Zeitschrift: Neujahrsblatt / Historischer Verein des Kantons St. Gallen

Herausgeber: Historischer Verein des Kantons St. Gallen

Band: 151 (2011)

Artikel: Das kantonale Spitalwesen im 20. Jahrhundert : medizinische Entwicklung, interne Auswirkungen und Rezeption am Beispiel des Spitals Walenstadt

Autor: Jäger, Martin / Poltera, Markus

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-946243

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: 28.11.2025

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

Das kantonale Spitalwesen im 20. Jahrhundert: Medizinische Entwicklung, interne Auswirkungen und Rezeption am Beispiel des Spitals Walenstadt

lic. phil. Martin Jäger
Markus Poltera

Einleitung

Das sanktgallische Spitalwesen hat im Laufe des 20. Jahrhundert einen tiefgreifenden Wandel erlebt: in medizinischer, im Gefolge davon aber auch in betrieblicher und organisatorischer Hinsicht. Eine umfassende historische Beschreibung und Würdigung dieses Wandels steht bis heute aus.[1] Es kann nicht Aufgabe der nachfolgenden knappen Ausführungen sein, diese Lücke zu schliessen. Stattdessen sollen – nach der Schilderung einiger weniger Eckdaten zur Geschichte und Organisation der kantonalen Akutspitäler im Allgemeinen[2] – am Beispiel des Spitals Walenstadt, einem der ältesten und gleichzeitig grössten unter den sanktgallischen Regionalspitälern, die Grundzüge der medizinischen Entwicklung des 20. Jahrhunderts skizziert werden, um daran anschliessend zu prüfen, wie sich dieselben betriebsintern ausgewirkt haben und wie sie rezipiert wurden. Als Hauptgrundlage für dieses Unterfangen dienen die Jahresberichte des genannten Spitals[3], punktuell ergänzt durch weitere Quellen.

Geschichte und Organisation des kantonalen Spitalwesens

Die Gründung erster öffentlicher Spitaleinrichtungen im Kanton St.Gallen reicht zurück bis ins Spätmittelalter.[4] Dagegen sind die heutigen kantonalen Spitäler erst im letzten Drittel des 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts entstanden. Während dabei das Kantonsspital und die Spitäler in Grabs, Walenstadt und Uznach praktisch von Beginn an vom Kanton betrieben wurden, waren an den übrigen Standorten lange Zeit die Gemeinden für ihre jeweiligen Spitäler verantwortlich; der Kanton hat sie erst seit den 1980er-Jahren schrittweise übernommen (Flawil 1987, Rorschach 1989, Altstätten 1991, Wattwil und Wil 2003). Mit der Kantonalisierung wurden auch diese Spitäler Teil der kantonalen Verwaltung, organisatorisch dem Gesundheitsdepartement unterstellt.

Eine entscheidende Zäsur bedeutete das Projekt «QUADRIGA», mit dem in den Jahren 1999/2000 eine umfassende Reform der kantonalen Spitalorganisation in Angriff genommen wurde. Sie fand im Gesetz über die Spitalverbunde vom 7. Mai 2002 (sGS 320.2) ihren Abschluss und trat auf den 1. Januar 2003 in Kraft. Dabei wurden das Kantonspital St.Gallen und die bestehenden Regionalspitäler neu zu vier Spitalverbunden bzw. -regionen zusammengefasst, die rechtlich als selbständige öffentlich-rechtliche Anstalten mit eigener Rechtspersönlichkeit organisiert sind. Als solche betreiben sie die ihnen unterstellten Spitäler gemäss einem von der Regierung vorgegebenen Leistungsauftrag und werden durch einen Globalkredit finanziert. Die strategische Führung der vier Verbunde liegt seit 2006 bei einem gemeinsamen Verwaltungsrat, dessen Vorsitz die Vorsteherin des kantonalen Gesundheitsdepartements innehat.

1 *Einen ersten kurzen Überblick wagte Roman Wüst: Gesundheit – unser wichtigstes Gut, in: Der Kanton St.Gallen: Landschaft, Gemeinschaft, Heimat (3. überarbeitete Auflage), St.Gallen 1994, S. 259–269. Daneben bestehen zu den meisten Spitälern historische Darstellungen unterschiedlichen Umfangs und Anspruchs, häufig entstanden im Umfeld von Betriebsjubiläen: vgl. etwa Hubert Patscheider: Kantonsspital St.Gallen 1953–1988 (St.Galler Kultur und Geschichte, Bd. 20), St.Gallen 1991, oder: Unsere ersten 100 Jahre. Kantonales Spital Walenstadt 1891–1990, Walenstadt 1991. Zu beachten sind ferner die Monografien zu regionalen oder kommunalen Ärztevereinen wie: Hansjörg Keel, Hannes von Toggenburg: Medizin im Werdenberg und Sarganserland: zur Geschichte der medizinischen Versorgung in den Bezirken Werdenberg und Sargans (Festschrift zum Anlass 125 Jahre Ärzteverein Werdenberg-Sargans), Mels 1988, oder zuletzt Josef Osterwalder: Zwischen Hippokrates und Tarmed. Sieben Generationen lokaler Medizingeschichte im Ärzteverein der Stadt St.Gallen 1832–2007, St.Gallen 2008.*

2 *Ausgeklammert bleiben, obschon in Vielem vergleichbar, die Privatspitäler im Kanton, ebenso die Spezialinstitutionen der Psychiatrie, Rehabilitation und Langzeitpflege.*

3 *Wo nicht explizit anders angegeben, stützt sich der Artikel auf diese Hauptquelle, nachfolgend verkürzt zitiert als JB. Zu finden sind die JB im Staatsarchiv St.Gallen (StASG) unter den Signaturen ZA 039 (Jahresberichte des Sanitätsrats, 1799–1971; darin: Jahresberichte der einzelnen kantonalen Spitäler), ZA 048 (Jahresberichte Spital Walenstadt, 1921–2002) und ZA 394 (Geschäftsberichte Spitalregion Rheintal-Werdenberg-Sarganserland, 2003–).*

4 *Wüst, Gesundheit, S. 259. Beispiele für diese frühen Spitäler, die vorwiegend karitativ ausgerichtet waren, sind das 1228 gegründete Heiliggeistspital in der Stadt St.Gallen oder das 1373 entstandene Antoniusspital in Uznach. Zum Spitalwesen in Mittelalter und früher Neuzeit siehe: Pascale Sutter: Spital und öffentliche Fürsorge im 16. Jahrhundert, in: Sankt-Galler Geschichte 2003, Bd. 4, St.Gallen 2003, S. 167–182.*

	Kennzahlen Gründung		Kennzahlen 2009		
	Jahr	Betten-zahl	Pflege tage	Betten-zahl	Personal-bestand
Spitalregion 1					3 145
Kantonsspital SG	1873	250	231 646	699	
Spital Rorschach	1901	58	25 647	79	
Spital Flawil	1892	20	24 747	79	
Spitalregion 2					815
Spital Altstätten	1868	24	23 274	72	
Spital Grabs	1907	67	45 020	131	
Spital Walenstadt	1891	35	33 019	98	
Spitalregion 3					288
Spital Linth	1895	32	35 500	101	
Spitalregion 4					437
Spital Wattwil	1890	20	30 208	92	
Spital Wil	1970	13	27 771	87	

Das Spitalwesen im Kanton St.Gallen: Organisation und ausgewählte Kennzahlen.[5]

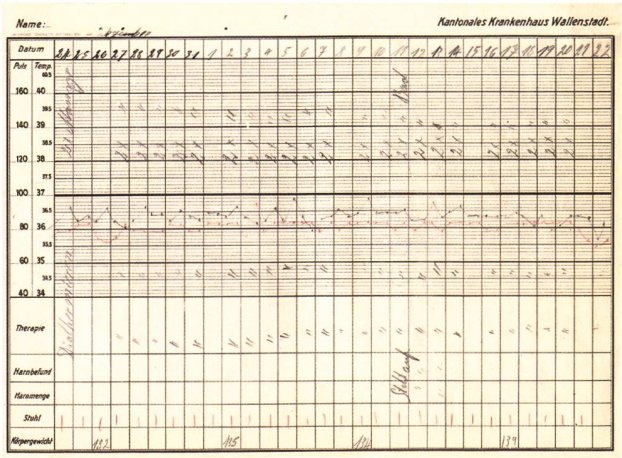
Medizinische Entwicklung

Die Entstehung des ‹modernen Krankenhauses› und der ‹messbare Patient›

Als das kantonale Spital Walenstadt am 1. Januar 1891 seinen Betrieb aufnahm[6], handelte es sich keineswegs um den ersten Spitalbetrieb vor Ort. Bereits seit dem Mittelalter hatte nämlich ein «Spittel» bestanden, das allerdings, wie damals üblich, nicht nur der Versorgung von Kranken, sondern auch der Alten- und Armenfürsorge diente.[7] Im Unterschied dazu wies das neu eröffnete Spital jene Merkmale auf, welche das Krankenhaus des modernen Typus kennzeichnen, der sich ausgehend von europäischen Ballungszentren (Berlin, Paris, Wien, London) im 19. Jahrhundert auch hierzulande durchzusetzen begann: die säkulare Führung, eine radikale Funktionseinengung auf die Behandlung von Kranken und die strikte Ausrichtung auf die Erkenntnisse und Methoden der modernen, empirisch-experimentell arbeitenden Naturwissenschaften.[8] Letztere manifestierte sich äusserlich in Form von Stethoskopen und Reagenzgläsern, von Fieberkurven und von Blutwertreihen, die den Untersuchten immer mehr zum ‹messbaren Patienten› werden liessen – auch in Walenstadt.

Die Hygienebewegung und das Konzept von Asepsis und Antisepsis

Wichtige Impulse für das junge Spital gingen von der in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts in England entstandenen ‹Hygienebewegung› aus. Diese hatte es sich in Reaktion auf die sozialen Missstände zur Zeit der Industriellen Revolution und die davon begünstigte Entstehung von Seuchenherden zum Ziel gesetzt, die öffentliche Hygiene durch geeignete Massnahmen zu verbessern.[9] Ganz im Sinne dieses Bestrebens wurden im Spital Walenstadt schon kurz nach der Gründung «Wasser-Klosets nach dem System ‹Puritas› [sic]» installiert und gleichzeitig die Ausgussbecken neu mit Siphons versehen, so dass sich das Problem des «namentlich bei Föhnwind sich im ganzen Hause in sehr unangenehmer Weise bemerkbar machenden Geruchs» buchstäblich verflüchtigte.[10] Wenige Jahre später entfiel mit dem Einbau einer zentralen Warmwassererzeugung und dem Ersatz der damit überflüssig gewordenen Badeöfen mit je eigener Befeuerung eine weitere «ewige Quelle von Schmutz und Unreinlichkeit im ganzen Hause».[11] Ganz bewusst hatte man ausserdem an Infektionskrankheiten Leidende von Beginn an separiert von den übrigen Patienten und Patientinnen, in einem so genannten «Absonderungshaus», untergebracht: eine Massnahme, die sich beispielsweise im Jahr 1894, gegenüber der damals grassierenden Pockenepidemie, hervorragend bewährte, indem ein Übergreifen der Krankheit auf die übrigen Räume des Spitals verhindert werden konnte.[12]



‹Der messbare Patient›: Ausschnitt aus einer Krankenakte von 1927 (StASG A 345).

5 Angaben nach: Wüst, Gesundheit, S. 259f.; Geschäftsberichte der Spitalregionen 2009.

6 Zur Gründungsgeschichte des Spitals Walenstadt: Unsere ersten 100 Jahre, S. 9–11.

7 Keel, Medizin im Werdenberg und Sarganserland, S. 95–97.

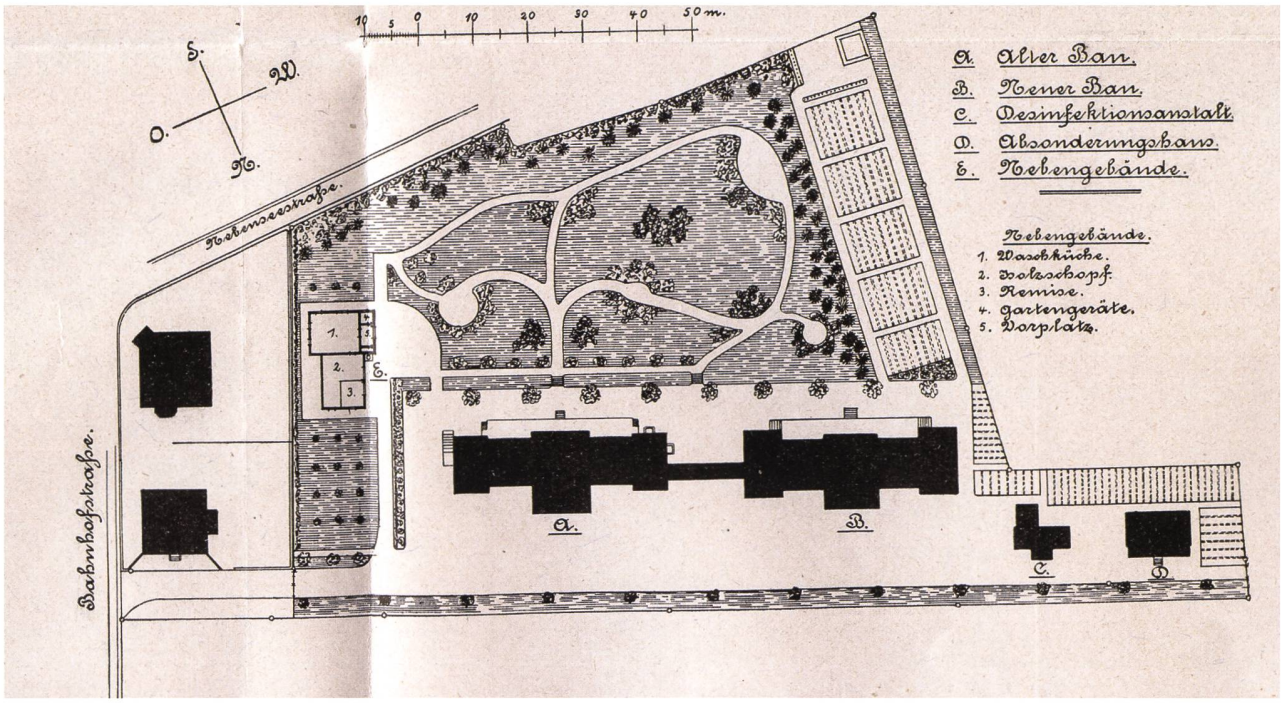
8 Zur allgemeinen medizinischen Entwicklung vom 19. Jahrhundert bis in die Gegenwart vgl. hier und im Folgenden die ausgezeichneten Überblicksdarstellungen in: Wolfgang U. Eckart: Geschichte der Medizin. Fakten, Konzepte, Haltungen (6. Auflage), Heidelberg 2009, sowie Karl-Heinz Leven: Geschichte der Medizin. Von der Antike bis zur Gegenwart, München 2008.

9 Zur Hygienebewegung und ihren verschiedenen Wirkungsfeldern siehe auch: Sankt-Galler Geschichte 2003, Bd. 6, St.Gallen 2003, S. 10–16, sowie Rolf Wolfensberger, Thomas Dominik Meier: Von der ‹Medizinal-Polizey› zur Volksgesundheitspflege, in: ebd., S. 105–124.

10 JB 1894, S. 111.

11 JB 1898, S. 169

12 JB 1894, S. 110.



Bauliche Situation des Spitals Walenstadt mit Absonderungshaus und Desinfektionsanstalt (rechts unten) nach dem Umbau von 1903 (JB Walenstadt 1903, S. 137).

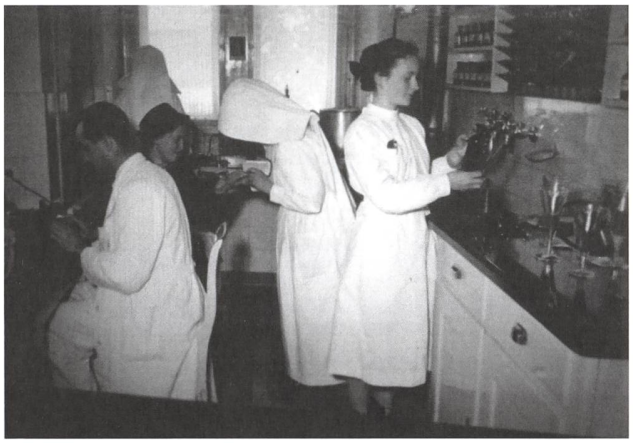
Eine zentrale Errungenschaft der Medizin des frühen 20. Jahrhunderts war das Konzept der Asepsis, der Keimfreiheit aller Gegenstände, die mit einer Wunde in Berührung kommen konnten (Hände, Instrumente, Verbandstoffe), sowie der Antisepsis, der Vernichtung von bereits in die Wunde gelangten Keimen durch geeignete Desinfektionsmittel. Früher Ausdruck dieser Bemühungen waren in Walenstadt die Anschaffung eines Desinfektionsapparats (1892), eines Sterilisierapparats für Verbandstoffe und Wasser im Operationssaal (1903) sowie die Einrichtung eines konsequent aseptischen Operationssaals mit Waschraum (1925): allesamt Massnahmen, die zweifellos Wesentliches zur Eindämmung der zuvor häufigen Wundinfektionen beitrugen.

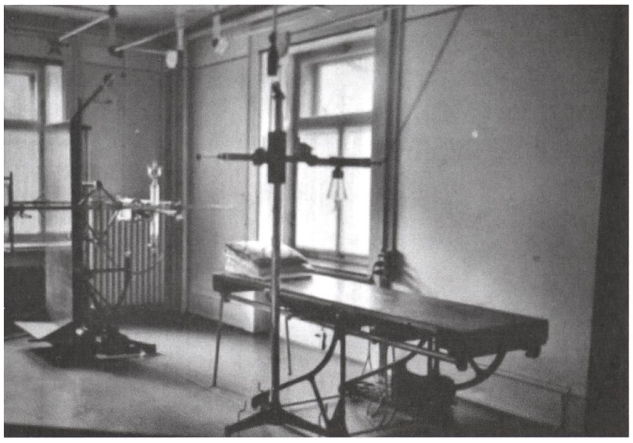
Fortschritte der Diagnostik

Nachdem es die traditionellen Untersuchungsmethoden des 19. Jahrhundert erst in beschränktem Mass erlaubt hatten, das Innere des menschlichen Körpers zu erkunden, bedeutete die Erfindung der Röntgentechnik (Wilhelm Conrad Röntgen 1895) einen Meilenstein in der Diagnosetechnik, der sich im Spitalwesen allgemein rasch durchsetzte. So wurden auch in Walenstadt nur fünf Jahre später 2000.– Fr. für die Einrichtung eines «Röntgenkabinetts» ins Betriebsbudget eingestellt und das neue Gerät im Folgejahr – nota bene mit Unterstützung des Dorfarztes, der «seine Kenntnisse als erfahrener Amateurfotograph aufs opferwilligste zur Verfügung gestellt» habe[13] – erfolgreich in Betrieb genommen. Von vergleichbarer Bedeutung war die Einrichtung des ersten spitaleigenen Laboratoriums (1922); anfänglich nur «als Notbehelf»[14] geschaffen, erfuhr es eine rasch steigende Beanspruchung, die sich ab 1953 in einer eigenen Statistik im Jahresbericht niederschlug.

Als weitere wichtige Fortschritte der Diagnosetechnik im Spital Walenstadt seien genannt (Auswahl): die Einführung der Elektrokardiographie zur Aufzeichnung von Herzströmungen (1940)[15]; die Anschaffung eines ersten Geräts für Ultraschallmessungen (1949), das sich vor allem in der Geburtshilfe zu einem nicht mehr wegzudenkenden Hilfsmittel entwickelte, welches zusammen mit weiteren Überwachungsinstrumenten (z.B. Kardiotokographie) zu einer massiven Senkung der kindlichen und mütterlichen Sterblichkeit beitrug[16]; die schrittweise Etablierung der Endoskopie, die als Methode zur verletzungsfreien Einführung optischer Systeme ins Körperinnere vom Prinzip her bereits seit Anfang des 20. Jahrhundert bekannt war, ihren eigentlichen Durchbruch

13 JB 1901, S. 143.
14 JB 1922, S. 60.
15 JB 1940, S. 2.
16 JB 1949, S. 2; vgl. auch JB 1974, S. 19, JB 1980, S. 30, sowie JB 1986, S.15.





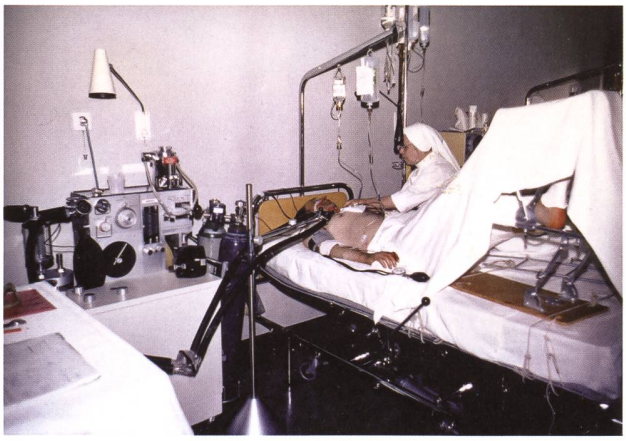
Laboratorium (ca. 1955) und Röntgenraum (um 1928) (Daniel Tscherfinger, Walenstadt).

dann aber vor allem ab 1980 mit einer moderneren Version von Instrumenten und Techniken erlebte[17]; schliesslich die Inbetriebnahme eines eigenen Computertomographen im Jahr 2007.[18]

Neuentwicklungen in der Therapeutik

Naturwissenschaftliche Entdeckungen prägten die Entwicklung der modernen Spitalmedizin nicht nur im Bereich der Diagnose, sondern auch in der Therapie. Dies gilt ganz besonders für die Bakteriologie und Virologie, deren Fortschritte im Laufe des 20. Jahrhunderts die Mehrheit der gefürchteten Infektionskrankheiten aus rein medizinischer Sicht weitgehend beherrschbar machten. Bahnbrechend waren dabei die Entdeckung spezifisch wirksamer Seren zur Bekämpfung viraler Infekte, die Durchbrüche bei der Entwicklung und breiten Anwendung von Antibiotika (Penicillin) sowie die Konzeption geeigneter Impfstoffe. Im Kontext dieser neuen klinisch-medizinischen Errungenschaften wurde auch in Walenstadt im Bereich der Infektionskrankheiten, die noch um 1880 im Einzugsgebiet des Spitals annähernd die Hälfte der Todesursachen ausgemacht hatten[19], im Jahr 1924 ein auffallender Rückgang registriert. Um 1952 führte dann der jährliche Chronist das inzwischen fast vollständige Fehlen von Diphtherie-Erkrankungen explizit zurück auf die «Diphtherieimpfung, die vor einigen Jahren in unserer Gegend durchgeführt wurde».[20] Und schon fünf Jahre zuvor hatte der Chefarzt hingewiesen auf «die Wandlung, welche die septische Chirurgie in den letzten Jahren dank der modernen Chemotherapeutica und Antibiotica durchgemacht hat, indem z.B. die perforierte Appendicitis [Blinddarmentzündung; die Verf.] ihre Gefährlichkeit fast vollständig verloren hat (...)».[21]

Eine stürmische Entwicklung mit spektakulären Neuerungen erlebte im 20. Jahrhundert aber auch die Chirurgie. Dank der neu gegebenen Verfügbarkeit von Blutersatz, die über den Aufbau einer regionalen Blutspendeorganisation sichergestellt wurde, und der darauf basierenden Möglichkeit zu Bluttransfusionen, dank der neuen Erkenntnisse in der Thromboseprophylaxe und der Einführung neuartiger Narkosemittel und -techniken «haben schwere operative Eingriffe viel von ihrer ursprünglichen Gefahr verloren», heisst es dazu im Jahresbericht 1956. Operationen im Brustraum, die vorher kaum durchführbar waren, wurden nun ebenso möglich wie grössere Eingriffe an Magen, Galle oder Lunge. Dies galt vor allem auch für «alte, ja sehr alte Patienten», denen man dies noch wenige Jahre zuvor in keiner Art und Weise zumuten konnte.[22] Einen Höhepunkt in der Entwicklung der Akutmedizin in Walenstadt bedeutete dann zweifellos die Eröffnung der Intensivstation für chirurgische und medizinische Notfälle im Jahr 1972, die sich besonders für die seit den 1960er-Jahren rasant gestiegene Zahl von Opfern



Die neu eröffnete Intensivstation von 1972 (Daniel Tscherfinger, Walenstadt).

17 JB 1904, S. 134; JB 1986, S. 15, und JB 2001, S. 13.
18 JB 2007, S. 22.
19 Keel, Medizin im Werdenberg und Sarganserland, S. 59
20 JB 1952, S. 2.
21 JB 1947, S. 2.
22 JB 1956, S. 3, JB 1955, S. 3; vgl. ähnlich bereits im JB 1949, S. 2.

aus Verkehrs- und Wintersportunfällen (darunter viele sog. «Polyblessés») sehr segensreich auswirkte.[23]

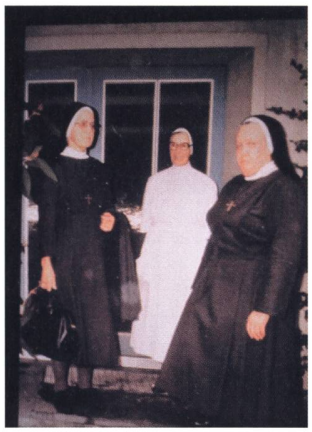
Nochmals eine neue chirurgische Ära leitete ab 1990 die Einführung der «minimal invasiven Operationen»[24] (‹Knopfloch-Chirurgie›) ein, einer sehr erfolgreichen und gleichzeitig äusserst schonenden Operationsmethode mit entsprechend kurzer Rekonvaleszenz der Betroffenen.

Interne Auswirkungen

Patienten und Patientinnen
Die Patientenfrequenzen im Spital Walenstadt erlebten im Laufe des 20. Jahrhunderts ein exponentielles Wachstum, das ohne die beschriebenen medizinischen Fortschritte nicht zu erklären ist.[25] Im ersten Betriebsjahr des Spitals gestartet mit 216 Eintritten, stieg deren Zahl in den Folgejahrzehnten bis zum vorläufigen Höhepunkt im Jahr 1971 mit 4585 Eintritten stetig an. Nachdem in den Jahren danach, bedingt durch den Rückgang der Geburtenzahlen, eine leichte Abnahme einsetzte, pendeln die Zahlen seit Beginn der 1990er-Jahre um die Grenze von 4000 stationären Eintritten. In ähnlichem Mass wie die Patientenzahlen nahm im Laufe des 20. Jahrhunderts auch die Zahl der durchgeführten Operationen zu (von 163 um 1900 auf 3133 im Jahr 2000). Wenn sich gleichzeitig die durchschnittliche Aufenthaltsdauer pro Patient bzw. Patientin drastisch reduzierte (von 44.2 Tagen im Gründungsjahr 1891 auf noch 8.2 Tage im Jahr 2002), so zeugt dies von einer ungeheuren Beschleunigung und Intensivierung des medizinischen Behandlungsprozesses in den letzten hundert Jahren.

Personal
Bei der Eröffnung des Spitals hatte das Personal lediglich aus einem Arzt, einem Verwalter, einer Oberschwester, einer (Kranken-) Wärterin, einem Wärter sowie einer

Steigende Patientenzahlen und knappe Raumverhältnisse: Kinderzimmer für Knaben um 1956, konzipiert für 8 Betten, effektive Belegung 13 Betten (StASG B 002).



Die Ingenbohler Schwestern bei der Arbeit (um 1960) sowie bei ihrer definitiven Abreise aus Walenstadt im Jahr 1977 (Daniel Tscherfinger, Walenstadt).

Schwester für die Küche bestanden, wobei dem Wärter neben der Betreuung der Männerabteilung auch die Sorge für Heizung, Beleuchtung, den Leichendienst sowie für Botengänge oblag. Die Zunahme der Patientenfrequenzen und die wachsenden fachlichen Anforderungen machten in der Folge einen stetigen Ausbau des Personalbestands notwendig, so dass das Spital Anfang der 1990er-Jahre über 200 Mitarbeitende zählte.[26]

Mit der quantitativen Zunahme ging eine wachsende Spezialisierung vor allem des ärztlichen Personals einher. In den ersten Jahren hatte noch ein einziger Arzt die alleinige Verantwortung für sämtliche Patienten und medizinischen Fachgebiete zu tragen. Bereits anfangs der 1960er-Jahre waren dann – nebst mehreren Ober- und Assistenzärzten – unter der Gesamtleitung des speziell für Chirurgie und Geburtshilfe zuständigen Chefarztes je ein leitender Arzt für die Abteilung Innere Medizin, für Augen- sowie für Ohren-Nasen-Hals-Krankheiten tätig. In den Folgejahrzehnten kamen weitere Fachspezialisten für Anästhesie, Geburtshilfe/Gynäkologie, Pädiatrie, Kardiologie und Orthopädie hinzu.[27]

Der Pflegedienst, der über lange Zeit hinweg hauptsächlich von katholischen Ordensschwestern getragen worden war, war in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts von

23 *Zu den Unfallverletzten siehe die Zahlen in JB 1973, S. 7, JB 1988, S. 4, JB 1993, S. 11.*
24 *JB 1992, S. 15.*
25 *Für die Zahlen des nachfolgenden Abschnitts vgl. nebst den Angaben in den einzelnen JB 1891–2002 auch die zusammenfassende Übersicht im JB 1990, S. 56f.*
26 *Unsere ersten 100 Jahre, S. 5.*
27 *Vgl. bspw. die Angaben in JB 1961, S. 4, und JB 1994, S. 4. Hinzu kommen die im Status eines Konsiliararztes tätigen ärztlichen Fachkräfte.*

einer zunehmenden Professionalisierung geprägt. Der endgültige Rückzug der Ingenbohler Schwestern nach jahrzehntelangem Einsatz voller Opferbereitschaft und Nächstenliebe bedeutete im Jahr 1977 nicht nur eine «herbe Zäsur»[28] in menschlicher Hinsicht, sondern stand gleichzeitig für den definitiven Übergang zu einer neuen Form der Krankenpflege mit eigenständigem Berufsbild und staatlich geförderter Ausbildung, welche den auch in der Pflege laufend gestiegenen fachlichen Anforderungen Rechnung trug.

Organisation und Administration

Die zunehmende Spezialisierung im medizinischen Bereich schlug sich mit Verzögerung auch in der Differenzierung der spitalinternen Organisationsstrukturen nieder. Eine wichtige Wegmarke bildete diesbezüglich in Walenstadt die 1979 erfolgte, in sanktgallischen Landspitälern bis heute übliche Dreiteilung in die Kliniken für Chirurgie, Innere Medizin und Gynäkologie/Geburtshilfe.

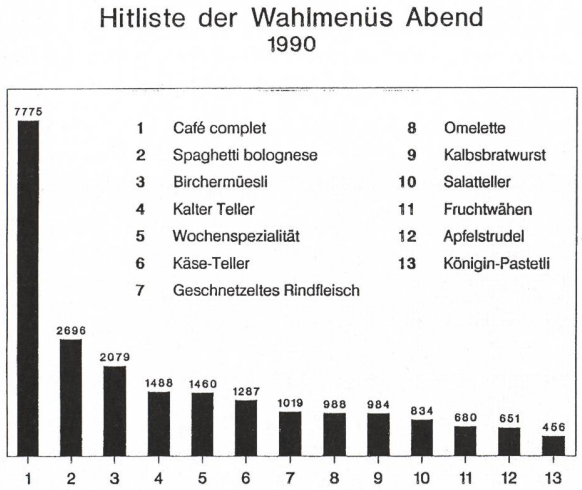
Parallel zur allgemeinen Mengenausweitung und Differenzierung fand eine wachsende Bürokratisierung des Spitalbetriebs statt. Diese manifestierte sich 1987 erstmals in einem eigenständigen Abschnitt in der jährlichen Berichterstattung des Spitals und erlebte mit der gleichzeitig erfolgenden Einführung der EDV in der Finanzbuchhaltung (1987) und in der Patientenadministration (1988) einen zusätzlichen Schub. Gestützt auf die neuen Möglichkeiten der Informatik konnten in der Folge Stand und Entwicklung der einzelnen Kosten- und Ertragsfaktoren immer detaillierter analysiert und statistisch aufbereitet werden.

Bau und Infrastruktur

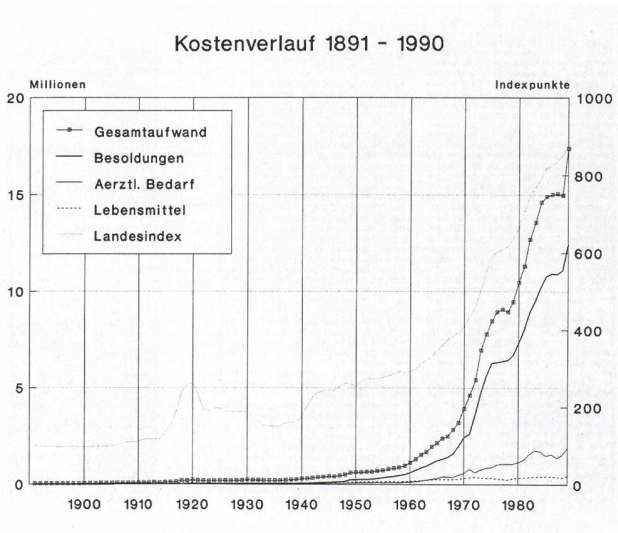
Das Wachstum der Patientenfrequenzen und die medizinische Spezialisierung konnten auch im baulichen Bereich nicht ohne Konsequenzen bleiben.[29] In der Tat war der zur Verfügung stehende Raum bereits nach wenigen Jahren zu klein und damit ein erster Ausbauschritt unumgänglich geworden. Ging es 1899 um die Einrichtung eines ersten Operationszimmers, folgten 1902/03 (Anbau eines zusätzlichen Pavillons), 1928–30 (Um- und Neubau), 1956–60 (Erweiterungs- und Neubau) sowie 1984–89 (Gesamterneuerung) Ausbauetappen grösseren Ausmasses. Parallel zur Erneuerung der äusseren Bausubstanz ging die laufende Modernisierung der Gebäudeinfrastruktur vonstatten. Elementare Schritte der Anfangsjahre waren diesbezüglich die Inbetriebnahme der elektrischen Beleuchtung (1896), die Installation einer zentralen Warmwassererzeugung und -verteilung (1898) und die Einrichtung einer eigenen Wäscherei und Trocknerei (1903); in späteren Jahrzehnten ging es dann beispielsweise um die Einrichtung eines Kinderhorts für Angestellte (1975) oder um die Eröffnung einer Cafeteria (1989).

Finanzen

Die Gesamtentwicklung des Spitals Walenstadt in den ersten gut hundert Jahren lässt sich in kumulierter Form ablesen an der Entwicklung der finanziellen Verhältnisse.[30] Hatte die Jahresrechnung im Gründungsjahr 1891 noch einen Betriebsaufwand von knapp 30 000 Franken



Statistische Auswertung der abendlichen Wahlmenüs (1990): Sinnbild der zunehmenden Informatisierung und Ökonomisierung des Spitalbetriebs (JB Walenstadt 1990, S. 49).



Kostenverlauf im Spital Walenstadt 1891–1990 (Spital Walenstadt: Unsere ersten 100 Jahre, S. 28).

28 JB 1977, S. 2

29 Zur baulichen Entwicklung vgl. das separate Kapitel in: Unsere 100 ersten Jahre, S 41–59.

30 Vgl. dazu die statistischen Übersichten in: Unsere 100 ersten Jahre, S. 38–39 und S. 75–77.

Das Krankenhaus Walenstadt nach der Gründung 1891, ganz links das Absonderungshaus (Daniel Tscherfinger, Walenstadt).

aufgewiesen, so betrug dieser hundert Jahre später (1990) rund 18.2 Mio. Franken. Dies entspricht einer Zunahme um mehr als den Faktor 600 – während sich der Landesindex der Konsumentenpreise in derselben Zeit nicht einmal verzehnfacht hatte! Bis zum Eintritt in die Ära der Spitalregionen, also innert nur zwölf weiteren Jahren, erfolgte dann nochmals praktisch eine Verdoppelung des Jahresaufwands auf 35.2 Mio. Franken. (2002).

Die dramatische Kostenentwicklung lässt sich auch anhand anderer Zahlen nachzeichnen. So nahmen die durchschnittlichen Fallkosten in Walenstadt von 100.41 Franken um 1900 auf 4691.20 Franken im Jahr 1990 zu; die durchschnittlichen Kosten pro Behandlungstag stiegen in demselben Zeitraum von 2.67 auf 460.07 Franken.

Rezeption

Erfolge und Errungenschaften

Bis weit ins 20. Jahrhundert hinein sind die Jahresberichte des Spitals getragen von jenem unerschütterlichen Fortschrittsglauben und Optimismus, der seine Wurzeln im Geist der Aufklärung hatte und durch die naturwissenschaftlich-medizinischen Erfolge seit dem späten 19. Jahrhundert entscheidend gefördert worden war. Gleichzeitig blickten die Spitalverantwortlichen mit berechtigtem Stolz zurück auf das bisher Geleistete und Vollbrachte. Ursprünglich geschaffen als «einfaches, zweckmässig eingerichtetes und mit genügend Wasser versehenes Krankenhaus»[31], hatte sich das Spital im Laufe der Jahrzehnte zu einem modernen medizinischen Dienstleistungszentrum entwickelt, das heute unbestreitbar einen wichtigen Beitrag leistet zur Förderung von Gesundheit und Lebensqualität in seinem Einzugsgebiet. Gleichzeitig war es in sozioökonomischer Hinsicht zum grössten Arbeitgeber vor Ort, ja zu einem der bedeutendsten und zudem weitgehend krisensicheren Arbeitgeber in der ganzen Region aufgestiegen.[32] Von nicht zu unterschätzender Bedeutung für manch positive Bilanz dürfte aber auch die regionalpolitische Bedeutung sein, die dem Spital zugemessen wurde. So ist in den Quellen seit den 1960er-Jahren mit Blick auf die inzwischen vollzogene medizinische und betriebliche Entwicklung mehrfach die Rede von einem in Entstehung begriffenen «medizinischen Zentrum für den südlichen Kantonsteil» oder gar einem «Kantonsspital Süd».[33]

31 *Unsere ersten 100 Jahre, S. 9.*

32 *Pfalzbrief (Personalzeitung der Zentralverwaltung des Kantons St.Gallen), Jg. 1990, Nr. 4, S. 9.*

33 *Vgl. die JB 1964, 1966, 1980 oder auch die verschiedenen Grussworte, die in der aus Anlass des Neubaus am 21. Oktober 1960 erschienenen Sonderbeilage des «Sarganserländers» abgedruckt wurden (StASG ZD).*

Wenn sich ab dem letzten Drittel des 20. Jahrhunderts zunehmend auch Zweifel und selbstkritische Töne in die jährlichen Rückblicke mischten, so hat dies damit zu tun, dass die Spitalmedizin um diese Zeit in mehrfacher Hinsicht an Grenzen zu stossen begann: an Grenzen des Machbaren, aber auch an Grenzen des Wünschbaren.

Finanzielle Grenzen

Grenzen des Machbaren wurden ganz eindeutig in finanzieller Hinsicht erreicht. Im Jahr 1973 ist erstmals die Rede von der «Spitalkostenexplosion»; danach entwickelte sich das «Spannungsfeld von medizinischen und wirtschaftlichen Überlegungen»[34] innert kürzester Zeit zu einem allgegenwärtigen, bisweilen dominanten Thema der Jahresberichte. Vor allem die Vertreter der Chirurgie verwehrten sich dabei immer wieder gegen ihrer Meinung nach falsche Vorwürfe: Der gesteigerte Kostenaufwand im Spital sei in Funktion einer optimalen Behandlung insbesondere auch schwerstverletzter und vitalgefährdeter Patienten und Patientinnen zu betrachten. Gerade in solchen Fällen müsse «der Gesundung des Patienten die oberste Priorität in jedem Falle eingeräumt werden».[35] An anderer Stelle wird argumentiert, dass «der zweifellos grösste Teil der Defizite systeminhärent» sei. Zur Begründung verwies der Spitaldirektor auf den sozialen Auftrag, den ein öffentliches Spital – jedenfalls bei den allgemein Versicherten – wahrnehme, indem es zugunsten der Allgemeinheit Leistungen zu politisch ausgehandelten, aber niemals kostendeckenden Pauschalpreisen erbringe.[36] In diesem Sinn wurden seitens der leitenden Ärzte auch mehrfach Sinn und Grenzen von ‹Kosten-Nutzen-Analysen› im Spital thematisiert und die zuweilen Überhand nehmende blinde Zahlen- und Statistikgläubigkeit kritisiert: «Es gibt noch keinen Computer, der berechnet, wie vielen Patienten durch Operation und intensive Nachbehandlung geholfen werden konnte und wie viele Patienten durch notfallmässiges Eingreifen gerettet wurden. Nicht zu bemessen sind auch Glück und Geborgenheit, die eine wieder genesene Mutter oder der am Leben erhaltene Vater einer Familie wiedergeben. Statistisch kann auch nicht belegt werden, welche volkswirtschaftliche Bedeutung der Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit Kranker und Verletzter zukommt. Im Klartext: Der eigentliche ‹Ertrag› unserer ärztlichen Tätigkeit in medizinischer, menschlicher und sozialer Beziehung kann folglich nicht in Zahlen ausgedrückt werden».[37]

Personelle Grenzen

Grenzen der Entwicklung wurden aber auch im Personalbereich erreicht. Dies gilt zum einen für die Ärzteschaft, bei der trotz des stetigen Ausbaus des Personalbestands nicht nur im Jahresbericht 1974 eine «dauernde Überbelastung» konstatiert wurde, die sich im Jahr 1991 in einem eintägigen Warnstreik der Assistenzärzte («ein im Spital Walenstadt bisher noch nie dagewesenes Ereignis») entlud.[38] Dies gilt zum anderen für den Pflegebereich, wo sich seit Anfang der 1960er-Jahre ein akuter und anhaltender Mangel an qualifiziertem Fachpersonal bemerkbar machte, der die Spitalverantwortlichen mehrfach dazu veranlasste, in eindringlichen Appellen zum Handeln aufzufordern.[39] Nicht zuletzt vor dem Hintergrund der prekären Personalsituation ist auch das punktuelle Aufbrechen innerbetrieblicher Konfliktlinien zu sehen: Einerseits zwischen einer dem medizinisch Möglichen verpflichteten ärztlichen Leitung und einer betriebsökonomisch denkenden Verwaltung; andererseits auch zwischen ärztlicher Leitung und Pflegepersonal.[40]

Medizinisch-fachliche Grenzen

Das weiter oben beschriebene, rasch zunehmende ärztliche Spezialistentum war spitalintern anfänglich einhellig positiv und zudem als «medizinische Notwendigkeit» wahrgenommen worden. Richtig verstanden, wirke es sich «sowohl für uns Spitalärzte als auch für die Patienten recht segensvoll aus».[41] Im Bemühen, den rasanten medizinischen Fortschritt laufend nachzuvollziehen, stiess das Regionalspital aber zunehmend an Grenzen, jedenfalls in einzelnen Spezialdisziplinen.[42] Gleichzeitig ging durch die Spezialisierung oftmals der Blick fürs Ganze verloren, wie sich etwa in der Geriatrie (Alterspflege) zeigte: «Die Aufsplitterung in eine Vielzahl von Spezialgebieten der Medizin wird offenbar den Bedürfnissen unserer Betagten wenig gerecht. Ein Denken in Organkrankheiten genügt nicht, um der Fülle von somatischen, psychischen und sozialen Schwierigkeiten, die einen Betagten beschäftigen können, zu begegnen».[43]

Auch die Schattenseiten der ausgeprägten Technisierung der modernen Medizin wurden immer offensichtlicher: «Die Medizin ist heute von der Entwicklung der Natur-

34 *JB 1973, S. 5; JB 1974, S. 3.*

35 *JB 1976, S. 4; fast wörtlich gleich im JB 1974, S. 3, oder sinngemäss auch schon im JB 1903, S. 139.*

36 *JB 1992, S. 9.*

37 *JB 1978, S. 15f.*

38 *Zur Überbelastung vgl. nebst JB 1974, S. 12, auch JB 1988, S. 16; zum Warnstreik JB 1991, S. 10.*

39 *JB 1962, S. 5; JB 1977, Teilbericht Chirurgie; JB 1980, S. 4.*

40 *Vgl. dazu die Hinweise im JB 1979, S. 17f., wo der Chefarzt Chirurgie das Pflegepersonal dazu anhielt, «sich seiner Pflichten und seiner Verantwortung bewusst zu sein»; eigentliche Ursache für die zum Teil auch von dieser Seite kritisierten «inhumanen Strukturen im Spital» sei nicht die Technisierung der Medizin, sondern «die zunehmend fehlende Bereitschaft zu wahrer Menschlichkeit und Nächstenliebe» sowie «eine auffallende Abnahme an Belastbarkeit» beim verantwortlichen Personal.*

41 *JB 1963, S. 4; JB 1965, S. 5.*

42 *Vgl. dazu die Zweifel betr. Hals-Nasen-Ohren-Klinik (ORL) im JB 1979, S. 28, oder die Bilanz des leitenden Arztes für Augenheilkunde im JB 1984, S. 45.*

43 *JB 1984, S. 16.*

wissenschaft und der Technik geprägt. Der Patient und der Arzt verlangen nach neuen Apparaten. Der Patient geht heute nicht mehr in ein Spital, das keinen Ultraschallapparat, keine fiberoptischen Endoskope und alle neuesten Apparate besitzt.» Dem blinden Vertrauen in die Ergebnisse, welche die Apparate auswerfen, stünden eine zunehmende Entfremdung zwischen Arzt und Patient gegenüber.[44] In der Geburtshilfe, wo der Arzt nach eigener Einschätzung zunehmend zum «Geburtselektroniker» degradiert zu werden drohte, ging diese Entfremdung offenbar so weit, dass sich ein Teil des Publikums von der Spitalmedizin abwandte und stattdessen die Hausgeburt vorzog: «Eine Entwicklung, an der wir Geburtshelfer nicht ganz schuldlos sind», stellte der zuständige Chefarzt im Jahr 1980 selbstkritisch fest: «All zu lange wurde die Technik, die unpersönliche, elektronisch gesteuerte, apparativ überwachte Geburt hochgepriesen und das Persönliche, die Psyche der werdenden Mutter und die häusliche Atmosphäre der Geburt unterbewertet».[45]

Auf der Suche nach neuen Wegen

An der Schwelle zum 21. Jahrhundert sah sich das Spital Walenstadt angesichts der Vielfalt der beschriebenen Herausforderungen gleich wie andere Spitäler gezwungen, sich auf die Suche nach neuen Wegen zu begeben. Dabei lassen sich grob drei Stossrichtungen erkennen: die Einführung neuer betriebswirtschaftlicher Instrumente, die Etablierung neuer Formen der Zusammenarbeit sowie die Herausbildung neuer Ansätze medizinischen Denkens und Handelns.

Im Zeichen der Globalbudgetierung (Titelblatt JB Walenstadt 1999).

Neue betriebswirtschaftliche Instrumente

Das Bemühen, die betrieblichen Abläufe laufend zu überprüfen und bei Bedarf zu optimieren, war selbstredend seit der Gründung des Spitals vorhanden, erhielt dann aber im letzten Viertel des 20. Jahrhunderts durch die einsetzende Kostendiskussion eine neue Dimension. Nicht zuletzt vor deren Hintergrund wurde im Jahr 1996, ausgehend von einer breit angelegten Patientenumfrage, spitalintern das Thema Qualitätsmanagement lanciert und schon zwei Jahre später mit der Schaffung der Stelle eines Qualitätsbeauftragten institutionalisiert. Einen in betriebsökonomischer Hinsicht geradezu revolutionären Schritt bedeutete dann die Beteiligung an einem 1995 gestarteten kantonalen Pilotprojekt zur Einführung der Globalbudgetierung, mit dem erstmals «in beschränktem Rahmen unternehmerisches Denken und Handeln in einem öffentlichen Spital ermöglicht»[46] wurde.

Neue Formen der Zusammenarbeit

Dieses Pilotprojekt nahm damit ein wesentliches Element der wenige Jahre später mit dem Projekt QUADRIGA kantonsweit eingeleiteten Neuordnung der sanktgallischen Spitalorganisation vorweg. Gleiches gilt für die funktionale Arbeitsteilung zwischen Zentrumsspital und Landspitälern, die sich schon ab den 1980er-Jahren auch aus Sicht des Spitals Walenstadt aufzudrängen begann. So postulierte der Jahresbericht 1982, die Anwendung von Computertomographie, künstlicher Niere und Herzschrittmacher seien aus Kostengründen dem Zentrumspital vorzubehalten. Gleichzeitig sei es bei der Beurteilung des Bedarfs angezeigt, «auch regional zu koordinieren». Dass sich die Umsetzung dieser hehren Absicht in der Praxis nicht immer einfach gestaltete, zeigte sich spätestens im Jahr 1997, als die Kantonsregierung im Zuge eines allgemeinen Sparpakets die Aufhebung der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe in Walenstadt forderte: ein Bestreben, das letztlich am geschlossenen Widerstand aus der Region scheiterte.[47]

44 *JB 1979, S. 7–9.*
45 *JB 1980, S. 31.*
46 *JB 1994, S. 11.*
47 *JB 1982, S. 10–12; JB 1998, S. 8. Vgl. ähnlich bereits im JB 1989, S. 14, die Reaktion auf den regional abgestimmten, schliesslich zuungunsten des Spitals Walenstadt ausgefallenen Standortentscheid zur Errichtung einer eigenen Infrastruktur für Computertomographie.*

Neue Ansätze medizinischen Denkens und Handelns
Im JB 1985 rief der damalige Spitaldirektor dazu auf, in Zukunft «nicht alles zu machen, was machbar ist, und nicht alles zu konsumieren, was konsumierbar ist».[48] Damit appellierte er nicht zuletzt an die Selbstverantwortung jedes Einzelnen für seine Gesundheit und war damit keineswegs allein: «Gerade der Patient hat wesentliche Beiträge zu leisten», hatte schon Jahre zuvor auch der Chefarzt für Innere Medizin gefordert: «Die Mentalität hat sich zu ändern. Ein sogenanntes Recht auf Gesundheit gibt es nicht. Der Bürger hat einzig ein Recht auf eine angemessene Betreuung im Falle von Krankheit und Unfall. Gesundheit ist keine Ware, die man als Bürger und Steuerzahler vom Staat erhält. Mit persönlichem Einsatz hat jeder Mensch Sorge zu tragen zu seiner Gesundheit». Auf der Visite im Spital sei nämlich ohne weiteres sichtbar, «wie wir Menschen unsere Gesundheit tagtäglich schädigen». Dies gelte vor allem für den Umgang mit den allgemein bekannten Risikofaktoren Alkohol, Nikotin, falsche Ernährung, Bewegungsmangel oder Stress und den darauf beruhenden modernen Zivilisationskrankheiten (Leberzirrhose, Lungenkrebs, Übergewicht, Herzinfarkt). Diese Erkrankungen seien fast vollständig durch menschliches Fehlverhalten entstanden.

Zur Unterstützung des Einzelnen sei seitens der Medizin viel stärker als bisher in Präventivmedizin und Gesundheitserziehung zu investieren, denn «die Änderung ungesunder Lebensgewohnheiten und die Erziehung zu gesunder Lebensweise dürften diejenigen Massnahmen darstellen, die mit einem geringen finanziellen Aufwand einen wesentlichen Beitrag zur Verbesserung unserer Volksgesundheit leisten werden».[49]

Bestrebungen solcher Art standen durchaus im Einklang mit der andernorts erhobenen Forderung, «in vermehrtem Masse eine ökonomische Medizin anzuwenden, d.h. eine Medizin mit einfachen Mitteln, die deswegen qualitativ nicht schlechter ist als die sogenannte Maximalmedizin».[50] Dies gelte es beispielsweise in der Ausbildung junger Ärzte zu berücksichtigen. Ihnen sei zu zeigen, dass und wie Abklärungen von Patienten mit möglichst kleinem Aufwand möglich seien. Dabei gehe es auch darum, zu einem neuen, ganzheitlichen Krankheitsverständnis zu gelangen, denn auch im Spital Walenstadt bestehe die Gefahr, eine reine «Instrumenten- und Rezepte-Medizin» zu betreiben, die allzu sehr nur das erkrankte Organ avisiere und dabei den Menschen als Ganzes, in seiner «geistig-seelisch-körperlichen Einheit», aus den Augen verliere.[51] Von zentraler Bedeutung sei hierbei die Kommunikation zwischen Ärzteschaft und Pflegepersonal auf der einen, Patientinnen und Patienten sowie ihren Angehörigen auf der anderen Seite. Besonders das Regionalspital mit seiner vergleichsweise überschaubaren Grösse und Organisation könne hier eine Wegbereiterrolle spielen und solle «eine Stätte bleiben, in welcher der Kranke sich geborgen fühlt, befreit von Unpersönlichkeit und Routine, in dem er auch das Gefühl hat, dass heilen mehr ist als reparieren».[52] In diesem Sinne gehe es, wie es an anderer Stelle heisst, auch um eine partielle Rückbesinnung auf ursprüngliche Funktionen und Werte im Spital: darum, dass – bei aller Wertschätzung der Errungenschaften der modernen Medizin – auch heutige Spitäler ein Stück weit «humanitäre Institutionen im Sinne des mittelalterlichen Spitalkonzeptes eines ‹Hôtel de Dieu› bleiben».[53]

48 JB 1985, S. 5.
49 JB 1976, S. 7, und JB 1977, S. 4ff.
50 JB 1976, S. 8
51 JB 1993, S. 30ff.; vgl. auch JB 1988, S. 13–15.
52 JB 1984, S. 4.
53 JB 1987, S. 5, und JB 1988, S. 13.