Zeitschrift: Plan : Zeitschrift für Planen, Energie, Kommunalwesen und Umwelttechnik = revue suisse d'urbanisme

Herausgeber: Schweizerische Vereinigung für Landesplanung

Band: 12 (1955)

Heft: 5

Artikel: Das Krankenhauswesen in der Schweiz

Autor: Aregger, Hans

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-783183

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: 22.07.2025

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

Mai 1955 12. Jahrgang Nr. 5

Plan

Schweizerische Zeitschrift für Landes-, Regional- und Ortsplanung · Revue suisse d'urbanisme · Fachorgan für kommunale Bau- und Planungsfragen

Offizielles Organ der Schweizerischen Vereinigung für Landesplanung · Offizielles Organ der Internationalen Vereinigung für Landschaftsgestaltung Erscheint 9 mal jährlich

ETH-BIBLIOTHEK ZÜRICH

Hans Aregger

Das Krankenhauswesen in der Schweiz

Die vorliegende Arbeit verfolgt den Zweck, abzuklären, ob es unter den gegebenen schweizerischen Verhältnissen möglich wäre, eine Standortsplanung für Krankenanstalten durchzuführen und wie sich eine solche Planung in grossen Zügen darstellen müsste. Ein solches Unterfangen setzt vorab die Kenntnis der bestehenden Verhältnisse voraus, um ermessen zu können, in wieweit diese Verhältnisse genügen und welcher Art die Mängel sind.

Die Arbeit geht auf einen Auftrag des Verbandes Schweizerischer Krankenanstalten (VESKA) zurück, eine Organisation, die verständlicherweise stark an einer solchen Abklärung interessiert ist. Von seiten der Landesplanung besteht ein nicht minder grosses Interesse an der Standortswahl von Krankenanstalten, gehören sie doch zu den primären Diensten, welche in direkter Abhängigkeit zur Bevölkerungsgrösse nötig werden und der Ortschaft, die eine Krankenanstalt beherbergt, eine gewisse, vermehrte Bedeutung verleihen.

Man wird sich die Standortsfrage der Krankenanstalten von zwei Gesichtspunkten her überlegen. Wird der Standort durch die vorhandene und zu erwartende Bevölkerungsverteilung bestimmt oder lässt sich über die Standortswahl einer Krankenanstalt lokal oder regional die Bevölkerungsverteilung lenken und in welchem Umfang? Je nach der Antwort auf diese Frage wird eine denkbare Standortsplanung unter völlig andern Aspekten ablaufen. Ergibt sich, dass die Standortswahl grundsätzlich Funktion einer anders begründeten Bevölkerungsdichte ist, wird man von einer übergeordneten Planung nicht mehr reden können. Vielmehr tritt dann die reine Bedürfnisfrage an erste Stelle, und die Planung hat sich darauf zu beschränken, innerhalb eines begrenzbaren «Bedürfniskreises» jenen Standort zu finden, der hinsichtlich seiner Lage im regionalen oder lokalen Verkehrssystem, seiner Stellung in der vorherrschenden hierarchischen Besiedlungsstruktur und der örtlichen Eignung die besten Voraussetzungen bietet. Würde man dagegen feststellen können, dass der Standort einer Krankenanstalt die Entwicklung einer Gegend mitbestimmt, in dem Sinne etwa, dass er die Qualität einer Ortschaft wesentlich zu heben imstande ist, dann tritt die Wünschbarkeit der regionalen Entwicklung in den Vordergrund, bzw. der mögliche Einfluss, welcher mit dem Standort einer Krankenanstalt auf die künftige Struktur einer bestimmten Region ausgeübt werden könnte.

Es wird zunächst befremden, dass überhaupt an zwei «Standortstheorien» gedacht wird. Für gewöhnlich gilt es als ausgemacht, die Bevölkerungsdichte bestimme allein Lage und Grösse von Einrichtungen, wie sie Spitäler darstellen. Dieser Lesart wäre unbedenklich zuzustimmen, falls die Grundlage, eben die gegebene Struktur, in jeder Hinsicht genügte. Nun gibt es aber neben der «Individualhygiene» auch eine solche im kollektiven Bereich, die nicht minder bedeutsam ist. Wenn beispielsweise auf der einen Seite die Medizin Erfolge zu verzeichnen hat, die es mit sich bringen, dass weitgehend der Respekt vor der Krankheit verloren ging, schafft die heutige Besiedlungsform, der moderne Verkehr, kurzum das moderne Leben wiederum Voraussetzungen, die nicht minder nach Gesundheit und Leben trachten, als etwa die mangelnde Individualhygiene vergangener Zeiten. Nun ist es zweifellos eine der vornehmsten Aufgaben der Landesplanung, jenseits der geldmässig zu fassenden Oekonomie dafür einzustehen, dass nicht durch ein unzweckmässiges Funktionieren unserer Siedlungen Gesundheit und Wohlergehen von Erscheinungen bedroht werden, die durch menschliches Verständnis und durch menschliches Zutun andere sein könnten. Gilt es schon, eine Standortsplanung für Krankenanstalten anzuzielen, wird nicht zu umgehen sein, auf den Kern der Sache einzugehen, der nun sicher nicht in einer noch so rationellen Verteilung von Krankenhäusern allein zu suchen ist, sondern doch in der Bewahrung und Wiederherstellung der Gesundheit.

Zweifellos ist heute der Standortszwang vieler Einrichtungen, auch der Krankenhäuser, durch den modernen Verkehr stark gelockert worden. Die Verlagerung des Regionalverkehrs vom etwas starren System der Eisenbahn mit seinen ausgeprägten Verkehrsknotenpunkten auf das dichtere Strassennetz lässt praktisch mehr oder weniger jede grössere Ortschaft als Mittelpunkt eines regionalen Netzes erkennen, wie es dies unser Strassensystem als Integration von Ortsverbindungsstrassen nicht anders erwarten lässt. Wohl spielt noch die günstige Lage zum Einzugsbereich eine wichtige Rolle, aber nicht länger der ausgesprochene Verkehrsknotenpunkt. Auch die lokale Situierung ist nicht länger allein durch die örtliche Verkehrslage bestimmt. Zuverlässige und rasche Transportmöglichkeiten sind heute zahlreicher als geeignete Spitalplätze im Bereiche vor allem von grössern Orten.

Von dieser relativen Freiheit in der Standortswahl wird verhältnismässig wenig Gebrauch gemacht. Dies hängt zweifellos stark mit der Vorstellung zusammen, die weitgehend über das Wesen einer Krankenanstalt vorherrscht. Sie ist zu einer

«menschlichen Reparaturwerkstätte» entwickelt worden, die mit dem geringsten Aufwand erreicht, so schnell wie möglich benutzt und auf dem kürzesten Weg wieder verlassen werden soll. Das Verständnis für eine «natürliche» Genesung ist gering; erwartet wird eine therapeutische Instandstellung, die in kürzester Zeit den Menschen wieder auf die gesundheitliche Basis stellt, die er vor der Krankheit einnahm. Diese Vorstellung ist das Produkt einer gedrängten Entwicklung, die in ihrer Eigenart und Dynamik kaum verstanden und folglich auch nicht sinngemäss angewandt wird. So zeigt sich denn in der lokalen und regionalen Situierung von Spitälern eine scheinbare Zufälligkeit, die erst verständlich wird, wenn man das geschichtliche Werden näher betrachtet.

Vom Spitel zum Spital

Das moderne Krankenhaus, wie wir es heute kennen, beginnt sich im 19. Jahrhundert zu entwickeln. Seine Vorläufer waren Fürsorgeeinrichtungen mit verschiedenartigsten Zwecken. Jede Krankenanstalt, die auf historischer Grundlage fusst, hat ihr individuelles Herkommen. Gemeinsam resultiert, dass ursprünglich nicht das Heilen, sondern die Verwahrung, die Herberge oder sonst ein fürsorglicher Zweck im Vordergrund stand. Als typisches Beispiel für andere mag etwa die Entwicklung in Schaffhausen gelten.

Bis zum Bau eines städtischen Krankenhauses, das 1848 dem Betrieb übergeben wurde, diente das sogenannte «Seelhaus» als Krankenanstalt. Die Einrichtung des Seelhauses reicht weit ins Mittelalter zurück. Seiner Zweckbestimmung nach war es eine öffentliche Herberge, wie man sie in den meisten alten Städten für durchwandernde Gesellen und anderes «fahrendes Volk» kannte. Dass nun aber das «Seelhaus» nicht nur Herberge blieb, sondern Ausgangspunkt zu einem Spital wurde, hängt wesentlich damit zusammen, dass sich schon im 16. Jahrhundert die Schmiedegesellen durch einen Betrag von 65 Pfund ins Seelhaus «einkauften», mit der Bestimmung, falls einer der ihrigen krank würde, müsse er zur Pflege und Heilung im Seelhaus aufgenommen werden. Andere Berufsinnungen folgten diesem Beispiel. Es mag als Kuriosum gelten, dass diese so erworbenen Rechte bis ins Jahr 1935 wirksam blieben.

Dieses Seelhaus nun hat jahrhundertelang seiner Aufgabe ausgezeichnet gedient. Daneben erfüllte das sogenannte «Schwesternhaus», eine ins 14. Jahrhundert zurückgehende Einrichtung, ähnliche Zwecke, immerhin ausgeprägter der Krankenpflege gewidmet. Beide Institutionen erfreuten sich zahlreicher Zuwendungen. Die allmählich geäufneten Fonds reichten nicht nur aus, um alte Rechte abzulösen und den Bau eines städtischen Spitals von 1848 zu finanzieren, sondern auch noch dessen Betrieb sicherzustellen.

Es ist nur zu leicht verständlich, dass Einrichtungen wie das «Seelhaus» oder auch das «Schwesternhaus» nicht von heute auf morgen einfach verschwanden und durch eine moderne Anlage ersetzt wurden, nachdem sie über Jahrhunderte hinweg zu aller Zufriedenheit funktioniert hatten. Voran die Aerzte, unterstützt von einer einsichtigen Bürgergruppe, wandten sich wiederholt an den Rat, um ihm die Notwendigkeit eines neuen Spitals vor Augen zu führen. Recht eindrücklich schildert der eigentliche Initiant des neuen Stadtspitals, der Mediziner Dr. Freuler, den Zustand des «Seelhauses». Seine Kritik mutet modern an; sie könnte cum grano salis sogar auf die eine oder andere der heutigen Krankenanstalten zutreffen. «Das Lokal war für eine Krankenstätte zu geräuschvoll, feucht, versteckt, zwischen andern Häusern gleichsam eingekeilt, nicht durchlüftbar genug und ganz in der Nähe des öffentlichen Schlachthauses gelegen. Die fünf bis sechs Krankenstuben des Hauses waren klein, feucht, niedrig und ohne alle zweckmässige Einrichtung. Zu weit davon entfernt lag der in einem dunklen, feuchten Hausgang befindliche Abtritt. An einem Absonderungslokal für ansteckende Kranke mangelte es gänzlich. Das Tollstübchen lag im engen, dumpfen und finstern Hofraume und war ein Skandal für die Menschheit, eine Satyre auf die hehre Seelenheilkunde. Die Abwarte waren meistens Invalide oder sonst Leute ohne alle Kenntnisse einer guten Krankenpflege ... Waren 16 bis 18 Kranke in der Anstalt und so die Krankenzimmer über und über aufgefüllt, so mussten alle Nachkommenden selbst in dringenden Fällen abgewiesen werden ... Von Badeanstalt und Einrichtung zu duschen war im ‚Seelhaus' keine Spur, und die armen Krätzigen, deren Zahl immer bedeutend war, mussten selbst zur Winterszeit in eine entfernte Badeanstalt geschickt werden und sich so der gefährlichen Erkältung aussetzen ...»

Nun, diese Kritik gibt ein recht anschauliches Bild von den Zuständen. Sie waren so, wie man sie bis vor kurzem noch in manchen kommunalen Armen- und Altersheimen antraf, die ihrerseits oft Anlass zum Spitalbau wurden. Es wäre nun falsch, darin eine bewusste Vernachlässigung solcher Einrichtungen zu vermuten, weil sie «nur» fürsorgliche Zwecke erfüllten. Vielmehr war man sich gewohnt, für eine lange Zeit zu bauen. Dass eine anbrechende Neue Zeit solche altbewährte Institutionen innerhalb kaum einer Generation gründlich überspielte, war bisher ohne Erfahrung und die Reaktion darauf denn auch sehr zwiespältig. Aeussere Anlässe, der Druck der Verhältnisse, das Begehren einsichtiger Bürger, der Kampf der Aerzte, kurz vielerlei Kräfte waren nötig, um vom Spitel zum Spital zu gelangen. In Schaffhausen war es die bekannte Choleraepidemie in den dreissiger Jahren, welche Rat und Bürgerschaft zwang, sich über die neuen Verhältnisse Rechenschaft abzulegen. Glücklicherweise blieb die Schweiz von dieser Epidemie verschont. Es bedurfte denn auch noch 18 Jahre, bis ein neues Spital an Stelle des «Seelhauses» trat.

Und wieder dachte man für eine lange Zeit vorzusorgen. Liest man die Baugeschichte, ist zuzugestehen, dass die Aufgabe grosszügig angegangen wurde. Schon damals spielte die örtliche Standortsfrage eine grosse Rolle. Einige plädierten für einen Neubau auf dem Areal des «Seelhauses». Aus der

Kritik von Dr. Freuler ist jedoch zu entnehmen, dass dieser Standort alles andere als günstig gewesen wäre. Die beauftragte Kommission einigte sich denn auch schnell auf eine bessere Lage, die für damalige Verhältnisse zweifellos eine der besten war. Mehr zu reden gab das Bauprojekt. Zeigte sich bei der Standortswahl bewährtes städtebauliches Wissen, offenbart die Entwicklung in der architektonischen Gestaltung eine gewisse Unsicherheit gegenüber der gestellten Aufgabe. Nach verschiedenen Aenderungen, zuletzt wurden noch die Lichtflächen vergrössert, entstand ein Bau, der immerhin, am Anfang einer neuen Entwicklung stehend, an die hundert Jahre seinen Zweck versah.

Das ursprünglich als städtisches Krankenhaus gebaute Spital übernahm recht bald die Funktion eines Kantonsspitals. Auch diese Entwicklung ist nur zu leicht verständlich, war es doch das einzige Spital im Kanton Schaffhausen. Der moderne Staat, der bei uns 1848 seinen verfassungsmässigen Anfang nahm, brachte es mit sich, dass viele Aufgaben, die bisher in der Zuständigkeit der Gemeinden oder von konfessionellen und privaten Körperschaften lagen, zu staatlichen wurden. Dazu gehört auch das Gesundheitswesen. Durch Bundesgesetz ist den Kantonen wenigstens die Aufgabe überbunden, für kranke, unbemittelte Bürger anderer Kantone und des Auslandes zu sorgen.

Diese neuen Verpflichtungen einerseits und die tatsächliche Funktion des Stadtspitals als Kantonsspital anderseits, führten dazu, dass 1897 zwischen Stadt und Kanton ein Vertrag abgeschlossen wurde, der im wesentlichen ein Benutzungsrecht für alle Kantonsbürger festhielt und ein Vorkaufsrecht vorsah, von dem der Kanton, nach drohendem Hinfall dieses Rechtes, 1901, in letzter Minute Gebrauch machte. Es folgten nun verschiedene Erweiterungsbauten, doch zusehends erwies sich die gesamte Anlage als den modernen Ansprüchen nicht mehr gewachsen. Verschiedentliche Eingaben der jeweiligen Chefärzte, politische Vorstösse und Pressediskussionen versuchten den Regierungsrat von den unzulänglichen Verhältnissen zu überzeugen. Rund hundert Jahre nach dem Bau des ersten eigentlichen Krankenhauses in Schaffhausen, das zu seiner Zeit rechtens als mustergültig galt, wurde 1947 mit einem Neubau begonnen, der 1954 betriebsbereit war. Dies neue Spital darf vor allem auch hinsichtlich seines Standortes als für seine Zeit beispielhaft gelten.

Diese gedrängte Geschichte des schaffhausischen Kantonsspitals ist irgendwie für schweizerische Verhältnisse typisch. Sie erklärt vor allem auch die heutige räumliche Organisation des Krankenhauswesens, die in vielem Produkt historischer Institutionen ist. Sie lässt aber die Tatsache der innern Wandlung offen, die vom Spitel zum Spital führte, eine Erscheinung, welcher im folgenden nachgegangen wird.

Die Wurzeln der modernen Krankenanstalt

Das Bedürfnis nach Hospitalisierung von kranken Menschen ist keineswegs ein Charakteristikum unserer Zeit. Bedeutsam geändert hat der Zweck der Hospitalisierung. Dahinter liegt eine grundsätzlich andere Einstellung gegenüber der Krankheit.

Bis an die moderne Zeit heran verfolgt die Hospitalisierung im allgemeinen folgende Zwecke: Verwahrung von Geisteskranken, sofern sie den Mitmenschen oder sich selbst gefährlich wurden, Isolierung von Menschen mit «unreinen», d. h. ansteckenden Krankheiten, Pflege von unbegüterten Alten und Gebrechlichen, Pflege und Heilung von ortsfremden Menschen, die über kein eigenes Heim verfügten. Hauptzweck war die Verwahrung, die Entlastung der Gesellschaft von Mitmenschen, die aus dem allgemeinen Wirtschaftsprozess ausgegliedert waren. Das Heilen, heute der Hauptzweck einer Krankenanstalt, war vom Gedanken der Hospitalisierung völlig gelöst. Das Spital war nicht Mittel im Heilprozess, sondern jenseitige Station, in Fällen, da mit einer Heilung aus dem oder jenem Grund nicht mehr zu rechnen war. Diese völlig andere Zweckbestimmung bringt es zwangsläufig mit sich, dass solche Anstalten eindeutig fürsorgliche Institutionen waren. Auch in Fällen, wie beispielsweise bei der schaffhausischen Schmiede-Innung, die sich im «Seelhaus» einkaufte, um ortsfremde, kranke Gesellen hospitalisieren zu können, war nicht das Heilen der kranken Berufsgenossen Antrieb zu dieser Handlungsweise, sondern die Entlastung des meisterlichen Haushaltes; der kranke Geselle musste ja durch einen gesunden ersetzt werden, so dass ein kranker Geselle eine doppelte Belastung des Haushaltes bedeutet hätte. Doch war das soziale Gewissen schon so weit geschärft, dass man den Kranken nicht einfach ausstiess und ihn dem Schicksal oder irgend einer Fürsorgestelle überliess, sondern ihm ein erkauftes Recht auf angemessene Pflege erwirkte.

Ganz allgemein lässt sich erkennen, dass bei der frühern Hospitalisierung von Menschen Verwahrung und Pflege die wichtigsten Motive waren, sofern man von der reinen Fürsorge (Verwahrung wegen Armut) absieht. Diese Motive wurzeln unmittelbar einerseits in der verbreiteten Einstellung zur Krankheit, anderseits im Stand der damaligen Medizin, aber auch in der gesellschaftlichen Ordnung.

Die Einstellung zur Krankheit ist zweifellos durch drei Wurzeln gegeben: archetypische Vorstellungen, herrschende Weltanschauung, faktisches medizinisches Wissen. Je stärker das faktische, medizinische Wissen ausgebildet ist, um so schwächer wirken die übrigen Wurzeln. Ihre Bewusstseinsinhalte werden übertönt durch die gesicherte Erkenntnis, aber nicht aufgehoben. Die Krankheit ist im Leben eines jeden Menschen ein derart elementares Ereignis, eine so direkte Bedrohung seiner individuellen Existenz, dass sich seine gesamte Persönlichkeit dagegen auflehnt, es sei denn, man wische ihm die Krankheit weg, wie man mit einem Schwamm einen Kreidestrich auslöscht. Sonst aber wird ihm die Krankheit als etwas Dämonisches erscheinen, vielleicht als Strafe oder Sühne oder als Prüfung. Man kann nicht sagen, dass sich der «ältere» Mensch, unsere Vorfahren an der Wende vom Mittelalter zur modernen Zeit, grund-

sätzlich anders verhalten hätten wie wir. Entscheidend liegt der Unterschied darin, dass sie sich weniger nach medizinischen Fakten zu orientieren vermochten wie die heutige Zeit. Sie orientierten sich stärker an weltanschaulichen Prinzipien, die sie wesentlich zur Fürsorge im weitesten Sinne drängten. Aus dieser Haltung heraus sind, für unsern Kulturbereich, überhaupt erst die zahlreichen Heime und Anstalten erklärlich, die sich bis ins frühe Mittelalter verfolgen lassen. Richtungsweisend wirkten die Klöster, deren wesentliche Funktion in der mittelalterlichen Gesellschaft eben die Fürsorge im weitesten Sinne war.

Das Bedürfnis nach Verwahrung der Kranken liegt stark in archetypischen, dämonischen Vorstellungen begründet. Diese Art der Einstellung gegenüber dem Kranken lässt sich in sehr alte Epochen der Menschheitsgeschichte verfolgen. Sie fand nicht immer humane Anwendung. Radikaler als die Verwahrung ist die direkte Tötung kranker Menschen bei bestimmten Völkergruppen. Doch lief auch die Verwahrung häufig auf das gleiche Ziel hinaus. Solche Menschen wurden ausgesetzt, eingekerkert, ohne Pflege belassen, kurzum, von der Gesellschaft ausgestossen. Etwas von diesem Verhalten wirkte bis in die Neuzeit nach, in der Behandlung von hospitalisierten Irren und Debilen. Man bot ihnen zwar Schutz vor Kälte und Wetter; im übrigen vermochte man wenig für ihre Heilung zu tun. Zum Bedürfnis nach Verwahrung gesellte sich aber früh das weltanschaulich begründete nach Pflege, heisst nach Fürsorge. Aus dieser doppelten Wurzel heraus sind Waisenhäuser, Armenhäuser, Siechenhäuser usw. entstanden, die, wenigstens äusserlich, vielfach als Vorgänger der heutigen Krankenanstalten gewirkt haben. Dass das zwar sachlich nur noch bedingt richtig ist, wird später zu zeigen sein. Konsequenterweise wirkt dieses Verhalten jedoch nach im modernen Sozialstaat, vorab in der Institution der Versicherung (Krankenkasse, Alters- und Hinterbliebenenversicherung usw.).

War das «Seelhaus» Ausdruck einer bestimmten vergangenen Gesellschaftsordnung, so ist die Versicherung als verwandtes Institut nicht minder charakteristisch für die heutige Gesellschaft. Beide wollen dasselbe. Nämlich Fürsorge in bestimmten Lebenslagen, in denen sich der Mensch nicht mehr vom täglichen Wirtschaften erhalten könnte.

Der Unterschied der Systeme ist augenfällig. Das «Seelhaus» war für wenige bestimmt, dazu vorwiegend noch für Fremde und ganz am Rande auch für Kranke. Dahinter stand eine festgefügte Gesellschaft, die es offenbar nicht zuliess, dass viele in die Lage gekommen wären, um Aufnahme in das «Seelhaus» zu bitten. Gebaut und unterhalten wurde das «Seelhaus» von der Gesellschaft für wenige, um die sich die Gesellschaft nicht weiter zu kümmern gedachte. Sie wurden verwahrt, hatten ihre Pflege und damit war eine Pflicht erfüllt. Demgegenüber: wer ist heute nicht versichert, gegen Unfall, gegen Krankheit, gegen die Armut im Alter? Für schweizerische Verhältnisse darf man wohl sagen: Alle. Die heutige Gesellschaft rechnet offensichtlich damit, dass jedermann in die Lage kommen könnte, aus dem täglichen Wirtschaften ausgegliedert zu werden; sie überbindet, und das ist das Neue, jedem einzelnen einerseits organisierte Fürsorge für andere und gleichzeitig vorschüssig auch für sich selbst zu tätigen, und zwar im Rahmen eines beachtlichen Wirtschaftszweiges. Fürsorge ist damit zu einer Teilwirtschaft geworden; grundsätzlich soll der fürsorgebedürftige Mensch nicht mehr verwahrt, gewissermassen aus der Gesellschaft, aus dem täglichen Wirtschaften extrahiert werden. Er hat sich vorsorglich, in Raten, bei einer Teilwirtschaft eingekauft, die ihm gestattet, auch dann noch selbstwirtschaftendes Mitglied der Gesellschaft zu bleiben, wenn ihm verwehrt bleibt, seine normale Tätigkeit zur Existenzerhaltung auszuüben.

Es war ein entwicklungsgeschichtlich bedeutsamer Weg, der vom einen zum andern System führte. Er gründet auf einem gesellschaftlichen Strukturwandel, der seinerseits wiederum Folge einer Wandlung wirtschaftlicher Produktions- und Konsumgewohnheiten ist. Das «Seelhaus» und die damit zusammenhängenden Fürsorgeeinrichtungen sind einer Gesellschaft zugehörig, deren Wirtschaft auf höherem Ackerbau, Gewerbe und Handel aufbaute, einer Gesellschaft, die von der Grossfamilie, der Sippe, der Gemeinde (um die Entwicklungsfolge anzudeuten) getragen wurde. In der organisierten Grossfamilie, in der Sippe, hat es keinen Raum für eine öffentliche Fürsorge. Sippenzugehörige, die in eine irgendwie geartete Notlage geraten, finden selbstverständliche Hilfe aus der Sippe selbst. Auch der Kranke findet in diesem Bereich Pflege und Unterstützung. Eine Nachwirkung der Grossfamilie zeigt sich denn auch noch im Falle von Erkrankungen. Wenn sonst verwandtschaftliche Beziehungen heute meistens auf ein verschwindendes Minimum abgebaut erscheinen, wird einer krank, dann erscheinen seine Verwandten zu einem Krankenbesuch, ausgestattet mit einem symbolischen Beitrag, wie Blumen, Kuchen, Früchte und ähnliches, Gaben, die früher einmal entsprechend umfangreicher waren und den Charakter tatsächlicher Beiträge getragen haben. Wie denn überhaupt die Grossfamilie rudimentär immer dann in Erscheinung tritt, falls ein markantes Familienereignis eintritt: Geburt, Hochzeit, Tod; alles Geschehnisse, bei denen früher die Grossfamilie wirklich zu funktionieren hatte. Aus dem Wesen der Grossfamilie heraus, die in sich als gesellschaftliche Einheit funktionierte und wirtschaftlich in der Lage war, es auch zu tun, versteht sich unschwer, dass öffentliche Fürsorge nur für Menschen nötig war, die entweder aus einer Sippe ausgestossen wurden, sich selber in die Fremde begaben und den Kontakt mit den Eigenen verloren oder ausserhalb einer Sippe geboren wurden; somit für Fremde, die keiner Familie zugehörten, die sie aufgenommen hätte. Kranke fanden ihre Pflege im Rahmen der eigenen Familie, die auch für die Heilung sorgte und nach eigenen Gutdünken entweder einen Arzt zuzog oder mehr oder weniger bewährte Volksheilmittel versuchte. Ein Verhalten, wie es heute noch in bäuerlichen Gebieten zu beob-

achten ist. Die Krankheit wurde als Schicksalsschlag empfunden, wie etwa eine schlechte Ernte auch, eine Prüfung, die zu bestehen war oder der man erlag. Daran konnte auch der Arzt nichts ändern, der zugestandenermassen meistens auch nicht mehr wusste, als erfahrene alte Leute und nichts weiter zu verschreiben hatte als Bettruhe, Wickel, Tee und Blutegel, eine Therapie, die sich zum Begriff der Pflege verdichtete und auch ohne Arzt appliziert werden konnte. Man begreift und entschuldigt damit vielleicht die berühmten alten Tanten mit ihren ebenso berühmten alten Rezepten: Fürsorge der Grossfamilie.

In einer solchen Gesellschaftsordnung hatte eine Krankenanstalt keine Funktion zu erfüllen. Das änderte sich gründlich mit der aufkommenden Industrialisierung. Ohne hier auf die wirtschaftlichen Hintergründe dieser Erscheinung eintreten zu wollen, seien nur die gesellschaftlichen Auswirkungen aufgezeigt. Sie lassen sich in wenige Gruppen zusammenfassen: gewaltige Mobilität der Bevölkerung, was zum Abbau der Grossfamilie führte; neue Basiswirtschaft mit wetterunabhängiger Produktion, und im Gefolge weltanschauliche Neuorientierung; veränderte Lebens- und Wohngewohnheiten.

Wohl der stärkste, unbeabsichtigte Einfluss, den die Industrialisierung auf die Formung der modernen Gesellschaft ausübte, ging von der beruflichen Wanderbewegung aus, die durchaus mit einer Völkerwanderung verglichen werden darf. Bis dahin, wo die industrielle Produktion Menschen aus ihrer bisherigen Heimat abzog, sie wieder abstiess um sie neuen Arbeitsplätzen zuzuführen, war es Regel, dass einer dort, wo er geboren wurde, auch sein Leben verbrachte, und zwar in einem Beruf und in einer sozialen Stellung, die ihm gewissermassen die Geburt einbrachte. Die Verhältnisse waren überschaubar, geordnet und überschaubar eingeordnet war auch der Einzelne, der zwar dadurch wenig persönliche Bewegungsfreiheit besass, dagegen jedoch ein gesichertes, sozial gesichertes Leben führte. Tragende Basiswirtschaft war die Landwirtschaft, deren Produktionserfolg nicht allein von der Arbeit, sondern ebenso stark von klimatischen Einflüssen abhing. Ein Bedürfnis etwa, diese Einflüsse zu erforschen und zu erklären bestand nicht, waren sie doch auch nicht zu beeinflussen, ausser durch magische und religiöse Handlungen, und so haftete dem Leben etwas Spekulatives an, ein Abhängen von Wirknissen, die jenseits menschlicher Einflussnahme standen. Dazu kam, dass die Welt sehr klein war. Nachbardörfer und Marktort waren vertraut, jenseits begann die Fremde, wohin eben keine Beziehungen mehr bestanden.

Die Industrialisierung bewirkte, dass die Menschen aus dieser vertrauten, geordneten Welt herausgerissen und buchstäblich in eine fremde Welt versetzt wurden. Zunächst war es die Heimindustrie, die sich, abgesehen von der Monotonie der Beschäftigung, noch unschwer in das bestehende, soziale Gefüge eingliedern liess. Dann aber kam die Fabrikindustrie, mit ganz bestimmten Standortsvoraussetzungen, die entwicklungsmässig wechselten und in der Folge zu einer ungeahnten Ausdehnung und Differenzierung der Produktion und der nötigen Hilfsgewerbe führten. Die neue Produktionsart entwickelte sich immer stärker zu einer eigentlichen Teilwirtschaft und schliesslich zur tragenden Basiswirtschaft, um die herum Handel, Verkehr und Wissenschaft sich neu organisierten und die selbst die bisherige Basiswirtschaft, die Landwirtschaft, stark zu beeinflussen begann. Ueberall, wo sich industrielle Zentren bildeten, wurden immer mehr und immer neue Arbeitskräfte für die verschiedenartigsten Beschäftigungen gesucht. An Stelle einer ruhig verankerten Gesellschaftsordnung trat ein unüberschaubares Geschehen, und der Einzelne, soweit er nicht seinem angestammten Platz treu blieb, sah sich auf einen Lebensweg verwiesen, von dem er nicht zum vorneherein sagen konnte, wo er sozial und geographisch enden werde. Damit aber zerbrach der Einfluss der Grossfamilie gänzlich, die praktisch nicht mehr funktionieren konnte, wenn ihre Mitglieder über alle Landesteile und im Ausland zerstreut lebten und kaum noch in der Lage waren, untereinander in Fühlung zu bleiben. Wie stark dieser Durchmischungsprozess tatsächlich ist, mag man etwa ersehen, wenn man noch heute die Heimatzugehörigkeit der Bevölkerung von industriell wenig berührten Gemeinden mit stark industrialisierten vergleicht. Zur besseren Illustration seien die Vergleichsbeispiele aus dem Großstadt-Kanton Zürich bezogen:

	Einwohner total	Bürger zugezogen	Bürger in der Gemeinde geboren	Andere Kantonsbürger	Andere Schweizerbürger	Ausländer
		%	%	%	%	%
Berg a. Irchel .	405	14	57	16	11	2
Volken . . .	239	12	73	6	8	1
Niederweningen	841	10	29	20	35	6
Winterthur . .	66 925	16	22	17	40	5
Zürich . . .	390 020	13	18	13	47	9

Diese Entwicklung hat aber nicht nur dazu geführt, die Funktionen der Grossfamilie auszulöschen, sondern sie hat unmittelbar auch die Familie selbst betroffen. An sich zu klein und daher, in der Regel, wirtschaftlich nicht tragkräftig genug, dort einzuspringen, wo nun die Grossfamilie ausfiel, ist sie kaum mehr in der Lage, wenigstens noch jene Aufgaben zu erfüllen, die sie in der frühern Gesellschaftsordnung selbstverständlich übernahm, nämlich die Pflege von kranken Familiengliedern und die Altersfürsorge. Die moderne Familie ist durch zweierlei charakterisiert: frühere Loslösung und wirtschaftliche Verselbständigung der Kinder; vermehrte Berufstätigkeit auch der Frau. Heute ist die ganze Familie ungleich mehr als früher in den Wirtschaftsprozess eingeschaltet. Weite Schichten sind nicht in der Lage, Reserven zu bilden. Zwar gewährt das Einkommen einen vergleichsweise höhern Durchschnittsstandard, doch werden die Reserven und Reservemöglichkeiten

laufend von der allgemeinen Marktausweitung verzehrt. Vor allem aber liegt die Last der Versorgung vorab auf Mann und Frau, während die Kinder, sobald sie die kostspieligere Ausbildung genossen haben, sich von der Familie ablösen, während sie früher wenigstens eine gewisse Wegstrecke lang mithalfen, um die wirtschaftliche Tragfähigkeit der Familie zu stärken. So müssen heute, in vielen Schichten, Mann und Frau Vorsorge für das eigene Alter treffen, ohne daneben noch diejenige für die eigenen Eltern übernehmen zu können. Auch ist die moderne Familie gezwungen, die eben noch behagliche, minimale Wohnung zu mieten. In der Kleinwohnung ist aber kaum Raum mehr für Kranke, jedenfalls für ernstlich erkrankte Familienglieder. Damit aber erwächst ein neues Bedürfnis nach speziellen Institutionen, die der Pflege von Kranken dienen, die zwar nicht aus Gründen der Fürsorge, sondern wegen Umständen, wie sie eben dargelegt wurden, darauf angewiesen sind.

Die Industrialisierung hat jedoch nicht nur indirekt über die Arbeiterwanderung die soziale Struktur beeinflusst, sondern auch direkt durch ihre grundsätzlich neuen Produktionsmethoden. Im Gegensatz zur landwirtschaftlichen Produktion ist die industrielle von Zufälligkeiten der Wetterbildung und ähnlichen unbeeinflussbaren Faktoren scheinbar unabhängig. Zwar kennt auch sie Imponderabilien, Lieferkrisen, Marktkrisen, Strukturkrisen usw. Im grossen und ganzen jedoch bewegen sich ihre Faktoren in menschlich beeinflussbaren Bereichen. An Stelle magischer Bräuche und kultischer Handlungen sind politische und wirtschaftliche Manipulationen getreten. Der Deus ex machina sitzt nicht länger in jenseitigen Gefilden, sondern in der City. Das führte, nebst andern geistigen und politischen Hintergründen, zu einer völlig veränderten Weltanschauung und damit auch zu einer andern Einstellung der Krankheit gegenüber. Die Krankheit ist nicht mehr eine auferlegte Prüfung, sie wird nicht länger an moralischen und ethischen Kategorien gemessen, sondern an wirtschaftlichen. Was zuerst zählt, ist der Arbeits- und damit der Verdienstausfall. Wer heute krank wird, grübelt nicht darüber nach, welche eigenen Frevel oder solche seiner Vorfahren er zu sühnen habe, sondern er rechnet, was ihn die Krankheit kosten wird. Denn von daher kann eine noch gravierendere Existenzbedrohung auftreten, als es unter Umständen die Krankheit selber ist. Und weil die Krankheit allem voran als ein wirtschaftliches Phänomen betrachtet wird, ist es naheliegend, sich dagegen mit wirtschaftlichen Mitteln abzusichern, wobei es Aufgabe der Medizin ist, gegen angemessene Bezahlung die lästige Störung zu beseitigen.

Man sagt, der moderne Mensch sei materialistisch eingestellt. Das ist im Grunde genommen falsch und gehört mit zu den allzu vereinfachenden Schlagworten, die dazu angetan sind, die tatsächlichen Probleme zu vernebeln. (Man denke an das Wunderschlagwort der Vermassung.) Heute wie damals sind es die gleichen Grundprobleme, die ihn beschäftigen; es haben sich lediglich die Objekte verschoben. Er hat sich der neuen Situation angepasst, wie die Pflanze oder das Tier, die in ein anderes ökologisches Gefüge eingegliedert werden. Es haben sich neue und andere Lebensgewohnheiten herausgebildet, und sie mussten sich bilden, wenn nicht ganze Gesellschaften einer Kollektivneurose verfallen sollten. Diese Anpassung beginnt bei der äussern Zeiteinteilung und reicht bis zum seelischen Haushalt; sie hat den ganzen Menschen ergriffen. Jahreszeiten sind dem nichtbäuerlichen Menschen keine Produktionsfaktoren mehr, sondern Erlebnisinhalte, die er sich neu schaffen musste. Er schätzt den Wald nicht mehr nach dem mutmasslichen Ertragswert, sondern als Erholungsgebiet. Es wäre sinnlos, die modernen Lebensgewohnheiten an überkommenen moralisch oder auch nur auf irgend einen Nutzen hin zu werten. Sie haben ihre Richtigkeit in der heutigen gesellschaftlichen Ordnung darzutun. Zu solchen Gewohnheiten, man entschuldige, gehört auch das Kranksein. Der heutige Mensch fühlt sich rascher krank, geht schneller zum Arzt und geht freudiger ins Spital als seine Vorfahren. Man spricht nicht mit Unrecht von der Spitalfreudigkeit einer Bevölkerung, wenn man den Grad ihrer Neigung zum Spitalbesuch charakterisieren möchte. Die Stadtbevölkerung ist spitalfreudiger als die ländliche.

Zu dieser Einstellung hat die Medizin ihr Teil redlich beigetragen. Ihre Geschichte ist ein getreues Spiegelbild der Menschheitsgeschichte, und ihre Fortschritte fallen symptomatisch mit Fortschritten auf andern Gebieten zusammen. Die moderne Medizin ist eine eminent empirische. Darin unterscheidet sie sich grundsätzlich von jener des Mittelalters, die in erster Linie weltanschaulich ausgerichtet war und daher manches Wissen und Können abschob, das ältere Kulturvölker bereits erarbeitet hatten, so vor allem auch die Griechen. Die entscheidende Wendung zur modernen Medizin vollzieht sich, wie nicht anders zu erwarten ist, im 16. Jahrhundert; Reformation, Entdeckungen, das neue galileische Weltbild kennzeichnen den Beginn einer neuen Kulturphase, die nicht mehr auf spekulativen, theologischen und philosophischen Erklärungen von Naturvorgängen aufbaut, sondern auf Beobachtung, exakten, naturwissenschaftlichen Untersuchungen. Vesal, der Begründer des anatomischen Denkens, Paracelsus, welcher die aristotelisch ausgerichtete pneumatische Medizin überwand und eine chemisch-biologische Betrachtungsweise einschlug, Harvey, welcher den Blutkreislauf erkannte, Albrecht von Haller, der experimentell die Physiologie unterbaute, und Boerhaave, welcher den biologischen Chemismus neu erfasste: einige bedeutende Namen am Wendepunkt der Medizin. Die einmal eingeschlagene Richtung wurde unaufhaltsam verfolgt. Und wie in Kultur und Wirtschaft die entscheidende Wende zur modernen Zeit im 19. Jahrhundert erfolgte, getragen von Erfindungen, staatspolitisch grundlegenden Umwälzungen, der beginnenden Mechanisierung, so fällt auch in diese Zeit der Durchbruch der modernen Medizin. Man denkt

hier an Virchow und die von ihm begründete Zellularpathologie, welche die fachärztliche Spezialisierung recht eigentlich begünstigte. Damit war der Weg frei für die seitherige, revolutionäre Entwicklung der Medizin. Das äussere Merkmal der modernen Medizin ist die weitestgehende Differenzierung und Spezialisierung. Ihre innere Charakterisierung erfährt sie durch die vorbehaltlose naturwissenschaftliche Fundierung, die den Forscher geschaffen hat, dem solange keine Grenzen gesetzt sind, bis er an Tore gerät, dahinter wieder Götter wohnen werden.

Die Medizin hat nicht nur von einer weltanschaulich nicht mehr beengten Denkweise profitiert, sie hat sich auch der Technik bedient, wie sie inzwischen durch die Industrialisierung immer weiter vorangetrieben wurde. Man denke an die Röntgentechnik, an die zahlreichen und komplizierten diagnostischen Geräte und Apparaturen, aber auch an die Mittel, welche die moderne Chemie der Medizin zugänglich machte: Hormone, Vitamine, Salvarsan, Sulfonamide und schliesslich die Antibiotica. Daneben, auf der Anatomie aufbauend, der sagenhaft anmutende Fortschritt der Chirurgie. Damit sei lediglich fragmentarisch der heutige Standort der Medizin angedeutet, zu dessen Kennzeichnung noch die Psychotherapie und die Sozialmedizin hinzuzufügen wären. Wir stehen damit vor einem imposanten Lehr- und Anwendungsgebiet, das selbst der ausgebildete Mediziner in allen seinen Gliederungen und Folgerungen nicht mehr zu überblicken vermag.

Die Medizin im heutigen Weltbild zeichnet sich demnach durch folgende bedeutsame *Meinungsextrakte* ab:

1. Es gibt keine Ganzheitsmedizin mehr. Sie hat sich in weitgehend selbständige Disziplinen differenziert. Einheitlich geblieben sind Zweckbestimmung und Objekt. Dagegen variieren Diagnose, Therapie und Prognose, kurzum Praxis und Forschung von Disziplin zu Disziplin.

Diese halbwegs auf Tatbeständen aufgebaute Meinungsbildung hat auf die Entwicklung der Krankenhäuser entscheidend eingewirkt. Einmal bedeutete diese Entwicklung praktisch das Ende des väterlichen Hausarztes aus der Jahrhundertwende. Wer im Ohr Schmerzen verspürt, besucht von sich aus den Ohrenspezialisten, wer Blinddarmreizungen registriert, sucht den Chirurgen auf und wer nervöse Sensationen beobachtet begibt sich entweder zum Psychotherapeuten oder zum Neurologen. Der Hausarzt, der die hausmedizinisch bewanderte Tante aus frühern Zeiten ablöste, wurde seinerseits von der Einzelperson abgelöst, die glaubt, selber ebenso gut als Triagestelle in eigener Sache handeln zu können. Im Ernstfall tritt das Krankenhaus an Stelle des Hausarztes, besonders dann, wenn es gilt, die Diagnose durch Beobachtungen und Versuche zu sichern.

2. Die moderne Medizin ist in der Lage, in der Mehrheit aller Fälle sicher zu heilen.

Der Medizin wird ein bedeutender Vertrauenskredit eingeräumt: wohlverstanden der Medizin, und nicht dem Arzt. Wie immer, wenn das gesicherte Wissen eines Faches wächst, fällt die Bedeutung des Fachmannes. Das Heilen hängt nicht länger von der Kunst des Arztes ab, sondern lediglich davon, ob er sein Metier beherrscht oder nicht. Notfalls wird der Arzt gewechselt. Das Vertrauen projeziert sich von der Person weg auf die Sache und damit auf die Institution, welche diese Sache scheinbar am konzentriertesten darstellt. Und das ist die moderne Krankenanstalt mit der ihr innewohnenden Differenzierung und Spezialisierung.

3. Die moderne Medizin bedarf einer Reihe technischer Einrichtungen. Die Diagnose hängt nicht mehr vom berühmten Blick des Arztes ab, sondern von bestimmten, objektiv feststellbaren Befunden. An Stelle der ärztlichen Kunst ist die medizinische Technik getreten.

Mehr als andere Erscheinungen der modernen Medizin drängt der tatsächliche und meinungsmässige Umstand der technischen Equipierung zur Krankenanstalt. Die moderne Medizin und vor allem die Institution der Klinik hat einer allgemein verbreiteten, mechanisierten Vorstellung von Krankheitsabläufen Vorschub geleistet. Die Klinik wird zur Reparaturwerkstätte des Körpers. Dieser wird mit einer Maschine verglichen, die geschmiert, gereinigt und gelegentlich generalrevidiert werden muss. Auftretende Störungen sind kein unlösbares Geheimnis mehr; jedermann erwartet, der Fachmann vermöge in kurzer Zeit Ursache und Umfang des Schadens festzustellen; und wenn er ihn schon festgestellt habe, so sei die Behebung doch mehr oder weniger eine Selbstverständlichkeit. Dass er dabei ein Arsenal technischer Einrichtungen verwenden müsse, wird ihm nicht nur zugebilligt, sondern das wird von ihm erwartet.

4. Die moderne Medizin ist noch lange nicht am Ende ihrer Entwicklung angelangt. Was sie heute noch nicht zu heilen vermag, wird morgen schon zu den verschwundenen Krankheiten gehören. Ueberhaupt werde die Entwicklung dahin gehen, den Begriff Krankheit überlebten Kategorien zuzuzählen. Man werde noch mit Störungen zu rechnen haben, die aber jeweils in Kürze zu beheben seien.

Schon heute ist der Respekt vor der Krankheit gewaltig gesunken. An seine Stelle ist ein merkwürdiges, aus Neugierde und echter Anteilnahme gemischtes Interesse getreten. Der Patient will seine Krankheit erklärt haben. Es ärgert ihn, wenn der Arzt sich hinter ein wissendes Schweigen zu verstecken scheint. Ebenso gut, wie ihm der Mechaniker erklärt, wieso der Motor keine volle Leistung mehr abgab, will er Auskunft, was am eigenen Körper nicht mehr richtig funktionierte.

Wenn diese Meinungsextrakte, der Deutlichkeit wegen, etwas absolut formuliert erscheinen, so stecken in ihnen doch wesentliche Wurzeln der Spitalfreudigkeit unserer Zeit. Der moderne Mensch

hat sich seinem Weltbild entsprechend auch gegenüber der Krankheit neu orientiert. Bedeutete es dem Menschen der vorangegangenen Kulturphase noch ein schicksalshaftes Geschehen, ob er eine ihm gesandte Krankheit überstehe oder nicht und war der Arzt hier bestenfalls das Werkzeug einer höhern Macht, und betrachtete der Mensch noch des 19. Jahrhunderts die Krankheit als ein von der Natur selber zu überwindendes Phänomen, wobei der Arzt höchstens die Natur unterstützen könne, so ist dem modernen Menschen die Krankheit gleichsam ein störend aufgetretenes biologisches Ungleichgewicht, das mit entsprechenden Massnahmen auszugleichen ist. Die Krankheit ist grundsätzlich heilbar, und zwar mit menschlichem Wissen und Können: das ist die neue Erkenntnis. Nicht eine höhere Macht, die an sich menschliches Bemühen a priori zur Nutzlosigkeit verdammt, wenn es ihr nicht gefällt, auch nicht eine blind waltende Natur, der man widrigenfalls sogar entgegenwirken könnte, sind die heilenden Kräfte, sondern jene durch die Forschung gewonnenen Erkenntnisse in die Zusammenhänge des biologischen Geschehens ermöglichen die Vorkehren, die so sicher, wie es die biologischen Zusammenhänge selber sind, die Heilung einleiten. Damit aber ist die Forschung wesenhafte Voraussetzung jeglicher Therapie und so zeichnet sich denn auch ein neuer Typ von Medizinalanstalt ab, für den ein zutreffender Name fehlt.

Es wurde bereits festgehalten, dass die tatsächliche Entwicklung der Medizin einer solchen Meinungsbildung zum mindesten nicht entgegenwirkte. Träger der Medizin ist heute nicht mehr der einzelne Arzt, sondern es sind dies Institute und Institutionen, die häufig genug in enger Wechselwirkung Forschung und Therapie vereinigen. Viele Therapien schliessen die Hausbehandlung aus. Sie erfordern tatsächlich besondere Vorrichtungen, auch besondere Anwendungen, die nur in hiefür speziell hergerichteten Instituten möglich sind. Dies betrifft nicht allein die Chirurgie, die auf spezielle Operationssäle angewiesen ist und eine spezielle Nachsorge erfordert. Es trifft auch für andere medizinische Disziplinen zu, auch für die innere Medizin, die Applikationen kennt, die nur unter steter Kontrolle vor sich gehen dürfen.

So ersteht ein völlig neues Bedürfnis nach Krankenanstalten, die in Equipierung und Zweckbestimmung mit scheinbar verwandten Institutionen früherer Zeiten nicht mehr vergleichbar sind. Am ehesten sind sie noch gewissen Medizinalbädern vergleichbar, die eindeutiger als die «Seelhäuser» die Heilung zum Zwecke hatten. Den modernen Krankenanstalten liegt jedenfalls die Heilung als erste Zielsetzung zugrunde und erst in zweiter Linie folgt die Pflege. Therapie und Pflege sind eben nicht mehr identische Begriffe. Die moderne Krankenanstalt ist auch nicht mehr als eine geschlossene Institution aufzufassen, sondern sie stellt sich als Summe differenzierter Einrichtungen dar, wie sie die spezialisierte Medizin zur logischen Folge hat. Die Einzelteile können auch als selbständige Institute erscheinen, so etwa als Augenklinik, chirurgische Klinik usw. Wie weit sich die Teile verselbständigen, ist keine medizinische Frage mehr, sondern eine solche der quantitativen Nachfrage und inwiefern unter so verselbständigten Instituten noch ein räumlicher Kontakt nötig ist, bildet ein organisatorisches Problem.

Wenn wir nun versuchen, die Wurzeln des heutigen Krankenhauswesens anschaulich zusammenzufassen, so ergibt sich ein recht verwirrendes Bild, wie es sich aber auch in Wirklichkeit repräsentiert. Noch immer besteht das Bedürfnis nach Verwahrung bestimmter Krankenkategorien, wie Geisteskranke, Debile, Psychopathen usw., wobei die Verwahrung von der blossen Isolierung bis zur bewussten Haft gehen kann. Anders als der Antragsteller, dem die Verwahrung erstes Anliegen ist, versucht die Medizin wenigstens bei einigen dieser Kategorien auch die Heilung, so dass solche Anstalten nicht mehr blosse Absonderungen sein können, was sie einmal waren, sondern mehr und mehr auch zu eigentlichen Krankenanstalten werden. Recht vielfältig sind die Bedürfnisse nach Pflege, so in Fällen, wo bei «normaler» Erkrankung die Kleinwohnung und fehlende Personen die Pflege erschweren und verunmöglichen, für chronisch Kranke, alte Menschen oder sonstwie vom Wirtschaften ausgeschlossene, behinderte Menschen, für Nachsorge und Therapien, bei denen eine bestimmte Pflege wichtiger Bestandteil ist. Sodann das stetig wachsende Bedürfnis nach Heilung, das aus gleichen Gründen, welche die Hauspflege erschweren oder verunmöglichen, mehr und mehr auf das Krankenhaus tendiert. Wenn man noch heute von Krankenhaus oder Spital spricht, denkt man oft zwangsläufig an die Gesamtheit dieser Funktionen, wie sie bis in die neueste Zeit hinein tatsächlich häufig von der gleichen Institution ausgeübt wurden. Krankenhaus, Spital, Anstalt, all diesen Begriffen haftet noch unterschwellig die überkommene Bedeutung an. Die verschiedenartigen Funktionen rechtfertigen jedoch eine präzisere Systematisierung, die insofern nicht unwichtig ist, als sie sich praktisch in Konzeption und Planung für die Realisierung solcher Institute auswirkt.

Systematisierung der Krankenanstalten

Zunächst gilt es, ein Merkmal zu gewinnen, nach dem eine einigermassen zuverlässige Zuordnung von Institutionen zur Kategorie Krankenanstalten möglich erscheint. Da, wie schon dargelegt wurde, die moderne Krankenanstalt nicht mehr primär der Pflege, sondern der Heilung dient, ist es gegeben, die ärztliche Leitung und Versorgung als dieses Merkmal anzunehmen. Damit entfallen alle Institutionen dieser Systematik, die ausschliesslich Versorgungs- und Pflegecharakter aufweisen, Anstalten also, wie Altersheime, Kinderheime, Erziehungsheime usw., die nicht von ärztlichen Personen geleitet oder dauernd betreut werden. Nach dem landläufigen Sprachgebrauch sind es die «Heime», wobei es allerdings auch unter dieser Kategorie solche gibt, die als Grenzfälle bereits den Krankenanstalten zuzuzählen sind, wie ärztlich geleitete und betreute Kinder- und Altersheime. Unter den ärztlich

geleiteten und betreuten Anstalten nun, den eigentlichen Medizinalanstalten, kann eine erste Ausscheidung getroffen werden nach dem sekundären Zweck, wenn als primärer Zweck die Heilung gesetzt wird.

Verwahrung, Isolierung: Schutz der Gesellschaft vor dem Kranken und vor bestimmten Krankheitserregern. Dazu gehören: Anstalten für Geisteskranke und Seelischkranke, Absonderungsanstalten für bestimmte Krankheitsbilder, besonders für die Isolierung von Infektionskrankheiten, wie Diphtherie, Kinderlähmung, Scharlach, Masern, offene Tuberkulose usw. Als Anstalten im eigentlichen Sinne aus dieser Kategorie kennen wir bei uns nur jene für Geisteskranke. Für die Isolierung bestehen teilweise eigentliche Absonderungsbauten, die jedoch einer offenen Krankenanstalt zugeordnet sind oder blosse Abteilungen oder sogar nur Einzelzimmer. Das Bedürfnis nach Absonderung ist heute medizinisch nur noch mässig vertreten, weil durch vorbeugende Impfungen, direkt indizierte Therapien (Antibiotica) und durch die beim Krankheitsausbruch teilweise bereits abgeschwächte Infektionsgefahr eine allgemeine Ansteckungsgefahr vielfach bereits eingedämmt erscheint.

Pflege: Erhaltung des Kranken oder Behinderten auf einem bestimmten Status oder Verlangsamung des körperlichen Zerfalls, ohne Aussicht auf dauernde Heilung. Dazu gehören die eigentlichen Pflegeanstalten für Chronisch-Kranke und für körperlich und geistig so Behinderte, dass sie sich nicht in einem bestimmten Gesellschaftskreis eingliedern können. Vielerorts werden diese Krankenkategorien allerdings in Anstalten untergebracht, deren Aufgabe die Heilung von Akutkranken ist. Es wird später zu zeigen sein, dass das nur unter bestimmten Voraussetzungen eine ökonomische Lösung darstellt.

Heilung: Behandlung von Akutkranken. In diese Kategorie fallen alle jene Anstalten, die im folgenden vorab zur Diskussion stehen werden.

Bei den Heilanstalten sind es verschiedene Merkmale, nach denen sich die einzelnen Institute voneinander unterscheiden:

— nach dem medizinischen Bereich
— nach der ärztlichen Versorgung
— nach Patientenkategorien
— nach den Eigentumsverhältnissen
— nach der betrieblichen Organisation
— nach Kostendeckung
— nach der räumlichen Funktion
— nach dem Standort
— nach der baulichen Organisation
— nach der Grösse.

Anstaltsformen nach dem medizinischen Bereich

Die herkömmliche Anstaltsform umfasst mehr oder weniger die Anwendung aller medizinischen Bereiche. Sie stellt den klassischen Fall der undifferenzierten, allgemeinen Krankenanstalt dar. Die zunehmende Technisierung und Spezialisierung der Medizin brachte notgedrungen auch eine entsprechende Differenzierung der Krankenanstalten mit sich. Einesteils haben sich allgemeine Krankenanstalten in verschiedene Kliniken mit speziellem ärztlichem Bereich differenziert, andernteils sind für bestimmte medizinische Bereiche spezialisierte Krankenanstalten entstanden. So kann man die Verschiedenheit der Erscheinungen im heutigen Krankenhauswesen praktisch in drei Gruppen nach dem medizinischen Bereich unterscheiden:

— allgemeine, undifferenzierte Krankenanstalt;
— allgemeine, differenzierte Krankenanstalt;
— Spezial-Krankenanstalt.

Diese drei Gruppen lassen sich nach folgenden Merkmalen erkennen:

Die *allgemeine, undifferenzierte Krankenanstalt* ist baulich und medizinisch-betrieblich nicht speziell gegliedert. Ein Arzt behandelt in einer baulichen Einheit alle vorkommenden Fälle. In der Praxis werden allerdings spezielle Fälle an sachlich übergeordnete Anstalten abgeschoben. Diese Form der Krankenanstalt steht am nächsten zur historisch gewachsenen Erscheinung des Krankenhauses, nimmt jedoch in der heutigen «Hierarchie» der Spitäler den untersten Platz ein. Geographisch erscheint dieser Spitaltyp vorab in ländlichen, wenig dicht besiedelten und doch relativ weiträumigen Gebieten. Die Art solcher Einzugsgebiete verlangt zwar ein zentrales Spital, vermag jedoch dasselbe nicht ausreichend zu frequentieren, um eine medizinisch zwar wünschenswerte, aber in diesem Fall wirtschaftlich nicht tragbare Differenzierung zu erwirken.

Die *allgemeine, differenzierte Krankenanstalt* zeichnet sich durch eine bauliche und medizinisch-betriebliche Untergliederung aus. Die einfachste Form ist durch die Bildung von Abteilungen unter verschiedener ärztlicher Versorgung im gleichen Gebäudekomplex gegeben. Der klassische Typ ist das allgemeine Spital mit einer medizinischen und einer chirurgischen Abteilung. Hier finden sich indessen auch hochentwickelte Formen, die bis zu einer Vielzahl von Spezialkliniken unter einer administrativen Leitung anwachsen können. Das allgemeine, differenzierte Spital ist eine charakteristische Erscheinung der dichter und dicht besiedelten Gebiete, wobei die Differenzierung mit wachsender Bevölkerungsdichte zunimmt, um in Großstädten allmählich in die eigentliche Spezialisierung überzugehen. Diese Entwicklung ist durchaus natürlich, wenn man bedenkt, dass mit zunehmender Bevölkerungszahl auch die Zahl gleicher und ähnlicher Krankheitsgruppen wächst. Das Krankenhauswesen folgt hier der gegebenen Gliederungsmöglichkeit, die «Masse» nach bestimmten, in diesem Falle medizinischen Merkmalen zu gruppieren. Voraussetzung zu dieser Gruppierung war allerdings die medizinische Spezialisierung, wobei es schwer hält, Grund und Folge zu bestimmen, wenn man nicht annimmt, dass hier eine entwicklungsmässige Koïnzidenz stattgefunden hat.

Die *Spezialanstalt* ist baulich und medizinisch-betrieblich auf einen speziellen medizinischen Bereich ausgerichtet. Man wird hier zwischen «traditionellen» Formen zu unterscheiden haben, die

gewissermassen auf ein geschichtliches Herkommen aufbauen, wie die Anstalten für seelisch Kranke, Lungensanatorien, die ursprünglich als Klimasanatorien gedacht waren und den «modernen» Formen, wie sie aus der fortschreitenden Differenzierung herauswachsen. Die hochentwickelten differenzierten Anstalten, es wurde dies bereits angedeutet, sind längst nicht mehr mit dem Ausdruck «allgemeine Krankenanstalt» zu fassen. Sie sind in Wirklichkeit ein administratives Kombinat medizinischer Spezialanstalten.

Für diese moderne Erscheinungsform im Krankenhauswesen ist es unumgänglich, auch eine zutreffende Begriffsbestimmung zu finden. Es lässt sich nicht verkennen, dass sie die adäquate Form medizinischer Versorgung innerhalb der allgemeinen kulturellen und wirtschaftlichen Entwicklung darstellt, eine Entwicklung, die ihrem ganzen Wesen nach zur städtischen oder stadtähnlichen Besiedlung, d. h. zur Bevölkerungskonzentration mit allen Auswirkungen treibt. Es wäre müssig, hier einen neuen Namen zu erfinden, wenn bereits ein zutreffender, wenn auch aus einer andern Sprache stammender besteht. Was wir meinen, belegen die Amerikaner mit dem Ausdruck *Medical Center.*

Es ist nicht unsere Aufgabe, zu untersuchen, inwieweit das Medical Center weltanschaulich eine erwünschte oder unerwünschte Erscheinung sei. Festzustellen ist, dass sie entwicklungsmässig notwendig erscheint. Wenn wir uns die Bevölkerungskonzentrationen vorstellen, die ärztlich zu versorgen sind, so besteht entweder die Möglichkeit, dies in undifferenzierten Massenspitälern zu tun, ein Vorhaben, dem die Differenziertheit medizinischer Therapien und der dazugehörigen Einrichtungen entgegen steht, oder aber die Möglichkeit, die Behandlung an selbständige, vereinzelte Spezialspitäler zu übertragen. Die dritte Möglichkeit schliesslich, die zum Medical Center führt, ist die Zusammenfassung der nötigen Spezialanstalten zu einer organisatorischen und, wenn möglich, auch räumlichen Einheit, ein Weg, der sich in mancherlei Hinsicht als der richtige erweist.

Diese Feststellung bedarf einer kurzen Diskussion. Vom Kranken her gesehen, um den es, trotz andern wichtigen Argumenten, in erster Linie geht, ist jene Form die richtige, die ihm eine optimale Aussicht auf eine rasche und dauernde Heilung verspricht. Dazu gehört einesteils die bestmögliche Anwendungsgelegenheit der indizierten Therapie und andernteils eine räumliche und menschliche Atmosphäre, die erwarten lässt, dass die Therapie durch eine entsprechende seelische Haltung ergänzt werde. Es lässt sich nicht bestreiten, dass es leichter hält, in einer einzelnen Anstalt von kleiner und mittlerer Grösse eine intimere, weniger «betriebsame» Atmosphäre zu erzielen, als in einem «Kombinat» von Spitälern; doch lassen sich gerade hier durch eine gute räumliche Planung wiederum bessere Auswirkungen in dieser Hinsicht erzielen, als beim wenig differenzierten Betrieb allgemeiner Massenanstalten. Auch ist festzuhalten, worüber später mehr zu sagen ist, dass die vertikale Ausdehnung, der Hochbau, für den Einzelnen überschaubarere Verhältnisse erlaubt, als der in der Regel durch zu knappe Bauabstände beengte Flachbau, wie er bei isolierten, aber in der allgemeinen Ueberbauung «verschwimmenden» Klein- und Mittelanstalten häufig anzutreffen ist. Sodann aber darf der Kranke erwarten, dass er wirklich nach dem modernsten Stand der Medizin untersucht und behandelt wird. Ihm ist weniger geholfen, wenn er in Kürze vom Blinddarm befreit, jedoch mit einem Karzinom im Frühstadium entlassen wird. Der Mensch soll als Ganzes genommen und vor allem der kranke Mensch nicht allein nach dem gerade speziellen Krankheitsbild gruppiert werden, obgleich er nachher eine spezielle Behandlung erfährt. Gerade die Kombination von genereller Untersuchung und spezieller Behandlung ist im Medical Center hervorragend gewährleistet, wobei es eine organisatorische Aufgabe ist, zu verhüten, dass der Einzelne bei der Aufnahme nicht wie eine Ware von Klinik zu Klinik geschoben wird, sondern an einem zentralen Ort die Untersuchung passiert. Ist die undifferenzierte, allgemeine Anstalt aus medizinisch-technischen Gründen kaum mehr in der Lage, eine umfassende Untersuchung mit nachfolgender spezieller Behandlung zu gewährleisten, so ist es die einzelne Spezialklinik aus organisatorischen nicht. Dazu kommt, dass auch städtebauliche und wirtschaftliche Gründe für das Medical Center sprechen und nicht zuletzt auch medizinisch-berufliche, verfällt doch der einzelne Arzt weniger der «spezialisierten Isolierung», wenn er mit andern Disziplinen notgedrungen in räumlichem und fachlichem Kontakt steht.

Wenn nun die Entwicklung im Krankenhauswesen zweifellos zum Medical Center als die voll ausgebildete Form der modernen Krankenanstalt tendiert, ist es nur folgerichtig, andere Formen unter diesem Gesichtswinkel zu betrachten. Es ist sicher nützlich, die verschiedenen Spitaltypen zunächst nach herkömmlichen Gesichtspunkten zu systematisieren, doch erweisen sich die gewonnenen Kategorien nur als bedingt richtig. Ein als Spezialanstalt klassiertes Spital, wie etwa eine Nervenklinik, ist es tatsächlich. Man vermag aber nicht einzusehen, weshalb die chirurgische Abteilung einer «allgemeinen Krankenanstalt» weniger spezialisiert sein sollte. Hier mögen Frequenzvorstellungen mitspielen und bis zu einem gewissen Grad auch die grössere Breite des medizinischen Bereiches, vor allem, was die bekannte «medizinische Abteilung» betrifft, die vielfach als die Abteilung betrachtet wird, welche alle jene Kranken aufzunehmen hat, die sich in keine andere Klinik einordnen lassen. Im entwickelten Medical Center erfüllt jedoch auch die medizinische Klinik einen genau begrenzbaren Bereich, und sie ist soviel und so wenig Spezialklinik wie jede andere Klinik auch. Löst man sich von klassischen Vorstellungen und verwirft man die Häufigkeit bestimmter Krankheitsgruppen als Merkmal einer medizinischen Hierarchie, so erweist sich der Grad der Spezialisierung als Auswirkung des jeweiligen Standes der Medizin und die Differenzierung im Krankenhauswesen als Folge eines organisatorischen Bedürfnisses; wobei man gelten lassen

kann, dass sich die Differenzierung aus den Standardkliniken «Medizin» und «Chirurgie» heraus entwickelt, während die Spezialisierung weit kompliziertere Wurzeln in der jüngsten Geschichte der Medizin hat.

Ueberprüft man nun die Erscheinungsformen im modernen Krankenhauswesen mit der eben dargelegten Betrachtungsweise, so drängt sich folgende Unterscheidung auf:

— Einzelspital
— Gruppenspital
— Spitalgruppe
— Medical Center

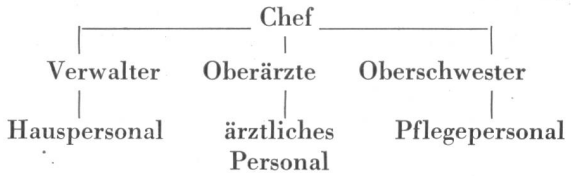
Beim *Einzelspital* wird man auseinanderhalten zwischen der undifferenzierten Anstalt für alle Krankheitsgruppen. Dieser Typ wird mit einer gewissen Berechtigung als *Allgemeinspital* bezeichnet. Er stellt sich als die durch die Umstände gegebene, einfachste Form der modernen Krankenanstalt dar. Sodann hat man Einzelspitäler zu unterscheiden, die für eine bestimmte Krankheitsgruppe bestimmt sind. Hier vermittelt die Bezeichnung *Spezialspital* eine richtige Vorstellung, ist somit eine durchaus brauchbare Ettikettierung. Die Weiterentwicklung der Einzelanstalt führt notwendigerweise zum *Gruppenspital*, eine Anstalt, die sich intern für die Behandlung verschiedener Krankheitsgruppen differenziert hat. Die Verselbständigung einzelner Abteilungen zu eigentlichen Kliniken führt zur *Spitalgruppe*, die sich insofern vom *Medical Center* unterscheidet, als die Differenzierung noch nicht jenen Grad erreicht hat, die man beim Medical Center voraussetzen muss. Nun lässt sich allerdings zur Unterscheidung von Spitalgruppe und Medical Center nicht einfach ein Grenzwert der Differenzierung festlegen, etwa in dem Sinne, als eine Spitalgruppe, die mehr als fünf Kliniken aufwiese, damit schon ein Medical Center wäre. Dem Medical Center haften vielmehr noch weitere Merkmale und Qualitäten an, die später darzulegen sind. So kann in diesem Zusammenhang lediglich festgehalten werden, dass das Medical Center eine durch bestimmte Qualitäten ausgezeichnete, weitgehend differenzierte Spitalgruppe darstellt.

Anstaltsformen nach der ärztlichen Versorgung

Recht häufig findet sich die herkömmliche Form des Klein- und Mittelspitals ohne vollamtliche ärztliche Versorgung. Man wird hier unterscheiden zwischen Anstalten, wo diese Regelung getroffen wurde, weil die Frequenz zu gering ist, um dauernd einen Arzt zu beschäftigen, und jenen Anstalten, die bewusst auf freie Arztwahl eingerichtet sind. Bei den letztern findet sich auch die Kombination zwischen freier Arztwahl und vollamtlichem Arzt. Die Anstalten ohne vollamtliche ärztliche Versorgung aus wirtschaftlichen Gründen zeigen häufig einen Uebergangscharakter von der Pflege- zur Heilanstalt. Auch kommt ihnen mehr der Charakter einer Notstation zu, als derjenige eines eigentlichen modernen Spitals.

Die Regel ist die vollamtliche ärztliche Betreuung. Man spricht dann von Chefspital. Krankenanstalten ohne dauernde ärztliche Betreuung finden sich in der Regel nur als Einzelspitäler und wiederum nur beim Typus Allgemeinspital. Alle weiter entwickelten Anstalten, wie Gruppenspital, Spitalgruppe usw. sind Chefspitäler, wobei mit zunehmender Differenzierung und Grösse die Zahl der Aerzte, der Chefärzte, Oberärzte und Assistenten wächst. Die Krankenanstalt ohne vollamtliche ärztliche Betreuung ist eine Not- und Uebergangslösung, die auf die Dauer nicht zu befriedigen vermag. Eine Ausnahme bilden die Spitäler mit freier Arztwahl, die einem Bedürfnis des Patienten nach Beizug jenes Arztes, dem er besonders vertraut, entgegenkommen. Beide Formen dürften jedoch zunehmend an Bedeutung verlieren.

Beim Einzelspital liegt die ärztliche Leitung in der Regel bei einem Chefarzt, der für gewöhnlich Chirurg ist. Das Gruppenspital wird von zwei oder mehreren Aerzten betreut, je nach der Differenzierung. Es bleibt der internen Organisation vorbehalten, inwieweit einer dieser Aerzte als Chef die ganze Anstalt leitet, oder ob die Vorsteher der einzelnen Abteilungen im Rang gleichgestellt sind. Immerhin ist festzustellen, dass im Krankenhauswesen einer stark hierarchischen Ordnung der Vorzug gegeben wird. Die meisten sind nach der Stab-Linienorganisation geleitet:



Diese Organisation mag beim Gruppenspital gut sein, bei der Spitalgruppe würde sie zu umständlich, obgleich sie, wenigstens in der äussern Form, auch dort noch anzutreffen ist. Darüber mehr im Abschnitt über die Betriebsform.

Nach der ärztlichen Versorgung sind somit folgende Formen zu unterscheiden:

Krankenanstalt mit freier Arztwahl;
Krankenanstalt mit temporärer ärztlicher Betreuung;
Einzel-Chefspital;
Krankenanstalt mit ärztlichen Abteilungsleitern;
Selbständig geleitete Klinik in der Spitalgruppe.

Anstaltsformen nach Patientenkategorien

Die Regel ist, dass ein Spital allen Patientenkategorien offen steht. Indessen gibt es eine Reihe von Anstalten, die nur für gewisse Patientenkategorien bestimmt sind. Eine solche Selektion kann erfolgen nach:

Krankheitsgruppen: Lungensanatorien, Anstalt für Seelisch-Kranke, orthopädische Anstalten usw.

Nach dem Alter: Säuglingsspital, Kinderspital, Erwachsenenspital.

Nach dem Geschlecht: Frauenspital, Männerspital.

Nach sozialen Gesichtspunkten: Werkspital, Privatspital, Spital einer Fürsorgeinstitution.

Dazu kommen Einzelerscheinungen wie Militärspitäler, Spitäler für religiöse Gemeinschaften usw. Die Mehrzahl dieser Spitäler fallen unter die Kategorie «Spezialspital» und sind als solche nicht primär unter diesem Gesichtspunkt, sondern nach dem medizinischen Bereich unterschieden. Eine weitere Kategorie, wie Kinderspitäler, Frauenspitäler usw. sind mehrheitlich direkt oder indirekt einer Spitalgruppe zugehörig. Krankenanstalten, die primär bestimmten Patientenkategorien dienen sollen, sind relativ selten. Es zählen dazu die Militärspitäler, ferner die Spitäler für religiöse Gemeinschaften, Fürsorgeanstalten (Lungensanatorien) und schliesslich vereinzelte Krankenanstalten, welche durch die Tarifgestaltung eine indirekte Selektion nach sozialen Gesichtspunkten anstreben. Diese Sonderfälle sind, im gesamten gesehen, von fallender Bedeutung. Die zunehmende Entwicklung der öffentlichen Spitalinstitutionen, besonders auch in der medizinischen Equipierung und in der Auswahl der Aerzte und der damit verbundene Bedeutungsgewinn lässt die isolierte, exklusive Einzelanstalt längst nicht mehr als Garanten für die bessere Behandlung und Pflege erscheinen. Auch erreichen der allgemein gehobene Lebensstandard aller Schichten, die Krankenversicherung und die Subventionspraxis, dass eigentliche Fürsorgespitäler nur noch für bestimmte Krankheitsgruppen (Tb.) gerechtfertigt erscheinen. Jedenfalls kommt diesen beiden Formen nicht mehr die Bedeutung zu, die sie einmal innehatten. Im gesamten Krankenhauswesen bedeutet heute die Krankenanstalt, die sich primär auf bestimmte Patientenkategorien ausrichtet, ein Einzel- und Ausnahmefall, ohne im System der gesamthaften Spitalversorgung des Landes wesentlich ins Gewicht zu fallen.

Anstaltsformen nach den Eigentumsverhältnissen

Dass die schweizerische Spitalorganisation kaum in den Geruch einer geplanten Entwicklung kommen könnte, sondern typisch die Merkmale einer «gewachsenen» Organisation trägt, ohne dass damit eine Wertung ausgedrückt sein will, zeigt eindrücklich die bunte Musterkarte von Eigentumsverhältnissen. Diese Vielfalt ist deshalb entstanden, weil die Gesetzgebung vielfach keinerlei Anhaltspunkte für eine geregelte Entwicklung enthält. Grundsätzlich ist das Krankenhauswesen Sache der Kantone. So zeigen sich denn auch von Kanton zu Kanton unterschiedliche Verhältnisse. Von Kantonen, die selber Spitäler bauen und betreiben, bis zu jenen, die sich kaum mit dem Krankenhauswesen befassen, zeigen sich so ziemlich alle Uebergangsformen. Festzuhalten ist, dass die Entwicklung immer mehr zum öffentlichen Spital drängt, weniger aus weltanschaulichen als vielmehr aus wirtschaftlichen Gründen.

Eine erste grosse Uebersicht über die Eigentumsverhältnisse lässt sich gewinnen, wenn zwischen privaten und öffentlichen Anstalten unterschieden wird. Bei den privaten Spitälern ist das Einzeleigentümer-Spital relativ selten. Es steht in der Regel im Eigentum eines einzelnen Arztes, gelegentlich auch einer Aerztegruppe. Verschiedene Krankenanstalten befinden sich im Besitz von Interessierten, die sich im Rahmen einer Handelsgesellschaft, GmbH, AG, usw. organisiert haben. Zahlreicher sind Genossenschaften, Vereine und Stiftungen.

Es zeigt sich bei den Eigentumsverhältnissen, dass die Entwicklung des modernen Spitals neben dem medizinischen von zwei weitern Motiven getragen wurde: dem wirtschaftlichen und dem sozialen. Nach der eigentlichen Gründerzeit im Spitalwesen, die um die Jahrhundertwende kulminierte, trat das wirtschaftliche Motiv mehr und mehr zurück, um dem sozialen Platz zu machen, auch bei Betrieben, die ursprünglich eindeutig auf dem Rentabilitätsgedanken aufbauten. So sind denn zahlreiche gemischtwirtschaftliche Spitäler entstanden, auf die Weise, dass sich vor allem Gemeinden an bestehenden Spitalbetrieben beteiligt haben.

Die öffentlichen Anstalten befinden sich vorwiegend im Besitz von Gemeinden und Kantonen, wenige im Besitze des Bundes (Militäranstalten). Die Verteilung auf die verschiedenen Eigentumsformen ergibt folgendes Bild:

privat-rechtliche Eigentümer:	
Einzelfirmen	17 %
Gesellschaften	13 %
Stiftungen, Vereine	47 %
öffentlich-rechtliche Eigentümer:	
Gemeinden	12 %
Kantone	11 %
	100 %

Das Verhältnis von privatwirtschaftlichen zu sozialwirtschaftlichen und öffentlich-rechtlichen Anstalten beträgt demnach:

privatwirtschaftliche Betriebe	30 %
sozialwirtschaftliche Betriebe	47 %
öffentliche Betriebe	23 %
	100 %

Für die Versorgung, gemessen an den *Krankenbetten*, ergibt sich allerdings ein etwas anderes Bild:

privat-rechtliche Eigentümer:	
Einzelfirmen	3 %
Gesellschaften	8 %
Stiftungen, Vereine	39 %
öffentlich-rechtliche Eigentümer:	
Gemeinden	11 %
Kantone	39 %
	100 %

Vom Wirtschaftsmotiv her gesehen ergibt sich für die Verteilung der Krankenbetten:

privatwirtschaftliche Betriebe	11 %
sozialwirtschaftliche Betriebe	39 %
öffentliche Betriebe	50 %
	100 %

Deutlich ist erkennbar, dass versucht wurde, in einer ersten Phase das moderne Spitalbedürfnis auf privatwirtschaftlicher Basis zu befriedigen, zu einer Zeit, als die öffentlichen Anstalten mehrheitlich den Charakter überkommener «Seelhäuser» auf-

wiesen. Die damit erzielte Selektion nach dem Einkommen schuf ein Vakuum für alle jene, welche zwar der modernen Behandlung bedurften, aber nicht die Mittel hatten, um die teureren Privatkliniken aufzusuchen. Hier hat wiederum die private Initiative auf sozialer Ebene die Lücke geschlossen, in Form von Stiftungen und Krankenhausvereinen ohne Gewinnabsicht. Die wachsende Nachfrage und die fortschreitende Teuerung zwangen mehr und mehr zu staatlicher Beihilfe und damit auch zum direkten Eingreifen von Gemeinden und Kantonen. Wenn man vollends an die modernen Formen der Spitalentwicklung denkt, an die Spitalgruppe oder an das Medical Center, dann leuchtet ein, dass nur noch die Oeffentlichkeit in der Lage ist, solche Aufgaben zu erfüllen.

Anstaltsformen nach der betrieblichen Organisation

Es wurde schon dargelegt, dass im Spitalwesen noch immer stark hierarchische Organisationsformen bevorzugt werden. In manchen Anstalten huldigte und huldigt man noch heute einer ausgesprochen patriarchalischen Betriebsführung. Diese übernommene Vorstellung hat sich allerdings vom «Anstaltsvater» auf den Chefarzt übertragen, ohne indessen den anachronistischen Beigeschmack zu verlieren. Es lässt sich nicht verschweigen, dass von dieser Einstellung her erhebliche Schwierigkeiten in der Rekrutierung von Pflegepersonal entstanden.

Bei der Klein- und Mittelanstalt, als was die meisten Spitäler ihren Ausgangspunkt nahmen, ist die hierarchische Betriebsführung auf der Hand liegend, besonders dann, wenn es sich um Einzelfirmen handelt. Mit der Entwickung zum Gruppenspital, später zur Spitalgruppe und zum Medical Center, kann jedoch eine solche Organisationsform nicht mehr genügen. Die Vorstellung des allmächtigen und allwissenden Chefs scheitert am Tatbestand seiner eigenen Spezialisierung und an der Gleichwertigkeit seiner Kollegen aus andern Disziplinen. Auch hat sich die Hierarchie innerhalb der Medizin selbst verflacht. Das Bedeutungsübergewicht, dessen sich die Chirurgie lange Zeit erfreute, ist durch die Entwicklung der andern Disziplinen im Abbau begriffen. Es stellt sich vielmehr so etwas wie ein Gleichgewicht unter den Disziplinen her. Dazu kommt, dass die administrative Leitung einer Grossanstalt keineswegs ein Kinderspiel ist, was dazu führt, die zeitweilig hierarchisch recht bescheidene Rolle des Verwalters bedeutend zu stärken. So ist es unvermeidlich, dass sich die Organisation eines Großspitals mehr und mehr, horribile dictu, derjenigen eines grossen Industrieunternehmens angleicht, d. h. sie ist nicht primär durch hierarchische Ueberlegungen bestimmt, sondern durch rein sachliche, d. h. aus Funktionen abgeleitete. Im Gegensatz zur hierarchischen Ordnung, wo von einem Punkt aus die Anordnungen ausgehen und auch überwacht werden, muss z. B. in einer Spitalgruppe die Organisation so erfolgen, dass bestimmte Sachgruppen ohne direkte Befehlsausgabe und Ueberwachung selbsttätig funktionieren. An Stelle eines gegliederten Untergebenenverhältnisses tritt die selbsttätige Funktion, die im Rahmen eines Gesamtplanes abläuft, ohne dass die Verantwortung nach oben oder nach unten weitergeschoben werden könnte. Die personale Organisation tritt zugunsten der sachlichen zurück.

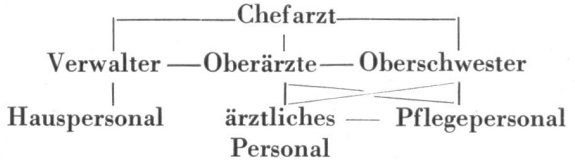
Diese Entwicklung lässt sich am Schema besser zeigen. Die patriarchalische Form, wie sie noch häufig anzutreffen ist, weist etwa folgendes Bild auf:

Chefarzt
|
1. Oberarzt
|
2. Oberarzt
|
Verwalter
|
Assistenzarzt
|
Oberschwester
|
Schwestern und Pfleger
|
Hilfsschwestern und Hilfspfleger
|
Hauspersonal

Es ist dies die berühmte Organisation, bei welcher es geschehen kann, dass bei schlechter Laune des Chefarztes der Küchenbursche den Fusstritt kassiert, bei einer ziemlich geradlinigen Fortbewegung der cheflichen Emotion. Der Nachteil einer solchen Organisation ist offensichtlich. Der Betrieb hängt zu stark an einer Person, und diese Person zersplittert sich in eine Unmenge von Nebenfunktionen, die mit ihrem Beruf und ihrer Stellung in keinem direkten Zusammenhang stehen.

Der nächste Schritt führt zur Stab-Linienorganisation, ein ebenfalls beliebtes Schema:

Die Anordnung des Chefs verläuft nicht mehr gradlinig, sondern über seinen Stab, konzentriert sich aber in der Verantwortung bei seiner Person. Dieses Schema findet sich in der Praxis oft sehr stark ausgeweitet, in Form von Querverbindungen:



Der Vorteil einer solchen Organisation liegt auf der Hand. Sie entlastet die Spitze und erlaubt direktere Anordnungen, ohne indessen an der Verantwortlichkeit etwas zu ändern, die nach wie vor beim Chef liegt. Ihr Nachteil liegt darin, dass sie die verschiedenen Sachbereiche zu wenig berücksichtigt und unsachgemässe Anweisungen zulässt, sofern sie nur immer von einer hierarchisch höher stehenden Person ausgehen. Dieser Nachteil haftet der Organi-

sationsform an, gleichgültig, wie stark sie schliesslich verästelt wird. Ein weiterer Nachteil liegt in ihrer Umständlichkeit. Sie bedingt von einer gewissen Grösse an den mit Recht berüchtigten Dienstweg, das Verfahren nämlich, eine einfache Sache über einen komplizierten Empfängerweg dahin zu leiten, wo die sachliche Einsicht nicht mehr bestehen kann; worauf dann ebenso umständliche Erhebungen erfolgen, um schliesslich auf dem gleichen Weg retour den Absender zu erreichen, mit der Anweisung, das zu tun, was er vorgeschlagen hat. Der gewichtigste Nachteil an dieser Betriebsform liegt jedoch darin, dass sie gewohnte, übliche Abläufe mit der gleichen Umständlichkeit regelt wie die Ausnahmefälle. Die Vorstellung, die ihr trotz dem vielfach modernen Anstrich mit Rapporten usw. zu Grunde liegt, ist die eines alles entscheidenden Chefs.

Mehr und mehr zeichnet sich denn auch im Spitalwesen eine mehr sachliche Betriebsform ab, die bei einer voll entwickelten Spitalgruppe etwa folgende «Departemente» umfasst:

Forschung, Literaturauswertung
Untersuchung, Beobachtung
Behandlung, Nachbehandlung
Pflege, Fürsorge
Verwaltung, Nachsorge.

Die Organisation stellt nicht länger auf ein hierarchisches System ab, sondern auf den Arbeitsplan innerhalb einer jeden Sachgruppe. So legt sie etwa den Gang der Untersuchung fest, regelt den Ablauf von Aufnahme und Entlassung von Patienten, kurz, sie standardisiert immer wiederkehrende Abläufe. In amerikanischen Spitälern ist diese Art von Organisation gelegentlich sehr weit fortgeschritten. Der Gang der Untersuchung ist genau festgelegt. Es bleibt derselbe, ob nun der Patient mit einer Fraktur oder einer offenen Tuberkulose eingeliefert wird. Die Untersuchung ist darauf angelegt, einen Gesamtstatus aufzustellen, von Fachärzten vorgenommen und von einem Spezialisten ausgewertet. Der Untersuchungsbericht geht an den behandelnden Arzt, der seinerseits die Therapie nach dem von der Forschung aufgestellten Ablauf ausrichtet. Die Nachbehandlung wird einem Arzt übertragen, der auf seine Tätigkeit spezialisiert ist oder sich jedenfalls so lange darauf spezialisiert, als er sie ausübt.

Der Vorteil liegt im rationellen und reibungslosen Ablauf. Die Kontrolle liegt bei der nächsten Funktionsausübung, die von der vorangegangenen vorbereitet wurde. Die Verantwortung liegt beim einzelnen Funktionsträger. Das Ganze spielt sich ähnlich ab wie beim Fliessband, wo der Fehler des einen von dessen Nachbar sofort bemerkt wird, weil seine eigene Aufgabe diejenige des Vorgängers voraussetzt. Die Arbeitszuteilung erfolgt nicht nach der jeweiligen Anordnung des Chefs, sondern nach festgelegten Arbeitsbereichen während einer festgelegten Arbeitszeit. Die Funktionen werden nicht mehr nach einer traditionellen Hierarchie, sondern nach ihrer Bedeutung und Notwendigkeit im gesamten Ablauf gewertet, und die persönliche Zuordnung erfolgt nach der Funktionseignung und nicht nach der hierarchischen Stellung. In dieser Organisation hat der Chef in seiner klassischen Bedeutung keinen Platz mehr. Er wird abgelöst von der Spitalleitung, welche die Organisationspläne aufzustellen und zu überprüfen hat, für Personalfragen zuständig ist und nur über Fälle entscheidet, die nicht in den normalen Ablauf eingegliedert werden können. Es versteht sich von selbst, dass die einzelnen Kliniken im Rahmen des Ganzen, wiederum entsprechend ihrer Eigenart, organisiert sind.

Der Unterschied zur «Anstaltsvater-Organisation» ist ähnlich dem, wie er zwischen einem handwerklichen und einem industriellen Betrieb besteht. Die Güte des handwerklichen Betriebes hängt vom Meister ab, diejenige eines industriellen Betriebes von der sachlichen Organisation.

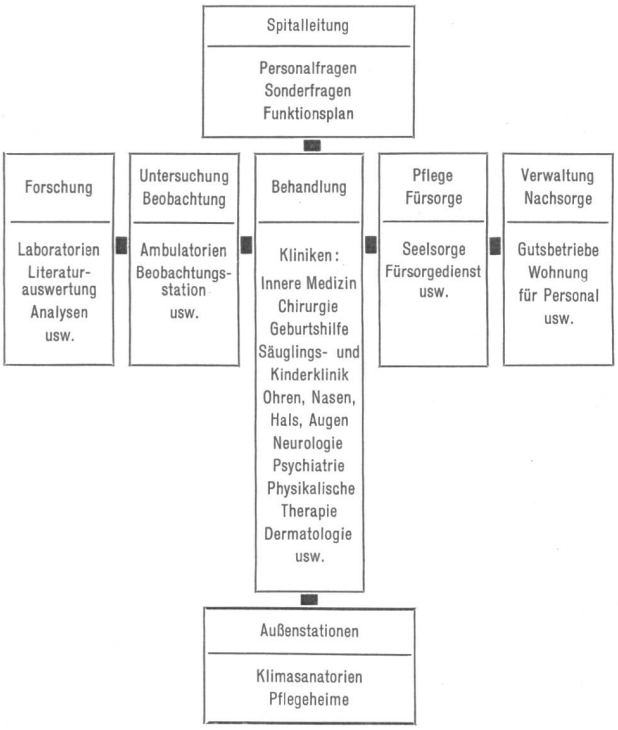
Diese Art der Spitalorganisation hat zunächst für den Aussenstehenden etwas Abschreckendes, Unpersönliches, Anonymes. Der Patient wird zur Nummer, der Arzt zum Fachspezialisten; die Krankenschwester verwandelt sich von der Schwester Anneli zum Fräulein. Der Apparat zur Heilung von Kranken wird von freundlichen Mythen entkleidet und zur durchsichtigen Funktionsfolge degradiert.

Nun wird man allerdings gerechterweise zubilligen müssen, dass in einer grossen Krankenanstalt, gleichgültig, wie sie organisiert ist, das Persönliche ohnehin schwindet. Der Arzt ist selbst in kleinen Krankenhäusern für gewöhnlich so ausgelastet, dass er kaum Zeit findet, sich ans Bett eines Patienten zu setzen, ihm die Hand zu halten und längere Zeit mit ihm zu plaudern. Das gleiche gilt für die Krankenschwester. Ihr Pensum ist nicht allzu klein. Ausserdem stehen wir da ohnehin vor einer allgemeinen Erscheinung. Stillschweigend haben wir in vielen Lebensbereichen akzeptiert, dass sie rationalisiert und entpersönlicht wurden. Kein Mensch erwartet vom Trambilleteur, dass er jeden namentlich begrüsse, ihn nach dem Wohlergehen seiner Familie frage und ihn am Schluss der Fahrt freundlich zum Wagen hinaus begleite. So, wie die moderne Krankenanstalt das Produkt einer modernen städtischen Kultur ist, so kann sie sich auf die Dauer den Erscheinungsformen dieser Kultur so wenig entziehen, wie jede andere Einrichtung auch.

Es ist verständlich, wenn sich gerade in bezug auf das Spital die Vorstellung des direkt Persönlichen länger erhalten hat als bei andern Institutionen. Diese Vorstellung wird vielleicht dadurch noch genährt, dass das Krankenhaus ein typisches Betätigungsfeld für Frauen ist. Ueber 70 % aller Beschäftigten sind Frauen. Nun aber hat der menschliche Kontakt vom Arzt zum Patienten, von der Pflegerin zum Kranken wenig mit der Betriebsform zu schaffen, jedoch sehr viel mit der seelischen Haltung der Beteiligten. Und da zeigt sich, dass das moderne Spital, das von der Einzelleistung weg stärker zum Teamwork tendiert, wie es die sachliche Organisation erfordert, die durchschnittlich besseren Verhältnisse schafft. Auch ist damit zu rechnen, dass in zunehmendem Masse Patienten eingeliefert werden, die eine ähnliche Haltung aus ihrem Lebensbereich mitbringen und die es vorziehen, wenn man ihnen sagt, Operation dann und

dann, Entlassung am sovielten, als wenn man noch so nett mit ihnen plaudern würde. Immerhin öffnet sich da ein Betätigungsfeld für Privatkliniken, besonders für solche psychotherapeutischer Richtung.

Das Organisationsschema einer modernen Krankenanstalt ergibt nun etwa folgendes Bild:



Dass bei einer vollentwickelten Spitalgruppe nicht mehr an eine zentrale, persönliche Leitung zu denken ist, zeigt das Schema, das nur andeutungsweise die Zusammenhänge aufzeigt. Jeder Funktionsbereich benötigt seine besondere Regelung. Das gilt aber auch für die einzelnen Kliniken, sobald sie einmal über den Zustand der blossen Abteilung herausgewachsen sind. Auch wird ersichtlich, wie wenig eine hierarchische Ordnung hier zu suchen hat. Die Funktionen sind zwar nicht gleichartig, sie sind jedoch gleichwertig. Das zentrale Problem einer solchen Spitalgruppe, übrigens schon beim Gruppenspital, ist das Zusammenspiel aller Funktionen, die Koordination, die sich denn auch als die eigentliche Aufgabe der Spitalleitung herausschält.

Die Gefahr, die einer solchen Organisation innewohnt, im kleinen wie im grossen, ist die zu weitgehende Verselbständigung der einzelnen Funktionen und Institutionen. Besteht bei der hierarchischen Form bis zur Stab-Linienorganisation die Gefahr der extremen Subordination und damit des Nichtfunktionierens aus mangelndem Auftrag, kann sich aus der funktionellen Organisation ein gewisses Ueberfunktionieren entwickeln, ein Funktionieren um der Funktion willen. Wächst die Gefahr des Versagens bei hierarchischen Formen mit zunehmender Belastung, nimmt sie mit zunehmender Belastung bei der funktionellen Organisation ab. Der Selbstzweck hat neben dem aufgetragenen Zweck keinen Raum mehr. Damit zeigt sich auch, wie wichtig es ist, den Funktionsplan stetig zu überprüfen und die Organisation der Entwicklung anzupassen. Tradition wirkt sich hier wie die Staubschicht auf dem Oelbild aus. Erst wenn man sie entfernt hat, zeigt sich die originale Wirkung.

Es wurde bereits gesagt, dass die soziale Frage im Krankenhauswesen sehr stark mit der Betriebsform zusammenhänge. Das gilt vor allem für das Pflegepersonal, aber auch für die Aerzte. Die vielverbreitete Meinung, dass der Pflegeberuf ganz besonders ein solcher der innern Berufung sei, in einem gewissen Sinne ein Schicksalsberuf im Sinne Szondis, mit der Bereitschaft zur Isolierung und Duldung, war zwar sehr bequem, aber nichtsdestoweniger irrig. Zwar liegt es der hierarchischen Organisation, über die Menschen zu verfügen; man denke an das Militär. Indessen schaffen das dauernd wechselnde Arbeitsklima, weil von der Laune eines einzelnen abhängig, die ungeregelte Arbeitszeit, die meist ungenügende Entlöhnung keine eben günstigen Voraussetzungen, um diesen Beruf attraktiver zu gestalten. Der Hinweis auf den besondern ethischen Gehalt eines Berufes, auf die Schönheit und Erhabenheit des Dienens, ist nicht mehr ausreichend, um dauernd als Entgelt entgegengenommen zu werden. Damit soll keineswegs ein solcher Gehalt bestritten werden. Es gilt nur, festzuhalten, dass das Verhältnis zwischen Meister und Knecht der Vergangenheit angehört. Dass es sich im Krankenhauswesen länger zu halten vermochte als anderswo, hängt mit dem besondern Charakter dieser Institutionen zusammen, die letztlich doch immer wieder auf den Tod weisen und damit Vorstellungen auslösen, die leicht ins Mystische abweichen. Die Tatsache jedoch, dass die Nachfrage nach Pflegepersonal ständig ansteigen wird, die Tatsache auch, dass es sich um einen gelernten Beruf handelt, drängt geradezu zur Feststellung, dass hier eine bestimmte Funktion zu erfüllen und keine spezifische Berufung auszuleben ist. Nun hat sich zwar vieles geändert. Es wird sich jedoch noch einiges ändern müssen, besonders in der Einstellung zu diesem Beruf, bis die Krisis im Nachwuchs des Pflegepersonals überwunden sein wird. Zunächst einmal, und das steht hier zur Diskussion, in der organisatorischen Stellung des Pflegepersonals. Der festumschriebene Arbeitsbereich, geregelte Arbeits- und Freizeit, relative Selbständigkeit, häufigere Kontakte mit der «gesunden» Umwelt, das sind die Punkte, die vor allem in einer entsprechenden Betriebsform zu lösen sind, um damit auch der Nachwuchskrisis beizukommen.

Zusammenfassend lässt sich feststellen, dass heute im schweizerischen Spitalwesen folgende Betriebsformen anzutreffen sind:

Hierarchische Organisation; Stab-Linienorganisation;

Gemischte hierarchische-funktionalistische Organisation;

Funktionalistische Organisation; selbsttätige Arbeitsabläufe;

Funktionalistische Gruppenorganisation; Bildung selbständiger Funktionsgruppen.

Findet sich die hierarchische Form mehr in der Einzelanstalt, tendiert das Gruppenspital und mehr noch die Spitalgruppe zur modernen funktionalisti-

schen Betriebsform. Die Modernisierung der Betriebsform geht eher zögernd vor sich, besonders in Mittelanstalten in ländlichem Einzugsbereich.

Anstaltsformen nach der Kostendeckung

Grundsätzlich wird in jeder Krankenanstalt die *Eigenwirtschaftlichkeit* angestrebt. In privaten Unternehmen, die ohnehin wirtschaftlich orientiert sind, ist dies eine Voraussetzung ihrer Existenz. Nun hat sich aber der gesamtwirtschaftliche Aspekt des Spitalwesens stark nach der sozialen Seite hin verschoben. Diese Entwicklung ist die Folge davon, dass bei einer völligen Abwälzung aller Kosten auf die Benützer weite Schichten aus finanziellen Gründen von der Spitalbehandlung ausgeschlossen würden. Die Teuerung ist nicht allein proportional zur allgemeinen Geldentwertung fortgeschritten; die Kostenerhöhung ist vielmehr auch Folge von vermehrten Leistungen. Sodann hat sich in der Personalpolitik einiges geändert. Die Aufwendungen für das Personal, Löhne, Sozialleistungen, Verpflegung und Unterkunft, sind ebenfalls nicht nur proportional zur laufenden Inflation, sondern im Sinne eines allgemeinen Standardanstieges stark gewachsen. Dann ist nicht zu übersehen, dass durch bauliche Erneuerungen, Neubauten, medizinische Neuequipierung usw. auch die fixen Kosten der meisten Anstalten stark angestiegen sind. Das hat dazu geführt, dass bei einer sozial gestuften Tarifgestaltung die wenigsten Anstalten wirtschaftlich selbsttragend sind. Die übersteigenden Kosten müssen in irgend einer Form von der Oeffentlichkeit getragen werden. In der Praxis sind vier Arten von öffentlichen Zuwendungen zu unterscheiden:

— Regelmässige, feste Beiträge von Gemeinden oder dem Kanton;
— Regelmässige, variable Beiträge von Gemeinden oder dem Kanton;
— Gelegentliche, variable Beiträge von Gemeinden oder dem Kanton;
— Defizitgarantie.

Bei Anstalten, die von Gemeinden oder dem Kanton in eigener Regie geführt werden, läuft der Beitrag auf eine Defizitgarantie aus dem allgemeinen Haushalt hinaus. Zwar sind selbstverständlich auch diese Anstalten zur weitestmöglichen Eigenwirtschaftlichkeit verhalten. Doch haben sie auch alle jene Fälle zu übernehmen, die unter die Fürsorgepflicht des Staates fallen, und sie sind aus sozialpolitischen Gründen gehalten, die Tarife eben nach sozialen Gesichtspunkten aufzustellen. Die Mittel, welche die Oeffentlichkeit in ihre eigenen Krankenanstalten einfliessen lässt, sind daher primär unter diesem Gesichtspunkt zu werten. Damit wird allerdings die «freie Wirtschaft» im Spitalwesen nicht unbedingt de jure, wohl aber de facto insofern ausgeschaltet, als alle andern Anstalten, sofern es sich nicht gerade um exklusive Kleinanstalten handelt, gezwungen werden, sich nach Tarifanpassung und damit nach dem Defizit hin auszurichten. Richtigerweise übernehmen Staat und Gemeinden das Defizit von Anstalten, auch wenn sie nicht öffentlicher Besitz sind, sofern sie nur immer gemeinnützigen Charakter aufweisen. Um welche Beitragsform es sich in solchen Fällen auch handeln mag, ihrem Charakter nach sind es Defizitgarantien, wobei vielleicht über eine andere Form der Beihilfe erreicht werden mag, dass der Beitrag je Pflegetag geringer ausfällt, als bei einer öffentlichen Anstalt, mit dem gelegentlichen Resultat, dass ein so an der Leine gehaltener Betrieb die nicht gedeckten Mehrkosten zu Lasten seiner Zweckbestimmung einsparen muss.

Regelmässige, feste Beiträge werden gewöhnlich von Gemeinden entrichtet, die sich an einer bestimmten Anstalt mitbeteiligt haben. Für die Betriebsführung ergibt sich der Vorteil einer gesicherten Budgetgestaltung, sofern die Beiträge in angemessener Höhe entrichtet werden. Auch ist damit unter Umständen die Bildung von Reserven möglich, die sich im Falle von baulichen Erneuerungen, Erweiterungen und der Modernisierung der Einrichtung vorteilhaft auswirken können. Regelmässige Beiträge, deren Höhe jedoch vom Betriebsergebnis abhängt, kommen einer unausgesprochenen Defizitgarantie gleich. Sie sichern zwar den Betrieb, erschweren aber häufig die Erneuerung, weil in der Regel die Mittel bis zum gerade nötigen Rechnungsausgleich abgeschöpft werden. Die Selbständigkeit einer solchen Anstalt ist stark eingeschränkt, was indessen noch mehr der Fall ist bei Anstalten, denen eine eigentliche Defizitgarantie zusteht. Der Unterschied zur öffentlichen Anstalt ist hier nur noch ein juristischer. In einer verhältnismässig schwierigen Situation stecken jene Anstalten, die nur mit einem gelegentlichen Beitrag der öffentlichen Hand rechnen können. Diesen Beitrag erhalten sie gewöhnlich erst, wenn sie in einer eigentlichen Notlage stecken. Meistens reicht er dazu aus, die Notlage zu überbrücken, aber selten, auch eine richtiggehende Sanierung einzuleiten. An sich wäre es wünschenswert, einen Generalindex für Krankenanstalten zu berechnen, um darnach die nun einmal unvermeidlichen öffentlichen Beiträge errechnen zu können. Das Studium zahlreicher Rechnungen von Spitälern zeigt jedoch, dass dies ein müssiges Unterfangen ist. Die Verhältnisse sind von Fall zu Fall zu verschieden. Die verschiedenartigen Eigentumsverhältnisse und die damit gegebene, verschiedenartige Finanzierung und Kostendeckung, teils mit betriebsfremden Anlagen, die ausgedehnte Fonds- und Zuwendungspraxis, die Unterschiedlichkeit in der Betriebsführung und die oft stark von einander abweichende spitalärztliche Praxis lassen, streng besehen, nicht einmal die Kosten je Pflegetag miteinander vergleichen. Es hat sich hier ein recht üppiger Individualismus entwickelt, der auf reichlich unterschiedlichen Vorstellungen über den Charakter eines Spitals gründet. Immerhin würde es sich lohnen, eine vergleichende Analyse über die wirtschaftliche Seite der Spitäler auszuarbeiten, eine Aufgabe, die über den Rahmen der vorstehenden Arbeit hinausgeht.

Hier ist festzuhalten, dass nach der Art der Kostendeckung drei Formen zu unterscheiden sind:

— Eigenwirtschaftliche Anstalten;
— Anstalten mit öffentlicher Beihilfe;
— Regieanstalten.

Anstaltsformen nach der räumlichen Funktion

Wenn man sich die Zweckbestimmung der Krankenanstalten vor Augen hält, nämlich der Heilung zu dienen, und wenn man weiss, dass die Nachfrage in einem bestimmten Verhältnis zu einer bestimmten Bevölkerung steht, dann muss es gegeben sein, die Anstalten räumlich so zu verteilen, dass jedes bevölkerte Gebiet erfasst und versorgt wird. Dass die Bevölkerungsdichte, der soziologische Charakter der Bevölkerung, ihre Beschäftigung und ferner die Verkehrslage Faktoren der räumlichen Verteilung sein werden, leuchtet wahrscheinlich ein. Nun geht es aber zunächst nicht darum, eine solche Verteilung nach diesen Faktoren vorzunehmen, sondern zu untersuchen, wie sich in einer schon bestehenden Organisation «Spitalräume» gebildet haben. Der einfachste Fall wäre gegeben, wenn sich als Produkte dieser Faktoren annähernd gleiche Räume gebildet hätten. Dem ist aber nicht so. Schon der Vorgang war ein anderer. Die Verteilung der Anstalten erfolgte nicht von gegebenen Räumen her, sondern diese bildeten sich um die oft zufälligen Standorte der Anstalten herum. Und wiederum ist die einzelne Anstalt nicht nach der Grösse und Beschaffenheit ihres Raumes ausgebildet, sondern der Raum bildete sich nach der Bedeutung und Grösse der Anstalt. An Stelle von Raum setze man Einzugsbereich, um konkreter zu sagen, um was es geht. Der Klarheit wegen wurde der Vorgang etwas absolut geschildert. Es versteht sich von selbst, dass nicht jede Anstalt einfach zufällig und willkürlich placiert wurde. Die Verteilung erfolgte im grossen und ganzen nach einer vorgefundenen Bevölkerungsverteilung, nach gegebenen Verkehrswegen und politischen Grenzen. Darüber später mehr. Tatsache bleibt immerhin, dass es sich nicht um eine gewollte, geplante Verteilung handelt, sondern um eine «gewachsene». Auch darüber später ein mehreres.

Die Folge dieses «Wachsens» war, dass sich sowohl die einzelnen Anstalten, als auch die zugehörigen Einzugsbereiche sehr unterschiedlich entwickelt haben. So kommt es, dass wir einerseits Erscheinungen aufzuweisen haben, die nur mit dem Begriff des Medical Center zu fassen sind, und anderseits solche, die sich nur wenig über Stand des «Seelhauses», von dem eingangs die Rede war, hinaus entwickelt haben. Wie in andern Bereichen auch, treffen sich ausgehendes Mittelalter und modernste Errungenschaften auf einem Raum von rund 40 000 km².

Nun geht es hier nicht darum, die Verhältnisse in der bestehenden Organisation aufzuzeigen, das bleibt einem spätern Kapitel vorbehalten, sondern die räumlichen Funktionen und ihre Systeme darzulegen, die von einer Anstalt ausgeübt werden können.

Der einfachste Einzugsbereich liegt vor, wenn er sich auf einen einzelnen Ort bezieht. Die Aufgabe des Spitals liegt dann darin, diese Ortschaft zu versorgen. Man spricht in einem solchen Fall von *Lokalspital*. Sofern dieser Ort die Qualität einer Stadt aufweist, bezeichnet sich das zugehörige Spital als *Stadtspital*. In einer Großstadt können *Quartierspitäler* nötig werden. Das Charakteristikum des Lokalspitals liegt in jedem Fall darin, dass es über einen räumlich engen aber dicht besiedelten und relativ genau zu begrenzenden Einzugsbereich verfügt. Bedient ein Spital über seinen lokalen Standort hinaus ein bestimmtes Hinterland, dann spricht man von *Regionalspital*. Je nach der Ausdehnung des Hinterlandes ist zu unterscheiden zwischen:

Hinterland in einer mittleren, radialen Ausdehnung bis etwa

15 km	25 km	50 km und mehr
Kleinreg.-Spital	*Mittelreg.-Spital*	*Grossreg.-Spital*

Die Kleinregion umfasst für gewöhnlich eine in sich relativ zusammenhängende Talschaft, eine relativ abgeschlossene Landschaft, kurzum ein Gebiet, das man als Markteinheit auf der untersten Stufe bezeichnen könnte. Selbstverständlich wird eine solche Region in einem topographisch stark gegliederten Land nicht schematisch konstituiert, sondern nach den tatsächlichen Beziehungen, die in einem Gebiet vorherrschen. Der angegebene Radius, von einem Zentrum aus gedacht, ist lediglich als Faustregel zu betrachten, um die Grössenordnungen abzugrenzen. Vorstellungsmässig einfacher ist es, wenn man sich die Kleinregion am Beispiel vorstellt. So etwa ist das Luzerner Seetal eine typische Kleinregion.

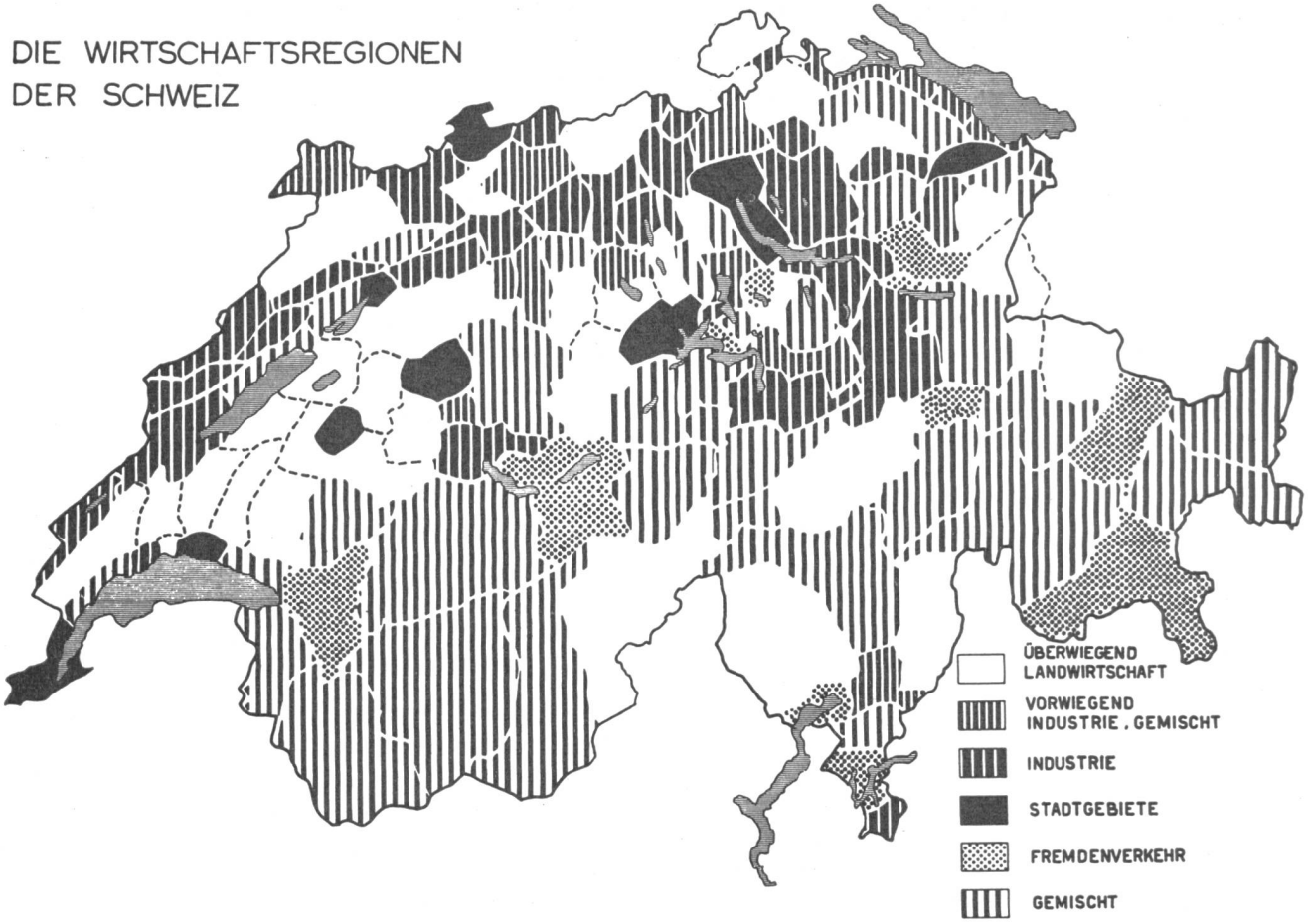
Die Mittelregion, die sich aus verschiedenen Kleinregionen zusammensetzen kann, hat etwa die Ausdehnung eines grössern Kantons. Um beim Beispiel Luzern zu bleiben, so stellt der Kanton eine Mittelregion dar.

Die Grossregion schliesslich umfasst ein Gebiet, dem wir für gewöhnlich Landesteil sagen: Ostschweiz, Zentralschweiz, Westschweiz usw.

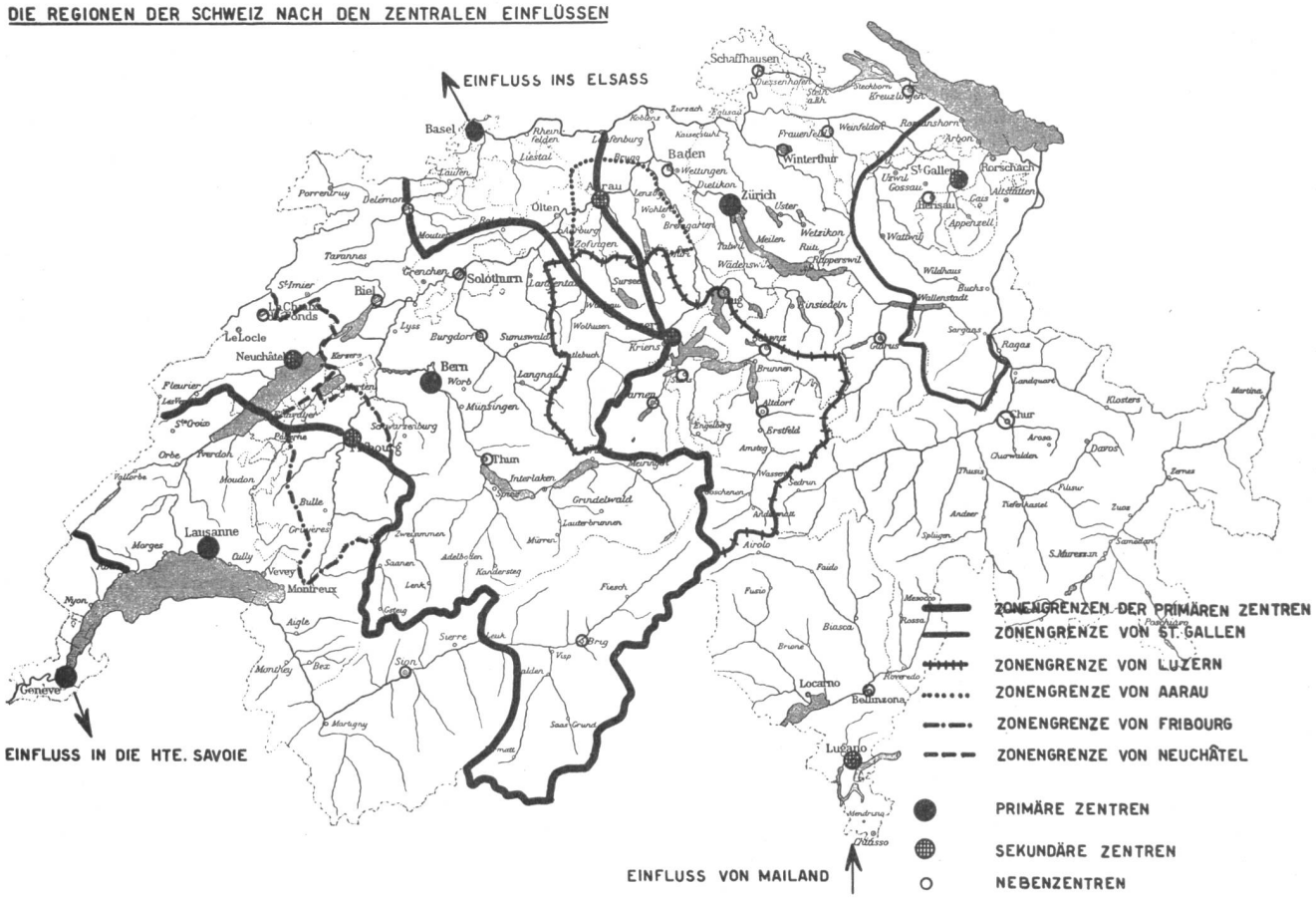
Nun könnte man sich schliesslich ein Spital vorstellen, welches das ganze Land versorgt. Wir hätten dann das *Landesspital*, wie es als spezialisierte Anstalt tatsächlich bestehen könnte.

Würde man in einem relativ gleichförmigen Land eine Spitalplanung durchzuführen haben, könnten diese Regionen eine sehr wichtige Rolle spielen. Man würde die tiefste Einheit wählen, die ein vollequipiertes Spital trüge, würde auch die optimale Betriebsgrösse zu errechnen suchen, um im Gegenverfahren die zugehörige Gebietsgrösse zu bestimmen, alles unter Berücksichtigung der Verkehrslage, um schliesslich ein Netz von Spitalregionen gleicher Wertigkeit zu legen, denen möglicherweise ein Medical Center mit Ausbildungs- und Forschungsfunktionen übergeordnet wäre. Ansätze zu einer solchen Ordnung sind auch in unserm Land vorhanden. Nun hat sich aber darüber ein völlig anderes System gelagert, das zur räumlichen Erfassung auch eine annähernd hierarchische Bedeutungsstufung aufweist.

Diese Bedeutungsstufung läuft praktisch parallel mit der Bedeutung des Standortes. Um dieses System besser zu verstehen, ist es unerlässlich, einen kurzen Einblick in die Struktur unseres Landes zu vermitteln.



DIE REGIONEN DER SCHWEIZ NACH DEN ZENTRALEN EINFLÜSSEN



Die Struktur der Schweiz ist charakterisiert durch die Vielzahl wirtschaftlicher Kleinregionen, über die sich die Einflusszonen der primären und sekundären Zentren legen. Nicht immer ist die Spitalregion mit der Wirtschaftsregion identisch. Die Spitalregion richtet sich häufig nach politischen Bezirken, die aber längst nicht mehr mit den wirklich funktionierenden, zusammenhängenden Kleinregionen übereinstimmen.

Die Struktur unseres Landes baut auf der Gemeinde auf. In der Regel beschlägt die Gemeinde ein Gebiet von einigen Quadratkilometern. Die Mehrheit der Bevölkerung, vor allem Handwerk, Gewerbe, Handel, Verkehr, andere Dienste, Industrie usw. sind in einer Ortschaft, dem kulturellen und wirtschaftlichen Zentrum der Gemeinde, konzentriert. Der übrige Teil lebt in Einzelhofsiedlungen oder Weilern auf dem offenen Lande zerstreut. Mehrere solcher Gemeinden richten sich auf eine grössere und besser ausgestattete Ortschaft aus. Diese Ortschaft wird zum Einkaufszentrum für alles, was nicht zum täglichen Gebrauch in der eigenen Gemeinde erworben werden kann. Die Auswahl der Ladengeschäfte ist reichhaltiger, das Gewerbe differenzierter, die Verkehrslage besser, die Dienste (Aerzte, Juristen, Agenten von Versicherungen usw.) reichhaltiger, und die Bauart ist städtischer. Warum gerade diese und nicht die benachbarte Ortschaft zum Mittelpunkt wurde, hängt oft mit historischen Geschehnissen zusammen, z. B. mit der Verleihung des Markt- und Stadtrechtes, aber auch mit der bessern Verkehrslage, mit der wirtschaftlich bessern Entwicklung, die in einer frühern Industrialisierung ihren Grund haben kann.

Schliesslich kann auch die politische Organisation dazu beitragen (Bezirkshauptort). An einem solchen Ort finden sich gewöhnlich auch spezielle Schulen, wie Gewerbeschule, Fortbildungsschule, Handelsschule, gelegentlich sogar eine Mittelschule oder wenigstens die untern Klassen einer solchen. Es sind somit verschiedene Einrichtungen, welche die Bewohner der umliegenden Gemeinden veranlassen, sich zusätzlich auf diese Ortschaft auszurichten. Damit entsteht ein System von Wechselbeziehungen (Handel, Gewerbe, Ausbildung, Unterhaltung usw.), welche die Kleinregion mit dem kleinregionalen Zentrum begründen. Von der zentralen Ortschaft aus gesehen wird der zugehörige Einzugsbereich gewissermassen zum offenen Land (kleinregionale Zentren sind häufig historische Landstädtchen), wie von der Ortschaft her das übrige Gemeindegebiet, gleichgültig, wie viele Weiler es enthalte. Damit ist bereits auf dieser Ebene eine deutliche Bedeutungsstufung gegeben, die sich nun aber auch nach oben hin fortsetzt. Der Einzugsbereich einer Kleinregion ist für gewöhnlich zu klein, um ein Zentrum vollständig auszugestalten und zu unterhalten. Meistens erträgt es noch keine Mittelschule, eigentliche Spezialgeschäfte sind selten, ebenso selten finden sich Grossisten, Spezialärzte, spezialisierte Gewerbe usw. Alle diese nötigen, aber auf ein grösseres Hinterland angewiesenen Stadtelemente finden sich erst in der Mittelstadt, die ihrerseits Mittelpunkt einer Mittelregion ist. Gleichzeitig ist sie aber auch Mittelpunkt einer ihr zugehörigen Kleinregion. Ihre höhern Funktionen dienen ihr nicht allein, sondern kommen nun mehreren Kleinregionen zugut, die sich auf sie als mittelregionales Zentrum ausgerichtet haben. Eine ähnliche Stufung findet nochmals in Richtung Großstadt, bzw. Grossregion statt. Hier sitzen die Importeure, Spezialisten aller Kategorien, solche die es überhaupt nur hier gibt und solche die sich innerhalb ihres Spezialfaches nochmals spezialisierten. Hier finden sich aber auch alle Ausbildungsmöglichkeiten, welche das Land überhaupt zu bieten hat, wissenschaftliche und kulturelle Institutionen von übergeordnetem Rang. Daneben aber auch alles, was schon der Ort, das kleinregionale Zentrum und das mittelregionale Zentrum bieten. Neben der Funktion als grossregionales Zentrum ist die Großstadt auch Zentrum einer Mittel- und einer Kleinregion. Sie ist Dorf und Stadt zugleich. Ihr Einzugsbereich erstreckt sich über verschiedene Mittelregionen und damit auch über zahlreiche Kleinregionen.

Es ist nun unschwer, sich auszudenken, dass sich auch im Spitalwesen eine ähnliche Bedeutungsstufung ergeben hat. Das Lokalspital wäre demnach eine undifferenzierte Einzelanstalt, meist ohne vollamtliche ärztliche Versorgung, mit starkem Einschlag zur Pflegeanstalt hin. Dem kleinregionalen Zentrum wäre das Gruppenspital zugehörig, dem mittelregionalen Zentrum die Spitalgruppe und dem grossregionales Zentrum das Medical Center, oder anders gesagt, das grossregionale Zentrum ist auch medizinisches Zentrum der Grossregion. Diese Stufung ist demnach primär keine solche der Grössenordnung, sondern des medizinischen Bereiches einer Anstalt und ihrer Organisation. Im Grossen gesehen ist dies tatsächlich die heutige Organisation des schweizerischen Spitalwesens. Dazu spielen allerdings wieder politische (Grenzen), soziologische Faktoren und solche der sehr unterschiedlichen Bevölkerungsdichte hinein; so dass auch viele Abweichungen zu konstatieren sind, was indessen am Grundschema keinen Abbruch tut.

Das bedeutet nun allerdings, dass eine mehr oder weniger deutliche Abgrenzung der medizinischen Bereiche zwischen den einzelnen räumlichen Spitalfunktionen gezogen werden müsste, ebenso wie im ersten System, das wir erwähnten, dem System annähernd gleichwertiger Räume, eben diese Spitalräume begrenzt werden müssten. Nun ist, abgesehen von einzelnen Fälle, weder das eine noch das andere im Sinne einer Planung geschehen. Sowohl die Räume als auch die Sachbereiche überschneiden sich mannigfaltig, womit, was nicht verschwiegen werden darf, manchen Orts eine recht ansehnliche Doppelspurigkeit entstanden ist. Nun ist allerdings eine gewisse räumliche oder sachliche Doppelspurigkeit auch bei einer geplanten Verteilung nicht zu vermeiden. Keine Planung kann bis an die Grenzwerte gezogen werden, Ueberschnitte, bzw. eine gewisse Toleranz sind nötig, um der künftigen Entwicklung Spielraum zu lassen. Aber die Doppelspurigkeit kann auf ein erträgliches Ausmass reduziert werden.

Für unsere Zwecke ist indessen wichtig, festzuhalten, dass die räumliche Funktion einer Krankenanstalt gleichzeitig auch eine Bedeutungsstufung enthält, die in der Regel mit einer entsprechenden Begrenzung oder Ausdehnung des medizinischen Bereiches verbunden ist. Eine wesentliche Ausnahme kann allerdings das Stadtspital einer Großstadt machen, weil sich da allenfalls genügend Mittel und eine genügende Frequenz finden, um die

Equipierung nach den Maßstäben einer sonst räumlich höher bewerteten Anstalt vornehmen zu können. Grundsätzlich aber können nach der räumlichen Funktion folgende Anstaltsformen unterschieden werden:

Lokalspital: Stadtspital, Quartierspital, Gemeindespital: *Einzelspital.*

Kleinregionalspital: Kreisspital, Bezirksspital: *Gruppenspital.*

Mittelregionalspital: Kantonsspital: *Spitalgruppe.*

Grosregionalspital: Universitätsspital: *Medical Center.*

Anstaltsformen nach dem Standort

Die Standortswahl eines allgemeinen Spitals ist, oberflächlich betrachtet, relativ frei. Demgegenüber sind einige Spezialanstalten standortsgebunden. Es sind dies vor allem solche Anstalten, welche das Klima als Heilfaktor miteinbeziehen, ferner Bäder, dann Anstalten, die z. B. ruhige Lage, Wandern usw. mit zur Therapie rechnen. Es sind dies die *standortsgebundenen Anstalten* im engern Sinne des Wortes. Die bedeutendste Gruppe der standortsgebundenen Anstalten stellen die Lungensanatorien.

Die allgemeinen Anstalten sind allerdings in der Standortswahl nicht so frei, wie das zunächst scheinen möchte. Sie sind es um so weniger, je mehr Anstalten vorhanden, bzw. je mehr Gebiete bereits versorgt sind. Aber auch innerhalb eines gegebenen Einzugsbereiches ist der Standort nur relativ frei. Er hängt von verschiedenen Bedingungen ab. Man kann daher mit Recht von *standortsbedingten Anstalten* reden.

Das bedarf der Erklärung. Nach dem, was im vorangegangenen Abschnitt dargelegt wurde, kann sich nicht jede beliebige Ortschaft eines Gebietes als Spitalstandort eignen. Die Anstalt muss strukturell richtig eingefügt werden. Damit erhebt sich erneut die Frage, wie sie schon eingangs gestellt wurde, ob die Spitalverteilung der Bevölkerungsverteilung zu folgen habe oder ob durch die Standortswahl allenfalls eine Korrektur der übrigen Struktur möglich wäre.

Die Regel ist, dass das Spital, als ein wichtiger Dienst für die Bevölkerung, der allgemein strukturellen Entwicklung folgen sollte. Im Einzelfall sind korrigierende Abweichungen denkbar. Man denke sich eine Region, die strukturell noch wenig ausgebildet ist, die also über kein eindeutiges Zentrum verfügt oder wo zwei Ortschaften oder mehrere Orte um die Bedeutung des Zentrums im Wettbewerb liegen. Man glaube nicht, dass dies eine theoretische Annahme sei. Diese Regionen gibt es. Es gibt sie in Gebieten, wo ein historisches Zentrum in der ländlichen Wirtschaft (Märkte usw.) verharrte, während sich die umliegenden Orte stark industrialisieren und damit eine stärkere Entwicklung nahmen als das Zentrum selbst. Es gibt sie auch in Gebieten, die früher einmal nach einem Zentrum ausgerichtet waren, das aus irgendwelchen Gründen, politischen oder wirtschaftlichen, seine Funktionen nicht mehr auszuüben imstande ist. Es gibt sie schliesslich auch da, wo künstlich neue Regionen gebildet wurden, die über die Kleinregion hinaus sich nicht richtig zu organisieren vermochten. Da nun zweifellos ein Spital die Bedeutung eines Ortes erhöht, immer im Rahmen anderer Bedeutungsfaktoren (spezielle Schulen, Sitz von Behörden, spezialisierte Geschäfte usw.), kann mit der überlegten Standortswahl durch ein Spital, besonders in der Kleinregion, das strukturelle Gefüge des Gebietes beeinflusst werden. Dabei ist nicht zu vergessen, dass eine falsche Standortswahl nicht nur ein solches Gefüge stören, sondern auch die dem Spital zugedachte Bedeutung herabmindern kann. Es bestehen hier enge Wechselbeziehungen. Man wird sich daher sehr gut zu überlegen haben, welches im Einzelfall die Bedingungen sind, die ein Spitalstandort zu erfüllen hat.

1. Der Standort soll gemäss der Bedeutung des Spitals gewählt werden.

Man soll ein kleinregionales Spital nicht in der bedeutungsunwichtigsten Gemeinde der Region erstellen. Die Anstalt wird sonst zum überdimensionierten Lokalspital degradiert. Das gilt sinngemäss auch für Anstalten höherer Bedeutung.

2. Der Standort soll im Rahmen seines Einzugsbereiches eine bestmögliche Verkehrslage aufweisen.

Gewöhnlich fallen gute Verkehrslage und zentrale Bedeutung einer Ortchaft zusammen. Jedenfalls ist es nicht nötig, die Anstalt im theoretisch besten Verkehrspunkt aufzustellen, sondern in dem Punkt, auf den sich eine Region verkehrsmässig ausgerichtet hat. Mit der weitgehenden Rückkehr des Individualverkehrs auf die Strasse ist die absolute Verkehrslage (Lage zu Eisenbahnlinien) nicht mehr so entscheidend wie auch schon. Stellt sich die Wahl zwischen einem erstklassigen Verkehrsknotenpunkt und einem zentralen Ort, dann würde ich dem letzteren den Vorzug geben.

3. Der Standort soll im Bereich der grössten Bevölkerungsdichte gewählt werden.

Diese Bedingung ist eine ökonomische insofern, als man der Mehrheit der möglichen Patienten nicht längere Wege als nötig zumuten soll. In der Regel wird auch diese Bedingung mit der ersten zusammenfallen. Schwierig ist die Entscheidung in Regionen, die keine ausgesprochene Bevölkerungskonzentration aufweisen, sondern relativ gleichmässig besiedelt sind. In solchen Fällen wird man es jedoch mit Regionen zu tun haben, die strukturell wenig entwickelt sind; in schwierigen Fällen wird eine Gebietsanalyse abklären müssen, wo der richtige Standort zu suchen ist. Auf jeden Fall ist ein solches Vorgehen besser, als die Entscheidung politisch zu suchen.

4. Der Standort soll so gewählt werden, dass möglichst geringe Ueberschneidungen mit Einzugsbereichen benachbarter Spitäler zu erwarten sind.

Diese Bedingung kann dann sehr schwer zu erfüllen sein, wenn benachbarte Anstalten falsch placiert sind. In solchen Fällen hilft keine gene-

relle Richtlinie, sondern nur eine gewissenhafte Untersuchung. Je nach dem wird man die Ueberschneidung in Kauf nehmen müssen oder aber den Standort verlegen.

5. Der Standort soll nicht allein von den gegebenen Verhältnissen her gewählt werden, sondern es sind auch künftige Entwicklungsmöglichkeiten zu berücksichtigen.

Das gilt nicht nur für die Entwicklung des Spitals selber, sondern ebenso sehr für die Entwicklung der Region. Unsere Zeit ist dadurch charakterisiert, dass sie bemüht ist, allzu sehr auf Mass, zu stark für das gerade errechenbare Bedürfnis zu disponieren. Die Vorstellung, dass die Bevölkerung weiterhin zunehmen wird, die Möglichkeit einer noch zunehmenden Spitalfreudigkeit, aus Gründen, wie sie schon früher dargelegt wurden, diese Tatbestände, auch wenn sie nicht heute schon «real» sind, finden im allgemeinen wenig Berücksichtigung. Es ist, als ob leere Spitalbetten, Reserven, ein grösseres Uebel wären, als Patienten, die man aus Raumnot abweisen muss. Das zeigt, wie wichtig auch der lokale Standort ist.

Ehe wir indessen vom lokalen Standort sprechen, haben wir festzustellen, dass bei den standortsbedingten Anstalten zwei Formen zu unterscheiden sind:

— zentrale Anstalt: Anstalten, die im zentralen Punkt ihres Einzugsbereiches liegen;
— periphere Anstalten: Anstalten, deren Standort nach der Bedeutung der Ortschaft und nach der sonstigen Lage abseitig zum Einzugsbereich liegt.

Der lokale Standort, d. h. die Lage zur Stammortschaft, spielt sowohl im Hinblick auf die künftige Entwicklung eines Spitals aber auch angesichts der Verhältnisse in unsern Städten eine nicht unwichtige Rolle. Es ist nicht uninteressant, festzustellen, dass schon unsere Vorfahren das Spital nach Möglichkeit abseits der Siedlung errichteten. Nur waren die Gründe etwas anders, als wenn man heute zu ähnlichen Empfehlungen kommt. Es ist leider schon so, dass die Mehrzahl der städtischen und auch dörflichen Wohnungen primitivsten wohnhygienischen Anforderungen nicht genügen. Zwar sind sie komfortabel ausgerüstet, mit Kalt- und Warmwasser, Eisschrank und vollautomatischer Waschmaschine. Was sie uns aber nicht zu bieten vermögen, das ist Ruhe, Ruhe vor dem Strassenlärm, gute Luft, genügende Besonnung und Belüftung, Lage in grüner Umgebung, Isolierung vor dem täglichen Arbeitsrhythmus. Wenn wir schon nicht fähig sind, unsere Städte so zu bauen, dass wir wenigstens ab zehn Uhr abends ohne motorische Knalleffekte schlafen können, dann sollen wir wenigstens dafür sorgen, dass die Kranken ein Milieu finden, wo man Fenster öffnen darf, ohne dass sich das Zimmer mit Benzingestank füllt und zum Vibrator der Explosionen wird, die unsere tägliche Musik erzeugen. Auch sollen sie nicht dazu verdammt werden, ständig dieselbe Fassade betrachten zu müssen, oder allein durch die Umgebung laufend an die eigenen, nun ruhenden Geschäfte erinnert zu werden. Es ist selbstverständlich, dass ein Spital so modern und so gut wie möglich ausgebaut wird. Ebenso selbstverständlich sollte es sein, dass auch die Umgebung mit in die Zweckbestimmungen einbezogen wird. Das führt zu einer ersten Forderung:

a) Der lokale Standort eines Spitals soll so gewählt werden, dass es vom üblichen Lärm (Verkehr, Industrie usw.) einer Siedlung isoliert ist, lokalklimatisch günstige Verhältnisse aufweist und über die engere Umgebung hinaus im Grünen liegt.

Als Beispiel (man erlaube dies, obgleich namentliche Beispiele tunlich vermieden wurden), gelte der Standort des neuen Kantonsspitals von Schaffhausen. In erhöhter Lage, eingebettet im Wald, in einer genügenden Lichtung, könnte es nicht besser placiert sein. Die Lage ist so gut, dass die Patienten häufig auf die Wirkung der Klimaanlage verzichten und das offene Fenster vorziehen.

b) Der lokale Standort soll eine planvolle Erneuerung, Erweiterung und Umgestaltung erlauben.

Standorte, die von allem Anfang an auf Mass gewählt wurden, erweisen sich sehr bald als unzweckmässig und zu knapp. Das doppelte Bauvolumen mit genügenden Abständen und Grünanlagen ist eine Faustregel, die bei der Wahl des lokalen Standortes eines Spitals berücksichtigt werden sollte.

c) Die weitere Umgebung eines Spitals soll durch planliche und andere öffentliche Massnahmen vor störender Ueberbauung geschützt sein.

Mancher vorhandene Spitalstandort ist zu seiner Zeit richtig ausgewählt worden. Im Laufe der Zeit ist er jedoch von der Ueberbauung und von Verkehrsstrassen umklammert worden, so dass er nun, im Falle einer Erweiterung oder eines Neubaues, verlassen werden muss.

d) Der Standort soll im Rahmen des Ortsplanes unter Berücksichtigung der künftigen Entwicklung des Ortes gewählt werden.

Alle die vorstehenden Bedingungen sind nur dann sinnvoll, wenn sie nicht allein für den Augenblick zutreffen, sondern jedenfalls für eine menschlich absehbare Zeit gesichert erscheinen. Das ist nur zu erreichen, wenn die Entwicklung einer Ortschaft wenigstens generell geregelt ist.

e) Die Zufahrtsverhältnisse des Standortes sollen günstig sein.

Das heisst nun keineswegs, dass ein Spital gewissermassen im Zentrum einer Ortschaft liegen soll. Im Gegenteil; sind doch heute die zentralen Gebiete einer Ortschaft, jedenfalls einer grössern, mehrheitlich verkehrsmässig stark belastet. Der Standort sollte vielmehr Umfahrungsmöglichkeiten frequentierter Verkehrswege erlauben. Auch hier ist es nötig, den Standort im gesamten Zusammenhang mit dem lokalen und regionalen Verkehrssystem zu studieren.

Selbstverständlich sind ideale Bedingungen nur selten zu erfüllen. Jeder Standort wird seine Vor-

und Nachteile haben. Man wird eine Bewertungsbilanz versuchen, um abschliessend in Kenntnis aller Umstände entscheiden zu können. In welcher Richtung die Nachteile in Kauf genommen werden können, ergibt sich aus der sinngemässen Interpretation der Bedingungen. Eine lockere, niedere Ueberbauung in der mittelbaren Nachbarschaft ist einer massiven Mehrfamilienhaus-Ueberbauung vorzuziehen. Eine ausreichende Ruhezone wiegt eine bessere, lokale Verkehrslage auf.

Wollte man die Spitäler nach ihrer lokalen Lage einteilen, so ist es nur ein Gesichtspunkt, der entscheidet, nämlich der richtig oder falsch gewählte Standort.

Schliesslich, im Rahmen der Standortsbetrachtungen, ist noch eine dritte Form von Anstalten zu erwähnen, die relativ frei in der Standortswahl sind. Es sind dies Spezialanstalten, die eine bestimmte Krankheitsgruppe versorgen, jedoch keinen bestimmten Einzugsbereich anzielen und auch von keinerlei besondern Standortsvoraussetzungen abhängen. Hier mögen die allgemeine Verkehrslage, Bodenpreise, Klimagegebenheiten, landschaftliche Lage und andere vielleicht auch speziellere Ueberlegungen zur Standortswahl führen. Man wird hier von Fall zu Fall zu entscheiden haben.

Zusammenfassend sind nach dem Standort

— standortsgebundene,
— standortsbedingte und
— standortsfreie Anstalten zu unterscheiden.

Fortsetzung in Nr. 6/7, 1955.

MITTEILUNGEN DER SCHWEIZ. VEREINIGUNG FÜR LANDESPLANUNG
COMMUNICATIONS DE L'ASSOCIATION SUISSE POUR LE PLAN D'AMÉNAGEMENT NATIONAL

Geschäftsbericht

für den Zeitraum vom 1. Januar 1953 bis 31. Dezember 1954

Landesplanung

Unseren Mitgliedern ist in den letzten Jahren bei zahlreichen Gelegenheiten bewusst geworden, dass die Lösung der grossen und entscheidenden Probleme der Landesplanung noch bevorsteht.

Landesplanung ist mehr als nur Gestaltung im Räumlichen, wenn sich vielleicht auch eine Quartier- oder Gemeindeplanung darin im wesentlichen erschöpfen kann. Ein Landesplaner nimmt die Aufgabe der Gestaltung des *Lebensraumes* auf sich; er will die zahlreichen Faktoren, welche das menschliche Zusammenleben ermöglichen, sinnvoll ordnen, in Harmonie bringen. Dem Planer stellt sich z. B. das Problem der Verkehrsregelung nicht nur von der geographischen oder soziologischen Seite. Wenn der Agronom, der Ingenieur und der Verbandssekretär «ihre» Hauptstrassenroute festgelegt haben, muss der Landesplaner die *Synthese* herstellen, er muss jene Route finden, die von allen Gesichtspunkten und damit vom *landesplanerischen* Gesichtspunkt aus die beste ist. Die gleiche Aufgabe stellt ihm, um ein weiteres Beispiel zu nennen, die Beratung über den Standort neuer Industrien. Natürlich hat auch hier der Fachmann des entsprechenden Berufszweiges das entscheidende Wort, aber er wird schliesslich mit dem Bevölkerungsstatistiker und dem Juristen seinen Standpunkt vergleichen müssen, um zur Antwort auf die Frage nach der objektiv richtigen Lage einer neuen Fabrik oder eines ausländischen Tochterunternehmens zu kommen. In allen derartigen Fällen stellt sich dem Planer das *Problem eines sinnvollen Kompromisses wesentlicher Faktoren.* So ist es auch bei der Abgrenzung von Stadt und Land, bei der Einordnung von Industrie-, Landwirtschafts-, Handels- und Verkehrszentren.

Der Wunsch nach einer Synthese und nach einer Gesamtschau von höherer Warte aus tritt in so vielen praktischen Fällen an den Planer heran, dass er sich manchmal fragen muss, ob er die komplexe Aufgabe allein zu lösen vermag. Er ist sich aber bewusst, dass im Grunde genommen alle jene, die am öffentlichen Leben teilnehmen, mithelfen, diese Synthese zu finden und auszuführen.

Zur Landesplanung im weitesten Sinne sind unsere Parlamente, Regierungen, Verbände und politischen Parteien auf städtischer, kantonaler und eidgenössischer Ebene berufen. *Aufgabe unserer Vereinigung* ist es, immer wieder auf die noch oft verkannte dringende Notwendigkeit einer Gesamtschau hinzuweisen. Neben der praktischen Mitarbeit an Planungsproblemen steht die *Aufklärung über Grundlagen und Notwendigkeiten der Planung,* eine Aufklärungsarbeit also, die nicht nur die Behörden, sondern die ganze Oeffentlichkeit erfassen muss, um für eine sinnvolle und umfassende Einteilung des immer kostbarer werdenden Lebensraumes das *Verständnis und vielleicht sogar die Mitarbeit jedes einzelnen* zu finden.

Mitgliederversammlung 1953

Die achte Mitgliederversammlung unserer Vereinigung fand am 24. Oktober 1953 in Baden statt. Nach Rücktritt des verdienten Präsidenten, Herrn *Nationalrat Dr. A. Meili,* welcher die Geschicke der Landesplanung zehn Jahre geleitet hatte, wurde *Prof. Dr. H. Gutersohn* einstimmig zum neuen Präsidenten gewählt. Die Versammlung ernannte sodann Herrn *Nationalrat Dr. Meili* zum Ehrenmitglied der Vereinigung. In den Vorstand wurden neu aufgenommen die Herren *F. Lodewig,* Architekt, Basel, *J. Bernath,* Kantonsingenieur, Schaffhausen, *Rolf Meyer,* Architekt und Planer, Zürich, *L. Desbiolles,* ing. cant., Fribourg, *P. Aubry,* ing. civil, Tavannes, *Jean Vautier,* Chef du bureau du plan d'extension cantonal, Lausanne, und *Dr. M. Hottinger,* Rechtsanwalt und Architekt, Zürich, der auch in den Ausschuss gewählt wurde. Die Herren *A. Bodmer,* Chef des Regionalplanbüros Bern, und *F. Gampert,* Architekt, Genf, wurden in ihren Funktionen bestätigt. Ausgeschieden sind die Herren Prof. Amstutz, G. Perrenoud und Prof. F. T. Wahlen. Herr *Ing. W. Knoll* wurde als Revisor bestätigt. Als neue Mitglieder der Kontrollstelle wurden gewählt Herr *Insp. L. Frey* vom Eidg. Amt für Verkehr und Herr Arch. *W. Arnold,* Liestal. Die Regionalplanungsgruppe - Nordwestschweiz hatte durch ihre fachlich und graphisch hervorragende Ausstellung den Mitgliedern einen guten Ueberblick über die Planungsarbeiten im Raume Badens vermittelt. Diese Schau wurde nach dem festlichen Mittagessen durch Vorträge der Herren