

Abriss über den Spitalbau der Schweiz in den letzten 50 Jahren

Autor(en): **Fietz, Hermann / Steiger, Rudolf**

Objekttyp: **Article**

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

Band (Jahr): **45 (1958)**

Heft 9: **50 Jahre Bund Schweizer Architekten**

PDF erstellt am: **20.04.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-35075>

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.

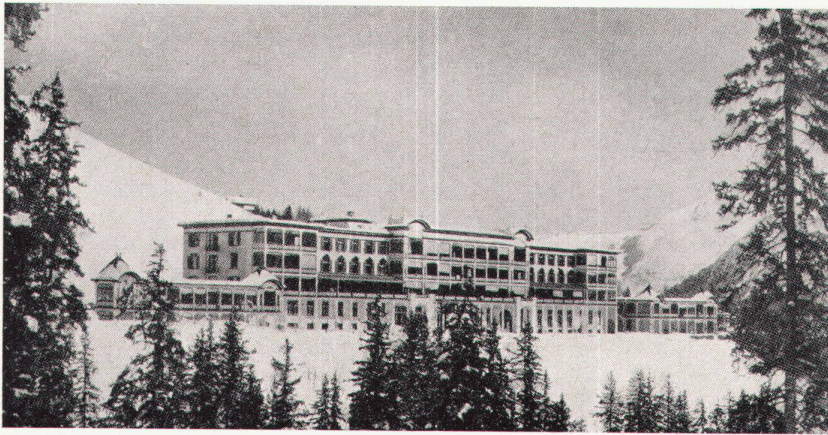
Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen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

Abriß über den Spitalbau der Schweiz in den letzten 50 Jahren



1

Spitalbestand zu Anfang des Jahrhunderts:

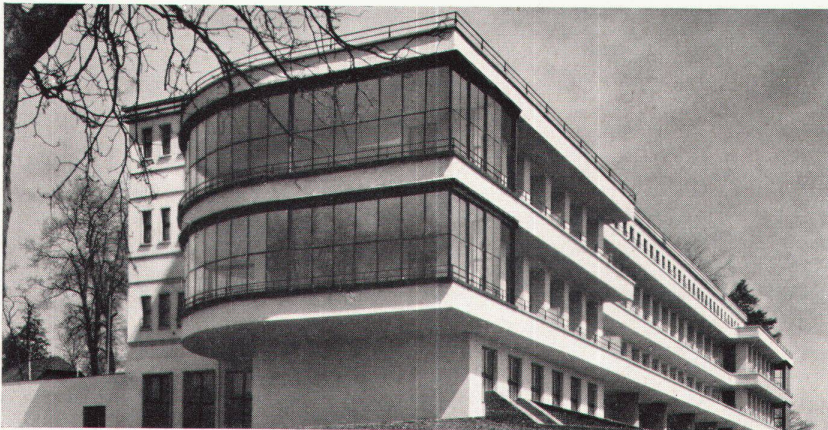
Bürger-, Regional- und Kantonsspitäler, zum Teil mit dem Ausbau der Universitäten entstanden. Bauten aus der ersten Hälfte und aus dem letzten Viertel des 19. Jahrhunderts. In der Hauptsache Bautakte mit Krankenzimmern und dabei relativ wenige ärztliche Behandlungszimmer. Anfänge separierter Operationsräume.

Schrittweise Erweiterung der ärztlichen Räume, in den Jahren 1900 bis 1910, namentlich Ausbau von Operationsanlagen unter dem Einfluß des Problems der Asepsis; Anbauten. Aufkommen der Mechanotherapie.

Fortschreitende Differenzierung der Medizin – ursprünglich nur innere Medizin und Chirurgie –, Abspaltung von Spezialgebieten, wie Geburtshilfe und Augen, Hals-, Nasen- und Ohren- und andere Krankheiten. Abteilungen für Infektionskranke in Form von Absonderungshäusern mit gesetzlichen Distanzvorschriften, situationsmäßig oft sehr behindernd für den spätern Ausbau von Spitalanlagen.

Zunehmende Bedeutung des Tuberkuloseproblems. In Heilstätten, wie Davos, entstehen moderne Sanatoriumsbauten. Betonung der Südorientierung, Gestaltung von Fassaden mit Liegebalkonen als architektonische Aufgabe.

Aufkommen der Röntgenstrahlen als diagnostisches Zentralgebiet und später als therapeutisches Mittel. Erweiterung und Ausbau bestehender Spitalanlagen durch Neubauten mit individueller Zweckbestimmung (Operationshäuser, Röntgeninstitute, Spezialkliniken. Einfluß ausländischer Beispiele auf symmetrische Pavillonanlagen. Auch Pavillons für wirtschaftliche Bedürfnisse (Verwaltungsgebäude, Küchen-, Wäscherei- und Heizungspavillons).



2

Abkehr vom Pavillonsystem mit großen Krankensälen durch blockmäßige Zusammenfassung. Führt zum Aufbau aus Krankenzimmerteil (Bettenflügel) und aus Komplement mit ärztlichen Nebenräumen (Operationsabteilungen und andere) und Einbau der Küche in zentraler Lage. Ausbildung des T-förmigen Grundrisses (Loryspital in Bern).

Einfluß größerer Spitalbautätigkeit im Ausland, wie namentlich in Frankreich, Schweden und Amerika. Wissenschaftliche Untersuchungen der Grundlagen des Krankenhausbaues in Hinsicht auf Bettenzahlen, Arbeitswege und anderes mehr. Erkennen besonderer Spitaltypen – Zentralkrankenhaus, Regionalspital usw. – und Planung der örtlichen Verteilung. Der Ausbau der großen Spitäler erfordert viel Zeit der Vorbereitung (zum Teil Arbeitsunterbrüche während der beiden Weltkriege).



3

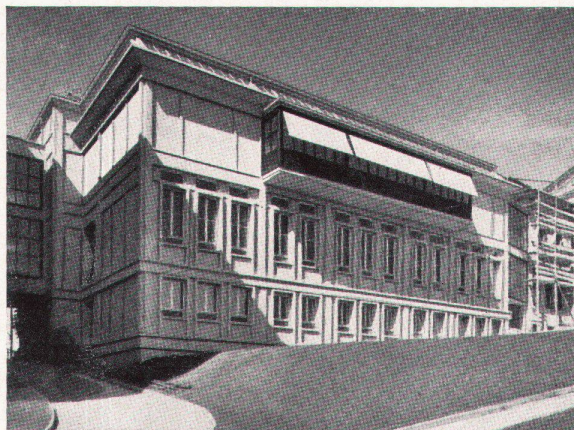
1
Sanatorium Schatzalp in Davos, 1899. Architekten: Pflughard und Haefeli, Zürich
Sanatorium Schatzalp, à Davos, 1899
The Schatzalp sanatorium in Davos, 1899

2
Loryspital, Bern, 1929. Selbständige, in sich geschlossene Spitalanlage. Architekten: Prof. O.R. Salvisberg und O. Brechbühl
Hôpital Lory, à Berne, 1929; cité hospitalière autonome
The Lory hospital in Berne, 1929, forming an independent, closed unit

3
Bezirksspital S. Giovanni in Bellinzona, 1938. Typus eines Regionalkrankenhauses mit 130 Betten. Architekten: A. Jaeggli und B. Brunoni, Bellinzona
Hôpital San Giovanni du District de Bellinzona, 1938. Hôpital régional typique avec 130 lits
San Giovanni, typical district hospital in Bellinzona, 1938, 130 beds



4



5



6



7

Parallel geht die Anpassung der kleineren Spitäler an die neuen Bedürfnisse, in erster Linie zur Erfüllung der operativen Arbeit des Chirurgen. Allmählich Ausbau internmedizinischer Abteilungen mit zunehmender Bedeutung. Schaffung zum Teil umfangreicher Laboratorien. Angliederung von Wöchnerinnenstationen auch an kleine Spitäler. Bettenvermehrung.

Es entstehen zahlreiche Beispiele, die man als «Anbautypus» bezeichnen kann. Der Architekt hat sich dabei mit den besondern Fragen der Gestaltung von Alt und Neu und mit den betrieblichen Verbindungen zur Bildung eines guten, neuen Spitalorganismus zu befassen. Dabei spielt die Verschiebung von Schwerpunkten eine wesentliche Rolle.

Immer häufiger entsteht der Typus des «vollständigen Neubaus» dort, wo neue Spitäler entstehen oder veraltete Anlagen mit Platzwechsel verlassen werden. Kantons- und Stadtspitäler. Zunehmende Bedeutung der Hospitalisierung von Chronischkranken. Pflegeheimtypus.

Starke Verschiebung von baulichen Ergänzungen und der Anbauten in der Richtung vollständiger Neubauten. Die Überalterung der Gebäude und die hohen Baukosten machen Umbauten zusehends unrationeller. Oft drängt sich auch der Ersatz relativ junger Bauten auf.

Nach der Spezialisierung entsteht wieder in stärkerem Maße das Bedürfnis nach Erleichterung der Zusammenarbeit. «Kollaborationsspital.» Baulich möglichst zusammengefaßte und organisch gegliederte Anlagen.

Sonderprobleme stellt der Ausbau der Universitätskrankenhäuser. Wegen der Größe und Vielgestaltigkeit zeigen sich alle Fragen mit besonderer Intensität. Wettbewerbe (Burghölzli-Wettbewerb Zürich zum Beispiel) und Planungen. Besonderes Studium der Einzelteile, wie namentlich der Pflegeeinheiten mit ihren Nebenraumgruppen sowie der besonderen medizinischen Raumgruppen (Operationsabteilungen, Röntgen- und Laboratoriumsabteilungen und andere). Zunehmende Bedeutung des Unfalldienstes.

4
Bürgerspital Basel, 1945. Universitätsklinik mit medizinischer und chirurgischer Abteilung als Erweiterung und Erneuerung einer bestehenden Anlage. Architekten: E. und P. Vischer, Bräuning, Leu, Dürig, Hermann Baur, Hans Schmidt
Hôpital municipal de Bâle, 1945. Clinique universitaire, comprenant des services de chirurgie et de médecine générale; rénovation et agrandissement d'un centre hospitalier préexistant
Basle Citizens' Hospital, 1945. The medical school hospital of the Basle university with medical and surgical departments. Extension and renewal of the old hospital

5
Operationsabteilung des Kantonsspitals Lausanne, 1947. Erweiterung einer bestehenden Anlage. Architekten: M. Vetter und J.-P. Vouga, Lausanne
Service de chirurgie de l'hôpital cantonal de Lausanne, 1947; agrandissement d'un centre hospitalier préexistant
Surgical wing of the Lausanne Cantonal Hospital, 1947. Extension of an existing unit

6
Kantonsspital Zürich, 1950. Universitätsklinik; vollständige Erneuerung der alten Spitalanlage. Architekten: Steiger, Fietz, Haefeli, Weideli, Schütz, Moser
Hôpital cantonal de Zurich, 1950. Clinique universitaire remplaçant l'ancien hôpital entièrement démoli
Zurich Cantonal Hospital, 1950. Medical school hospital, complete renewal of the old establishment

7
Stadtspital «Waid» in Zürich, 1953. Spital für Akut- und Chronisch- kranke. Architekten: Schindler, Landolt, Schütz
Hôpital municipal de la «Waid», à Zurich, 1953, pour le traitement de maladies chroniques et aiguës
"Waid" City Hospital in Zurich, 1953, for the treatment of acute and chronic diseases



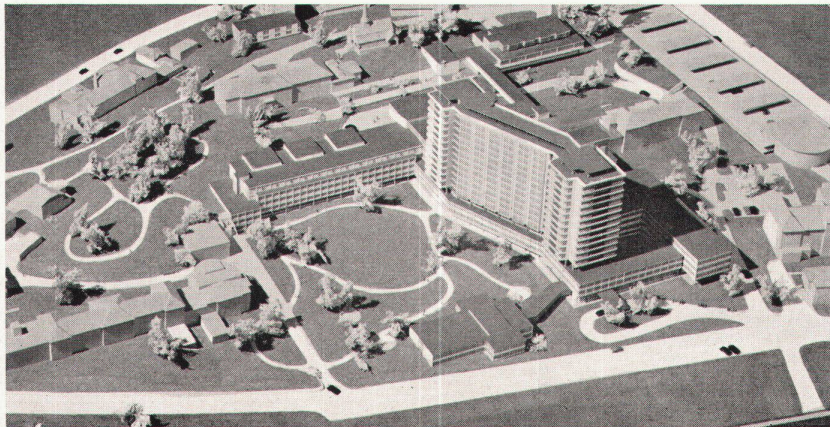
8



9



10



11

Bei den Bettenabteilungen bilden sich verschiedene Formen mit größeren und kleineren Krankenzimmern; man erkennt den Vorteil ergänzender Raumabschnitte für die Krankenpflege (Bildung von Hilfspflege-Vorräumen unmittelbar am Krankenzimmer). Wohnliche Lösungen von Aufenthaltsräumen für nicht bettlägerige Kranke und vieles andere mehr.

Änderungen in der bauhygienischen Auffassung auf Grund von Erfahrungen führen zu weniger starrer Orientierung hinsichtlich Himmelsrichtungen und zu weniger spitalmäßigem Aussehen. Medizinisch vollkommenere Beherrschung der Infektionskrankheiten (Antibiotica) bringt den Bautypus des «Absonderungshauses», ja sogar besonderer Flügel für Infektionskranke zum Verschwinden. – Das Aufkommen von künstlicher Belüftung und teilweiser Klimatisierung von Spitalanlagen schafft neue Möglichkeiten konzentrierter Grundrisse.

Bestreben, das gewohnte «spitalmäßige» Aussehen in eine wohnlichere und menschlich verfeinerte Atmosphäre umzubilden. Psychisch angenehmes Milieu als Gesundheitsfaktor. Trotzdem vermehrter medizinisch-technischer Ausbau. Abkürzung der mittleren Aufenthaltsdauer der Patienten. Berücksichtigung der Personalfragen. Die räumliche Konzentration wird zwecks Betriebserleichterung immer dringlicher. Der Spitalbetrieb wird an sich teuer. Der Architekt muß sich intensiv mit den technischen Einrichtungen befassen.

Da das Spitalproblem einer fortschreitenden dauernden Veränderung der Grundlagen unterliegt, ist der Blick nach vorwärts unerlässlich. Die Bauten verlangen möglichst große Anpassungsfähigkeit. Die Pflege und das Festhalten an Schemata ist gefährlich. Neue Materialien und Fabrikationsmethoden sind von Einfluß.

Die Gefahr rückläufiger Bewegungen im Spitalbau sollte vermieden werden; sie stellt sich leicht ein bei zu doktrinärem Einfluß nicht schöpferisch begabter Kräfte (zu große Bedeutung einseitiger Berufserfahrung).

Zusammenfassend ist festzustellen, daß die Architekten durch ihre Arbeit den Spitalbau in seiner Entwicklung weitgehend beeinflussten und viele neue Wege wiesen bis zum Krankenbett und bestimmten Spezialeinrichtungen. Es ist noch ein großes Arbeitsfeld mit Zukunftsperspektiven offen.

8 Kantonsspital Schaffhausen, 1957. Vollständige Neuanlage. Architekten: Henne, Scherrer und Meyer, Fietz
Hôpital cantonal de Schaffhouse, 1957; nouvelle construction
Schaffhouse Cantonal Hospital, 1957. Homogeneous new establishment

9 Kantonsspital Genf, 1955. Teil einer geplanten Neuanlage. Architekten: Hoechel, Nierle, Lozeron, Erb
Hôpital cantonal de Genève, 1955. Une partie de l'agrandissement déjà réalisée
Geneva Cantonal Hospital, 1955. Part of a new construction plan. The buildings shown in the picture have been completed

10 Kantonsspital Winterthur, 1958. Erneuerung und Erweiterung einer bestehenden Anlage. Architekt: Edwin Bosshard
Hôpital cantonal de Winterthur, 1958; rénovation et agrandissement d'un centre hospitalier préexistant
Winterthur Cantonal Hospital, 1958. Renewal and extension of an existing establishment

11 Erneuerungsprojekt für das Inselelspital, Bern, 1958. Universitätsklinik. Architekten: Brechbühl, Fietz, Steiger
Projet pour le nouvel hôpital de l'«Insel» (clinique universitaire), à Berne, 1958
Renewal project for the "Insel" hospital in Berne, 1958. Medical school hospital

Photos: 2 Henn, Bern, 4 Spreng, Basel, 6 Beringer und Pampaluchi, Zürich, 7 M. Wolgensinger, Zürich, 9 L. Bacchetta, Genf, 11 P. Grünert, Zürich