

Das Dilemma von Planung und Betriebskonzeption

Autor(en): **Aeschbach, K.**

Objektyp: **Article**

Zeitschrift: **Das Schweizerische Rote Kreuz**

Band (Jahr): **82 (1973)**

Heft 4

PDF erstellt am: **12.07.2024**

Persistenter Link: <https://doi.org/10.5169/seals-548350>

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Inhalten der Zeitschriften. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern.

Die auf der Plattform e-periodica veröffentlichten Dokumente stehen für nicht-kommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung frei zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden.

Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des schriftlichen Einverständnisses der Rechteinhaber.

Haftungsausschluss

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

teil des Patienten einsetzt, der sich in seiner unterlegenen Position nicht oder kaum wehren kann.

Schlussbemerkungen

In einer kurzen Einführung in den Fragenkreis der Rolle des Patienten im Spital muss vieles offen und ausgelassen werden. So haben wir die Einflüsse des Alters und des Geschlechts hier vollständig ausser acht gelassen, trotzdem wir wissen, dass sie eine erhebliche Rolle spielen. Ebenfalls übergangen haben wir den Einfluss der Krankheit auf die Rolle des Patienten, dabei ist die Krankheitsart eine wesentliche Variable. Weiter müsste erwogen werden, welche Bedeutung das Spital als solches hat, das heisst ob Patientsein in verschiedenen Spitälern etwas Verschiedenes bedeuten kann. Auch die Dauer des Aufenthaltes und die Anzahl der Mitpatienten im Zimmer sind weitere Umstände, deren Einfluss genauer zu erfassen wäre.

Zudem darf die Rolle des Patienten nicht nur soziologisch gesehen werden – das ist ein Blickwinkel unter anderen –, es müsste auch auf den sozialpsychologischen und den psychologischen Aspekt verwiesen werden.

Die Berücksichtigung allein der soziologischen Aspekte der Rolle des Patienten gibt aber bereits mehr als genug Ansatzpunkte, was im Spital künftig vermehrt zu berücksichtigen wäre:

- Sind die Bezugspersonen des Patienten im Spital sich genügend all der Vorgänge bewusst, die bei einem Menschen vor sich gehen, wenn er den Rollenwechsel zum Patienten vornehmen muss?
- Hat die Krankenschwester das notwendige Einfühlungsvermögen in sozialpsychologische und soziologische Vorgänge beim Patienten? Wird in der Ausbildung in genügender Weise auf diese Probleme eingegangen?

Wenn unsere Ausführungen zur Folge haben, dass jeder Leser kritisch überprüft, wie er mit Patienten umgeht, dann wäre das Ziel des Artikels erreicht.

Das Dilemma von Planung und Betriebskonzeption

K. Aeschbach, Direktor des Kantonsspitals Aarau

Forscher in der ganzen Welt ringen um letzte Erkenntnisse des gesunden und kranken Lebens. Man schätzt, dass sich das medizinische Wissen etwa alle fünf Jahre verdoppelt. Diese Tatsache hat unmittelbaren Einfluss auf die Spitalmedizin. Die Untersuchungs- und Behandlungsmethoden werden ständig verbessert und verfeinert, und dazu müssen immer mehr technische Hilfsmittel beigezogen werden. Die Anforderungen an Räume, Einrichtungen, Betrieb und Personal im Spital können deshalb innert weniger Jahre vollständig ändern. Das heutige Spital ist also hinsichtlich Planung und Betriebskonzeption dadurch gekennzeichnet, dass es sich stetem Wandel, ständig notwendigen Änderungen anpassen muss.

In den letzten Jahren ist – nicht nur in unserem Lande – kaum ein grösseres Spital gebaut worden, bei welchem sich nicht Überraschungen oder sogar peinliche Zwischenfälle ereignet hätten. Diese lassen sich in vier wesentliche Gruppen einteilen:

- unerwartete Kostenüberschreitungen, feststellbar schon während des Baues oder nach dessen Beendigung;
- Einstellung der Bauarbeiten zur Neuprüfung der medizinischen oder betrieblichen Konzeption;
- Umbauarbeiten, zum Teil in erheblichem Ausmass, schon vor Bezug des Neubaus.
- Änderung der Zweckbestimmung von ganzen Raumgruppen, die bei der Planung als absolut notwendig erachtet worden waren.

Diese Erscheinungen sind für den heutigen Spitalbau bezeichnend, und es ist fraglich, ob sie sich je ganz vermeiden lassen.

Im Gegensatz zu privaten Bauten aller Art, ist die Ausgangslage bei einem Spitalbau komplexer und mit mannigfaltigen Inponderabilien belastet. Schon bei den Vorarbeiten zum Bau eines neuen Krankenhauses ist ein Widerstreit zwischen den vielen Interessierten mit unterschiedlichen Anforderungen unvermeidlich. Die Öffentlichkeit, also die künftigen Benützer, erwarten modernste, maximale medizinische Leistungen. In

der Regel werden sie durch die Ärzte vertreten, die über das notwendige Fachwissen verfügen und die entsprechenden Begehren zu formulieren wissen.

Die politischen Behörden aber sind verpflichtet, die Kosten in einem gegebenen Rahmen zu halten, das heisst natürlich, sie zu begrenzen. Schon diese Forderungen, beide legitim, klaffen in allen Fällen weit auseinander, und es ist fast nicht möglich, sie in eine befriedigende Übereinstimmung zu bringen. Erschwerend ist dabei, dass es sich um ein Unternehmen handelt, das vor der Öffentlichkeit verantwortlich werden muss und dass die für den Bau zuständigen Behörden Fehldispositionen zu vermeiden trachten und sich nach allen Seiten abzusichern suchen. Damit verbunden sind schwerwiegende Komplikationen, die unmittelbar zu Verzögerungen führen. Von der Idee, ein neues Krankenhaus zu bauen, bis zur Realisierung ist ein recht dornenvoller Weg über die Instanzen der Politik und der Verwaltung durchzustehen. Das braucht Zeit, sehr viel Zeit, und damit wird das grösste Problem deutlich: Es wird heute ein Krankenhaus geplant, das in der Regel nach etwa sechs bis acht Jahren bezogen werden kann und dann trotzdem den modernsten medizinischen, technischen und betriebswirtschaftlichen Bedürfnissen entsprechen soll. In einem Augenblick also, da die Entwicklung in allen Bereichen höchstens gehänt, aber nicht vorausgesehen werden kann, müssen definitive Entscheide gefällt werden.

Während die Kosten für einen Spitalneubau in der Regel ohne weiteres verkraftet werden können, so bereiten die erschreckend steigenden Betriebskosten den Finanzbehörden erhebliche Sorgen. Gegen die viel diskutierte Kostenexplosion in den Spitälern ist noch kein wirksames Rezept gefunden worden. Ein wenigstens teilweise taugliches Instrument, um die Kosten in den Griff zu bekommen, wäre eine definitive detaillierte Betriebskonzeption, die der Planung eines neuen Spitals zugrunde liegen, also

vorausgehen müsste. Ich kenne aber kein einziges Beispiel eines solchen Vorgehens, und deshalb drängt sich die Frage auf, ob es überhaupt möglich sei, durch eine umfassende Betriebskonzeption den Bau eines neuen Krankenhauses so zu beeinflussen, dass es dereinst in allen Teilen richtig und nach neuesten Erkenntnissen funktionieren kann.

Theoretisch kann diese Frage bejaht werden, wenn wir vor Beginn der Planung für das gesamte Spital und alle seine Teilbereiche wissen, wer wann was wo und wie tut. Dann sind alle Fakten bekannt, auf die der Planer angewiesen ist, um ein brauchbares Projekt auszuarbeiten. Aber die Beantwortung dieser kurzen Fragen kann nicht ohne umfangreiche Vorarbeiten erfolgen, die andere Gegebenheiten, zum Beispiel Einzugsgebiet, Standort, Kreditrahmen usw., mitberücksichtigen.

Aber der tatsächliche Werdegang sieht anders aus. Am Anfang steht eine Idee mit mehr oder weniger präzisen Vorstellungen über die medizinische Gliederung nach Disziplinen und über die notwendige Anzahl Betten. Auf Grund dieser zu vagen Vorstellung erfolgt die Projektierung und die Berechnung der Baukosten. Wie soll aber die kommende Entwicklung in die Planung miteinbezogen werden? Während wir den Bevölkerungszuwachs noch einigermaßen abzuschätzen vermögen, so ist das für die Entwicklung der Medizin während der langen Planungs- und Bauzeit nicht möglich. Es ist also ausserordentlich schwierig, heute festzustellen, welche Räume für den medizinischen Bereich im Zeitpunkt der Eröffnung zur Verfügung stehen müssen. Das Problem wäre höchst einfach zu lösen, wenn sich alle Beteiligten darüber einigen könnten, welcher medizinische Standort vorzusehen sei, am besten, wenn sie sich bewusst auf die heute bekannten Erkenntnisse und Methoden beschränken könnten. Aber welcher fortschrittliche Mediziner würde zu einem solchen Vorgehen Hand bieten, ohne sich zum vornherein dem Vorwurf auszusetzen, er hätte nicht weit genug vorausgeplant? Der Konflikt zwischen Planung heute und Bedürfnissen morgen, die in der Regel Jahre auseinander liegen, ist also offensichtlich. Es kommt dazu, dass die verschiedenen medizinischen Disziplinen selten an Bau und Ausrüstung genau jene Ansprüche stellen und zu stellen vermögen, die in die ursprüngliche Gesamtkonzeption hineinpassen, um einen ausgewogenen Betrieb sicherzustellen. Es liegt in der Natur der Medizin und auch der Ärzte, dass sie in ihrem Fachbereich ein Höchstmass an Leistung bieten möchten.

Diese Situation ist einer Betriebskonzeption nicht förderlich, denn sie hat eine Zielkonkurrenz statt eine Zielkongruenz zur Folge. Diese kompetent zu beurteilen, also Forderungen und Wünsche auf ein vertretbares Mass zurückzuschneiden, ist eine sehr un-

dankbare Aufgabe, insbesondere für Gremien, die dazu zwar verpflichtet, aber nicht fachkundig genug sind.

Im Krankenhaus hat zwar die Medizin nach wie vor das Primat, aber zu einer umfassenden Betriebskonzeption gehört eine wohlüberlegte Infrastruktur, also der notwendige technische, wirtschaftliche und organisatorische Unterbau eines hochentwickelten komplizierten Unternehmens. Etwas detaillierter aufgezählt würde das heissen, dass wir möglichst vollumfänglich Kenntnis haben müssen von der vorgesehenen Struktur- und Ablauforganisation, die uns als Grundlage für die Ausarbeitung des Stellenplanes dient. Wie aber könnten diese einigermaßen verbindlich festgelegt werden, ohne dass bereits entschieden ist, wie die Verpflegung organisiert, welche eigenen technischen Betriebe aufgebaut, welche Transportsysteme vorgesehen werden usw.? In diesen nur beispielsweise genannten Bereichen gibt es verschiedene Lösungen, die auch nach unterschiedlichen Kriterien beurteilt werden können. Das Wesentliche ist ohne Zweifel das Verhältnis zwischen Investitions- und Betriebskosten. Da stellen sich echte Optimierungsaufgaben. Fast ausnahmslos wird derjenigen Lösung der Vorzug zu geben sein, die zwar grössere Investitionen verlangt, aber die jährlich wiederkehrenden Betriebskosten so tief wie möglich hält. Das Personal, welches – nach den Studien der VESKA (Verband Schweizerischer Krankenanstalten) – die Betriebsrechnung schon jetzt am meisten belastet, wird nicht nur immer teurer, sondern auch immer schwieriger zu finden.

Damit glaube ich, die recht schwierigen Wechselwirkungen zwischen Spitalplanung und Betriebskonzeption dargelegt und gezeigt zu haben, dass es nicht möglich ist, den logisch richtigen Weg einzuschlagen, nämlich zuerst die Betriebskonzeption zu erarbeiten und alsdann zu planen. Die lange Planungs- und Bauzeit zwingt dazu, in verschiedenen Arbeitsgruppen, aber wohl koordiniert, parallel vorzugehen. Trotzdem bleibt der Bau eines grossen Krankenhauses eine Aufgabe, die alle Beteiligten überfordert; deshalb sind auch die eingangs erwähnten Überraschungen erklärlich, und sie werden nie ganz zu vermeiden sein.

Es wäre immerhin die Frage zu prüfen, ob es nicht Möglichkeiten gibt, um das ganze Vorgehen zu vereinfachen und abzukürzen. Versuche könnten zum Beispiel in folgenden Richtungen unternommen werden:

1. In den letzten ungefähr zehn Jahren sind viele Krankenhäuser verschiedener Grösse gebaut worden. Es ist anzunehmen, dass in fast allen Fällen jeweils neue Studien gemacht wurden. Wir können also davon ausgehen, dass nun eine Vielzahl von Erkenntnissen für die Lösung von Teilproblemen vorhanden ist. Es gilt, diese systematisch zu sammeln, zu sichten, zu beurteilen und daraus Richtlinien auf-

zustellen. Sie hätten künftig den Erstellern von neuen Krankenhäusern als verbindliche Vorgaben zu dienen. Eine Bettenstation, eine Operationsabteilung, ein Labor, eine Küche, eine Transportanlage müssen doch nicht immer wieder mit grossen geistigen Unkosten neu «erfunden» werden. Dieser Aufgabe könnte sich das neugegründete Krankenhausinstitut annehmen, und dieses wiederum könnte mit ähnlichen Institutionen im Ausland zusammenarbeiten.

2. Die Bauzeit muss mit allen Mitteln drastisch verkürzt werden. Das setzt voraus, dass ein bestehendes Spitalkonzept, zweckmässig modifiziert, übernommen und strikte durchgehalten wird. Die Wahrscheinlichkeit von Kostenüberschreitungen wäre erheblich kleiner, die Bauzinse würden vermindert und der Teuerungsfaktor bliebe im Rahmen des Überschaubaren.

Derselbe Zweck kann teilweise erreicht werden, indem ganz bewusst in kleineren, in sich geschlossenen Etappen gebaut wird. Diese Möglichkeit wurde in Aarau mit dem sogenannten Neubau Neurochirurgie durchgespielt. Nach Vorarbeiten von rund sechs Monaten hat der Grosse Rat im Juni 1972 das Projekt verabschiedet, und am 1. Februar 1973, also acht Monate später, wurde das Haus mit einem Behandlungsgeschoss, samt Operationssaal und Intensivpflegestation und vier weiteren Bettengeschossen mit total hundert Patientenbetten in Betrieb genommen; es scheint schon jetzt festzustehen, dass der gesprochene Kredit nicht überschritten wird. Während der ganzen Bauzeit wurde das Betriebskonzept überhaupt nicht mehr diskutiert!

3. Die Bauweise der Behandlungsgeschosse muss die grösstmögliche Flexibilität erreichen. Einer der bekanntesten Spitalfachleute hat einmal untersucht, welche Räume – abgesehen von den Bettengeschossen – noch denselben Zwecken dienen, für die sie ursprünglich geplant waren. Das Resultat war verblüffend: Im Verlaufe eines Jahrzehnts hatten fast alle der Räume eine andere Zweckbestimmung erhalten. Mit den heutigen Mitteln der Bautechnik muss es möglich sein, innerhalb der Aussenwände und der statisch notwendigen Konstruktion ohne grossen Aufwand Wände zu verschieben und zusätzliche Medienanschlüsse zu erstellen, um auf diese Weise jederzeit neuen Anforderungen genügen zu können.

Mit diesen Forderungen wird keineswegs der Uniformierung schweizerischer Krankenhäuser das Wort gesprochen. Aber wenn sie sich in Zukunft etwas ähnlicher sehen und etwas weniger deutlich den architektonischen Stempel des Erbauers tragen, so ist das sicher kein erheblicher Nachteil. Der Wirtschaftlichkeit im Bau und im Betrieb ist doch wohl der Vorzug zu geben.