

Die neue Stadt

Feder, Gottfried

Berlin, 1939

d) Das Krankenhaus in einer neu zu errichtenden Stadt

[urn:nbn:de:hbz:466:1-84833](http://urn.nbn.de/urn/resolver.pl?urn=urn:nbn:de:hbz:466:1-84833)

und moderne Krankenhäuser. Man muß dabei bedenken, daß sich nur Weniges im letzten Jahrhundert so geändert hat, wie die Anschauung über Hygiene und Krankenbehandlung. Auch äußere Momente beeinflussen den Aufbau und die Einrichtung der Krankenanstalten. Zum Teil waren die Versorgungsbezirke recht beschränkte, zum Teil sehr ausgedehnte. Unterschiedlich waren ferner die zur Verfügung stehenden Mittel und schließlich, wie wir gesehen haben, selbst die Organisation der einzelnen Betriebe.

d) Das Krankenhaus in einer neu zu errichtenden Stadt.

Nachdem wir in den vorhergehenden Abschnitten dem Städteplaner ein großumrissenes Bild 1. eines städtischen, 2. eines staatlichen, 3. eines öffentlichen Normalkrankenhauses an Hand der zur Zeit in Betrieb befindlichen Anstalten zu geben versucht haben, bleibt noch die Aufgabe, einen unverbindlichen Vorschlag für eine in einer Zukunftsstadt von 20000 Einwohnern zu errichtende Krankenhausanlage in aller Kürze zu entwerfen. Man wird vor allem folgende Punkte bedenken müssen:

1. Die Lage. Das Krankenhaus soll im Westen, Nord- oder Südwesten der Stadt auf der Luvseite des vorherrschenden Windes in gesunder, geschützter und sonniger Lage an der äußeren Peripherie der Stadt errichtet werden. Wenn möglich auch in landwirtschaftlich reizvoller Umgebung, jedoch so, daß es nicht nur von der Stadt selbst, sondern auch von seinem gesamten Versorgungsgebiet aus leicht zu erreichen ist. Dazu gehören gute Zufahrtswege. Dabei muß die Anstalt vor Lärm, Staub, Rauch und Ruß und den Abgasen der Industrie geschützt sein. Ferner wird die Forderung aufgestellt (Dr. HUBERT RITTER) nach gesundheitlich und technisch einwandfreier Frischwasserversorgung, so „daß Abfallstoffe und Abwässer bequem beseitigt werden können. Man rechnet mit einem durchschnittlichen Bedarf von Frischwasser von 200 bis 250 Liter für ein Bett.“

2. Ein Krankenhaus mit 200—300 Betten ist wirtschaftlicher und relativ leistungsfähiger als mehrere kleinere Institute zu 50—100 Betten. Auch lassen sich dort alle erforderlichen Sonderabteilungen und Spezialeinrichtungen konzentrieren.

3. Die zur Zeit bestehenden Krankenhäuser klagen vielfach über Raumangst und können schon deshalb nur in beschränktem Maße zum Vorbild dienen.

4. Nach dem oben des öfteren angeführten sehr aufschlußreichen Buche Dr.-Ing. H. RITTERS hat sich in den Jahren 1877—1926 die Zahl der Krankenhäuser in Deutschland verdoppelt, die der Krankenbetten verfünfacht und die der Verpflegten versiebenfacht. In den Jahren 1914 bis 1926 hat sich die Zahl der Betten um über $\frac{1}{2}$ vermehrt. Für die Jahre 1926—1938 liegen noch keine Angaben vor, doch ist anzunehmen, daß das Tempo dieser Aufwärtsentwicklung sich nach der Machtergreifung eher beschleunigt als verlangsamt hat.

Das Krankenhaus der neu zu erbauenden Stadt müßte also zum mindesten mit einer Bettenzahl von 250 rechnen. Dazu käme noch ein Zuschlag, falls die neue Stadt eine Kreisstadt wird. Die Größe des Zuschlags richtet sich nach der Einwohnerzahl des Kreises und den Gesundheitsverhältnissen der Gegend.

Die Morbidität schwankt in den verschiedenen Gegenden Deutschlands erstaunlich. Im allgemeinen sind die Ziffern der erfaßten Krankheitsfälle auf dem flachen Lande am niedrigen, in den Großstädten mit ausgesprochen industrieller und bergmännischer Bevölkerung bei weitem am höchsten (Ruhrgebiet, Oberschlesien!). Diese Ziffern stehen in den extremen Fällen zueinander in einem Verhältnis von 1 zu 10! Aber auch in einer kleinen Mittelstadt von 20000 Einwohnern bedingt eine überwiegend industrielle und bergmännische Bevölkerung eine weit höhere Bettenzahl als eine stark landwirtschaftlich eingestellte Einwohnerschaft. Ebenso liegt der Krankenbettenbedarf einer Stadt mit verhältnismäßig starker Besetzung der „Häuslichen Dienste“ und mit zahlreichen Untermietern über dem Normalwert. Schließlich spielt auch die prozentuale Zahl der Kassenpflichtigen eine Rolle, da erfahrungsgemäß die Krankenhausinanspruchnahme des nichtversicherten Bevölkerungsanteils weit geringer ist als des versicherten.

Genaue Zahlen liegen leider nicht vor, da statistische Erhebungen über die Verteilung der Morbidität auf die einzelnen Gegenden Deutschlands von Seiten des Reiches bisher erstaunlicherweise noch nicht vorgenommen wurden.

Der Ausbau der sozialen Fürsorge, die wachsende Erkenntnis vom wirtschaftlichen Werte der gesunden Arbeitskraft des einzelnen Volksgenossen für die Allgemeinheit wird die Kurve der Aufnahmefähigkeit der Krankenhäuser so lange steigen lassen, bis allen Ansprüchen genüge getan ist.

Von ärztlicher Seite wird uns mitgeteilt, daß die Zahl von 50 Betten auf einen Arzt den augenblicklichen Verhältnissen, wie sie großenteils aus der liberalistischen Zeit übernommen

Abb. 211 u. 212. Stadtkrankenhaus Memmingen. (Architekt Prof. Ludw. Ruff, Nürnberg.)

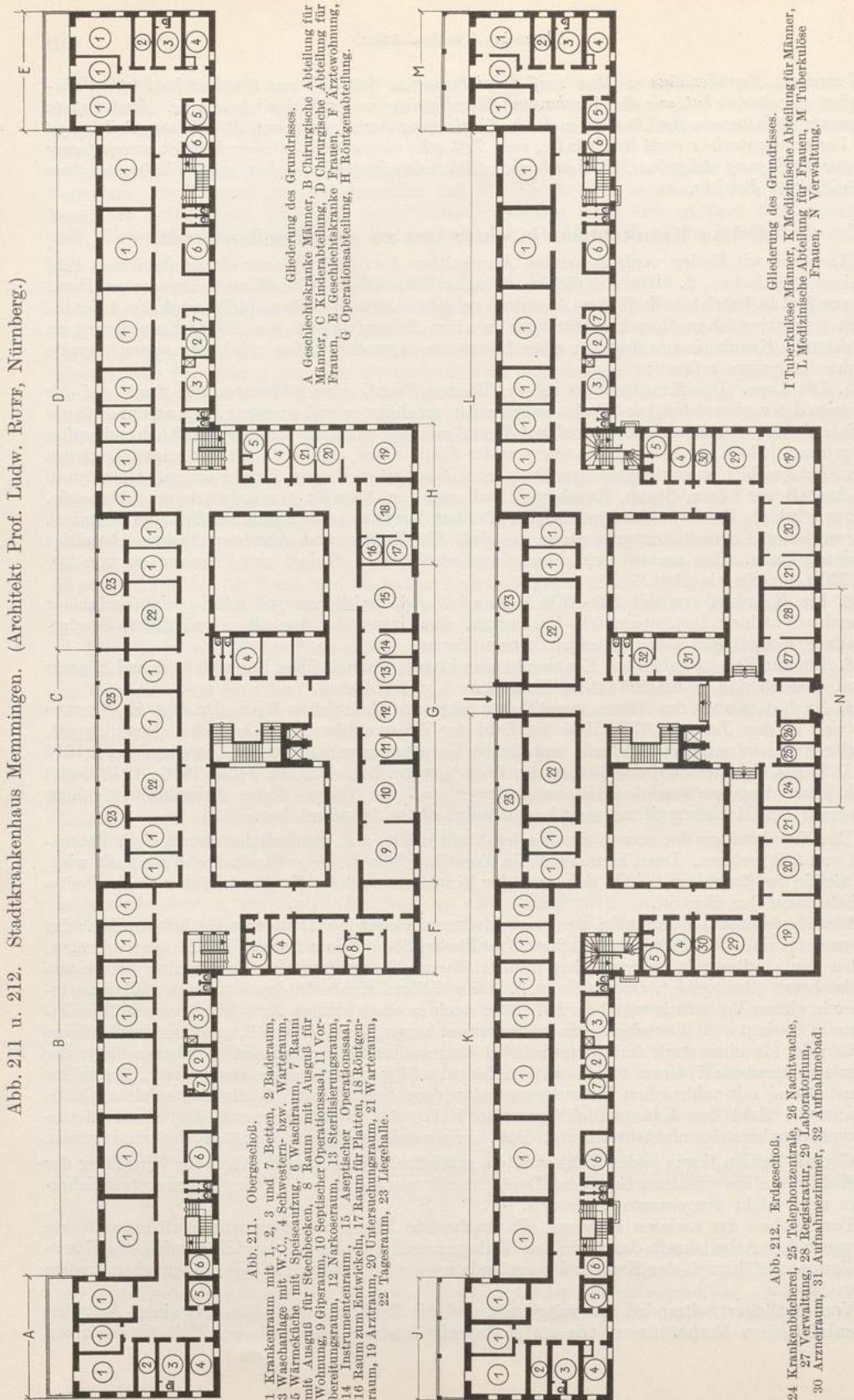


Abb. 211. Obergeschoss.

1. Krankenraum mit 1, 2, 3 und 7. Betten, 2. Baderaum, 3. Waschanlage mit W.C., 4. Schwestern- bzw. Warteraum, 5. Wärmeküche mit Speiseanzeig, 6. Waschraum, 7. Raum mit Ausgab für Speisebecken, 8. Raum mit Ausgab für Wohnung, 9. Gipsraum, 10. Septischer Raum, 11. Vorberichtungsraum, 12. Narkoseraum, 13. Sterilisierungsraum, 14. Instrumentenraum, 15. Aseptischer Operationsraum, 16. Raum zum Entwickeln, 17. Raum für Platten, 18. Kontigenraum, 19. Arztraum, 20. Untersuchungsraum, 21. Warteraum, 22. Tagessraum, 23. Liegehalle.

Gliederung des Grundrisses.
A. Geschlechtskrankheiten Männer, B. Chirurgische Abteilung für Männer, C. Kinderabteilung, D. Chirurgische Abteilung für Frauen, E. Geschlechtskrankheiten Frauen, F. Arztewohnung, G. Operationsabteilung, H. Röntgenabteilung.

Gliederung des Grundrisses.
I. Tuberkulose Männer, K. Medizinische Abteilung für Männer, L. Medizinische Abteilung für Frauen, M. Tuberkulose Frauen, N. Verwaltung.

Abb. 212. Erdgeschoss.
24. Krankenbüro, 25. Telephonzentrale, 26. Nachtwache, 27. Verwaltung, 28. Registratur, 29. Laboratorium, 30. Arzneiräum, 31. Aufnahmzimmer, 32. Aufnahmehaus.

wurden, zwar völlig entspricht, daß aber die aus einer solchen Überlastung der Ärzte sich ergebenden Zustände für den nationalsozialistischen Staat auf die Dauer in jeder Hinsicht untragbar seien. Da ein Arzt unmöglich eine so hohe Bettenzahl versorgen kann, wird die Hauptarbeit von unbezahlten Medizinalvolontären und -praktikanten geleistet. Die Bettenzahl auf einen Arzt sollte 20 nicht übersteigen. Unter Umständen kann ein Arzt zwar auch 25—30 Betten versorgen, doch müßte dann das zur Zeit ebenfalls viel zu schwache Hilfspersonal ganz bedeutend verstärkt werden.

Bei einer Neuplanung wäre also in den Abmessungen der Krankenhausbaulichkeiten auf eine diesen Erfordernissen Rechnung tragende Erhöhung des ärztlichen und nichtärztlichen Personals Rücksicht zu nehmen.

Wir schlagen ferner vor, schon in der Planung die Möglichkeit eines Anbaues stets ins Auge zu fassen. Keinesfalls darf also die Grundstücksfläche zu klein bemessen sein. Normalerweise sollten jedoch $2\frac{1}{2}$ — $3\frac{1}{2}$ ha als völlig ausreichend gelten.

e) Entbindungsanstalt.

Die Entbindungsanstalt ist ein Teil der gynäkologischen Klinik. Es wird heute von ärztlicher Seite vielfach die Errichtung einer Spezial-Frauenklinik befürwortet, wegen der Infektionsgefahr, die einer Frauenabteilung aus der unmittelbaren Eingliederung in ein allgemeines Krankenhaus erwachsen könnte. Wirtschaftliche Gründe werden aber die Errichtung einer eigenen Frauenklinik in einer Stadt von nur 20000 Einwohnern in den überwiegenden Fällen unratsam machen. Dagegen läßt sich ohne Schwierigkeiten eine strenge Isolierung der gynäkologischen Station und damit auch der Entbindungsanstalt innerhalb des Krankenhauskomplexes durchführen. Vorausgesetzt natürlich, daß das Grundstück des Krankenhauses von vornherein geräumig genug vorgesehen war.

Zur Errichtung eines (von der NSV. betreuten) Unterkunftsheims für ledige Mütter liegt in einer Stadt unserer Größenordnung kein Bedürfnis vor.

Wir bringen den Grundriß des Prenzlauer Kreiskrankenhauses (Abb. 213—215) und das Projekt des Memminger Krankenhauses von Architekt Prof. LUDWIG RUFF-Nürnberg (Abb. 211 und 212 aus dem „Krankenhausbau der Gegenwart“ Dr. HUBERT RITTERS) zur Veranschaulichung moderner Heilanstan-

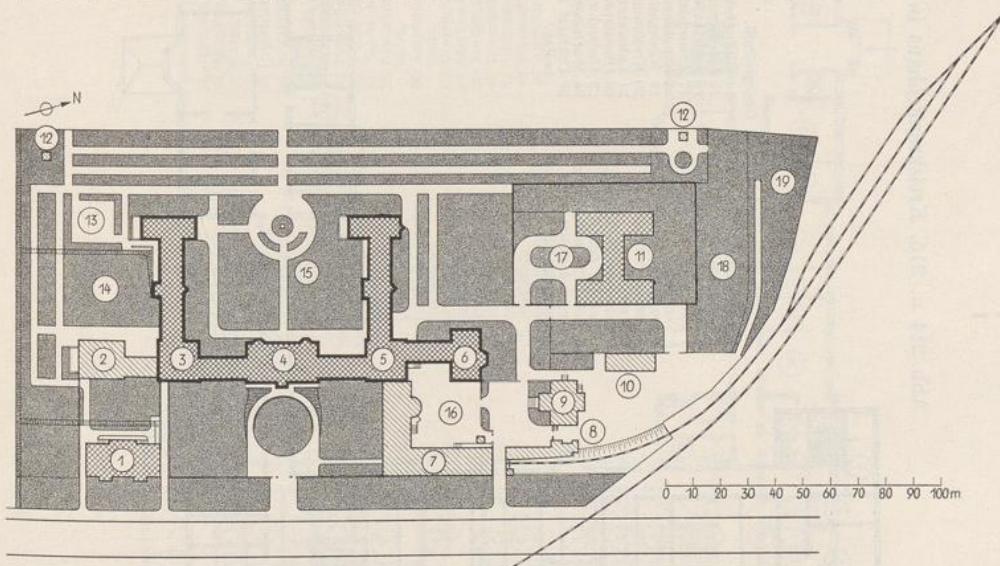


Abb. 213. Kreiskrankenhaus in Prenzlau. Lageplan.

1 Arztwohnhaus, 2 Privatstation, 3 a) Erdgeschoß: Röntgenabteilung, Laboratorium, Kinderstation, b) Obergeschoß: Innere Abteilung, 4 Mittelbau mit Verwaltung, 5 a) Erdgeschoß: Chirurgische Männerabteilung, b) Obergeschoß: Chirurgische Frauen- und gynäkologische Abteilung, 6 Operations- und Entbindungsräume, 7 Wirtschaftsgebäude, 8 Kohlenbunker, 9 Leichenhaus, 10 Garagen, 11 Infektionshaus, 12 Laube, 13 Kinderspielplatz, 14 Spielrasen, 15 Krankenhäusergarten, 16 Wirtschaftshof, 17 Infektionsgarten, 18 Wirtschaftsgarten, 19 Wohnungsgärten.