

# Gedanken über die Pflegeeinheit

Autor(en): **Mügler, A.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Bauen + Wohnen = Construction + habitation = Building + home : internationale Zeitschrift**

Band (Jahr): **12 (1958)**

Heft 5: **Bauten der Gesundheitspflege = Maisons de santé = Hospitals**

PDF erstellt am: **21.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-329750>

## **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

## **Haftungsausschluss**

Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

# Gedanken über die Pflegeeinheit

Von Florence Nightingale bis gestern

»Krankenstationen mit mehr als 32 Betten sind unerwünscht, weil sie eine größere Höhe erfordern und daher teurer zu bauen und schwieriger zu lüften sind«, schrieb um 1860 Florence Nightingale, die sich während des Krimkrieges durch ihre aufopfernde Pflege-tätigkeit auszeichnete, an die Londoner Behörde.

Der Einfluß ihrer Autorität war groß genug, um ihre Empfehlungen zur Tat werden zu lassen, und dies mit Recht.

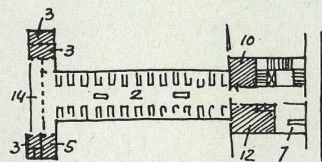
So entstand der einräumige, 4,50 m hohe, weißgetünchte Krankensaal, an beiden Längswänden 12 bis 16 Betten aufgereiht, von der Schwester sozusagen mit einem Blick übersehbar. Die Nebenräume waren außerordentlich bescheiden: Schwesterndienstzimmer, Spülküche, WC und einfachste Wascheinrichtung, an »günstiger Stelle«, d. h. am Anfang und am Ende dieses Saales, untergebracht. Diese 30 »Reihen«-Kranken wurden von einer Stationschwester und zwei Pflege-schwestern liebevoll gepflegt. Also lautete das Verhältnis Patient — Pflegepersonal damals 7:1 bis 10:1, heute hingegen 2:1 bis 1:3.

Dieser Größenbegriff von 28 bis 32 Patienten pro Pflegeeinheit machte in der Folge die Runde um die halbe Welt und hat sich erhalten bis auf den heutigen Tag, obwohl der Monstresaal (außer in England) längst von der Bildfläche verschwunden ist und obwohl sich inzwischen ungefähr alle Voraussetzungen, sowohl bauliche wie pflegerische, oft mehrmals verändert haben; kennen wir doch z. B. die technischen Begrenztheiten der viktorianischen Zeit nur noch aus Geschichtsbüchern.

Die Erhaltung der vor 100 Jahren von Florence Nightingale begründeten Größenordnung einer Pflegeeinheit hat wohl den tieferen Sinn einerseits darin, daß diese Zahl von 32 Patienten für die Pflegeschwester die obere Grenze der menschlichen Kontaktmöglichkeit darstellte. Bei den heutigen bedeutend differenzierteren und anspruchsvolleren Pflege-wünschen unserer kranken Menschen ist diese Größenordnung etwa auf die Hälfte, in schweren Fällen sogar auf ein Viertel herabgesunken. Die ursprüngliche Zahl 32 hat noch bestenfalls Gültigkeit für die Kontrollüber-sicht einer Oberschwester.

Andererseits stellt die Aneinanderreihung von 32 Patientenbetten in der heutigen Zwei- oder Dreibettiefe die maximale Korridorlänge dar, innert deren Ablauf die Schwester das Erscheinen aller heute gebräuchlichen Neben-räume erwarten darf.

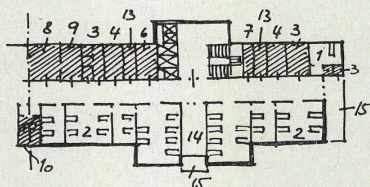
Die nun folgende Entwicklung unserer Pflege-einheit könnte auch überschrieben sein »Vom Nebenraum zum Hauptraum«, waren es doch zu Beginn unserer Pflegeeinheit 2 bis 4 ganz bescheiden ausgestattete »Abgeschieden-heiten«, die den Patienten und in erster Linie den Schwestern zur Verfügung standen.



1 St. Thomas Hospital, London (durch Bombardierung im zweiten Weltkrieg teilweise zerstört). Einräumiger Krankensaal, 28 Betten, senkrecht zur Außenwand, doppelte Belichtung, minimale Nebenräume.

St. Thomas Hospital, Londres (détruit par un bombardement pendant la dernière guerre). Salle de malades à 28 lits, perpendiculaire au mur extérieur, double éclairage, salles annexes minimales.

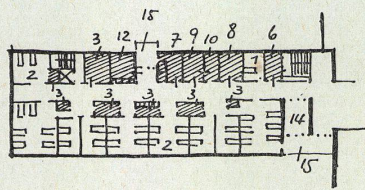
St. Thomas Hospital, London (destroyed by bombing in Second World War). One single ward with 28 beds, at right angles to outer wall, double lighting, inadequate utility rooms.



2 Kantonsspital Winterthur (im Bau), Architekt E. Bosshardt BSA/SIA, Winterthur, Südorientierung, Krankenzimmer mit 2, 4 und 6 Betten, alle Nebenräume auf der Nordseite. Typisches Beispiel der letzten 20 Jahre.

Hôpital cantonal de Winterthur, orienté au sud, salles de malades à 2, 4 et 6 lits, toutes les annexes au nord. Exemple typique des 20 dernières années.

Cantonal Hospital in Winterthur, facing south, patients' rooms with 2, 4 and 6 beds, all utility rooms on north side. Typical example of last 20 years.



3 Kreisspital Bülach, Architekt E. Schindler BSA/SIA, Zürich, Erweiterungsprojekt. Im Prinzip klassischer Grundrißtyp wie Winterthur, jedoch mit Heranziehen der wichtigsten Nebenräume wie Ausguß, WC, Blumenräume an die Bettenabteilung.

Hôpital de district de Bulach. Projet d'agrandissement. En principe, type de plan classique comme à Winterthur, mais avec rapprochement des annexes principales, telles qu'égoût, WC, salles de fleurs, vers la section des malades.

Bulach district hospital. Extension plan. In principle, classic type as at Winterthur, but with most important utility section such as sewer, WC, flower rooms brought into closer relation to the wards.

- 1 Isolierzimmer / Chambre d'isolement / Isolation room
- 2 Krankenzimmer / Chambre de malade / Patient's room
- 3 Sanitäre Nebenräume, Bad, WC, Toiletten / Annexes sanitaires, bains, toilettes / Sanitary rooms, bath, toilets
- 4 Ausgußraum / Egouts / Sluice room
- 5 Wäscheraum / Buanderie / Laundry
- 6 Geräteraum / Salle d'ustensiles / Utensils
- 7 Putzraum / Débarras / Cleaning room
- 8 Behandlungsraum / Salle de traitement / Treatment room
- 9 Stationszimmer / Station / Ward
- 10 Schwesternzimmer / Chambre d'infirmière / Nurses' room
- 11 Arztzimmer / Chambre de médecin / Doctor's room
- 12 Office / Pantry
- 13 Teeküche / Cuisine à thé / Snack kitchen
- 14 Tagraum / Salle de séjour / Lounge
- 15 Balkon / Balcon / Balcony

Heute kommen auf die gleiche Patientenzahl 10 bis 12 Diensträume. Diese Gruppe ist es, die der Pflegestation im Wandel der Zeit das Gesicht gibt. Einmal drängen sie sich starr in eine Front nach Norden und verweisen die Betten unausweichlich auf die Südseite, dann schieben sie sich zwischen zwei Bettenfronten Ost und West und neuerdings mischen sie sich mit den Krankenzimmern oder schließen sich direkt an diese an. Immer sind sie es, die die Wandlung vollziehen, während die Entwicklung und Bewegung im Bettenraum eine relativ beschiedene geblieben ist.

Der Einbruch der Technik, die wie eine Sturzflut über die Menschen gekommen ist, das Möglichmachen des bisher Unmöglichen, die immense Ausbreitung aller Wissensgebiete, alle diese Umwälzungen haben auch das bisher bescheidene, aber ganz ordentlich funktionierende Krankenhaus erfaßt. All die technischen Attribute, ohne die wir heute kein Spital mehr denken und bauen können, haben innerhalb der Spitalorganisation eindeutig den Vorrang vor dem Ursprung und eigentlichen Sinn dieser Aufgabe: dem engen persönlichen Zusammenwirken von Schwester und Patient, als Mensch zu Mensch, auf dem bescheidenen Raum der Pflegeeinheit.

Das bedenkenlose Jasagen zu dieser Entwicklung und in unserem Falle zur Vertiefung und Ausweitung der ärztlich-technischen Wissenschaft hat uns neben äußerst positiven und ernst zu nehmenden Errungenschaften auch gleich deren Unzulänglichkeiten mitgegeben: das Überhandnehmen und Überwuchern der technischen Seite eines an sich rein menschlichen Problems und unser vorerst machtloses Gegenüberstehen vor dieser Größe. Unausweichlich hat das ein Erstarren der Fronten zur Folge, wörtlich anzuwenden auf unsere Pflegeeinheit. Da ist ein Flur, der die zwei Fronten auseinanderhält, nach Süden die 28 bis 32 Betten, in Einheiten von 1 bis 8 frei variierend, nach Norden die gleiche Frontlänge, angefüllt mit Nebenräumen, wovon die am meisten gebrauchten gegenüber der größten Bettenkonzentration zu finden sind. Daß dieses System unter gewissen Gegebenheiten sinnvolle Lösungen bringen kann, zeigen viele der in den letzten zwanzig Jahren gebauten Spitäler. Aber mit Variationen über ein Thema treten wir an Ort und kommen nicht aus der Erstarrung heraus. Die Voraussetzungen haben sich gewandelt (und wandeln sich noch), die Aufgabe stellt sich neu. Es ergibt sich:

#### Die heutige Situation

Zwei wichtige Tatsachen formulieren unseren heutigen Auftrag:

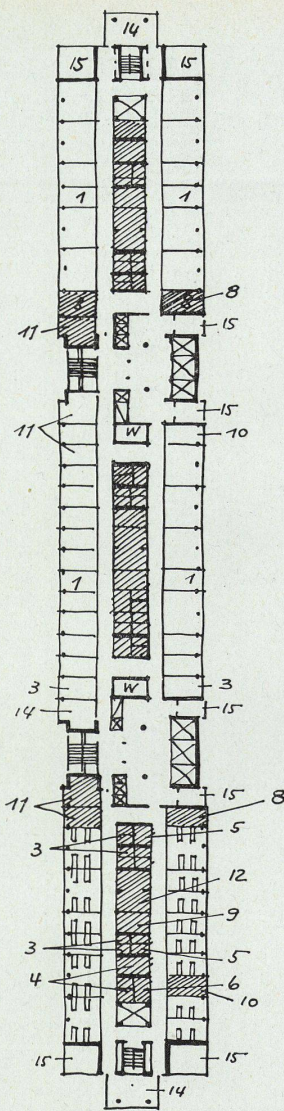
Erstens hat der Andrang zu unseren Spitälern eine nicht erwartete Intensität angenommen. Man kann diese »Spitalfreudigkeit« mit der Erhöhung des Lebensstandards gleichsetzen, mit dem ja die menschliche Empfindlichkeit ungefähr parallel geht, oder dem vermehrten Versagen des Menschen im überinstrumentierten Lebensablauf zuschreiben. Wir müssen auf alle Fälle Raum schaffen für diese Menschen, wir müssen sie hospitalisieren können.

Zweitens bereitet das Bereitstellen von zuverlässigem Pflegepersonal den Spitalverwaltern keine geringen Sorgen.

Wenn wir Architekten diese Forderungen ohne Neben- oder Weitergedanken direkt angehen, geschieht folgendes: Das Spital wird komprimiert. Dieser Vorgang kann zweidimensional geschehen:

#### 1. Im Grundriß:

Durch Ein- oder Wiedereinführen der Drei- und Mehrbettentiefe pro Raum (Der Architekt,



4 Dijkzigt Hospital, Rotterdam (im Bau). Architekt: Ir. A. Viergever. Doppelbündiger Bettenhaustyp mit Ost-West-Bettenstation von je zirka 20 Betten, mittlere Nebenraumgruppe auf Stationslänge geschlossen. Die Addition von drei Betteneinheiten im Grundriß und die Gesamthöhe von 12 Stockwerken führen zu einem massigen Monumentaleindruck, der die menschliche Sphäre vermissen lassen muß, wohl zufolge der Programm- und Platzgegebenheiten.

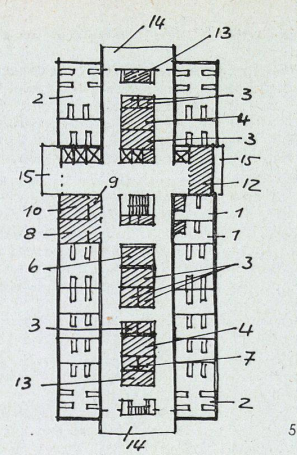
Dijkzigt Hospital, Rotterdam (en chantier). Type de double bâtiment à station de chambres est-ouest d'env. 20 lits chacune avec groupe moyen d'annexes longeant la station. L'addition de 3 unités de chambres dans le plan et la hauteur totale de 12 étages créent une impression monumentale massive qui fait regretter l'atmosphère humaine; conséquence probable du programme et du site.

Dijkzigt Hospital, Rotterdam (under construction). Double building type with wards aligned east-west, 20 beds each, with utility section attached to axis of wards. The addition of 3 room units in the plan and the total height of 12 floors create a solid monumental effect which seems a little inhuman; probable consequence of the specifications and of the site.

6 Thurgauisches Kantonsspital Frauenfeld (1958), Architekten: J. Schader und W. Frey, BSA/SIA, Zürich. Quadratischer dreibündiger Kerngrundriß mit 27 Betten und mittlerem Nebenraumblock. Siebenstöckiges Bettenhaus mit dahinterliegendem Behandlungsstrakt. Kürzeste Verkehrswege.

Hôpital cantonal de Thurgovie à Frauenfeld (1958). Plan carré triple avec 27 lits et bloc moyen d'annexes. Bâtiment de 7 étages de chambres avec pavillon de traitement situé derrière. Chemins très courts.

Thurgau Cantonal Hospital at Frauenfeld (1958). Square triple plan with 27 beds and central utility section. Seven-storey wards with treatment section situated behind. Very short passageways.

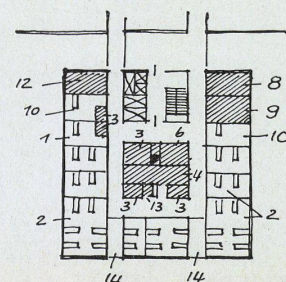


5 Thurgauisches Kantonsspital Münsterlingen (Skizze 1958), Architekten: A. Muggler und E. F. Burckhardt BSA/SIA, Zürich. Doppelbündiger Grundriß mit Ost- und Westzimmer, zwei Drittel der 50 Betten südlich und ein Drittel nördlich des Verkehrszentrums, mittlere Nebenräume in aufgelockerter Form, allgemeine Nebenräume dem Verkehrszentrum angeschlossen. Dieser Grundriß macht sich die hervorragende Aussichtslage der Situation Münsterlingen nach Norden zu Nutzen.

Hôpital cantonal de Thurgovie à Münsterlingen (1958). Double plan avec chambres est-ouest, deux tiers des 50 lits au sud et un tiers au nord du centre de circulation; annexes moyennes dissimulées, annexes générales raccordées au centre de circulation. Ce plan a tiré parti de la merveilleuse vue dont on peut jouir à Münsterlingen.

Thurgau Cantonal Hospital at Münsterlingen (1958). Double plan with east-west rooms, two-thirds of the 50 beds on south side and one-third on north side of central section, central utility rooms spread out, general utility rooms attached to centre. This plan has taken full advantage of the splendid view to the north over Münsterlingen.

- 1 Isolierzimmer / Chambre d'isolement / Isolation room
- 2 Krankenzimmer / Chambre de malade / Patient's room
- 3 Sanitäre Nebenräume (Bad, WC Toiletten / Annexes) sanitaires (bains, WC) / Sanitary rooms (bath, WC)
- 4 Ausgußraum / Egouts / Sluice room
- 5 Wäscheraum / Buanderie / Laundry
- 6 Geräte / Ustensiles / Utensils
- 7 Putzraum / Débarras / Cleaning room
- 8 Behandlungsraum / Salle de traitement / Treatment room
- 9 Stationszimmer / Station / Ward
- 10 Schwesternzimmer / Chambre d'infirmière / Nurses' room
- 11 Arztzimmer / Chambre de médecin / Doctor's room
- 12 Office / Pantry
- 13 Teeküche / Cuisine à thé / Snack kitchen
- 14 Tagraum / Salle de séjour / Lounge
- 15 Balkon / Balcon / Balcony
- 16 Sauberer Pflegearbeitsraum / Salle de travail et de soins propres / Sterile room
- 17 Schmutziger Pflegearbeitsraum / Salle de travail et de soins sales / Recovery room

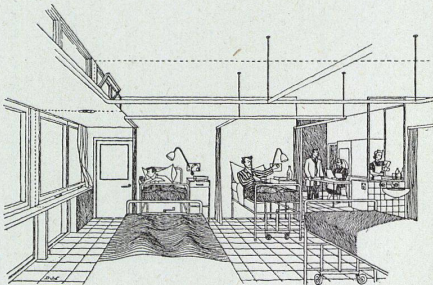
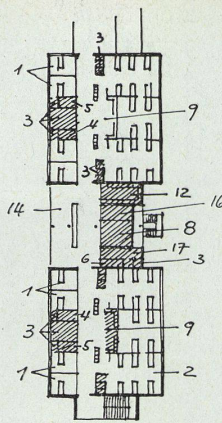


7  
Versuchsstation beim Musgrave-Park-Krankenhaus, Belfast.

Zwei Pflegegruppen von 20 Betten mit direkt angeschlossenen sanitären Nebenräumen. Allgemeine Nebenräume zentral zwischen beiden Bettengruppen. Für England typisch ist der zentrale Schwesternarbeitsplatz mit Übersicht über die ganze Station. Tagesraum in der Mitte und in der Nähe der Küche, günstig für Selbstverpflegung der gehfähigen Patienten. Dreibettentiefe.

Station d'essai près de l'hôpital Musgrave-Park, Belfast. Deux groupes de traitement de 20 lits avec annexes sanitaires directement annexées. Annexes générales placées centralement entre les deux groupes de chambres. Typiquement anglais: le lieu de travail central des infirmières qui peuvent ainsi surveiller toute la station. Salle de séjour au milieu, à proximité de la cuisine, disposition avantageuse pour l'alimentation privée des malades pouvant marcher. Profondeur de 3 lits.

Experimental clinic near Musgrave Park Hospital, Belfast. Two treatment sections with 20 beds with sanitary installations directly attached. General utility rooms centrally located between both wards. Typically British is the centrally located nurses' station overlooking the entire hospital. Day room in the centre and near the kitchen, convenient for self service of patients able to walk. Three rows of beds.

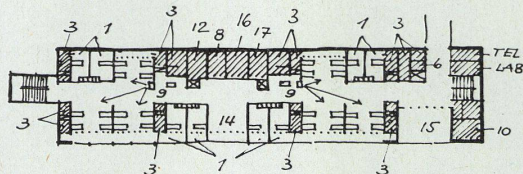


8  
Krankenzimmer in der Versuchsstation Larkfield. Blickfeld des Patienten links.

Chambre de malade dans la station d'essai de Larkfield. Vue prise du lit gauche.

Patient's room in Larkfield Clinic. Looking from left bed.

8

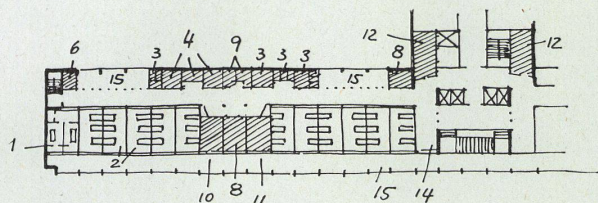


9

Versuchsstation beim Larkfield Krankenhaus, Greenock. Zwei Bettengruppen à 16 Betten mit allgemeinen Nebenräumen in der Mitte und sanitären Nebenräumen direkt angeschlossenen. Auf jeder Seite zwei Betten — tiefe Räume durch ganzen Bau durchgehend (doppelte Belichtung), mittlerer Korridor nicht abgegrenzt. Zentraler Schwesternarbeitsplatz mit guter Übersicht über die ganze Station.

Station d'essai de l'hôpital Larkfield, Greenock. Deux groupes de chambres à 16 lits avec annexes générales au milieu et annexes sanitaires directement annexées. De chaque côté, chambres profondes de deux lits, traversant tout le bâtiment (double éclairage), corridor médian non délimité. Place centrale de travail des infirmières pouvant ainsi surveiller toute la station.

Clinic near Larkfield Hospital, Greenock. Two groups of rooms with 16 beds and general utility rooms in centre and sanitary rooms directly attached. Two beds on each side. Rooms run continuously through entire building (double lighting), central corridor not sharply delimited. Central nurses' station with good view of whole complex.



10

Beilinson Hospital, Tel Aviv (1957), Architekten: A. Sharon und B. Idelson, Tel Aviv.

32-Betten-Station mit Dreibettentiefe nach Süden, in der Mitte Behandlungsteil, konzentrierte Nebenräume auf der Nordseite, aufgelockert links und rechts mit Schattenhallen und auf der Südseite mit durchgehender Terrasse (klimatisch bedingt).

Beilinson Hospital, Tel Aviv (1957).

Station de 32 lits avec 3 profondeurs de lit au sud, partie de traitement au milieu, annexes concentrées sur le côté nord, entrecoupée à gauche et à droite de salles à l'ombre et d'une terrasse sur toute la longueur au sud (nécessité par le climat).

Beilinson Hospital, Tel Aviv (1957).

32-bed ward with three rows of beds on south side, treatment section in centre, utility section concentrated on north side, intersected on left and right by shaded rooms and continuous terrace running along entire south side (necessary owing to hot climate).

der die Dreibettentiefe erfunden hat, hat mit dem konzentrierteren Grundriß auch das »Leiden des zweiten Menschen« erfunden. Die Vielbettentiefe wird sofort wieder diskutierbar, sobald zweiseitige Belichtung und Querbelüftung zur Verfügung stehen, und die Betten nicht bloß 80 cm, sondern 1,20 m bis 1,50 m voneinander Distanz halten).

Der wesentlichste Beitrag zur Verkürzung der Betriebswege ist jedoch das heute mancherorts studierte Aufklappen der einbündigen, nach Süden orientierten Pflegestation in eine zweibündige Anlage mit mittleren Nebenräumen, durch zwei Korridore erschlossen. Die Orientierung dreht sich um 90°, wir haben Ost- und Westlicht für die Krankenzimmer und für die Nebenräume künstliche Beleuchtung. Das Charakteristikum dieser Anlage ist offensichtlich: Für zwei kleinere Pflegeeinheiten kommen wir mit einer Nebenraumgruppe aus, von beiden Seiten zugänglich. Die Verkehrswege sind kurz, die Anlage ökonomisch. Ost- und Westbelichtung ist für nicht mehr als Zweibettentiefe ebenso zulässig oder besser wie reine Südlage.

Eine Abwandlung dieses Themas bildet die dreibündige Anlage, also Betten nach Ost, Süd und West mit einem mittleren Nebenraumkern. Es ergibt dies den quadratischen Block mit bestechend klaren, aber auch gefährlichen Attributen. Seine Anwendung dürfte sich auf nicht allzu viele Situationsmöglichkeiten beschränken.

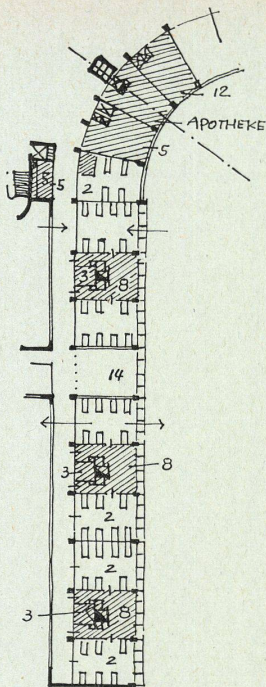
2. In der Vertikalen:

Es ist nun verlockend, diese Grundrißkonzentration auch noch in die Höhe zu treiben, und warum soll die Hochausepidemie gerade vor einem Krankenhaus haltmachen? (Es werden neuerdings Spezialabteilungen für die Hochhauskrankheit vorgesehen.) Wenn irgendwo, so müssen wir uns beim Krankenhaus die Frage stellen, ob das Hochhaus mit seiner Gefahr der maßlosen Vermassung die geeignete Umgebung für den kranken Menschen ist. Wenn gesunde Menschen Mühe haben, mit deplazierten Hochhäusern fertigzuwerden, so können beim Kranken, dem nicht das normale Kräftepotential zur Verfügung steht, diese Schwierigkeiten unüberwindlich werden. Auf jeden Fall müßte der Außenwand eine entsprechende Schutzzone vorgeschaltet werden.

Damit führt uns der Weg zurück zur eigentlichen Sinnesdeutung unserer Pflegeeinheit.

So wie für das Spital die Pflegeeinheit Ausgang und Maß sein soll, so ist für die Pflegeeinheit Ausgang und Maß der Mensch. (Man muß Binsenwahrheiten, wenn es nützt, wieder sagen dürfen.)

Wenn dieser Mensch im Ablauf des Weltgeschehens, in das er gesetzt ist, versagt, wenn er in Disharmonie zu seiner Umgebung, zu seinem Zwangsmilieu steht, so ist die Krankheit ein Ausweg. Der Arzt erlöst ihn aus dieser prekären Situation, indem er ihn in ein Spital einliefert. Dort soll ihm das Refugium gewährt werden, das ihm die Welt versagte. Die Aufgabe dieses Refugiums übernimmt nun die Schwester im menschlich faßbaren Raume der Pflegeeinheit. Auch wenn man es noch nicht allorts für volle Wahrheit haben will, daß jede Krankheit ihre psychische Begründung oder wenigstens ihre psychischen Symptome habe, so kann man sich trotzdem der Erkenntnis nicht verschließen, daß die Gesundung eines Patienten in außerordentlich subtiler Abhängigkeit steht zu seinem psychischen Wohlbefinden. Dieses Wohlbefinden schafft ihm nun die menschliche Atmosphäre, das Verständnis des Arztes, der Schwester, kurz, das neue Wahlmilieu der Pflegeeinheit.



- 1 Isolierzimmer / Chambre d'isolement / Isolation room
- 2 Krankenzimmer / Chambre de malade / Patient's room
- 3 Sanitäre Nebenräume, (Bad, WC, Toiletten) Annexes sanitaires, bains, toilettes / Sanitary rooms, bath, toilets
- 4 Außgußraum / Egouts / Sluice room
- 5 Wäscheräum / Buanderie / Laundry
- 6 Geräteraum / Salle d'ustensiles / Utensils
- 7 Putzraum / Débarras / Cleaning room
- 8 Behandlungsraum / Salle de traitement / Treatment room
- 9 Stationszimmer / Station / Ward
- 10 Schwesternzimmer / Cambre d'infirmière / Nurses' room
- 11 Arztzimmer / Chambre de médecin / Doctor's room
- 12 Office / Pantry
- 13 Teeküche / Cuisine à thé / Snack kitchen
- 14 Tagraum / Salle de séjour / Lounge
- 15 Balkon / Balcon / Balcony

11  
Hôpital Avicenne, Rabat, Marokko (1956), Architekten: J. M. Bonnemaison, Paris, und Ed. Delaporte und F. Robert, Paris/Rabat.

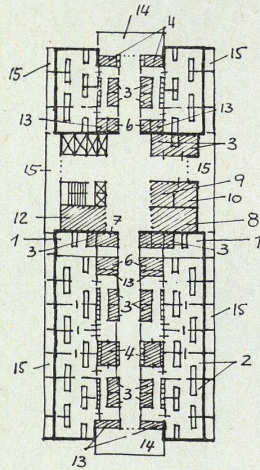
Klare Unterteilung in Pflegegruppen von 13 Betten, aufgeteilt in Zimmer von 6 und 7 Betten, in der Mitte sanitäre Nebenraumgruppe, vorgeschalteter Behandlungsraum, Vierbettentiefe, Querbelichtung und Belüftung über rückwärtigen Laubengang.

Hôpital Avicenne, Rabat, Maroc (1956).

Nette division en groupes de traitement de 13 lits, subdivisé en chambres de 6 et de 7 lits, groupe d'annexes sanitaires au milieu, salle de traitement avancée, 4 profondeurs de lit, éclairage transversal et aération venant de l'allée couverte postérieure.

Avicenne Hospital, Rabat, Morocco (1956).

Clear division into treatment wards of 13 beds, subdivided into rooms with 6 and 7 beds, in centre sanitary installations, projecting treatment room, four rows of beds, transverse lighting and ventilation through covered passageway in rear.



12  
Projektstudie der Architekten A. Müggler und E. F. Burckhardt BSA/SIA, Zürich, 1957.

Doppelbündige Anlage, Krankenzimmer mit 2 bis 6 Betten, wobei Betten versetzt angeordnet (private Sphäre für jeden Patienten). Nebenräume aufgeteilt und direkt an die beiden Bettenfronten angeschlossen (Hoteltyp) mit mittlerem Korridor. Die allgemeinen Nebenräume gruppieren sich um das Verkehrszentrum. An beiden Außenfronten durchgehende Balkone.

Projet d'étude.

Double bâtiment, chambres de 2-6 lits en damier (sphère privée pour chaque malade). Annexes dissimulées et reliées directement aux deux rangées de lits (type hôtel) avec couloir médian. Les annexes générales se groupent autour du centre de circulation. Balcons sur toute la longueur des deux rangées extérieures.

Preliminary plan.

Double building, rooms with 2-6 beds with private space for each patient. Utility rooms spread out and connected directly to both bed rows (hotel type) with central corridor. General utility section grouped about centre of whole complex. Continuous balconies running along both elevations.

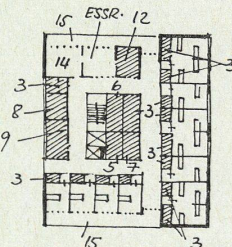
13  
Wettbewerb für das Pflegeheim »Bombach«, Zürich (1957), Architekten A. Müggler und E. F. Burckhardt BSA/SIA.

Zweibündige Anlage mit direkt an die Bettzimmer angeschlossenen sanitären Nebenräumen, allgemeine Nebenräume im Kern. Gemeinschaftsräume mit Office auf Nordostseite gegen den Park. Im gesamten drei dreigeschossige Baukörper.

Concours pour l'hôpital Bombach, Zurich (1957).

Double bâtiment avec annexes sanitaires directement reliées aux chambres et annexes générales au centre. Salles communes et office dans la partie nord-est donnant sur le parc. Au total trois bâtiments de trois étages.

Competition for the Bombach Hospital, Zurich (1957). Double building with sanitary wings connected directly to rooms and general utility section in centre. Public rooms with pantry on north side facing park. In all three three-storey structures.



Ausblick in die Zukunft

Wenn wir uns der Überlegung anschließen können, daß der Mensch und mit ihm das menschliche Maß für unsere weiteren Bestrebungen Geltung haben, so müssen wir uns klarwerden, was das für unsere Aufgabe bedeutet. Wir fordern also Verzicht auf große Krankensäle, wir wollen nicht das Opfer eines technisch überinstrumentierten Betriebes sein. Wir wollen nicht der Vermassung ausgeliefert werden. Was wir suchen, ist das Gegenteil, ist Aufteilung in kleinere Abgrenzungen, private Sphäre mit freier Anschlußmöglichkeit an eine größere Gemeinschaft. Wir suchen den Kontakt mit der Schwester als Mensch und sehen es nicht gern, wenn dieser Kontakt durch den technischen Ablauf des »Spitaltages« gestört wird. Was wir vor allem bei der Schwester suchen, ist die Konstante in der Pflagetätigkeit, d. h., wir möchten immer nur die gleiche Schwester oder Schwesterngruppe um uns haben.

Das führt zur Gruppenbildung. Wenn das Nuffield-Arbeitsanalysen-Team (England) herausgefunden hat, daß der beste Erfolg einer Behandlung dann gewährleistet ist, wenn die medizinische, körperliche und seelische Pflege einer Person anvertraut werden kann, so fällt es uns nicht schwer, diesem Ergebnis Glauben zu schenken. Nun ist heute die Krankenpflege so umfangreich und vielschichtig geworden, daß wir leider nicht jedem Patienten seine ihm zusagende Schwester zuteilen können. Aber wir sind bestrebt, die Anzahl Menschen, die den Kranken betreuen, auf eine möglichst kleine Gruppe zu reduzieren.

Wenn man andererseits von der Überlegung ausgeht, daß acht Patienten das Pflegeminimum für eine Schwester darstellen, und daß die Vollschwester außerhalb der Spitzenstunden zwei Achtergruppen übernehmen kann, so ergeben sich daraus nützliche Anhaltspunkte für den Aufbau einer Pflegestation. (Diese Annahmen können von Ort zu Ort und von Krankheitsart zu Krankheitsart etwas verschieden sein.) Die Pflegeeinheit wäre demnach ein Mehrfaches von acht, z. B. 32. Es ist organisatorisch auch durchaus denkbar, zwei oder eventuell mehrere Pflegeeinheiten von 32 Betten zu einer Pflegestation von 64 Betten zusammenzufassen, erschlossen und getrennt durch eine zentrale Verkehrseinheit.

Überhaupt bietet England in der heutigen Spitalentwicklung interessante Einblicke. Als am 10. Internationalen Spitalkongreß in Lissabon (1957) das Todesurteil über die großen Krankensäle gefällt und nur noch solche bis zu sechs Betten toleriert wurden, haben die Engländer mit der ihnen eigenen Seelenruhe den großen Sälen die Treue gehalten, planen sogar heute wieder zehnstöckige Spitalkasten mit ausschließlich Zwölfersälen! Daneben fällt es ihnen gar nicht schwer, gleichzeitig Musterstationen wie Mustgrave und Larkfield zu bauen (siehe Skizzen), um damit einen wirklich hochbeachtenswerten Beitrag auf dem Gebiet der Pflegeeinheit zu leisten.

Mit dem englischen Experiment sind die Möglichkeiten nun aber keineswegs erschöpft. Es bleibt noch viel zu tun, vielerorts ist man an der Arbeit, und die Lösungen, die uns die Zukunft schenken wird, werden alle den Stempel der regionalen Gegebenheiten tragen, aus denen sie herauswachsen. Doch die wertvollsten werden diejenigen sein, welche es verwirklicht haben, daß der Mensch sich in sinnvoller Harmonie all des technischen Fortschrittes platzanweisend bedient und nicht in dessen Knechtschaft fällt.