

Krankenhäuser

Kuhn, Friedrich Oswald

Stuttgart, 1897

5. Kap. Allgemeine Gesichtspunkte und Vorschläge

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

B. Krankenhäuser der Neuzeit.

5. Kapitel.

Allgemeine Gesichtspunkte und Vorschläge.

Bevor in die Ausgestaltung des neueren Krankenhausbaues eingegangen werden kann, bedarf es der Darstellung der Bestrebungen, welche seit 1865 die Entwicklung desselben beeinflussten. Wie die vorhergehenden Kapitel sich nur so weit begrenzen ließen, als veränderte leitende Gesichtspunkte in den Vordergrund traten, so kennzeichnet auch der Schluss des Bürgerkrieges in den Vereinigten Staaten nur den Beginn eines neuen Zeitabschnittes auf dem weit entwickelten Gebiete des Krankenhausbaues, in welchen noch Reste der vorhergehenden Zeit hineinragen. Der mehr als ein Jahrhundert berathene Bau des neuen *Hôtel-Dieu* in Paris kam jetzt erst zur Ausführung, ohne dass auf seine Gestaltung die Erfahrungen aus diesem Kriege Einfluss übten.

327.
Vor-
bemerkungen.

In Deutschland vereinigten sich die Erfahrungen des amerikanischen Krieges mit den eigenen in den Feldzügen von 1866 und 1870. In grossem Umfange begann jetzt hier auch im Frieden die planmässige Ausbildung des Zerstreuungssystems gleichzeitig in Nord und Süd. Durch das Mitwirken der Architekten entstand eine zweckmässige Mannigfaltigkeit in der Ausgestaltung der Krankengebäude und der anderen Theile des Krankenhauses, die mit den überlieferten schematischen Auffassungen brach. Die anderen Nationen bildeten eigene Typen aus, und die Hygieniker aller Länder suchten den zum Durchbruch gelangten Bestrebungen einen immer breiteren Boden zu gewinnen. Die antiseptische Wundbehandlung und die neuen Lehren über die Verbreitung der Infection-Krankheiten haben sie nicht aufgehalten, sondern ihnen nur Berichtigung gewährt.

Zur Beurtheilung der baulichen Gestaltung, die in reichhaltigster Mannigfaltigkeit diese fortschreitende Förderung des Krankenhausbaues wieder spiegelt, erscheint es daher wünschenswerth, auch dieser neuesten Zeit ihre eigene Entwicklung durch Zusammenstellung der leitenden Hauptgesichtspunkte, die für den Krankenhausbau fortschreitend mafsgebend waren, vorauszuschicken. Doch sollen im vorliegenden Kapitel nur Erscheinungen, die das Gebiet des Krankenhausbaues im Allgemeinen betreffen, Vorschläge zur weiteren Absonderung einzelner Gruppen der Infärsen des allgemeinen Krankenhauses innerhalb oder außerhalb desselben und allgemeine Organisationsvorschläge zusammengefasst werden, während in Kap. 8 diejenigen Ergänzungen und Organisationen besprochen werden, welche innerhalb der übrigen Gattungen des Krankenhausbaues neuerdings mafsgebend geworden sind.

Die Verhandlungen bezüglich des Neubaues des *Hôtel-Dieu* in Paris gehen nun ihrem Ende entgegen; da dieselben bis zuletzt noch allgemeine Gesichtspunkte darbieten, sollen sie hier vorausgeschickt werden (vergl. die Pläne des Neubaues in Kap. 8). Der Platz war durch Beschluss des *Conseil municipal* vom 30. September 1864 fest gelegt worden.

328.
Neubau
des
Hôtel-Dieu
in Paris.

Im Süden vom *Parvis Nôtre-Dame*, der nach Abbruch des alten, während des Neubaues zu erhaltenen *Hôtel-Dieu* bis zum kleinen Seine-Arm verlängert werden sollte, im Norden vom *Quai Napoléon*, östlich von der regulirten, auf 20 m verbreiterten *Rue d'Arcole* und westlich von der eben so verbreiterten *Rue de la Cité* begrenzt, hat das Baugelände rund 165 m Tiefe bei 125 m mittlerer Breite, somit 21 525 qm Grundfläche.

Das vom Architekten *Diet* aufgestellte Vorproject war vom Seine-Präfектen *Hausmann* dem *Conseil de surveillance de l'assistance publique* und der *Administration de l'assistance publique* zur Begutachtung vorgelegt worden. Der Bericht der ersten wurde meines Wissens noch nicht veröffentlicht. Die *Administration* beauftragte die *Société des médecins et des chirurgiens des hôpitaux de Paris* mit Abgabe eines Urtheiles über die Pläne. Diese wählte eine Commission von 18 Mitgliedern, deren Beschlüsse der Hauptfache nach von ihrem Berichterstatter Dr. *Broca* schon in den Verhandlungen der *Société de chirurgie*, die vom 12. October bis 14. December 1864 stattgehabt hatten, mitgetheilt wurden (siehe Art. 186, S. 177). Der Bericht datirt vom November 1864. Von der Begründung seiner Beschlüsse sei nur Folgendes hier nachgetragen⁷⁴²⁾.

Die Commission billigte die Wahl des Platzes, empfahl aber, das Gelände zwischen der *Rue de la Cité*, dem *Tribunal de Commerce* und der *Avenue de Constantine* unbebaut zu lassen und, wie schon vorgeschlagen war, für einen Blumenmarkt zu reserviren, da die *Rue de la Cité* auf 50 m Länge von der ausgedehnten Caferne begrenzt werde, die, bis zum *Pont Saint-Michel* reichend, eine ungünstige Nachbarschaft biete.

Auch die Anordnung der allgemeinen Dienste wurde anerkannt, zu denen hier außer jenen, welche der Unterricht forderte, noch das *Bureau central d'admission* und die Gemeinde der Augustinerinnen hinzutrat, die im *Hôtel-Dieu* ihr Mutterhaus und Noviziat haben.

Die Erfahrungen in *Lariboisière* hätten jedoch zu der Frage geführt, ob das System paralleler Pavillons nicht in sich selbst, unabhängig von der Anwendung, die man von ihm gemacht habe, fehlerhaft sei. Die Breite der trennenden Höfe, die in *Lariboisière* nur 21 m, im künftigen *Hôtel-Dieu* 30 m betrage, genüge nicht, um jeden Pavillon dem Einflus der Nachbarpavillons zu entziehen. Die Gebäude strahlen, so zu sagen, einander an, wenn die Atmosphäre ruhig ist. Weht der Wind nicht unmittelbar in der Axe der Pavillons, was nur ausnahmsweise geschieht, so unterstützen die natürlichen Bewegungen der Atmosphäre noch den Austausch ihrer Luft, dem nur die Entfernung die Schädlichkeit nehmen kann. Der Schatten, den sie während eines großen Theiles des Tages auf die Höfe und bis in die Säle des Erdgeschosses werfen, schliesse die reinigenden Wirkungen der Sonnenstrahlen aus. Weht der Wind in der Axe der Pavillons, so wird er nur die Schichten über dem Niveau ihrer Verbindungsgalerie weggehen; weht er in einer anderen Richtung, so verhalten sich die parallelen Pavillons wie Wandschirme, die sich gegenseitig gegen die Luftströme schützen. Der im neuen *Hôtel-Dieu* rings von viergeschossigen Bauten umgebene Centralhof habe 25 m Breite, also die Hälfte desjenigen von *Lariboisière*. Die langen Seitentrakte des Hofs enthalten 144, die 6 Saalbauten mit je 3 Sälen über einander zu 26 Betten 468, zusammen 612 Betten; die Mansarden der Saalbauten dienen für weitere 156 und die der Südfront für noch 30 Supplementärbetten. Das heißt, sagt *Broca*, ein Hospital für 798 statt für 612 Betten bauen; denn die als Wechselfälle gedachten Reservefälle würden nicht nur bei Epidemien, sondern auch sonst, um Ueberfüllung zu vermeiden, belegt werden. Die Beibehaltung der parallelen Pavillons zwingt zum Ersatz der Längsgebäude durch eine einfache Galerie, wie in *Beaumont* und *Lariboisière*, also zur Verminderung des Belages auf 468 Betten; Verbreiterung des Raumes zwischen den zwei Reihen Pavillons nur um 15 m führt zur Kürzung der Saalbauten und zur Verminderung des Saalbelages auf 20, desjenigen vom ganzen Hospital auf 360 Betten, eine Zahl, die dem Bedürfnis nicht entspreche und ganz außer Verhältnis zur Höhe der Kosten stehe.

Die Pläne wurden hierauf umgearbeitet; doch beschränkten sich die vorgenommenen Änderungen auf die folgenden Punkte:

⁷⁴²⁾ Siehe: *Rapport de la sous-commission chargée d'émettre un avis sur l'avant-projet du nouvel Hôtel-Dieu. Commissaires: M.M. Grifolle, Tardieu, Guérard, Cullerier, Goffelin, Danyau, Regnault, Blondel et Broca, rapporteur (Novembre 1864). Histoire du nouvel Hôtel-Dieu. La revue scientifique de la France et l'étranger, Jahrg. 1, 2. Sem. (1872), S. 750.*

Befestigung der Mansarden über den Saalbauten, Vergrößerung des Abstandes zwischen den Längsseiten der Pavillons von 30,0 auf 37,5 m und Öffnen des Centralhofes gegen Süden derart, dass die denselben hier abschließende Eingangshalle nur Erdgeschosshöhe hat.

In dieser Form überwandte der Seine-Präfekt das Project nebst den früheren Berichten dem *Conseil municipal* der Stadt Paris. Für das von diesem gewählte Comité Nr. 3 fungirte Dr. *Tardieu*, Doyen der medicinischen Facultät von Paris, als Berichterstatter. Sein Bericht vom 24. März 1865⁷⁴³⁾ billigte die Pläne.

Der Seine-Präfekt befiehle darauf, die Lage und die gleiche Bettenzahl, wie bisher, fest zu halten. Trotz des Wegfalles der Dachräume über den Saalbauten wird der Belag des Hospitals zu 716 Betten berechnet, zu denen 84 Reservebetten im Dach der Seitentrakte des Centralhofes, die zum Wechsel dienen sollen, hinzutreten; »sie werden die regulären Abtheilungen gegen die Wirkungen der Ueberfüllung schützen«. Die 716 Betten ergeben sich als durchschnittlicher Belag von 18 Sälen mit je 28, von 3 Sälen mit je 11, von 19 Sälen mit je 6 und von 44 Zimmern mit je 1 bis 2, also 1½ Betten; sie sind somit durch stärkeren Belag der Säle herausgerechnet. Der Vorwurf gegen die große Bettenzahl falle gegenüber der ausgezeichneten Vertheilung der Abtheilungen und derjenigen der Kranken in 84 getrennte Räume. Diese würde selbst den Operirten durch die Schaffung kleiner Einzelzimmer zu statten kommen.

Als ein Fehler des Planes wird vor Allem der Mangel einer vollständigen Isolirung der Pockenkranken gerügt; für eine solche seien die 6 Bettenräume durchaus nicht zu brauchen.

Über die beabsichtigte Deckung der Kosten theilt der Bericht den Wortlaut der Beschlüsse des *Conseil municipal* vom 14. März 1865 mit. Die Baukosten waren auf 12 419 627,21 Francs, die Kosten, einschl. Gelände-Enteignungen, mit 21 400 000 Francs bewerthet. Dem gegenüber standen der *Administration de l'assistance publique* für den Bau und die Enteignung der Grundstücke zur Verfügung:

1) Das Kapital der Seitens der Stadt Paris gegenüber der Hospitalverwaltung contrahirten, vor 1874 nicht einlösbarer Schuld im Betrage von	12 330 528,90 Francs.
2) Der Preis für Gelände und Gebäude, welche die <i>Administration de l'assistance publique</i> der Stadt Paris in der Cité abtritt	4 800 000 .
3) Der Gewinn beim Verkauf der Grundstücke und Gebäude des alten Institutes von <i>Sainte-Péreine</i> und der alten Hospize des <i>Ménages</i> und des <i>Incurables</i> , geschätzt zu	2 500 000 .
	zusammen 19 630 528,90 Francs.

Alle Kosten der Anlage, des Baues und der Ausstattung des neuen *Hôtel-Dieu* und aller nothwendigen Enteignungen, welche diesen Betrag überschreiten, übernimmt die Stadt Paris.

Auf Grund dieses Berichtes beschloß der *Conseil municipal* am 24. März 1865, die Pläne zur Ausführung zu bringen. Die Auszahlung der 12 500 000 Francs an die Hospitalverwaltung hatte noch die Genehmigung des *Corps législatif* nöthig. Doch wurde die dort geplante Discussion des die Forderung ablehnenden Commissionsberichtes durch ein von der Kaiserin-Regentin in Abwesenheit des Kaisers unterzeichnetes Decret, das am Morgen des Tages erschien, abgeschnitten und die Darlehns-Manipulation genehmigt⁷⁴⁴⁾. Im Januar 1866 erfolgte die Grundsteinlegung des neuen *Hôtel-Dieu*. Der Bau wurde bis zum Jahre 1870 lebhaft gefördert. Der neue, gewählte *Conseil municipal* nahm dann die Frage des Hospitals wieder auf, und die Mediciner und Chirurgen der Hospitäler von Paris wurden von Neuem consultirt. Sie fassten am 7. Januar 1872 nach einem Befunde des Baues Seitens ihrer Commission den folgenden Beschluss: »Das neue *Hôtel-Dieu* bietet, so wie es gebaut ist, Dispositionen, die absolut entgegen den fundamentalen Grundsätzen der Hospital-Hygiene sind«⁷⁴⁵⁾.

⁷⁴³⁾ Siehe: *TARDIEU*, A. *Rapport fait au conseil municipal de Paris au sujet du projet de construction du nouvel Hôtel-Dieu. Annales d'hygiène publique et de médecine légale*, II. Serie, Bd. XXIV (1865), S. 5—44.

⁷⁴⁴⁾ Siehe: *Histoire du nouvel Hôtel-Dieu. La revue scientifique*, a. a. O., S. 750.

⁷⁴⁵⁾ Siehe: *Commission du Hôtel-Dieu. Société des médecins et chirurgiens des hôpitaux de Paris. La revue scientifique etc.*, S. 717. — Die Commissionsmitglieder waren: *Lailler, Lorain, Hérard, Broca, Trélat, Giraldès, Marjolin, Hardy, Vidal*.

Nach langen Verhandlungen zwischen den beteiligten Verwaltungen einigte man sich über Abänderungen, die vom *Conseil municipal* am 8. April 1873 genehmigt wurden und sich auf folgende Punkte bezogen⁷⁴⁶:

- 1) Reduction der Höhe von allen Dächern.
- 2) Unterdrückung von 2 Geschossen und Reduction der Dächer in den Flügelgebäuden am Quai.
- 3) Vergrößerung der Fensteröffnungen des II. Obergeschosses in den Gebäuden, welche den Centralhof umgeben.

Die Ausgaben für diese Änderung wurden auf 2000000 Francs geschätzt. Das Belagsföll wurde von 800 auf 400 bis 450 Kranke herabgesetzt.

Die Einweihung der neuen Säle erfolgte am 30. Juli 1877, die Installation der verschiedenen Dienste, mit Ausnahme desjenigen der Capelle, im Mai 1878.

In England giebt der Bericht von *Bristowe* und *Holmes* (siehe Art. 186, S. 178), der den Anhang zum *Sixth report* des *Medical department of the privy Council*⁷⁴⁷ bildet und von zahlreichen Plänen begleitet ist, ein eben so treues Spiegelbild englischer Hospitalanlagen, wie das Werk von *Husson* über solche in Frankreich. Die Verfasser hatten den besonderen Auftrag, »den Einfluss verschiedener sanitärer Umstände auf die mehr oder weniger glücklichen Ergebnisse medicinischer und chirurgischer Behandlung in verschiedenen Hospitälern . . . fest zu stellen«. Sie fassten ihre Ergebnisse in Folgendem zusammen⁷⁴⁸:

Erftens: Die allgemeinen Todtenraten von Hospitälern gestatten kein Urtheil über die relative Salubrität derselben, da dies meist auschließlich durch den Charakter der zugelassenen Fälle und durch die Regeln oder Praktiken, die ihre Verwaltung ordnen, bedingt wird. Die Schwankungen der Todtenrate in Folge der Hospital-Infalubrität sind sehr begrenzt und verlieren sich fast ganz unter denen der obigen Bedingungen.

Zweitens: Englische Landhospitäler haben fälschlicher Weise den Ruf vergleichsweiser Gefundheit erlangt. In Folge ihrer Regulative, ihrer Praxis, ihrer Stellung empfangen sie gewöhnlich eine weit weniger ernste Classe von Fällen, als die Hospitäler Londons und anderer großer Städte. Dieser Qualitätsunterschied in der Praxis ist in der Medicin größer, als in der Chirurgie, aber auch hier beträchtlich. Niedrige Todtenrate zeigt sich (in manchen Fällen) auch bei hochgradiger Hospital-Infalubrität.

Drittens: Eine große Zahl von Fällen, einschließlich der meisten nicht infektiösen medicinischen Krankheiten und vieler chirurgischen Fälle, in welchen keine äußerlichen Schäden vorhanden sind, werden wenig nachtheilig — wenn überhaupt — von den schwankenden Zuständen berührt, denen sie in den Hospitälern Großbritanniens ausgesetzt sind. Sie haben keinen Nachtheil von dem Grad der Überfüllung und dem Zustand der Lüftung, der bei Behandlung von Fiebernden, so wie von chirurgischen Operationen und Schäden höchst gefährlich sein würde.

Viertens: Die Anwesenheit von infektiösen Krankheiten in einem Saale ist immer gefährlich; aber die Gefahr ihrer Ausbreitung wird durch Überfüllung, unzulängliche Lüftung und Anhäufung infektiöser Fälle gesteigert.

Fünftens: Medicinische Krankheiten, wie Typhoidfieber, Diphtherie und ähnliche entspringen selten in Hospitälern.

Sechstens: Überall, wo chirurgische Fälle mit offenen Wunden (befonders Operations- und Unglücksfälle) aufgenommen werden, können Hospitalkrankheiten, wie Erysipel, Pyämie und Phagedäna, entstehen; . . . aber ihre Entwicklung und Ausbreitung hängen hauptsächlich von Mangel an Reinlichkeit, schlechter Entwässerung, Überfüllung, mangelhafter Lüftung u. dergl. ab.

Siebentens: Wöchnerinnen sind in Hospitälern ähnlichen Gefahren, wie Patienten nach chirurgischen Operationen ausgesetzt . . . und für das Gift von contagioen Fiebern hoch empfänglich . . .; sie fordern nur in einer vergleichsweise kleinen Zahl von Fällen in chirurgischer oder in medicinischer Behandlung besondere Geschicklichkeit und Pflege . . .

⁷⁴⁶ Siehe: *NARJOUX, F. Paris. Monuments élevés par la ville 1850—1880. Edifices sanitaires.* Paris 1883. *Hôtel-Dieu.* S. 3.

⁷⁴⁷ Siehe: *Sixth report of the medical officer of the privy council. With appendix. Presented pursuant to act of Parliament. Reports from commissioners: 1864. Vol. 13: Public health, Vol. XXVIII. — Session 1864.* London 1864. S. 463

⁷⁴⁸ Siehe ebenda, S. 567 u. ff.

Zuletzt: Die Gesundheit von Hospitälern wird, so weit wir fest stellen können, in viel grösserem Grade von Zuständen, die den Hospitälern selbst zugehören, als von Zuständen der äusseren Atmosphäre, von Lage, vom Boden u. dergl. beeinflusst. Und sie ist weniger von Form, Größe und Vertheilung der Krankenräume, als von Ventilation, Drainage, Reinlichkeit und vom Verhältnis der Infasen zum Raum abhängig. Ein Hospital von mangelhafter Bauart kann bei sorgfältiger Aufmerksamkeit bezüglich der letzteren Bedingungen sogar in einer grossen Stadt verhältnismässig gesund sein, und ein Hospital, das nach den erprobtesten Plänen und in der ausgefuchstesten Lage erbaut ist, kann durch ihre Vernachlässigung auf den höchsten Grad von Unge sundheit gebracht werden.

Bristowe und *Holmes* theilen u. A. auch die Pläne des provisorischen St. Thomas-Hospitals mit, zu dessen dauerndem Neubau, einem Grätenbau mit weit aus einander gestellten Pavillons, 1867 der Grundstein gelegt wurde.

Eine Hospitalversorgung der Landbevölkerung in England strebte *Natter*⁷⁴⁹⁾ zu Cranleigh an, der Gründer des ersten 1859 errichteten *Cottage hospital* daselbst, welcher kleine, örtliche Hospitäler zu errichten vorschlug, um den Kranken den Transport zu einem entfernten Provinzial-Hospital zu sparen. Man fürchtete, dass diese kleinen Hüttenhospitäler die grossen Provinzial-Hospitäler schädigen würden. *H. Swete* und *Wynter* widerlegten dies.

Letzterer stellte fest, dass bis 1866, also in 7 Jahren, 16 *Cottage-Hospitäler* entstanden und 67 im Entstehen begriffen seien. Es sollte, mit Ausnahme von London und den 6 Hauptstädten, auf je 1000 Einwohner 1 Bett vorhanden sein; es gab aber nach *Swete's* Statistik 9 Millionen nicht verfugte Einwohner; es fehlten somit 9000 Betten oder, 1 Anstalt zu je 6 Betten gerechnet, 1500 Anstalten.

Hauptzwecke sollten sein:

1) Behandlung von plötzlichen Unglücksfällen aller Art, so wie anderer Krankheitsfälle unter den ärmeren Clasen, die eine beständige Aufsicht, eine Operation oder solche Curmethoden erfordern, welche in den Wohnungen der Patienten nicht mit Erfolg ausgeführt werden können, in ländlichen Districten, kleinen Landschaften und Hafenstädten.

2) Haltung von Niederlagen für ärztliche Instrumente und Apparate bester Qualität.

Unter »ärmeren Clasen« waren Taglöhner und kleine Ackerbauer, Handwerker, Mechaniker u. A. verstanden. Für die Vermögenden, die den Bau durch Mittel fördern sollten, würde die durch den Hospitaldienst verbesserte Ausbildung der Landärzte, so wie das für die Praxis der Aerzte benutzbare Instrumenten-Depot Ersatz bieten; ihre Schenkungen fänden gesicherte Verwendung; auch die Verewigung der Namen ließe sich mit den Stiftungen verbinden⁷⁵⁰⁾.

*Burdett*⁷⁵¹⁾ konnte 1877 sagen: »*Cottage-Hospitäler* sind jetzt so allgemein, dass nur 5 Counties folche nicht besitzen.« Er schätzt ihre Zahl im Vereinigten Königreich auf 200 und weist bis 1875 deren 155 nach, von denen jedoch einige abzuziehen seien, die eine beträchtlich grössere Ausdehnung, als die ursprüngliche von 2 bis 30 Betten angenommen hätten.

Gegen die Ausbreitung infectiöser Krankheiten waren in England in verschiedenen Jahren gesetzgeberische Acte vollzogen worden. Doch nahmen erst 1866 bei Erscheinen der Cholera in London neue Verordnungen Vorkehrungen zur Aufnahme solcher Patienten in Aussicht, die kein Heim haben oder zu Hause nicht passend behandelt werden können — »und wo ein Cholerakranker in einem Hause nicht gut abgesondert werden kann, soll gleiche Vorkehrung für Aufnahme der Gesunden getroffen werden.«

Auf Grund dieser Ordens vom 20. und 21. Juli wurden Cholera-Hospitäler in der Hauptstadt und in den Provinzen errichtet, von denen einige, wie das im Tynemouth-urban-District, von den örtlichen Sanitätsbehörden als Hospitäler zur Aufnahme von Kranken für verschiedene infectiöse Fieber erhalten blieben.

^{339.}
Cottage
hospitals.

^{331.}
Englische
Infectious
Hospitals.

⁷⁴⁹⁾ Siehe: NATTER. *On the advantages derivable to the medical profession and the public from village hospitals.*

3. Aufl. 1866.

⁷⁵⁰⁾ Siehe: WARING, E. J. *Cottage hospitals, their objects, advantages, and management.* 1867. — Deutsch: WARING, E. J. *Hüttenhospitäler, ihr Zweck, ihre Vorzüge, ihre Einrichtungen, mit einem Nachtrag von W. MENCKE.* Berlin 1872.

⁷⁵¹⁾ Siehe: BURDETT, H. C. *The cottage hospital, its origin, progress, management and work.* London 1877.

S. 38 u. ff.

In Folge der Ueberzeugung, »dafs Absonderungs-Hospitäler einen wesentlichen Theil der Vertheidigung eines Districtes gegen Krankheiten bilden« und da sich ihre Nützlichkeit erwiesen hatte, verlieh die *Sanitary act* von 1866 der *Sewer authority* und in der Hauptstadt der *Nuisance authority* die Macht, für die Einwohner ihrer Districte Hospitäler oder temporäre Plätze zur Aufnahme solcher Kranker vorzusehen. Die ersten Behörden befassten die Rechte von *Local boards of health*, Geld gegen Sicherheit von Steuern aufzunehmen und Land zu erwerben. Zwei oder mehrere Behörden sollten sich zur Anlage eines Hospitals verbinden können. Den Richtern wurde das Recht gegeben, Personen ohne geeignete Wohnung und Vorkehrung und solche, die einen Raum von mehr als 1 Familie bewohnen oder an Bord eines Schiffes oder Dampfers befindlich sind, nach dem Hospital transportiren zu lassen, wenn durch ein Certificat eines legalen *Medical practitioner* deren Erkrankung an gefährlichen contagöen oder infectiösen Leiden fest gestellt ist⁷⁵²).

Im Jahre 1867 wurde die Stadt London durch eine besondere Clausel in der *Poor law act* autorisirt, einen *Metropolitan asylums board*, der sich aus Delegirten aller Districte zusammensetzt, für die Hospitalisirung der Kranken mit übertragbaren Krankheiten zu organisiren. Diese Behörde gründete 1870 das *Homerton hospital* für 200 und das *Stockwell hospital* für 198 Betten, dem *Hampstead* mit 160 und *Fulham* mit 180 Betten folgten.

332.
Charité
zu
Berlin.

Die Folge des Feldzuges im Jahre 1866 war die Errichtung der Baracke in der Charité zu Berlin, die unter *Effe's* Leitung entstand; 1873 trat letzterer zurück.

10 Jahre später (1877) wurde in der Charité der geburtshilfliche Pavillon eröffnet. 1879 errichtete man auf dem Platz des ehemaligen Oekonomiegebäudes, das nur nothdürftig Kranke beherbergt hatte, die Nebenabtheilung für Aeuferlich-kranke, einen zweigeschossigen Bau mit Sälen zu 10 und 12 Betten und mit einem Kostenaufwand von 1350 Mark für 1 Bett; 1881 folgt das neue, auf dem alten Charité-Kirchhof errichtete Waschhaus, 1883 der gynäkologische Pavillon, 1887 das neue Kinderhospital für ansteckende Krankheiten.

333.
Zerlegen
der
Krankenhäuser
in
Deutschland.

Eine Anzahl anderer Baracken wurden in bestehenden Krankenhäusern errichtet. Im zweiten Garnisonslazareth in Berlin baute *Steuer* eine solche, jedoch ohne Umgang und mit Fensterklappenlaterne. In der Klinik in der Ziegelstrasse benutzte *Langenbeck* eine Kriegsbaracke; in Greifswald errichtete man eine Baracke für Innerlich-kranke. Andere Baracken entstanden in Kiel, Tübingen, Göttingen, München etc.

Die Erfolge mit diesen Versuchen waren von unmittelbarem Einfluss auf die Errichtung mehrerer grosser Krankenhäuser in Deutschland, deren Vorarbeiten sich mehr oder weniger noch in den Fesseln des Corridorbaues bewegt hatten. Das fast gleichzeitige Tagen einer Anzahl Baucommissionen, in denen die hervorragendsten Aerzte mitwirkten, führte zu einem Wetteifer in der Gestaltung dieser Bauten in Berlin, Heidelberg, München, Leipzig und Dresden. In allen diesen Orten erfolgte das Zerlegen auch der Krankengebäude in Einzelbauten.

In Berlin gab die Stiftung von *J. J. Fasquel*, der am 18. Januar 1864 der Stadt 150000 Mark zum Bau eines Krankenhauses vermachte, die Veranlassung zur Planung des ersten städtischen Krankenhauses daselbst.

Es sollte im Friedrichshain liegen und 600 Kranke beiderlei Geschlechtes, bei Auschluss von Geisteskranken, Wöchnerinnen, Syphilitischen, Pocken und Cholera, fassen. Die ersten, am 7. Juni 1867 vorgelegten Entwürfe der mit der Planung des Krankenhauses beauftragten Architekten *Gropius & Schmieden* vertheilten die Krankenräume auf 4 zweigeschossige Pavillons zu je 128 und 1 Flolirgebäude mit 88 Betten.

⁷⁵² Siehe: *Tenth annual report of the local government board 1880—81. Supplement containing report and papers submitted by the boards medical officer on the use and influence of hospitals for infectious diseases. Presented to both houses of Parliament by command of Her Majesty. London 1882. S. 1 u. ff.*

Die vom Magistrat gewählte Baucommission stellte unter *Virchow's* Beifand im Frühjahr 1868 ein neues Programm auf und forderte Gutachten von *Esmarch, Baum, Langenbeck, Wilms, Quincke, Effe* und *Herfordt*. Die am 13. October vorgelegten Pläne zeigten eine ganz veränderte Gestalt. Die Anlage zerfiel nun: in 6 zweigeschossige Pavillons für Innerlichkranke, 4 eingeschossige Pavillons für chirurgische, 2 Isolirgebäude und 1 Operationsgebäude, 1 Verwaltungs- und 1 Oekonomiegebäude, 1 Badehaus, 1 Eishaus, das Leichenhaus und 2 Thorgebäude mit Beamtenwohnungen. Die Isolirgebäude waren geplant zur Absonderung von Krebs- und Auschlagkranken, deren Anblick anderen Kranken zu entziehen ist, für Augenkranke, Typhus, Scharlach u. A.

Die Leitung des Krankenhauswesens in Berlin beruht nunmehr auf folgender Organisation⁷⁵³⁾.

Die Armenpflege, die hier auf Grund der Städteordnung vom 19. November 1808 von der Kgl. Armen-Direction am 1. Januar 1820 auf die städtische Armen-Direction, eine unter Aufsicht des Magistrats stehende Deputation, überging, zerfällt in die offene und in die geschlossene; die erstere führt den der letzteren zugetheilten Krankenhäusern die meisten Aufzunehmenden zu. Doch haben diese auch solche, deren Zustand die Zurückweisung nicht gestattet, und die ihnen von der Polizei überwiesenen Personen aufzunehmen. Die unmittelbare Verwaltung der Krankenhäuser erfolgt durch Beamte, die den Titel Directoren oder Inspectoren führen, unter Aufsicht der gemischten Deputationen.

Ueber die Zustände, in welchen sich das frühere akademische Krankenhaus in Heidelberg 1865 befand, berichtet *Weber*⁷⁵⁴⁾.

Das Waschhaus und die Gruben der Aborte, die unter einem Theil des Gebäudes lagen, wurden »zugleich zur Aufnahme der von faulenden Substanzen durchtränkten Verbandsstoffe und des Auswurfs aller Art benutzt«. Bis vor Kurzem gab es für Bäder, Urin gefüllte, Blut u. f. w. keine beförderten Abgüsse. Sie wurden in einzelnen Fällen in den Schmutzwinkeln der Umgebung ausgeschüttet.

Schon 1865 und 1866 hatte man Programme für einen Neubau aufgestellt. Das letztere diente zur Unterlage für einen Wettbewerb, der nur Pläne nach dem Corridor system bot. Ein drittes Programm vom September 1868 brachte als Gefammtgedanken »die Herstellung einer Anzahl getrennter Gebäude mit je nach ihrer Bestimmung verschiedener Construction und Ausstattung in Vorschlag. Die verschiedenen Gebäude sollten sich theils an das Corridor-, theils an das Pavillon-, theils an das Barackensystem anlehnen. Es war damit jene Combination gegeben, welche mit dem Namen des gemischten Blocksystems bezeichnet werden kann⁷⁵⁵⁾.

Die medicinische Klinik wurde in 2 zweigeschossige Blockbauten und in 2 eingeschossige Pavillons, die chirurgische Klinik in 1 eben solchen Blockbau und in 4 eingeschossige Pavillons zerlegt.

In München hatte *Zenetti*⁷⁵⁶⁾ die Erweiterung des in der Vorstadt Haidhausen auf der Höhe des rechten Isarufers, im Osten der Stadt, gelegenen, 1846 gegründeten Pfründen- und Krankenhauses auf 600 Betten zu planen. Er fügte dem bestehenden viergeschossigen Gebäude 5 dreigeschossige Pavillons für je 100 Kranke hinzu, die in jedem Geschoß einseitig längs eines Corridors 4 Krankenfälle mit je 8 und 2 Isolirzimmer mit je 3 Betten enthielten. Theeküche, Leibstuhl-Cabinete und Wärterinnenzimmer liegen noch, wie in den alten Bauten, zwischen den Sälen; jenseits des Corridors sind Treppe, Bade- und Wäschezimmer, so wie jederseits 2 Aborte angeordnet.

Diese 6 Pavillons stehen nach diesem Plan zu je 3 in ihrer Längsaxe so, dass zwischen beiden Reihen 40,86 m (= 140 Fuß) Abstand bleiben. Vor den Pavillons liegt das Aerztehaus mit der Apotheke,

753) Siehe: *VIRCHOW, R. & A. GUTTSTADT*. Die Anstalten der Stadt Berlin für die öffentliche Gesundheitspflege und für den naturwissenschaftlichen Unterricht. Berlin 1866. S. 79.

754) Siehe: *WEBER, O.* Das akademische Krankenhaus in Heidelberg, seine Mängel und die Bedürfnisse eines Neubaus im Auftrage der Krankenhauscommission. Heidelberg 1865.

755) Siehe: *KNAUFF, F.* Das neue akademische Krankenhaus in Heidelberg. Im Auftrage der akademischen Krankenhauscommission beschrieben. München 1879. S. VIII.

756) Siehe: *ZENETTI*. Das Krankenhaus zu München, Vorstadt Haidhausen. Zeitschr. d. bayer. Arch.-u. Ing.-Vereins 1869, S. 45 u. Bl. XII, XIII.

zwischen den Reihen das Küchengebäude nebst dem Kloster; dahinter ein Querpavillon mit Einzelzimmern zu Absonderungszwecken und am Ende Waschküche und Kuhstall. Das alte Empfangsgebäude, ein Pförtnerhaus und ein Stallgebäude in der Front, und das Leichenhaus am Ende ergänzen die Anlage.

In Leipzig sollte das alte St. Jacobs-Hospital, das im Nordwesten der Stadt zwischen dem Elster- und dem Pleisse-Flus am Rosenthal liegt, neu gebaut werden. Der Rath der Stadt Leipzig hatte schon 1864 von *Virchow* in Berlin und *Haase* in Göttingen ein Gutachten über dieses alte Hospital und seine Lage mit Rücksicht auf allfällige Umgestaltung oder einen Neubau auf einem anderen Platze erbeten.

Dieses Gutachten⁷⁵⁷⁾ vom 9. August desselben Jahres verwirft den bisherigen Bauplatz, wegen der feuchten und tiefen Lage, der Beschaffenheit des Grundes und Bodens, in dessen mehrere Fuß mächtiger, mit Kies gemischter Lehmschicht das Wasser bis 2 Fuß unter die Oberfläche dringe, wo man den Boden noch nach langer Trockenheit nass finde, wegen der das Hospital an zwei Seiten umgebenden Vegetation, aus Hochwald und Unterholz bestehend, wegen Herantretens schwerer Wiesen Nebel im Rosenthal, wegen Durchdringens des Bodens mit dem übel riechenden Flusswasser und wegen der Möglichkeit einer Einschlüfung des Hospitals durch Bauten an der Südwest- und an der Südostseite.

In erster Linie wurde für einen Neubau der Exercierplatz, in zweiter Linie der Johannisgarten empfohlen; letzterer bietet auch den Vortheil grosser Nähe an der Universität, deren medicinischer Untericht mit dem Hospital verbunden ist.

Die Befürchtung, dass das Brunnenwasser von den Gräbern des alten Johannisfriedhofes verunreinigt werden möchte, konnten die Berichterstatter nicht theilen. Bisher seien in den näher gelegenen Straßenseiten solche Nachtheile nicht bemerkt worden, und »durch die Anlegung der neuen Quertrasse und der dazu gehörigen Abzugscanäle, so wie durch die Anlegung der Brunnen an der südöstlichen Grenze des Grundstückes« würde die »nöthige Sicherheit« gewonnen werden. »Die Entfernung der letzteren vom Friedhofe (ungefähr 500 Fuß) würde groß genug sein, um jede etwa auf dem Friedhofe eintretende Verunreinigung für das Krankenhaus unschädlich zu machen.«

Man wählte das Gelände in der südlichen Vorstadt, oberhalb des sog. Johannisthal, zwischen der Chaussée und der Eisenbahn nach Altenburg. Das dort 1864 von *Nicolai* erbaute Waisenhaus war in Folge des Beschlusses, die Kinder bei Familien auf dem Lande in Pension zu geben, verwendbar; die Stadt erbaute auf der Professoren *Wunderlich* und *Thiersch* Antrag 12 Baracken und installierte hier das neue Krankenhaus zu St. Jacob. Eingehende Studien der in Berlin und Greifswald errichteten Baracken, durch den Hausverwalter *F. Friedrich*, wurden bei der Aufstellung der Specialpläne berücksichtigt, und am 17. März 1869 bewilligten die Stadtverordneten die Kosten für 11 Baracken und die Nebengebäude.

In Dresden plante man, das seit 1845 zum städtischen Krankenhaus umgebauete »Marcolini'sche Palais« zu erweitern, dessen ausgedehnter Garten dies gestattete.

Das Krankenhaus hatte 1857 ein Itholzhaus, 1866 2 Luftbuden erhalten. Der Plan des Stadtbau-raths *Friedrich* für die ausgedehnten Neubauten, mit denen 1870 begonnen wurde, folgt gemischtem System. Sie setzen sich aus dem dreigeschossigen sog. Mutterhaus, einem Corridorbau für 124 Betten von I-förmigen Grundplan, an dessen einem Ende jederseits 1 und an dessen anderem Ende jederseits 3, zusammen 8 eingeschossige Pavillons, zusammen, die unter sich parallel stehen und mit dem Mutterhaus durch gedeckte Wege in Höhe ihres Sockelgeschosses verbunden sind.

Der Thätigkeit der Lazareth-Vereine begannen nun auch im Frieden Hospitäler zu entwachsen, die unter dem Zeichen des rothen Kreuzes zur Ausbildung der Krankenpflege und zur Sammlung von Erfahrungen in der Einrichtung und Verwaltung solcher Anstalten für den Krieg vorbereiten sollten. Der Frauen-Lazareth-Verein in Berlin nahm auf Veranlassung der Königin *Augusta* unmittelbar nach Schluss seines Lazarethes in der Köpenickerstrasse sein Wirken im Frieden auf und beschloss am 3. Mai 1868, zunächst Pflegerinnen in der Charité zu Berlin ausbilden zu lassen und

⁷⁵⁷⁾ Siehe: Gutachten über das Jakobshospital in Leipzig und den etwaigen Neubau eines Krankenhauses dafelbst. *VIRCHOW*, R. Gesammelte Abhandlungen auf dem Gebiete der öffentlichen Medicin etc., Bd. II, S. 91—98.

dann eigene Krankenanstalten zu errichten, um hier einigen derselben Gelegenheit zu dauernder Pflege zu geben.

So entstand das auf einer vom Kriegsminister überwiesenen umfangreichen Baustelle im Park des Kgl. Invalidenhauses errichtete Augusta-Hospital, das aus 2 nach dem Muster der Charité-Baracke erbauten Pavillons und einem Verwaltungsgebäude sich zusammensetzte. Im Herbst 1868 gegründet, konnte es am 6. April 1870 mit 36 Betten eröffnet werden; die Pläne *Blankenstein's* waren unter Mitwirkung von *Effe* entstanden.

*Virchow*⁷⁵⁸⁾ forderte in der Conferenz der Frauenvereine zu Berlin am 6. November 1869: weibliche Pflege auch für die Männerabtheilungen der öffentlichen Krankenhäuser, Errichtung von Schulen zur praktischen und theoretischen Ausbildung von Pflegern und Pflegerinnen in jedem grösseren Krankenhaus, deren Unterhaltung der Stadt, der Provinz oder dem Staat obliegen folle, und Unterstützung dieser Bestrebungen durch Vereine, die Geldmittel zur Ausbildung von Pflegern und Pflegerinnen, zur späteren Unterstützung dieser Personen und ihrer Genossenschaften sammeln müssten.

Im März 1872 beschloss der Vorstand des Frauen-Lazareth-Vereins zu Berlin die Errichtung eines Afys beim Augusta-Hospital nach dem Beispiel der Seitens der Großherzogin von Baden in das Leben gerufenen Afyle (siehe Art. 201, S. 189) zur Ausbildung und Aufnahme von Krankenpflegerinnen.

Generalarzt *Niese*⁷⁵⁹⁾ zieht in einer Schrift vom Jahr 1872 die Ertheilung von Unterricht für Pflegerinnen in einem eigenen Krankenhaus derselben dem in allgemeinen städtischen oder in akademischen Krankenhäusern zu ertheilenden Unterricht vor, namentlich wenn die Zahl der Schülerinnen eine grössere ist. Dann könnten die ganze Organisation und alle Einrichtungen für diesen besonderen Zweck getroffen und die Zahl der Schülerinnen müsste nicht beschränkt werden. Anstalten dieser Art seien vom Staat zu bauen. *Niese* fügt einen Lageplan seinen Vorschlägen bei.

Die Anstalt soll sich zusammensetzen aus:

- a) Dem eigenen Krankenhaus zur praktischen Lehre für Schülerinnen.
 - b) Einem Lehr- und Wohnhaus, das die Lehrzimmer für den theoretischen Unterricht und die Wohnstübchen der Schülerinnen enthält.
 - c) Einem Afyl oder Mutterhaus »für die ausgelernten Schülerinnen, welche keine eigene Heimath oder Wohnung haben ... Hier sollen auch die im Dienste der Krankenpflege alt oder schwach Gewordenen stets eine Zufluchtstätte finden.« Und aus
 - d) einem abgeonderten Gebäude für Oekonomie und Küche.
- Niese's* Lageplan liegt ein Gelände von $150 \times 225 = 33750 \text{ qm}$ zu Grunde, an dessen schmäler Seite etwas rechts von der Mitte der Haupteingang liegt, von dem aus an einem in der Längsrichtung des Geländes verlaufenden Verbindungsweg rechts das Afyl und dahinter in reichlichem Abstand das Wohn- und Lehrhaus errichtet ist. Links, gegenüber dem letzteren beginnend, zieht sich längs des Weges ein Corridor hin, der die 5, »wenn möglich« eingeschossigen Pavillons zu einem Grätenystem verbindet. Gegenüber dem Ende dieser Gruppe steht rechts das Oekonomie- und Kitchengebäude. Der Verbindungscorridor endet in dem Verwaltungsgebäude, hinter dem in Doppel-Echelon 5 frei stehende Baracken errichtet sind. Ein besonderes Wohngebäude für den Director ist in der linken Ecke der schmalen Frontseite des Geländes geplant. Nebenzugänge zu letzterem sind noch senkrecht zur Mitte der Pavillonsgruppe in der Mitte der rechten Längsseite und neben dem Director-Wohnhaus angenommen.

Da *Niese's* Baracken und Pavillons — unter letzterem versteht er Baracken ohne Firstrüstung und mit Decke — je 12 Betten erhalten sollen, würden die 10 Krankengebäude zusammen 120 Betten fassen, deren jedem eine Grundfläche von 282 qm zufällt.

335.
Augusta-
Hospital
in
Berlin

336.
Gebäude
und
Krankenhäuser
für
Kranken-
pflegerinnen.

⁷⁵⁸⁾ Siehe: *Virchow, R.* Gefammelte Abhandlungen auf dem Gebiete der öffentlichen Medicin, Bd. II, S. 55 u. ff.

⁷⁵⁹⁾ Siehe: *Niese, H.* Vorschlag und Plan zu einer Bildungs-Anstalt für Krankenpflegerinnen. 2. Aufl. Mit einer Reformandeutung im Krankenhausbau. Altona 1872. S. 7 u. ff.

Da *Niese* alle 10 bis 12 Jahre Vernichtung der inficirbaren Theile seiner Krankenräume fordert, falls Desinfection sich als ungenügend erweise, schlägt er den billigeren Fachwerkbau für diese vor; er verlangt u. A. auch bei zweigeschossigen Pavillons einen Zwischenraum zum Ventiliren zwischen Erdgeschoss und I. Obergeschoss. In den Pavillons sollen auf jedes Bett 45 und in den Baracken 37 cbm Luftraum gegeben werden.

Jede Landgemeinde soll eine geschulte Krankenwärterin und eine mehrfach getheilte Baracke eben solcher Bauart als Krankenhaus erhalten.

Gleichzeitig suchte Dr. *Mencke* die Vereine, bzw. das Centralcomité des preußischen Vereines für Errichtung kleiner Krankenhäuser zur Ausbildung von Pflegerinnen für Landgemeinden zu interessiren, wie er ein solches in Wilster in das Leben rief. Mittheilungen hierüber finden sich im Anhang seiner Uebersetzung der Schrift von *Waring*⁷⁶⁰⁾.

*Niese*⁷⁶¹⁾ veröffentlichte 1873, um die kleinen Zimmer zu 8 bis 12 Betten ohne zu grose Ausdehnung des Geländes beibehalten zu können, Aufficht und Pflege weniger kostspielig und zersplittert zu gestalten, einen Plan, der auf Combination von 2 seines Pavillons mit 2 seiner Baracken in Kreuzform um das Zimmer der Pflegerin gegründet ist.

Da er die Baracken namentlich für gewisse fieberhafte und Infection-Krankheiten, wie z. B. Typhus, Blattern u. s. w., und beftonders für Verwundete vor sieht, so sind deren Räume hier mit denjenigen der anderen Kranken, von denen man sie sonst zu trennen sucht, verbunden; die Nachtheile dieser Verbindung will er durch abschliessbare Doppelthüren zwischen dem Centralraum und den Krankenräumen und durch Vorsehen unmittelbarer Eingänge zu letzteren wieder aufheben. *Niese* dachte sich einen solchen Bau für 32 Betten als Ersatz der üblichen Saalbauten von 30 Betten durch 4 kleine Abtheilungen mit je 8 Betten.

In noch weniger glücklicher Weise soll die Vertheilung von Männern und Frauen in dem durch Fig. 52⁷⁶²⁾ dargestellten Krankenhaus für 32 Betten so erfolgen, dass *a* der Männer-, *c* der Weiber-Pavillon, dagegen *b* die Männer- und *d* die Weiber-Baracke bilden; die Unzuträglichkeiten, die aus dem Gegenüberliegen von Fenstern der Weiber- und Männerabtheilung sich ergeben, will er in der Mitte zwischen beiden, durch eine »mit immergrünem Rankengewächs oder Nadelholze bepflanzte Bretterwand befeitigen.

In das Zimmer der Pflegerin werden auch die Operationen verwiesen. Luftklappen in den Scheidewänden der Badezimmer ermöglichen eine Durchlüftung. Ein Obergeschoss über dem Centralraum soll, da das Gebäude als eigenes Krankenhaus einer Bildungsanstalt für Pflegerinnen gedacht ist, von der Oberin und ihren Schülern benutzt werden.

Die Säle sollen durch lothrechte Luft-Abzugschläote in den Ecken entlüftet werden, und die Aborten, über denen der Raum für die Patientenkleidung liegt, sind durch einen »Ventilationsraum« von den Sälen getrennt, von dem aus die Abführung der Excremente zu erfolgen hat. Das mit der Leichenkammer zusammengebaute Küchen- und Wirthschaftsgebäude soll zwischen 2 Flügeln des Kreuzbaues stehen.

Aehnlich gruppirt *Niese* auf einer anderen Tafel ein Dorflazareth für 8 Betten aus 4 Zimmern mit je 2 dergleichen. Hier liegt die unterkellerte, massiv gemauerte Küche an Stelle von *h* in Fig. 52. — Aus 4 Sälen mit je 12 Betten setzt sich ein zweigeschossiges Krankenhaus mit 112 bis 120 Betten zusammen, und aus 4 Gebäuden dieser Gattung combinirt *Niese* ein Krankenhaus für 500 Betten so, dass in deren Mitte das Oekonomiegebäude, rechts und links das Aufnahme-, bzw. das Aerztehaus, in den 4 Ecken des Geländes Gebäude für den ärztlichen und den ökonomischen Director, das Leichenhaus und das Wachhaus angeordnet sind.

Im Amalia-Hospital zu Utrecht ließ Prinz *Heinrich* der Niederlande 1876 einen Pavillon anlegen, welcher dem *Niese*schen Kreuzbau zu 32 Betten nach *Gruber*⁷⁶³⁾ entspricht.

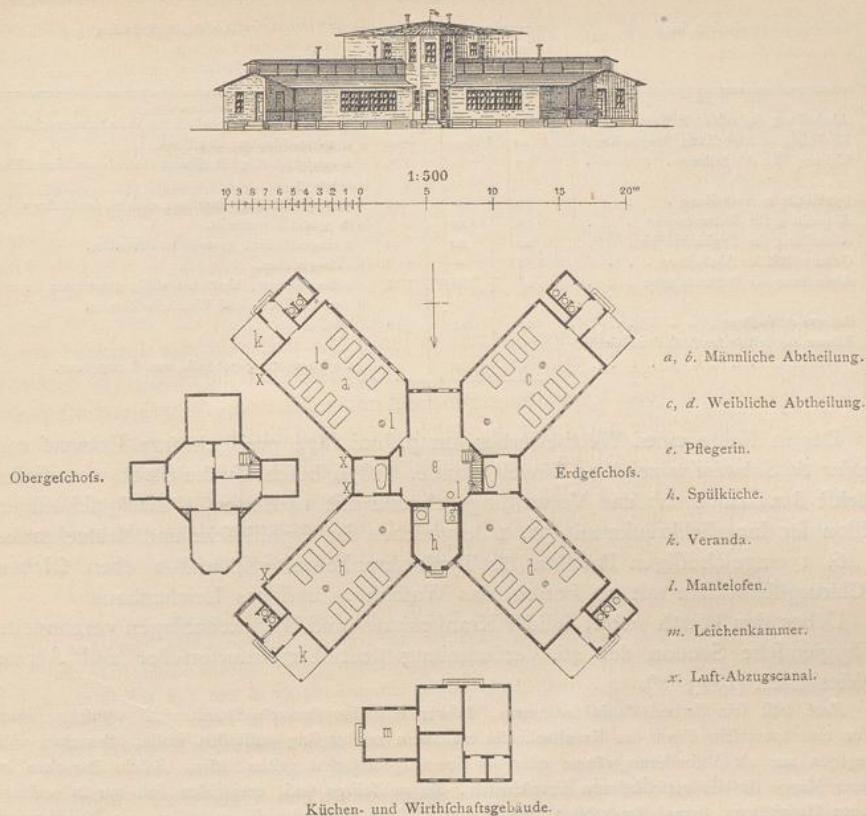
⁷⁶⁰⁾ Siehe: *WARING*, a. a. O.

⁷⁶¹⁾ *NIENE*, H. Das combinirte Pavillon- und Baracken-System beim Bau von Krankenhäusern in Dörfern, kleinen und großen Städten. Altona 1873.

⁷⁶²⁾ Nach ebenda, Taf. II.

⁷⁶³⁾ Siehe: *GRUBER*, F. Neuere Krankenhäuser. Bericht über die Weltausstellung in Paris 1878. Herausgegeben mit Unterstützung der k. k. österreichischen Commission für die Weltausstellung in Paris im Jahre 1878. Heft VII. Wien 1879. S. 61.

Fig. 52.

Krankenhaus für 32 Betten nach Nigro⁷⁶²⁾.

Von den 4 Nebenräumen am Centralraum enthält der eine die Treppe, Bade- und Waschzimmer, ein anderer die Spülküche, der dritte ein Wärterzimmer und der vierte, eingeschossige noch ein Bade- und Waschzimmer.

Die gründlichen Studien des Architekten Plage⁷⁶⁴⁾ für das neu zu erbauende Krankenhaus in Wiesbaden enthalten das darnach bearbeitete ausführliche Programm für diesen Bau und 2 Planskizzen für die Gesamtanlage vom Jahr 1871 und 1872.

Plage bildete 10 Krankenabtheilungen, die er außer im Verwaltungsgebäude in 12 Einzelbauten gemischten Systems unterbringt; außerdem sind folgende besondere Gebäude errichtet für: 1) die Verwaltung; 2) den Betfaal, unter welchem das Leichenhaus liegt; 3) die allgemeinen Bäder und den Operationsfaal; 4) Küche, Waschküche und Kesselhaus; 5) das Strohmagazin, die Feuerlöschgeräthe, den Gärtner u. f. w. Die Krankenfälle in den Pavillons, bezw. Baracken haben nur 8 bis 12 Betten. Die Vertheilung der Abtheilungen zeigt die nachstehende Uebericht⁷⁶⁵⁾:

337.
Plage's
Programm
für das
Krankenhaus
zu
Wiesbaden.

⁷⁶⁴⁾ Siehe: PLAGE, E. Studien über Krankenhäuser mit Anwendung der daraus gewonnenen Resultate auf das Programm und die Vorarbeiten des neu zu erbauenden Krankenhauses in Wiesbaden. Zeitschr. f. Bauw. 1873, S. 305 u. 437. — Auch als Sonderabdruck erschienen: Berlin 1873.

⁷⁶⁵⁾ Siehe ebenda, S. 482.

Handbuch der Architektur. IV. 5. a.

Zerlegt in:	Zahl der Betten			Art der Installation
		zu- fammen	für Männer	für Frauen
1. Abtheilung für zahlende Kranke . . .	30	15	15	in den oberen Geschossen des Verwaltungsgebäudes.
2. Medicinische Abtheilung (innere Kranke)	40	20	20	2 zweigeschossige Pavillons.
3. Chirurgische Abtheilung	19	14	5	2 zweigeschossige Pavillons, einschl. 9 u. einem Theil von 5.
4. Syphilitische Abtheilung	30	10	20	2 zweigeschossige Pavillons, einschl. des Restes von 5.
5. Abtheilung für Krätzekranke	15	10	5	in 3 und 4 vertheilt.
6. Abtheilung für Typhuskranke	20	10	10	2 eingeschossige gemauerte Baracken.
7. Geburthilfliche Abtheilung	8	—	8	1 desgleichen.
8. Abtheilung für Pockenkranke	18	10	8	2 desgleichen, aber mit völlig getrennter Verwaltung, Koch- und Wascheinrichtung.
9. Reserve-Abtheilung	24	14	10	siehe in 3.
10. Räume zur zeitweiligen Aufnahme Geisteskranker	2	1	1	am Verwaltungsgebäude von 8 angebaut.
	206	104	102	

Der in Folge eines Wettbewerbes am 9. Juni 1874 preisgekrönte Entwurf von *Gropius & Schmieden* zeigt 14 Einzelgebäude. 1876 beschloß die Stadt, von diesen zunächst 8 auszuführen: das Verwaltungsgebäude mit 14 Betten, 1 zweigeschossigen Pavillon für Innerlichkranke mit 52, 1 desgleichen für syphilitische und Krätzekranke mit 46, 1 eingeschossigen Pavillon für Typhuskranke mit 24 und 1 eben solchen für Chirurgischkranke mit 20 Betten, das Waschhaus und das Leichenhaus.

Ueber den Werth fester, solider Krankenhaus- und Baracken anlagen verhandelte die hygienische Section der 46. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Wiesbaden (1873⁷⁶⁶).

Roth fasst sein Urtheil dahin zusammen, dass er »als Hauptbau ein Steinlazareth wünsche, ohne dass er eine specifische Form des Krankenhauses als allein mußgültig aufstellen wolle. Baracken will er dagegen nur als Absonderungsräume oder als Sommerprovisorien gelassen. Solche Baracken in größerer Menge für die verschiedenen Krankheiten, die zu isoliren sind, empfehlen sich nur in umfangreicherer Hofspitälern, zumal für grössere Städte. Für kleine Lazarethe sei es besser, ein Ifolirhaus zu bauen mit kleinen Zimmern, deren jedes eine Thür nach außen habe mit gegenüber liegendem Fenster, vor den Thüren eine durchgehende Veranda.«

In der Verhandlung der II. Versammlung des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege zu Danzig (1874) über die Vereinigung verschiedener Krankheiten in einem Hofspital referirten *Sander* und *Effe*⁷⁶⁷.

In Deutschland hänge die Mehrzahl der Krankenhäuser von der bürgerlichen Gemeinde so ab, dass sie jeden Kranken, den die Armenverwaltung ihnen zuschickt, aufnehmen müssen. Für Cholera- und Pockenkranke bestehe gesetzliche Verpflichtung zur Absonderung, die auf Unterbringung der ersten Fälle den Schwerpunkt legt. Für Syphilis, die man in den englischen Hafenstädten wegen Ueberwachung der Prostitution absondere, genügen bei uns besondere Abtheilungen.

Effe verlangt Eintheilung der Kranken in innerliche und äußerliche, männliche und weibliche, verlegt Syphilis- und Krätze-Kranke in die Dachgeschosse und fordert für Pocken, Cholera und Typhus exanthematicus, dass sie nicht unter einem Dach mit anderen Kranken liegen sollen.

Sander tritt für Absonderung von Pocken, Scharlach, Masern, Flecktyphus, Rose, Puerperalieber und Hospitalbrand ein.

⁷⁶⁶ Siehe: *ROTH*, W. Ueber den Werth fester, solider Krankenhaus- und Baracken anlagen. Referat und Discussion in der hygienischen Section der 46. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte zu Wiesbaden. Deutsche Viert. f. öff. Gesundheitspf. 1874, S. 143.

⁷⁶⁷ Siehe: *SANDER*, F. & *ESSE*. Welche Gründe sprechen für, welche gegen die Vereinigung verschiedener Arten von Krankheiten in einem Hofspital? Referat und Discussion auf der II. Versammlung des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege zu Danzig. Deutsche Viert. f. öff. Gesundheitspf. 1875, S. 88 u. ff.

338.
Werth
massiver
Bauart.

339.
Vereinigung
verschiedener
Krankheiten
im
Hofspital.

Auf dem internationalen Congress für Hygiene, Rettungswesen und Social-ökonomie in Brüssel (1876) machte Dr. Herpain⁷⁶⁸⁾, der grundfätzlich in Hospitalslern keine Entbindungsanstalten als Dependenzen zulassen will, für Gestaltung allgemeiner Hospitals die folgenden Vorschläge.

340.
Herpain's
Plan.

Er acceptirt ein weiträumiges Pavillonssystem, dessen Quartiere in der Höhe des Erdgeschosses durch möglichst von den Gebäuden fern gehaltene Colonnen verbunden sind (V u. VIII). Diese münden in einen gedeckten Spazierplatz, eine Art Glashaus, auf dem inmitten der umstehenden Pavillons frei gelassenen Platz. Der Wintergarten soll während schlechten Wetters den Convalescenten außer Bett geöffnet sein. Er ist reichlich zu lüften und soll in ein Refectorium und in ein Lescabinet umgewandelt werden können (IX). Bis zur Errichtung von Convalescenten-Afysen ist es unentbehrlich, den Genesenden Pavillons zu sichern, wo sie sich vor der nosocomialen Infection geschützt finden (XII). Die Krankensäle sollen nur 10 bis 12, die der Convalescenten 20 Betten enthalten (XIII).

341.
Wylie's
Pläne und
Vorschläge.

Dr. G. Wylie⁷⁶⁹⁾, der 1872 als Chirurg im Bellevue-Hospital zu New-York (siehe Art. 196, S. 186) die schlechten Wirkungen armeliger Pflege und schlechter Bauart auf das Befinden der Patienten kennen gelernt hatte, legte als Mitglied des ständigen Hospital-Comités der *New York State charities aid association* dieser Gesellschaft im December 1873 den Plan eines eingeschossigen Hospitalsaales vor, der von den Nebenräumen getrennt ist, um dadurch alle 4 Saalwände möglichst vollkommen mit der Außenluft in Berührung zu bringen. Dieser Saaltypus, bei welchem er die Verbindung beider Theile durch einen Winkelcorridor bewirkt, liegt dem Plan für ein allgemeines Hospital zu 400 Betten zu Grunde, den er in seiner im Juni 1876 mit dem *Boynton*-Preis gekrönten Schrift veröffentlichte.

Dieses allgemeine Hospital soll 400 Betten enthalten und außer der Pflege von bedürftigen Kranken auch, so weit es hiermit sich verträgt, als Lehranstalt für Aerzte und zur Ausbildung von Pflegerinnen dienen; eine Entbindungsabtheilung soll nicht mit ihm verbunden werden; die Aufzunehmenden beschränken sich daher auf medicinische und chirurgische Kranke und solche besondere Fälle, die in keiner Weise den Anderen gefährlich sind und in Verbindung mit einem folchen Institut bequem behandelt werden können; eine kleine Zahl von Betten ist für Fremde und andere Zahlende zu reserviren⁷⁷⁰⁾.

Die Aufzunehmenden theilt *Wylie* in 4 Classen⁷⁷¹⁾; er fordert:

a) Krankenräume permanenter Bauart für:

Classe I. Nicht angesteckte Fälle und solche, die nicht geneigt sind, angesteckt zu werden oder Andere anzustecken — wie Rheumatismus, Herz-, Leber-, Nierenkrankheiten u. s. w.; ihre Säle können 25 bis 29 Betten enthalten.

Classe II. Nicht ansteckende Fälle und solche, die Anderen nicht gefährlich werden, aber geneigt sind, angesteckt zu werden, wie vernachlässigte Wunden, Schnittwunden, leichte Schädelfracturen u. s. w., deren Säle nur 19 bis 25 Betten enthalten sollen.

β) Krankenfälle von mehr oder weniger temporärer Bauart mit Nebenräumen permanenter Art für:

Classe III. Nicht ansteckende Fälle, die aber immer geneigt sind, ansteckend und gefährlich für Andere zu werden, wie Schwerverwundete, Brandige u. s. w., deren Säle 12 bis 16 Betten nicht überschreiten sollen.

γ) Unterkunftsräume die häufiger zerstört und erneuert werden können für:

Classe IV. Infectiöse und contagiose Fälle, wie Pyämie, Septikämie, Erysipel, Gangrän u. s. w., für welche Hütten und Zelte mit 2 bis 4 Betten vorzusehen sind.

Es ist wünschenswerth, dass alle diese Kranken in Krankenräumen von eingeschossigen Pavillons behandelt werden; bei Classe II und III ist dies wesentlich. Die angegebene Bettenzahl bezieht sich bei Classe I bis III auf eine gleiche Saalgröße.

In seinem Idealplan (Fig. 53⁷⁷²⁾) hat *Wylie* den einzigen Zugang zum Hospitalgelände in der Mitte der Nordseite angenommen. Etwa 30 m (= 100 Fufs) dahinter liegt das Verwaltungsgebäude, dessen Lage

⁷⁶⁸⁾ Siehe: *Congrès international d'hygiène, de sauvetage et d'économie sociale. Bruxelles 1876.* Bd. I. Paris u. Brüssel 1877. S. 218.

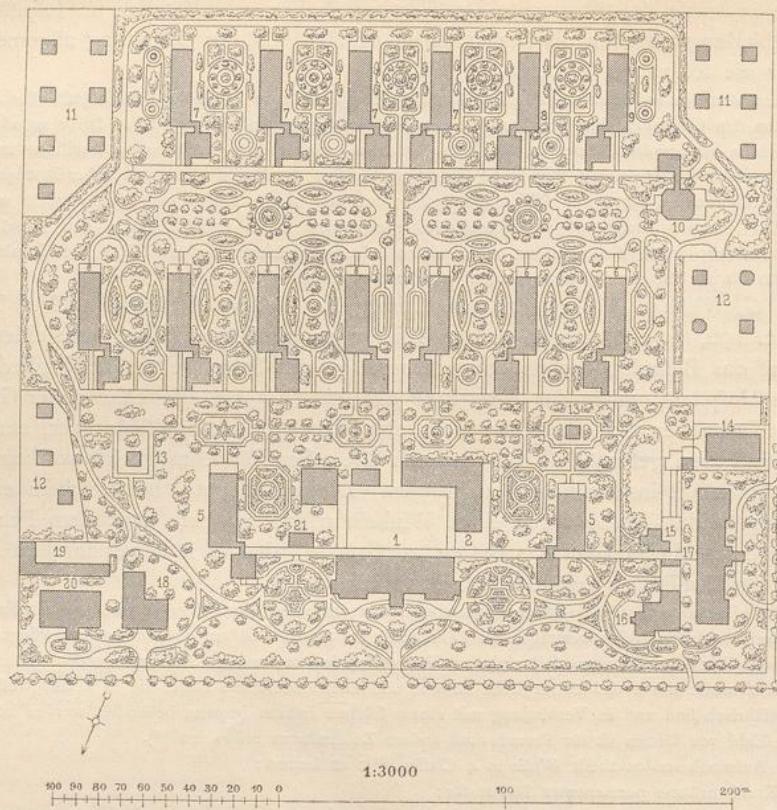
⁷⁶⁹⁾ Siehe: *WYLIE*, a. a. O., S. 5 u. ff.

⁷⁷⁰⁾ Siehe ebenda, S. 88.

⁷⁷¹⁾ Siehe ebenda, S. 94, 96, 99 u. ff.

⁷⁷²⁾ Nach ebenda, Plan 6 bei S. 150.

Fig. 53.



Verwaltung und Oekonomie:

1. Verwaltungsgebäude. 3. Schuppen für Apothekerwaaren.
2. Bade-, Küchen- und Magazingebäude. 4. Operationstheater.

Krankengebäude:

5. Für zahlende Kranke: 2 Säle mit zusammen	30—32	Betten 773).
6. Für medicinische Kranke:		
4 permanente Säle mit je 25—29 774), zusammen	100—116	“
3 temporäre Säle mit je 12—16 774), zusammen	36—48	“
7. Für chirurgische Kranke:		
2 permanente Säle mit je 19—25 774), zusammen	38—50	“
2 temporäre Säle mit je 12—16, zusammen	24—32	“
8. Für Frauenkrankheiten: 1 Saal mit	19—25	“
9. Für Fieberkranke: 1 temporärer Saal mit	19—25	“
10. Für Kinder: 1 Saal mit	12—16	“
11. Hütten für besondere Fälle: 12 Stück mit je 2—4 774), zusammen	24—48	“
12. Hütten und Zelte für Infectiöse: 7 Stück mit je 2—4, zusammen	14—28	“
13. Hütten für zahlende Kranke: 2 Stück mit je 2—4, zusammen	4—8	“
Insgesamt		313—419 Betten.

Allgemeine Dienste:

14. Waschhaus. 17. Pflegerinnenchule. 20. Leichenhaus und pathologische
15. Gärtner. 18. Apotheke. Abtheilung.
16. Wohnhaus der Aerzte. 19. Stall und Remise. 21. Für plötzliche Unglücksfälle.

773) Siehe ebenda, S. 136 u. ff.

774) Siehe ebenda, S. 99 u. ff.

die herrschenden Sommerwinde nicht abhalten soll. Es besteht aus 3 Geschossen, außer dem das Erdreich um 2,44 m (= 8 Fuß) überragenden Sockelgeschoss.

Hinter ihm gruppieren sich um diesen Bau: das Magazin-, Küchen- und Badegebäude, der Schuppen für Apothekerwaren und das Operationstheater, dessen Zuhörerplätze auf die Zahl eingeschränkt werden sollen, die im Stande ist, eine Operation gut zu beobachten. Diese Gebäude sind unter sich, so wie mit der Pflegerinnenschule und mit den Nebengebäuden aller Krankenfälle durch einen überirdischen, verglasten und terrassierten Corridor, der gleiche Höhe mit dem Sockelgeschoss des Verwaltungsgebäudes hat, verbunden. Außer Verbindung mit diesem liegen links in der Front: Apotheke, Leichenhaus mit der pathologischen Abtheilung, Stall und Remise. Zwischen dem Verwaltungsgebäude und dem links von ihm gelegenen Haus für Zahlende befindet sich, in zweckmässiger Lage zu ersterem, zum Operationstheater und zu den Stallungen für die Ambulanzen ein kleines Gebäude, wo schwere Fälle in unmittelbare Behandlung genommen werden und einige Stunden zur ersten Hilfeleistung verbleiben können, ehe sie nach den Sälen kommen. In der rechten Ecke liegen neben dem dreigeschossigen, mit der Pflegerinnenschule verbundenen Heim derselben, wo diese essen und schlafen, das Haus der Aerzte und das des Gärtners, so wie hinter ihm das Waschhaus mit einem theils mit Glas gedeckten Trockenplatz daneben.

Hinter diesem Theile sind die eingeschossigen Krankenpavillons in 2 Reihen mit ihrer Längsaxe von Nord nach Süd in einem Abstand von 21,95 m (= 72 Fuß) in jeder Reihe unter sich bei 7,32 m (= 24 Fuß) Höhe vom Erdboden bis zur Dachtraufe angeordnet.

Die links von der Mittelaxe des Geländes stehenden Pavillons sind für Männer, die rechts stehenden für Frauen bestimmt. Von den in der ersten Reihe stehenden 7 Pavillons der medicinischen Abtheilung sind die letzten beiden links und der letzte rechts temporären Charakters. Die zweite Reihe setzt sich aus 4 chirurgischen Pavillons, von denen 2 temporär sind, 1 Pavillon für Frauenkrankheiten, dem temporären Fiebersaal und dem diesseits des Verbindungsweges liegenden achteckigen Kinderaal zusammen. Die Krankenfälle, die im Uebrigen gleiche Grösse haben, messen $33,55 \times 9,14 \times 4,57$ bis 7,32 m (= 110 \times 30 \times 15 bis 24 Fuß); ihr Fußboden liegt 2,44 m (= 8 Fuß) über dem Erdreich auf Steinpfeilern und Bogen. Die Säle sind mit dem Corridor durch das Sockelgeschoss des Nebengebäudes und mit seiner Plattform durch eine Brücke unmittelbar verbunden. Am Südende des Saales führt von der dort angeordneten Veranda eine Freitreppe in den Garten.

Aus dem Plan in Fig. 53 beigefügten Legende ergiebt sich eine Belagsfähigkeit von reichlich 400 Betten, wenn man *Wylie's* Höchstziffern für den Belag der Säle in den Abtheilungen zulässt. In diesem Falle bietet der zu Grunde gelegte Saal für Classe I, II und III 10,55, bzw. 12,25 und 19,12 qm Flächenraum und 62,66, bzw. 72,76 und 113,57 cbm Luftraum, so wie 2,23, bzw. 2,57 und 4,19 lauf. Meter Wandfläche für 1 Bett. *Wylie* fordert aber an anderen Stellen 2,74, bzw. 3,05 und 4,88 lauf. Meter (= 9, bzw. 10 und 16 lauf. Fuß⁷⁷⁵) Wandfläche und wünscht, dass bei schweren Fällen 3 bis 4 Nachbarbetten leer bleiben sollen. Dies geflattet nur einen sehr viel geringeren Gesamtbetrag.

Auf den eingezäunten Plätzen rechts und links sind Hütten für Specialfälle angeordnet; eben solche gibt es für die Gebäude der Zahlenden, die in Einzelzellen längs eines Mittelcorridors untergebracht sind. Andere Einzäunungen wurden für Infectionshütten oder -zelte vorgesehen. Auf alle Einzelheiten in den Plänen für die Hütten und Pavillons wird in einem der nächsten Kapitel zurückgekommen werden. Die ganze, für das Hospital beanspruchte Bodenfläche beträgt $335,5 \times 295,6 = 99174$ qm oder rund 248 qm für 1 Bett.

Wylie macht weiterhin folgende Vorschläge bezüglich der Verbesserung des Systems der Krankenhauspflege.

Solche Hospitäler zu 400 Betten sollen in großen Städten, wo die Straßen durchschnittlich nicht mehr als 15,2 bis 18,8 m (50 bis 60 Fuß) Breite haben, wenn man sie nicht in einem großen Park anordnen kann, außerhalb der Stadt liegen. Das dann zum Transport nötige Ambulanzensystem soll je nach den Verhältnissen mit einem oder mehreren kleinen Aufnahme-Hospitälern⁷⁷⁶ in Verbindung stehen. Diese, zur unmittelbaren Aufnahme von Unglücksfällen und von dringlichen Fällen bis zur Ueberführung in das allgemeine Hospital bestimmt, sollen nicht mehr als 4 bis 6 Betten enthalten und in verschiedenen Theilen der Stadt, wo sie am meisten benötigt sind, liegen. Ihr Personal soll aus 1 jüngeren Chirurgen, 1 Wärterin und 1 Wärter bestehen.

Jedes Aufnahme-Hospital ist durch Telegraphenleitung mit den Polizei-Stationen seines Bezirkes und mit dem allgemeinen Hospital zu verbinden, so wie mit einer Ambulanz zu verfehen, die immer in Bereitschaft ist, nach der Stelle eines Unglücksfalles abzufahren.

⁷⁷⁵ Siehe ebenda, S. 102.

⁷⁷⁶ Siehe ebenda, S. 161 u. ff.

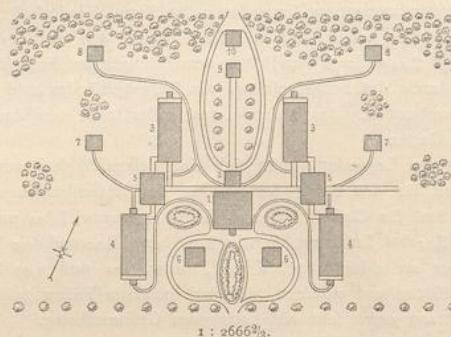
Die Aufnahme-Hospitäler und die Ambulanzen können in Verbindung mit irgend einer flädtischen Abtheilung, wie derjenigen der Polizei, gebracht werden, so dass ein Theil einer Polizei-Station für das Hospital benutzt würde.

Für die bedürftigen Armen kleiner Städte⁷⁷⁷⁾ und der Landbezirke sollen dort, wo solche wegen Mangel an Vorkehrungen noch nach dem Provinz-Armenhause geschickt werden, wenn ihre Zahl 10 bis 12 nicht überschreitet, 4 bis 5 Cottages von je 2 bis 6 Betten vorgesehen werden, von denen 1 oder 2 für Infektionsfälle reservirt bleiben müssen. »Wenn die Zahl der bedürftigen Kranken, welche der Behandlung der Gemeinde unterliegen, 30 überschreitet, wird es besser sein, ein vom Armenhause getrenntes Hospital zu errichten. Ein kleines Verwaltungsgebäude und 2 Säle von nicht mehr als je 16 bis 20 Betten — einer für Männer, der andere für Frauen, ergänzt durch verschiedene Ifolirhütten — würde dem entsprechen . . .«

In Städten verhalten sich die medicinischen Fälle in einem allgemeinen Hospital zu den chirurgischen Fällen, wie 2 : 1. Auf dem Lande kann, wenn die wohlhabende Classe ihre Pflicht gegen die Armen thut, die Mehrheit der bedürftigen Kranken am besten in ihren Wohnungen verpflegt werden, und nur jene Classe, die besondere medicinische und chirurgische Kunst und den Vortheil ausgebildeter und ständiger Pflege fordert, wird nach dem Hospital gesendet werden, und von solchen Fällen wird die grösste Zahl chirurgisch sein. Wenn die Kinder mit den Frauen untergebracht sind, sollen die Vorkehrungen für beide Geschlechter nahezu gleich sein.

Der Verfasser fügt einen Plan für ein Hospital von 72 Betten bei, das ein Gelände von 183 m (= 600 Fuß) Breite bei 122 m (= 400 Fuß) Tiefe beansprucht (Fig. 54⁷⁷⁸⁾.

Fig. 54.



1. Verwaltungsgebäude.
2. Küche.
3. Medicinische Abtheilung.
4. Chirurgische Abtheilung.
5. Dienstgebäude.
6. Cottage für Zahlende.
7. Hütte für besondere Fälle.
8. Ifolirhütte.
9. Leichenhaus.
10. Stallgebäude.

Plan zu einem kleinen Hospital für 72 Betten nach Wyllie⁷⁷⁸⁾.

Jede Seite, die für Männer wie die für Frauen, setzt sich aus zwei 24 m langen Pavillons zusammen, deren Dienstgebäude beider gemeinschaftlich ist. Das Hospital hat einen Eingang in der Front und einen zweiten hinter dem Stallgebäude, das an der Nordseite liegt. Das vor letzterem geplante Leichenhaus würde, wie der Verfasser hinzufügt, besser weiter von den Sälen weg, in einer von Bäumen umgebenen Ecke, liegen. 2 Cottages für Zahlende in der Front und 4 Ifolirhütten ergänzen die Anlage, deren Mittelpunkt das Verwaltungs- und das ihm angefügte Küchengebäude bilden. An der Nordseite ist ein dichter Hain von immergrünen Bäumen zum Schutz vor den Winterwinden angepflanzt gedacht.

Zu den Vorarbeiten für das Johns-Hopkins-Hospital in Baltimore gehören die eingehenden Studien von fünf Aerzten: *J. Billings, N. Folsom, J. Jones, C. Morris, St. Smith* und des Architekten *J. R. Niernsée*, die in einem stattlichen Band⁷⁷⁹⁾ veröffentlicht wurden und ebenfalls Vorschläge für die Umbildung der bisher üblichen Saalbauform enthalten.

St. Smith macht hier gleichfalls den Vorschlag, die Nebenräume des Saales von diesem zu trennen. *N. Folsom* schlägt nach dem Vorbild eines von *G. M. Dexter* 1844 bei Erweiterung des Massachussets-

⁷⁷⁷⁾ Siehe ebenda, S. 166.

⁷⁷⁸⁾ Nach ebenda, S. 170.

⁷⁷⁹⁾ Siehe: *Hospital plans. Five essays relating to the construction, organization and management of hospitals, contributed by their authors for the use of the Johns Hopkins hospital of Baltimore*. New-York 1875.

Generalhospitals erdachten Saales vor, das Verhältnis von Krankenställen dem Quadrat zu nähern, um Heizung und Lüftung desselben centralisiren zu können, so dass der grosse Lüftungsschornstein die Mitte des Saales von $17,07 \times 13,11$ m (= 56 × 43 Fuß) einnimmt, von dessen 23 Betten je 6 an 3 Seiten und 5 an der Eingangsseite stehen. Ein zweiter solcher Saal war 1873 in diesem Hospital erbaut worden.

J. R. Niernsée giebt Pläne für achteckige Säle, die in demselben Grundgedanken wurzeln. In Antwerpen wurde 1876 der Grundstein zu einem Krankenhaus gelegt, dessen Säle kreisrunde Form mit Absonderung der Nebenräume verbanden.

Die englische Gesetzgebung zur Bekämpfung infectiöser Krankheiten regelt die Unterkunft von an solchen Erkrankten. Nach der *Sanitary laws amendment act* von 1874 kann in England der *Local government board* jedes Hospital, das in passender Entfernung vom Bezirk einer Behörde liegt, als innerhalb dieses Bezirkes liegend erklären, was die *Public health act* von 1875 dahin erweitert, dass das Hospital im Bezirk oder in passender Entfernung von ihm liegen soll.

Jede Localbehörde wird ferner ermächtigt: 1) einen oder mehrere Wagen zur Fortschaffung infirierter Personen vorzusehen und zu erhalten; 2) eine geeignete Stelle mit allen zur Desinfection von Betten, Kleidern oder anderen Artikeln nötigen Vorrichtungen und Wartung, die unentgeltlich zu bewirken ist, vorzusehen; 3) Zerstörung infirierter Betten, Kleider und anderer Gegenstände anzuordnen und dafür Erfatz zu gewähren; 4) ein Leichenhaus vorzusehen und auszustatten. Der *Local government board* kann Regulative innerhalb des Bezirkes in Kraft setzen, ändern und zurücknehmen, zwei oder mehr Localbehörden auffordern oder bevollmächtigen, behufs Verhinderung von epidemischen Krankheiten zusammenzuwirken und die Art dessen, so wie die der gegenseitigen Verrechnung vorschreiben.

Die Grundsätze, die bei Versorgung mit temporären Absonderungsmitteln einzuhalten sind, wurden in einem Memorandum des *Privy council office* von 1871, das in erweiterter Form vom *Local government board* im December 1876⁷⁸⁰ wieder ausgegeben wurde, fest gelegt. »Die Nützlichkeit solcher Mittel« — heißt es darin — »hängt in hohem Grade davon ab, dass sie vor dem unmittelbaren Bedarf bereit stehen.«

Wenn zwei infectiöse Krankheiten an einem Ort oder zu einer Zeit vorherrschen, sollen die Patienten der einen Krankheit nicht mit Patienten der anderen einen Saal theilen können. Jedes Dorf soll daher stets bereit sein, Unterkunft augenblicklich oder wenige Stunden nach Anzeige für 4 Infektionsfälle in wenigstens 2 Räumen zu bieten, ohne ihre Verlegung auf eine zu grosse Entfernung zu fordern. Ein bescheidenes, 4- oder 6-räumiges *Cottage* zur Verfügung der Behörde entspricht am besten diesem Zweck, oder es sollen feste Abmachungen mit zuverlässigen, kinderlosen *Cottage-Pächtern* getroffen werden, dass sie im Falle der Noth Patienten, die solcher Unterkunft bedürfen, aufnehmen und pflegen; kleine benachbarte Dörfer können, wenn sie unter derselben Sanitätsbehörde stehen, folche Anordnungen gemeinschaftlich haben. Häufen sich die Fälle, so ist der schnellste und billigste Weg, andere benachbarte *Cottages* zu mieten, wenn solche verfügbar sind; in Ermangelung dessen würden Zelte oder Hütten in der Nähe zu errichten sein.

In Städten, wo der Bedarf nach Hospitalunterkunft für infectiöse Krankheiten ständiger und umfangreicher ist, soll die dauernde Vorkehrung in nicht weniger als 4 Räumen zu 2 getrennten Paaren bestehen, deren jedes für eine infectiöse Krankheit getrennte Räume für Männer und Frauen bietet. In einer Stadt von einiger Wichtigkeit soll ein solches Hospital aus einem ständigen Gebäude bestehen, das ringsum Raum genug für temporäre Structuren hat. Die ursprüngliche Ausgabe für ein solches Hospital in einer kleineren Stadt, das aus 4 Sälen und den nötigen Verwaltungsräumen besteht, wird mit 8 Betten in jedem Saal weit weniger, als das Doppelte von dem kosten, was 4 Betten erfordern. Eben so werden grössere Verwaltungsräume, als diejenigen, welche die permanenten Säle erfordern, die Anlagekosten verhältnismässig wenig vermehren, aber bei temporärer Ausdehnung des Hospitals von Werth sein.

Die als Muster empfohlenen Zelte entsprechen den in der britischen Armee verwendeten Formen, die Hütten der des Krim-Modells.

Die *Poor law act* von 1879 räumt den Guardians einer Union in ihrer Eigenschaft als ländliche Sanitätsbehörde das Recht der Abtretung irgend eines Hospitals oder Gebäudes, das an sich bisher für Armenverforschungszwecke vorgesehen war,

343.
Englische
Infectious-
Hospitals

⁷⁸⁰ Siehe: *Memoranda for local arrangements relating to infectious disease. Tenth annual report etc.*, Nr. 3, S. 359 u. ff.

zu Absonderungszwecken ein. Doch hat der *Local government board* den Befehl zu bestätigen und die finanzielle Auseinandersetzung fest zu stellen.

344.
Home
hospitals.

Da das *London fever hospital* und das *London smallpox hospital* zu Highgate für Zahlende reservirt wurden und der Preis sehr hoch ist, so war auch eine beträchtliche Zahl kleiner Beamter gezwungen, wie die ganz Bedürftigen gegebenenfalls in die *Metropolitan asylums* zu gehen. In Folge dessen einigten sich Bürger der Mittelklasse, bei dem Lordmayor die Errichtung von bescheideneren Hospitälern für Zahlende unter dem Patronat und der Ueberwachung der Behörde zu erbitten. So entstanden die *Home hospitals* oder *Pay hospitals*, die sich in London und England ausbreiteten⁷⁸¹⁾.

*Fauvel*⁷⁸²⁾ sagt dazu: »Seit ein oder zwei Jahren melden die englischen Zeitungen häufig die Errichtung oder Eröffnung zahlreicher Hospitäler dieser Art, wo abgesonderte Pavillons jeder contagioßen Krankheit gewidmet sind, und wo man häufig eine Mutter mit ihrem von einem Auschlagfeber befallenen Kinde sich einschließen sieht, um jede Gefahr der Ansteckung von ihrem eigenen Domicil fern zu halten.« *Fauvel* sieht in dieser freiwilligen Absonderung, welche die Gewohnheit des Absonderns bei schweren übertragbaren Krankheiten verbreiten hilft, einen Fortschritt in der hygienischen Erziehung der Bevölkerung, der zur obligatorischen Absondern führen werde.

345.
Heilanstanften
für
Scrophulöse
und
Schwind-
fütigste.

In Deutschland wurde 1862 das Hauptgebäude der ersten Heilanft für Lungengranke, die Dr. *Brehmer* in Görbersdorf gegründet hatte, errichtet, und 1876 zu Norderney eine Diaconissen-Anstalt für scrophulöse Kinder und erholungsbedürftige Diaconissinnen eröffnet.

In Paris machte 1878 *Trélat*⁷⁸³⁾ in einem Vortrag in der Sorbonne den Vorschlag, ein Hospital für die Schwindfütigsten zu Cannes zu bauen.

In den Hospitälern giebt es ein Viertel Tuberkulöser. In *Lariboisière* kostet jeder Kranke jeden Tag 5,13 Francs. In Cannes wird er 4,32 Francs kosten und dafür eine Sonne haben, die man sich nirgends sichern kann.

Heilanstanften für scrophulöse Kinder an Seeküsten oder bei Salinen waren schon längst in verschiedenen Ländern errichtet; von den früheren, wie die *Royal sea-bathing infirmary* und *Royal national hospital for scrofula* zu Margate an der Küste des Canals, die oberösterreichische Anstalt in Hall (1855), die italienische in Viareggio, westlich von Pisa, sind mir keine Pläne bekannt geworden. Die des Institutes der heil. *Filomena*⁷⁸⁴⁾ in Turin — ein Winkelbau mit einseitigem Corridor — und des 1870 in Venedig am Lido eröffneten *Offizio marino*⁷⁸⁵⁾ — ein dreigethelter Hofbau — bieten nichts Wefentliches.

Das zum Ersatz des provisorischen Hospitals in Berc-sur-Mer für 600 Betten 1867 errichtete permanente Hospital ist gleichfalls ein Hofbau. Der IV. internationale Congres für Hygiene und Demographie zu Genf (1882) empfahl die Errichtung solcher Institute zu fördern.

346.
Bericht
von
Fauvel
und *Vallin*
1878.

Eine Zusammenstellung der gesammten Methoden der Absonderung, wie sie bis 1878 angebahnt, bzw. ausgebildet waren, finden wir in dem Bericht von *Fauvel* und *Vallin*⁷⁸⁶⁾ über die Prophylaxe der infectioßen Krankheiten, der auf dem internationalen Congres für Hygiene 1878 zu Paris zur Discussion stand und die Absonderung von Kranken, die mit übertragbaren Krankheiten behaftet sind, zum Ziel hat. Die Verfasser kommen zu den folgenden Ergebnissen.

⁷⁸¹⁾ Siehe: *Hospitals for the better classes. The lancet* 1875, Bd. I, S. 346 — ferner: *BURDETT*, H. C. *Home hospitals, their scope, object and management. British medical journal*, Bd. II (1877), S. 243—245.

⁷⁸²⁾ Siehe: *FAUVEL & VALLIN. Prophylaxie des maladies infectieuses et contagieuses. Rapport fait au nom d'une commission. Congrès international d'hygiène, tenu à Paris du 1er au 10er aôut 1878. Paris 1880. Bd. I, S. 715.*

⁷⁸³⁾ Siehe: *TRÉLAT. L'hôpital. Congrès de Paris de 1878. Conférence faite à la Sorbonne le 23 aôut 1878. Le progrès médical. Paris 1878. Bd. VI, S. 673.*

⁷⁸⁴⁾ Siehe: *HÜGEL*, a. a. O., Taf. III.

⁷⁸⁵⁾ Siehe: *UFFELMANN*, J. Ueber Anstalten und Einrichtungen zur Pflege unbemittelten scrophulösen und schwächlichen Kinder u. f. w. Deutsche Viert. f. öff. Gesundheitspf., Bd. XII (1880), S. 697.

⁷⁸⁶⁾ Siehe: *FAUVEL & VALLIN*, a. a. O., Bd. I, S. 655—715. Discussion ebenda, S. 715—760. — Referat hierüber: *GRÜBER*, F. Neuere Krankenhäuser. Bericht über die Weltausstellung in Paris 1878, herausgegeben mit Unterstützung der k. k. österreichischen Commission für die Weltausstellung in Paris im Jahre 1878. Heft VII. Wien 1879. S. 121—147.

Der erste Theil stellt die Krankheiten fest, deren Absonderung in besonderen Abtheilungen der Hospitäler oder in abgesonderten Hospitälern am dringendsten zu fordern ist. Diese sind:

- 1) Auschlagfieber: Pocken, Scharlach und Masern;
- 2) Diphtherie;
- 3) Flecktyphus und Typhus recursus in den Ländern, wo diese zwei Fieber endemisch-epidemisch sind;
- 4) übertragbare puerperale Affectionen;
- 5) gewisse plötzliche Epidemien: Cholera u. s. w.

Zu entscheiden bleibt, ob die an Unterleibstyphus Leidenden von der allgemeinen Bevölkerung abzufordern und in Hospitälern zu sammeln oder zu unterstützen und zu Haufe zu behandeln sind; in den Hospitälern erscheine es nicht nothwendig, sie von den anderen Kranken abzufordern.

Einfacher Keuchhusten biete keinen genügenden Grund zur Hospitalbehandlung. Wird eine solche bei Complicationen oder bei gleichzeitigem Auftreten einer anderen Krankheit am Patienten unvermeidlich, so ist die Absonderungsfrage grundsätzlich zu bejahen; doch werde man sich, um die Abtheilungen nicht übermäßig zu mehren, vorläufig mit einer besser verstandenen Vertheilung dieser Kranken in den gegenwärtigen Räumen begnügen können.

Grind, eitrige oder granulöse Augenentzündung bedürfen, besonders in Kinderhospitälern, mehr Vorsichtsmafsregeln, als strenge Absonderung. Eine relative und vorübergehende Absonderung in besonderen Sälen wird höchstens bei Kindern mit eitriger Augenentzündung nöthig.

Bei chirurgischen Affectionen werden 3 Gruppen unterschieden: 1) solche, deren Haut intact ist, die Nichts von der Nachbarschaft der anderen Verwundeten zu fürchten haben; 2) solche, welche an offenen oder eiternden Wunden leiden, welche der Gefahr einer Infection nosocomiale in den gemeinsamen Sälen der Chirurgie ausgesetzt sind; 3) die Kranken, die mit Infection purulente, Erysipel oder Hospitalbrand behaftet sind und die eine Gefahr für die Verwundeten, unter denen sie liegen, bilden. Für diese dritte Gruppe genügt gemeinfame Absonderung nicht; sie wird fast sicher schädlich sein. Diese Krankheiten übertragen sich; sie breiten sich aus; sie entstehen und nehmen bei Ueberfüllung schwerere Formen an; es bedarf hier persönlicher Absonderung, die vorbeugt und die Heilung fördert, wenn sie mit Zerstreuung verbunden ist, und diese spielt vielleicht die wichtigere Rolle. Die chirurgische Absonderung fordert daher besondere Mittel, die von heute zu morgen gebraucht werden können und dem täglichen Bedarf entsprechend vermehrt oder vermindert werden müssen, ohne die Anordnung der stehenden Gebäude zu stören: abgesonderte Zimmer mit ununterbrochener Lüftung, Zelte oder Baracken. In Vorstehendem unterscheidet sich die Absonderung chirurgischer Affectionen vollständig von dem, was die übertragbaren, inneren Krankheiten bedürfen.

Von den puerperalen Affectionen fordern einige eine peinliche Absonderung in den Hospitälern.

Die Cholera erscheint nur selten; es ist unnütz, für solche Bedürfnisse in den Hospitälern dauernde Hilfsmittel, die immer ungünstig sind, vorzusehen. Aber um im Falle einer Epidemie nicht Mangel zu leiden, muss man lange Zeit vorher die nothwendigen Absonderungsmafsregeln und Mittel, wie Wahl der Unterkunftsgebäude, Widmung bestimmter Hospitälern, Pavillons, Zelte oder Baracken für Cholerakranken, in das Auge genommen haben.

Die Syphilitischen fordert man wohl mehr der Ordnung und inneren Disciplin wegen in Abtheilungen oder in besonderen Hospitälern ab.

Die Schwindflichtigen vereinigt man in den Küstenländern des mittelländischen Meeres und besonders in Italien in besonderen Sälen; sie sind bei Lebzeiten und nach ihrem Tode Gegenstand gewisser Mafsregeln der Prophylaxe und der Desinfection. Beim gegenwärtigen Zustand der Frage erscheine keine Absonderung nöthig.

Dysenterie wird in Holland zu den übertragbaren, infectiösen Krankheiten gerechnet; man lässt die daran Leidenden in den allgemeinen Hospitälern nicht zu. Es genügen gleiche Mafsregeln für Desinfection der Leibföhle, wie bei Cholera; wirkliche Absonderung erscheine, außer bei gewissen Epidemien, nicht durchaus nothwendig.

Der zweite Theil classificirt zunächst die Methoden der Absonderung.

I. Persönliche Absonderung, d. h. ein abgesondertes Local für jeden Kranken ist nothwendig:

- 1) In den seltenen Fällen einer besonders schweren und übertragbaren Krankheit, z. B. Diphtherie bei einem Erwachsenen, bei Rotz, Hundswuth, Peft.
- 2) Wenn ein Zufammentreffen von zwei übertragbaren Krankheiten bei einem und demselben Individuum eintritt; z. B. Scharlach und Diphtherie.
- 3) Wenn eine verdächtige, wahrscheinlich übertragbare Krankheit im Entstehen und die Diagnose noch ungewiss ist.

- 4) Bei den ansteckenden Wundkrankheiten.
 5) Bei Puerperal-Affectionen.

Diese Absonderung darf aber keine eingebildete, nur scheinbare fein, wie in Cabineten neben den Sälen, die sich auf einen gemeinschaftlichen Verbindungsgang öffnen, auf welchem die Angestellten verkehren. Solche Räume sind nur für Kranke, die im Laufe einer nicht übertragbaren Affection von Complicationen oder Zufällen befallen werden, welche die Nachbarn belästigen, geeignet. Hingegen können, wo Klima oder Jahreszeit es gestatten, permanente oder nach Bedarf aufgeschlagene Zelte und Baracken die größten Dienste thun. Ein oder zwei Absonderungs-Pavillons mit 2 oder 4 getrennten Einzelzimmern, die bei Abgang jedes Kranken eine leicht ausführbare Desinfection mit reichlichem Wasser und durch chemische Mittel gestatten, gehörten zu den unentbehrlichsten Dingen im Zubehör eines Hospitals.

II. Gemeinschaftliche Absonderung, d. h. Vereinigung einer gewissen Zahl von Personen, die von einer übertragbaren Krankheit befallen sind, in einem besonderen, vom übrigen Hospital abgesonderten Saal, ist leichter ausführbar. Die mit ihr angeblich verbundenen Nachtheile werden von 3 Gesichtspunkten aus beurtheilt:

a) Für die Kranken selbst scheint die Vereinigung Vieler um einen Punkt bei Pocken so wenig, wie bei Typhus, Steigerung der Sterblichkeit und der Schwere der Krankheit mit sich zu bringen. Bei Masern, Scharlach und Diphtherie scheint es eben so zu sein; doch schwanken diese so in der Schwere von einer Epidemie zur anderen, dass es schwieriger nachzuweisen ist. Die Unschädlichkeit hört auf, wenn eine große Zahl von Kranken in einem und demselben Saal angefammelt werden, sobald Überfüllung eintritt.

b) Für die Nachbarschaft entsteht Gefahr, wenn die Absonderung im Hospital ungenügend ist. Die Verbreitung von Keimen vollzieht sich nicht leicht durch unmittelbare Vermittelung von Luft; eine Entfernung von 15 bis 30 m gewährt im Allgemeinen genügenden Schutz, wenn weder Personen, noch Dinge diese Schutzzone überschreiten, die rings das Absonderungszentrum umgeben muss.

c) Für das Personal schwindet die Gefahr, wenn man in den Abtheilungen für übertragbare Krankheiten nur solche Personen anstellt, die durch Überstehen der betreffenden Krankheit Immunität für diese erlangt haben, was bei Typhus, Pocken und Scharlach stattfindet, bei Cholera und Diphtherie aber nicht einzutreten scheint.

Vom Standpunkt der nosocomialen Hygiene sollen vor Allem durch die Absonderung die allgemeinen Säle von allen übertragbaren Krankheiten, die allgemeinen Hospitäler aber von den schweren contagösen Krankheiten befreit werden. »Es giebt keine wahre Sicherheit, als um diesen Preis. Die Absonderung im Inneren der allgemeinen Hospitäler ist eine halbe Mafisregel, die große Dienste thun kann; sie ist aber nur als eine Etappe auf dem Weg zur vollständigeren und vollkommeneren Umbildung unseres Hospitals Regimenter zu betrachten.«

III. Die Absonderung außerhalb der Einzäunung von allgemeinen Hospitals, und zwar:

a) Im Specialhospital für eine übertragbare Krankheit ist, wenn nicht die vollkommenste, so doch die vollständigste Art derselben im Hospital. Sie stellt die Anwendung der Mafisregeln in den Lazaretten auf einheimische Krankheiten dar, bietet dem Kranken vollständige Sicherheit vor Ansteckung durch andere Kranke, gestattet geeignete Wahl des Personals, hebt die den Dienst complicirende Trennung der Wärter in Gruppen auf und gestattet für jede Krankheit, die dies fordert, besondere Bauart.

»Wenn das System der kleinen Hospitäler vorwiegend wird, so kann man leicht einige von ihnen übertragbaren Krankheiten widmen.«

Diese Art Quarantäne scheint bisher nur auf Pocken, Puerperal-Krankheiten, Flecktyphus und in Epidemizeiten auf Cholera angewendet worden zu sein.

b) Die Absonderung in einem Hospital, das mehrere übertragbare Krankheiten vereinigt, wie folche in Folge des endemischen Charakters und der Schwere des Flecktyphus in Irland, Schottland und später in London unter dem Namen *Fever hospitals* (siehe Art. 216, S. 206) entstanden sind, die außerdem Unterleibstyphus, Scharlach, Masern, Diphtherie u. f. w. aufnehmen, giebt den allgemeinen Hospitälern vollkommenste Sicherheit, indem sie diese von jeder übertragbaren Krankheit befreit.

Die Vereinigung von a und b wie im *Homerton* und *Stockwell fever hospital* und dem gleichnamigen, daran stossenden *Smallpox hospital*, die getrennt und vereinigt für zwei oder für eine Krankheit verwendet werden, bietet eine mächtige Hilfe bei Steigerungen von Epidemien, die gewöhnlich nur eine Krankheit treffen.

IV. Die Absonderung innerhalb der allgemeinen Hospitäler kann erfolgen, indem man ein Absonderungs-Hospital in die Umfassung desselben hineinträgt; es kann sich dieses auf 1 Pavillon oder 1 Baracke reduzieren, die ihre Autonomie inmitten des allgemeinen Ganzen wahrt. Dieses System empfiehlt

sich durch die Leichtigkeit, mit der es bei den meisten bestehenden Hospitälern anwendbar ist; man kann sagen, dass es die Einleitung zu einer definitiven Absonderungs-Organisation darstellt . . . «; es mehrt die Special-Abtheilungen und ihre Zerstreuung in verschiedene Quartiere, erleichtert dem Kranken den Eintritt und lehnt sich vielleicht besser, als ein anderes der ärztlichen Lehre an, ohne wesentlich das Directions- und Verwaltungspersonal zu mehren.

Gegen hochgradig übertragbare Krankheiten bietet es aber nur unvollständige Sicherheit. »Das erhaltene Resultat kann sehr verschieden sein, je nachdem man in einem Hospital ähnliche Absonderungs-locale für mehrere Krankheiten zugleich oder nur für eine einzige geschaffen hat . . . « In einem einfachen Pavillon, den man einem allgemeinen Hospital beigeibt, ist es fast unmöglich, unter sich die verschiedenen übertragbaren Krankheiten zu trennen, wie in einem wirklichen *Fever hospital* oder im Annex des Kinderhospitals zu St. Petersburg. »Im Gegentheil, indem man jedem allgemeinen Hospital einen Absonderungs-Pavillon giebt, behandelt man nur eine übertragbare Krankheit für jedes Hospital; man vereinigt ziemlich gut die praktische Bequemlichkeit mit den Forderungen der Prophylaxe.«

Der Bericht fordert dann bei Absonderung innerhalb eines Gebäudes für die allgemeinen Kranken die möglichen Schutzvorkehrungen und ordnet schließlich die verschiedenen Arten der Absonderung einer Krankheit bezüglich der ihr innenwohnenden Sicherheit wie folgt:

1) Vollkommenste Sicherheit bietet ein Hospital für eine oder mehrere Krankheiten in von einander unabhängigen Pavillons; es ist dies auch die kostspieligste und die am schwersten zu organisirende Absonderung.

2) Ein abgesonderter Pavillon in einem allgemeinen Hospital giebt eine geringere, aber noch genügende Sicherheit; seine Installation ist bemerkenswerth leichter.

3) Die besonderen Abtheilungen, ohne Verbindung mit dem übrigen Gebäude, in dessen Mitte sie angeordnet sind, bilden einen unsicheren, an Täuschungen ergiebigen Ausweg.

4) Die Absonderung in den reservirten Sälen, dicht bei den allgemeinen Abtheilungen ist ohne Zweifel besser, als das Vermengen mit den allgemeinen Kranken; aber sie ist gewöhnlich illusorisch und giebt nur eine trügerische Sicherheit.

Man muss die Strenge der Absonderung in Verhältniss zur Gefahr des Contagiums setzen und jede übertragbare Krankheit bezüglich der Abfonderungsmafsregeln, die sie fordert, prüfen.

Dies erfolgt im dritten Theil bezüglich der im ersten Theil namhaft gemachten Krankheiten, deren Absonderung am dringendsten erscheint.

Der vierte Theil handelt von den vervollständigenden Mafsregeln.

Der Transport der Kranken zum Specialhospital erfolgt in England mit Wagen, die den verschiedenen Krankheiten entsprechend verschiedene Farben haben. »Jedes allgemeine Hospital soll einen kleinen Pavillon, oder einige Zimmer für Einzelabsonderung nicht nur für zweifelhafte, sondern auch für dringende oder unentschiedene Fälle erhalten . . . Man bedarf am Eingang jedes Hospitals im Vorhof einen von anderen Gebäuden abgesonderten Raum als Warte- oder Operationsaal für dringende oder sehr schwere Fälle . . . Dieser Saal kann einen Theil des Beobachtungs- und Isolir-Pavillons bilden.«

»Diese Fälle werden nicht häufig sein; die Hilfsmittel sind daher zu beschränken; aber sie müssen gesichert sein. Die Wachsamkeit der Aerzte und Verwalter muss verhindern, dass diese temporären Zufluchtsorte sich überfüllen und sich in permanente Säle für die Kranken des Hospitals verwandeln.«

Die Patientenkleidung ist unmittelbar bei Eintritt in das Hospital zu desinficiren, bevor sie in die allgemeinen Säle wandert. Jeder Absonderungsaal soll durch einen Einfalltrichter in unmittelbarer Verbindung mit dem Desinfectionssaal stehen; Ofen und Röhren müssen so groß sein, dass sie die Desinfection der Matratzen gestatten.

Schliesslich wird Einschränkung der Besuche und obligatorische Isolirung gefordert, letztere, wenn die den Kranken umgebenden Verhältnisse eine genügende Absonderung nicht gestatten.

1879 waren 296 von den 1593 Sanitätsbehörden in England und Wales mit Absonderungsmitteln der einen oder anderen Art versehen, und zwar 185 städtische, 85 ländliche und 16 Hafenbehörden in England und 7, 2 bezw. 1 derartige Behörde in Wales. Dr. Thorne besuchte im Auftrag des *Local government board* 1880 und 1881 67 solcher Infection-Hospitäler in der Provinz, die von 65 städtischen, 13 ländlichen und 4 Hafenbehörden errichtet waren und deren Benutzung 150 Sanitätsbehörden zu stande, und legte die Ergebnisse in seinem ausgezeichneten, schon angeführten Bericht nieder, der von vielen Plänen begleitet ist und als Appendix des

347.
Berichte
von
Buchanan
und
Thorne.

von Dr. Buchanan 1882 erstatteten Berichtetes erschien. Letzterer stellt u. A. folgende Ergebnisse der Untersuchungen von Dr. Thorne fest⁷⁸⁷⁾.

Junge Kinder bildeten in verschiedenen Städten zwischen 33 und 81 Prozent der Aufgenommenen. Die Erwachsenen überwogen, wenn das Hospital für Pocken oder »Fieber«, die Kinder wenn es für Scharlach benutzt wurde. Es scheint, dass bei Scharlach »der Procentatz, den die Kinder von den gesammten Zulassungen stellen, in einigen Districten dem der gesammten Scharlachfälle in England sehr nahe kommt. Diese Thatache allein beweist zur Genüge das wachsende öffentliche Vertrauen in diese Hospitäler als Plätze für die Erholung der Kranken.«

»Der Bericht zieht eine strenge Grenze zwischen der Nützlichkeit von Hospitälern, die für die Zeit, wo eine Infectionskrankheit in dem District erscheinen würde, vorsichtiger Weise vorbereitet waren, und anderen, die man vorsah, wenn ein epidemisches Ueberwiegen einer Krankheit sich schon im Beginn zeigte. Im ersteren Falle schien die Absonderung der kranken Person vom Hospital wiederholt die Verhütung einer Epidemie an dem Ort bewirkt zu haben.« Das nach Ausbruch einer Epidemie errichtete Hospital erfüllt meist keine Zwecke nicht, den dauernden Forderungen des Districtes zu entsprechen, besonders wenn es mehr bieten will, als dieser bedarf. »So wird der Zweck des Hospitals, einen Theil der sanitären Vertheidigung des Districtes zu bilden, sehr unvollkommen und mit unnötigen Kosten erreicht«, sagt Thorne, und Buchanan fügt hinzu, dass längere Zeit nötig sei, um den Werth dieser Hospitäler für die Allgemeinheit durch Statistiken fest zu stellen.

Wo sich für die umgebende Bevölkerung Nachtheile durch Bestehen dieser Hospitäler zeigte, führte Thorne die Ausbreitung der Infection auf Fehler der Verwaltung — auf Fehler, »die nicht in einem Hospital vorkommen sollen, die aber unvermeidlich sind, wenn Kranke unter privater Verwaltung stehen«, zurück. In einzelnen Fällen schienen sich Pocken auch durch die Atmosphäre ausgebreitet zu haben. Man müsse darauf bestehen, dass Hospitäler für infectöse Krankheiten ohne Ausnahme unter Leitung eines erfahrenen Sanitätsbeamten gestellt werden, der für jede sanitäre Einzelheit verantwortlich sei, sich auch von der Gesundheit der Nachbarschaft zu überzeugen und den Ursachen der etwaigen Ausbreitung einer Krankheit nachzugehen habe.

Thorne's Untersuchungen erstreckten sich im Allgemeinen nicht auf London, weil man annahm, dass die Zustände dort zu verwickelt seien, um den Einfluss der Hospitäler auf die Bevölkerung erkennen zu lassen.

Die Ausbreitung von Pocken in den Hospitälern des *Metropolitan asylum board* war Veranlassung, Dr. Power⁷⁸⁸⁾ mit Untersuchung dieses Falles beim *Fulham hospital* zu betrauen. Seine Ergebnisse führten zur Berufung der *Royal commission* zur Untersuchung der Hospitalunterkunft für *Fever-* und *Smallpox*-Fälle in der Hauptstadt, auf deren Ergebnisse später (bei Besprechung der Infection-Hospitäler) zurückzukommen ist.

^{348.}
Mouat's
Vorschlag
für eine neue
Hospital-
Organisation
in London.

Die ersten Schritte, die mit der Errichtung von Infection-Hospitälern Seitens der Localbehörden gemacht waren, führen zu weiteren Vorschlägen, das gesammte Hospitalwesen Londons umzugestalten. Der *Local government inspector* Dr. Mouat entwickelte in seinem mit Snell herausgegebenen Werke⁷⁸⁹⁾ folgende Ansichten, die auf eine gewisse Centralisation der Anstalten hinzielten.

Die Privathäufigkeit sei ungenügend und selbst, wo sie ausreichen könne, wie in kleinen Gemeinden, zu sehr mit religiösem Gefühl, proflytischen Neigungen u. f. w. gemischt, um sich länger in Uebereinstimmung mit dem Geist der Zeit zu befinden. Der erste, wichtigste und schwierigste Schritt sei dann die Trennung der Fürsorge für die armen Kranken von jener für die gemeine Armuth und Uebertragung derselben von der unmittelbaren Verwaltung der *Poor-laws*- auf jene der *Public-health*-Behörden oder auf irgend eine unabhängige, speciell für den Zweck bestimmte Körperschaft⁷⁹⁰⁾.

Die Trennung aller abgezweigten *Workhouse*-Infirmarien und solcher großer Infirmaryen, die noch

⁷⁸⁷⁾ Siehe: *Tenth annual report etc.*, S. VI.

⁷⁸⁸⁾ Siehe: POWER, W. H. *On the influence of the Fulham small-pox hospital on the neighbourhood surrounding it.* Ebendas, S. 302.

⁷⁸⁹⁾ Siehe: MOUAT, J. F. & H. S. SNELL, a. a. O., Section III: *Organization of medical relief in the metropolis.* Von J. F. MOUAT.

⁷⁹⁰⁾ Siehe ebendas, S. 16.

innerhalb der *Workhouse*-Mauern liegen ... von der Thätigkeit der *Poor laws* und ihre Verwandlung in allgemeine Hospitäler sei in London und allen anderen großen Städten notwendig. »Für das Land im Allgemeinen und für kleinere Städte vertrete ich Ausdehnung des *Cottage-hospital*-Systems — die brauchbaren *Workhouse*-Infirmaryen, große und kleine, welche meist noch erhalten sind, mögen für die Bejahrten, Bettlägerigen und dauernd Unheilbaren jeden Alters reservirt werden«^{791).}

Die Zahl der Bedürftigen Londons habe sich im Verhältnis zu den auf Grund einer Stiftung oder freiwillig entstandenen Hospitäler in gefährlicher Weise verändert; ihr elemosynarischer Charakter und ihre widerstreitenden Einrichtungen und Interessen schließen eine große Zahl wahrhaft Armer, zu deren Bestand sie gedacht waren, von ihren Wohlthaten aus, während sie viele, welche für ärztliche Fürorge und Behandlung zahlen könnten, kostenfrei empfangen; die Privatwohlthätigkeit sei bei dem Umfang Londons außer Stande hier Abhilfe zu thun. *Mouat* geht bei seinem Plan für die Umgestaltung von den folgenden Gesichtspunkten aus^{792).}

1) Die Kranken und Verletzten unter den Armen, die nicht fähig sind, zu ihrer Pflege beizutragen, sollen das Recht der Zulassung zu allen Hospitäler besitzen ...

2) Alle allgemeinen Hospitäler sollen so jeder Classe hilfloser Personen, arm oder nicht arm, offen stehen, indem genaue Regeln für Zulassung aller solcher Personen aufgestellt werden, um Missbrüche, die untrennbar von ihrer unkontrollierten Operation sind, auszuschließen.

Die unmittelbare Umwandlung der nach dem bestehenden Armgelösten Infirmaryen und Krankenäste der Hauptstadt in allgemeine Hospitäler würde zugleich eine Vermehrung von verschiedenen Taufend Betten für die Armen von London darstellen, wenn man alle alten, bettlägerigen und unheilbaren Armen, die jetzt in ihnen enthalten sind, in die Infirmaryen der Arbeitshäuser, für welche sie thafächlich gedacht sind, verlege.

3) Eine verhältnismäßig kleine Ausdehnung der *Metropolitan poor rate* zur Bildung eines gemeinschaftlichen Krankenfonds würde zur Deckung der vermehrten Kosten genügen; 1 Penny auf das Pfund auf den gegenwärtigen fest gestellten Werth des Eigenthums in London bringt ein jährliches Einkommen von nahezu 105 000 £.

4) Wie dieses System am besten mit der Thätigkeit der jetzigen gestifteten und freiwilligen Hospitäler in Einklang zu bringen ist, um ihnen gerechte Privilegien zu sichern, ist von einer competenten öffentlichen Autorität, wie einer *Royal commission*, zu entscheiden.

Die besondere Organisation der Hospitäler Londons soll die folgende sein:

1) London, im Umfang der Hauptstadt, ist den Districten des *Registar general* entsprechend in 5 Hospital-Districte zu theilen.

2) Jeder Hospital-District hat einen besonderen *Board of control*, der alle Materien regelt, die mit der allgemeinen Verwaltung dieser Institute und der Pflege der armen Kranken innerhalb der Districtsgrenzen verbunden sind und der volle Gewalt besitzt, allen bestehenden und künftigen dies betreffenden Gesetzen Wirkung zu geben.

Dieser *Board* besteht aus Mitgliedern der Hospitalbehörden jeden Districtes, aus einer gewissen Zahl von *Guardians* der Armen der *Parishes* in jenen Districten und von *Ex-officio*-Mitgliedern irgend welcher jetzt vorhandenen oder künftig zu schaffenden competenten Behörde.

3) Ein *General hospital board* der ganzen Hauptstadt soll errichtet und durch sich selbst unter den Mitgliedern der *District boards* zur Sicherung einer gerechten Repräsentation aller betreffenden Interessen und Oertlichkeiten gewählt werden.

Diesem *Board* soll die Pflicht zufallen, die Thätigkeit der *District boards* in Einklang zu bringen, ohne sich in Detailmaterien oder in die Leitung der besonderen Einrichtungen zu mischen.

Er soll dem Parlament jährlich über die Hospitäler, über den Gefundheitszustand und die Todesfälle »in jedem Hause und jeder Straße Londons« berichten und Vorschläge über nötige Verbesserungen machen.

4) Jeder *Hospital board* (*District* und *General*) bestellt seine eigenen Beamten und wählt seinen eigenen Obmann.

5) Ein ähnliches, aber in seinen Zielen ausgedehnteres Gesetz, wie die *Metropolitan poor act* von 1867 ist zu schaffen, das obige Bestimmungen so detailliert, als in einem gesetzlichen Act möglich ist, enthält, und in welches die Macht, Nebenverordnungen bezüglich aller Detailfragen zu machen, einzuschließen ist.

⁷⁹¹⁾ Siehe ebenda, S. 17.

⁷⁹²⁾ Siehe ebenda, S. 37 u. ff.

Die zu erörternden Fragen sind u. A.: bessere Vertheilung der Hospitalvorkehrungen Londons mit Bezug auf die Bewegungen und gegenwärtige Anhäufung der armen Bevölkerung; Revision der Aufnahmeregeln für Kranke in Hospitalern, sowohl der frei gehaltenen, als der zahlenden Patienten mit beschränkten Mitteln; passende Ordnung des Systems der Polikliniken und Dispensarien, durch welche allein, ausgenommen von dringenden Fällen, der Kranke Zulassung in die Hospitaler finden sollte; die Unterstellung der Specialhospitälern und Dispensarien in jedem District unter die allgemeine Hospitalleitung derselben; Errichtung und Entwicklung eines vollständigen Ambulanzsystems für die ganze Hauptstadt; die Beziehungen der medicinischen Schulen zu den Hospitalern und die Nutzbarmachung aller Classen medicinischer Institutionen für die Erziehung des ärztlichen Berufes und für die Laienbildung von Pflegerinnen, besonders für die kranken Armen; und genaue Prüfung der Budgets der verschiedenen Hospitaler mit Hinblick auf Ueberweisung folcher Bewilligungen aus dem allgemeinen Krankenfond, welche nötig befunden werden.

349.
Vorschläge
von
Martin.

350.
Programm
der
Société de
médecine etc.

Im Jahre vorher hatte Martin⁷⁹³⁾ in Paris vorgeschlagen, das Hospitalwesen unter eine *Direction de la santé publique* zu stellen, deren administrative Abtheilung sich aus dem *Bureau d'assistance*, dem auch das gesamte Hospitalwesen einzugliedern ist, und dem *Bureau d'hygiène publique* zusammensetzt.

Noch einmal im Jahr 1883 findet in Paris eine längere Hospitaldebatte — diesmal im Schoß der *Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle* — statt, die durch ein von der Stadt Vichy erbetenes Gutachten⁷⁹⁴⁾ angeregt wurde. Meinungsverschiedenheiten über einzelne Fragen führten zu dem Vorschlag, die Discussion zu verallgemeinern und unabhängig von dem vorliegenden Falle ein für Hospitalverwaltungen und Architekten brauchbares Bauprogramm aufzustellen. Die zu dem Zweck erweiterte Commission legte den Bedarf einer Stadt von 60000 Einwohnern zu Grunde, und Dr. Rochard entwickelte am 28. Mai 1883 das beschlossene Programm derselben⁷⁹⁵⁾.

Rochard fügt dem Programm den in Fig. 55⁷⁹⁶⁾ wiedergegebenen Lageplan bei, der lediglich zur Verdeutlichung des Programmes dienen soll. Er nimmt an, dass für die Ausdehnung der Oberfläche des Geländes 1 ha für 100 Kranke in den meisten Fällen genüge (3). Die Grösse des Hospitals soll 500 Betten nicht überschreiten (4). Es ist in 3 Gruppen zu zerlegen: Krankenäle, Verwaltungsgebäude und Annexe.

Die Krankenäle sind in eingeschossigen Pavillons unterzubringen. Diejenigen für Verwundete und Fiebernde sollen einen Saal von $30 \times 9 \times 5$ m mit 20 bis 30 Betten bei 67, bzw. 45 cbm Luftraum enthalten. Von Hautkranken können mehr zugelassen werden. Von den 3 Typen für Pavillons, deren Pläne beigefügt werden, bietet der eine mit 33,8 m Länge bei 10 m Breite, da an jedem Ende 3 m für die dort liegenden Cabinete abgehen, einen Saal von $27,8 \times 9 \times 5$ m mit 12,5 qm Bodenfläche und 62,5 cbm Luftraum für jedes feiner 20 Betten. Jede Längswand hat 11 Fenster. — Im zweiten Typus sind die Cabinete in der Mitte vereinigt, so dass der Pavillon bei sonst gleichen Massen 2 Säle mit je 10 Betten enthält. — Der dritte Typus gleicht dem ersten; doch ist die Länge des Pavillons auf 29,2 m, die des Saales auf 23,2 m vermindert, so dass auf jedes Bett 10,0 qm Bodenfläche und 50 cbm Luftraum entfallen.

Von den 10 geplanten Pavillons in 25 m Abstand von einander gehören die linken 5 den Männern, die rechten 5 den Frauen an; erforderlichenfalls sind 1 bis 2 der letzteren den Kindern zu reserviren. Die ersten 4 Pavillons am Eingang mit je 20 Betten sollen die chirurgische Abtheilung bilden, von ihnen ist einer durch eine Mittelwand in zwei Hälften zu zerlegen, deren eine in Isolirzimmer für Verletzte zutheilen ist; 1 Saal bleibt als Wechselsaal reservirt. Für Schwerverwundete oder Operirte dienen Zelte zwischen den Pavillons und der Einfriedigung des Geländes; sie sollen heizbar fein und erhöhten, asphaltirten Fußboden erhalten. Zwei der chirurgischen Pavillons sind durch eine Galerie zu verbinden, in

⁷⁹³⁾ Siehe: NAPIAS, H. & A. J. MARTIN. *L'étude et les progrès de l'hygiène en France de 1878—1882 avec une préface de Brouardel. Société de médecine publique et d'hygiène professionnelle.* Paris 1883. S. 449.

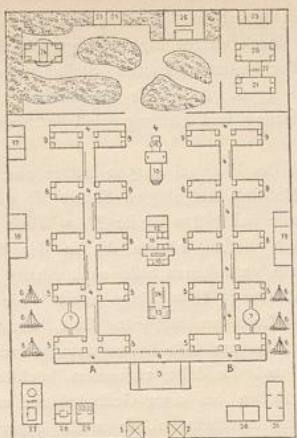
⁷⁹⁴⁾ Siehe: *Rapport en réponse à la demande de la commission administrative de l'hôpital civil de Vichy sur la mode d'installation le meilleur pour un hospice à élever dans cette ville par une commission.* *Revue d'hygiène* 1882, S. 491.

⁷⁹⁵⁾ Siehe: *Rapport sur la construction des hôpitaux fait au nom d'une commission.* *Revue d'hygiène* 1883, S. 294. Discussion S. 315, 466, 557, 613, 825. — Referat hierüber: DOUAU, M. *Construction des hôpitaux.* *Nouvelles annales de la confér. 1883*, S. 122, 140.

⁷⁹⁶⁾ Facs.-Repr. nach ebenda, S. 300.

Fig. 55.

1. Pförtner.
2. Kleiderkammer der Aerzte.
3. Verwaltung.
4. Verglaster Verbindungsgang.
5. Aeußerlich Kranke.
6. Zelle.
7. Operationsaal.
8. Innerlich Kranke.
9. Venerische, Hautkranke rechts, Kinder links.
10. Küche.
11. Apotheke und Zubehör.
12. Bäder.
13. Sprechraum.
14. Bibliothek.
15. Capelle.



Plan für ein allgemeines Hospital
nach Rochard¹⁷⁹⁶.

1/400 n. Gr.

A. Abtheilung der Männer. B. Abtheilung der Frauen.

16. Sakrifei.
17. Wohnung des Caplans.
18. Wärter.
19. Wärterinnen.
20. Aufschlagkranke (Männer).
21. Aufschlagkranke (Weiber).
22. Zwischenangang.
23. Schutzdach des Ifolirpavillons.
24. Entbindungs-Pavillon.
25. Irfunnige.
26. Leichenhaus.
27. Waschhaus.
28. Desinfections-Ofen.
29. Patientenkleidung und Bäder für externe Behandlung.
30. Stallung, Remise u. f. w.
31. Werkstätten, Matratzen u. f. w.

deren Mitte der kreis- oder achteckförmige, durch hohe Seitenfenster beleuchtete Operationsaal zu errichten ist. Bei den Fiebernden, deren Säle 25 Betten erhalten können, ist 1 Wechselsaal zu reserviren (6).

Getrennte Pavillons, wie hier, sind bei dem Klima von Paris durch eine 6m breite Galerie unter sich, mit Hauptgebäude und Annexen zu verbinden, die als Spaziergang bei schlechtem Wetter und als Refectorium bei allen Jahreszeiten dient, zu welchem Zweck sie an einer Seite mit Klapptischen zu versehen ist (7).

Im Verwaltungsgebäude sollen die Bureaus, das Wachzimmer — letzteres, wie das Aufnahme-Bureau ebenerdig mit unmittelbarem Eingang von außen — die Zimmer der Internen und die Wohnungen des Verwaltungspersonals liegen (8).

Küchendepartement, Apotheke und allgemeine Bäder können in einem erdgeschossigen Pavillon, der von allen Sälen nahezu gleich entfernt liegen müssen, vereinigt werden. Bäder für die Externen sind nahe dem Eingang zu legen und mit dem Waschhaus zu verbinden (9). Nahe dem Eingang sind auch das Parloir und die Bibliothek, über denen in 2 Geschossen Wäsche- und andere Magazine angeordnet werden können, zu legen (13 und 14).

Die Capelle soll im Fonds (15), die Wohnungen des Pflegepersonals können unabhängig von denen des Verwaltungs- und Aerztepersonals nahe den Sälen längs der Einfriedigung liegen (16).

Im entferntesten Theile des Etablissements ist die reservirte Abtheilung für unbequeme und gefährliche Kranke nebst dem Leichenhaus zu disponiren, die mit außen durch besondere Thüren verbunden sein und etwa $\frac{1}{4}$ der Grundfläche des Hospitals einnehmen müssen.

Büschwerk und Baumgruppen isolieren und trennen hier die 5 Absonderungs-Pavillons für die Auschlagsfeier, Keuchhusten und Diphtherie. „Jede contagiose Krankheit muss ihren Specialpavillon mit besonderen Sälen für männliche und weibliche Kranke haben. Kein Saal darf mehr als 4 Betten enthalten. Jeder Pavillon hat sein Zubehör für sein Material und für sein Personal, das immer isolirt werden“ müssen (17).

So weit wie möglich von den contagioen Kranke, aber innerhalb des reservirten Theiles soll ein Pavillon für 8 Wöchnerinnen mit Einzelzimmern, die sich nach außen öffnen, mit einem kleinen Entbindungsaal nach dem letzten Plan von Tarnier und den von der Gesellschaft aufgestellten, in dem Rapport von Thevenot niedergelegten Grundrissen errichtet werden (18). Zwei Zellen, mit einem Cabinet für den Auffeher, genügen für die Irren, die nur passagär bis zur Entscheidung über ihre weitere Unterbringung aufzunehmen sind (19). Der Leichenpavillon an der Einfriedungsmauer, mit einer Thür nach außen für die Beerdigungen, soll 4 Räume enthalten: 1 Salle de dépôt, wohin die Leichen nach dem Tod und, wenn sie im Saal die reglementsäugig vorgeschriebene Zeit verbracht haben, zu bringen sind; 1 Salle mortuaire zur Aufbahrung, falls die Familie die Leiche zu sehen wünscht; 1 Raum für die Leichen-

öffnung (*Autopie*), zum Seciren und für Untersuchungen, und 1 Schuppen, um die Bahnen, Sägespäne, desinfizirende Flüssigkeiten u. s. w. zu bewahren. Diese 4 Räume sollen einen Hof umgeben, der mit außen durch die Thür communicirt, durch welche die Beerdigungen ausgehen (20).

Alles sonstige Zubehör, wie der Desinfectionsofen, Stallungen und Werkstätten, sind entfernt von den Kranken, nahe dem Eingang, zu legen. Auf viele Einzelheiten dieses Berichtes, insbesondere auch auf die Vorschläge bezüglich der Heizung und Lüftung wird in einem der nächsten Kapitel noch einzugehen sein.

Nach diesem Programm würde das Hospital zu 500 Betten eine Fläche von 50 000 qm zu erhalten haben. In der im Original ohne Maßstab beigelegten Skizze ist das Verhältnis von Breite zu Tiefe nahezu gleich 2 : 3, das Gelände würde bei 182 m Breite 275 m Tiefe haben müssen. Hierauf beruht der zu Fig. 55 beigelegte Maßstab. Nach diesem würden die in der Hauptabtheilung geplanten Doppel-pavillons je 50 m Länge und die darin enthaltenen Säle nach Abzug von 6 m für den Verbindungsgang und von je 3 m Breite für die Endcabinete je 16 m Länge haben. Sie bieten bei 9 m Tiefe durchschnittlich 10,5 qm Bodenfläche und 51,5 cbm Luftraum für jedes Bett, wenn sie deren 14 enthalten. In den 10 Doppel-pavillons wären 20 solcher Säle und 280 Betten untergebracht.

Da die reservirte Abtheilung und die Zelte zusammen höchstens 50 Betten aufnehmen können, stellt der Plan ein Hospital von 330 Betten bei einer Geländefläche von 151 qm für 1 Bett dar. Wollte man, wie beabsichtigt, 500 Betten darin unterbringen, so müßte entweder der Belagraum für jedes Bett im Saal auf durchschnittlich 6,4 qm Bodenfläche und 32 cbm Luftraum eingeschränkt oder jeder Saal so viel verlängert werden, daß er durchschnittlich 22,5 Kranke aufnehmen kann, d. h. um 9,75 m. Dies bedingt eine Verbreiterung des Geländes um $9,75 \times 4 = 39,00$ m, also auf 221 m; alsdann hat das Gelände 60 775 qm Grundfläche oder für jedes Bett 120 qm.

In der sich anschließenden Discussion stellt u. A. *Tollet*⁷⁹⁷⁾ 8 Einzelpunkte auf, die von denen *Rochard's* mehr oder weniger abweichen.

1) Vorausgesetzt, daß das gewählte Gelände von allen Seiten isolirt ist, soll man einen äußeren Gürtelweg von wenigstens 15 m Breite, der mit mehreren Baumreihen zu bepflanzen ist, um das Hospital herumführen, um dadurch zwischen dem Hospital und den benachbarten Wohnungen eine *Zone sanitaire* zu bilden, die sich bei Errichtung eines Hospitals wohlfeiler herstellen lasse, als nach erfolgter Besiedelung der Umgebung auf dem Expropriationswege.

2) Die Ausdehnung des Geländes im Verhältnis zur Krankenzahl soll 100 qm für jedes Bett in einem Hospital von 100 Betten, aber 150 qm für jedes in einem solchen von 600 Betten betragen. Die Zwischen-größen ergeben sich durch progressives Wachsen bei je 50 Betten um $\frac{90\,000 - 10\,000}{9 + 1} = 8000$ qm; hieraus ergibt sich folgende progressive Reihe:

Bettenzahl	Gelände		Bettenzahl	Gelände	
	für 1 Bett	zusammen		für 1 Bett	zusammen
100	100	10 000	350	143	50 000
150	120	18 000	400	145	58 000
200	180	26 000	450	147	66 000
250	136	34 000	500	148	74 000
300	140	42 000	550	149	82 000
Quadr. - Meter					

3) Für Convalescenten, die im Inneren der Städte theuere Specialstyle fordern, ist in Hospitalen, welche frei liegen und in Pavillons gebaut sind, ein Theil des 3 Stufen über den Erdboden zu legenden, betonirten und cementirten Erdgeschoßes der Pavillons zu verwenden, deren einziges Geschoß 4 m über dem Erdboden liegen soll; in gleicher Höhe mit den Convalescenten würden ein Refectorium, ein gedeckter Spazierplatz und die Heizvorrichtungen zu legen sein; man könnte auch einen Theil im Erdgeschoß der Verbindungsgalerie, in dem bestgelüfteten Theile des Hospitals wohnen lassen. — Die Genesenden in

⁷⁹⁷⁾ Siehe ebenda, S. 866 u. ff.

den meist ebenerdig gebauten Pavillons der Contagiösen müssen durchaus besondere Wohnungen erhalten, wozu es genügt, in einem Pavillon mit 20 Betten 2 kleine Säle für 6 Reconvalescenten vorzusehen.

4) Die von 4 Seiten zu beleuchtenden Säle für 20 Betten sollen $27,50 \times 8,00\text{ m} = 220\text{ qm}$ oder 11 qm Grundfläche für jedes Bett haben; doch giebt Tollet einreihigen Doppelfälen den Vorzug (siehe den betreffenden Plan in Kan. 6).

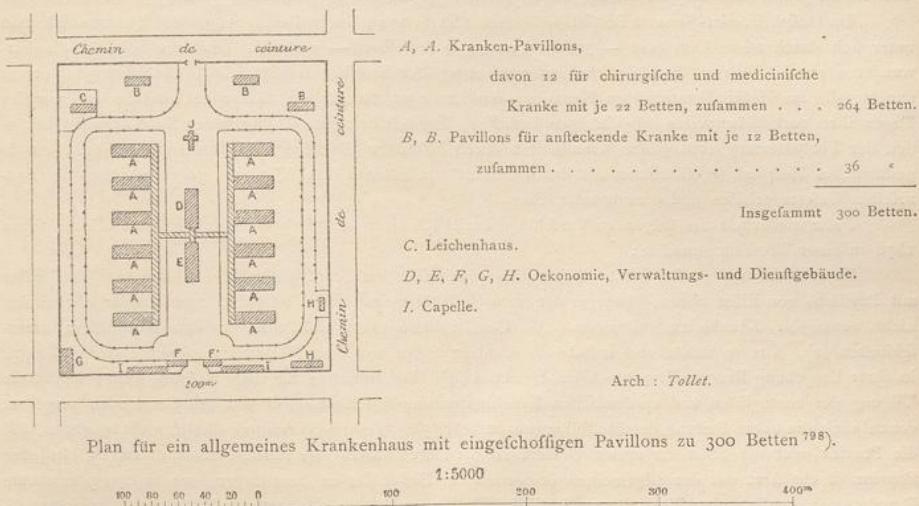
5) Die Verbindungsgalerien sind $4\frac{1}{2}$ m breit zu halten und mit weiten Oeffnungen zu versehen.

6) Zwischen den Firsten der Pavillons soll der Abstand gleich der doppelten Höhe des Dachfirstes über dem Erdreich sein; er beträgt 25 m bei 4 m hohem Unterbau und 8 m Saalfirsthöhe.

7) Wie bei steigender Krankenzahl die Oberfläche des Geländes wachsen muss, so soll auch der Rauminhalt der Säle zunehmen; Tollot fordert für 1 Bett im Abförderszimmer 35, für 30 Betten im Saal je 65 cbm und bildet 14 Zwischenstufen, indem er jede um $\frac{65 - 35}{14 + 1} = 2$ wachsen lässt, so dass sich für 2 Betten 37, für 4 Betten 39 cbm u. s. w. ergeben.

8) Die Höhe der Säle soll, um ein gutes Verhältnis zu erzielen, 7 bis 8 m betragen. Wagrechte Decken sind zu verwerfen.

Fig. 56.



Tollet versucht dann auch den Einfluss der Geschofszahl in den Kranken-Pavillons auf den für ein Hospital nothwendigen Grund und Boden nachzuweisen. Er legt die Skizze in Fig. 56⁷⁹⁸⁾ für ein Hospital von 300 Betten zu Grunde, die in eingeschossigen Pavillons untergebracht sind. Das beanspruchte Gelände beträgt $200 \times 230 = 46000$ qm. Die hier auf jeder Seite angeordneten 6 Pavillons, deren First 11,30 m hoch liegt und die 25,00 m Axenabstand haben, ersetzt er in einer zweiten Skizze durch zweigeschossige Pavillons mit 22,50 m Firsthöhe und 45,00 m Axenabstand. Bei Beibehaltung aller Umgebung, wie in der ersten Skizze, beansprucht dieses Hospital nach Tollet $200 \times 200 = 40000$ qm oder 6000 qm Gelände weniger als das Hospital in Fig. 56. Er schätzt die Gesamtkosten zu 1500000 Francs, einschl. Gelände, das er zum Kostenpreis desjenigen für das Hospital in Montpellier in Rechnung stellt, d. h. mit 10000 Francs für 1 ha, so dass die Ersparnis an Grund und Boden 6000 Francs = $1/250$ der Gesamtkosten beträgt. Doch ist bei dieser Rechnung zu berücksichtigen, dass er den Pavillons im eingeschossigen Plan einen Unterbau von 3,20 m lichter Höhe und einen Saal darüber mit spitzbogigem Querschnitt bei 7,50 Scheitelhöhe giebt. Der Pavillon in der zweiten Skizze hat aber lichte Höhen von 3,20, bezw. 7,00 und 6,50 m die beiden letzteren Mäße gehören Sälen mit quadratischem Querschnitt an, und der oberste Saal wird von einem nicht unbeträchtlich hohen Satteldach überragt; daher hier ein viel grösserer Rauminhalt der Säle und eine unverhältnismässige Gesamthöhe erreicht ist, die den Vergleich werthlos macht.

¹⁹⁶) Facs.-Repr. nach: TOLLET, C. *Les édifices hospitaliers etc.* 2. Aufl. Paris 1892. S. 245.

Die Skizze in Fig. 56 gibt den von *Tollet* aufgestellten Normalplan für eingeschossige Pavillons wieder, in welchem außer einer äusseren noch eine zweite innere Gürtelstrasse zu Absonderung der Contagiösen, des Leichendienstes und des Wachhauses von der Gruppe der übrigen Kranken geplant ist. Die Skizze soll zeigen, dass ein Gelände, welches nur 50 qm für jedes Bett Bodenfläche bietet, den alten Fehler der Ueberfüllung, bezw. aufserordentlicher Dichtigkeit haben würde, und dass die hier beanspruchte Bodenfläche von 153 qm für ein Bett der von *Tollet* aufgestellten Flächenscala entspricht.

Die 3 Absonderungs-Pavillons sind für Pocken, Typhoid und Diphtherie gedacht; sie sollen 40 m von allen anderen Krankengruppen getrennt sein.

Für Zahlende sind in allen Pavillons Sonderzimmer, die $\frac{1}{10}$ der Gesamtbettzahl aufnehmen können, zu beschaffen.

E. Trélat spricht sich in der Discussion gegen Festlegung von Modellplänen aus; man erwarte kurze und bestimmte Winke über die fundamentalen Bedingungen, denen genügt werden muss, um eine Anhäufung von Kranken mit der größten Summe von Salubrität zu ermöglichen.

Dr. *Felix*⁷⁹⁹, Chirurg am Hospiz *Sainte-Gertrude* zu Brüssel, erörterte 1884 die Hospitalfrage ebenfalls vom Standpunkt der Absonderung Ansteckender, forderte aber, dieselben aus den allgemeinen Hospitälern gänzlich auszuschließen.

Im Hospital *Saint-Jean* zu Brüssel (siehe Art. 180, S. 174), das in Pavillons gebaut ist, deren Säle man unter sich durch weite Corridore — wahre Luftcanäle derselben — verband, »find die Säle für die Verwundeten durch die der Typhösen und anderer contagiöser Kranker inficiert. Diese Anordnung ist nicht nur für die im Hospital internirten Kranken, sondern eben so für die Gesunden, welche an gewissen Tagen ihre dort behandelten Angehörigen besuchen, Unglück bringend.« Die neuen Entdeckungen bezüglich der Fortpflanzung contagiöser Krankheiten durch Mikroben, Bacillen und Bacterien geboten, ein so gefährliches Hospital, »gefährlicher als das unsauberste industrielle Etablissement, gegen welches die rigorosesten Gefetze erlassen sind,« zu unterdrücken.

Felix wiederholt die folgenden Vorschläge bezüglich einer vollständigen Hospitalreform, die er schon 1876 in einer Broschüre machte:

Gemeinden und große Städte sollen für epidemische und contagiöse Fälle Absonderungshospitäler mit Pavillons von Eisen bauen. Die permanenten Hospitäler sind ausschließlich für acute oder chronische, nicht contagiöse Kranken zu reserviren (1). Constructionen von Holz sind in den Hospitälern auszuschließen (2). Große Städte und industrielle Centren sollen vor ihren Thoren permanente Hospitäler (3), in ihrer Umgebung Reconvalecenten-Astyle errichten (4). Die Initiative für diese Reform, »ohne welche die Tilgung der contagiösen und epidemischen Krankheiten unmöglich ist,« soll von den Gemeinden ausgehen, denen auch die obere Leitung der Etablissements zufteht (5). Wo die Hilfsmittel absolut nicht genügen, soll die Provinz oder der Staat die armen Gemeinden bei Durchführung der Reform unterstützen (6). In jeder Provinz ist ein Arzt mit der allgemeinen Inspection der Hospitäler zu beauftragen, der an eine permanente Deputation monatlich über Verwaltung, Statistik, Hygiene und über die amtliche Thätigkeit berichten soll. In seinen Schlusworten verlangt *Felix* noch Specialspitäler für chirurgische Operationen und für die Krankheiten der Lunge, die beide nicht unter den schädlichen Einflüssen einer nosocomialen Atmosphäre stehen sollen.

Auch Barackenformen, die man bei schnellem Bedarf errichten kann, die daher eben so nützlich im Kriegsfall, wie bei Epidemien sind, treten jetzt wieder in den Vordergrund. *Esmarch* hatte schon 1870 den Ingenieur *Riebold* angeregt, einen Plan für solche Zwecke zu entwerfen, um an irgend einer Stelle des Kieler Hafens mit vorrätigem Material schnell ein Lazareth aufführen zu können; die Pläne kamen indes nicht zur Ausführung. Von Seiten Österreichs waren 1878 und 1879 in Bosnien und der Herzegowina wieder verfetzbare Baracken zur Verwendung gekommen; doch erst die Hygiene-Ausstellung in Berlin (1883) brachte in Gestalt des *Doecker'schen* Filzeltes eine sehr leicht bewegliche Form einer solchen. Eingehende Untersuchungen mit demselben in preussischen Lazarethen stellten die praktische Verwerthbarkeit verfetzbarer Baracken fest, auf deren nothwendige Einführung die von

352.
Reform-
Vorschlag
von *Felix*.

353.
Verfetzbare
Baracken.

⁷⁹⁹ Siehe: *FELIX, J. La question des hôpitaux.* Brüssel 1884. S. 21, 25.

der Kaiserin *Augusta* nach Berlin zusammenberufene Sanitäts-Conferenz im April 1884 hinwies.

Man ging dabei davon aus, man dürfe dem Gedanken nicht Raum geben, »dafs die relative Sicherheit, welche der antiseptische Occlusiv-Verband für den Wundverlauf gewährt, uns von etwaigen Schädlichkeiten und Mängeln der Umgebung, in welcher sich die Wunde befindet, unabhängig mache und uns gestatte, unsre Ansprüche an die Beschaffenheit der Unterkunftsräume für die Verletzten herabzufsetzen«^{800).}

Seitens der deutschen Delegirten wurde nunmehr auf der 3. internationalen Conferenz der Gesellschaften vom Rothen Kreuz in Genf vorgeschlagen, einen von der Kaiserin *Augusta* zur Verfügung gestellten Preis zur Gewinnung des besten Modells einer versetzbaren Lazareth-Baracke zu verwenden.

Unter den zahlreichen 1885 in Antwerpen eingegangenen Lösungen erhielt die Baracke von *Christoph & Unmack* (System Doecker) in Kopenhagen den Preis. Der Werth mancher anderer auf der Ausstellung des Wettbewerbes zu Tage getretener Gedanken führte zu der ausgezeichneten Veröffentlichung, welcher vorstehende Worte entnommen sind.

Die Frage der Absonderung infectiöser Kranker innerhalb der Heilanthalten wurde 1886 von Dr. *Jahn*⁸⁰¹ erörtert, der für ein allgemeines Krankenhaus mindestens zwei getrennte Absonderungshäuser fordert.

Ihre Eintheilung müsse in der Hauptfache eine ständige sein; »denn . . . ein Isolirhaus, in welchem nicht alle Räume fest und dauernd den einzelnen Krankheitsformen von vornherein zugesprochen sind, in welchem *ex tempore* derselbe Raum bald für diese, bald für jene Krankheitsform benutzt wird, ist eine dermaßen gefährliche Einrichtung, dass sie durch staatliche Gesetze verboten werden sollte. Der Spital-Director, welcher sich in dieser Beziehung auf sein Improvisationstalent verlässt, wird zu Epidemiezeiten eine heillose Verwirrung eintreten sehen . . .«

Von den 2 Isolirhäusern soll das erste mittels zweier durchgehender Scheidemauern in 3 Blocks zerlegt und zweigeschossig gebaut werden. Jeder Block erhält besonderes Thor, Treppe und Abortgrube. In den Flügelabtheilungen (Block I und II) würden die Treppenhäuser, am besten leichtester Constraction, die »zugleich dem Wartepersonal als Schlafraum dienende könnten, in niedrige Anbauten an die Flanken verlegt werden können. — Im zweiten Isolirhaus plant *Jahn* nur 2 Blocks, aber 3 Geschosse. Die Vertheilung der 12 Abtheilungen, die in diesen Häusern unterzubringen sind, setzt sich wie folgt zusammen:

354.
Absonderung
Infectiöser
in den
Heilanthalten
nach *Jahn*.

I s o l i r h a u s I

für allgemeine Krankenhäuser.

für Kinderkrankenhäuser.

Geschoss	Block I	Block II	Block III	Block I	Block II	Block III
Erdgeschoss	Darmtyphus und Recurrens	Ruhr (mit Wärtern)	Cholera, bezw. Quarantäne für Pocken	Darmtyphus, Recurrens	Keuchhusten	Diphtherie
Obergeschoss	Quarantäne für Typhus	Quarantäne für Ruhr	Pocken	Scharlach	Pocken und Flecktyphus	Gefichtsrose und infectiöse Wund-krankheiten

⁸⁰⁰⁾ Siehe: LANGENBECK v., v. COLER & WERNER. Die transportable Lazareth-Baracke mit besonderer Berücksichtigung der von Ihrer Majestät der Kaiserin und Königin Augusta hervorgerufenen Baracken-Ausstellung im September 1885. Berlin 1886. S. 2.

⁸⁰¹⁾ Siehe: JAHN, E. Wie weit ist die Absonderung infectiöser Kranker in den Heilanthalten erforderlich? Deutsche Viert. f. öff. Gefundheitspf., Bd. 18 (1886), S. 612 u. ff.

I folirhaus II.

Geschofs	Block I	Block II
Erdgeschofs	Ansteckende Wundkrankheiten (auch Lyssa, Rotz, Anthrax) (mit Wärtern)	Ansteckende Augenkrankheiten
I. Obergeschofs	Diphtherie	Mafern und Rose
II. Obergeschofs	Flecktyphus (mit Wärtern)	Scharlach, bezw. Quarantäne für Flecktyphus

Die Gefahr, dass »die Typhus- und Ruhrverdächtigen, wenn sie fälschlich im Verdacht sind, durch die unter ihnen befindlichen infectiösen Kranken bei Benutzung des Abtrittes gefährdet« werden können, sei gering, wenn durch Tonnenlatrinen und tägliche Abfuhr oder durch Canalisation eine Ansammlung verhütet wird. »Man gebe jedoch diesen Quarantäne-Stationen gar keine Abritte; die Benutzung von Nachttöpfen, welche in die Latrine des Erdgeschoßes gebracht werden, ist ja auch zur Feststellung der Diagnose nöthig.«

Die fehlende Quarantäne für Cholera könne nöthigenfalls auf der Pocken- oder Ruhrabtheilung errichtet werden. Bei gleichzeitigem Auftreten von Ruhr, eben so wie zur erforderlichen Gewinnung einer Quarantäne für Flecktyphus müßte die Quarantäne für Pocken nach dem Scharlachsaal und die Scharlach-kranken in den zu räumenden Mafernsaal verlegt werden.

»Ein Alterniren der einzelnen Abtheilungen unter einander in Bezug auf die Orientirung ihrer Saalfenster würde die Schutzkraft dieser Ifolirhäuser wesentlich erhöhen und ist vielleicht architektonisch ohne Bizarerie möglich.«

Auf dem VI. internationalen Congress für Hygiene und Demographie, der 1887 in Wien tagte, stand die Frage der Nothwendigkeit und Anlage von Ifolirspitälern zur Discussion, für welche Referate von *Felix, Sörensen und Böhm* vorlagen⁸⁰²). Die folgenden Thefen wurden angenommen.

a) Ifolirungsmafsregeln, für deren Durchführung eine wohl organisierte Anzeigepflicht eine unerlässliche Vorbedingung ist, und von welcher alle anderen weiteren Maßregeln abhängen, sind zur Bekämpfung von Seuchen und gefährlichen Infectionskrankheiten unerlässlich.

b) Den Staats-, resp. Gemeindeverwaltungen liegt die Pflicht ob, für wirksame Ifolirung von Infectionskrankheiten nach Bedarf und in ausreichendem Maße zu sorgen und die Ifolirung nach Erfordernis — also bei allen von Infectionskrankheiten ergriffenen Personen — von Amtswegen durchzuführen, welche nicht in ihrer Wohnung wirksam ifolirt werden können.

c) Die Isolirung von Infectionskrankheiten soll zweckentsprechend in allen allgemeinen Krankenhäusern möglich sein. Größere allgemeine Krankenhäuser sollen zu diesem Behufe den örtlichen Verhältnissen entsprechende Ifolirgebäude besitzen.

d) Ifolirspitälern ermöglichen die wirksamste Absonderung und sind daher gegen Seuchen und bösartige Infectionskrankheiten in Anwendung zu ziehen. Wo Pocken herrschen, sollen für dieselben gesonderte Anstalten (Pockenhäuser) zur Verfügung stehen.

Aufser den Ifolirpavillons in den allgemeinen Krankenhäusern sollen große Städte, der Bevölkerungszahl und den örtlichen Verhältnissen, so wie den hygienischen Anforderungen entsprechend, Epidemie-Spitäler besitzen und verwenden. Selbst kleinere Orte und zusammengelegte Gemeinden sollten kleinere Ifolirgebäude nicht entbehren.

e) Ifolirspitälern und Ifolirgebäude sind mit Rücksicht auf ihre besonderen Zwecke einzurichten und zu administrieren.

⁸⁰² Siehe: LEWIN, L. Nothwendigkeit und Anlage von Ifolirspitälern. Deutsche Viert. f. öff. Gesundheitspf., Bd. 20 (1888), S. 260.

Die hygienischen Principien, welche beim Bau von Spitätern im Allgemeinen die leitenden sind, müssen bei der Schaffung von Specialhospitälern für Infectionskrankheiten mit der größten Strenge eingehalten werden.

f) Die Isolirspitäler können außerhalb der großen Städte angelegt werden, ohne jedoch von diesen zu weit entfernt zu sein. Für alle Fälle sollen sie von den Nachbarhäufern durch Gärten, Quais, breite Hauptstraßen oder durch einen breiten Graben von Pflanzungen getrennt sein.

g) Zweckentsprechende transportable Karren sollen für Bedarfssätze, sowohl den Krankenhäusern, welche infizierte Kranke aufnehmen, als auch für Gemeinden, welche kein Isolirspital besitzen, zur Verfügung stehen.

h) Da die Isolirung der von übertragbaren Krankheiten ergriffenen Personen eine Maßregel der Sanitätspolizei und nicht ein Act der Wohlthätigkeit ist, so wird es notwendig, in den großen Städten auch bequeme Isoliranlagen für zahlende Kranke zu schaffen.

i) In Städten ist der Transport von Infectionskranken in einer den hygienischen Anforderungen entsprechenden Weise zu regeln und sicher zu stellen.

k) Zur künftigen Beantwortung mancher mit der Unterbringung Infectionskranker zusammenhängender Fragen und insbesondere, um Anhaltspunkte für den Raumbedarf zu Isolirungszwecken zu gewinnen, wäre es angezeigt, wenn in den Morbiditäts-Ausweifungen außer der Zahl der an den einzelnen Infectionskrankheiten Erkrankten auch angegeben wäre, wie viele hiervon in den Krankenanstalten untergebracht wurden, und ferner, ob und resp. wie viele Personen in Krankenanstalten, d. h. während ihres Aufenthaltes daseibst — durch Infection — erkrankt sind.

»Ueber den Einfluss der neueren Gesundheitslehre, besonders der neueren Auffassung der Infectionskrankheiten auf Bau, Einrichtung und Lage der Krankenhäuser« referierte *Curschmann*⁸⁰³⁾ auf der XIV. Versammlung des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege zu Frankfurt a. M. (1888). Das Referat gipfelt, abgesehen von vielen Einzelheiten, auf die wir noch zurückkommen, in Folgendem.

»Während für kleinere Krankenhäuser (bis zu 80, ja 100 Betten) eine Corridor-Bauart unter einem Dache noch sehr wohl erlaubt ist, sollte darüber hinaus nur ein — je nach besonderen Zwecken modifiziertes — Zerstreuungssystem zulässig sein.

Für allgemeine Krankenhäuser (ohne klinische, militärische oder sonstige spezielle Zwecke) empfiehlt es sich, dieses Zerstreuungssystem so weit auszubilden, dass die größte Zahl, besonders der inneren und chirurgischen Kranken, in lediglich erdgehoffigen Pavillons (Baracken) unterzubringen ist.

... Die Pavillons durch gedeckte Gänge unter einander zu verbinden, ist für die Kranke bei geeigneten Transportmitteln kein Erfordernis, für Aerzte und Personal unnötig, für die freie Luftbewegung ein Hindernis.⁸⁰⁴⁾

Zu einem Beschluss kommt es nicht, da die Forderung vorzugsweise erdgehoffiger Pavillons Widerspruch erfährt, dem gegenüber insbesondere *Aufrecht* auch den zweigeschossigen Pavillon gelten lassen will.

Mit der Frage der Errichtung von Anstalten für Genesende beschäftigte sich die XV. Versammlung des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege zu Straßburg i. E. (1889⁸⁰⁵⁾), von welcher das Bedürfnis für größere Gemeinwesen als ein dringendes anerkannt wurde.

Einrichtung und Unterhaltung soll der Vereinstätigkeit und Privatwohlthätigkeit überlassen bleiben (3). Die Heimstätten sind zweckmäßig den Krankenhäusern anzugehören (4) und nicht über 100 Betten auszudehnen (5). Als geeignet zur Aufnahme werden erklärt: Convalescenten von acuten Krankheiten, von Verletzungen und Operationen, Wöchnerinnen, in zweiter Linie an chronischen Krankheiten Leidende bei acuten Verschlimmerungen (6). Auszufüllsen sind: Geisteskranke, Epilepsie, ekelregende, chirurgische und Hautleiden, Lues und Alkoholismus (7).

Für Errichtung von Krankenhäusern für kleinere Städte und ländliche Kreise trat die XVI. Versammlung des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege zu Braunschweig (1890) auf Grund des Referates von *v. Kerschensteiner* ein⁸⁰⁶⁾.

356.
Neuere
Vorschläge.

357.
Anstalten
für
Genesende
etc.

⁸⁰³⁾ Siehe: Bericht des Ausschusses über die vierzehnte Versammlung des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege zu Frankfurt a. M. vom 13. bis 15. September 1888. Deutsche Viert. f. öff. Gesundheitspf., Bd. 21 (1889), S. 181.

⁸⁰⁴⁾ Siehe ebenda, S. 197 u. ff.

⁸⁰⁵⁾ Siehe Bericht des Ausschusses ebenda, Bd. 22 (1890), S. 61.

⁸⁰⁶⁾ Siehe: KERSCHENSTEINER, Z. v. Krankenhäuser für kleinere Städte und ländliche Kreise. Deutsche Viert. f. öff. Gesundheitspf., Bd. 23 (1891), S. 11.

Derselbe Verein empfahl auf seiner XVII. Versammlung in Leipzig (1891) die Bildung von Vereinen, welche sich die Gründung von Heilstätten für bedürftige Lungenkranke zur Aufgabe machen.⁸⁰⁷⁾

Bezüglich der Behandlung venerischer Krankheiten nahm die Berliner medicinische Gesellschaft (1892⁸⁰⁸⁾ einige Thesen an, von denen die mit der Hospitalpflege zusammenhängenden lauten:

A. (In Bezug auf die gewerbsmäßige Prostitution.) 3. Jede geschlechtlich krank befundene, gewerbsmäßig Prostituirte ist der Charité, dem Krankenhaus zu Rummelsburg oder sonst einem von der Behörde zu bestimmenden Krankenhaus zu überweisen.

Für die Aufnahme gewerbsmäßig Prostituirter in die genannten Krankenhäuser sind besondere Abtheilungen einzurichten.

B. (In Bezug auf Geschlechtskranke, welche nicht der gewerbsmäßigen Prostitution angehören.) 4. Für andere Geschlechtskranke, außer den gewerbsmäßig Prostituirten, ist in größerem Maßstabe, als bisher, durch Behandlung in Hospitalen und Ambulatorien Sorge zu tragen:

a) Die Hospitalbehandlung dieser Kranken ist durch baldigste Errichtung von besonderen Stationen für Geschlechtskranke in den öffentlichen Krankenhäusern zu ermöglichen.

b) In Verbindung mit diesen Stationen sind Ambulatorien für Geschlechtskranke zu errichten.

In Wien, wo Kaiser Franz zu Ende des vorigen Jahrhundertes durch Zusammenlegen von vier Anstalten (siehe Art. 103, S. 102) den k. k. Krankenhaus-Fonds gebildet hatte, wurden durch letzteren später außer dem Allgemeinen Krankenhaus drei neuere Anstalten unterhalten; Sonderbestrebungen, welche zwischen denselben entstanden, förderten ein einheitliches Zusammenwirken. Die Schaffung von Gross-Wien 1891 führte zwischen den beteiligten Factoren: der Gemeinde Wien, dem Wiener Krankenhaus-Fonds und dem Lande Niederösterreich, zu einer neuen Organisation des Krankenhauswesens, über die der Jahrgang 1892 des Jahrbuches der Wiener k. k. Krankenanstalten Auskunft giebt.

Zu den 4 Krankenanstalten der Hauptstadt mit 4080 Betten traten 4 öffentliche Krankenhäuser mit 792 Betten hinzu, so daß der Wiener Krankenhaus-Fonds jetzt für 8 Anstalten dient. Von den Privatkrankenhäusern stehen nur die Kinderkrankenhäuser in so fern in einem bestimmten Verhältnis zu jenem Fonds, als sie auf Kosten desselben Kinder aufnehmen, da die k. k. Krankenanstalten Kinder unter 4 Jahren aufzunehmen nicht verpflichtet sind und in letzteren ältere Kinder nicht abgefondert von den Erwachsenen verpflegt werden können.

Aufserdem besitzt die Stadt Wien — da nach dem Gesetz vom 30. April 1870 jede Gemeinde in Oesterreich verpflichtet ist, beim Ausbruch einer Epidemie die nothwendigen Sonderspitäler zu errichten und zu betreiben — 3 Epidemie-Spitäler mit 362 Betten. Um ein einheitliches Wirken der öffentlichen Krankenpflege bei Epidemien zu erzielen, übergibt bei Ausbruch einer solchen die Stadt Wien diese 3 Spitäler dem Krankenhaus-Fonds und stellt im Bedarfsfall weitere Räumlichkeiten zur Verfügung.

Diese Centralisation des Krankenhauswesens ist auch auf ausreichender materieller Grundlage basirt, deren Haupttheil die durch Landesgesetz vom 31. December 1891 erfolgte Neuregelung der Verlassenschaftsabgabe an den Krankenhaus-Fonds, die schon 1892 einen Ertrag von 320000 Gulden lieferte, bildet. Durch Festsetzen eines einheitlichen Verpflegungssatzes von 1 Gulden für die dritte Classe erhöhen sich die Einnahmen u. A. um weitere 200000 Gulden. Die unmittelbare Oberleitung wurde unter Aufsicht des Ministeriums des Inneren dem Statthalter von Niederösterreich unterstellt, dessen Referenten in den einzelnen Krankenanstalten unter Zuziehung von Aerzten und Technikern »Amtstage« abzuhalten haben, um die Zustände in den Krankenhäusern aus eigener Anschauung kennen zu lernen, und Wünsche und Beschwerden möglichst sofort zu prüfen.

Das Verhältnis der Kliniken zum k. k. Allgemeinen Krankenhaus ist durch Erlaß des Ministers des Inneren vom 21. Juli 1872 geregelt; sie unterstehen in Angelegenheiten des Unterrichtes dem Ministerium für Cultus und Unterricht.

⁸⁰⁷⁾ Siehe: Sanatorien für Lungenkranke. Referent Dr. Moritz. Bericht des Ausschusses. Deutsche Viert. f. öff. Gesundheitspf., Bd. 24 (1892), S. 42.

⁸⁰⁸⁾ Siehe: WOLFF, M. Zur Prophylaxe der venerischen Krankheiten. Referat, erstattet am 30. Juni 1892 in einer von der Berliner medicinischen Gesellschaft gewählten Commission. Deutsche Viert. f. öff. Gesundheitspf., Bd. 25 (1893), S. 51.

Eine medicinische Abtheilung soll nicht mehr als 100, eine chirurgische 80, eine Syphilis- und Hautabtheilung 150 und eine Augenkrankenabtheilung 80 Betten haben. Die Directoren der k. k. Krankenanstalten sind Aerzte. Die Hilfsärzte zerfallen in Abtheilungsassistenten und in Secundärärzte; als Aspiranten werden diplomierte Doctoren zugelassen ⁸⁰⁹⁾.

6. Kapitel.

Krankengebäude.

Nach der vorstehenden Uebersicht, in welcher die allgemeinen Gesichtspunkte und Vorschläge für die Entwickelung der Krankenhäuser der Neuzeit zusammengestellt sind, welche das unaufhaltsame Weiterschreiten der Decentralisation zeigt, bilden das oder die Krankengebäude heute innerhalb einer Krankenhaus-Anlage einen oder mehrere selbständige Theile. Ueber Abweichungen hiervon ist das Nähere in Kap. 8 zu finden. Im vorliegenden Kapitel soll dieser Theil des heutigen Krankenhauses, das Krankengebäude, in welchem den Kranken während ihrer Pflege ein entsprechender Aufenthalt gewährt wird, so weit es als solches selbständig ausgebildet ist, besprochen werden.

359.
Bezeichnungen.

Das Krankengebäude darf außer den Krankenräumen nur die unmittelbar zur Pflege der Kranken dienenden und für diese unentbehrlichen Räume enthalten. Je nachdem die Krankenräume die Grösse von Sälen oder Zimmern haben und je nachdem sie einzeln oder zu mehreren in gleicher Höhe liegen, nennt man sie Pavillons oder Blockbauten. Ueberwiegt bei den ersten das Holz und ähnliches nicht feuersicheres Material in der Construction, so heißen die Pavillons Baracken.

Diesen einfachen Bezeichnungen hat man aber Nebenbedeutungen untergelegt. So wird das Wort »Pavillon« öfter für zweigeschossige Saalbauten gegenüber von eingeschossigen verwendet, und diese letzteren nennt man öfter, namentlich wenn sie Firstlüftung erhielten, »Baracken«, im Gegensatz zu »Pavillons«, gleich viel, ob sie hölzerne oder steinerne Umfassungswände haben. Schliesslich wendet man beide Worte auch auf gewisse ein- oder mehrgeschosige Bauten an, die mehrere Krankenräume in gleicher Höhe enthalten.

Diese wechselnden Bedeutungen sind in den verschiedenen Anstalten und in der Literatur eingewurzelt, müssen daher auch im Folgenden als ortsüblich übernommen werden, obwohl als Gattungsbegriff die erstgenannten Bezeichnungen fest gehalten werden sollen, die auch Seitens der preussischen Militärverwaltung in der Friedens-Sanitäts-Ordnung u. f. w. beibehalten worden sind. Ein nochmaliges Umprägen der Worte vorzunehmen, wie vorgeschlagen worden ist, würde nur die Bedeutungen noch mehr verwirren.

Es sollen nun zunächst im vorliegenden Kapitel die einzelnen Theile, aus denen sich ein Krankengebäude zusammensetzt, sodann das Zusammenwirken derselben zu dauernd errichteten derartigen Gebäuden der verschiedenen Art, so wie für besondere Zwecke und das Krankengebäude für vorübergehende Zwecke besprochen werden. In Kap. 7 folgt alsdann die Erörterung über die anderen zum Krankenhaus

360.
Uebersicht.

⁸⁰⁹⁾ Siehe: GUTTSTADT, A. Die Wiener k. k. Krankenanstalten. Deutsche medic. Wochenschr. 1894, S. 506.