

Die Operationsanlagen.

Von HEINRICH BRAUN, Ueberlingen.

Mit 19 Abbildungen.

I. Einleitung.

Krankenhausbauten, und zumal ein Teil so besonderer Art wie die Operationsanlage mit ihren technischen Einrichtungen, erfordern, wenn sie gut werden sollen, die harmonische Zusammenarbeit eines erfahrenen Architekten und eines erfahrenen Arztes, im besonderen Falle eines Chirurgen.

Was der Architekt über die Operationsanlagen zu sagen hat, findet der Leser an anderer Stelle dieses Werkes. Ich habe mir dagegen folgende beiden Aufgaben gestellt. Die erste: ich will den *Arzt*, welcher beim Bau einer Operationsanlage beteiligt ist, entsprechend dem gegenwärtigen Stande unserer Kenntnisse darüber beraten, welche Wünsche er an den mit ihm zusammenarbeitenden Architekten zu stellen, welche Vorschläge er zu machen hat. Von den technischen Einrichtungen einer Operationsanlage interessieren den Architekten nur die, welche fest eingebaut sind oder Zuleitung von Wasser, Gas, Elektrizität, Dampf erfordern. Im wesentlichen werden daher nur diese hier besprochen. Alles übrige, also die Handhabung der Asepsis in der Operationsanlage, findet ja der Arzt in den Hand- und Lehrbüchern der allgemeinen Chirurgie und Operationslehre. Ich verweise besonders auf den vom Verfasser bearbeiteten Abschnitt in der Operationslehre von BIER, BRAUN, KÜMMELL und auf die Monographien von KAPPIS und Franziska BERTHOLD. Das Buch der Schwester BERTHOLD kann jungen Chirurgen, welche aus Klinik oder Krankenhaus plötzlich in selbständige Stellungen versetzt werden, nicht warm genug empfohlen werden. Soweit Raumgestaltung der Operationsanlage und technische Einrichtungen einerseits und Organisation andererseits sich gegenseitig beeinflussen, wird auch letztere kurz zu erörtern sein.

Meine zweite Aufgabe ist folgende. Ich will zeigen, daß mit relativ einfachen Mitteln, sowohl was die Raumgestaltung als die technische Ausstattung betrifft, Operationsanlagen für kleine und große Betriebe geschaffen werden können, welche ihren Zweck genau so gut erfüllen wie die, wo durch besonders eindrucksvolle

Raumverhältnisse und technische Komplikationen aller Art der Anschein erweckt wird, als ob da für die Kranken, welche operiert werden sollen, besser gesorgt sei.

Die Operationsräume, die Werkstätte des Chirurgen im Krankenhaus, sind ein Ergebnis der neueren Zeit, bedingt und gefordert durch Antisepsis und Asepsis. Vorher waren sie nicht notwendig. Denn noch im Jahre 1865 schreibt BILLROTH folgendes: „Ein Spital wird man, um einen Kranken zu operieren, nur dann wählen, wenn die Verhältnisse es durchaus nicht anders gestatten, wie dies leider bei den meisten Kranken der Fall ist. Selbst ein abgesondertes Zimmer im Spital ist nicht so gut wie ein Zimmer in einem beliebigen Privathaus. Wenn man von diesem Prinzip aus äußeren, praktischen Gründen abweichen muß, so ist das ein Übel.“ Die Zeiten und Anschauungen haben sich seitdem völlig geändert. Die operative Chirurgie spielt sich jetzt fast durchweg in den hierzu bestimmten Werkstätten der Krankenhäuser und Kliniken ab.

Denn diese Werkstätte gibt die Möglichkeit, Operationen unter Bedingungen auszuführen, welche den Verlauf der Krankheit so sicher als nur möglich gestalten. Sie erlaubt bei bester Beleuchtung des Operationsfeldes in einem gleichmäßig hoch temperierten und gut ventilierten Raum bei geeigneter, für Operateur und Kranken günstigster Lagerung des letzteren alle Hilfsmittel der Technik, welche der Erleichterung der Operation und der Sicherung der Keimfreiheit dienen, im geeigneten Augenblick und mit geschulter Assistenz anzuwenden: alles Bedingungen, welche für den Ablauf der Krankheit von größter Bedeutung sind, welche aber außerhalb der Werkstätte nur teilweise und mangelhaft erfüllbar sind.

Meine Aufgabe läßt sich, wie jede dieser Art, nur nach einem gewissen Schema lösen. Nichts liegt mir aber ferner, als hier etwa einer schematischen Normung das Wort zu reden. Sie ist von Nutzen für diese und jene Geräte. Wenn aber irgendwo ein neues Krankenhaus mit einer Operationsanlage entstehen soll, dann möchte man stets eine schöpferische Persönlichkeit am Werke sehen, welcher überlieferte Regeln nur Mittel sind, um aus sich heraus Neues und Besseres zu schaffen.

Die ersten sogenannten „Operationssäle“ wurden in Deutschland und wohl auch anderwärts in den Universitätskliniken gebaut, welchen damals die alleinige Führung in derartigen Dingen oblag. Sie dienten gleichzeitig dem Unterricht, d. h. es waren Hörsäle für eine größere Zahl von Zuhörern und Zuschauern und enthielten gleichzeitig die zur Ausführung von Operationen bestimmten Einrichtungen.

Heutzutage haben wir die Verbindung von Hörsaal und Operationsraum als einen Sonderfall anzusehen, der mit dem Begriff einer Operationsanlage an sich nur in losem Zusammenhange steht. Es wird später darauf zurückzukommen sein. Im übrigen wird sich die Operationsanlage eines Lehrinstituts nicht grundsätzlich von der eines Krankenhauses von gleichem Umfang unterscheiden. Denn etwaige Laboratorien, Büchereien und sonstige zu Unterrichts- und Forschungszwecken bestimmte Einrichtungen gehören nicht in die Operationsanlage, mögen sie auch in der Nähe derselben angeordnet sein oder mit ihr in Verbindung stehen.

Der Ausgangspunkt des Operationsraums vom Hörsaal ist in Deutschland vermutlich einer der Gründe gewesen, die zu der Meinung geführt haben, ein Operationsraum müsse möglichst groß, ein „Operationssaal“, sein, auch dann, wenn mit ihm kein Hörsaal verbunden ist, um so größer, je umfangreicher der operative Betrieb sei. Wir sahen überall im Deutschland der Vorkriegszeit diese großen Operationssäle entstehen, und in einigen großen Krankenhäusern hatten sie einen geradezu abenteuerlichen Umfang angenommen, während man sich doch sagen mußte, daß die zur Ausführung einer Operation nötigen Menschen und Geräte selbst mit einigen Zuschauern sehr bequem in einem kleinen Raum unterzubringen sind, welcher die Benennung „Saal“ durchaus nicht verdient und in dem die technischen und hygienischen Forderungen viel leichter zu erfüllen sind als in einem jener Riesensäle. Das Ausland hat diese Hypertrophie unserer Operationsräume nicht mitgemacht.

Es ist aber noch ein anderer sachlicher Grund, welcher unsere Chirurgen veranlaßte, sich große Operationssäle zu wünschen, das ist die ungeheure Zunahme der Krankenzahl in den Krankenhäusern und die durch die Entwicklung der Chirurgie bedingte Zunahme der Zahl der erforderlichen Operationen. In größeren Krankenhäusern und Kliniken müssen, um mit dem Tagewerk fertig zu werden, mehrere aseptische Operationen gleichzeitig erledigt werden können, wozu also mehrere Operationsstellen nötig sind. So sollen die großen Säle dazu dienen, um in ihnen mehrere Kranke gleichzeitig zu operieren. Begründet pflegt dies damit zu werden, daß der selbst operierende Chefarzt auf diese Weise leicht beobachten könne, was an den anderen Stellen geschieht. Das ist richtig und notwendig, jedoch dahin einzuschränken, daß der Chefarzt nur dann beobachten kann und beobachten soll, wenn er selbst nicht ernstlich beschäftigt ist. Die Übersichtlichkeit läßt sich aber, wie wir noch sehen werden, auf

andere Weise ebenso gut erreichen wie in einem ungeteilten großen Raum. Im übrigen bringt das gleichzeitige Operieren mehrerer Kranker in einem Raum notwendig Mißstände mit sich, die eigentlich wohl jedem Chirurgen bekannt sind.

Kranke und Operateure stören sich gegenseitig, zumal dann, wenn irgendwelche unerwartete Zufälle auftreten. Die Kranken müssen selbstverständlich in einen solchen Operationssaal halb bewußtlos, womöglich schlafend gebracht werden. Das läßt sich meist, nicht immer, durch die übliche Vorbereitung mit narkotischen Medikamenten und Schlafmitteln erreichen. Dagegen ist es nur dann unbedenklich, eine Inhalationsnarkose in einem anderen als dem Operationsraum einzuleiten, wenn der Kranke auf einer fahrbaren Operationsgelegenheit bereits in der für die Operation nötigen Stellung festgelegt wurde, während die Umlagerung und das nachträgliche Zurechtlegen des bereits narkotisierten Kranken auf dem Operationstisch Störungen verursachen kann, welche besser vermieden werden, und nicht genügend gerechtfertigt sind durch die angebliche Rücksicht auf den Kranken, welcher den Operationsraum nicht sehen soll. Es sind aber doch nur sehr vereinzelte Fälle, in welchen diese Rücksicht nötig und unbedingt geboten ist. Unter den Kranken, welche in örtlicher Betäubung operiert werden, befinden sich sehr zahlreiche, bei denen eine Vorbereitung mit narkotischen Mitteln nicht angezeigt ist. Ein *ungeteilter* Operationsraum mit mehreren Operationsstellen ist schlecht brauchbar für Kranke, die in örtlicher Betäubung operiert werden können und sollen, und das ist immerhin ein Prozentsatz, der durchschnittlich 40—50% selten unterschreiten wird. Man hilft sich ja wohl durch Zwischenstellen von spanischen Wänden. Aber das ist doch ein recht unvollkommenes Verfahren, welches der Unruhe des ganzen Raumes nicht abhilft. Es scheint mir daher wesentlich zweckmäßiger zu sein, die Trennungswände zwischen den Operationsstellen von vornherein in Mauerwerk anzulegen, derart, daß aus einem großen Raum mehrere kleine entstehen, welche ohne Türabschluß von einem ihm vorgelagerten großen Raum (Sterilisiererraum) aus leicht zugänglich und übersehbar sind (Abb. 1). *Eine Steigerung des operativen Betriebes in einem Krankenhaus erfordert demnach nicht eine Vergrößerung der Operationsräume, sondern eine Vermehrung derselben.* Einwände, welche sonst noch gegen kleinere Operationsräume gemacht werden, wie die Möglichkeit erheblicher Luftverschlechterung in solchen, sind durch die Erfahrung durchaus widerlegt. Wirksame Absaugvorrichtungen brauchen alle Operationsräume, die großen ebenso wie die kleinen. Das Ausland

hat den Fehlweg der Operationsräume mit mehreren Operationsstellen ebenfalls nicht mitgemacht. Die Mayo-Kliniken in Rochester haben 37 Operationsräume, deren Kleinheit den deutschen Besuchern stets auffällt und die — ich kann wohl sagen selbstverständlich — sämtlich nur für je einen Kranken bestimmt sind.

Eine brauchbare Operationsanlage besteht auch unter kleinen Verhältnissen aus mehreren Räumen, den eigentlichen Operationsräumen und den zur Vorbereitung der Operation, der Ärzte, der Kranken, der Zurichtung von Material usw. bestimmten Räumen. Man pflegt sie als Nebenräume zu bezeichnen, obwohl sie ebenso wichtig sind wie die Operationsräume. Alle diese Räume sollen

durchaus ein einheitliches, untrennbares, für sich abgeschlossenes Ganzes, im Grund einen einzigen Raum bilden, eben die Operationsanlage. Abwegig ist es, zwischen Operationsräume und Nebenräume einen Korridor zu legen, der als Durchgang dient. Der sonst als Korridor dienende Raum soll vielmehr in die Operationsanlage eingeschlossen sein und allein ihren Zwecken dienen.

In nicht wenigen kleinen und mittleren, aber auch einigen größeren Krankenhäusern kann der Beobachter folgenden Befund erheben. Es sind wohl ein oder zwei prächtige „Operationssäle“ vorhanden, die Nebenräume aber sind ganz ungenügend. Letztere aber sind es, welche in Wirklichkeit gar nicht groß genug angelegt werden können. Denn all die zahlreichen Vorbereitungen beanspruchen notwendig viel Raum, wenn das Personal, welches sie größtenteils zu erledigen hat, nicht beengt und unzuverlässig arbeiten soll. Diese Vorbereitungen aber müssen peinlich genau durchgeführt werden, denn von ihnen hängt das Wohl der Kranken ebenso ab wie von der Geschicklichkeit des Operateurs. In vielen Krankenhäusern müssen diese Vorbereitungen zum Teil in den Operationsräumen ausgeführt werden, weil sonst kein Platz dazu vorhanden ist. Sie gehören aber da durchaus nicht hinein. Demnach lautet das Prinzip der Zweckmäßigkeit, dem die Zukunft gehört: *von dem verfügbaren Raum ist so wenig als möglich den Operationsräumen, soviel als möglich den sogenannten Nebenräumen zuzuwenden.*

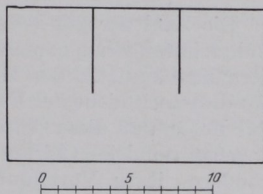


Abb. 1. Schema einer Operationsanlage mit 3 Operationsräumen und vorgelagertem größeren Raum.

II. Die Operationsanlage eines kleinen Krankenhauses.

a) Größe und Anordnung der Räume.

Die Zahl der gut vorgebildeten Chirurgen hat in den letzten Jahrzehnten so zugenommen, daß in Deutschland auch die kleinen Krankenhäuser in der Mehrzahl von solchen besetzt sind oder, wo dies noch nicht der Fall ist, ein solcher erstrebt wird. Das hat zur Folge, daß diese Chirurgen sich natürlicherweise nicht auf die sogenannte kleine Chirurgie und Notchirurgie beschränken wollen, sondern, ihrer Vorbildung und Fähigkeit entsprechend, auch schwierigere Operationen aller Art an den Kranken ihres Bezirkes vorzunehmen wünschen und auch vornehmen. Dazu ist aber eine zweckentsprechende Operationsanlage notwendige Vorbedingung. Die Besitzer solcher Krankenanstalten müssen darüber aufgeklärt sein, daß es nicht genügt, wenn sie einen Chirurgen anstellen, sie müssen ihm auch Arbeitsmöglichkeit gewähren. Dem augenblicklich größten Bedürfnis entsprechend soll daher der Ausgangspunkt unserer Betrachtungen die *Operationsanlage eines kleinen Krankenhauses* bis zu etwa 100 Betten sein, zu dessen Leitung meist ein Chirurg berufen wird und wo von den vorhandenen Betten in der Regel zu $\frac{3}{4}$ von chirurgischen Kranken belegt zu sein pflegen. Die Zahl der Operationen beläuft sich in solchen Krankenhäusern nicht selten auf 1000 und darüber im Jahr. Es wird dann ein leichtes sein, die Operationsanlage zu dem Raumbedürfnis eines mittleren und großen Krankenhauses zu erweitern.

Es handelt sich bei Krankenhäusern von der angegebenen Größe wohl stets darum, die Operationsanlage in einem mehrgeschossigen Bau unterzubringen. Sie muß so gelegen sein, daß sie von allen Teilen des Krankenhauses gut zugänglich ist, aber nicht als Durchgang dient und von den Krankenräumen tunlichst abgesondert ist. Man legt sie deshalb zweckmäßig an das Ende eines Gebäudeflügels oder in einen besonderen Vorbau. Bei Neubauten wird eine der wichtigsten Forderungen für die Gestaltung des Grundrisses die sein, daß die Operationsanlagen sowie alle anderen technischen Anlagen, Röntgenanlage, Gebärräume, Verwaltung, Aufnahme, Wohnungen usw., zusammengefaßt sind in einem besonderen abgeschlossenen Gebäudeteil, bei großen Anlagen in einem besonderen Gebäude (*Behandlungshaus*), damit die die Krankenräume enthaltenden Gebäudeteile oder Gebäude von der Unruhe jener Betriebe befreit sind. Weiter ist

darauf Rücksicht zu nehmen, daß die Operationsanlage auch vom Haupteingang des Krankenhauses oder einem Nebeneingang leicht zugänglich ist. Denn unter den angegebenen Verhältnissen hat der Arzt meist auch ambulante Kranke in seiner Operationsanlage zu versorgen, welche vom übrigen Krankenhausbetrieb möglichst fernzuhalten sind. Daraus ergibt sich, daß sich das Erdgeschoß am besten für die Operationsanlage eignet. Das hat dann noch den Vorteil, daß in dem unter ihr liegenden Keller- geschoß einige Räume vorgesehen werden können (Verbandstoff- lager, Schienenlager, Dampfsterilisator), welche mit ihr durch einen Materialaufzug in Verbindung gesetzt sind. Versucht man, diese Räume in der Operationsanlage selbst unterzubringen, so wird letztere räumlich zu sehr belastet.

Auch unter kleinen Verhältnissen muß der Chirurg zwei Operationsräume verlangen, um septische und aseptische Operationen zu trennen. Beide sollen von annähernd gleicher Größe und gleich- artig ausgestattet sein. Es ist nicht richtig, wie man des öfteren sieht, daß neben einem aseptischen Prunksaal ein ungenügender Raum für septische Operationen vorhanden ist. Ganz abwegig wäre es, in kleinen und mittleren Krankenhäusern etwa zwei räumlich völlig getrennte Operationsanlagen herzustellen, was organisatorisch zu den größten Schwierigkeiten führen muß.

Die *Form der Operationsräume* soll einfach sein, quadratisch oder rechteckig. Wie groß soll ihre *Grundfläche* sein? HELLER bezeichnet eine solche von 5 : 5 m als das Mindestmaß. In dem Großbetrieb des Krankenstiftes Zwickau arbeiteten wir in drei Operationsräumen von 4,5 : 5,5 m Grundfläche und fühlten uns niemals beengt, obwohl sehr häufig Zuschauer anwesend waren. Ich gebe aber zu, was HELLER betont, daß die größere Länge des Raumes nicht ausnutzbar ist, und daß es deshalb besser ist, an Länge zu sparen und die Breite zu vergrößern. Ich bezeichne daher den quadratischen Raum von 5 : 5 m Grundfläche nicht als Mindestmaß, sondern als *Normalmaß* für die Operationsräume, unter der Voraussetzung, daß diese Räume nicht etwa durch Türen abgeschlossene Einzelzimmer sind.

Die Höhe der Operationsräume entspreche der in Kranken- häusern üblichen Geschoßhöhe von 4 m. Es ist nicht notwendig, sie höher zu machen. Sie können also ohne Bauschwierigkeiten in den Gebäudetrakt hineingepaßt werden.

Es muß hier schon kurz die Frage berührt werden, ob die Operationsräume so weit vorgebaut sein müssen, daß sie wirk- sames, d. h. sehr weit zurück in den Raum übergreifendes Oberlicht haben müssen. *Diese Frage ist zu verneinen.* Dagegen läßt sich

ein Vorbau von höchstens 1,5 m Tiefe ohne Schwierigkeit und erhebliche Mehrkosten ausführen. Es wird dadurch ohne komplizierte Oberlichtkonstruktion ein schräg von oben einfallendes Tageslicht gewonnen. Näheres hierüber und die Begründung folgt S. 27.

Außer den Operationsräumen braucht die Operationsanlage zwei *Vorbereitungsräume*, für jeden Operationsraum einen, in denen die Ärzte und das Personal sich und den Kranken für die Operation vorbereiten, sowie einen Raum, in welchem die *Instrumente* vorbereitet, sterilisiert und nach dem Gebrauch wieder gereinigt werden. In vielen bestehenden Anlagen ist der Sterilisiererraum zwischen zwei Operationsräume gelegt und mit ihnen durch je ein Fenster verbunden, dazu bestimmt, die Instrumente hin- und zurückzureichen. Diese Raumordnung ist zwar zweckmäßig, aber nicht Bedingung. Denn der nach Abb. 1 den Operationsräumen vorgelagerte Gang ist eigentlich der gegebene Raum für die Sterilisationsvorrichtungen, zumal wenn mehr als zwei Operationsräume vorhanden sind. Es folgt ein größerer Raum (etwa 30 qm Bodenfläche), in welchem *Gipsverbände*, Verbandwechsel u. dgl. vorzunehmen, nötigenfalls auch *ambulante Kranke* abzufertigen sind. Gewiß gehört die Ambulanz eigentlich nicht in die Operationsanlage, und wo es möglich ist, wird man sie herauslassen. Aber in kleinen Betrieben ist der Arzt manchmal so auf sich allein gestellt, daß er genötigt ist, die Orte seiner Arbeit im Krankenhaus möglichst zusammenzulegen. Sehr erwünscht ist, einen für Spiegeluntersuchungen bestimmten, mit Verdunkelungsvorrichtung versehenen Raum in der Operationsanlage unterzubringen.

Dies sind jetzt einschließlich des zwischen ihnen liegenden breiten Ganges (Mittelgang) die Räume der eigentlichen Operationsanlage. Der Verkehr zwischen ihnen muß völlig ungehindert sein. Deshalb sollen sie nicht durch Türen gegeneinander abgeschlossen, sondern durch breite Öffnungen miteinander verbunden sein, so daß sie gleichsam einen einzigen großen Raum bilden.

Gegen das Fehlen abschließender Türen könnten zwei Einwände erhoben werden. Der eine besagt, der Lärm, den etwa ein Kranker in einem der Räume verursache, könne für die anderen störend sein, der andere richtet sich dagegen, daß die aseptischen nicht von den septischen Räumen durch Tür getrennt sind. Beide Einwände sind nicht stichhaltig! Denn wenn einmal ein Kranker in der Halbnarkose beträchtlichen Lärm verursacht, dann nützt die Tür nichts, und Asepsis und Sepsis lassen sich nicht durch

eine Tür, sondern nur durch die Organisation trennen, die dadurch bestimmt ist, daß alle Einrichtungen und Geräte in doppelter Zahl vorhanden sind und nicht gewechselt werden dürfen. Der gemeinsame Luftraum spielt keine Rolle.

In unmittelbarer Verbindung mit der Operationsanlage, aber durch abschließbare Türen von ihr getrennt, sind *Wartezimmer für Kranke* und ein Raum vorzusehen, in dem die *gebrauchte Wäsche* u. dgl. gereinigt werden kann, bevor sie in die Wäscherei zurückgegeben wird und in dem auch allerhand *Geräte* aufbewahrt werden können.

Wie bereits erwähnt, wird die Operationsanlage zweckmäßig im Erdgeschoß liegen und mit dem unter ihr gelegenen Kellergeschoß durch einen Materialaufzug verbunden, damit im Kellergeschoß drei wichtige Räume vorgesehen werden können: ein Raum für einen *Dampfsterilisator*, daneben ein Raum zur Aufbewahrung und Zurichtung von *Verbandstoffen* und *Wäsche* und ein Raum für das *Schienenlager*. Es muß daher in der Nähe auch eine Treppe zwischen Erdgeschoß und Keller vorhanden sein.

Wie lassen sich die Räume der Operationsanlage zweckmäßig zueinander anordnen? Ich gehe aus von einem Schema Abb. 2. Eine derartige schematische Zeichnung auf Millimeterpapier soll der Arzt dem Architekten vorlegen, der frei

mit ihr schalten darf, wenn er nur das Grundsätzliche beachtet, was sie ihm zeigt, und den geschlossenen Charakter der Anlage zu wahren weiß. Denn es gibt viele Möglichkeiten einer brauchbaren Anordnung.

In diesem Schema liegen nun also die beiden Operationsräume 1 und 2 nach Norden, ihre Fenster liegen an der Nordwand. Zwischen ihnen ist das nördliche Ende des 4 m breiten Mittelganges 9 als Sterilisiererraum gedacht, mit den beiden Operationsräumen durch zwei Fenster verbunden, welche jedoch nicht einander gegenüberliegen. Alle Räume stehen durch 2 m breite Öffnungen in Verbindung. Nur der Zugang zum Dunkelraum 8 ist durch einen zurückziehbaren Vorhang

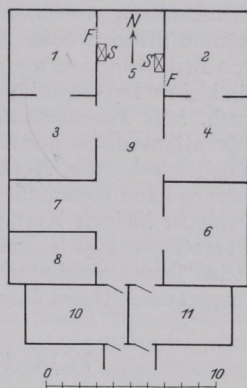


Abb. 2. Schema einer kleinen Operationsanlage. 1, 2 Operationsräume. 3, 4 Vorbereitungsräume. 5 Sterilisiererraum. 6 Gips- und Ambulanzraum. 7 Quergang. 8 Dunkelraum. 9 Mittelgang. 10 Warterraum. 11 Gebräuchte Wäsche, Geräte, Kleiderablage. SS Instrumentensterilisatoren. FF Durchreichfenster.

aus dunklem waschbaren Stoff abzuschließen. Ich hatte in der nach den hier vertretenen Grundsätzen erbauten Operationsanlage des Krankenhauses Zwickau alle Öffnungen zunächst mit Vorhängen versehen lassen. Im Betrieb hat sich aber gezeigt, daß sie nur für den Dunkelraum nötig, sonst aber störend und überflüssig sind. Die Räume 10 und 11, welche zugleich den Zugang zur Operationsanlage bilden, sind durch Türen abgeschlossen. Südlich schließt sich der die Operationsanlage mit dem übrigen Krankenhaus verbindende Korridor an, an welchen weitere Räume gelegt werden sollen, deren Nähe zur Operationsanlage von Bedeutung ist, wie Sprech- und Wartezimmer des Chefarztes, ein kleines Laboratorium und die Röntgeneinrichtung, welche aber auch, falls Personenaufzug vorhanden ist, unter oder über die Operationsanlage gestellt werden kann. Es wird nicht immer möglich sein, den Korridor als Arbeitsraum mit zu verwenden, oder es kann erwünscht sein, ihn durch Türen abzutrennen, z. B. wenn in kleinen Krankenhäusern ein Entbindungsraum in die Operationsanlage eingeschlossen werden soll. In diesem Falle sollen jedoch wenigstens die Operationsräume mit den Vorbereitungsräumen türlos durch breite Öffnungen in Verbindung stehen.

b) Die technischen Einrichtungen.

An der Hand des Schemas Abb. 2 sollen nun die technischen und sonstigen Einrichtungen der Räume der Operationsanlage erläutert werden. Die Wände der Operationsräume sollen einen nichtspiegelnden Kachelbelag von 2 m Höhe haben, der auch die Laibungen der Öffnungen gegen die Vorbereitungsräume einschließt. Der übrige Teil ihrer Wände ist mit einem möglichst, besonders gegen Feuchtigkeit widerstandsfähigen, glatten, abwaschbaren Material zu bedecken, mit welchem, entscheidet der Architekt, dem es überhaupt überlassen ist, für die hier erwähnten Materialien andere gleichwertige zu verwenden.

Es ist jedoch sehr zu raten, die Operationsräume vollständig, also Wände und Decken, zu verkacheln. Zwar erhöht das die Kosten der Anlage, aber eine derartige Wandbekleidung ist unbegrenzt haltbar und niemals ausbesserungsbedürftig, während verputzte und gestrichene Wände unter großer Störung des Betriebes häufig erneuert werden müssen. Die Kacheln machen sich daher bald bezahlt. Für die übrigen Räume der Operationsanlage entspricht glatter Putz und ein widerstandsfähiger, abwaschbarer Anstrich den zu stellenden Anforderungen. Es ist freilich sehr wünschenswert, überall die Wände bis 2 m Höhe mit Kacheln

zu belegen. In jedem Falle müssen hinter den Waschanlagen, Ausgüssen und Instrumentensterilisatoren solche liegen.

Der Fußboden erhält in allen Räumen einen Belag mit nicht glänzenden, aber auch nicht stark gekörnten oder gerieften Fliesen.

Der Übergang der Wände in Fußboden und Decke, alle Ecken, sowie die Kanten der Verbindungsöffnungen zwischen den Räumen sollen abgerundet sein.

Abwässerung des Fußbodens ist in allen Räumen, auch im Mittelgang 9 und im Quergang 7 nötig.

Über die *Farbtönung der Wände*, welche mit dem Beleuchtungsproblem eng zusammenhängt, s. S. 18.

Die *Fenster* der Operationsräume sind Eisenrahmen mit doppelter Verglasung und einigen Lüftungsflügeln. Soweit das die Umgebung zuläßt, soll klares Glas verwendet werden. Über Form und Größe der Operationsraumfenster, welche wieder durch das Beleuchtungsproblem bestimmt wird, s. S. 26. Alle übrigen Fenster sind gewöhnliche Fenster, im deutschen Klima selbstverständlich Doppelfenster. Auf gute Tageslichtbeleuchtung ist im Gipsraum besonderer Wert zu legen, etwa dadurch, daß man die Fenster bis zur Decke reichen läßt.

Der Raum 8 muß sich verdunkeln lassen, was in der einfachsten Form dadurch zu erreichen ist, daß die inneren Rahmen seines Doppelfensters nicht mit Glas, sondern mit Blech ausgefüllt sind. Die Blechscheiben müssen außen weiß gestrichen sein, um bei Sonnenbestrahlung zu große Wärmeabsorption zu vermeiden.

Für die *Türen*, soweit solche in Frage kommen, gelten die auch für die Krankenräume üblichen Vorschriften. Die Türflügel sollen möglichst glatt sein, und überall, wo Kranke auf Fahrbahnen durch Türen bewegt werden, *sollen die Türleibungen gegen Bestoßen wirksam geschützt sein.*

Alle *Schränke* sind einzubauen. Es sind erforderlich zwei große Instrumentenschränke. Die geeignete Stelle für sie ist in unserem Schema der Quergang 7. Ferner brauchen die beiden Vorbereitungsräume, der Gipsraum 6 und der Dunkelraum 8, je einen Wandschrank. Die Schranknischen sind mit glattem Putz und Anstrich zu versehen oder mit Kacheln auszulegen. Die Fächer werden durch Glasplatten gebildet, die Türen sind verglaste Eisen- oder Holzrahmen. Endlich ist eine Wandnische im Raum 10 oder 11 des Schemas als Kleiderablage für Ärzte auszubilden.

Künstliche Ventilation ist in Operationsanlagen, mögen sie groß oder klein sein, wegen der entstehenden Dämpfe, Gase und Gerüche unentbehrlich. Kräftige elektrische Ventilatoren sind anzubringen in den beiden Operationsräumen und im Gipsraum.

Die abgesaugte Luft wird entweder unmittelbar ins Freie oder in Abluftkanäle geleitet. In einem gegenüberliegenden Raum — im Schema wäre der Quergang 7 die geeignete Stelle — ist ebenfalls ein solcher, aber umgekehrt laufender Ventilator anzubringen, welcher frische Luft unmittelbar aus dem Freien in die Räume schafft (Chirurgische Klinik Tübingen). Die gleichzeitige Einstellung von zwei entgegengesetzt laufenden Ventilatoren erneuert die Luft in wenigen Augenblicken vollständig. Andere Absaugvorrichtungen (PERTHES) haben sich nicht bewährt.

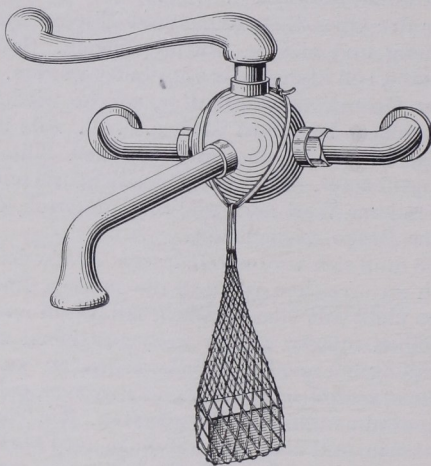


Abb. 3. Seifenbeutel, am Mischhahn hängend.

Die Heizkörper der Sammelheizung werden, soweit tunlich, unter den Fenstern aufgestellt. Auch in den Operationsräumen ist von jeder komplizierten verdeckten Heizanlage abzuraten. Die Heizkörper können auch da frei unter dem Fenster stehen, bedeckt als Fensterbrett mit einer Marmor- oder Schieferplatte, welche im Betrieb zum Abstellen von Geräten erwünscht ist. Es muß gesorgt werden, daß die Operationsanlage auch in der Nacht genügend warm gehalten wird. Die Temperatur darf in den Operationsräumen nicht unter 21°C sinken, während die durchschnittliche Temperatur 25° betragen soll.

Waschanlagen sind mit je 2—3 Becken anzubringen in den beiden Vorbereitungsräumen (3, 4), eine mit 2 Becken im Gipsraum 6

eine mit 1 Becken im Dunkelraum 8. Die Operationsräume bleiben frei von Waschanlagen und anderen überflüssigen Einbauten. Von den verschiedenen Beckenformen wären diejenigen zu wählen mit großem ovalen Becken und *mit Platte*, welche zum Abstellen von Bürsten u. dgl. dient. Seifennäpfe sind nicht nötig. Man legt die Seife in kleine weitmaschige Beutelchen aus filiertem Garn, welche am Mischhahn hängen (Abb. 3). Jede Schwester wird gern solche Beutelchen anfertigen. Es ist das eine von den vielen Noterfindungen der Kriegszeit, welche verdienen, den Krieg zu überleben.

Der Chirurg wäscht seine Hände vor und nach Operationen ausschließlich in *fließendem warmen Wasser*. Deshalb sind in den Waschvorrichtungen der Operationsanlage zwei Dinge, die man überall sieht, vollkommen überflüssig. Erstens die *Ablaufverschlüsse* der Becken, denn sie werden niemals gebraucht. Zweitens die sogenannten *Mischhähne*, welche so oft deshalb schlecht funktionieren, weil der Druck in der Kalt- und Warmwasserzuleitung nicht der gleiche ist. Die Einrichtung ist vielmehr womöglich so zu treffen, daß die Waschbecken nur *eine* Zuleitung erhalten, aus der Wasser von annähernd konstanter Temperatur (etwa 30°) fließt, wenn der in bekannter Weise durch den Ellenbogen zu betätigende Hahn geöffnet wird (Stadtkrankenhaus Erfurt). Wie das technisch zu verwirklichen ist, entscheide der Architekt. Wird kaltes Wasser gebraucht, so sind in der Operationsanlage genügend Zapfstellen zu seiner Entnahme vorhanden. Über jede Waschanlage gehört ein in die Wand eingelassener *Spiegel*.

Ausgüsse in Form größerer Tröge mit Kalt- und Warmwasserzuluß und Überlaufabfluß sind notwendig im Raum 11 und dem Gipsraum 6. Der erste soll genügend groß sein, um die gebrauchte Wäsche darin zu spülen. Der zweite kann kleiner und flacher sein. Über diesem rate ich, eine Inschrift anzubringen, welche etwa folgenden Wortlaut hat: „Gipshände und -gefäße dürfen nur an dieser Stelle bei geschlossenem Ablaufventil gewaschen werden.“

Der Trog muß nachher vor Öffnung des Ablaufventils ausgeräumt werden, damit der Gips nicht die Abflüsse verstopft. Ein Ausguß mit Wasserzapfstelle wäre endlich noch im Quergang 7 des Schemas anzubringen.

Die Stelle von zwei *großen Instrumentensterilisatoren* in dem Sterilisierraum 5 ist links von jedem der beiden Durchreichfenster zum Operationsraum im Schema angegeben. Besonders empfehlenswert ist das Modell der Firma Lautenschläger-Berlin, bei dem durch einen am Rande des Kochgefäßes durchgeleiteten Kaltwasserstrom jede Schwadenbildung im Raum verhindert

wird. Zur Beheizung der Apparate wird Dampf, Gas oder Elektrizität gebraucht. Auch wenn Dampf vorhanden ist, empfiehlt es sich, bei einem der Apparate trotzdem auch noch Gas- oder elektrische Heizung vorzusehen, damit er verwendbar bleibt, wenn z. B. in der Nacht der Dampf fehlt. Die im Krankenstift Zwickau bewährte Aufstellung des Apparates zeigt Abb. 4. Er steht auf

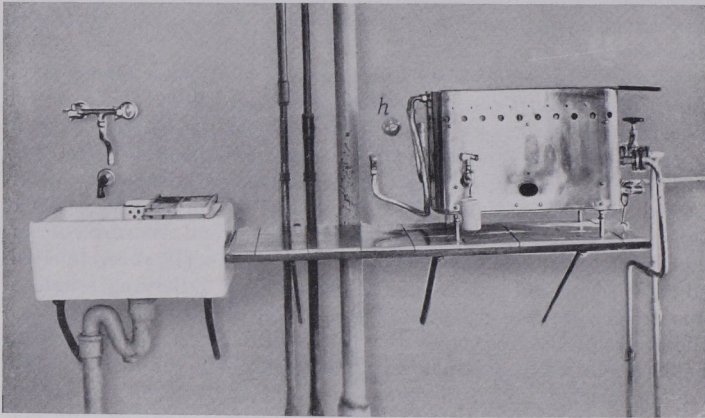


Abb. 4. Wie der Instrumentensterilisator anzubringen ist.
h Hahn für die Kondenswasserleitung.

einer mit Fliesen belegten Eisenplatte. Links von ihm ist auf dieser Platte noch so viel Raum, daß die Instrumentenschalen abgestellt werden können. Noch weiter links neben der Platte befindet sich ein Spülbecken mit Wasserzufluß und Abfluß zum Waschen der Instrumente. Eine durch den Hahn *h* zu betätigende Kaltwassernebenleitung führt zu der erwähnten, die Schwadenbildung verhindernden Einrichtung und von da zurück in das Spülbecken. Die beiden Instrumentensterilisatoren können auch in die beiden Durchreichfenster gestellt werden. In diesem Fall ist dann links von jedem Fenster eine Abstellplatte und ein Ausguß anzubringen. Die von Lautenschläger und anderen Firmen gelieferten vollständigen Sterilisationseinrichtungen für die Operationsanlage enthalten alles Nötige, auch einen Dampfsterilisator. Wenn eine derartige Einrichtung vorgezogen wird, dann ist aber in der Operationsanlage selbst noch ein Raum erforderlich, der als Niederlage und zur Vorbereitung der Verbandstoffe und Operations-

wäsche dient. Für kleinere und oft auch große Betriebe dürfte die vorgeschlagene Stellung des Dampfsterilisators im Keller geeigneter sein. Der alsdann notwendige Materialaufzug endet zweckmäßig im Mittelgang 9.

Außer den beiden großen Instrumentensterilisatoren sind noch zwei *kleine Instrumentenkocher* mit Gas- oder elektrischer Heizung erforderlich, der eine für den Sterilisiererraum, der andere für den Gipsraum 6, um kleine Instrumente, Spritzen u. dgl. auszukochen. Gasleitung mit Schlauchhähnen ist auch in die beiden Vorbereitungsräume zu legen. *Gaskocher und Bunsenbrenner* sind außerdem sehr schwer zu entbehren. Das Personal braucht sie täglich zum Auskochen von Flüssigkeiten. Sie könnten nur im Notfall durch elektrische oder Spiritusapparate ersetzt werden.

Ebenfalls im Mittelgang 9 endlich wären aufzustellen ein *Sterilisator für Wasser*¹ mit Dampf-, Gas- oder elektrischer Heizung, ein *Heißluftsterilisator* mit Gas- oder elektrischer Heizung und ein *Wärmeschrank* zum Anwärmen von Wäsche und Decken für die Operierten.

Beide Operationsräume brauchen je zwei wasserdichte *Steckkontakte* rechts und links in der Mitte ihrer Seitenwand. Weitere Steckkontakte sind je einer anzubringen in den Räumen 3—8, Wasserzapfstellen zum Anbringen eines Spritzenschlauches in den beiden Operationsräumen. In dem Quergang 7 denke ich mir endlich einen Schreibtisch aufgestellt, wo die Operationsbefunde diktiert und andere notwendige Schreibearbeit erledigt werden kann. Nicht vergessen werde der notwendige, an einer passenden Stelle des Mittelganges oder Querganges anzubringende Fernsprecher.

e) Die Beleuchtung.

Der Chirurg ist Feinarbeiter und braucht ein Licht, welches das Operationsfeld unter Vermeidung von Schlagschatten hell beleuchtet und sein Auge möglichst wenig anstrengt. Es handelt sich daher um eins der wichtigsten Probleme des Operationsraumbaus.

Die noch bis vor wenigen Jahren modernen Operationssäle waren fast durchweg in Weiß oder einem nur wenig getönten Weiß gehalten. Denn „größte Raumhelligkeit zu gewinnen, war das Ziel des Operationssaalbaus. Man erstrebte als Ideal der Beleuchtung eine möglichst diffuse Erhellung des Gesamtraums in der Vorstellung, daß größte Helligkeit das Sehen verschärfe und daß möglichst gleichmäßige Beleuchtung von allen Seiten am besten

¹ Kochsalzlösung wird besser in Glaskolben mit Watteverschluß sterilisiert und vorrätig gehalten.

geeignet sei, in alle Wundwinkel und Tiefen einer Wunde einzudringen“ (HELLER). Ihre extreme Auswirkung fand diese Vorstellung in einer Anzahl von geradezu als Glaskästen konstruierten Operationssälen, in denen dann zuweilen die Ärzte so geblendet wurden, daß sie bei ihrer Arbeit dunkle Brillen tragen mußten. Diese, das Auge schwer ermüdenden Blendungserscheinungen sind natürlich von vielen Ärzten beobachtet worden. Man suchte ihnen dadurch abzuhelpfen, daß z. B. eine Wand des Raumes (KRÖNIG) oder die Türen dunkel gefärbt wurden.

Auch sieht man in neuerer Zeit, zumal häufig im Auslande, das reine Weiß der Wandfarbe durch Beimengung von Grau und Tönung mit Gelb, Grün oder Blau abgedämpft. HABERLANDT erzählt, daß in Nord- und Südamerika die Operationsräume sehr häufig grün getönt seien. Hierdurch werden die Blendungserscheinungen schon erheblich beschränkt. Aber der Kern des Problems blieb unberührt und seine wissenschaftliche Erfassung erfolgte erst durch HELLER.

In diffus beleuchteten, größtenteils weißen oder weißähnlichen Operationsräumen, wo dann auch sämtliche Geräte weiß gestrichen waren und die Umgebung der Wunde mit weißen Tüchern abgedeckt wurde, ist das Operationsfeld notwendig der einzige dunkle Punkt im Raum, und das Auge des Operateurs verlangt eine sehr starke Beleuchtung, um unter so ungünstigen Verhältnissen doch noch gut zu sehen.

Der von HELLER aufgedeckte Irrtum der erwähnten Vorstellung hätte eigentlich längst erkannt werden müssen, wenn man sich an die alltägliche Erfahrung im Dunkelraum erinnert, wo der Arzt mit Hilfe einer verhältnismäßig schwachen Lichtquelle das von ihr allein beleuchtete Operationsfeld sehr gut zu erkennen imstande ist, was sich in dem Augenblick ändert, wo das Tageslicht zugelassen wird.

Es kommt, um gut zu sehen, nicht auf die absolute Beleuchtungsstärke an, sondern auf den Unterschied zwischen hell und weniger hell. Denn das Sehen besteht im „Wahrnehmen von quantitativen, räumlichen und zeitlichen Unterschieden des Lichtreizes“ (WEIGEL). Ein heller als seine Umgebung beleuchtetes Beobachtungsfeld (Infeld) ist auch bei geringer Beleuchtungsstärke besser zu erkennen als ein sehr hell beleuchtetes Infeld, dessen Umgebung (Umfeld) noch heller ist. Die Arbeitsfläche muß die höchste *Leuchtdichte* im Gesichtsfeld haben (SCHNEIDER). Unter *Leuchtdichte* versteht der Lichttechniker das von einer beleuchteten Fläche zurückgeworfene Licht. Die Menge der reflektierten Lichtstrahlen, welche unserem Lichtsinn den Eindruck einer bestimm-

ten Helligkeit vermitteln, ist nicht nur abhängig von der Beleuchtungsstärke, sondern auch vom Reflexionsvermögen dieser beleuchteten Fläche. HELLER fand, daß die Wunden, mit denen es der Chirurg zu tun hat, im Durchschnitt ein Reflexvermögen von etwa 10% besitzen, also 90% des Lichtes absorbieren, während weiße Tücher z. B. ein Reflexvermögen von gegen 80% besitzen, also nur 20% absorbieren. Es muß daher notwendig für das Sehen und für das Auge ein sehr ungünstiger Zustand eintreten, wenn die Umgebung der Wunde mit weißen Tüchern abgedeckt ist und außerdem das diffuse Licht einer weißen Umgebung eine weitere Verschlechterung bedingt.

Es fällt uns jetzt wie Schuppen von den Augen, wenn uns HELLER und sein technischer Mitarbeiter SCHNEIDER diese einfache und klare Sachlage in ihren Arbeiten erläutern. Die Folgerungen, welche daraus gezogen werden müssen, sind einigermaßen erschütternd und bedeuten für die Operationsanlagen eine Umwälzung. Der Operationsraum mit seinen Geräten darf nicht weiß oder weißähnlich gefärbt sein. Die von Ärzten und Schwestern getragenen Mäntel, die zum Abdecken der Wunden bestimmten Tücher, kurz die gesamte Operationswäsche darf nicht weiß sein. Das Licht im Operationsraum soll nicht diffus, sondern gerichtet sein, soll das Operationsfeld hell, den Gesamtraum aber weniger hell beleuchten.

Daß man auch anderwärts dem Sachverhalt bereits auf die Spur zu kommen suchte, zeigen Arbeiten von FLAGG und v. SCHUBERT, die auf die Unzweckmäßigkeit der weißen Farbe im Operationsraum hinweisen. Ferner hat, wie HELLER mitteilt, v. OPEL in Leningrad einen seiner Operationsräume und die Operationswäsche schwarz gefärbt, während CARRELL die Wände seiner Operationsräume im Rockefeller-Institut mit dunkelgrauen Kacheln auslegen ließ und schwarze Abdecktücher verwendet. Im allgemeinen ist man aber mit der Abdunkelung der Operationsräume viel zu schüchtern gewesen.

Wenn jetzt einzelne Operateure erklären, sie brauchten das nicht, so ergibt sich hieraus, daß auch noch ein subjektiver Tatbestand dabei eine Rolle spielt und daß sie in der Lage gewesen sind, sich an eine an sich wenig günstige Beleuchtung des Operationsfeldes zu gewöhnen. Die Beleuchtung soll aber so sein, daß auch ein subjektiv weniger günstig gestellter Operateur die besten Ergebnisse vorfindet und ohne Ermüdung der Augen gut sehen kann. Ganz besonders wichtig ist dabei natürlich das Abdecken der Wunde mit dunklen Tüchern. Denn werden weiße Tücher verwendet, so bleibt nach wie vor der sehr schlechte Umstand

bestehen, daß die Wunde dunkel und ihre Umgebung hell ist. Es hat daher die Abdunkelung des Raums wenig Sinn, wenn man nicht auch die letzte Folgerung zu ziehen sich bequemt.

Hier ist jetzt der Ort, die zweckmäßige Wand-, Fußboden- und Deckenfarbe der Räume der Operationsanlage einzuschalten, welche mit dem Beleuchtungsproblem in engem Zusammenhang steht. In den Operationsräumen handelt es sich darum, weniger Licht reflektierende, mehr Licht resorbierende Flächen zu schaffen, wobei das von v. OPEL gewählte Extrem aus begrifflichen Gründen zu vermeiden ist. Dem Zweck entspricht am besten eine Mischung von Schwarz und Weiß, also Grau, nach Wunsch getönt durch Farben, welchen, ist ziemlich gleichgültig.

Für die Operationswäsche ist ein Lichtreflexionsvermögen von etwa 10% zu verlangen. Dem entsprechen ungefähr die Stufen k und l der OSTWALDSchen Grauleiter mit 11 und 8,9% Reflexionsvermögen¹. Bei der Wand- und Fußbodenfarbe braucht dagegen nach HELLER nicht bis zum Lichtreflexionsvermögen der Wunde herabgegangen zu werden, um auch der Forderung der Reinlichkeit, einer ästhetischen Gesamtwirkung und einer gewissen Helligkeit des Gesamtraums zu genügen. Der notwendige Grad des Lichtreflexionsvermögens von Wand und Fußboden wäre auf etwa 20% zu schätzen. Dem entspricht die Stufe g der OSTWALDSchen Grauleiter mit einem Reflexionsvermögen von 22%. Die Messungen des Reflexionsvermögens der OSTWALDSchen Graustufen sind von L. SCHNEIDER (nach persönlicher Mitteilung) ausgeführt.

Die etwa verschiedene Tönung einzelner Flächen, das Anbringen von Gegenfarben, das Absetzen von Streifen in anderen Farben im Interesse einer ästhetischen Wirkung, welche auch für die Kranken keineswegs ohne Bedeutung ist, bleibt Sache des Architekten. Die Farbe der Decke kann, wie bisher üblich, ein nur leicht getöntes Weiß sein, im Interesse der Gesamtbelichtung.

HELLER hat untersucht, wie hoch die dunkle Farbe der Wände hinaufreichen soll: mindestens so weit, daß das Auge des Operateurs die dunkle Fläche in der Regel nicht zu verlassen braucht. Dem entspricht ungefähr eine Blickrichtung des stehenden Operateurs von 45° nach oben. Bei der von uns angenommenen Fläche des Raums von 5 : 5 m und Höhe von 4 m muß daher (Abb. 5) die Abdunklung mindestens bis zur Decke reichen. Soll der ganze Operationsraum einschließlich der Decke verkachelt werden, so

¹ Geeignete waschechte indanthrengefärbte Operationswäsche von blauer Farbe liefert die Firma Wolfgang Richter, Breslau 13, Kaiser-Wilhelm-Str. 115.

dürfte gegen die Verwendung dunkler Kacheln auch für die Decke kein Bedenken zu erheben sein.

Daß ein solch farbiger Operationsraum ungleich beruhigender und ästhetischer wirkt als einer der bekannten Glaskästen, auch der gewohnten Umgebung des Kranken viel besser angepaßt ist, davon kann man sich leicht überzeugen durch einen Besuch der Operationsanlagen im Krankenhaus St. Georg in Leipzig (HELLER), Friedrichstadt-Dresden (FROMME), Erfurt (MACHOL), Magdeburg (WENDEL). Die Raumgestaltung ist in diesen Anlagen freilich nicht vorbildlich, wenn sie auch selbstverständlich ihren Zweck erfüllt. Die „Operationssäle“ sind zu groß und die technischen Einrichtungen vielfach unnötig kompliziert. Dagegen findet man in Kreuzburg O.-S. (PEUCKERT) und Schatzlar-Tschechoslowakei (HAVLICEK) in Farbe und Raumverteilung mustergültige kleine und einfache Operationsanlagen, welche ihren Zweck ebenso gut erfüllen wie jene komplizierten Anlagen. HELLER erwähnt endlich noch die Anlagen in Marktredwitz, Neumarkt (Oberpfalz) und in der Volkshelstätte Landeshut i. Schles.

Für die übrigen Räume der Operationsanlage bedarf es keiner besonderen Vorschriften. Sie brauchen diffuse Raumbeleuchtung. Dementsprechend sind alle Flächen hell zu tönen.

Wir kehren zum Beleuchtungsproblem zurück.

Die künstliche Beleuchtung. Wir folgen auch weiter im wesentlichen den Ausführungen HELLERS. In einem in der angegebenen Weise abgedunkelten Raum ist es leicht, mit Hilfe künstlicher Beleuchtung eine vorzügliche Helligkeit des Operationsfeldes zu gewinnen. Die Vorteile der künstlichen Beleuchtung lassen sich indessen nur dann voll ausbeuten, wenn man ihr die Strahlenrichtung gibt, welche zum Ausleuchten von trichterförmigen Hohlräumen notwendig ist und wenn die Entstehung von Schlagschatten vermieden wird. Erforderlich ist eine Beleuchtungsstärke von 5000 Lux. Sie ergibt bei 10% Lichtreflexion von der Wunde als Leuchtdichte des Beobachtungsfeldes 500 Lux auf Weiß. Zu fordern ist eine Leuchtdichte von 200 Lux auf Weiß. Wünschenswert ist aber ein Überschuß, der vollkommene Beleuchtung auch dann sicherstellt, wenn ein Teil der Lichtstrahlen, z. B. durch den Kopf des Operateurs, abgefangen wird.

Die Aufhellung eines Wundtrichters ist, wie Abb. 6 zeigt, nur

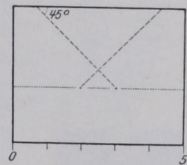


Abb. 5. Querschnitt durch den Operationsraum. Das Auge des Operateurs befindet sich rechts und links von der Mittellinie 50 cm entfernt und 165 cm über dem Fußboden. Blickrichtung im Winkel von 45° nach oben (nach HELLER).

durch konvergente Strahlen befriedigend zu erzielen. Die Glühlampenkrone, welche trotz ihrer erheblichen Mängel (Blendung des Operateurs, sehr starke Wärmeentwicklung, unbenutzte Ausstrahlung eines großen Teils des Lichtes in den Raum) noch verschiedentlich im Gebrauch ist, war daher von den älteren Operationsbeleuchtungen nicht die schlechteste. Auch sonst ist eigentlich überall für die *künstliche* Beleuchtung nicht die *Operationssaalbeleuchtung*, sondern die *Operationsfeldbeleuchtung*

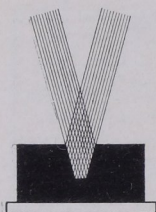


Abb. 6. Schematische Darstellung der Beleuchtung eines Wundtrichters durch konvergente Lichtstrahlen.

das Ziel gewesen (z. B. die Einrichtung von SIEDENTOPF, die ZEISSschen Hohlspiegellampen usw.). Als abwegig aber ist der Versuch zu bezeichnen, durch Beleuchtung des Oberlichtes oder indirekte Deckenbeleuchtung ein diffuses künstliches Raumlicht zu erhalten. Diese Konstruktionen sind in der Hauptsache wohl ausgeführt worden, um frei im Operationsraum hängende Beleuchtungskörper zu vermeiden, ein Vorurteil, seitdem wir wissen, daß die Infektionsgefahr für Wunden nicht an Staubspuren der Luft, sondern an den Händen des Arztes haftet.

Es mag an dieser Stelle genügen, diejenigen neueren Konstruktionen zu erläutern, durch welche das Problem der künstlichen Operationsfeldbeleuchtung sehr gut gelöst ist.

Dies ist zunächst durch die Operationsfeldbeleuchtung von v. SCHUBERT geschehen (Abb. 7)¹. Der Lichtstrom einer 1000 Watt Projektionslampe wird durch einen Parabolspiegel von 64 cm Durchmesser vereinigt und durch 6 Planspiegel von je 25:30 cm Fläche, die auf ein Rechteck von 100:60 cm Seitenlänge verteilt sind, in 6 konvergente Strahlenbündel aufgeteilt, die sich im Wundtrichter vereinigen. Die Spiegelgruppe ist je nach der Richtung der Achse des Strahlenbündels 130—180 cm vom Operationsfeld entfernt und ist sehr leicht einstellbar. Die Anordnung eignet sich daher sowohl für Operationen in wagrechter Lage des Kranken als auch für Beckenhochlage und Steinschnittlage. Es treten nur geringe Schatten auf, die nicht stören und bei günstiger Einstellung fast vermieden werden können. Die Beleuchtungsstärke auf dem Operationsfeld beträgt bei Verwendung einer 1000 Watt-Lampe ungefähr 40 000—50 000 Lux. Wärmeleitung ist nicht vorhanden, Wärmestrahlung wird durch eine

¹ Fabrikant: Firma Knips, Berlin NW, Piekstr. 32.

Wasserkuvette fast restlos absorbiert. Der Lichtstärke der zu verwendenden Glühlampe ist nach oben und unten keine Grenze gesetzt. Durch sinnreiche Anordnung eines weiteren Spiegels ist es möglich, den Gang der Operation photographisch und kinematographisch festzuhalten. Bei Verwendung einer Glühlampe von 5000 Watt können bei einer Beleuchtung des Operationsfeldes von ungefähr 250 000 Lux ohne nennenswerte Wärmeentwicklung farbige Filmaufnahmen gemacht werden. Beim Versagen einer

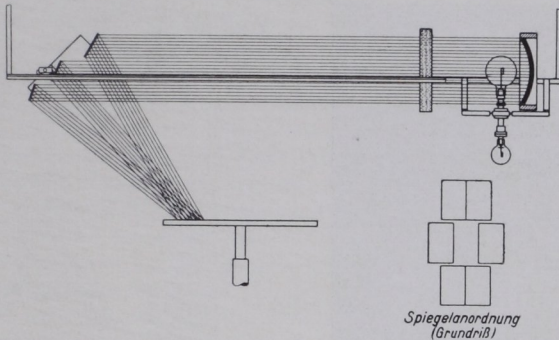


Abb. 7. VON SCHUBERTS Operationsfeldbeleuchtung.

Glühlampe kann sie durch eine einfache Drehung durch eine zweite ersetzt werden. In diesem Falle ist also ein für gewöhnlich unerwünschter Überfluß an Licht vorhanden. Denn nach HELLER ist eine Beleuchtungsstärke von 5000 Lux auf dem Operationsfeld nötig und ausreichend, wobei zu bemerken ist, daß für mich, wiewohl für die Mehrzahl der Menschen auch diese Beleuchtungsstärke nicht erträglich ist, wenn die Umgebung der Wunde mit weißen Tüchern abgedeckt wird.

HELLER hat ferner zwei Lampen französischer Herkunft beschrieben und erprobt, die *Scialytiquelampe* und die *Asciatique-lampe*.

Die *Scialytiquelampe* (Abb. 8a,b) ist nach Art der Leuchtturmlampen gebaut. Eine kleine helle Glühbirne von 150 Watt ist von einem Fresnelschen Prismenring umgeben. Die durch die Prismen parallel gerichteten Lichtstrahlen werden von einem Spiegelkranz als ein Kegelmantel konvergent gerichteter Strahlen in etwa 120 cm Entfernung von der Lampe in einem außerordentlich hellen Lichtkreis vereinigt. Die Glühbirne ist durch einen Spiegel völlig verdeckt, so daß die brennende Lampe selbst un-

sichtbar bleibt. Da das Innere des Lichtkegelmantels keine Strahlen zum Operationsfeld sendet, kann man den Kopf unter die Lampe halten, ohne daß er einen Schatten wirft. Man nimmt damit nur einen Bruchteil der Strahlen des gesamten Strahlenkreises fort, so daß die Beleuchtung tatsächlich schlagschattenfrei genannt werden kann¹.

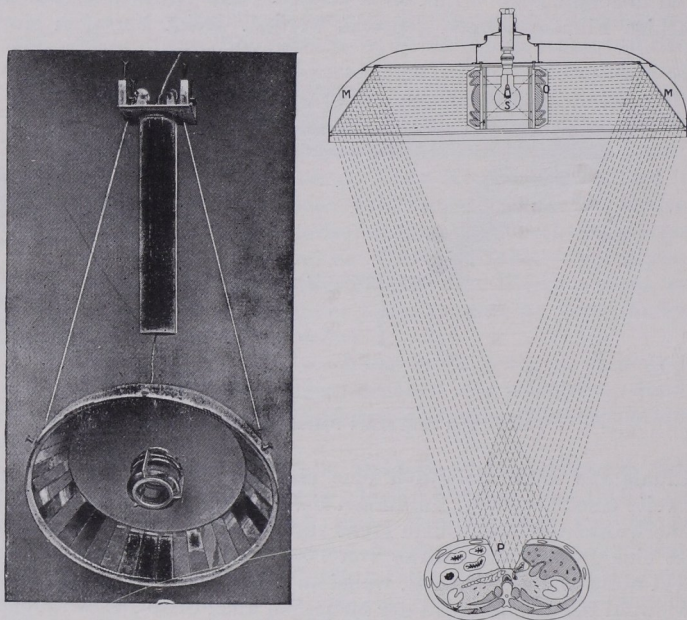


Abb. 8. Die Scialytiquelampe.

Die Lampe hat als großes Modell 90 cm, als kleineres 75 cm Durchmesser. Sie ist an drei Drahtschnüren durch Gegengewichte ausbalanciert aufgehängt, so daß man den Lichtkegel dahin richten kann, wo man ihn braucht. Das große Modell der Lampe erzeugt bei einem Stromverbrauch von 150 Watt eine Beleuchtungsstärke im Lichtkreis von 8000—9000 Lux bei 120 cm Abstand. Auch gibt es noch ein Modell mit 45 cm Durchmesser, welches als Standlampe oder an einem beweglichen Wandarm zu verwenden ist.

¹ Beschreibung nach HELLER. Bezugsquelle: Barbier, Bénard & Turenne, Paris 19, Rue Curial 82; ferner die Firma M. Schaerer, Bern.

Die *Asciatique Lampe* ist ein abgestuft konischer Metallreflektor von 75 cm Durchmesser mit einer Glühbirne von 200 Watt. Die Lichtstrahlen treffen zum größten Teil konvergent gerichtet im Operationsfeld zusammen. Ein kleiner Teil erhellt infolge der Bauart des Reflektors mit einem schwachen Schein auch die Umgebung des Operationsfeldes. Auch bei dieser Lampe ist die Glühbirne verdeckt. Die Lampe ist an vier Drähten ausbalanciert aufgehängt und infolge ihres geringen Gewichts sehr leicht in jeder gewünschten Richtung einzustellen. Sie wirkt ebenfalls praktisch vollkommen schlagschattenlos. Sie hat im Lichtkreis eine Beleuchtungsstärke von 2000 Lux bei einem Abstand von 120 cm¹.

Beide Lampen, die Scialytiquelampe wie die Asciatique Lampe, haben eine nicht unerhebliche Wärmestrahlung. Bei der Scialytiquelampe ist dies jedoch jetzt ähnlich wie bei der noch zu beschreibenden Pantophoslampe im wesentlichen beseitigt. Die Scialytiquelampe ist im Auslande außerordentlich weit verbreitet. In Deutschland wurde sie erst durch HELLER bekannt.

Die Zeißwerke in Jena endlich bringen eine Operationslampe, die *Pantophoslampe*, in den Handel. Ich selbst habe mit dieser Lampe noch längere Zeit (im Krankenstift Zwickau) gearbeitet und habe sehr bedauert, sie erst gegen Ende meiner chirurgischen Tätigkeit kennenzulernen. Denn schwierige Tiefenoperationen konnten mit größerer Zuverlässigkeit und Schnelligkeit ausgeführt werden, als das früher möglich war.

Bei der *Pantophoslampe* (Abb. 9 u. 10), welche der Scialytiquelampe nachgebildet ist, ist deren Planspiegelkranz durch einen geschliffenen Hohlspiegel ersetzt. Die Lichtquelle ist eine Milchglasbirne von normal 150 Watt. Doch können nach Bedarf auch schwächere oder stärkere Glühlampen eingesetzt werden. Die Lichtquelle ist von einer Wärmeschutzglocke von Eisenoxydglas umgeben, welche ohne merkliche Schwächung des sichtbaren Lichts bis fast 90% der Wärmestrahlung absorbiert und zugleich dem Licht eine Farbe gibt, welche vom Tageslicht kaum zu unterscheiden ist. Mit der 150 Watt-Milchglasbirne wird eine Beleuchtungsstärke auf dem Operationsfeld von 5000 Lux erzielt. Das Licht ist schlagschattenfrei. Von irgendwelcher Wärmewirkung bemerkt der Operateur nichts. Die Glühlampe selbst ist nicht sichtbar. Ein sehr kleiner Teil des Lichts wird seitlich herausgelassen und genügt für die sogenannte Verkehrsbeleuchtung

¹ Beschreibung nach HELLER. Bezugsquelle: Gallois & Co., Lyon, Boulevard des Brotteaux 41.

des abgedunkelten Operationsraums. Die Lampe wird entweder fest an einem Punkt oder — bei unseren kleinen Operationsräumen kommt das nicht in Frage — wagrecht verschieblich auf einer Laufschiene aufgehängt. Sie ist durch Ausziehen oder Zusammenschieben der Aufhängevorrichtung beliebig in der Höhe verstellbar und seitlich zu kippen. Sowohl die französischen Lampen wie die Pantophoslampe lassen sich so weit seitlich um-

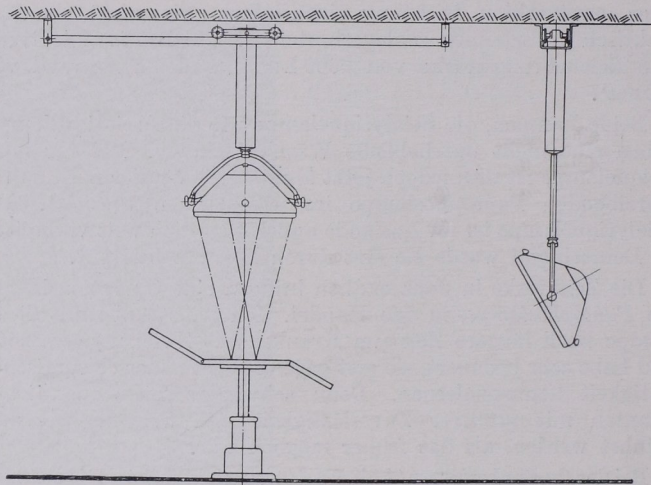


Abb. 9. Die Pantophoslampe (nach HARTINGER).

legen, daß sie bei leichter Beckenhochstellung des Operationstisches ausreichende Beleuchtung auch für perineale und vaginale Operationen ergeben.

Um auch rein wagrechte Richtung der künstlichen Beleuchtung zu gewinnen, empfiehlt sich folgende Einrichtung. Zwei kleinere Lampen, z. B. Zeiss-Hohlspiegellampen oder besser das kleinste Modell der Scialytiquelampe, werden als bewegliche Standlampen montiert und so gestellt, daß sich ihre Lichtstrahlen über die Schultern des Operateurs hinweg und an seinem Kopfe vorbei im Operationsfeld vereinigen. Diese zwei Stehlampen sind auch sonst ein unentbehrliches Inventar der Operationsanlage.

Kehren wir nun zu unseren beiden Operationsräumen von 5:5 m Grundfläche zurück, so ist festzustellen, wo die Operations-

lampe aufgehängt werden soll. Nicht in der Mitte, da der Operationstisch in der Regel der Fensterwand näher stehen wird und das schräg von vorn oben einfallende Licht am meisten gebraucht wird. Die zweckmäßigste Stelle dürfte deshalb in der Mittellinie etwa 2 m von der Fensterwand entfernt sein. Wagrechte Ver-

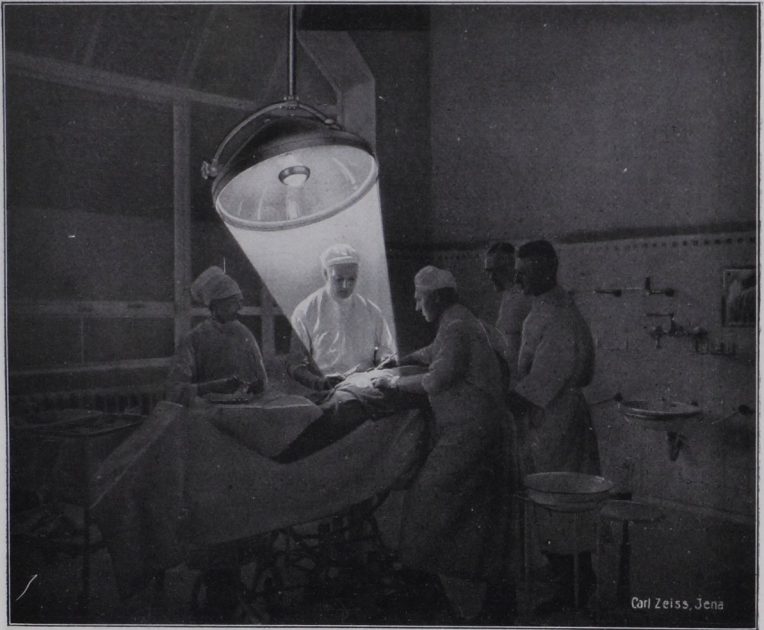


Abb. 10. Die Beleuchtung des Operationsfeldes mit der Pantophoslampe bei Abdunkelung des Raums. (Nach HARTINGER.)

schieblichkeit der Lampe ist in den kleinen Räumen nicht notwendig.

Außer der Operationslampe sind rechts und links von der Deckenmitte noch zwei schwache Glühlampen in Form von Bullaugen anzubringen für die Raumbelichtung, die Vorbereitung und Reinigung der Räume. Beide Operationsräume sollen gleichartig beleuchtet sein. Diese Nebenbeleuchtung reicht im Verein mit den erwähnten Stehlampen aus, um auch eine zweite Opera-

tion an demselben Kranken, z. B. die Freilegung einer Vene zur Infusion, auszuführen.

In den übrigen Räumen der Operationsanlage geschieht die künstliche Beleuchtung durch Bullaugen an der Decke. Sogenannte Tageslichtbeleuchtung ist hier nicht am Platze. Um bei einem Versagen der Operationslampe nicht in Schwierigkeiten zu geraten, empfiehlt es sich, Operationslampen und Steckkontakte in verschiedene Stromkreise zu legen. Durch Anschluß einer Stehlampe kann man sich dann im Notfalle helfen. Beim Versagen der ganzen Beleuchtung im Zentrum kann nur die Einschaltung eines bereitstehenden Akkumulators helfen.

Die natürliche Beleuchtung. Das Problem ist schwieriger zu lösen als das der künstlichen Beleuchtung. Wir brauchen bei Operationen entweder Licht von oben oder, am häufigsten, von vorn oben oder unmittelbar von vorn. Das Tageslicht würde demnach in den Raum durch einen Spalt von bestimmter Breite einzudringen haben, der an der Fensterbrüstung der Nordseite

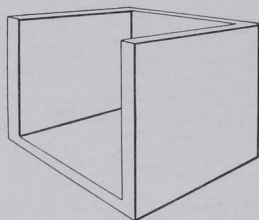


Abb. 11. Operationsraum mit Lichtspalt.

beginnt und oben sich in bestimmter Länge als Oberlicht auf die Decke fortsetzt (Abb. 11). Alle Seitenfenster sind vom Übel, da sie den Operateur blenden, ohne für die Beleuchtung des Operationsfeldes etwas zu leisten. Da nun stets nur die eine oder die andere Richtung des Lichtstroms gebraucht wird, so würde, wie HELLER zutreffend ausgeführt hat, das beste Ergebnis dann zu erzielen sein, wenn der überflüssige Anteil des Lichtstroms durch

Rolljalousien abgeblendet werden kann. *Wie breit muß der Lichtspalt sein?* Nun, offenbar so breit, daß er genügend seitliche konvergente Strahlen liefert, welche in die Tiefe eines Wundtrichters eindringen können und nicht so breit, daß er als Seitenlicht wirkt und dann leicht störend in das Gesichtsfeld des Operateurs fällt. Ein Blick auf die Abb. 5, welche zur Bestimmung der Höhe der dunklen Wandfarbe diente, ergibt, daß die Spaltbreite bei einer Raumhöhe von 4 m 3,5—4 m betragen soll. Dies wäre demnach auch die vorteilhafte Breite des Frontfensters an der Nordwand eines 5 m breiten Raums. Sehr wichtig ist, daß am Übergang des Frontfensters in das Oberlicht nicht störende Konstruktionen angebracht sind, welche den wichtigsten Teil des Lichts wegnehmen. Die Tiefe des Oberlichts wäre so zu bemessen, daß der Operationstisch ganz oder wenigstens bis zur Mitte unter

dem Oberlicht steht, und müßte demnach 2,5 bis 3 m betragen, wenn es voll ausgenutzt werden soll. Damit kommen wir bereits in Schwierigkeiten mit der Operationslampe, welche innerhalb des Oberlichts oder verschieblich aufzuhängen wäre.

Es kommen aber noch sehr viele andere Erwägungen hinzu, welche uns veranlassen müssen, *auf weit zurückreichendes Oberlicht zu verzichten.*

Die Operationsräume müssen, um ein wirksames Oberlicht zu erhalten, sehr weit vorgebaut, fast frei gestellt werden, und es ist eine nicht unkomplizierte Deckenkonstruktion erforderlich, welche wieder einen nicht unbeträchtlichen Teil des Lichts wegnimmt. Beides verursacht Mehrkosten. Das Oberlicht darf ferner nicht von der Sonne beschienen sein. Läßt es sich daher nicht in den Gebäudeschatten legen, so bedarf es einer weiteren komplizierten Konstruktion (Wabenblende). Und das Ergebnis? An trüben Tagen, bei Regen und Schneewetter ist die Oberlichtbeleuchtung ungenügend! Entscheidend aber ist folgendes. Eine so vollendete, zuverlässige Tiefenbeleuchtung, wie sie z. B. die Pantophoslampe gibt, ist mit Tageslicht auch nicht annähernd zu erreichen, man müßte denn zu *Spiegeln und Linsen* greifen. Darüber nachzusinnen, wäre vielleicht der Mühe wert, denn die Lösung würde vermutlich den Bau der Operationsräume erheblich vereinfachen. Nach Einführung der Pantophoslampe haben wir in Zwickau bei Tiefenoperationen auch am Tage in der Regel die Lampe angezündet. Ihr Licht ist dem Tageslicht so angeglichen, daß vollständig die bekannte Zwiellichtempfindung ausbleibt, welche sonst den Übergang von natürlicher zu künstlicher Beleuchtung begleitet. Ihr Licht ist heller als das hellste Tageslicht. Das gleiche Verfahren konnte ich bei einer Orientierungsreise an verschiedenen Stellen beobachten. Obwohl da ein durchaus sachgemäß gebautes großes Oberlicht vorhanden war, operierte man an keineswegs trüben Tagen um die Mittagszeit mit brennender Pantophos- oder Scialytiquelampe.

Wir kommen daher zu dem unvermeidlichen Schluß, daß das Oberlicht im Operationsraum eine überflüssig gewordene Fiktion und ein durchaus entbehrlicher Luxus geworden ist. Denn es wird niemals das erreicht, was beabsichtigt war. Nicht unerwähnt kann bleiben, daß die 37 Operationsräume der Mayo-Kliniken in Rochester, welche für die englisch sprechende Welt vorbildlich sind, sämtlich glatt ohne Vorbau in den Gebäudetrakt eingebaut sind, die gleiche Geschoßhöhe haben wie alle übrigen Räume und kein Oberlicht besitzen.

Es erhebt sich jetzt die Frage, ob es denn bei dieser Sachlage

nicht richtig wäre, auf das Tageslicht ganz zu verzichten. Die Höhlenspezialisten, welche mit dem Spiegel arbeiten müssen, sind ja darauf selbstverständlich eingestellt. Auch meint v. SCHUBERT bereits, daß die Verbesserung der künstlichen Operationsfeldbeleuchtung dazu führen muß, daß ein Operationsraum schließlich überall ohne Rücksicht auf das Tageslicht hingelegt werden kann.

Es gibt auch einige Chirurgen, welche grundsätzlich unter Ausschluß des Tageslichts operieren, meist allerdings gezwungen durch Ungunst baulicher Verhältnisse. Wo solche vorhanden sind, z. B. in Privatkliniken, wird man in der Tat von der Tageslichtbeleuchtung ganz absehen.

Vor einiger Zeit sollte in einer Sächsischen Strafanstalt ein Raum geschaffen werden, wo gelegentlich ein zugezogener Chirurg Operationen ausführen könne. Es war da nun beabsichtigt, in die enorm dicke Mauer ein großes Fenster zu brechen. Das ist auf meinen Rat unterblieben, weil die Beschaffung einer Pantophoslampe ein weit besserer und billiger Weg ist, um auch den verwöhntesten Chirurgen zufriedenzustellen.

Ohne Zwang der Verhältnisse aber werden Chirurgen und Gynäkologen, zumal in größeren Betrieben, nicht leicht sich entschließen, einen großen Teil ihres Lebens als Höhlenbewohner zu verbringen. HELLER weist ferner mit Recht darauf hin, daß zahllose kleinere und die Körperoberfläche betreffende Operationen sich bei jeder Beleuchtung gut ausführen lassen, und daß es schon deshalb unnötig und unzweckmäßig wäre, grundsätzlich und ohne Zwang auf das natürliche Licht ganz zu verzichten.

Wohl aber müssen diese Betrachtungen dazu führen, von dem direkt von oben durch das Oberlicht einfallenden Tageslicht grundsätzlich abzusehen, nur die von vorn oben und die wagrecht von vorn einfallenden Lichtstrahlen zu verwerten, dagegen das künstliche Licht zu Hilfe zu nehmen, sobald es notwendig wird.

In sehr hohen Operationsräumen genügt ein bis zur Decke reichendes Frontfenster allein vollkommen, um das von oben vorn einfallende Tageslicht ausreichend einzufangen. In den von uns angenommenen, 4 m hohen Räumen ist es zwar nicht notwendig, aber doch wünschenswert, den Tageslichtspalt eine kurze Strecke, 1—1,5 m, an der Decke weiterzuführen, um die gleiche Menge von vorn oben einfallenden Lichts einzufangen, wie das Frontfenster eines viel höheren Raums. Das erfordert ein nur geringes Vorrücken der Operationsräume aus dem Gebäudetrakt, und man bedarf keiner sogenannten Oberlichtkonstruktion mit doppelter Glasdecke.

Ich erinnere mich, gelegentlich eine Konstruktion gesehen zu

haben, wo, kann ich nicht mehr angeben, die sich aus Abb. 12 ergibt. Das Frontfenster geht allmählich bogenförmig auf die Decke über. Noch einfacher ist die von mir angegebene und meines Wissens zuerst in der Operationsanlage des Diakonissenhauses Kreuzburg (O.-S.) ausgeführte¹ Konstruktion (Abb. 13). Das Frontfenster steht bis zur Höhe von 2 m senkrecht, von da schräg nach rückwärts zu dem hinteren Rande des 1,5 m langen Lichtspalts der Decke. Die Schräge ist steil genug, um das Liegenbleiben von Schnee zu verhindern und den Wasserabfluß zu gewährleisten. So gewinnt man den besten Teil des Tageslichts für den Raum.

Die gleiche Konstruktion ist neuerdings für Oberlicht von 3 m Tiefe ausgeführt im Krankenhaus Westend Berlin, in Magdeburg-Sudenburg und in Landsberg a. W.

Es wurde bereits darauf hingewiesen, daß mit Tageslicht die beste Belichtung des Operationsfeldes dann zu gewinnen ist, wenn der Teil des Lichtstroms, der im gegebenen Falle nicht gebraucht wird, abgeblendet ist. Der Photograph kann in seinem Arbeitsraum auch kein diffuses Licht brauchen, sondern muß den störenden Teil des Lichts abblenden. Das menschliche Auge verhält sich nicht anders wie die lichtempfindliche Platte. HELLER empfiehlt deshalb wenigstens die Möglichkeit zur Abdunklung der wagrechten Strahlen durch eine von unten nach oben zwischen den Doppelfenstern laufende Rolljalousie vorzusehen, ähnlich denen in den Schlaf- und Speisewagen der D-Züge. Bei der in Abb. 13 wiedergegebenen Anordnung würde ohne Schwierigkeit sich eine zweite von oben nach unten laufende derartige Jalousie anbringen lassen, um auch den oberen Teil des Lichtstroms nach Bedarf auszuschalten. Ob diese im Stadtkrankenhaus Erfurt und in dem schon erwähnten Bezirkskrankenhaus in Schatzlar durchgeführte Verdunklungsmöglichkeit wichtig genug ist, um die Mehrkosten von Doppelfenstern anstatt der doppelten Verglasung der Operationsraumfenster zu rechtfertigen, kann ich noch nicht beurteilen.

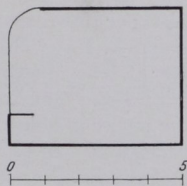


Abb. 12. Operationsraum mit bogenförmigem Frontfenster.

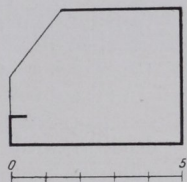


Abb. 13. Operationsraum mit abgeschrägtem Frontfenster.

¹ Architekt Lenz in Kreuzberg, O.-S.

d) Die sonstigen Einrichtungen der Operationsanlage.

Sie sollen hier nur kurz gestreift und aufgezählt werden, meist unter Verzicht auf Abbildungen, welche der Arzt in den Preislisten der einschlägigen Firmen reichlich findet.

In jedem *Operationsraum* steht ein Operationstisch, dann ein fahrbarer Tisch, auf dem das gebrauchsfertige sterile Nahtmaterial untergebracht ist, ein ebensolcher Tisch für Trommeln und Körbe mit sterilisierten Tüchern, Verbandmaterial und Tupfern, ein eiserner fahrbarer Rahmen zum Einhängen der Instrumentenschalen. Ein weiterer, in der Höhe verstellbarer eiserner Tisch, in der Form ähnlich denen gebaut, welche über die Betten der Kranken beim Lesen und Essen gestellt werden, dient bei Operationen zum Ablegen der Instrumente. Hier oder in den zugehörigen Vorbereitungsräumen sind je 2—3 Drehsessel und mehrere Eimer notwendig.

Von den zahlreichen Formen des Operationstisches sind diejenigen zu bevorzugen, deren Platte nach allen Seiten drehbar ist, Beckenhochlagerung und Beckentieflagerung gestattet und durch Ölpumpe in der Höhe verstellbar ist.

In jedem *Vorbereitungsraum* steht an einer Wand ein großer (150:50 cm) eiserner, nicht fahrbarer Tisch mit verzinkter Eisenplatte und Zwischenboden. Über seiner Platte ist Gasleitung mit Schlauchhähnen angebracht. Ferner befindet sich hier ein kleiner eiserner, in der Höhe verstellbarer Tisch mit verzinkter Eisenplatte, welcher im Bedarfsfalle in den Operationsraum gebracht wird und zum Auflegen von Hand und Arm bei Operationen an diesen Körperteilen bestimmt ist.

Endlich wird in den Vorbereitungsräumen eine Anzahl von emaillierten Schüsseln gebraucht, jede auf einem Gestell stehend. Hierzu sind die im Haushalt gebräuchlichen einfachen Eisengestelle verwendbar. Um sie leicht auf dem Fliesenboden verschiebbar zu machen und die Entstehung von Rostflecken auf dem Fußboden zu verhindern, ließ ich die Füße dieser Ständer auf Kugeln aus Hartholz stellen. Diese erfüllen ihren Zweck besser und zuverlässiger als Rollen.

Die im Operations- und Vorbereitungsraum der einen Seite befindlichen Gegenstände dürfen nicht mit denen der anderen Seite vertauscht werden. Gummihandschuhe und Gummischuhe, welche die Ärzte und Schwestern bei Operationen tragen, sind ebenfalls in beiden Vorbereitungsräumen streng getrennt zu halten. Die Gummischuhe werden am besten durch die Farbe (Grau und Schwarz) oder irgendein anderes Kennzeichen unterschieden. Viel

wichtiger noch als diese Trennungsmaßnahmen sind indessen folgende zwei Dinge. 1. Jeder Operationstisch und jede Operationsfahrbahre muß vor jeder Operation mit einem frisch sterilisierten Gummituch und frisch sterilisierten Laken bedeckt werden. Und 2. alle Schienen, welche zur Lagerung von Gliedmaßen gebraucht werden, müssen vor dem Gebrauch im Dampf sterilisiert sein. Dadurch werden zwei große Fehlerquellen ausgeschaltet, welche die Asepsis bedrohen.

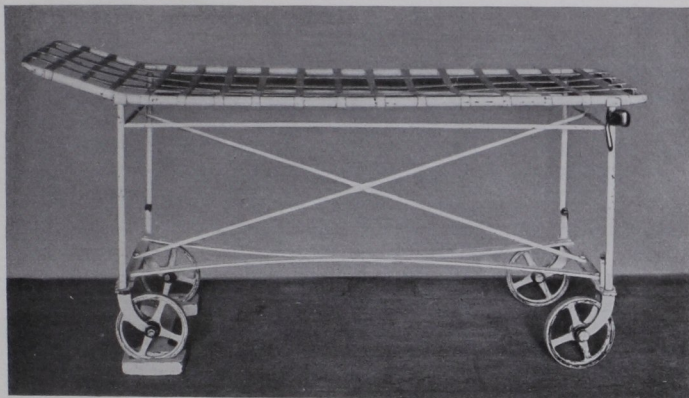


Abb. 14. Operationsfahrbahre.

Im *Gipsraum* befindet sich ein großer Tisch, wie oben beschrieben, mit Gasleitung über seiner Platte, ferner eine Vorrichtung mit Glissonscher Schwebelagerung zum Anfertigen von Gipskorsetten. Wünschenswert ist auch ein Tisch zum Anlegen orthopädischer Verbände. Weiter steht im Gipsraum eine mit Matratze und sterilem Gummituch bedeckte Fahrbahre und ein Handoperationstisch wie oben beschrieben.

Die Operationsanlage braucht für sich noch eine zweite ebensolche Fahrbahre zum Transport und für Operationen. Denn viele Kranke, welche in örtlicher Betäubung und in wagrechter Lage operiert werden können, liegen viel besser und bequemer auf solcher Fahrbahre als auf dem Operationstisch.

Ein für derartige Zwecke geeignete Fahrbahre zeigt Abb. 14, während die Mehrzahl der in den Firmenkatalogen abgebildeten Fahrbahren dazu nicht geeignet ist. Das Lager ist nicht abhebbar,

sondern fest mit dem Fahrgestell verbunden und mit gekreuzten, elastischen Bandeisen bespannt. Wenn sie als Operationstisch verwendet werden soll, wird, wie die Abbildung zeigt, unter ein Räderpaar ein dickes Holzbrett mit zwei Vertiefungen untergeschoben, in die die Räder hineinpassen.

Die Geräte sollen, soweit sie mit Farbe bedeckt sind, nicht weiß, sondern dunkelgrau oder blaugrau gestrichen sein (vgl. S. 17).

e) Die Hygiene des Operationsraums.

KIRSCHNER hat mit Recht darauf aufmerksam gemacht, daß die Hygiene auch für die Ärzte bestimmt ist, und daß im Betriebe neben dem Interesse des Kranken auch das der Ärzte und des Hilfspersonals zu berücksichtigen ist. Er weist besonders darauf hin, daß langes Stehen bei Operationen außerordentlich ermüdet, daß man sich daran erst nach jahrelanger Übung gewöhnt, und daß zahllose Operationen besser in sitzender Stellung ausgeführt werden. Ich habe den Grundsatz, womöglich sitzend zu operieren, seit Jahrzehnten, solange ich denken kann, befolgt und erinnere daran, daß der Gynäkologe SÄNGER sich sogar seine Waschanlagen hatte so tief anlegen lassen, daß er sich im Sitzen vor den Operationen waschen konnte.

Ein weiterer Punkt von Bedeutung ist die Vermeidung einer zu großen Luftverschlechterung durch Ansammlung von narkotischen Dämpfen. In der einen einzigen, großen Raum bildenden Operationsanlage, von der ich ausging, kommt es, wie die Erfahrung in der nach gleichem Grundsatz erbauten Anlage des Krankenstifts Zwickau gezeigt hat, und wo jeder Operationsraum einen elektrischen Ventilator besitzt, niemals zu einer nennenswerten Luftverschlechterung. Dagegen erscheint eine von KIRSCHNER geübte Maßnahme zweckmäßig. Er verwendet nämlich bei gewissen Operationen, wo das Gesicht des Operateurs der Maske des narkotisierten Kranken und dessen Ausatemungsluft nahe kommt, kleine elektrische Standventilatoren mit einem Flügeldurchmesser von 25 cm. Ihr Luftstrom wird so gerichtet, daß die Narkosendämpfe vom Operateur und seinem Gehilfen weggeblasen werden. Auch kann man sie gelegentlich zur Kühlung des Operateurs benutzen. Übrigens kommt auch viel auf die Art der Narkosentechnik an. Bei der Narkose mit offener Maske wird in gleicher Zeit mindestens das doppelte Quantum von Äther oder Chloroform verbraucht gegenüber der Narkose mit Apparatur, weil im ersten Fall der größte Teil des Narkotikums unbenutzt in die Luft abdunstet.

Eine der wichtigsten Aufgaben der Operationsraumhygiene ist die Schonung der Augen der Ärzte. Diese Frage ist oben ausführlich behandelt.

Endlich gehört auch das zur Hygiene, daß die Räume der Operationsanlage im Sommer nicht zu heiß werden. Darunter haben besonders die Ärzte zu leiden, welche in Räumen mit großen Glasvorbauten arbeiten müssen. Eine Anlage der hier beschriebenen Form ist dagegen im Winter leicht zu beheizen und im Sommer niemals überhitzt.

III. Beschränkung der Operationsanlage und ihre Erweiterung für große Betriebe.

Die bisher zugrunde gelegte Operationsanlage dürfte gut für einen Betrieb von gegen 1000 Operationen im Jahr ausreichen. Daß man sich aber bei beschränktem Raum und Mitteln auch noch enger behelfen kann, zeigt das Beispiel der schon erwähnten Operationsanlage des *Diakonissenhauses in Kreuzburg (O.-S.)*. Die jährliche Operationsziffer übersteigt dort sogar 1000. Abb. 15 zeigt das Schema des Grundrisses, nach der Zeichnung des Architekten¹. Die Anlage ist nach den vorstehend vertretenen Grundsätzen erbaut. Zu erwähnen ist die Verschmälerung des Mittelganges auf 3 m und die Vergrößerung von Operations- und Vorbereitungsräumen der einen Seite auf Kosten der anderen Seite. Das letztere halte ich nicht für zweckmäßig. Der Gipsraum (6) und ein Verbandraum (7) sind aus der eigentlichen Operationsanlage herausgenommen und dem Korridor angeschlossen. Für Dunkelraum, Wäsche- und Warteraum war kein Platz. Die nach Norden gelegenen Operationsräume haben abgeschrägte Frontfenster, wie durch Abb. 13 erläutert wurde. Die Farbengebung der Operationsräume ist nach HELLERS Grundsätzen ausgeführt und ist vortrefflich gelungen. Die Anlage ist sehr sehenswert.

Eine noch viel weitere Raumbeschränkung vertragen die Neben-

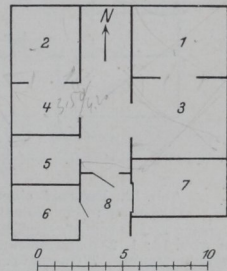


Abb. 15. Schema der Operationsanlage des Diakonissenhauses in Kreuzburg O.S. — 1, 2 Operationsräume. 3, 4 Vorbereitung. 5 Sterilisier- raum. 6 Gipsraum. 7 Ver- bandsraum. 8 Korridor.

¹ Architekt Lenz in Kreuzberg, O.-S.

operationsanlagen, welche für Diphtherie im Isolierhause des Krankenhauses und, in größeren Anstalten, für die Ambulanz, wo eine solche vorhanden ist, gebraucht werden. Für die Diphtherie genügt schon ein Raum von 4:4 m Grundfläche als Operationsraum mit einem Nebenraum von 3:4 m Grundfläche als Vorbereitungs- und Sterilisiererraum. Für die Ambulanz lassen sich

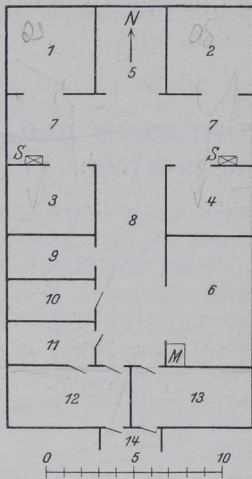


Abb. 16. Entwurf einer Operationsanlage für Annaberg i. E.

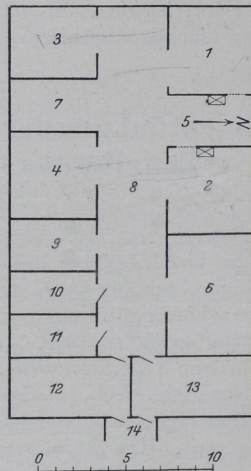


Abb. 17. Variante der Abb. 16 bei anderer Nordlage.

Zu Abb. 16: 1, 2 Operationsräume. 3, 4 Vorbereitung. 5 Instrumentarium. 6 Gips- und Ambulanzraum. 7 Quergang. 8 Mittelgang. 9 Dunkelraum. 10 Geräte. 11 Wäsche. 12, 13 Wartezimmer. 14 Korridor. SS Instrumentensterilisatoren. M Materialaufzug.

keine allgemeinen Grundsätze aufstellen, weil ihr Umfang gar zu verschieden ist. In vielen Krankenhäusern fehlt sie ganz. Jedenfalls ist die Ambulanz in größeren Betrieben aus der großen Operationsanlage herauszunehmen.

Eine etwas erweiterte Operationsanlage mit allen wünschenswerten Räumen, ausreichend für einen Betrieb von gegen 1500 Operationen im Jahr, zeigt der *Entwurf für ein in Annaberg im Erzgebirge* geplantes und vom Architekten¹ bereits ausgearbeitetes Krankenhaus. Ihr schematischer Grundriß ist in Abb. 16 wiedergegeben, die nach der Zeichnung des Architekten ausgeführt ist.

¹ Architekten: Prof. Dr. MÜLLER und Prof. Dr. HOEGG, Technische Hochschule Dresden.

In dieser Anlage ist das nördliche Ende des Mittelganges (5) für das Instrumentarium verwendet und ein breiter Quergang (7) vor die Operationsräume gelegt. Die beiden Instrumentensterilisatoren waren infolgedessen an die angegebenen Stellen (S, S) zu setzen. Es sind zwei Warteräume für Männer und Frauen vorgesehen (12, 13). Die Anlage sollte das 1. Obergeschoß eines besonderen Gebäudes bilden, während im Erdgeschoß Bäderanlagen, im 2. Obergeschoß die Röntgenanlage vorgesehen war. Die Frage, ob die Operationsanlage in ein besonderes Gebäude zu bringen ist, läßt sich nicht allgemein beantworten. Das

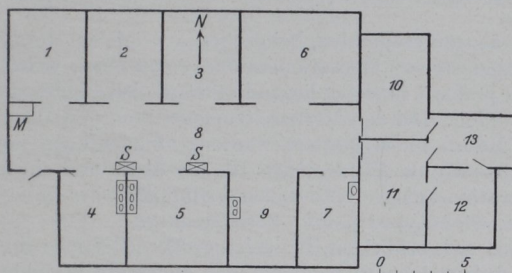


Abb. 18. Operationsanlage mit 3 Operationsräumen. (Krankenstift Zwickau.) 1, 2, 3 Operationsräume. 4, 5 Vorbereitung. 6 Gips. 7 Dunkelraum. 8 Mittelgang. 9 Quergang. 10, 11 Warteräume. 12 Gebrauchte Wäsche und Geräte. 13 Korridor. SS Instrumentensterilisatoren. W Waschanlagen. M Materialaufzug.

hängt von der Planung des ganzen Krankenhauses und von seinem Umfange ab.

Abb. 17 zeigt eine Variante des Grundrisses Abb. 16, welche erläutern soll, wie die gleichen Räume anzuordnen wären, wenn die Nordlage des Gebäudes oder Gebäudeteils eine andere ist. Der Sterilisiererraum ist hier in den Quergang 5 gelegt.

Ein Krankenhaus mit größerem Operationsbetrieb erfordert, wie schon gesagt, *nicht größere Operationsräume, sondern mehr Operationsräume* und Erweiterung der Nebenräume. Den nächsten Schritt bilden also *drei Operationsräume*, von denen der eine für aseptische, der zweite für septische, der dritte für die *sehr zahlreichen* Operationen bestimmt ist, die zwar nicht aseptisch sind, bei denen aber die Erreger der akuten Wundinfektionskrankheiten nur eine geringe oder keine Rolle spielen.

Als Beispiel wird das Schema der *Operationsanlage des Krankenstifts Zwickau* (Abb. 18) wiedergegeben, ausgeführt nach der Zeich-

nung des Architekten¹. Es bedarf, da es aus den oben wiedergegebenen kleineren Anlagen entwickelt ist, keiner weiteren Erläuterung. Die drei Operationsräume haben ihre Frontfenster mit 1,5 m tiefem Oberlicht nach Norden. Sie sind ganz mit graugelben Kacheln ausgelegt. Die Arbeiten HELLERS waren zur Zeit des Baues noch nicht erschienen. Eine derartige Anlage mit 3 Operationsräumen reicht für einen Betrieb von 2000 Operationen im Jahre aus.

Zwischen Planung und Ausführung dieser Anlage lagen infolge des Krieges mehr als 7 Jahre, und als sie dann fertig war, hatte der Betrieb 2000 Operationen im Jahre bereits weit überschritten. Die Anlage ist dafür zu klein und bedarf einer Erweiterung durch Hinzufügen eines 4. Operationsraums.

Es ist also zu empfehlen, bei größeren Betrieben stets von vornherein mindestens 4 Operationsräume vorzusehen, welche zweckmäßig zu je 2 mit zwischenliegenden Sterilisierräumen zusammengefaßt werden. Bei den Vorbereitungsräumen und Warteräumen darf an Raum nicht gespart werden, hinzuzufügen ist ein besonderer Raum als *Kleiderablage* für die Ärzte und ein innerhalb der Operationsanlage befindliches *Schreibzimmer* mit Schreibmaschine, Stenotypistin und Fernsprecher.

Es wird sich erübrigen, für solch größere Betriebe ein weiteres Schema aufzuzeichnen, nachdem das zugrunde liegende Prinzip klargestellt ist. Um es noch einmal zusammenzufassen: der Mittelpunkt der Operationsanlage soll eine möglichst große Halle sein, die in unseren Beispielen verkörpert ist durch „Mittelgang“ und „Quergänge“. Von diesem Mittelraum aus müssen alle Arbeitsräume der Operationsanlage frei, die meisten ohne Einschaltung von Türen zugänglich sein, so daß die Operationsanlage im wesentlichen einen einzigen, vom übrigen Krankenhausbetriebe abgesonderten Raum darstellt.

Als ich im Jahre 1911 den Plan für die Operationsanlage eines Großbetriebes entwerfen sollte, schwebte mir geradezu der Gedanke vor, in die Mitte der Anlage eine Art Bahnhofshalle mit Oberlicht zu legen, in welche nun ringsherum die übrigen Räume einmünden sollten. Aus dieser Vorstellung entstand der Entwurf Abb. 17. Aus der Halle wurde der im Betrieb überaus wertvolle „Mittelgang“.

In manchen Operationsanlagen findet sich nun noch ein besonderer, als „*Narkosenzimmer*“ bezeichneter Raum. Er ist überflüssig, weil unsere Vorbereitungsräume dazu verwendet werden können. Ferner fordern einige Chirurgen besondere Räume, in

¹ Hochbaudirektion im Finanzministerium in Dresden.

welche die Kranken nach der Operation unter Obhut gebracht werden, bevor sie ihrer Station zurückgegeben werden. Auch diesen Raum, der keinesfalls in die Operationsanlage hineingehört, halte ich für überflüssig. Denn es erscheint zweckmäßiger, die frisch Operierten möglichst bald in die dazu bestimmten Zimmer ihrer Abteilung zurückzubringen und dem Pflegepersonal zurückzugeben, das ihnen vertraut ist, an das sie sich gewöhnt haben, welches sie für die Operation vorbereitet, ihnen zugesprochen, sie getröstet, in den Operationsraum gebracht hatte. Der Kranke wünscht, zu diesem Pflegepersonal zurückzukommen, und ein gutes und treues Pflegepersonal wünscht ebenfalls, seinen Kranken möglichst bald wieder zurückzubekommen.

Operationsbetriebe von gegen 3000 Operationen im Jahre sind, wie ich aus eigener Erfahrung feststellen muß, für eine Operationsanlage bereits zu groß, weil die Anlage Tag und Nacht nicht mehr zur Ruhe kommt, das Personal kaum die Zeit für Vorbereitung und Reinigung finden kann und der Chefarzt diese Operationen natürlich nur zum kleinen Teil selbst ausführen, aber auch nicht mehr genügend ihre Ausführung beobachten kann. *Es wäre sehr wertvoll für die Kranken und für die Ärzte, wenn in den Krankenhäusern von so großen chirurgischen Abteilungen abgesehen würde, und wenn, wo es notwendig wird, zwei Chefärzte angestellt würden, von denen jeder seine eigene Operationsanlage mit höchstens 1500 Operationen im Jahr erhält.*

Es ist endlich noch die schon einmal kurz (S. 7) berührte Frage zu untersuchen, ob es wohl zweckmäßig wäre, in größeren Anstalten zwei räumlich und organisatorisch völlig getrennte Operationsanlagen, die eine für aseptische, die andere für septische Operationen herzustellen. Die Frage stellen, heißt sie verneinen. Nur ein sehr theoretisch veranlagtes Gemüt kann sie stellen. Denn praktisch ist das undurchführbar. Beide Anlagen müßten gleichartig mit allen technischen Hilfsmitteln der Chirurgie ausgestattet sein. Aber in kürzester Frist würde die Theorie erledigt sein, weil in die aseptische Anlage Krankheitsfälle hineingelangen würden, die sich bei der Operation als infiziert erweisen und umgekehrt. Wo sollen die zweifelhaften Fälle hin, wo man vorher nicht weiß, ob die Operation septisch oder aseptisch sein wird, wo sollen die ulzerierten Tumoren, wo die Appendizitiden, wo die geplatzten Magengeschwüre und andere schwere Baucherkrankungen hin usw.? Und wie soll der Chefarzt zwei voneinander getrennte Operationsanlagen beobachten können? Nein, ich würde die Frage hier gar nicht erörtern, wenn ich nicht erlebt hätte, daß bei Neuanlagen von Unerfahrenen ernstlich darüber verhandelt wurde.

Alle irgendwie komplizierten septischen Operationen müssen in den dazu bestimmten Räumen der *einen* Operationsanlage ausgeführt werden. Hierzu sind z. B. die Hand- und Vorderarmphlegmonen zu rechnen, deren chirurgische Behandlung im allgemeinen schwieriger ist und mehr Erfahrung erfordert als die Ausführung einer Magensekretion. Dann viele Operationen bei der akuten Osteomyelitis und ihren Folgen und vieles andere mehr! Der Chefarzt muß diese Operationen überwachen, das kann er nur, wenn die Kranken in die allgemeine Operationsanlage kommen.

Wenn von der wünschenswerten Absonderung gewisser septischer Operationen gesprochen wird — notwendig ist sie erfahrungsgemäß in einer übersichtlichen, gut organisierten Operationsanlage nicht —, so kann es sich nur um folgendes handeln. Man braucht nicht jede Abszeßspaltung in die Operationsanlage zu bringen. Solche kleinen Eingriffe können entweder in den Verbandzimmern der Stationen oder in irgendeinem dazu bestimmten Raum in der Nähe der septischen Stationen ausgeführt werden. Das empfiehlt sich hauptsächlich deshalb, weil dadurch Transporte gespart werden. Ein solches Verfahren dürfte weit verbreitet sein. Es handelt sich aber nicht, wie Theoretiker annehmen, um zwei getrennte Operationsanlagen. Zu bemerken ist noch, daß in den Mayo-Kliniken, wie HABERLAND erzählt, keine Trennung von aseptischen und septischen Operationsräumen vorgesehen ist.

IV. Operationsräume für Lehrinstitute.

Auch die Krankenhäuser müssen zuweilen mit Zuschauern bei Operationen rechnen. In der Regel werden dies nur vereinzelte sein. 2—4 Zuschauer in sterilen Mäntel eingekleidet, stören in dem von uns angenommenen Operationsraum von 5:5 qm Grundfläche in keiner Weise. Ich hatte in den Sommermonaten in Zwickau nahezu regelmäßig einige Zuschauer. Besondere Baumaßnahmen sind demnach hierzu nicht notwendig.

In den Universitätskliniken und Lehrinstituten handelt es sich aber darum, wenigstens *einen* Raum vorzusehen, in dem eine größere Zahl von Zuschauern den Gang einer Operation verfolgen kann, und der unter Umständen gleichzeitig als Hörsaal für den klinischen Unterricht dienen kann, also diejenige Gestaltung, aus der der „Operationsaal“ ursprünglich entstanden ist (S. 2). Es war mir, noch aus eigener Anschauung, bekannt, daß einige Universitätslehrer, z. B. MIKULICZ, im Hörsaal nicht mehr operierten. Ob das aber zweckmäßig sei und weitere Verbreitung fand, konnte

ich nicht beurteilen. Ich habe daher eine Anzahl von deutschen, österreichischen und schweizerischen Universitätslehrern darüber befragt und bin diesen für die Auskunft, die sie mir gaben, zu Dank verpflichtet.

Die Umfrage ergibt, daß mehr als die Hälfte der Herren es für unerläßlich hält, den Hörsaal als Operationsraum zu verwenden, um den Studierenden im Laufe jedes Semesters die typischen, einfacheren Operationen vorzuführen. Die andere kleinere Hälfte operiert vorwiegend oder ausschließlich nicht im Hörsaal, beschränkt die Operationen in ihm entweder auf ganz verezelte typische Operationen, welche hochgespannte Asepsis nicht erfordern, oder allein auf septische Operationen.

PERTHES hat ausgeführt, daß in den Operationssälen, welche gleichzeitig dem klinischen Unterricht dienen und sich von dem Ideal eines leeren Raumes mit glatten Wänden sehr weit entfernen, doch vorzügliche aseptische Operationsresultate erzielt werden können. Wir verlangen sonst aber unbedingt getrennte Operationsräume für septische und aseptische Operationen. Der als Operationsraum dienende Hörsaal ist also hiernach ein durch die Notwendigkeit des Unterrichts bedingter Kompromiß, welchen einige der Herren Universitätslehrer, welche meine Anfrage beantworteten, dadurch zu umgehen suchen, daß sie nur septische oder durch Infektion weniger gefährdete Operationen im Hörsaal vorführen. Es ist jedoch PERTHES zuzugeben, daß sich auch diese Schwierigkeit überwinden läßt. Zeigt doch das schon erwähnte Beispiel der Mayo-Kliniken, daß dazu nur eine straffe Organisation gehört. Herr Prof. DU QUERVAIN hat mir mitgeteilt, daß KOCHER schon in den 90er Jahren nur ausnahmsweise noch im Hörsaal operiert habe, und daß er selbst dies ganz aufgegeben habe. Er habe aber in der neuen Berner Klinik außer dem Hörsaal einen großen aseptischen Operationssaal mit 2 Operationsstellen für den Unterricht („Operationskursus am Lebenden“) eingerichtet. In dem Saal finden in abgesondertem Raum eine begrenzte Zahl (40—50) Zuschauer Platz, welche zugleich zur Assistenz und sonstigen Hilfeleistungen bei einfachen Operationen herangezogen werden. Es handelt sich also im Grunde um einen zweiten Hörsaal mit kleinerem Auditorium, aber großem Operationsraum.

Es ist demnach festzustellen, daß die Mehrzahl der Universitätslehrer den Hörsaal gleichzeitig als Operationsraum auszubilden für notwendig hält. Dies zu erfahren, war der Zweck meiner Umfrage.

Über die Konstruktion des Hörsaals ist auf die entsprechenden

Abschnitte dieses Werkes zu verweisen. Die Aufgabe wird von den Architekten in der Regel so gelöst, daß der im Erdgeschoß befindliche Operationsraum, entsprechend ausgestattet, von dem amphitheatralisch aufsteigenden Zuschauerraum ganz getrennt ist, ersterer nur vom gleichen, letzterer nur vom nächst höheren Geschoß zugänglich ist, so daß also die Zuschauer und Zuhörer die Operationsanlage nicht zu betreten brauchen.

Um die zweckmäßige Gestaltung einer Operationsanlage für Krankenhäuser zu entwickeln, war ich ausgegangen von dem Diagramm Abb. 1, S. 5. Soll nun ein Raum für Zuhörer eingeschaltet werden, so würde dieses Diagramm etwa die Form der

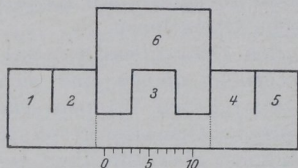


Abb. 19. Diagramm einer Operationsanlage mit Zuschauerraum. 1—5 Operationsräume, 6 Zuschauerraum, vom darunter oder darüberliegenden Geschoß zugänglich.

Abb. 19 erhalten als Ausgangspunkt für eine möglichst einfache und übersichtliche Operationsanlage. Der mit 6 bezeichnete Raum, der von außen oder vom nächst höheren oder tieferen Stockwerk aus zugänglich sein soll, der Zuschauerraum, kann je nach den Bedürfnissen ein schmaler, durch Geländer gegen den Operations-

raum abgetrennter Gang für eine geringere Anzahl von Zuschauern sein — dies ist in den Mayo-Kliniken durchgeführt — oder, wie im Diagramm angedeutet, ein großer und hoher, amphitheatralisch ansteigender Raum mit Oberlicht für eine beliebig große Zahl von Zuschauern. Im letzteren Falle wird der durch die punktierten Linien bezeichnete Abschluß durch Türen oder Vorhänge notwendig, weil für den Hörsaal meist Einrichtungen zur Projektion verlangt werden. Die Größe des vom Zuschauerraum halb umschlossenen Operationsraums braucht 5:5 qm Grundfläche nicht zu überschreiten. Soll außer diesem Hörsaal ein zweiter, zu Lehrzwecken bestimmter großer Operationssaal eingebaut werden, so brauchte der erstere keine unmittelbare Verbindung mit der Operationsanlage zu haben, während der letztere etwa in der im Diagramm bezeichneten Weise in die Operationsanlage einzugliedern wäre. Auf eine weitere Ausführung des Diagramms kann verzichtet werden. Denn es handelt sich da um eine Organisation, welche bestimmt wird durch Erfordernisse des Unterrichts. Und darüber zu reden, ist hier nicht der Ort und ist nicht Amt des Verfassers.

Literatur.

ALTER: Das deutsche Krankenhaus. Berlin 1927. — BÄCKER: Neuzeitlicher Operationssaal. Zbl. Chir. **1929**, Nr 5. — BERTHOLD, FRANZISKA: Der chirurg. Operationssaal. Berlin 1922. — BILLROTH in PITHA-BILLROTH: Handbuch d. Chirurgie **3**, 625 (1865). — BRAUN: Allgemeine Operationslehre in BIER, BRAUN, KÜMMELL: Chirurg. Operationslehre. Leipzig 1922. — Derselbe: Das Krankenstift Zwickau. Beitr. klin. Chir. **128** (1922) und Z. Krk.hauswes. **1926**, H. 4. — BRÜSTLEIN: Bericht über eine Reise zum Studium von Kliniken im Jahre 1905. Klin. Jb. **16**. Jena 1907. — DRÜNER: Über die künstliche Operationssaalbeleuchtung. Dtsch. Z. Chir. **198**, 281 (1926). — Derselbe: Über Operationssaalbeleuchtung mit natürlichem und künstlichem Licht. Zbl. Chir. **1925**, S. 2869. — FLAGG: A scientific basis for the use of color in the operating room. Modern hosp. **1924**, 355. Referat im Zbl. Chir. **30**, 354. — FRIEDRICH und HABELT: Der Neubau der chirurg. Klinik der Universität zu Greifswald. Klin. Jb. **18**. Jena 1908. — GONTERMANN: Über die Operationssaalbeleuchtung nach v. SCHUBERT. Zbl. Chir. **1926**, 772. — HABERLAND: Ein ärztlicher Streifzug durch die Welt. Leipzig 1928. — HARTINGER: Die Operationsspiegellampe Pantophos der Zeißwerke. Z. Krk.hauswes. **1928**, 394. — HELLER: Licht und Sehen im Operationssaal. Beitr. klin. Chir. **134**, 483 (1925). — Derselbe: Über die Beleuchtung in chirurg. Operationssälen. Z. Krk.hauswes. **1926**, 621 und 641; Nachtrag **1927**, 14. — HELLER und SCHNEIDER: Die theoretischen und praktischen Grundlagen der Beleuchtung von Operationssälen. Beitr. klin. Chir. **139**, 569 (1927). (S. auch Verh. d. D. Ges. f. Chir. 1927 I, S. 89, Aussprache: DRÜNER, EURÉN BÄCKER.) — HENLE: Zur Vermeidung der Blendung in Operationssälen. Zbl. Chir. **1927**, 2335. — KAPPIS, FROMME, SCHWARZ, LÄWEN, BECK: Aussprache über die zweckmäßigste Form der Operationssaalbeleuchtung. Mitteldeutsche Chirurgentagung Hannover. Zbl. Chir. **1927**, 951. — KAPPIS: Organisation und ordnungsgemäßer Betrieb des Operationssaals. Leipzig 1927. — KAUSCH: Das Operationshaus des Auguste-Viktoria-Krankenhauses zu Schöneberg. Z. Krk.pflege **1909**, Nr 11. — KIRSCHNER: Zur Hygiene des Operationssaals. Zbl. Chir. **1925**, 2126. — KIRSCHNER und SCHUBERT: Chirurgische Operationslehre. Berlin 1927. — KÖNIG: Beleuchtungsverbesserungen im Operationssaal. Zbl. Chir. **1926**, 770. — Derselbe: Das neue Operationshaus zu Altona, eine moderne chirurgische Arbeitsstätte. Arch. klin. Chir. **70**, 1078 (1903). — KRÖNLEIN: Die aseptischen Operationsräume der Züricher chirurg. Klinik und ihre Bedeutung für den klinischen Unterricht. Beitr. klin. Chir. **37**, H. 3. — KÜMMELL: Das Operationsgebäude des Eppendorfer Krankenhauses nach seiner Neugestaltung. Beitr. klin. Chir. **55**, 373 (1907). — MARTENS: Über den Bau und die Einrichtung moderner Operationsräume. Berl. klin. Wschr. **1906**, 1372. Auch als Sonderdruck (Berlin: Hirschwald). — MERTENS: Künstliche Beleuchtung von Operationssälen. Z. Krk.hauswes. **1927**, 306; Zbl. Chir. **1926**, 3103. — MÜSSIGBRODT: Anlage und Einrichtung von Operationssälen. Berlin 1903. — Neubauten der chirurgischen und der Augenklinik der hessischen Landesuniversität Gießen. Zbl. Bauverw. **1909**, Nr 57. — OSTWALD: Die Farbenfibel. Leipzig 1917. — Derselbe: Einführung in die Farbenlehre. Leipzig 1919. — PERTHES: Operationsräume. In: Das Deutsche Krankenhaus. Jena 1922. — Derselbe: Schutz der am Operationstisch Beschäftigten vor Schädigung durch Narkosengase. Zbl. Chir. **1925**, 852. — RUPPEL: Der allgemeine Krankenhausbau der Neuzeit. In: Weyls Handbuch der Hygiene.

2. Aufl. Leipzig 1918. — v. SCHUBERT: Über Operationssaalbeleuchtung. Zbl. Chir. **1922**, Nr 36. — STURMANN: Die Verwendung von Saugluft im Operationssaal. Klin. Wchsfr. **1925**, 1942. — WIELOCH: Zur Beseitigung der Narkosendämpfe aus dem Operationssaal. Zbl. Gynäk. **1925**, 2768. — WITZEL: Chirurgische Hygiene, Aseptik und Antiseptik. Deutsche Klinik am Eingang des 20. Jahrhunderts. Bd 8.