

**Zeitschrift:** Fachblatt für schweizerisches Anstaltswesen = Revue suisse des établissements hospitaliers  
**Band:** 8 (1937)  
**Heft:** 10  
  
**Artikel:** Gedanken über das Krankenhaus der Zukunft [Schluss]  
**Autor:** Gonzenbach, W. von  
**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-806414>

### **Nutzungsbedingungen**

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

### **Conditions d'utilisation**

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

### **Terms of use**

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

**Download PDF:** 07.10.2024

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

Geschäftsleben anfang, hatte man gewaltige äußere Widerstände zu überwinden. Man hieß das einen unerträglichen Eingriff in die persönliche Freiheit des Handelns. Heute ist das kein Zwang

mehr, sondern ein Recht, um das heftig gekämpft wird.

Es wird mit der Ausbildung zum Gemeinschaftsleben, mit der Heimzeit auch so gehen.

## **Gedanken über das Krankenhaus der Zukunft** (Schluss) von Prof. Dr. W. von Gonzenbach, Direktor des Hygiene-Instituts der E. T. H. (Zürich)

In unserer offenen hygienischen Sozialfürsorge stehen wir mitten drin in der Entwicklung zur Vorsorge. Die übergroße Säuglingssterblichkeit vergangener Zeiten führte über die Kinderspitäler zur geschlossenen Fürsorgeinstitution der Säuglingsheime und schließlich zu den Mütter-Beratungsstellen als typischem Beispiel vorsorgender Sozialhygiene. Die Tuberkulosebekämpfung begann mit der Gründung von Volkssanatorien, organisierte dann die offene Fürsorge in Form von Fürsorgestellen, die mehr und mehr durch Umgebungs- und Reihenuntersuchungen Ansteckungsquellen und beginnende Erkrankungen feststellen und damit vorsorgerische Funktionen erfüllen. Auch die Trinkerfürsorge erweitert ihre Arbeit in zunehmendem Maße nach der vorsorgenden Seite hin durch Propaganda für Frischobstkonsum, für gärungsfreie Obstsafterstellung und reformatorische Arbeit in der Wirtschaftsgesetzgebung, Schaffung, in Verbindung mit andern Organisationen, von alkoholfrei geführten Baukantinen und dergleichen. Auch bei den mannigfaltigen Hilfsorganisationen für körperlich und geistig Gebrechliche, die in der Spitzenorganisation „Pro infirmis“ vereinigt sind, machen sich Ansätze zu vorsorglicher Tätigkeit geltend: aus Versorgungswerden Erziehungsanstalten; das Problem, das auf diesem Gebiet besonders brennend ist, die Sterilisation, wird hier freilich erst ganz schüchtern berührt.

Was heute not tut, das ist eine viel engere Zusammenarbeit aller für- und vorsorgerisch tätigen Institutionen. Die Krankenhausfürsorge kommt naturgemäß schon heute mit ihnen allen in Berührung und empfindet den heute noch mangelnden Kontakt zwischen denselben am meisten. Gerade sie aber könnte deshalb der Ausgangspunkt zu einer strafferen Zusammenfassung aller dieser Bestrebungen werden. Schon eine rein örtliche gemeinsame Unterbringung der verschiedenen Fürsorgestellen mit ihren Warte- und Beratungsräumen ergäbe eine engere Fühlungnahme der Organe. Es sind denn auch schon seit einigen Jahren in verschiedenen europäischen Staaten Bestrebungen im Gang, diese Fürsorgeinstitutionen räumlich dem Krankenhaus anzugliedern und es so zu einem Gesundheits-Zentrum auszubauen. Das Problem des Bezirkskrankenhauses als Gesundheitszentrale auf dem Lande ist — ein Zeichen seiner Aktualität — auf dem vorjährigen internationalen Fürsorgekongress in London zur Diskussion gestanden. Es ist ja ohne weiteres einleuchtend, daß der ganze ärztliche Hilfsapparat, wie er zu jedem Krankenhaus gehört, Röntgenstation, Elektrokardiographie, chemisches und mikroskopisches Laboratorium u. a. m. mit größtem Vorteil auch

den Fürsorgeorganen zur Verfügung stehen könnte. Um nur ein kleines Beispiel aus unserer näheren Umgebung zu erwähnen: Die Verlegung der Tuberkulosefürsorgesprechstunden in die Bezirkskrankenhäuser des nördlichen Kantonsteiles des Kantons Zürich hat sich außerordentlich vorteilhaft erwiesen. Gerade die Tuberkulosefürsorge gehört doch endlich wirklich in ärztliche Hände und ist ohne Röntgenapparat nicht denkbar. Wie selbstverständlich macht sich auch die Mütterberatung im Krankenhaus, nachdem der hygienisch unbestreitbare Vorteil der auch auf dem Lande sich immer mehr ausdehnenden Anstaltsgeburten den unmittelbaren Anschluß der Säuglingsvorsorge an den Anstaltsaufenthalt der Mütter erleichtert. Die ausgezeichneten Erfahrungen, welche die stadtzürcherische Trinkerfürsorgestelle mit der engen Zusammenarbeit mit den Organen der medizinischen Klinik gemacht hat — weil eben der ernste Zuspruch des Arztes dem unter dem unmittelbaren Erlebnis der Krankheitsfolgen seines Alkoholabusus stehenden Schützling ungleich mehr Eindruck macht — lassen auch die Angliederung dieses Fürsorgezweiges an das Krankenhaus sehr erwünscht erscheinen. Wir stehen erst an den Anfängen der Rheumabekämpfung, eines Leidens, das statistisch erwiesenermaßen in bezug auf Gesundheitsschädigung und Leistungsverminderung die Tuberkulose noch weit übertrifft. Wäre nicht auch hier der engste Kontakt der in naher Zukunft in Aussicht stehenden systematischen Bekämpfungs- und Verhütungsorganisationen mit dem Krankenhaus und seinen therapeutischen Möglichkeiten gegeben? Wir erwähnten schon oben die an die Krankenhausfürsorge sich anschließenden Ambulatorien zur Nachbehandlung und Nachkontrolle der Herzpatienten, der Diabetiker und weiterer Kategorien von Patienten, die dank sorgfältiger ärztlicher diätetischer Führung noch lange arbeitsfähig erhalten werden können. Auf diese Weise entwickeln sich diese Ambulatorien auch zu eigentlichen Präventorien.

Die Vereinigung der verschiedenen erwähnten Fürsorgestellen mit ihren Sprechstunden unter einem Dach, brächte schon rein äußerlich viele organisatorische und wirtschaftliche Vorteile mit sich: gemeinsame Lokale als Warte- und Untersuchungszimmer bei alternativen Benützungstagen, gemeinsame Registratur im Sinne eines Zentralregisters, welches Zersplitterung, Ueberorganisation und Mißbrauch von seiten gewisser Befürsorger am sichersten ausschließen läßt. Vor allem aber, ich wiederhole, gewährleistet eine enge räumliche Zusammenlegung der verschiedenen Dienste deren rationelle Zusammenarbeit ungemein. Der ärztliche Dienst könnte, je nach den Verhältnissen, von den Aerzten des Kranken-

hauses übernommen werden, was besonders für die jungen Assistenten, wie schon gesagt, eine ausgezeichnete Einführung in die „Praxis draußen“ wäre. Es steht aber auch nichts im Wege, daß dieser ärztliche Dienst, soweit er, wie bei vielen dieser noch auf privatem Boden arbeitenden Wohlfahrtsinstitutionen, ehrenamtlich geleistet wird, auch von Aerzten des Bezirks, vom einen die Tuberkulose-, vom andern die Säuglingsberatung usf. übernommen wird. Solange diese Fürsorgetätigkeit rein beratend und nicht behandelnd ausgeübt wird, werden sich auch die Privatärzte mehr und mehr damit befreunden und den Wert dieser Arbeit erkennen. Es ist sehr erfreulich festzustellen, daß z. B. der anfängliche Widerstand, den die Aerzteschaft der Stadt Zürich der Tätigkeit der Tbc.-Fürsorge entgegengesetzte, mehr und mehr zu weichen beginnt, daß die Aerzte im Gegenteil die große Hilfe, welche die spezialistische Untersuchung und die soziale Hilfsorganisation und Hilfsmöglichkeit der Fürsorgestellen für ihre Patienten — und deren Familien! — bedeuten, anerkennen und benützen. Schließlich ist ja immer der Hausarzt die eigentliche Hilfsinstanz in kranken und gesunden Tagen. Wie er das Krankenhaus der Zukunft für seine Kranken benützen wird zur Sicherung der Diagnose, gleichsam als ihm zudienende Konsultationsinstanz, um von dort, wenn die Umstände es erlauben, seinen Patienten, der sich ihm anvertraut hat, zur Behandlung wieder zurückzuempfangen, so wird der Privatarzt seinen Schützling auch der Fürsorgestelle zuweisen, die in diesem Falle nicht nur die spezialistische ärztliche Untersuchungsarbeit (im Falle der Tuberkulose) übernimmt, sondern seinem Patienten oder Schützling auch die notwendigen sozialen Hilfen verschafft (Erholungs- und prophylaktische Kuren, Anschluß an Abstinenzvereine, Werkstättenplatz für Invalide, als Beispiele). Immer kommt es auf gegenseitiges Verständnis und auf Zusammenarbeit an, Bundesgenossenschaft zum gemeinsamen Ziel, der *salus aegroti* und *salus publica*.

Endlich gehört logischerweise auch der *amtsärztliche Dienst* in lokale und Organisationsverbindung mit dem Krankenhaus. Zunächst die *Schulhygiene*, soweit sie durch Aerzte und Zahnärzte geleitet wird. Gerade auf dem Lande ist z. B. der *schulzahnärztliche Dienst* noch recht unbefriedigend durchgeführt. Wäre es nicht naheliegend, denselben, soweit es sich um Eingriffe handelt, im Bezirkskrankenhaus zu zentralisieren, während natürlich die Reihenuntersuchungen in den gemeindlichen Schulhäusern stattfinden könnten? Die heutigen leichten und raschen Transportmöglichkeiten lassen den Einwand der Schwierigkeiten aus diesem Grunde immer weniger gerechtfertigt erscheinen. Ähnlich verhält es sich mit dem *schulärztlichen Dienst*. Auch hier können die Funktionen teils an Ort und Stelle durch Dislokation des bezirksweise arbeitenden Schularztes, teils aber auch für eingehendere Untersuchungen durch entsprechende Arbeit im Bezirkskrankenhaus mit dessen technischem Apparat (Röntgen etc.) ausgeübt werden. Die Aufgaben eines Schularztes, den wir eigent-

lich nachgerade besser *Schulhygieniker* nennen sollten, um jegliche Mißverständnisse und jegliches Mißtrauen von seiten der freien Aerzte zu zerstreuen, sind so mannigfaltige, daß dieser Beruf mindestens ebenso große Spezialausbildung und Einstellung braucht, wie irgendeine ärztliche Spezialität. Darum trete ich für den *Schularzt* im *Hauptamt* ein, auch auf dem Lande, weil der praktische Landarzt ganz unmöglich neben seiner spezifisch ärztlichen Tätigkeit auch das ganz andere Gebiet der Schulhygiene, in welche Probleme angewandter Physiologie und Psychologie, Pädagogik, Sporthygiene, aber auch solche der Bauhygiene und Berufshygiene hineinspielen, verfolgen, geschweige denn beherrschen kann.

Es wäre auch an eine Verlegung der *bezirksärztlichen Tätigkeit* in den *Rayon* des Bezirkskrankenhauses als Gesundheitszentrum zu denken in dem hoffentlich nicht mehr allzufernen Moment, wo unsere Bezirksärzte nicht mehr in der Hauptsache rein forensische Funktionen zu erfüllen haben, sondern wo sie dann, wiederum als *Bezirks-Hygieniker* den gesamten öffentlichen Gesundheitsdienst übernehmen und in engem Kontakt mit den privaten sozialhygienischen Wohlfahrts-Institutionen arbeiten.

Alle Arbeit der hygienischen Funktionäre aber ist unfruchtbar, wenn der Boden, das Volk nicht bearbeitet ist zur Aufnahme der Saat. Mit andern Worten: Zu der bisher geschilderten Zukunftsaufgabe des Krankenhauses als Gesundheits-Zentrum gehört abschließend — und beginnend zugleich — die *Erziehung und Aufklärung* des Volkes in gesundheitlichen Fragen. Damit ist es noch sehr schlecht bestellt. Wohl arbeiten viele Wohlmeinende landauf, landab auf diesem Gebiet. Da ist es eine Gesundheitskommission, dort ein Samariterverein, hier ist es die Volkshochschule, dann wieder eine Frauenkommission. — Und auffallend selten geht die Initiative zur Durchführung von Lehrkursen, Ausstellungen oder dergleichen von den Aerzten aus. Das erklärt sich z. T. damit, daß dieselben durch ihre Berufsarbeit meist schon sehr stark in Anspruch genommen sind und über den vielen Einzelfällen die Uebersicht über die Gesamtzusammenhänge ätiologischer und damit prophylaktischer Art verlieren. Andererseits ist aber doch deutlich, daß es irgendwie auch mit der hygienischen Ausbildung der Medizinstudenten hapert. Ich will vergangenen Streit nicht wieder aufrühren. Die gelegentliche Berührung dieser Dinge auch in der Oeffentlichkeit und in der Tagespresse von seiten außerhalb der Universität stehender Aerzte sollte die für die Aerztausbildung verantwortlichen Stellen aber doch etwas aufmerken lassen.

Die große Erfahrung und das hygienische Wissen, das sich in einem Gesundheitszentrum, wie ich es geschildert habe, ansammelt, schafft schließlich auch die notwendige Spannung, um die Tat der erzieherischen Gesundheitspropaganda auszulösen. Vom Pflegen und Heilen des Leidens zum Vorbeugen desselben und schließlich zur direkten Pflege der physischen und psychischen Gesundheit durch richtige Lebensführung, d. h.

zur Anleitung dazu führt eine gerade Linie. Jeder ist im eigenen, wie im gesellschaftlichen Interesse zur Mitarbeit verpflichtet, berufen sind vor allem die Aerzte und weil, wie überall im kulturellen Leben, zum Wollen Wissen, Können und Technik gehören und Differenzierung, so verlangt auch die unmittelbar lebenswichtigste und zentralste Kultur, diejenige der Gesundheit, Spezialisierung und technische Hilfe. Dieser Gesundheitsdienst soll, weil er mit der Krankheit und deren Heilung untrennbar verbunden ist und seine Notwendigkeit gerade aus der Krankheit auch historisch ableitet, mit der Stätte der Krankenheilung organisatorisch verbunden und dem lebendigen Krankenhausorganismus als neue Funktion, der Gesundheitszentrale, angegliedert werden.

Gilt das Gesagte am klarsten und eindrucklichsten für das ländliche Bezirkskrankenhaus, so werden sich auch in der Stadt mit ihren vielfältigeren Möglichkeiten, die weitgehende Spezialisierung ermöglicht und erfordert, den Krankenhäusern ähnliche Aufgaben der Prophylaxe stellen. Vor allem sollten auch in der Stadt die gesundheitsfürsorglichen Arbeitsstellen und die Krankenhäuser in engeren Kontakt treten können und sollten gerade dort die Gefahren der Zersplitterung letztendlich gleichgerichteter Kräfte rechtzeitig erkannt und vermieden werden.

Wenn einmal das Krankenhaus zu Stadt und Land sich im Sinne meiner Ausführungen entwickelt hat, dann wird auch sein Verhältnis zum

Publikum sich ändern. Die Menschen werden in ihm nicht mehr einen Ort des Leidens und oft des Sterbens sehen, sondern die Stätte, wo ihnen Rat und Hilfe, wo ihnen Gesundheit geschenkt wird, wo sie nicht nur in kranken Tagen Zuflucht finden, sondern wo sie von klein auf betreut zu richtiger Lebensführung erzogen und gewöhnt und in schwierigen Lagen gut beraten worden sind. Und der Arzt wird wieder der Lebensfreund und nicht mehr der nicht immer gern gesehene Krankheitsshelfer mit seinen strengen Vorschriften und der oft „bittern Arznei“ sein. Der ärztliche Stand muß sich auch auf dem Gebiet der Hygiene differenzieren. Es braucht Können auf den Spezialgebieten, Schul-, Fabrik-, Amtshygieniker. Es braucht einen immer größeren technischen Apparat nicht nur für die Therapie, sondern auch für die Gesundheitskultur. Denn diese ist letztendlich die zukunftsfrohe Nachfolgerin der Leidenspflege. Darum ist beider Zentrum das Krankenhaus. Aber wie alle Kulturarbeit sich zusammensetzt aus zielgerichteter, pflichtbewußter treuer Arbeit vieler einzelner, so steht am Grunde und Anfang aller gesundheitskulturellen Arbeit in der Menschengemeinschaft der einzelne, anonyme, kluge, bescheidene Haus- und Privatarzt, auf dessen Wirken sich die Arbeit der Spezialisten im Gesundheitsdienst stützt und die ihrerseits wiederum vor allem auch ihm zu dienen hat.

(Aus „Schweiz. Mediz. Jahrbuch 1937“, Verlag Benno Schwabe & Co., Basel.)

## Les progrès de la „semaine de 40 heures“ et des congés annuels payés par le Bureau international du Travail, Genève

Dans son rapport à la Conférence internationale du Travail à Genève le 3 juin, le Directeur du B. I. T., M. Harold Butler, constate que, dans l'ensemble, non seulement la semaine normale de travail n'a pas été accrue du fait de la crise, mais que, bien au contraire, un mouvement puissant s'est déclenché pendant la dépression en vue de la réduire. En 1933, les 40 heures étaient appliquées à l'ensemble de l'industrie aux Etats-Unis, en 1934 en Italie. Il s'agissait alors, surtout, de remédier au chômage. Depuis, les raisons invoquées à l'appui de la réforme ont changé. La semaine de 40 heures, au lieu d'être considérée comme un moyen de fortune pour face à une situation critique, apparaît maintenant comme la prochaine étape dans l'évolution du progrès social. —

„Loin d'être abandonnée au fur et à mesure que s'améliore la situation économique, elle semble bien tendre à devenir un élément durable de l'organisation industrielle dans les pays qui l'ont adoptée.“

Sans doute, aux Etats-Unis, la loi de redressement industriel national a été déclarée inconstitutionnelle par la Cour suprême, mais, en fait, la semaine de 40 heures est toujours appliquée dans la plus grande partie de l'industrie. Le principe des 40 heures rallie toujours la majorité des employeurs et les organisations ouvrières demandent les 30 heures. L'orientation de l'opinion publique apparaît clairement dans le vote récent

d'une fédérale stipulant que tout contrat de travaux publics entraînant une dépense de plus de 10,000 dollars ne sera accordé que si le cahier des charges contient une disposition que interdit l'emploi de travailleurs pendant plus de huit heures par jour ou de quarante heures par semaine.

On constate de même, en Italie, que si la durée du travail a été temporairement élevée jusqu'à 60 heures par semaine dans certains établissements occupés à la fabrication de matériel de guerre, de nouvelles mesures ont été prises pour renforcer l'application des 40 heures hebdomadaires.

Mais au cours de l'année écoulée, la réduction de la semaine de travail a marqué, dans d'autres pays, de nouveaux progrès d'une importance considérable.

En France a été le 21 juin 1936 une loi instituant la semaine de 40 heures dans les établissements industriels et commerciaux et limitant la durée du travail dans les mines souterraines à 38 heures 40. Les décrets d'application qui avaient déjà été promulgués à la fin de 1936 englobaient plus de 3 millions  $\frac{1}{2}$  de travailleurs. Ce nombre s'est accru depuis et s'accroît tous les jours à mesure que se généralise la réforme.

En Nouvelle-Zélande, une loi du 8 juin 1936 établit les 40 heures dans les fabriques. Le même horaire a été appliqué à la plupart des travailleurs des chemins de fer. La semaine de 44 heures à