



UNIVERSITÄTS-
BIBLIOTHEK
PADERBORN

Krankenhäuser

Kuhn, Friedrich Oswald

Stuttgart, 1897

i) Ergebnisse

[urn:nbn:de:hbz:466:1-79208](https://nbn-resolving.org/urn:nbn:de:hbz:466:1-79208)

i) Ergebnisse.

Im vorliegenden umfangreichen Kapitel treten auf allen Gebieten des Krankenhausbaues Versuche zu fachgemäßer Gestaltung neben sehr missverstandenen ersten Proben der Ausführung jener Gedanken, die von *Tenon* und der Akademie der Wissenschaften in Paris niedergelegt waren, zu Tage. In den allgemeinen Krankenhäusern kommt das Pavillonssystem nur in *Beaujon* und *Lariboisière* mit eingeschossiger Verbindungsgalerie zur Ausführung. Alle anderen Versuche, sich den Akademie-Vorschlägen zu nähern, zeigen mehrgeschossige Verbindungsgänge und ein oder zwei einseitige Grätensysteme, die durch einen Hof getrennt sind. Die nachstehende Tabelle giebt vergleichsweise die hierbei eingehaltenen Abstände und Geschosshöhen.

302.
Allgemeine
Krankenhäuser.

Name des Krankenhauses	Ort	Abstände		Zahl der Geschosse	
		zwischen den Saalbauten in einer Reihe	zwischen beiden Reihen	in den Saalbauten	im Verbindungsgang
<i>Saint-André</i> . . .	Bordeaux	14,00	46,00	2	2
<i>Beaujon</i>	Paris	25,00	25,00	3	1
<i>Saint-Jean</i>	Brüssel	11,20	23,65	2	2
Rudolf-Stiftung . .	Wien	39,82	56,88	3	3
		M e t e r			

Die Corridorbauten, mögen sie der Hufeisenform oder der Linearform folgen, besitzen aber in beiden eine bessere Außenlüftung, als jene Grätensysteme. Die Flügel haben in Hamburg 136,3 m Abstand bei 2 Geschossen, in Bethanien 80 m bei 3 Geschossen. Die verbindenden Corridore bleiben bei beiden Gattungen; die Innenlüftung ist also im Grätensystem nur dort besser, wo wenigstens die Säle gegenüber liegende Fenster haben, was in der Rudolf-Stiftung auch wegfällt. Die Nachteile der gemeinschaftlichen Verbindungsgänge sucht man bei den Corridor-Krankenhäusern meist durch Errichtung von Abfonderungs-Pavillons zu mindern, die in jenen Bauten ganz fehlen. So unvollkommen diese Abfonderungsgebäude auch gewesen sein mögen, so haben sie vielleicht verursacht, daß die Corridorbauten — natürlich kann nur von den besten Typen hier die Rede sein — zahlreiche Vertheidiger fanden. Die Aerzte in Deutschland, der Schweiz und den Niederlanden hielten bis zum Feldzug von 1866 an diesem System zähe fest.

Kein größerer Krankenhausbau entsteht hier in diesem Jahrhundert, ohne daß in den beratenden Commissionen die Aerzte maßgebenden Einfluß haben, den sie mit den Verwaltungs-Inspectoren theilen. Studienreisen gehen oft den Entscheidungen vorher, und schon jetzt entwickelt sich die Sitte, daß Aerzte oder Verwaltungs-Inspectoren die Pläne der Neubauten veröffentlichen, weil sie diese als ihre eigene Schöpfung betrachten. Der Einfluß der Architekten auf die Pläne ist verhältnißmäßig gering.

Der Grätenbau, ein- oder zweiseitig, wie zuerst in der *Blackburn and East Lancashire infirmary* in England, wird dort vorbildlich als Typus für neuere An-

lagen. Eine freiere Gruppierung von zweigeschoffigen Saalbauten um das Verwaltungsgebäude gelang nur im *Free city hospital* zu Boston.

Neue Gedanken zeigen sich erst in der Mitte des Jahrhunderts nach dem Krim-Krieg. So der Vorschlag einer senkrechten Gruppenbildung von *Bonorden*, der einer vollständigen Zerstreuung in eine Anzahl von Krankengebäuden, die den einzelnen Krankheitsformen entsprechend auszubilden sind, für welchen v. *Breuning* den Keim in der Charité in Berlin sah, und der Organisationsplan für eine vollständige Umgestaltung des Krankenhauswesens von *Le Fort*. Praktische Fortschritte folgten erst später der Einführung der Zeltbehandlung in die allgemeinen Krankenhäuser nach den Versuchen in Bethanien und der Charité.

Als eine besondere Leistung, die in vortrefflicher Weise den Werth der Aufsenlüftung bei Krankenhäusern zeigt, ist die Sanirung des alten *Hôtel-Dieu* anzusehen, dieses so verfallenen und nach Abbruch der An- und Zubauten als verhältnismäßig brauchbar erklärten Baues, der so vielseitige Anregung während seines Bestehens geboten hat.

In Deutschland fängt man durch Bildung von Kreiskrankenhäusern an, die Krankenhausbehandlung auch der Landbevölkerung zugänglicher zu machen.

323.
Kinder-
krankenhäuser.

Als neue Gattung entstehen die Kinderkrankenhäuser, innerhalb deren sich schnell die Nothwendigkeit zur Absonderung von ansteckenden Kranken ergibt. Doch erschwert hier die Kleinheit der Anstalten meist das Zerlegen derselben in mehrere Gebäude, die bezüglich scrophulöser Kinder in Paris in Sondergebäuden und in Annexen in ländlicher Lage durchgeführt wird.

324.
Absonderungs-
häuser.

Die Typen für Absonderungshäuser mehren sich mit den Krankheitsgattungen, die man absondert. Pocken, Lungenschwindfucht, Typhus, Scharlach, Krebs u. A. werden in England isolirt.

Vorbeugungsmafsregeln gegen Kriegsfeuchen wurden schon in den Napoleonischen Feldzügen empfohlen; das preussische Regulativ zur Verhütung und Beschränkung ansteckender Krankheiten von 1835 strebt zuerst auf gesetzlichem Weg das Vorbeugen gegen Verbreitung solcher durch Absonderung der ersten Fälle an. Die Wehr gegen das gelbe Fieber in Frankreich, gegen die Cholera in Deutschland und gegen den Typhus in Irland bringen auch neue Bautypen.

325.
Militär-
Hospitäler.

Dem ersten planmäßigen Vorgehen in der Geschichte des Krankenhausbaues begegnen wir in der Militärkrankenpflege. Schon das Reglement für die Friedens-Lazarethe der kgl. Preussischen Armee von 1825 bringt klare Gliederung der Gattungen und stellt Normalien für den Bau auf. Solche werden auch in Oesterreich gegeben. Bleibt in beiden Staaten die Hufeisenform Vorschrift, so wird der Umfang der Lazarethe doch in Preussen auf höchstens 400, in Oesterreich auf 200 Betten begrenzt. Die Aborte werden vom Gebäude getrennt, und Vorschriften über den Abstand von Nachbargebäuden verbessern ebenfalls die Verhältnisse.

In Hannover wird dem kleinen Corridor-Krankenhaus auch ein Absonderungsgebäude beigegeben.

In Frankreich versuchte man in verschiedenen Formen den zweigeschoffigen Grätenbau; in Breft haben die Saalbauten 15,8 m Abstand; in Philippeville ist letzterer auf 11,5 m bei 3 Geschoffen vermindert. Daneben geht aber die planmäßige Ausbildung des Doppelpavillons her, der bei möglichster Sparfamkeit das Zerlegen der Kranken-Unterkunftsräume in wenige, aber frei stehende Einzelgebäude gestattet. Bei den Cholera-Epidemien leisteten solche Saalbauten in *Val de Grâce*

aufserordentliche Dienste, weil sie sofortige Abfonderung innerhalb des Hospitals gestatten.

Das erste Ausproben der Zeltbehandlung in Friedenshospitälern wurde von Oesterreich aufgenommen und von Preussen fortgesetzt.

In England führten die Versuche, Militär-Hospitäler in Einzelgebäude aufzulösen, wie in Stoke Devon und in Walmer, zu mißverständener Ausbildung von Blockbauten. Hier war das Regiments-Hospitalssystem einer freieren Gestaltung ungünstig. Dagegen werden die Erfahrungen im Krim-Krieg unmittelbar im Frieden verwerthet. Die Erkenntniß der Nothwendigkeit, schon im Frieden ein Musterkrankenhaus zu haben, um Verwaltung, Betrieb und Heilverfahren für den Krieg zu studiren, führt nun in England zur Gründung des *Herbert hospital*, dessen Plan aus den Berathungen einer englischen Commission hervorging, die ausgezeichnete Pläne für eine Reihe von Krankengebäuden lieferte.

Die Ergebnisse des Krim-Krieges und die in diesem entstandene Baracke mit ausgiebigster Lüftung verwertheten im Seceffions-Kriege die Amerikaner. Die Erfahrungen in diesen Feldzügen in der Mitte des Jahrhunderts bieten so viel allgemeine Gesichtspunkte und wurden nach so vielen Seiten hin für unsere heutige Krankenhausgestaltung grundlegend, daß mir die Einfügung der Darstellung der Krankenpflege in denselben in das vorliegende Kapitel (statt in Kap. 8) ungeachtet ihres großen Umfanges zweckmäfsig schien.

Schlussbemerkungen.

Die Unterabtheilungen der vorstehenden »Entwicklung des Krankenhausbaues« stellen zugleich die Einleitungen zu den in Kap. 8 zu besprechenden Hauptclassen der Krankenhäuser dar, wenn man sie aus den vorhergehenden vier Kapiteln heraushebt und den in ihren Ueberschriften angegebenen Gattungen entsprechend zusammenfaßt. Sie wurden unter A durch zeitliche Nebeneinanderordnung in gewissen Zeitabschnitten zu einem Ganzen verbunden, um erkennen zu lassen, in wie weit die neben einander entstandenen Gattungen sich gegenseitig beeinflussen. Dadurch ist es ermöglicht, auch für die »Entwicklung des Krankenhausbaues« den vergleichenden Standpunkt zu gewinnen, wie er im Folgenden (unter B) durch Nebeneinanderstellen verwandter Typen im Einzelnen ermöglicht werden soll. Die Schlussfolgerungen, welche sich hieraus ergeben, werden uns noch in Kap. 8 beschäftigen, da sie Gesichtspunkte für die größeren Organisationen bieten, denen wir, wenn das Wachsen der städtischen Agglomerationen so weiter andauert und wenn die Wirkungen der socialen Gesetzgebungen, wie sie in Deutschland bestehen, hervortreten werden, entgegengehen. Aus diesem Grunde schien es wünschenswerth, in den vorhergehenden Kapiteln auch wenigstens die wesentlichsten einschlägigen Organisationen zu geben, deren Erwähnung zum Theile schon durch ihren Einfluss auf die bautechnische Gestaltung der Hospitäler und Krankenhäuser bedingt war.

Die gewählten Grenzen der Zeitabschnitte sollten nur eine gewisse Gliederung der Materie ermöglichen. Sie können nur das Erscheinen oder das Vorwiegen neuer Gesichtspunkte markieren; eben so sind die wenigen gezogenen »Ergebnisse« zu verstehen. Besteht doch das allgemeine Hospital, in dem außer Kranken auch Sieche, Unheilbare u. s. w. behandelt werden, und von dem die Entwicklung des Krankenhausbaues ausging, noch heute in vielen Ländern weiter.

Schon um den umfangreichen Stoff einzuschränken, um Wiederholungen zu

326.
Schluss-
bemerkungen.