



LORY-SPITAL BERN

GESAMTRENOVATION

 BAUDIREKTION DES KANTONS BERN
KANTONALES HOCHBAUAMT **10/87**

Lory-Spital Bern

Gesamtrenovation medizinische Abteilung
(Abteilung für Geriatrie und Rehabilitation)

Bern, Oktober 1987

Herausgeber:
Kantonales Hochbauamt
Reiterstrasse 11, 3011 Bern

Bezug:
Kantonales Hochbauamt, Bern
Inselspital Bern, Direktionssekretariat

INHALTSVERZEICHNIS

1	GRUNDLAGEN	7
11	Rechtsgrundlagen	7
12	Planungsgrundlagen	7
2	BERICHT DES DENKMALPFLEGERS	9
3	AUS DER SICHT DER BENÜTZER	25
4	BERICHT DES ARCHITEKTEN	29
5	GEDANKEN DES GARTENARCHITEKTEN	49

Objekt	: Lory-Spital Bern Gesamtrenovation der medizinischen Abteilung (Abteilung für Geriatrie und Rehabilitation)
Bauherrschaft	: Baudirektion des Kantons Bern vertreten durch das kantonale Hochbauamt Reiterstrasse 11, 3011 Bern Projektleiter Chr. Blum
Benützer	: Inselspital Bern Medizinische Abteilung des C.L. Lory-Spitals
Architekt	: Ulyss Strasser, dipl. Arch. ETH/SIA Thüringstrasse 27, 3018 Bern Projektleitender Architekt J. Bay
Bauingenieur	: v. Tschärner + Ihle, Bauingenieure SIA Laupenstrasse 27, 3008 Bern
Elektroingenieur	: Boess + Jenk AG, Ingenieurbüro Könizstrasse 271, 3097 Liebefeld
Heizung, Lüftung	: P. Strahm, Planungsbüro Scheibenstrasse 29, 3014 Bern
Sanitäranlagen	: H. Kündig, Installationsplanung Schwarztorstrasse 121, 3007 Bern

3 x Verantwortung

Das Dekret über die Organisation der Baudirektion vom 31. August 1983 sagt im Art. 15: "Das kantonale Hochbauamt ist verantwortlich für den Unterhalt der staatlichen Neubauten." Dieser einfache Satz überträgt uns die Aufgabe, mehr als 1'000 staatliche Gebäude, vom einfachen Nutzbau bis zum Schloss, betriebstüchtig zu erhalten. Eines davon ist das Lory-Spital. Es genügte den Anforderungen der Nutzer nicht mehr und war baulich sanierungsbedürftig.

- Im Jahr 1929 haben die Architekten Salvisberg + Brechbühl mit ihrem Projekt den Weg von formalhistorischer Architektur zu klarer architektonischer Aussage, welche sich aus Bedarf und Konstruktionsweise ableitete, beschritten. Das Preisgericht erkannte die Qualität des Baus und schrieb: "Obwohl die Bauten weder heimatgeschützerische noch formalhistorische Elemente aufweisen, werden sie sich sowohl in den Bauplatz wie in das allgemeine Stadtbild Berns würdig einreihen. Ja, man muss hervorheben, dass eben diese Architektur mit den alten Bauten Berns eine viel grössere geistige Verwandtschaft als mancher historisierende Neubau deswegen aufweist, weil das architektonische Grundgesetz, aus Zeit und Bedürfnis heraus zu schaffen, beiden in gleicher Weise zugrunde liegt." Ich würde mir wünschen, dieser Satz wäre im Jahr 1987 im Grossen Rat des Kantons Bern gesprochen worden. Ein Teil unserer Verantwortung bestand darin, einem Bau dieser Qualität gerecht zu werden.
- Im Jahr 1978 vollzogen die Ärzte im Interesse ihrer Patienten einen ähnlich markanten Schritt und wechselten von einem bio-medizinischen zu einem bio-psycho-sozialen Konzept. Diese Entwicklung durfte nicht durch bauliche Schranken behindert werden; darin lag unsere zweite Verantwortung.
- Im Jahr 2000 wird sich zeigen, ob die von uns getroffenen Massnahmen für Patienten und Pflegepersonal immer noch genügen. Gingen unsere Eingriffe zu wenig weit, weil wir zuviel Hochachtung vor dem uns überlieferten Bau hatten, oder liessen wir im vermeintlichen Interesse der Nutzer zu weitgehende Eingriffe zu? Wir haben den dritten Teil unserer Verantwortung nur dann voll wahrgenommen, wenn wir die Ermessensentscheide richtig gefällt haben und die uns zur Verfügung gestellten Steuermittel die Funktionstüchtigkeit des Hauses weit in die Zukunft hinein sicherzustellen vermochten.

Wir haben dabei darauf geachtet, dass Entscheide gefällt wurden, bevor Sachzwänge entstanden, dass Konflikte ausgetragen werden konnten, ohne dass Verlierer zurückblieben. Allen, die uns mitgeholfen haben, Engagement und Toleranz zu vereinen, möchte ich an dieser Stelle herzlich danken.



Urs Hettich
Kantonsbaumeister

1 GRUNDLAGEN

11 Rechtsgrundlagen

Die medizinische Abteilung des C.L. Lory-Hauses (das sogenannte Lory-Spital) ist als Teil des Insspitals eine Institution im Sinne von Artikel 26 Absatz 1 des Spitalgesetzes. Gemäss Artikel 3 B c des Vertrages vom 20. Mai 1959 zwischen dem Staate Bern und dem Insspital ist das Lory-Spital eine sogenannte Inselabteilung. Im Lory-Spital werden Aufgaben gemäss Ziffer 121 Absatz 1 bzw. Ziffer 251 Absatz 3 der Spitalplanung wahrgenommen (Abteilung für Geriatrie und Rehabilitation). Gleichzeitig ist das Lory-Spital Teil des medizinischen Zentrums (Ziffer 120.2 der Spitalplanung). Im Lory-Spital sollen rund 60 - 70 Betten bereitgestellt werden.

- Spitalgesetz vom 02.12.1973, Artikel 35, 36, 42 Absatz 1
- Spitaldekret vom 05.02.1975, Artikel 3 Ziffer 1, Artikel 11, Artikel 41
- RRB Nr. 785 vom 11.03.1981 resp. GRB vom 05.05.1981 betreffend Ausgabenbewilligung für die Vorprojektierung und Projektierungsauftrag an die Baudirektion
- RRB Nr. 4399 vom 10.12.1980 betreffend Ausgabenbewilligung für erste Projektvorarbeiten
- Volksbeschluss vom 20.05.1984, Kreditbewilligung von Fr. 15'214'000.--

12 Planungsgrundlagen

Vorprojektstudien unter Beizug der Fa. HCP Planen und Beraten für das Gesundheitswesen AG, Basel

Studien von 6 Ausbauvarianten

Bauprojekt mit Projektbeschreibung und möglichst genauer Kostenschätzung

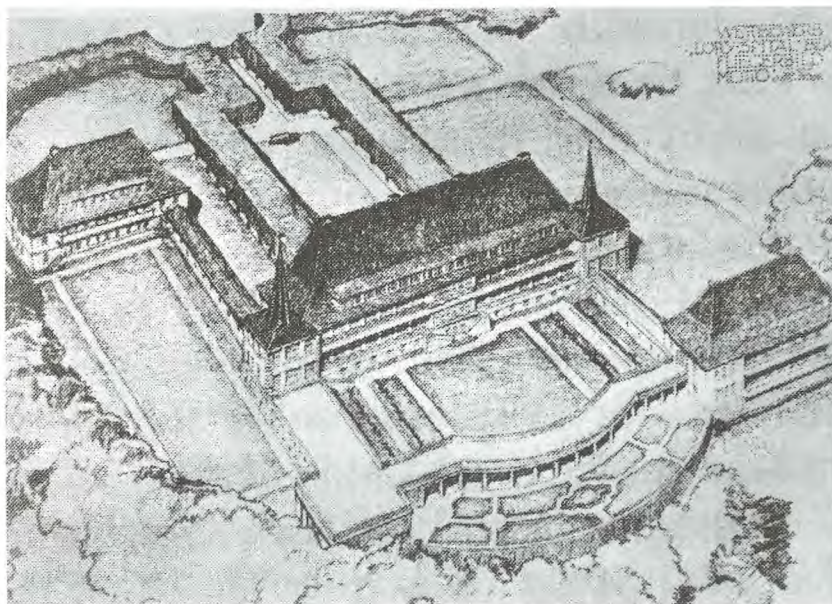
DAS LORY-SPITAL - UMBAU EINES BAUDENKMALES VON EMINENTER BEDEUTUNG

Dem Lory-Spital kommt ein grosser bauhistorischer und architektonischer Stellenwert zu. Es soll daher im Folgenden versucht werden, die Entstehungsgeschichte, den ausgeführten Bau, detaillierte Hinweise zur Bedeutung, die ersten Umbauprojekte und den Umbau 1985/87 aus denkmalpflegerischer Sicht zu skizzieren.

Die Entstehung

Der 1909 verstorbene Fabrikant und Kaufmann Carl Ludwig Lory vermachte einen Grossteil seines Vermögens der Inselkorporation Bern zum Bau eines Spitals. Nachdem 1919 der "Engländerhubel" gekauft und 1923 vom Volk das Inselhilfsgesetz, das die Finanzierung des Spitalbetriebes regelte, angenommen worden war, konnte 1924 ein Projekt-Wettbewerb ausgeschrieben werden. Da keiner der eingereichten Entwürfe vollständig befriedigte, wurden die Verfasser der sechs bestrangierten Projekte 1925 zu einer "engeren Plankonkurrenz" eingeladen. Das Preisgericht empfahl hierauf das Projekt der Architekten Salvisberg & Brechbühl zur Ausführung.

Während das *Wettbewerbsprojekt* der beiden Architekten (Abbildung 1) zwar bereits mit einem fortschrittlichen Stützenrastersystem arbeitet, das Äussere aber mit hohem Walmdach, südlichem Mittelrisalit und flankierendem Ecktürmchen einer historisierenden Tradition mit Heimatstileinflüssen verhaftet ist und das geplante Spital auch in der Umgebungsanlage als barocken Schlossbau in Erscheinung treten lässt, zeigt das zweite Projekt radikal andere Züge, die bis zum Ausführungsprojekt noch weiter verstärkt und herausgearbeitet werden (1). So wird im *zweiten Projekt* (Abbildungen 2 und 3) bezüglich der Spitalnutzung die klare Aufteilung des Grundrisses in zwei unabhängige Abteilungen pro Geschoss klarer organisiert, gleichzeitig aber in der zentralen Halle, an welche die Treppenhäuser direkt anschliessen, ein gemeinsames Zentrum der Anlage ge-

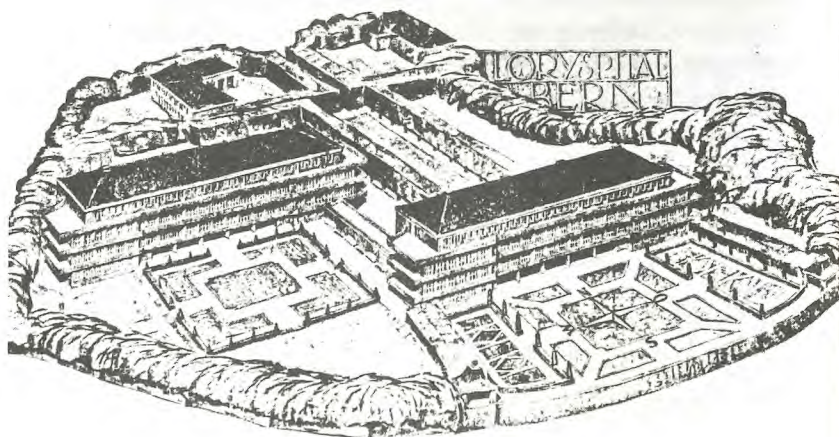


1
Wettbewerb Lory-Spital
1924. Projekt Salvisberg
und Brechbühl: Fliegerbild
von Südwest

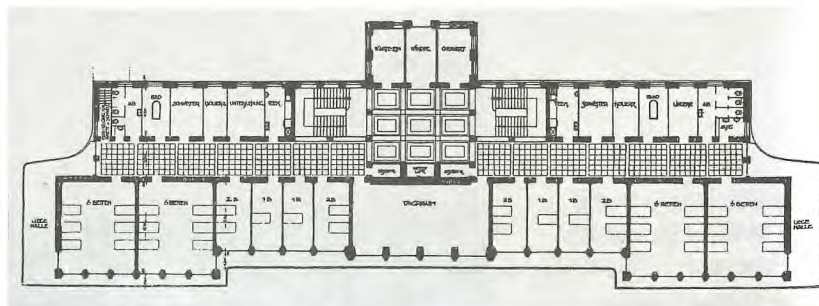
schaffen. In architektonischer Hinsicht wird durch die seitliche Anordnung der Liegehallen und ihre Verbindung durch die über die ganze Fassadenlänge laufenden Balkone die Horizontale enorm stark betont. Wohl bleiben die Eckvorbauten bestehen - sie bekommen aber durch die folgerichtig in die Tiefe entwickelten zwei Gross-Zimmer und den Wegfall des südlichen Mittelrisalits (2) die Wirkung einer den Bau dominierenden Klammer. Die Mitte des Gebäudes wird dagegen auf der nördlichen Zufahrtsseite betont, wo ein niedriger Baukörper mit gedeckter Vorfahrt den Besucher empfängt. Auf der Südseite nimmt der Bau exemplarisch die zeitgenössische Forderung nach Licht, Luft und Sonne auf, während die geschlossene Nordseite bernische Solidität in moderner Weise interpretiert.

Die Beschreibung des Projektes durch das Preisgericht zeigt die Fortschrittlichkeit des Entwurfes deutlich (und sollte eigentlich auch unserer Zeit Mut zu wegweisenden Lösungen machen): "Die Grundrisse der Haupt-Etagen bieten mit Bezug auf Raumdimensionierung und Raumdisposition, auf Anlage der Kommunikationen und der Nebenräume, mit Bezug auf Belichtung, von allen Projekten die günstigste Lösung. Die Architekten haben ferner ihre Bauten zu überzeugend klarer architektonischer Wirkung gebracht. Die Elemente, die ihnen dazu dienten, sind ganz natürlich entwickelt, einerseits aus den Bedingungen, die bezüglich Besonnung und Beleuchtung der Zimmer an ein Krankenhaus gestellt werden müssen, andererseits aus der durch diese Bedingungen erforderlichen Konstruktionsweise. Obwohl die Bauten weder heimat-schützerische noch formalhistorische Elemente aufweisen, werden sie sich sowohl in den Bauplatz wie in das allgemeine Stadtbild Berns würdig einreihen. Ja, man muss hervorheben, dass eben diese Architektur mit den alten Bauten Berns eine viel grössere geistige Verwandtschaft als mancher historisierende Neubau deswegen aufweist, weil das architektonische Grundgesetz, aus Zeit und Bedürfnis heraus zu schaffen, beiden in gleicher Weise zugrunde liegt ...".

2
Engere Plankonkurrenz
Lory-Spital, 1925.
Projekt Salvisberg und
Brechtbühl: Fliegerbild
der Gesamtanlage von
Südwest

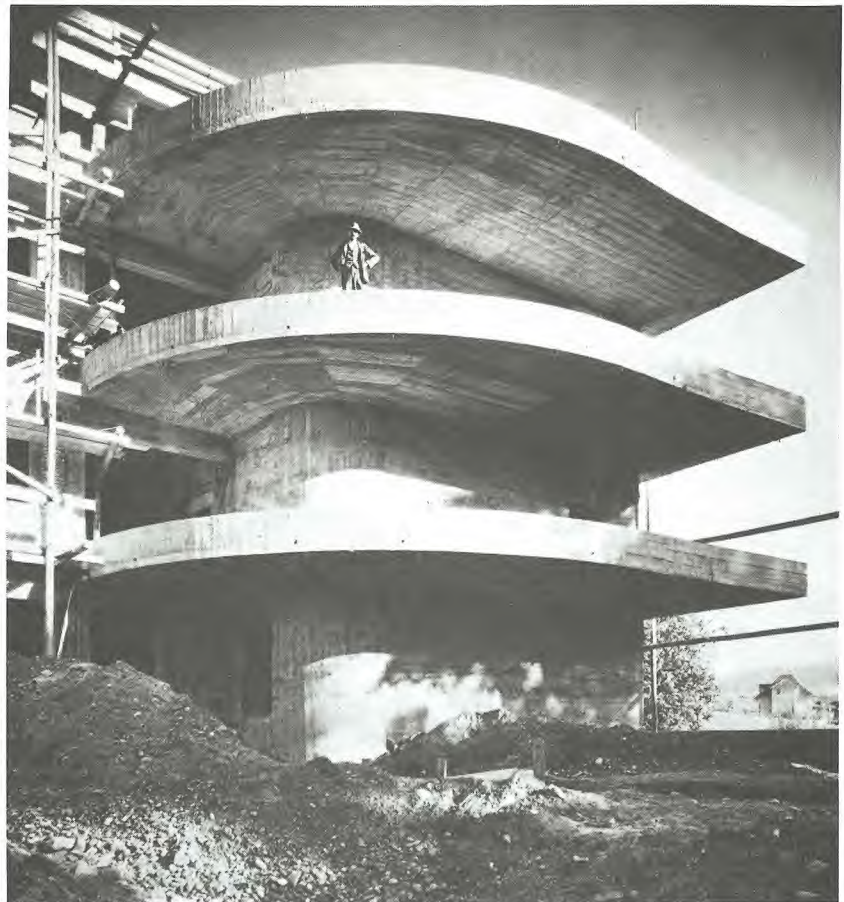


3
Engere Plankonkurrenz
Lory-Spital, 1925.
Projekt Salvisberg und
Brechtbühl: Grundriss
Erdgeschoss



Die *Bauausführung* erstreckte sich bis in das Jahr 1929. Der Rohbau ist gekennzeichnet durch die kräftig dimensionierte Betonkonstruktion, im Innern teilweise in ein Stützensystem aufgelöst, am Äussern manifest durch die Auskragung der Balkone und Liegehallen (Abbildung 4). Die stützenlose Konstruktion der Kragplatten mit Kragmassen bis 4 Meter und freien Plattenecken weckte grosse Bewunderung - sie wurde zu einem Symbol des Neuen Bauens (3). Unsicherheit herrschte lange Zeit über die Ausbildung der Dächer. Das Hauptdach sollte, so belegen es die Baupläne, als Flachdach genutzt werden und mit (geschlechtergetrenntem) Schwimmbad, Liegewiesen und Duschräumen ausgestattet werden, ein im Konzept des Hauses konsequenter, aber für die damalige Zeit offenbar zu revolutionärer Vorschlag - ausgeführt wurde schliesslich ein flach geneigtes Blech-Walmdach, wie es bereits das zweite Wettbewerbsprojekt vorgesehen hatte (4). Auch die Terrasse des Vorbaues, die für den Aufenthalt des Pflegepersonals vorgesehen war, wurde nicht ausgebaut. Im Innern des Spitals beeindruckte vor allem die schlichte Ausführung, die es verstand mit einfachsten Materialien, mit Linoleumböden, mit durch Rupfen oder Gips-Glattstrich versehene Wände, mit Abschlüssen in gestrichenem Tannenholz eine Atmosphäre von zurückhaltender Wohnlichkeit und heiterer Lichte zu schaffen. Dazu trug auch die ursprüngliche Farbgebung bei, die sorgsam abgestufte Töne von Pastellfarben mit vereinzelt starken Farbtönen vor allem in Blau aufwies.

Der Bau widerstand der starken Beanspruchung des Spitalbetriebes während eines halben Jahrhunderts erstaunlich gut. Allerdings waren an den Fassaden im Lauf der Zeit erhebliche Schäden aufgetreten, die teilweise notdürftig geflickt worden waren. Am Spital als Ganzem wurden aber nur wenige bauliche Veränderungen vorgenommen (5).

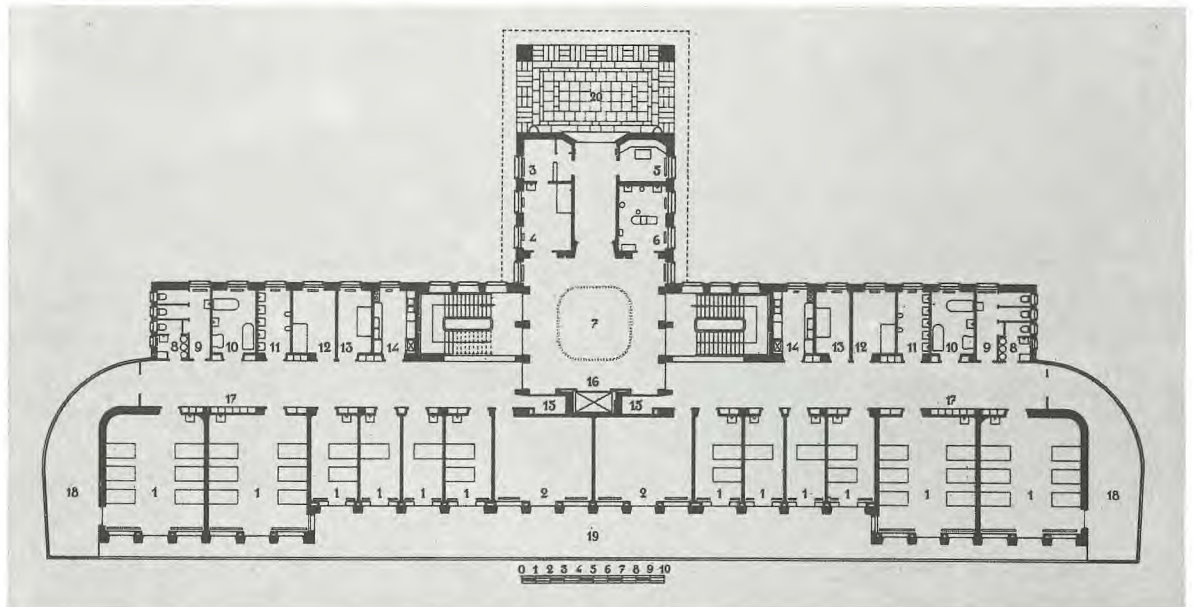


4
Rohbau mit Kragplatten
der Liegeveranden, ca.
1927

Der ausgeführte Bau

Zwei Prinzipien bestimmen den *inneren Aufbau* (Abbildung 5) des Lory-Spitals. Da ist zunächst der Typus einer symmetrischen Zweiflügelanlage, deren Herzstück die grosszügig zweigeschossige Eingangshalle mit umlaufender Galerie ist. Sie dient als Empfangsraum, ermöglicht eine leichte Orientierung und vermittelt auch als eine Art öffentlicher Stätte, zu welcher alle Verbindungen, Korridore, Treppen, Lifte führen, zwischen den einzelnen Abteilungen. Von aussen wird sie durch den Eingangstrakt mit der Vorfahrt erreicht. Seitlich sind ihr die symmetrisch angelegten Treppen angeschlossen. Die Zweiflügelanlage ist vor allem von der Nordseite her leicht erkennbar. Diese Disposition wird überlagert durch das System eines Zweibünders. Breite Korridore erschliessen auf der Südseite die durchgehend aufgereihten Patientenzimmer, auf der Nordseite die Nebenräume. Ausgehend von der Halle münden die Korridore direkt in den Schwung der seitlichen Liegehallen, die funktionell auch als ihre Fortsetzung und Ausweitung verstanden werden können und von denen aus sie belichtet werden. Der innere Aufbau der beiden Hauptgeschosse findet sich - unter Verzicht auf die Halle - im wesentlichen ebenfalls im Sockelgeschoss und im Attikageschoss.

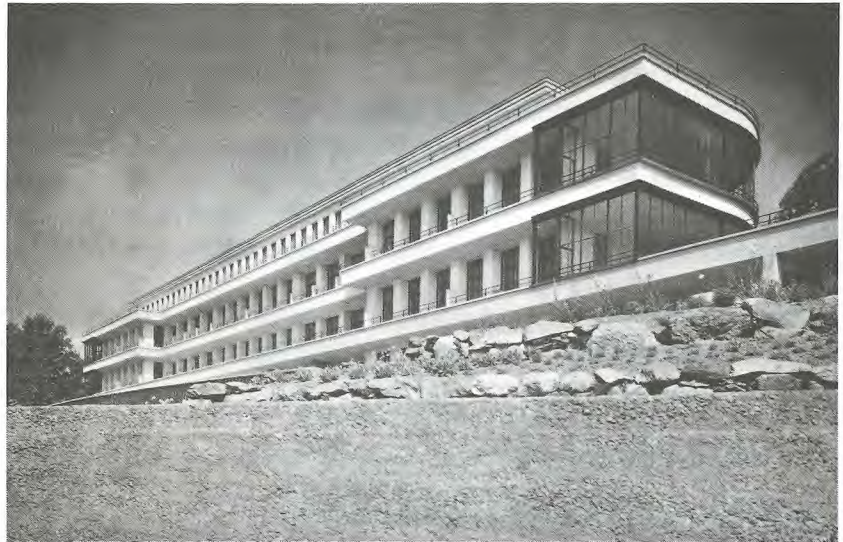
Die *äussere Erscheinung* des Baues wird auf der *Südseite* (Abbildung 6) von den Patientenzimmern beherrscht, die gemäss den damaligen Vorstellungen viel Licht, Luft und Sonne empfangen sollten. Entsprechend besitzen sie grosse Fenster und Fenstertüren zwischen den markanten Mauerpfeilern (6). Entscheidendes Merkmal aber sind die Balkone, die als massive Platten mitsamt den Brüstungen monolithisch von den Geschossdecken auskragen und den Eindruck des "Geschichteten" vermitteln. Die massiven Balkonbrüstungen sind niedrig gehalten, durch eine Schlagschatten werfende Platte abgedeckt und durch ein einfaches Stabgitter gesichert - diese differenziert dreiteilige Ausführung gibt den an sich massiven Balkonen ihre Leichtigkeit. Während die unterste Balkonstirne ohne Ver-



5
Ausführungsstand: Grundriss Erdgeschoss, 1929

kröpfung durchgezogen im eleganten Schwung der Liegehallen des Engländerhubels ausmündet und die oberen Geschosse wie auf einem Präsentierteller vom Grund abhebt, sind die beiden oberen Balkone im Mittelteil, entsprechend der Fassade kräftig eingezogen. In Verbindung mit den leichten, schiebbaren Verglasungen der Liegehallen, die mit suggestivem Schwung an die Seitenfronten angeschlossen sind, entsteht damit die einprägsame Umklammerung des Gebäudes durch die Balkone.

Umfasst von dieser Umklammerung wird, in der *Nordansicht* (Abbildung 7) gut sichtbar, der eigentliche Spitalkubus. In deutlicher Absetzung von der Südfront präsentiert er sich als geschlossener Körper mit eingeschnittenen, vergleichsweise kleinen Fensteröffnungen, die traditionelle Einfassungen aus Kunststein aufweisen. Die Bänder der südlichen Balkonbrüstungen sind durch Formstücke und Wechsel im Verputz bezüglich Auftragdicke, Struktur und Farbe bloss noch angedeutet. Das Thema der Gegenüberstellung von Kubus und Kragelement wird - wenn auch in spröder Art - mit dem Eingangstrakt wieder aufgenommen (7). Das Attikageschoss ist nur durch niedrigere Fenster und ein Abschlussge-



6
Ansicht von Südosten,
1929

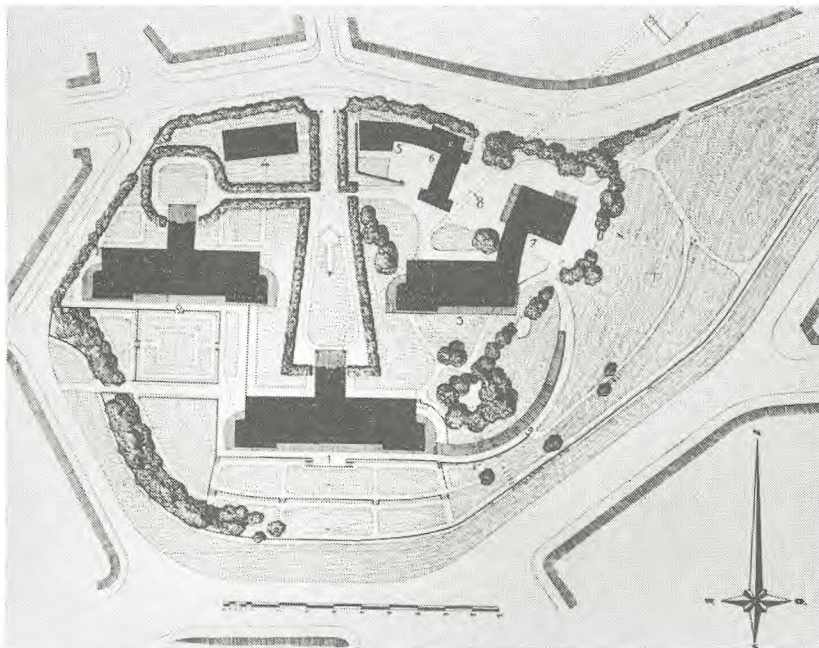


7
Ansicht von Nordwesten,
1929

sims aus drei Kantstäben abgesetzt; seine Erhöhung im Bereich der Treppenhäuser, unterstützt durch den Wechsel der Mauerflächen zwischen den Fenstern, bildet eine markante Unterstützung der Mitte-Betonung durch den Eingangstrakt - mit diesen Elementen wird die Zweiflügelanlage fassbar. Das erwähnte allseitig um die Attika gezogene Gesims evoziert einen auf einfachem Rechteck aufgebauten Kernbau auch gegen Süden und macht damit die Verklammerung besonders augenfällig (8).

Die *Umgebungsgestaltung* (Abbildung 8) nimmt die beiden Themen der Haupt-Fronten auf. Die Zufahrtsseite ist durch die beidseits der Mittelachse gepflanzte, sich konisch zum Gebäude hin öffnende Allee und dazwischen angelegtem Rasenparterre ganz der Betonung der Gebäudemitte, der Symmetrie verpflichtet (9); sie nimmt die Breite von Halle und Treppenhäusern auf und zeigt so auch die beiden Gebäudeflügel an. Die Südseite des Gartens dagegen widerspiegelt die Schichtung der Balkone und setzt sie durch langgezogene Stützmauer-Terrassen mit dazwischenliegenden Grasflächen um. Die Anlage belässt dem Hügel über dem Stadtbach seine wilde Gross-Form und greift mit wenigen ingenieurmässigen, durchaus nicht verfeinerten Mitteln ein, ähnlich wie in einem Reb Gelände der Hang mit Terrassen nutzbar gemacht wird. Das Gebäude selbst umfasst mit einer kreissegmentförmigen Galerie den eigentlichen "Engländerhubel", verspannt sich damit im Hang.

Die in der Aussenerscheinung festgestellte Dualität zwischen der offenen geschichteten Südfront und der mauerhaft geschlossenen, den Bau als Kubus betonenden Nordfront (Abbildung 9) zeigt nicht einen Zwiespalt im Entwurf auf, sondern ist Mittel zur klaren Herausarbeitung der von den Architekten eingenommenen neuen Positionen. Die beiden Prinzipien finden ihre folgerichtige Entsprechung in der inneren Organisation und der daraus sich ableitenden Nutzung der Räume. Sie sind klar und einprägsam formuliert und an den Schmalseiten meisterhaft ineinander übergeführt. Es ist diese Mehrschichtigkeit, welcher das Lory-Spital seine starke Wirkung, die auch heute nichts von ihrer Spannung verloren hat, verdankt.



8
Umgebungsplan mit Lory-Spital (Nr. 1), projektieren Erweiterungsbauten (Nrn. 2 und 3) und Neubauten, 1929

Die Bedeutung

Das Lory-Spital ist - der vorangehende Abschnitt macht dies deutlich - ein aussergewöhnlich sicher und konsequent gestalteter Bau, der als Einzelbau, in seinem "Eigenwert", eindeutig als *schutzwürdig* anzusprechen ist. Auch seine Stellung im Quartiergefüge als erhöht die Hügelkuppe besetzender Orientierungspunkt, das heisst sein "Situationswert", ist von besonderer Qualität und damit als *schutzwürdig* einzustufen.

Innerhalb des Oeuvre des Architekten *Otto Rudolf Salvisberg* (1882-1940) ist das Lory-Spital als Schwellenbau zu bezeichnen (10). In ihm, genauer gesagt, in der Entwicklung vom 1. Wettbewerbsprojekt über das 2. Projekt bis hin zur Ausführung vollzieht Salvisberg den Schritt von der traditionellen Architektur seiner frühen Bauten (vor allem in Berlin) zum Wagnis moderner Formen. Die beiden Einflüsse sollten in seinem weiteren Werk stets wirksam bleiben. Dem Lory-Spital kommt demnach auch als entscheidendem Werk eines bedeutenden Architekten besondere Wichtigkeit zu. Verstärkt wird diese Einstufung durch die Bedeutung des Baues für die Entwicklung der Architektur in der Schweiz.

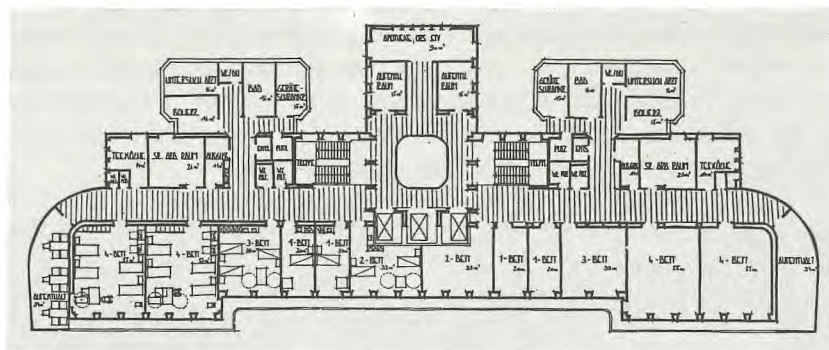
Bereits im Projekt-Stand war das Lory-Spital seit seiner Publikation in der Schweizerischen Bauzeitung in Spital- und Architekturkreisen bekannt und galt als bahnbrechend. In der Bauphase erschienen weitere Publikationen des Gebäudes, das eine neue Generation von Spitalern einleitete und Nachwirkungen bis in die fünfziger Jahre hatte. Wenn auch konservative Züge im konstruktiven Aufbau (11) und im gestalterischen Ausdruck unverkennbar sind, so sind doch die klare Organisation des Spitals, die Sicherheit der räumlichen Ausbildung und die kompromisslose Ausbildung der auskragenden Elemente, von Balkonen und Liegehallen wegweisend. Der *Pioniercharakter* wird noch deutlicher, wenn das Lory-Spital mit Nachfolgebauten, wie beispielsweise dem Säuglingsheim Elfenau verglichen wird. Was hier noch Auseinandersetzung, kraftvolle Demonstration ist, wird dort bereits zur erprobten, in manchen Teilen noch ausgefeilteren, jedoch bereits routinierten Anwendung. In der Stellung für die Neue Architektur ist in Bern das Lory-Spital nur noch mit der Gewerbeschule (1937-39) von Hans Brechbühler vergleichbar.



9
Ansicht von Südwesten,
1929

Erste Umbauprojekte

Die sich allmählich verändernden Ansprüche von Pflegebetrieb und Personal, neue Therapiekonzepte und auch eine neue Grundausrichtung der Spitalbelegung (vgl. den nachfolgenden Bericht aus der Sicht der Benutzer), daneben auch ein sich abzeichnender Bedarf an Unterhaltsarbeit führten anfangs der achziger Jahre zur *Planung eines Umbaus* des Lory-Spitals. Ohne genauere Kenntnis der Bedeutung des Gebäudes wurden Konzepte entwickelt, welche sich vorab an betrieblichen Kriterien orientierten. Sie sahen allesamt eine Erhaltung der Südseite, dagegen zumeist eine Volumenvergrößerung auf der Eingangsseite vor. So wurden in mehreren Varianten "Rucksacklösungen" entwickelt (Abbildung 10), es wurden Aufstockungen und Verlängerungen des Eingangstraktes geprüft (Abbildung 11) oder ein zahlreiche Lukarnen bedingender Ausbau des flachen Walmdaches erörtert. Ein ausführliches Gutachten der Denkmalpflege der Stadt Bern belegte im Einzelnen Entstehung und Bedeutung des Gebäudes und wandte sich gegen all diese Lösungen. Auch die Kommission zur Begutachtung ästhetischer Fragen lehnte die Veränderung der Gebäudeerscheinung ab. Schrittweise konnten hierauf das kantonale Hochbauamt, Bauherrschaft und Architekt sowie schliesslich Aerzte und Pflegepersonal für einen sorgsamsten Umgang mit dem Altbau gewonnen werden. Es gelang, eine in den Grundzügen bereits vorhandene Lösung so weiterzuentwickeln, dass sie den betrieblichen Anforderungen gerecht wird ohne das Wesentliche des Salvisberg'schen Entwurfes zu tangieren. So wurde die seit Jahren kaum genutzte seitliche Liegehalle des "Engländerhubels" ausgebaut, die rückwärtigen Nebenraumzonen geschickt ausgenutzt und auch das gartenseitig freistehende Sockelgeschoss, wo sich heute nicht mehr gebrauchte Nebenräume wie Lingerie, Küche etc. befanden, zu vollwertigen Räumen ausgebaut. Auch eine unterirdische Ausweitung der Untergeschossräume auf der Nordseite wurde nötig.



10
Skizze 1. Obergeschoss:
Projektvariante mit rückwärtigen Ausbauten, 1981



11
Ostfassade: Projektvariante mit Verlängerung und Aufstockung des Eingangstraktes, 1981

Der Umbau 1985/87

Der von 1985 bis 1987 durchgeführte Umbau, der im Bericht des Architekten näher beschrieben wird, hat zwei Erfahrungen auf eindrückliche Art belegt. Es zeigte sich einmal mehr, dass die Lösungssuche nicht mit dem Bauprojekt abgeschlossen ist, sondern während der ganzen Baudurchführung fortgesetzt werden muss. Die unzähligen Detailscheide müssen sowohl aus betrieblicher Sicht optimiert, wie auch aus baupflegerischer Optik vertretbar sein. Dies bedingt einen engen, häufigen Kontakt aller Beteiligten, das vertiefte Verständnis für die Anliegen der anderen Seite, den allseitigen Willen zur kooperativen und einvernehmlichen Lösungssuche und, nicht zuletzt, ein grosses Mass an Phantasie zur Entwicklung angepasster und daher vielleicht unkonventioneller Lösungen. All diese Bedingungen waren beim Umbau des Lory-Spitals erfüllt. Dass solche Prozesse zur Entscheidungsfindung nicht ohne Meinungsverschiedenheiten und Spannungen ablaufen, ist normal - beim Lory-Umbau wurden sie in offenem Sinn ausgetragen. Eine zweite Erfahrung ist aufzuführen: Der Umbau eines grossen Gebäudes, bei welchem die Nutzung und die sich daraus ergebenden Ansprüche verändert und wesentlich intensiviert werden, bringt ganz enorme Eingriffe in das Gebäude mit sich. Zusammen mit den alterungsbedingten Massnahmen führen sie häufig zum Verlust fast aller Ausstattungs- und Ausbauteile - der Bau wird nahezu in einen Rohbauzustand versetzt (Abbildung 12). Nur vereinzelt können Ausbauteile in einem solchen Fall erhalten werden, nahezu alle Oberflächen - Böden, Wände, Decken - dagegen werden neu erstellt. Das sich in diesem Zusammenhang einstellende Unbehagen gilt vom Grundsatz her für eine Gipshohlkehle des Lory-Spitals genau so wie für eine Régence-Stukkatur, für die Spital-Eingangstüre aus Messing und Glas genau so wie für ein geschnitztes Holzportal: die Unterschiede sind nicht prinzipiell, sondern graduell. Wer Denkmalpflege als Erhaltung der originalen Substanz in ihrer geschichtlich bedingten Materialität, Form und Machart versteht, wird bei diesen tiefgreifenden Verlusten erschauern. Da bietet auch die sorgfältige Rekonstruktion keinen Ersatz.



12
Korridor während des Umbaus: der Bau ist nahezu in einen Rohbauzustand versetzt, 1986

Zu den Massnahmen im Einzelnen sind die folgenden Bemerkungen anzubringen:

Die *Eingangshalle* wurde räumlich in zwei Bereichen tangiert: im Erdgeschoss wurde der Empfangsschalter als Glaskonstruktion eingestellt, im Obergeschoss wurde das Oberlichtzimmer, als Chemieraum konzipiert, zur Halle hin geöffnet - es entsteht dadurch eine wenig plausible Raumausweitung sowie ein an sich schöner, aber konzeptwidriger zusätzlicher Lichteinfall (12). Zwei neue Bettenlifte wurden hinter der Frontpartie eingebaut (13). Der projektierte Personenlift (Abbildung 13), der im Luftraum der Halle vorgesehen war und diesen zentralen Raum denaturiert hätte, konnte weggelassen werden (14). Der Bodenbelag, ursprünglich dem Geist des Hauses entsprechend in Linoleum ausgeführt, musste auf Verlangen des Betriebes durch einen repräsentativeren Natursteinbelag ersetzt werden (15). Verändert wurden auch die Zugangsverhältnisse zu den nördlichen Nebenräumen und vor allem die Abschlüsse des Windfanges: die bestehende Messing-Glas-Türe des Zuganges und die Holz-Glas-Türe des Windfanges sind durch eine automatische Schiebetüranlage ersetzt (16). Die gedeckte Vorfahrt wurde lediglich instandgestellt (17).

Die beiden *Treppenhäuser* (Abbildung 14) blieben unangetastet (18). Die Farbgebung wurde möglichst genau rekonstruiert. Erfreulicherweise konnten die bestehenden feingliedrigen Holz-Glas-Abschlüsse zu Korridoren und Eingangshalle beibehalten werden (19).



13
Eingangshalle mit Maquette 1:1 des projektierten Personenliftes, 1984



14
Treppenhäuser, vor dem Umbau, 1982

Die *Korridore* (Abbildung 15), die in den ersten Projektphasen über einer heruntergehängten Decke die Installationsleitungen hätten aufnehmen sollen, blieben unverändert (20). Auch die Schrankfronten und die Zimmertüren mit Rund-Zargen und schrägen Ausweitungen zu den Zimmern wurden übernommen; dagegen sind die Blumen-Nischen und die Verglasungen der Schwestern-Arbeitsräume neu. Die Beleuchtung wurde mit halbkugelförmigen Deckenleuchten dem Gebäudecharakter angepasst (21), die alten Uhren wieder montiert. Die Farbtöne und Materialien entsprechen weitgehend dem Originalbestand. Im 2. Obergeschoss wurden grössere Veränderungen im Mittelteil vorgenommen: der Korridor wurde auf die Nordseite hin hallenartig ausgeweitet, was die Anlage von Aufenthaltsräumen und die Treppenanlage zum Dachgeschoss ermöglichte. Im Sockelgeschoss wurde die bestehende, unbelichtete Halle gegen Süden geöffnet und die ehemaligen Nebenräume wurden als Therapieräume ausgebaut.

Die *Zimmer* der Südseite (Abbildung 16), die Patienten- und Schwesternzimmer sind in Disposition und Grösse unverändert. Von der Ausführung des ursprünglichen Baues wurden Materialien, Ausführungsart und Farben der "Hülle", von Boden, Wänden und Decke übernommen, die Ausstattung dagegen wurde weitgehend erneuert. Der Leitungs-

15
Korridor mit Ausblick in
die Liegehalle, vor dem
Umbau, 1982



16
Patientenzimmer, vor dem
Umbau, 1981



kanal, der sich auf den hinteren Bereich der Zimmer beschränkt, schien letztlich die verträglichste Lösung für die Führung der zahlreichen neuen Leitungen zu sein. Ein Zimmer im 2. Obergeschoss hätte mit der originalen Ausstattung erhalten werden sollen - leider wurde dieses von der Denkmalpflege vorgeschlagene "Belegstück" nicht realisiert. Auf der Nordseite, in den Nebenräumen, ist die Raumeinteilung völlig neu.

Die *Liegehallen* erhielten eine neue Verglasung, welche die klobigen Holzfenster, die um 1955 eingebaut worden waren, ersetzen. Teilung und Sprossendimension wurden möglichst der ursprünglichen Einfachverglasung angenähert (22). Die Türabschlüsse zu den Korridoren wurden dieser Verglasung angepasst; die die Biegung der Fronten unterstreichenden Heizrohre blieben bestehen.

Die *Südfront* erfuhr wenig Änderungen. Die zu den Balkonen gerichteten Seitenfenster in den mittleren Geschossen wurden wieder geöffnet und geben den grossen Patientenzimmern ihre schöne Eckbeleuchtung zurück. Aufgrund des schlechten Zustandes waren die Brüstungsverputz zu ersetzen und die Fassade durchgehend neu zu streichen (23). Die Brüstungsabdeckungen aus Kunststein wurden neu aufgesetzt (24). Die Wasserablaufrohre, ursprünglich bündig in die Fassade eingelassen, später mit der unerwünschten Wirkung von Säulen hinter den Brüstungen angebracht, wurden an die Fassade zurückversetzt. Die neuen Holzfenster übernehmen die Holzdimensionen, die Profilierung und die Farbe der ursprünglichen Ausführung.

Die *Seitenfronten* (Abbildungen 17 und 18) erfuhren durch die neue Verglasung der Liegehallen, vor allem aber durch den Abbruch der 1956 erstellten seitlichen Erweiterungsbauten.



17, 18

Liegehallen 1929 und vor dem Umbau 1981. Die Aufbauten im Dachgeschoss und unter der Liegehallen konnten 1985/87 wieder entfernt werden und der ursprüngliche Zustand ist wieder hergestellt.

terungen im Dachgeschoss und der Ausbauten unter den Liegehallen im Sockelgeschoss eine wesentliche Rückführung und Verbesserung. Die verglaste Verbindung zu den neuen Räumen beim "Engländerhubel", welche die alte Form der offenen Galerie übernehmen und mit der neuen Frontverglasung geschickt unterstützen, beeinträchtigt die Gesamterscheinung kaum. Das Vordach über der Anlieferung im Westteil war betrieblich unabdingbar - es wurde vom Gebäude abgelöst, möglichst leicht ausgeführt und bleibt reversibel.

Die *Rückfront* wurde neu gestrichen; die Farbtöne entsprechen weitgehend dem Befund. Die Unterbauung der rückwärtigen Gartenbereiche zeigt sich gegen aussen nicht. Von hier aus sind auch die Veränderungen im Dach (zusätzliche Dachflächenfenster) am ehesten einsehbar (25).

Die *Gartenanlage* konnte in ihrer Grundanlage beibehalten werden. Eine neue doppelläufige Rampe ermöglicht den Rollstuhlfahrern die Benützung des südlichen Gartens. Die Stützmauern aus rohem Stampfbeton wurden geflickt, die Spaliere und ihre Ueberdeckungsplatten beibehalten. Die Anlage wurde möglichst naturnah belassen und lediglich durch ein Löschwasserbecken ergänzt. Auf der Nordseite wurde das ursprüngliche Rasenparterre durch eine geometrisch identische Anlage mit geschnittener Hecke um eine leichte Erderhöhung wieder aufgenommen.

Anmerkungen

- 1 Genaue Analyse der Weiterentwicklung vom 2. Wettbewerbsprojekt zum Ausführungsprojekt vgl. Gutachten der Denkmalpflege der Stadt Bern, Februar 1982.
- 2 Der Mittelteil war im Projekt des 2. Wettbewerbs hinter den gestreckten Balkonen noch ausgeformt; er ist nun bündig in die Hauptfront eingesetzt und setzt sich lediglich durch zwei stärker ausgebildete Frontpfeiler und durch schmälere Fensteröffnungen noch leicht ab.
- 3 Die Architekten mussten offenbar die Konstruktion gegenüber den Ingenieuren durchsetzen; diese hatten infolge des Kriechens des Betons Schäden befürchtet.
- 4 Der Verzicht auf das Flachdach bedeutete auch ein Verzicht auf bautechnische Experimente - mit ein Grund für die problemlose Alterung des Baues.
- 5 Unterbau und Aufstockung der seitlichen Liegehallen, Ersatz der Liegehallenverglasung mit plumpen Holzfenstern, Einbau neuer Lifthanlagen.
- 6 Die Pfeiler sind gegenüber den inneren Stützen breiter und, mit den raumseitigen Installationsschächten, auch tiefer ausgeführt als statisch nötig - ein interessanter Zwischenstand auf dem Weg von der mit Fensterlöchern durchsetzten Mauer zur aufgelösten, aus Stützen und Füllungen bestehenden Fassade.
- 7 Die Gegenüberstellung von würfelförmigem Baukörper und fast papierdünn wirkender Kragplatte ist hart; sie wird durch die massiv-kantigen Pfeiler der Vorfahrt noch akzentuiert.
- 8 Hier liegt auch eine nicht auf den ersten Blick erfassbare Diskrepanz zwischen äusserer Darstellung und konstruktiv-räumlichem Aufbau.
- 9 Der ursprünglich vorgesehene Zugang zum zweiten Spitalbau, dem heutigen Anna-Seiler-Haus, wäre als Pendant zur Zufahrt zum alten Landhaus angelegt worden; die heutige Lage des Anna-Seiler-Hauses und der Eingang tangential hinter der Baumreihe beeinträchtigen das Konzept. Auch die jüngeren Sockelbauten westlich der Vorfahrt des Lory-Spitals sind der Klarheit der Situation abträglich.
- 10 Der Anteil des Partners von O.R. Salvisberg, des Architekten Otto Brechbühl, ist weniger in Konzept und architektonischem Entwurf als vielmehr in der Durchführung zu suchen.
- 11 Beispielsweise ist das andernorts zur selben Zeit eingeleitete Bemühen um schlanke, materialsparende Konstruktionsformen im Lory-Spital keinesfalls spürbar. Auch der Verzicht auf ein Flachdach ist symptomatisch.
- 12 Das die Halle erhellende Seitenlicht wird durch das Oberlicht an sonnigen Tagen überstrahlt; die Raumaufweitung war aus organisatorischen Gründen nötig und könnte in späterer Zeit allenfalls wieder geschlossen werden.
- 13 Die beiden Schriftefelder, die beidseits der ursprünglichen, in der Gebäudeachse angeordneten Lifttüre angebracht waren, mussten an eine wenig repräsentative Stelle in den Windfang versetzt werden.
- 14 Der anfänglich imperativ geforderte Lift wurde auf Verlangen der Denkmalpflege im Modell 1:1 dargestellt. Die Beeinträchtigung der Halle war so eklatant, dass alle Beteiligten sich spontan gegen eine Ausführung aussprachen.
- 15 Der ursprüngliche Belag war bereits früher mit einem durchgehenden Linoleumbelag ersetzt worden. Im Steinbelag wurde die Musterung des ursprünglichen Belages übernommen. Die beiden Farben sind auf die übrige Farbpalette abgestimmt.
- 16 Leider konnte eine Automatisierung der bestehenden Schwingflügel-Anlagen vom Betrieb nicht akzeptiert werden. Sie wurden im Estrich deponiert.
- 17 Die vom Betrieb geforderte Verstärkung der Beleuchtung konnte durch eine Verlängerung der originalen Lichtkörper erreicht werden. Die früher entfernten "Prellsteine" wurden rekonstruiert.
- 18 In einer dem Original entsprechenden Ausführung wurden beide Treppenhäuser um ein Geschoss gegen unten erweitert.
- 19 Die Gebäudeversicherung des Kantons Bern stimmte dieser Lösung zu, da eine Rauchmeldeanlage im Haus eingebaut wurde und die Fluchtmöglichkeiten im Gebäude sehr gut sind (zwei breite Treppenhäuser, durchgehende Balkone). Die Korridorabschlüsse wurden als Schiebetüren automatisiert.

- 20 Aus kaum objektiv nachvollziehbaren Gründen sollen in krasser Missachtung des Farbkonzeptes allerdings die Feuerlöschposten mit signalroten Schranktüren versehen werden ...
- 21 Von der ursprünglichen Beleuchtung fanden sich weder Bilddokumente, noch Restbestände (vermutlich ergab diese Beleuchtung einen Wert von ca. 25 lux). Gegenüber der zuerst vorgesehenen, den Raumcharakter stark beeinträchtigenden Beleuchtung mit durchgehenden, indirekt strahlenden Fluoreszenzleuchten auf Sturzhöhe (entsprechend den Normen SLTG 150 lux ergebend) bietet die nun gewählte Lösung eine stimmungsvolle und genügende Ausleuchtung (67 lux).
- 22 Die Liegehallen waren seinerzeit nur zum Aufenthalt im Sommer und in der Uebergangszeit konzipiert gewesen. Die ursprüngliche Schiebekonstruktion war aus Gründen von Dichtigkeit und Isolation nicht rekonstruierbar.
- 23 Die ursprüngliche Farbe war nicht zu eruieren. Ueber dem zementgrauen Grundputz war ein ockerfarbiger Deckputz von ca. 5 mm Stärke angebracht, der mit farbigen Mineralien-splittern (weiss, grün, wenig gelb) durchmischt war. Die erste Annahme, es handle sich dabei um den sichtbar belassenen Fertigputz, wurde in Frage gestellt durch den ersten gelblich-grauen Anstrich, der auch Stellen bedeckte, die bald nach der Bauzeit unzugänglich wurden und das Fehlen jeglicher Abwitterungserscheinungen oder Schmutzreste auf dem Deckputz. Es ist damit denkbar, dass bereits Salvisberg während der Erstellung eine Farbkorrektur vornahm. Ein zweiter hellerer Anstrich ist klar einer nach 1950 erfolgten Renovation zuzuschreiben.
- 24 Wegen der schlechten Fugendichtigkeit und des fehlenden Vorsprungs auf der Innenseite waren die Brüstungskronen mit Blech abgedeckt worden, was den Eindruck stark verfälschte. Die neuen Platten wurden mit beidseitigem Vorsprung und Wassernase und besonderer Abdichtung der Elemente ausgeführt; die Geländer sind nicht mehr über den Platten-Stössen, sondern versetzt dazu befestigt. Mit der Sanierung mussten beim obersten Balkon die Geländer erhöht werden, um den Sicherheitsvorschriften Genüge zu tun; die höheren Geländer wurden, vom bestehenden Geländer getrennt, auf der Innenseite der Brüstung montiert.
- 25 Dank den neuen Dachfenstern konnte das Dachvolumen zu einem grossen Teil ausgebaut werden - dadurch erst wurde der Verzicht auf die seitlichen Ausbauten im 2. Obergeschoss und im Sockelgeschoss möglich.

Literatur:

- Schweizerische Bauzeitung 1926, p. 79, 183 ff, 198 ff
 Berner Woche 1926, p. 260 ff/ 1929, p. 660
 Das Werk 1929, p. 198 ff, werk/archithese 1977, p. 10
 Architekturwerke und Innenausstattung, Bern o.J. (1929), p. 1 ff
 Lory-Spital, Freiburgstrasse 41 g: Beurteilung aus der Sicht der Denkmalpflege,
 Februar 1982
 O.R. Salvisberg, Die andere Moderne, Zürich 1985

I. EINLEITUNG

1. Das Loryspital von 1929 bis heute

Der Bezug des umgebauten Loryspitals, das 1929 eröffnet worden war und eine bedeutende architektonische Schöpfung darstellt, gibt Gelegenheit, neben den baulichen Veränderungen die medizinische Entwicklung zu überdenken, die seit der ursprünglichen Eröffnung stattgefunden hat. Der heutige Stand dieser Entwicklung bestimmt, nach welchem Konzept wir unsere Medizin betreiben.

1929 bestand das Ziel in der Entlastung des Inseleospitals von Chronischkranken. 1933 stellte es die Station zwischen dem Spital für Akutranke und Pflegeheimen, Sanatorien usw. als Durchgangs-, Beobachtungs- und Begutachtungsstation für alle chronischen, langwierigen und schwierigen Fälle dar. Der Leiter war Privatdozent Dr. Fritz Dumont, Chirurg, spezialisiert in Tuberkulosechirurgie. 1940 beherbergte das Loryspital 150 Militärpatienten. 1947 trat Prof. Bernhard Steinmann, Internist, die Nachfolge des verstorbenen Dr. Dumont an. Er leitete eine Abteilung von 70 Betten für Chronischranke. Die urologische Abteilung belegte 17, die therapeutische Station des Röntgeninstitutes 23 Betten des Loryspitals. Die intern-medizinische Abteilung hatte zwei Schwerpunkte, Geriatrie und Rehabilitation.

Diese Tradition gilt auch noch heute, wobei die Innere Medizin das ganze Gebäude allein beansprucht.

2. Das Konzept heute

Das medizinische Konzept, das jetzt der Arbeit zugrunde liegt, hat sich aber von einem bio-medizinischen zu einem bio-psycho-sozialen gewandelt. Wie noch näher erläutert werden wird, liegt ihm die Auffassung zugrunde, dass biologische, psychische und soziale Komponenten in Gesundheit und Krankheit von Anfang an gleich berechtigt untersucht und konsequent in Diagnose und Therapie einbezogen werden, ohne aus Vorliebe für somatische Faktoren die psychischen und sozialen auszuklammern oder umgekehrt. Das Bio-medizinische, das auf der Vorstellung beruht, dass die "Zerlegung" des Menschen in immer kleinere Teile, zuletzt in solche der Chemie und Physik, das Verstehen und Heilen der menschlichen Leiden ermöglicht, ist damit zurückgelassen worden. Das neue Konzept hat den Zugang zum Patienten und zum Teil auch das Patientengut verändert, denn das bio-psycho-soziale Konzept hat zur Ausweitung des Begriffs "Rehabilitation" und zur Relativierung desjenigen der "Geriatrie" geführt. Unter Rehabilitation schliessen wir heute nicht nur Menschen mit Hirnschlag, Multipler Sklerose, Polyradiculitis Guillain-Barré usw. ein, sondern auch Kranke, die weder im Akutspital noch in der psychiatrischen Klinik, jedoch in einem Spital für Rehabilitation optimal betreut werden können, unter der Voraussetzung einer guten Ausbildung der Ärzte in somatischer und psychologischer Medizin, der Ausbildung der Pflegenden in medizinisch-psychologischen Bereichen und Teams für Physiotherapie, Ergotherapie, Sozialarbeiter und Logopäde, die nach dem bio-psycho-sozialen Konzept arbeiten. Wir betreuen Patienten mit chronischen Schmerzen, Magersüchtige, Patienten, die seelische Schwierigkeiten in der Sprache des Körper-

symptoms ausdrücken, Menschen mit körperlichen Störungen, welche als Begleitzeichen starker Affekte auftreten und - weniger häufig auch psychisch Kranke mit ausgeprägten Körpersymptomen.

Die Geriatrie relativieren heisst für uns, dass alte Menschen wohl gleichzeitig verschiedene Leiden aufweisen können und Fragen der Abklärungs- und Therapieintensität, des mitmenschlichen Beziehungsgefüges und der sozialen Gegebenheiten im Vordergrund stehen. Der Einbezug dieser Faktoren in die Betreuung eines betagten Menschen unterscheidet sich jedoch unserer Auffassung nach nicht grundsätzlich vom Umgang mit einem jüngeren Menschen, denn Krankheit wirft immer neben somatischen auch psychische und soziale Fragen auf.

3. Der Auftrag im Spitalkonzept des Kantons Bern

Der Auftrag an unser Spital, den wir nach dem bio-psycho-sozialen Konzept zu erfüllen trachten, lässt sich der Spitalplanung des Kantons Bern - insbesondere den Richtlinien für Geriatrie und Rehabilitation an einem medizinischen Zentrum - aus dem Jahre 1978 - entnehmen: "Dem medizinischen Zentrum obliegen grundsätzlich alle Aufgaben der hochspezialisierten Behandlung und Pflege. Das medizinische Zentrum erbringt Leistungen im Bereiche der spezialisierten Versorgung, soweit diese aus medizinischen und wirtschaftlichen Gründen nicht an Bezirks- und Regionalspitälern erbracht werden oder soweit dies zur Wahrnehmung von Aufgaben im Bereich von Lehre und Forschung notwendig ist. Ferner erbringt das medizinische Zentrum Leistungen der stationären und ambulanten Grundversorgung, soweit dies zur Wahrnehmung von Aufgaben im Bereich von Lehre und Forschung notwendig ist. Das medizinische Zentrum stellt bei Bedarf den anderen öffentlichen Spitälern die nötigen Konsiliardienste zur Verfügung."

II. PATIENTEN-BEISPIELE

- a) Rehabilitation von Patienten mit Leiden, die einer zeitlich und personell aufwendigen Physio-, Ergo- und Sprachtherapie bedürfen.

Beispiel: Ein 65-jähriger SBB-Streckenangestellter wird sieben Monate nach seiner Pensionierung mit einer Lähmung eingewiesen. Er kann stehend das Gleichgewicht knapp wahren, unsicher gehen, im Arm sind nur grobe Bewegungen möglich. Er ist mit dem Tagesablauf im Spital, den Behandlungen, der psychischen Betreuung immer sofort einverstanden, negiert jegliche persönlichen Probleme und macht in Physio- und Ergotherapie gute Fortschritte. Die ersten zu Hause verbrachten Wochenenden führen zur Überraschung der Ehefrau und des Pflorgeteams zu schweren ehelichen Auseinandersetzungen mit Zertrümmerung des Mobiliars durch den früher als ruhig und sehr arbeitsam eingeschätzten Patienten. Allmählich stellt sich im Gespräch mit Arzt und Pflorgeteam heraus, dass der Patient seine Pensionierung ausserordentlich schwer genommen und sich nicht mehr zurecht gefunden hat, und dass ihn die Erkrankung eines Bruders an einem schweren Herzinfarkt und des zweiten Bruders an drei Hirnschlägen in den letzten Monaten vor der eigenen Erkrankung sehr bedrückt haben. Während der letzten Wochen im Spital werden mit ihm die Trauer um den verlorenen Arbeitsplatz und seine eigenen Funktionseinbussen eingehend besprochen. Im Zeitpunkt der Spital-

entlassung wirkt er ruhiger, Ehefrau und Hausarzt bitten uns aber, den Patienten ambulant physio- und psychotherapeutisch noch so lange zu betreuen, bis er wieder stabiler und in seine Familie integriert ist.

- b) Patienten, die durch körperliche und psychische Beschwerden in so hohem Masse beeinträchtigt sind, dass sie invalid sind oder die Invalidität erwartet werden muss (sog. Problempatienten).

Beispiel: Der 54-jährige Uhrenarbeiter ist wegen Herz-Rhythmusstörungen, die er seit 30 Jahren hat und die in den letzten Jahren zugenommen haben, vor vier Jahren vollinvalid geworden. Er wird eingewiesen, da alle bisherigen Behandlungsversuche erfolglos blieben. Ein neues Medikament lindert die Störung zwar ein wenig, trotzdem bleibt der Patient weitgehend ans Bett gebunden. Er stellt selbst fest, dass körperliche Belastung die Beschwerden lindert, wagt aber nicht, sich aktiv zu betätigen. Seine ihn übermässig und ängstlich betreuende Frau, die er vor vier Jahren geheiratet hat, schränkt seine Aktivität weiter ein. Seine Ängste sind entstanden, nachdem vor vier Jahren seine Mutter überraschend an Herzrhythmusstörungen gestorben ist und nach dem Streit mit dem Bruder, der ihn veranlasst hatte, den Hof zu verlassen, und nach der Heirat des Patienten in fortgeschrittenem Alter. Erst als diese Ängste in die Arzt/Patient-Beziehung einbezogen werden, lassen die Rhythmusstörungen und Befürchtungen nach. Wie die Ehefrau in die Behandlung einbezogen wird, nimmt die Aktivität des Patienten zu. Nach drei Monaten wird er entlassen, beginnt wieder zu 50% zu arbeiten und nimmt seine Hobbies wieder auf. Er wird ambulant weiterbetreut.

- c) Rehabilitation akutkranker geriatrischer Patienten

Beispiel: Eine 84-jährige allein lebende frühere Turnlehrerin, die ihr ganzes Leben unabhängig verbracht hat, erkrankt innerhalb weniger Tage an einer Durchblutungsstörung des Halsmarks, die zur Gehunfähigkeit führt. Die Schwäche der Extremitäten verspricht eine gewisse Besserung. Unter Physiotherapie nimmt die Muskelkraft zu. In der Nacht ist die Patientin jedoch unruhig und verwirrt. Sie möchte unbedingt in ihre Wohnung zurückkehren, wie sie feststellt, dass sie mit Hilfe einer Person wieder etwas gehen kann. Ihre Probleme umfassen die Behandlung der Herzinsuffizienz, die Physiotherapie, die psychologische Betreuung bei der mit Trauer und Depression aufgenommenen Tatsache, dass eine Heimkehr zur Selbständigkeit, wenn überhaupt, dann nur via Pflegeheim in Frage kommt, die Wahl der zweckmässigen Psychopharmaka und Schlafmedikamente, die Vorbereitung des Austritts in ein Pflegeheim und die Mobilisierung der Mithilfe von Hausbewohnern für die spätere Rückkehr in die eigene Wohnung, durch die Sozialfürsorgerin.

III. DAS BIO-PSYCHO-SOZIALE MODELL IM NEUEN LORYSPITAL

Das Beispiel des SBB-Angestellten weist auf die Bedeutung der psychischen Bewältigungs- und Abwehrmechanismen hin, hier im Vordergrund auf die Verleugnung. Der 54-jährige Mann mit der Rhythmusstörung belegt, dass die individuelle Entwicklungsgeschichte, hier

das Erleben des Verlustes der Mutter an Herzrhythmusstörungen, Ausbruch, Verlauf und Behandlung einer Rhythmusstörung mitbestimmen. Das Beispiel der alten Turnlehrerin zeigt, dass die Rehabilitation mit dem Ablauf des Trauerprozesses verknüpft ist.

Diese Beispiele (die sich beliebig vermehren lassen) zeigen, dass psychische und soziale Faktoren das Krankheitsrisiko vermehren, dass sie eine Rolle bei der Auslösung von Krankheiten spielen, dass sie den Verlauf einer Krankheit beeinflussen und dass sie das Krankheitsverhalten modifizieren. Dieses Wissen hat einen direkten Einfluss auf die Forderungen, die an ein modernes Spital gestellt werden müssen, und sie sind auch mit der Arbeitsweise der in diesem Spital tätigen Mitarbeiter verknüpft. Der rollstuhlgebundene SBB-Angestellte benötigt genug Raum, um den Nachttisch auf die Seite der Lähmung neben sein Bett stellen zu lassen, so dass er vermehrt die kranke Seite wahrnehmen muss. Die Magersüchtige braucht Möglichkeiten im Ergotherapieaum, wo sie ihre eigenen Vorstellungen und Pläne z.B. handwerklich gestalten kann und sich nicht immer der Umgebung unterordnen muss. Die alte Turnlehrerin benötigt eine ihrer Wohnung ähnliche Umgebung, damit sie lernt, sich wieder selbst zu orientieren und die täglichen Verrichtungen vorzunehmen. Diese damit verbundenen räumlichen und baulichen Bedingungen mussten berücksichtigt werden.

Alle diese Forderungen der Benutzer an den Architekten standen oft in krassem Widerspruch zu den Anliegen von Seiten des Denkmalpflegers oder der architektonischen Gegebenheiten. In der langen Zeit der Planung und Ausführung des Umbaus musste oft hart um Lösungen gerungen werden, die alle Anliegen zu berücksichtigen vermochten. Nur die stete Gesprächsbereitschaft aller Beteiligten half Lösungen zu finden, die schliesslich dazu führten, dass den Patienten ein ihren Bedürfnissen möglichst angepasster Spitalaufenthalt geboten werden kann und unserem Personal Arbeitsbedingungen zu schaffen, die zeitgemäss sind und patientengerechtes Arbeiten ermöglichen. Dafür sind wir dankbar.

EINLEITUNG

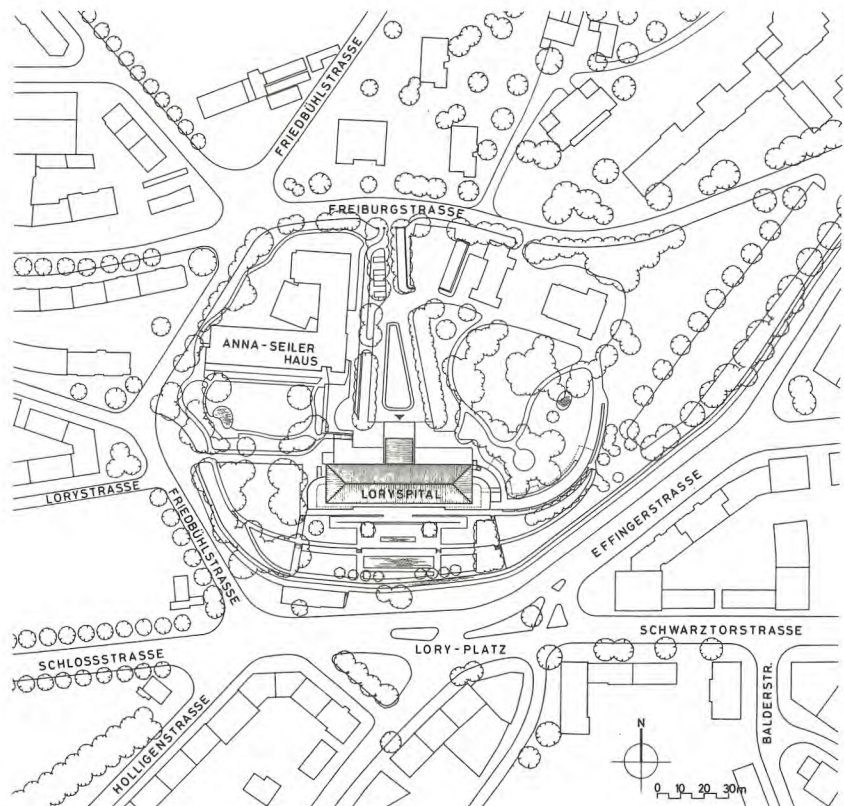
Das C.L. Lory-Haus wurde 1926-1929 nach den Plänen der Architekten Salvisberg und Brechbühl erstellt. Die Entstehungsgeschichte, die bauliche Analyse und die architektur-geschichtliche Bedeutung dieses typischen Salvisberg-Baus werden einleitend durch den Denkmalpfleger der Stadt Bern dargelegt.

Zunehmende Bauschäden, vor allem an den äusseren exponierten Betonteilen, riefen nach einer durchgreifenden Sanierung der Gebäudehülle.

Im Innern drängten sich aus verschiedenen Gründen bauliche Massnahmen auf, da die technischen Einrichtungen veraltet, oder aus organisatorischen Gründen unbefriedigend und deshalb erneuerungsbedürftig waren. Daneben bestanden Raumbedürfnisse, da die bestehenden Verhältnisse den Erfordernissen an ein modernes Geriatriespital mit Rehabilitationszentrum nicht mehr entsprachen:

- Das Flächenverhältnis der Nebenräume für den Pflegedienst zu den Krankenzimmern ist gegenüber früher stark gewachsen
- für eine sinnvolle Therapie standen zu wenig Räumlichkeiten und Einrichtungen zur Verfügung
- die Räume des ärztlichen Dienstes waren flächenmässig ungenügend und lagen unzweckmässig.

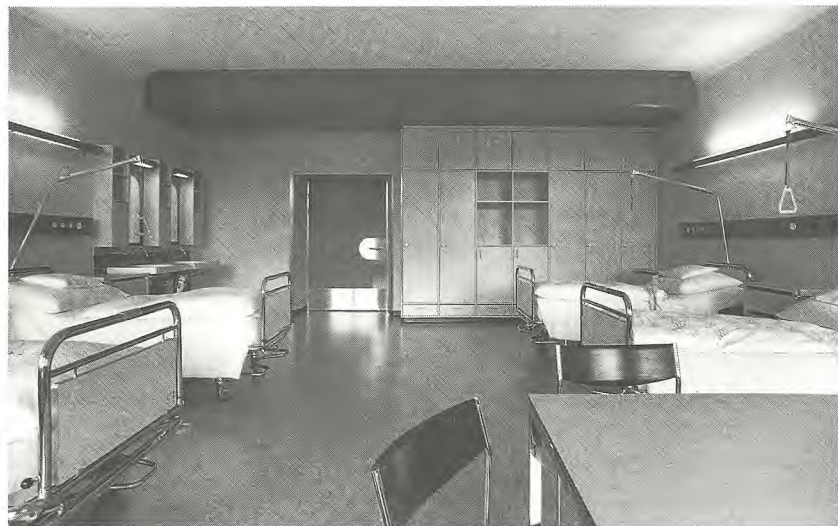
Damit lag es auf der Hand, dass eine Gesamtrenovation des Lory-Spitals mit Umbauten durchgeführt werden musste.



1
Situation



2
Bettzimmer 1929



3
Bettzimmer 1987



4
Korridor Bettenstation

5
Halle 1929



6
Halle 1987



7
Veranda - Aufenthaltsraum



Umbau

Einem Umbau unterlagen

- die Nebenräume und Liftanlagen im Erdgeschoss und 1. Obergeschoss
- das 1. und 2. Untergeschoss generell
- das 2. Obergeschoss teilweise
- das Dachgeschoss in der Mittelpartie
- die gesamte Haustechnik
- die Umgebung.

Die Tragstruktur des Gebäudes konnte mit Ausnahme des Bereiches der Aufzüge unverändert beibehalten werden.

Dadurch, dass der Ausbau des Dachstockes bewilligt wurde, konnten den ursprünglichen Baukörper verunstaltende Anbauten an den Stirnseiten im 2. Obergeschoss und Untergeschoss wieder entfernt werden.

Das Sanierungsprogramm umfasste namentlich Verbesserungen für die Patienten (bequemen-freundliche Verkehrswege, bessere Lifte, Aufenthaltsraum mit Television, mehr und gut erreichbare Toiletten) und für das Pflegepersonal (Badezimmer mit Hebewanne und Kran, Duschen und Lavabo, Ausgussraum mit Trennung von sauberer und schmutziger Abstellfläche und Topfreinigungsmaschinen, angemessene Schwesternarbeitsräume, etc.

Aber auch für Aerzte und die Therapie (diese war teilweise provisorisch im zweiten Stock untergebracht), die Hauswirtschaft (Office mit Kühlschrank, Mikrowellenapparat und Gläserspülmaschine entsprechend dem Stand in den übrigen Krankenstationen der Innambulanz), zentrale Garderoben für das Personal, Stauräume auf den Abteilungen, Bettenlagerung, Bettenversorgung, zentraler Wäschepool für die Wäscheversorgung, die provisorisch in der alten Loryküche eingerichtet war) und die Technik (Totalsanierung der Heizung, Ventilationsanlage und der Sanitärinstallation, Einbau von neuen Liften, Anschluss der Rohrpost) wurden namhafte und dringend notwendige Verbesserungen ausgeführt.

Die augenfälligste Veränderung erfuhr das 1. Untergeschoss, das nunmehr auf der Südseite ganz von Therapieräumlichkeiten mit vielfältigen Aktivitäten eingenommen wird. Der zentrale Bewegungsraum ist durch grossflächige Glasabschlüsse mit der Halle verbunden - in diesem Geschoss wird so das in den Pflegegeschossen konsequent von Architekt Salberk verfolgte Thema "Licht, Luft, Sonne" wieder aufgenommen und bis ins Gebäudeinnere spürbar gemacht.

In den Bettengeschossen wurden die Nebenräume auf der Nordseite durchgreifend umgeplant und die Schwesternarbeitsräume auf die Südseite verlegt.

Mit dem teilweisen Ausbau des Dachstockes mussten auch die beiden neuen Bettenlifte dort hinauf geführt werden.

Nach erfolgtem Umbau ist die Raumverteilung wie folgt:

2. UG	Personal-, Installations-, Putz- und Materialräume
1. UG	Therapie, Ver- und Entsorgung, ärztliche Leitung, Garten
EG	Haupteingang mit Anmeldung, 2 Pflegegruppen à 12 Betten, Nebenräume
1. OG	2 Pflegegruppen à 12 Betten, Nebenräume
2. OG	1 Pflegegruppe à 15 Betten, Nebenräume, ärztl. Dienst
Dachgeschoss	Äztl. Dienst, Abstellräume

Im Bereich der Hausinstallationen ist besonders zu erwähnen, dass mit Rücksicht auf die Ablehnung von heruntergehängten Decken in den Korridoren durch die Denkmalpflege hier von einem bewährten Grundprinzip beim Spitalbau abgewichen werden musste: die horizontale Verteilung der Installationsleitungen für die Krankenzimmer konnte nicht wie üblich in der jederzeit zugänglichen Korridordecke aufgehängt werden, sondern musste in Deckenkanälen in den Patientenzimmern verlegt werden. Im übrigen wurde das Spital mit allen zeitgemässen spitaltechnischen Einrichtungen ausgerüstet und mit einer Brandmeldeanlage versehen.

Die Umgebungsgestaltung lag im Rahmen einer Gesamt-Grünplanung für das Insel-Areal in den Händen der Landschaftsarchitekten Stöckli + Kienast und wird an anderer Stelle ausführlich beschrieben.

Der dem 1. Untergeschoss vorgelagerte Garten ist speziell für Therapiezwecke ausgestattet.



8
2. Obergeschoss Aufent-
haltszone vor Bettenliften



9
1. Untergeschoss Bewe-
gungsraum - Gartenaus-
gang

Neubau

Neubauteile sind

- der Erweiterungsbau "Engländerhügel"
- die unterirdische Bettenzentrale
- das Vordach bei der Anlieferung.

Für die Unterbringung der ärztlichen Leitung mit zugehörigen Räumen waren Raumtiefe von etwa 5 m mit einem genügend breiten Erschliessungsgang erforderlich. Die ursprünglich offene Liegehalle unter dem "Engländerhügel", die seit langem nur noch als Materialunterstand genutzt wurde, wies aber nur 3 m Tiefe auf. Ihre vorhandene sichtbare Gebäudestruktur mit Betonstützen, Decke und Brüstung sollte beibehalten und der vorhandene Baumbestand auf der Anhöhe musste unter allen Umständen geschont werden. Einerseits wurde deshalb mit erheblichem Aufwand der Hügel auf einer Tiefe von ca. 3 m zusätzlich unterkellert und wurden andererseits die Fassadenöffnungen zwischen den Stützen bis 70 cm vor der Gebäudeflucht vollständig verglast. Der Korridor erhielt ein durchgehendes Oberlicht. Der Erweiterungsbau wurde durch einen verglasten Verbindungsgang mit dem 1. Untergeschoss des Hauptgebäudes verbunden.

An den unterirdischen Verbindungsgang zwischen dem Lory-Spital und den übrigen Insassenbauten wurde ein gemeinsames Bettenlager für die Bedürfnisse des Lory-Spitals und des Anna-Seiler-Hauses angebaut.

Das betrieblich notwendige Vordach über der Anlieferung im 1. Untergeschoss an der Westseite wurde möglichst transparent in freitragender Stahlkonstruktion mit Verglasung ausgeführt.



10
Ärztliche Leitung
Sekretariat



11
Ärztliche Leitung - Korridor

GESTALTUNGSHINWEISE

In Ergänzung der eingehenden Ausführungen des städt. Denkmalpflegers scheinen uns folgende Hinweise zum Verständnis der Gestaltung von Bedeutung:

Zum Gebäudeäussern

Bei den Anstrichen von Fassade und Fenstern wurden, wo immer möglich, durch Analysen am Bau und Befragung von älteren Leuten die Originalfarben wieder angebracht (gelblich getönter Verputz, braune Holzfenster, blaue Fensterfronten bei den Veranden). Neue Fassadenelemente wurden durch die blaue Farbgebung kenntlich gemacht (Haupteingang, Warenanlieferung, Ausgänge auf Dachterrassen, Metall/Glas-Fassade beim "Engländerhügel").

Zum Gebäudeinnern

Die Patientenzimmer wurden anhand eines frühzeitig ausgebauten "Musterzimmers" in engster Zusammenarbeit mit den Spitalvertretern, dem kant. Hochbauamt und der städt. Denkmalpflege bis ins letzte Detail entwickelt. Für den Altbau typische Gestaltungs-

elemente wurden beibehalten (Hohlkehlen, Türcargen, Kantenschutz, Fenstersimse), alte Materialkonzept sinngemäss wieder verwendet (Linoleumböden, Rupfen-Tape, glatte Gipsdecken, gestrichene Türen). Neue Einbauten werden gezeigt (heruntergehängte Leitungskanäle, rollstuhlgängiger Waschtisch mit Zutaten, Plattenschild, Schrankbauten, Beleuchtungskörper).

In den halböffentlichen Bereichen, wie Halle, Korridoren, Treppenhäusern, wurde Bestehendes so weit möglich erhalten. Aus betrieblichen und feuerpolizeilichen Gründen war dies aber gewisse Anpassungen und Ergänzungen unumgänglich.

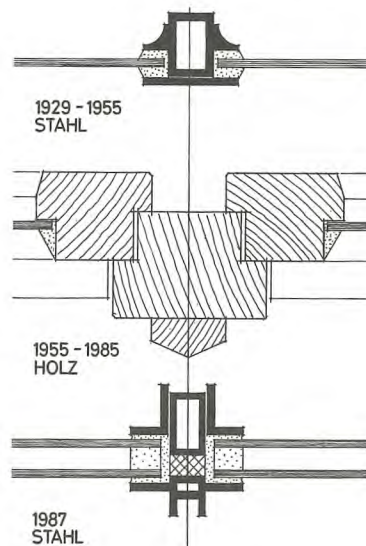
In der Eingangshalle wurde anstelle des ursprünglichen Gummibelages ein Natursteinboden mit der alten Friesen-Einteilung verlegt.

Bei der Suche nach einer gangbaren Lösung für die Anpassung der Holz/Glas-Abschlüsse, die feuerpolizeilichen Auflagen zeigte die Gebäudeversicherungsanstalt viel Verständnis.

Die Türen der Schrankfronten in den Korridoren mussten den technischen Gegebenheiten (Steigzonen) entsprechend erneuert werden, was aber mit der ursprünglichen Formgebung und Profilierung erfolgte.

Die Farbgebung an Wänden, Holzeinbauten und Decken wurde rekonstruiert. Neue Einbauten wurden auch hier in Material und Farbe sichtbar gemacht (Empfangsschalter, neue Abschlüsse bei Treppen und Aufenthaltsräumen, Liftfronten, etc.).

Bei den Metallfenstern der stirnseitigen Veranden wurde eine speziell schlanke, profilierte und isolierte Konstruktion mit Zweifachverglasung entwickelt, die dem leichten Eindruck der ursprünglichen Einfachverglasung möglichst nahe kommt.



12
Vergleich Fensterprofile Veranda

Für die umfassend umgebauten oder neu erstellten Gebäudeteile, wie 1. und 2. Untergeschoss, Nebenräume in den Pflegegeschossen und Dachgeschoss, bestanden keine einschränkenden Gestaltungskriterien. Sie wurden mit heruntergehängten Metalldecken gerüstet und nach einem einheitlichen Detail- und Materialkonzept ausgebaut und farbig behandelt.

Zur Ausstattung

Das Mobiliar, insbesondere für den halböffentlichen Bereich und die Patientenzimmer, wurde passend zur Geisteshaltung des "Neuen Bauens", die auch den Salvisbergbau prägt, gewählt. Typisch dafür sind u.a. die verchromten Stuhl- und Tischgestelle. Die Modelle wurden aber den Anforderungen bei behinderten Patienten angepasst, wie z.B. rollstuhlunterfahrbare Tische.

Der künstlerische Schmuck wurde von der kantonalen Kommission für Kunst und Architektur in freier Aussprache mit Vertretern der Bauherrschaft und der Architekten bestimmt, unter Rücksichtnahme auf die charakteristische Architektur des Salvisberg-Baus. Fest am Bau ist einzig der restaurierte Schriftzug des C.L. Lory-Testaments im Windfang.





13
Ansicht von Südosten vor Umbau

14
Ansicht von Südosten nach Umbau



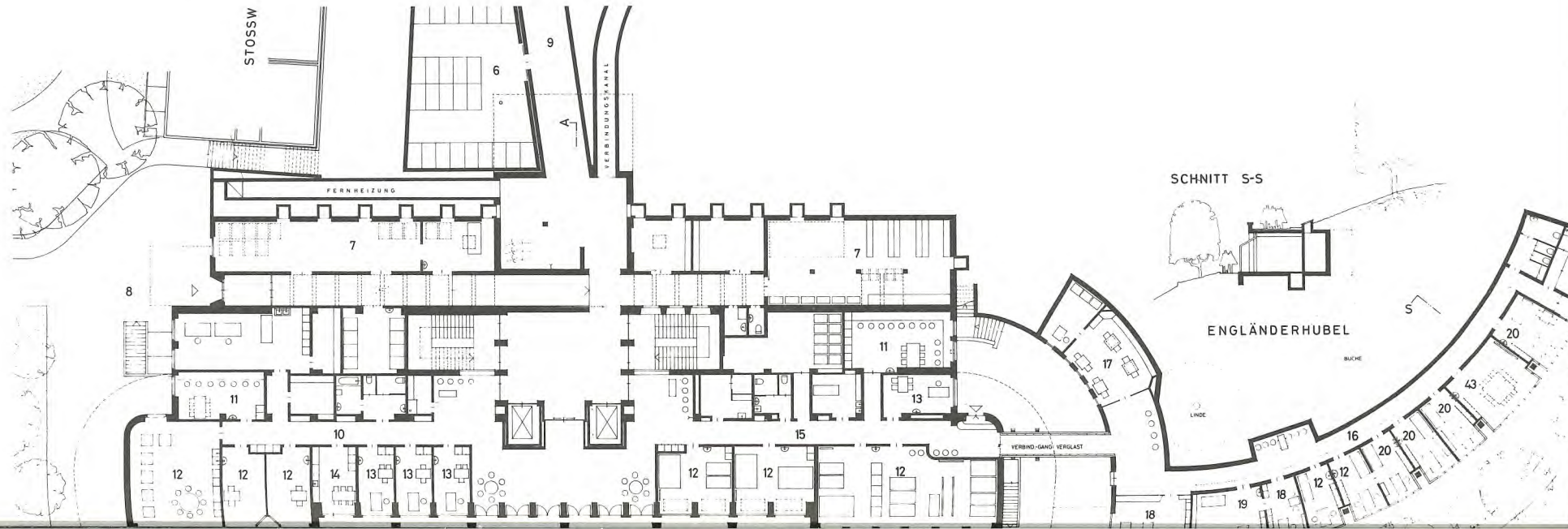
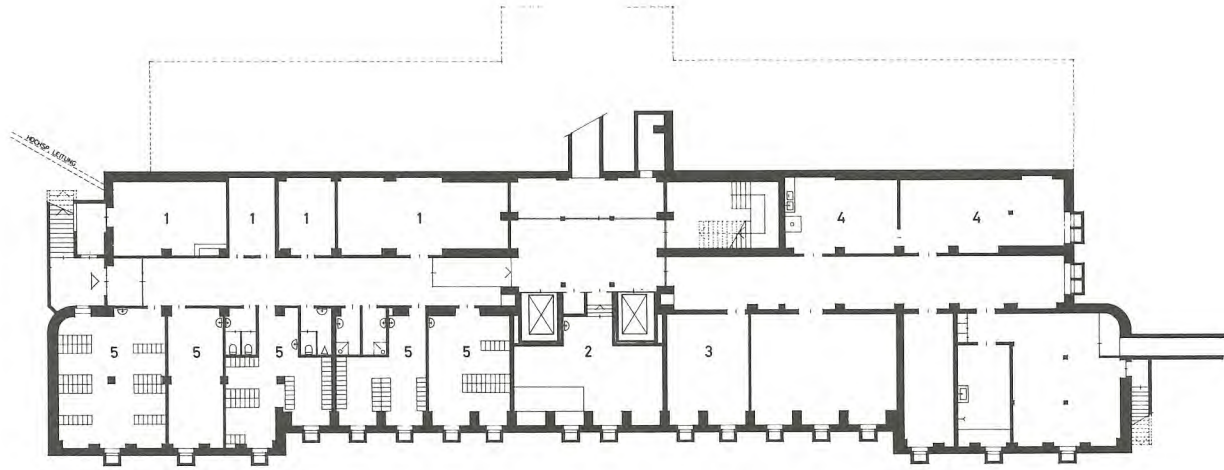


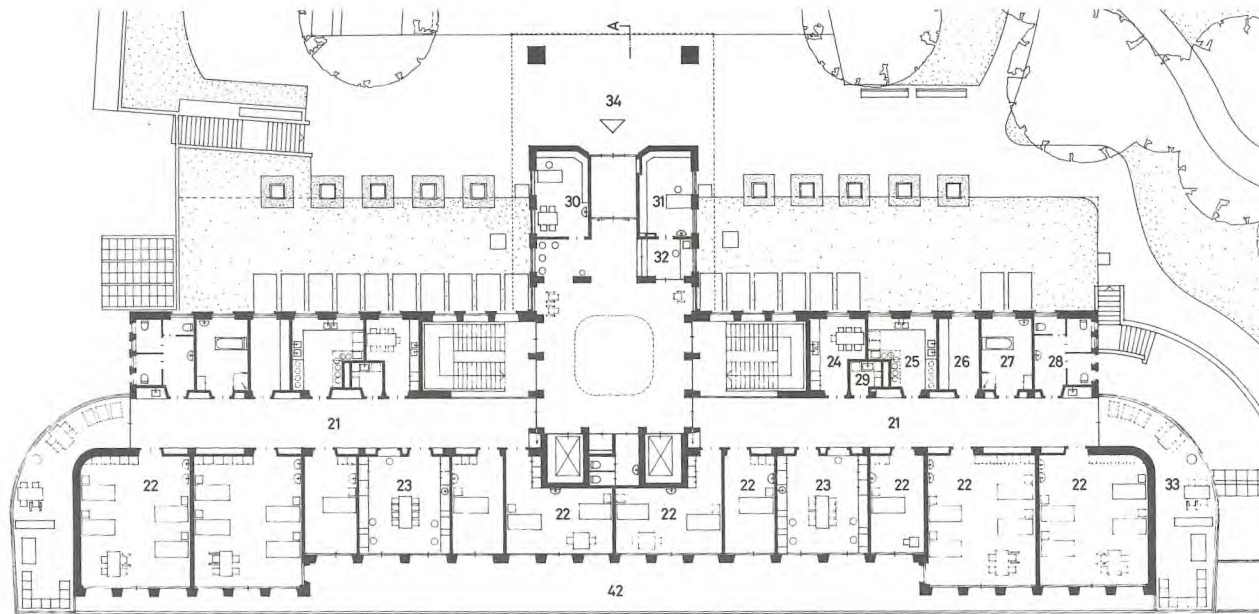
15
Nord-Fassade

16
Sicht vom Dach des Anna-Seiler-Hauses

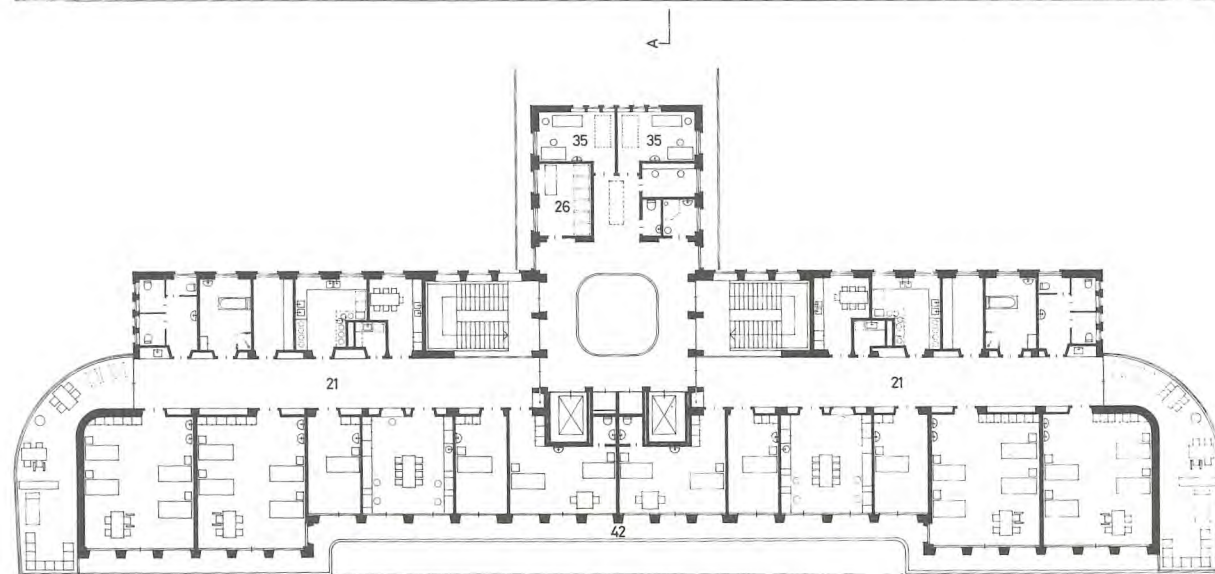


2. Untergeschoss





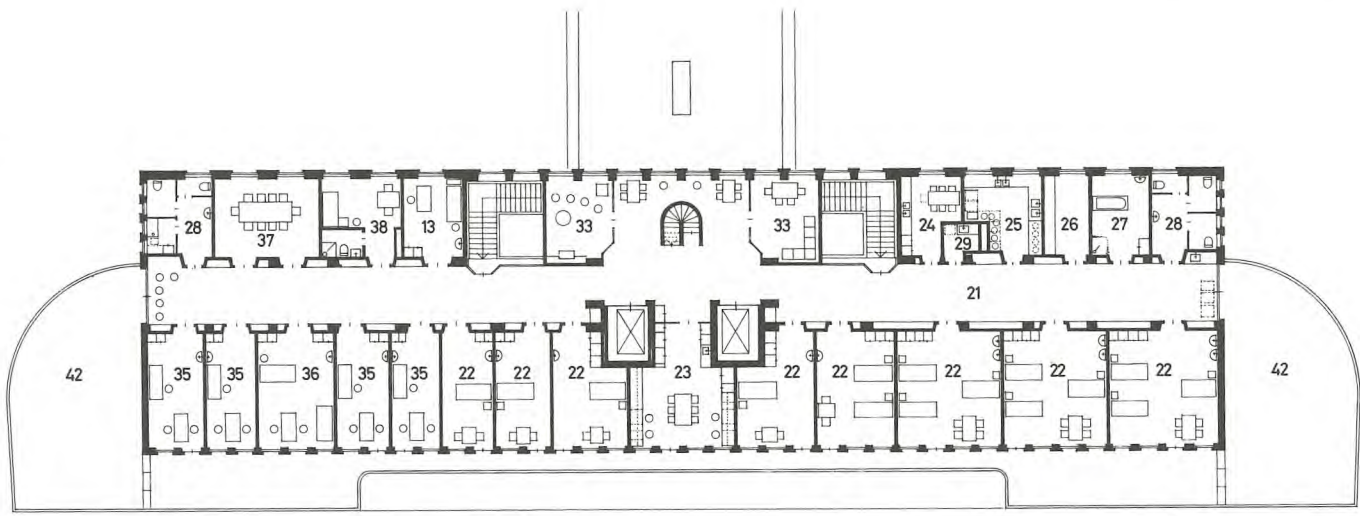
Erdgeschoss



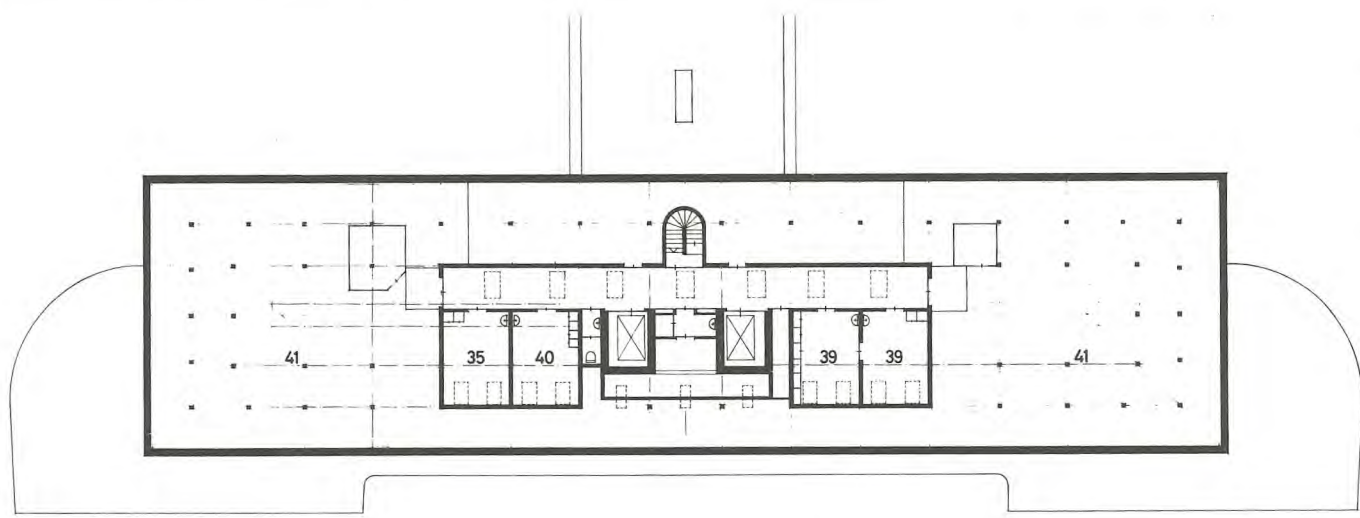
1. Obergeschoss

- 1 Elektro
- 2 Sanitär + Heizung
- 3 Lüftung
- 4 zentraler Putzraum
- 5 Personalgarderoben
- 6 Bettenlager
- 7 Wäschepool
- 8 Anlieferung
- 9 Verbindungsgang
- 10 Ergotherapie
- 11 Therapeuten
- 12 Behandlung
- 13 Büro
- 14 Übungsküche
- 15 Physiotherapie
- 16 ärztliche Leitung
- 17 Bibliothek
- 18 Sekretariat
- 19 Chefarzt
- 20 Arzt
- 21 Bettenstation
- 22 Bettenzimmer
- 23 Schwesternarbeitsraum
- 24 Office
- 25 Ausguss
- 26 Geräteraum
- 27 Bad
- 28 WC
- 29 Putzraum
- 30 Oberschwester
- 31 Apotheke
- 32 Empfang
- 33 Aufenthaltsraum
- 34 Eingang-Vorfahrt
- 35 Untersuchung
- 36 EKG
- 37 Besprechung
- 38 Pikettzimmer
- 39 Video
- 40 Wahljahrstudenten
- 41 Abstellraum
- 42 Terrasse
- 43 Gruppenraum

44

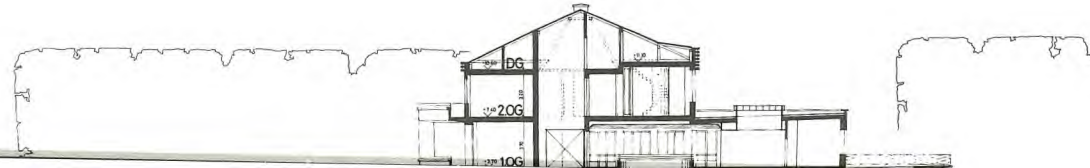


2. Obergeschoss



3. Obergeschoss
(Dachgeschoss)

- 21 Bettenstation
- 22 Bettzimmer
- 23 Schwesternarbeitsraum
- 24 Office
- 25 Ausguss
- 26 Geräteraum
- 27 Bad
- 28 WC
- 29 Putzraum
- 30 Oberschwester
- 31 Apotheke
- 32 Empfang
- 33 Aufenthaltsraum
- 34 Eingang-Vorfahrt
- 35 Untersuchung
- 36 EKG
- 37 Besprechung
- 38 Pikettzimmer
- 39 Video
- 40 Wahljahrstudenten
- 41 Abstellraum
- 42 Terrasse



Technischer Beschrieb

Bauzeit

April 1985 bis Oktober 1987 30 Monate

Brutto-Geschossfläche

Total	7'313	m2
davon	6'589	m2 Altbau
	443	m2 Engländerhubel neu
	281	m2 Bettenlager neu

Kubikinhalt SIA

Total	29'622	m3
davon	25'760	m3 Altbau
	2'500	m3 Engländerhubel neu
	1'362	m3 Bettenlager neu

Kubikmeterpreis

Fr. 420.-- (über alles)

Kosten

(noch nicht abgerechnet)

Fr. 14'200'000.--	Baukosten
Fr. 980'000.--	Ausstattung

Innere Organisation

- 2. Untergeschoss Personalgarderoben, technische Räume
- 1. Untergeschoss
 - Anlieferung, Wäschepool, Bettenlager
 - Ergotherapie, Physiotherapie, ärztliche Leitung (Engländerhubel), Sekretariat, Bibliothek
 - Garten
- Erdgeschoss
 - Haupteingang, Empfang, Halle, Oberschwester, Apotheke
 - 2 Bettenstationen mit je 12 Betten
- 1. Obergeschoss
 - 2 Untersuchungszimmer
 - 2 Bettenstationen mit je 12 Betten
- 2. Obergeschoss
 - 1 Bettenstation mit 15 Betten
 - 4 Untersuchungszimmer, EKG, Pikettzimmer, Besprechungszimmer, Oberschwester Stv.,
- 3. Obergeschoss
 - 2 Assistentenzimmer, Video-Studio
 - Abstellräume

Fassade Altbau

- Umfangreiche Beton- und Mauerwerksanierung. Rissfreies Putzsystem (Herbol) mit Anstrich als Co2-Bremse.
- Die nachträglich angebrachten Terrassenbrüstungsabdeckungen wurden entfernt und in Kunststein neu erstellt.

Fenster

- Neue Holzfenster wurden in der Profilierung den alten nachgebildet. Isolierverglasung Südseite 2-fach 4/8 mm, übrige 3-fach.
- Metallfronten (Veranden + Engländerhubel) Stahlkonstruktion Forster-Therm. Isolierverglasung mit erhöhten Isolationswerten 4/6 mm gasgefüllt.

<u>Brandmeldeanlage</u>	Vollschutz-Feuermeldeanlage. Die Rauchmelder sämtlicher Räume sind am zentralen Leitsystem der Insel angeschlossen.
<u>Elektro</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Die <u>Notstromversorgung</u> in ein getrenntes Not-Netz erfolgt über die ausgebaute Notstrom-Zentrale im Anna-Seiler-Haus. - Die <u>Beleuchtungskörper</u> wurden, wo immer möglich, mit energiesparenden Kleinfluoreszenzröhren ausgerüstet. - Drahtlose <u>Personensuchanlage</u> im ganzen Haus. - <u>Lichtrufanlage</u> im gesamten Patienten- und Schwesternbereich. - Ein Video-Studio im 3. OG mit Verbindungen in die verschiedenen Arbeitsbereiche ist an der Video-Zentrale der Insel angeschlossen. - Alle Patientenzimmer und Aufenthaltsräume haben <u>Fernsehanschluss</u>.
<u>Heizung</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Die Energieversorgung erfolgt ab Fernheizwerk über die Unterstation Anna-Seiler-Haus. - Beheizung der Räume mit neuen Röhrenradiatoren.
<u>Lüftung</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Garderoben im 2. UG sowie allg. Nebenräume im 1. UG sind mit Zu- und Abluftanlage mit Wärmerückgewinnung versehen. - Sämtliche WC-Räume mit Fortluftanlage - Keine Klimatisation
<u>Medizinalgas</u>	Sämtliche Bettzimmer sind mit Sauerstoff-, Druckluft- und Vakuum-Anschlüssen versehen.
<u>Aufzüge</u>	<p>Die zwei <u>Bettenlifte</u> wurden wegen der geringen Ueberfahrts-höhe im bestehenden Dachraum mit einem ölhydraulischen Antrieb und Gegengewichtsausgleich hergestellt. $V = 1 \text{ m/sec.}$ Kollektiv-Selektiv-Steuerung (2'000 kg)</p> <p>Neu wurde eine <u>Rohrpostanlage</u> mit Stationsmeldung in die Schwesternarbeitsräume installiert (der Anschluss an das Rohrpostsystem des Inselspitals erfolgt später).</p>
<u>Türen</u>	Die wichtigsten Zugänge (Haupteingang, Bettenstationen, Therapien, Anlieferung) wurden neu mit <u>automatischen Schiebetüren</u> ausgerüstet.
<u>Sonnenschutz</u>	<ul style="list-style-type: none"> - Sämtliche Bettzimmer: Metall-Rolläden - Metallfassaden: Senkrecht-, resp. Schräg/Senkrecht-Storen, elektrisch bedient (Engländerhubel mit autom. Sonnen- und Wind-Steuerung).

Bodenbeläge

- Teilweise neuer schwimmender Unterlagsboden
- Korridore, Bettzimmer, Arbeitsräume = Linoleum
- Nassräume = Keramische Platten
- Eingangshalle = Tessiner Marmor (Cristallina)
- Aerzte-Büros = Textil

Wandbeläge

- In Halle und Treppenhäusern konnte der ursprüngliche Mosaikputz belassen werden
- Bettzimmer: Glasflies
- Uebrige Räume: Abrieb

Die Freiräume des Lory-Spitals

Herr K. und die Natur

Befragt über sein Verhältnis zur Natur, sagte Herr K.:

"Ich würde gern mitunter aus dem Haus tretend ein paar Bäume sehen. Besonders da sie durch ihr Tages- und Jahreszeit entsprechendes Andersaussehen einen so besonderen Grad von Realität erreichen. Auch verwirrt es uns in den Städten mit der Zeit, immer nur Gebrauchsgegenstände zu sehen. Häuser und Bahnen, die unbewohnt leer, unbenutzt sinnlos wären. Unsere eigentümliche Gesellschaftsordnung lässt uns ja auch die Menschen zu solchen Gebrauchsgegenständen zählen, und da haben Bäume wenigstens für mich, der ich kein Schreiner bin, etwas beruhigend Selbständiges, von mir Absehendes, und ich hoffe sogar, sie haben selbst für die Schreiner einiges an sich, was nicht verwertet werden kann."

"Warum fahren Sie, wenn Sie Bäume sehen wollen, nicht einfach manchmal ins Freie?" fragte man ihn. Herr Keuner antwortete erstaunt: "Ich habe gesagt, ich möchte sie sehen aus dem Hause tretend."

Bert Brecht

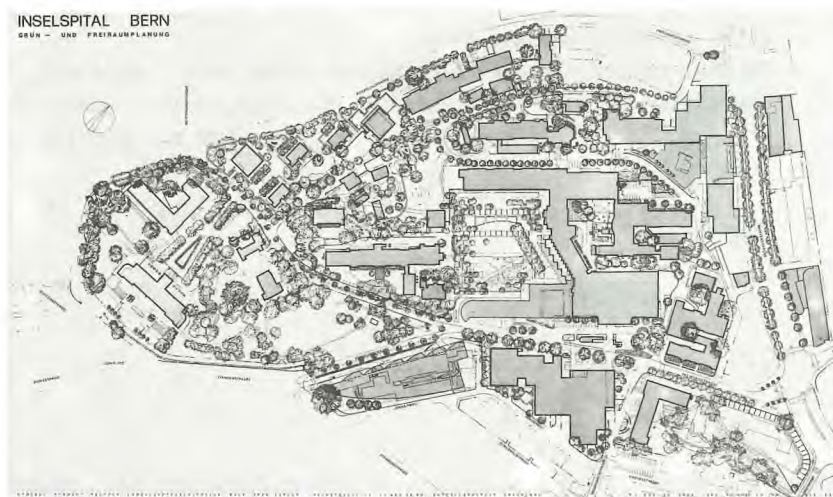
Als das Lory-Spital Ende der zwanziger Jahre entstand, war seine moderne Architektur etwas völlig Neues im Bauensemble der Insel. Nicht neu hingegen war die Haltung, dass neben den Gebäuden den Freiräumen grosse Aufmerksamkeit geschenkt wurde. Die Gartenarchitektur des Lory-Spitals - von ihr wird später noch ausführlich die Rede sein - hob sich zwar deutlich von der Gestaltung des schon bestehenden Areals ab, aber schon bei den älteren Gebäudekomplexen konnte ein ausgewogenes Verhältnis von Gebäude und Umgebung festgestellt werden.

In den folgenden Jahrzehnten, ab ca. 1950 bis in die letzte Zeit hinein, wurde diese Ausgewogenheit bei der rasanten Expansion des Spitals vernachlässigt. Es entstanden immer neue und grössere Projekte, welche Grünflächen und Parkteile überbauten, ohne für Verlorengangenes neue Qualitäten anbieten zu können. In jüngster Zeit wurde erkannt, dass eine Weiterentwicklung des Spitals ohne den Miteinbezug der Park- und Freiflächen fatale Auswirkungen hätte.

Unter dieser Voraussetzung entstand die Studie "Grünplanung Inselspital Bern", welche parallel zu den Neubau- und Sanierungsvorhaben, deren Eingliederung in die Freiflächen zum Ziel hat sowie eine neue Gesamtkonzeption der Park- und Grünflächen aufzeigt (vgl. Abb. 1). Bestandteil der Studie, die seit Mitte 1987 vorliegt, ist auch das Umgebungsprojekt des Lory-Spitals mit seinen Verbindungen und Bezügen zum Gesamtareal. Es ist die erste ausgeführte Arbeit der Grünplanung Inselspital.



1
Die Anlage des Insel-
spitals 1884



2
Grünplanung Insel-
spital 1987, ange-
strebter Endzustand

ZUR GARTENARCHITEKTUR DES INSELSPITALS

Das Inselareal ist aus gartenarchitektonischer Sicht keine homogene Anlage mehr. Die ursprüngliche Spitalanlage war durch eine streng geometrische Anordnung der Gebäude geprägt, die in der Gartengestaltung ihre Entsprechung fand: Ein axiales und diagonales Wechselflecht, von Baumreihen begleitet, überzog Rasen- und Wiesenflächen. Barockgarten und Klassizismus bildeten die gestalterischen Vorbilder der Spitalanlage, wie sie sich um 1884 zeigte (vgl. Abb. 2). Nur vereinzelt und dem grossen Ordnungsprinzip unterworfen, zeigten sich Einflüsse des "Englischen Landschaftsgartens". In diesem historischen Zustand zeugen allenfalls wenige Relikte, Gebäude- und Mauerreste von alten Baumreihen. Heute weisen die in verschiedenen späteren Epochen entstandenen Erweiterungsbauten in der Regel einen eigenen, nur im engeren Rahmen wirkenden gartenarchitektonischen Gestaltungswillen auf. Der alte Baumbestand - nicht mehr als geometrische Anlage erkennbar - hat zusehends die Rolle des prägenden Rahmens übernommen, das Gesamtareal verknüpfend. In der Vielfalt der entstandenen

Gartengestaltungen, die zum Teil banal und häufig von weiteren Eingriffen verwässert sind, kann man auf dem Areal aber auch schöne Beispiele von Gartenarchitektur finden. Eine geradezu exemplarische Abfolge von Stilen weist der Südteil des Areals auf. In zeitlicher wie räumlicher Reihenfolge sind dies: Der Park des Inselheimes (Engländerhubel) und die Gartenanlagen von Lory-Spital und Anna-Seiler-Haus.

Das Inselheim war, ehe es seine heutige Funktion übernahm, Wohnhaus auf dem Engländerhubel ausserhalb des damaligen Spitalgeländes. Der dazugehörige Park ist eine kleine Anlage nach dem Vorbild des "Englischen Landschaftsgartens". Für einen eigentlichen Landschaftsgarten ist der Park zu klein, aber wie bei vielen anderen Gartenanlagen aus derselben Entstehungszeit um die Mitte des 19. Jahrhunderts, werden die idealtypischen Elemente aufgenommen. Das geschwungene Wegenetz, zu verschiedenen langen Rundwegen verknüpft, soll die Illusion einer Grösse der Anlage suggerieren, die weitläufiger ist als die tatsächliche. Unterstützt wird dieser Schein durch die Art der raumbildenden Bepflanzung, die immer neue Einblicke in Geländekammern gewährt. Auf dem Spaziergang durch den Garten eröffnen sich nach dichtbepflanzten Situationen immer wieder kleinere und grössere Lichtungen mit Ausblick in die Landschaft.

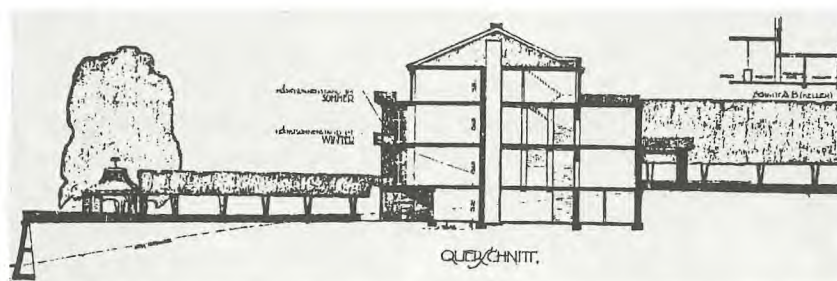
Endpunkt, an exponierter Lage, ist schliesslich ein Aussichtspunkt. Gleich daneben, zum Teil mit dem Engländerhubel verflochten, liegt die Anlage des Lory-Spitals. Sie entstand Ende der zwanziger Jahre nach den Entwürfen des der "Moderne" nahestehenden Architekten O.R. Salvisberg. Die Umgebung des Spitals drückt im Unterschied zum Engländerhubel ein ganz anderes Verständnis von Gartenarchitektur aus. Das Erzeugen von Illusionen ist dieser Anlage fremd, sie drückt Realität aus. Die Gestaltung orientiert sich am Gebrauchswert - mit einem Schuss Eleganz. Die Anlage des Vorplatzes ist als Geste zu verstehen: trichterförmig empfangen Mauer, Tor und Kastanienreihen den Ankommenden und leiten dann über den sich öffnenden Hof zum Gebäude hin. Die Gartensüdseite wurde terrassiert und führt so die Schichtung des Gebäudes weiter. Auf den Rasen- und Belagsflächen konnten sich die Patienten in Licht und Luft sonnen. An den Stützmauern wurden Spaliere zur Ergänzung der Spitalküche gezogen. Schmuckelemente fehlen der Anlage, ihre Schönheit erhält sie durch die konsequente und funktionale Durchgestaltung bis ins Detail. Wiederum an den älteren Garten angrenzend, quasi als Synthese aus den zwei vorangegangenen Stilen, liegt der kleine Park des Anna-Seiler-Hauses. In diesem Werk aus den fünfziger Jahren von Gartenarchitekt Franz Vogel sen. treffen wir die weiterentwickelte Formensprache des Landschaftsgartens verknüpft mit der gärtnerischen Tradition der Moderne. Der Schwerpunkt liegt hier nicht mehr im Funktionalen und dem produktiven Gartenbau, sondern mehr im Dekorativen. Wege und Rasenflächen weisen wieder geschwungene Formen auf; ganz typisch ist das nierenförmige Wasserbecken und die polygonal verlegten Plattenbeläge.

DIE UMGESTALTUNG DER GÄRTEN

Die Analyse der Freiräume hat die gartenarchitektonische Differenzierung in die drei Bereiche - Engländerhubel, Umgebung zu Anna-Seiler-Haus und Lory-Spital - sichtbar gemacht. Während die Umgebung zum Anna-Seiler-Haus in ihrer Stilart sehr gut erhalten ist und keiner Veränderung bedarf, sind bei der Umgebung zum Lory-Spital und den Parkflächen des Engländerhubels markante Verschlechterungen gegenüber der ursprünglichen Konzeption und Ausführung festzustellen. Die vorgenommene Um- bzw. Neugestaltung hat zum Ziel, die ehemaligen gartenarchitektonischen Intentionen wieder herauszuarbeiten und zugleich die neuen Nutzungsforderungen mit einfließen zu lassen.

UMGEBUNG LORY-SPITAL

Wegleitend für die Neugestaltung der Umgebung sind Salvisberg's Klarheit und Einfachheit sowohl der räumlichen und topographischen Strukturierung als auch der verwendeten Materialien und eingesetzten Vegetationselemente.



3
Schnitt durch die Anlage
des Loryspitals 1929
mit den geschnittenen
Baumreihen

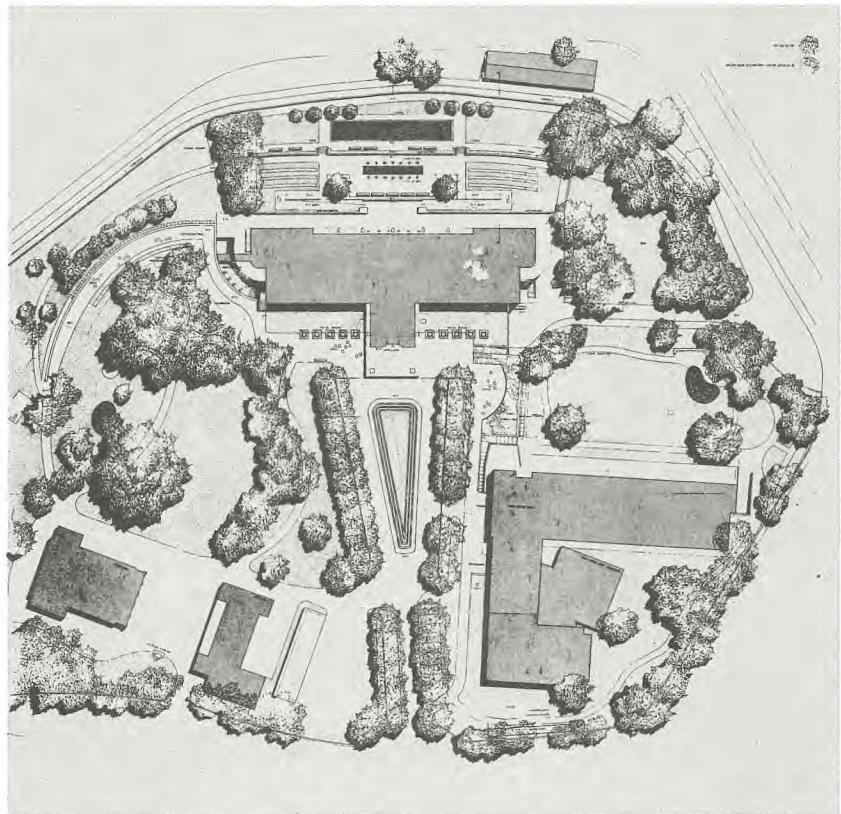
Der Zugangs- und Vorfahrtsbereich wird geprägt durch die Toranlage und die gegen den Spitalbau sich öffnende Kastanienallee (1). Die keilförmig angelegte "Verkehrinsel" ist mit drei in der Höhe abgestuften Buchsheckenbändern bepflanzt. Die zentrale Heckenanlage und die flankierenden Kastanienreihen bilden eine eindrucksvolle räumliche Szenerie, die durch den schlecht platzierten Veloständer leider empfindlich gestört wird. Die Terrasse über der Stosswellentherapie markiert die Grenze und gibt zugleich den Blick frei zur völlig andersartigen Gartenarchitektur der Umgebung zum Anna-Seiler-Haus.

Der Aussenraum auf der Südseite des Lory-Spitals wird durch rhythmisch ansteigende, west-ost gerichtete Mauern und Terrassen geprägt. Licht, Luft und Sonne bilden das Thema der Terrassengärten. Deshalb wurden die vorhandenen Birkenbestände auf der untersten Terrasse entfernt. Die Mauern wurden instand gestellt und mit einer Rampenanlage ergänzt, die Obstspaliere erneuert. Die neuen Anlageteile - wie Zier- und Löschwasserbecken, Duftstaudenbeete, Wegführung - betonen die langgezogene West-Ost-Ausrichtung. Räumlich wird die Terrassenanlage und der Spitalbau durch markante, vorhandene beziehungsweise neu gepflanzte Baumvolumen gefasst und damit auch in die weitere Umgebung eingebunden. Die Material- und Pflanzenwahl wurde bewusst einfach gehalten. Fusswege und Plätze sind mit Splittasphalt oder Chaussierung ausgelegt, die vorhandene Grobstruktur der Betonmauern und -abschlüsse weitergeführt. Im alten Baumbestand wurden - soweit möglich - Jungbäume angepflanzt. Damit kann eine kontinuierliche Vegetationsentwicklung gewährleistet werden.

ENGLÄNDERHUBEL

Das gartenarchitektonische Prinzip des "Englischen Landschaftsgartens" wurde im Verlaufe der Jahre verwässert. Der Aussichtspunkt - das Bellevue - ist zugewachsen, der Weg führt daran vorbei. Durch das Ausholzen des Unterwuchses unter den Bäumen ist eine permanente "Durchsichtigkeit" entstanden. Der Wechsel von Geschlossenheit und Offenheit, die Inszenierung neuer und überraschender "Gartenbilder" entfällt somit - es ist eine banale Grünanlage entstanden.

Durch Neupflanzung von Sträuchern und Stauden wird ein spannungsvoller Spaziergang angestrebt. Durch dichtes, schattiges Gehölz hindurchgehend, wird plötzlich die Sicht frei auf das Inselheim, einen versteckten Gartenteich oder eine Baumgruppe, vom Bellevue aus richtet sich der Blick in die weitere Umgebung. Der romantische Gartenteich mit Wasserspeier und Tuffsteinen erlangt durch den jetzt angelegten Sitzplatz neue Bedeutung. Während die naheliegenden Bauten durch Bäume abgedeckt werden, weitet sich der Ausblick bei günstiger Witterung bis zu den Bergen des Berner Oberlandes. Der intensiv genutzte Pleasure-Ground (die grosse Rasenfläche) wird belassen, während das jetzt beziehungslos und missproportioniert wirkende Wasserbecken entfernt wird.



4
Umgebungsprojekt Lory-
spital und Engländerhubel
von heute

Es ist eine alte Weisheit, dass die Arbeit des Gärtners erst viel später Wirkung zeigt. Wir freuen uns heute an Bäumen und Gärten, die unsere Vorfahren vor 100 Jahren angelegt haben. Wir hoffen alle, mit der Umgestaltung der Spitalgärten einen kleinen Beitrag zur Freude unserer Nachkommen in 100 Jahren geleistet zu haben.

Roland Raderschall
Dieter Kienast

1) Nach Salvisberg's Vorstellung sollten die Kastanien geschnitten werden (vgl. Abb.).