

Entwerfenden möglichst alles das an die Hand zu geben, was er, ohne daß es im Bauprogramm besonders erwähnt ist, wissen muß, um zunächst Größe und Gestaltung der Einzelräume dem Zweck entsprechend festlegen zu können. Es sind dies, wie oben bereits gesagt, die Keimzellen des baulichen Gesamtgebildes, und es handelt sich nunmehr darum, in diesem Abschnitt auseinanderzusetzen, wie aus diesen Keimzellen ein brauchbares lebensfähiges Glied geschaffen werden kann.

Hier fängt also im Grunde genommen die eigentliche Arbeit und Kunst des Entwerfens erst an.

Wie kann nun eine solche Aufgabe gefördert werden?

Einmal durch Hinweise auf diejenigen Gesichtspunkte, die bei der Anordnung der Räume zueinander zu beachten sind, und sodann durch Vorführung von bemerkenswerten, ausgeführten Bauten möglichst auch unter Beachtung der geschichtlichen Entwicklung jeder Grundrißmusterform. Beispiele lehren, mitunter können aber auch gerade verfehlte Ausführungen am lehrreichsten werden, wenn die Fehler klar erkannt werden.

I. Aufenthaltsabteilungen.

1. Bettensaalabteilungen. (Krankenpavillons.)

Bettenhäuser mit einem Saal. Während man in Frankreich einstöckige, freistehende nur durch Wandelgänge verbundene Einzelkrankensäle, sogenannte Pavillons, bereits seit 1764 kannte und bevorzugte, entwickelten sich in Deutschland derartige Bettensaalhäuser erst beinahe 100 Jahre später aus den Barackenbauten, die in Not- und Kriegszeiten plötzlich geschaffen werden mußten und sich für ihren Sonderzweck bewährt hatten, vielfach sogar derart, daß man auch ohne Not oder Krieg Barackenbauten für die günstigste Lösung ansah, zumal man sich wesentlich billigere Kosten versprach. Dieser letztere Vorteil erweist sich aber meist nachher als trügerisch. Holzbauten sind bei gleicher Ausstattung nur in holzreichen Gegenden wesentlich billiger und wenn der gleiche Bau in großer Anzahl errichtet wird. Aber auch dann wird durch die kostspielige Unterhaltung sowie Heizung und durch die geringere Lebensdauer der Geldvorteil im Laufe der Jahre leicht wieder aufgehoben, sogar ins Gegenteil verkehrt.

So ist es auch mit den Krankenbaracken gegangen. Als Notbaracken waren sie gut und billig und erfüllten ihren Zweck im Kriege vollkommen. Dann hat man den Saalgrundriß der Baracken für Dauerbauten weiter durchgebildet, man hat sie mit allen Erfordernissen der Lüftung und Heizung, Zentralheizung, sogar Fern-

heizung ausgestattet, man hat zu dem Zweck eine Unterkellerung nicht mehr entbehren können, und man hat schließlich unterirdische und oberirdische Verbindungsgänge anlegen müssen, um die Nachteile einzelstehender Gebäude möglichst zu mildern, ohne die Vorteile der Abtrennung voneinander ganz aufzugeben.

Die bekannte Moabiter Baracke (Abb. 109) bietet hierfür ein

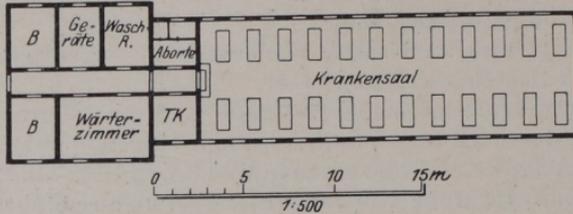


Abb. 109. Berlin-Moabit, städt. Krankenhaus, Bettenbaracke aus dem Jahre 1870.

lehrreiches Beispiel. Ihre Grundrißanordnung hat im Laufe der Zeit große Wandlungen durchgemacht, um weitergehenden Anforderungen möglichst zu genügen. So hat man — leider nur vereinzelt — den Mittelflur durch einen Seitenflur ersetzt und bei weiterem Anwachsen der Nebenräume auch senkrecht dazu einen weiteren Flur angeordnet. Der sehr bald unternommene Schritt, auch noch am anderen Ende des Saales Nebenräume anzuordnen, wurde dann allerdings verhängnisvoll, je mehr sich neben dem großen Krankensaal das Verlangen nach Einzelzimmern geltend machte, denn nun waren nicht immer von den Einzelzimmern aus alle Nebenräume ohne Durchschreiten des Saales zugänglich. Um nicht doppelte Nebenräume schaffen zu müssen, verlegte man den Saal schließlich in der „Lindenburg“ zu Köln doch wieder an das Ende des Gebäudes (Abb. 110). Nahm früher der Saal $\frac{2}{3}$ des ganzen Gebäudes ein, so war seine Bedeutung allmählich bis auf weniger als $\frac{1}{3}$ herabgesunken. Um so mehr wuchs die Schwierigkeit, für die Zugänglichkeit zu den anderen Räumen genügend helle Flure zu schaffen, zumal der Saal das Kopflicht wegnahm. Die Zwischenschaltung von Lichtquerfluren konnte den Übelstand dunkler Mittelflure nur selten wirklich befriedigend beheben. Auch im übrigen kann sie nicht gerade als eine vorbildliche Lösung betrachtet werden, da alle derartigen Lichtflure nachher nur allzu gern zu anderen Zwecken benutzt werden, für die sie nicht bestimmt sind und die ihre eigentliche Bestimmung mehr oder weniger beeinträchtigen. Der in den letzten Jahren erfolgte Umbau der 1850—1852 erbauten Bettenhäuser des Krankenhauses Friedrichs-

hain zu Berlin zeigt uns am deutlichsten die zeitliche Wandlung der Ansprüche (Abb. 111 a und b).

Bettenhäuser mit zwei Sälen. Konnte man jahrzehntelang sich mit der Aufteilung eines Krankenhauses in möglichst viel Einzelgebäude nicht genug tun, so hatte man doch auch bald die außerordentlich hohen Mehrkosten einer solchen allzusehr zerstreuten Anlage und auch den weitläufigeren, kostspieligeren Betrieb derselben unangenehm empfinden müssen, so daß allmählich eine Gegenströmung einsetzte. Das erste Mittel war in dieser Beziehung, vom einstöckigen zu zwei- und dreistöckigen Bettenhäusern überzugehen, hatte doch gelegentlich des Krankenhausbaues in Hamburg-Eppendorf eine genaue Vergleichsberechnung zwischen ein- und zweistöckigen Bettenhäusern bei letzteren eine Ersparnis von 22,3% ergeben, eine Zahl, die schon allein durch den geringeren Anteil der Kellergeschoßkosten erklärlich ist. Wollte man umgekehrt die für die Kranken sicherlich günstigste ebenerdige Lage aller Krankenbetten beibehalten, auch die andererseits nicht unerheblichen Kosten für Treppen und Aufzüge sparen, so ergab sich ein anderer Weg zur Verminderung der Kosten durch unmittelbares Aneinanderbauen zweier Säle oder vielmehr zweier Abteilungen, weil dann gewisse Nebenräume für beide Abteilungen nur einmal hergestellt zu werden brauchen. So entstand das Doppelsaalhaus, als dessen

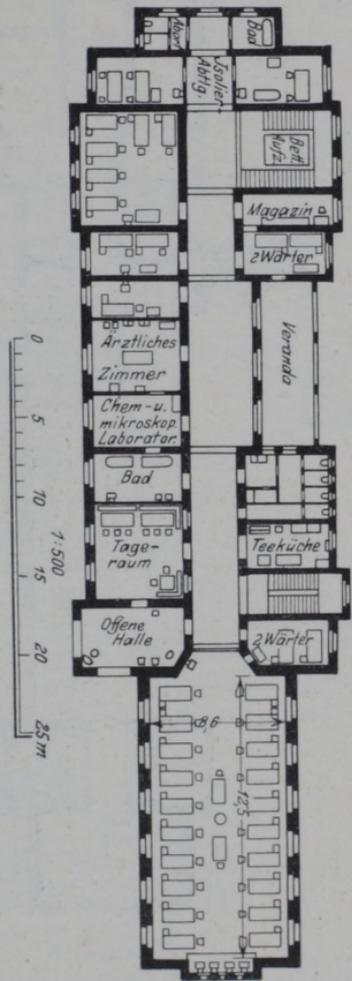


Abb. 110. Köln, Krankenhaus „Lindenburg“, Bettenhaus.

reifste Form jahrzehntelang der von DENEKE vorgeschlagene Grundriß (Abb. 112) angesehen worden ist. Beachtenswert sind die wohl englischen Vorbildern entstammenden, knapp gehaltenen, aber sehr wirksamen Windfänge über Eck. Weniger vorbildlich ist der

Mittelflur mit den Lichtfluren aus den bereits angeführten Gründen. Eine günstigere Lösung ist bereits oben (Abb. 43) wiedergegeben. Helle Flure weist auch die genormte, zerlegbare Baracke auf

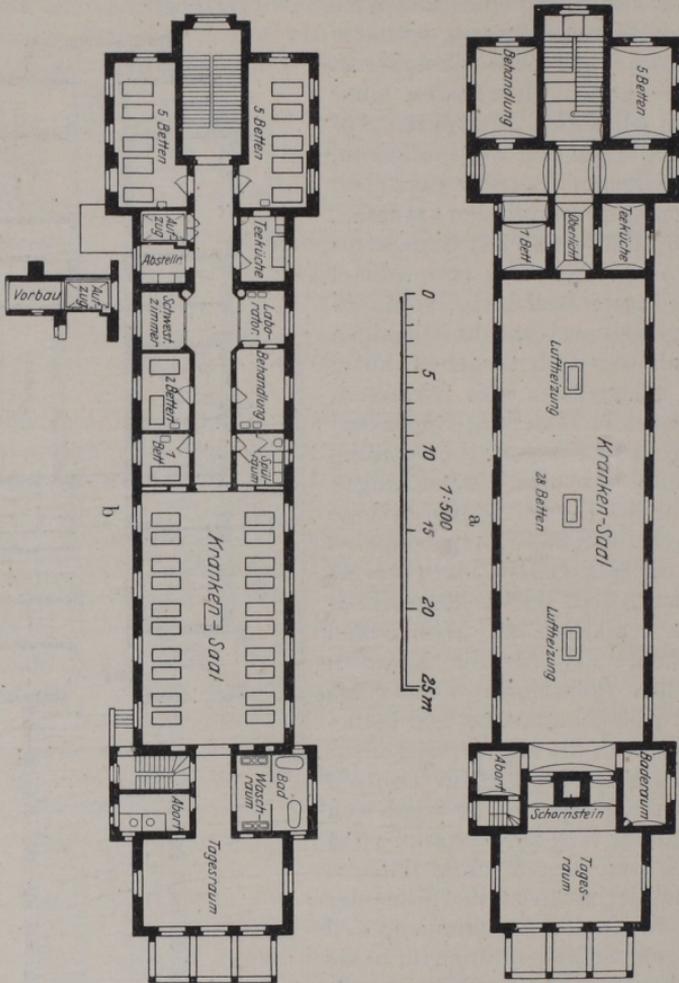


Abb. 111 a u. b. Berlin, städt. Krankenhaus am Friedrichshain, a Bettenhaus 1870—74, b nach dem Umbau 1926—27.

(Abb. 113) und der Bettenflügel in Frankfurt a. O. (Abb. 114). Bei letzterem ist keine Gebäudeecke vorhanden, in der die Abortanlage mit gut entlüftbaren Vorräumen anzubringen wäre. Durch Zurückrücken der Saallängsachsen in die Flurachse hätte sich dieser Übel-

bau selbst nicht bis an die Flügel heranreicht und die Verbindung nur durch einen einstöckigen Gang hergestellt wird, oder ob alle Geschosse des Mittelbaus bis zu den Flügeln durchgehen. Letztere Lösung ermöglicht auch noch einige zu den Abteilungen in den Flügelbauten gehörige Räume im Mittelbau unterzubringen. Sie bringt

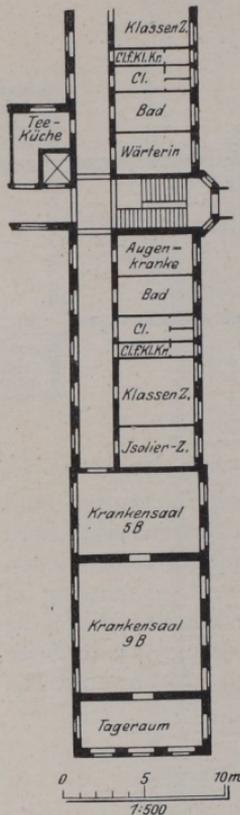


Abb. 114. Frankfurt a. O., städt. Krankenhaus, Bettenhaus.

auch das allgemeine Bestreben des einheitlicheren Zusammenfassens der Gebäude stärker zum Ausdruck, hat aber den Nachteil, daß sich in den Gebäudeecken die Luft staut.

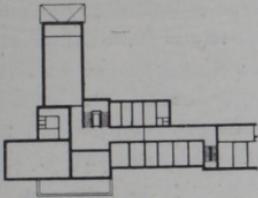
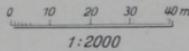
Wenn örtliche Verhältnisse eine allzu große Längenentwicklung verboten, hat man auch zu anderen Lösungen gegriffen (Abb. 115), wobei man sogar vielfach auf eine Belichtung beider Längsseiten verzichtet hat. Dann wird natürlich auch die Sonnenbelichtung desto geringer, und es kommt um so mehr auf eine an sich günstige Lage zur Sonne an. Über die Dosquetsäle, die gewissermaßen ein Mittelglied zwischen Krankensaal und Krankenstube bilden, ist oben schon das Nötige gesagt. Hier sei nur im Zusammenhang der Grundriß des Zwickauer Bettenhauses eingefügt (Abb. 116). Eine geschickte Anordnung mit Flur, dessen Grundfläche sich auch noch leicht ohne Schaden vermindern läßt, zeigt der Grundriß des Ulmer Bettenhauses (Abb. 117) mit einer allerdings weit geringeren Bettenzahl.

Im einzelnen kommt es bei Durchbildung eines Bettensaalgrundrisses hauptsächlich darauf an, daß die Nebenräume günstig angeordnet werden: die Wege der Kranken zwischen Bettenraum einerseits und Abort, Waschraum, sowie Badezimmer andererseits müssen möglichst kurz und bequem sein, aber auch ebenso die Wege für die behandelnden und bedienenden Kräfte, also besonders zwischen Dienstzimmer, Teeküche und Krankenräumen.

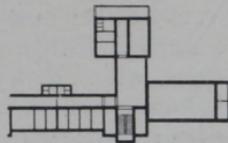
2. Bettenstubenabteilungen. (Korridorhäuser.)

Wenn sich der Vorschlag des Gutachterausschusses, höchstens 10 Kranke in einem Raum unterzubringen, allgemein durchsetzt, so würde damit das Schicksal der von zwei gegenüberliegenden

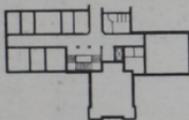
Abb. 115 a—i. Gesamtanordnung von Bettenhäusern.



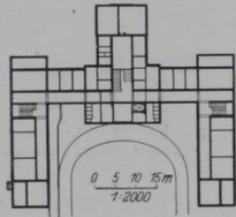
a) Darmstadt, Stadt-Krankenhaus.



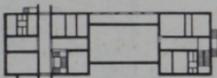
b) Wien, erste medizinische Klinik.



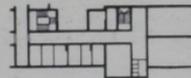
c) Würzburg, Staatliches Luitpold-Krankenhaus.



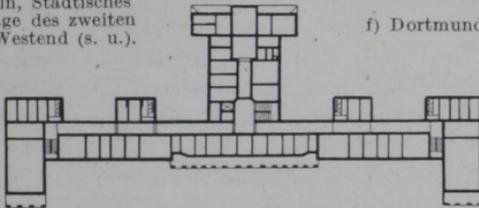
d) Berlin-Reinickendorf, Städtisches Krankenhaus.



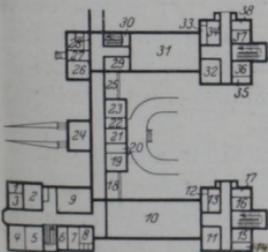
e) Berlin-Neukölln, Städtisches Krankenhaus, Lage des zweiten Saales ähnlich Westend (s. u.).



f) Dortmund, Luisehospital.

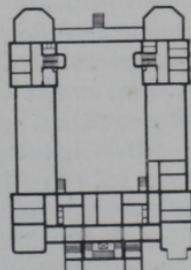


g) Gera, Städtisches Krankenhaus am Stadtwald.



h) Berlin-Charlottenburg, Städt. Krankenhaus Westend.

1. Sterilisierraum. 2. Verbandsz.
3. Tobzelle. 4. u. 5. Krankenz.
- (3 B.). 6. u. 7. Wäscheent-
- keimungs- u. Ausgußraum. 8. Aborte
- für Kranke. 9. Tagesraum. 10.
- Krankensaal (22 B.). 11. Bad.
12. Geräte u. Abort d. Bedienung.
13. Krankenwaschr. 14. Wäsche-
- lager. 15. Dienstz. der Ärzte
- und Schwestern. 16. Anriche. 17.
- Spülküche. 18. Liegehalle. 19. Auf-
- nahmebad. 20. Auskleidezelle. 21.
- Warteraum. 22. Aufnahmewärter.
23. Abteilungslaboratorium. 24.
- Tagesraum. 25. Liegehalle. 26.
- Verbandz. 27. u. 28. Wäscheent-
- keimungs- u. Ausgußraum, dane-
- ben Krankenaborte. 29. Bade- u.
- Krankensaal (16 B.). 32.
- Krankenzimmer (3 B.). 33. Geräte
- und Aborte der Bedienung. 34.
- Krankenzimmer (2 B.). 35. Wäsche-
- lager. 36. Dienstzimmer der Ärzte
- und Schwestern. 37. Anriche.
38. Spülküche.



i) Zabrze, Knappschafftskrankenhaus.

Waschraum. 30. Sterilisierraum. 31. Krankensaal (16 B.). 32. Krankenzimmer (3 B.). 33. Geräte und Aborte der Bedienung. 34. Krankenzimmer (2 B.). 35. Wäschelager 36. Dienstzimmer der Ärzte und Schwestern. 37. Anriche. 38. Spülküche.

Seiten aus belichteten Krankensäle und damit der Bettensaalhäuser zugunsten der Bettenstubenhäuser endgültig besiegelt sein; es ist aber noch sehr die Frage, ob sich nicht zum mindesten in manchen Fällen, so bei Krankenhäusern für Kranke gleichen Berufes, wie z. B. bei denen für die Knappschaften, der größere Krankensaal schon wegen der geringeren Baukosten und des einfacheren Betriebes auch noch weiterhin behaupten wird. Die

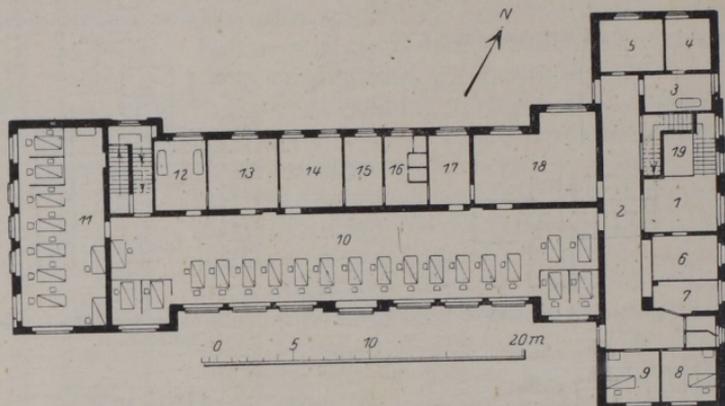


Abb. 116. Zwickau, staatl. Krankenstift. Bettenhaus 1920.

- 1 Haupttreppe. 2 Flur. 3 Bad. 4 Kleiderkammer. 5 Schwesternzimmer. 6 Teeküche.
7 Geräteraum. 8—11 Krankenzimmer. 12 Bad. 13 Verbandraum. 14 Arztzimmer. 15 Spülraum. 16 Abort. 17 Waschraum. 18 Tagesraum.

größeren Säle verbieten sich von selbst bei kleineren Anstalten, weil hier die einzelnen, nach Krankheiten und Geschlechtern abzutrennenden Abteilungen schon an und für sich so wenig Betten aufweisen, daß von großen Sälen wenig die Rede sein kann. Wir treffen also bei kleinen Krankenhäusern fast stets auf Lösungen, die einem Bettenstubenhaus eigen sind. Es sei deshalb auf die späteren Abbildungen von kleineren Anstalten im Abschnitt C verwiesen, da die einzelnen Krankenabteilungen bei diesen vom baulichen Standpunkt aus nicht ein in sich derart abgeschlossenes Ganzes bilden, das als Lösung für sich zu werten ist, vielmehr im Zusammenhang mit allen den übrigen Behandlungs- und Betriebsabteilungen betrachtet werden muß.

Bettenstubenhäuser größerer Krankenanstalten aus der Zeit vor 1870 in Abbildungen zu bringen hat keinen großen Wert, da die damals übliche Zimmertiefe von 9—10 m und die geringe Zahl der Nebenräume den heutigen Anforderungen zu wenig entspricht. Im übrigen zeigt der Grundriß der Bettenstubenhäuser entweder die gleichen Formen, die wir beim Bettensaalhaus festgestellt haben, nur daß der zehnbettige Saal noch weniger den

Grundriß beherrscht, als dies selbst bei den Saalbauten letzter Entwicklung immer noch der Fall war, oder wir kommen zu der gebräuchlichsten und einfachsten Lösung, bei der auf der einen Seite eines durchgehenden, langen Flures die Bettzimmer, wemöglich auch die Tagesräume nebeneinander aufgereiht sind, während auf der anderen Seite des Flurs sämtliche Nebenräume zu liegen kommen. Bei größeren Abteilungen dürfen letztere jedoch nicht die ganze Länge des Flurs einnehmen, müssen vielmehr nach den preußischen Bestimmungen bei mehr als 25 m Gebäudelänge die Hälfte des Flurs zwecks besserer Helligkeit desselben freilassen. Man teilt deshalb die Nebenzimmer derart ein, daß je nach der Gesamtlänge des Baues nach hinten 2, 3, 4 oder sogar 5 Anbauten entstehen, deren Einzelbreite möglichst unter 15 m bleibt, da bei größerer Breite in der Mitte der Anbauten der Flur doch schon sehr dunkel bleibt, wenn man nicht zu besonderen Mitteln greift, von denen das beste dasjenige ist, daß man an den Anbauten den langen Flur verbreitert (s. Abb. 130). Nehmen die Nebenräume mehr als die Länge der Flurlänge ein, so kann man sich entweder dadurch helfen, daß man einen oder den anderen Nebenraum, in erster Linie wohl das Schwesternzimmer auch noch nach vorn anordnet und so das Gebäude verlängert, die Anbauten aber vermindert, oder daß man senkrecht zum Hauptflur einen Stichflur anlegt, von dem links und rechts die Nebenräume zugänglich sind. Die letztere Anordnung erhöht indessen die Länge der Betriebswege meist erheblicher als die Verlängerung des Gebäudes. Übrigens wird auch an sich gegen eine etwas größere Breite der Anbauten über die halbe Gebäudelänge hinaus nichts einzuwenden sein, wenn nur der Zweck dieser Vorschrift, die genügende Helligkeit der Flure, durch andere Mittel erreicht wird (s. oben).

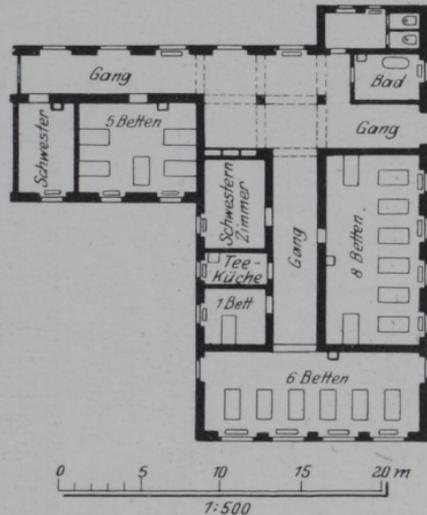


Abb. 117. Ulm, Krankenhaus.

Die einseitige Lage der Fenster macht die Richtung dieser Fensterwand nach Süden zu um so wünschenswerter, auch sollte man die Flügelbauten nicht allzusehr nach vorn vor-

ziehen, weil sonst die zurückliegenden Räume in den Ecken zu stark im Schatten liegen (s. oben Bemerkung zu Abb. 15 u. 16). Verbindungsgänge können hier unbedenklich auch an den Flü-

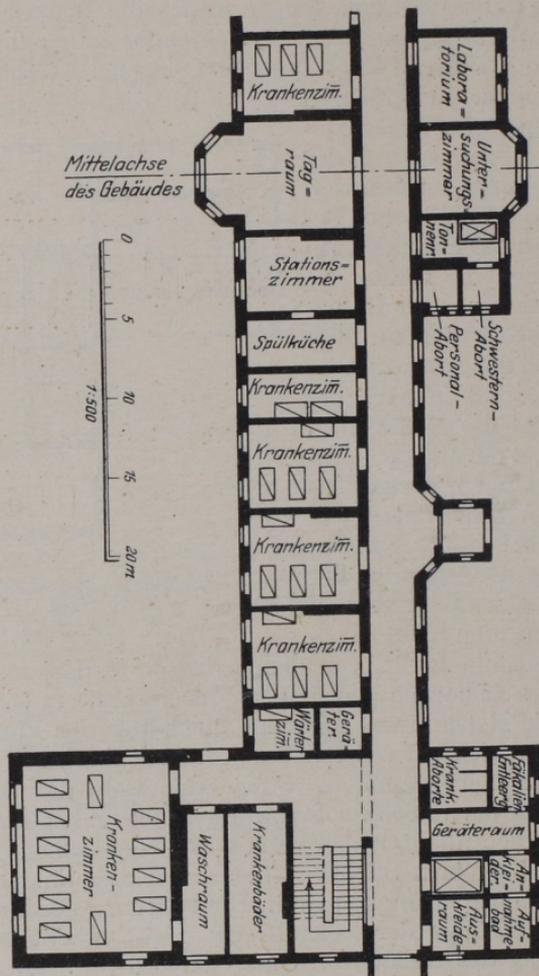


Abb. 118. München-Schwabing, städt. Krankenhaus, Bettenhaus.

geln angeordnet werden, weil sie nicht in Säle, sondern in die Flure einmünden.

3. Bettenabteilungen für Kinder und Säuglinge.

Der Grundriß für Kinder-Bettenabteilungen ist grundsätzlich nicht von denen für Erwachsene verschieden, auch für Säuglings-

abteilungen ist dem oben unter I 1a Gesagten nichts weiter hinzuzufügen.

4. Bettenabteilungen für Leichtkranke und Dauerkranke.

Der Vorschlag, durch besondere gemeinschaftliche Abteilungen für Leichtkranke und für Dauerkranke (chronische Kranke) Ver-

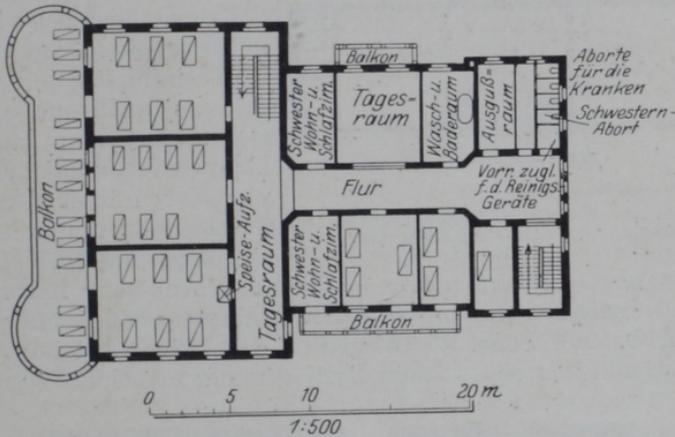


Abb. 119. Berlin-Charlottenburg, städt. Krankenhaus Westend, Leichtkrankenhaus.

billigungen in Bau und Betrieb zu erreichen, beruht darauf, daß weder Leichtkranke, namentlich Genesende, noch Dauerkranke (Sieche) kostspieliger Behandlungseinrichtungen bedürfen, so daß eine ganze Reihe sonst notwendiger Räume für sie nicht erforderlich ist. Die Häuser für Leichtkranke kommen daher baulich den Wohnhäusern, die für Dauerkranke den Pflegehäusern näher. Drei Stockwerke sind selbst ohne Aufzug angängig.

In den Leichtkrankenhäusern des Westender Krankenhauses (Abb. 119) in Berlin-Charlottenburg ist für alle drei Stockwerke nur eine Teeküche vorgesehen. Das Erholungshaus für Scharlachkranke im Bremer Krankenhaus (Abb. 120) ist nach englischem Vorbild eingerichtet.

Zu beachten ist, daß derartige Abteilungen zur Unterbringung sonstiger Kranker in Fällen der Not nur wenig geeignet sind.

5. Absonderungsabteilungen.

Während bei der Besprechung der Aufenthaltsräume darauf hingewiesen ist, daß solche für ansteckende Kranke baulich sich

nicht von denen anderer unterscheiden, zeigen die Grundrisse doch einige Besonderheiten, und zwar erstens, weil die Zahl der Betten für die einzelnen Abteilungen meist eine sehr viel geringere

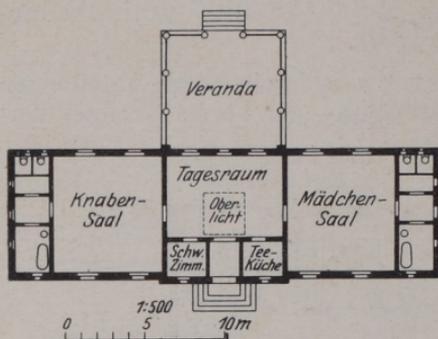


Abb. 120. Bremen, städt. Krankenhaus, Erholungshaus für Scharlachkranke.

ist — es kommen solche mit zwei Betten vor, für die allerdings Einzelhäuser sehr kostspielig werden (Abb. 121) —, zweitens, weil die Schleusen, die gerade hier sich vielfach nötig erweisen, den Grundriß beeinflussen, und ebenso drittens auch die Operationsräume, wenn auch in kleinstem Ausmaß und ohne viel Nebenräume den Bettenabteilungen unmittelbar eingefügt zu werden pflegen.

Die oberschlesischen Knappschafts-Krankenhäuser haben auffallend wenig Nebenräume in den Absonderungshäusern (Abb. 122 auch Abb. 123). Sonst überwiegen bei den kleinen Abteilungen die Nebenräume die eigentlichen Bettzimmer manchmal sogar um

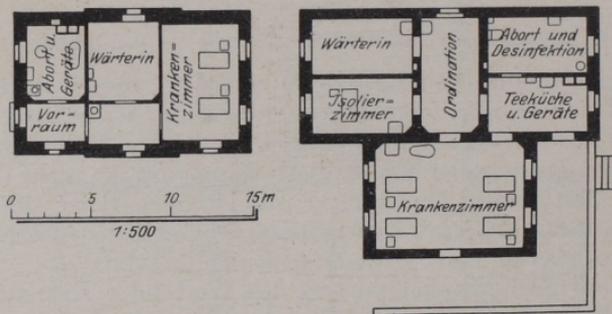


Abb. 121. Wien, Wilhelminenspital, kleine Absonderungshäuser.

ein ganz beträchtliches (Abb. 124—126). Natürlich wird eine Beschränkung der Nebenräume gern angestrebt. Da stets mehrere getrennte Abteilungen für ansteckende Kranke nötig werden, läßt sich die Beschränkung bis zu einem gewissen Grade dadurch erreichen, daß man einzelne Nebenräume, in erster Linie das Schwesternzimmer, in zweiter die Teeküche, in dritter Wäscheräume, ja in vierter Linie sogar Baderäume für zwei Abteilungen gemeinschaftlich vorsieht (Abb. 127). Die Schwestern und Wärter müssen dann

Vorsichtsmaßnahmen treffen, daß sie nicht ihrerseits die Krankheitskeime der einen Abteilung in die andere hineintragen. Da nun bei dem meist zeitlich getrennten Auftreten der einzelnen ansteckenden Krankheiten der Bettenbedarf einer Abteilung oft plötzlich sehr stark wird, während die anderen womöglich still liegen, findet man manchmal eigenartige, aber empfehlenswerte

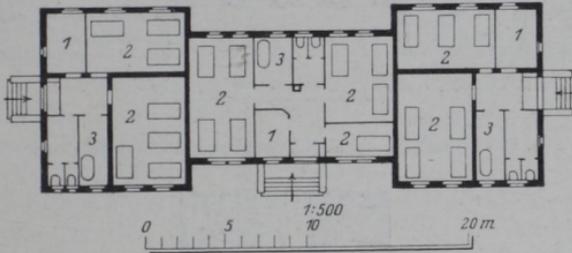


Abb. 122. Rudahammer, Knappschaftskrankenhaus, Absonderungshaus mit 3 Abteilungen.

Grundrißlösungen, die es gestatten, die Grenze zwischen den Abteilungen nach Bedarf zu verschieben (Abb. 128). Nach gründlicher Reinigung des Raumes und der Betten hat Geheimrat Prof. Dr. SCHLOSSMANN keine schlechten Erfahrungen gemacht, wenn er schon nach 3 Stunden einen Raum mit einem anderswie Kranken belegt hat. Derselbe hat auch gerade bei ansteckenden Krankheiten, insbesondere bei Diphtherie, Keuchhusten, ja sogar Scharlach und Masern mit weitgehendster Freiluftbehandlung beste Erfolge erzielt. Das Bettenhaus, das nach seinen Angaben im Düsseldorf Krankenhaus errichtet ist (Abb. 129), hat als ständigen Aufenthaltsraum für die Kinder eine glasgedeckte Liegehalle, die seitlich überhaupt nicht zu schließen ist. Nur „zur Angewöhnung der Kinder und Fütterung“ sind an den Enden

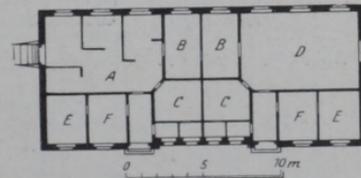


Abb. 123. Düsseldorf, städt. Krankenhaus, Absonderungshaus mit Buchten f. Kinder. A Krankensaal. B Bad. C Teeküche. D Krankensaal. E Wirtschaftszimmer. F Abtritte.

noch zwei größere geschlossene Räume vorhanden. Diese und alle Nebenräume öffnen sich nach der Halle hin. Hier hätte natürlich ein geschlossener Flur auch keinen Sinn.

6. Absonderungsabteilungen für bestimmte Krankheiten.

Einige ansteckende Krankheiten erfordern besondere bauliche Maßnahmen.

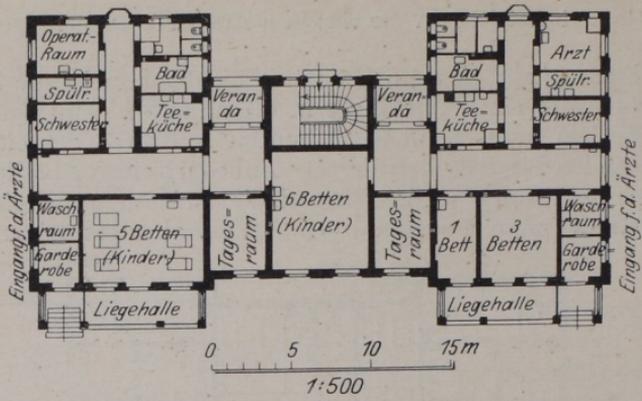


Abb. 124. Elberfeld, städt. Krankenhaus, Absonderungshaus.

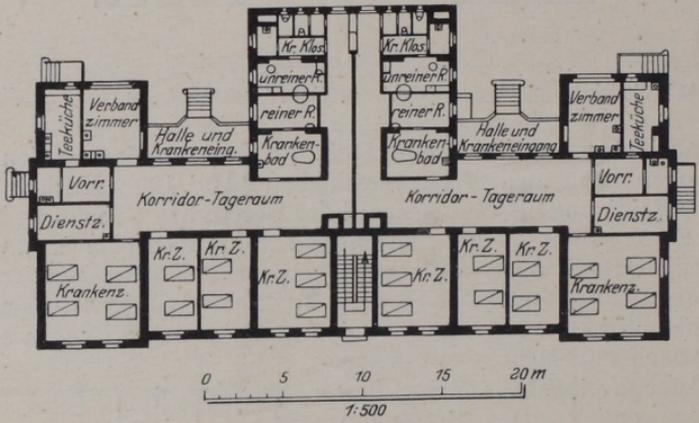


Abb. 125. Berlin-Charlottenburg, städt. Krankenhaus Westend. Absonderungshaus.

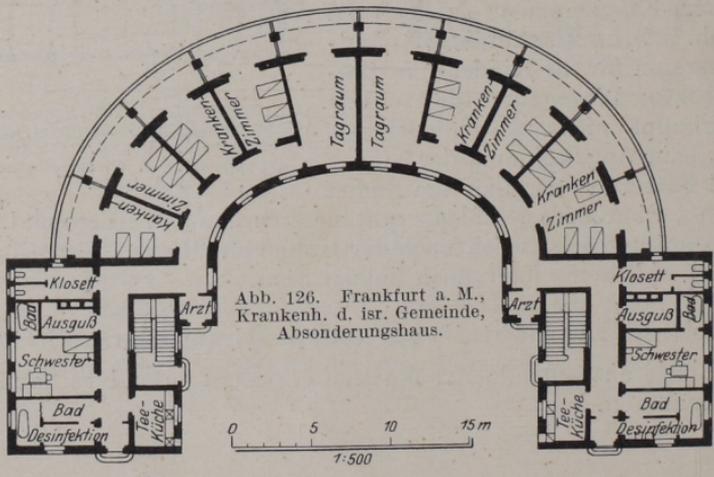


Abb. 126. Frankfurt a. M., Krankenh. d. isr. Gemeinde, Absonderungshaus.

Bettenabteilungen für Tuberkulöse müssen unbedingt mit ausreichenden Liegehallen ausgestattet werden, und zwar für Schwerkranke mit solchen unmittelbar neben oder vor dem Bettenraum, wobei aber Verdunkelung des letzteren vermieden werden muß (s. S. 38). Für Leichtkranke können sie auch weiter entfernt liegen, ja auch ganz getrennt im Garten errichtet werden. Außer diesen möglichst sonnig zu legenden Hallen sind für die heiße Sommerszeit zum günstigeren Aufenthalt der Schwerkranken auch noch Nordliegehallen zweckmäßig.

Über die für den längeren Aufenthalt dieser Kranken erwünschten Gesellschaftsräume ist oben schon das Notwendige gesagt. In den Hauseingängen sind Stiefelputzräume mit den erforderlichen Schränken vorzusehen.

Auch bei *Bettenabteilungen für Geisteskranke* werden reichlichere Gemeinschaftsräume eingerichtet, namentlich, soweit es sich um

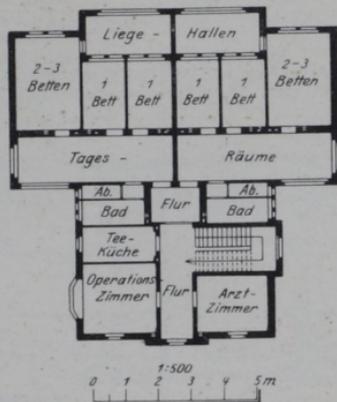


Abb. 127. Hagen i. W., Allgem. Krankenhaus, Absonderungshaus.

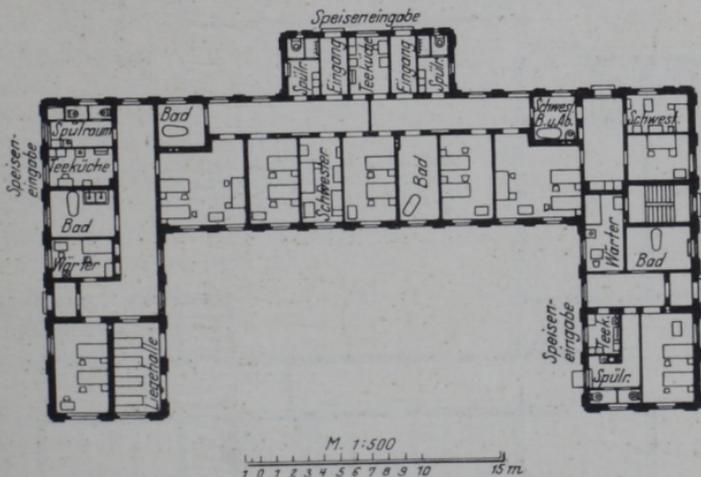


Abb. 128. Stuhm, Kreis-Krankenhaus (MOHR und WEIDNER, Berlin). Absonderungshaus mit 5 Abteilungen.

leichter Erkrankte handelt. Genauer auf die Grundrisse der Bettenhäuser für Heilanstalten einzugehen ist hier nicht am Platze.

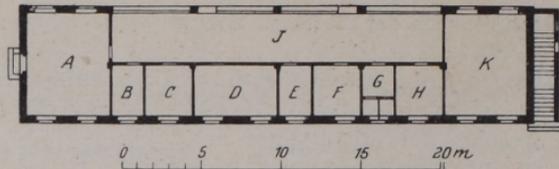


Abb. 129. Düsseldorf, städt. Krankenanstalt, Freiluftabsonderungshaus.
 A u. K Räume zur Angewöhnung der Kinder und zum Füttern. B Bad. C Wärmküche.
 D Schwester. E Arztzimmer. F Einzelzimmer. G Abtritte. H Schrank u. Wäschezimmer.

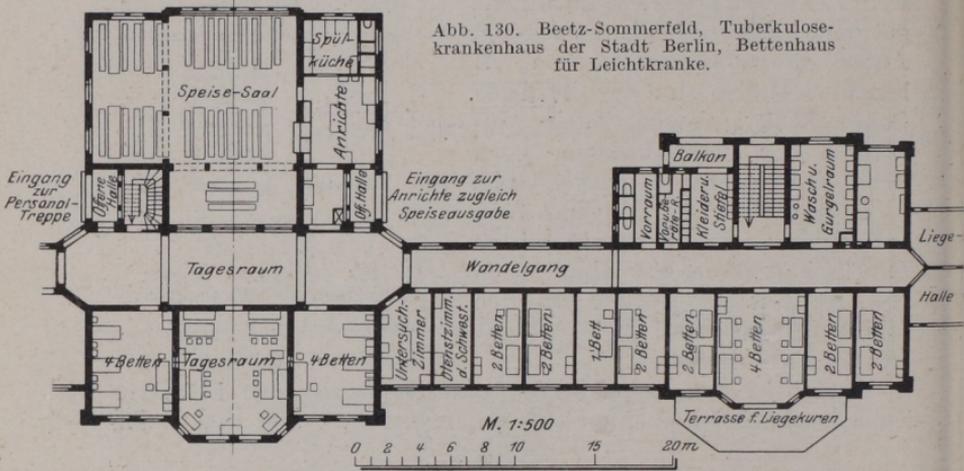


Abb. 130. Beetz-Sommerfeld, Tuberkulose-
 krankenhaus der Stadt Berlin, Bettenhaus
 für Leichtkranke.

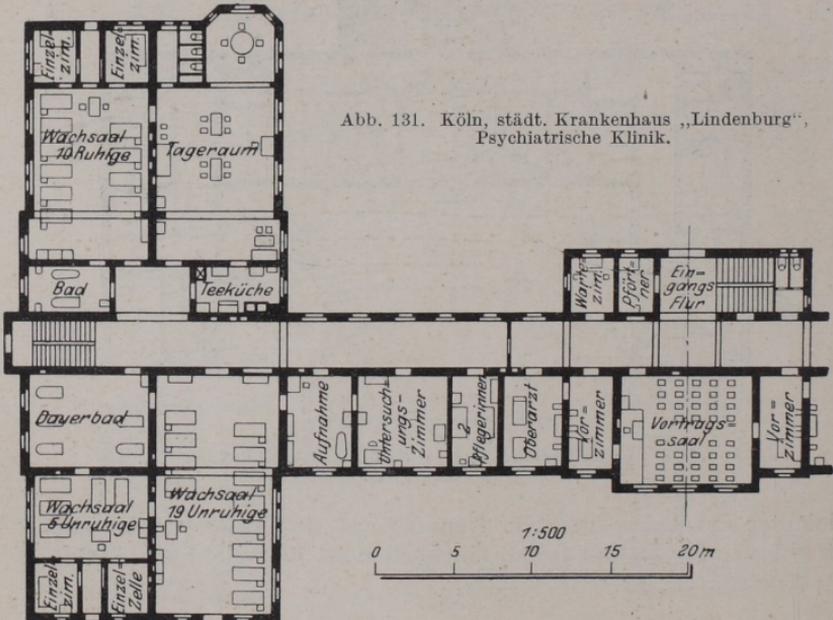


Abb. 131. Köln, städt. Krankenhaus „Lindenburg“,
 Psychiatrische Klinik.

7. Beobachtungsabteilungen. (Quarantänestationen.)

Die Einrichtungen besonderer Bettenabteilungen zur Beobachtung zweifelhafter Fälle hat sich in den letzten Jahren immer mehr als zweckmäßig erwiesen.

Gleich das 1889 errichtete Haus im Hamburg-Eppendorfer Krankenhaus noch genau einem üblichen Absonderungshaus mit drei getrennten Abteilungen von vier und sechs Betten, und war auch das 25 Jahre jüngere vierteilige Haus des Krankenhauses Charlottenburg-Westend mit je fünf, im ganzen also 20 Betten nichts anderes, nur daß hier die Bewirtschaftungs- und Behandlungsräume, ja auch das Entlassungsbad gemeinsam waren, so hatte man 1904/07 im Düsseldorfer Krankenhaus vier Räume für je zwei Betten und jeden mit besonderem Bad und Ausgang ins Freie geschaffen. Dann hat man wieder 1909 in Königsberg i. Pr. jedem von sechs einzelnen Bettenräumen einen besonderen Zugang vom Freien aus für den Kranken, einen anderen Zugang mit Waschgelegenheit für den Arzt und einen besonderen Abort gegeben. Nur Aufnahmebad einerseits und Entlassungsbad andererseits sind für die sechs Räume gemeinsam.

Einheitlich scheint also die Frage, wie weit die Trennung gehen soll, noch nicht geklärt zu sein.

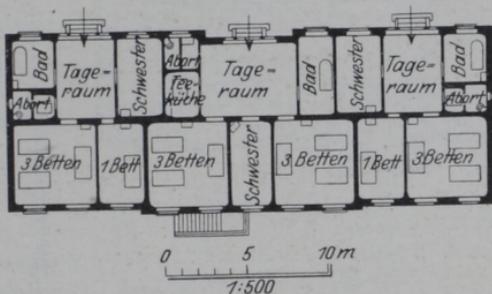


Abb. 132. Hamburg-Eppendorf, städt. Krankenhaus, Beobachtungshaus.

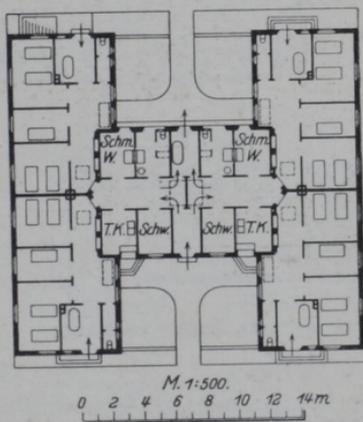


Abb. 133. Berlin-Charlottenburg, städt. Krankenhaus Westend, Beobachtungshaus.

Anhang.

Gesellschaftsräume der Ärzte und Schwestern. (Arzt- und Schwesternmesse, -kasino.) Einige Grundrißlösungen für die Gesellschaftsräume der Ärzte und Schwestern geben die Abb. 136—139. Sie

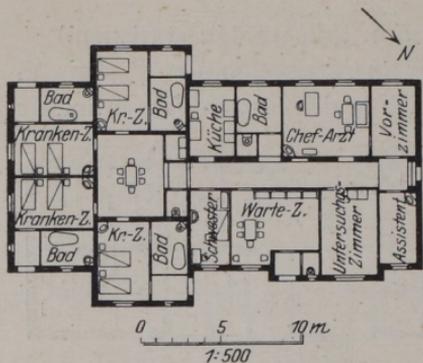


Abb. 134. Düsseldorf, allgem. städt. Krankenanstalt, Beobachtungshaus.

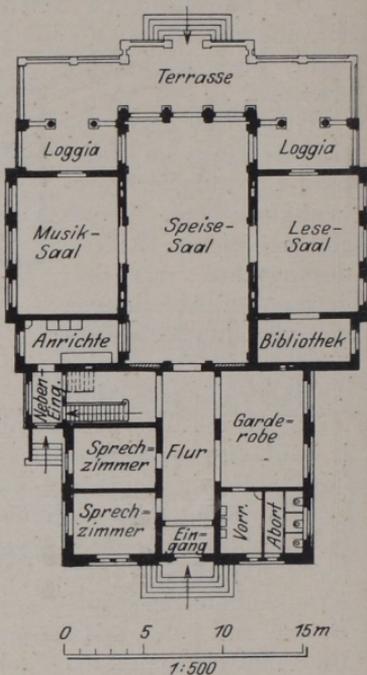


Abb. 137. Hamburg-Barmbeck, städt. Krankenhaus. Schwesternhaus.

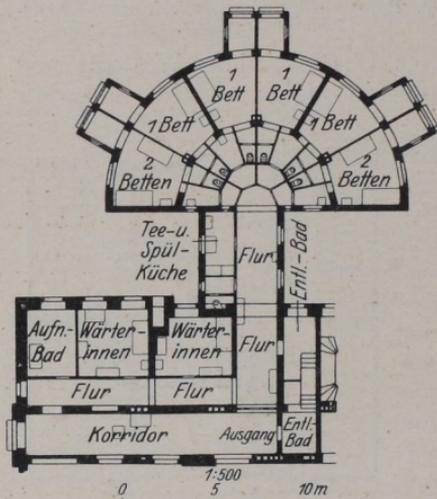


Abb. 135. Königsberg i. Pr., städt. Krankenanstalt, Beobachtungshaus.

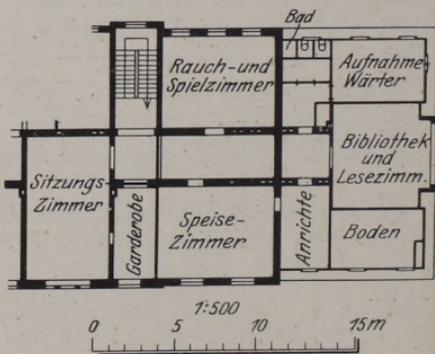


Abb. 138. Berlin-Reinickendorf, städt. Krankenhaus, Gesellschaftsräume der Ärzte und Sitzungs-zimmer.

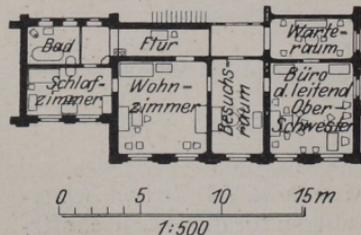


Abb. 136. Hamburg, St. Georg, städt. Krankenhaus, Wohnung und Dienstzimmer der leitenden Oberschwester.

werden am besten in Verbindung mit den Wohnungen angeordnet, möglichst abseits von den Krankenaufenthalts- und Behandlungsräumen, entweder über den Verwaltungsräumen, selten und auch weniger empfehlenswert über der Küche, am günstigsten in ganz besonderen Häusern.

II. Behandlungsabteilungen.

1. Aufnahmeabteilung, Untersuchungsabteilung.

In den Aufnahme- oder Untersuchungsabteilungen stellt der Arzt die Krankheit, der Verwaltungsbeamte die persönlichen Verhältnisse des neu eingelieferten Kranken fest, der alsdann in dem mit der Aufnahmeabteilung unmittelbar verbundenen oder vor den Krankenabteilungen befindlichen Aufnahmebad gereinigt und neu gekleidet wird. Man nennt dann auch vielfach diejenigen

Bettenabteilungen, in denen neuaufgenommene Kranke zunächst zur Beobachtung aufgenommen werden, Aufnahmeabteilungen. Über solche ist schon unter BI7 das Nötige gesagt. In kleineren Anstalten, in denen die Aufnahmen abwechselnd von allen Ärzten, seltener von mehr oder weniger ständigen Kräften vorgenommen werden, enthält die Aufnahmeabteilung neben dem Untersuchungszimmer vielfach noch einen kleinen Arbeitsraum für den Arzt (Laboratorium), ferner Warteräume und dazugehörige Aborträume, am besten für die Geschlechter getrennt. Dazu kommt dann noch das obengenannte Aufnahmebad.

Die Knappschaftskrankenhäuser in Oberschlesien mit ihrem allerdings einförmigeren Betrieb haben bei einem Umfang von 50—200 Betten und mehr stets ein Arztzimmer, ein Untersuchungszimmer, 1—2 Verwaltungszimmer und 1—2 Warteräume mit den nötigen Aborten, dagegen keine Badezimmer in unmittelbarem

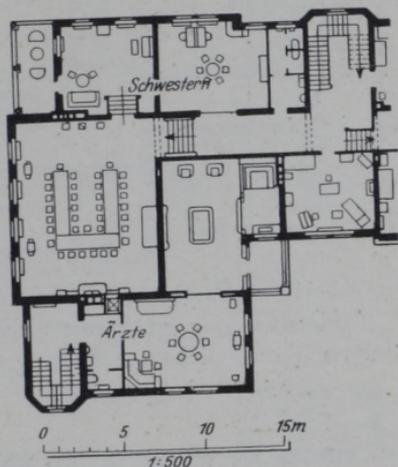


Abb. 139. Gera, städt. Krankenhaus im Stadtwald, Gesellschaftsräume der Ärzte und Schwestern.

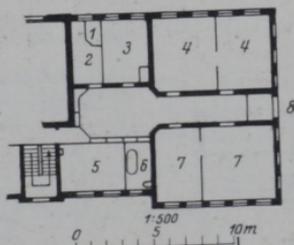


Abb. 140. Kattowitz (O.-Schl.), Knappschaftskrankenhaus, Aufnahme u. Untersuchungsabteilung.