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

Herausgeber: Bauen + Wohnen

Band: 29 (1975)

Heft: 5: Neue Wege im Krankenhausbau? = Nouveau procédé pour la construction d'hôpital? = New ways in hospital construction?

Artikel: Anregungen für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens und seiner baulichen Elemente = Suggestions pendant au perfectionnement de la santé publique et de ses constructions = Suggestions for further development of health services and constructional a...

Autor: Wischer, Roland

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-335212

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: 13.07.2025

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

Robert Wischer

Anregungen für die Weiterentwicklung des Gesundheitswesens und seiner baulichen Elemente

Suggestions pendant au perfectionnement de la santé publique et de ses constructions

Suggestions for further development of health services and constructional aspects

Das isolierte Krankenhaus sollte dem Gesundheitszentrum weichen.
Der Rehabilitationssektor sollte ausgebaut werden bei gleichzeitigem Abbau des Heimsektors.
Die Akutbettenzahl wird langfristig abnehmen müssen und können. Das Prinzip freier Arztwahl und freier Praxis wird in den Gesundheitszentren neue Anziehungskraft erhalten.
Die Stadtplanung wird mehr sozialen Gesichtspunkten bei der Ordnung von Räumen und Regionen folgen. In ihnen wird der Hausarzt im Quartier, das Gesundheitszentrum im Bezirk und das Haus der Spitzenversorgung im Schwerpunkt der Region die alte Bedeutung neu gewinnen.

L'hôpital isolé doit faire place au centre hospitalier général.
Le secteur de réadaptation doit s'accroître en même temps que doit décroître le secteur purement thérapeutique.
A longue échéance, le nombre de lits pour soins intensifs devra et pourra s'amenuiser.
Dans ces centres hospitaliers, le libre choix du médecin et les consultations privées retrouveront leur attrait. Dans sa démarche de mise en ordre des espaces et des régions, l'urbanisme intégrera plus de facteurs sociaux. Dans ce contexte tous les éléments retrouveront leur signification passée: Le médecin de famille dans le quartier, le centre hospitalier général dans le district et l'hôpital pour soins intensifs au centre de gravité de toute la région.

The isolated hospital ought to give way to the health centre.
The rehabilitation sector should be expanded simultaneously with a reduction of the hospitalization sector.
In the long run, the number of beds for acute cases will have be to reduced, and this will have to be made possible. The principle of independent choice of physician and of free practice will be given a new lease on life in the health centres.
Town-planning will be done increasingly in line with social standpoints, and this will be reflected in the articulation of building tracts and regions. Within this new context, the family doctor in the neighbourhood, the health centre in the administrative region and the specialized medical centre in the chief town of the region will recover their old significance.

Die Situation des Gesundheitswesens in Deutschland ist zur Zeit charakterisiert durch

- unerwartet rasch steigende Kosten, besonders im Bereich stationärer Versorgung,
- fehlende Finanzierungsmittel für Neubaumaßnahmen,
- Krankenhauspläne, die durch neueste Bevölkerungsentwicklungen zum Teil dringend revisionsbedürftig sind,
- die Zunahme von Verordnungen zur Vereinheitlichung des Krankenhausbaues,
- Unbehagen über die Effizienz und Qualität des Gesundheitswesens insgesamt und in bezug auf Randgruppen (Psychiatrie, Geriatrie).

Es fehlt nicht an Vorschlägen mit globalem Anspruch; es fehlt jedoch an realisierbaren Einzelmodellen, die in sich so komplett und ausgewogen sind, daß Erfolgsmessungen möglich würden. Im folgenden sollen einige Anregungen dazu gegeben werden, die im Rahmen einer konkreten Aufgabe erarbeitet wurden. Oberstes Ziel dabei war, Bettenüberkapazitäten (kostenträchtigster Faktor im Gesundheitswesen) zu vermeiden und möglichst alle Bevölkerungsgruppen gleich gut zu versorgen.

Mittel dazu sind:

1. ein komplettes Leistungsangebot für alle Versorgungsarten und Zielgruppen
2. ein bevölkerungsnahes Leistungsangebot
3. ein neutrales Nutzungsangebot von Bau und Raum

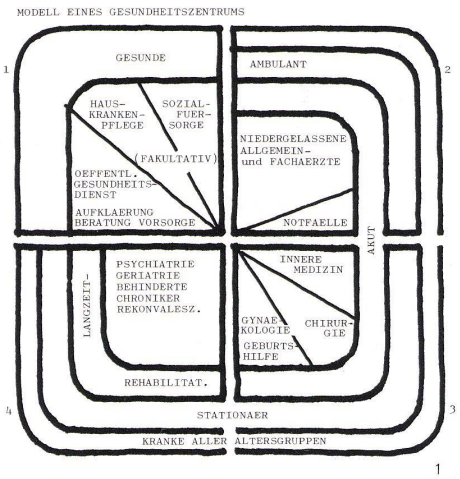
1. Anregung für ein komplettes Leistungsangebot

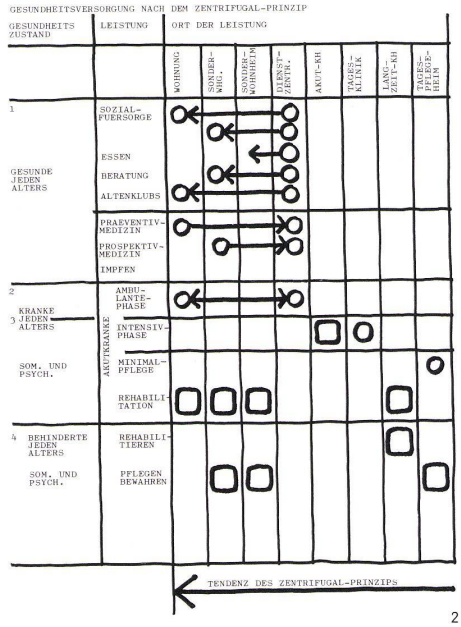
Es umfaßt der Art nach 4 Stufen:

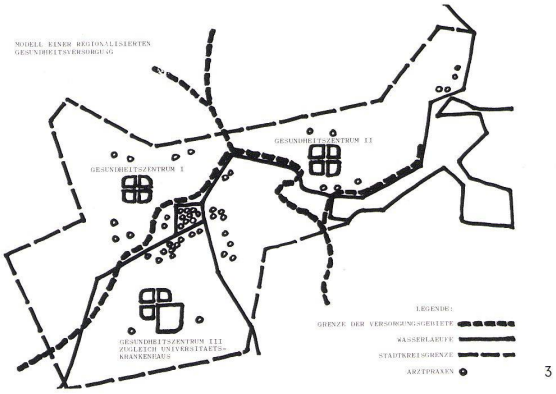
Stufe 1 umfaßt den öffentlichen Gesundheitsdienst mit den Aufgaben der Gesundheitsaufklärung, Gesundheitsvor- und -fürsorge, usw.
Stufe 2 bildet die ambulante Versorgung durch niedergelassene Allgemeinärzte und Fachärzte. In dieser Stufe wird die Hauptmenge ärztlicher Versorgung geleistet. Die ambulante Versorgung steht im Spannungsfeld zwischen dem in seiner Bedeutung zunehmenden Hausarzt im Wohnquartier und den für konsiliarische Kooperation mehr zentralisierten Praxen der Fachärzte. Die Bedeutung der ambulanten Betreuung durch die Universitätspolikliniken ist vergleichsweise gering. Sie leidet unter der zur Zeit kaum praktizierten Heimversorgung der Patienten und der eingeschränkten freien Arztwahl.
Stufe 3 bildet die stationäre Versorgung akutkranker Patienten mit der in den Krankenhausplänen üblichen Gliederung. Nach diesen sollen die kleinen Häuser (unter 300 Betten) zugunsten größerer Häuser der Regelversorgung aufgelöst werden, während gleichzeitig die Häuser der Spitzenversorgung ausgebaut werden. Daraus läßt sich ein Trend zur Zentralisierung und weitergehenden Spezialisierung ablesen, der im Widerspruch steht zum steigenden Bedarf gemeindenaher Grundversorgung im immer schwerer gegeneinander abgrenzbaren Bereich ambulanter (Stufe 2) und stationärer (Stufe 3) Versorgung; d. h., der Trend der Medizin geht nach wie vor zur Zentralisierung und Spezialisierung. Der Bedarf liegt in ganzheitlicher Leistung an der Peripherie.
Stufe 4 umfaßt den heute noch unterentwickelten Bereich der Versorgung Langzeit- und chronisch Kranker, unfallgeschädigter und vor allem behinderter, alterskranker und psychiatrischer Patienten. Da heute Einrichtungen der Stufe 4 kaum vorhanden sind, werden diese Patientengruppen entweder in den Einrichtungen der Stufe 3 aufgenommen, wodurch sie 20 bis 30% der teuren Akutbetten blockieren, oder sie liegen in Spezialeinrichtungen (psychiatrische Landeskrankenhäuser, Altenpflegeheime, Behindertenheime) mit geringen rehabilitativen Möglichkeiten, oder aber sie finden zur Zeit gar keine Behandlung. Über das Rehabilitationspotential dieser Gruppen gibt es unterschiedliche Aussagen. Selbst wenn es nicht bei 80% (englische Quelle), sondern darunter liegt, lohnten sich Anstrengungen auf diesem Gebiet, um Not zu lindern und den stationären Bereich nachhaltig zu entlasten.
Werden die vorgenannten 4 Stufen verknüpft, sind erhebliche ökonomische und qualitative Verbesserungen zu erwarten. Hierbei bieten sich die größten Vorteile durch die Verknüpfung von Stufe 2 (ambulante Versorgung) mit Stufe 3 (stationäre Versorgung). Die geläufigsten Modelle hierfür sind:

a) das Belegkrankenhaus
b) das die ambulante Versorgung wahrnehmende Krankenhaus (z. B. die Universitätskliniken mit ihren Polikliniken)
c) institutionalisierte Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten im ambulanten und angestellten Ärzten im stationären Bereich. Modelle hierfür gibt es noch nicht.

Die weitere Entwicklung auf diesem Gebiet wird politisch entschieden und von den örtlichen Verhältnissen abhängen. In jedem Falle sollte jedoch die Kontinuität der Versorgung des Patienten im Stadium ambulanter und stationärer fachärztlicher Behandlung sichergestellt werden und damit die Ausnutzung gemeinsamen diagnostischen Potentials.
Die notwendige Aktivierung des öffentlichen Gesundheitsdienstes im Bereich von Aufklärung, Präventiv- und Prospektivmedizin würde durch die Kombination mit Stufe 2, 3 und 4 mit Sicherheit gefördert. In Entwicklungsländern gibt es dafür faszinierende Beispiele.
Die Verknüpfung von Stufe 3 mit Stufe 4 würde den Akutsektor entlasten, Altenpflegeheime in weiten Bereichen überflüssig machen und zur allgemein empfohlenen Auflösung der psychiatrischen Landeskrankenhäuser beitragen sowie einen Beitrag zu rascher und gründlicher Wiederherstellung nach akuter Erkrankung leisten. Da in diesem Bereich die Übergänge zwischen stationärer, halbstationärer und ambulanter Versorgung besonders gleitend sind, empfiehlt sich die Verknüpfung von Stufe 2 mit Stufe 4.
Es wird empfohlen, der Stufe 1 Sozialdienste (z. B. Essen auf Rädern) und die Hauskrankenpflege zuzuordnen, wodurch das Angebot ärztlicher, pflegerischer und sozialer Dienste komplett und durch die mindestens bauliche, eventuell sogar organisatorische, personelle und betriebliche Verflechtung im ökonomisch machbaren Rahmen gegeben wäre.
Komplett ist das Leistungsangebot erst, wenn es sich an möglichst alle Einwohner in einer Region unabhängig von Alter, Geschlecht, psychischer oder somatischer Erkrankung oder Behinderung oder anderer







1
Modell eines Gesundheitszentrums.
Maquette d'un centre hospitalier général.
Model of a health centre.

2
Gesundheitsversorgung nach dem Zentrifugal-Prinzip.
Assistance hospitalière selon le principe centrifuge.
Health service in accordance with the centrifugal principle.

3
Modell einer Regionalisierten Gesundheitsversorgung.
Modèle pour une assistance hospitalière régionalisée.
Model of a regionalized health service system.

isolierender Merkmale wendet. Der Grund dafür liegt in den häufigen Mehrfacherkrankungen, in der Erleichterung der Hauskrankenpflege und Familientherapie, im Abbau von Monotonie für Personal und Patienten und nicht zuletzt in der Zusammenfassung und Mehrfachnutzung von Raum, Gerät und Personal, Informationen usw.
Ziel dieses Konzeptes ist es, Kranke und Behinderte jeden Alters und jeder Krankheit so rasch wie möglich wieder in die gewohnte häusliche Umgebung zurückzuführen (zentrifugales Prinzip) (Abb. 1 und 2).

2. Anregungen für ein bevölkerungsnahes Leistungsangebot

Anzustreben ist ein ausgewogenes Verhältnis zwischen Einrichtungen in der Peripherie und zwangsläufig zentralisierten Einrichtungen der Spitzenversorgung. Hierzu bietet sich an, zwischen die weitgestreuten – möglichst im Quartier wohnenden – Hausärzte und die Einrichtungen der Spitzenversorgung eine auf ein begrenztes Versorgungsgebiet bezogene Gesundheitseinrichtung zu installieren, die die Forderungen nach möglichst komplettem Leistungsangebot erfüllen.
Welches sind die Faktoren, die die Größe und den Ort eines Gesundheitszentrums bestimmen?
Die Distanz zwischen Gesundheitszentrum und Wohnung sollte nicht mehr als 15 Minuten mit den Auto oder mit dem öffentlichen Verkehrsmittel betragen. Es ist daher die Infrakstruktur einer Stadt im Hinblick auf Straßen und Verkehrsplätze zu untersuchen, bevor man ein Versorgungsgebiet und den Ort seines Zentrums definiert.
Um eine untere Grenze für die Ansiedlung von Spezialdisziplinen für die Stufen 2, 3 und 4 nicht zu unterschreiten, sollte ein Versorgungsgebiet nicht weniger als 10 000 bis 30 000 Einwohner haben, was bei einem wirtschaftlich in Zukunft gerade noch vertretbaren Bettenschlüssel für Stufe 3 von 4 bis 5 auf 1000 und für Stufe 4 von 3 bis 4 auf 1000 ca. 8 Betten auf 1000 Einwohner = 80 bis 240 Betten für den stationären Akut-, Langzeit- und Rehabilitationssektor ausmacht. In dichtbesiedelten Gebieten liegt der Wert bei 50 000 bis 100 000 Einwohnern. Das bisher übliche Kriterium, daß Krankenhäuser unter 300 Betten nicht wirtschaftlich seien, hält ernsthaften Nachprüfungen nicht stand.
Regionen mit größeren Einwohnerzahlen werden Einrichtungen der Spitzenversorgung aufnehmen. Sie sollten stets selbst auch die Aufgaben eines Gesundheitszentrums der Regelversorgung wahrnehmen und mit den Zentren ihrer Region zusammenarbeiten.
Wichtig ist, daß Gesundheitszentren wirklich Zentren sind und damit mitten in der Zone städtischer Aktivität liegen. Ihre Nachbarschaft zu Schule, Handel und Gewerbe, Verwaltung und insbesondere den Verkehrssystemen erhöht ihre Attraktivität für die Bevölkerung und fördert damit auch die freiwillige Einordnung der niedergelassenen Fachärzte in die Zentren (Abb. 3).

3. Anregungen zum neutralen Nutzungsangebot von Bau und Raum

Neutral meint unspezifische und damit verschieden nutzbare Räume und Gebäude, in denen sich jeweils wechselnde Anforderungen an das Gesundheitswesen ohne wesentliche bauliche Eingriffe in die Substanz eines Gesundheitszentrums verwirklichen lassen. Beispiele:
Im Pflegebereich sollte das Krankenzimmer den Anforderungen der Langzeit-, Selbst-, Normal-, Infektions-, Kinderkranken- und Neugeborenenpflege gleichermaßen gerecht werden können. Dies ist um so wichtiger, je geringer die Bettenzahl ist. Es wird aus diesem Grunde die einbettzimmertiefe Krankenstation vorgeschlagen, wo sich aus Mehrbettzimmern leicht Zwei- und Einbettzimmer machen lassen und umgekehrt. Der betriebswirtschaftliche Vorteil liegt im nachweislich höheren Ausnutzungsgrad solcher Konzepte. Der höhere psychologische Komfort wird sozusagen mitgeliefert. Höhere Anlagekosten lassen sich nach unseren Erfahrungen bei der Realisierung solcher Konzepte zur Zeit nicht nachweisen.
Der Neutralisierung im Bereich von Untersuchung und Behandlung sind zwar Grenzen gesetzt; innerhalb der Teilbereiche sind jedoch gleichartige Raumelemente möglich, so z. B. für:

- Arztuntersuchungs- und Behandlungsräume ohne großen apparativen und methodischen Aufwand
- Räume mit großem apparativem oder methodischem Aufwand
- Räume für septische und aseptische Operation und Entbindung,

wodurch es möglich wird, Kapazitätsbedarf elastisch auszugleichen bei saisonalen Schwankungen, Katastrophen und Veränderungen von Methoden und Anforderungen zu erreichen.

Anregungen für die Erhöhung des Aus- und Fortbildungsangebotes

Die Ausbildung von Medizinstudenten wird besonders in Verfolg der neuen Approbationsordnung sich dem Prinzip gemeindenaher, integrierter und abgestufter Gesundheitsversorgung einfügen. Positive Beispiele in den USA werden auch in Deutschland zu Versuchen in dieser Richtung führen.