

Objektyp: **Competitions**

Zeitschrift: **Das Werk : Architektur und Kunst = L'oeuvre : architecture et art**

Band (Jahr): **22 (1935)**

Heft 3

PDF erstellt am: **18.09.2024**

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

### **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

type en ordre dispersé ne pourra jamais satisfaire aux mêmes exigences primordiales de l'économie et du traitement optimum, car la décentralisation empêche la collaboration suffisante par suite de communications trop longues et coûteuses et pour les malades fatigantes et dangereuses. La décentralisation exige des installations considérables et rend difficile l'administration, non seulement par l'étendue mais aussi par le fait qu'elle favorise l'indépendance des différentes unités aux dépens de l'administration centrale.

Du point de vue architectural, quelques-unes des solutions proposées sont d'un intérêt indiscutable, mais pour un expert en matière hospitalière, elle donne un peu l'impression déplorable de ces chaises Louis XV, aussi ravissantes à voir qu'impossible à utiliser.

Les solutions décentralisées semblent basées sur un effet purement optique; elles ne sont pas l'expression logique du fonctionnement essentiel. Quelques projets

offrent des solutions excellentes pour des questions de détails, d'autres montrent de bonnes compositions pour les unités d'hospitalisation (Pflegeeinheit) bien que toujours gênés par l'exigence d'une orientation de toutes les chambres vers le sud. Mais l'ensemble du centre médical, qui est essentiellement un problème dynamique n'a trouvé aucune solution qui puisse convaincre. Aucun projet n'a donné une solution satisfaisante de la relation entre les unités de dortoirs et leurs compléments de traitement, ce qui reste la question essentielle pour un fonctionnement économique. Aucun des concurrents n'a trouvé la solution désirable dans l'intérêt d'une politique de salubrité efficace pour le canton de Zurich et la Suisse orientale tout entière.

*Professeur ALTER, directeur  
et organisateur de plusieurs grands  
hôpitaux en Allemagne.*

## L'Opinion de M. Paul Nelson sur le concours de Zurich

Avant d'aborder le sujet du concours du Kantons-spital de Zurich il faut avant tout féliciter la ville de Zurich pour l'esprit progressif dont elle fait preuve par son désir de réunir ses différents hôpitaux enseignants, polycliniques et faculté de médecine en une seule Cité.

Toutefois pour que cette Cité projetée «fonctionne», il faut en établir les lois rationnellement, en tenant compte des exemples en vigueur et de leurs résultats pratiques. C'est ce que le concours ne semble pas avoir fait, et c'est pourquoi l'auteur de cet article se trouvera amené à y énoncer des opinions dont le ton apparaîtra comme choquant peut-être aux personnes intéressées, bien que n'ayant pour but que d'aider à leur effort par des critiques constructives, plus intéressantes, lui semble-t-il, que d'inutiles compliments.

Un centre hospitalier, tel que Zurich le demande, est la seule solution logique aujourd'hui, non seulement par les résultats économiques inappréciables à en attendre, que l'expérience américaine nous a définitivement démontrés, mais aussi par l'augmentation des moyens scientifiques d'enseignement et de traitement qu'elle permet.

Mais pour que cette solution soit logique, il faut poser le problème logiquement, en s'aidant de toutes les expériences acquises pour éviter les erreurs initiales que toute expérience comporte. Or ce n'est vraiment qu'aux Etats-Unis que l'on peut assister à une évolution de l'architecture hospitalière de groupement par les réalisations nombreuses et importantes qui y ont pris place depuis le début de ce siècle; évolution qui se résume en quatre étapes:

*Première étape:* réunion sur un même terrain ou sur des terrains proches les uns des autres des diverses branches intéressées, traitées en pavillons distincts.

*Deuxième étape* (qui n'est que la simplification de la première): concentration de tous les éléments formant partie des trois branches: hospitalisation, enseignement, traitement.

*Troisième étape:* liaison de ces trois branches par des couloirs fermés de communication.

*Quatrième et dernière étape:* centralisation en un seul bâtiment-bloc, appelé Centre Médical, des différentes administrations, tout en respectant strictement l'autonomie propre à chacune d'elles, et en ne contrariant en rien l'enseignement médical abstrait, non plus que les recherches de science pure.

Quel est le motif qui a pu déterminer un peuple comme les Américains, dont les études hospitalières ont été si scientifiquement poussées, à évoluer en ce sens? — La raison en est d'une part l'économie de construction et d'exploitation, de l'autre l'accroissement indiscutable des possibilités de recherches et de guérison qui en résulte. On dit souvent que ce système-bloc a été dicté en Amérique par le prix très élevé des terrains. Il y a là une part de vérité qui a certainement influencé leur décision première. Mais j'ose dire que les résultats ultérieurs obtenus à tous points de vue (économie d'exploitation, économie d'énergie humaine, facilité d'enseignement, de recherches et de traitement) ont été tels que si demain il s'agissait de créer un semblable groupement en pleine campagne, aucune autre solution ne serait envisagée.

Or, soit par manque de compréhension, soit par antagonisme volontaire, les dessins du concours de Zurich prouvent que l'institution projetée ne tient aucun compte de l'évolution de ces expériences pratiques, mais se propose *de récrire à nouveau toute l'histoire des Cités de la Santé*, pour n'aboutir fatalement qu'à une institution transitionnelle, condamnée d'avance à de nombreuses déceptions et à des dépenses prohibitives tant en construction qu'en exploitation.

Pourquoi tous les plans, sans exception, manquent-ils de cette centralisation, de cette organisation rationnelle? — *par la faute du programme.*

Pourquoi ces mêmes qualités et ces mêmes fautes dans tous? — *par la faute du programme.*

Pourquoi n'y trouve-t-on aucune idée personnelle et originale? — *par la faute du programme.*

Pour un concours appelé pourtant «concours d'idées», puisqu'il comporte deux degrés: premier degré concours d'idées, deuxième degré concours de réalisation, les architectes se sont butés à un programme tellement limitatif, où aucune idée d'importance avait été laissée à leur choix, qu'ils n'ont pu donner leurs propres solutions. En fait *ce n'était pas un concours d'idées, mais seulement un concours d'arrangement d'idées préconçues, données*, n'offrant qu'un seul point de vue du problème, sans permettre aux architectes d'exposer le leur. Mais ces idées préconçues sont-elles vraiment inviolables, et les plus représentatives des progrès de notre époque? — non — et elles sont même très discutables par leur manque complet d'organisation rationnelle d'ensemble. Cette organisation semblerait pourtant essentielle pour une telle cité, mais se trouvait incompatible avec *l'obligation des trois stages de construction* — obligation (inutile d'ailleurs pour un concours d'idées) qui a amené des solutions d'administrations séparées, résultant en une décentralisation d'autant plus néfaste que le terrain choisi y était, par ses différences de niveau, *tout particulièrement contraire*. Pensez à ce que cela représente en alimentation mécanique, en corridors de service, etc... Pensez aux conséquences sur le prix d'exploitation pourtant primordial dans la vie d'un hôpital, sans même parler de l'augmentation du cubage construit et de ses dépenses supplémentaires.

Pourquoi cette conception d'une Cité Hospitalière qui consisterait en la reconstitution sur un même terrain d'institutions disparates sans réelle unité d'organisation, mais avec seulement une intercommunication *purement schématique*?

Du point de vue général tous les projets souffrent de cette composition de décentralisation — dans aucun on ne peut trouver une entrée de triage assurant la séparation et la canalisation immédiate des différentes catégories d'entrants, telles que: malades et visiteurs, étu-

dians et docteurs, personnel de service et personnel soignant, etc... dont le nombre à prévoir est tel que le plan devrait obligatoirement en imposer la centralisation. De même qu'on peut noter, tant dans les projets qu'au programme, l'oubli complet du centre de premier triage médical pour les malades externes, permettant de les diriger, selon leurs cas, de ce centre aux différentes cliniques appropriées, sans avoir à les faire aller de l'une à l'autre par de nombreux couloirs, extérieurs en plus, dans le cas présent.

Du point de vue particulier des services de lits, la limitation de leurs détails était telle au programme donné qu'aucune solution ingénieuse n'en était permise, mais toujours des solutions différentes d'arrangement d'une même idée. *Même les surfaces par mètres carrés étaient exigées...* Si vraiment on espérait soutirer aux architectes des solutions multiples, le procédé était une erreur grave. La seule raison possible que l'on pourrait y voir de la part de ceux qui ont écrit le programme serait que, persuadés de l'ignorance des architectes sur le problème posé, il préféreraient les éclairer, les limiter, en augmentant ainsi le niveau général du concours, mais cela au détriment d'une idée progressive possible pour le Kantonsspital de Zurich. *Il aurait pourtant mieux valu avoir une seule idée que dix arrangements.* Et c'est ici une preuve nouvelle de la futilité des concours publics selon le système actuel de ces concours.

Le programme d'un concours d'idées devrait être concis, et seulement d'énumération, laissant le champ libre à l'initiative des concurrents. S'il s'agit vraiment de récolter des idées nouvelles et de récompenser la science et l'ingéniosité d'un architecte, ce n'est pas au programme qu'il incombe de faire d'avance son travail. Un tel procédé, s'il est tout entier à l'avantage de l'ignorance, rend bien aléatoire le jugement des valeurs et des connaissances réelles, *et ramène à un niveau égal l'architecte averti de celui qui ne l'est pas.* L'architecture médicale est une science qui exige le sacrifice de nombreuses années d'études spécialisées, et ne peut être à la portée de tous. C'est pourtant ce que le programme de Zurich a voulu faire, mais les résultats doivent suffire à en souligner l'impossibilité.

Deuxième point: le Jury d'un tel concours devrait comporter deux sections: *une section locale*, en contrôle, composée d'architectes et d'administrateurs d'hôpitaux; *et une section technique* composée pour chaque branche technique intéressée au programme de un ou deux membres, choisis parmi les plus éminents du monde, chargés uniquement d'apporter à la section locale leurs avis sur la question technique *dans laquelle ils sont spécialisés.* C'est donc à la section locale qu'il incomberait alors, après l'étude des rapports techniques qui lui auraient été soumis, d'arrêter son choix final, en

toute conscience, sans qu'aucune influence puisse être à redouter que celle des valeurs présentées. Ce point de vue sur la constitution idéale d'un Jury ne fait toutefois en rien allusion au jugement du Jury de Zurich, puisque la valeur des projets présentés n'est pas ici mise en cause, mais seulement la teneur du programme qui constitue, semble-t-il, la grande erreur du concours.

Une autre erreur relevée dans ce programme est l'oubli évident des éléments d'architecture qui devraient assurer le rapport étroit entre l'hôpital projeté et les autres hôpitaux — entre l'hôpital projeté et les médecins privés — entre l'hôpital projeté et le public. Eléments dont les facteurs les plus importants sont le Service Social et celui de Médecine Préventive. Pour cela il aurait fallu demander et prévoir une organisation assurant l'utilisation rationnelle des spécialistes comme auxiliaires précieux d'un ensemble et non comme unités séparées, en centralisant des polycliniques autour d'un *centre de diagnostic général*. C'est là qu'un *homme sain* viendra se renseigner sur sa santé et sur ses aptitudes physiques qui décideront de son orientation professionnelle en faisant établir par les spécialistes ses différentes fiches d'examen, sur lesquelles le diagnosticien pourra, avec toute la précision possible, faire l'addition et la soustraction de son état de santé. C'est là que le médecin privé, désireux de profiter d'une organisation et d'un équipement auxquels il ne peut prétendre, enverra faire examiner ses clients qu'il traitera ensuite lui-même selon les fiches d'examen scientifiquement établies. Le Centre de Diagnostic préventif est le grand élément de liaison avec l'extérieur. La preuve en a été faite maintenant depuis de longues années aux Etats-Unis par le Centre Médical de Rochester où les frères Mayo, ses vrais promoteurs, ont su réaliser l'étroite liaison du Centre même avec les Docteurs privés et les Hôpitaux secondaires. Car s'il faut que la Cité de la Santé vive, il faut aussi que les hôpitaux secondaires et les docteurs privés puissent non seulement vivre, mais vivre mieux, en bénéficiant des facilités thérapeutiques et d'équipements parfaits, trop onéreux pour eux, qu'ils y trouveront à leur disposition.

En résumé le but primordial d'un Centre Médical est de diminuer les dépenses tant de l'hôpital que du malade, tout en augmentant les moyens d'enseignement et

de traitement. *Il ne faut pas confondre le Centre Médical — centre d'enseignement — avec l'hôpital ordinaire — non-enseignant*. Si pour ce dernier une solution de pavillons séparés, critiquable aussi à certain égard, peut toutefois être envisagée (les services de soins et leur personnel pouvant être indépendants les uns des autres), pour le Centre Médical avec sa faculté de médecine, elle est au contraire impossible. Car il ne faut pas oublier que l'enseignement pratique et les recherches sont ici les buts principaux — qu'il faut que les étudiants puissent profiter facilement et sans perte de temps de toutes les expériences faites, de tous les cas de maladies à étudier — qu'il faut que les professeurs aient le contrôle de leurs services internes et de leurs services externes, réalisable seulement par la proximité de ces services — qu'il faut des services thérapeutiques accessibles tant aux malades internes qu'aux malades externes — qu'il faut une surveillance centrale de toutes les allées et venues: visiteurs, malades externes, étudiants, etc. . . . — qu'il faut que tous les soins nécessaires: le traitement, la distribution de nourriture, etc. . . . puissent être rapidement assurés. Et que tout cela exige une concentration des services — leur inter-dépendance à l'intérieur — leur inter-dépendance avec l'extérieur.

En outre, pour aider tant à l'économie nationale d'un pays qu'au rendement économique du Centre Médical même, celui-ci devrait faire partie d'un *programme national de santé*, ou faute de ce programme d'ensemble, tout au moins veiller à ne pas dépasser le nombre de lits reconnus nécessaires. Le but d'un Centre Médical étant de traiter surtout les cas qui exigent un équipement spécial et perfectionné, les Hôpitaux Secondaires devenant une sorte de halte entre les Dispensaires locaux (ou Unités de Premier Triage) et les Centres Médicaux.<sup>1</sup> Actuellement en Amérique ce programme d'ensemble n'existe pas, mais il devra forcément être établi en raison de l'évolution économique de notre époque. *C'est cette évolution économique qui doit diriger nos efforts* — nous interdire leur dispersion — guider notre choix vers une organisation centralisée dont seule l'exploitation peut être viable.

<sup>1</sup> Voir du même auteur «L'Organisation Nationale de la Santé», publiée à Lyon par La Revue des Hôpitaux, et «La Cité Hospitalière de Lille», publiée par Les Cahiers d'Art, Paris.

### Paul Nelson über den Zürcher Spitalwettbewerb

M. Nelson, ein Perret-Schüler, ist bekannt durch sein grosszügiges und detailliertes Projekt für das Universitätsspital von Lille (Nordfrankreich), über das er auch in der Schweiz Vorträge gehalten hat. Als dann aus politischen Gründen im Herbst 1934 doch noch ein Wettbewerb durchgeführt wurde, wurde M. Nelson mit der Aufstellung des Vorprojektes und des Wettbewerbs-Programms betraut. Wir geben im folgenden eine etwas gekürzte Uebersetzung des obenstehenden Textes. *Red.*

### I. Grosspitäler.

Man darf den Kanton Zürich zu seinem grosszügigen Entschluss beglückwünschen, seine verschiedenen Spitäler, Polikliniken und medizinischen Unterrichtsanstalten in einen einheitlichen Organismus zusammenzufassen. Wenn aber ein solcher Organismus wirklich funktionieren

soll, so muss man bei der Planung die schon bei andern Spitalern erreichten Ergebnisse zu Rate ziehen, und dies scheint bei diesem Wettbewerb nicht in wünschenswertem Mass geschehen zu sein. Ich erlaube mir deshalb, im folgenden einige Meinungen zu äussern, wobei positive Einwände gewiss mehr zur Lösung der Aufgabe beitragen als Komplimente.

Ein zentralisiertes Grossspital, wie es in Zürich errichtet werden soll, ist heutzutage die einzige logische Lösung, nicht nur aus ökonomischen Gründen — wie die Erfahrungen in Amerika schlüssig bewiesen haben — sondern ebenso aus wissenschaftlichen und Behandlungsgründen. Um eine logische Lösung zu finden, muss aber schon die Aufgabe logisch gestellt sein auf Grund der Erfahrungen, wie sie gegenwärtig einzig von Amerika zu lernen sind, wo seit Anfang dieses Jahrhunderts eine ganze Anzahl von Grossspitalern errichtet wurde. Die Entwicklung verlief in vier Etappen: die erste brachte die Vereinigung der verschiedenen Spitalabteilungen auf dem gleichen Terrain, aber noch in Gestalt einzelner Pavillons. Die zweite brachte eine Vereinigung aller Elemente in drei Hauptgruppen: Bettenabteilung, Unterrichtsabteilung, Behandlungsabteilung. Die dritte schloss diese drei Gruppen durch ein System von Gängen aneinander, die vierte und letzte brachte dann die Zentralisation sämtlicher Abteilungen in ein und demselben Baublock. In den amerikanischen Städten hat gewiss der hohe Bodenpreis dazu beigetragen, den Entschluss zu einer solchen Zentralisierung zu erleichtern, das Ergebnis war aber auch in jeder andern Hinsicht derart günstig (Vereinfachung der Betriebsführung, Einsparung von Hilfskräften, Erleichterung des Unterrichtes, der Forschung und der Behandlung), dass man heute meiner Ueberzeugung nach selbst dann diese zentralisierte Lösung wählen würde, wenn im offenen Land auf billigem Baugrund zu bauen wäre.

Der Zürcher Wettbewerb nimmt auf diese Entwicklung keinerlei Rücksicht — sei es aus Unkenntnis oder bewusster Ablehnung. Es ist, wie wenn man die ganze Entwicklungsgeschichte des Spitals selbst noch einmal durchmachen wollte, statt aus der Entwicklung des Auslandes Nutzen zu ziehen.

## II. Das Programm war zu detailliert für einen «Ideen»-Wettbewerb

Warum fehlt ausnahmslos bei allen Projekten die nötige Zusammenfassung und rationelle Organisation? Warum haben sämtliche Projekte ungefähr die gleichen Vorzüge und gleichen Nachteile? Warum findet sich unter diesen 86 Projekten nicht eine wirklich persönliche und originelle Idee? Schuld an allem ist das Programm. Für einen Wettbewerb, der doch die Bezeichnung

«Ideenwettbewerb» trug, wurde ein derart bindendes, genau festgelegtes Programm aufgestellt, dass die Teilnehmer schlechterdings keine Möglichkeit hatten, eigene Ideen von einiger Bedeutung zu entwickeln. In Wirklichkeit war dieser Wettbewerb gar kein Ideenwettbewerb, sondern ein Wettbewerb zum Arrangement vorgefasster, von der ausschreibenden Behörde gelieferter Ideen, der den Architekten keine Freiheit in der Auffassung des Gesamtprogramms liess. Diese gegebenen Ideen sind aber keineswegs unfehlbar, gerade die rationelle Organisation fehlt darin vollständig, sie wäre auch von vornherein im Gegensatz gestanden zu der Forderung, die Spitalanlage in drei Bauetappen durchzuführen. Diese Forderung der Bauetappen, die überhaupt nicht in einen Ideenwettbewerb gehört, hat zu einer verhängnisvollen Dezentralisation geführt, die auf dem gegebenen Bauplatz um so gefährlicher ist, als sie durch das vorhandene Gefälle Niveaudifferenzen im Gefolge hat, die eine ausserordentliche Erschwerung des Betriebes bedeuten, während sie beim geschlossenen Blockbau vermieden würden. Die langen Verkehrswege — und gar noch mit Gefäll — verteuern die laufenden Ausgaben des Betriebes, die die allerwichtigsten Ausgaben sind, ganz abgesehen von den Mehrkosten beim Bau. Wozu soll diese lediglich äusserliche Ansammlung verschiedener Institute auf dem gleichen Grundstück mit ihren schematischen Verbindungsgängen dienen, wenn sie doch nicht einen wirklich lebensfähigen, einheitlich durchgebildeten Organismus bildet?

Im ganzen gesehen, leiden alle eingereichten Projekte — aus Gründen des Programms — unter dieser Dezentralisation. In keinem einzigen Projekt findet sich ein organisierter Haupteingang, der unmittelbar die verschiedenen Besucherkategorien auf getrennte Kommunikationswege verteilen würde: Kranke, Besucher, Studenten, Aerzte, Hilfspflegepersonal. Es fehlt — im Programm und in den Projekten — eine zentrale Aufnahmestation für die Poliklinik, wo eine erste Untersuchung die Poliklinikpatienten je nach ihren Krankheiten in die verschiedenen Poliklinikabteilungen einweist, ohne dass sie vorher durch lange Gänge von einer Tür zur andern suchen müssen, wo sie zuständig sind.

Was die Bettenstationen betrifft, so waren vom Programm schon alle Einzelheiten derart festgelegt, dass den Wettbewerbs-Teilnehmern auch hier nur noch das Arrangement gegebener Ideen und Raumgrössen freistand. Wenn man wirklich die Architekten zu eigenen Gedanken anregen wollte, hätte man nicht verfehlter vorgehen können. Das Programm gab den Architekten eingehende Belehrungen, es fasste die Entwurfsarbeit in feste und enge Grenzen; man hat damit ein sehr hohes Gesamtniveau der eingereichten Arbeiten erreicht auf Kosten wirklicher Ideen, die dadurch verunmöglicht wur-

den. Eine einzige gute Idee wäre aber wertvoller gewesen als zehn geschickte Arrangements von vorgeschriebenen Einzelheiten: in dieser Hinsicht ist der vorliegende Wettbewerb ein neuer Beweis für die Unfruchtbarkeit dieser Art von Wettbewerben.

### III. Die Möglichkeit einer besseren Wettbewerbs-Organisation

Das Programm eines Ideenwettbewerbes sollte möglichst knapp sein; es sollte die Anforderungen lediglich aufzählen und im übrigen den Konkurrenten freie Hand lassen. Wenn man wirklich Ideen aus der Architektenschaft gewinnen und Wissen und Talent prämiieren will, so darf man nicht die wichtigste Arbeit schon im Programm vorwegnehmen, denn das kommt nur den unfähigeren Wettbewerbsteilnehmern zugute, deren Projekte dann auf Grund des eingehenden Programms ein trügerisches Niveau erreichen, das dem ihres Urhebers gar nicht entspricht. Der Spitalbau ist nun einmal eine schwierige Angelegenheit, die die Erfahrung vieler Jahre und ein eingehendes Spezialstudium voraussetzt, so dass sie ihrem ganzen Wesen nach nicht jedem Architekten zugänglich ist; gerade das aber war die Absicht des Zürcher Programms: sie jedem zugänglich zu machen, und darum sind die Ergebnisse ein Misserfolg.

Das Preisgericht eines solchen Wettbewerbes sollte aus zwei Abteilungen bestehen: einer lokalen Sektion, die das Ganze überwacht und die aus Architekten und erfahrenen Verwaltungsmännern des Spitalbetriebs besteht, und zweitens einer technischen Sektion mit ein bis zwei Spezialisten für jede einzelne Aufgabe, die unter den erfahrensten Fachleuten der ganzen Welt auszuwählen wären. Diese Spezialisten hätten sich lediglich über ihre Sondergebiete zu äussern, und auf Grund ihrer Teilbeurteilungen hätte die lokale Sektion die endgültige Wahl zu treffen.

Diese Ausführungen sind in keiner Weise als Einwand gegen das Zürcher Preisgericht gemeint: seine Arbeit und die Qualität der prämierten Projekte steht hier gar nicht zur Diskussion, sondern lediglich die Abfassung des Programms, in der mir der Hauptfehler und die Ursache des Misserfolges zu liegen scheint.

### IV. Zusammenarbeit von Großspital und Privatarzt als weiterer Programmpunkt

Das Programm zeigt, dass bei seiner Zusammenstellung einem höchst wichtigen Punkt viel zu wenig Aufmerksamkeit gewidmet wurde: der Beziehung zwischen dem neuen Großspital und den andern Spitälern, zwischen dem neuen Spital und den Privatärzten und zwischen dem neuen Spital und der Bevölkerung. Gerade auf diesem Gebiet liegen aber die Hauptleistungen, die man von einem solchen Großspital verlangen muss: Sozialer

Dienst und Krankheitsverhütung. Es kommt darauf an, eine Organisation zu schaffen, die die wertvolle Mithilfe der frei praktizierenden Spezialisten heranzieht, zum Nutzen für das Ganze und nicht als besondere Einheiten, am besten auf dem Weg einer Zentralisation aller Polikliniken rund um eine diagnostische Zentrale. Hier ist die Stelle, an der sich auch ein Gesunder über seinen körperlichen Zustand und über jene besondern körperlichen Fähigkeiten Auskunft holen kann, die für seine Berufswahl wichtig sind. Hier wird von Spezialisten sein Körperzustand auf Kontrollzetteln inventarisiert, die in Krankheitsfällen wertvollen Aufschluss über Veränderungen geben können. Hier kann der Privatarzt seine Patienten mit Hilfe von technischen Einrichtungen untersuchen lassen, die er selber niemals anschaffen könnte, um die Kranken dann als Privatpatienten weiter zu behandeln. Diese diagnostische Zentralstelle ist das grosse Bindeglied zwischen dem Spital und der Aussenwelt. Dass sie in diesem Sinn funktionieren kann, wird seit Jahren bewiesen durch das Spital der Gebr. Mayo in Rochester U. S. A., das ein Vorbild für ein Grosskrankenhaus darstellt, das mit Privatärzten und kleinern Spitälern zusammenarbeitet. Wenn ein Großspital wirklich lebensfähig sein soll, so muss es diese Privatärzte und Nebenspitäler nicht nur leben lassen, sondern positiv fördern, indem es ihnen seine vollkommeneren Einrichtungen zur Verfügung stellt.

### V. Die Aufgabe des Großspitals

Zusammenfassend lässt sich sagen: das Hauptziel des Grosskrankenhauses ist die Senkung der Ausgaben, sowohl des Spitalbetriebes wie des einzelnen Kranken bei gleichzeitiger Verbesserung des medizinischen Unterrichtes und der Krankenbehandlung. Ein Großspital, das zugleich ein Mittelpunkt des medizinischen Studiums ist, darf keinesfalls mit dem Typus des Spitals verwechselt werden, das keine Unterrichtsfunktionen zu erfüllen hat. Wenn bei letzterem Spitaltypus eine Lösung nach dem Pavillonssystem vielleicht auch fragwürdig, aber jedenfalls diskutabel ist, weil die einzelnen Pflegestationen und ihr Personal wirklich weitgehend voneinander unabhängig sein können, so ist eine solche Lösung für ein medizinisches Zentrum mit Lehrbetrieb ganz unmöglich, denn hier stellt der Lehrbetrieb eine Hauptanforderung dar; die Studenten müssen leicht und ohne unnötigen Zeitverlust die Kranken erreichen können, die Professoren müssen zugleich die internen und externen Dienste überwachen und die Behandlungsabteilungen müssen für interne und externe Patienten leicht erreichbar sein. Dies und die Notwendigkeit einer zentralen Ueberwachung aller Besucher, einer zentralen Organisation der Verpflegung und sonstigen Dienste führt notwendigerweise zur grösstmöglichen Konzentration.

Um einem medizinischen Zentrum der geplanten Art volle Wirkungsmöglichkeiten zu sichern, wäre ein nationales Gesundheitsprogramm nötig, oder — solange es fehlt — ein Verzicht auf eine wesentliche Vergrößerung der Bettenzahl über die zur Zeit vorhandenen Bedürfnisse hinaus. Das Großspital soll nur die schweren und klinisch interessanten Fälle behandeln und jene, die besondere Apparaturen usw. erfordern. Die vorhandenen Sekundärspitäler dienen als eine Art Zwischenstation zwischen den örtlichen Krankenstationen, die eine erste Siebung der Fälle vornehmen, und dem Grosskrankenhaus. (Hierüber

vom Verfasser die in der französischen Fussnote angeführten Schriften.)

Ein solcher Gesamtplan existiert auch in Amerika zur Zeit noch nicht, aber nur schon die wirtschaftliche Entwicklung wird dazu zwingen. Denn wirtschaftliche Erwägungen müssen uns bei dieser ganzen Frage der Volkswohlfahrt und des Volksvermögens leiten, indem wir unter Vermeidung aller Kräftezerstreuung einen zentralisierten Organismus fordern, wie er sich allein im Betrieb bewähren kann.

## Anstaltsgrossküche oder Einzelverpflegung im Krankenhaus?

Von Prof. von Soós, Budapest, Direktor des Diätetischen Institutes

Worin liegt die Ursache, dass trotz der enormen Erleichterungen durch die Lebensmittelindustrie im Grosshaushalt der Küchenbetrieb als fast einziger Zweig der Produktion übrig geblieben ist?

Erstens in der geringen Haltbarkeit der Küchenprodukte, die eine unverzügliche Konsumierung nach der Fertigstellung der Speisen notwendig macht: man rückt also die Tische des Speisesaales möglichst nahe an die Nähe der Ausgabestelle der Küche.

Zweitens wird der Eigenküchenbetrieb in Grosshaushaltungen auch darum beibehalten, weil man die Art und Weise der Speiseherstellung, das heisst die Küchentechnik gerne der Geschmacksrichtung der Konsumenten anpassen will, was man von einer auswärtigen Produktion nicht erwarten kann.

Drittens konnte man auf Grund von Erfahrungen annehmen, dass die Eigenproduktion der Speisen billiger zu stehen kommt als die Verköstigung durch einen aussenstehenden Betrieb, und so entstand die Grossküchenbetriebs-Wirtschaft, deren Leistungsfähigkeit nach den Ersparnissen bemessen wurde.

Grossküche und Familienküche stimmen also in Ziel und Führung vollkommen überein, nur wurde der Maßstab der Zahl der zu Verpflegenden entsprechend vergrößert.

Studiert man Hunderte von Grossküchenplänen nach betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten, so ist es erstaunlich, mit welcher Unkenntnis und Ausserachtlassung der Betriebswege diese Betriebsräumlichkeiten meist angeordnet sind. Die Grossküche trägt noch allzuoft das Gepräge der Inkoordination und Unorganisiertheit der Familienküche.

Aber nicht nur in technischer, sondern auch in organisatorischer und administrativer Hinsicht bewahrte die Haushaltsküche ihre Eigentümlichkeiten, als sie sich vom Kleinbetrieb zum Grossbetrieb umstellte. Im Privathaushalt wird den Familiengliedern

eine Speisefolge vorgesetzt, die einen Tag vorher festgelegt wird, und diese Methodik des festen Menus, des «Table-d'hôte-Systems», behielt die Haushaltsküche auch bei ihrer quantitativen Hochentwicklung bei.

Der Wirtschaftsplan wurde zunächst nur für die Beantwortung der drei Fragen aufgestellt: 1. Welche Speisearten sollen gekocht werden? 2. Wie hoch ist die Kopffzahl der zu Versorgenden? 3. Wie gross soll eine Portion pro Person berechnet werden?

Schwierig ist nur die dritte Frage, die Festsetzung der Eigenschaften einer Speiseportion, welche den Konsumenten restlos befriedigen soll.

Der Versorger eines Haushaltes übernimmt die Verpflichtung, eine Kost zu geben, die der Typus seiner Verköstigten als ausreichend, mit einem Wort für «gut» hält, ihn sättigt und bei ihm Wohlbehagen auslöst. Es fehlen uns aber leider die Messapparate und Masseinheiten, die zu diesem recht subjektiven Urteil die notwendigen, objektiv-exakten Unterlagen liefern würden. Auch bei kalorisch hochwertiger Nahrung kommt eine Beanstandung der Güte der Kost nicht selten vor; nicht einmal die chemische Zusammensetzung gibt uns über die Schmackhaftigkeit brauchbaren Aufschluss. Man nähert sich der Lösung noch am ehesten durch die Ermittlung der Summe, die zur Anschaffung der Lebensmittel ausgegeben wurde, obwohl die teuersten Nahrungsmittel gleichfalls keine Garantie für das Verköstigungsniveau bieten.

Ist denn diese «Güte», aus der die Freude, der Genuss beim Essen stammt, eine physiologisch begründete Eigenschaft der Nahrung, die der Versorger im Qualitätsgrad der Küchenprodukte berücksichtigen muss? Unbedingt!

Es bedarf wohl keiner ausführlichen Begründung, dass in der menschlichen Ernährung neben den stofflichen und energetischen Werten auch der Genusswert seinen gebührenden Platz einnimmt. Dieser Genusswert wird teils in der Natur, teils in der Küche erzeugt. Die Kü-