

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

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

Wie kann nun eine solche Aufgabe gefördert werden?

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

I. Aufenthaltsabteilungen.

1. Bettensaalabteilungen. (Krankenpavillons.)

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

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

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

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

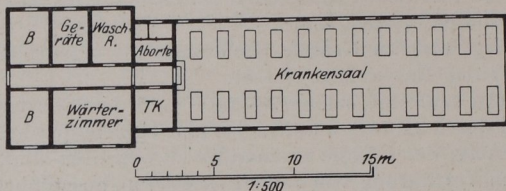


Abb. 109. Berlin-Moabit, städt. Krankenhaus, Bettenbaracke aus dem Jahre 1870.

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

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

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

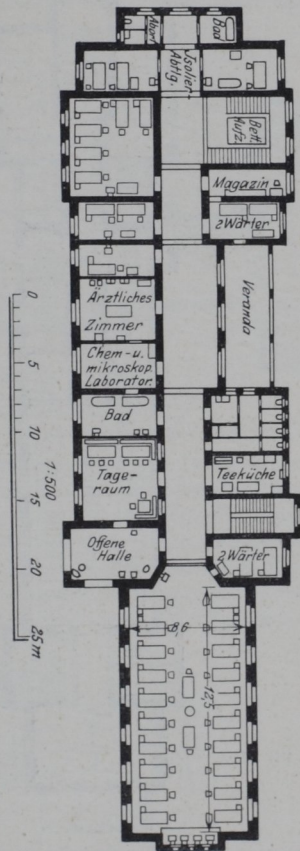


Abb. 110. Köln, Krankenhaus „Lindenburg“, Bettenhaus.

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

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

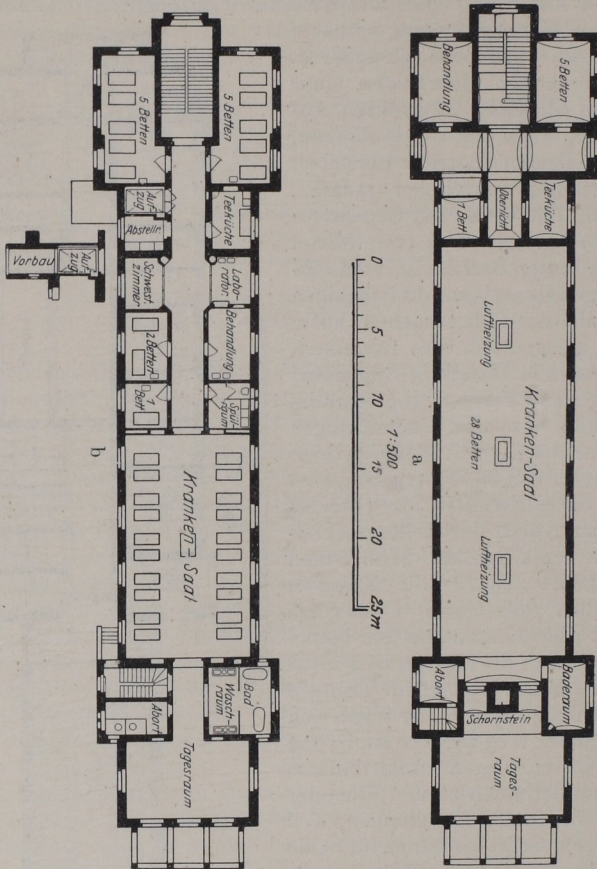


Abb. 111 a u. b. Berlin, städt. Krankenhaus am Friedrichshain, a Bettenhaus 1870—74, b nach dem Umbau 1926—27.

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

stand beseitigen lassen. Auch bei diesen Doppelsälen wieder die unglücklichen Anbauten an beiden Kopfenden der Säle und eine Längenausdehnung der Gebäude bis über 90 m (Abbildung des Bettenhauses im Rudolf-Virchow-Krankenhaus und im Krankenhaus St. Georg, Leipzig s. RUPPEL, Allgemeiner Krankenhausbau der

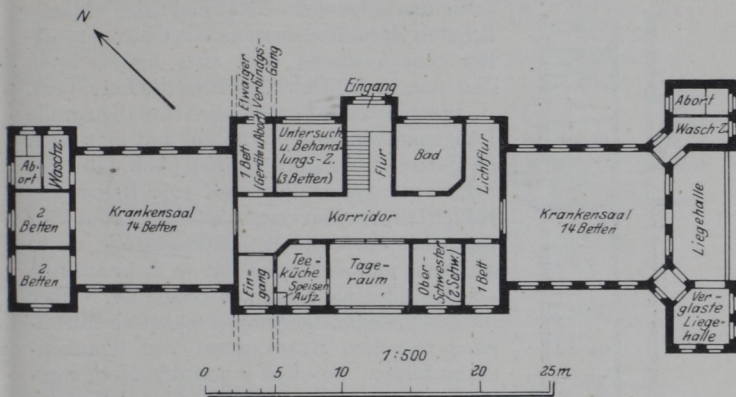


Abb. 112. Hamburg-Eppendorf, städt. Krankenhaus, Bettenhaus nach DENEKE.

Neuzeit, S. 299). Inzwischen hatten sich auch in Deutschland zwischen den bis dahin gänzlich freistehenden Bettensaalhäusern oberirdische Verbindungsgänge immer mehr eingebürgert, sie stießen aber bei Doppelsaalhäusern auf Schwierigkeiten. Legt man sie im Zuge der kurzen Mittelachse an, so geht der Verkehr stets durch die Krankenabteilungen; führt man die Verbindungsgänge von der Seite aus ein, so geht der Verkehr zum zweiten Saal sogar durch den ersten

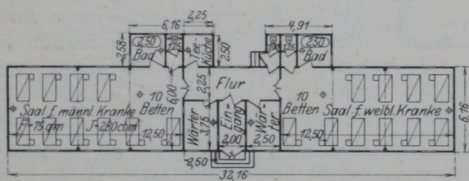


Abb. 113. Genormte (Fanok), zerlegbare Baracke für 20 Betten.

hindurch (Leipzig, St. Georg). Erstere Lösung ist indessen sehr brauchbar, wenn es sich nur um die Verbindung zweier Bettenhäuser handelt, so daß die Gesamtanlage ein H oder U ergibt. Diese Gesamtanordnung ist für mittelgroße Krankenhäuser beliebt. Ihrem Grundgedanken tut es nicht viel Abbruch, ob der Mittel-

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

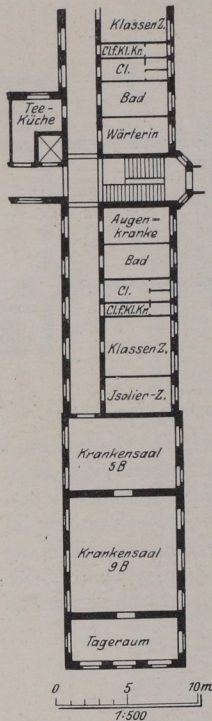


Abb. 114. Frankfurt a. O., städt. Krankenhaus, Bettenhaus.

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

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

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

2. Bettenstubenabteilungen. (Korridorhäuser.)

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