

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

Herausgeber: Bauen + Wohnen

Band: 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

Vorwort: Zu diesem Heft = A ce volume = On this issue

Autor: Nedeljkov, Georgije

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. 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. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. [Mehr erfahren](#)

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. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. [En savoir plus](#)

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. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. [Find out more](#)

Download PDF: 22.02.2026

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

Zu diesem Heft

Die Feststellung: »Vorbeugen ist besser als heilen« ist zwar ein Gemeinplatz, aber nichtsdestoweniger ein alter und weiser Grundsatz der privaten wie der öffentlichen Gesundheitspflege. Genaugenommen ist das Verlangen, Krankheiten zu vermeiden, gesund zu sein und gesund zu bleiben, so alt wie die Menschheit selbst; ein humanes Bedürfnis, keine Naturnotwendigkeit.

Und nicht nur das in den Märchen und Mythen der Völker wie in der Symbolwelt der modernen Tiefenpsychologie gegenwärtige humane Verlangen ist uralt, auch die großen Ärzte des Altertums – von Hippokrates über den Pergamer Galen bis hin zu dem Einsiedler Arztsohn Paracelsus – verstanden ihre Tätigkeit als eine Doppelmission: Krankheiten zu verhüten und Krankheiten zu heilen. Durch die Verpflichtung zu Forschung und Lehre rundet sich die Doppelfunktion zu einer Aufgabentrias, die u. a. im »hippokratischen Eid« eindrucksvoll zum Ausdruck kommt.

Auf der universalen Ethik, weniger auf der spezialistischen Leistung, gründet noch heute das Ansehen des Ärztestandes und aller übrigen mit der Gesundheitsfürsorge und Krankenbehandlung befaßten Personen und Institutionen.

Dem Herausgeber und den Mitarbeitern dieses Heftes erschien es sinnvoll, diesen Tatbestand hervorzuheben, weil nach Jahrhunderten des Primats einer primär kurativen, d. h. am individuellen Krankheitsfall interessierten Medizin die soziale Relevanz der Krankheit und mit ihr ein reaktiviertes Verlangen nach einer weniger an naturwissenschaftlichen Leistungsnormen als an den elementaren Bedürfnissen der Gesellschaft orientierten Medizin unter zum Teil dramatischen Umständen erneut in den Vordergrund tritt.

Die Beweggründe der Umwertung und Rekonstruktion der tradierten Gesundheitsfürsorgesysteme sind vielfältig und reichen zum Teil weit zurück.

Nur einige:

- Die Industrialisierung der Produktion und die Veränderung der sozialen Strukturen sowie einer Vielzahl von materiellen Umweltbedingungen,
- die explosionsartige Vermehrung der Weltbevölkerung und ihre zunehmende Konzentration in großstädtischen Verdichtungsräumen,
- die Verdoppelung der durchschnittlichen Lebenserwartung binnen 100 Jahren und die kontinuierliche Steigerung des Lebensstandards in den industriell entwickelten Gebieten,
- der Fortschritt der medizinischen Wissenschaften und Technik und, nicht zuletzt,
- die Legalisierung des fundamentaldemokratischen Anspruches aller auf Gesundheitsschutz und eine dem Leistungsvermögen der modernen Medizin und Volkswirtschaft angemessene Behandlung im Krankheitsfall,

können hier genannt werden.

Der Rekonstruktion bzw. dem Aufbau und Ausbau eines umfassenden »Gesundheitsdienstes« gelten gegenwärtig die intensiven Bemühungen nicht nur vieler nationaler Gesundheitsfürsorgesysteme, sondern auch supranationaler Zusammenschlüsse wie dem »Roten Kreuz« oder der »Weltgesundheitsorganisation«, die ihre Aufgabe bezeichnenderweise nicht mit Krankenfürsorge, sondern mit »Health Protection« umschreibt. »Schutz der Gesundheit« heißt es in einer, auf dem 8. Internationalen Krankenhauskongreß in London (1953) verlautbarten Grundsatzdeklaration, bedeutet die Bereitstellung von Bedingungen für ein normales körperliches und geistiges Funktionieren des Menschen, sowohl individuell als auch in Beziehung zur Gemeinschaft. Es schließt ein den Schutz und Gesundheit, Vorbeugung vor Krankheit und kurative und rehabilitative Medizin in allen ihren Phasen.

Es wirkt ein Schlaglicht auf die Situation, daß zwar das Ziel global – Art, Umfang und Tempo der Annäherungen aber, je nach der konkreten Humanität der Gesellschaft und den Mitteln, die sie für die Erhaltung bzw. Wiederherstellung des sozialen »Gutes« Gesundheit auszuweisen bereit oder imstande ist, außerordentlich differieren.

Interessant in diesem Zusammenhang der Unterschied zwischen den sogenannten »reichen« und infolge einer längeren dauernden civilisatorischen Tradition relativ gesunden Industriestaaten und den »armen Entwicklungsländern«, in denen Krankheit noch in einem beängstigenden Maße eine unmittelbare Folge von Hunger, Armut und Elend ist. Hier, wo in bestimmten Gebieten noch jährlich Zehntausende an Pest-, Pocken- und Cholera-Sterbefälle verzeichnet werden, wo Hunderttausende ohne öffentliches Aufsehen chronischer Unterernährung erliegen, wo nur die Hälften der Neugeborenen die Fünfjahresschwelle erreicht und ungezählte

Krüppel, Sieche, Bettler und Arbeitslose das malerische Bild großer Städte in ein Schreckbild verwandeln, sind im Zusammenhang mit der Modernisierung traditionärer Fürsorgeeinrichtungen aufgebrochene Streitfragen wie »private« oder »öffentliche« Trägerschaft des Krankenhauses oder der ambulanten Praxen vergleichsweise irrelevant. Hier geht die campagnemäßige Bekämpfung der großen Seuchen und »Volkskrankheiten« Hand in Hand mit der Einführung der Elementar-Hygiene, der Aufklärung, Erziehung, Massenkontrolle und Massenversorgung, zu der u. a. auch Slumsanierung und empfängnisverhütende Maßnahmen zählen, nicht aber – unbedingt auch die »individuelle Behandlung« und diagnostische und therapeutische Spitzenleistungen.

In den industriell entwickelten Ländern, wo die Situation einerseits durch die historische Trennung des »öffentlichen« Gesundheitsdienstes von der »privaten« und »klinischen« Krankenversorgung und andererseits durch eine zunehmend ungünstigere Relation zwischen der medizinischen Leistung und den Gesamtkosten der Krankheit gekennzeichnet ist, lautet die aktuelle Aufgabe nicht Aufbau, sondern Rekonstruktion. Sie ist teils einfacher, teils schwieriger als der meist mit begrenzten Mitteln und unbegrenztem Optimismus eingeleitete »Kampf« um die Sicherung der sozialen Existenz, der für die Gesundheitspolitik der jungen Staaten charakteristisch ist. Einfacher, weil mehr Mittel zur Verfügung stehen oder verfügbar gemacht werden können, schwieriger infolge des institutionellen Beharrungsvermögens.

Einige Länder, nicht nur die »sozialistischen«, glaubten, den Antagonismus der Kräfte, den – qualitativ, aber vor allem quantitativ – gesteigerten Bedarf und die defizitäre Kostenentwicklung nur bewältigen zu können, indem sie das gesamte Gesundheitswesen verstaatlichten. Andere hielten an der tradierten Arbeitsteilung zwischen staatlichen und privaten Kräften fest, brachten sie jedoch durch Aufklärung, vor allem durch die Entwicklung übergeordneter (nationaler) Zielvorstellungen und Investitionshilfen (und Sperren) dazu, neue Formen der Kooperation zu entwickeln und – im einzelnen – weitgehend selbsttätig zu regenerieren. Wo in dem weiten Feld der präventiven, kurativen und rehabilitativen Krankenbehandlung dennoch Bedarfslücken bestehen blieben, entstanden zusätzliche Einrichtungen. Einige wenige Länder, unter ihnen die Bundesrepublik, konzentrierten sich darauf, die materielle (bauliche) Substanz vor allem ihrer Krankenhäuser zu erneuern. Da es im übrigen bei der Prolongierung überalterter Verhältnisse blieb, ist die anfängliche Genugtuung über die große Zahl hochmoderner und häufig auch städtebaulich dominanter Krankenhausneubauten, besonders seit der Rezession 66/67 einer zunehmend kritischeren Einschätzung gewichen. Heute weiß man, daß die »Renaissance«, von der vor einigen Jahren die Rede war, erst noch bevorsteht.

Die Gewißheit, mit ... neuen Krankenbetten – pro Tag – der Bevölkerung nicht am Ende, sondern am Anfang einer neuen, evolutionären Phase zu stehen, hat uns veranlaßt, in die Nahsicht der Objekte »Bauten des Gesundheitswesens« eine städtebauliche Übersicht einzubeziehen. Der Berliner Ordinarius Thomas Sieverts ist Angehöriger einer Planergeneration, die, von den Pressionen des »Wiederaufbaus« nicht unmittelbar betroffen, sich um eine unvoreingenommene (rationale) Sicht der Fakten und um eine Re-Humanisierung der urbanen Umwelt bemüht. Sieverts erwartet den Anstoß zur Weiterentwicklung (»generelle Neuordnung«) aus dem sozialen Raum. Aufgabe des Planers sei es, die Reform nicht zu »verbauen«.

Unter dem Titel »Vom Hausarzt zum Ärztehaus« wird die weitgehend unbelichtete gebliebene Arztpraxis beschrieben. Die Organisationsschemata für Facharzt- und Gruppenpraxen wollen, von der Notwendigkeit der Spezialisierung und Kooperation auch im Bereich der ambulanten Krankenbehandlung ausgehend vor allem als ein methodischer Beitrag verstanden werden.

Die Dokumentation mit Beispielen bietet einen Ausschnitt aus dem breiten Spektrum der spezialisierten Einrichtungen. Sie mögen vor allem den evolutionären Charakter der gegenwärtigen Planungs- und Bauphase unterstreichen, der natürlich auch von der Weiterentwicklung der medizinischen Wissenschaft und Technik und den allgemeinen technologischen Prozessen beeinflußt wird.

Grundsätzlich ist im Übergang von der »allgemeinen« Krankenversorgung zum stärker spezialisierten und koordinierten »Gesundheitsschutz« sowohl gegenüber den Programmen als auch den überlieferten Maßstäben und Methoden Skepsis geboten. Skepsis auch gegenüber dem Vorschlag, in Anbetracht des funktionellen Wandels der Planverfassung grundsätzlich nur eine Lebensdauer von etwa 50 Jahren zugrunde zu legen. Hier wird simple Empirie in eine Zukunft projiziert, die mit den neuen Informationstechniken durchaus voraussehbar ist.

Funktioneller Wandel, Flexibilität ist gewiß zu erwarten; vielleicht sogar in einem weitaus stärkerem Maße als

bisher. Für die Architektur ergibt sich daraus: nicht die in Wettbewerben angeforderte »Erweiterungsmöglichkeit« ist das Problem, sondern die innere, strukturelle Variabilität. Vielleicht sollte sie insbesondere bei dem Hochleistungsaggregat Krankenhaus überhaupt aufhören final zu planen und zu denken und sich statt dessen auf einen mehr oder minder kontinuierlichen Umbau – ohne Lärm, Schmutz und Zeitverluste »einstellen«. Die Technik bietet durchaus Möglichkeiten. Andererseits sollte in den funktionell weniger spezifizierten und technisierten Bereichen bei Bauten, für die eine größere Konstanz der Inhalte angenommen werden kann, außer dem Standard auch eine Form angestrebt werden, mit der sich der Benutzer identifizieren kann.

Georgije Nedeljkov

A ce volume

«Il vaut mieux prévenir que guérir» est un vieux adage qui cependant s'applique toujours aux soins privés et publics des malades. Le désir de conserver une bonne santé est un sentiment humain et non pas une faveur inhérente à la nature.

Au long des siècles, les médecins et guérisseurs ont vu dans leur tâche une double mission: d'une part prévenir les maladies et de l'autre les guérir. A ces principes s'en ajoutaient maintenant un troisième; en effet, conformément au serment d'Hippocrate, la tâche des professions médicales implique également la recherche et l'enseignement. La réputation de la profession médicale repose davantage sur l'éthique universelle que sur les exploits réalisés dans certains domaines.

Pour les éditeurs et rédacteurs de ce volume, il a semblé très important d'attirer l'attention des lecteurs sur le fait que le rôle de la médecine préventive a pris le pas sur celui de la médecine curative.

Les raisons de la révolution et de la reconstruction des systèmes d'assistance médicale publique sont nombreuses et elles ne datent pas d'aujourd'hui. Voici quelques-uns de ces motifs:

- Industrialisation de la production et transformation des structures sociales,
- Explosion démographique mondiale et augmentation de la concentration dans les centres urbains,
- Prolongement de la durée moyenne de la vie (doublée en un siècle) et augmentation constante du standard de vie dans les régions industrielles,
- Progrès accomplis dans les sciences et la technique médicales,
- et, ce qui n'est pas le moindre, application des droits démocratiques fondamentaux à toutes les couches de la population afin qu'elles bénéficient de la assistance médicale.

La mise en application d'un «service de santé» adéquat fait actuellement l'objet d'efforts considérables non seulement de la part de nombreux systèmes nationaux d'assistance médicale mais aussi à l'intérieur d'organisations supra-nationales, telles que la Croix-Rouge internationale et l'Organisation mondiale de la santé qui désignent leurs tâches comme devant être une «protection de la santé». Ce principe a d'ailleurs été inclus dans une déclaration du 8e Congrès international des hôpitaux, à Londres, en 1953, dans le but de définir les conditions favorisant le fonctionnement physique et mental normal du corps humain aussi bien sur les plans individuels que sociaux. Cela implique nécessairement la prévention, le traitement et la réhabilitation dans toutes leurs phases.

Les buts principaux sont généralement acceptés mais les approches concrètes de ce problème diffèrent grandement selon la composition sociale des groupes concernés et des moyens à disposition.

La différence est frappante entre les pays «riches» industrialisés bénéficiant d'un standard de vie élevé et les pays «pauvrement développés» dans lesquels la maladie continue à se propager de façon alarmante à cause surtout de la faim, de la misère et de la pauvreté générales. Dans ces pays où la peste, la variole et le choléra règnent à l'état endémique, où le taux de mortalité infantile est énorme et où les infirmes, les mendiants et les chômeurs sont légions les disputes portant sur la «médecine privée» ou «publique» sont absolument hors de propos. Ici, les campagnes contre les grandes épidémies vont de pair avec l'introduction de mesures hygiéniques élémentaires, l'éducation publique, la suppression des taudis et le contrôle des naissances. Mais tout cela n'inclut pas nécessairement un traitement individuel et l'amélioration du diagnostic et des soins thérapeutiques.

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 létargie 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 ont 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 parle 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
Gernot Minke, Esslingen	Veränderbare Schwimmabadüberdachungen	III 1–III 2
V. R. Gray, London	Bauforschung in England	III 2–III 10
	Medizinische Fakultät und Kliniken der Universität Sarajewo	

Aktualität

Wettbewerb