

Objektyp: **TableOfContent**

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

Band (Jahr): **23 (1969)**

Heft 3: **Das Krankenhaus : Station und Instrument der sozialen Krankenfürsorge = L'hôpital en qualité de station et d'instrument de l'assistance médicale publique = The hospital as an instrument of the public service**

PDF erstellt am: **22.07.2024**

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern. Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

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

Dans les pays industrialisés, la tâche est de reconstruire et non d'établir une organisation de base. Dans ces régions, il y a une brèche de plus en plus grande entre la science médicale hautement développée et la façon dont elle financée. Le problème est à la fois plus simple et plus compliqué que dans les pays en voie de développement. Il est plus simple parce que les fonds disponibles sont plus considérables, mais plus complexe à cause de la léthargie des institutions concernées.

Quelques pays et pas seulement des états socialistes ont cru que cet antagonisme des forces pouvait être résolu par la nationalisation de l'ensemble des services médicaux. D'autres, en revanche, tiennent à la répartition traditionnelle du travail entre les instances privées et gouvernementales mais ils sont intéressés au développement de nouvelles formes de coopération. Partout où il y a des lacunes dans l'organisation de l'assistance médicale, que ce soit en médecine préventive, curative ou de réhabilitation, de nouvelles institutions on vu le jour. Certains pays et parmi eux l'Allemagne fédérale ont concentrés leurs efforts sur le renouvellement de l'équipement matériel, en particulier dans le domaine de la construction d'hôpitaux. Néanmoins puisque les anciennes conditions n'ont pas changé, l'enthousiasme initial au sujet de nouveaux hôpitaux a fait place à une attitude de plus en plus critique envers les nouveaux grands centres médicaux et spécialement depuis la récession de 66/67. La «renaissance» dont on parlait abondamment il y a quelques années est encore à réaliser.

Nous nous trouvons au début d'une nouvelle phase du développement et ceci nous incite à considérer ce problème, dans ce volume, du point de vue de la planification. Thomas Sieverts de Berlin est un planificateur de la nouvelle génération, pas directement affecté par la reconstruction de l'après-guerre, de sorte qu'il peut avoir une opinion rationnelle et qu'il est sans préjugé à l'égard de l'environnement urbain. Sieverts attend de nouvelles inspirations de la part de la sphère sociale. C'est la tâche de l'urbaniste de ne pas gâcher les chances d'une réforme dans ce domaine.

Toute la documentation et les exemples contenus dans ce volume représentent une petite partie de la vaste gamme des installations techniques à disposition. Ils insistent sur le caractère évolutif de la phase actuelle de la planification et de la construction qui, naturellement sont influencées par le développement ultérieur de la science médicale et de la technologie en général.

Par principe, il faut considérer avec scepticisme la transition du soin «général» des malades à la «protection de la santé» grandement spécialisée et coordonnée et cela s'applique aussi bien aux programmes qu'aux méthodes et aux mesures traditionnelles. Nous devons également être sceptiques à l'égard de la transformation fonctionnelle qui s'effectue parallèlement.

Il ne fait cependant aucun doute qu'une transformation fonctionnelle interviendra. Pour l'architecture, le problème n'est pas constitué par «la possibilité d'agrandissement» mais par la flexibilité intérieure de la structure. Il existe de nombreuses possibilités techniques en vue de planifier de grandes implantations, tels que des complexes hospitaliers. Mais dans le domaine des hôpitaux précisément, un effort doit être accompli en vue de réaliser une forme architecturale et un environnement dans lesquels le patient pourra s'identifier à lui-même.

Georgije Nedeljkov

On this Issue

"An ounce of prevention is worth a pound of cure": this is a wise old saying, but it applies both to private care of the sick and to the public health service. The demand to remain healthy is a purely human need, not something that is given by nature.

Doctors and healers throughout the centuries have always regarded their task as a double one, to prevent illness and to heal illness. And this has become a triple task in fact now that medical men have in addition become researchers and teachers, this fact being clearly expressed in the Hippocratic Oath.

The high repute of the medical profession is based on a universal ethic and less on specialized performance.

The editors and the contributors to this Issue have regarded it as important to emphasize these facts, seeing that there is now a renewed sense of the preventive role of medicine in society, after centuries of primarily curative medicine.

The motives underlying the revolution in public health are complex and go quite far back in history.

Here are some of them:

- The industrialization of production and the alteration of social structures, as well as a great number of material circumstances involving the physical and social environment,
- the population explosion and the increasing concentration of people in densely settled urban areas,
- the doubling of average life expectancy within the last 100 years and the continuous rise in the standard of living in the industrially advanced parts of the world,
- the progress achieved in medical science and procedure, and not least,
- the legalization of the fundamentally democratic right of all people to enjoy a public health service.

The elaboration of a comprehensive "health service" is the subject of intensive endeavours at the present time not only of many national health systems but also of supra-national organizations like the Red Cross or the WHO, which significantly describes its task as "Health Protection". This principle was laid down in a declaration at the 8th International Hospital Congress in London (1953) to the effect that there should be set up the conditions furthering the normal physical and mental functioning of the human being, both on the individual and the social planes. This includes prevention, cure and rehabilitation in all its phases.

The main goals are generally agreed on, but the concrete approaches to the problem differ widely depending on the social composition of the groups involved and the means available.

The difference is striking between the "rich" industrial countries with their high standards and the "poor developing countries", in which illness continues, to an alarming extent, to stem from hunger, poverty and general misery. In these countries, infested as they are with plague, small pox and cholera, and with their shocking infant mortality rates, where cripples, beggars and unemployed can be seen in every street of the larger towns, the disputes over "private" versus "public" medicine are largely irrelevant. Here campaigns against great epidemics go hand in hand with the intro-

duction of elementary hygienic measures, public education, as well as slum clearance and population control measures; but all this does not necessarily include top level diagnostic and therapeutic work.

In the industrial countries, the job has to do with reconstruction, not primary organization; in these countries there is a growing gap between highly developed medical science and the ways in which it is financed. The problem here is both simpler and more complicated than that of the new developing countries. It is simpler because more funds are available, more complicated owing to institutional lethargy.

Some countries, and not only the "socialist" states, have believed that this antagonism can be resolved by nationalizing all medical and public health facilities. Others, on the other hand, adhere to the traditional division of labour between private and governmental instances, but are interested in developing new types of cooperation. Wherever there are gaps in the public health picture, regarding preventive, curative or rehabilitative medicine, new institutions have been created. Some countries, e.g. West Germany, have concentrated on purely material improvements, i.e. the building of new-style hospitals. Nevertheless, since the old conditions have remained unchanged, the initial enthusiasm over the new hospitals has given way to an increasingly critical attitude towards the imposing new medical centres, especially since the recession of 66/67. The "Renaissance", about which there was a great deal of talk some years back, is still ahead of us.

We are at the beginning of a new developmental phase, and this has induced us in this Issue to look at the problem from the town-planning standpoint. Thomas Sieverts of Berlin is a planner of the younger generation not directly affected by the post-war reconstruction and so able to take a rational view of the urban environment. Sieverts expects the new inspirations to come from the social-planning sphere. It is the duty of the town-planner not to "Build away" the chances for a fresh start.

All the special examples presented offer a cross-section of the technical installations available. They are intended to emphasize the evolutionary character of the present phase of planning and building, which, to be sure also depends on the further development of medical science and technology in general.

Basically, a sceptical attitude is called for in considering the transition from "general" care for the sick to the more heavily specialized and coordinated "health protection", and this applies both to programs and to traditional standards and methods. We also need to be sceptical with regard to the functional transformation involved.

To be sure, a functional transformation is to be expected; this will no doubt occur to an even greater extent than heretofore. The result for architecture is this: the problem is not "extension potentialities", but inner structural variability. Perhaps architects ought to stop planning in any definitive way in connection with such a high-power organization as a hospital. There are all kinds of technical possibilities. On the other hand, in those sectors of the modern hospital where operations are less technically specialized, an endeavour should be made to arrive at a design, an architectural environment, with which the patient can identify himself.

Georgije Nedeljkov

Inhaltsverzeichnis

	Georgije Nedeljkov, Berlin	Vom Hausarzt zum Ärztehaus	77- 87
	Erwin Heinle und Robert Wischer, Stuttgart	Kreiskrankenhaus Leonberg	88- 93
	Michael Laird & Partners, Edinburgh	Astley Ainslie Hospital Edinburgh	94- 96
	John Holt, Edinburgh	Cameron Hospital Windygates	97-100
	Thomas Sieverts, Berlin	Gesundheitspflege und Stadtplanung	101-106
	Suter + Suter, Basel	Bruderholzspital Basel	107-110
	Hermann Blomeier, Konstanz	Biologisches Institut Tübingen	111-116
Aktualität	Gernot Minke, Esslingen	Veränderbare Schwimmbad-überdachungen	III 1-III 2
	V. R. Gray, London	Bauforschung in England	III 2-III 10
Wettbewerb		Medizinische Fakultät und Kliniken der Universität Sarajewo	