

Zeitschrift: Das Werk : Architektur und Kunst = L'oeuvre : architecture et art
Band: 22 (1935)
Heft: 3

Wettbewerbe

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. [Voir Informations légales.](#)

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. [See Legal notice.](#)

Download PDF: 18.04.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, <https://www.e-periodica.ch>

Dr. Alter über den Ideenwettbewerb für ein neues Kantonsspital in Zürich

I. Das Programm

Das von Kantonsbaumeister Wiesmann entworfene «Programm über einen Ideenwettbewerb», das unbeschadet aller möglichen Kritik in seiner strengen und sauberen Sachlichkeit eine vorzügliche und international vorbildliche Leistung darstellte, bezweckte die Entwicklung eines Medical-Centre, eine bauliche Neuanlage, die sämtliche Kliniken, Polikliniken und Institute der medizinischen Fakultät der Universität Zürich zu einer geschlossenen Zentrale zusammenfassen sollte. Das Streben zur Vereinigung war die Dominante des Programms.

Mit Recht. Das neue Kantonsspital soll und muss in seiner baulichen Anlage planmässig so entwickelt werden, dass es für seine ganze Lebensdauer als Zentrale der gesamten Gesundheitsfürsorge des Kantons Zürich und darüber hinaus der ganzen Ostschweiz zu dienen vermag. Eine solche Entwicklung bedeutet ein lebenswichtiges Interesse der Universität Zürich und — was wichtiger ist — eine notwendige Voraussetzung zu jeder vernünftigen und wirtschaftlichen Gesundheitspolitik des Kantons Zürich und der gesamten Schweiz.

Der persönliche und sachliche Apparat eines modernen Grosskrankenhauses vom Charakter eines mit einer Universität verbundenen «Health-Centre» ist heute so kostspielig und wächst in seinen Kostenansprüchen so unaufhaltsam, dass er auch in einem reichen Lande auf die zur Versorgung der Bevölkerung notwendige Zahl von Anstalten beschränkt und zentralisiert werden muss. Die modernen Verkehrsmittel ermöglichen es, den Wirkungsbereich einer solchen Zentrale auf einen Radius von 100 Kilometer auszudehnen.

II. Die Aufgabe

Trotz ihrer Kosten notwendig, ja unentbehrlich sind solche gross angelegte Gesundheitszentralen heute in jedem Lande.

Die Gesamtgesundheit der Bevölkerung wächst nirgends in der Welt, wenn auch hier und da einzelne Volksseuchen zurückgedrängt werden und der Durchschnitt der Lebenserwartung ansteigt. Die wachsende Hast des Lebens und des Erwerbs, die Technik und der Verkehr bedingen überall eine Zunahme des Krankseins und der Erkrankungsbereitschaft, vorab an Krankheiten des Herzens und der Gefässe, an Stoffwechselstörungen und nicht zuletzt an Nerven- und Geisteskrankheiten. Der Kampf für die Gesundheit bedeutet heute für jedes Volk eine Lebensfrage.

In diesem notwendigen Kampf ist das Grosskrankenhaus mit Universitätscharakter das wertvollste Wirkungszentrum, weil es im Gegensatz zu dem in seinen Leistun-

gen stets beschränkten und behinderten kleineren Krankenhaus über jenen aus allen medizinischen Disziplinen und allen technischen Standardtypen zusammengesetzten persönlichen und sachlichen Apparat verfügt, der allein allen Ansprüchen einer richtigen Sozialhygiene und einer wirksamen Gesundheitsfürsorge zu genügen vermag und allein qualifiziert ist, das in erster Linie Erforderliche zu leisten: die planmässige Schadenverhütung.

Die Hauptaufgabe aller Gesundheitsfürsorge und alles medizinischen Wissens und Könnens unserer Tage und der Zukunft ist nicht die *Schadenheilung*, die *kurative Leistung*, sondern die *präventive Leistung*, die *Verhinderung* der Erkrankung und die *Ausräumung* der Erkrankungsbereitschaft. Diese präventive Leistung ist nur dann hochwertig und zu grossen Erfolgen möglich, wenn ein erstklassiges Zentralkrankenhaus mit den besten klinischen und poliklinischen Einrichtungen in breiter Wirksamkeit grösste Teile der gesundheitsgeschädigten oder -gefährdeten Bevölkerung erfasst. Zu einer solchen Sanierung — die eine Gesamt-sanierung der in ihrer Gesundheit bedrohten oder schadhaft gewordenen Persönlichkeit sein muss, wenn sie Wert haben soll — genügt niemals die Leistung einer einzelnen medizinischen Disziplin; sie ist nur durch jenes grundsätzliche, systematische und methodische Zusammenwirken aller Kliniken, Polikliniken und Institute möglich, das wir in seinen vorzüglichen, sonst nirgends erreichten Erfolgen für die Gesamtgesundheit der erfassten Bevölkerung aus der Arbeit amerikanischer und russischer «Health-Centres» kennen.

Das Wesentliche dieser Arbeit und ihrer Erfolge besteht darin, dass das Krankenhaus jederzeit jedem Klienten offensteht — der Begriff des Kranken ist wegen der präventiven Aufgaben des Krankenhauses zu eng geworden — dass jeder dieser Klienten in einer planmässigen Gemeinschaftsarbeit aller medizinischen Abteilungen der Anstalt einer vollständigen Gesundheitsinventur unterzogen wird und dass die Wirksamkeit der Anstalt danach grundsätzlich jeden ermittelten Schaden bestmöglich und nachhaltig auszuräumen, aber auch gleichzeitig die Lebens- und Umweltsverhältnisse des Klienten zu sanieren sucht.

III. Die Bauform

Aus dieser notwendigen Leistung des «Health-Centre» ergeben sich für seine Bauform notwendige Gebote. Nur eine Anlage, die alle medizinischen Anstalten in einem unmittelbaren Zusammenhang, unter einem Dach vereinigt, macht ihr unentbehrliches unmittelbares Zusammenwirken möglich und wirtschaftlich tragbar, nur eine solche

Anlage wirkt — was sehr wesentlich ist — aus ihrer Konzentration als starker Erzieher zu jener prinzipiellen Gemeinschaftsarbeit aller Beteiligten. Nur sie gestattet es, die notwendigen kostspieligen Laboratoriumsarbeiten auf einige Zentralstellen zu konzentrieren — was ihren sachlichen Wert und ihre Oekonomie in gleich hohem Grade begünstigt. Nur ein solcher massierter Bautyp sichert allem Verkehr die kürzesten Wege, die gesucht werden müssen, weil die Personalkosten heute fast überall in der Welt mehr als 50 v. H. der Krankentagskosten in Anspruch nehmen und weil eine sparsame Verwaltung eines Universitätskrankenhauses nur aus einer straffen Konzentration möglich wird und bleibt. Nur eine so konzentrierte Anlage erlaubt alle die Technifizierungen, Mechanisierungen und Automatisierungen, die zur Minderung jener unverhältnismässig hohen Personalkosten nötig sind. Und nur diese Bauform macht es möglich, dass alle Untersuchungen und Behandlungen mit der geringsten Strapazierung des Klienten stattfinden. Jeder Transport bedeutet für einen bettlägerigen Schwerkranken einen unter Umständen gefährlichen Kraftverlust, bedingt aber auch nur zu oft, bei Bettlägerigen und Nichtbettlägerigen, aus der keimüberladenen Atmosphäre des Krankenhauses und aus den unvermeidlichen Klimaschwankungen zwischen dem Klima des Krankenzimmers und den Klimaten langer Korridore oder stark abweichender Freiluftpassagen eine additionelle Gesundheitsstörung. Auch aus sanitären Rücksichten muss jede Leistung am Klienten des Krankenhauses grundsätzlich auf dem kürzesten Wege erfolgen, mit den bequemsten Transportmitteln, ohne Aussenpassagen und — soweit das irgend zugänglich ist — ohne dass der bettlägerige Kranke das Bett verlässt. Der im Krankenhaus der Vergangenheit geltend gewordene Grundsatz, dass der Kranke zu jeder Untersuchung und Behandlung spazieren gefahren werden muss, ist nicht nur höchst unökonomisch, sondern auch in weiten Grenzen falsch und gesundheitsnachteilig. Die Untersuchung und Behandlung soll und muss in den weitesten Grenzen des Möglichen in das Krankenzimmer oder in den Raumbereich der Pflegeeinheit verlegt werden. Ich vertrete diese Forderung aus doppelter Sachkunde: ich habe nicht nur als leitender Arzt und leitender Verwaltungsdirektor jahrzehntelang grosse Krankenanstalten der verschiedensten Art organisiert, geleitet, verwaltet, gebaut und erneuert, sondern auch fast zwei Jahre meines Lebens als Kranker, unter anderm zu 12 Operationen, in 14 verschiedenen Krankenhäusern verleben dürfen!

Aus allen jenen notwendigen Bedingungen formte sich die in dem Programm für den Ideenwettbewerb klar umrissene Bauaufgabe des neuen Kantonsspitals: zur Errichtung einer massierten Anlage, die eine Gemeinschaftsarbeit aller medizinischen Anstalten der Universität Zü-

rich durch straffe Vereinigung unter einem Dach sicherstellte und dabei gleichzeitig dem Betrieb und dem Klienten die günstigsten Verhältnisse gewährleistete. Die optimale Konstruktion musste dabei aus hygienischen Gründen eine Bildung von Höfen zu vermeiden suchen, die Pflegeeinheiten — nicht alle Krankenzimmer! — nach Süden orientieren und sie mit dem Komplement, dem Raumbereich zur Untersuchung, Behandlung, Lehre und Forschung, zur Verwaltung und Bewirtschaftung, durch aus der Funktion errechnete kürzeste Wege verbinden. Das Ausmass der Anlage musste grundsätzlich auf die aus dem Versorgungsbezirk maximale Inanspruchnahme zugeschnitten werden, also auf die höchsten Bettenziffern, die aus der Erfahrung und der für die Lebensdauer der Anlage wahrscheinlichen Bevölkerungsbewegung zu erwarten sind. Ein solches Ausmass liegt ebenso sehr im Interesse einer rationellen Gesundheitswirtschaft der Ostschweiz, wie in dem der Universität Zürich, der nur eine solche Grossanlage das notwendige zahlreiche und vielseitige Lehrmaterial sichert, das zur Ausbildung von Aerzten unentbehrlich ist.

IV. Poliklinik

Medizin kann man aus Büchern lernen, Arzt wird man nur aus Erfahrungen am kranken oder gesundheitsbedrohten Menschen. Jede Krankheit verläuft bei jedem Menschen nach dessen Eigenart; nur ein Mediziner, der viele von allen diesen möglichen Verschiedenheiten gesehen hat, gewinnt in der Erkennung und Behandlung von Krankheiten und Krankheitsanlagen die ruhige Sicherheit des Wissens und Könnens, die zu einer verständigen Gesundheitsfürsorge unentbehrlich ist. Es war deshalb auch eine richtige Einstellung des Programms, dass es alle vorgesehenen Kliniken mit Polikliniken ausstattete. Nur in gross angelegten, auf zahlreichen und unbehinderten Besuch eingestellten Polikliniken lernt der werdende Arzt die Fülle der möglichen Erscheinungen und vor allem den ambulanten Kranken kennen, der später den Hauptteil seiner Arbeit beansprucht. Nur aus der Arbeit in der Poliklinik, vorab einer Poliklinik, die Hausbesuche abstattet, wird ihm der Begriff, die Bedeutung und die Tragweite der Gesundheitsfürsorge handgreiflich offenbart. Der nur in Kliniken geschulte Mediziner gewinnt nie eine klare Vorstellung der Arbeitsansprüche und der Wirkungsmöglichkeiten, die ihn etwa in Wohnvierteln von Fabrikarbeitern oder unter ländlichen Verhältnissen erwarten, gewinnt aber auch nie den für die gesamte Berufsauffassung und für die Gesundheitsfürsorge notwendigen unbedingten Respekt vor dem Grundsatz, dass das Verhüten von Erkrankungen für die Volksgesundheit unendlich wichtiger ist, als alles Behandeln und Heilen. Die Poliklinik eines mit allen persönlichen und sachlichen Hilfsmitteln zu

Höchstleistungen ausgestatteten Allround-Krankenhauses wird überall in der Welt, wo sie entsteht und sich voll auszuwirken vermag, das wertvollste Mittel zur vorbeugenden Gesundheitsfürsorge. Sie erfasst sehr viel grössere Zahlen gesundheitsgeschädigter oder gesundheitsgefährdeter Personen, als das der Klinik je möglich ist; sie bleibt, wenn sie richtig arbeitet, stets in der Lage, jede ihr auffallende Gesundheitsstörung oder Gesundheitsschädigung sofort in die Behandlung des zuständigen praktischen Arztes zu überführen oder durch die sachkundige Spezialabteilung des Krankenhauses klären und ausräumen zu lassen. Eine gut und richtig arbeitende Poliklinik ist, auch wenn sie zur Gesundheitsfürsorge Hausbesuche abstattet, für den praktischen Arzt niemals ein unbequemer Konkurrent, sondern ein nützlicher Arbeitsvermittler und ein wertvoller Berater.

V. Grosse und kleine Spitäler

Auch andere Bedenken und Besorgnisse, die einem solchen gross angelegten Allround-Krankenhaus heute noch vielfach entgegentreten, sind unbegründet.

Ein in der Anlage massiertes und auf Betriebsökonomie eingerichtetes Grosskrankenhaus arbeitet im Verhältnis zu kleineren Anstalten in der gleichen Weise und aus den gleichen Gründen vorteilhafter, als das Warenhaus gegenüber den Detailgeschäften: es kann aus hohem Umsatz günstiger einkaufen, qualitativ Besseres leisten und den Kunden aus der gleichzeitigen Bereitstellung jedes Bedarfs rasch und bequem befriedigen. Im baulich straff konzentrierten, betriebstechnisch gut ausgestatteten und gut administrierten «Health-Centre» ermässigt sich der Aufwand je Krankentag im Verhältnis zur, also mit der Zunahme der Bettenzahl. Die von Sachkundigen gern als Gegenbeispiele genannten, betriebsteuren Grosskrankenhäuser aus der Vorkriegszeit sind Anlagen im Pavillonssystem, die durch weite Wege hohe Personalkosten bedingen und eine ökonomische Verwaltung der dezentralisierten Abteilungen erschweren oder unmöglich machen. Vereinzelt neigt immer und überall in der Welt zu einer kostspieligen Autarkie.

Ein anderer Einwand, die Besorgnis, dass das Grosskrankenhaus die in seinem Bereich gelegenen kleineren Anstalten erdrücken könnte, geht grundsätzlich fehl. Das «Health-Centre» muss sich in seinen eigenen kurativen Leistungen grundsätzlich auf kurzfristige Heilgänge beschränken; es hat in zahlreichen Fällen nur die Aufgabe, als diagnostische Zentrale zu wirken, es kann und soll die Behandlung, wo das angeht, insbesondere zu langfristigen Heilgängen, den kleineren Anstalten überlassen, die auch im Wirkungsbereich eines «Health-Centre» die regionale Gesundheitsfürsorge zu vertreten und zu leisten haben. Ein gut organisiertes, organisches Zusammenarbeiten zwischen dem «Health-Centre» und den kleineren

ren Krankenhäusern seines Bezirks wird dabei stets anzustreben sein: als notwendige Forderung einer vernünftigen Gesundheitspolitik. Im übrigen ist es für eine solche vernünftige Gesundheitspolitik durchaus kein Nachteil, wenn minderwertige kleine Krankenhäuser verschwinden.

Der Individualismus der Chefärzte, der sich aus einer baulich zu jenem grundsätzlichen und vollkommenen Kooperation massierten Anlage heute noch da und dort bedroht fühlt, hat im amerikanischen und russischen «Health-Centre» nur die egoistische Note verloren, die in dem Grundsatz: «das ist mein Kranker» zum Ausdruck kommt. In seiner rechten Richtung, zu der für den Klienten optimalen individuellen Leistung, gedeiht er im Mayo-Hospital, im Massachusetts General Hospital und im Medical-Centre der Columbia-University ebenso gut und ebenso fruchtbar, wie in Moskau, Magnetogorsk und Stalin.

VI. Vorteile des Hochbaues

Die Steigerung der Baukosten, die das Hochhaus angeblich gegenüber dem Flachbau bedingt, hält einer soliden Berechnung aus dem Kubikinhalt, aus der Installationskalkulation und aus dem Ausmass der Arbeitswege nicht stand, weil ein gut disponierter 10–12stöckiger Bau für 1200–1500 Kranke Raum gibt. Ein wirklicher Mehraufwand würde aber auch in seinem Kapitalwert durch den Kapitalwert der im Hochhaus möglichen Personalsparnis stets weitaus übertroffen werden. Die Kosten der Anlage lassen sich ohnehin noch erheblich senken, wenn man auf die zur Leistung durchaus entbehrliche Forderung der Südlage aller Krankenzimmer (nicht der Pflegeeinheiten) verzichtet. Die kurative Leistung eines modernen Grosskrankenhauses sind kurzfristige Heilgänge; erstklassige amerikanische Krankenhäuser haben die Durchschnittsverpflegung des einzelnen Kranken auf 12–15, vereinzelt sogar schon auf 8–10 Tage herabgedrückt. Die gleiche Entwicklung wird, wie überall in der Welt, auch in Zürich während der Lebensdauer der geplanten Neuanlage geltend werden. Diese kurzfristigen Verpflegungen brauchen Licht und Luft, aber nur in den seltensten Fällen Sonnenbäder. Krankenzimmer in Südlage haben eine geringere und unwirkzamere Tiefenbesonnung als Räume in Ost- oder Westlage; sie werden erfahrungsgemäss häufiger und länger verdunkelt und verlieren dadurch diffuse Lichtmengen, deren hygienischer Wert recht erheblich ist. Die Forderung, die sachlich eine Begriffsverirrung in bestimmte Heilstättentypen bedeutet, verteuert den Bau und den Betrieb, weil sie die baulich wohlfeile, betriebstechnisch sparsame und verkehrstechnisch optimale Gestaltung der Pflegeeinheit unmöglich macht, die aus nordsüdlicher Achse, Mittelkorridor, Krankenzimmern nach Osten und Westen und vorgelagerter Südloggia gewonnen werden kann.

Städtebauliche Rücksichten, die gegen einen solchen Hochbau geltend gemacht werden, verkennen das Wesentliche. Ein Krankenhaus ist ein reiner Zweckbau. Es kommt nicht darauf an, dass er ein bestechendes Architekturbild ergibt oder weich in das Gelände gesetzt ist. Er hat vor jedem anderen Anspruch zu gewährleisten, dass die optimale Leistung mit dem geringsten Aufwand erreicht wird. Sonst bedeutet er eine Versündigung an der Gesundheitsfürsorge, weil er ihr durch vermeidbare Betriebskosten nachhaltig Mittel entzieht, die ihren eigentlichen Zwecken überall unentbehrlich sind.

VII. Die Ergebnisse des Wettbewerbs

Alle diese Grundsätze und Tatsachen, deren Richtigkeit unbestreitbar bleibt, haben in dem Ergebnis des Ideenwettbewerbs nicht die Würdigung und Geltung gefunden, die sie verdienen. Der Begriff des «Health-Centre», die Zentralisation zur notwendigen unmittelbaren und unbedingten Gemeinschaftsarbeit der medizinischen Anstalten ist in allen Entwürfen einer mehr oder weniger isolierenden Dezentralisation gewichen. Das Allround-Hospital, das alle Kliniken, Polikliniken und Institute unter einem Dach vereinigt, hat keine einzige Lösung gefunden. Der von den Bewerbern meistbegünstigte Typ ist jene breit aufgesetzte, in den Verbindungen nordsüdlich orientierte Form des Kamm-systems, die vor zwei Menschenaltern als «Fischgrätenmuster» zumeist für Irrenanstalten unzweckmässige und betriebssteuere Krankenhäuser entstehen liess. Im Gegensatz zu der aus einer knappen ost-westlichen Achse nach Bedarf in Süd- und Nordflügeln vorspringenden, massierten, zentralisierenden Hochhausanlage vermag jener bewusst dezentalisierende Typ den allein bevorrechteten Primat einer generell wirksamen, ökonomischen und schonsamen Leistung am Klienten nie zu genügen. Er begünstigt die Isolierung der einzelnen medizinischen Anstalten und behindert ihr Zusammenarbeiten durch weite, zeitraubende, kostspielige und für den Klienten ermüdende und gefährvolle Wege. Er ergibt lange Installationsstrecken und erschwert jede Leistung der Zentralverwaltung, nicht nur räumlich, sondern auch prinzipiell, weil er jene unwirtschaftliche Autarkie der medizinischen Anstalten begünstigt, die einer vernünftigen Gesundheitswirtschaft zum mindesten sehr hinderlich werden kann.

Gewiss: vom städtebaulichen Standpunkt und rein ästhetisch sind einige der eingegangenen Entwürfe von bestechendem Reiz. Aber dem erfahrenen Krankenhauspraktiker erwecken sie den fatalen Eindruck etwa jener Rokokostühle, die so entzückend zum Ansehen und so unmöglich zum Sitzen sind. Sie sind intuitiv auf die optische Wirkung gestellt, aber nicht als die optimale Ausdrucksform einer unbedingten souveränen und allein

massgebenden Leistung gestaltet. Sie sind ganz offenkundig nicht von innen heraus, aus Krankenzimmer, Pflegeeinheit und Komplement mit dem Rechenschieber aufgebaute Zweckbauten, sondern mit einem mehr oder weniger geistvollen Zeichenstift entworfene Architekturen, in die der Inhalt dann mehr oder weniger geschickt hineinkomponiert worden ist. Einzelne Entwürfe enthalten vortreffliche Lösungen zu Einzelheiten, manche auch beachtenswerte, wenn auch stets durch die Forderung der Südlage aller Krankenzimmer behinderte Entwicklungen der Pflegeeinheit. Aber die Tatsache, dass der Krankenhausbau kein statisches, sondern ein kinematisches und dynamisches Problem darstellt, hat in keinem der Entwürfe einen überzeugenden Ausdruck gefunden. Die Artikulation zwischen Pflegeeinheit und Komplement, die den Kernpunkt der ökonomischen Krankenhausleistung enthält, hat kein Entwurf zur möglichen und notwendigen Vollkommenheit entwickelt. Keiner der eingereichten Entwürfe enthält jene optimale Lösung des ausschliesslich aus der ihm obliegenden Leistung gestalteten «Health-Centre», die das gesundheitspolitische Interesse des Kantons Zürich und der Ostschweiz verlangt und gebietet.

Remarques sur le concours du nouvel Hôpital cantonal de Zurich

(Résumé de l'article précédent)

I. Le programme

Le nouvel Hôpital cantonal est destiné à servir de «centrale de salubrité» dans un rayon d'environ 100 km. Un «Health-centre» d'une telle importance est si coûteux qu'une centralisation locale des institutions qui s'y rattachent est inévitable.

II. La fonction

La fonction principale d'un hôpital devrait être non pas de guérir mais de prévenir les maladies par l'assainissement physique des personnes menacées ou atteintes dans leur santé. Cette fonction ne peut être remplie que par de grands centres médicaux possédant toutes les ressources imaginables et où toutes les disciplines et sciences médicales collaborent en un voisinage immédiat. Les résultats obtenus dans les nouveaux centres médicaux en Amérique et en Russie sont des plus satisfaisants. L'Etat de santé de chaque client doit être contrôlé et «inventarié» et c'est également la tâche de ces instituts que de relever le niveau sanitaire général et d'exercer une influence salutaire sur certains milieux dans lesquels les malades devront vivre après guérison.

III. La disposition du bâtiment

Il est de la plus grande importance de mettre toutes les divisions médicales en rapport direct l'une avec

l'autre afin de faciliter la collaboration de tous les éléments. Seule la centralisation permet de faire des installations et recherches coûteuses de laboratoires et d'assurer les communications les plus courtes ce qui est d'autant plus important que plus du 50 % des frais d'hôpitaux sont des frais pour le personnel de service. La concentration n'est donc pas seulement une question de fonction mais aussi une question d'économie ainsi qu'un avantage pour les malades auxquels des transports exagérés sont préjudiciables. C'est certainement le type de construction en bloc et non pas le type à pavillons plus ou moins détachés qui répond le mieux à ces exigences. Pour faciliter la construction, il n'est d'ailleurs pas indispensable d'orienter toutes les chambres de malades vers le sud.

IV. La polyclinique

C'est la polyclinique qui donne aux jeunes médecins le contact avec la vie réelle des clients. Ce n'est qu'ici qu'ils acquièrent l'expérience nécessaire pour exercer une influence sur la vie privée et professionnelle de leurs clients, de qui ils apprennent aussi à connaître les limites de leur influence. La polyclinique est l'instrument qui permet d'éviter les maladies par la découverte des premiers symptômes. Une polyclinique bien installée et utilisée n'est jamais une concurrence indésirable pour le praticien privé, mais au contraire un conseiller précieux.

V. Centre médical et hôpitaux régionaux

Le centre médical basé sur la concentration de tous les services de traitement fonctionne d'une manière plus économique que les petits hôpitaux, tout comme le grand magasin comparé à la petite boutique. Dans la proportion où augmentent les lits, les frais de traitement et d'administration diminuent. Les grands hôpitaux d'avant-guerre, souvent mentionnés comme preuve du contraire, ne peuvent être pris comme exemple parce qu'il s'agit alors de grands agrégats de pavillons isolés avec des communications très étendues, exigeant beaucoup de personnel et une administration coûteuse.

Il n'est cependant pas à craindre que le centre médical puisse étouffer les hôpitaux régionaux. Il sert exclusivement pour les guérisons à bref délai, souvent même seulement pour établir les diagnostics. Les traitements de longue durée sont cédés à d'autres établissements qui gardent ainsi leur importance dans le rayon d'action du centre médical. Une collaboration bien organisée entre ces deux classes d'établissements hospitaliers est de la plus grande importance. D'ailleurs la disparition de petits hôpitaux d'une valeur douteuse serait même parfois désirable. L'individualisme des médecins-directeurs perd dans le centre médical sa note égoïste, mais ses qualités et l'intérêt pour le client demeurent, comme le prouvent les centres médicaux d'Amérique et de Russie.

VI. Les avantages de la construction en bloc

L'augmentation des frais de construction des bâtiments à multiples étages en comparaison avec la construction de ceux de trois à cinq étages est illusoire si l'on considère la simplification de l'installation et surtout la longueur des voies de communications. Et même une augmentation des frais de construction pour un hôpital de 10 à 12 étages contenant 1200—1500 lits serait entièrement compensée par l'économie en personnel si l'on compare l'intérêt du capital engagé dans la construction additionné au montant des gages payés.

Les frais de construction peuvent être diminués considérablement si l'on renonce à l'orientation sud de toutes les chambres de malades. Cette condition est en effet exagérée si l'on considère que les malades d'un centre médical restent seulement quelques jours dans l'hôpital. Des centres médicaux américains ont calculé comme séjour moyen d'un malade 12 à 14 jours, dans quelques hôpitaux seulement 8 à 10 jours. Ces traitements très courts exigent de la lumière et de l'air, mais très rarement des bains de soleil. L'orientation des chambres vers le sud ne laisse pas pénétrer le soleil jusqu'au fond des pièces, ces dernières sont en réalité souvent plus ombragées et frustrées de la lumière diffuse dont la valeur hygiénique est considérable. L'exigence de l'orientation vers le sud confond la notion du «sanatorium» avec celle de l'«hôpital» et empêche une disposition raisonnable avec axe principal du nord au sud, corridor central et chambres de malades vers l'est et l'ouest avec loggia vers le sud.

Vouloir insister sur des questions d'esthétique et d'urbanisme serait méconnaître l'essentiel du problème des centres médicaux dont la valeur réside exclusivement dans le fonctionnement. Devant cette exigence principale, toutes autres considérations doivent s'effacer parce qu'elles ont pour conséquence d'augmenter les frais de traitement.

VII. Les autres types de construction proposés

Dans les résultats du concours, ces considérations d'une valeur incontestable n'ont pas joué le rôle qu'elles méritaient. Pas une seule solution proposée qui réunisse sous le même toit toutes les divisions médicales, polyclinique et enseignement médical. En général, ces divisions différentes sont toutes plus ou moins décentralisées et c'est surtout un type en ordre dispersé qui a eu la faveur des concurrents. Un corridor principal nord-sud avec de nombreuses ailes latérales en forme de redents, tel est le type qui a déjà servi il y a deux générations de modèle coûteux et peu pratique pour les asiles d'aliénés. Comparé à une composition concentrée en hauteur sur une axe est-ouest avec ailes vers le nord et le sud, le

type en ordre dispersé ne pourra jamais satisfaire aux mêmes exigences primordiales de l'économie et du traitement optimum, car la décentralisation empêche la collaboration suffisante par suite de communications trop longues et coûteuses et pour les malades fatigantes et dangereuses. La décentralisation exige des installations considérables et rend difficile l'administration, non seulement par l'étendue mais aussi par le fait qu'elle favorise l'indépendance des différentes unités aux dépens de l'administration centrale.

Du point de vue architectural, quelques-unes des solutions proposées sont d'un intérêt indiscutable, mais pour un expert en matière hospitalière, elle donne un peu l'impression déplorable de ces chaises Louis XV, aussi ravissantes à voir qu'impossible à utiliser.

Les solutions décentralisées semblent basées sur un effet purement optique; elles ne sont pas l'expression logique du fonctionnement essentiel. Quelques projets

offrent des solutions excellentes pour des questions de détails, d'autres montrent de bonnes compositions pour les unités d'hospitalisation (Pflegeeinheit) bien que toujours gênés par l'exigence d'une orientation de toutes les chambres vers le sud. Mais l'ensemble du centre médical, qui est essentiellement un problème dynamique n'a trouvé aucune solution qui puisse convaincre. Aucun projet n'a donné une solution satisfaisante de la relation entre les unités de dortoirs et leurs compléments de traitement, ce qui reste la question essentielle pour un fonctionnement économique. Aucun des concurrents n'a trouvé la solution désirable dans l'intérêt d'une politique de salubrité efficace pour le canton de Zurich et la Suisse orientale tout entière.

*Professeur ALTER, directeur
et organisateur de plusieurs grands
hôpitaux en Allemagne.*

L'Opinion de M. Paul Nelson sur le concours de Zurich

Avant d'aborder le sujet du concours du Kantons-spital de Zurich il faut avant tout féliciter la ville de Zurich pour l'esprit progressif dont elle fait preuve par son désir de réunir ses différents hôpitaux enseignants, polycliniques et faculté de médecine en une seule Cité.

Toutefois pour que cette Cité projetée «fonctionne», il faut en établir les lois rationnellement, en tenant compte des exemples en vigueur et de leurs résultats pratiques. C'est ce que le concours ne semble pas avoir fait, et c'est pourquoi l'auteur de cet article se trouvera amené à y énoncer des opinions dont le ton apparaîtra comme choquant peut-être aux personnes intéressées, bien que n'ayant pour but que d'aider à leur effort par des critiques constructives, plus intéressantes, lui semble-t-il, que d'inutiles compliments.

Un centre hospitalier, tel que Zurich le demande, est la seule solution logique aujourd'hui, non seulement par les résultats économiques inappréciables à en attendre, que l'expérience américaine nous a définitivement démontrés, mais aussi par l'augmentation des moyens scientifiques d'enseignement et de traitement qu'elle permet.

Mais pour que cette solution soit logique, il faut poser le problème logiquement, en s'aidant de toutes les expériences acquises pour éviter les erreurs initiales que toute expérience comporte. Or ce n'est vraiment qu'aux Etats-Unis que l'on peut assister à une évolution de l'architecture hospitalière de groupement par les réalisations nombreuses et importantes qui y ont pris place depuis le début de ce siècle; évolution qui se résume en quatre étapes:

Première étape: réunion sur un même terrain ou sur des terrains proches les uns des autres des diverses branches intéressées, traitées en pavillons distincts.

Deuxième étape (qui n'est que la simplification de la première): concentration de tous les éléments formant partie des trois branches: hospitalisation, enseignement, traitement.

Troisième étape: liaison de ces trois branches par des couloirs fermés de communication.

Quatrième et dernière étape: centralisation en un seul bâtiment-bloc, appelé Centre Médical, des différentes administrations, tout en respectant strictement l'autonomie propre à chacune d'elles, et en ne contrariant en rien l'enseignement médical abstrait, non plus que les recherches de science pure.

Quel est le motif qui a pu déterminer un peuple comme les Américains, dont les études hospitalières ont été si scientifiquement poussées, à évoluer en ce sens? — La raison en est d'une part l'économie de construction et d'exploitation, de l'autre l'accroissement indiscutable des possibilités de recherches et de guérison qui en résulte. On dit souvent que ce système-bloc a été dicté en Amérique par le prix très élevé des terrains. Il y a là une part de vérité qui a certainement influencé leur décision première. Mais j'ose dire que les résultats ultérieurs obtenus à tous points de vue (économie d'exploitation, économie d'énergie humaine, facilité d'enseignement, de recherches et de traitement) ont été tels que si demain il s'agissait de créer un semblable groupement en pleine campagne, aucune autre solution ne serait envisagée.