basler stadtbuch cms
Christoph Merian Stiftung

Spitalplanung in der Kostenklemme

Autor(en): Peter Steiner

Quelle: Basler Stadtbuch

Jahr: 1973

https://www.baslerstadtbuch.ch/.permalink/stadtbuch/1b186189-53cb-465b-819e-e8c35be30105

Nutzungsbedingungen
Die Online-Plattform www.baslerstadtbuch.ch ist ein Angebot der Christoph Merian Stiftung. Die auf dieser Plattform veröffentlichten Dokumente stehen für nichtkommerzielle Zwecke in Lehre und Forschung sowie für die private Nutzung gratis zur Verfügung. Einzelne Dateien oder Ausdrucke aus diesem Angebot können zusammen mit diesen Nutzungsbedingungen und den korrekten Herkunftsbezeichnungen weitergegeben werden. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen ist nur mit vorheriger schriftlicher Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Die systematische Speicherung von Teilen des elektronischen Angebots auf anderen Servern bedarf ebenfalls des vorherigen schriftlichen Einverständnisses der Christoph Merian Stiftung.

Haftungsausschluss
Alle Angaben erfolgen ohne Gewähr für Vollständigkeit oder Richtigkeit. Es wird keine Haftung übernommen für Schäden durch die Verwendung von Informationen aus diesem Online-Angebot oder durch das Fehlen von Informationen. Dies gilt auch für Inhalte Dritter, die über dieses Angebot zugänglich sind.

Die Online-Plattform baslerstadtbuch.ch ist ein Service public der Christoph Merian Stiftung.
http://www.cms-basel.ch
https://www.baslerstadtbuch.ch

Spitalplanung in der Kostenklemme

Peter Steiner

Die Basler Spitalplanung sieht sich vor ein recht buntscheckiges Bild historischer und politischer Vorbedingungen gestellt, dessen Entstehung einleitend kurz geschildert sei. Aus der «elenden Herberge» der Klöster geht im 13. Jahrhundert der «Spittel» der Bürgergemeinde hervor, der eine allgemein-medizinische Pflegeinstitution für Mittellose darstellt. Erst zu Beginn des 18. Jahrhunderts beginnt sich die Chirurgie aus der allgemeinen Medizin herauszuschälen, und 1818 wird erstmals eine Professur für «Chirurgie, Anatomie und Entbindungskunst» geschaffen. 1830 erhält der Professor für Chirurgie eine leitende Stellung am Bürgerspital. Die Gründung der Chirurgischen Klinik und der Bau eines zeitgemäßen Operationssaales gehen auf das Jahr 1867 zurück. Bei der Verlegung des Bürgerspitals in den Markgräflerhof 1842 wird eine Abteilung von 34 Betten für Geisteskranke eingerichtet. 1863 erfolgt die Gründung des Kinderspitals und 1864 jene des Augenspitals. 1870 errichtet der Kanton das sogenannte Hilfsspital als staatliche Infektionsabteilung. Die Entwicklung der Psychiatrie sprengt den Rahmen des Bürgerspitals, und 1883/87 entsteht die Heilanstalt Friedmatt. 1890 muß der Kanton erneut in den Sack greifen und den Betrieb einer eigenständigen medizinischen Poliklinik an der Hebelstraße aufnehmen. Das «Geburtszimmer» des Bürgerspitals schließlich vermag zeitgemäßen Ansprüchen nicht mehr standzuhalten, das Pflegamt veranlaßt den Staat, eine eigene «Gebäranstalt» zu bauen, 1896 kann das Frauenspital eröffnet werden. Im gleichen Jahr bewilligt das Pflegamt den Kauf eines Röntgenapparates, der sich sozusagen als Grundstein des heutigen Zentralröntgeninstitutes erweisen wird. Die Entwicklung der Neurologie aus der allgemeinen Inneren Medizin veranlaßt nach 1920 Professor Bing, in seinem eigenen Haus eine Neurologische Poliklinik zu eröffnen. 1951 wird die Neurologische Poliklinik an die Socinstraße verlegt, und 1962 kann die Bettenstation der Neurologischen Klinik angegliedert werden. Schließlich erfolgt anfangs 1973 die Unterstellung unter die Direktion des Kantonsspitals und damit unter das Sanitätsdepartement. 1967 kann das Schweizerische Paraplegikerzentrum in der Milchsuppe eröffnet werden, das auf Initiative des Direktors des Bürgerspitals entstand. Aus der orthopädischen Sprechstunde der Chirurgischen Poliklinik entwickelt sich 1964 ein Ordinariat für Orthopädie. Raumnöte zwingen 1967 zur Verlegung der Orthopädischen Universitätsklinik und Poliklinik ins neu eröffnete Felix-Platter-Spital. Hier entsteht zur gleichen Zeit die Rheumatologische Universitätsklinik mit Poliklinik.

Der Rückblick zeigt klar, daß die Spe-

zialisierung der Medizin und der damit verbundene Entwicklungszwang im Spitalwesen vom ursprünglichen Spitalträger, nämlich der Bürgergemeinde, nicht verkraftet werden konnte. Staat und Privatinitiative sahen sich gezwungen, stets neue Lösungen zu suchen. Die Entstehung neuer Spezialkliniken außerhalb des Bürgerspitals und die Ausquartierung kraftvoll sich entfaltender Fachgebiete, wie Psychiatrie, Geburtshilfe-Gynäkologie oder Orthopädie waren eindeutig Folge der Raumknappheit und der beschränkten Mittel des Bürgerspitals, sie waren nicht aus der Sicht des Faches notwendig. Die kürzlich erfolgte Reintegration des Frauenspitals und die Integration der Medizinischen Poliklinik sowie der Neurologischen Klinik und Poliklinik sind ebenso gerechtfertigt wie die beschlossene Rückkehr der Orthopädischen und Rheumatologischen Universitätskliniken und Polikliniken ins Kantonsspital. Die im Grundkonzept ebenfalls beschlossene Unterbringung der Psychiatrischen Poliklinik und einer psychiatrischen Bettengruppe erfolgen auf Wunsch der Psychiatrie nach engerem Schulterschluß mit psychosomatischer und innerer Medizin.

Das Einzugsgebiet

Wenn sich in unserem kleinen Stadtkanton die Medizinische Fakultät zeitgemäß entwickeln und auf Kliniken verschiedenster Spezialgebiete stützen konnte, so war dazu ein ausreichendes Einzugsgebiet, das sich vom Jurakamm bis ins Elsaß und in die Badische Nachbarschaft erstreckte, unbedingte Voraussetzung. Als Spitalregion Basel im engeren Sinn sind die beiden Halbkantone Basel zu betrachten, in einem weiteren Sinn, nämlich als Einzugsgebiet unserer Universitätskliniken mit hohem Leistungsstandard, sind das aargauische Fricktal, das solothurnische Schwarzbubenland und das bernische Laufental als schweizerischer Anteil zu sehen. Die Beziehungen zur elsässischen Nachbarschaft beschränken sich – bedingt durch die Leistungsbegrenzung der Sécurité sociale – bloß auf einen Einzugsbereich von rund 10 km Radius. Demgegenüber war bisher der Patientenanteil aus der badischen Nachbarschaft vor allem für das Kinderspital recht beträchtlich.

Unter Berücksichtigung außerkantonaler Spitalbauprojekte und der künftigen Bevölkerungsentwicklung der gesamten Region wurde bei Bedarfsberechnungen und Planung vorausgesetzt, daß die Beanspruchung von Akutbetten in Basel, d.h. vor allem von Betten der Universitätskliniken, von seiten des nicht baselstädtischen Hoheitsgebietes auch in Zukunft weitgehend konstant bleiben werde. Die Paritätische Fachkommission für Spitalfragen, bis vor kurzem das beratende Gremium der Sanitätsdirektionen Baselland und Basel-Stadt, legte ihrem «Spitalkonzept in der Region Basel 1968» die Annahme zugrunde, daß durch Patienten aus dem Kanton Baselland nach Inbetriebnahme des Bruderholzspitals immer noch rund 350 Betten in Basler Spitälern beansprucht würden. Ferner wurde vorausgesetzt, daß für Patienten der übrigen Nachbarkantone sowie für jene der badischen und der elsässischen Nachbarschaft der Bettenbedarf in Basel von durchschnittlich 446 Betten im Jahr 1967 nur unbedeutend, d.h. auf 360 Betten im Jahr 1995, zurückgehen werde. Die bisherige Bevölkerungsentwicklung hat nun allerdings mit den Voraussagen nicht Schritt gehalten. Schon bevor die neue Prognose, aufgestellt von der Abteilung

Wirtschaft und Verkehr der Baudirektion Baselland und der Regionalplanungsstelle Beider Basel, im Sommer 1973 vom Regierungsrat verbindlich erklärt wurde, hat das Spitalamt aufgrund der schon bekannten neuen Zahlen anfangs dieses Jahres die bisherigen Bettenbedarfsberechnungen einer kritischen Prüfung unterzogen. Im weiteren ist zu berücksichtigen, daß eine rigorose Taxpolitik gegenüber Außerkantonalen und eine restriktive Gastarbeiterpolitik die Beanspruchung von Spitalbetten erheblich beeinflussen. Vor allem die von Basel-Stadt eingeleitete Politik der kostendeckenden Taxen birgt die Gefahr in sich, daß Baselland in den Kantonsspitälern Bruderholz und Liestal die Entwicklung von Spezialbereichen fördern wird, um so den Begriff der an die Universitätskliniken gebundenen Spitzenmedizin restriktiv zu interpretieren. Damit entsteht die Gefahr, daß nicht nur der studentische Unterricht, sondern auch die Ausbildung von Fachärzten an unseren Universitätskliniken beeinträchtigt wird und unsere Universitätskliniken ihre Zentrumsfunktion innerhalb einer weiteren Spitalregion einbüßen. Es ist vorauszusehen, daß vor allem die Fachgebiete Pädiatrie und Gynäkologie-Geburtshilfe durch diese Entwicklung besonders stark betroffen werden, deren Gedeihen als Universitätskliniken geradezu vom Dienst an die Region abhängig ist, würde doch das eigene Kantonsgebiet niemals ausreichen, um eine erfolgversprechende Pflege ihrer Subspezialitäten zu ermöglichen. Sollte insbesondere für die beiden Basel eine enge Zusammenarbeit bei der Zielsetzung der Akutspitäler selbstverständlich sein, so dürfen aber auch die Gespräche mit den Nachbarkantonen nicht abbrechen. Soll unser Spitalwesen seinen bisherigen hohen Stand unter Einsatz verantwortbarer Mittel beibehalten, so ist eine regionale, von Prestigedenken freie Spitalplanung unbedingte Voraussetzung.

Stufung der Behandlungsintensität

1969 wurde durch Ratschlag 6598 für die Planung der 3. Bauetappe des Kantonsspitals der Grundsatz aufgestellt, daß künftig die eigentlichen Universitätskliniken nur noch mit Akutpatienten belegt sein sollen, also mit solchen Kranken, die nicht nur anspruchsvolle medizinische, sondern auch aufwendige qualifizierte pflegerische Betreuung samt der zugehörigen apparativen Ausstattung benötigen. Im Stadium der Nachsorge oder der ersten Phase der Rekonvaleszenz hingegen sind die Kranken in Nachsorgeabteilungen mit einem einfacheren pflegerischen Komfort und angemessener ärztlicher Versorgung zusammenzufassen. Diese Stufung der Behandlungsintensität läßt einen rationelleren Personaleinsatz und eine Verbilligung des Spitalaufenthaltes erwarten.

Die Versorgung Chronischkranker und kranker Betagter

In der Betreuung psychischer Patienten und kranker Betagter ist eine Koordination innerhalb der Region nicht vorgesehen, insbesondere gehen die beiden Basel getrennte Wege. Freizügigkeit über die Kantonsgrenze besteht für diese Kranken nicht. Für Basel-Stadt mit rein städtischer Bevölkerung, die einen großen Anteil Betagter aufweist, besteht eine sehr beträchtliche Nachfrage sowohl nach Altersheimplätzen wie auch nach geriatrischen Spitalbetten. Zunehmende Überalterung und unbefriedigte Nachfrage nach Pflege- und Behandlungsplätzen für Alterskranke veranlaßten die Gesamt-

planung zum schrittweisen Ausbau entsprechender Spitalabteilungen, der im Ratschlag Nr. 6701 (1970) niedergelegt ist. Dieser sogenannte «Chroniker-Ratschlag» sieht vor, neben der Förderung des Felix-Platter-Spitals schrittweise verschiedenen Akutspitälern Stationen von jeweils rund 100 Betten für kranke Betagte anzugliedern, denen Infrastrukturen und im Bedarfsfall medizinisches Spezialwissen der Akutabteilungen jederzeit zur Verfügung stehen. Aus allgemein betrieblichen Überlegungen liegt diesem Konzept der Gedanke zugrunde, daß durch den engen Kontakt mit dem Akutspital vor allem auch die pflegerische Arbeit attraktiver und damit die Personalwerbung erleichtert werden kann. Auch psychologische Widerstände von seiten des Patienten und seiner Familie gegen die Verlegung auf eine Pflegestation können gemildert werden. Die erforderliche Verlagerung des Schwergewichtes von der Krankheitsbehandlung auf die Rehabilitation wird gefördert. Die Angliederung von Tagesspitälern für Chronischkranke an entsprechende Bettenstationen hat sich bisher gut bewährt und soll konsequent gefördert werden. Im Rahmen dieser Gesamtplanung werden innerhalb des Kantonsspitals zirka 100 Betten für kranke Betagte in einer Abteilung für Geriatrie zusammengefaßt. Schließlich können nach Abschluß der dritten Bauetappe die Orthopädische und die Rheumatologische Universitätsklinik im Kantonsspital aufgenommen werden, wodurch am jetzigen Standort im Felix-Platter-Spital weitere 100 Betten für Chronischkranke verfügbar werden.

Nicht nur vorsichtigere Bevölkerungsprognosen und die Tendenz zu einer restriktiven Tarifpolitik veranlassen zur Überprüfung des künftigen Bettenbedarfs; auch die zunehmende Verlagerung der diagnostischen Maßnahmen im Sinne der Vorabklärung sowie jene der Nachbehandlung von den Bettenstationen auf die Ambulatorien wirken sich durch eine Verkürzung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer auf die Bettenbeanspruchung aus.

Kinderspital

Bei der Programmierung eines Neubaues des Kinderspitals ist zu berücksichtigen, daß auf dem Bruderholzspital diesen Herbst 100 Kinderbetten eröffnet wurden und daß in Lörrach eine Kinderabteilung des Städtischen Krankenhauses mit ebenfalls rund 100 Betten im Bau ist. Diese Maßnahmen werden um so fühlbarer werden, da ohnehin schon im Basler Kinderspital zurzeit nur ungefähr ein Drittel der kleinen Patienten aus unserem eigenen Kantonsgebiet stammt und die Anteile von Baselland und Baden bisher ungefähr je gleich hoch waren. Schließlich kann auch der Geburtenrückgang in Basel nicht übersehen werden. Unter diesen neuen Verhältnissen muß deshalb auch die Standortfrage und die betriebliche Angliederung des Kinderspitals an die übrigen Universitätskliniken, selbstverständlich unter Wahrung der fachlichen Eigenständigkeit, ernsthaft geprüft werden.

Spitalplanung und Tradition der medizinischen Fakultät

Grundsätzlich hat der Bettenbedarf, gesamthaft betrachtet, in unmittelbarer Abhängigkeit von der vom Kranken beanspruchten Spitalpflege zu stehen. Ein Bettenüberangebot leistet unnötiger und unzweckmäßiger Hospitalisierung Vorschub. Andererseits stellt sich aber auch die Frage, mit welcher Minimalgröße vor

allem Spezialkliniken ihrer Aufgabe fachlich noch genügen können, inwieweit aber auch ihr Lehrauftrag gegenüber den Medizinstudenten wie auch ihre Ausbildungsverpflichtung gegenüber dem künftigen Facharzt noch erfüllbar sind. Die Überprüfung der Lehr- und Ausbildungsmöglichkeiten hat ergeben, daß – ungefähr gleichbleibende Studentenzahlen vorausgesetzt – bei vermehrter Verlagerung des Unterrichtes in die Ambulatorien und unter Heranziehen der nichtuniversitären Spitalabteilungen und Privatspitäler von Basel-Stadt und Baselland eventuell auch in einer weiteren Region keine unüberwindbaren Schwierigkeiten auftreten sollten. Im Interesse eines großzügigen Einbezuges von Lehrspitälern sowie zu Gunsten der Einheit der Lehre wird die Medizinische Fakultät bestrebt sein müssen, die leitenden Ärzte solcher Lehrspitäler an sich zu ziehen. Nur so kann, trotz enger territorialer Grenzen, die gute Tradition unserer Medizinischen Fakultät erfolgreich auch in Zukunft fortgeführt werden.

Einsparungen durch Rationalisierung

Der Aufwand unseres Kantons sowohl für Betrieb wie für Investitionen im Gesundheitswesen hat in den letzten Jahren derartige Ausmaße angenommen, daß wir uns ernsthaft fragen müssen, wie lange wir uns diese Entwicklung noch leisten können. Für die Spitäler allein beträgt der Betriebsaufwand 1972 138,7 Millionen Franken, das ist nahezu ein Siebentel der Gesamtausgaben unseres Staatswesens. Leistungsabbau ist sachlich wie politisch unerwünscht. Um so unausweichlicher sind Sparsamkeit und damit zwingende Rationalisierung einerseits und andererseits dem Leistungsaufwand angemessene Einnahmen. Rationalisierung und Einsparungen vor allem an apparativen Investitionen und an Personal sind durch eine regionale Koordination und langfristige Aufgabenverteilung einzuleiten. Was wir bei uns selbst durchsetzen müssen, ist die enge Zusammenarbeit zwischen unseren Kliniken im Interesse einer optimalen Nutzung aller Institutionen infrastrukturellen Charakters wie z. B. von Zentrallaboratorien, Zentralem Röntgeninstitut, Zentralem Anästhesiedienst, gemeinschaftlicher Versorgung. Die Bildung des Medizinischen und des Chirurgischen Departementes, der Anschluß des Frauenspitals als Departement für Geburtshilfe und Gynäkologie an das Kantonsspital sind wichtige Schritte auf dem Wege zu einer sinnvollen Gruppierung klinischer Dienste. Die Eigenständigkeit kleinerer Universitätskliniken als selbständige Spitäler wird durch die Aufwendigkeit ihrer komplizierten Infrastrukturen in Frage gestellt. In diesem Zusammenhang wurde dem Baudirektorium der dritten Etappe des Kantonsspitals im vergangenen Jahr die Aufgabe übertragen, auch die Baupläne des Frauenspitals und des Kinderspitals zu überprüfen und die bauliche Abstimmung auf das Kantonsspital als Komplex der Universitätskliniken zu untersuchen. Daß bei allen Bestrebungen betrieblicher Rationalisierung die medizinische, fachliche Selbständigkeit der einzelnen klinischen Abteilungen gewahrt bleiben muß, ist selbstverständlich.

Taxpolitik aufgrund der effektiven Kosten

Um den Leistungen entsprechende Einnahmen zu erzielen, ist der Nachweis der effektiven Kosten unumgänglich. Die im Laufe dieses Jahres im Aufbau begriffene Kostenstellenrechnung wird überdies dazu beitragen, das Kostenbewußt-

sein bei jenen zu wecken, die die Leistungen anordnen oder erbringen. Die Erfassung der effektiven Kosten wird auch den Abschluß von Tarifverträgen innerhalb der Region erleichtern. Leider hat das Jahr 1973 auf diesem Gebiete nur bescheidene Fortschritte gebracht. Zwar konnte mit Baden-Württemberg bis auf weiteres ein befriedigendes Abkommen erzielt werden, hingegen lehnten die elsässischen Behörden den Abschluß von Tarifverträgen mit dem Hinweis auf ihr geringes Interesse an Hospitalisierungsmöglichkeiten in Basel ab. Im Zusammenhang mit Verhandlungen um Spitalabkommen mit den Nachbarkantonen – das während über ein Jahrzehnt gültige Abkommen zwischen Basel-Stadt und Baselland wurde vom Stadtkanton auf Ende 1972 gekündigt – wird angestrebt, anstelle von mehreren bilateralen Vereinbarungen einen sogenannten «Spitalverbund» zu schaffen. Er sollte vor allem günstige Voraussetzungen für einen koordinierten Ausbau und eine sinnvolle Aufgabenteilung der Spitäler der gesamten Region schaffen. Die unter dem Druck des Finanzdepartementes in den letzten Jahren gegenüber unseren Nachbarn verfolgte harte Spital- und Taxpolitik hat allerdings ein äußerst kühles Verhandlungsklima geschaffen. Bisher kam es nur zum Abschluß kurzfristiger provisorischer Vereinbarungen, die für eine weitsichtige Spitalplanung nicht taugen.

Personalwerbung und -ausbildung

Abgesehen von der Zusammenarbeit innerhalb der Region hängt die Zukunft unserer Spitäler weitgehend von der Möglichkeit ab, das erforderliche Personal aller Stufen anzuwerben und auszubilden. Nicht nur in den unteren Rängen der Hilfsdienste sind wir heute weitgehend auf Gastarbeiter angewiesen, auch bei den medizintechnischen Berufen, wie in denen der Krankengymnastinnen, Beschäftigungstherapeutinnen, technischen Röntgenassistentinnen wie auch beim Pflegepersonal ist der Anteil an Ausländerinnen und Ausländern sehr beträchtlich. Ähnliches gilt auch für zahlreiche leitende Positionen des ärztlichen Sektors. Erhebliche Schwierigkeiten der Personalwerbung ergeben sich insbesondere auf geriatrischen Abteilungen. Unsere Schulen für praktische Krankenpflege, die mit dem Fachausweis des Roten Kreuzes nach 1½ Jahren abschließen, sind zurzeit leider nicht ausgelastet. Ähnliches gilt für verkürzte Speziallehrgänge für Gynäkologie- oder Augenpflegerinnen. Zu relativ kleinen Schülergruppen steht ein beträchtlicher Stab von Lehrkräften, die der klinischen Arbeit entzogen werden, in einem ausgesprochenen Mißverhältnis. Spitalamt und Direktion des Kantonsspitals befassen sich darum mit einer Konzentrierung des Schulungswesens mit dem Ziele einer gemeinsamen Grundschulung, aus der in differenzierter praktischer Ausbildung die verschiedenen pflegerischen Spezialberufe zu entwickeln wären. Als bescheidener Ansatz zu einer regionalen Koordination wurde mit dem Kanton Baselland eine Vereinbarung über die gemeinsame Ausbildung von Kinderkrankenschwestern abgeschlossen. Grundsätzlich besteht auch die Meinung, daß zwischen den beiden Halbkantonen eine direkte Abwerbung von Spitalpersonal unterbleiben und in diesem Sinne die Anstellungsbedingungen im gegenseitigen Einvernehmen geregelt werden sollen.

Schlußfolgerungen

Zusammenfassend ergeben sich für die Spitalplanung folgende neue Gesichtspunkte: Die heute gültige Bevölkerungsprognose hält mit jener, die bisher den Bettenbedarfszahlen zugrunde lag, nicht Schritt. Die durchschnittliche Spitalaufenthaltsdauer nimmt vor allem dank vermehrter Beanspruchung poliklinischer Einrichtungen rascher ab als ursprünglich angenommen. Mit der Inbetriebnahme des Bruderholzspitals werden weniger Kranke, die eine spitalmäßige Grundversorgung benötigen, aus Baselland unsere Kliniken aufsuchen. Der Begriff der medizinischen Spitzenversorgung, die an Außerkantonale zu leisten ist, wird unter dem Druck steigender Spitaltaxen enger gefaßt werden. Der Bedarf an Akutbetten unter Einschluß der Privatkliniken wird künftig in Basel bei zirka 1600 Einheiten liegen, von denen – unter Einschluß von Frauenspital, Augen- und Kinderklinik – 1100 Betten im Kantonsspital zusammenzufassen sind. Dazu werden kommen rund 170 Betten für Nachsorge und Rehabilitation, sowie rund 100 Betten für Geriatrie. Die Verfügbarkeit dieser Nachsorge- und Geriatriebetten im Komplex des Kantonsspitals ist für die Durchführung der Lehre eine wichtige Voraussetzung. Sie enthebt jedoch nicht der Notwendigkeit, einerseits den Unterricht vermehrt in die Ambulatorien zu verlegen und andererseits den bisher engen Kreis der Lehrspitäler zu erweitern. Entsprechende Verhandlungen mit nichtuniversitären Spitalabteilungen sind baldigst einzuleiten.

Einschneidende Kreditrestriktionen werden ernsthafte Rückwirkungen auf die Realisierung der Spitalplanung haben. Die von der Regierung angesichts der leeren Staatskasse angeordnete Kürzung der jährlichen Investitionsraten auf 53 Mio Franken für die im Gange befindlichen Bauten des Kantonsspitals führen nicht nur zu Verzögerungen im Bauablauf, sondern auch zu Terminverschiebungen beim Bezug der Neubauten. Schließlich werden sie sich auch auf Umbau und Modernisierung des bestehenden Klinikum 1 verzögernd und auf die angestrebte Rationalisierung und Eindämmung der Betriebskosten nachteilig auswirken.

Sichtbarster Ausdruck zielstrebiger Spitalplanung sind zwar bauliche Maßnahmen, jedoch muß ihnen ein Konzept der Organisation nicht nur vorausgehen, sie müssen stets von organisatorischen Überlegungen begleitet sein, sind doch die folgenden Betriebsaufwendungen schwerwiegender als die eigentlichen Baukosten. Deshalb sind auf 1. Januar 1973 die Kliniken und Institute des Bürgerspitals, dessen 700jähriges Bestehen 1965 zu feiern war, endgültig in die Trägerschaft des Kantons übergegangen, der bisher bei beschränkter Mitsprache in der Betriebsführung jährlich massive Defizite zu decken hatte. Die Bürgergemeinde ihrerseits faßt die Rekonvaleszentenstation St. Chrischona, die Leimenklinik, die Milchsuppe samt Paraplegikerzentrum und Eingliederungsstätte sowie verschiedene Altersheime als Institutionen des Bürgerspitals unter neuer Direktion zusammen. Im weiteren wurden von seiten des Kantons im Interesse der rationellen Betriebsführung die Neurologische Universitätsklinik samt Poliklinik sowie die Medizinische Universitäts-Poliklinik und mit Regierungsratsbeschluß vom 4. Dezember 1973 das Institut für Pathologie der Direktion des Kantonsspitals unterstellt. Sie sind damit vom Erziehungsdepartement in die Verantwortung

des Sanitätsdepartementes übergegangen. Ebenfalls im Sinne der Rationalisierung hat der Große Rat diesen Sommer die Integration des 1896 vom Bürgerspital abgelösten und seither unter der Aufsicht des Sanitätsdepartementes stehenden Frauenspitals in das Kantonsspital gemäß Ratschlag Nr. 7006 gutgeheißen.

Um Bedürfnis des Kranken und Einsatz der Mittel in Einklang zu bringen, sind die Bestrebungen um eine Konzentrierung der Kräfte und um den ausgewogenen Aufbau eines regionalen Spitalsystems fortzusetzen. Durch die klare Aufgabenteilung zwischen Akutkliniken, Nachsorgestationen und geriatrischen Abteilungen sowie durch die räumliche Konzentration der Universitätskliniken im Sinne der dargestellten Umlagerungen, wird es möglich sein, die Zahl der Akutbetten um zirka 20–25%, d.h. um nahezu 400 Einheiten zu reduzieren, womit den sich verändernden Verhältnissen Rechnung getragen wird. Neben der Verlagerung auf ambulante Behandlungseinrichtungen ist auch die Hauspflege künftig vermehrt zu fördern. Dadurch sollen vor allem sozialbedingte Hospitalisierungen vermieden werden. Dank dem Umstand, daß Basel eine gutgeführte Schule für Haus- und Familienpflege hat, sind die Voraussetzungen der Rekrutierung günstig. Durch eine engere Zusammenarbeit zwischen den gemeinnützigen Trägerorganisationen von Hauspflege und konfessioneller Gemeindekrankenpflege, die vom Staat massiv finanziell unterstützt werden, sollten die Möglichkeiten häuslicher Behandlung künftig gefördert und intensiver genützt werden.