

Öffentliches Sanitätswesen.

Die Bauart kleinerer Krankenhäuser.

Von Architekt F. O. Kuhn, Professor an der Königlichen akademischen Hochschule für die bildenden Künste zu Berlin.

Die seit anderthalb Jahrhunderten bestehenden, zunächst erfahrungsgemäß, später auch wissenschaftlich begründeten Bestrebungen, bei gemeinschaftlicher Unterbringung und Verpflegung von Kranken ausgedehnte Massenbauten zu vermeiden, ließen zwei Wege offen, dies zu erreichen: die Zerlegung großer Krankenhäuser innerhalb der Anstalt in einzelne, den besonderen Bedürfnissen angepaßte Gebäude oder den Ersatz großer Krankenhäuser durch kleinere. Beide Richtungen, deren Vertreter zeitweise einseitig den einen oder den anderen Weg befürworteten, sind neben einander verfolgt worden und haben zu dem angestrebten Ziel, der Ermöglichung einer verbesserten Krankenpflege geführt. Die weitgehendste Dezentralisation findet dort statt, wo mehrere Anstalten beider Art für eine Örtlichkeit oder für einen weiteren Landkreis bestehen.

Das kleinere Krankenhaus, zur Ergänzung des großen oder als Pionier in Örtlichkeiten errichtet, wo noch keine Krankenpflege bestand, hat heute schon außerordentlich verschiedene Bedürfnisse zu erfüllen, je nachdem es nur einem oder beiden Geschlechtern, Bemittelten oder Unbemittelten, einer oder mehreren Krankheitsarten, städtischen oder ländlichen Bewohnern, den Erkrankungen von Arbeitern in industriellen oder landwirtschaftlichen Gewerben u. s. w. dient. Der Bedarf an solchen Anstalten,

welche bei uns die soziale Gesetzgebung und die neuerdings in den Vordergrund getretene Bekämpfung der ansteckenden Krankheiten stetig mehrten, macht heute das kleine Krankenhaus zu einem sehr wichtigen Glied in der Krankenhauspflege. Mit Recht hat man daher seine Erbauung, für welche die Geldmittel meist knapp bemessen sind, zu fördern gesucht.

Dieses Bestreben geht auch durch den preußischen ministeriellen Runderlaß an die Oberpräsidenten, vom 19. August 1895, betreffend den Bau und die Einrichtung von Krankenhäusern. Der „Erlaß“ nach welchem unter „kleineren Krankenhäusern“ solche bis zu 50 Betten verstanden werden, fordert für diese keine weitere Zerlegung in Einzelgebäude, auch für männliche und weibliche Kranke — abgesehen von Kindern unter zehn Jahren — nur getrennte Räume nicht getrennte Abteilungen (§ 22), für Ansteckende, besonders an akuten Krankheiten Leidende mindestens abgesonderte Räume, wenn möglich in besonderen Stockwerken (§ 23), für Leichen nur einen getrennten Raum, der lediglich diesem Zweck dient und dem Anblick der Kranken thunlichst entzogen ist (§ 21); ein eigenes Operationszimmer kann je nach Lage der Verhältnisse gefordert werden (§ 16). In öffentlichen Krankenhäusern wird noch ein Raum für vorübergehende Unterbringung eines Geisteskranken verlangt (§ 24), und in größeren Städten kann der Neigungswinkel zur Begrenzung des Freiraumes vor den Fenstern der Krankenzimmer von der Frontwand (Fußbodenhöhe) nach gegenüberliegenden Fronten und Dächern auf 45° eingeschränkt werden (§ 1). — Nicht gefordert sind für Krankenhäuser bis zu 50 Betten: ein besonderes Gebäude für die Wirtschaftsräume (§ 18), eine Desinfektionseinrichtung in einem eigens dafür bestimmten Gebäude (§ 20), und eine eigene Beobachtungsstation (§ 25). Alle weiteren Bestimmungen gelten für sämtliche Krankenhäuser, ob klein oder groß.

Krankenhäuser von 10—50 Betten stellen schon bezüglich ihrer Bettenzahl sehr verschieden gestaltbare Anstalten dar. Zieht man hierbei noch die oben erwähnten außerordentlich mannigfaltigen Zwecke, denen sie zu dienen haben, in Betracht, so ist es augenscheinlich, daß man für kleine Krankenhäuser einen allgemeinen Bautypus nicht aufstellen kann. Die Bestimmungen des ministeriellen Runderlasses enthalten, bezüglich der Raumdispositionen, auch nur die Minimalforderungen, welche nicht ohne weiteres jedem Bauprogramm zu Grunde gelegt werden können. Da sie aber den weitgehendsten Fall, die Vereinigung aller Raumgruppen in einem einzigen Gebäude mit Kranken bis zu 50 Betten zulassen, werden auch bei Erbauung eines solchen Krankenhauses die Art und Gestaltbarkeit dieser einzelnen Raumgruppen unter Berücksichtigung der örtlichen Forderungen und die Möglichkeit ihres Zusammenwirkens zu einem Ganzen zu erwägen sein, bevor man ein Bauprogramm aufstellt. Allgemeinen Erörterungen hierüber begegnet man in letzter Zeit auch in der Literatur häufiger sowohl von ärztlicher wie von bautechnischer Seite. Hierzu sollen die folgenden Erwägungen einen Beitrag liefern.

Die Sparsamkeit bei dem Bau kleiner Krankenhäuser ist vor allem durch die Einschränkung an Raum anzustreben, das heißt, der umbaute Raum soll, wie v. Gruber, ein Altmeister im Krankenhausbau, dies formuliert hat, bei Erfüllung aller zu stellenden Forderungen den geringsten Umfang haben.

Nach dem „Erlaß“ müssen Einzelzimmer 10, die Zimmer mit mehr Betten für jedes Bett 7,5 qm Fußbodenfläche erhalten. Ein Zimmer mit 2 Betten erfordert somit nur 15 qm. Einseitig belichtete Krankenzimmer stehen zweiseitig belichteten nach, wenn sie eine Tiefe erhalten, welche die Stellung von zwei Betten hinter einander ermöglicht. Solche Zimmer sollten in kleinen Krankenhäusern tunlichst nicht tiefer als 4 m sein. Größere Zimmertiefen führen namentlich bei einem oder wenig Betten zu engen Räumen. Reicht man aber 4 m tiefe Zimmer einseitig an einen Flurgang, der nach dem „Erlaß“ 1,8 oder nach einzelnen Ausführungsverordnungen 2,5 m Breite haben muß, wenn er zugleich als Tagraum dienen soll, so wächst der Gang mit der Zimmerzahl in seiner Länge und mit ihm wachsen die Baukosten. Das Krankengebäude in Langensalza erreicht hierdurch bei 24 Betten, von denen 4 im Obergeschoß liegen, eine Länge von 60 m. Man spart also, wenn man die Zahl kleiner einseitig belichteter Räume, tunlichst einschränkt und neben solchen für zwei Betten auch größere fordert — es kommen, wie die folgenden Beispiele zeigen, solche bis zu zehn Betten vor — nicht nur an Bau-, sondern auch an Unterhalts- und Betriebskosten.

An das Zubehör zu den Kranken werden heute bezüglich Belichtung, Geräumigkeit und Einrichtung mehr Anforderungen gestellt, als früher. Um ihnen zu entsprechen, wird man mit der Zahl der Aborte, Bade- und Waschräume zu sparen haben. Die Zahl der ersteren richtet sich nach der Lage der Abteilungen. Sollen die Geschlechter lotrecht. Innerlich- und Äußerlichkranke wagerecht getrennt werden, so würden diese vier Abteilungen ein vierfaches Zubehör erfordern, was einen Belag der vier Abteilungen mit je 10, zusammen 40 Betten voraussetzt, da man meist nur auf 10 einen Abort und auf 15 bis 30 Betten einen Baderaum zu rechnen hat. Man spart somit bei kleinerer Bettenzahl, wenn man die Geschlechter wagerecht trennt. Aber auch bei mehr Betten tritt dies ein, weil man dann in jedem Geschoß das Zubehör zusammenlegen und in seiner Ausdehnung der Bettenzahl anpassen kann. Wenn nur ein Badezimmer im Geschoß vorhanden ist, muß es Raum für zwei Wannen haben. Die Wascheinrichtung der Kranken liegt besser im Baderaum, als im Vorraum des Abortes, wo der Ausguß und ein Spülbecken für schmutzige Wäsche vorhanden sind. Letztere Lage wählte man öfter für die Wascheinrichtung, wo man die Geschlechter lotrecht trennte, da jedes Geschlecht mindestens eines eigenen Abortes und einer Wascheinrichtung bedarf. Besser sind dann kleine besondere Waschräume. Eine Teeküche hält Hölker im kleinen Krankenhaus für überflüssig.

(Schluß folgt.)