

# Gesundheitspolitik in der Regionalplanung

A. Gilgen

## *Zusammenfassung*

Das Ziel der Gesundheitspolitik besteht in optimaler medizinischer Betreuung, die raschmöglichst und zu niedrigsten Kosten geleistet werden muß. Dieses Ziel kann nur im Rahmen der Regionalplanung erreicht werden. Im Zentrum der gesundheitspolitischen Regionalplanung steht die Krankenhausplanung. Die theoretische Berechnung des Bettenbedarfs scheidet, weil die Faktoren, welche die Krankenhaushäufigkeit und die durchschnittliche Aufenthaltsdauer beeinflussen, nicht quantitativ erfaßbar sind. Für Bedarfsprognosen verwendet man darum empirisch gewonnene Richtzahlen. Die unterschiedlichen Aufenthaltsdauern in amerikanischen und schweizerischen Krankenhäusern werden analysiert. Der Katalog der gesundheitspolitischen Aufgaben in der Regionalplanung enthält fünf Punkte.

## *Résumé*

La politique de la santé publique doit avoir pour but d'assurer les meilleurs soins médicaux, dans le délai le plus bref et au coût le plus bas. Ce but ne peut être atteint que dans le cadre du plan régional. Au centre du plan régional sanitaire se situe le plan hospitalier. L'évaluation théorique du nombre de lits d'hôpital se heurte aux facteurs influençant la fréquence et la durée du séjour à l'hôpital qui ne peuvent pas être mesurés quantitativement. Pour cette raison, on se base sur des calculs empiriques. L'auteur analyse les différences entre les hôpitaux américains et suisses. Il dresse un catalogue des devoirs de santé publique qui s'imposent au plan régional.

## Warum Regionalplanung?

Das Ziel der Gesundheitspolitik muß sein, der Bevölkerung

1. optimale medizinische Betreuung
2. raschmöglichst
3. zu niedrigsten Kosten

zukommen zu lassen.

Die optimale medizinische Betreuung auch schwerster Fälle kann nur erreicht werden durch medizinische Zentren mit hoher Spezialisierung, in denen alle technischen und personellen Mittel nach dem jeweiligen Stand der Forschung zur Verfügung stehen. Dagegen verlangt die Erfüllung der Forderung nach möglichst rascher Behandlung eine den geographischen Bedingungen und den daraus resultierenden Transportverhältnissen entsprechende Dezentralisierung. Aus diesem Widerspruch zwischen Zentralisierung einerseits und Dezentralisierung andererseits läßt sich die Notwendigkeit der Errichtung eines

Systems unterschiedlicher medizinischer Dienste ableiten, wobei spezialisierte Leistungen zu zentralisieren, nichtspezialisierte Leistungen dagegen zu dezentralisieren sind.

Schon die Erfüllung der beiden ersten Forderungen zwingt zur Gesundheitspolitik über die Grenzen einer einzelnen Gemeinde hinaus zur regionalen Planung. Ganz besonderes Gewicht kommt aber auch der dritten Forderung nach Tiefhaltung der Kosten zu, weil die Ausgaben für den Gesundheitsdienst den Finanzhaushalt von Staat und Gemeinden maßgeblich beeinflussen und auch jeden einzelnen Bürger direkt betreffen. Daneben besteht die Gefahr, daß bei unzuweckmäßiger Verwendung der vorhandenen finanziellen Mittel die raschmögliche optimale Betreuung nicht mehr gewährleistet werden kann. Für die Kostensteigerung in der medizinischen Betreuung sind vor allem die folgenden Gründe verantwortlich:

a) Die großen diagnostischen und therapeutischen Fortschritte in der Medizin. Diese gehen parallel mit einer Ausweitung des ganzen kapitalintensiven Apparates sowohl im Krankenhaus als auch in der Praxis des Arztes. Als Beispiele für viele mögen hier genannt werden: Strahlentherapie, Herzchirurgie und Lungendiagnostik.

b) Die stark gestiegenen Personalkosten. In einem modernen Krankenhaus machen die Personalunkosten ungefähr 70% der Gesamtaufwendungen aus. Das ist verständlich, wenn man bedenkt, daß beispielsweise im Kantonsspital Zürich das reguläre Personal im Zeitraum von 1955 bis 1965 von 1784 Personen auf 2442 angestiegen ist, obwohl die Zahl der geleisteten Pfl egetage gleich geblieben ist (Jahresberichte 1955 und 1965). Die Personalvermehrung ist sowohl auf die aufwendigere und intensivere Behandlung und Pflege als auch auf die Verkürzung der Arbeitszeit des Personals zurückzuführen. Es kommt hinzu, daß die Löhne des Pflegepersonals den Löhnen in der Privatwirtschaft weitgehend angepaßt wurden.

c) Der steigende Anteil der über 65jährigen Leute. Im Laufe der letzten 20 Jahre hat die Zahl der Leute mit mehr als 65 Jahren in der Schweiz um mehr als 200 000 zugenommen.

d) Die Zunahme der Krankenhaushäufigkeit (oder Spitalfreudigkeit, wie ein anderer Ausdruck lautet). Mit diesem Ausdruck bezeichnet man die Krankenhausaufnahmen im Laufe eines Jahres pro 1000 oder 10 000 Einwohner. Im Jahre 1940 wurden pro 1 000 Einwohner in der Schweiz 70 Personen ins Krankenhaus aufgenommen, im Jahre 1960 dagegen 100. Über die Verhältnisse in andern Ländern gibt Tab. 1 einen Überblick (nach *Büchel*, 1964).

### **Krankenhausplanung im Zentrum der regionalen Gesundheitspolitik**

Im Zentrum der regionalen Gesundheitspolitik steht der Bau von Krankenhäusern. Ihm kommt schon darum das Primat zu, weil hier im allgemeinen die

Schweiz	100
Bundesrepublik Deutschland	130
USA	140 (short-term hospitals 130)
Schweden	100
Finnland	110
Dänemark	120

Tabelle 1 Krankenhaushäufigkeit (= Spitalfreudigkeit) (= jährliche Spitalaufnahmen pro 1000 Einwohner) Stand 1960

staatliche Einflußnahme über die finanziellen Zuschüsse am größten ist, während beispielsweise hinsichtlich der Niederlassung von Ärzten die Möglichkeiten der Beeinflussung viel geringer sind, zum mindesten in denjenigen Ländern, die den Arztberuf als grundsätzlich freien Beruf betrachten.

### Der theoretische Bettenbedarf

Im Rahmen der regionalen Krankenhausplanung stellt sich zuerst die Frage nach der Anzahl der Betten, die zur Verfügung gestellt werden müssen. Nach *Eichhorn* (1962) ergibt sich der Bettenbedarf aus folgender Formel:

$$\text{Bettenbedarf} = \frac{P \times A \times H}{K \times 365}$$

wobei

P = Bevölkerung einer Region

A = durchschnittliche Aufenthaltsdauer im Krankenhaus

K = höchstzulässige Bettenbelegung

H = Krankenhaushäufigkeit (Spitalfreudigkeit)

### Bevölkerung und Bettenbelegung

In dieser Rechnung ist die zukünftige Bevölkerung einer Region mit genügender Sicherheit zu ermitteln. Auch über die betriebswirtschaftlich zulässige Bettenbelegung sind sich die Fachleute einig: Sie geben sie an mit 80 bis 88%, wenn auch in Zeiten starker Beanspruchung keine räumliche Überbeanspruchung eintreten soll.

### Krankenhaushäufigkeit

Wesentlich schwieriger abzuschätzen ist die zukünftige Entwicklung der Krankenhaushäufigkeit. Die oben angeführten Zahlen zeigen, daß in der Schweiz die Krankenhaushäufigkeit niedriger ist als im Ausland. Man muß annehmen, daß sie auch in der Schweiz aus medizinischen, sozialen und finanziellen Überlegungen zunehmen wird.

Medizinische Überlegungen: Aus Gründen der Sicherheit werden in vermehrtem Maße auch kleinere Eingriffe im Krankenhaus ausgeführt. Allerdings ist nach *Büchel* (1964) nicht zu erwarten, daß die Krankenhaushäufigkeit in der Schweiz so hoch ansteigen wird wie in andern Ländern, weil bei uns die Mehrzahl der praktizierenden Ärzte vom Spitalbetrieb ausgeschlossen sind.

Soziale Überlegungen: Die Zunahme der älteren Leute bewirkt eine Steigerung der Krankenhaushäufigkeit. In Deutschland ist die Krankenhaushäufigkeit für Leute über 65 Jahre um ein Drittel höher als in der gesamten Bevölkerung. Als weitere soziale Faktoren sind die geringere Wohnfläche, die in Neubauten pro Bewohner zur Verfügung steht, und die Zunahme der Berufstätigkeit der Frau zu betrachten.

Finanzielle Überlegungen: Den Berufstätigen ist der Lohnausfall wichtiger als die Krankenhauskosten, insbesondere dann, wenn diese ganz oder teilweise von der Sozialversicherung übernommen werden.

### Aufenthaltsdauer

Neben der Krankenhaushäufigkeit stellt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in der Errechnung des Bettenbedarfes den gewichtigsten, aber auch umstrittensten Faktor dar. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ist definiert als das Verhältnis

$$\frac{\text{Pflegetage}}{\text{Patienten}}$$

Am kürzesten ist die Aufenthaltsdauer in amerikanischen short-term Krankenhäusern. Die USA unterscheiden zwischen sogenannten short-term und long-term Krankenhäusern. Diese Ausdrücke entsprechen im Deutschen ungefähr den Krankenhäusern für Akut- bzw. für Chronischkranke. In die Kategorie der short-term Krankenhäuser werden diejenigen eingereiht, deren durchschnittliche Aufenthaltsdauer nicht mehr als 30 Tage beträgt; in den long-term Krankenhäusern ist sie länger als 30 Tage.

Im folgenden beschäftigen wir uns nur mit den Aufenthaltsdauern der Akutspitäler, weil bei den Chronischkranken a priori keine oder nur ganz geringe Unterschiede zu erwarten sind.

In den amerikanischen short-term Krankenhäusern beträgt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer – unter Ausklammerung der bundeseigenen Krankenhäuser – 7,8 Tage; dieser Wert wurde schon in den fünfziger Jahren erreicht und konnte seither nicht mehr verbessert werden. Im Laufe der letzten Jahre ist sogar ein leichter Anstieg zu verzeichnen. In der Schweiz dagegen beträgt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Akutspitälern ungefähr 19 Tage. Die Aufenthaltsdauer in schweizerischen Krankenhäusern ist demnach mehr als doppelt so hoch wie in den USA. Allerdings findet man auch unter

	1960	1964	1965
Bundeseigene Krankenhäuser (federal)		20,1	19,1
Nicht bundeseigene Krankenhäuser (non federal)	7,6	7,7	7,8
Staatliche + kommunale Krankenhäuser (state and local governmental short-term)	8,8	8,5	8,5
Freigemeinnützige Krankenhäuser (voluntary non profit short-term)	7,4	7,6	7,7
Private Krankenhäuser (proprietary short-term)	5,7	6,2	6,3

Tabelle 2 Aufenthaltsdauer in short-term Krankenhäusern

den amerikanischen Krankenhäusern wesentliche Unterschiede (Tab. 2). Die Unterschiede unter den schweizerischen Krankenhäusern sind ebenfalls beachtlich: für das Kantonsspital Zürich errechnet man für 1965 eine durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 14,6 Tagen, während der Durchschnitt der schweizerischen Universitätskliniken bei 21 Tagen liegt. In den zürcherischen Landspitälern beträgt die durchschnittliche Aufenthaltsdauer ungefähr 17 Tage. Die Aufenthaltsdauern in schweizerischen Akutspitälern lassen sich demnach am ehesten mit denjenigen in den amerikanischen bundeseigenen Krankenhäusern vergleichen, die für 1965 einen Wert von 19,1 Tagen angeben.

Bei der Suche nach den Gründen für die Differenzen zwischen schweizerischen und amerikanischen Krankenhäusern haben wir zu unterscheiden zwischen a) rechnerischen, b) unechten und c) echten Unterschieden.

Die *rechnerischen* Unterschiede kommen dadurch zustande, daß die durchschnittliche Aufenthaltsdauer nicht überall auf gleiche Weise erhoben wird. In den USA und in Deutschland werden weder die Pflegetage der gesunden Neugeborenen noch die Neugeborenen selbst mitgerechnet, während in der Schweiz sowohl die Pflegetage der gesunden Neugeborenen als auch diese selbst bei der Patientenzahl mitgezählt werden. Zudem sind in den schweizerischen Statistiken – im Gegensatz zu den USA und Deutschland – nicht nur die Neueintritte im Laufe eines Jahres, sondern auch die vom Vorjahr übernommenen Patienten eingerechnet. Beim Vergleich zwischen der Schweiz und den USA wirkt sich die Verschiedenartigkeit der Berechnung zugunsten der schweizerischen Zahlen aus, die bei Anwendung des amerikanischen Systems noch etwas höher wären. Im weiteren kommt hinzu, daß in den schweizerischen Statistiken nur ungefähr 60% der Krankenhäuser und ungefähr 80% der Betten und der Pflegetage erfaßt werden (VESKA-Rechnungsstatistik 1964), während die Statistik der American Hospital Association 97% der Krankenhäuser erfaßt (Das amerikanische Krankenhaus, 1965). Diese Differenz ist besonders befremdlich, wenn man in Rechnung stellt, daß in den USA der Anteil der privaten Krankenhäuser größer ist als in der Schweiz. Der Grund für diese Differenz liegt wohl darin, daß die Registrierung eines Krankenhauses durch die Ameri-

can Hospital Association und die Anerkennung durch die Vereinigte Kommission zur Anerkennung von Krankenhäusern eine Qualitätsgarantie des amerikanischen Krankenhauses darstellt und somit von den Krankenhäusern gesucht wird.

Unter den *unechten* Unterschieden verstehen wir solche Unterschiede, die weder auf unterschiedliche Berechnung noch auf Unterschiede in der Zweckmäßigkeit der Spitalorganisation, der Speditivität der diagnostischen Abklärung und der Intensität der Behandlung zurückzuführen sind. Zu den unechten Unterschieden tragen die höhere Krankenhaushäufigkeit in den USA und vor allem die Tatsache bei, daß in der Schweiz in stärkerem Maße Betten in Akutspitalern durch Patienten belegt werden, die eigentlich in ein Chronischkrankenhaus gehörten. In den USA stehen 40% der Betten in short-term und 60% in long-term Krankenhäusern; in der Schweiz beträgt das Verhältnis ungefähr 50% zu 50%. Den Amerikanern ist es demnach besser gelungen, den Patienten in das seinem Zustand entsprechende Bett zu plazieren. Wie entscheidend dieser Faktor die Aufenthaltsdauer beeinflußt, zeigt sich in den amerikanischen bundeseigenen Krankenhäusern, die einen steigenden Anteil an Chronischkranken aufweisen und deren durchschnittliche Aufenthaltsdauer von 1958 bis 1965 von 14,6 auf 19,1 Tage angestiegen ist. Die unechten Unterschiede sind demnach vor allem auf soziale und soziologische Verschiedenheiten zurückzuführen.

Neben den rechnerischen und den unechten Unterschieden existieren möglicherweise auch *echte*, das heißt medizinische Unterschiede. Am deutlichsten sind diese zu ermitteln, wenn man die Aufenthaltsdauer einzelner Spezialkliniken mit vergleichbarem Patientengut untersucht. Derartige Untersuchungen sind möglich in der Geburtshilfe. Für Wöchnerinnen wird im Kantonsspital Zürich die Aufenthaltsdauer mit 9 Tagen angegeben, während Wöchnerinnen in amerikanischen Krankenhäusern durchschnittlich nicht länger als 5 Tage hospitalisiert werden. Allerdings wäre es auch bei uns durchaus möglich, Wöchnerinnen schon nach 5 Tagen zu entlassen: das geschieht vor allem aus sozialen Gründen nicht, um den Frauen eine etwas längere Erholungsphase zu gönnen. So ist auch dieser Unterschied in den Bereich der unechten, d.h. nicht medizinischen Unterschiede zu verweisen.

Nur eine detaillierte Krankenhausstatistik mit Ausscheidung nach einzelnen Krankheiten ließe exakte Vergleiche zu und würde zeigen, ob echte Unterschiede in der Aufenthaltsdauer bei gewissen medizinischen Spezialgebieten oder bei einzelnen Krankheiten anzutreffen sind. Solange derartige Untersuchungen nicht vorliegen, kann nicht mit Sicherheit von echten, das heißt medizinischen Unterschieden in der Aufenthaltsdauer gesprochen werden.

Auf Grund der heute zur Verfügung stehenden Zahlen muß man annehmen, daß die Unterschiede in der Aufenthaltsdauer zwischen amerikanischen und schweizerischen Krankenhäusern vorwiegend auf unechte, das heißt nicht-medizinische Unterschiede zurückzuführen sind. Damit verliert auch das

Schlagwort von der kurzen Aufenthaltsdauer in amerikanischen short-term Krankenhäusern einiges von seinem Glanz.

### **Richtzahlen für den Bettenbedarf**

Die vorstehenden Überlegungen zeigen, daß es auf Grund des zur Verfügung stehenden Materials unmöglich ist, den zukünftigen Bettenbedarf theoretisch zu errechnen, weil in der Krankenhaushäufigkeit und in der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer zu viele unbekannte Faktoren stecken. Man behilft sich darum mit empirisch gewonnenen Richtzahlen und gibt den Bettenbedarf an als

$$\text{Bettenbedarf} = \frac{P \times Bz}{10\,000}$$

wobei

P = Bevölkerung einer Region

Bz = Bettenziffer

Jede Bedarfsprognose mit dieser Formel beinhaltet die Unsicherheiten der zukünftigen Entwicklung von Krankenhaushäufigkeit und Aufenthaltsdauer. Sie stellt aber unter den heutigen Verhältnissen die einzig praktisch verwertbare Grundlage dar. *Büchel* (1962) hat auf Grund der bisherigen Entwicklung für 1970 einen Gesamtbedarf von 117 Betten und für 1980 von 112 Betten für 10 000 Einwohner geschätzt, wobei er für die Betten der Akutspitäler eine Abnahme von 51 auf 45 prognostiziert, während die Betten in den Chronischkrankenhäusern von 30 auf 34 ansteigen sollten. Die restlichen Betten betreffen solche in Tuberkuloseheilstätten und psychiatrischen Krankenhäusern, deren Planung eine überregionale Aufgabe darstellt.

### **Bau von Chronischkrankenhäusern**

Wenn auch eine Hauptursache für die Unterschiede in der Aufenthaltsdauer zwischen amerikanischen und schweizerischen Krankenhäusern in der Belegung von Betten für Akutkranke durch Chronischkranke zu suchen ist und wahrscheinlich nur unwesentlich durch echte medizinische Unterschiede herbeigeführt wird, so hat die Fehlbelegung doch schwere finanzielle Konsequenzen. Denn der Pflgetag im Akutspital kostet doppelt oder mehrfach soviel wie der Pflgetag in Krankenhäusern für Chronischkranke. Wenn wir als Beispiel ein Akutkrankenhaus mit 300 Betten nehmen und davon ausgehen, daß 15% der Betten mit Chronischkranken belegt sind, so ergibt das eine dauernde Belegung von 45 Betten mit Chronischkranken oder die Leistung von 15 000 Pflgetagen pro Jahr. Ob diese Pflgetage in einem Akutspital mit einem Aufwand von Fr. 70.– pro Pflgetag oder in einem Chronischkrankenheim mit einem Aufwand von Fr. 35.– geleistet werden, ergibt pro Jahr eine Differenz von 0.5

Millionen Franken. Damit ist aber nur die betriebliche Seite der Aufwendungen erfaßt. Auch die Investitionskosten für ein Bett in einem Akutspital sind um rund ein Drittel höher als für ein Bett in einem Chronischkrankenhaus. Für die erwähnten 45 Betten macht das eine Investitionsdifferenz von mehr als 2 Millionen Franken aus, wenn wir für das Bett im Akutspital Fr. 140 000.–, für dasjenige im Chronischkrankenhaus Fr. 90 000.– (inkl. Aufwendungen für Personalhäuser) einsetzen. Und schließlich sind auch die notwendigen Abschreibungen im Akutspital größer als im Chronischkrankenhaus.

Die Tatsache, daß es in den USA gelungen ist, die Akutspitäler – mit Ausnahme der bundeseigenen – nicht mit long-term Patienten zu besetzen, führt dazu, daß in den amerikanischen short-term Krankenhäusern eines von vier Betten leer steht, obwohl die Zahl der Betten für Akutkranke pro 10 000 Einwohner kleiner ist als in der Schweiz. Der Bau von Chronischkrankenhäusern ist darum eine vordringliche Aufgabe der regionalen Gesundheitspolitik.

Wo die Chronischkrankenhäuser zu errichten sind, ist vorläufig eine Ermessensfrage. Aus sozialen Gründen sollten sie möglichst dezentralisiert gebaut werden, damit die Patienten nicht zu weit von ihrem Wohnort entfernt untergebracht werden müssen und den Kontakt mit ihren Angehörigen und ihrer gewohnten Umgebung nicht aufgeben müssen.

Die amerikanische Commission on Chronic Illness (Das amerikanische Krankenhaus, 1965) empfiehlt zwar, die Chronischkrankenhäuser an allgemeine Spitäler anzugliedern, damit einerseits die Verlegung der Patienten im richtigen Zeitpunkt gewährleistet und andererseits gemeinsame ärztliche Betreuung und größere Flexibilität im Einsatz des Personals ermöglicht werde. Aus schweizerischen Erfahrungen weiß man, daß sich Chronischkrankenhäuser sowohl in Anlehnung an Akutspitäler als auch losgelöst davon – unter Beizug der ortsansässigen Ärzte – betreiben lassen. Die unterschiedliche Haltung in der Frage des Standortes erklärt sich wahrscheinlich dadurch, daß in den USA der Anteil der kleinen Krankenhäuser größer ist als bei uns, wodurch sich auch bei Angliederung der Chronischkrankenhäuser ganz automatisch eine stärkere Dezentralisation ergibt.

Um den Bau von Chronischkrankenhäusern voranzutreiben, sind die gesetzlichen Grundlagen zu schaffen, damit ihr Bau und Betrieb in gleichem Maße durch den Staat subventioniert werden kann wie das bei den Akutspitalern der Fall ist. Heute lasten Bau und Betrieb von Chronischkrankheimen vielerorts noch ganz auf den Gemeinden, während Akutspitäler stark subventioniert werden. Auch für den Patienten muß ein finanzieller Anreiz geschaffen werden, daß er mit einer rechtzeitigen Verlegung ins Chronischkrankenhaus einverstanden ist. Es kommt heute leider nicht selten vor, daß ein Patient im Chronischkrankenheim mehr aus der eigenen Tasche bezahlen muß als im Akutspital.

Wie wichtig die Zuweisung des Patienten in das ihm entsprechende Krankenhaus ist, zeigt sich auch auf der Personalseite. In amerikanischen short-term

Spitalart	Personal pro 100 Patienten	Belegung %
USA total	139	82.3
Bundeseigene Spitäler	133	86.1
Nicht bundeseigene Spitäler	140	81.9
Psychiatrische	45	88.6
Tuberkulose	111	70.0
Langzeitspitäler	115	85.3
Kurzzeitspitäler	246	76.0

Tabelle 3 Personalbedarf und Bettenbelegung in amerikanischen Spitälern. Stand 1965

Krankenhäusern kommen auf 100 Patienten 250 vollbeschäftigte Angestellte in den long-term Krankenhäusern dagegen nur 115 (Tab. 3). In schweizerischen Akutspitälern ist das Zahlenverhältnis meist etwas günstiger als in amerikanischen: das Kantonsspital Zürich weist 180 Angestellte auf 100 Patienten auf. In den Chronischkrankenheimen der Stadt Zürich rechnet man dagegen auf 100 Patienten mit nur 65 Angestellten.

#### Zentralisation oder Dezentralisation von Krankenhäusern für Akutkranke ?

Es ist ebenso falsch, einen Patienten mit einem Hirntumor in einem kleinen Spital zu behandeln wie es unnötig ist, jeden Patienten mit einer Blinddarmentzündung in ein Krankenhaus einzuliefern, das auch für Herzchirurgie ausgerüstet ist. Darum verlangt optimale medizinische Betreuung Akutkranker ein System verschieden stark spezialisierter Krankenhäuser. Dabei gilt logischerweise, daß das Krankenhaus um so größer ist und eine um so größere Region versorgt, also um so stärker zentralisiert ist, je höher die Spezialisierung ist. Als Mindestforderung für eine Region hat unserer Meinung nach ein Krankenhaus zu gelten, das die drei Spezialabteilungen Chirurgie, Innere Medizin und Geburtshilfe/Gynäkologie enthält. Diese Spezialabteilungen sollen auch von entsprechend ausgebildeten Fachärzten betreut werden. Von dieser einfachsten Form des Regionalspitals sind bis hinauf zur hochspezialisierten Universitätsklinik mehrere Zwischenformen möglich, die entsprechend ihrer Größe verschiedene Grade der Spezialisierung aufweisen.

Wir haben schon darauf hingewiesen, daß die optimale medizinische Betreuung eine Zentralisation, die Raschheit der medizinischen Hilfe eine Dezentralisation verlangt. Im allgemeinen ist man geneigt, der Dezentralisation zu großes Gewicht beizumessen, weil die Unterschiede in der Qualität der Behandlung, die vor allem bei schweren Fällen zum Ausdruck kommen, weniger deutlich ins Auge springen und weil dem Ausbau des Transportdienstes von Kranken und Verunfallten nicht genügend Beachtung geschenkt wird. In Fahrzeu-

gen, die mit den notwendigen Einrichtungen für lebensrettende Sofortmaßnahmen ausgerüstet und die auch mit den entsprechend ausgebildeten Helfern versehen sind, überstehen auch Schwerkranke und Schwerverletzte längere Transporte. Raschmögliche Hilfe darf darum nicht einfach kurze Antransportwege zum nächstgelegenen Krankenhaus bedeuten, sondern muß vielmehr raschmöglichen Einsatz akuter lebensrettender Maßnahmen beinhalten. Sind diese Maßnahmen ergriffen, dann kommt der zeitlichen Dauer des Transportes nur noch sekundäre Bedeutung zu.

Im Lichte dieser Überlegungen ist auch der Transport von Kranken und Verletzten nicht mehr länger als eine Aufgabe der einzelnen Gemeinden, sondern einer ganzen Region zu betrachten. Denn die qualifizierte rasche Hilfe macht die Zusammenfassung mehrerer kostspieliger Fahrzeuge und einen ganzen Stab von gut ausgebildeten Helfern notwendig.

### **Gesundheitspolitische Aufgaben, die in der Region gelöst werden müssen**

Der Katalog der gesundheitspolitischen Aufgaben in der Regionalplanung zur Erreichung des eingangs erwähnten Ziels: optimale medizinische Betreuung, raschmöglichst, zu niedrigsten Kosten, umfaßt die folgenden fünf Punkte:

1. Zur Versorgung von Akutkranken und Verletzten wird ein System von Krankenhäusern verschiedener Größe und unterschiedlicher Spezialisierung benötigt.

2. Als Mindestanforderung für eine Region ist ein Akutkrankenhaus mit den drei Spezialgebieten Chirurgie, Innere Medizin und Geburtshilfe/Gynäkologie zu betrachten. Diese Spezialgebiete sollen von den entsprechenden Fachärzten betreut werden.

3. Die dezentralisierte Errichtung von Chronischkrankenhäusern ist dringend. Sie sollen hinsichtlich der staatlichen Subventionen nicht schlechter gestellt sein als Krankenhäuser für Akutkranke.

4. Der Krankentransport ist nicht als Aufgabe einzelner Gemeinden, sondern als regionale Aufgabe zu betrachten. Die materiellen und personellen Mittel sind regional zu konzentrieren.

5. Für genauere zukünftige Bedarfsprognosen stellt eine detaillierte Krankenhausstatistik, aufgeschlüsselt nach einzelnen Krankheiten, eine zwingende Voraussetzung dar. Eine derartige Statistik ist in möglichst vielen Krankenhäusern nach gleichartigen Gesichtspunkten unter Beizug moderner Hilfsmittel der Datenverarbeitung zu führen.

#### *Literatur*

*Büchel H.:* Schweizerische Grundlagen zur Regionalplanung der Krankenhäuser. VESKA-Zeitschrift 28, 431-438 (1964).

*Eichhorn S.:* Grundlagen der Krankenhausplanung. Köln, W. Kohlhammer, 1962.

Modernes Krankenhaus, Band 5: Das amerikanische Krankenhaus. Herausgegeben vom Rationalisierungs-Kuratorium der Deutschen Wirtschaft. Verlag für Gesamtmedizin, Berlin 1965.  
VESKA-Rechnungsstatistik der schweiz. Krankenanstalten 1963. VESKA-Zeitschrift 28, 1152 bis 1162 (1964).  
The Nations' Hospitals: A Statistical Profile. Hospitals 39, part 2, 431-489 (1965).

Adresse des Autors: Dr. med. *A. Gilgen*, Institut für Hygiene und Arbeitsphysiologie ETH,  
Clausiusstraße 25, 8006 Zürich