ein „teures" im Betrieb sich als sehr wirtschaftlich erweisen. In klinischen Betrieben, wo Demonstrationsräume und Hörsäle erforderlich sind, können die Kosten eines Krankenbettes gelegentlich bis auf 15,000 Mark anwachsen. Für die Schweiz dürften zur Zeit die Zahlen innerhalb der Marge von 14,000 bis 25,000 Fr. pro Bett Geltung haben. Wir wissen, daß die Erweiterungsbauten des klinischen Frauenspitals zu Basel auf 30,000 Fr. pro Krankenbett zu stehen kamen; Kinderspital Basel 20,000 Fr.; Loryspital Bern 14,000 Fr. Die Zahlen für den Kubikinhalt inkl. allen Nebenräumen pro Krankenbett weichen ebenfalls enorm von einander ab; es wurden 150 bis 450 m^3 genannt.

Gewisse Normen im Krankenhausbau müssen unbedingt eingehalten werden, namentlich diejenigen über die Möblierung, über Stuhl, Bett und Apparate. Die amtlichen Bestimmungen, welche die Kubikmaße für Korridore, Tagesräume, Bäder etc. regelten, scheinen uns nicht mehr notwendig. Die allgemein hygienischen Grundsätze diktieren die Ausmaße von selbst.

Anschließend an den Vortrag Prof. Stürzenackers entwickelte sich eine rege Diskussion, namentlich unter den Basler Medizin-Professoren und Spitaldirektoren. Regierungsrat Aemmer referierte speziell über Baukosten. Prof. Labhard wies mit Recht auf die Notwendigkeit sehr sorgfältiger Bauprogramm-Aufstellung. Er gab seinen guten Erfahrungen über das Sarason'sche Prinzip (Döckerscher Terrassen-Typ) mit der nach oben zurückgestaffelten Terrassenanordnung Ausdruck (mit der Einschränkung, daß die Gänge übereinanderliegen müssen) und nannte als Verhältnisszahl zwischen Raumbedarf pro Krankenbett und Personalbett die Stockwerkzahl von 3 : 1. Prof. Massani hielt das Saranson'sche Prinzip nur bei niedrigen Bauten am Platz wegen der sonst zu tiefen unteren Räume, forderte eine gewisse Elastizität der Raumanordnung (Vergrößerung- oder Veränderungs-Möglichkeiten) und warnte vor allzugroßer Farbenfreude in den Krankenzimmern wegen der Irritierungsgefahr bei der Diagnostik. Prof. Wieland sprach über den Ausbau der Kinderspitäler, forderte in diesem Falle aus Gründen der leichten Ansteckung die inneren Glastrennwände welche ihrerseits wieder den gestaffelten Terrassentyp erübrigen. Gegen das (verhältnismäßig billige) Dosquet'sche System hegte er für ein Kinderspital wegen der unvermeidlichen Zugluft größte Bedenken und hielt sogar das alte Winterfenster hier wieder am Platze. Professor Henschen endlich deutete auf die Wichtigkeit der administrativen Idee beim Krankenhausbau. Eine Reihe von Epidiaskop-Bildern von neueren Spitalbauten aus Deutschland, der Schweiz, Spanien und den Ver-

einigten Staaten verdeutlichten die Vielseitigkeit und die Verschiedenheit dieser außerordentlich schwierigen Materie. Rü.

Bauchronik.

Baupolizeiliche Bewilligungen der Stadt Zürich wurden am 11. November für folgende Bauprojekte, teilweise unter Bedingungen, erteilt:

Ohne Bedingungen:

1. Genossenschaft Bleicherweg/Talstraße, Erstellung von Dachaufbauten Talstraße 20, Z. 1;
2. G. Frei, Umbau Zwinglistraße 23, Z. 4;
3. R. Röschli, Umbau mit Hofunterkellerung Kasernenstraße 3 und 5, Abänderungspläne, Z. 4;
4. J. Streckeisen, innern Umbau Bäckerstr. 20, Z. 4;
5. Genossenschaft Zoologischer Garten, Verkaufstand A im Zoologischen Garten Zürichbergsraße, Abänderungspläne, Z. 7;
6. Kinderspital Zürich/Eleonorenstiftung, Stockwerkaufbau Steinwiesstraße 75, Z. 7;
7. E. Rappolt, Umbau im Dachstock Freiestr. 68, Z. 7;

Mit Bedingungen:

8. Aktiengesellschaft Mühlehof, Geschäftshaus Nüschelerstraße 30, Abänderungspläne, Z. 1;
9. Bischöfliche Methodistenkirche, Töchterheim Zeltweg 20 (II. abgeändertes Projekt), Z. 1;
10. Immobiliengenossenschaft Rämistraße, Geschäftshaus Rämistraße 8, Abänderungspläne, Z. 1;
11. E. Kofmehl-Steiger, Umbau Bahnhofstraße 61, Abänderungspläne, Z. 1;
12. V. Lichtlen, Erstellung eines Autoremisengebäudes mit Magazinen im Hof und eines Verbindungsganges mit Glasdach und Grenzmauer an der Seitengrenze Niederdorfstraße, Z. 1;
13. Stadt Zürich, Erstellung eines Kamines, Sihlstraße Nr. 65, Z. 1;
14. H. Staub's Erben, Fassadenrenovation, Vereinfachung der Fassaden, Höherlegung des Gesimsgurtes an der Seidengasse 13/Gerbergasse 6, Z. 1;
15. H. Frischknecht, Erkerausbau und Umbau Moosstraße 19, Z. 2;
16. A. Lustenberger, Einfamilienhaus mit Autoreparaturwerkstatt, Autoremisen, Benzintankanlage mit Abfüllsäule und Offenhaltung des Vorgartengebietes Albisstraße 135, teilw. Verweigerung, Z. 2;
17. J. Neff, An- und Umbau, mit Abänderung der Einfriedung und teilweise Offenhaltung des Vorgartengebietes Zwirnerstraße 102, Z. 2;
18. F. Rieter, Umbau Kurfirstenstraße 20, Z. 2;
19. G. Huber & L. Lieber, Doppelmehrfamilienhaus mit Werkstatt Bremgartnerstraße 56 (abgeändertes Projekt) und Einfriedung Bremgartnerstraße 50, 52 und 54, Z. 3;
20. Walder & Doebeli, Kellerumbau Vers.-Nr. 2270/Haldenstraße 114, Z. 3;
21. W. Wüest, 2 Doppelmehrfamilienhäuser mit Vorgartenoffenhaltung Bremgartnerstraße 70/Birmensdorferstraße 187, Z. 3;
22. Baugenossenschaft von Staats-, Stadt- und Privatangestellten, fünf Doppelmehrfamilienhäuser Gugolzstraße 24, 26, 28, 30, 32/Eichbühlstraße, Z. 4;
23. S. A. T. A. M. A.-G./Denner & Co., Benzintankanlage mit Abfüllsäule Ackerstraße 21, Z. 5;
24. Gebrüder Tüscher & Co., Anbau einer Hofüberdachung und eines Lagerschuppens Hardturmstraße 201/Förrlibuckstraße, Z. 5;
25. Baugenossenschaft Markus, Doppelmehrfamilienhaus Rötelstraße 14, Abänderungspläne, Z. 6;
26. M. Bettenmann, Umbau Spyristraße 9, Abänderungspläne, Z. 6;
27. Bureauhaus an der Walche A.-G./Brevo A.-G., Erstellung eines Benzintanks Walchestr. 31/33 Z. 6;
28. Burmag A.-G., Doppelmehrfamilenhaus mit Autoremisen Goldauerstr. 47, Abänderungspläne, Z. 6;
29. E. Günthardt, Umbauten im Kehlgeschoß Gladbachstraße 12, Abänderungspläne, Z. 6;
30. L. Lange, Erstellung einer Öltankanlage Schindlerstraße 9, Z. 6;
31. H. Tostini, 3 Einfamilienhäuser Wehntalerstr. 200, 218, 222 (II. abgeändertes Projekt), Z. 6;
32. A. Weinmann, An- und Umbau Frohburgstraße Nr. 51, Z. 6;
33. A. Winkler/K. Schultheß, Erstellung einer Benzintankanlage mit Zapfsäule Neue Beckenhofstraße Nr. 29, Z. 6;
34. J. Tschudy, Abänderung der Einfriedung und Erstellung einer Einfahrt Susenbergstraße 77, Z. 7;
35. Diakonieverband „Wartburg", Umbau Feldeggstraße 87, Z. 8;
36. A. Hirt, Einbau eines Abortes Klausstraße 45, Wiedererwägung, Z. 8;
37. Immobiliengenossenschaft Beaurivage, 2 Doppel- und 1 dreifaches Mehrfamilienhaus mit Autoremisen und Einfriedung Nebelbachstraße 3 und 5/Dufourstraße 207 (abgeändertes Projekt), Z. 8.

Spitalbauten in Zürich. Das Sekretariat der kantonsrätlichen Spitalbautenkommission teilt mit: Gestützt auf die nach der ersten Sitzung der Spitalbautenkommission in der Presse erschienenen Berichterstattungen beschloß die Kommission, von jeder Sitzung ein kurzes Communiqué an die Presse ergehen zu lassen, da eine persönliche Berichterstattung zu Mißverständnissen führen könne. Die Kommission sei vom Kantonsrat zum Studium und zur Antragstellung an den Kantonsrat über die Spitalbaufragen gewählt worden und nur letzterem gegenüber zu näherer Berichterstattung verpflichtet und berechtigt. Mit Rücksicht aber auf das große Interesse, das der Frage der Spitalbauten in der Öffentlichkeit entgegengebracht wird, dürfte eine jeweilige kurze Mitteilung über die Kommissionsberatungen an die Presse angezeigt sein.

In der zweiten Sitzung vom 8. November orientierte Kantonsbaumeister Wiesmann die Kommission an Hand von Projektplänen über die Vergrößerung des Hauptgebäudes des Kantonsspitals, wodurch Platz für 274 neue Betten gewonnen werden sollte, für welches Bauprojekt die Stimmberechtigten des Kantons Zürich am 14. September 1930 einen Kredit von 6 Millionen Franken bewilligten. Das der Abstimmungsvorlage zugrunde liegende Projekt versuchte, auf einfache Art Platz für eine große Zahl von neuen Krankenbetten zu schaffen, ohne Rücksichtnahme auf die dringenden weiteren Bedürfnisse des Spitals. Bei der Weiterbehandlung der Einzelheiten des Projektes haben sich sofort Schwierigkeiten für die Aufstockung des Hauptgebäudes ergeben und trat die Frage einer neuen Prüfung unter Berücksichtigung der Gesamtbedürfnisse des Spitals in den Vordergrund. Unter diesen Umständen beauftragte die Regierung im August 1930 Architekt Häfeli sen., diese Nachprüfung vorzunehmen.

An Hand eines Modells dieses Fachmannes veranschaulichte Kantonsbaumeister Wiesmann die Möglichkeit, alle Kliniken und Polikliniken unter Zusammendrängung der Bauten auf dem alten Spitalareal unterzubringen, betonte aber, daß diese Lösung nach keiner Richtung befriedige. Auch weitere Bebauungs-