

Zeitschrift:	Mitteilungen des historischen Vereins des Kantons Schwyz
Herausgeber:	Historischer Verein des Kantons Schwyz
Band:	112 (2020)
Artikel:	Krankenhausgeschichte abseits städtischer Zentren : Bau und Betrieb des Regionalspitals Lachen
Autor:	Bregenzer, Johanna
DOI:	https://doi.org/10.5169/seals-880903

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: 14.01.2026

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

Krankenhausgeschichte abseits städtischer Zentren: Bau und Betrieb des Regionalspitals Lachen

Johanna Bregenzer

Einleitung¹

Die Geschichte des Krankenhauses wird in der Literatur unterschiedlich zusammengefasst. Bisweilen wird nur kurz auf die Krankenhausgeschichte eingegangen und dabei fast ausschliesslich auf die Architekturgeschichte fokussiert.² Dieses Verständnis von Krankenhausgeschichte ist inzwischen veraltet. Abgelöst wurde es von der so genannten «neuen Krankenhausgeschichte», die erst im späteren 20. Jahrhunderts entstanden ist. In der neuen Auffassung von Krankenhausgeschichte ist, wie in der Entwicklung der Geschichtswissenschaft allgemein, die Sozialgeschichte zunehmend wichtig geworden. So legte man den Fokus in den letzten zwanzig Jahren mehr auf die Ärzte und Patienten, deren Positionen und Funktionen im Krankenhaus, sowie die Bedeutung des Krankenhauses für die Region und die (Gesundheits-)versorgung der Bevölkerung. Auch wurden die Funktionsweise und Aufgaben des Krankenhauses vermehrt untersucht.

Sowohl in der früheren als auch in der neuen Forschung zur Krankenhausgeschichte blieben zwei Aspekte gleich: Erstens gilt bei beiden das Krankenhaus ab dem 19. Jahrhundert als Zentrum der Gesundheitsversorgung und damit als die zentrale Institution für Behandlung, Untersuchung, Forschung und Lehre in der Medizin. Zweitens konzentriert sich die Krankenhausgeschichte stets auf grosse Zentrums spitäler und Universitätsspitäler und untersucht kaum Regionalspitäler.

Wie sich hingegen die Strukturen in ländlichen Gegen den entwickelt haben, wird nur selten, und wenn, dann nur am Rande, besprochen. Zum Beispiel schreibt Fritz Dross 2011 in seinem Artikel «Stadt und Hospital/Krankenhaus»,

dass Krankenhäuser engstens mit der Stadt verbunden seien.³ In seinen Ausführungen begrenzt er die Krankenhausgeschichte auf die Geschichte grosser Zentrumsspitäler.

Obschon er mit seiner grundlegenden Idee, dass die Geschichte von Krankenhäusern nur im Zusammenhang mit der Geschichte ihrer Umgebung verstanden werden kann, Recht hat, so erstaunt die Einschränkung auf Städte. Dazu kommt, dass er zwar darlegt, was unter einem «Krankenhaus» zu verstehen ist, aber nie davon spricht, was eine «Stadt» ausmacht.

Seine Auffassung von Krankenhausgeschichte schliesst einen wichtigen Teil der Gesundheitsversorgung von ländlichen Gebieten aus. Regionalspitäler sind, wie der Name schon sagt, in ihrer Region verwurzelt, verhältnismässig zahlreich und für die Bevölkerung von grosser Bedeutung. Sie ermöglichen den Erkrankten eine Behandlung in der Nähe ihrer Familie, die über die Kapazität des Hausarztes hinausgeht. Auf keine Weise erfüllen sie aber die Ansprüche, die Dross an «städtische» Krankenhäuser stellt, die er im Rahmen der Krankenhausgeschichte betrachten würde.

Es gibt zwar einzelne Aufsätze und Artikel, die sich mit Regionalspitälern auseinandersetzen.⁴ Die Geschichte der Regionalspitäler ist aber in der wissenschaftlichen Literatur unterrepräsentiert. Unter anderem liegt das daran, dass Regionalspitäler außerhalb ihrer Umgebung kaum Interesse wecken und in der Entwicklung der Medizin keine Vorreiterrolle bestritten haben. Dross stellt zwar die Frage nach der Quellen- und Forschungslage von ländlichen Regionen, lässt die Frage aber unbeantwortet stehen.⁵

Aufgrund verschiedener sozial-ökonomischer Aspekte, die in der Stadt anders gewichtet sind als in ländlichen Regionen, ist es naheliegend, dass sich die Entwicklung des Gesundheitswesens auf dem Land anders gestaltet als in der Stadt. Es ist auch anzunehmen, dass sich Regionalspitäler und ihre Geschichte von den Grosskrankenhäusern in der Stadt unterscheiden. Grundsätzliche Entwicklungen, zum Beispiel die Anbindung an Universitäten, wie sie in den Zentrumskrankenhäusern eine immer grössere Rolle spielte, sind auf die Strukturen der Stadt angewiesen. Diese Verknüpfung führte dazu, dass neue, und zum Teil sogar

¹ Dieser Beitrag beruht auf der Masterarbeit der Autorin (vgl. Bregenzer, Krankenhausgeschichte).

² Eckart/Jütte, Einführung, S. 47–49.

³ Dross, Stadt und Hospital/Krankenhaus, S. 41.

⁴ Vgl. zum Beispiel Sahmland, Zeitgeist; Emrys-Roberts, Cottage Hospitals.

⁵ Dross, Stadt und Hospital/Krankenhaus, S. 33.

experimentelle Verfahren in der Behandlung der Patienten angewendet und Spitäler zu Zentren medizinischen Wissens und der Lehre wurden. Auch die Armenfürsorge, die durch die Reformation und mit den Aufhebungen von Klöstern in den Städten an diese übergegangen war, zeigte sich in ländlichen Regionen in anderem Ausmass, was etwa an den geringeren Bevölkerungszahlen liegt. Bahnbrechende Neuerungen und innovative Behandlungen wurden folglich nicht in Regionalspitalern gemacht, sondern in den Zentrumsstipitälern. Natürlich gab es auch in Regionalspitalern und ausserhalb der Stadt Ärzte und Pflegepersonal, die massgeblich zu Entwicklungen in der Medizin beitrugen, diese sind aber deutlich in der Minderheit.

Ziel des vorliegenden Artikels ist, die Entstehung des Spitals Lachen und die weiteren Entwicklungen sowohl baulicher als auch betrieblicher Art in Zusammenhang mit der Krankenhausgeschichte im Allgemeinen zu setzen und aufzuzeigen, welche Unterschiede zur Geschichte der Zentrumsstipitälern existieren und weshalb die Erforschung von Spitalern abseits städtischer Zentren von Bedeutung sein kann.

Nachfolgend sollen drei Bauprojekte des Spitals Lachen, der Erstbau 1915, der Erweiterungsbau der 1960er-Jahre und der Erweiterungsbau der 1990er-Jahre untersucht werden. Dabei sollen nicht nur die Baugeschichte besprochen werden, sondern auch die Überlegungen der Planung und die Anpassungen im Betrieb des Spitals miteinbezogen werden.

Das Spital Lachen wurde im März 1915 eröffnet. Rundherum waren im selben Zeitraum regionale moderne Krankenhäuser eröffnet worden, so zum Beispiel in Einsiedeln 1904, in Affoltern am Albis 1902 und in Grabs 1907. Das Spital in Lachen wurde zwar eben einige Jahre später fertiggestellt, über den Bau eines eigenen Spitals im Bezirk March wurde aber bereits seit den 1880er-Jahren diskutiert. Seit der Eröffnung wurde das Spital mehrere Male aus- und umgebaut, um der steigenden Patientenzahl gerecht zu werden und medizinische Fortschritte umzusetzen. 1930 folgte der Bau eines Absonderungshauses, das bereits in den 1960er-Jahren mit einem Neubau ergänzt wurde. In den 1990er-Jahren wurde dann ein drittes Mal in grossem Umfang gebaut, wobei das Absonderungshaus von 1930 und Teile des Gebäudes der 1960er-Jahre abgerissen und ersetzt wurden.

Aufschluss über die Bauprojekte können einerseits die verschiedenen Pläne bieten, aber auch, soweit vorhanden, Sitzungsprotokolle, Stellungnahmen, Wahlprotokolle und

Zeitungsbücher. Für die Fragestellung beigezogen wurden zudem verschiedene Betriebsreglemente und Sitzungsprotokolle des Spitalrats und Diskussionen an Landsgemeinde-Versammlungen.

Neubau 1912–1915

Vorbereitungen und Abstimmungen

Den Anstoß zur Diskussion über ein bezirkseigenes Spital in der March gab Heinrich Michael Fleischmann, Sohn einer in Lachen ansässigen Familie und Kurier, der 1886 sein Vermögen, soweit erbrechtlich möglich, testamentarisch dem Bezirk zum Zwecke der Einrichtung eines Bezirksspitals bis spätestens 1930 vermachte. Sein Bruder, Pfarrresignat Bernhard Fleischmann, schloss sich ihm an und versprach, seinen Erbteil ebenfalls für denselben Zweck dem Bezirk zu übergeben. Mit der Annahme des Testaments im Rahmen der Landsgemeinde am 3. Juni 1888 war der erste Schritt zum eigenen Spital getan.⁶ Am 16. Juni 1889 wurden an der Landsgemeinde zwei Kommissionen sowie der «Fonds zum Bau und Einrichtung eines Bezirksspitals» gegründet.⁷ Die beiden Kommissionen waren für die Verwaltung und die Aufnung des Fonds zuständig.⁸ Bis Ende des 19. Jahrhunderts kamen um die 100 000 Franken zusammen, die zu grossen Teilen aus Spenden der Bevölkerung stammten. Mit dem wachsenden Betrag, der für den Bau zu Verfügung stand, wurde das Bedürfnis, einen Bauplatz zu finden, grösser. Lachen war durch die vergleichsweise zentrale Lage im Bezirk und einer hohen Anzahl an ansässigen Ärzten als Standort ideal.⁹ Mit dem Angebot der Gemeinde, das für den Betrieb benötigte Wasser gratis zur Verfügung zu stellen und einen Separatfonds für den Bau eines Spitals in Lachen dem Bezirk abzutreten, war die Bestätigung des Standorts in Lachen, nach Rückzug der Vorschläge von Galgenen und Wangen, reine Formsache und wurde im Mai 1906 ohne Diskussion angenommen.¹⁰

⁶ BAM, C 051.1, Protokolle der Bezirksgemeinde 1872–1954, S. 83–84.

⁷ BAM, C 051.1, Protokolle der Bezirksgemeinde 1872–1954, S. 37–38.

⁸ March-Anzeiger, Nr. 49, 19.6.1889, S. 2–3.

⁹ BAM, 4014.1.3, Gutachten Prof. Dr. Wyss.

¹⁰ BAM, C 051.1, Protokolle der Bezirksgemeinde March 1872–1954, S. 156–157.

Vier Jahre später wurde die eigentliche Planung des Spitals in Angriff genommen. An der Landsgemeinde im Mai 1910 wurden die Kredite für Vorstudien, Pläne und Kostenberechnungen des Spitalbaus freigegeben. Zugleich wurde ein Zusatzantrag gestellt und angenommen, dass mit dem Bau des Spitals spätestens im Herbst 1912 begonnen werden solle.¹¹

Der Bezirksrat und die Spitalkommission empfanden diesen Entschluss als verheerend. Sie waren der Meinung, dass die Finanzierung nur bei einem späteren Baubeginn sichergestellt werden könne.¹² An der Landsgemeinde im Mai 1911 stellte die Kommission den Antrag, den Baubeginn auf 1914 zu verschieben.¹³ Mit diesem Antrag würde der Beschluss des Vorjahrs aufgehoben. Die Sorge, dass 110 000 Franken für den Bau fehlen würden, welche in den wenigen Jahren bis Bauabschluss nicht gesammelt werden könnten, so dass ein riesiges Defizit in der Bezirksskasse entstehen würde, wurde von den Stimmbürgern nicht geteilt. So zeigt ein Propagandablatt aus der Woche vor der Landsgemeinde 1911, dass erhebliche Zweifel an dieser Aussage bestanden. Es ist der Abdruck eines fiktiven Gespräches zwischen Sepp und Tuni, welche sich über die kommende Landsgemeinde unterhalten. Turi glaubt nicht, dass zu wenig Geld für den Bau vorhanden sei, während Sepp auch der Meinung ist, dass der Bezirksrat mit seiner Warnung wohl übertreibe.¹⁴ Aus dem «March-Anzeiger» aus derselben Zeit stammt ein Artikel, der diese Einwände unterstreicht. Das Hauptargument darin waren nicht die eigentlichen Kosten, sondern die geplante Grösse des Spitals. Die Anzahl von 50–55 Betten wurde im Rahmen des Antrags an die Landsgemeinde 1911 berechnet. Ein früheres Gutachten kam auf eine bedeutend kleinere Zahl von Betten. Die Berechnung der Betten basierte auf dem Verhältnis der Einwohnerzahl zur Anzahl Betten, die andere Spitäler in der erweiterten Region auswiesen. In der ersten Berechnung 1901 wurde von einem Bett pro 400 Einwohner ausgegan-

gen, in der zweiten Berechnung 1911 hingegen von einem Bett pro 262 Einwohner. Der Bevölkerungszuwachs und die höhere Anzahl Betten pro Einwohner ergaben einen Bedarf von 50–55 Betten. Die Gegner des Kommissionsantrags vertraten die Meinung, dass weniger Betten auch genügen. Dadurch würden die Kosten entsprechend sinken und der Bau könnte, wie im Jahr zuvor beschlossen, 1912 beginnen.¹⁵

Die darauffolgende Landsgemeinde war sehr gut besucht, wobei die meisten Stimmberchtigten nur wegen der Spitalfrage anwesend waren. Auf einen Antrag hin wurde das Spitaltraktandum zuerst behandelt und viele Besucher verliessen die Landsgemeinde nach dem Beschluss des Baubeginns. Der Antrag der Spitalkommission war für viele nicht akzeptabel. In einem anfänglichen Referat erklärte die Kommission ihren Standpunkt und versuchte, die Zweifel der Bürger am späteren Baubeginn aus dem Weg zu räumen. Laut dem «March-Anzeiger» wurde in der Rede des Arztes und Nationalrats Martin Steinegger, Vorsitzender der Spitalkommission, deutlich, dass er durchaus die Möglichkeit sehe, den Baubeginn 1912 bei einer kleineren Anzahl Betten beizubehalten. Daraufhin wurde der Antrag gestellt, das Spital mit nur 45 Betten zu projektieren, wodurch die Kosten genügend gesenkt wurden, damit der Bau ohne weitere Verzögerung und ohne grosse Defizite durchgeführt werden konnte. Dieser Antrag war sowohl für die Spitalkommission, den Bezirksrat als auch die Bürger annehmbar und wurde im Anschluss an die Diskussion ohne Gegenstimmen angenommen.¹⁶

Das Vorgehen und die Diskussionen rund um den Baubeginn zeigen, dass der Wunsch nach einem eigenen Spital gross war. Die Tatsache, dass in den umliegenden Kantonen zur selben Zeit mehrere Regionalspitäler eröffnet wurden, hatte wohl einen Einfluss auf den Entscheid der Landsgemeinde. Den Bürgern war es ein Anliegen, dass so bald wie möglich ein Krankenhaus zur Verfügung stand, selbst wenn dies hiesse, dass weniger Betten eingeplant werden mussten. Daher gingen sie auch nicht auf den Kompromiss der Kommission ein, welcher eine Subvention der Krankentransporte in andere Spitäler bis zur Eröffnung des eigenen Spitals vorschlug.

Hier zeigt sich eine für den Kanton Schwyz typische Entwicklung. Alle Spitäler im Kanton sind aus privater Initiative entstanden, während der Kanton und die Bezirke selbst keine aktive Rolle übernahmen. Das Spital in Lachen bildete hier eine Ausnahme, da der Bezirk durch das Testament gezwungen war, sich des Spitalbaus anzunehmen.

¹¹ BAM, C 051.1, Protokolle der Bezirksgemeinde March 1872–1954, S. 178–179.

¹² BAM, 4014.1.2, Entwurf eines Schreibens an die Kassationsbehörde Schwyz, Mai 1910.

¹³ BAM, 4014.1.2, Antrag an die Bezirksgemeinde March, April/Mai 1911.

¹⁴ BAM, 4014.1.1, «Unter der Stalltür».

¹⁵ March-Anzeiger, Nr. 35, 5.5.1911, Bl. 1 [S. 1–2].

¹⁶ March-Anzeiger, Nr. 36, 9.5.1911, S. 1; BAM, C 051.1, Protokolle der Bezirksgemeinde 1872–1954, S. 186–188.

Damit wurde das Stimmvolk aktiv in den Entscheid einbezogen und beteiligte sich massgeblich an der Finanzierung des Spitals. Während die Spitalkommission und der Bezirksrat eher zurückhaltend vorgingen, wollte die Bevölkerung so bald wie möglich ein Spital und nahm dafür auch Abstriche in Kauf. Die Bürger trugen einen erheblichen Teil zur Realisierung des Spitals bei. Aber die seit dem Spätmittelalter existierenden und aus Stiftungen hervorgegangenen Spitäler Einsiedeln und Schwyz waren auf Initiative Privater hin und keineswegs durch die öffentliche Hand entstanden. Viele Kantone hatten zu dieser Zeit bereits Kantonsspitäler, in Schwyz beteiligte sich der Kanton erst ab 1960 am Krankenhauswesen – zuerst nur finanziell, später auch regulatorisch, aber nie durch die Übernahme oder den Bau eines Spitals.

Projektierung und Umsetzung des Hauptgebäudes

Nur wenige Wochen nach dem Entscheid an der Landsgemeinde 1911 begann die Planung des Bezirksspitals. Der Beschluss legte die Grösse sowie weitere Anforderungen des zu projektierenden Spitals fest. Die Vorgaben für das Spitalgebäude waren die Anzahl Betten, ein Spital- und ein Ökonomiegebäude und die Möglichkeit, später ohne weiteren Zukauf von Land nebst den Gebäuden auf dem Baugelände ein Absonderungshaus bauen zu können.¹⁷ Auch wurde in der genaueren Projektierung verlangt, dass das Gebäude so konstruiert werde, dass in Zukunft ohne grossen Aufwand und ohne Einschränkung des Betriebs eine Erweiterung möglich sei.¹⁸ Dies wurde bestimmt, da die Reduktion der Betten von eigentlich errechneten 55 auf lediglich 45 nicht ohne Befürchtung eines baldigen Platzmangels vorgenommen wurde.

Mit diesen Bestimmungen wurden laut Jahresbericht von 1940 vier bekannte Architekten zu einem geschlossenen Wettbewerb eingeladen.¹⁹ Aus den heute noch vorhandenen Quellen lässt sich nicht endgültig sagen, wer genau zum Wettbewerb eingeladen wurde und wie viele Architekten tatsächlich teilnahmen. Laut dem «March-Anzeiger» wurden fünf Projekte eingereicht.²⁰ Die Spitalkommission entschied sich für das Projekt von Walcher & Gaudy, einem Architekturbüro aus Rapperswil, das ansonsten Schulhäuser und Privatvillen entwarf. Die Kommission hatte für den Entscheid einen externen Sachverständigen beigezogen. Dieser war Adolf Ehrensperger, Kantonsbaumeister aus St. Gallen, der selbst als Architekt tätig war und sich bei

seinen eigenen Projekten auf den Bau von Schulhäusern und Heimen konzentrierte, aber auch etwa das Spital in Grabs geplant hatte.²¹

Das von Walcher & Gaudy vorgeschlagene Spital war für 42 Patientenbetten sowie vier Schwesternzimmer ausgelegt. Dabei war aber der Dachstock so geplant, dass mit wenig Aufwand elf weitere Betten gebaut werden konnten. Die Grundrisse, die aus dieser Zeit vorhanden sind, zeigen aber, dass der Dachstock gar um 24 Betten, darunter zwei Zimmer für Schwestern, vergrössert werden konnte. Insgesamt würde der Bau, so wie er von den Architekten geplant wurde, 369 000 Franken kosten. Der konkrete Vorschlag inklusive Baukosten wurde an einer ausserordentlichen Landsgemeinde am 24. März 1912 vom Stimmvolk angenommen, wobei auch hier Zusatzanträge den vorgelegten Beschluss ergänzten. Der erste Antrag legte fest, dass die Arbeiten, wenn möglich, an Bewohner des Bezirks vergeben werden müssten. Der zweite Zusatzantrag bestimmte, dass der Bau in einer solchen Weise gefördert werden müsse, dass das Spital am 1. Januar 1915 eröffnet werden könne.²² In den drei Landsgemeinden kurz vor Baubeginn zeigten die Stimmbürger, dass eine weitere Verzögerung des Baus nicht toleriert würde. Die Landsgemeinde 1912 war, im Gegensatz zur vorjährigen, ohne grosse Diskussionen verlaufen, und die Anträge wurden einstimmig angenommen.²³

Das Projekt von Walcher & Gaudy beinhaltete ein Hauptgebäude für die Untersuchung, Behandlung und Pflege der Kranken sowie ein Ökonomiegebäude mit Wäscherei, Keller, einem Leichen- und Sezierraum und einer Wohnung für den Abwart. Das Hauptgebäude hatte insgesamt vier Geschosse. Im Keller befanden sich nebst diversen Vorratskammern die Küche, ein Speisezimmer, Büros, die Heizung und die elektrische Einrichtung. Gleich

¹⁷ BAM, 4014.1.4, Brief der Spitalbaukommission an ausgewählte Fachleute.

¹⁸ March-Anzeiger, Nr. 23, 22.3.1912, S. 1.

¹⁹ Spital Lachen, Jahresbericht, 1940.

²⁰ Vgl. March-Anzeiger, Nr. 23, 22.3.1912.

²¹ Vgl. March-Anzeiger, Nr. 23, 22.3.1912; Adolf Ehrensperger, in: Historisches Lexikon der Schweiz (HLS), <https://hls-dhs-dss.ch/de/articles/047960/2004-08-26/> [Status: 22.9.2020].

²² BAM, C 051.1, Protokolle der Bezirksgemeinde 1872–1954, S. 194–197.

²³ March-Anzeiger, Nr. 24, 26.3.1912, S. 2.

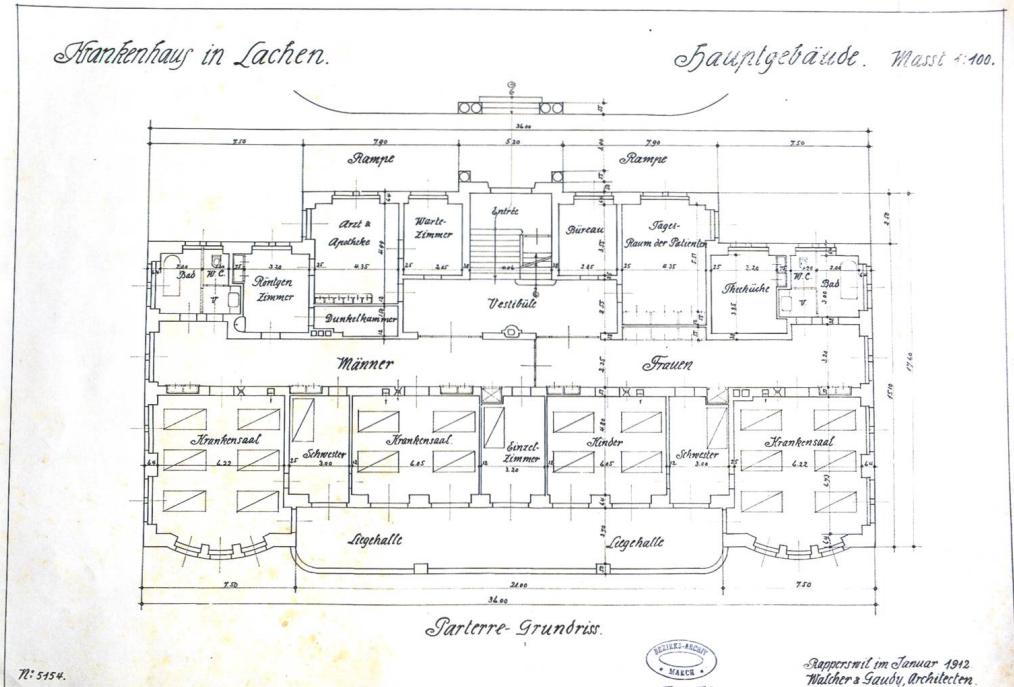


Abb. 1: Bezirksspital der March, Lachen, Hauptgebäude, Grundriss Erdgeschoss, 1912. Die Krankensäle (unten), aufgeteilt in eine Männer- und eine Frauenseite, umfassten pro Flügel zwei Patientenzimmer und je ein Zimmer für eine betreuende Schwester sowie in der Gebäudemitte ein Einzelzimmer. Alle Räume hatten direkten Zugang zur Liegehalle an der Luft.

beim Eintreten in das Gebäude kamen die Patienten im Hochparterre in ein Vestibül mit angrenzendem Wartezimmer. Auf der Nordwestseite des Gebäudes lagen zusätzlich das Röntgenzimmer, die Apotheke, ein Büro, ein Tagessraum für Patienten, die Teeküche sowie pro Flügel je ein Bad und WC. Die Krankensäle auf der Südwestseite des Gebäudes waren aufgeteilt in eine Männer- und eine Frauenseite, wobei die Kinder auf der Frauenseite untergebracht wurden. Es gab pro Flügel ein Patientenzimmer mit sechs Betten und ein Zimmer mit vier Betten. Zwischen den beiden Krankensälen hatte es jeweils ein Zimmer für die Schwester, die mit der Betreuung der Patienten beauftragt war und in der Mitte des Gebäudes zusätzlich ein Einzelzimmer. Die Zimmer hatten direkten Zugang zu der Liegehalle an der Luft. Der erste Stock war zu grossen Teilen identisch aufgebaut, mit dem Unterschied, dass anstelle des Röntgenzimmers und der Apotheke ein Operationssaal mit Vorbereitungssaal und Steriliserraum eingebaut war. Im Dachstock befanden sich – neben den erwähnten Betten – die Kapelle und ein Teil der Wäscherei.²⁴ Der erste Bau des

²⁴ BAM, Planinventar, Nr. 168–190.

Spitals war folglich auf 42 Betten ausgelegt, hatte aber eine erste Erweiterung um 11 Betten und eine zusätzliche Vergrösserung um 13 Betten auf insgesamt 64 eingeplant.

Im Herbst 1912 wurde mit dem Bau des Gebäudes begonnen. Nach Angaben diverser Publikationen in den späteren Jahren verlief der Bau, trotz Kriegsbeginn, ohne grosse Zwischenfälle und konnte pünktlich Ende des Jahres 1914 fertiggestellt werden. Insgesamt beliefen sich die Kosten für das Spital in der Endabrechnung auf 478 973.68 Franken, deutlich mehr als der Voranschlag der Architekten.

Beteiligte

Die Spitalbaukommission hat für gewisse Entscheidungen einzelne Spezialisten hinzugezogen. Dies zeigte sich in der Wahl von Adolf Ehrensperger sowie der Verpflichtung von Oscar Wyss, Professor für Hygiene aus Zürich, der für die Wahl des Standorts ein Gutachten verfasst hatte. Weitere Informationen zum Bau von Spitäler stammten wohl aus Berichten über den Bau anderer Regionalspitäler, die in den Jahren zuvor erbaut wurden. So wurde die Anzahl der benötigten Betten jeweils anhand von diversen Referenzspitälern, unter anderen Einsiedeln, Grabs und Walenstadt,

errechnet und an die Bevölkerungszahl des Bezirks angepasst.²⁵

In der eigentlichen Spitalbaukommission sowie unter den ausführenden Firmen war, soweit aus heutiger Sicht feststellbar, kein Spezialist für Spitalbauten dabei. Sowohl der Auftrag für die Architektur²⁶ als auch für die Umsetzung und Bauarbeiten gingen zum grössten Teil an lokale Geschäfte. Es ist nicht anzunehmen, dass Spezialisten oder weitum bekannte Spitalbauer am Bau beteiligt waren, wenn auch deren Expertise in einzelnen Punkten hinzugezogen worden sein könnte. Allerdings waren einige Ärzte in der March in der Verwaltung und Politik²⁷ vertreten. Auch wurde die Spitalbaukommission wie erwähnt von Martin Steinegger geleitet. Andere ortsansässige Ärzte, zum Beispiel A. Pfister, waren an der Planung des Spitals ebenfalls beteiligt. So zeigt eine Korrespondenz von 1914, dass die Spitalbaukommission mehrere Ärzte aus Lachen um eine Rückmeldung zum Betriebskonzept gebeten hat.²⁸

Jedoch kam keines der übrigen Mitglieder der Spitalbaukommission, zu der ein Architekt, der die Bauleitung übernahm, ein Kanonikus, ein Dekan und mehrere Vertreter der Bezirksverwaltung gehörten, aus dem Gesundheitswesen. Einige der Mitglieder hatten ein kantonales oder nationales Mandat übernommen und verfügten somit über weitreichende Beziehungen, die sie für das Spital nutzen konnten.

Das weitgehende Fehlen von Spezialisten – mit Ausnahme von Ehrensperger – sowohl in der Planung als auch der Ausführung des Baus deutet darauf hin, dass das Spital Lachen als Regionalspital zu dieser Zeit noch keine entsprechende Spezialisierung vorweisen konnte und daher bei dessen Bau keine grosse Expertise im Krankenhauswesen benötigt wurde. Dies zeigt sich auch daran, dass mit Ausnahme des Operationssaals und des Röntgenraums keine speziellen Abteilungen vorhanden waren und die Krankenzimmer sich vor allem durch das Mobiliar von gewöhnlichen Wohnräumen unterschieden. Auch bei Operationssaal und Röntgenraum wurden deren spezifische Ansprüche insbesondere durch die mobile Einrichtung erfüllt und nicht durch die bauliche Substanz.²⁹

Ein sehr wichtiger Akteur beim Bau des Bezirksspitals war die Bevölkerung. Dabei muss jedoch ein Unterschied zwischen der gesamten Bevölkerung und dem damals noch rein männlichen Stimmvolk gemacht werden. Die gesamte Bevölkerung war durch Spenden und Berücksichtigung des Spitalfonds bei Erbschaften an der Finanzierung massgeblich beteiligt. Ohne Beiträge der Einwohnerinnen und Ein-

wohner des Bezirks an den Spitalfonds wäre dieser in der Zeit der Gründung des Fonds 1889 und des Baus 1915 kaum in dem Masse gewachsen, wie es der Fall war. Die finanzielle Beteiligung der Bevölkerung zeigt deren Interesse an einem eigenen Spital. Das Stimmvolk hingegen war aktiv an der Entscheidungsfindung beteiligt. Durch das Engagement der Bürger und ihrer Entschlossenheit, den Bau im Jahr 1912 zu beginnen, wurde der Spitalbau vorgezogen. Es ist davon auszugehen, dass das Spital nicht oder nur mit massiven Verzögerungen entstanden wäre, wenn der von der Spitalkommission vorgeschlagene Baubeginn 1914 beschlossen worden wäre. Die Diskussionen an der Landsgemeinde zeigen, dass beim Spitalbau von 1912–1915 kaum Experten, sondern Laien des Krankenhausbaus nicht nur Einfluss auf wichtige Entscheide hatten, sondern diese sogar trafen.

Betriebliche Organisation

Zur Bauvollendung Ende 1914 respektive Betriebsaufnahme drei Monate später musste der Betrieb des Spitals geregelt sein, damit Patienten entsprechend aufgenommen und behandelt werden konnten.³⁰ Wie die Entscheidungen zum Bau wurde das Betriebsreglement an einer Landsgemeinde besprochen und erst durch Annahme durch diese definitiv festgelegt.

Im Gegensatz zur Bauplanung wurden das Reglement allerdings vor dessen Besprechung an der Landsgemeinde an die Ärzte der Region verschickt und deren Vorschläge, wenn die Spitalkommission damit einverstanden war, ein-

²⁵ BAM, 4014.1.1, Antrag zur Landsgemeinde 1911.

²⁶ StASG W027, Bestand zu Walcher & Gaudy.

²⁷ Im 15-köpfigen Bezirksrat sass 1911–1915 aber nur die Ärzte Martin Steinegger, Lachen und Robert Kistler, Reichenburg sowie der Zahnarzt Gustav Oethiker, Lachen.

²⁸ BAM, 4011.1, Antwort von Dr. Pfister.

²⁹ BAM, Planinventar, Nr. 257.

³⁰ Das Betriebsreglement «des Bezirks-Spitales der March in Lachen» wurde Ende 1914 in der Zeitung publiziert und als Druckschriften vom Bezirk den Gemeinden zur «Verteilung unter ihre Gemeindebürger» zugestellt (March-Anzeiger, Nr. 103, 31.12.1914, S. 7). Zum Betriebsreglement vgl. auch March-Anzeiger, Nr. 101, 23.12.1914, S. 2; Nr. 2, 8.1.1915, S. 2. Die Verordnung über die Verpflegungstaxen im Bezirks-Spital der March erschien Anfang März in der Zeitung (March-Anzeiger, Nr. 17, 2.3.1915, S. 6).

gearbeitet.³¹ Der Einbezug von Spezialisten, zumindest in Zusammenhang mit der Funktion und Position des Arztes im Spital, war damit im Vorfeld eigentlich gegeben. An der Landsgemeinde zum Betriebsreglement im Januar 1915 meldeten sich dennoch fast ausschliesslich Ärzte, die mit den Anpassungen der Kommission unzufrieden waren und weitere Änderungen verlangten. Jedoch vermochten sie das Stimmvolk nicht zu überzeugen, und das Betriebsreglement wurde in der vorgelegten Form angenommen.³² Während das Stimmvolk bei Fragen zum Bau des Spitals massive Änderungen eingab und durchzusetzen vermochte, hielt es sich bei der Regelung des Betriebs zurück und überliess diese den Ärzten und der Spitalkommission. Ob diese Zurückhaltung der Stimmbürger auf das Vorhandensein ihnen bekannter Experten für den Betrieb eines Spitals, die ortsansässigen Ärzte, zurückzuführen ist oder ob andere Aspekte mitspielten, lässt sich nicht feststellen. Auch möglich wäre, dass das Stimmvolk nach so vielen Diskussionen zum Spital und dem inzwischen fertiggestellten Krankenhaus keine Lust mehr hatte, weitere Debatten zu führen.

In der Organisation an oberster Stelle stand der Bezirksrat, der die Spitalkommission wählte. Diese war als zweitoberstes Organ für übergeordnete administrative Belange wie zum Beispiel die Wahl der Ärzte zuständig. Der Chefarzt, der bei Abwesenheit von einem Stellvertreter ersetzt wurde, war für Belange der Kranken zuständig und verantwortlich für das Personal sowie die Wartung der medizinischen Geräte. Die Oberschwester war für Organisation der Pflege und des Haushalts zuständig, wobei sie von weiteren Krankenschwestern unterstützt wurde. Die Pflege wurde vollständig von der Kongregation der Barmherzigen Schwestern vom heiligen Kreuz in Ingenbohl übernommen.

³¹ BAM, 4011.1, Antwort von Dr. Pfister.

³² BAM, C 051.1, Protokolle der Bezirksgemeinde 1872–1954, S. 209–213.

³³ BAM, 4011.1, Reglement für den Betrieb 1915.

³⁴ Leidinger, Krankenanstalt Bremen, S. 63.

³⁵ BAM, 4012.1.9, Vertrag mit den Schwestern von Ingenbohl; Risse, Mending Bodies, S. 438.

³⁶ Vgl. zum Beispiel Spital Lachen, Jahresbericht, 1916, S. 13.

³⁷ «In Einsiedeln und Schwyz gab es seit dem Spätmittelalter Spitäler, die als Herberge für Pilger und Durchreisende, aber auch als Armenhaus für einheimische Bedürftige dienten und in denen Kranke gepflegt wurden.» (Lippuner, Sozial- und Gesundheitswesen, S. 264).

Ins Spital aufgenommen wurden akut Erkrankte aus der March – Bezirksfremde und chronisch Kranke nur bei entsprechenden Platzverhältnissen sowie geburtshilfliche Fälle dann, wenn ein operativer Eingriff nötig war. Verboten wurde der Betrieb einer Polyclinic, da diese per Definition im Spitalreglement unentgeltliche Konsultationen und Medikamente abgäbe. Für die Aufnahme bedurften die Patienten eines ärztlichen Zeugnisses und der Bewilligung des Gesuchs durch den Chefarzt. Auch die Entlassung war lediglich auf ärztliche Anordnung möglich.³³

Die Übertragung der Pflege an einen konfessionellen Pflegeteam war zu dieser Zeit üblich. Die Ingenbohler Schwestern waren in vielen Spitäler, in Kinderheimen und anderen Institutionen der sozialen Fürsorge tätig. Sie sahen ihre Arbeit, wie andere in der Pflege aktive Schwesternbünde, nicht als Erwerbtätigkeit, sondern als Möglichkeit, nach dem Grundsatz der christlichen Karitas den Kranken zu helfen. Durch die Übertragung der Pflege an Kongregationen konnten erhebliche Kosteneinsparungen erreicht werden, da das vom Kloster verlangte Entgelt vergleichsweise tief war.³⁴ Ein Nachteil, der sich durch eine solche Übertragung ergab, war, dass das Mutterhaus die Entsendung der Schwestern bestimmte und diese nach Bedarf in andere Institutionen verschieben konnte. Während dies bei mehreren Spitäler zu Problemen führte, da der Spitalverwaltung so die Kontrolle über die Schwestern fehlte, schien dies in Lachen relativ unproblematisch gewesen zu sein.³⁵ So gab es zwar auch in Lachen Situationen, in denen in spezifischen Bereichen, so zum Beispiel im Operationssaal, keine entsprechend geschulte Schwester vorhanden war. Dafür war bei Ausfall einer Schwester stets für Ersatz gesorgt, da das Kloster in Ingenbohl schnell reagieren konnte.³⁶

Die Patienten im Spital waren gut versorgt. So hatten sie saubere Wäsche, beheizte Zimmer und gutes Essen. Die Bedenken der ortsansässigen Ärzte, dass der Zweck des Spitals nicht zu eingeschränkt sein dürfe, damit Arme, die nicht im Armenhaus aufgenommen werden können, stattdessen im Spital versorgt werden, weisen darauf hin, dass im Bezirk March die Trennung der Armenfürsorge und des Gesundheitswesens noch nicht vollständig vollzogen war.³⁷ Die Bestimmung, dass nur von Ärzten empfohlene Patienten im Spital aufgenommen werden können, legt aber nahe, dass wohl lediglich Arme im Spital Unterschlupf fanden, die auch tatsächlich krank waren.

Die Medizin, die am Spital Lachen angeboten wurde, war nicht spezialisiert, Paragraph 5 des Betriebsreglements, der den Betrieb einer Polyclinic verbot, weist aber darauf hin,

dass im Spital keine Bagatelfälle behandelt wurden, die auch zuhause von einem praktizierenden Arzt der Region betreut werden konnten. Paragraph 21.e erlaubte die vorläufige Aufnahme eines Patienten im Notfall auch ohne die erforderlichen Papiere. Diese mussten allerdings innerhalb dreier Tage nachgereicht werden.³⁸

Die Einführung eines Pferdefuhrwerks für den Transport von Kranken zum Spital war von Anfang an geplant. In einem nicht datierten Reglement zum Krankenwagen steht, dass nach Erstellung des Bezirksspitals der Wagen in der dort vorgesehenen Remise untergebracht werden muss. Das Fuhrwerk war bereits vor der Eröffnung des Spitals vorhanden und diente damals dazu, die Patienten zu einem Arzt oder in ein entferntes Krankenhaus zu bringen.³⁹ Die Einrichtung dieses Fuhrwerks zeigt, dass der Bezirksrat damit gerechnet hatte, dass bei Unfällen und schweren Erkrankungen ein Transport ins Spital benötigt werde, der so ermöglicht werden sollte. Mit dem modernen Rettungsdienst darf dieses Pferdefuhrwerk jedoch nicht verglichen werden. Zusammen mit dem Paragraph 21.e weist es aber darauf hin, dass bereits zu Beginn Notfälle am Spital behandelt wurden und der Arzt stets auf Abruf bereit sein musste, wofür er in den Jahresberichten auch gelobt wurde.⁴⁰

Generelle Einordnung

Der Bau des Krankenhauses lässt sich in die Übergangszeit zwischen Pavillonbauweise und Kompaktkrankenhaus einordnen, wobei das Spital Lachen der letzteren Kategorie zuzuweisen ist. Selbst während der Blütezeit der Pavillontypen war das Kompaktkrankenhaus für kleinere Spitäler der Normalfall.⁴¹ Im Unterschied zu den grossen Krankenhäusern lässt sich in Lachen keine eindeutige Unterteilung verschiedener Abteilungen, insbesondere Chirurgie und Medizin, finden. Auch die betriebliche Organisation, die bis Ende der 1960er-Jahre von einem einzigen Chefarzt geleitet wurde, weist darauf hin, dass im Spital Lachen keine Abteilungen vorhanden waren.

Einzig eine Absonderung der Infektionskranken ist ab dem Sommer 1915 nachweisbar. Da das Spital besser besucht war als anfänglich erwartet, war es nicht möglich, Infektionskranken in der bestehenden Infrastruktur separat unterzubringen und zu versorgen. Die geplante Erweiterung des Dachstocks wurde daher bereits nach wenigen Monaten in Angriff genommen. Diese Erweiterung sollte als Abteilung für Infektionskranken dienen.⁴² Dadurch konnte der Bau des Absonderungshauses, der in der ursprünglichen

Planung einberechnet war, aufgrund der Kosten aber verschoben wurde, weiter hinausgezögert werden. Das Absonderungshaus wurde dann erst 1930 realisiert, als es finanziell möglich, aufgrund der gestiegenen Zahl an Patienten nötig war und durch das Gesetz von 1928 rechtlich verlangt wurde.

Ebenfalls unterschied sich das Spital Lachen in der Unterkunft des Personals von Zentrumsspitalern derselben Zeit. Während im Normalfall die Schwestern in einem separaten Bereich ihre Unterkunft hatten und somit getrennt von den Patienten lebten, gab es eine solche Trennung in Lachen nicht. Die Schwestern waren gleich zwischen den Patientenzimmern untergebracht und im ganzen Haus verteilt.

Obwohl wenige Spezialisten massgeblich beteiligt waren, weist der ursprüngliche Grundriss des Spitals einige Übereinstimmungen mit dem Aufbau von Spitäler der damaligen Zeit auf. So waren die Krankensäle typischerweise nach Süden ausgerichtet und erlaubten den Zugang zu einer Liegehalle. Die restlichen Verwaltungs- und Behandlungsräume waren hingegen im Norden des Gebäudes situiert. Die Krankensäle waren verglichen mit Grosskrankenhäusern kleiner, und es wurden nur zwei Einzelbettzimmer eingeplant.

Der Neubau 1964–1967

In den Jahren vor dem Neubau 1967 zeigten sich, ähnlich wie beim ersten Bau, Diskrepanzen und Meinungsverschiedenheiten zwischen der Spitalbaukommission, dem Bezirksrat und dem Stimmvolk. Die unterschiedlichen Auffassungen führten dazu, dass der Bau einige Male in Frage gestellt wurde und es längere Zeit nicht klar war, ob eine Erweiterung überhaupt umsetzbar war.

Vorbereitung und Abstimmungen

Nachdem 1930 das Absonderungshaus gebaut und eröffnet und 1954 bereits ein Erweiterungsbau mit Fahrstuhl reali-

³⁸ BAM, 4011.1, Reglement für den Betrieb, S. 7.

³⁹ BAM, 4011.1, Reglement Krankenwagen.

⁴⁰ Spital Lachen, Jahresbericht, 1915–1917.

⁴¹ Murken, Allgemeines Krankenhaus, S. 315.

⁴² Spital Lachen, Jahresbericht, 1940, S. 22.

siert worden waren, machte sich Ende der 1950er-Jahre der Bedarf für mehr Platz und eine neuere, dem medizinischen Standard entsprechende Einrichtung immer stärker bemerkbar. Die Patientenzahlen hatten sich in den Jahren seit 1915 massiv erhöht, und das Spital hatte immer mehr Mühe, alle Patienten unterzubringen. Auch die Unterkünfte für das Spitalpersonal liessen zu wünschen übrig und mussten dringend angepasst werden. Diese Vorhaben sollten mit einem Neu- und Umbau umgesetzt werden.

Ende April 1962 bildeten mehrere Männer aus der Obermarch eine Patronatskommission, die sich der Spitalfrage annahm, die Spitalkommission bei diesem Projekt unterstützte und dafür sorgte, dass das Thema in der Bevölkerung präsent war. Die Patronatskommission war sich der engen Platzverhältnisse im Spital bewusst und diskutierte insbesondere die möglichen Finanzierungen eines Neubaus. Sie schlug vor, dass der Steuersatz nicht wie vorgängig besprochen von 1 1/4% auf 1% gesenkt, sondern beibehalten werde.⁴³ Der Überschuss sollte dann in einen Fonds übertragen werden, der die Finanzierung des Neubaus erleichtern würde. Diese Idee wurde in der Folge als Antrag an die Bezirksgemeinde gestellt und zusammen mit der Bezirksrechnung am 20. Mai 1962 angenommen.⁴⁴

Über den Sommer und im Herbst organisierten diverse Vereine Veranstaltungen, um Geld für den Neubau zu sammeln. Der grösste dieser Anlässe war der Spital-Bazar im Oktober. Während der Herbstferien wurden im Schulhaus nebst mehreren Stuben zur Verpflegung auch Tanzabende, ein Flohmarkt und eine Lotterie durchgeführt. Der Gewinn des Bazaars wurde vollständig dem Spital übergeben und belief sich auf knapp 100 000 Franken.⁴⁵

Die Hauptvorlage der nächsten Landsgemeinde am 28. Oktober 1962 war ein Kredit für die Planung und

Projektierung des Erweiterungsbau des Bezirksspitals, die den Startschuss für die Umsetzung geben sollten. Bei der darauffolgenden Urnenabstimmung, der ersten im Bezirk überhaupt, wurde die Vorlage mit 1041 Nein- zu 813 Ja-Stimmen abgelehnt.⁴⁶ In der vorausgehenden Diskussion an der Landsgemeinde und im «March-Anzeiger» zeigte sich, dass insbesondere die hohen Schulden des Bezirks aufgrund anderer Bauprojekte dazu führten, dass ein weiteres Grossprojekt nicht erwünscht war. Zwar wurde die Notwendigkeit des Ausbaus des Spitals von niemanden bestritten, jedoch war die Finanzierung nicht geklärt. In den Diskussionen vor der Abstimmung wurde dann auch kaum zwischen dem Kredit für die Planung, um den es tatsächlich ging, und dem benötigten Erweiterungsbau des Spitals unterschieden. Vor der Freigabe der Planung verlangte das Stimmvolk eine Klärung der Finanzierung, was aber aufgrund der fehlenden Informationen über das für den Bau benötigte Geld nicht möglich war. Ein weiteres Gegenargument war, dass die vorgesehene Planungsfirma ausserhalb des Kantons domiziliert war und somit Geld aus dem Kanton geschafft werden würde.⁴⁷

Nur wenige Monate später, im Mai 1963, wurde das Thema an der Bezirksgemeinde erneut besprochen. Dieses Mal hatte der Bezirksrat ein Exposé vorbereitet, das einerseits die Notwendigkeit des Erweiterungsbau anhand der Belegungsstatistik aufzeigte und andererseits Fragen in Bezug auf die Finanzierung klärte. So hatte der Bezirksrat bereits mit dem Bezirk Höfe abgeklärt, dass dieser bereit wäre, 20% der Kosten zu übernehmen, da anteilmässig ungefähr so viele Patienten aus dem Bezirk Höfe im Bezirksspital der March behandelt wurden. Ebenfalls war eine finanzielle Beteiligung von Seiten des Kantons zu erwarten.⁴⁸

In der darauffolgenden Abstimmung wurden der Antrag angenommen und die Planung des Erweiterungsbau dem Bezirksrat in Auftrag gegeben. Der Bezirksrat sollte bis im Mai 1964 Pläne und einen Kostenvorschlag für eine Vergrösserung auf 150 Betten erstellen und diese der Landsgemeinde vorlegen. Der Bezirksrat beschloss, diesen Auftrag der Spitalkommission zu übertragen. Ebenfalls sollten Architekt Josef Schütz und der Zürcher Kantonsarzt Büchel, im Protokoll «Spitalfachleute» genannt, als Berater hinzugezogen werden.⁴⁹

Projektierung und Umsetzung

Mit der Delegierung der Planung an die Spitalkommission konnte die Erweiterung nun konkret projektiert werden.

⁴³ Vgl. March-Anzeiger, Nr. 39, 15.5.1962; BAM, 4014.13.2, Protokollauszug Bezirksrat March, 1.5.1962.

⁴⁴ BAM, C051.1.1955–1971, Protokolle der Bezirksgemeinde March, S. 62–63. Eine Mitgliederliste der Patronatskommission ist nicht bekannt. Nach der erfolgreichen Abstimmung an der Urne wurde die Kommission in den Akten nicht mehr erwähnt.

⁴⁵ BAM, 4014.13.1, Spitalbazar.

⁴⁶ March-Anzeiger, Nr. 89, 6.11.1962, Bl. 2 [S. 3].

⁴⁷ Vgl. March-Anzeiger, Nr. 88, 2.11.1962.

⁴⁸ BAM, C051.1.1955–1971, Protokolle der Bezirksgemeinde March, S. 69–71; March-Anzeiger, Nr. 40, 21.5.1963, Bl. 2 [S. 3].

⁴⁹ BAM, 4014.13.2, Protokollauszug Bezirksrat, 21.6.1963.

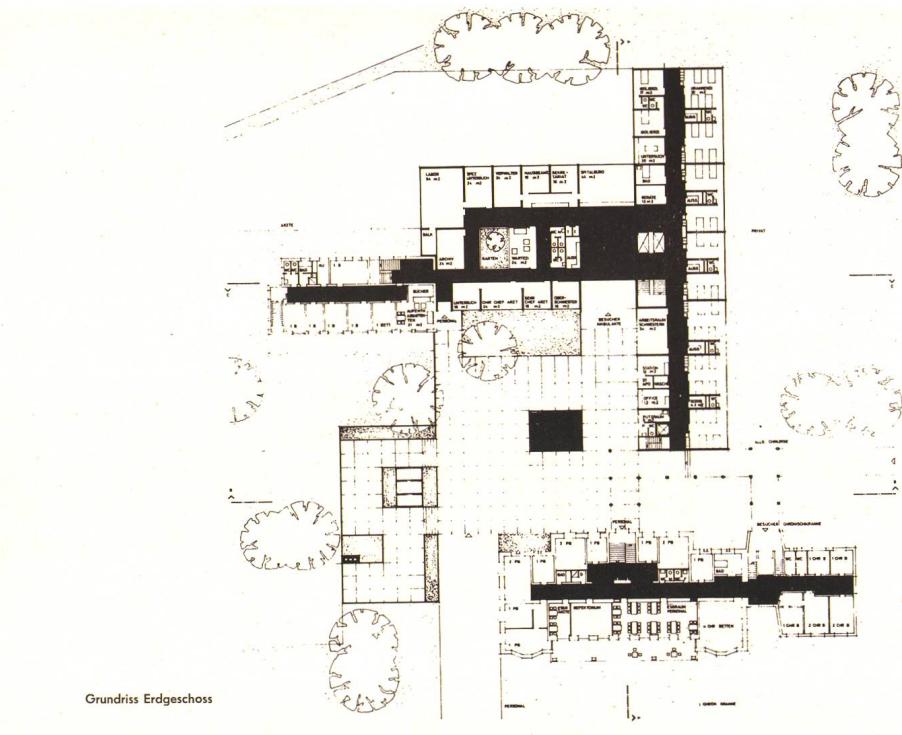


Abb. 2: Bezirksspital der March, Lachen, Projekt Neubau 1967, Grundriss Erdgeschoss Spitalgebäude. Der Neubau (oben) zeigte eine T-Form. In der Querachse auf der Ostseite (rechts) waren die Zimmer für die medizinischen Patienten platziert. In der Längsachse waren Ärztebüros, Untersuchungszimmer und das Labor eingerichtet.

Über die Projektierung ist allerdings nur wenig bekannt. Einzig ein Protokollauszug des Bezirksrats March gibt darüber zusammenfassend Auskunft.

Zu Beginn wurde von Büchel ein Gutachten erstellt, das einerseits den momentanen Zustand des Bezirksspitals untersuchte und andererseits Verbesserungen vorschlug. Die Haupterkenntnisse waren, dass das Spital veraltet ist und man zwingend die Spitalanlage und Unterkünfte der Patienten und des Personals verbessern musste. Wichtiger noch erschien dem Gutachter die Modernisierung der medizintechnischen Einrichtungen zu sein. Aufgrund dieser Erkenntnisse stellte die Spitalkommission das Raumprogramm zusammen, das analog zu der Projektierung 1915 vier Architekten zur Teilnahme an einem geschlossenen Wettbewerb zugestellt wurde.

Den Wettbewerb gewann eine Architektengruppe, bestehend aus Max Müller, Architekt aus Lachen sowie Rolf Leuzinger und Umberto Butti, Architekten aus Pfäffikon. Basis der Entscheidung waren «grundlegende Prüfungen und Vergleiche mit anderen Spitalbauten».⁵⁰ Bei der Bewertung und Auswahl der Projekte war die «engere Spitalkommission» beauftragt. Ob auch die beiden oben erwähn-

ten Berater miteinbezogen wurden, lässt sich nicht sagen. Allerdings fehlen jegliche Hinweise auf Spitalfachleute in der Zusammenstellung der Baukommission, wie sie 1964 konstituiert wurde.⁵¹

Der Vorschlag, der an der Abstimmung in Anschluss an die Landsgemeinde 1964 angenommen wurde, beinhaltete eine Sanierung der Altbauten und einen grossen Neubau mit fünf Stockwerken. Das Untergeschoss diente in erster Linie den elektronischen Installationen und Wartungsräumen. Die Aufbahrung der Leichen und der Sektionsraum befanden sich ebenfalls im Untergeschoss. Die Gänge im Untergeschoss waren so organisiert, dass alle Gebäude miteinander verbunden waren. Die Wäscherei, die sich auf derselben Ebene befand, war an diese unterirdische Flur anlage angebunden, aber in einem eigenen neuen Gebäude untergebracht. Die Küche im Untergeschoss des alten Gebäudes blieb weiter bestehen.

⁵⁰ BAM, 4014.13.2, Protokollauszug Bezirksrat, 12.3.1964.

⁵¹ BAM, 4014.13.11, Protokoll der Spitalbaukommission, 2.9.1965.

Auf der Ebene des Erdgeschosses zeigte sich eine T-Form des Neubaus. In der Querachse waren die Krankenzimmer platziert, wobei die gesamte Ostseite für Patientenzimmer genutzt wurde. Auf der Westseite, die an die Längsachse angrenzte, waren im Norden Isolierzimmer installiert. Im Süden wurde jeweils ein Zimmer als Aufenthaltsraum genutzt, die anderen Räume dienten als Stationszimmer und Büro. Das Erdgeschoss war für medizinische Patienten reserviert, der erste und zweite Stock für die chirurgischen Patienten, und der dritte Stock stand der Gynäkologie und Geburtshilfe zu. Die Grundrisse für die oberen Geschosse sind nicht mehr auffindbar. Es ist aber davon auszugehen, dass in diesen ein ähnlicher Aufbau wie in den unteren beiden geplant war. Im vierten Stock, der deutlich kleiner war als die darunterliegenden, befand sich die Kapelle.

In der Längsachse, die lediglich zwei Geschosse aufwies, waren im Erdgeschoss Ärztebüros, einzelne Untersuchungszimmer und das Labor eingerichtet. Im ersten Stock befand sich die Operationsabteilung mit zwei Operationssälen inklusive Vorbereitung, Sterilisation, Aufwachraum, Gipszimmer und einer Endoskopie. Ebenfalls auf diesem Geschoss waren die Apotheke und die Röntgenabteilung angesiedelt. Die Längsachse war an ihrem Ende mit dem ehemaligen Absonderungshaus verbunden, das nunmehr als Unterkunft für das Spitalpersonal diente. Im Altbau von 1915 wurde das Personalrestaurant eingerichtet, es befanden sich dort außerdem mehrere Personalzimmer. Im 2. Geschoss waren alle verbleibenden Räume zu Personalzimmern umgewandelt worden. Im Anbau an den Altbau aus dem Jahr 1954 wurde neu eine Abteilung für chronisch Kranke eröffnet.

Der Neubau brachte einige Neuerungen mit sich. So wurde zum Beispiel die Operationsabteilung um einen Operationssaal erweitert. Dadurch wurde die Trennung von aseptischen und septischen Operationen («saubere» und «schmutzige» Eingriffe), wie sie in den meisten grösseren Spitälern seit Langem üblich war, im Spital Lachen möglich. Somit war nebst der Kapazitätserhöhung eine Anpassung an die medizinischen Standards gesichert. Dazu gehörte der Aufwachraum. Bisher waren die Patienten nach der Operation wieder zurück in ihr Zimmer gebracht worden und dort aufgewacht. In «modernerer» Spitälern wurde der Patient im Normalfall nach der Operation mindestens bis zum Aufwachen in der Nähe des Operationssaals und des Chirurgen beobachtet.⁵² Im alten Gebäude in Lachen war dies nicht möglich gewesen.

⁵² Zbinden, Anfänge, S. 40–41.

Mit der Erweiterung konnten nun auch die Personal von den Patientenzimmern getrennt werden. Zudem wurden die Personalzimmer nach Kategorien von Personal zugeteilt. So war das Erdgeschoss des ehemaligen Absonderungshauses für die Ärzte reserviert. Dessen erster Stock war für die Ordensschwestern vorgesehen, die getrennt vom restlichen Pflegepersonal untergebracht waren. Einzig die Personalzimmer im Altbau befanden sich weiterhin in der Nähe der Patienten und waren räumlich nicht klar abgetrennt. Durch die getrennten Eingänge für Personal und Patienten respektive Besucher konnte eine Separierung der Personengruppen jedoch beibehalten werden.

Mit dem Bau einer Abteilung spezifisch für chronisch Kranke wurden die demografischen Entwicklungen, die immer mehr chronisch Kranke aufzeigten, eingerechnet. Diese wurden nicht als Patienten, die eine Behandlung brauchten, wahrgenommen, sondern als Pflegebedürftige ohne grosse Aussicht auf Heilung.

Die Gynäkologie entwickelte sich in Lachen ähnlich. Wie erwähnt wurden anfänglich keine geburtshilflichen Fälle angenommen, es sei denn, sie benötigten chirurgische Hilfe. Diese Einschränkung wurde aber nicht konsequent umgesetzt. Die Entwicklung, dass Geburten immer öfters im Spital stattfanden, begann in der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts. Bereits nach wenigen Jahren wurde in Lachen eine geburtshilfliche Abteilung benötigt. Mit dem Bau des Absonderungshauses 1930 wurde im Hauptgebäude Platz frei, um eine solche einzurichten. Erst mit dem Neubau 1967 wurde es aber möglich, die Gynäkologie und Geburtshilfe in dafür angepasste Räume zu verlegen. Im Rahmen der Neuorganisation des Spitalbetriebs 1977 wurde dieser Abteilung Raum in der Organisation zugestanden. Aufgrund der fehlenden Grundrisse ist es jedoch nicht möglich, den Aufbau der Gynäkologie im Detail zu besprechen. Es ist aber davon auszugehen, dass für diese wie für die anderen Abteilungen des Spitals den neuen Entwicklungen in der Medizin Rechnung getragen wurde.

Beteiligte

Beim Neubau in den 1960er-Jahren waren wiederum Personen aus Politik und Ärzte beteiligt. Die Spitalbaukommission wurde nach der Abstimmung 1964 über die Baufreigabe für die Begleitung des Baus gegründet. Für die ersten Abstimmungen und Planungen hatte die Spitalkommission als Ganzes diese Aufgabe übernommen. Die Baukommission bestand dann auch aus Mitgliedern der

Spitalkommission, zuzüglich Alfons Enzler, dem damaligen Chefarzt am Spital. Die Spitalbaukommission entschied vor allem über die Vergabe von Arbeiten. So zeigen die Protokolle ab 1966 (frühere sind nicht vorhanden) unzählige Auflistungen von Offerten für einzelne Arbeiten. Grössere Geschäfte, wie zum Beispiel ein System für die Essensausgabe, wurden an mehreren Sitzungen detailliert besprochen. Bei kleineren Aufträgen wurde nur der Entscheid aufgelistet. Aus den vorhandenen Akten wird nicht klar, ob die Spitalbaukommission überhaupt Entscheidungen treffen durfte oder ob sie lediglich Vorschläge für die Spitalkommission erarbeitete und so eher als Ausschuss der Spitalkommission fungierte.

Eine zentrale Rolle spielte Georges Leimbacher. In seinen Funktionen als Spitalratspräsident, Bezirks- und Kantonsrat sowie als Bauunternehmer hatte er weitreichende Beziehungen, die er für das Spital zu nutzen verstand. So war Leimbacher massgebend für die finanzielle Beteiligung des Kantons bei den Pflegekosten sowie die Mitfinanzierung von Neu- und Umbauten ab den 1960er-Jahren.⁵³

Den Auftrag erhielten lokale Architekten, die keine lange Erfahrung im Spitalbau hatten. Einzig Max Müller hatte für das Spital Lachen bereits den Erweiterungsbau 1954 geplant, der im Zusammenhang mit der Abstimmung 1962 jedoch mehrmals als schlechtes Beispiel für die Planung und Umsetzung genannt wurde. Das Architekten-Konsortium war aber in der Gemeinde und im Bezirk gut vernetzt. Max Müller wurde 1968, kurz nach der Fertigstellung des Baus, zum Bezirksrat gewählt, Rolf Leuzinger war ab 1972 Kantonsrat.

Die Rolle der zwei auswärtigen Spitalfachleute geht aus den Akten nicht hervor. Die Ähnlichkeit im Aufbau des Spitals mit anderen Spitätern weist darauf hin, dass Spezialisten und erfahrene Personen beteiligt waren. Jedenfalls wurden erneut Ärzte bei der Planung miteinbezogen. Alfons Enzler, der Chefarzt am Spital, war ständiges Mitglied der Baukommission, später war Armin Mäder, der Internist und spätere Chefarzt Medizin, bei einzelnen Sitzungen involviert.

Betriebliche Organisation

In einer ersten Anpassung des Betriebsreglements 1947, die den Bau des Absonderungshauses und die Einrichtung der Gebärstation von 1930 mit grosser Verspätung erfasste, wurde auch eine Verwalterstelle zur Entlastung des Chefarztes eingerichtet. Der Verwalter, der zugleich Vorsitzender der Spitalkommission war, geriet allerdings in Konflikt mit

dem Chefarzt, was 1951 in der Kündigung des Chefarztes Alfred Steinegger mündete.⁵⁴

Die nächste Anpassung des Reglements wurde 1968 vorgenommen. Dabei wurden wiederum einzelne Aspekte, die im Betrieb bereits umgesetzt waren, verspätet festgehalten. So wurde zum Beispiel die Stelle des Internisten, der dem Chefarzt unterstellt war, erst nach Arbeitsbeginn desselben im Betriebsreglement erfasst. Auch die Beteiligung des Bezirks Höfe am Spital, die mit dem Vertrag von 1962 geregelt worden war, fand erst sechs Jahre später Eingang ins Betriebsreglement. Dabei wurde der Vorrang von Patienten aus der March aus dem Reglement entfernt und der Bezirk Höfe offiziell in den Namen des Spitals aufgenommen.

Weiterhin bestehen blieb der Vorzug akut Kranter vor chronisch Kranke. Aufgrund der gesetzlichen Vorlage musste jedoch eine gewisse Anzahl an Betten für chronisch Kranke reserviert werden, wobei sich diese in Lachen auf ein Maximum von 20% der Betten belief. Diese Änderung erlaubte den Betrieb der neu eingerichteten Station für chronisch Kranke.

Die Organisation erhielt 1968 ein zusätzliches Gremium: Nebst den bereits bekannten Leitungsorganen (Spitalkommission, Chefarzt, Verwalter) wurde ein Betriebsausschuss eingeführt. Dieser bestand aus dem Präsidenten und fünf Mitgliedern der Spitalkommission, dem Verwalter und dem Chefarzt. Der Ausschuss war für die Vorbereitung der Geschäfte und Unterbreitung derselben an die Spitalkommission zuständig. Das neue Gremium wurde nötig, da die Spitalkommission nach Zusammenschluss mit dem Bezirk Höfe neu aus 9 bis 15 Mitgliedern bestand. Außerdem wurde die Stelle des Verwalters nicht mehr mit dem Präsidentenamt kombiniert. Die Spitalkommission war nach wie vor für die Geschäftsführung zuständig, wurde aber durch den Ausschuss entlastet und durch den Chefarzt und den Verwalter jeweils in medizinischen respektive nicht medizinischen Belangen unterstützt.

Der Chefarzt erhielt wieder mehr Mitspracherecht im Betrieb und durfte zum Beispiel die Assistenzärzte selbst bestimmen. Der Ausbau der ärztlichen Stellen, die neu mindestens zwei fix angestellte Ärzte und eine unbestimmte

⁵³ Nach Vollendung des Spitalbaus wurde Leimbacher 1968 als Regierungsrat gewählt und leitete das Departement des Innern.

⁵⁴ BAM, 4011.1, Reglement betreffend Betrieb 1946; BAM, 4012.2.2.1, Protokolle und Korrespondenzen bezüglich Differenzen mit dem Chefarzt.

Anzahl von Assistenzärzten umfassten, trug der erneuten Erhöhung der Betten und Patientenzahl Rechnung. Auch wurde durch die Einführung des Internisten eine Trennung der chirurgischen und medizinischen Abteilung in der Organisationsstruktur sichtbar.

Die Änderungen im Betriebsreglement wurden erst nach Abschluss des Baus durchgeführt. Aus diesem Grund überrascht es nicht, dass die bauliche Organisation des Spitals nicht in allen Bereichen der betrieblichen Struktur entsprach und dadurch auch Probleme entstanden. So wurde zwar 1967 ein Internist eingestellt, der bereits 1969 zum Chefarzt befördert wurde, jedoch war es durch den späten Antritt des Internisten nicht möglich gewesen, eine bauliche Anpassung an die Bedürfnisse einer internistischen Abteilung vorzunehmen. Auch die Revision des Reglements 1977 führte zu beachtlichen Veränderungen an der Organisation, die nur bedingt an die bauliche Gliederung angepasst waren. Mit diesen Anpassungen wurden im Spital drei Teilebereiche geschaffen, eine chirurgische und eine gynäkologische Abteilung sowie eine solche für innere Medizin mit jeweils einem eigenen Chefarzt.

Die Aufteilung der Stockwerke im Neubau zehn Jahre zuvor war zwar bereits auf eine solche Trennung von Bereichen abgestimmt, aber die einzelnen Bedürfnisse der neuen Abteilungen wurden nicht einbezogen. So war die Zuschreibung der Stockwerke auf Schwerpunkte in der Behandlung unabhängig von der Bausubstanz entstanden.

Der Auslöser für die Revision des Reglements 1977 war jedoch nicht die Aufteilung der Abteilungen, sondern die Kündigung der Zusammenarbeit für die Pflege seitens des Kloster Ingenbohls, was dazu führte, dass der gesamte Pflegebereich und die Haushaltsführung neu organisiert werden mussten. Der zeitgleiche Rücktritt des damaligen Chefärztes Enzler erlaubte auch eine grundlegende Neuorganisation der medizinischen Abteilungen.

Die Aufteilung in verschiedene Abteilungen fand im Spital Lachen relativ spät statt. Spätestens in der Zeit des Pavillonbaustils war in grossen Zentrumsspitätern eine Teilung der Abteilungen bereits Ende des 19. Jahrhunderts Standard, wobei diese Teilung vornehmlich räumlich war, aufgrund der örtlichen Distanz aber auch zu einer organi-

satorischen Trennung führte.⁵⁵ Die späte Aufteilung in Lachen lässt sich aus der vergleichsweise kleinen Betten- und Patientenzahl erklären. Bei ein paar hundert Patienten im Jahr lohnte sich eine Aufteilung der Bereiche nicht, da dies einen unverhältnismässig hohen Verwaltungsaufwand mit sich gebracht hätte.

Während das Spital bis anhin lediglich zur Behandlung von Kranken vorgesehen war, wurde 1977 eine Klausel eingeführt, die es erlaubte, am Spital Lachen, soweit möglich, medizinisches Personal auszubilden. Dazu zählte die Ausbildung von Ärzten, Pflegepersonal und weiterem Hilfspersonal.⁵⁶ Diese Anpassung wurde wohl aufgrund des Eintritts von Enrico Maroni, Chefarzt Gynäkologie, der vom Universitätsspital Zürich kam und dort in der Lehre tätig war, vorgenommen. Die Erweiterung zu einem Ausbildungsspital erlaubte zusätzlich die Beschäftigung von Pflegenden in Ausbildung, wodurch gewisse Stellen durch vergleichsweise billige Arbeitskräfte besetzt werden konnten.

Der Betriebsausschuss von 1968 wurde durch die Spitalleitungskonferenz ersetzt, die neu ohne Mitglieder der Spitalkommission auskam. Darin vertreten waren die drei Chefärzte, der Verwalter und der Pflegedienstleiter, dessen Funktion neu eingeführt, im Reglement jedoch nicht beschrieben wurde.

Im Reglement wird, obschon dies die Ursache der Revision war, nicht geklärt, wie die Pflege neu organisiert würde. Einzig durch die Chronik der Schwestern ist bekannt, dass alle Stellen der Nonnen inklusive der Oberschwester durch freischaffende Schwestern ersetzt werden konnten.⁵⁷ Die Pflegedienstleitung wurde in den folgenden Jahren von der Oberschwester übernommen.

Der Weggang der Schwestern und die damit einhergehende Säkularisierung sind für diese Zeit üblich. Die stetig sinkenden Zahlen an verfügbaren Kongregationsschwestern und die zunehmende Anzahl weltlicher Schwestern führten dazu, dass in vielen Spitätern die konfessionellen Schwestern durch weltliche ersetzt wurden.⁵⁸

Generelle Einordnung

Der Neubau von 1967 darf als typischer Krankenhausbau seiner Zeit bezeichnet werden. Die T-Form des Gebäudes mit einer Unterteilung des Behandlungstrakts und der Bettenstationen ist auch in diversen Grosskrankenhäusern aus derselben Zeit zu finden. Die Abstufung mit einem zweistöckigen Behandlungs- und einem vierstöckigen

⁵⁵ Murken, Grossklinikum, S. 145–146.

⁵⁶ BAM, 4011.1, Organisationsreglement 1977.

⁵⁷ Chronik Ingenbohl, Buch 3, S. 111.

⁵⁸ Risse, Mending Bodies, S. 544.

Bettentrakt ist eine Umsetzung des «Breitfusstyps», bei dem der Behandlungstrakt möglichst flach und daher breit gehalten wird und die Bettenstationen über die Vertikale mit dem Behandlungstrakt in Verbindung stehen. Im Unterschied zu den Grosskrankenhäusern, die im selben Stil gebaut wurden, weist das Spital Lachen aber einen vergleichsweise kleinen Behandlungstrakt auf.⁵⁹ Dies hat wohl damit zu tun, dass im Spital Lachen keine speziellen Geräte für Untersuchungen benötigt wurden. Das Spital diente auch zu dieser Zeit vornehmlich dazu, die medizinische Grundversorgung der Region sicherzustellen, es wurden keine spezialisierten Untersuchungen und Behandlungen durchgeführt.

Die Abteilung für chronisch Kranke, die mit dem Neubau 1967 eingeführt wurde, trug der demografischen Entwicklung der Bevölkerung Rechnung. Mit dem Aufkommen von Antibiotika in den 1940er-Jahren wurden Infektionskrankheiten leichter behandelbar und gingen zahlenmäßig zurück. Chronisch Kranke gab es dafür immer mehr. In Lachen wurden das Absonderungshaus umgenutzt und mit den anderen Gebäuden verbunden und im Altbau eine Abteilung für chronisch Kranke eingerichtet. Obschon der Abteilungsname darauf hinweist, dass diese Patienten längere Zeit im Spital verbrachten, muss davon ausgegangen werden, dass chronisch Kranke nur für eine begrenzte Zeit im Spital aufgenommen wurden. So wurde in Spitalratssitzungen 1970 vom damaligen Chefarzt der inneren Medizin vorgebracht, dass es Probleme gab mit der Übergabe der Patienten an Pflegeheime nach der Behandlung im Spital, wenn diese weiterhin pflegebedürftig waren.

Der Neubau 1967 brachte eine weitere Neuerung: Für dieses Bauprojekt erhielt der Bezirk erstmals Subventionszahlungen des Kantons. Die finanzielle Beteiligung des Kantons an den Baukosten war bis dahin nicht möglich, und die Gesetzesänderung wurde erst am 16. Mai 1965 vom Stimmvolk angenommen. Aus diesem Grund wurde der Antrag für das Bauprojekt 1964 auch nur unter Vorbehalt angenommen, dass der Kanton die berechneten 40% der Kosten übernehmen könne. Der Kanton Schwyz übernahm im Vergleich mit anderen Kantonen sehr spät Verantwortung im Gesundheitswesen. Obschon das Gesundheitswesen kantonal geregelt war, wurde erst ab 1960 ein Beitrag an die Pflegekosten der Spitäler gezahlt, wobei diese Änderung den Bemühungen des Spitalratspräsidenten Georges Leimbacher zu verdanken war.⁶⁰ Das Spital Lachen war das erste Spital im Kanton, das kantonale Unterstützung

bei der Finanzierung eines Neu- und Umbaus erhielt. Auch der Bezirk Höfe trug 25% der Baukosten. Dieser Anteil entsprach jenem der Betten, die Patienten aus dem Bezirk Höfe vorbehalten waren. Diese Regelung hatte sich aus einem Zweckverband zwischen den Bezirken March und Höfe ergeben.⁶¹

Der Neubau 1988–1995

Das letzte grosse Bauprojekt im Spital Lachen wurde Mitte der 1980er-Jahre in Angriff genommen und rund zehn Jahre später fertiggestellt. Auffallend bei diesem Bauprojekt waren die relativ lange Planungszeit und die stetigen Anpassungen, die dazu führten, dass mehrfach Abstimmungen für zusätzliche finanzielle Beiträge der Bezirke durchgeführt werden mussten. Erschwerend hinzu kamen die Veränderungen in der Beteiligung des Kantons, der im Verlauf der 1990er-Jahre immer mehr als Regulator in die Gesundheitsversorgung einzutragen begann.

Vorbereitungen und Abstimmungen

Bereits in den frühen 1980er-Jahren wurde eine vom Kanton in Auftrag gegebene Studie der Spitallandschaft mit einem Bericht für das Spital Lachen durchgeführt. Diese prognostizierte einen um fast 40% erhöhten Bettenbedarf. Ein im Auftrag des Spitals erstellter Bericht sprach von einer Erhöhung der Bettenzahl um lediglich 20% und legte mehr Wert auf die Notwendigkeit der Verbesserung der Funktionsabläufe, wofür auch bauliche Anpassungen vonnöten waren. Die inzwischen in die Jahre gekommenen medizinischen Geräte und Einrichtungen verstärkten den Wunsch nach einem Neubau.⁶²

Seit dem letzten grossen Bauprojekt waren bereits diverse kleinere bauliche Anpassungen vorgenommen worden. So scheint zum Beispiel der 1967 gebaute Aufwachraum in der Folge aufgrund von Engpässen in einen Operationssaal umgebaut worden zu sein, wobei dieser ohne Nebenräume wie Ärzte-Handwäsche, Vor- und Nachbehandlung aus-

⁵⁹ Murken, Grossklinikum, S. 242–247.

⁶⁰ Chronik Ingenbohl, Buch 3, S. 17.

⁶¹ Michel, Regionalspital, S. 222–223.

⁶² BAM, 4014.15.1, Bericht und Antrag zum Um- und Erweiterungsbau.

kommen musste.⁶³ Man stand also 1985 vor denselben Problemen wie bereits zwanzig Jahre zuvor: Die Infrastruktur genügte den gewachsenen Anforderungen an die medizinische Behandlung und Therapie nicht mehr. Es wurden zwar die Anzahl behandelter Patienten erhöht, damit aber auch Abstriche in der Qualität herbeigeführt. Zudem hatte sich die Medizin selbst in diesen zwei Dekaden beträchtlich weiterentwickelt, weshalb die Geräte und Abläufe im Spital Lachen bereits als veraltet galten. Ebenfalls gab es neue Abteilungen, die in den 1960er-Jahren nicht vorhanden gewesen waren, so zum Beispiel die Physiotherapie. Mit dem geplanten Umbau konnten zusätzlich eine eigentliche Notfallabteilung eingerichtet und die Dialysestation, die seit 1984 betrieben wurde, in dafür geeignete Räume verschoben werden.

Das Planungsbüro Health Care Consulting and Planning (HCP) in Basel, eine Tochterfirma der Suter + Suter AG, das sich auf Spitalbau spezialisiert hatte, wurde mit der Erstellung eines Um- und Ausbaukonzepts für das Spital Lachen beauftragt. Das von HCP erarbeitete Konzept enthielt eine grobe Planung des Baus sowie die Kostenschätzung. Es wurde gemeinsam mit dem Kostenvorschlag am 4. Mai 1986 an der Landsgemeinde beraten und am 8. Juni 1986 von den Stimmbürgern beider Bezirke deutlich angenommen.⁶⁴ Im Gegensatz zu 1962 wurde keine Abstimmung über einen Planungskredit durchgeführt, sondern direkt der Auftrag für die Erstellung des Konzepts vergeben.

Die Detailplanung und Umsetzung wurde ebenfalls an HCP übertragen. Zwar wurde im Bericht der Abstimmung von 1986 erwähnt, dass die Spitalplaner lokale Architekten und Handwerker miteinbeziehen werden. Es scheint aber, dass dies erst bei der Umsetzung der Pläne geschah. Der Vorsitz der Baukommission wurde durch Hans Knobel, einen Architekten aus der Region, übernommen. Die Bevölkerung hingegen wurde von der Planung grösstenteils ausgeschlossen und hatte im Gegensatz zu

den früheren Projekten lediglich darüber zu bestimmen, ob das Projekt finanziert wird oder nicht. Einzelne Leserbriefe, die in den Wochen vor der Abstimmung im «March-Anzeiger» publiziert wurden, geben allerdings Hinweise darauf, dass eine Diskussion stattgefunden hat, wenn auch in kleinerem Rahmen als zuvor. Bei einem Leserbrief, der sich klar gegen den Umbau äusserte, folgte nur wenig später eine Antwort, verfasst vom Spitalrat, der seine Position nochmals erklärte und die Notwendigkeit des Baus erläuterte.⁶⁵ Die Antwort war eher herablassend formuliert und erzeugte den Eindruck, dass alle Fragen schon geklärt seien. Es scheint so, dass der Spitalrat die angefangene Diskussion im Keim ersticken wollte und die Meinung anderer nur begrenzt zuließ. Kantonale Vorgaben und Gutachten von Spezialisten spielten eine wichtigere Rolle als die Meinung der Bevölkerung.

An Stelle der fehlenden Mitsprache der Bevölkerung in der Planung wurden vor der Abstimmung Orientierungs- und Werbekampagnen organisiert, die dazu dienten, die Notwendigkeit des Neubaus aufzuzeigen und die Bevölkerung zur Annahme des Kredits zu bewegen. Dabei wurde Wert darauf gelegt, dass nicht die Ärzte im Vordergrund standen, sondern aufgezeigt werden konnte, dass Patienten und deren Behandlung in Gefahr seien, wenn der Umbau nicht finanziert würde. Dies wurde mit Behandlungsbeispielen und deren Verlauf über mehrere Artikel von verschiedenen Autoren in den lokalen Zeitungen deutlich gemacht.⁶⁶ In Anbetracht der Abstimmungsergebnisse⁶⁷ scheint es, als habe die Werbekampagne die gewünschte Wirkung erzielt.

Projektierung und Umsetzung

Auf die Urnenabstimmung 1986 folgte die detaillierte Ausarbeitung des Projekts. Dabei wurden diverse Mängel an den bestehenden Gebäuden erkannt und das ursprüngliche Konzept erneut überarbeitet. Ebenfalls mussten aufgrund von Auflagen des Brandschutzes und wegen der Zivilschutzanlage und Lagerräume des koordinierten Sanitätsdiensts Umbauten eingeplant werden, die zwar nicht den Bedürfnissen des Spitals an sich entsprachen, aber aufgrund kantonaler Bestimmungen umgesetzt werden mussten.⁶⁸ Die Änderungen am Projekt führten dazu, dass der ursprüngliche Kredit von 36 Millionen nicht ausreichte und ein Zusatzkredit von 9.826 Millionen Franken vom Stimmvolk abgesegnet werden musste. Die Beratung dazu fand an den jeweiligen Bezirksgemeinden vom 3. November im

⁶³ BAM, 4014.15.1, Bericht und Antrag zum Um- und Erweiterungsbau.

⁶⁴ Michel, Regionalspital, S. 224–225; March-Anzeiger, Nr. 61, 10.6.1986.

⁶⁵ Vgl. March-Anzeiger, Nr. 58, 3.6.1986; Nr. 59, 5.6.1986.

⁶⁶ BAM, 4014.15.1, Konzept für die Orientierungs- und Werbekampagne.

⁶⁷ In der March waren 2087 Stimmen für und 766 gegen die Finanzierung. In den Höfen waren es 1191 Ja- und 485 Nein-Stimmen.

⁶⁸ BAM, 4014.15.1, Bericht und Antrag für einen Zusatzkredit.

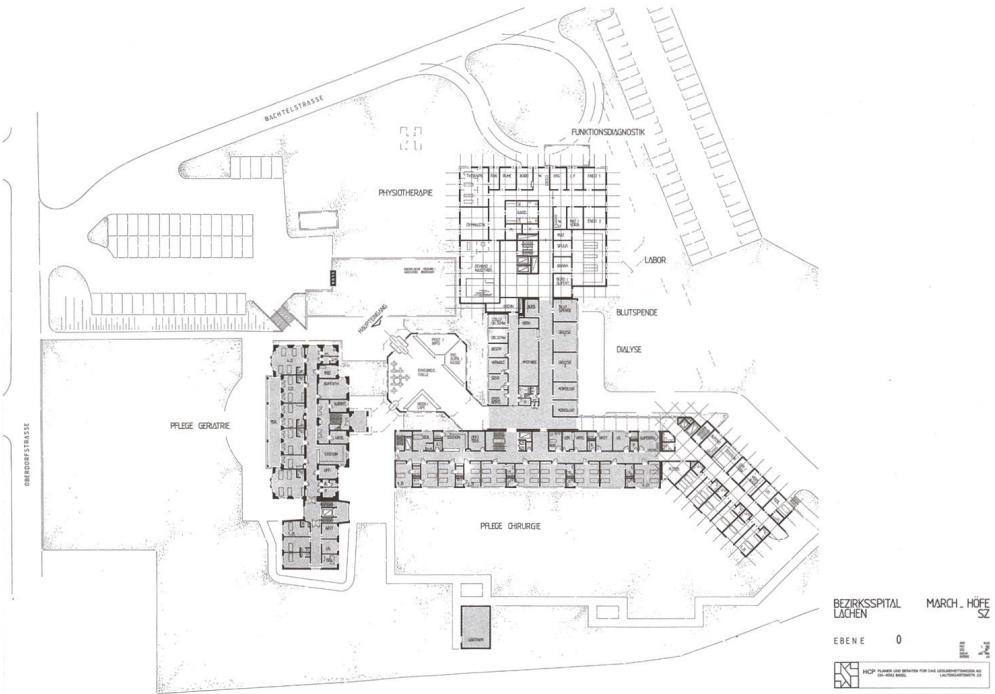


Abb. 3: Bezirksspital March-Höfe, Lachen, Grundriss Erdgeschoss (nicht umgesetzt), 1986. Das auf Spitalbau spezialisierte Planungsbüro Health Care Consulting and Planning (HCP) in Basel wurde mit der Erstellung eines Um- und Ausbaukonzepts für das Spital Lachen beauftragt.

Bezirk Höfe und am 8. November in der March statt, die Urnenabstimmung folgte am 4. Dezember 1988. Der Zusatzkredit wurde mit überwältigender Mehrheit von über 70% in der March und beinahe 80% im Bezirk Höfe angenommen.⁶⁹

Das detaillierte Projekt sah diverse Änderungen vor, wobei die seit 1967 bestehende Aufteilung von Bettentrakt sowie Behandlungs- und Untersuchungstrakt beibehalten wurde. Der Bettentrakt wurde nach Osten hin verlängert. Die beiden Bereiche lagen im Neubau etwas weiter auseinander, die Wege waren aber nach wie vor kurz. Die bestehenden Krankenzimmer wurden mit je einem Badezimmer ausgestattet. Der bisherige Behandlungstrakt wurde umgebaut, und neu waren darin Ärztebüros und Untersuchungszimmer untergebracht. Das Tuberkulose-Absonderrungshaus musste einem Neubau weichen, der aufgrund der Bodenunebenheit auf Höhe des ersten Untergeschosses ebenerdig erreichbar war. Dieses bestand aus der Notfallstation sowie der Radiologie. Im Erdgeschoss befanden sich Labor, Apotheke und die neue Dialysestation. Im ersten Obergeschoss wurde die Operationsabteilung einquartiert, die neu vier Operationssäle umfasste, die mit einem Sterilisations- und Aufwachraum sowie je mit eigener Schleuse

ausgerüstet waren. Damit verfügte die Operationsabteilung über genügend Kapazität und Qualität. Im obersten Geschoss war die Gebärabteilung zugewiesen. Die Wäscherei wurde verschoben, und an ihren ursprünglichen Platz rückten die Räume für die Physiotherapie. Gleich darüber wurden die neue Cafeteria und Büros für die Verwaltung geplant.⁷⁰

Die Unterlagen zeigen, dass bei der Planung und Platzierung der verschiedenen Bereiche die Wege und die Lage nicht nur mit Rücksicht auf die Funktionen und deren Koordination ausgesucht wurden. So wurde die Wäscherei zum Beispiel verlegt, damit der Betrieb durchgehend sichergestellt werden konnte.⁷¹ Der Neubau erlaubte es aber auch, den Bereichen, die seit dem Umbau 1967 neu im Spital vorhanden waren, einen angemessenen Platz und gute Infrastruktur zur Verfügung zu stellen. So wurde es erst mit dem Neubau möglich, ein richtiges Gehbad einzurichten und dieses in unmittelbarer Nähe zur Physiotherapie zu legen.

⁶⁹ BAM, 4014.15.1, Abstimmungsresultate vom 4. Dezember 1988.

⁷⁰ BAM, 4014.15.1, Fragenkatalog zum Zusatzkredit.

⁷¹ BAM, 4014.15.1, Fragenkatalog zum Zusatzkredit.

1989 begannen die Bauarbeiten. Das gesamte Projekt war in mehrere Etappen gegliedert. Als erstes wurden das Pfahlfundament der Neubauten und der Anbau an den Bettentrakt in Angriff genommen. In der zweiten Etappe wurden der neue Behandlungstrakt gebaut und die ehemalige Wäscherei umgebaut. Diese Etappe wurde 1991 fertiggestellt. In den Etappen vier, fünf und sechs wurden die Gebäude der 1960er-Jahre umgebaut und saniert. Als siebte und letzte Etappe folgten die Sanierung und Neugestaltung des Gebäudes von 1915.⁷² Am Tag der offenen Türe vom 12. Januar 1991, der zugleich als offizielle Eröffnung des Behandlungstrakts diente, wurde das neue Spital der Bevölkerung gezeigt.⁷³ Zeitgleich zum Bauprojekt wurde auch eine Neuorganisation des Betriebs erarbeitet und umgesetzt.

Im Gegensatz zu den früheren Bauten wurde bei diesem Neu- und Umbau mit der Firma HCP eine Gesamtprojektleitung eingesetzt,⁷⁴ die für die Administration und Überwachung des Projekts zuständig war. Sie unterstand dem Spitalrat und der Baukommission. Allerdings führte der Einsatz einer Gesamtprojektleitung keineswegs zum erhofften reibungslosen Ablauf.

Wie die Protokolle des Spitalrats und der Baukommission zeigen, war das Projekt stets mit neuen Änderungswünschen und Anpassungen konfrontiert. Die Änderungswünsche kamen einerseits von den Angestellten des Spitals und andererseits entstanden sie aufgrund der Reformen im Gesundheitswesen im Kanton Schwyz zu dieser Zeit.

Die gravierendste Änderung betraf die Umnutzung des Altbau von 1915. Der Kanton und Bezirk hatten Anfang der 1990er-Jahre Pläne für den Ausbau der Alters- und Pflegeheime erarbeitet, die eine Trennung der Gesundheits- und Altersversorgung erlaubten. Dadurch wurde bereits vor Beginn der Etappe 7 klar, dass die geplante Nutzung des Altbau mit den neuen kantonalen Regelungen nicht

kompatibel wäre. Anstelle der geplanten Geriatriestation wurden die Räume für paramedizinische Bereiche, Administration, Personalzimmer und Personalrestaurant, umgestaltet. Ebenfalls sollte im Altbau eine Kinderkrippe für das Spitalpersonal eingerichtet werden.⁷⁵

Durch die Anpassungen im Bauprojekt wurde keine Erhöhung der Bettenzahlen auf 180 erreicht, im Gegenteil, die Zahl der Betten sank von 155 auf 125. Mit dieser Reduktion sollte ein Überangebot der Spitalbetten im Kanton verhindert werden. Dies stand im Zusammenhang mit der einsetzenden Verschiebung von der stationären zur ambulanten Behandlung.

Ein weiteres Problem waren die stets wachsenden Kosten. Sowohl die Fehleinschätzung bezüglich des Zustandes der bereits bestehenden Bausubstanz wie auch die erwähnten Anpassungen nach Baubeginn führten zu massiv erhöhten Kosten.⁷⁶ Trotz Bemühungen, die Kosten nach der ersten Nachkreditabstimmung nicht mehr zu überschreiten, war nach der Planänderung der letzten Etappe doch ein zweiter Nachkredit nötig. Die Medien nahmen zur erneuten Überschreitung des Kostenrahmens im Allgemeinen kaum Stellung, einzelne Personen äusserten aber enorme Kritik.⁷⁷ Diese bezog sich jedoch weniger auf das Bauprojekt als auf die Spitalleitung und deren Organisation. Dass die Zustimmung der Bevölkerung abgenommen hatte, zeigte sich am knappen Mehr zum zweiten Zusatzkredit in der March mit 51.6% und weniger knapp in den Höfen mit 58.2%.⁷⁸

Die finanziellen Schwierigkeiten der Suter + Suter AG führten in den frühen 1990er-Jahren zu grossen Rochaden und Personalwechseln, die auch in Lachen spürbar wurden. So wechselte unter anderem der Projektleiter. Trotz der Beantragung der Nachlassstundung der Suter + Suter AG 1995, in deren Folge HCP Konkurs ging, konnten die vertraglich vereinbarten Leistungen erbracht werden. Der Einfluss auf das Bauprojekt, das kurz vor Abschluss stand, war entsprechend klein.⁷⁹

Beteiligte

Beim Bauprojekt der 1980er- und 1990er-Jahre gab es eine Verschiebung der Diskussion über die Anforderungen an ein Spital. Die Hauptverantwortlichen für diesen Bau waren zwar nach wie vor Spitalrat, Baukommission und als deren Vorgesetzte die Bezirke. Im Gegensatz zu den früheren Bauten waren um 1990 die Bevölkerung und das Stimmvolk bei der Projekt-Ausgestaltung aber wenig einbezogen,

⁷² BAM, 4014.15.1, Fragenkatalog zum Zusatzkredit.

⁷³ Vgl. March-Anzeiger, Nr. 5, 14.1.1991.

⁷⁴ BAM, 4014.15.4, Bericht des Architekten.

⁷⁵ Spital Lachen, Protokoll des Spitalrats, 25.3.1992; 11.1.1993.

⁷⁶ Spital Lachen, Protokoll der Baukommission, 25.4.1994.

⁷⁷ Vgl. March-Anzeiger, Nr. 101, 2.5.1994.

⁷⁸ Spital Lachen, Protokoll über die Bezirksabstimmung, 12.6.1994.

⁷⁹ Suter + Suter AG, Pressecommuniqué, 14.5.1995; Protokoll der Baukommission, 13.11.1995.

Spitalauspezialisten und der Kanton dafür stark involviert. Josef Feusi und sein Nachfolger Egon Bruhin waren jeweils zugleich Spitalrat und Regierungsrat, wodurch der Kanton personell im Spital eingebunden war. Anfang der 1990er-Jahre hatte der Bund aufgrund steigender Kosten den Kantonen die Aufgabe übertragen, das Leistungsangebot im Gesundheitswesen zu regulieren. Die Spitalliste, die das Angebot regelt, wurde jedoch erst 1997 festgelegt und implementiert, wodurch lange keine Gewissheit in Bezug auf die geplante Anzahl Betten vorhanden war.⁸⁰ Die Gesamtprojektleitung der Firma HCP hatte zwar nach Pflichtenheft die Aufgaben des Bauherrn zu übernehmen.⁸¹ Doch bereits vor der Übernahme der Gesamtprojektleitung war HCP, wie oben ausgeführt wurde, stark in das Projekt involviert.

Betriebliche Organisation

Trotz der Bemühung – unter der Federführung der HCP – um die Umsetzung einer Neuorganisation, die an die Infrastruktur angepasst war, wurde dieses Ziel nicht erreicht. 1994 wurde zusammen mit der baulichen Neustrukturierung die Aufteilung in insgesamt fünf Bereiche eingeführt. Diese waren die drei Kliniken, die Administration und eine Abteilung für Medizintechnik. Diese Aufteilung hielt jedoch nur ein Jahr lang, wobei die Klinik Chirurgie 1995 in eine Klinik Chirurgie und eine Klinik Orthopädie aufgeteilt wurde. Bereits 1997 wurden die beiden Kliniken wieder vereint, die Abteilung für Medizintechnik in das Institut für Anästhesiologie umbenannt und dieses neu durch eine Chefärztin geführt.⁸² 1998 wurde wiederum über die Anpassung des Organisationsreglements diskutiert.⁸³ Aus den Akten ist ersichtlich, dass bei den Neuorganisationen in den 1990er-Jahren diverse Beraterfirmen am Spital tätig waren, deren Leistung aber oftmals nicht befriedigend war, sodass das Reglement unzählige Male angepasst wurde.⁸⁴

Insgesamt wurden in den 1990er-Jahren diverse Probleme in der Organisation des Spitals und dessen Führungsstruktur sichtbar. Während in den USA die Zunahme des nicht-medizinischen Verwaltungspersonals bereits in den 1920er-Jahren nachweisbar ist,⁸⁵ wurde dieser Trend in Lachen erst gegen Ende des Jahrhunderts verstärkt wahrnehmbar: Um 1990 fehlten diverse Verwaltungsstellen, wie sie in anderen Spitälern längst vorhanden waren. Diese Probleme wurden nicht nur im Spital selbst wahrgenommen, sondern zunehmend auch von der Bevölkerung kritisiert. So waren in Lachen weder ein Personalchef, ein Leiter für die Logistik noch ein Sozialdienst vorhanden. Diese wurden erst im

Laufe der 1990er-Jahre eingeführt. Die Anpassungen wurden von den Angestellten allerdings oft sehr negativ aufgenommen. So traf zum Beispiel die Einführung eines zusätzlichen Chefarztes 1995 als leitender Chefarzt auf massiven Widerstand bei der Belegschaft und wurde, so legen es die Unterlagen nahe, wieder aufgegeben, ohne die Stelle je besetzt zu haben.⁸⁶

Um die Jahrtausendwende wurde ein grösseres Projekt initiiert, um die Probleme in der Führungsorganisation zu lösen, das 2002 mit der Umwandlung des Bezirksspitals in eine Aktiengesellschaft, die zu gleichen Teilen den beiden Bezirken gehörte, abgeschlossen wurde.

Fazit

Insgesamt zeigt sich über die untersuchten achtzig Jahre eine grundsätzliche Entwicklung von einfacheren hin zu sehr komplexen und aufwändigen Bauprojekten. Während 1915 ein einzelnes Gebäude mit einem Operationssaal und einem Röntgenapparat den Anforderungen genügte, war die Sachlage in den 1990er-Jahren einiges komplexer. In diesem Zusammenhang erstaunt es nicht, dass die Bevölkerung über die Jahre hinweg immer weniger zu Ausstattung und Organisation des Krankenhauses mitzureden hatte und zum Schluss «nur noch» für die Freigabe der Finanzierung zuständig war. Es zeigt sich, dass die Entscheidungen politischer und zunehmend von dafür zuständigen Gremien vorgegeben wurden. Dadurch wurden immer mehr politische Ebenen in die Planung und Umsetzung eingebunden und die verschiedenen Abhängigkeiten verflochten.

Durch diese Verkomplizierung der Spitalbauten, einerseits bei ihrer Projektierung und der in sie involvierten Personen, andererseits in den gestiegenen Anforderungen an die Infrastruktur der Medizin, wurde es zunehmend wichtig, Spezialisten beizuziehen. 1915 lassen sich solche nur vereinzelt nachweisen, 1960 wollte die Spitalkommis-

⁸⁰ Lippuner, Sozial- und Gesundheitswesen, S. 266.

⁸¹ BAM, 4014.15.6, Organigramm.

⁸² Spital Lachen, Jahresberichte, 1990–1999.

⁸³ BAM, 4011.1, Reglemente; BAM, 4011.12, Gesamtkonzept Bezirksspital; BAM, 4011.14, Reorganisation Organisationsreglement.

⁸⁴ BAM, 4011.14, diverse Korrespondenzen zwischen Mitgliedern des Spitalrats.

⁸⁵ Risso, Mending Bodies, S. 471.

⁸⁶ BAM, 4012.1, Petition Neuambilanz Leitender Chefarzt.

sion von Anfang an einen Spezialisten einbeziehen, wurde jedoch vom Stimmvolk daran gehindert, diese Fachpersonen wurden am Schluss wohl nur punktuell involviert. In den 1990er-Jahren hingegen wurde das gesamte Projekt von einer Firma geführt, die auf Spitalbauten spezialisiert war.

Die Betriebsorganisation zeigt ebenfalls eine Anpassung an die in Zentrumsspitäler übliche Organisation, wenn auch die Änderungen in Lachen oft deutlich später umgesetzt wurden. Der Ausbau des Leistungsangebots, mit immer mehr Behandlungs- und Therapiemöglichkeiten sowie zusätzlicher Beratung im paramedizinischen Bereich, führte dazu, dass die Organisation des Spitals zwingend auf verschiedene Abteilungen aufgeteilt werden musste. Das Spital wurde aber erst 1977 in drei Kliniken unterteilt. Auch die Zunahme an Verwaltungspersonal lässt sich erst ab 1970 feststellen. Und medizinische Errungenschaften, wie zum Beispiel der Aufwachraum, wurden in Lachen mit beachtlicher Verspätung eingeführt.

Der Umfang, in dem das Stimmvolk beim Bau des Spitals in Lachen – zumindest in den Anfangsjahren – Mitsprache hatte, lässt sich in der Literatur für andere Krankenhäuser nicht finden. Dieser Befund kann entweder durch das politische System der Region oder den Untersuchungsfokus der Forschenden begründet werden. Während zum Beispiel Murken sich auf die bauliche Struktur und deren Entwicklung fokussiert⁸⁷ und die Entstehung einzelner Krankenhäuser in ihrer politischen Umgebung nicht oder nur am Rande bespricht, wird bei anderen Autoren und Autorinnen auf wichtige Amts- und Würdenträger sowie auf Architekten und Bauführer Bezug genommen.⁸⁸ In diesen Untersuchungen wird nahegelegt, dass die Entscheidungen von einzelnen Personen oder Gremien getroffen wurden, die oftmals für die Finanzierung der Bauten zuständig waren. Welche Rolle die Bevölkerung spielte, wird nicht besprochen, was wohl darauf zurückzuführen ist, dass die Bevölkerung in diesen Fällen gar kein Mitspracherecht hatte.

Aufgrund der wenigen Literatur zu Krankenhäusern in der Schweiz kann nicht beurteilt werden, ob Lachen ein Sonderfall ist. Es ist durchaus anzunehmen, dass in anderen Regionen der Schweiz ebenfalls gewichtige Entscheidungen zu Spitälerne von der Bevölkerung bestimmt wurden, wobei im Kanton Schwyz insbesondere private Stiftungen auf-

⁸⁷ Vgl. Murken, Grossklinikum; Murken, Allgemeines Krankenhaus.

⁸⁸ Vgl. Leidinger, Krankenanstalt Bremen; Risso, Mending Bodies; Wendehorst, Juliusspital.

⁸⁹ Vgl. Emrys-Roberts, Cottage Hospitals.

grund des späten Eintritts des Kantons in Fragen der Finanzierung und des Betriebs von Spitälern wohl mehr Mitsprache hatten als in anderen Kantonen.

Die Untersuchung weiterer Regionalspitäler in der Schweiz könnte aufzeigen helfen, ob diese Beteiligung der Bevölkerung eine Ausnahme ist oder ob die Bevölkerung auch bei der Planung und beim Bau anderer Regionalspitäler mehr Mitspracherecht hatte als in den bisher in der Literatur untersuchten Krankenhäusern in England, Deutschland, Frankreich und den USA.⁸⁹ Der Umstand, dass es sich bei diesen Spitälern allerdings um Zentrumsspitäler handelt, verkompliziert die Sachlage. Diese Untersuchungen müssten sich die Frage stellen, ob allfällige Unterschiede dem politischen System der Schweiz geschuldet sind, sodass die Bevölkerung auch beim Bau von schweizerischen Zentrumsspitälern, nicht «nur» von Regionalspitälern, aktiver beteiligt war als in anderen Ländern.

Quellen und Literatur

Ungedruckte Quellen

Ingenbohl, Klosterarchiv

Chronik Ingenbohl, Buch 3

Schwesternchronik Spital Lachen, Buch 3, 1956–1977.

Lachen, Spital

Spital Lachen: Protokolle, Dokumente und Akten 1915–1999
[unerschlossen].

March, Bezirksarchiv

BAM, C 051.1

Protokolle der Bezirksgemeinde March 1872–1954.

BAM, C 051.1.1955–1971

Protokolle der Bezirksgemeinde March 1955–1971.

BAM, 1.1.1.1 051.3

Einladung und Programme für Landsgemeinden.

BAM, 1.1.1.1.1 0512.6

Abstimmungsunterlagen 1962.

BAM, 1.1.1.1.1 0512.12

Botschaften, Berichte und Anträge zu Bezirksgemeinden/Landsgemeinden und Abstimmungen.

BAM, 1005.3.2

Korrespondenzen, Konstituierungen 1915–1952.

BAM, 4011.1

Reglemente: Entwurf und Reglement für den Betrieb des Bezirksspitals 1914–1915; Verordnung über die Verpflegungstaten im Bezirksspital der March 1915.

BAM, 4011.12

Gesamtkonzept für das Bezirksspital.

- BAM, 4011.14
Reorganisation Organisationsreglement.
- BAM, 4012.2.2.1
Akten betreffend Wahl eines neuen Chefarztes.
- BAM, 4014.1.1
Neubau 1912–1915: Informationsschreiben, Flugblätter.
- BAM, 4014.1.4
Neubau 1912–1915: Wettbewerbsunterlagen «Am Obersee», «Etzel», «March» und «Am Spreitenbach» 1911.
- BAM, 4014.1.11
Neubau 1912–1915: diverse Korrespondenzen 1912–1923.
- BAM, 4014.13.1
Erweiterung 1964–1970: Spitalbazar, Volksabstimmung, Korrespondenzen, Anträge 1962–1964.
- BAM, 4014.13.7
Erweiterung 1964–1970: Kapitalstock, Kostenvoranschlag, Subventionsgesuch, Schlussabrechnungen, Begründung der Mehrkosten 1963–1971.
- BAM, 4014.13.11
Erweiterung 1964–1970: Protokolle der Spitalbaukommission 1965–1968.
- BAM, 4014.15.1
Um- und Erweiterungsbau 1986–1997: Bericht und Antrag für die Volksabstimmung über den Erweiterungsbau und Zusatzkredit, Abstimmungsresultate, Orientierungsunterlagen, inkl. Fotos 1986–1988.
- BAM, 4014.15.4
Um- und Erweiterungsbau 1986–1997: Akten, Subventionen, Konkurs Suter + Suter, Baumängel, Baukommission, Garantiearbeiten, Quartiergestaltung, Umzugsplanung, Medienmitteilung, Planung, künstlerischer Schmuck 1982–1997.
- BAM, 4014.15.6
Um- und Erweiterungsbau 1986–1997: Organigramm und Pflichtenheft.
- BAM, Planinventar
Nr. 168, 170, 172, 174–177, 179–184, 257.
- St. Gallen, Staatsarchiv**
StASG W 027
Gaudy, Adolf (1872–1957).
- Gedruckte Quellen**
- Regi
Regi/Regionalspital Lachen am See, Nr. 1–9, 1993–1994, 1996.
Spital Lachen, Jahresberichte, [Jahr]
Spital Lachen (Hg.), Jahresberichte [1915–1917, 1940, 1990–1999].
- Literatur**
- Bregenzer, Krankenhausgeschichte
Bregenzer Johanna, Krankenhausgeschichte abseits städtischer Zentren. Das Regionalspital Lachen, Masterarbeit Universität Zürich 2019 (Manuskript).
- Dross, Stadt und Hospital/Krankenhaus
Dross Fritz, Stadt und Hospital/Krankenhaus, in: Stollberg Gunnar/Vaja Christina/Kraas Ernst (Hgg.), Krankenhausgeschichte heute. Was heisst und zu welchem Ende studiert man Hospital- und Krankenhausgeschichte?, Historia hospitalium, 27/2010–2011, S. 33–41.
- Eckart/Jütte, Einführung
Eckart Wolfgang Uwe/Jütte Robert, Medizingeschichte. Eine Einführung, Köln/Weimar/Wien 2014 (2. Auflage).
- Emrys-Roberts, Cottage Hospitals
Emrys-Roberts Meyrick, The Cottage Hospitals 1859–1990. Arrival, Survival and Revival, Dorset 1991.
- Leidinger, Krankenanstalt Bremen
Leidinger Barbara, Krankenhaus und Kranke. Die Allgemeine Krankenanstalt an der St.-Jürgen-Strasse in Bremen, 1851–1897, Stuttgart 2000 (Medizin, Gesellschaft und Geschichte, Beiheft 13).
- Lippuner, Sozial- und Gesundheitswesen
Lippuner Sabine, Das Sozial- und Gesundheitswesen, in: Geschichte des Kantons Schwyz, Bd. 5: Wirtschaft und Gesellschaft 1712–2010, hg. von Historischer Verein des Kantons Schwyz, Zürich 2012, S. 243–270.
- Michel, Bezirksspital
Michel Kaspar sen., Das neue Bezirksspital der March. Festschrift zur Einweihung am 30. September 1967, hg. von Spitalkommission der March, Lachen 1967.
- Michel, Regionalspital
Michel Kaspar sen., 75 Jahre Regionalspital March-Höfe, in: MHVS, 82/1990, S. 217–225.
- Murken, Allgemeines Krankenhaus
Murken Axel Hinrich, Die bauliche Entwicklung des deutschen Allgemeinen Krankenhauses im 19. Jahrhundert, Göttingen 1979.
- Murken, Grossklinikum
Murken Axel Hinrich, Vom Armenhospital zum Grossklinikum. Die Geschichte des Krankenhauses vom 18. Jahrhundert bis zur Gegenwart, Köln 1988.
- Risse, Mending Bodies
Risse Guenter, Mending Bodies, Saving Souls. A History of Hospitals, New York/Oxford 1999.
- Sahmland, Zeitgeist
Sahmland Irmtraut, Neuer «Zeitgeist» trifft auf traditionelles Hospital – Fragen eines modernen Strukturwandels im Landes-hospital Haina im frühen 19. Jahrhundert, in: Historia hospitalium, 31/2018–2019, S. 199–221.
- Wendehorst, Juliuspital
Wendehorst Alfred, Das Juliuspital in Würzburg, Bd. 1: Kulturgeschichte, Würzburg 1976.
- Zbinden, Anfänge
Zbinden Stefan, Die Anfänge der modernen Anästhesie am Kantonsspital Zürich. Die Geschichte der Entstehung des Institutes für Anästhesiologie des Universitätsspitals Zürich, 1947–1966, Dissertation medizinische Fakultät Universität Zürich, Dietikon 1993.