

**Zeitschrift:** Marchring  
**Herausgeber:** Marchring, Kulturhistorische Gesellschaft der March  
**Band:** - (1993)  
**Heft:** 32: Zur Geschichte des Regionalspitals Lachen

**Artikel:** Entstehung und Entwicklung der medizinischen Abteilung seit 1968  
**Autor:** Mäder, Armin  
**DOI:** <https://doi.org/10.5169/seals-1044395>

### **Nutzungsbedingungen**

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften. 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. [Siehe Rechtliche Hinweise.](#)

### **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. [Voir Informations légales.](#)

### **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. [See Legal notice.](#)

**Download PDF:** 17.02.2025

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

# Entstehung und Entwicklung der Medizinischen Abteilung seit 1968

Armin Mäder



*Chefarzt Dr. med. Armin Mäder.  
Er leitet die medizinische Klinik seit  
1968. (Foto Spital)*

Als Märchler bin ich seit meiner Kindheit mit dem Spital Lachen verbunden, vor allem durch die Krankenbesuche bei Angehörigen, Verwandten und Bekannten. Deshalb machte ich auch sehr gerne während meiner Studienzeit ein Praktikum in unserem Spital. Der intensive berufliche Kontakt mit unserem Spital, unter der Leitung des unvergesslichen, chirurgischen Chefarztes Dr. A.ENZLER, kam am Schluss meiner Ausbildungszeit, während des Spitalneubaus von 1966/67 zustande. Ende der 60iger / anfangs der 70iger Jahre wurden alle Landspitäler vom Einmannchef-System auf eine

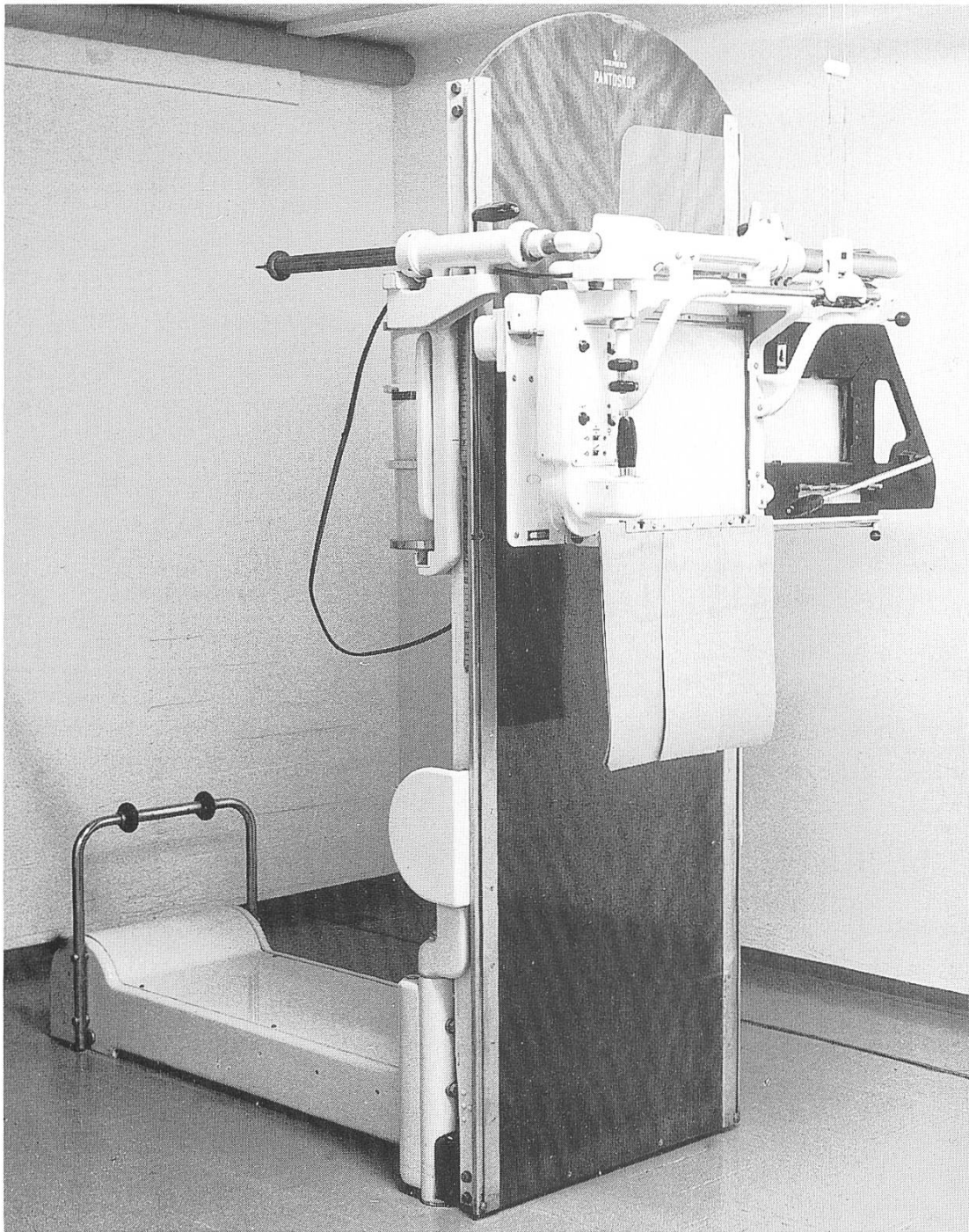
Zwei- bis Dreiteilung umgestellt (d.h. Aufteilung in Chirurgie, Medizin, ev. zusätzlich Gynäkologie/Geburtshilfe). Bis zu diesem Zeitpunkt wurde ein Spital unserer Grösse von einem einzigen Chefarzt geleitet, meistens einem Chirurgen mit gynäkologisch-geburtshilflicher Zusatzausbildung. Während dem erwähnten Ausbau unseres Spital reifte bei den damaligen Spitalbehörden der Entschluss zur Anstellung eines Internisten. Unser Spital war damit unter den ersten mit einer eigenen und selbständigen internistischen Abteilung. 1967 nahm ich konsiliarisch und am 6. Mai 1968 definitiv meine Tätigkeit als leitender Internist auf, 1969 erfolgte die Wahl zum internistischen Chefarzt. Zum Zeitpunkt meiner Anstellung war der Rohbau des Neubaus 1967 aber bereits erstellt, sodass für die neue Abteilung keine speziellen Bauwünsche mehr berücksichtigt werden konnten. Ein altes Sprichwort sagt ja, dass nichts so dauerhaft ist wie ein Provisorium. Wir sind deshalb sehr dankbar, dass mit dem jetzigen Umbau und Neubau nach 25 Jahren die notwendigen Anpassungen und Neueinteilungen vorgenommen werden können.

Vor 25 Jahren konnte sich ein leitender Arzt oder Chefarzt nicht auf ein einziges Spezialgebiet beschränken, er musste viele Zusatzaufgaben übernehmen. So war vor den 70iger Jahren die Betreuung der *Narkose* ein grosses Sorgenkind aller Landspitäler, weshalb ich am Schluss meiner internistischen Ausbildung ein Ausbildungsjahr in Anästhesie am Universitätsspital Zürich anschloss, um in Lachen nebst der internistischen Tätigkeit auch die Narkoseleitung zu übernehmen. Heute kann ich mir kaum mehr vorstellen, wie ich damals, während den ersten 1½ Jahren die Doppelaufgabe als Internist und Anästhesist mit praktischem Dauerdienst für beide Fachgebiete wahrgenommen habe. Dies war nur dank sehr zuverlässigen Narkoseschwestern möglich. Nachher konnte ich den Narkosedienst mit dem neu geschaffenen linksufrigen Anästhesiedienst unter der Leitung von Dr. Ch. Lebram teilen, der mich nach einigen weiteren Jahren durch die volle Übernahme des ganzen Anästhesiedienstes von dieser Aufgabe entlastete. Dadurch konnte ich mich neuen Aufgaben beim Aufbau der medizinischen Abteilung widmen.

Eine weitere zusätzliche Hauptaufgabe war die Durchführung der *Röntgenuntersuchungen* (Festlegung der Untersuchungen und Beurteilung der entsprechenden Bilder). Spezielle Röntgenbilder habe ich immer wieder mit Röntgenfachärzten besprochen und mich in diesem Fachgebiet zusätzlich weitergebildet.

Ferner bin ich verantwortlich für das *Spitallabor* (bis 1967 ca. 10m<sup>2</sup>, dann ca. 50m<sup>2</sup> und jetzt ca. 140m<sup>2</sup>), das *Blutspendewesen* sowie die *Spitalapotheke*. Ca. 1972 konnten wir ein *nuklearmedizinisches Speziallabor* eröffnen, in welchem auch szintigraphische Untersuchungen von Schilddrüsen und grösseren Organen möglich wurden. Die Schilddrüsenuntersuchungen werden auch von Ärzten ausserhalb des eigentlichen Einzugsgebietes unseres Spitäles rege benützt (neu zunehmend Ultraschalluntersuchungen statt Szintigraphie). Dadurch können wir vielen Patienten den Weg nach Zürich oder St. Gallen ersparen; auch sind Radiojodbehandlungen von Schilddrüsenüberfunktionen bei uns möglich. Die Gammakamera zur Untersuchung der grösseren Organe hat im Moment ausgedient und sollte so bald wie möglich ersetzt werden, damit bei uns auch wieder Lungen- und Knochenszintigramme durchgeführt werden können.

Anfangs der 80iger Jahre erlernte ich die *Magenspiegelungen*, um bei Abwesenheit des Magen-Darmspezialisten (Gastroenterologen) selbst Notfälle untersuchen zu können. 1984 eröffneten wir die *Hämodialyse*, die ich 1989 mit ca. 2850 Hämodialyse-Behandlungen pro Jahr an unseren Leitenden Arzt und Nephrologen Dr. Klaus Höfliger weitergeben konnte. Seit 1990 ist durch die Anschaffung



Alte, ehemalige Röntgen- und Durchleuchtungsappartur im GOPS von 1966. (Slg. Spital)

eines eigenen Ultraschallgerätes diese längst fällige Untersuchungsmethode auch bei uns möglich. Im Januar 1993 folgte im Rahmen des Spitalumbaus die Eröffnung des *neuen modernen Wachsaaes*.

Nebst diesen speziell erwähnten Aufgaben waren sehr viele andere Teilgebiete der inneren Medizin mit den entsprechenden Untersuchungen durchzuführen oder deren Durchführung zu veranlassen. Erst ungefähr in den letzten 10 – 15 Jahren ist es zur heute üblichen

Spezialisierung der Ärzte gekommen. Vor 25 Jahren waren Dr. A. Enzler und ich die einzigen Spezialärzte im ganzen Einzugsgebiet unseres Spitäles. Deshalb mussten wir beispielsweise auch alle *kinderärztlichen Notfälle* betreuen und meistens dann auch in die Kinderkliniken nach Zürich weiterleiten. Wir waren sehr glücklich, als Frau Dr. H. Csomor als Kinderärztin nach Lachen kam und uns die grosse Verantwortung bei der Betreuung der Kinder abnahm, später ergänzt durch Dr. P. Wieland.

Generell war früher die *Ärztzahl und Ärztedichte* in der freien Praxis bedeutend kleiner als heute und auch spitalintern standen uns früher viel weniger Mitarbeiter zur Seite. 1968 half mir 1 Assistenzarzt, ab 1969 waren es 2, später 3 – 4. Im Herbst 1970, d.h. 2 ½ Jahre nach Stellenantritt konnte der erste internmedizinische Oberarzt angestellt werden. Bis vor wenigen Jahren musste ich mit einem einzigen Oberarzt den dauernden Präsenzdienst rund um die Uhr teilen, d.h. bei 2- bis 3-wöchigen Ferien des einen musste der andere eine ebensolange Zeit an Dauerdienst tags und nachts leisten, zeitweise war die Oberarztstelle während Wochen bis Monaten nicht besetzt. Seit Oktober 1989 haben wir mit Dr. K. Höfliger ein 3er Team für die Leitung unserer Abteilung. In den letzten 5 – 10 Jahren erhöhte sich die Assistentenzahl zunächst auf 5 und dann durch die Einführung eines eigenen Nachtarztes auf 6.

Die letzten 25 Jahre brachten *riesige medizinische Fortschritte*, sowohl bei den diagnostischen Möglichkeiten als auch bei den Behandlungen, sei dies bei den Medikamenten, in der Apparatechnik (Spezialapparate, Sonden etc.) oder bei operativen Möglichkeiten. Denken wir nur z.B. an die früher sehr häufige offene *Tuberkulose*: Damals hatten wir noch keine sicher wirksamen Medikamenten, die Patienten mussten wochen- und monatelang in geschlossenen Zimmern oder Abteilungen in Absonderungshäusern oder Sanatorien verbringen (unser Absonderungshaus wurde ja erst kurz vor dem jetzigen Spitalneubau abgerissen, um dem neuen Behandlungstrakt Platz zu machen). Verschwunden sind die grossen Umgebungs- und Reihenuntersuchungen mit Schirmbildwagen. Heute ist auch ein Patient mit offener Tuberkulose bei korrekter Einnahme der Tuberkulosemedikamente nach ca. 1 – 2 Wochen für seine Umgebung nicht mehr ansteckend, sehr bald wieder gesund und benötigt unter Umständen nicht einmal einen Spitalaufenthalt.

Eine *Magen-Darmabklärung* erforderte früher sehr viele Röntgenuntersuchungen, aufwendige Vorbereitungen und häufig einen Spitalaufenthalt. Ein Magengeschwür wurde früher mit Bariumbrei und Röntgenbild diagnostiziert, heute kann man mit einem beweglichen



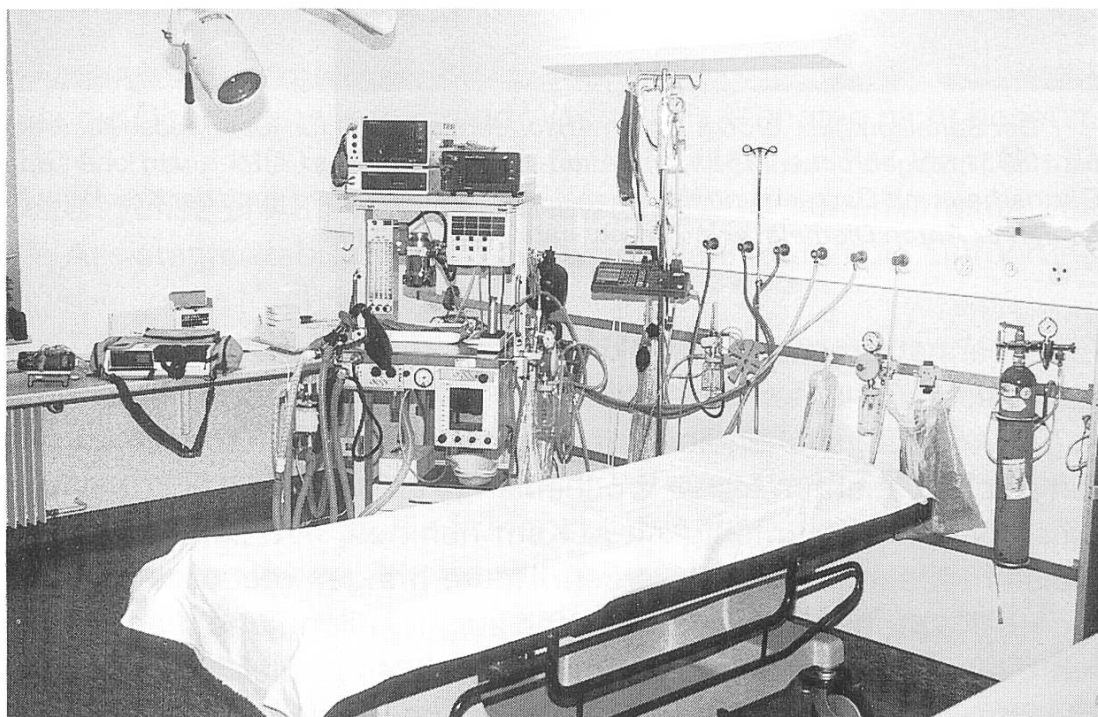
Der Spitalkomplex 1960 mit dem Absonderungshaus für Tuberkulose links, erbaut 1931, abgebrochen 1989, und dem 1954 erweiterten Altbau und oben das Gärtnerhaus mit Garagen und der ehemaligen Wäscherei, wo auch der Krankenwagenfahrer Anton Diethelm sein Zimmer hatte. (Slg. Spital)

Glasfiberinstrument (Gastroskop) in den Magen hineinschauen, aus dem Geschwür unter direkter Sicht Gewebeproben entnehmen und sogar Verödungsbehandlungen durchführen. Zur Behandlung mussten solche Patienten früher wochenlange Liegekuren, Diätkuren mit Milch und Arbeitsunfähigkeit in Kauf nehmen, evt. zum Teil mehrmals am Magen operiert werden. Heute bringen moderne Medikamente Magengeschwüre sehr rasch zur Abheilung und machen damit die meisten Magenoperationen überflüssig. Gleichgrosse Fortschritte sind auch bezüglich Abklärung und Behandlung der übrigen Darmabschnitte zu erwähnen, vor allem für den Dickdarm.

Bewegliche Endoskope ermöglichen heute eine viel schonendere und aussagekräftigere Untersuchung und Behandlung praktisch aller Hohlorgane oder Körperhöhlen (z.B. Lungen, Brusthöhle, Bauchhöhle etc.), wobei durch diese beweglichen Glasfiberendoskope auch Behandlungen, z.B. mit Laserstrahlen zur Tumorabtragung, durchgeführt werden können.

Entscheidende Fortschritte konnten wir in den letzten 25 Jahren auch bei der Behandlung von *Herzinfarktpatienten* verzeichnen. Früher mussten diese Leute 4 – 6 Wochen Bettruhe einhalten. Heute können wir dank den modernen *Überwachungsgeräten mit Monito-*

ren die Infarktpatienten viel besser überwachen, die lebensgefährlichen Rhythmusstörungen sofort erkennen und behandeln. Dank zusätzlichen Untersuchungs- und Abklärungsmöglichkeiten können wir diese Patienten heute nach 3 – 7 Tagen wieder mobilisieren und sie in der Regel nach 1 – 2 Wochen nach Hause entlassen, in ein Rehabilitationszentrum schicken oder zur weiteren Abklärung mit Herzkatheter und/oder evt. Herzchirurgie in ein entsprechendes Grossspital verlegen: Gewisse Verengungen von Herzkranzgefässen können mit einem sog. Dilatationskatheter aufgedehnt werden (solche Katheter können bis in feinste Kranzarterienäste am Herzen vorgeschoben werden), oder die Patienten können einer sog. Bypassoperation zugeführt werden, und als letzte Möglichkeit steht heute noch die Herztransplantation zur Verfügung.



*Aufwachraum von 1993 mit den modernsten Überwachungsgeräten. Hier werden die Patienten die ersten Stunden nach der Operation nachkontrolliert. (Foto Spital)*

Von der modernen *Transplantationsmedizin* profitieren vor allem unsere *Dialysepatienten*, die wegen ihres Nierenversagens wöchentlich 3 – 4 Mal während 3 – 4 Stunden zur Behandlung an ein Dialysegerät angeschlossen werden müssen und erst nach erfolgreicher Nierentransplantation wieder ein weitgehend freies Leben führen können. Solche Patienten verstarben früher im Nierenkoma. Auch grosse Fortschritte bei der *Diabetesbehandlung* (Blutzucker-selbstbestimmung, verschiedene Insuline und Tabletten, leicht mit-

tragbare Insulinspritzen, Behandlungsmöglichkeiten von Diabetesfolgen und Spätkomplikationen) ermöglichen diesen Kranken ein langes lebenswertes Leben. Wesentlich dazu beigetragen hat die ganze Einstellung der Mitmenschen und die Instruktion der Diabetiker: Früher war das Hauptgewicht häufig darauf angelegt, diesen Patienten eindringlich zu sagen, was sie nicht essen und nicht tun dürfen, heute erhalten sie eine positive Instruktion und viele Anleitungen für ein möglichst normales Leben. Die Einhaltung der entsprechenden Diät bleibt aber nach wie vor die wichtigste Voraussetzung für eine gute Diabetesbehandlung.

Revolutionär entwickelt haben sich in den letzten Jahren die sog. *bildgebenden Verfahren (Ultraschall, Computertomographie und Magnetresonanz-Untersuchungen)*, mit welchen heute alle Partien auch im Innern des Körpers sichtbar gemacht werden können. Frühere Ärztegenerationen mussten sich bei der Untersuchung eines Patienten vor allem auf gut geschulte Sinne verlassen, z.B. sehr genau Herz und Lungen abhören oder einen Bauch abtasten. Unsere Generation hatte bereits schon verschiedene Hilfsapparaturen wie EKG, Röntgenuntersuchungsmöglichkeiten etc. Die neuen bildgebenden Verfahren haben aber eine noch vor 10 – 15 Jahren kaum geahnte Entwicklung gebracht und ermöglichen es, auch die bisher nicht oder nur schlecht untersuchbaren Organe sehr gut darstellen und beurteilen zu können (z.B. Bauchspeicheldrüse, Gehirn, Herz etc.). Dadurch konnten auch viele, teils gefährliche Untersuchungsmethoden verlassen werden. Die Auffindung von Organkrankheiten, die Beurteilung der genauen Ausdehnung sowie die Planung und Durchführung der Behandlung sind damit zum Teil überhaupt erst möglich geworden (z.B. Tumorpatienten, Erkrankungen an Leber, Nieren etc.).

Eine grosse Hilfe für unsere Patienten brachten die *moderne Narkose* und die *modernen chirurgischen Operationstechniken*. Auch *ältere Patienten*, bei denen wir keine internistischen Behandlungsmöglichkeiten mehr haben, können heute noch behandelt oder operiert werden, sei dies z.B. an Beinarterien (Aufdehnung mit einem Ballonkatheter, gefässchirurgische Eingriffe), womit viele Amputationen verhindert werden können. Gefässoperationen an den zum Hirn führenden Arterien können Hirnschläge und Dauerinvalidität verhindern. Tumorentfernungen, Operationen von Knochenbrüchen etc. sind heute auch bei Betagten Routine geworden und diese Patienten bleiben nicht mehr als Pflegefälle auf unseren Abteilungen.

Bei den *Infektionskrankheiten* hat sich in den letzten 25 Jahren ein riesiger Wandel gezeigt. Tuberkulose und Kinderlähmung sind bei



der einheimischen Bevölkerung praktisch verschwunden (wieder gehäuft bei Einwanderern aus Entwicklungsländern), die früher gefürchteten Pocken sind weltweit ausgerottet, lebensbedrohliche Infektionskrankheiten sind dank der guten Antibiotica seltener geworden. Neu aufgetreten sind z.B. die sog. Legionärskrankheit (eine Art Lungenentzündung), Zeckenbisskrankheiten und in den letzten Jahren vor allem HIV-Infektionen (AIDS). Diese HIV-Kranken stellen heute jene Patientengruppe mit der grössten Gefährdung für Infektionskrankheiten dar, auch für sonst banale Infekte; bei ihnen sind auch die sonst deutlich seltener gewordene infektiöse Gelbsucht und ausgefallene Infektionen sehr häufig. Abgesehen von den medizinischen Fragen stellen die riesigen persönlichen, familiären und sozialen Probleme der Drogenpatienten und HIV-Kranken eine grosse Herausforderung für unsere Gesellschaft dar.

Grössere gefährliche Grippewellen sind in den letzten Jahren ausgeblieben. Mit der vermehrten Reiselust treten bei uns auch häufiger Tropenkrankheiten inkl. Malaria auf.

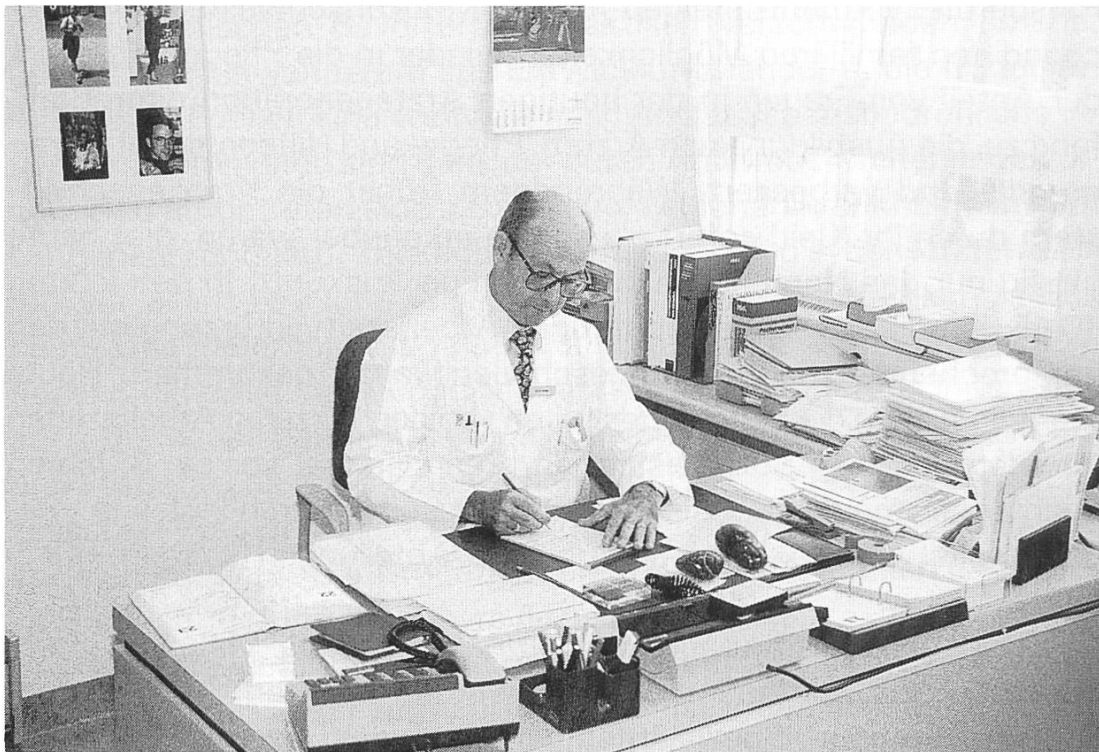
Geblichen sind auch die *vielen Schicksale* in Alkoholikerfamilien, von Psychisch-Kranken, von persönlich, familiär oder am Arbeitsplatz überforderten Menschen, Betagten, den meist älteren Hirn-schlagpatienten mit häufig bleibenden Lähmungen, die Probleme von Tumorpatienten und Suchtkranken etc. Durch die Verschiebung der Alterspyramide nach oben haben wir heute immer mehr betagte Mitbürger und Patienten in Spitälern, Alters- und Pflegeheimen. Es ist deshalb in den letzten Jahren zu einer intensiven Zusammenarbeit zwischen Spitalpflege und spitalexterner Altersbetreuung (Spitex) gekommen: Unsere Sozialfürsorgerin ist die entsprechende Kontaktperson und organisiert für die Patienten nach dem Spitalaustritt den Einsatz der Gemeindeschwester, vermittelt Erholungsaufenthalte und kontaktiert Alters- und Pflegeheime bezüglich Übernahme unserer Patienten. Verschiedene Beraterinnen, vor allem die Diabetesschwester und die Diätassistentin, beraten unsere Patienten einfühlsam und stehen auf Anmeldung durch die Hausärzte auch für ambulante Patienten zur Verfügung.

Nicht nur in der Medizin hat sich vieles geändert, gewandelt hat sich in den letzten 25 Jahren auch das *Umfeld eines Spitales*, sowohl spitalintern wie spitalextern, auch die Arbeitsweise und Organisation eines Krankenhauses. 1968 fuhr ich noch mit eingekleideten Ordensschwestern im Krankenauto zur Notfallabholung von Patienten, innert wenigen Jahren verliessen auch uns alle Ordensschwestern und das ganze Pflegepersonal musste neu rekrutiert werden. Langsam erfolgte der Einzug von Männern in die Pflege- und

Hilfsberufe, vermehrt steigen frühere Krankenschwestern entsprechend den familiären Möglichkeiten wieder in die Pflegeberufe ein, der Anteil von Frauen in der heutigen Ärztegeneration nimmt laufend zu, die Ausbildung von Ärzten, Pflege- und Hilfspersonal wurde grundlegend verbessert. Währendem früher die Krankenschwestern durch ihr Kleid sofort als solche erkennbar waren, gibt heute häufig nur das Namensschild die richtige Auskunft. In den letzten 10-15 Jahren ist es zu einer stetigen Arbeitszeitverkürzung mit den entsprechenden Rekrutierungsschwierigkeiten gekommen. Heute profitieren auch die Spitalangestellten von den kürzeren Arbeitszeiten und den besseren Sozialleistungen. Geändert hat vor ca. 3 Jahren auch der Name des Spitals (von «Bezirksspital March-Höfe» in «Regionalspital Lachen») und aus unseren Abteilungen wurden «Kliniken».

Stark geändert hat auch der *Aufnahmemodus*: Viele Patienten, die früher nur stationär abgeklärt werden konnten, (z.B. Magen-Darmabklärungen, Spezialuntersuchungen etc.), werden heute mit den modernen Abklärungsmöglichkeiten ausserhalb des Spital abgeklärt und kommen allenfalls nur noch ambulant für Zusatzuntersuchungen oder bei akuten Verschlechterungen stationär zu uns. Deshalb erfolgten in den letzten Jahren die meisten *Spitaleintritte* nicht wie früher als geplante Routineeintritte, sondern *notfallmässig* in bedrohlichen Situationen. Es sind dies vor allem Herzinfarkte, lebensbedrohliche Erkrankungen verschiedener Organe, Infektionskrankheiten, akute Krisensituationen (inkl. psychische Dekompensationen), Hirnschlagpatienten, Sterbende, Pflegenotfälle. Wir haben auch immer mehr ambulante Patienten zu betreuen, die vor allem nachts sowie an Sonn- und Feiertagen direkt im Spital Hilfe suchen. Geändert hat auch die *Herkunft der Patienten*: Früher kamen unsere Gastarbeiter zur Hauptsache aus unseren Nachbarländern mit gleicher Kultur und einer für uns verständlichen oder erlernbaren Sprache, jetzt sind es in zunehmendem Masse Gastarbeiter, Asylsuchende und Emigranten aus osteuropäischen, asiatischen und selten auch anderen Ländern mit einer für uns völlig fremden Sprache und Kultur. Ohne entsprechenden Dolmetscher (am besten eigenes Spitalpersonal aus dem selben Lande wie der betreffende Patient) ist für uns die Betreuung solcher Patienten ausserordentlich schwierig.

Die *Entwicklung unserer heutigen Gesellschaft* spiegelt sich auch in unseren Patienten wieder: Die ganze Hektik des heutigen Alltags zeigt sich bei vielen Patienten, die kaum mehr für die Abheilung einer Krankheit Zeit haben. Entsprechend steigen die Forderungen an Ärzte und Spitäler. Nach jahre- und jahrzehntelangem Raubbau



*Dr. med. Armin Mäder, der 1993 «25 Jahre Medizinische Abteilung am Regionalspital Lachen» feierte, in seinem neuen Büro bei der Arbeit. (Foto Spital)*

an der eigenen Gesundheit durch Alkohol, Nikotin, Medikamente, falsche Ernährung und Lebensführung etc. ist es auch uns häufig nicht mehr möglich, Linderung und Heilung zu bringen. Für diese, durch eigene Körperschädigung entstehenden astronomischen Kosten im Gesundheitswesen werden dann aber häufig in unverständlicher Weise Ärzte und Spitäler zur Rechenschaft gezogen.

Dieses Jahr dürfen wir dankbar zurückblicken: Unsere «Medizin», jetzt «medizinische Klinik» genannt, feiert das *25jährige Jubiläum*. Ich danke allen Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern, die während dieser Zeit beim Aufbau mitgeholfen haben. Nur so war es möglich, uns immer wieder neu den jeweiligen Bedürfnissen unseres Spitals und dem neusten Stand der Medizin anzupassen und unseren Patienten eine zeitgemässe Betreuung zu garantieren. Ebensovichtig wie der besinnliche Rückblick ist aber der Blick in die Zukunft, denn Ausruhen und Stillstand bedeutet Rückschritt. Dies heisst, unser engagiertes Team wird auch in Zukunft die kommenden Aufgaben mit unvermindertem Elan anpacken und zu lösen versuchen.

*«Eins, zwei, drei, im Sauseschritt läuft die Zeit, wir laufen mit».*

*Wilhelm Busch*