

Zeitschrift: Hängendörfer Jahrringe : Bilder einer Gemeinde und ihrer Bewohner aus Vergangenheit und Gegenwart
Herausgeber: Hans A. Sigrist
Band: 4 (2001)

Artikel: Medizinisches vom Allerheiligenberg
Autor: Iff, Hanswerner
DOI: <https://doi.org/10.5169/seals-1092043>

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: 05.04.2026

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

Medizinisches vom Allerheiligenberg

Einleitung

Sanatorien haben in der Schweiz und auch sonstwo im Alpenraum zu Veränderungen geführt, die ganze Gebirgstäler und Hochplateaus ab der Mitte des 19. Jahrhunderts noch heute prägen. Ehemalige Sanatoriumsorte, wie Davos, Montana, Leysin und Arosa haben sich mit dem Rückgang der Tuberkulose neu orientiert und die Infrastruktur für einen heute florierenden Tourismus geschaffen. Als Kurorte wurden diese Stationen meistens von finanzkräftigen Kunden benutzt. Um auch Kranken aus anderen Bevölkerungsschichten eine Kurbehandlung der Tuberkulose zu ermöglichen, wurden ab dem Ende des 19. Jahrhunderts Volkssanatorien gegründet. Die Gründer waren meistens gemeinnützige kantonale Institutionen, oft finanziell unterstützt durch lokale Grossindustriunternehmen. So entstand 1910 das Sanatorium Allerheiligenberg auch mit der Unterstützung der Firma Bally in Schönenwerd. Andere Volkssanatorien bestanden damals bereits, so z.B. Heiligenschwendi (BE) 1895, Wald (ZH) 1898, Walenstadtberg (SG) 1908, oder wurden später gegründet: 1912 Barmelweid (AG) und Unterägeri (ZG), 1918 Clavadel (ZH). Diese Sanatorien waren meistens abgelegen, mit der Gemeinde, auf deren Gemeindegebiet sie standen, aber eng verbunden. Alle versuchten wegen dem kontinuierli-

chen Rückgang der Tuberkulose, insbesondere nach dem zweiten Weltkrieg, ihrem Betrieb durch die Aufnahme von Patienten mit anderen Krankheiten eine neue Ausrichtung zu geben. Sie öffneten sich anfänglich für nicht tuberkulöse, aber ebenfalls langwierige Lungenkrankheiten wie chronische Bronchitis, Lungenerweiterung und Asthma. Später kam die Behandlung weiterer Krankheiten dazu, namentlich die Rehabilitation nach akuten Erkrankungen und Operationen, insbesondere bei Patienten, die noch regelmässiger Pflege bedurften und nicht in der Lage waren, für sich selber sorgen zu können. Diese Neuorientierung der früheren Sanatorien liess sich oft schon im Wechsel der Bezeichnung erkennen. So wurde z.B.: das ehemalige Volkssanatorium zur Mehrzweckheilstätte, dann zur Höhenklinik und in den letzten Jahren zur Klinik für innere Medizin und Rehabilitation. Allerdings gingen diesen Namensänderungen Analysen des Krankengutes, gesundheitspolitische Überlegungen und andere planerische Tätigkeiten voraus. Im Betrieb realisierten sich diese Neuerungen nämlich meistens nicht so einfach wie das Auswechseln des Kliniknamens am Hauptportal und auf dem Briefpapier. Während meiner Zeit als Chefarzt auf dem Allerheiligenberg (abgekürzt AHB) bestimmte ich für das ehemalige Sanato-

rium diese Umgestaltung mit, und darüber sollen die vorliegenden Seiten berichten. Planerische Entscheidungen begleiteten mich ähnlich wie Jahrringe. Ihre Darstellung passt deshalb gut in diese «Hägendörfer Jahrringe». Es ist mir zudem ein Anliegen nochmals aufzuzeigen, dass es neben einer rein politisch-ökonomischen Diskussionsebene auch eine medizinisch-ärztliche gibt, die in der heutigen Gesundheitspolitik leider wenig berücksichtigt wird.

Der Standort der Klinik Allerheiligenberg

Sucht man in ihrer Baugeschichte nach Gründen zur Standortwahl des AHB, so standen Sonnenscheindauer und Windstille als solche für die Planung eines Sanatoriums in dieser Juramulde im Vordergrund. Sie mögen vor hundert Jahren gute Argumente für den Bau der Klinik gewesen sein. Die Patienten und Patientinnen verbrachten die Zeit in Liegebetten auf den Terrassen, auch bei schlechtem Wetter übrigens. Seit den Siebzigerjahren, als es vorrangiges Anliegen wurde, Patienten nach Herz- und Schlaganfällen, Operationen, Knochenbrüchen und dem operativen Einsatz von künstlichen Gelenken auf dem Weg zur Gesundung zuzusetzen, wäre eine etwas «lieblichere» Gegend, mit flachen und geruhsameren Geländeabschnitten medizinisch gesehen willkommen gewesen. Nun soll man bekanntlich nicht zu ändern versuchen, was man nicht ändern kann. Die Lage des AHB bleibt auch so gesundheitsfördernd, besonders seine sonnige Lage über dem oft nebelverhangenen Mittelland. Hinter dem Hauptgebäude konnten im Übrigen Patientenwege geschaffen werden, die neueren Anforderungen der

Rehabilitation genügen. Die relative Abgeschiedenheit, die der AHB aufweist, hat auch heute noch ihr Gutes. Heimweh mag die Entlassung eines Patienten fördern, der Besuchsweg Angehörige anspornen, eine Hauspflege zu organisieren oder sie selber zu übernehmen. Als grosser Vorteil erweist es sich, dass die Klinik sozusagen mitten in «ihrem» Kanton liegt und sich recht gut erreichen lässt. Nachdem der AHB als öffentliches Spital vom Kanton Solothurn getragen wird und vor allem für Kantonseinwohner gedacht ist, hatten sich medizinisch-organisatorische Entscheidungen praktisch ausschliesslich auf Patienten aus dem relativ kleinen Kantonsgebiet zu beschränken. So verhinderte diese Vorgabe vor Jahrzehnten beim Beginn meiner Tätigkeit 1974 z.B. den Versuch, aus dem AHB eine schweizerische Rehabilitationsklinik für Herzpatienten zu machen.

Der «Krankenmarkt»

In der Regel richtet sich ärztliche und damit auch spitalärztliche Tätigkeit nach dem «Angebot» kranker Menschen. Eine Gruppe gleichartig kranker Menschen wird, wenn sich die Notwendigkeit ergibt, in Spitälern oder deren Abteilungen gewiesen. Damit können wir von einem «Krankenmarkt» sprechen, für dessen ausgewogenes Spiel das Gesundheitswesen zu sorgen hat. Der Krankenmarkt eines Spitals wird damit in erster Linie gesteuert durch die Krankheiten in der Bevölkerung, also der Krankheits- oder Morbiditätsstruktur und in zweiter Linie durch die medizinisch-technische Ausrüstungen, die erforderlich ist, einer bestimmten Gruppe von kranken Menschen adäquat zu helfen. Änderungen in der Krankenstruktur - neue Krankheiten, Verschwinden von Krankheiten - und Änderungen in den

Behandlungsarten - neue Medikamente, neue therapeutische und diagnostische Entwicklungen - führen in jedem Spital zu planerischen Entscheiden, die das Patientengut verändern. In diesen Markt greifen zudem auch individuelle und öffentliche Finanzierungsmöglichkeiten ein. Es beeindruckte mich nachhaltig, dass einer meiner Patienten am Anfang meiner Tätigkeit auf AHB durch Selbstmord aus dem Leben schied. Er konnte den unberechtigten Entscheid seiner Krankenkasse, nicht für seine Kosten aufzukommen, nicht hinnehmen. Betroffen machte mich aber auch die Kritik vonseiten der politischen Institutionen des Kantons, die immer wieder laut wurde, obwohl weder finanzielle Verluste («Spitaldefizite» öffentlicher Spitäler sind so wenig finanzielle Verluste wie die Kosten für die öffentlichen Schulen) noch übertriebene Ausgaben zu beklagen gewesen wären. Während mehr als zwei Jahrzehnten meiner Tätigkeit auf dem AHB war es praktisch mein einziges Ziel, eine sozial gerechte, wirksame und kostengünstige Abdeckung des auf den Allerheiligenberg zugeschnittenen Anteils des solothurnischen «Krankenmarktes» zu erreichen.

Der «Krankenmarkt» des Allerheiligenberges

Die Entwicklung des «Krankenmarktes» auf dem AHB war während meiner Chefarztzeit vielfältig und spannend und bedingte oft planerische Entscheide. Die wichtigsten betrafen den Rückgang der Tuberkulose und Änderungen bei den nicht tuberkulösen Lungenkrankheiten einerseits und die Zunahme jeglicher Art degenerativer Erkrankungen andererseits. Daneben waren zahlenmässig nicht so ins Gewicht fallende, interessante und auch wichtige

Entwicklungen im AHB-spezifischen «Krankenmarkt» zu registrieren.

Die Tuberkulose

Den deutlichen Rückgang der Tuberkulose (TB) im 20. Jahrhundert habe ich bereits erwähnt. Er wurde durch Verbesserung der Lebensbedingungen nach dem ersten Weltkrieg eingeleitet und fortgesetzt, als nach dem zweiten Weltkrieg effizientere Medikamente auf den Markt kamen. Leider konnte weltweit diese Entwicklung nur in den Industrieländern beobachtet werden. Es war vorgezeichnet, dass die TB für meine Zeit auf dem AHB ihre Rolle weiter verlieren würde. Bei meinem Stellenantritt überraschte mich zwar die Aussage, dass es noch 36 Betten für die Versorgung der Tuberkulösen des Kantons brauche. Diese Zahl sei vom Kantonsarzt festgelegt worden, wurde mir versichert. Bei der Renovation der Klinik 1977/78 widersetzte ich mich dem Ansinnen, diese Anzahl Betten auch weiterhin für TB-Kranke auszuscheiden. Ich fand 10 seien auch genug. Doch schon in den Achtzigerjahren erwies sich sogar diese bescheidene Anzahl als zu gross. 1989 z.B. wurden im ganzen Kanton gerade noch 18 Tuberkulosepatienten entdeckt! Nicht nur die Tuberkulose ging zurück. Die Art ihrer Behandlung änderte. Monatelange Kuren waren nicht mehr nötig. Die gesicherte Medikamenteneinnahme war zur Heilung und Verhinderung der Infektionsübertragung nötig. Diese konnte nach kurzer Hospitalisationszeit auch ambulant sichergestellt werden. Immerhin war es anfänglich gar nicht so leicht, dieser neuen Art der Tuberkulosebehandlung auch zum Durchbruch zu verhelfen. Ich erinnere mich an einen Patienten, der sich auf Anraten seines älteren Hausarztes einen Liegestuhl

kaufen musste, um sich auf dem Balkon seiner Wohnung der früher üblichen Liegekur zu unterziehen, nachdem er in recht gutem gesundheitlichem Zustand, eigentlich arbeitsfähig und nicht mehr ansteckend, vom AHB entlassen worden war. Die TB konnte für die Zukunft des AHB keine Rolle mehr spielen.

Die übrigen Lungenkrankheiten

Die TB ist bei gut 80% der Erkrankten eine Lungenkrankheit. Die Lunge ist auch die Eintrittspforte der TB-Bakterien bei frischen Ansteckungen. So kam es, dass Tuberkuloseärzte gute Lungenärzte wurden. Mehrzweckheilstätten richteten Lungenfunktionslabors ein und beherrschten die Technik des Röntgens. Neu dazu kam zur sogenannten starren Lungenspiegelung mit Einblick in die Bronchien durch direkten Lichtstrahl die flexible Bronchoskopie über eine Glasfaseroptik. Damit wurde für den Patient oder die Patientin Komfort gewonnen und dem Untersuchenden gestattet diese Technik, ein tieferes Eindringen in die Lungen. Ich war der erste, der diese Methode im Kanton anwenden konnte und hatte damit eine privilegierte Stellung. So konnte ich über fünfzehn Jahre hinweg eine technische Neuerung mit Erfolg anwenden. Viele Lungenerkrankungen wurden mit dieser Methode auf dem AHB entdeckt. Nur in wenigen Fällen aber folgte der Untersuchung ein längerer Krankenaufenthalt. Die meisten Patienten, oft mit Lungenkrebs, konnten zwar ambulant untersucht, aber nur in grösseren Spitälern auch behandelt werden. Als dann anfangs der Neunzigerjahre junge Kollegen als Lungenfachärzte im Kanton ihre Praxen eröffneten, war für mich planerisch klar, dass diese Art der Lungenabklärung nicht mehr allein auf

dem AHB durchgeführt werden sollte. Sie wurde denn auch bald von meinen praktizierenden Fach-Kollegen und auch von den Akutspitälern übernommen. Im Bürgerspital Solothurn hatte ich bis in die Neunzigerjahre Gelegenheit, diese Untersuchung noch konsiliarisch durchzuführen. Dabei habe ich auch miterlebt, wie auch aus Gründen des Qualitätsmanagements teure technische Ergänzungen (Videobronchoskopiegeräte) für diese Untersuchungen nötig wurden. Solche Geräte auf dem AHB anzuschaffen, hätte in meinen Augen einer nicht adäquaten Planung entsprochen.

Bei anderen langdauernden Lungenerkrankungen, Asthma, chronische Bronchitis und Lungenerweiterung (Emphysem), entwickelte sich die Lage nicht ganz gleich. Einerseits besteht auch für diese chronischen Krankheiten das Gebot, dass im Prinzip eine ambulante, also hausärztliche Behandlung unterstützt durch fachärztliche Beratung anzustreben ist. Angebote der Lungenliga in ambulanter pulmonaler Rehabilitation machen einen stationären Aufenthalt oft überflüssig. Andererseits sind insbesondere die chronische Bronchitis und das Lungenemphysem typische Krankheiten, die sehr häufig bei wegen anderen Krankheiten hospitalisierten älteren Menschen bereits vorhanden sind. Diese profitierten und profitieren immer wieder von den entsprechenden, auf dem AHB vorhandenen lungenärztlichen Einrichtungen und Kenntnissen.

«Kleinere» Krankheitsentwicklungen

Bevor ich die Entwicklung bei den degenerativen Alterserkrankungen schildere, möchte ich auf einige Erkrankungen zu sprechen kommen, die uns auf dem AHB zum Teil nur vorübergehend sehr beschäf-

tigten. Es handelt sich dabei um psychosomatische Krankheitsbilder, dann um Suchtpatienten und um die HIV- und AIDS- Erkrankung. In den Siebzigerjahren wurde die psychosomatische Medizin - sie beschäftigt sich mit somatischen, also körperlich empfundenen Krankheiten, die ihre Ursachen in psychischen Problemen finden - als Spezialität mehr und mehr beschrieben. Es gab viele Patienten, die solche Leiden, oft verbunden mit Schwierigkeiten im Berufsleben, hatten. Ihre Behandlung brauchte viel Zeit. Sie stand in den späten Siebzigerjahren praktizierenden Ärzten und Ärztinnen (es war damals noch keine Rede von einer Ärzteschwemme) nicht zur Verfügung. Viele Patienten wurden deshalb damals auf den AHB eingewiesen und profitierten von einem solchen Aufenthalt. Zunehmende Spezialisierungen, aber auch die Tatsache, dass sich die ambulante Betreuung dieser Patienten mehr und mehr etablierte, schienen mir Gründe, auf dem AHB keine Station zur Behandlung psychosomatischer Erkrankungen einzurichten. Die Erfahrung mit diesen Erkrankungen erlaubte aber später eine interessante gutachterische Tätigkeit.

Eindrücklich war, wie 10 Jahre später, Ende der Achtziger- anfangs der Neunzigerjahre, die Suche nach Spitalplätzen für Suchtkranke zunahm. Das führte dazu, dass auf dem AHB seit dieser Zeit eine Gruppe von meist jugendlichen Patienten für einen Suchtmittelentzug hospitalisiert wurden. Es war dies ein Entgegenkommen an Hausärzte und Suchtkranke, das sich aufdrängte. Einfach waren diese Patienten nie zu führen. Die kleine Gruppe von sieben bis höchstens acht Patienten (10% der Betten) erheischten einen persönlichen Aufwand von gut einem Drittel

meiner Arbeitszeit. Ich war froh, immer ausgezeichnete und interessierte Mitarbeiter unter dem Pflegepersonal und meinen Assistenzärzten und -ärztinnen zu finden, die sich dieser besonderen Herausforderung stellten.

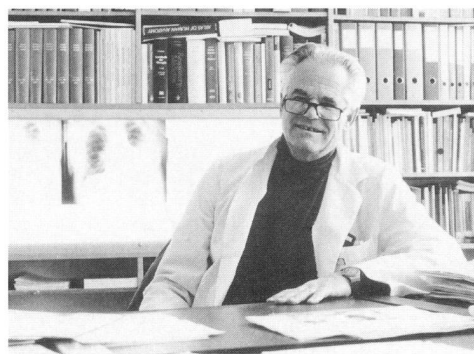
In der ersten Hälfte der Neunzigerjahre wurde befürchtet, dass die Zunahme der Aidskranken, verbunden auch mit einer möglichen Zunahme der Tuberkulose, eine ganz neue Herausforderung für die ehemaligen Sanatorien werden würde. In der Tat brachte Aids, in mehreren Fällen zusammen mit einer Tuberkulose, zu dieser Zeit verschiedentlich Patienten auf den AHB. Die befürchtete neue aidsabhängige Tuberkuloseepidemie aber brach zum Glück nicht aus. Neue Medikamentenkombinationen konnten die Aids-Erkrankung bekanntlich wesentlich zurückdrängen. Auch sie wurde zu einem Problem hauptsächlich der ambulanten medizinischen Versorgung. Trotz dieser Fortschritte ist die Aids-Krankheit aber leider keineswegs besiegt.

Die degenerativen Erkrankungen

Zweifelsohne war die beeindruckendste Entwicklung in der Krankheitsstruktur der Bevölkerung die Zunahme der Patienten mit meist, wenn auch nicht ausschliesslich, altersbedingten Erkrankungen verschiedenster Organe, die einen Spitalaufenthalt oder die Fortsetzung eines Spitalaufenthaltes nötig machten. Es mag medizinisch gesehen nicht ganz korrekt sein, diese Krankheiten als degenerativ zu bezeichnen. Dieser Begriff weist aber darauf hin, dass eine Organabnützung im Vordergrund eines Krankheitsbildes steht. Das arteriosklerotische Herz, das minderdurchblutete Gehirn, die Abnützung von Gelenken, die bereits erwähnte chronische Bron-

chitis mit der Lungenerweiterung, verschiedene Arten von Muskelschwächen und verschiedenste Brüche von zum Teil altersbedingt entkalkten Knochen, mögen diese Erkrankungen allgemein verständlich umschreiben. Sie nehmen mit der Zunahme des Alters unserer Bevölkerung zu und bedingen oft mehrere Spitalaufenthalte ein und desselben Patienten in den letzten Lebensjahren. Diese führen in der überwiegenden Zahl der Fälle nicht zur oft illusorischen, vollständigen Gesundung, sondern bloss zur Erreichung einer Selbstständigkeit, die einem Patienten oder einer Patientin eine relative Unabhängigkeit gewährleistet und eine totale Pflegeabhängigkeit erspart. Auch dafür brauchte es bewährte medizinische und therapeutische Einrichtungen und eine kluge Pflege. Diese Grundvoraussetzungen waren auf dem AHB vorhanden.

Eine stete weitere Zunahme solcher Patienten ist zu erwarten. Deren korrekte medizinische Versorgung dürfte im kommenden Jahrzehnt zum noch grösseren gesellschaftspolitischen Problem werden. Dies alles hat mich über die Jahre sehr beschäftigt, nicht nur im ärztlich-medizinischen, sondern auch im planerisch-organisatorischen und auch ethischen Bereich. Genügen die diagnostischen und therapeutischen Einrichtungen und die pflegerischen Möglichkeiten des AHB? Können



**Dr. med. Hanswerner
Iff, Chefarzt 1974 -1997**

qualitativ gute Resultate erzielt werden? Sind Investitionen adäquat? Sind ebenbürtige Resultate anderswo günstiger zu erzielen? Wie steht es mit der Zukunftsentwicklung? Werden wir zur gesetzlich geregelten Sterbehilfe Zuflucht nehmen müssen? Oder wird auch der alte kranke Mensch noch seinen Platz in unserer Gesellschaft finden? Antworten auf einige dieser Fragen habe ich in den Jahresberichten des AHB und anderswo gegeben. Ich möchte mich hier nicht wiederholen. Für mich wichtig war, dass die Einweisungen von Patienten und Patientinnen von Jahr zu Jahr gute Jahresabschlüsse ermöglichten. So durfte ich auch annehmen, dass die Kranken mit ihren Angehörigen und auch ihre einweisenden Ärzte und Ärztinnen mit der Behandlung mehrheitlich zufrieden waren, der Markt schliesslich also spielte. Auch war es für mich eine Genugtuung zu sehen, dass ein anderer Kanton eine unabhängige Klinik mit gleicher Zielsetzung neu gründete und dass andere ehemalige Volkshelinstätten ähnliche Betriebskonzepte erhielten.

Ausblick und Dank

Persönlich hoffe ich, dass meine Einschätzung des Krankenmarktes sich für den AHB auch für weitere Jahre als richtig erweist. Meinen Nachfolgern und auch allen Mitarbeitenden in der Klinik wünsche ich ebenso interessante «Jahränge», wie die meinigen waren. Der Gemeinde Hägendorf danke ich für ihre Unterstützung, auch im Namen von x-tausend Patienten, die im vergangenen Jahrhundert die Wiederherstellung ihrer Gesundheit, aber auch Ruhe und gute Pflege auf Hägendorfer Gemeindegebiet gefunden haben.