

Zeitschrift:	Das Werk : Architektur und Kunst = L'oeuvre : architecture et art
Band:	33 (1946)
Heft:	2
Artikel:	Bürgerspital Basel : Erbaut durch die Architektengemeinschaft E. & P. Vischer/ H. Baur/ Bräuning, Leu, Dürig, Architekten BSA/SIA, Basel
Autor:	Staub, Hans
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-26300

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: 18.02.2026

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



: P. Heman, Basel

Der Spitalneubau im Stadtbild, Ansicht von Westen

BÜRGERSPITAL BASEL

*Erbaut durch die Architektengemeinschaft E. & P. Vischer / H. Baur / Bräuning, Leu, Dürig,
Architekten BSA/SIA, Basel*

Nach den ersten Wochen im Neubau **Von Hans Staub**

“The Southern Hospital in Stockholm, the only general hospital built in Europe during the Second World War...” Mit diesem Satz beginnt ein höchst lesenswerter Artikel des schwedischen Architekten Cederström in der «*Lancet*»-Nummer vom 3. November 1945 über die Planung eines Spitäles. Dieser Satz ist wohl nur dann richtig, wenn ganz speziell das Wort «general» gemeint ist, d. h. wenn betont werden soll, daß dieses «Södersjukhus*» der einzige europäische Spitalneubau während des Krieges sei, der sämtliche medizinische Spezialitäten inklusive Frauen-, Kinder-, Haut-, Ohren-Nasen-Rachen-, Augen-, psychiatrische und Rekonvaleszenten-Stationen enthält.

* Vergleiche Werk-Chronik, Heft 10, 1944.

Immerhin darf aber diesem schwedischen Spitalbau mit 1200 Betten die Vollendung des Hauptgebäudes des Bürgerspitals Basel mit 700 Patientenbetten an die Seite gestellt werden. Das Hauptgebäude des Bürgerspitals Basel mit medizinischer und chirurgischer Klinik, chirurgischer Poliklinik, Röntgeninstitut, Institut für physikalische Therapie und pharmakologischem Institut ist sogar ein noch viel reineres Kriegskind als das schwedische Spital, dessen Plan schon 1931 fertig war und mit dessen Bau schon vor dem zweiten Weltkrieg begonnen wurde; die erste Bauetappe des Bürgerspitals begann dagegen erst 1941.

Das Bürgerspital Basel ist wohl kein «general Hospital», dafür enthält es aber die Universitätskliniken für

Medizin und Chirurgie und die Universitätsinstitute für Röntgenologie, physikalische Therapie und Pharmakologie. Dieses Hauptgebäude des Basler Spitalets enthält also außer den Einrichtungen für Krankenbehandlung und -pflege noch alle die komplizierten und umfangreichen zusätzlichen Räumlichkeiten und Installationen, welche Universitätsinstitute für Forschungszwecke bieten müssen. Solche ausgedehnte, mannigfaltige chemische und physikalische Spezialanlagen mußte das Södersjukhus in Stockholm nicht erstellen, und es konnte deshalb wahrscheinlich noch leichter als das Bürgerspital kriegsbedingten Mangel meistern.

Beide Projekte konnten infolge der zunehmenden Kriegsteuerung die veranschlagte Baukostensumme nicht einhalten. Dabei ist für uns die recht tröstliche Tatsache zu registrieren, daß beim schwedischen Spital die auf ursprünglich etwas über 1000000 Pfund, d. h. 2500000 Schweizerfranken, berechneten Kosten schließlich auf mehr als das Zweifache anstiegen.

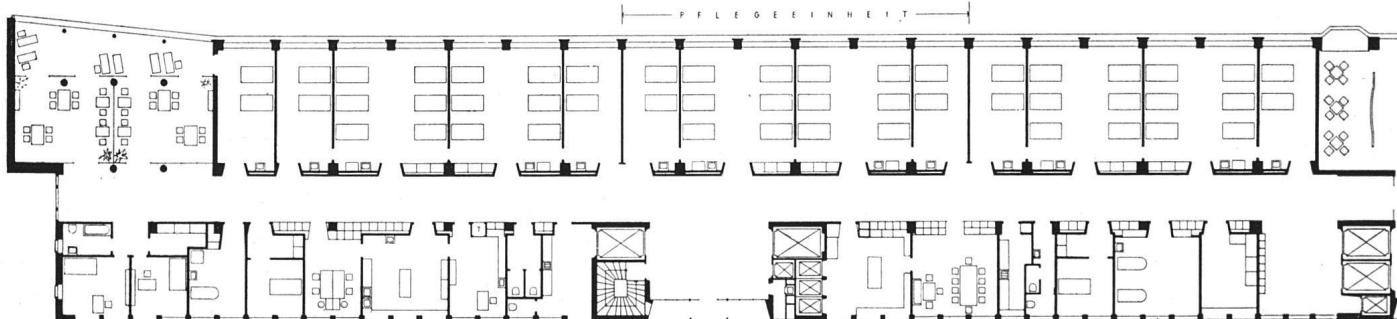
Auf die Ausführungen Cederströms im zitierten Lancet-Artikel wird im Folgenden noch öfters hinzuweisen sein. Mehr als alle früheren theoretischen Erörterungen erlauben nämlich schon die bisherigen kurzen Erfahrungen von zwei Monaten ärztlicher Tätigkeit auf den neuen Spitalabteilungen und in den neuen Universitätsinstituten einige kritische Hinweise auf Zweckmäßigkeit oder Mängel in Organisation und Betrieb.

In erster Linie ist hervorzuheben, daß die ganze Anlage in ihrer *generellen Konzeption, Disposition* und endgültigen Gestaltung sich als durchaus zweckmäßig erwiesen hat. Die scharfe Trennung in Bettentrakt einerseits und Behandlungs-, Untersuchungs-, Laboratoriums-, Büro- und Universitätsräumlichkeiten andererseits verschafft den Patienten die nötige Ruhe und ermöglicht den Ärzten und dem Laboratoriumspersonal das ungestörte Arbeiten. Aus den gleichen Gründen hat sich die Abtrennung der poliklinischen Ambulatorien und der Notfallstation vom Bettenhaus bewährt. Die vier Quertrakte zwischen Betten- und Behandlungsbau sorgen einmal für möglichst kurze Verbindungswege zwischen den beiden Hauptgebäuden; außerdem konnten in diesen Quertrakten Untersuchungs- und Behandlungszimmer, die sehr häufig von den stationären Patienten frequentiert werden (EKG, Grundumsatz, Durchleuchtung, zentrale Untersuchungszimmer), möglichst nahe an das Bettenhaus herangeschoben werden, ohne den engen Bettenhausbetrieb zu stören.

Man hat sich während des Baues und auch jetzt noch über den tiefen, schattigen Hof zwischen den beiden Hauptbauten gewundert und ihn mit mittelalterlichen Kloster- oder Burghöfen verglichen. Dazu ist aber zu sagen, daß dieser Hof ja nur Durchgangs- oder Zufahrtsort ist, und daß das Fehlen einer direkten Sonnenbestrahlung im Hof und gegen eine Anzahl Fenster, die auf diesen Hof gehen, weit aufgewogen wird durch die kürzeren Verbindungswege zwischen den Längstrakten. Auch wenn ein noch größeres Bauterrain zur Verfügung gestanden hätte, wären wohl die beiden Hauptgebäude nicht weiter voneinander entfernt erstellt worden. Interessanterweise zeigt nämlich das neue Stockholmer-Spital die annähernd gleiche Grundanordnung wie das Basler Spital, obschon dort ein beliebig großes Bauland zur Verfügung stand. Auch das schwedische Spital ist ein Hochhauskomplex mit einem neunstöckigen Bettenhaus und einem parallel dazu liegenden fünfstöckigen Trakt mit Operationssälen, Röntgenabteilung und Laboratorien. Diese beiden, 330 m langen Blocks sind, wie bei uns, durch Quertrakte verbunden. Auch im Stockholmer Spital resultieren tiefe, sonnenarme Höfe, die eben nicht vermieden werden können, wenn auf wichtige *kurze* Verbindungen zwischen Bettenhaus und den diagnostischen und Behandlungsräumen der allergrößte Wert gelegt werden muß.

In *verkehrstechnischer Hinsicht* entspricht das neue Bürgerspital den Anforderungen. Die Anfahrt der Krankenwagen durch den Hof zur Aufnahme in der Notfallstation und die Abnahme der Kranken vollzieht sich Tag und Nacht mit wünschenswerter Geschwindigkeit. In der Notfallstation liegen die nachts eingelieferten Kranken bis zum Morgen und stehen dort unter der Obhut der medizinischen und chirurgischen Tagesärzte, welche ihre Zimmer in nächster Nähe haben. Die Zugänge für Hauptkrankenhaus, Poliklinik, Röntgenabteilung und physikalische Therapie gestatten mit ihren großen Dimensionen eine prompte Zirkulation, auch zu Stoßzeiten der Besuchstage. Kleinere und größere Verzögerungen treten in der Liftbeförderung von Patienten, Personal und Besuchern zutage. Von den im Bettenhaus vorhandenen 8 Betten- und 4 Personenlifts sind 2 Betten- und 2 Personenlifts noch nicht in Betrieb. Sie sollten möglichst rasch eingebaut werden, damit das Warten auf den Lift auf ein Minimum beschränkt wird. Wir dürfen in diesem Zusammenhang wohl darauf hinweisen, daß das neue schwedische Spital mit nicht ganz doppelter Bettenzahl über 34 Betten- und Personenlifts verfügt! Wenn das Personal noch besser eingespielt ist, wird auch die Verkehrsleitung und die Postverteilung im Spital die nötige Tourenzahl erreichen.

Bettenstation 1:500 mit drei Pflegeeinheiten, links Tagesräume mit Liegeterrasse





Der Gartenraum, rechts das Bettenhaus, im Hintergrund das noch im Bau befindliche Infektionskrankenhaus Arch. BSA H. Schmid

photo: Spreng SWB, Basel

Die Krankenstationen mit ihren Pflegeeinheiten zu 2 mal 6 und 2 mal 2 Betten auf der Südseite und den nötigen Nebenräumen für Ärzte und Schwestern, Bäder, Klossets, Küchen, Isolierzimmer auf der Nordseite haben sich im Betrieb als eine glückliche Lösung erwiesen. Begründete grundsätzliche Einwände gegen diese Organisation wurden weder von seiten der Ärzte noch des Pflegepersonals oder der Patienten gemacht; nur auf kleinere Mängel ist mit Recht hingewiesen worden. Es betrifft das die allzuschweren Nachttischchen in den Krankenzimmern, die unzweckmäßige Aufbewahrung und mühsame Verteilung der Medikamente, das Fehlen genügend großer Abwaschbecken und eines dritten Ausgußbeckens in den Abteilungsküchen. In der optischen Signalanlage hat sich insofern ein Fehler eingeschlichen, als es den Patienten der Einzelzimmer nicht möglich ist, im akuten Anfall Sturm zu läutern;

das Lichtsignal kann vom Patienten nur einmal geben werden, ob dringend oder nicht. Das sind aber alles Fehler, die sich ohne größeren Aufwand rasch beheben lassen. Von Ärzten und Pflegepersonal werden besonders die vielen Zweierzimmer und die genügende Zahl von Nebenräumen zur Untersuchung und für den Aufenthalt des Pflegepersonals immer wieder als erfreuliche und notwendige Neuerung hervorgehoben.

Wenn wir wieder mit der Organisation der Krankenabteilungen im Södersjukhus in Stockholm vergleichen, dann fällt erneut eine recht ähnliche Unterteilung auf. Die schwedische Pflegeeinheit hat ebenfalls 16 Betten, die in Vierer-, Zweier- und Isolierzimmer unterteilt ist. Zwei solche Einheiten, die in L-Form angeordnet sind, bilden eine Station; jede dieser Stationen hat einen Raum zur intimeren Unterhaltung zwischen Patient



Perspektivischer Querschnitt durch Bettenhaus und Behandlungstrakt

P Parterre
U Untergeschoß
K Keller

und Besucher, Arzt oder Pfarrer, ferner einen gewöhnlichen Aufenthaltsraum und einen Rauchsalon.

Die Versorgung mit Ärzten entspricht etwa derjenigen im Basler Spital. Der Assistenzarzt in Basel hat etwas weniger Krankenbetten als derjenige in Stockholm; die Universitätsklinik stellt aber sonst noch größere zusätzliche Ansprüche an einen Assistenten. 3 bis 4 Stationen sind einem Sekundärarzt unterstellt.

Nach den Angaben eines Sekundärarztes der chirurgischen Klinik sind die Chirurgen mit Umfang und Ausbau ihrer Operationsräume zufrieden. Sie betrachten es aber als einen empfindlichen Mangel, daß nicht vor einem größeren Auditorium von Studenten operiert werden kann. Eine Fernprojektions-Anlage, wie ich sie für das pharmakologische Institut erstellen ließ und die gestattet, Operationsgebiete von 40 mal 40 cm aus andern Zimmern an die Hörsaaltafel zu projizieren, wäre für chirurgische Demonstrationen außerordentlich geeignet. Im pharmakologischen Institut hat sich dieses Projektionsgerät als eine besondere Acquisition erwiesen, wie überhaupt das pharmakologische Institut in jeder Beziehung sich als ein Kleinod repräsentiert und Besucher vor Neid erblassen läßt.

In seiner orientierenden Übersicht über den Neubau des Bürgerspitals in Nr. 38 der Schweiz. med. Wochenschrift 1945 gibt Prof. Lutz an, daß die Deckenheizung, System Critall, «den Vorteil einer sehr angenehm empfundenen gleichmäßigen Durchwärmung der Räume ohne Austrocknungserscheinungen» biete und im Sommer zudem eine Kühlung der Zimmer ermögliche. Meiner bisherigen Erfahrung nach sind die Räume mindestens in den Übergangszeiten etwas trocken. Man sollte die Wärmezufuhr zu den Zimmern auf einfache Weise regulieren können, so daß man nicht gezwungen ist, die Fenster offen zu halten, um sich dann beim Öffnen der Zimmertüre dem Zug auszusetzen. Was hier vom Arbeitszimmer gesagt ist, gilt auch für die Patientenzimmer, speziell die Einbettzimmer. Das schwedische Krankenhaus hat eine Heizung mit Warmwasser-Radiatoren; jeder Radiator besitzt zwei zuführende Leitungen für heißes und kühles Wasser, so daß nach Bedarf gemischt werden kann.

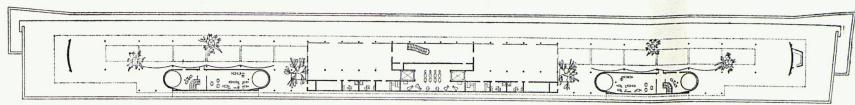
Unser Küchenbetrieb mit der Haupt- und Diätküche im westlichen Flügel und den Abteilungsküchen auf jedem Bettenstock funktioniert, soweit das die bisherige Beobachtungszeit beurteilen läßt, zur vollen Zufriedenheit. Wenn noch hie und da von Patienten über das Kaltwerden des Essens geklagt wird, so hängt das nicht von der Verteilerorganisation als solcher, sondern zum größten Teil wohl von dem nicht richtigen Ausnützen der Heizgelegenheiten in den Abteilungsküchen, den Speisewagen und Servierboys ab. Als Nachteil ist zu registrieren, daß der Küchengeruch jeweilen den Behandlungsbau durchdringt. Diese Unannehmlichkeit besteht immer, wenn die Küche in unteren Geschossen installiert ist. Es gibt deshalb Restaurationsbetriebe, die

ihre Küche im obersten Stock haben, und auch das Stockholmer Spital hat seine Hauptküche im neunten Stock des Bettenhauses.

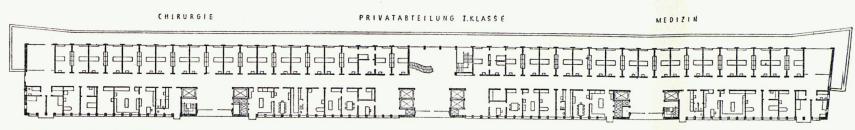
Ein Spital muß auf einen möglichst lautlosen oder wenigstens von unangenehmem *Lärm* freien Betrieb gebaut sein. Im allgemeinen stört jeder Lärm erst dann, wenn er als vermeidbar erkannt ist. Bekannt ist, daß in einem großen, zusammenhängenden Betonbau die Ausbreitung der Geräusche von einem Stockwerk zum andern besonders durch die vertikalen Leitungen von Wasser, Heizung, Lüftung im Beton hervorgerufen wird. Es ist deshalb das Bestreben der Ingenieure und Techniker, diese Leitungen möglichst horizontal zu verlegen und vertikale Nebenleitungen möglichst gut zu isolieren. Es scheint nicht, daß dieses für ein Spital äußerst wichtige Problem der Schalldichtung zur restlosen Zufriedenheit gelöst werden konnte. So ist, um einige Beispiele anzuführen, die Schalldichtung des Dachterrassenbodens ungenügend, ebenso diejenige einzelner Wände. Die Spezialkonstruktionen der schallsicheren Einzeltüren haben sich bis jetzt nicht ganz bewährt. Ein besonders unangenehmer Lärm ist das Staubsaugergeräusch, von dem die langen Gänge Tag für Tag erfüllt sind. In ein Spital gehört entweder ein völlig geräuschloser Staubsauger oder Blocher oder eine andere Methode der Reinigung. Auch der Lärm, den das Geschirrabbwaschen in den Abteilungsküchen verursacht, sollte auf irgend eine Art abgeschafft werden.

Ich habe mir erlaubt, auf Fehler hinzuweisen, weil ja zufriedene Selbstgefälligkeit nichts zum Fortschritt beiträgt. Solche Erörterungen haben nur dann Wert, wenn sie Erfahrungen mitteilen, die andern Spitalbauprojekten zugute kommen können.

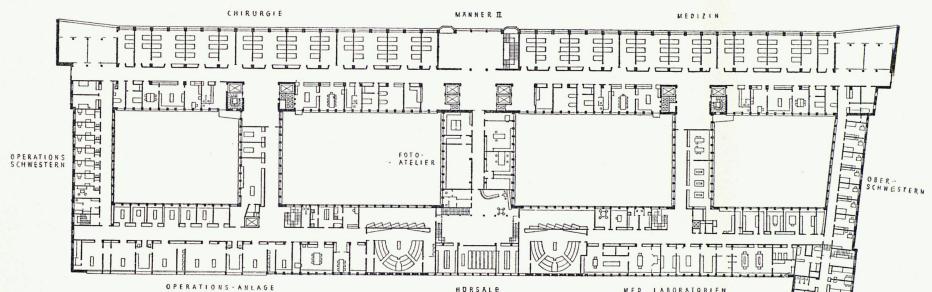
Ein vom hygienischen und ärztlichen Standpunkt aus recht wichtiges Problem, das von Cederström aufgenommen worden ist, soll hier noch kurze Erwähnung finden. Es handelt sich um eine revolutionäre Umwandlung des Spitalwesens, weil infolge der enormen Entwicklung des Transportwesens praktisch alle Distanzen in kürzester Zeit überbrückt werden können. Es sei nur daran erinnert, daß die Hirnverletzten der amerikanischen Invasionssarmee innerhalb 40 Stunden mit Flugzeug ins Spezialkrankenhaus in Amerika transportiert wurden. Nach der Ansicht Cederströms sollte ein ganzes Land in Distrikte von etwa 250 000 bis 300 000 Einwohnern aufgeteilt werden, mit je einem großen allgemeinen Krankenhaus à la Södersjukhus Stockholm. In jedem solchen Distrikt sind eine Anzahl Notfallstationen zerstreut, die mit dem zentralen Spital in Verbindung stehen und mit allen möglichen Verkehrsmitteln zu Land, Wasser und Luft ausgestattet sind. Nach diesem allgemeinen Plan soll jeder Mensch in die Lage versetzt werden, der allerbesten, modernsten Diagnosestellung und Behandlung teilhaftig zu werden. Die ländliche Bevölkerung würde dann in genau gleicher optimaler Weise ärztlich versorgt wie die



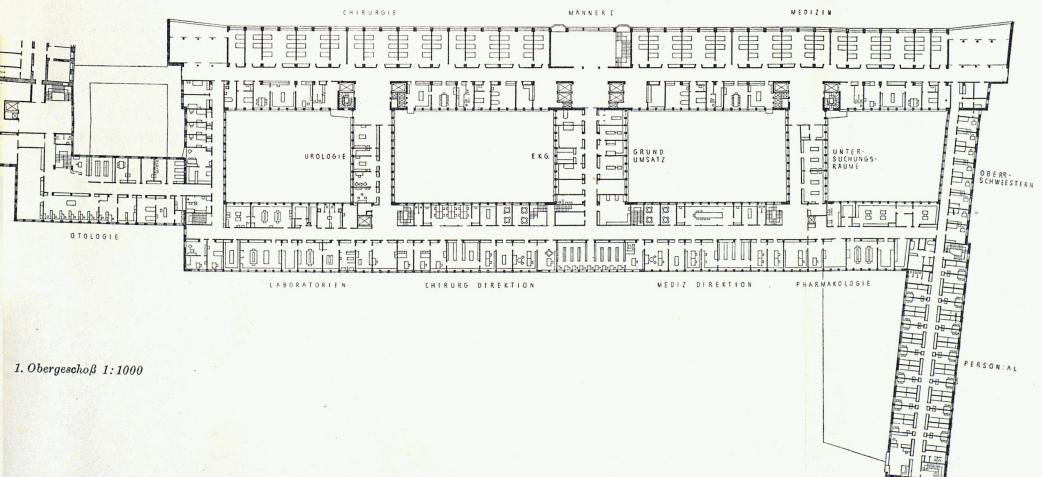
8. Obergeschoß 1:1000 Dachterrasse, Liegallen, Ventilationsraum



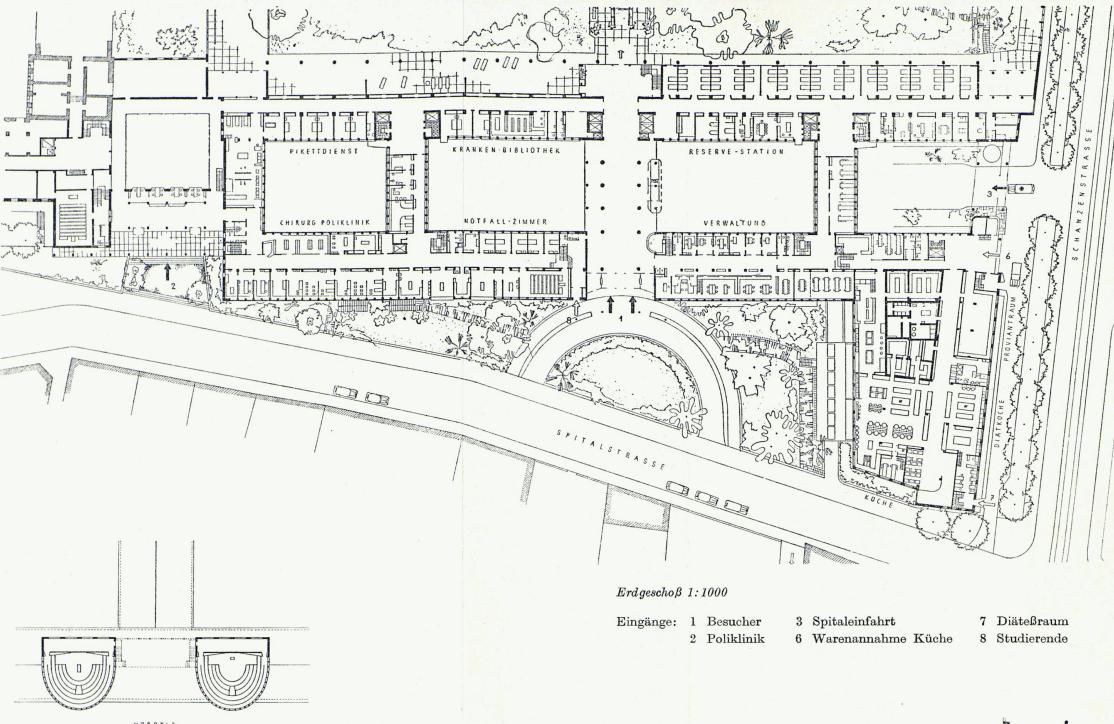
7. Obergeschoß 1:1000



2. Obergeschoß 1:1000 mit Hörsälen

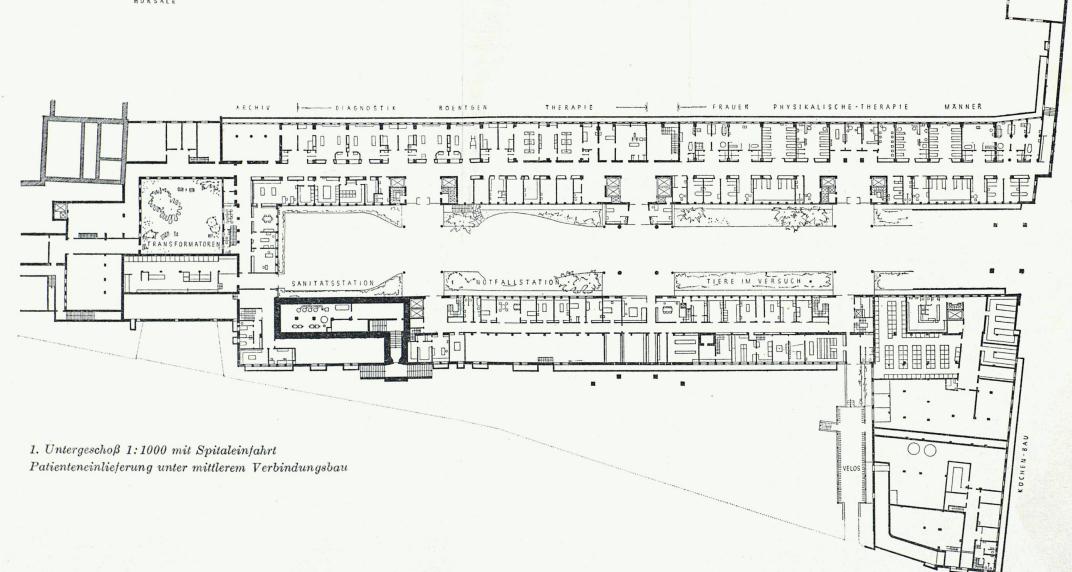


1. Obergeschoß 1:1000



Erdgeschoß 1:1000

Eingänge: 1 Besucher 3 Spitäleinfahrt 7 Diètebraum
2 Poliklinik 6 Warenannahme Küche 8 Studierende



1. Untergeschoß 1:1000 mit Spitäleinfahrt
Patienteneinlieferung unter mittlerem Verbindungsbau

Das neue Bürgerspital in Basel

Architektur und Bauleitung waren einer Architektengemeinschaft übertragen, bestehend aus den Architekten:

E. & P. Vischer, Arch. BSA
Hermann Baur, Arch. BSA
Bräuning, Leu, Dürig, Arch. BSA

unter Zuziehung von Ingenieur R. Mettauer für den Küchenbau. Mit den Ingenieurarbeiten wurden folgende Firmen beauftragt:

Bettenhaus: Ing. SIA O. F. Ebbel;
Behandlungsbau: Ing. SIA O. Ziegler;
Küchenbau: Ing. SIA E. B. Geering;
Verbindungsgänge: Ing. SIA Ph. Stahel.

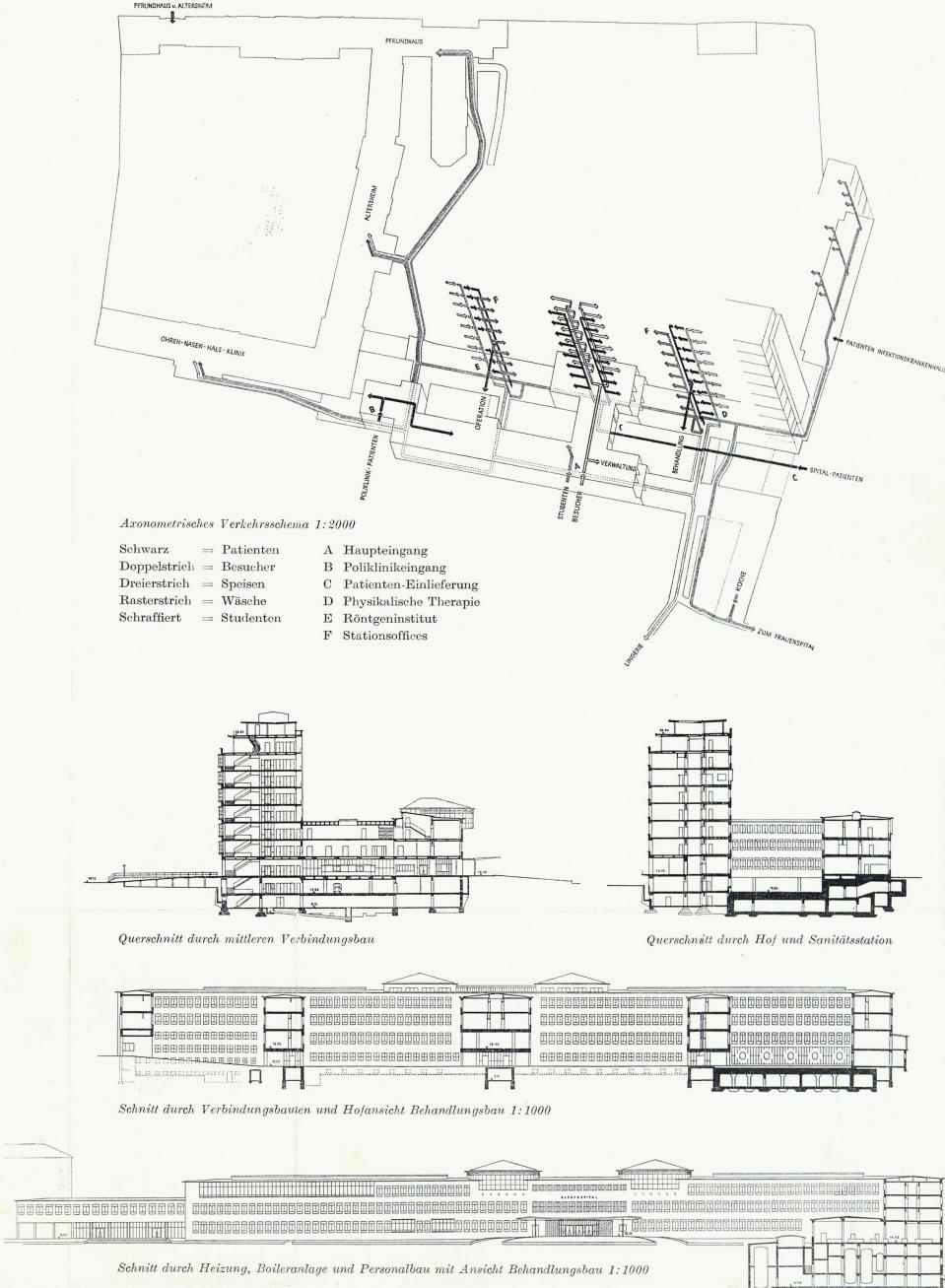
Das Infektionskrankenhaus wurde als selbständiger Bau behandelt. Mit der Bauleitung desselben wurde betraut: Arch. BSA Hans Schmidt. Die zugehörigen Ingenieurarbeiten wurden von der Firma Gutzwiller & Aegeiter, Ing. SIA, übernommen. Baubeginn: 9. September 1943, Fertigstellung voraussichtlich bis 31. März 1946. Die Vorbereitung des Umbaus des alten Spitals wurde in zwei Lose getrennt und zwei Architektengruppen übertragen: Umbau Mariantflügel/Männerkrankenhaus an die beiden Architekten S. Lügtemann SIA und L. F. Schwarz; Umbau Markgräfischer Hof und anschließende Gebäude an die Architekten Bercher & Zimmer.

Konstruktion

Baugrund: in der Hauptsache Kies und Sand. Zulässige Bodenbelastung: 6-7,5 kg/cm². Konstruktion in Eisenbeton: 30 000 m³ Beton. Bettenthaus: Eisenbeton-Skelettbau, durch 6 Trennfugen in 7 Teile geteilt. Erforderlich wurden quer gelegte Windverstrebungs-wände. Übrige Bauteile: Eisenbeton, teilweise mit Mauerwerk, vom Bettenthaus abgetrennt und unter sich durch Trennfugen aufgeteilt. Hochwertiger Beton, mit pneumatischen Stabvibratoren 70 mm ϕ 6000 Touren und 45 mm ϕ 14 000 Touren behandelt. Baulabors für Kies- und Sandkontrolle. Regelmäßige Würfelfestigkeit von 400 kg/cm² nach 28 Tagen nachgeprüft.

Ausstattung

Böden Linoleum mit Korkmentunterlage, Eingangshalle und Haupttreppenhaus Natursteinbelag. Wände mit Salobra tapiziert oder mit Stramin bespannt und mit Ölfarbe gestrichen. Holzwerk in Eschenholz natur oder hell gestrichen.



Schallisolierung

Die akustischen Fragen wurden mit dem Experten Arch. L. Villard, Montreux, studiert. Gegen Straßenlärm: Schallschutzwand zwischen Bettenthaus und Infektionskrankenhaus. Für Böden, Zwischenwände, Türen, Leitungen und Ventilationseinrichtungen wurden Spezialisolierungen angewendet.

Sanitäre Anlagen

Wasserzuleitung von drei Richtungen aus sichergestellt: von der Schanzenstraße, Spitalstraße und vom Petersgraben.

Hochdruck für Kaltwasserreservoir, Feuerhähnen, Hydranten, Douchenkathedre in der physikalischen Therapie, Labors, Küche und Kühlaggregate. **Niederdruk** aus 4 Kaltwasserreservoirn im 8. Stock des Bettenthauses mit 4 atu für normales Gebrauchswasser.

Warmwasser: 2 Boiler à 30 000 Liter 60-65°, ein Boiler für Küche 3000 Liter 80-90°. Verteilung des Warmwassers nach Zirkulationsystem mit Zirkulationspumpe.

Heißwasser: 180° und Dampf für Spezialapparate, Sterilisationen, Wärme-schränke, Sommerheizung der Opera-tionsräume und verschiedene Küchenmaschinen.

Entsäuerungsanlage: Desaktivierung des aggressiven Wassers mit einer Ent-säuerungsanlage nach dem Magno-verfahren.

Wäscherei und **Lingerie**. Hierfür wird noch ein besonderer Nebenbau nördlich der Spitalstraße und ungefähr gegen-über der Küchenanlage erstellt.

Wärmeversorgung: Zuleitung von 180° warmem Wasser aus der Fernheizung in den Wasser-speicher von 50 000 Liter Inhalt außerhalb des Küchenflügels. Von diesem aus Versorgung der Wärmezentrale im Keller des Küchenbaues.

Heizung

Gespiesen aus der Wärmezentrale. Der Küchenbau ist mit Radiatorenheizung, alle übrigen Räume sind mit Deckenheizung versehen (Strahlungs-heizung System Critall), im Sommer zur Raumkühlung verwendbar.

Aufzüge

7 Bettent- und Personenaufzüge, 2 Per-sonenaufzüge, 2 Warenaufzüge, 6 Spei-sewagenaufzüge, 3 Laboraufzüge.

Betten- und Besucherlaufzüge sind Schnellläufer mit 2,4 m/s Fahrgeschwindigkeit, umstellbar auf 1 m/s Geschwindigkeit.

Telephon

30 Amtlinien.

Bettenhaus: Telefonanschlüsse in den Patientenzimmern total 126, automatische Telefonanschlüsse für den Betrieb 76, Telefonrundsprachanschlüsse 281.

Behandlungsbau: Automatische Haus-telephon-Anschlüsse für den Betrieb 132, Telefonrundsprachanschlüsse 9.

Küchen und **Personalbau**: Automatische Haustelephonanschlüsse für den Betrieb 21, Telefonrundsprachanschlüsse 3. Bauvolumen total 26 500 m³

b) 2. Etappe: Infektionskrankenhaus (ohne Mobiliar) total Fr. 3 358 043.

Aus dieser Abrechnung ergeben sich für die verschiedenen Bauten des fe-tilgen Neubaues folgende Einheitspreise per m²:

1. Bettenthaus Fr. 122,3
Bauvolumen total 130 000 m³

2. Behandlungsbau Fr. 145,1
Bauvolumen total 50 000 m³

3. Küchenbau, Personalbau Fr. 107,8
Bauvolumen total 26 500 m³

Für die weiteren Spitalbauten, d. Um- und Ausbau des alten Spitals Verbindungsbaute, Apotheke, Wer-stättenbau und Lingerie, neuer Tra-für Chronikerhane, Schwesterhane und Personalbau, sowie für die Medi-bilarergründungen werden nach bi-herigen Berechnungen noch F 14 360 000 benötigt.

Bauprogramm

Bei der Vorlage des Bauvorhabens a die Behörden war eine Bauzeit vo fünf Jahren für alle Neu- und Umbau-ten in Aussicht genommen. Bevor at Grund des definitiven Projektes di Kredite für die erste Baupappe g nehmigt waren, stellte sich im Jah 1939 die Forderung, eine Sanitätste für Kriegsverletzte bereitzustellen, welche später in die Baugrupp des Neubaues eingegliedert sein muß. Der Bau dieser Sanitätsstelle wu am 11. Dezember 1939 in Angrif gnommen, und im kritischen Frühja 1940 stand sie bereits im Rohbau zu Verfügung. Die Fertigstellung des Au-baus erfolgte bis zum 22. Oktober 194

Die Bautermine waren folgende:

a) Aushubarbeiten:
Bettenthaus Beginn 6. Mai 1940
Küchenbau Beginn 30. Juli 1940
und anschließend Behandlungsbau

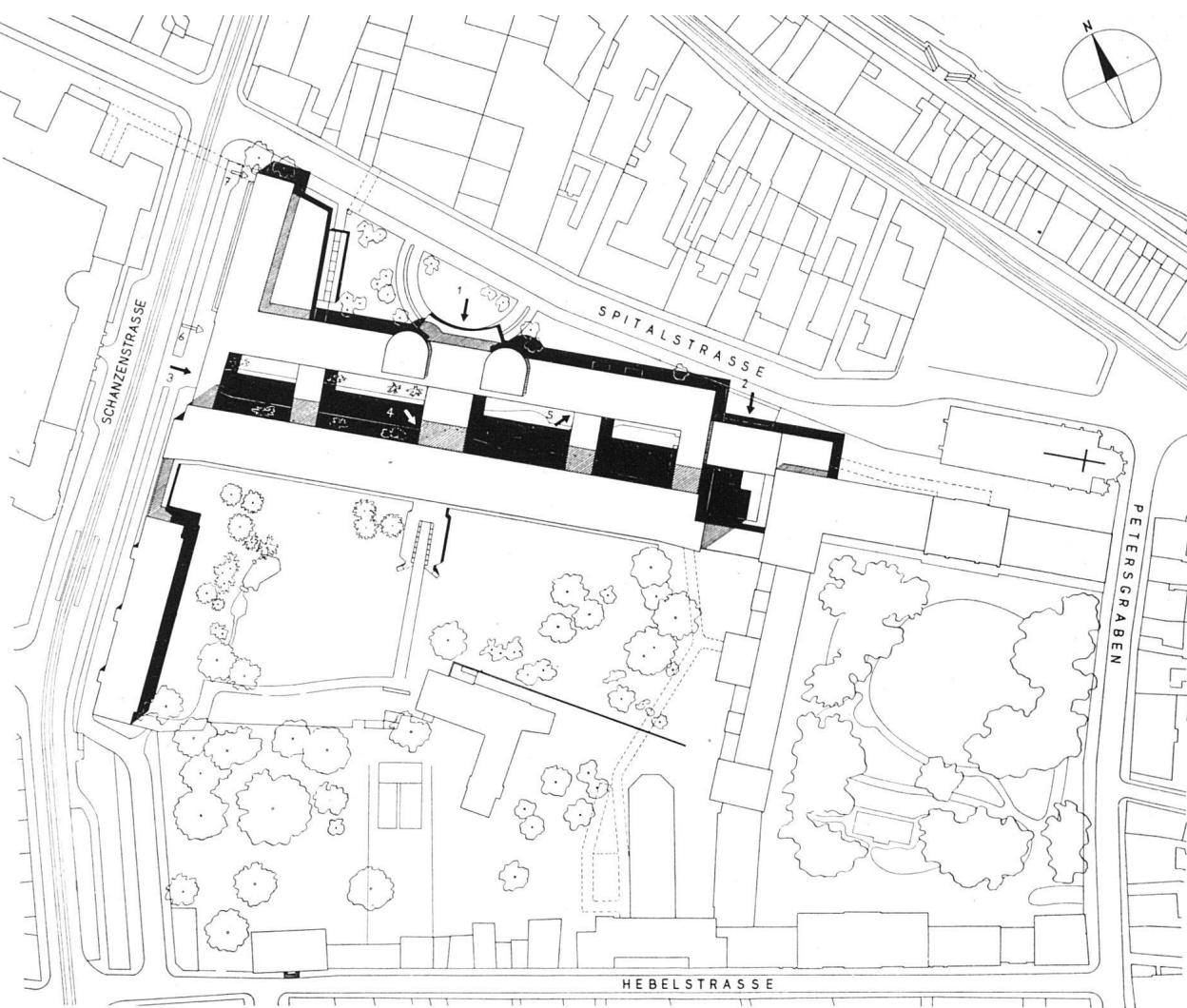
b) Bauarbeiten:
Bettenthaus Beginn 28. März 1941
Küchenbau Beginn 8. April 1941
und anschließend Behandlungsbau

c) Grundsteinlegung: 4. Oktober 1941

d) Innenausbau:
Küchenbau Beginn Juli 1942
Bettenthaus Beginn Mai 1943
Behandlungsbau Beginn Sept. 1943

e) Fertigstellung und Einweihung sämtlicher Bauten ohne Infektions-krankenhaus: 29. September 1945.

Die sämtlichen Baurbeiten fielen die Mobilisationszeit und wurden dur alle sich daraus ergebenden Erschei-nungen außerordentlich behindert.

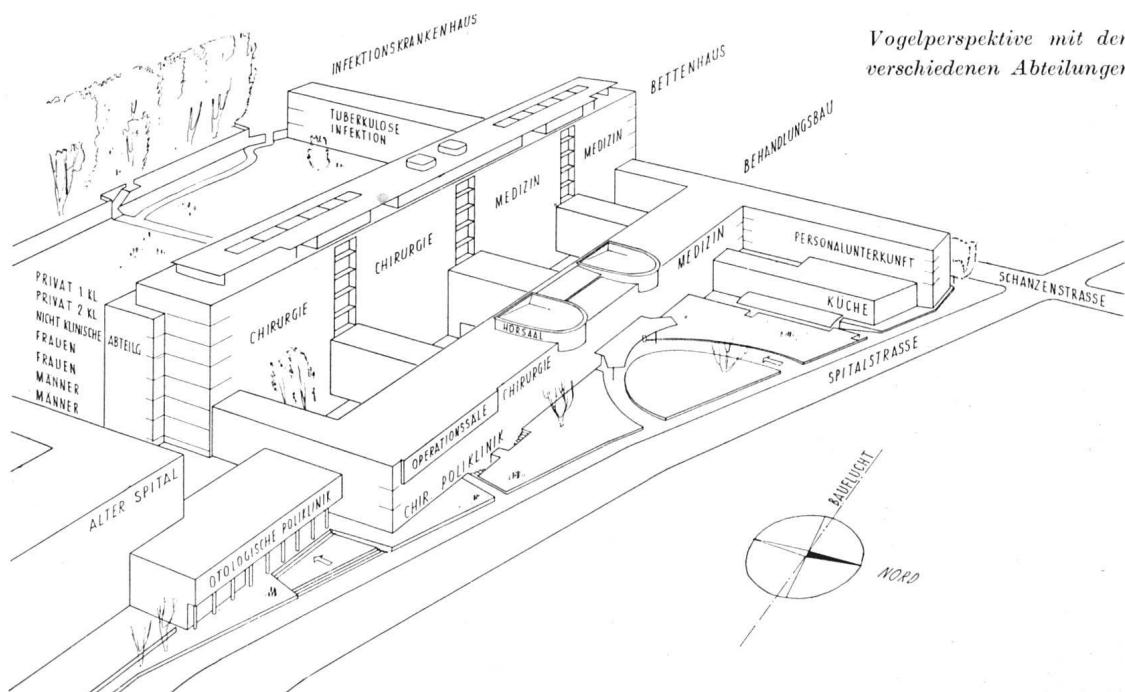


Situationsplan 1:3000

Eingänge: 1 Besucher und Studenten, 2 Poliklinik, 3 Spitaleinfahrt, 4 Patienteneinlieferung, 5 Notfälle, 6 Warenannahme, 7 Diäteßraum (Grundrisse und Schnitte siehe Faltplan)

Stadtbewohner. Nach Cederström haben bei dieser Organisation die kleinern Land- und Bezirksspitäler ihre Existenzberechtigung verloren, weil sie dem Patienten nicht das Optimum in sämtlichen Spezialdisziplinen der Heilkunde bieten können. Das sind sehr ernste Pro-

bleme, zu denen Arzt und Patient Stellung zu nehmen haben, die vielleicht den Patienten jetzt schon beschäftigen, wenn man den zunehmenden Drang zur Hospitalisierung berücksichtigt, der im neuen Bürgerspital bereits zu Platzmangel geführt hat.

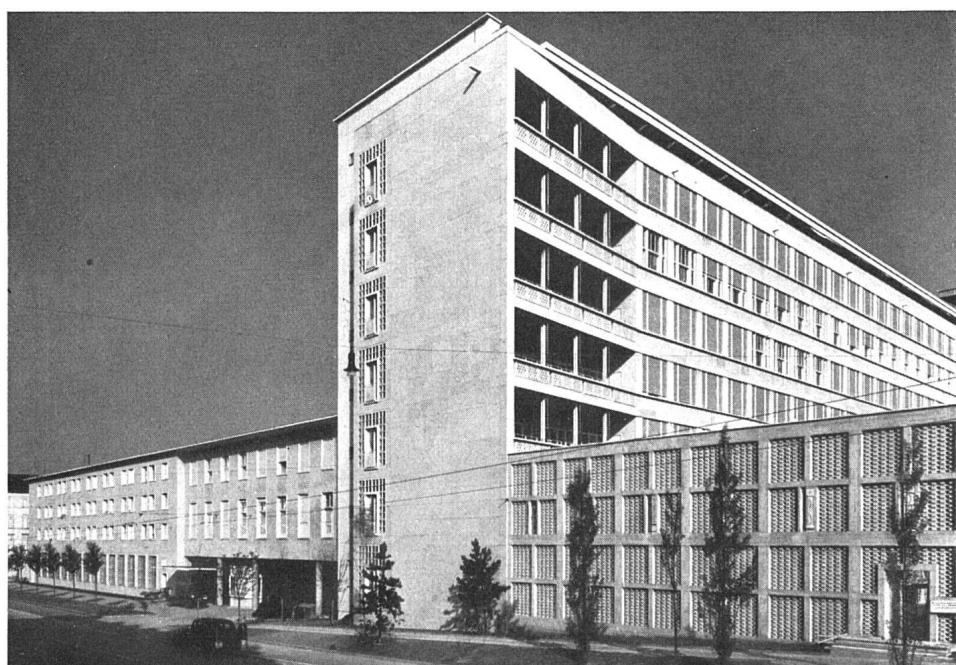




Mittelpartie der Gartenfront mit Austritt aus der Eingangshalle



Mittlerer Verbindungsbau mit interner Spitalstraße und Patientene



Ansicht von der Schanzenstraße

Links Personalflügel mit Spitäleinfahrt

Rechts Schallschutzwand zwischen
Bettenhaus und Infektionshaus



foto: Spreng SWB, Basel

Behandlungsbau mit Haupteingang und den beiden Hörsälen, von Nordwesten gesehen



*Behandlungsbau mit Haupteingang und
Blick auf die Rückseite des Bettenhauses*

Photo: P. Heman, Basel