

VOM SPITAL ZUM KLINIKUM

Vom Spital zum Klinikum

STÄDTISCHE GESUNDHEITSVERSORGUNG IN KARLSRUHE



Band
29

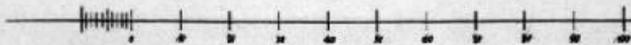
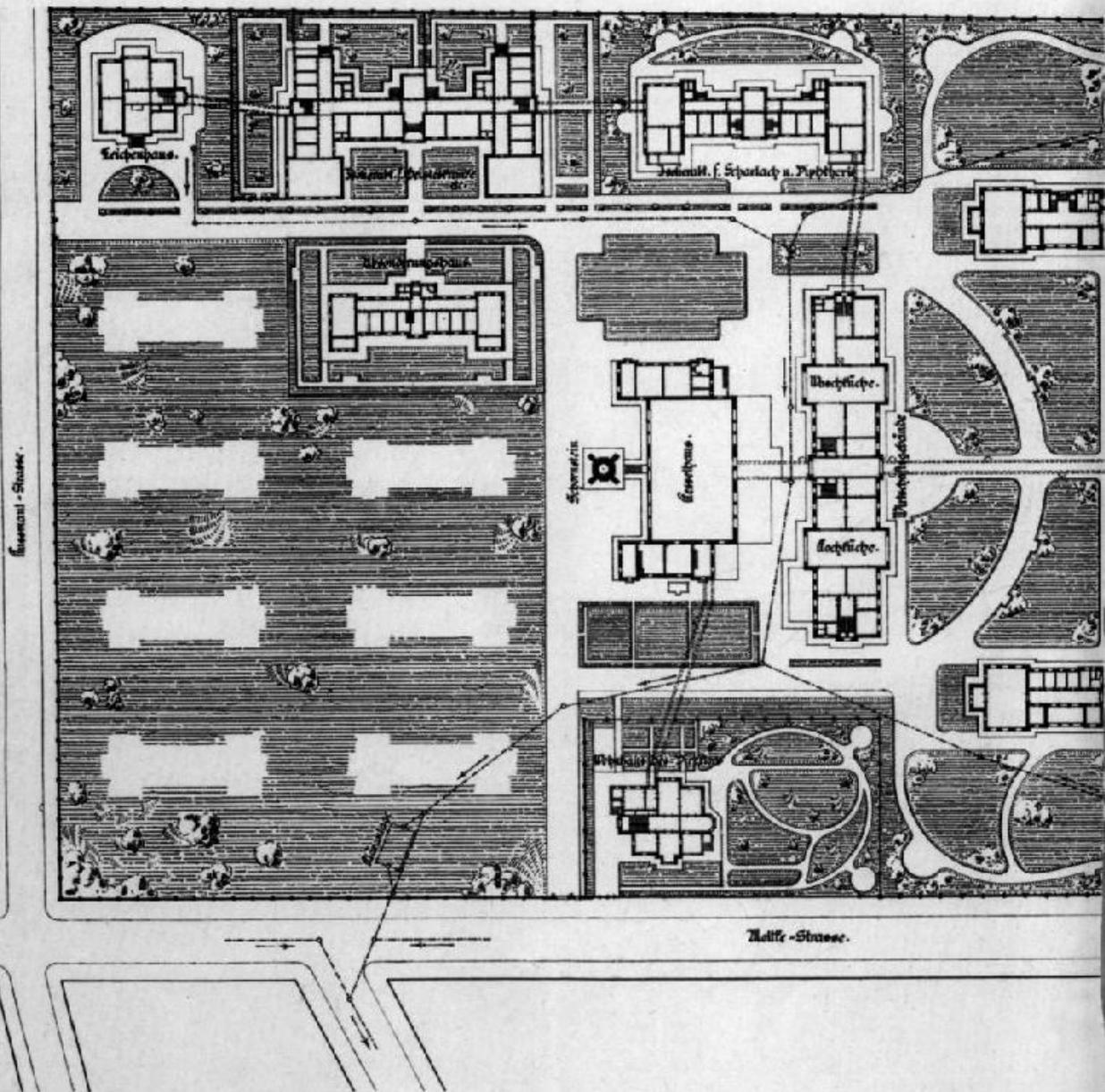


Veröffentlichungen des
Karlsruher Stadtarchivs

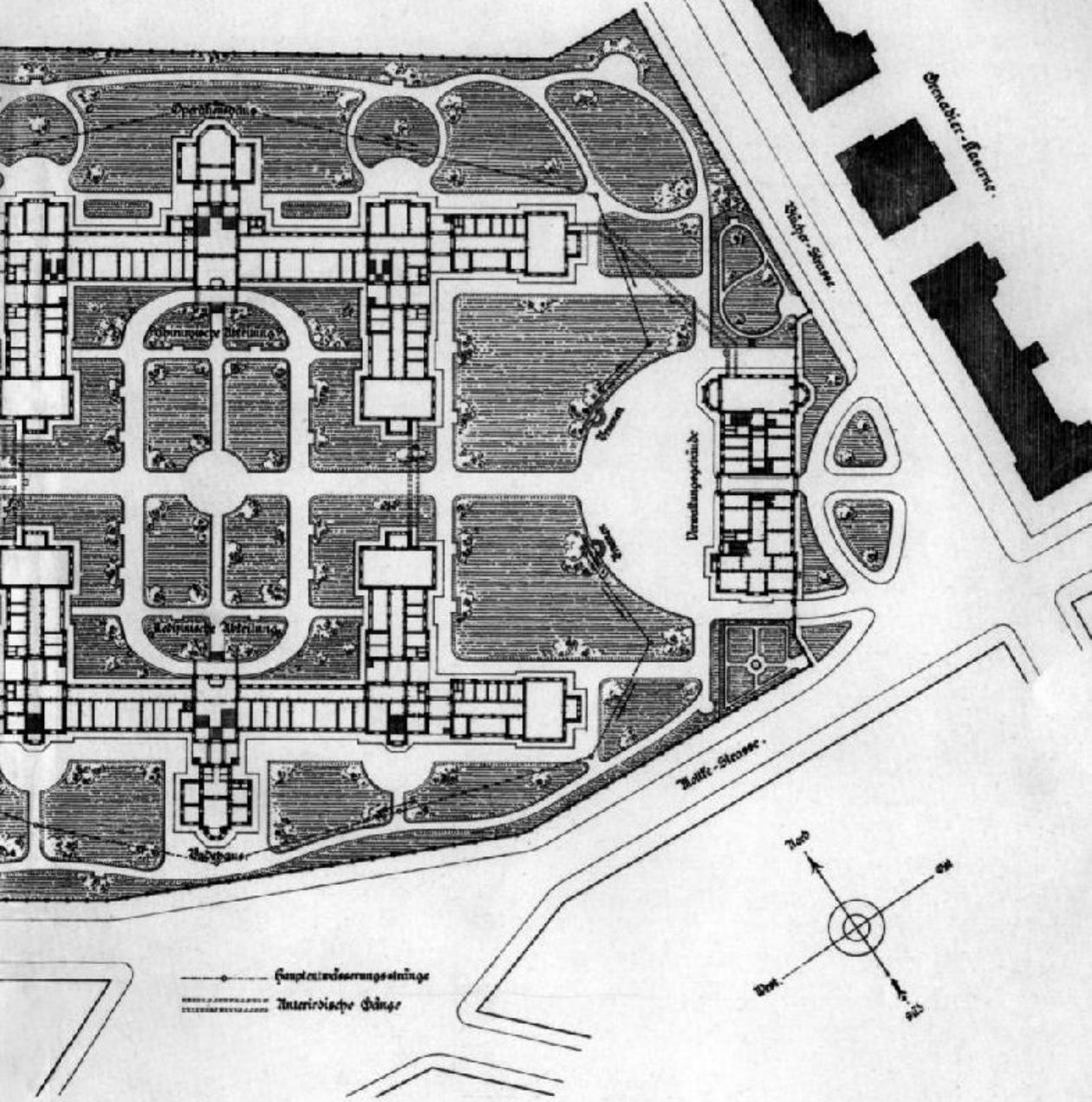
Band 29

Etageplan.

Georgierplatz



Opernplatz



Opern-Platz

Königs-Platz

Opern-Platz

Hauptentwässerungsröhre

Interiörische Gänge

no 21r.

Info Verlag · Vom Spital zum Klinikum · Städtische Gesundheitsversorgung in Karlsruhe

Veröffentlichungen
des Karlsruher Stadtarchivs

Herausgegeben von
Ernst Otto Brünche,
Anke Mühlreiter,
Peter Probst,
Volker Streck

Vom Spital zum Klinikum

Städtische Gesundheitsversorgung
in Karlsruhe

Herausgegeben vom Stadtarchiv Karlsruhe
durch Ernst Otto Bräunche und Volker Steck

Mit Beiträgen von

Dieter Daub · Roland Feitenhansl · Katja Förster
Wolfgang Gerstberger · Manfred Koch · Rebekka Menges
Anke Mührenberg · Peter Pretsch · Alexander Rosenbaum
Peter Schäfer · Jürgen Schuhladen-Krämer · Volker Steck
Cornelia Vogel · Christina Wagner

Info Verlag

Herausgegeben vom Stadtarchiv Karlsruhe
durch Ernst Otto Bräunche und Volker Steck

Veröffentlichungen des Karlsruher Stadtarchivs,
Band 29

Redaktionsteam: Ernst Otto Bräunche, Katja Schmalholz, Volker Steck

Druck: Engelhardt und Bauer, Karlsruhe

Bibliografische Information Der Deutschen Bibliothek
Die Deutsche Bibliothek verzeichnet diese Publikation in der
Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten
sind im Internet über <http://dnb.ddb.de> abrufbar.

© 2007 · Info Verlag GmbH
Käppelestraße 10 · 76131 Karlsruhe
Telefon +49 721/61 78 88 · Fax +49 721/62 12 38
www.infoverlag.de

Alle Rechte vorbehalten. Nachdruck, auch auszugsweise,
ohne Genehmigung des Verlags nicht gestattet.

ISBN 978-3-88190-479-7

Inhalt

Geleitwort von Oberbürgermeister Heinz Fenrich.....	7
Grußwort von Bürgermeister Ullrich Eidenmüller.....	9
Einleitung von Volker Steck.....	11
 ANKE MÜHRENBURG	
Die mittelalterliche Krankenversorgung am Beispiel Durlachs	15
 CHRISTINA WAGNER	
Die medizinische Versorgung in der jungen Residenzstadt und die ersten Spitalgründungen bis 1803	27
 PETER PRETSCH	
Vom Großherzoglich Badischen Hospital zum Städtischen Krankenhaus 1803–1858	59
 ROLAND FEITENHANSL	
Das Städtische Krankenhaus im alten Gebäude von 1858–1907	97
 REBEKKA MENGES	
Das neue Städtische Krankenhaus an der Moltkestraße 1907–1930	133
 MANFRED KOCH	
Zwischen Aufbruch und Zusammenbruch – Das Städtische Krankenhaus 1931–1945	165
 KATJA FÖRSTER	
Die Baugeschichte des Städtischen Krankenhauses an der Moltkestraße bis 1945	209
 VÖLKER STECK	
Vom Städtischen Krankenhaus zu den Städtischen Krankenanstalten – Der Neubeginn nach dem Zweiten Weltkrieg	241

JÜRGEN SCHUHLADEN-KRÄMER

Von den Städtischen Krankenanstalten zum Städtischen Klinikum gGmbH	261
Leitungen des Städtischen Klinikums seit 1946	385

WOLFGANG GERSTBERGER

Eine Chronologie der Baugeschichte seit 1958	391
---	-----

CORNELIA VOGEL UND ALEXANDER ROSENBAUM

Das Städtische Klinikum heute	436
--	-----

DIETER DAUB UND PETER SCHÄFER

Das Städtische Klinikum Karlsruhe – Zwischen Selbstkostendeckung und fester Budgetierung	476
---	-----

Abkürzungen	485
--------------------------	-----

Anmerkungen	487
--------------------------	-----

Quellen und Literatur (Auswahl)	515
--	-----

Bildnachweis	521
---------------------------	-----

Orts- und Sachregister (Ulrike Deistung und Volker Steck)	524
--	-----

Personenregister (Katja Schmalholz)	537
--	-----

Geleitwort

Schon seit der Stadtgründung von Karlsruhe im Jahre 1715 gab es Bestrebungen, für die Einwohner der neuen Residenz ein Hospital zu gründen. 1733 wurde ein modellmäßig erbautes Haus vor dem Mühlburger Tor als Herberge für Arme und Kranke eingerichtet. Dieses Gebäude wurde jedoch bald ausschließlich als Lazarett vom Militär genutzt. Mit der wachsenden Einwohnerzahl stieg der Bedarf nach einem Hospital für die Karlsruher Bevölkerung. Mit Kollekten bei den Kirchengemeinden versuchte man, das erforderliche Kapital aufzutreiben. Markgraf Karl Friedrich erließ dazu 1768 einen Stiftungsbrief. Schließlich finanzierte er den Bau dann überwiegend selbst und beauftragte seinen Residenzbaumeister Wilhelm Jeremias Müller mit der Ausführung. 1788 konnte das Hospital am späteren Lidellplatz eröffnet werden und beherbergte zunächst 120 Kranke. Im Zuge der Industrialisierung und der Erweiterung der Stadt stiegen die Bevölkerungszahlen sprunghaft an und damit auch die Belegung dieses Krankenhauses. Bis 1907 nutzte man das Hospitalgebäude des 18. Jahrhunderts, das trotz baulicher Erweiterungen den Erfordernissen der Zeit längst nicht mehr genügen konnte und abgerissen wurde, um der heutigen Carl-Hofer-Schule Platz zu machen, nachdem der Neubau im Westen der Stadt bezogen worden war. Mit Planung und Bau des weitläufigen Areals der Klinikumbau-

ten an der Moltkestraße, dessen hundertjähriges Bestehen wir dieses Jahr feiern, wurden damals der Ärztliche Direktor Prof. Bernhard von Beck und Stadtbaurat Wilhelm Strieder beauftragt. In den zehn Einzelgebäuden, die zunächst die Chirurgie, die Innere Medizin, zwei Isolierabteilungen für Scharlach und Diphtherie und andere ansteckende Krankheiten, eine Abteilung für Geschlechts-, Haut- und Geistesranke sowie die Apotheke beherbergten, wurden zu Beginn 600 Patienten in drei Klassen behandelt.

Die jeweils optimale medizinische Versorgung, höchste Pflegestandards und modernste Ausstattung galten seit dem Bau des neuen Städtischen Krankenhauses an der Moltkestraße als selbstverständlich. Die geradezu revolutionäre Entwicklung der Medizin seit der Einrichtung des Hauses mit nur einem einzigen Röntgenapparat und einem Orthodiagraphen bis zu den heutigen Hightechgeräten vom Ultraschall über Röntgen-, Computertomographie- und Kernspingeräten sowie den Möglichkeiten der minimalinvasiven Operationsmethoden bestimmten u. a. die spätere Entwicklung zum modernen Klinikum. Das hundertjährige Jubiläum des Neubaus hierer dem Klinikum und dem Institut für Stadtgeschichte die Möglichkeit, für einen Moment innezuhalten, sich die Etappen des medizinischen Fortschritts zu vergegenwärtigen und an ihre

Auswirkungen auf dem Klinikumsgelände an der Moltkestraße zu erinnern.

Die nun vorliegende Publikation des Stadtarchivs behandelt die Geschichte des Klinikums ausführlich, aber auch dessen Vorgeschichte in Karlsruhe sowie die Gesundheitsversorgung in Durlach seit dem Mittelalter vor der Gründung von Karlsruhe. Hierbei wird veranschaulicht, dass die Anfänge städtischer Krankenversorgung in Durlach in dem 1497 gegründeten Spital für verarmte Alte, Kranke, Behinderte, Geistesgestörte und Waisenkinder und in Karlsruhe in dem erwähnten Vorgängerbau am Lidellplatz wurzeln. Baugeschichte, Personal und Ausstattung der Hospitäler und des Klinikums werden ebenfalls vorgestellt, wobei auch die neuen Ergebnisse der Stadtgeschichtsforschung einfließen. Die Umbrüche im Dritten Reich sowie die Nachkriegszeit nach 1957 werden erstmals fundiert zur Darstellung gebracht. Eine ausführliche Präsentation der aktuellen Leistungsfähigkeit des Klinikums Karlsruhe und all seiner Einrichtungen bis zu den modernsten Klinikneubauten runden die reich bebilderte Veröffentlichung ab.

Darüber hinaus wird die Geschichte der städtischen Gesundheitsversorgung in Durlach und Karlsruhe in zwei Ausstellungen präsentiert, im Pfnzgaumuseum seit dem Mittelalter bis zur frühen Neuzeit, im Stadtmuseum seit der Gründung der Fächerstadt bis zur Gegen-

wart. Inszenierungen mit historischen medizinischen und chirurgischen Instrumenten, Narkosegeräten, alten OP-Einrichtungen und Behandlungszimmern bis zum modernen Intensivpflegezimmer veranschaulichen dort die Arbeitswelt von Pflegepersonal und Ärzten. Leinwandprojektionen führen den Wandel in der Entwicklung des Krankenhauses vor Augen, so beispielsweise den Krankenhausalltag 1907 in Gegenüberstellung zum Betrieb der Städtischen Krankenanstalten 1957 und der Präsentation des modernen Gesundheitszentrums mit seinen 21 Fachkliniken und fünf Instituten heute.

Ich danke allen Beteiligten für die Projekte, die das Institut für Stadtgeschichte und das Klinikum Karlsruhe zum 100-jährigen Jubiläum gemeinsam realisiert haben. Ich bin mir sicher, dass die Publikation und die beiden Ausstellungen auf breites Interesse in der Bevölkerung stoßen werden, ist doch das Klinikum als Teil der Daseinsvorsorge in Karlsruhe nicht mehr wegzudenken und die Entwicklung der Medizin, wie sie sich in dessen Geschichte widerspiegelt, ein hochinteressantes Thema.

HEINZ FENRICH
OBERBÜRGERMEISTER

Grußwort

Seit 1907 versorgt das Städtische Klinikum an der Moltkestraße die Bevölkerung der Stadt Karlsruhe und ihrer Umgebung medizinisch. Im Laufe dieser 100 Jahre konnte das Klinikum seine Leistungen stetig steigern. Dies lässt sich eindrucksvoll an den Patientenzahlen ablesen. Wurden in den ersten Jahren des Klinikums jährlich etwa 5.000 Kranke behandelt, so liegt die Zahl der Patienten heute bei über 60.000 pro Jahr. Diese quantitative Steigerung ging einher mit qualitativen Verbesserungen in allen Bereichen: in der Medizintechnik, der Therapie und der Pflege bis hin zur Ausstattung der Krankenzimmer.

All dies ist für uns Anlass, der Bevölkerung im Rahmen des Jubiläumsjahrs die vielfältigen Möglichkeiten unseres heutigen Klinikums der Vollversorgung zu vermitteln. Dazu gehört auch die Geschichte der städtischen Gesundheitsversorgung in Karlsruhe, die uns eindrucksvoll die Fortschritte, aber auch die Schwierigkeiten, mit denen das Städtische Krankenhaus zu kämpfen hatte, vermittelt. Gerade im Vergleich mit seiner Vergangenheit wird die heutige Leistungsfähigkeit des Klinikums sichtbar. Durch dieses Buch und zwei Ausstellungen – im Stadtmuseum im Prinz-Max-Palais und im Pfingstbaumuseum in Durlach – können sich die Karlsruher Bürgerinnen und Bürger ein Bild machen, wie sehr sich die Möglichkeiten verbessert haben, Kranken und Verletzten zu helfen.

Krankenhäuser dienen der Grundversorgung der Bevölkerung. Damit stellt sich nicht die Frage ob, sondern in welchem Ausmaß diese Versorgung vorgehalten werden muss. Ebenso klar ist, was die Grenzen des Angebots bestimmt: die finanziellen Möglichkeiten des Trägers, hier der Stadt Karlsruhe. Die vorliegende Publikation zeigt uns, dass die Aufgabe, das Wünschenswerte und technisch Mögliche mit dem gegebenen finanziellen Rahmen zu vereinbaren, die Geschichte des Karlsruher Krankenhauses seit seiner Gründung im späten 18. Jahrhundert wie ein roter Faden durchzieht.

Bereits in den ersten Planungen für ein Spital in den 1760er-Jahren versuchte Markgraf Karl Friedrich über eine „Mischfinanzierung“ aus Mitteln der landesherrlichen Kasse und Zuschüssen der Kirchengemeinden den Bau eines Spitals in Karlsruhe zu ermöglichen. Da dies nur unzureichend gelang, wurde der Spitalbau ganz aus der landesherrlichen Kasse bezahlt. Die Behandlungskosten der ärmeren Patienten deckte eine frühe Krankenkasse, das Dienstboteninstitut, ab, weitere Gelder erhielt das Spital vom Staat und über bürgerliche Stiftungen.

1846 ging das Spital an die Stadt über, sie zahlte dafür einmalig 32.000 Gulden als Ablöse an den Staat. Das Dauerproblem, dass die Pflegesätze nicht die realen Kosten des Kran-

kenhausbetriebes deckten, erbt die Stadt mit der Einrichtung.

Der Neubau an der Moltkestraße von 1907 forderte hohe Investitionen von der Stadt, das großzügig geplante neue Krankenhaus ersparte ihr aber in den nächsten Jahrzehnten größere Ausgaben für Erweiterungen. Sie wären aufgrund des Ersten Weltkriegs und der nachfolgenden wirtschaftlichen Krisenzeit auch gar nicht zu leisten gewesen. Erst ab 1932 konnten dringliche Baumaßnahmen in Angriff genommen werden. Sie wurden durch den Zweiten Weltkrieg gestoppt, in dessen Verlauf Zerstörungen an den Gebäuden durch Fliegerangriffe hinzukamen.

Die finanziell prekäre Lage der Nachkriegsjahre ließ nur provisorische Maßnahmen zu, trotzdem konnte die Bettenzahl des Klinikums deutlich gesteigert werden. Es ist dem Wirtschaftsaufschwung seit den 1950er-Jahren, dem „Wirtschaftswunder“, zu verdanken, dass der Nachholbedarf dieser Jahre durch die Baumaßnahmen der folgenden Jahrzehnte ausgeglichen werden konnte.

Heute hat das Städtische Klinikum eine ganze Reihe von Umstrukturierungen hinter sich, ausgelöst durch zahlreiche neue Gesetze zur Krankenhausfinanzierung seit den 1980er-Jahren. Das Klinikum hat sich diesen Veränderungen gestellt und sich offensiv mit ihnen auseinandergesetzt. Eine neue Betriebsform

(die gemeinnützige GmbH), inhaltliche Umstrukturierungen hin zu mehr Effizienz, die Auslagerung einzelner Arbeitsbereiche in Tochtergesellschaften oder die nachprüfbare Qualitätssicherung sind nur einige Stichworte, die diesen Wandel beschreiben.

So sind wir heute dabei, ein neues Kapitel der Klinikgeschichte zu schreiben. Es verändert das Bild des Krankenhauses in vielen Bereichen und stellt in diesem Umgestaltungsprozess höchste Anforderungen an die Leitung und Mitarbeiter des Klinikums. Die Energie, mit der sie die Aufgaben angehen und meistern, lässt mich zuversichtlich in die Zukunft blicken und garantiert der Bevölkerung, dass das Klinikum Karlsruhe ein verlässlicher Dienstleister auf technisch höchstem Stand bleibt, bei dem auch weiterhin der Patient im Mittelpunkt stehen wird.

ULLRICH EIDENMÜLLER
BÜRGERMEISTER,
AUFSICHTSRATSVORSITZENDER DES STÄDTISCHEN
KLINIKUMS KARLSRUHE gGMBH

VOLKER STECK

Einleitung

„Zur Wohlfahrt derer Kranken, Elenden und Hilfsbedürftigen ...“ – Dieses Ziel der Karlsruher Hospitalsgründung, im Jahr 1768 vom Markgrafen Karl Friedrich postuliert, zieht sich wie ein roter Faden durch die Geschichte der kommunalen Gesundheitsversorgung in Karlsruhe und bestimmt auch heute das Handeln im Klinikum. Eine aus der Sicht der Betroffenen, der Kranken, scheinbar selbstverständliche Maxime für ein Krankenhaus, die freilich bei der Realisierung regelmäßig auf Hindernisse und Grenzen in der Regel finanzieller Art traf.

Das vorliegende Buch möchte vermitteln, wie dieses Ziel im Verlauf der Jahrhunderte angegangen wurde, wer die Menschen hinter dieser Institution waren, mit welchen Schwierigkeiten sie zu kämpfen hatten und welche Fortschritte und Erfolge sie in ihrer Arbeit erzielten.

Fast alles, was die Medizin betrifft, war in diesen drei Jahrhunderten gewaltigen Veränderungen unterworfen: Das Wissen um die Ursachen von Krankheiten und die darauf basierenden Behandlungsmethoden wurden auf eine naturwissenschaftliche Basis gestellt, von größter Bedeutung war hier als Ergebnis die Durchsetzung der Antisepsis, später der Asepsis (Keimfreiheit). Weiterentwicklungen in anderen naturwissenschaftlichen Disziplinen konnten in Form neuer Techniken übernom-

men werden. Hier sei nur auf die Entdeckung der Röntgenstrahlen und die weitreichenden Folgen für Diagnose und Therapie verwiesen.

Das Berufsbild des Arztes änderte sich ebenso wie das Verhältnis der ärztlichen Berufe untereinander. War der Chirurg ursprünglich ein Handwerker, ein Helfer des akademischen Arztes der „Inneren Medizin“, so wurde sein Metier mit der Weiterentwicklung der Operationstechniken, der Anästhesie und der verbesserten Diagnose zu einer gleichberechtigten Disziplin. Ihren Ausdruck fand diese Entwicklung 1897 in der Berufung des Chirurgen Prof. Dr. Bernhard von Beck zum Ärztlichen Direktor des Städtischen Krankenhauses.

Mindestens ebenso stark wirkten die Veränderung in den Pflegeberufen – im Bereich der ideellen Grundlagen wie in den Arbeitsbedingungen. Ursprünglich waren hauptsächlich männliche Wärter in der Pflege eingesetzt, die teilweise als Tagelöhner angestellt waren. Qualifizierteres und motivierteres Personal zog in das Krankenhaus ein, als 1858 konfessionelle Schwestern ihren Dienst antraten – auf Kosten einer Zweiteilung des Krankenhauses in eine evangelische und eine katholische Hälfte. Diesen unbefriedigenden Zustand beendete die Übernahme des Pflegedienstes durch die Badische Schwesternschaft des Roten Kreuzes. Hier dominierte die Schwesternschaft bis in die 1960er-Jahre. Das „selbstlose

Dienen“, das der Arbeit der Schwestern als Ideal zugrunde lag, galt bis in die 1950er-Jahre als Basis dieses Berufes. Direkte Folge waren geringe Bezahlung und sehr lange Arbeitszeiten, ein eng an das Krankenhaus gebundenes Leben und die Ehelosigkeit. Spätestens in den 1950er-Jahren wollten viele Frauen diese Bedingungen, auf die auch das geringe soziale Ansehen des Berufs zurückzuführen war, nicht mehr auf sich nehmen. Der Zulauf zur Schwesternschaft ging zurück, „freie“, nach Tarif bezahlte Schwestern nahmen ihre Stellen ein. Der Personalmangel führte zu einer immer weiteren Annäherung der Arbeitsbedingungen, verheiratete Schwestern wurden nun akzeptiert. Der Wandel zeigt sich auch in den Wohnbedingungen. Schliefen die ersten Wärter noch wie die Patienten in den Krankensälen, so waren auch die Schwestern noch bis in die 1960er-Jahre durch ihre Wohnräume, auf der Station oder in den Dachgeschossen ihrer Klinik, eng an ihren Arbeitsplatz gebunden. Erst der Schwesternmangel seit den 1950er-Jahren führte zur Auflösung vieler Gemeinschaftsschlafräume, und es entstanden räumlich getrennte Schwesternwohnheime mit großzügiger ausgestatteten Wohneinheiten.

Insgesamt professionalisierte sich der Beruf seit dieser Zeit stark, abzulesen an der Zahl der Theoriestunden in der Ausbildung, die von 400 (1957) auf 1.600 (1985) stieg.

Auch die „Zielgruppe“ des Krankenhauses, die Patientenkreise, änderten sich im Laufe der Zeit. Waren es ursprünglich die Armen, welche die Dienste des Hospitals in Anspruch nahmen, während sich die Reichen zuhause behandeln ließen, so wurde gegen Ende des 19. Jahrhunderts das Spital für immer weitere Gesellschaftsschichten eine interessante Alternative zur Hausbehandlung. Zum einen bot das Krankenhaus nun vermehrt moderne Behandlungsmethoden an, die aufgrund des zunehmenden technischen Aufwands zu Hause

nicht verfügbar waren, zum anderen hatte sich die Ausstattung der Krankenzimmer und die Qualität der Pflege verbessert. Wer es sich leisten konnte, konnte in herausgehobener Pflegeklasse nochmals verbesserten Service erwarten. Diese verstärkte Akzeptanz des Krankenhauses, die Einführung der Sozialversicherung (z. B. 1883 Krankenversicherung für Arbeiter), der Bevölkerungszuwachs in Karlsruhe und in den letzten Jahrzehnten der Wandel der Altersstruktur sorgten für ein stetiges Anwachsen der Patientenzahlen: Ließen sich im Jahr 1800 etwa 180 Patienten im Spital behandeln, so stieg ihre Zahl bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts auf 1.000–1.200, 1890 waren es 3.719. Besonders beeindruckend sind die Zahlen der letzten Jahrzehnte: 1940 betreute das Krankenhaus 7.125 Patienten, 1960 22.821, 1980 41.084, 2006 schließlich 60.851 Patienten. Dass dieser Anstieg der Patientenzahlen in den letzten Jahrzehnten nicht mit einem entsprechenden Ausbau der Bettenzahl einherging, erklärt sich mit der rapide sinkenden Verweildauer der Patienten. Lag ein Patient 1960 noch durchschnittlich 24,8 Tage im Krankenhaus, so waren es 1980 15,8 und 2005 nur noch 7,5 Tage.

Neben den Veränderungen, die sich aus den Fortschritten in der Medizin ergaben, hatten krankhaus- und sozialpolitische Perspektivenwechsel in den letzten Jahrzehnten – auf allen Ebenen von der Bundes- bis zur Lokalpolitik – den größten Einfluss auf die Entwicklung des Städtischen Klinikums. Nach außen hin manifestierte sich dies im Namenswechsel von den Städtischen Krankenanstalten hin zum Städtischen Klinikum gGmbH, im Inneren fand es seinen Ausdruck in Umstrukturierungen mit dem Ziel erhöhter Effizienz, aber auch in Ausgliederungen von Arbeitsbereichen in Tochtergesellschaften, wie z. B. beim Reinigungsdienst. Hier ist ein Weg beschritten, der die Entwicklung des Klinikums auch

in den nächsten Jahrzehnten maßgeblich beeinflussen wird.

Diese Publikation ist eine Gemeinschaftsarbeit von Mitarbeitern des Instituts für Stadtgeschichte der Stadt Karlsruhe, seiner freien Mitarbeiter und von Mitarbeitern des Städtischen Klinikums und der KAPEG (Karlsruher Planungsgesellschaft für Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens mbH). Historiker, Ärzte, Verwaltungs- und Baufachleute haben ihre Perspektiven zu Vergangenheit und Gegenwart des Klinikums eingebracht, so dass sich ein breit angelegtes Kaleidoskop entfaltet. Dem zentralen Thema, der kommunalen Gesundheitsfürsorge der Stadt Karlsruhe, geht ein einführender Aufsatz voraus, der die mittelalterlichen und frühneuzeitlichen Grundlagen der Medizin und Gesundheitsfürsorge am Beispiel Durlachs beschreibt. Die folgenden chronologisch aufeinander aufbauenden Beiträge, die den Zeitraum von der Stadtgründung Karlsruhes bis heute umspannen, werden durch zwei bauhistorische Aufsätze ergänzt, die sich mit dem Bau des Krankenhauses an der Moltkestraße von 1907 sowie mit den zahlreichen Baumaßnahmen von 1958 bis heute beschäftigen. Den letzten Teil bildet ein aktueller Block. Diese Beiträge stellen die Kliniken, die Institute und den Pflegedienst heute sowie die Jubiläumsaktivitäten 2007 vor. Ein Beitrag der Klinikdirektion zu den wirtschaftlichen Entwicklungen der letzten Jahre und den sich daraus ergebenden Perspektiven beschließt das Buch.

Die Herausgeber haben bei allen Beiträgen großen Wert auf eine umfangreiche Bebilderung gelegt, die den Text ergänzt und so fassbarer macht. Besonders soll hierbei auf die Pläne des Klinikareals aus den Jahren 1907 und 2007 im Vor- und Nachsatz hingewiesen werden, die der raschen Orientierung dienen.

Die Publikation entstand als Teil des Projekts „Geschichte der Gesundheitsfürsorge in

Karlsruhe und Durlach“, das auch die Ausstellungen „Gesundheitsversorgung in Durlach vom Mittelalter bis zur frühen Neuzeit“ im Pfinzgaumuseum Durlach und „Vom Spital zum Klinikum – Städtische Gesundheitsversorgung in Karlsruhe“ im Stadtmuseum Karlsruhe umfasst. So wird es möglich, dieses zentrale Thema der Stadtgeschichte über die verschiedensten Vermittlungsformen dem Publikum zu präsentieren – über Texte, Bilder, Filme, Inszenierungen, Vorträge, Führungen und Diskussionen.

Ein solch umfangreiches Projekt ist nur mit Hilfe des großen Engagements aller Beteiligten, der Autoren und derjenigen, die mit den vielfältigen Arbeiten im Rahmen der Buch- und Ausstellungsproduktion betraut waren, möglich. Ihnen allen gilt unser Dank. An erster Stelle ist hier das Klinikum Karlsruhe zu nennen, das aus Anlass des Projekts seine älteren Archivbestände an das Stadtarchiv übergeben hat. Sie waren als Basis für die Texte zur Geschichte des Klinikums seit 1945 unentbehrlich. Der durch den „Umzug“ erleichterte Zugang zu diesen Quellen hat die Arbeit der Autoren wesentlich unterstützt. Stellvertretend für die zahlreichen Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Klinikums, die uns mit Rat und Tat zur Seite standen, seien hier die Geschäftsführer Prof. Dr. Dieter Daub und Peter Schäfer, der Pflegedirektor Josef Hug sowie das Projektteam „100 Jahre Städtisches Klinikum Karlsruhe“ genannt. Cornelia Vogel und Alexander Rosenbaum von projektART zeichneten als externe Projektbegleitung für die Gesamtkonzeption, die Medien- und Öffentlichkeitsarbeit sowie das Projekt- und Eventmanagement im Jubiläumsjahr des Klinikums verantwortlich. Sie stellten die kontinuierliche Verbindung des Instituts für Stadtgeschichte zum Projektteam des Klinikums sicher, erstellten das Konzept für Kapitel 11 des Buches und setzten es um.

Die Betreuung des Buches von der Gestaltung bis zum Druck übernahm in gewohnter Qualität der Info Verlag hier seien insbesondere Thomas Lindemann und Stefanie Burgey genannt.

Im Institut für Stadtgeschichte waren zahlreiche Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter an diesem Projekt beteiligt: Katja Schmalholz, die zusammen mit Ernst Otto Bräunche dem Redaktionsteam angehörte, besorgte die Bildredaktion, Angelika Sauer und Angelika Herkert lasen Korrektur. Letztere verzeichnete auch die Akten des Klinikums und erstellte ein Sonderinventar Gesundheits- und Spitalwesen Durlach. Die Öffentlichkeitsarbeit übernahmen Dr. Anke Mührenberg und Katja Schmalholz, Dagmar Weigand und Serena Niegemann die

Digitalisierung der Bilder. Die Verwaltungsarbeiten erledigten Dr. Michael Gimber, Klaus Dunkel und Monika Haidt-Naß.

Für die Ausstellung im Stadtmuseum waren Dr. Peter Pretsch, Sigrun Bertram und Rebekka Menges zuständig, für die Ausstellung im Pfingzgäumuseum Dr. Anke Mührenberg und Rebekka Hertweck. Der Graphiker Herbert Kaes gestaltete beide Ausstellungen wie auch die Plakate und die anderen Werbemittel. Joachim Jablonski baute die Ausstellungen auf und Klaus Meinzer erledigte die Transporte.

Die Ausstellungen wurden freundlichst unterstützt durch die Firmen Maquet, Rastatt, und Sprenger Medizintechnik in Karlsruhe-Durlach sowie durch zahlreiche weitere Institutionen und Privatpersonen.

ANKE MÜHRENBURG

Die mittelalterliche Krankenversorgung am Beispiel Durlachs

Bereits seit dem Beginn menschlicher Existenz gab es rudimentäre Formen von Heilkunde und medizinischer Versorgung in Form einfacher Instinkthandlungen.¹ In der Antike finden wir ein ausgebildetes Gesundheitswesen, das sich jedoch wie viele andere Erfahrungen auch zumindest in Europa bis zum Mittelalter wieder verlor. Selbst die volkstümlichen Vorstellungen von Krankheit und Gesundheit änderten sich bis zum Mittelalter wieder: Krankheit sah die Bevölkerung im Mittelalter als Ergebnis einer persönlichen Schuld. Dies zeigt, wie eng die religiösen Vorstellungen mit Krankheit und Gesundheit eines Menschen verbunden waren.² Dieser mittelalterliche Mensch trennte die körperlichen Vorgänge einer Krankheit nicht von ihrer geistlichen Bedeutung.³ Zudem gehörte auch der Tod zum täglichen Leben. Ist Krankheit in der heutigen Zeit eher ein Tabuthema, das den Ablauf des täglichen Lebens stört, standen sich die Menschen in früheren Zeiten in einer Krisensituation wie dem Tod ohne Frage stärker gegenüber. Heute kommt die Idee der Verantwortung füreinander wieder in den Hospizen zum Ausdruck, die diese Aufgabe übernommen haben und deren Name sich aus dem mittelalterlichen Hospital ableitet. Auch die Lage der Friedhöfe, die sich meist mitten in der Stadt oder im Dorf befanden, bestätigt, dass Krankheit und Tod selbstverständliche Fakto-

ren des täglichen Lebens waren.⁴ In Durlach lag der Friedhof bis in das 16. Jahrhundert an der Stadtkirche (heute Evangelische Stadtkirche). Erst der mit der Residenzverlegung verbundene Bevölkerungsanstieg führte zu seiner Verlegung außerhalb der Stadtmauer vor das Basler Tor, da es innerhalb des Stadtgefüges keine Ausdehnungsmöglichkeit mehr gab. Im Jahr 1900 wurde der Friedhof dann an die heutige Stelle am Fuße des Turnbergs verlegt.

Auch Krankheit und Alter waren bis in die frühe Neuzeit untrennbar miteinander verbunden. Bedeutete das Wort krank im Mittelalter noch schwach und hilflos zu sein, trat es im späten Mittelalter an die Stelle von siech in der Bedeutung von elend.⁵

Krankheitsursachen und -arten

Die relativ schlechten hygienischen Verhältnisse bei Wasserversorgung und Abfallbeseitigung unterstützten im Mittelalter den Ausbruch von Krankheiten, die sich zudem durch das dichte Zusammensein vieler Menschen auf engem Raum rasch verbreiteten. So drängten sich zum Beispiel an den Markttagen viele Menschen an einem Punkt. Aber auch das enge Zusammenleben in den kleinen Häusern bzw. Unterkünften beschleunigte die Übertragung von Krankheiten.⁶ Die unausgewogene Ernährung

des mittelalterlichen Menschen forcierte eine leichtere Anfälligkeit.⁷ Größere Kriege trugen Weiteres zum Ausbruch und zur Verbreitung von Krankheiten bei. Diese Erklärungen sind uns heute bekannt, im Mittelalter aber sah man Krankheitsursachen zunächst in der vermeintlichen Sündhaftigkeit der Menschen, der Verunreinigung der Luft sowie in astronomischen Konstellationen.⁸ Erst die Erfindung des Buchdrucks und die damit verbundene Verbreitung von Wissen machte medizinische Erkenntnisse über die Übertragungswege von Krankheiten bekannter und erleichterte so den Schutz vor deren Übertragungen. Es erschienen Schriften über die Pest und andere Krankheiten, auch das Studium der Medizin selbst trat in den Vordergrund.⁹

Weit verbreitet waren im Mittelalter Aussatz (Lepra) und Pest, die heute in Europa fast ausgerottet sind. Ebenso litten die Menschen unter den noch heute weit verbreiteten Krankheiten wie Grippe, Gicht/Rheuma, Epilepsie und Verletzungen (Schnitte, Brüche u.ä.), denen aber niemals viel Bedeutung zugemessen wurde.

Bei der Heilung von Krankheiten muss zwischen drei Bereichen der Volksmedizin unterschieden werden: der Pharmazie, den magischen Praktiken und der Chirurgie. Die Pharmazie nutzte das Wissen über die Wirkstoffe der Pflanzenwelt, das von Generation zu Generation weitergegeben wurde, in den Bereich der magischen Praktiken fielen die Zaubersprüche und in den Bereich der Chirurgie das Ziehen von Zähnen, Aderlass und auch kleinere Operationen.¹⁰ Selbstverständlich waren auch religiöse Praktiken wie die Anbetung Heiliger oder das Ablegen von Gelübden.

Lepra (Aussatz)

Lepra, im Volksmund Aussatz genannt, hatte sich bereits in der Spätantike vom vorderen Orient in den Mittelmeerraum, dann im frühen Mittelalter im gesamten Abendland ausgebreitet. Erst mit Beginn der Neuzeit ging die Krankheit zurück.¹¹ Der Aussatz ist eine bakterielle Infektionskrankheit, die sich in Veränderungen an der Haut und den Nervensträngen bemerkbar macht, die Ansteckung wurde wie andere Krankheiten auch auf die Sünden der Menschen zurückgeführt. Da man glaubte, die Verbreitung erfolge durch die Luft, wurden die Kranken ausgesondert, also „ausgesetzt“. Zudem galt Aussatz als erbliche Krankheit, vermeintlich wurde so auch die Vererbung der Sünden manifestiert.¹² Das 3. Lateranische Konzil von 1179 legte erstmals ein sogenanntes Aussätzigenrecht fest, in dem die Formen der Aussetzungen einen rechtlichen Status bekamen. Dem Kranken entzog man die bürgerlichen Rechte, er war für die Gesellschaft tot. War er verheiratet, wurde seine Ehe aufgelöst, er musste Stab und Klapper nehmen und ging in ein so genanntes Siechenhaus, das sich vor der Stadt befand.¹³ Stab, Klapper und eigene Schüssel waren die wichtigsten Gegenstände für den Kranken: der Stab diente ihm dazu, auf Sachen zu deuten, die er kaufen wollte, die Klapper kündigte seine Ankunft an und in die Schüssel bekam er Nahrung, so dass keinerlei Berührung mit dem Aussätzigen erforderlich war.

In Durlach wurde den Leprakranken zum Zeichen, dass sie entmündigt waren, vor dem Eintritt in das Siechenhaus eine Schaufel Sand vor die Füße geworfen. Ihre Kleidung bestand aus einem schwarzen Umhang, an den zwei weiße wollene Hände an Brust und Kopfhülle aufgenäht waren, auch mussten sie eine Klapper tragen. Das Durlacher Gutleutehaus war zur Unterbringung der Leprakranken vorgese-

hen.¹⁴ Als Symptome treten zunächst Hautrötungen und -veränderungen auf, dann Gewebeerstörungen mit Verstümmelungen vor allem an den Fingern und Zehen. Eine Therapie gab es nicht. Die Ansteckungsgefahr war so groß wie bei der Pest, die Krankheit konnte sich aber über Jahrzehnte hinziehen.

Pest

Die Pest, auch Schwarzer Tod genannt, verbreitete sich in den Jahren 1347/48 von den Häfen des Mittelmeerraumes aus. Zwischen 1348 und 1351 verlor Europa durch die Pest ein Drittel seiner Bevölkerung, zumal auch die vorangegangene Bevölkerungsvermehrung und eine Welle von Hungersnöten die Verbreitung forcierten.¹⁵ Da die Pest bereits zu dieser Zeit als eine immer wiederkehrende Erscheinung gesehen wurde, ergriffen die Städte fortan Gegenmaßnahmen. Durch den zunehmenden Handel per Schiff waren insbesondere die Hafenstädte betroffen, die Isolationen einrichteten, später Quarantänen¹⁶ genannt, um die weitere Verbreitung zu verhindern. Zunächst waren 30, später 40 Tage Isolation vorgesehen.¹⁷

Die Pest trat in den Formen der Lungen- bzw. Beulenpest auf, wobei die Lungenpest durch Tröpfcheninfektion übertragen wurde. Sie hatte immer einen raschen und auch tödlichen Verlauf, die Infizierten verstarben innerhalb weniger Tage. Das Krankheitsbild umfasste eine schwere Lungenentzündung mit blutigem Auswurf. Die Beulenpest dagegen wurde durch den Ratten- bzw. Menschenfloh übertragen. Nach einer zwei- bis fünf-tägigen Inkubationszeit kam ein allgemeines Unwohlsein mit Fieber, Schüttelfrost und starken Kopfschmerzen auf. Viele der Infizierten starben schon am ersten oder zweiten Tag an Entkräftung und dem daraus resultierenden Herzkreislauf-Versagen.¹⁸

In die Nähe von Durlach rückte die Pest vermutlich erst mit ihrem zweiten Zug 1623 und 1626, als Grötzingen und Langensteinbach betroffen waren. Zwischen 1627 und 1628 war die Pest fast im ganzen Amt Durlach ausgebrochen. Daraufhin wurden 16 Krankenschwestern und acht Totenbahrenträger bestellt sowie genaue Anweisungen über den Umgang mit den Pestkranken formuliert.¹⁹ Anscheinend war zu dieser Zeit auch ein Arzt vorhanden, was beim erneuten Auftreten der Pest 1648 nicht mehr der Fall war.²⁰ Als am Beginn des 18. Jahrhunderts die Pest von Frankreich einzufallen drohte, stellte man im Oberamt Durlach Wachen und Streifen gegen „Zigeuner, Gauner und dergl. liederliches Gesindel auf“²¹, da man die Pestübertragung durch unkontrolliert herumreisende Personen fürchtete. Aufgelistet waren in dieser Verfügung auch die sogenannten „Malefizkosten“, also Kosten für die Betreuung von Kranken.

Eng mit den Pestzügen gingen auch Totentänze zusammen, die mit Musik, in Prosa und Versen gedichtet, vorgetragen wurden. Hier sieht man ganz deutlich, dass schon zu jener Zeit die Kunst den Menschen dabei half, mit dem Tod fertig zu werden. Gleichzeitig galt der mittelalterliche Totentanz aber auch als Abwehr und Beschwörung gegen die verheerende Pest. Das Massensterben durch die Pest war deshalb eng verbunden mit dem Auftauchen der Totentänze und ihrer weiteren Verbreitung.²²

Antoniusfeuer

Das Antoniusfeuer wurde durch einen giftigen Pilz in der Roggenähre ausgelöst. Es befiel das Nervensystem und wurde durch eine schwarze Verfärbung der Haut sichtbar, die dann wie verbrannt aussah. Deswegen nannte man die Krankheit auch „Ignis Sacer“ (Heiliges Feuer).

Der Tod kam meistens durch einen Krampfanfall, die Krankheitsursache wurde erst im 17. Jahrhundert erkannt.²³

Weitere Krankheiten zu Beginn der Neuzeit

In der Neuzeit brachte die Entdeckung und Bereisung neuer Länder auch neue Infektionskrankheiten nach Europa. Dazu gehörten Fleckfieber, Syphilis, Englischer Schweiß, Mäsem und Pocken.

Fleckfieber entstand vermutlich schon im Mittelalter, fand aber erst im 16. Jahrhundert weitere Verbreitung genauso wie die Syphilis („Franzosenkrankheit“).

Der Englische Schweiß trat im Jahre 1485 in England auf, hatte daher seinen Namen und verbreitete sich dann weiter durch ganz Europa.²⁴

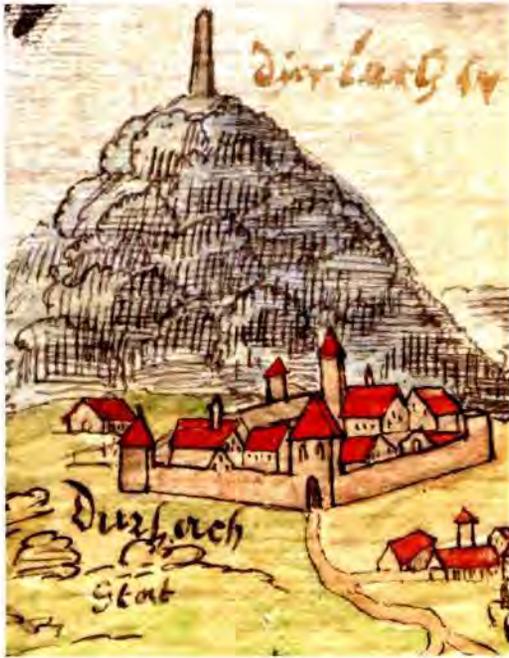
Die Versorgung und Unterbringung von Kranken

Hilfe bei Krankheiten konnte man im Mittelalter auf verschiedenen Wegen erhalten, indem man einen Arzt rief, zum Bader ging oder aber sich in einer speziellen Einrichtung unterbringen und versorgen ließ. Die Versorgung durch einen Arzt konnte sich meist nur die Oberschicht leisten. So hatten die badischen Markgrafen selbstverständlich eigene Leibärzte, die sie jederzeit rufen konnten (medizinische Berufe siehe unten).

Man unterschied im Mittelalter bei der Unterbringung von Kranken zunächst drei Einrichtungen: Spitäler (Hospitäler), Pest- und Leprosenhäuser. Die Begriffe Spital und Hospital stammen von dem mittellateinischen *hospitalis* (gastlich). Das Hospital war zunächst mit einem Kloster oder Stift verbunden und wurde von einer Genossenschaft von

Hospitalitern betrieben. Ideelle Grundlage für diese Versorgung von reisenden Fremden, Pilgern, mittellosen, kranken und invaliden Arbeitsunfähigen in Spitälern oder Hospitälern war das christliche Karitas-Gebot.²⁵ Ein Vorsteher, der sogenannte Spitalmeister, hatte die Entscheidung über eine mögliche Aufnahme. So wurden außer Aussätzigen, die wie erwähnt in speziellen Siechen- oder Gutleuthäusern untergebracht wurden, „Kranke allerlei Art“ aufgenommen ebenso wie Verletzte, die dann der Stadtwundarzt behandelte.²⁶ Mit dem Wachstum der Städte entstanden auch weltliche Bürgerspitäler als Unterbringungsorte für Kranke. Sie waren in den Städten umso notwendiger, da dort die Haus- und Familienverbände teilweise fehlten. Das Spital, das in jeder mittelalterlichen Stadt angesiedelt war, diente in erster Linie dazu, armen alten Menschen öffentlich und wohltrüg zu helfen. Erst gegen Ende des Mittelalters wurden auch kranke aber nicht ansteckende Menschen im Spital behandelt.²⁷ Aus den Glaubensgemeinschaften und Laienbruderschaften, die in den Spitälern bzw. Hospitälern tätig waren, entstanden oftmals die späteren Krankenpflegeorden.²⁸ Für Karl Baas war „das mittelalterliche Hospital mehr eine Versorgungsanstalt denn ein Krankenhaus, insbesondere das sogenannte Reichenhospital. Hingegen nahm das Gutleuthaus nur Kranke auf, die untereinander auch alle Verrichtungen besorgen mussten, welche sonst dem Dienstpersonal zufielen.“²⁹

In Durlach wurde zwischen 1485 und 1495 für die Errichtung eines Spitals gesammelt. Da das Spital 1495 von der Stadt mit Erlaubnis und Förderung des Markgrafen Christoph I. von Baden „von nuwem“ erbaut wurde,³⁰ muss ihm schon ein älteres Haus vorangegangen sein.³¹ 1497 begann man mit dem Bau und stellte auch eine Hausordnung auf, die unter Androhung des Hausverweises Kranke und Pfründner dazu verpflichtete, einen ehrbaren



Älteste Ansicht von Durlach, um 1560 (Ausschnitt). Links vom Turm der Stadtkirche ist ein weiterer Turm zu sehen, vermutlich der Turm der Spitalkirche.

Lebenswandel zu führen sowie regelmäßig zu beten. Der sogenannte Spitalmann und seine Frau waren zur Pflege des Hauses und zur Verpflegung der Bewohner angestellt. Zum Spital gehörte auch eine Spitalkirche, beides bauten Schultheiß, Bürgermeister, Gericht und Rat der Stadt Durlach „zu Ehren der Jungfrau Maria und der 14 Nothelfer“³². Sie stand zwischen der Adler- (heute Ochsentor-) und der Jägerstraße.³³ All dies belegt den engen Zusammenhang zwischen religiösem Leben und Kranken- bzw. Armenpflege. Das Spital besaß Land, das teilweise sogar von den im Spital untergebrachten Bewohnern gestiftet worden war, die sogenannten Spitaläcker. Außerdem überließen viele der Aufgenommenen dem Spital ihr Vermögen.³⁴ Die Einnahmen und Ausgaben des Spitals mussten genau dokumentiert werden, Lebensmittel genauso wie Einrichtungsgegenstände.³⁵ Nachdem Spital und Spitalkir-

che im Pfälzischen Erbfolgekrieg 1689 zerstört und nicht wieder aufgebaut worden waren, nutzte man das sogenannte Spinnhaus in der Jägerstraße als Spital. 1783 wurde die Selbstverwaltung des Durlacher Spitals aufgelöst und die Einrichtung in ein Gutleutehaus „für arme kranke und gebrechliche Personen“ überführt.³⁶ Erst 1824 kaufte die Stadt das spätere Spitalgebäude gegenüber dem „Roten Löwen“ in der Spitalstraße, das bis 1923 bestand.³⁷

Daneben gab es in Durlach an der Straße nach Grötzingen das erstmals 1532 erwähnte Gutleutehaus³⁸. Gutleutehäuser oder Leprosorien waren mittelalterliche Spezialkrankenhäuser überwiegend zur Aufnahme von Aussätzigen bzw. Kranken mit Ansteckungsgefahr, auch Sterbende wurden aufgenommen. Einer Verordnung von 1679 zufolge mussten „Arme und Kranke, die sterbend auf der Gasse lagen, von da mit Losament (Logie), Holz, Licht und Geliger (Lager) mindestens aus Stroh bestehend verpflegt werden“. Die Kosten dafür teilten sich Hof- und Stadtalmosen. Der Gutleutehausmann erhielt Geld sowie Getreide, Wein, Stroh, freie Wohnung mit Garten. Holz, Wald und Fron war für ihn frei, die Herrschaft lieferte das Brennholz.

Karl Baas berichtet, dass es in Durlach sogar zwei Gutleutehäuser gab, „eines in den Feldern gegen das heutige Karlsruhe, eines nach Grötzingen hin; das Gutleutehaus von Ettlingen hin wiederum befand sich an der Straße nach Durlach.“ Weiter schreibt er: „Auf diese Weise könnten vom Bodensee bis zum Neckar und Main zahlreiche Malazhäuser, wie man sie auch nannte, angeführt werden, unter deren gemeinsamen Eigentümlichkeiten eine darin bestand, dass sie alle vor den Orten, etwa zehn Minuten von den bewohnten Häusern entfernt, lagen.“³⁹ Die Häuser befanden sich also immer etwas außerhalb der Ortschaften, um die Ansteckung der gesunden Bevölkerung zu vermeiden, aber immer nah genug an den



Ansicht von Durlach, Stich von Matthäus Merian, 1643. Mit dem Buchstaben H kennzeichnet er das Spital.

Siedlungen, um die Versorgung zu gewährleisten. Das Gutleutehaus an der Straße Richtung Grötzingen wurde vermutlich 1769 abgerissen.⁴⁰

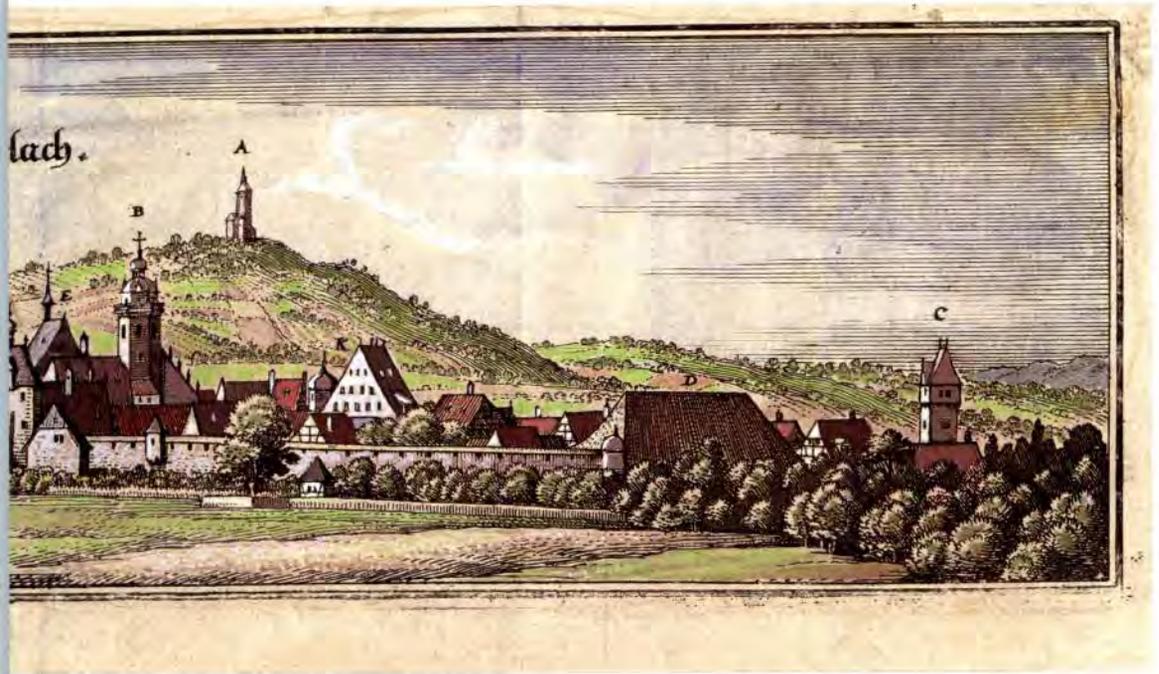
Medizinische Berufe

Bereits im Mittelalter gab es verschiedene medizinische bzw. heilkundige Berufe.

Ärzte

Der Begriff Arzt kommt von dem mittellateinischen *arciater*, griechisch *archiatros*, und wurde zur Zeit Karls des Großen übernommen. Die medizinische Versorgung der meisten Menschen im Mittelalter beschränkte sich auf die Unterbringung in Spitälern oder anderen Ein-

richtungen sowie die Behandlung von Krankheiten durch Bader und Barbieri (siehe oben). Studierte Mediziner gab es zwar schon, sie behandelten aber nur die zahlungskräftigeren oberen Bevölkerungsschichten. In größeren Städten gab es schon Ärzte, sonst waren sie aber eher selten anzutreffen. Das Ständebuch von Jost Amman von 1568 beschreibt den Beruf des Arztes im ausgehenden Mittelalter wie folgt: „Ich bin ein Doctor der Arzney, an dem Harn kan ich sehen frey, was krankheit ein Menschen thut beladen, dem kann ich helfen mit Gottes gnadn ...“⁴¹ In Durlach bzw. in Baden gab es zusätzlich die Leibärzte der Markgrafen, ansonsten waren in Baden wissenschaftlich ausgebildete Ärzte jedoch selten.⁴² Die einzigen Universitäten, die eine medizinische Ausbildung anboten, waren zu dieser Zeit Montpellier, Bologna und Padua.⁴³ Vorher waren die weltlichen Medizinschulen



in Salerno und Toledo maßgebend. In Montpellier ist tatsächlich ein Durlacher Mediziner ausgebildet worden, so finden wir in den dortigen Unterlagen aus dem Jahr 1378 „Wernharus de Durlach dictus vigil scholars in medicina“.⁴⁴ Meist dauerte das Studium der Medizin fünf Jahre inklusive der Chirurgie.⁴⁵ Die bestimmende Lehre von den Krankheiten im Mittelalter war die Humoralpathologie Galens, an der sich Diagnostik (Pulslehre, Uroskopie) und Therapie (Evakuationsmethoden: Aderlass, Schröpfen, Abführen, Erbrechen) ausrichteten.⁴⁶ Noch 1767 sagt Christian Ludwig Schweickhard in seiner Schrift „Ueber den Zustand des Wundarzneiwesens im Badischen“ Folgendes: „Damit aber die Jungen auf die Medicin und Chirurgie sich legende Leute umso gewisser aufmerksam sind und fleißig bei denen Lectionen seien: So wollen wir, dass, da von denen Medicis sich diversese ohnehin



Ein Arzt bzw. Doktor in der Zeit um 1568, dargestellt im Ständebuch von Jost Amman.

verstehet, alle Chirurgen und Badere, welche in Unsern Fürstlichen Landen ihre Aufnahme Meisterannahme suchen, bei dem Examine, auch die Osteologie an den Scelete und einen cursum anatomicum in Ermangelung eines Cadaveris en partibus brutorum demonstrieren, oder, wenn sie hierinnen nicht gut bestehen, nicht angenommen.“

In den frühmittelalterlichen Hospitälern gab es oftmals Ärztinnen ohne Studium, meist in Verbindung mit dem Beruf der Hebamme, so wie Hildegard von Bingen, die als die erste deutsche Ärztin und Naturforscherin gilt. Oftmals wurden Hausmittel auch von heilkundigen Frauen verwaltet, die allerdings von den akademischen Bereichen eher ausgegrenzt waren.⁴⁷

Bader und Barbieri

Der mittelalterliche Normalbürger musste sich mit niederen Heilberufen begnügen: Bader/Barbierer, Feldscherer, Wund- oder Schnittärzte – von akademischen Ärzten meist als Stein- und Bruchschneider beschimpft – waren für die Krankenversorgung zuständig. Sie erlernten in einer dreijährigen Ausbildung neben dem Bartscheren auch medizinische Arbeiten wie Aderöffnen, Schröpfköpfe setzen, Binden rollen, Pflaster streichen und Beinbrüche richten. Die Bader waren die ersten Heilkundler, erst ab dem 11. Jahrhundert grenzten sich die Barbieri von ihnen ab.⁴⁸ So nutzte man die Badestuben nicht nur zur Reinigung, sondern auch für medizinische Bäder (Schwitz- und Kräuterbäder), die mit Schröpfen und Reiben (Massieren), aber auch mit Rasieren, Haarschneiden und Kopfwaschen verbunden waren. Laut Eberhard Fritz übernahm der Bader die „medizinische Grundversorgung der Gemeinde“.⁴⁹ Er ließ zur Ader, behandelte Vereiterungen, Pestbeulen und Zähne, durfte

seine Gäste mit Salben behandeln, Blutegel und Schröpfköpfe ansetzen und Zugpflaster auflegen, Klistiere geben und Geschwüre ausquetschen, Zähne ziehen und zur Ader lassen. Die Badegäste bekamen Speisen sowie Getränke serviert und wurden zudem mit Spiel und Gesang unterhalten. Von den Ärzten (*medici*) unterschieden sich beide Berufe dadurch, dass sie ihre Kunst als Handwerk erlernten und auch nur zur Ausübung der Chirurgie berechtigt waren. Diese Tätigkeit wurde im Laufe der Zeit von einer eigenen Berufsgruppe, den Chirurgen, ausgeübt. Land- und Stadtchirurgen wurden auch in Durlach seit dem 16. Jahrhundert angestellt und besoldet.⁵⁰ Die Aufgaben der Chirurgen waren zum Teil riskante, aber sehr gewinnbringende Eingriffe, wie Luftröhrenschnitte, Operationen entzündlicher Lei-



Szene aus einer Badestube; der Bader setzt Schröpfköpfe an. Darstellung aus dem Ständebuch von Jost Amman aus dem Jahr 1568.

den im Brustraum, im Unterleib und an den Genitalien, ferner Amputationen und die Versorgung von Knochenbrüchen. Die Durlacher Land- und Stadtchirurgen wurden von der Stadt entlohnt und waren am Ende des Mittelalters üblich.⁵¹

In Durlach gab es bereits 1287 die erste Badestube, deren Übergang aus dem Besitz des Landesherrn in den des Klosters Herrenalb, das sie an einen Bader verpachtete, in diesem Jahr urkundlich festgehalten ist. Im 16. Jahrhundert waren die Badestuben in städtischem Besitz und wurden verpachtet, so zum Beispiel im Jahr 1551 an den Bader Quirin Vester. Vermutlich bestanden im 16. Jahrhundert in Durlach mehrere Badestuben, deren Lage heute nicht mehr festzustellen ist.⁵²

In den sogenannten Medizinalordnungen waren genaue Vorschriften festgelegt, die Bader, Barbierer und Chirurgen zu befolgen hatten. Für Durlach findet sich aus dem Jahr 1536 eine sogenannte Baderordnung, die dem Bader präzise Leitlinien auch für die Behandlung von Krankheiten gab:

„Es soll ein Bader geloben und schwören, dass er und sein Gesind, einem jeden, er sei fremd oder heimisch, arm oder reich, um sein Badgeld tue, was ihm zuträde und gebühre und er zu tun schuldig, es sei mit Wassergeben, Zwagen oder Schröpfen. Damit sich niemand, weder fremd noch heimisch wie dann bisher beschehen, nicht zu beklagen habe.

Item der Bader soll auch bei seinem Eid schuldig sein, wo er unsaubere Personen erkenn, die ins Bad schon wollten, als welche mit den Franzosen- oder anderen schädlichen Krankheiten befleckt, dieselben auszutreiben und keineswegs zu gedulden. Dazu wo er etwas Unsauberkeit in dem Wasser, so in das Bad fließt oder sonst an anderm, so den Badenden schädlich, erfuhre, das soll er einem Bürgermeister jederzeit anzeigen und keineswegs verschweigen.

Es soll sich auch der Bader jederzeit mit guten, geschulten Scherern, Schröpfern und Badknechten versehen, damit, wann er nicht zugegen, dass dennoch nichtsdestoweniger die Badestube versehen wird und sich soviel möglich befließigen, selbst in der Badestube zu sein, auch dieselben mit Kübeln und anderm Geschirr nach Notdurft versehen.

Item der Bader soll auch jederzeit, wann Mangel an Wasser, solches dem Bürgermeister anzeigen, damit vorschafft wird, dass im bad zu allen Zeiten kein Mangel an Wasser erscheine.

Es soll auch ein Bader für sich selbst, dazu sein Weib, Knecht und alles Gesinde anhalten, dass sie alles, ihnen von Badgästen vertraut und aufzuheben geben wird, solches auf ihr Erfordern, wann sie ausgebadet, wiederum unversehrt und ohne Mangel geben und zustellen, dergestalt, dass niemand des Endes vom Bader oder den Seinen zu klagen habe.“⁵³

Interessant ist in der Verordnung auch der Verweis auf die schon unter Krankheiten erwähnte Syphilis (Franzosenkrankheit), die zu dieser Zeit schon als weit verbreitet und ansteckend galt, ebenso wie andere Geschlechtskrankheiten. Die Verbreitung von weiteren ansteckenden Krankheiten am Ende des Mittelalters, aber auch die den Badehäusern oftmals unterstellte Sittenwidrigkeit führten letztendlich zur Schließung dieser Institutionen.⁵⁴

Badestuben stellten eher eine zeitlich begrenzte Einrichtung dar, während des Mittelalters blieb das Baden zunächst im Gegensatz zum Römischen Reich auf den privaten Raum beschränkt. Vornehmlich im 14. Jahrhundert breiteten sich öffentliche Badestuben aus, das Baden wurde nun laut Eberhard Fritz mehr und mehr zu einer „alltäglichen Angelegenheit“.⁵⁵ In der zweiten Hälfte des 16. Jahrhunderts machten sich Konflikte sowie eine größere Konkurrenz unter den Badern bemerkbar, im 17. Jahrhundert folgten vermehrt auch im

süddeutschen Raum Probleme durch die kriegsbedingte Verbreitung von Krankheiten, insbesondere Geschlechtskrankheiten. Zudem hatten die Bader mit einem größeren Brennholzmangel zu kämpfen, was ebenfalls dazu führte, dass viele Badestuben eingingen.⁵⁶ Friz weist die These, dass Badestuben immer mit Bordellen zusammenhängen, zurück und beschränkt dies auf die größeren Städte.⁵⁷ Dafür sprechen auch die in Durlach vorhandenen Medizinalordnungen für die Bader. Badestuben wurden zum genauen Gegenteil angelegt, nämlich damit sich Unsauberkeit und Seuchen nicht weiter ausbreiteten.⁵⁸

Hebammen

Ein weiterer spezialisierter Berufszweig waren die Hebammen. Die Geburt eines Kindes fand normalerweise immer im Haus der Gebärenden statt, außer wenn die Frau verwitwet oder ledig war. Für die Arbeit der Hebammen wurden ähnlich wie bei den Badern genaue Ordnungen aufgestellt. So legte das Durlacher Rechtsbuch von 1636 Folgendes fest:

„Die Hebammen sollen bei yren Trew und Ayiden, so oft und dick⁵⁹ sie zu schwangern Frauen berufen werdenn, denselben ires besten Vermögens, Wissens und Vleiß, helffenn, damit sie die Kind an die Weld bringent und alles das thunt, radten und helfennt, das zur Erhaltung des Kindes und [der] Kindpetterin dienstlich, nützlich und fürdersam seyi. Und als sie Gott dem Allmächtigen darumb antworten wollen, darzu die Tag, so sie nach altem Bruch einer Kindpetterin beywohnen und zugegen schuldig, sollen sie nicht underlassenn, sondern dasselbig alles den Armen als den Reichenn getreulich usrichtenn und dermaßen sich halten, dass man ihnen ehr und gut vertrauwen doerf und was sie in eynem Hus hörent, das zu Zancke, Begehrung oder Widerwillen dienen

moocht, das sollen sie nit in das annder schwätzen und sich in allen Dingenn fromblich und beschaydenlich halten.“⁶⁰ Trotz dieser Vorschriften war die Sterblichkeit von Kindern und auch ihren Müttern sehr hoch, bis zu 50 % der lebend Geborenen starben als Kleinkind.⁶¹ Später wurden die Hebammen den Stadtärzten unterstellt. Noch die Badische Hebammenordnung von 1795 sagt aus, dass die Hebammen „in Einigkeit und Freundschaft leben, einander weder verunglimpfen noch unhöflich begegnen, und da es in der Willkühr einer jeden Schwangeren steht, diejenige Hebamme zu wählen, zu welcher sie das meiste Zutrauen hat, so soll sich keine durch Schmeicheleien, Versprechungen, Grosthun u. dgl. Aufdringen, oder eine andere zu verdrängen suchen.“⁶²

Apotheken

Der Begriff Apotheke kommt aus dem Lateinischen bzw. Griechischen; er bedeutet zunächst Warenlager oder Speicher. Ursprünglich besorgten die Bader, Barbieri und Ärzte auch die Heilmittel, die sie aus gesammelten und getrockneten Kräutern u. ä. herstellten.⁶³ Kräuter galten als Heilmittel gegen leichtere Krankheiten, ansonsten nutzte man den Aderlass.⁶⁴ Im Laufe des Mittelalters wurden Bader/Barbieri in der Medizinherstellung von den Apothekern abgelöst, die Mitglieder der Krämerzunft waren. Spätestens seit dem 13. Jahrhundert gab es in den größeren Städten Apotheken. Auch für die Apotheker findet sich im Ständebuch von Jost Amman eine Beschreibung: „Ich hab in meiner Apoteckn viel Martern, die leiblich schmecken, Zucker mit Würzen ich conficier, mach auch Purgatzen und Clistier. Auch zu stercken den krancken Schwachn, kann ich mancherley Labung machen, Das alles nach der Arzterath, Der seinen Brunn gesehen har.“⁶⁵



Blick in eine Apotheke,
Darstellung von Jost Amman aus dem Jahr 1568.

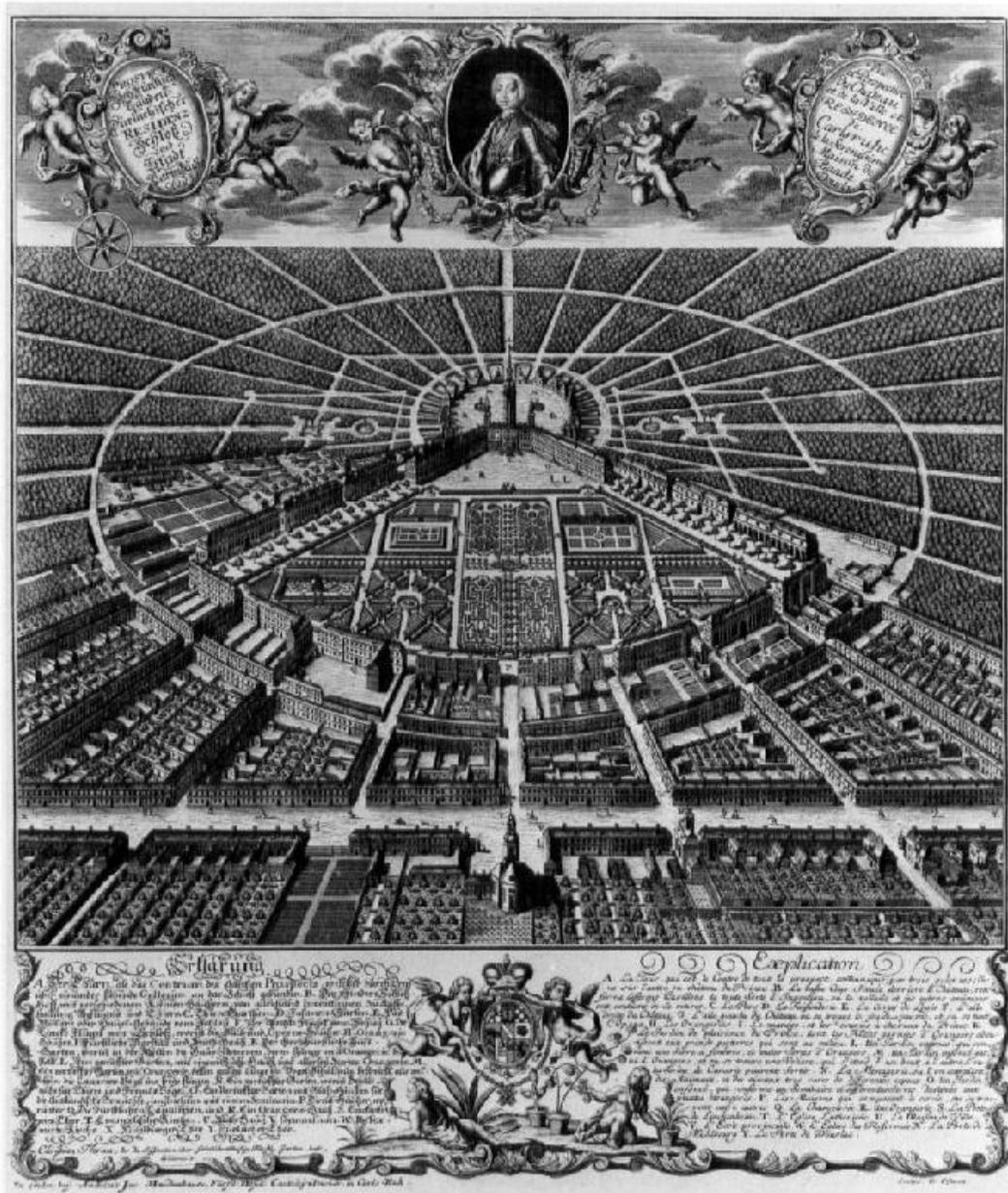
Zusammenfassung

Bis zu Beginn der Neuzeit hatten sich Medizin und Krankenversorgung zu einem differenzieren Gewerbe mit verschiedenen Spezialberufen entwickelt. In Durlach gab es für die Unterbringung von Kranken spätestens seit Ende des 15. Jahrhunderts ein Spital, außerdem wirkten damals bereits Ärzte, Bader, Barbierer und Chirurgen im Gesundheitssektor. Seit dem 16. Jahrhundert war darüber hinaus durch Apotheken eine kontinuierliche Versorgung mit Heilmitteln gesichert.

Was erst in den folgenden Jahrhunderten geleistet werden konnte, war der entscheidende Schritt der Medizin von spekulativen Theorien über Krankheiten und ihre Ursachen sowie einer Behandlung bestenfalls nach Erfahrungswerten hin zu einer Disziplin, die auf der Basis der Naturwissenschaften die Ursachen der Krankheiten entdeckte und darauf aufbauend effektive Therapien entwickelte.

Als erste Apotheke wird in Durlach im Jahr 1563 die Stadtapotheke (später Einhornapotheke) am Marktplatz erwähnt, sie blieb bis zum Ende des 17. Jahrhunderts die einzige. Ab 1683 gibt es eine zweite, die heutige Löwenapotheke.⁶⁶ Noch 1677/1678 klagte der Durlacher Johann Philipp Zachmann gegen die geplante Einrichtung einer zweiten Apotheke.⁶⁷ Karl Gustav Fecht zitiert, dass die Einkäufe „derjenigen Waaren, welche an sich keine Arzneien waren, ... von zwei Doctoren beglaubigt wurden“.⁶⁸ Erst dann durften sie als ausgesprochene Apothekerware verkauft werden.

In den Jahren 1694/1695 war allerdings die Medikamentenversorgung in Durlach so schlecht, dass Bürgermeister und Rat der Stadt die Markgräfin Augusta Maria in Basel baten, den dortigen Hofapotheker Paul Anton Zinknagel nach Durlach zu senden.⁶⁹



Die Stadtsicht von Süden von Christian Thran, 1739.

CHRISTINA WAGNER

Die medizinische Versorgung in der jungen Residenzstadt und die ersten Spitalgründungen bis 1803

Die medizinische Versorgung der Zuzüglergesellschaft

Während in Durlach die mittelalterlichen Strukturen in der Armen- und Krankenversorgung bis ins 18. Jahrhundert überdauerten, waren die gesellschaftlichen Rahmenbedingungen in der neu gegründeten Residenzstadt Karlsruhe völlig andere: Hier war die städtische Gesellschaft und damit auch ihre Infrastruktur erst im Aufbau befindlich. Eine aus dem Mittelalter überkommene kommunale Rechtsordnung fehlte ebenso wie eine Armen- und Krankenversorgung.¹

Langfristig bot sich die junge Residenzstadt dem Landesherrn damit als Plattform an, auf der sich die im 18. Jahrhundert aufkommenden medizinischen Innovationen schnell umsetzen ließen, was sich insbesondere in den vom Karlsruher Bürgertum mitgetragenen Reformen der zweiten Jahrhunderthälfte zeigte.

Nach der 1715 erfolgten Stadtgründung zog es zunächst überwiegend Tagelöhner und Bauhandwerker nach Karlsruhe, junge und ledige Personen, die am Aufbau der Stadt verdienen wollten. Erst nach dem Umzug des Hofes 1717 begann sich eine städtische Gesellschaft zu etablieren. Unterstützt wurde dieser Prozess durch die jedem Bürger auferlegte Pflicht, in Karlsruhe ein vorgegebenen Bauvorschriften entsprechendes Haus zu erbauen.² Bis 1720

hatten sich 119 bürgerliche Ehepaare mit insgesamt 284 Kindern eingefunden, außerdem zwei bürgerliche Witwen und fünf ledige Bürger.³ Bei den übrigen Personen der inzwischen auf etwa 2.000 Personen angewachsenen städtischen Gesellschaft handelte es sich um Hintersassen, Tagelöhner und Diensthoren. Ungeachtet der Tatsache, dass die Einwohnerzahl Karlsruhes damit noch weit hinter der von Durlach lag, die sie auch erst in der zweiten Hälfte des Jahrhunderts überrunden konnte,⁴ wurde ganz offensichtlich, dass es nun auch in Karlsruhe, wie in anderen Baden-Durlacher Städten, einer medizinischen Versorgung bedurfte.

Unter den ersten Zuzüglern befand sich der 39-jährige Arzt Johann Andreas Eichrod aus Stuttgart. Mit seiner Frau und seinen vier Kindern wohnte er seit dem 20. Februar 1718 in einem vorschriftgemäß großzügig erbauten Haus am Vorderen Zirkel in unmittelbarer Nähe des Schlosses.⁵ Bereits einige Wochen darauf wurde er am 9. Mai auf markgräfliches Geheiß zum „Stadtphysicus“ bestellt und ihm als Chirurg „Operateur“ Gebhardt, wohnhaft in der Kreuzgasse, zur Seite gestellt.⁶ Damit waren die in der Markgrafschaft geltenden Richtlinien hinsichtlich der medizinischen Versorgung einer städtischen Bevölkerung erfüllt und Karlsruhe im Vergleich zu anderen Baden-Durlacher Regionen medizinisch durch-

aus gut versorgt.⁷ Während der *Physicus* als Akademiker vor allem für die Innere Medizin zuständig war, fielen dem Chirurgen die wundärztlichen und chirurgischen Eingriffe zu. Bis in die Mitte des 18. Jahrhunderts wurden diese Tätigkeiten von Badern bzw. Barbieren ausgeübt.⁸ Da sich in Karlsruhe bis zu diesem Zeitpunkt bereits zwei Barbieri niedergelassen hatten, galt nun für diese, dass die wundärztliche Versorgung in Karlsruhe primär dem offiziell bestellten Chirurgen vorbehalten war.⁹ Für die gesamte Markgrafschaft erfolgte die Verdrängung der Bader aus der Heilkunde erst mit einer Verordnung im Jahre 1769.¹⁰

Die medizinische Versorgung wurde mit der Anstellung einer Hebamme im Sommer 1719 vervollständigt.¹¹ Damit war auch die Geburtshilfe in der neuen Residenzstadt obrigkeitlich geregelt. Schon im Folgejahr erging ein Erlass, in welchem die Hebammen in der Markgrafschaft Baden-Durlach den *Physici* bzw. akademischen Hebammenmeistern unterstellt wurden.¹² Die traditionell von erfahrenen, aber nicht ausgebildeten „Beifrauen“ geleistete Geburtshilfe sollte, wie auch das Wundarzneiwesen, sukzessive durch medizinisch ausgebildetes Personal betreut werden.¹³

Die ersten Apotheken

Unter den Zuwanderern der ersten Jahre befanden sich auch zwei Apotheker: Der 38-jährige Georg Friedrich Stahl aus Heilbronn wurde am 20. Dezember 1718 zum Bürger angenommen. Im September des nächsten Jahres folgte der 40-jährige Apotheker Johann Friedrich Schelling – ebenfalls aus dem Württembergischen.¹⁴ Zur Führung einer Apotheke bedurfte es gemäß der baden-durlachischen Landesordnung von 1654 eines landesfürstlichen Privilegs. Dabei sah sich der Landesherr verpflichtet, die Zahl der Apotheken zu be-

schränken. Angesichts der hohen Verantwortung, die ein Apothekeninhaber für die Gesundheit der Stadtbevölkerung trug, und der Vertrauensstellung, die er bei ihr erwerben musste, sollte das Monopol sein Auskommen sichern.¹⁵ So lag es nahe, in Karlsruhe zunächst nur eine Apotheke zu privilegieren. Geschickt band Markgraf Karl Wilhelm das Privileg an den Bau eines Hauses am Zirkel. Dort musste im Gegensatz zu den anderen Straßen zweistöckig und damit wesentlich aufwändiger gebaut werden. Georg Friedrich Stahl hatte Ende 1718 bereits ein Haus in der Adlergasse erworben. Ihm gelang es nicht, ein weiteres Haus am Zirkel als Apotheke aufzubauen. Stattdessen arbeitete er in den folgenden Jahren als „Materialist“.¹⁶ Damit beschränkte er seine pharmazeutische Tätigkeit auf den Handel mit Heilmitteln, die im 18. Jahrhundert oftmals aus mehr oder weniger seriösen, auf die optische und sensorische Wirkung zielende Substanzen bestanden. Die Haupttätigkeit der Apotheker, das Herstellen von Präparaten nach ärztlicher Verordnung, durfte er ohne Privileg nicht ausüben.¹⁷ Der inzwischen zum Stadtrat gewählte Apotheker Schelling hingegen bat um Exemption (Befreiung von Steuern und Quartierlasten) sowie das Apothekermopol und versprach dafür in einem Zirkelhaus seine Apotheke einzurichten. Als Nachweis seiner Befähigung wies er ein Attest aus seiner Heimatstadt Neuffen vor, aus dem hervorging, dass er dort als Chirurg und Apotheker tätig gewesen war und als Gerichtsverwandter städtische Ämter begleitet hatte. Das überzeugte Markgraf Karl Wilhelm, der ihm das gewünschte Privileg ausstellte mit der Einschränkung, dass Schelling Monopol und Exemption verliere, wenn es ihm nicht gelänge, das Haus am Zirkel zu bauen.¹⁸

Bisher hatten Schelling und seine siebenköpfige Familie in einem Haus am Mittleren Zirkel gewohnt.¹⁹ Zwei Jahre arbeitete er dort

als erster Karlsruher Apotheker. Letztendlich gelang es ihm jedoch nicht, einen Apothekerbau am Zirkel zu erstellen. 1721 verlor er sein Privileg und verkaufte im Mai 1722 sein unter den Karlsruhern als „Apotheke“ bezeichnetes Haus an einen Berufskollegen.²⁰ Dieser durfte die Apotheke, da er selbst kein Privileg besaß, nicht weiterführen. Schellings Scheitern war nicht untypisch in der jungen bürgerlichen Zuzüglergesellschaft, in der vor allem den ausländischen Neubürgern trotz der ihnen wie den Landeskindern zugebilligten landesherrlichen Privilegien und Subventionen die Etablierung schwer fiel.²¹

Zwei Jahre dauerte es, bis erneut ein Apotheker um ein Privileg bat. Noch als Apothekergeselle bewarb sich Johann Ernst Kaufmann mit dem Verweis auf seine Ausbildung. Sieben Jahre, schrieb er, sei er in der „Fremde“ gewesen, z. B. in den Städten Straßburg, Mannheim, Mainz, in der Landgrafschaft Hessen-Kassel sowie in Dresden. Danach absolvierte er eine dreijährige Lehre in der Zinkernagel'schen Apotheke in Durlach. Mit dieser Ausbildung entsprach er den Anforderungen der Apothekerordnung, doch gab Kaufmann gleich zu bedenken, dass er nicht im Stande sei, ein Zirkelhaus zu bauen. Diesmal wurde jedoch „in Ansehung seiner Eltern und da er ein Landeskind sei“ eine Ausnahme gemacht und Kaufmann „eine besondere Gnade angedeihen gelassen“. Er erhielt für sein Haus in der Langen Gasse, gegenüber dem späteren Rathaus, die Exemption sowie das Apothekerprivileg.²²

Kaufmann reüssierte, wurde 1730 Ratsmitglied sowie Karlsruher Bürgermeister (1733–38 und 1744–46)²³ und konnte seine Apotheke 1739 erheblich vergrößern.

Gemeinsam mit der Hofapotheke, die bereits 1719 dem Durlacher Apotheker Greber²⁴ übertragen und im Schloss bzw. ab den 60er-Jahren in der Hofbibliothek im östlichen Schlossbezirk untergebracht war,²⁵ diente die

Karlsruher Stadtapotheke ab 1769 als Ausbildungsstätte für das letzte Lehrjahr der Apothekerlehre.²⁶

Die ersten Spitäler

Noch war man auch in der Markgrafschaft Baden-Durlach in der mittelalterlichen Vorstellung verhafter, Spitäler dienten in erster Linie der Armen- und Altenversorgung. Insofern handelte es sich bei den ersten Spitalgründungen in Karlsruhe um Maßnahmen, die in Zusammenhang mit der Unterbringung von Armen bzw. der Bekämpfung der Bettelei standen. Vom Karlsruher Oberamt, welches in den Gründungsjahren die Aufsicht über die städtische Ordnung führte, wurde bereits in den 1720er-Jahren der Vorschlag gemacht, ein Armenhaus im Westen der Stadt vor dem Mühlburger Tor einzurichten. Dort, noch außerhalb der Stadtgrenzen, befand sich bereits eine Herberge für reisende arme Juden, das auch als jüdisches Bettelhaus diente.²⁷ Der Grund, weshalb es ausgerechnet für Juden, nicht aber für Christen, eine solche Einrichtung gab, lag in der hohen Zahl an jüdischen Zuwanderern. Das den ersten Karlsruher Bürgern zugedachte Bürgerrecht sah nämlich – anders als in anderen Städten – für Juden dieselben Privilegien wie für Christen vor. Damit war die Attraktivität der neuen Residenz insbesondere für herumziehende Juden sehr hoch.²⁸

Die jüdische Herberge wurde vom Karlsruher Judenschullehrer Jacob Cander betrieben, der sich und seine achtköpfige Familie darüber hinaus durch die in Karlsruhe recht lebhaften Handelsgeschäfte ernährte.²⁹ Die Lage des Hauses schien dem Oberamt für ein Armenhaus und Hospital ideal, und so versuchte es 1726 Cander zu nötigen, sein Haus zu verkaufen. Anlass bot ein Diebstahl, der von einem

in Canders Haus beherbergten Juden verübt worden war und welcher nun aus Sicherheitsgründen zur Schließung der Herberge führen sollte. Der Kaufpreis des Hauses wurde geschätzt und sollte über eine Stiftung eines in Holland verstorbenen Durlacher Bürgers finanziert werden. Der Handel kam letztendlich nicht zustande, da man sich über den Kaufpreis nicht einigen konnte,³⁰ doch der Standort des ersten Karlsruher Armenspitals stand damit fest. Vor dem Mühlburger Tor hatten sich bis Jahrhundertmitte noch andere Zuwanderer niedergelassen, so z. B. der Schneider Christof Preßle, der auch als Totengräber tätig war und vermutlich beruflich bedingt sein Haus vor der Stadt gebaut hatte, sowie der Wirt Ludwig Ermel, der die Weißhirschwirtschaft führte.

Preßle verkaufte sein Haus im Dezember 1732 an Johann Adam Wenck aus Unteröwisheim. Das Haus war vorschriftsgemäß, d. h. nach dem vorgegebenen Modell errichtet worden. Hinter dem Haus befand sich ein größeres Gelände, das beim Kauf mit berücksichtigt wurde. Aus dem Kaufpreis von 620 Gulden ist ersichtlich, dass es sich um einen durchschnittlichen Besitz gehandelt hatte.³¹ Käufer Wenck nutzte den Kauf jedoch nur als Spekulationsobjekt, so dass die Stadt im Folgejahr das Haus erwerben und nun endlich mit Hilfe des Stiftungskapitals eine Herberge für Arme und Kranke einrichten konnte. Im oberen Geschoss waren vier Räume für die Bedürftigen vorgesehen, im unteren Geschoss wohnte der von der Stadt angestellte Krankenwärter.³² Nach dem Bau des Rathauses (1728) und des Schulhauses (1731) waren damit die wesentlichen kommunalen Einrichtungen in Karlsruhe vorhanden.

Doch in den folgenden Jahren wurde das Haus nicht wie vorgesehen von alten und kranken Karlsruhern, sondern von Soldaten genutzt, was nahe lag, da diese im Krankheitsfall ohne versorgende Familie waren. Dem Stadt-

rat konnte das nicht recht sein, da das Militär dem Landesherrn unterstand, er damit die Verfügungsgewalt über das Hospital verlor. Nach einigem Streit wurde 1738 seitens des Landesherrn zugunsten des Militärs entschieden.³³ Als Militärlazarett oblag dem Spital nun die Aufgabe, die Soldaten wieder wehrfähig zu machen – es hatte somit erstmals die Funktion eines „Krankenhauses“ inne.³⁴ Das dem Haus zugehörige Grundstück sowie das an den Weg nach Beiertheim angrenzende Flurstück wurden künftig als Lazarettgarten genutzt. Erst 1753 wurde dort einem Vorschlag des Oberamtes entsprechend auf landesherrliche Kosten wieder ein Raum für städtische Kranke eingerichtet.³⁵ Diese Maßnahme zeigte, dass die Krankenfürsorge der Residenzstadt endgültig in der Zuständigkeit des Landesherrn und nicht in der des Stadtrates lag.

Pläne für das Karlsruher Bürgerhospital

Bis zur Jahrhundertmitte hatte sich die politische Situation für die Baden-Durlacher Residenzstadt grundlegend geändert. 1738 starb der Stadtgründer Markgraf Karl Wilhelm. Nach einer Interimszeit bis 1746 folgte ihm sein erst 18-jähriger Enkel Karl Friedrich auf den Thron. Geprägt war der junge Regent einerseits durch die tief religiöse Erziehung seiner evangelisch-lutherischen Großmutter Magdalene Wilhelmine von Württemberg, andererseits hatte er seit 1743 Studienreisen durch Frankreich, Holland und England unternommen, die ihm die neuen Ideen der Aufklärung nahe brachten.

Längere Zeit wurde in der Forschung diskutiert, ob man Markgraf Karl Friedrich, wie etwa den preußischen König Friedrich der Große oder die österreichische Kaiserin Maria Theresia – angesichts seiner pietistisch-paternalistischen Überzeugung – tatsächlich zu den

aufgeklärten Absolutisten zählen kann und somit sein politisches Handeln den Maximen der Aufklärung folgte. Johan van de Zande überwand schließlich den Widerspruch mit folgender Synthese: „Karl Friedrich, der fürstliche Resident im neu erbauten Karlsruhe, übre seine Herrschaft vernunftgemäß aus und hielt gleichzeitig sich selbst für den autoritären Vater seines Volks.“³⁶ Vernunftgemäße Politik im Sinne des Kant'schen Imperativs verpflichtete den Fürsten, mittels Reformen für das „Gemeine Beste“ der Untertanen zu sorgen. Neben Reformen im Rechts- und Bildungswesen waren es ausdrücklich auch Maßnahmen in der Gesundheitsfürsorge, welche die aufgeklärten Absolutisten durchführten.³⁷ Denn der aufgeklärt-philantropische Armutsdiskurs hatte deutlich gemacht, dass Krankheit als Ursache für Arbeitsunfähigkeit eines der höchsten Armutsrisiken barg. Mit eigenen Worten formulierte Karl Friedrich im Dezember 1764 diese Überlegungen so: „Es sind Zeichen, dass ein Land gut regieret werden ..., wenn man keine Bettler antrifft, weil ein jeder, der gesund ist und grade Glieder hat, durch Arbeit sein Brot verdienen kann, die Kranken und Krüppel aber in Hospitäler versorget werden“.³⁸

Kennen gelernt hatte der Baden-Durlacher Markgraf die modernen Hospitalprojekte vor allem in England, wo seit 1740 systematische Verbesserungen im Bereich des Hospitalbaus erprobt wurden.³⁹ Aber auch in Preußen war mit der 1727 eröffneten Berliner Charité ein großer und ansehnlicher Bau entstanden, der ursprünglich zwar als Pestlazarett geplant war, dann jedoch außer einem Militärlazarett und einem Pfründnerheim bereits ein Krankenhaus mit 200 Betten, eine Geburtshilfeabteilung sowie zwei Infektionsstationen beherbergte.⁴⁰ Mit diesen modernen Abteilungen, die zur Heilung von Kranken eingerichtet wurden, war bereits der Weg zum modernen Krankenhaus beschritten. Die Anbindung an ein

Pfründnerheim verwies hingegen noch auf eine traditionelle Hospitalkonzeption.

Auch in Karlsruhe bestand zunächst der Plan, die institutionelle Verbindung zwischen Armen- und Krankenhaus aufrecht zu erhalten. Nach einem 1758 entstandenen Entwurf aus der Hand des Rentkammerpräsidenten Reinhardt von Gemmingen sollte das Karlsruher Hospital zwölf Arme und Kranke aufnehmen, für deren Wohl nicht nur ein Mediziner und ein Chirurg, sondern auch weiteres Personal sorgen sollten. Dafür hätten die männlichen Insassen, sofern arbeitsfähig, auf einer eigens dafür angelegten Maulbeerbaumanlage arbeiten müssen. Maulbeerbäume dienten im 18. Jahrhundert der Seidenraupenzucht, mit welcher die Seidenproduktion betrieben wurde. Für die Frauen war vorgesehen, dass diese sich ihr Auskommen durch Spinnen von Flachs und Hanf verdient hätten. Zugleich sollte in diesem Gebäude auch eine Schule für arme Kinder eingerichtet werden.⁴¹ Das unter dem Begriff „Hospitalprojekt“ laufende Konzept barg damit die Leitlinien des 1785 eröffneten Spinn- und Arbeitshauses, nicht aber die des in den 80er-Jahren realisierten Karlsruher Hospitals.

Für dessen Konzeption wurden in den folgenden Jahren ganz andere Rahmenbedingungen entscheidend: Mit dem Ausbau der Residenzstadt wuchs die Bevölkerung rasch, und nach 1765 war abzusehen, dass mit dem Tod des kinderlosen katholischen Markgrafen Karl August von Baden-Baden die badischen Lande wiedervereint und Karlsruhe die Residenzstadt eines nicht nur doppelt so großen, sondern nun auch gemischtkonfessionellen Territoriums werden würde. Künftig sahen die vornehmlich vom bürgerlichen Geheimrat Johann Jakob Reinhardt formulierten Überlegungen ein Hospitalprojekt vor, das sich vor allem „ohnvermögliher“ Kranker aller drei christlichen Konfessionen widmen sollte.

Unter den „ohnvermöglihen“ Kranken subsumierte Reinhardt in erster Linie aus dem Umland stammende Diensthöten und Handwerksesellen, die ohne Familienanschluss und damit im Krankheitsfalle ohne pflegende Verwandte in der Stadt lebten.⁴²

Die Einbeziehung des reformierten und katholischen Bekenntnisses hatte in Karlsruhe durchaus Tradition. Immerhin wurden Mitglieder beider Konfessionen mit den Lutheranern gleichberechtigt als Karlsruher Bürger angenommen und durften Kirchengemeinden in der Stadt gründen. Für das gemischtkonfessionelle Hospitalprojekt erwies es sich jedoch als großer Vorteil, dass in der jungen Residenzstadt keine traditionellen Rechtsverhältnisse beachtet werden mussten. Im katholischen Mannheim etwa, wo Lutheraner und Reformierte ebenfalls toleriert waren, führten die Kirchengemeinden jeweils eigene konfessionell gebundene Hospitäler.⁴³

Die Öffnung des Hospitals für die Karlsruher Katholiken legte nun nahe, dass sich die katholische Kirchengemeinde an den Kosten des Spitals beteiligte, zumal sie – als Entgegenkommen – zeitgleich den Bau eines neuen Bet- und Schulhauses vom Landesherrn genehmigt bekam.⁴⁴ Ein weiterer finanzieller Zuschuss zu dem inzwischen als Finanzierungsgrundlage gegründeten Hospitalfonds bestand in einer baden-badischen Stiftung, die mit dem Erbfall wirksam werden sollte. Die Planungen mündeten schließlich in dem erstmals 1768 formulierten markgräflichen Stiftungsbrief.⁴⁵ In dessen Einleitung wird betont, dass die Finanzierung des Hospitals direkt an eine Kollekte der katholischen Gemeinde Karlsruhe im In- und Ausland geknüpft sei. In der Tat hatten sich die Karlsruher Katholiken in den 60er-Jahren als erfolgreiche Spendenbeschaffer erwiesen. Mit Unterstützung des Speyerer Fürstbischöfs Kardinal Franz Christoph von Hutten (1706–1770) war es ihnen gelungen,

für ihre Bauvorhaben in Karlsruhe namhafte Spenden von weltlichen und geistlichen Landesherrn katholischer Konfession zu erhalten, was vermutlich die Begehrlichkeit des lutherischen Landesherrn weckte.⁴⁶

Dafür wies der Stiftungsbrief in mehreren Punkten explizit auf die religiöse Toleranz hin, die im Hospital herrschen sollte. So sollten die Mitglieder aller drei Konfessionen nicht nur die gleichen Chancen zur Aufnahme ins Hospital besitzen, sondern dort auch eine identische Betreuung erfahren. Wie ernst es Markgraf Karl Friedrich mit der – übrigens auch von der Aufklärung geforderten – religiösen Toleranz war, zeigt, dass Ärzte und Pfleger auf diesen Passus vereidigt werden sollten. Außerdem wurde im Stiftungsbrief betont, dass es zu keinen Missionierungsversuchen kommen dürfe und die Gläubigen ungehindert durch ihre jeweiligen Pfarrer mit Sakramenten zu versorgen seien. Der Personenkreis, der Aufnahme finden sollte, war nun eindeutig auf Kranke beschränkt. So solle dieses Spital „nach dem bei anderen dergleichen Stiftungen bemerklichen Fehler, keineswegs zu einer Freystätte alter Müßiggänger und Aushäusere“ werden.⁴⁷ „Blose Armuth“ sollte nicht für eine Aufnahme genügen, der Arme müsse vielmehr mit einer Krankheit, „so sie bettlägrig machet ... befallen sein“, und nach der Genesung das Hospital wieder verlassen. Kranke mit Angehörigen wurden generell von der Aufnahme ausgeschlossen, es sei denn, dass der Patient für alle Kosten seines Aufenthaltes aufkommen wollte. Dieser Passus war im Prinzip nicht notwendig, da er allenfalls die Unterschicht betraf, die sich ohnehin diesen Aufenthalt nicht leisten konnte. Für wohlhabende Bürger hingegen kam es nicht in Frage, sich im Hospital ärztlich betreuen zu lassen. Bis über das 18. Jahrhundert hinaus war es selbstverständlich, dass Kranke, deren Versorgung zu Hause gewährleistet war, dort vom Arzt besucht wurden.⁴⁸

Eine weitere Gruppe von „Patienten“ wurde im Stiftungsbrief eigens aufgeführt: Schwangere, die vor der Entbindung ihren Ehemann verloren hatten und deshalb auf sich allein gestellt waren, oder Frauen mit komplizierten Schwangerschaftsverläufen, sollten kostenfrei im Hospital niederkommen. Dies sollte jedoch nicht nur den Schwangeren von Nutzen sein, sondern auch der Hebammenausbildung dienen, da die Entbindungsabteilungen im 18. Jahrhundert in erster Linie Ausbildungsstätten für junge Hebammen waren. Daher wurden sie von den Frauen nur in Notfällen genutzt.⁴⁹

Auffällig ist, dass einem ins gleiche Jahr datierenden Entwurf des Stiftungsbriefes zu Folge auch einheimische und fremde Frauen, die ledig schwanger geworden waren, im Hospital kostenfrei entbinden hätten können. Als Begründung wurde angeführt: „Jeder wird begreifen, daß die Ursache, solches zu erlauben, in der Absicht beruhet, das Abreiben und den Mord derer unschuldigen Kinder zu verhüten, und wenigstens denen, welche ihr erstes Verbrechen mit dem zweiten vermehren, keinen Schein der Entschuldigung übrig zu lassen.“⁵⁰ Dieser von den philanthropischen Idealen der Aufklärung getragene Einschub findet sich in dem vom Markgrafen unter dem 22. November 1768 datierten Stiftungsbrief nicht mehr.

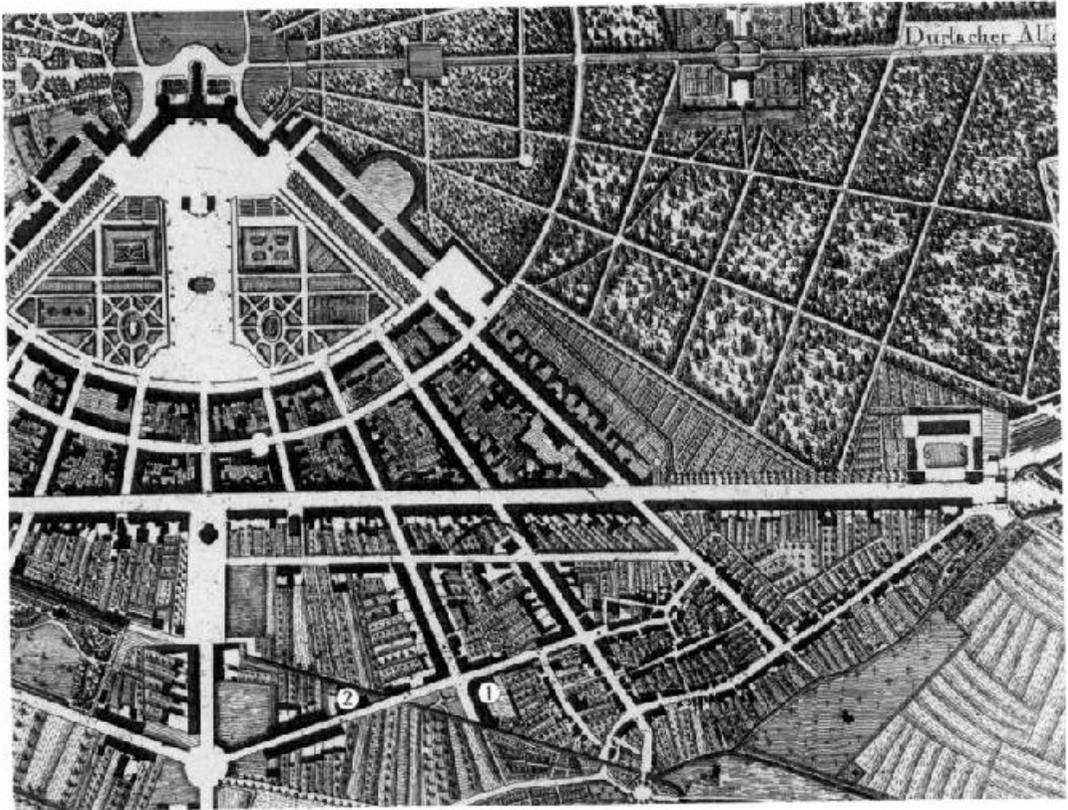
Doch da weder die Kollekte der katholischen Gemeinde noch die der inzwischen von der evangelischen Gemeinde eingeforderten Sammlung nennenswerte Geldbeträge einbrachte, wurde das Projekt „Stiftungsbrief“ zunächst eingestellt, wenngleich die darin formulierten Grundsätze ihre Gültigkeit bewahrten.⁵¹

Der Spitalbau

Es sollte noch über zehn Jahre dauern, bis die im Stiftungsbrief enthaltenen Vorschläge um-

gesetzt werden konnten. 1771 trat der erwartete Erbanfall der Markgrafschaft Baden-Baden ein, durch den die Zuwanderung von Arbeitskräften aus dem südlich an die Karlsruher Gemarkung angrenzenden katholischen Landesteil wuchs. Die katholische Gemeinde Karlsruhe hatte inzwischen 1.000 Gulden in den Hospitalfonds eingezahlt und damit weder die von ihr angebotene Summe von 2.000 Gulden noch den einst zur Diskussion gestandenen Betrag von 40.000 Gulden in Gänze erbracht. Da der Spitalbau unabdingbar erschien, entschloss sich Markgraf Karl Friedrich, die Baukosten aus der landesherrlichen Kasse zu bestreiten, forderte dabei jedoch die offenen 1.000 Gulden seitens der katholischen Gemeinde ein. Nachdem diese nochmals 600 Gulden beigesteuert hatte, wurden ihr die verbliebenen 400 Gulden im Jahre 1793 erlassen.⁵² Letztendlich lag damit der katholische Beitrag zum Spitalbau bei insgesamt 1.600 Gulden. Viel wichtiger als der finanzielle Zuschuss war jedoch eine in diesem Zusammenhang erfolgte Grundstücksrückerstattung: Bereits 1764 hatte die katholische Gemeinde den in ihrem Besitz befindlichen, hinter der reformierten Kirche und dem Gymnasium gelegenen „Primavesischen Garten“ unentgeltlich dem Landesherrn zurückgegeben.

Dieses Gelände war für die inzwischen geplante Stadterweiterung nach Süden von zentraler Bedeutung. Seit Mitte der 60er-Jahre wurden die östlichen Radialstraßen über die Lange Straße hinaus sukzessive als Bauland ausgewiesen. Das war nicht unproblematisch, da die den ersten Karlsruher Bürgern oftmals kostenfrei überlassenen Äcker und Gärten inzwischen als Spekulationsobjekte genutzt wurden und der Landesherr sie nun zu hohen Summen zurückkaufen musste.⁵³ Zwischen 1765 und 1767 begann die Ausweisung an der verlängerten Kronengasse. Die parallel zur Langen Straße führende, meistens unter dem



Ausschnitt eines Stadtplans aus dem Jahr 1793. Zu erkennen sind (1) das Bürgerhospital nördlich des Landgrabens, mit seinem längeren Südflügel an diesen angrenzend und (2) das Militärhospital, südlich des Landgrabens, mit seinen nördlich gelegenen Nebengebäuden ebenfalls an diesen angrenzend.

Namen „Querallee“ in den Quellen genannte Straße (später Zähringer Straße) war gegen 1780 bis zum Kirchhof der reformierten Gemeinde eröffnet. Die verlängerte Adlergasse führte man 1782 bis zur Durlacher-Tor-Straße fort. Ein Jahr zuvor war bereits die Spitalstraße als Pendant zur Erbprinzenstraße vom Rondell über die verlängerte Adlergasse, die Ruppurrertorstraße bis nach Klein-Karlsruhe geplant worden.⁵⁴ Nicht mehr am Mühlburger Tor, sondern hier im neu eröffneten Siedlungsareal, direkt am Landgraben, sollte das neue Hospital zu stehen kommen.

Zur Planung des neuen Gebäudes war eigens eine Prüfungskommission eingerichtet worden. Ihr gehörten die Karlsruher Hof- und

Leibärzte Dr. Johann Christoph Buch⁵⁵ und Dr. Franz Matthias Troxel von Sauerberg⁵⁶ sowie der Oberamtsphysikus Dr. Christian Ludwig Schweickhard⁵⁷ an. Die Kommissionsmitglieder machten es sich nicht einfach. Gemeinsam führen sie nach Bruchsal, um dort das Krankenhaus der Barmherzigen Brüder besichtigen zu können. Im Dezember 1776 war dieses Spital als Krankenhaus für arme Kranke des Hochstifts Speyer von Fürstbischof August Graf von Limburg-Styrum gegründet worden. Da ihm keine Pfründneranstalt mehr angeschlossen war, galt es als modern. Allerdings verfügte es nur über zwölf Betten und stand – da es sich bei den Ärzten und Pflegern um Ordensmitglieder handelte – nur männlichen

Patienten offen.⁵⁸ Die Kommission informierte sich hier insbesondere über die Inneneinrichtung und die Aufteilung der Räume.⁵⁹

Darüber hinaus wurde Schweickhard nach Straßburg geschickt, wo er sein Studium absolviert hatte. Die dortige medizinische Fakultät galt in jenen Jahren als äußerst fortschrittlich. So schrieb Goethe, der 1770 Straßburg besuchte: „Die Medizinische Fakultät glänzt überhaupt vor den übrigen, sowohl in Absicht auf die Berühmtheit der Lehrer, als die Frequenz der Lernenden ...“⁶⁰ Am Straßburger Bürgerhospital konnte man außerdem auf die Erfahrungen mit einer seit 1728 bestehenden modernen Entbindungsabteilung zurückgreifen.⁶¹ Schweickhard stellte das Karlsruher Spiralprojekt in Straßburg vor. Mit einem Schreiben seines ehemaligen Anatomieprofessors Lobenstein, der das Projekt mit der Pariser Charité verglich und der die Errichtung einer dritten Etage vorschlug, kehrte er nach Karlsruhe zurück. Zahlreiche weitere Gutachten wurden eingeholt, auf Basis derer die Kommission im Frühjahr 1782 einen abschließenden Bericht formulierte. Wie in Bruchsal sollte das Karlsruher Spital in erster Linie für arme Kranke eingerichtet werden. Denn, darauf weist der Bericht eingangs hin, die bisher in Karlsruhe erfolgte ambulante Behandlung armer Kranker – bei kostenfreiem Medikamentenbezug und weiterer finanzieller Unterstützung – löse das eigentliche Problem armer Kranker nicht. Selbst wenn ein solcher bisher durch Geld unterstützt wurde, „so fehlte es ihm entweder an gehöriger Wartung, niemand konnte ihm die seiner Krankheit angemessene Speise zubereiten, seine Lagerstätte war ein zeretzter Strohsack auf einer dürren Bank. Auch die gratis empfangenen Arzneien wurden entweder nicht in der Ordnung gereicht, weil die Frau entweder mit den Kindern überladen, oder Holz zu holen, zu Tagelöhnern und ihren kranken Mann den ganzen Tag seinem Schick-

sal zu überlassen genötigt war“, so das düstere Resümee des Berichtes zur bisherigen Lage. Die obrigkeitliche Fürsorgepflicht, die dem aufgeklärten Absolutismus eigen war, sah sich hier in einer doppelten Verantwortung. Einerseits sollten jedem kranken Untertan menschenwürdige Rahmenbedingungen zur Gesundung geboten werden. Andererseits sicherte der Landesherr sich damit die rasche Wiederherstellung der Arbeitskraft seiner Untertanen.

In einem Hospital konnte die diätische und medikamentöse Versorgung der nicht familiär versorgten Kranken überwacht werden. Aber auch chirurgische Eingriffe sollten möglich sein, da neben den Krankenzimmern auch eine Operationsstube geplant war. Zentrales Thema des Kommissionsberichtes bildete die Belegung der Zimmer, die den Krankheitsbildern entsprechend erfolgen sollte: Unterschieden wurde zwischen „hitzen“, d. h. febrigen, chronischen und ansteckenden Krankheiten. In der vermutlich nach Straßburger Vorbild geplanten Entbindungsstation sollten die Schwangeren von den Wöchnerinnen getrennt werden und eine Abteilung für Alte eingerichtet werden. Die räumliche Separation der infektiösen Patienten war ein dringendes Anliegen der Zeit. Wohl auch aus diesem Grunde sollten im Erdgeschoss allenfalls Kranke mit leichten Symptomen untergebracht werden, ansonsten waren hier die Verwaltungs- und Wirtschaftsräume vorgesehen. Hinsichtlich der Bettenzahl hatte man sich auf 30 Betten für Zivilpersonen und – institutionell getrennt – 40 Betten für Militärangehörige festgelegt.⁶²

Mit der haultichen Ausführung wurde der Karlsruher Baumeister Wilhelm Jeremias Müller betraut. Müller stammte aus einer fränkischen Zimmermannsfamilie, die sich auf den Bau von Mühlen spezialisiert hatte. Nach seiner Zimmermannslehre bildete sich Wil-

helm Jeremias Müller in Ansbach zum Baumeister weiter. Bevor er Ende der 1740er-Jahre nach Karlsruhe kam, war bereits sein Bruder als Hofschmied in der Baden-Durlacher Residenz tätig. Vermutlich über diesen erhielt er Kontakt zum Hof und arbeitete zunächst als Zeichner bei Albrecht Friedrich von Keßlau, dem Erneuerer des Karlsruher Schlosses. Bereits 1754 wurde er zum Bauinspektor im Rang eines Rechnungsrates ernannt. 1760 baute er sich ein repräsentatives Haus am Zirkel/Ecke Waldhornstraße, in das dann das Zeichenbüro des fürstlichen Bauamtes verlegt wurde. Dort entwarf er die Pläne für das Durlacher Tor (1772), für den Neubau der Reformierten Kirche (1775), die spätere Garnisonskirche, das Jagdzeughaus (1777–1779) und das Archivgebäude am Zirkel (1780–90).⁶³ Anfang der 80er-Jahre entstand auch der Plan zur Errichtung des Spitalgebäudes, und 1782 wurde der Grundstein gelegt.

Dabei war Wilhelm Jeremias Müller nicht nur durch die genauen inhaltlichen Vorgaben der Kommission, sondern auch durch den Zuschnitt des Grundstücks in seiner Bauplanung sehr eingeschränkt. Gegen Süden durch den Landgraben begrenzt, bildete das Grundstück keine rechteckige Form. Müller entschloss sich, den Hauptbau als Flügelbau an den beiden Straßen entlang zu ziehen und dann am Landgraben einen dritten Trakt im stumpfen Winkel abzuknicken. Der zum Spitalplatz zeigende Südflügel war als Hauptgebäude mit sechzehn Fenstern ausgeführt, während der zur Spitalstraße zeigende Nordflügel mit acht Fenstern nur halb so lang maß. Eine sechseinhalb Fuß (ca. 2 Meter) breite steinerne Treppe führte von der an der Straßenkreuzung abgeschrägten Gebäudeecke zum Eingang hinauf. Dem Eingang gegenüber lag zwischen den Gebäudeflügeln eingeschoben die Haupttreppe, die beide Flügel bediente. Der dritte Trakt am Landgraben verfügte über eine eigene Ne-



Wilhelm Jeremias Müller

bentreppe. In den beiden oberen Geschossen waren die Krankenzimmer und die Aufenthaltsräume der verschiedenen Abteilungen untergebracht. Hierbei wurden die Geschlechter getrennt. Nur die Chirurgiepatienten waren gemeinsam untergebracht, da „chirurgisch Kranke sich schwerlich aus ihrem Bette zu jemandem anderen verfügen könnten“.⁶⁴ Im Nordflügel war das erste Obergeschoss mit den Infektionskranken belegt. Darüber befand sich im zweiten Obergeschoss zur Straßenseite hin ein Aufenthaltsraum für Genesende, während zum Hof hin Schlafzimmer eingerichtet waren. Im ersten Obergeschoss des Südflügels lag die chirurgische Abteilung, darüber waren Patienten mit Hautausschlag untergebracht. Im Nebengebäude am Landgraben befand sich die Abteilung für Geschlechtskrankheiten. Die Krankenzimmer verfügten über jeweils acht

Betten, während in den beiden Schlafsälen für Genesende 24–28 Betten standen. Im Erdgeschoss befanden sich alle Wirtschafts- und Verwaltungsräume. Da hier der Grundriss durch die medizinisch bedingte Einteilung der Obergeschosse vorgegeben war, konnte die Raumeinteilung nicht zweckmäßig erfolgen, so dass der Erdgeschossgrundriss unübersichtlich und ungeordnet wirkte. Links neben dem Haupteingang lagen durch gewölbte Gänge verbunden die Medikamentenräume und Bügelstuben sowie, durch eine Tür vom Spital getrennt, die Wohnungen des Verwalters und des Wundarztes. Rechts vom Treppenhaus befand sich die Küche mit Stuben für Mägde. Nach einem Querkorridor mit Ausgängen zum Spitalplatz und zum Hof folgten Wäschekammern, Einkleide- und Abstellräume. Im dritten Trakt waren zum Landgraben hin Bäder und Toiletten, gegenüberliegend auf der Gartenseite das Verwaltungsbüro eingerichtet.⁶⁵

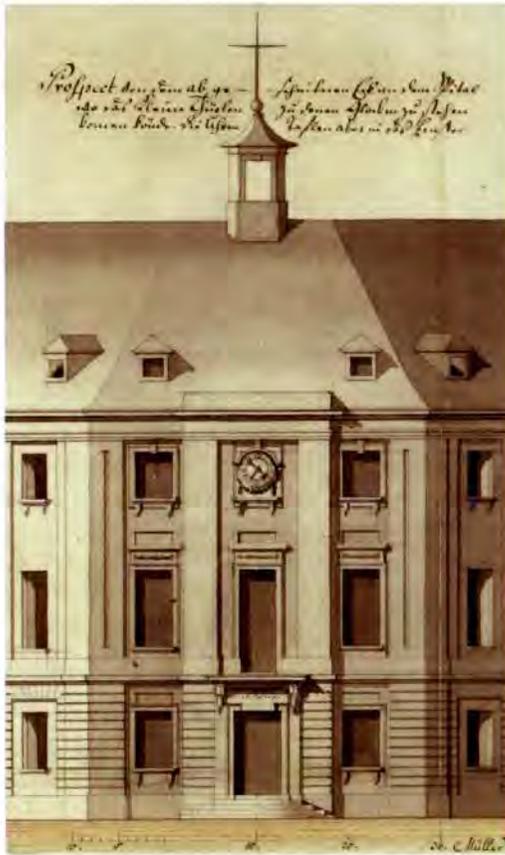
Insgesamt bot das Spital Platz für 150 Betten, wovon nur sechs für die Chirurgie, 44 für Genesende und die übrigen für innere Krankheiten vorgesehen waren. Damit war man mit der Bettenzahl weit über die ursprünglich geplante Zahl von 70 hinausgegangen. Auch der Vergleich mit zeitgleich erbauten Hospitälern zeigt, dass das Karlsruher Hospital gut ausgestattet war: Das Bürgerkrankenhaus in Wiesbaden, zwischen 1785 und 1789 erbaut, bot 136 Kranken Platz, das Allgemeine Krankenhaus Bamberg (1787–1789) hatte 125 Betten, das Juliuspital in Würzburg verfügte nach seinem Umbau (1787–1793) über 160 Betten.⁶⁶

Vor allem aber die sanitäre und technische Ausstattung erwies sich als auf der Höhe der Zeit. In allen Abteilungen gab es Toiletten, die einen direkten Abfluss in den benachbarten Landgraben hatten. Aus diesem Grund war vermutlich auch gerade dieses Grundstück für das Hospital gewählt worden. Beheizt und be-

lüftet wurden die Räume über ein modernes Rohrsystem. In jedem Raum befand sich ein Kachelzugofen, in den mit Hilfe eines von der Außenfassade kommenden Rohres Luft angesaugt wurde. Im Winter konnte die Luft erwärmt werden und im Sommer wurde damit Frischluft zugeführt. Hier war Müller das in seiner Familie durch den Mühlenbau erworbene Wissen um Mechanik und Hydraulik zu Gute gekommen.

Nach sechs Jahren Bauzeit war das Hospital im Dezember 1788 bezugsreif. Schon zu Jahresbeginn waren Klagen über die Enge im alten Spital am Mühlburger Tor laut geworden. Es hieß, dass eine dort lebende Magd wahnsinnig geworden und periodisch auf die anderen Kranken losgestürzt sei. Auch vor der Ansteckungsgefahr der Geschlechtskranken fürchtete man sich.⁶⁷ Angesichts dieser Umstände erstaunt es nicht, dass die Inbetriebnahme des Hospitals rasch und ohne große Einweihungsfeierlichkeiten vollzogen wurde. Allein eine Notiz im Karlsruher Wochenblatt verkündete zum 30. April 1789, dass der Betrieb im Hospital seit dem 15. Dezember des Vorjahres laufe.

Die Baukosten beliefen sich ohne Einberechnung der Fuhrleistungen, des Bauholzes und der Sandsteine auf 43.801 Gulden, die vom Landesherrn übernommen wurden. Die Stiftung zugunsten eines Hospitals war in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts nicht außergewöhnlich. 1763 etwa hatte ein Bürgerlicher, der Frankfurter Arzt Johann Christian Senckenberg, mit der Gründung des Bürgerhospitals in Frankfurt ein Zeichen gesetzt.⁶⁸ Nicht geklärt blieb allerdings, wie die laufenden Kosten des Spitals gedeckt werden sollten. Anfangs dachte man an die Nutzung des Hospitalfonds. Doch wurde berechnet, dass die Finanzierung von 30 Patienten ein Kapital von 110.000 Gulden verschlingen würde. Da das Kapital des Spitals 1789 gerade einmal bei



Bürgerhospital, Vorderansicht mit Türmchen.

11.000 Gulden lag, war abzusehen, dass die Finanzierung der Hospitalkosten für arme Kranke anders gelöst werden musste.⁶⁹ (s. Dienstbotenkasse, S.44–47)

Der Spitalbau wirkte äußerlich schlicht. Den einzigen Schmuck des Gebäudes bildeten die an den Mauerflächen verlaufenden Lisenen sowie die zur Straßenkreuzung abgeschrägte Wand, welche sich – wie auch die drei mittleren Achsen der Längsfront am Spitalplatz – als Haupteingangspartie hervorhob. So konnte es dem baulichen Charakter nur nutzen, als im Jahr 1792 beschlossen wurde, über dem Haupteingang ein kleines Türmchen mit Uhr aufzusetzen. Auf dem Spitalplatz fand inzwischen

der Klein-Karlsruher Wochenmarkt statt, wodurch der Platz eine zentrale Funktion erhielt. Die Uhr wurde im zweiten Obergeschoss an die Stelle des Fensters gesetzt. Über ihr verschönerte das mit einer Glocke versehene Türmchen den Dachfirst und kennzeichnete damit das Zentrum des Gebäudes.⁷⁰

Der Hospitalbetrieb

In den ersten beiden Wochen bis zum Jahresende 1788 waren alleine 62 Personen im Hospital aufgenommen worden.⁷¹ Da tatsächlich jedoch nur 50 Betten aufgestellt worden waren, muss davon ausgegangen werden, dass sich zu keinem Zeitpunkt mehr als 50 Patienten im Hospital aufgehalten hatten. Vermutlich war der Andrang zunächst auf die Anziehungskraft, die einer neuen Einrichtung anhaftet, zurückzuführen, denn im Folgejahr wurden insgesamt nur 102 Patienten gezählt. Diese Belegungszahl galt auch für die folgenden beiden Jahre. Von den 62 Patienten wurden immerhin über 70 % noch in demselben Jahr als geheilt entlassen, acht Personen verstarben, und sieben mussten über den Jahreswechsel im Spital bleiben.

Bei ihrer Aufnahme legten die Patienten ihre persönliche Kleidung ab. Diese wurde in der Kleiderkammer bis zu ihrer Entlassung verwahrt. Als Spitalkleidung erhielten die Männer eine weiße baumwollene Kappe, ein Hemd, einen Schlafrock aus Baumwolle, ein Paar warme Hosen sowie Strümpfe, Pantoffeln und ein Taschentuch. Die Frauen bekamen eine Haube, ein Halstuch, ein Hemd, eine Bettweste, einen Wollrock, Baumwollstrümpfe sowie ebenfalls Pantoffeln und Taschentuch zugeteilt. Auf allen Kleidungsstücken waren Buchstaben aufgestickt, die auf die Krankheit hinwiesen und damit den Patienten gleichzeitig seiner Abteilung zuwies. Täglich wurden

die Patienten sowohl vom Hospitalarzt, zu dem Oberamtsphysikus Christian Ludwig Schweickhard bestellt wurde, als auch vom Wundarzt besucht. Das Amt des Hospitalwundarztes übte der jeweilige Karlsruher Landchirurg – seit 1776 Ernst Friedrich Herbst – aus. In kritischen Fällen besuchten die Ärzte, welche die Kranken in der Stadt und im Umland weiterhin ambulant betreuten, auch mehrmals ihre Patienten. Der Hospitalwundarzt hatte inzwischen seine Wohnung im linken Flügel des Spitals bezogen und war so im Notfall auch nachts erreichbar, während Schweickhard in seinem Haus an der Westseite der Waldhorn-gasse wohnen blieb.⁷²

Die Verpflegung im Hospital wurde von den Ärzten diätisch überwacht. Jeden Morgen erhielt der Hospitalverwalter eine Aufstellung, in der die Zusammensetzung der Mahlzeiten festgelegt wurde. Neben Suppen und Gemüse wurde vor allem Weißbrot gereicht, das im Gegensatz zum sonst üblichen günstigeren Roggen- oder Dinkelbrot besser verträglich war.⁷³ Werktags wurde gegebenenfalls auch Rindfleisch, sonntags Kalbfleisch angeboten. Besonders verordnen die Ärzte das Quantum an Wein, welches die Patienten je nach Krankheit als Medizin erhielten.

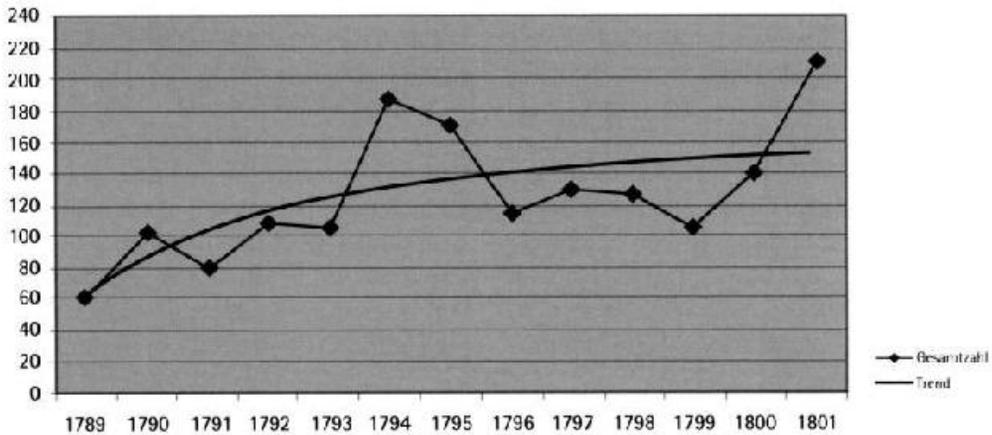
Unter Markgraf Karl Friedrich war es üblich geworden, für bestimmte Verwaltungsaufgaben Fachgruppen zu bilden, die „Deputationen“ genannt wurden und meist mit bürgerlichen Beamten besetzt waren. In diesen Deputationen wirkte das neue akademisch gebildete Bürgertum als Träger und Vermittler aufgeklärten Gedankenguts und trug zugleich die landesherrliche Sorge um das Allgemeinwohl mit.⁷⁴

Auch die Verantwortung für das Hospital wurde in die Hände einer Deputation gelegt. Besetzt war die Hospitaldeputation mit den beiden Hospitalärzten, den Pfarrern der drei Karlsruher Gemeinden, sowie fünf bis sechs

wechselnden Mitgliedern, darunter sowohl ein Vertreter des Stadtrates als auch der Bürgerschaft. Dieser musste – „um aller Eifersucht zu begegnen“ – jährlich neu gewählt werden.⁷⁵ Die Beteiligung der Karlsruher Bürgerschaft signalisierte, dass das Hospital – wenngleich vom Landesherrn bezahlt – von diesem als bürgerliche Einrichtung gesehen wurde, weshalb es auch zunehmend unter der Bezeichnung „bürgerliches Hospital“ erschien. Aus der Gruppe der wechselnden Mitglieder wurde jeweils für einen Monat der „Hospitalvorsteher“ bestimmt. Täglich musste dieser das Hospital besuchen, dort die Ordnung und Sauberkeit überprüfen und sich auftretende Klagen der Patienten anhören. Am Monatsende traf sich die Hospitaldeputation regelmäßig zur Beratung, bei welcher der Vorsteher über anfallende Probleme berichten musste. In Entscheidungsfällen unterstand die Hospitaldeputation dem Innenministerium, welchem sie auch rechenschaftspflichtig war. Die Tätigkeit in der Deputation galt als Ehrenamt zum Wohle der Bürgerschaft und wurde nicht entlohnt.⁷⁶

Hohe Bedeutung kam der seelsorgerlichen Betreuung zu – bei größtmöglicher religiöser Toleranz gegenüber den anderen Konfessionen. Verantwortlich waren die drei ständig in der Hospitaldeputation vertretenen Pfarrer der lutherischen, reformierten und katholischen Gemeinde. Der evangelische Pfarrer sollte seine Gemeindemitglieder nach Absprache mit dem Arzt regelmäßig besuchen, und auch der reformierte und der katholische Pfarrer waren auf Wunsch ins Hospital zu rufen. Im Todesfall hatten die Pfarrer für die Ausstellung des Totenscheines und das Begräbnis Sorge zu tragen. 1789 erging eigens ein Erlass bezüglich der Seelsorge im Hospital. Darin wurde vom Landesherrn nochmals die religiöse Toleranz gegenüber den beiden anderen Konfessionen betont: „Gleichfalls soll denen reformierten

Anzahl der im Hospital betreuten Personen 1789–1801



und katholischen Geistlichen erlaubt sein, an einem zu bestimmenden Tag und Stunde die Kranken seiner Religion zu besuchen. Wann solche seines Zuspruchs unterdessen benötigt sein sollten, so soll er in das Spital berufen werden und ihm frei stehen, denselben alle Sacra zu administrieren. Dem katholischen Geistlichen aber in specie die Einsegnung des Körpers und gewöhnliche Gebete bey dem Leichnam vorzunehmen“.⁷⁷

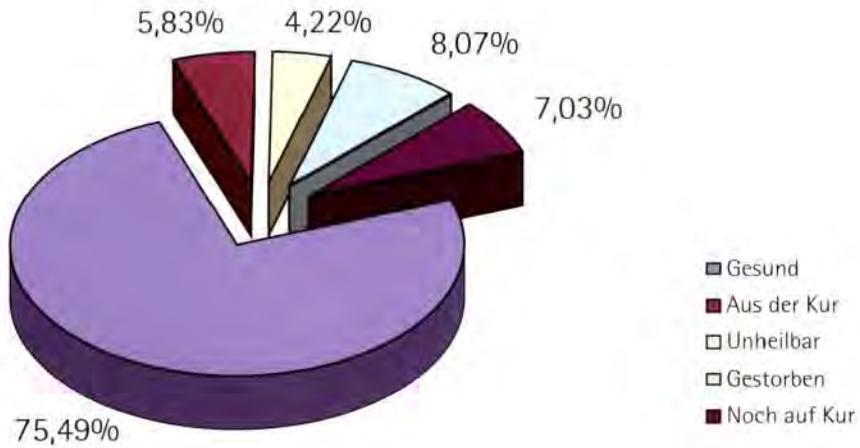
War die Zahl der jährlich betreuten Patienten in den ersten vier Jahren etwa gleich geblieben, schnellte sie 1794/95 nach oben.⁷⁸ Zwei Jahre zuvor war der Erste Koalitionskrieg gegen Frankreich ausgebrochen, der zunächst trotz der nahen Grenze die Karlsruher wenig belastete. Erst in den Jahren 1794/95 brachten Truppendurchzüge der Kaiserlichen Armee schwere Not ins Land. Eine Aufstellung über die Krankheitsbilder in jenem Jahr nennt immer wieder „Gallichtes Fieber“, bei dem es sich möglicherweise um Hepatitis A gehandelt haben mag. Andere Krankheitsbilder waren eindeutiger: Schlaganfallpatienten, Hauter-

krankungen, Hals- und Brustentzündungen, Letzteres möglicherweise infolge falschen Stillens, eiternde Geschwüre und Geschwulste. Auch bei Folgen von Arbeitsunfällen suchten die Karlsruher im Hospital um Hilfe, Brandwunden durch Verbrühen oder Knochenbrüche wurden behandelt.

In den Jahren bis 1801 wurden durchschnittlich 75,5 % der Patienten als geheilt entlassen. 8,1 % der Patienten verstarben noch im Spital, als unheilbar krank wurden 4,2 % und ohne weitere Beurteilung 5,8 % entlassen. In jenen Fällen musste der Arzt möglicherweise feststellen, dass entweder die „Kur“ im Krankenhaus nicht weiter erfolgreich sein würde oder diese ebenso zu Hause erfolgen könne. Im Durchschnitt betrug die Verweildauer im Hospital drei Wochen, wobei die Spanne von vier Tagen bis vier Monate reichte, und in diesem langfristigen Krankheitsfalle mit dem Tod endete.⁷⁹

In Einzelfällen wurde von der Vorschrift, im Hospital keine Sterbenskranken aufzunehmen, jedoch abgewichen – vermutlich weil in

Durchschnittliche Heilungsrate 1798–1801



Karlsruhe kein Pfründnerhaus bestand. So durfte die 55-jährige Anna Maria Eva Lorsch, welche an Brustkrebs erkrankt war, ihre letzten Lebenstage im Hospital verbringen. Ausdrücklich vermerkt das Protokoll, man habe sie obgleich „ganz notorisch unheilbar aus Menschenliebe recipiert“.⁸⁰

Die Aufnahme im Hospital war kostenpflichtig und wurde in Tagessätzen nach zwei Tarifen abgerechnet. Den günstigeren Tarif von 18 Kreuzern pro Tag erhielt jeder, der sich in einer der neu gegründeten Kassen versichert hatte. Privatzahler leisteten mit 24 Kreuzer um ein Drittel mehr. Mit der Gebühr waren in erster Linie die Unterkunfts- und Verpflegungskosten abgedeckt.⁸¹ Aufgrund der Teuerung im Jahre 1795 stieg der Satz auf 21 bzw. 28 Kreuzer. Für die in Karlsruhe logierenden französischen Soldaten zahlte der herrschaftliche Fonds einen noch höheren Satz, da diese eine besondere Weinzulage erhielten.⁸²

Bis zum Ende des Jahrhunderts hatte sich der Hospitalbetrieb eingespielt. Im Jahre 1799 waren insgesamt 105 Kranke versorgt worden,

davon 49 Frauen. Bei fast einem Viertel handelte es sich um Katholiken. Im Vergleich zum katholischen Bevölkerungsanteil in der Stadt, der bei rund 14 % lag, waren das vergleichsweise viele, was sich darin erklären mag, dass die Patienten auch aus dem südlich an die Karlsruher Gemarkung angrenzenden katholischen Landesteil stammten. Von den 82 als geheilt entlassenen Patienten wurden bei 56 innerliche Krankheiten wie Fieber oder Scharlach diagnostiziert, hingegen äußerlich erkennbare Krankheiten wie Ausschläge oder Geschlechtskrankheiten nur in 26 Fällen. Der jüngste Patient zählte gerade erst 15, der älteste 72 Jahre. Das Durchschnittsalter der Patienten lag insgesamt recht niedrig zwischen 20 und 30 Jahren, was nicht verwundert, da es sich bei drei Viertel der Patienten um Mägde, Knechte und Gesellen handelte.⁸³ Das Hospital diente damit in erster Linie zur Wiederherstellung des Dienstpersonals, welches ja im Krankheitsfall auch nicht durch die Versorgung durch Familienmitglieder abgesichert war.

Exkurs I**Die ersten Krankenkassen: Dienstboteninstitut und Handwerksgeselleninstitut**

Während für herrschaftliche Bedienstete wie auch für Arme im Falle eines Hospitalaufenthaltes besondere Fonds und Kassen aufkamen, musste für die Dienstboten deren Dienstherrschaft aufkommen. Aus diesem Grunde wurde bereits 1790 von der Polizeideputation, dem für die Armenfürsorge zuständigen Gremium, der Vorschlag gemacht, als Krankenkasse für das Gesinde ein sogenanntes „Dienstboteninstitut“ zu gründen. Wenngleich der Beitritt der Dienstherrschaften freiwillig sein sollte, wurde doch darauf plädiert, dass es eine „natürliche Verbindlichkeit sei auch in kranken Tagen für das Gesind zu sorgen, das in gesunden Tagen diene“.⁸⁴ Jeder Dienstherr solle für jeden seiner Dienstboten pro Jahr einen Gulden an die Kasse entrichten. Der Versicherte hätte die Hälfte der Kosten zu übernehmen. Bei „gutem Gesinde“ wurde der Herrschaft empfohlen, den vollen Beitrag zu leisten. Auch ließ man offen, ob sich ein Dienstbote auf eigene Kosten versichern hätte können. Der Vorschlag wurde von den Regierungskollegien wohlwollend aufgenommen, „da man aus Erfahrung wisse, wie sehr die Verpflegung erkrankten Gesindes theils aus Härte theils aus Unvermögen mancher Dienstherrschaften und weil man selten die erforderlichen Beihilfe aus öffentlichen Fonds habe ausmitteln können, bisher vernachlässigt werde“.⁸⁵

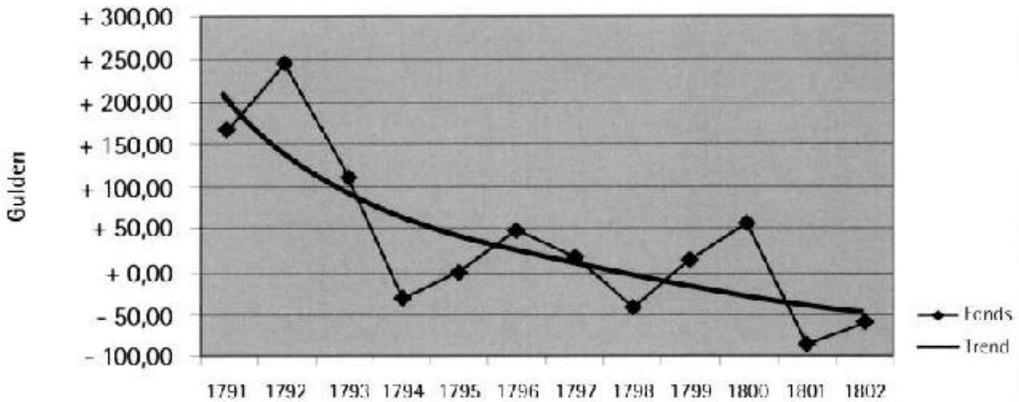
Den Einzug des Geldes übernahm der städtische Almosenpfleger, dem ohnehin das Einsammeln von Spenden für den städtischen Almosenfonds und dessen Verwaltung oblag. Angesichts der Fluktuation beim Dienstpersonal legte man einen monatlich zu zahlenden Beitrag von fünf Kreuzern fest. Für versicherte Mitglieder übernahm die Kasse nicht nur die Kurkosten im Hospital zum niedrigeren Tages-

satz von 18 Kreuzern, sondern auch umfangreiche Transportkosten, so den Transport ins Hospital, die Reisekosten für die Fahrt nach Hause, sofern dort zu einem günstigeren Preis Pflege zu erwarten war und der Ort in einem Umkreis von 15 Stunden Fahrzeit lag, sowie die Rückreisekosten an den Dienstort. Eingeschlossen waren des Weiteren Begräbniskosten, falls diese nicht aus der Hinterlassenschaft der Dienstboten bestritten werden konnten. Auch war überlegt worden, ob den Versicherten im Falle steigender Überschüsse hieraus eine Rente finanziert werden könne.

Da sich im Jahr 1790 die Zahl der gemeldeten Dienstboten auf 567 Personen belief, rechnete man optimistisch mit einem Startkapital von 567 Gulden, begrenzte dann jedoch die Laufzeit zunächst auf zwei Jahre, d. h. bis Ende 1792. Danach sollte über eine Weiterführung anhand der öffentlich vorgelegten Bilanz entschieden werden. Im ersten Jahr wurden immerhin 367 Personen und damit 64,7% aller Dienstboten versichert. Rechnet man die zeitweilig beigetretenen und die selbst versicherten Mitglieder dazu, so steigt der Anteil auf 70,9%. Die Gruppe zahlungswilliger Dienstherrschaften umfasste 287 Haushalte, d. h., dass je Haushalt durchschnittlich 1,3 Dienstboten angemeldet wurden. Betrachtet man die Dienstherrschaften, so handelte es sich bei etwa der Hälfte um Beamtenhaushalte oder Familien im herrschaftlichen Dienst. Somit war das Kassenwesen hauptsächlich von der Schicht des gehobenen Bildungsbürgertums getragen.

Wenngleich im Folgejahr die Zahl der Versicherten sank, so lagen die abgerechneten Kosten im ersten Jahr bei einem halben Gulden pro Versichertem, im Folgejahr sogar nur bei etwas mehr als einem Viertel Gulden, so dass das Fondskapital zunächst wuchs. Inzwischen war beschlossen worden, dass als Kassenleistung auch die Kosten für häusliche Pflege

Finanzen des Dienstboteninstituts (Fonds)



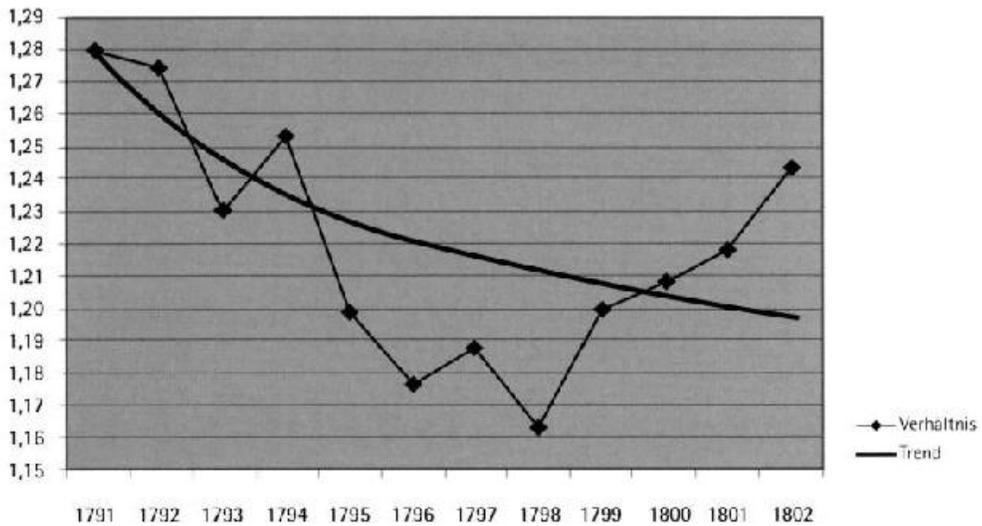
von erkrankten Dienstboten abgerechnet werden durften. Doch bereits 1794 – vermutlich durch den kriegsbedingt höheren Krankenstand in der Stadt – lagen die Ausgaben erstmals über den Einnahmen und der als Kassenvwart eingesetzte Polizeisekretär Oelenheinz musste lapidar feststellen: „Und hat daher solcher bey der auf den letzten December 1793 in 530 Gulden 21 ½ Kreuzer bestandenen Vermögenssumme in diesem Jahr wegen der beträchtlichen Verpflegungskosten für kranke Dienstboten sich vermindert um 33 Gulden 45 Kreuzer“.⁸⁶ Gleichzeitig war die Zahl der versicherten Mitglieder auf 307 gesunken. Zwar gingen 1795 die Verpflegungskosten – bei wieder steigenden Mitgliederzahlen – leicht zurück, doch schon 1798 wurde wieder ein Minus von 44 Gulden 54 ½ Kreuzer notiert. Die Mitgliederzahl erreichte auch bis 1803 nicht wieder den Ausgangsstand von 1791, obgleich die Zahl der gemeldeten Dienstboten auf 791 gestiegen war. Damit belief sich der Anteil der Versicherten auf nur noch 44,6%.⁸⁷

Ein Grund für die fehlende Rentabilität der Kasse mag in der sinkenden Bereiligung gele-

gen haben. Offensichtlich war aber auch geworden, dass erliche Dienstherrn nur pro forma einen ihrer Dienstboten in die Versicherung einschreiben ließen, daraus aber den Anspruch ableiterten, den Versicherungsschutz für ihr gesamtes Gesinde zu genießen. Mehrfach wurden Verordnungen erlassen, dass für nicht versicherte Dienstboten die Dienstherrschaft selbst Sorge zu tragen habe und dass diese, wenn sie schon das Angebot der Kasse nicht nützen würden, auch keinen Anspruch auf öffentliche Unterstützung hätten. (siehe Grafik S. 46).

Bereits ein Jahr nach Eröffnung des Dienstboteninstituts baten Hofstatter Reus und Hofschreiner Gräsle, die bei ihnen in Arbeit stehenden Personen doch auch im Dienstboteninstitut versichern zu dürfen. Der Bitte wurde stattgegeben mit der Begründung, dass diese Gesellen „nach ihrer erfolgten Loszählung von dem Zunftverband auf die bei mehreren Zünften bestehenden Unterstützungs-Vorkahrungen keine Rechnung mehr machen könnten“.⁸⁸ Von alters her waren Handwerker über ihre Zunftmitgliedschaft sozial abgesichert. Durch die zahlreichen Hofhandwerker, die als landes-

Anzahl der versicherten Dienstboten pro Dienstherrschaft



herrliche Bedienstete am Hof lebten und nicht der Stadtgemeinde angehörten, verlor das Zunftwesen, welches in Karlsruhe nur eine kurze Tradition hatte, im 18. Jahrhundert an Bedeutung. Hinzu kam, dass sich in der Karlsruher Residenz zahlreiche spezialisierte Handwerker, wie Perückenmacher oder Strumpfwirker, niederließen, die ohnehin nicht zünftig gebunden waren. So wurde schon 1792 seitens der Hospitaldeputation der Vorschlag gemacht, eine dem Dienstboteninstitut vergleichbare Einrichtung für Handwerksgelesen zu gründen. Organisatorisch schien das zunächst schwierig zu realisieren, da die traditionellen Zunftberufe wie Metzger und Bäcker noch zünftig organisiert waren und jede Zunft ihre eigene Zunftkasse führte.

1799 klagte jedoch die Schreinerzunft in einem Bittschreiben an den Landesherrn, dass einer ihrer Gesellen schon seit acht Wochen im Spital liege und die Zunft für ihn den erhöhten Tagessatz von 24 Kreuzern zu tragen

habe. Da ihre Zunftkasse jedoch leer sei, könnten sie für die Kosten nicht mehr aufkommen. Daraufhin übernahm die Polizeideputation die Initiative zur Gründung einer Kasse für Handwerksgelesen. Der Hospitaldeputation vergleichbar wurde ein Gremium zur Verwaltung des Instituts eingerichtet. Da die Zünfte sich verpflichteten, einen Beitrag aus ihren Kassen in das Institut einzuzahlen, mussten diese dort vertreten sein.

Vorsitzender des Gremiums wurde der Leiter der Polizeideputation Freiherr von Drais, dem das Institut auch unterstand. Ferner waren die beiden Hospitalärzte, ein Handwerksmeister sowie jeweils zwei Stadträte und Gesellen dabei. Ein Kassier verwaltete die Finanzen. Bei den Gesellen wurde darauf geachtet, dass sie von allen Karlsruher Altrgesellen gewählt worden waren und noch eine Weile in der Stadt verblieben. Denn anders als bei den Dienstboten waren die Gesellen durch ihre Ausbildungsrichtlinien verpflichtet, nach ei-

niger Zeit wieder auf Wanderschaft zu gehen. Im ersten Jahr wurden 94 Patienten auf Kassenkosten versorgt; 84 davon konnten geheilt werden, drei verstarben. Über hundert Gesellen erhielten auf Kosten der Kasse Medizin. Letztendlich belastete jedoch der rasche Mitgliederwechsel die Existenz des Handwerksge-selleninstituts. 1802 wurden zwar 541 Versicherte gezählt, viele waren allerdings nicht das ganze Jahr über Mitglied gewesen. Der wöchentlich zu zahlende Beitrag musste von eineinhalb Kreuzer bereits 1802 auf zwei Kreuzer angehoben werden.⁸⁹

Das medizinische Personal

Als erster Hospitalarzt arbeitete der am 20. August 1746 in Karlsruhe geborene Christian Ludwig Schweickhard.⁹⁰ Sein Vater war markgräflich-badischer Kammerrat, seine Mutter, eine geborene Nast, möglicherweise eine Tochter des markgräflichen Mundkoches Nast, der 1722 am Zirkel mit landesherrlicher Unterstützung die Wirtschaft „Zur Sirene“ eingerichtet hatte.⁹¹ Nach dem Besuch des Karlsruher Gymnasiums ging Schweickhard nach Straßburg zum Studium der Medizin und erhielt 1769 seinen Doktor in Medizin und Chirurgie. Nach Karlsruhe zurückgekehrt, finanzierte ihm Markgraf Karl Friedrich Bildungsreisen nach München, Salzburg und Wien. Dort sollte er die modernen Krankenhäuser und medizinischen Einrichtungen kennen lernen.

1772 wurde er als zweiter Physikus nach Pforzheim versetzt und avancierte im Folgejahr auf die Stelle des ersten Physikus. Nachdem der Karlsruher Oberamtsphysikus Dr. Gustav Friedrich Jägerschmidt⁹² 1774 an einer epidemischen Krankheit gestorben war, wurde Schweickhard sein Nachfolger. 1782 stieg er zum Medizinalrat auf und machte durch zahlreiche Publikationen auf sich aufmerksam: Als

Vollendung des von seinem Vorgänger begonnenen Werkes „Unterricht für die Hebammen in den Badischen Landen“ lieferte er 1776 den zweiten Band. „Etwas über Diät nebst einer Anzeige der Sommervorlesungen auf dem Gymnasium illustre“ folgte 1783, und 1787 versuchte er in einer Abhandlung einen Überblick über den Zustand des Wundarzneywesens im Badischen zu geben. Anhand der in großer Zahl folgenden medizinischen Publikationen zur Geburtshilfe oder zu Impfungen wird deutlich, dass er sich als wissenschaftlich arbeitender und landesweit renommierter Mediziner profiliert hatte und nicht nur als Leiter eines städtischen Hospitals galt. Von der Gründung an stand er diesem bis in das Jahr 1820 vor. Zu den Hauptpflichten des Hospitalarztes gehörte die Durchführung von Sektionen. Diese dienten vor allem dem anatomischen Unterricht, der begleitend am Karlsruher Gymnasium angeboten wurde.⁹³ Schon 1763 war hierfür am Ende des Gymnasiumsgartens ein Gebäude errichtet worden (siehe Plan S. 48).

Mit den Planungen für das Hospital war auch der Bau eines neuen Anatomiegebäudes vorgesehen gewesen. Wilhelm Jeremias Müller entwarf auch hierfür einige Pläne, die jedoch nie realisiert wurden, da es an einem geeigneten Baugrundstück fehlte. Der anatomische Unterricht wurde dann seit 1787 direkt am Hospital abgehalten.⁹⁴ Neben Schweickhard bemühten sich nun auch der Karlsruher Oberamtsphysikus Gustav Friedrich Jägerschmidt und der Hebammenmeister Johann Josef Zandt um die Aus- und Weiterbildung der Karlsruher Wundärzte.⁹⁵

Im Verlauf seiner beiden Ehen wurden Schweickhard insgesamt zwölf Kinder geboren. Von ihnen folgte sein ältester Sohn Christian dem Beruf des Vaters. Doch verstarb dieser schon im Jahre 1817. Am 22. April 1825 starb auch sein Vater Christian Ludwig an einem Schlaganfall im hohen Alter von 78 Jahren.



Christian Ludwig Schweickhard

Als Stadtphysikus unterstand Schweickhard das gesamte medizinische Personal des Hospitals, darunter auch der Wundarzt Ernst Friedrich Herbst. Herbst war zwei Jahre jünger als Schweickhard und stammte aus dem südbadischen Malterdingen bei Emmendingen. Sein Vater war dort als Pfarrer tätig gewesen. Nach dem frühen Tod der Mutter zog die Familie nach Karlsruhe, wo Ernst Friedrich ebenfalls das Gymnasium besuchte. Bereits während seiner Schulzeit interessierte er sich besonders für die am Karlsruher Gymnasium gehaltenen Kurse in Anatomie.⁹⁶ Im Gegensatz zu seinem Mitschüler Schweickhard entschied sich Herbst vermutlich aus finanziellen Gründen nicht für ein Medizinstudium, sondern für das in einer Lehre zu erlernende Wundarztgewerbe. Dafür reiste er, wie schon Schweickhard, nach Straßburg, wo er sich in chirurgischen Eingriffen unterrichten ließ. Dass der Beruf des Wundarztes immer mehr professionalisiert

wurde, zeigt die Tatsache, dass Herbst von eben jenem Professor unterrichtet wurde, bei welchem auch Schweickhard Vorlesungen hörte. Reisen in die Schweiz rundeten seine Lehrzeit ab. Da er nur ausgezeichnete Zeugnisse erhielt, entschloss sich Markgraf Karl Friedrich, wie schon bei Schweickhard, Herbst eine dreijährige Bildungsreise zu finanzieren, bei der er sich nochmals in Straßburg, aber auch in Berlin, weiterqualifizierte. 1776 kehrte er nach Karlsruhe zurück und wurde nach abgelegter Prüfung zum Stadt- und Landchirurgen bestellt. Als solcher übernahm er nach Einrichtung des Hospitals auch die chirurgische Betreuung der dortigen Patienten. Den Dienst versah Herbst zunächst unentgeltlich. Dafür bekam er jedoch eine Wohnung im Hospital sowie die Versorgung mit Holz und Licht kostenfrei.⁹⁷

Als Wundarzt hatte er die chirurgischen Eingriffe in Absprache mit dem Hospitalarzt durchzuführen. Dafür standen ihm zahlreiche chirurgische Instrumente zur Verfügung. Man kann davon ausgehen, dass in Karlsruhe alle wichtigen zeitgemäßen Operationen vollzogen werden konnten. Daneben hatte Herbst die Krankenwärter im Anlegen von Verbänden und im Verabreichen von Klistieren zu unterrichten. Auch das Aderlassen und die Rasur männlicher Patienten zählten zu seinem Tätigkeitsfeld, womit er die traditionellen Aufgaben seines dem Barbierhandwerk verwandten Berufes erfüllte.

Gemeinsam mit dem Hospitalarzt hatte er die regelmäßigen Visiten vorzunehmen und diesem bei anfallenden Sektionen zur Hand zu gehen. Obgleich Herbst damit auch in fachlicher Hinsicht Schweickhard eindeutig unterstellt war, muss das Verhältnis zwischen beiden von Achtung geprägt gewesen sein. So hob Schweickhard in seiner Schrift über das Wundarztgewerbe im Badischen die Fortschritte in der Chirurgie hervor und plädierte dafür, sie als Wissenschaft anzuerkennen, statt in den

Wundärzten weiterhin nur die für die Heilkunst unqualifizierten Bader und Barbieri zu sehen. „Der alte Brauch, jeden Jungen, der ganz ohne Genie, kaum recht lesen, noch schreiben konnte, auf einige Jahre zu dängen, und ihn, wenn er um ein vestgesetztes Lehrgeld den Bart abnehmen, eine Ader öffnen, einen Absceß aufstechen, Digestiv und Pflaster aufzulegen gelernt hatte, loszusprechen – wurde abgeschafft“, so resümiert er die Verbesserung in der Ausbildung der Wundärzte.⁹¹

Wichtige Mitarbeiter des Hospitals waren die Krankenwärter. Schon vor Einrichtung des neuen Hospitals versorgten sie Kranke im alten Spital oder zu Hause. Um ihre Qualifikation sicherzustellen, schlug Schweickhard bereits 1784 vor, zur Ausbildung ein „Krankenwärterinsitut“ zu gründen. Darunter verstand er eine Einrichtung, wie sie beispielsweise bereits 1781 in Mannheim gegründet worden war.⁹² Die Unterweisung nahm Schweickhard selbst vor. Es zeigte sich jedoch bald, dass kaum geeignetes Personal gefunden werden konnte. Da die Bezahlung nur bei Bedarf und tageweise erfolgte, kamen nur Tagelöhner in Frage. Von den 1784 ausgebildeten Krankenwärttern waren sechs Jahre später bereits drei verstorben und zwei arbeitsunfähig. Es ist folglich anzunehmen, dass die Kandidaten schon älter oder bereits gebrechlich waren. Um mehr Ausbildungswillige erreichen zu können, plante Schweickhard, den Unterricht in der Mittagspause oder am Abend stattfinden zu lassen. So stand auch für Dienstboten und Handwerksgehilfen die Möglichkeit zur Weiterbildung offen. Seit Mitte der 90er-Jahre erhielten die vier städtischen Krankenwärter dann ein festes Grundgehalt.

Das Hospital beschäftigte eine Krankenwärterin und einen Krankenwärter. Diese wurden zunächst ebenfalls nur auf Bedarf tageweise entlohnt. Die Wärter mussten allmorgendlich im Sommer spätestens um fünf Uhr,

im Winter um sechs Uhr aufgestanden sein und die Öfen einheizen. Danach versorgten sie jene Patienten, die sich nicht selbst waschen konnten. Sie lüfteten die Räume und leerten die Nachttöpfe. Die Visire begleiteten sie und informierten die Ärzte über den aktuellen Zustand der Patienten. Danach reinigten sie die chirurgischen Instrumente und das Verbandsmaterial. Nach elf Uhr verabreichten sie den Patienten die verordneten Mahlzeiten und die Medikamente. Die Wärter hatten auf Sauberkeit und Hygiene im Hospital zu achten. Sie empfingen die Besucher der Patienten, deren Gesprächszeit auf höchstens eine viertel Stunde beschränkt war. Ohne ärztliche Erlaubnis durften die Wärter das Hospital nicht verlassen.

1794 wurde dem Hospitalchirurgen ein Unterchirurg zur Seite gestellt, der auch die Arbeiten des Wärters übernahm. Der Krankenwärter kümmerte sich nun um andere anfallende Tätigkeiten, wie die des Pförtners. Der Pförtner ließ nur Personen ein, die einen vom Hospitalarzt unterzeichneten Schein vorweisen konnten, den er gegenzeichnete. Auch achtete er darauf, dass keine Speisen ins Hospital mitgebracht wurden. Bei höherer Belegungszahl wurde vorübergehend ein Tagelöhner als Hospitaldiener eingestellt, der zu allerlei Hilfsdiensten herangezogen werden konnte. In der Küche waren eine Köchin und eine Magd angestellt. Die Köchin wurde vom Hospital direkt bezahlt und erhielt einen Jahreslohn von 80 Gulden, nach 1795 dann von 100 Gulden.

Die Stadtbevölkerung versorgten weitere Ärzte und medizinisches Personal. Bekannt wurde unter anderen die Arztfamilie Eichrod. Der 1718 zugezogene Johann Andreas Eichrod arbeitete bis zu seinem Tod 1747 als Stadt- und Landphysikus für Karlsruhe. Drei seiner Söhne wurden ebenfalls Ärzte. Der älteste Philipp Andreas starb jedoch bereits während des

Studiums, der viertgeborene Ernst Ludwig wurde nach seinem Studium Landphysikus in Pforzheim, der drittgeborene Johannes Andreas Ludwig folgte seinem Vater im Amt, zunächst 1753 als Landphysikus in Durlach, ab 1758 dann als Stadt- und Landphysikus in Karlsruhe. Johannes Andreas Ludwig starb bereits 1766 im Alter von 47 Jahren. Die Familie war in Karlsruhe zu Wohlstand gekommen, die Witwe besaß mehrere Häuser, die sie 1767 ihren Kindern vererbte.¹⁰⁰

Mit zunehmendem Arbeitsaufwand wurden die Aufgaben des Stadt- und Land- bzw. Oberamtsphysikus gerrennt. 1775 stand der bereits in den 60er-Jahren beim Oberamt als medizinischer Praktikant eingesetzte Gustav Friedrich Jägerschmidt in dieser Funktion.¹⁰¹ Er hatte sich gemeinsam mit Schweickhard und dem Hebammenmeister Johann Josef Zandt insbesondere beim Ausbau des Anatomischen Instituts verdient gemacht.¹⁰² Ihm folgte 1785 Friedrich Wilhelm Maler im Amt.¹⁰³

Maler wurde als ältester Sohn des Rektors des Karlsruher Gymnasiums Kirchenrat Jakob Friedrich Maler (1714–1764) am 18. September 1755 in Karlsruhe geboren.

Nach dem Besuch des Gymnasiums und der angeschlossenen anatomischen Lehranstalt ging er 1773 zum Pharmaziestudium nach Jena. 1775 kehrte er zurück und schloss nach abgelegter Prüfung sein Medizinstudium in Straßburg an. Wie Schweickhard erwarb er dort seinen Doktorgrad und konnte bereits 1777 eine Landphysikatsstelle in Birkenfeld in der hinteren Grafschaft Sponheim (badische Exklave) antreten. Dort beschäftigte er sich intensiv mit den dortigen Heilquellen, über die er 1784 eine in Karlsruhe verlegte Schrift publizierte. Weitere Abhandlungen über die „Geschichte der Kuhpockenimpfung“ (1804) sowie ein gemeinsam mit Hebammenmeister Zandt herausgegebenes Lehrbuch zur Geburtshilfe (1809) folgten.



Friedrich Wilhelm Maler



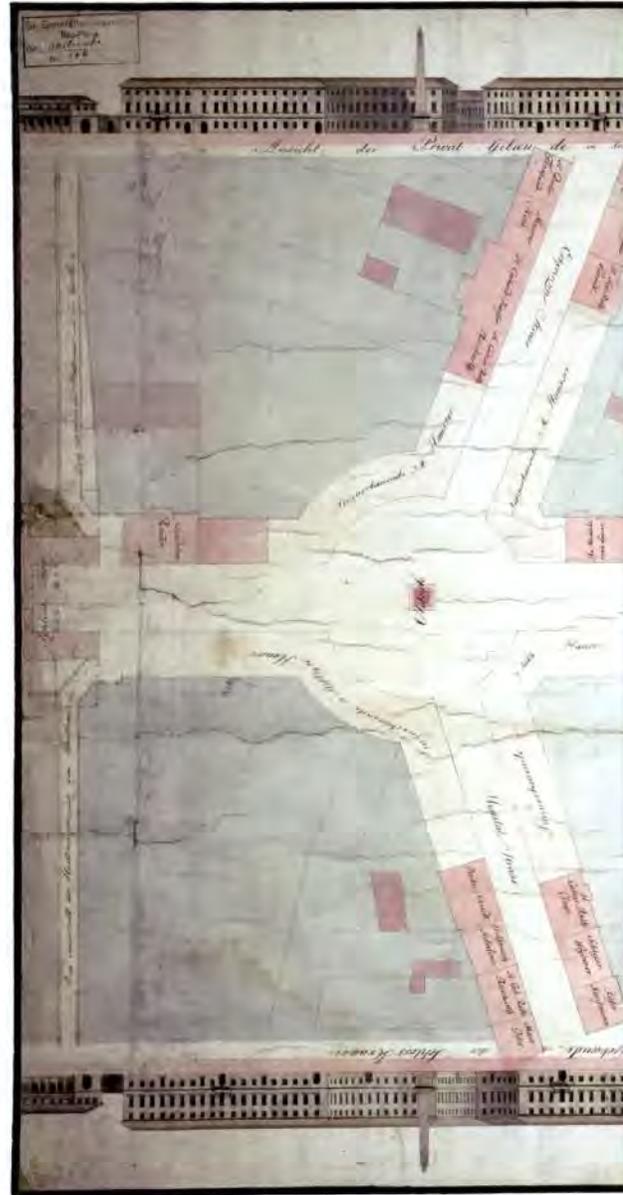
Johann Friedrich Andreas Schrickel

Maler wurde 1793 zum zweiten Leibarzt ernannt und begleitete als solcher die markgräfliche Familie öfters auch auf Reisen. Schon im Ruhestand übernahm Maler 1825 auf großherzogliche Bitte die Direktorenstelle bei der Sanitätskommission, die er bis 1836 versah. Im Jahr darauf verstarb er dann im Alter von 81 Jahren in Karlsruhe. Zahlreiche Ehrungen wurden ihm zuteil, so 1825 anlässlich seines 50-jährigen Dienstjubiläums die Verleihung des Ritterkreuzes des Zähringer Löwen.

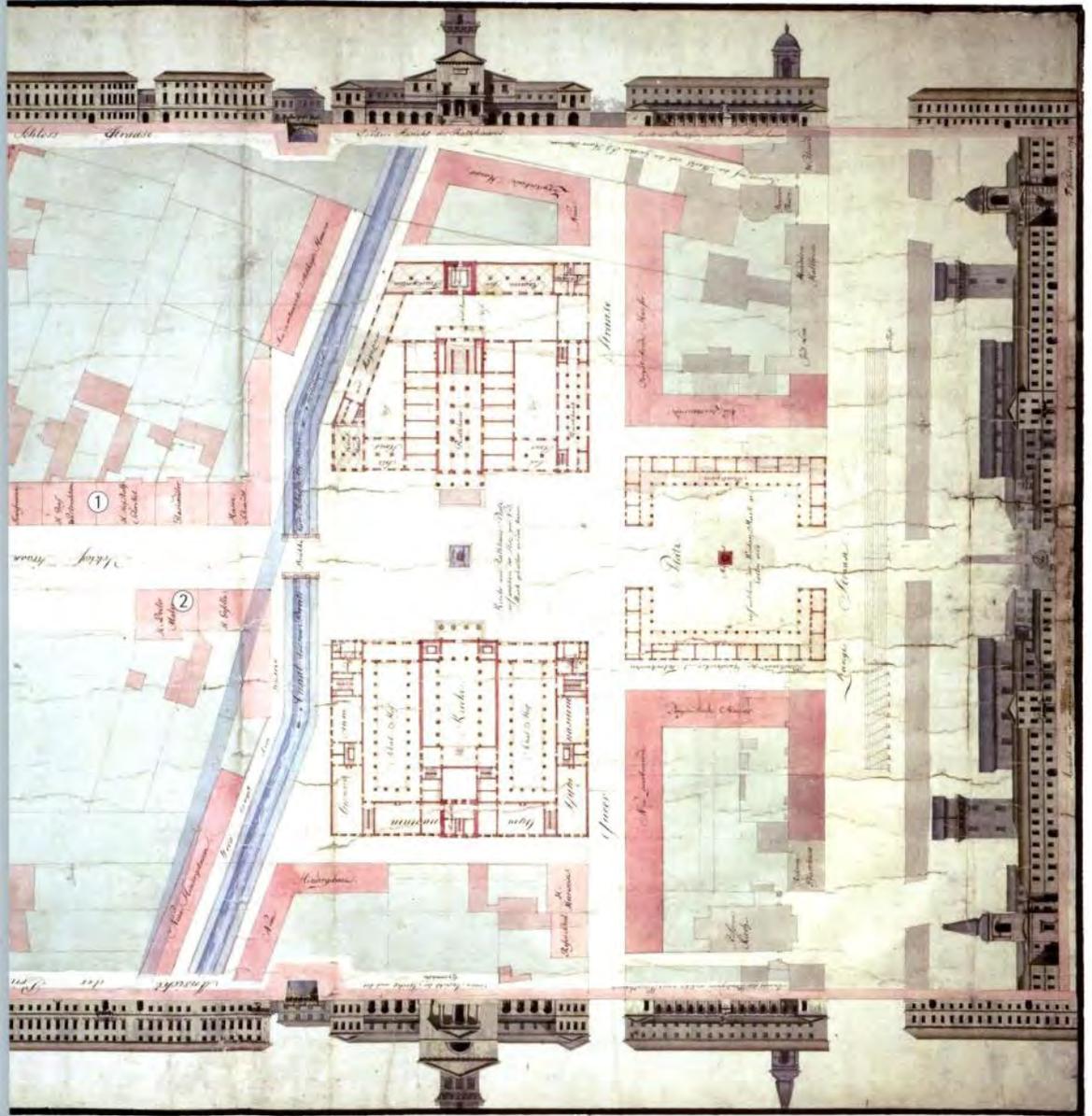
Dass Maler als Sohn des Karlsruher Rektors diese Karriere einschlug, war nahe liegend. Nicht so einfach hatte es sein zwei Jahre älterer Kollege Leibarzt Johann Friedrich Andreas Schrickel (1753–1827) gehabt.¹⁰⁴

Schrickels Vater Wilhelm Jakob Joseph Philipp war als Feldscherer im Baden-Durlacher Regiment tätig gewesen und somit nur im Bereich des traditionellen Wundarzneiwesens kundig. Auf dem Gymnasium fiel Johann Friedrich Andreas wegen seiner hohen Begabung auf. Gefördert durch seine Lehrer, konnte er nach seinem Abschluss ebenfalls nach Straßburg zum Medizinstudium gehen. 1776 erwarb er den Dokortitel und erhielt in Karlsruhe die Erlaubnis zur Niederlassung. Im Jahre 1789 wurde er darüber hinaus zum Leibarzt ernannt.

Gemeinsam war beiden, Maler wie Schrickel, dass sie nach der Eröffnung des südlichen Stadtteils am „Neuen Marktplatz“, der späteren Schloss- bzw. Karl-Friedrich-Straße, sich Ende der 80er-Jahre neue repräsentative Häuser erbauen ließen in der Meinung, dort dem Stadtzentrum und dem Schloss besonders nah zu sein. Da jedoch, um die Stadt gegen umherziehendes Gesindel zu schützen, die über den Landgraben geführte Brücke mit einem Tor gesichert wurde, war es für die Ärzte zunächst nachts nicht möglich, in die Stadt zu gelangen. Mit dem weiteren Ausbau der Stadt nach Süden verschwand das Tor.



Wenngleich auch in den ursprünglichen Planungen zum Karlsruher Hospital stets Wert auf die Einrichtung einer Entbindungsstation gelegt wurde, so wurde diese letztendlich nicht realisiert. Dass das Fehlen eines so genannten „Accouchements“ in der Folge nicht themati-



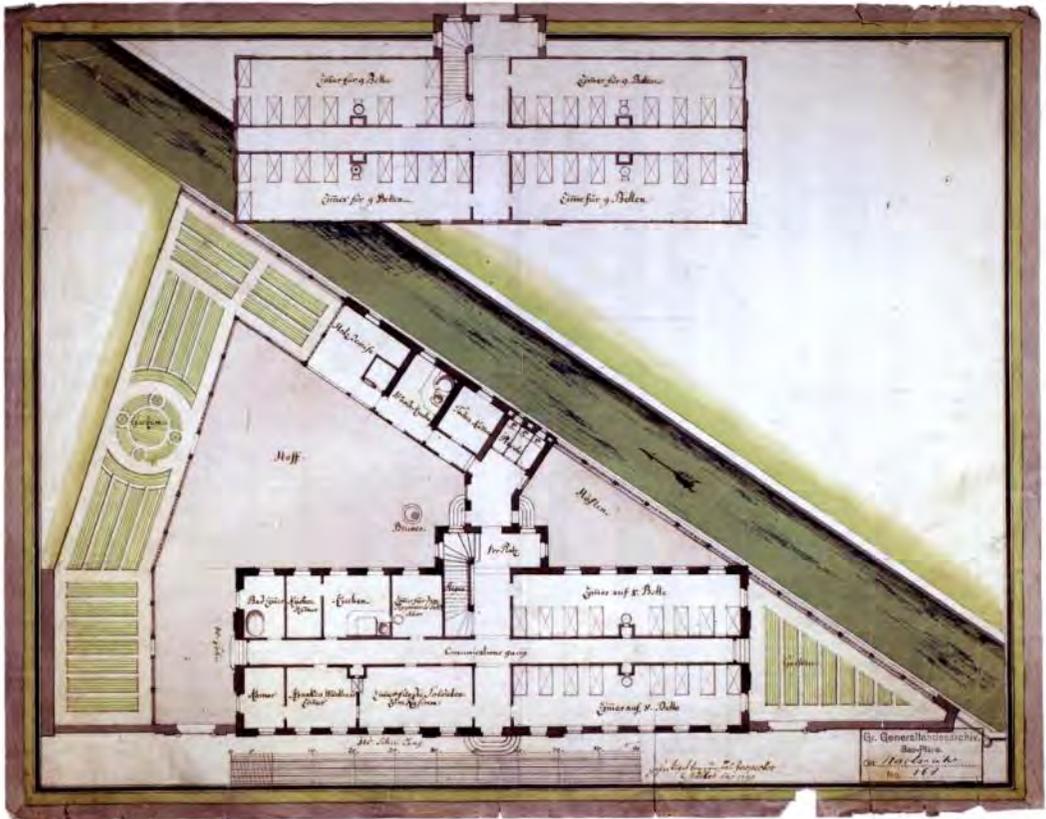
sirt wurde, deutet darauf hin, dass es in Karlsruhe nicht von Nöten war. Erfahrungen in Mannheim etwa hatten gezeigt, dass Schwangere die Einrichtung nur ungern nutzten und die traditionelle Hausgeburt vorzogen.¹⁰⁵ Verantwortlich für die ambulante Geburtshilfe

Generalbebauungsplan für die neue Karlsruher Stadtmitte von Friedrich Weinbrenner 1797 mit den Wohnhäusern von Johann Friedrich Andreas Schrickel (1) und Friedrich Wilhelm Maler (2).

war in der zweiten Jahrhunderthälfte Hebammenmeister Jakob Friedrich Fellmeth, dem auch die Hebammenausbildung unterstand.¹⁰⁶ Fellmeth stammte aus einer Schneider- und Knopfmacherfamilie aus Schorndorf, die sich in Karlsruhe niedergelassen hatte und die mit Handelsgeschäften zu einem gewissen Wohlstand gekommen war. Mit Georg Karl Fellmeth saß sogar ein Familienmitglied im Karlsruher Stadtrat.¹⁰⁷ Jakob Friedrich Fellmeths Nachfolger wurde der 1741 geborene Johann Josef Zandt aus Keppenbach, der zugleich als Hebrarzt der markgräflichen Familie diente. Sein Sohn Karl Joseph wurde später Stabsarzt.¹⁰⁸

Andere medizinische Einrichtungen

Während der ursprüngliche Hospitalentwurf vierzig Betten für Militärangehörige und nur dreißig Betten für Zivilkranke vorgesehen hatte, war das Karlsruher Spital nun doch nur als ausschließliches „Bürgerhospital“ gegründet worden. Bereits 1788 war denn auch geplant, in unmittelbarer Nähe zum Bürgerhospital, auf dem ebenfalls spitzwinklig zugeschnittenen Bauplatz zwischen Spitalgasse und verlängerter Kreuzgasse am Landgraben entlang ein Militärhospital zu errichten (vgl. Plan S. 34).¹⁰⁹ Wie auch für das Bürgerhospital sollte der



Grundriss des Militärhospitals, 1791.

Landgraben der Hygiene wegen als direkte Entsorgungsmöglichkeit genutzt werden. Im Frühjahr 1790 legte Wilhelm Jeremias Müller, der nun auf die Erfahrungen des Spitalbaus zurückgreifen konnte, einen ersten Bauentwurf vor. Auch nutzte er die Erfahrungen Feldscherer Schrickels, der über die besonderen Anforderungen eines Militärlazarettes berufsbedingt Bescheid wusste.

Das Gebäude erhielt seinen Eingang von der Spitalgasse.¹¹⁰ Über einen Treppenvorplatz gelangte man in den Hof und zum eingeschossigen Nebengebäude, das sich am Landgraben entlang zog. Dort waren die Toiletten, die Leichenkammer, die Waschküche sowie eine Remise untergebracht. Im Erdgeschoss des Hauptbaues wurden links vom Eingang die Wirtschafts- und Verwaltungsräume eingerichtet. Zur Straßenseite hin befand sich ein kleiner Aufenthaltsraum und die beiden dem Krankenwärter vorbehaltenen Wohnräume. Zum Hof lagen die Küche und das Badezimmer sowie das Dienstzimmer des Militärarztes. Im rechten Flügel waren zwei Krankensäle mit je acht Betten geplant. Auch das Obergeschoss blieb den Krankensälen vorbehalten. Analog zum Erdgeschoss waren hier zweimal zwei gegenüberliegende Räume für nochmals 24 Betten vorgesehen, so dass die Bettenzahl zunächst bei 32 Betten lag. Nachdem jedoch auch für den Militärarzt eine Wohnung im Lazarett nötig wurde, gab man schon kurz nach der Eröffnung 1791 den im Erdgeschoss zum Hof hin liegenden Krankensaal dafür auf. Für das Militär standen somit in der badischen Residenzstadt Anfang der 90er-Jahre 24 Krankbetten zur Verfügung. Im Vergleich zum alten Militärlazarett, das nach dem Verkauf des Hospitals am Mühlburger Tor 1788 vorübergehend im Klein-Karlsruher Schulhaus untergebracht worden war, bedeutete dies selbstverständlich eine Verbesserung in der Versorgung der erkrankten Soldaten. Andererseits war

mittlerweile auch die Notwendigkeit für ein Militärlazarett gegeben. In den 80er-Jahren stieg die Zahl der in Karlsruhe stationierten Soldaten stark an. Bis vor Ausbruch der Koalitionskriege 1792 befanden sich zeitweilig fast 1.000 Soldaten in der Stadt, was über 10% der Karlsruher Bevölkerung entsprach. Später brachten Truppendurchzüge auch fremdes Militär nach Karlsruhe.¹¹¹ Dafür war mit dem Lazarettgebäude ein funktional überzeugender Bau geschaffen worden, der für seine Zeit äußerst fortschrittlich und modern war,¹¹² und dessen veranschlagte Baukosten von insgesamt 8.773 Gulden und 55 Kreuzern moderat ausgefallen waren.¹¹³

1803 benötigte die Artillerie das Gebäude als Kaserne. Nun zahlte sich aus, dass das Bürgerhospital großzügig geplant war. Zwar wehrte sich die Hospitaldeputation gegen die Unterbringung der kranken Soldaten im Bürgerhospital, doch lag die Entscheidung beim ne gekürzten Kurfürsten Karl Friedrich, der keine andere Lösung sah. Das Gebäude wurde provisorisch geteilt, was zu Schwierigkeiten führte, da die Küche im Militärtrakt lag, der von Zivilpersonen nicht betreten werden durfte, und so das Essen über den Hof getragen werden musste. Auch war die Hospitaldeputation um die ärztliche Versorgung im Bürgerhospital besorgt, da der Hospitalarzt seine Wohnung zugunsten des Militärs geräumt hatte.¹¹⁴ Die gemeinsame Nutzung des Spitals blieb bis weit in das 19. Jahrhundert bestehen und führte immer wieder zu Konflikten.¹¹⁵

Eine dem Bürgerhospital angegliederte Einrichtung stellte die im Jahre 1800 offiziell eröffnete Impfabteilung, die so genannte „Blatternanstalt“ dar. Im 18. Jahrhundert war es vermehrt zu Pockenerkrankungen gekommen, so dass die Ärzte sich intensiv um Verbesserung der traditionellen, nicht ganz ungefährlichen Impfmethode durch vorbeugende Ansteckung mit geringen Mengen von Varioloviren bemüht-

ten.¹¹⁶ Auch die Baden-Durlacher Medizinstudenten und Chirurgen sollten sich seit den 60er-Jahren gemäß landesherrlichem Dekret an Studienorten wie Berlin, Straßburg oder in Frankreich über „die Einpropfung derer Kinder-Blattern“ informieren. In Karlsruhe wurden daraufhin einige Kinder durch Ansteckung geimpft.¹¹⁷ Doch erst die Ende der 90er-Jahre von Edward Jenner gemachte Entdeckung, dass eine Impfung mit den für den Menschen ungefährlichen Kuhpocken einen vergleichbaren Impfschutz gewährleistete, brachte den Durchbruch für die obligatorische Kinderimpfung. Ab 1800 wurden nun jeweils vier Kinder im Hospital geimpft und zur anschließenden Beobachtung stationär aufgenommen.¹¹⁸

Exkurs II:

Die Lidellstiftung

Finanziell gesehen war das Bürgerhospital ein aus landesherrlichen Mitteln finanziertes Institut. Noch 1803 wurde dies durch die von Karl Friedrich gegen die Hospitaldeputation gefällte Entscheidung deutlich, das Militär in das Bürgerhospital aufzunehmen. Doch zunehmend trug das städtische Bürgertum z. B. durch die Beteiligung an den den Hospitalbetrieb mitfinanzierenden Kassen zum Erhalt des Spitals bei. Dass das gehobene Karlsruher Bürgertum bis zum Ende des 18. Jahrhunderts nicht nur zu gewissem Wohlstand gekommen war, sondern sich auch dem Sozialwesen der Stadt verpflichtet fühlte, zeigt die wachsende Zahl an Spenden und Stiftungen. Zunächst kamen die Spenden hauptsächlich dem Stadtmosenfonds zugute, der Kasse, aus der die städtische Armenversorgung finanziert wurde. Mit der Einrichtung von Institutionen im Sozial- und Bildungswesen wurden Spenden dann auch gezielt an diese oder für einen bestimmten Verwendungszweck vergeben.¹¹⁹



Christoph Friedrich Lidell

Ein für die finanziellen Möglichkeiten des Spitals bis weit ins 19. Jahrhundert bedeutsamer Stifter war Christoph Friedrich Lidell.¹²⁰ 1720 in Neuenbürg bei Pforzheim geboren, war Lidell zunächst wie sein Vater im Holzhandel tätig. Er bemühte sich um die Flößerei auf der Murg und wurde dadurch recht wohlhabend. Im Jahre 1756 kaufte er ein Hammer-Eisenwerk in Pforzheim und machte sich um die Eisenverarbeitung seiner Heimatstadt verdient. 1765 wurde er von Karl Friedrich zum Kammerrat ernannt und zog später nach Karlsruhe in ein Haus am Zirkel.¹²¹ Hier verstarb er 1793. In seinem Testament hatte er dem Karlsruher Spital Obligationen in einer Höhe von 100.000 Livres tournois, der in Frankreich bis 1795 gültigen Währung, vermacht. Dieses Vermögen, das Anfang des 19. Jahrhunderts einem Gegenwert von 46.000 Gulden entsprach, konnte jedoch nicht sofort für das Spital eingesetzt werden, da das Kapital als

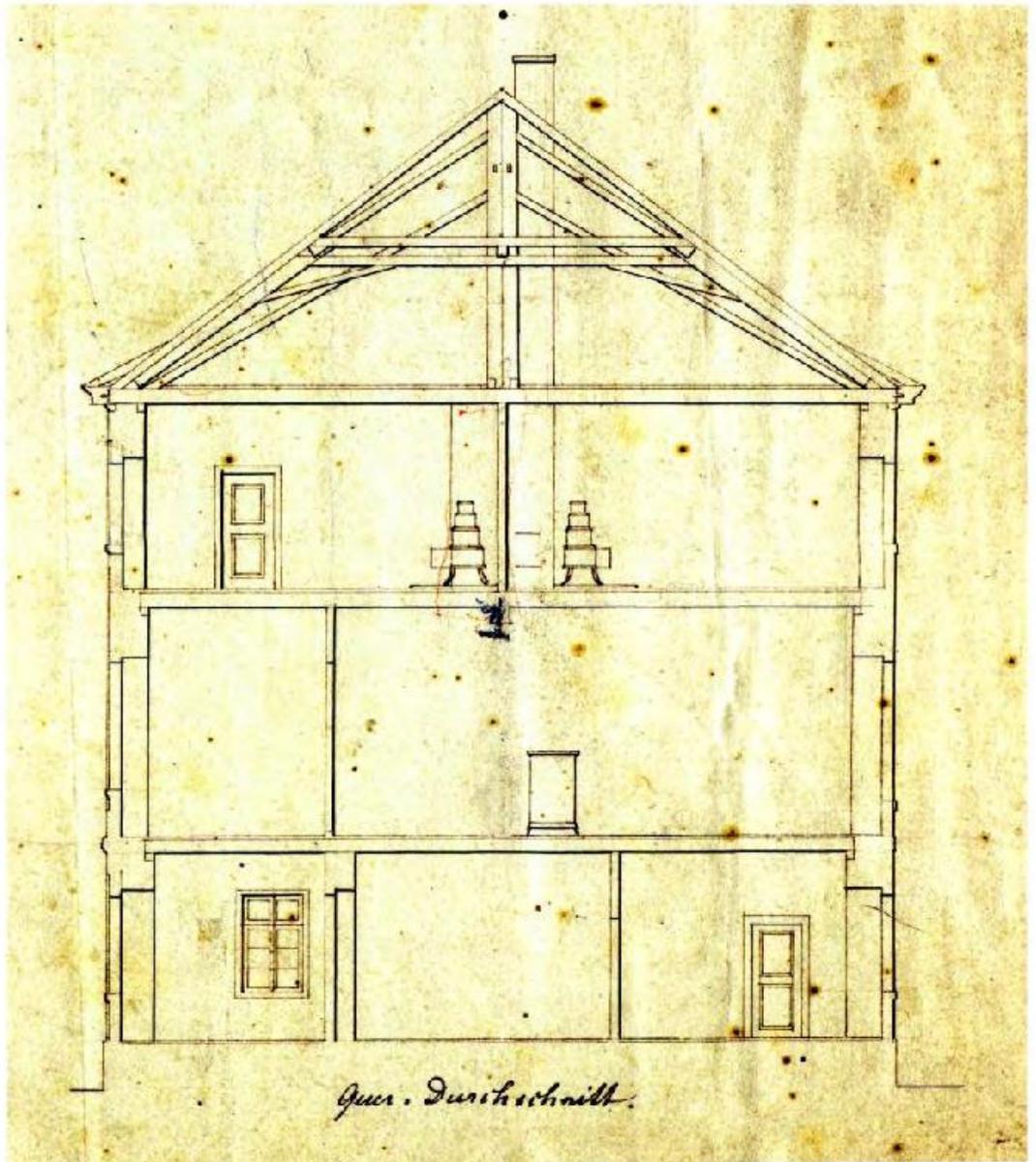
zinsbringendes Darlehen an Pfalzgraf Maximilian Joseph von Zweibrücken verliehen war und dieser angesichts der französischen Besetzung seiner elsässischen Ländereien sich nicht in der Lage sah, die Obligationen auf das Karlsruher Hospital zu überschreiben. 1810 gingen die Schuldverschreibungen im Zuge der Neustrukturierung der Territorien auf die bayrische Staatskasse über. Diese erstattete zunächst der Witwe und zweiten Frau Lidells die ihr zustehenden Kapitalerträge. Das Hospital erhielt jedoch erst nach dem Tode Dorothea Sophie Lidells im Jahre 1827 den Stiftungsbetrag. Nun konnten durch die anfallenden Zinsen arme Kranke kostenfrei im Hospital untergebracht werden.¹²² Über die Stiftung hinaus machte sich die Witwe Lidell um das Armenwesen der Stadt verdient. So ließ sie die Predigten des seit 1791 in Karlsruhe wirkenden Johann Peter Hebel drucken und zugunsten der Karlsruher Armen verkaufen.¹²³

Resümee und Ausblick

Die medizinische Versorgung der badischen Residenzstadt entsprach Ende des 18. Jahrhunderts der einer modernen Residenzstadt. Dazu hatten nicht nur das Engagement Markgraf Karl Friedrichs, sondern auch die umfangreichen Bildungsreisen der Karlsruher Ärzte beigetragen. Insbesondere die medizinische Fakultät der zu dieser Zeit deutschsprachigen Universität Straßburg gab wesentliche Impulse für die Karlsruher Einrichtungen. Bis zur Jahrhundertwende waren alle wichtigen Strukturen für die medizinische Versorgung der Bevölkerung geschaffen worden, welche die Grundlage des städtischen Gesundheitswesens im 19. Jahrhundert bildeten: Nach differenzierten Planungen war ein Hospitalbau entstanden, der mit seinen sanitären und technischen Einrichtungen auf der Höhe der Zeit

war. Seine Verwaltung war durch die Einrichtung der Hospitaldeputation gesichert. Mit Gründung der Dienstboten- und Handwerks-gesellenkassen waren die Voraussetzungen für ein modernes Versicherungssystem gegeben, wengleich die Handwerks-gesellenkasse aus Kostengründen im 19. Jahrhundert wieder von den Zünften übernommen werden musste. Die medizinische Aus- und Weiterbildung erfolgte am Gymnasium bzw. am Hospital.

Als Karlsruher Besonderheit muss jedoch die bereits in der Mitte des Jahrhunderts angedachte und dann durchgeführte Überkonfessionalität des Hospitalkonzeptes hervorgehoben werden. Die seit dem Mittelalter tradierte konfessionell gebundene Krankenpflege wurde in Karlsruhe erst im 19. Jahrhundert auf Initiative kirchlicher Vereine geschaffen.



Querschnitt des Hospitalgebäudes mit Einzeichnung der Öfen. Ausschnitt aus einer Bauaufnahme, um 1840.

PETER PRETSCH

Vom Großherzoglich Badischen Hospital zum Städtischen Krankenhaus 1803–1858

Die großherzogliche Residenzstadt – Neues Bauen am Spitalplatz, Neuordnung des Gesundheitswesens

Zu Beginn des 19. Jahrhunderts war eine Erweiterung der Hauptstadt durch Badens günstige Entwicklung unter dem Schutz Napoleons notwendig geworden. Das Staatsgebiet wurde vergrößert, und die Bevölkerung wuchs dadurch rasch an. Deswegen waren in Karlsruhe auch neue Repräsentations- und neue Verwaltungsbauten zu errichten. Mit der Planung der Stadterweiterung und der neuen Gebäude hatte Markgraf Karl Friedrich, seit 1806 Großherzog, den Architekten Friedrich Weinbrenner beauftragt, der die Stadt im klassizistischen Baustil umgestaltete. Eindrucksvollstes Beispiel für sein Bauschaffen ist noch heute die so genannte *via triumphalis* der Karl-Friedrich-Straße mit den Bauten und Denkmälern am Marktplatz sowie dem Markgräflichen Palais und dem Verfassungsobelisken am Rondellplatz. Doch Weinbrenners Bauordnung erfasste nicht nur die öffentlichen Gebäude. Für die Wohnhausbebauung der Stadt lieferte er ebenso Entwürfe. So entstanden auch am damaligen Spitalplatz neue Häuser in der Bauweise des Klassizismus oder alte wurden diesem Baustil angepasst.¹

Diese sind im Gegensatz zu dem Namen gebenden Gebäude auch heute noch teilweise

erhalten. Markantestes Gebäude an der Ecke zur Adlerstraße ist hier das seit 1926 so benannte Gasthaus zum kleinen Ketterer, das in der Fassadengestaltung mit rustiziertem Erdgeschoss und Schmuckformen in den Fenstergehäusen und am Eingangsportal etwas an das Schwedenpalais, die Kleine Kirche und das Hospital erinnert und deswegen in manchen Publikationen dem Architekten dieser Bauten Wilhelm Jeremias Müller zugeschrieben wird. Das damalige Gasthaus zum König von Preußen entstand jedenfalls noch in der Zuständigkeit des Baudirektors Müller, und es muss nicht verwundern, wenn es noch Stilmerkmale der Zeit um 1790 aufweist. Allerdings wurde es etwa ein Jahrzehnt später teilweise um ein drittes Stockwerk ergänzt, nachdem Weinbrenner die Verantwortung für das Bauwesen in Karlsruhe und Baden übernommen hatte und die Nachbarhäuser an der Nordseite des Spitalplatzes im klassizistischen Stil nach dessen „großem Modell“ für Wohnhausbauten erbaut wurden. Die Häuser an der Südseite des heutigen Lidellplatzes entstanden nach 1805, als entlang des Landgrabens die Steinstraße gebaut wurde, um einen Zugang zu der neuen Wohnbebauung zu ermöglichen.

Der Landgraben selbst wurde hier im Zuge einer neuen Platzgestaltung erst 1815 überwölbt. Bis dahin hatte der Spitalplatz als Gemüsegarten für das Spital gedient. Nach der



Nordseite des Lidellplatzes mit Weinbrennerhäusern und Gasthaus zum kleinen Ketterer. Das hohe Haus in der Mitte wurde erst 1902 gebaut. Vor dem Gasthaus ist rechts noch der Brunnen zu sehen, der 1876 zu Ehren des Spitalförderers Lidell errichtet wurde.

Umgestaltung des Platzes fand vor dem Hospital der Holz- und Heumarkt statt, der nach der auf S. 64 abgebildeten Lithographie offensichtlich auch mit Budenzauber aufwartete. Mit der Einrichtung einer Quellwasserleitung aus Durlach nach Karlsruhe wurde auf dem Platz ein Brunnen in Betrieb genommen, den Weinbrenner 1824 entworfen hatte. Dieser wurde allerdings 1876 beseitigt, als man zu Ehren des Spitalförderers Lidell einen neuen Brunnen errichtete, der heute noch auf dem seit 1893 nach ihm benannten Platz vorhanden ist.²

Soziale Veränderungen in der Stadt traten infolge des Bevölkerungswachstums auf. So hatte sich die Einwohnerzahl von 8.721 Personen im Jahr 1801 auf 19.734 Personen im Jahr 1830 mehr als verdoppelt. Durch den Bei-

tritt Badens zum Rheinbund und später zum Deutschen Bund mussten die Truppenkontingente in der Stadt verstärkt werden, was sich sowohl auf die Bevölkerungsstruktur als auch durch die neuen Kasernenbauten auf das Stadtbild auswirkte. Viele Soldaten lebten jedoch auch im „Dörfle“ in unmittelbarer Nähe des Hospitals, wie auch das Dienstpersonal, das meist vom Lande kam und bei den bürgerlichen Herrschaften der Stadt Anstellung gefunden hatte. Da für das vergrößerte Land Baden in der Residenz vielfältige Verwaltungsfunktionen wahrzunehmen waren, hatte sich auch die Beamenschar vergrößert. Daneben eröffneten neue Betriebe wie die Maschinenfabrik Kessler, die auch Arbeitern Beschäftigung gaben. Der Bedarf an Handwerkern, die „Gegenstände für gehobene Bedürfnisse“ her-

stellten, stieg durch den Zuzug von höheren Staatsdienern und adligen Hofdienern ebenfalls an. Die landesherrliche Verwaltung hatte nicht nur für die wachsende Bevölkerung in der Residenz, sondern in ganz Baden mit den hinzugekommenen Landesteilen zu sorgen und sah sich deshalb veranlasst, das Staatswesen zu reformieren. Dazu gehörte auch die Neuorganisation des Sozial- und Gesundheitswesens. Die Reformen wurden 1809 von dem Freiherrn von Reitzenstein zum Abschluss gebracht, den Karl Friedrich zum Kabinetts- und Staatsminister ernannt hatte. Danach wurden fünf Ministerien unter einem Ministerpräsidenten gebildet, die faktisch die Selbstregierung des Landesherrn beseitigten. Unter dem Innenministerium waren zehn Kreise angesiedelt, wodurch das alte Provinzialsystem mit den Oberämtern aufgelöst wurde. Den Kreisdirektoren unterstanden jeweils mehrere Ämter ungefähr gleicher Größe. „Als unterstes Glied der Verwaltungshierarchie standen die Gemeinden mit ihren Bürgermeistern bzw. Oberbürgermeistern.“³

Auch die Residenz Karlsruhe unterstand nun nicht mehr unmittelbar dem Landesherrn, sondern dem neugebildeten Pfalz- und Enzkreis, der seinen Sitz in Durlach hatte. Unterhalb dieser Ebene konstituierte sich das Stadtamt Karlsruhe, das die Befugnisse von Bürgermeister und Stadtrath stark einschränkte. Diese staatliche Bevormundung wurde erst mit einer neuen Gemeindegesetzgebung 1832 weitgehend beseitigt.

Mit dem Stadtamt verbunden war zunächst die Polizeideputation oder -kommission, die als Polizeidirektion ab 1811 wieder direkt dem Großherzog unterstand und für das Gesundheits- und Armenwesen in der Residenzstadt zuständig war.

Daneben war schon 1803 eine Sanitätskommission ins Leben gerufen worden, die aus acht Mitgliedern, „alle aus dem Fache der

Arzneiwissenschaft“, bestand und als „oberste Entscheidungs-Instanz in Gesundheitsfragen“ die medizinischen Amtsbezirke oder Physikate in Baden zu beaufsichtigen hatte. Sie erarbeitete zudem gesetzgeberische Maßnahmen, die dann vom Innen- bzw. Staatsministerium umgesetzt wurden. Die bedeutendste Maßnahme war zunächst 1806 der Erlass einer Medizinalordnung, die die Ausbildung der Ärzte und des Pflegepersonals regeln und damit das Kurfuschertum eindämmen sollte. So wurde beispielsweise die zünftige Gemeinschaft von Barbieren und Wundärzten aufgehoben. Handwerklich ausgebildete Wundärzte gab es allerdings weiterhin. Sie mussten sich nun aber einer staatlichen Prüfung unterziehen und damit ihre Befähigung unter Beweis stellen.

Schon mit der Eröffnung des Hospitals in Karlsruhe 1789 war ein „Lehrinstitut für junge Wundärzte“ von Stadt- und Landchirurg Ernst Friedrich Herbst gegründet worden. Dieser sollte nun zusammen mit dem leitenden Hospitalarzt Christian Ludwig Schweickhard auch für die Abnahme der Prüfungen zuständig sein. Beide Ärzte wurden Mitglied der Sanitätskommission, Schweickhard 1810 sogar deren Direktor.

Man beriet sich in der Kommission auch über die Behandlung von Krankheiten. Erfahrungsberichte von Ärzten in ganz Baden wurden seit 1824 von der Sanitätskommission in den „Annalen für die gesammte Heilkunde“ herausgegeben. 1825 wurde die Staatsprüfung für Wundärzte offiziell eingeführt. Sie wurden fortan als „praktische Ärzte“ bezeichnet.⁴ Auch die akademisch ausgebildeten Ärzte mussten sich in Karlsruhe dieser Prüfung unterziehen, um als solche in Baden arbeiten zu dürfen. Dies war vergleichbar mit der heutigen Approbation. Dieser Lizenzschein galt allerdings nicht im Ausland. Dort war wieder das Doktordiplom der jeweiligen Universität maßgebend. Friedrich Tiedemann, Professor an der damals

schon hoch angesehenen medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg, kritisierte diesen Kompetenzwirrwarr mit den folgenden Worten: „Das Heidelberger Doktordiplom wird allenthalben respektiert, nur nicht in der Türkei und im Großherzogtum Baden.“⁵

In Baden war die Zahl der Amtsärzte für die Versorgung der Bevölkerung zu gering. So kamen beispielsweise 1828 auf einen Amtsarzt 6.250 Einwohner. Man war also auch auf die handwerklich ausgebildeten Ärzte angewiesen. Dagegen war die Ärztedichte in der Residenz Karlsruhe mit „11 Civilärzten und mehreren Wundärzten“ überdurchschnittlich hoch. Das hing aber auch damit zusammen, dass hier der Sitz der landesherrlichen Sanitätskommission und eines Physikats sowie ein Hospital als Versorgungszentrale vorhanden waren.⁶

Verwaltung, Finanzen und militärische Nutzung des Karlsruher Hospitals

Aufsichtsbehörde für den Betrieb und die Finanzen des Hospitals blieb bis 1820 die Hospitaldeputation. Seit der Gründung des Hospitals im späten 18. Jahrhundert hatte sich an deren Zusammensetzung nichts geändert. „Jeden Sonntag musste der Vorsitzende der Hospitaldeputation dem Landesherrn und der Polizeideputation einen tabellarischen Bericht über den Zustand des Hospitals vorlegen. An der Berichterstattung zeigte besonders Großherzog Karl Friedrich offenbar ein reges Interesse.“⁷ Noch in seinem Todesjahr 1811 ließ er sich informieren und erinnerte nach dem Bericht der Anwesenden daran, dass er „der Stifter und Erhalter dieser für die leidende Menschheit so wohlthätigen Anstalt“ gewesen war. Nach der Neuorganisation der Landesverwaltung von 1809 unterstand das Hospital allerdings nicht mehr unmittelbar dem Landesherrn, sondern dem Innenministerium.

Außerdem wurde die Zusammensetzung des Gremiums nicht mehr jedes Jahr geändert, sondern nur bei Bedarf, wenn Mitglieder auschieden.

1820 wurde die Hospitaldeputation unter dem Namen Hospitalkommission neu gebildet und der Kreisregierung des Enz- und Pfinzkreises unterstellt. Sie bestand von nun an aus folgenden Personen: dem Polizeidirektor als Vorsitzendem, dem Amtmann, dem Hospitalarzt, dem Hospitalchirurgen, zwei lutherischen Stadtpfarrern, dem katholischen Stadtpfarrer, dem Oberbürgermeister und einem Karlsruher Bürger sowie dem Hospitalverwalter. Seit 1822 wurde die Aufsicht über das Spital dem städtischen Amtsarzt übertragen. Er war zu wöchentlichen Visitationen der Anstalt verpflichtet. In der Zusammensetzung des Gremiums trat durch die Neubildung eine gewisse Kontinuität ein, die früher nicht gegeben war, als Vorstand und Mitglieder häufig wechselten. So gehörten der Kommission seit 1854 bis zu deren Auflösung im Jahre 1870, als die Stadt die Verwaltung des Krankenhauses übernahm, Stadtdirektor Freiherr von Neubronn, Oberbürgermeister Malsch und Medizinalrat Dr. Molitor ununterbrochen an.⁸

Die Kommission hatte vor allem die ökonomische Seite des Spitalbetriebs zu prüfen, der unter anderem aus Stiftungen und Zuwendungen des Staates finanziert wurde. Darüber hinaus hatte sie die Aufsicht über das 1791 gegründete „Dienstboteninstitut“, das 1837 in „Hospitalverein“ und 1852 in „städtischer Krankenverein“ umbenannt wurde. Der Verein war ein Vorläufer der Krankenkasse und ermöglichte den Dienstboten der Stadt „unentgeltliche Aufnahme in das Spital“ für einen Jahresbeitrag ihrer Dienstherrn, der seit 1816 zwei Gulden betrug. Damals stieg die Zahl der versicherten Dienstboten von 615 auf 1.063 Personen, was zu einer Konsolidierung der Versicherung führte, die vorher oft mit Verlust

gearbeitet hatte, da die Beiträge die Kosten nicht decken konnten. „So konnte das Versicherungsinstitut beispielsweise auch das Jahr 1836, als in Karlsruhe im August und September eine Ruhrepidemie herrschte, unbeschadet überstehen. Von den 1.975 (251 männlichen und 1.724 weiblichen) 'eingezeichneten' Dienstboten wurden in diesem Jahr 302 im Hospital versorgt. Diese verursachten Kosten in Höhe von rund 2.420 Gulden. Dazu kamen ca. 1.180 Gulden Arzneikosten, 42 Gulden Transport- und Begräbniskosten sowie 220 Gulden Verwaltungskosten, so dass die Gesamtausgaben 3.870 Gulden betrugen. Die Einnahmen von 4.170 Gulden ergaben sich aus den Jahresbeiträgen von 3.950 Gulden sowie aus 220 Gulden Kapitalzinsen, so dass immerhin ein Überschuss von etwa 300 Gulden blieb, der dem Kapitalvermögen zufluss.“⁹

Die Industrialisierung Karlsruhes und das Bevölkerungswachstum führten schließlich dazu, dass man seit 1837 nicht nur Dienstboten in die Kasse aufnahm, sondern sie allen Beschäftigten außer den zünftigen Handwerksgelesen offen stand. Nicht aufgenommen wurden Personen mit unheilbaren Krankheiten oder mit Erkrankungen, die auf einen „unsittlichen Lebenswandel“ zurückzuführen waren. 1852 wurde dann die Versicherungspflicht für die Arbeitgeber eingeführt. Das 1801 gegründete Geselleninstitut, in das alle Zünfte für ihre Gesellen einzahlen sollten, war 1808 aufgelöst worden, da es, verursacht durch ausbleibende Zahlungen der Zünfte, hoch verschuldet gewesen war. Die Zünfte richteten nun eigene Kassen ein, in die Gesellen und Lehrlinge für ihre Krankenversorgung einzahlen mussten. Dieses System hatte bis über die Jahrhundertmitte hinaus Bestand.

Der im 18. Jahrhundert gegründete Spitalfonds konnte zunächst wenig zur Finanzierung des Krankenhausbetriebs beitragen. Noch im Jahr 1812 wurde von Seiten der Polizeibehör-

de darüber geklagt, er sei „so unbedeutend, dass die Kosten für die Verpflegung der armen Kranken entweder aus milden Fonds, oder aus der Staatskasse bestritten werden müssen. Das großmüthige Bestreben des höchstseeligen Stifters, diese schöne Anstalt auch mit einem angemessenen Fonds zu unterstützen, wurde durch die Zeitumstände verhindert“.¹⁰ Später entnahm man sogar Gelder aus diesem Fonds, um den laufenden Krankenhausbetrieb zu decken. Erst nach einer Aufstockung auf über 40.000 Gulden in den 1840er-Jahren konnten durch die Zinsen etwa 20% der jährlichen Einnahmen des Hospitals erzielt werden. In der Regel musste aber auch danach noch ein Staatszuschuss für das Krankenhaus von etwa einem Drittel der Ausgaben in Anspruch genommen werden.

Die Stiftung des Kammerrats Christoph Friedrich Lidell war erst 1827 nach langem Rechtsstreit zuteilungsreif geworden und betrug 45.833 Gulden. Man wollte die Lidellstiftung nun ihrem eigentlichen Zweck zuführen, nämlich „jährlich sechs bis acht Kranke unentgeltlich im Spital zu versorgen.“ Zunächst wurden Bettzeug und zwölf Marrarzen für die Kranken, die unterstützt werden sollten, gekauft. In der Praxis hat sich die Intention des Stifters aber schwer durchführen lassen, so dass nur sehr wenige Kranke in den Genuss der Unterstützung kamen. Schon 1830 wurde daher der Stiftungszweck dahingehend modifiziert, dass künftig auch drei arme, alte Bewohner des noch zu erbauenden Pfründnerhauses am Mühlburger Tor zu versorgen seien, was dann auch geschah. Zur Finanzierung des Krankenhausbetriebs trug die Lidellstiftung nur wenig bei. Das Stiftungskapital wuchs bis 1919 auf über 150.000 Mark an und wurde dann in der Inflation 1922/23 weitgehend vernichtet.¹¹

Finanziert wurde das Hospital in der Hauptsache durch die Gebühren, die die Zünfte und



HOSPITAL.

Lebhaftes Treiben des Holz- und Heumarkts auf dem späteren Lidellplatz hielt Peter Wagner um 1840 fest. Der Gebäudeflügel des Hospitals an der heutigen Markgrafenstraße war damals noch mit Soldaten belegt.

der städtische Krankenverein für ihre Mitglieder zu tragen hatten, die Zinsen aus dem Spitalfonds sowie durch jährliche Zuwendungen des großherzoglichen Landesfiskus. Für die Rechnungsführung war schon seit der Gründung des Hospitals der Hospitalverwalter zuständig gewesen. 1814 wurden seine Aufgaben neu geregelt. Dies hing sicherlich mit einem Personalwechsel zusammen, denn Oberrevisor Karl Theodor Salzer wurde wegen Unregelmäßigkeiten in der Abrechnung seines Postens enthoben, und der Regimentsarzt Ferdinand Köbler nahm seine Stelle ein. Er hatte nun auf eigene Rechnung für die Verpflegung der Patienten und des Personals zu sorgen, was ihm nach bestimmten Sätzen für „Kostportionen“

vergütet wurde. Auch die Reinigung der Wäsche wurde ihm vertragsgemäß gegen Vergütung übertragen.

So erhielt er „beispielsweise für einen Schlafrock 3 Kreuzer, für eine Unterhose 2 ½ Kreuzer, für ein Schnupftuch 1 Kreuzer“. Das hierfür notwendige Personal hatte er selbst zu entlohnen. Die Rechnungsführung für das Hospital wurde aber bereits 1820 an einen unabhängigen Rechnungsführer übertragen. 1823 übernahm der pensionierte Stabschirurg Carl Franzmann die Verwaltung des Hospitals. Die Wäscherei wurde an eine Wäscherin verpachtet. Franzmann erhielt wie seine Vorgänger freie Wohnung, Licht und Heizung im Hospital, darüber hinaus aber erstmals auch

Zusammenstellung sämtlicher Ausgaben des Städtischen Krankenhauses
von den Jahren 1843 bis einschließlich 1857.

Jahr- gang	Besol- dungen	Wein	Speisung	Lohn u. Livree des Personals	Arzneien	Zu- ehrung Gebrauch	Inventar	Gebäude	Heizung	Helench- tung	Weisung- Ankauf, Wascher- und Näherlohn	Ver- mögens- stand
	M.	M.	M.	M.	M.	M.	M.	M.	M.	M.	M.	M.
1843	2160	564	8907	2158	2105	501	1818	477	9051	410	638	137153
1844	2160	562	7279	2097	2090	597	585	585	2935	353	782	142080
1845	2160	621	5804	2153	2275	598	1857	425	2750	310	951	147679
1846	Veränderungen der Verhältnisse durch Ankauf des bisher militärischen Antheils.											
1847	2160	754	12188	2400	2746	579	5227	11553	8053	355	1047	151929
1848	1911	—	11790	2673	1539	450	900	655	1310	271	1031	159062
1849	2897	787	8794	2318	2175	391	2858	255	3516	396	970	160313
1850	2597	1490	8571	1793	2448	321	785	1083	4320	274	777	163958
1851	2597	803	7049	1942	1922	130	4101	623	2673	245	650	165387
1852	2806	804	9507	1826	1951	226	780	1718	2858	286	777	160980
1853	2806	782	9653	1855	1898	168	425	1251	2563	317	744	178276
1854	2777	893	10322	1851	1778	94	369	720	3021	319	727	178786
1855	2745	782	11071	2201	1874	156	1788	2081	2619	346	770	182781
1856	2910	737	10670	2105	1694	132	432	363	3334	372	727	187657
1857	2991	849	11129	2081	1150	84	2877	358	3986	252	729	190903
Summa	35289	10028	134729	26443	27705	4432	23702	22147	42589	4506	11345	
Durch- schnitt von 15 Jahren	2320	710	9023	2103	1979	316	1693	1582	3042	321	810	

149

Statistik der Ausgaben des Hospitals von 1843 bis 1857.

hospitals, so dass die Speisen über den Hof getragen werden mussten. 1815 errichtete man einen Bretterzaun im Hof zwischen Bürger- und Militärhospital, „um dort künftig Kontroversen zwischen dem Personal zu vermeiden.“¹³ Zu den Streitigkeiten gehörte auch, dass Geflügel und Schweine im Hof gehalten wurden, was später verboten wurde. Man erbaute daraufhin einen gemeinsamen Stall für die Tiere. Verschärft wurde die Situation mit dem Bevölkerungswachstum in der Residenz. 1838 machte daher das Kriegsministerium den Vorschlag „bei der großen Zunahme der Bevölkerung, das Hospital gegen eine Entschädigungssumme zu räumen und ein gesondertes Militärhospital einzurichten.“ Schließlich kam man zu einer Vereinbarung, die den Bau eines neuen Militärkrankenhauses in der Kriegsstraße ermöglichte.

Die Stadt Karlsruhe zahlte an das Kriegsministerium eine Abstandssumme von 32.000 Gulden, die den Bau dieses Garnisonslazarets finanzieren sollte. Dies war auch der entscheidende Schritt zu einem kommunalen Krankenhaus, da der Großherzog das Hospital nach dem Auszug des Lazarets 1846 von nun an als städtische Einrichtung anerkannte. Den Namen „Städtisches Krankenhaus“ erhielt das Hospital aber erst 1859 auf Beschluss der „Großherzoglichen Hospitalkommission“, deren Vorsitzender ja immer noch Landesbeamter war.¹⁴

Der Neubau des Militärkrankenhauses, den der Architekt Friedrich Arnold entwarf, war dann allerdings mit knapp 89.000 Gulden fast dreimal so teuer geworden. Mit der schlossbauähnlichen dreiflügeligen Anlage wurde das Zivilhospital endlich entlastet. Für 400 kranke

Soldaten bot der Neubau hinlänglich Platz. Die in den Quellen gelobte Einteilung und Einrichtung des neuen Gebäudes hatte Arnold nach den Vorstellungen des Generalstabsarztes Dr. Wilhelm Meier vorgenommen, einem auch als Physiker und Chemiker bekannten Gelehrten. Für die Erweiterung des Zivilhospitals in den neu gewonnenen Räumen hatte man 10.000 Gulden errechnet. Es wurde „den zeitgemäßen Anforderungen“ entsprechend ausgestattet und eingerichtet. Das Hospital behandelte nun jährlich 1.000 bis 1.200 Kranke, während es vor 1846 selten mehr als 900 waren.

So konnte auch der „Vermögensstand“ des städtischen Krankenhauses anwachsen, der den jährlichen Ausgaben in der abgebildeten Statistik gegenübergestellt ist.

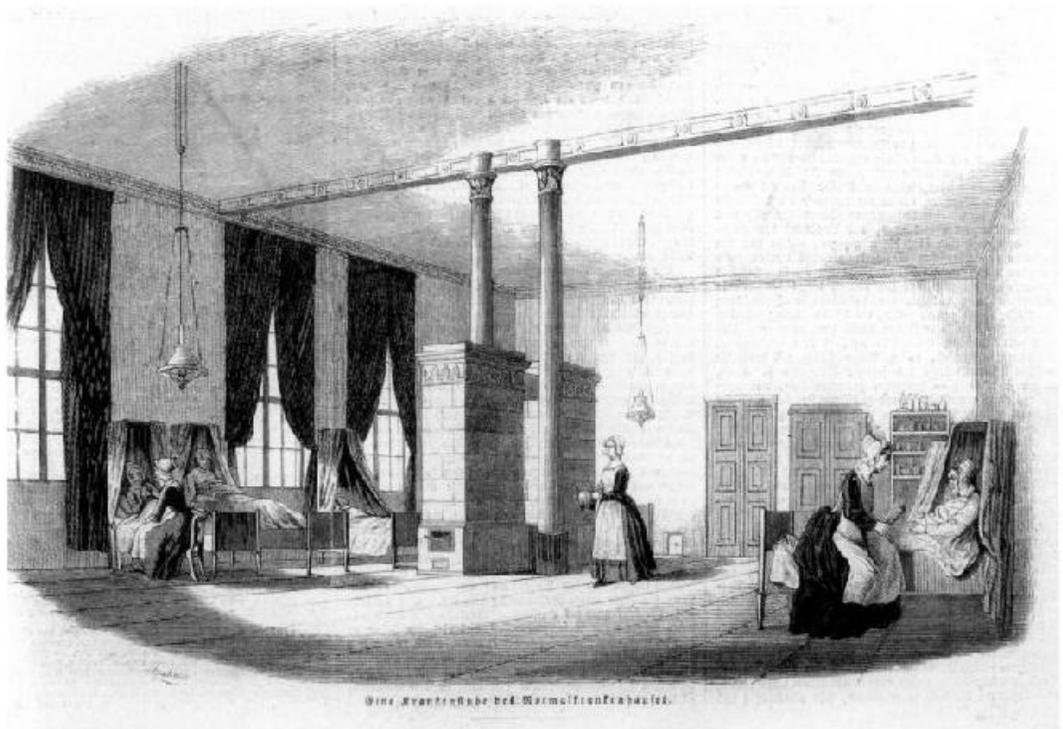
Neben den erwähnten Versicherungsgeldern wurden diese Ausgaben damals auch von einem jährlichen Staatszuschuss von immerhin 4.400 Gulden finanziert.

Das Bürgerhospital und seine Abteilungen

Nach Auszug des Militärspitals verfügte das städtische Krankenhaus über 28 größere und kleinere Krankensäle und Zimmer, „welche zusammen einen Belegraum für 120 (nöthigenfalls für 150) Kranke abgeben, für welche Zahl auch die Ausrüstung an Betten, Weißzeug und Kleidung vorhanden ist.“ Auch über die Ausstattung der Krankenzimmer erfahren wir aus einem Bericht von 1858 Näheres: „Die Fußböden in den großen Sälen sind in der Mitte aus Backsteinen, zu beiden Seiten aber, wo die Betten stehen, von Holz. Die Heizung geschieht durch Holz in großen irdenen, in der Mitte der Säle stehenden Öfen, ... die Beleuchtung im Hause durch Öl- und Talglichter; doch wird die Einrichtung der Gasbeleuchtung ernstlich vorbereitet. Die Bettstellen sind zum

Theil von Eisen, zum Theil von weichem Holze, mit Ölfarbe angestrichen. ... Die Betten bestehen aus Rosshaar- und Seegrasmatrizen, kompletten und dreitheiligen, aus Kopfpolstern von Rosshaar, zum Theil Federkissen, aus wollenen Decken und Leintüchern; ein Theil der Betten ist mit Plumeaux versehen. Zur Ausstattung der Krankenzimmer gehören ferner kleine Bertrische zwischen je zwei Betten mit Mittelboden und Schublade, einige Lehnstühle, ein großer Tisch, Wandschränke und Kleiderkästen, wie auch ein Thermometer. Über jedem Bett ist eine hölzerne Tafel befestigt, welche Namen, Stand und Alter des Kranken, die Diät und Arzneiverordnungen enthält. Für den Gebrauch in den Krankensälen sind Bettschirme in hinreichender Anzahl und von verschiedener Größe vorhanden, welche für Augenkranke, oder solche, deren Anblick störend auf die Umgebung einwirkt, benutzt werden. Die Sterbenden und Leichen werden gleichfalls damit umstellt.“¹⁵

Wie aus diesem Bericht ebenfalls hervorgeht, versuchte man die Patienten nach ihren Krankheitssymptomen, nach dem Geschlecht und zu einem geringeren Teil nach ihren Vermögensverhältnissen auf die verschiedenen Stockwerksebenen und in den Krankenzimmern zu verteilen. Dabei ist von unterschiedlichen Stationen oder Kliniken jedoch noch nicht die Rede. Im Erdgeschoss befanden sich „Wohnung und Geschäftszimmer des Verwalters, das Ordinationszimmer und Wartzimmer, das Portierstübchen, Küche, Speisekammer und Wohnung der Kostgeberei, Magazin für Weißzeug, Kleidung und Verbandstücke; 2 Badcabinette mit 7 metallenen Badewannen; das Sectionslokal, 3 Gemächer mit der erforderlichen Einrichtung für Geisteskranke, und ein Gemach für unreinlich Kranke, die Badezimmer und die Leichenkammer.“ Im ersten Obergeschoss hatte man die männlichen Kranken untergebracht, wobei hier die Kran-



Eine Krankenstube des Normalkrankenhauses Berlin.

„Eine Krankenstube des Normalkrankenhauses Berlin“ im Jahre 1848.
Ähnlich kann man sich die Krankensäle der Zeit im Karlsruher Hospital vorstellen.

kenzimmer und Säle nach inneren und äußeren Krankheiten unterschiedlich belegt wurden. Außerdem gab es zwei Krankensäle „mit je 10 Betten für Krätzige und Syphilitische“. Der Wundarzt und seine Lehrlinge hatten auf diesem Stockwerk ein Dienstzimmer.

Das zweite Obergeschoss war ähnlich aufgeteilt wie das erste aber für die weiblichen Kranken reserviert. So genannte „Blatternkranke“ hatte man im nördlichen Gebäudeflügel an der Markgrafenstraße untergebracht. „Krätzige und Syphilitische“ lagen streng abgeschirmt im südlichen Gebäudekomplex an der Adlerstraße. Zwei der kleineren Krankenzimmer waren „in Betten und Möbeln eleganter ausgerüstet und zur Aufnahme von Kranken aus den höheren Ständen“ bestimmt.¹⁶ Mit einem kleineren Zimmer mit vier Betten war

1853 die Grundlage zur Einrichtung einer Kinderabteilung gelegt worden. „Es werden in das Kinderhospital kranke Kinder armer hiesiger Einwohner bis zu einem Alter von 10 Jahren unentgeltlich oder gegen Entrichtung der Armentaxe von Seiten der Stadt aufgenommen.“¹⁷ Den Ursprung der „Heilanstalt für Kinder“ verdankte das Hospital einer Stiftung, die der Militärarzt Dr. Grieselich 1847 ins Leben gerufen hatte. Er berief sich dabei auch auf das Vorbild in anderen deutschen Städten, die bereits Kinderkrankenhäuser errichtet hatten. So gab es bereits in der Charité in Berlin und in der Diakonissenanstalt von Kaiserswerth Kinderabteilungen und in München, Hamburg und Frankfurt waren sogar eigene Kinderkrankenhäuser gebaut worden. Da Grieselich schon 1848 starb, hatten sich



Blick in den Kindersaal der Diakonissenanstalt von Kaiserswerth im Jahre 1846.
Seit 1853 gab es auch im Karlsruher Hospital eine Kinderabteilung.

seine Witwe und der Kaufmann Eduard Kölle dafür eingesetzt, und es wurden Sammlungen in Vereinen, bei Konzerten und Maskenbällen durchgeführt, die schließlich einen Betrag von über 500 Gulden einbrachten, der die Einrichtung eines Stiftungsfonds ermöglichte, aus dem den Kindern im Hospital die Verpflegung gezahlt werden konnte. Die übrigen Kosten wurden vom Spiralfonds, der Lidellstiftung und der städtischen Armenkasse getragen.¹³

Insgesamt bemühte man sich den Anforderungen einer Stadt an ein Krankenhaus gerecht zu werden, wie sie der großherzoglich badische Medizinalrat Peter Joseph Schneider aus Offenburg 1838 postuliert hatte: „1. Anfälligkeit der ärmeren Bevölkerungsschichten für eine Vielzahl von Krankheiten, 2. Mangel an ärztlicher Betreuung, 3. frühzeitige Bekämp-

fung von Infektionskrankheiten, 4. Kostensparnis für die Gemeinden durch sofortige Krankenhausbehandlung, 5. Aufnahme von Reisenden, die auf der Durchreise erkrankten, 6. Gewinn neuer Erkenntnisse für die Medizin durch das Zusammenführen der verschiedenen Patienten und durch die Überwachung des Krankheitsverlaufs.“¹⁴

Die sanitären Verhältnisse hatten sich im Hospital gegenüber dem 18. Jahrhundert kaum geändert. Es gab nach wie vor keine Wasseranschlüsse in den Krankenzimmern und keine Toilettenanlagen mit Wasserspülung. Diese Neuerungen sollten sich auch anderorts erst langsam durchsetzen. Sie waren im Neubau des Allgemeinen Krankenhauses St. Georg in Hamburg 1823 nach englischem Vorbild eingeführt worden: „Durch ein eigenes Wasser-

werk war es möglich, überall im Hause, wo es notwendig erschien, Badezimmer, Waschbecken und ... Wasserklosetts einzurichten.“²⁰ In Hannover hatte man die Wasserversorgung des dortigen Krankenhauses 1832 folgendermaßen gelöst: „Neben dem Leichenhaus gab es ein Betriebsgebäude mit einer Dampfmaschine, die erste dieser Art im Königreich Hannover, die das Wasser über eiserne Röhren in die beiden Wasserreservoirs auf die Dachböden der Querflügel pumpte. Die Behälter deckten, wenn sie gefüllt waren, den Wasserbedarf für Bäder und Reinigung der Toiletten für zwei Tage.“ Erst die Inbetriebnahme des Wasserwerks im Ruppurrer Wald 1871 sollte Derartiges auch im Karlsruher Krankenhaus möglich machen. Am 23. Oktober 1872 wurde das Hospital an das städtische Wasserversorgungsnetz angeschlossen. Vorher musste der Wasserbedarf des Hospitals mittels Pumprunnen gedeckt werden, was sicherlich sehr umständlich und hygienisch nicht einwandfrei war.²¹

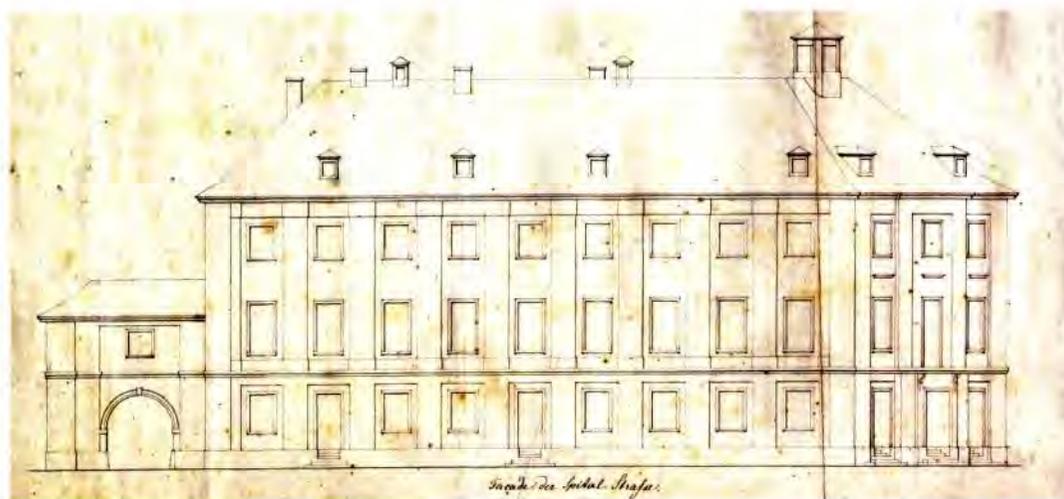
Das Militärhospital und seine Abteilungen

Im Mai 1803 wurde die Markgrafschaft Baden Kurfürstentum und die Residenz Karlsruhe Garnisonsstadt. Man begann mit dem Bau der Infanteriekaserne am heutigen Platz der Postgalerie und einer Reiterkaserne zwischen dem Polytechnikum (heute Hauptgebäude der Universität) und dem Zeughaus. Zusammen mit den Truppen der großherzoglichen Artillerie, die seit 1818 im Schloss Gottesaue stationiert waren, bestimmten die Soldaten das gesellschaftliche Leben in der Fächerstadt mit. Sie stellten bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts immerhin über ein Fünftel der Stadtbevölkerung. Das alte dem Bürgerhospital gegenüberliegende Militärspital in der Spitalstraße wurde ebenfalls in eine Kaserne umgewandelt. Zur Versorgung der erkrankten Soldaten brauchte man

nun Ersatz und der nördliche Flügel des Bürgerhospitals, das zu dieser Zeit wenig belegt war, wurde dem Militär 1803 zunächst provisorisch und 1809 endgültig zur Verfügung gestellt.²²

Generalstabsarzt Dr. Karl Joseph Zandt organisierte die Einrichtung des Hospitals für das Militär. Er war seit 1805 für die Organisation von allen Militärspitalern in Baden zuständig. Nach dem Tode Zandts im Jahre 1830 folgte ihm Wilhelm Meier in dieser Funktion, der in Jena, Würzburg und Wien studiert hatte. Als Arzt hatte Meier 1806 das Physikat von Durlach übernommen. In den Napoleonischen Kriegen wurde ihm das Sanitätswesen des badischen Korps übertragen. Er nahm bis 1815 fast an allen Feldzügen teil, an denen die badische Armee beteiligt war. Zwischenzeitlich übernahm er außerdem die Leitung des Militärspitals in Ettlingen. Nach dem Kriege wurde er 1816 in die badische Sanitätskommission aufgenommen. 1830 hatte er seinen Dienstsitz im Karlsruher Hospital, war aber „mit der alleinigen Leitung des gesamten Militär-Sanitätswesens betraut, dessen Vervollkommnung und Fortbildung von nun an der Gegenstand seiner rastlosen Sorgfalt wurde.“²³ In Karlsruhe wurde zur Behebung der Raumnot im Militärspital 1832 das benachbarte sogenannte „Erhardische Haus“ für die erkrankten Soldaten zusätzlich zur Verfügung gestellt.

Auf Meiers Initiative und Vorschläge ging dann das Projekt zurück, ein eigenes Gebäude als Militärlazarett für die Soldaten zu errichten, denn schon längst reichte der Platz im Hospital für die Kranken der größer gewordenen Karlsruher Garnison nicht mehr aus. Militärbaudirektor Friedrich Arnold erbaute in der östlichen Kriegsstraße ein dreistöckiges Krankenhaus mit drei Gebäudeflügeln und einem geräumigen Speicher. Es enthielt 31 Krankenzimmer und -säle, einen großen Saal im Erdgeschoss „zum Ergehen der Rekonvaleszenten bei ungünstiger Witterung“, Zimmer für die



Fassade des Hospitals an der damaligen Spitalstraße. Dieser Gebäudeflügel diente bis 1846 dem Militär. Ausschnitt aus einer Bauaufnahme um 1840.

Aufbewahrung chirurgischer Instrumente, die Ausrüstungsgegenstände der Verbandarzneiwagen und der Feldhospitäler, eine Badeanstalt, die Militärapotheke, die Speiseküche nebst Speisekammer und Wohnung für den Kostgeber, Arbeitszimmer des Generalstabsarztes, des Hospitalverwalters und der Krankenwärter sowie die Wohnung des Hospitalarztes. Im Keller befanden sich die Leichenhalle, der Weinkeller und das Heizmaterial, im Speicher die Wäscherei, ein Bett- und Matratzenlager sowie die Kräuterkammer für die Apotheke. Es gab besonders gesicherte Räume für „Blatternranke“, Geistesranke, mit „Syphilis und Krätze“ Behaftete, Abteilungen für Augenranke, Offiziere, Kadetten und eine Hospitalbibliothek. Die Krankenpflege besorgten „zuverlässige Leute aus den verschiedenen Truppentheilen, welche Lust und Liebe zu diesem Berufe haben, und als geeignet hierzu befunden worden sind. Auf 10 bis 12 innerlich Kranke wird je ein Wärter im Durchschnitte gerechnet.“²⁴

Die Aufstellung des Jahres 1858 über die Räumlichkeiten im neuen Militärkrankenhaus

macht deutlich, wie beengt es vor 1846 zugegangen sein muss, als Zivil- und Militärkranke noch zusammen unter einem Dach untergebracht waren. Dies hatte sicherlich auch ungünstige Auswirkungen auf den Heilungsprozess insbesondere verwundeter Soldaten gehabt: „Schon seit dem 18. Jahrhundert hatte sich die Theorie ausgebildet, dass Wundfieber, Puerperalfieber und andere Epidemien, die die Krankenhäuser heimsuchten und vielfach in Verruf brachten, mit Hilfe einer ständigen Durchlüftung der Räume bei bettlägerigen Kranken zu bekämpfen war. ... Deutlich war während des Krimkrieges der Beweis erbracht worden, dass in dezentralisierten Lazarettanlagen wie in dem Generallazarett auf den Höhen von Balacava ebenso wie in der weiträumigen Lazarettanlage von Rebkiöi, welche im letzten Kriegsjahr 1855 am Ufer der Dardanellen aus Fertigteilen errichtet worden war, wesentlich seltener die gefürchteten Wundfiebererkrankungen auftraten. Florence Nightingale, die seit 1854 hautnah die schrecklichen Zustände in den meisten Lazaretten des Krimkrieges kannte, fasste 1859 in ihrem berühmten



Generalstabsarzt Dr. Wilhelm Meier.
 Porträtlithografie von 1854.

Buch 'Notes on Hospital' die für ein Krankenhaus schädlichen Einflüsse in vier Punkten zusammen: 1. Anhäufung einer großen Zahl von Kranken unter einem Dach, 2. Mangel an Raum für das einzelne Bett, 3. mangelhafte Ventilation, 4. Mangel an Licht.²⁵

Solche Erkenntnisse waren es, die später dazu führten, dass auch in Karlsruhe zu Kriegzeiten Lazarettbaracken im Freien für die verwundeten Soldaten errichtet wurden, so etwa im Deutsch-Französischen Krieg der Jahre 1870/71.

Ärzte, Pflegepersonal und die Behandlung der Patienten

Seit der Eröffnung des Hospitals 1788 hatten die beiden Ärzte Christian Ludwig Schweickhard und Ernst Friedrich Herbst die Innere Medizin und die Chirurgie geleitet, unterstützt von akademisch ausgebildeten Assistenzärzten sowie „Wundarzneidienern“ und Chirurgen ohne akademische Bildung. Schweickhard hatte bis 1816 als dirigierender Arzt und als Chef der Inneren Medizin gewirkt, Herbst war bis 1823 tätig.²⁶

Nachfolger Schweickhards als Amts- und Hospitalarzt wurde Karl August Seubert. Er hatte als Stadtphysikus außerdem noch die Aufsicht über die niedergelassenen Ärzte in Karlsruhe zu besorgen. Seubert war am 7. Mai 1779 in Karlsruhe geboren worden, hatte in Jena Medizin studiert und dort die Doktorwür-



Das 1848 erbaute Militärkrankenhaus in der Kriegsstraße, nach dem Ersten Weltkrieg Sitz des Versorgungsamts. Aufnahme von 1972.

de erworben. Später vertiefte er sein Studium auf Reisen in Wien, Paris und Pavia, ehe er sich 1801 als praktischer Arzt in Karlsruhe niederließ. 1806 wurde er Schweickhards Assistenzarzt und war sowohl im Physikat als auch im Hospital tätig. So ist es wenig verwunderlich, dass er seinem Vorgesetzten später im Amt folgte. Er wurde als Mann „von feinsten Formen, aber von festem entschiedenen Charakter“ beschrieben. „Es war nicht nur die Krankheit, mit welcher er es zu thun hatte, sondern auch der Kranke, es waren nicht die Arzneimittel allein, über die er verfügte, sondern die Beurtheilung der Verhältnisse.“²⁷

Für seine vielfältigen Tätigkeiten erhielt er eine Besoldung von 1.200 Gulden im Jahr.

Als Amtsarzt und Mitglied der Sanitätskommission fühlte sich Seubert aber mit der Tätigkeit im Hospital überlastet. Die beiden Stabsärzte des Militärkrankenhauses vertraten ihn daher seit 1818. Damit war die Hospitaldeputation aber nicht einverstanden, da sie die Militärärzte nicht für fähig hielt, das Bürgerkrankenhaus zu führen und außerdem befürchtete, dass das Hospital dadurch weniger Patienten hätte, da Kranke abgeschreckt würden, sich dort behandeln zu lassen. Daher wurde Schweickhard 1819/20 wieder reaktiviert.²⁸

Seubert schied 1834 auch als Stadtphysikus aus dem Amt und wurde 1840 noch zum Wirklichen Geheimrat ernannt. Er starb 1868 in Karlsruhe, fünf Jahre nach seinem Sohn Max, dem er ebenfalls eine Karriere als Mediziner ermöglicht hatte. Medizinalrat Dr. Max Seubert war von 1842 bis zu seinem Tode 1863 in der Chirurgie des Hospitals tätig. Über ihn ist nichts weiter bekannt.

Für die Innere Medizin hatte man 1820 als Assistenzarzt Schweickhards Dr. Georg Adam Gutsch eingestellt, der aber schon 1823 nach Bruchsal versetzt wurde, wo er 1830 starb. Neuer Chef dieser Abteilung wurde Isaak

Hochstaedter, der diese Funktion bis 1858 ausübte. Obwohl er relativ lange im Amt war, ist über ihn wenig überliefert. Er gehörte seit 1839 dem Oberrat der Israeliten in Baden an und kämpfte in dieser Eigenschaft für die bürgerliche Gleichstellung der Juden mit den Christen.²⁹ Dr. Fidel Baur wurde 1824 der Nachfolger von Landchirurg Ernst Friedrich Herbst. 1796 als Sohn „armer Eltern“ in Messkirch geboren, war ihm 1820 der Aufstieg zum Doktor der Medizin und die Zulassung als praktischer Arzt und 1822 zum Wund- und Hebarzt gelungen. 1823 wurde er in die Sanitätskommission aufgenommen und Assistenzarzt des Stadtphysikus Seubert. Als Hospitalchirurg war er zudem bis 1837 tätig. 1834 löste er Karl August Seubert als Stadtphysikus ab und blieb dies bis zu seiner Amtsenthebung aus Krankheitsgründen 1840. Er starb 1861 nach „langen und schweren Leiden“ in Karlsruhe. Dr. Heinrich Wolff folgte Baur als Hospitalchirurg 1837 für fünf Jahre, bis der erwähnte Max Seubert ihn in dieser Funktion 1842 ablöste.³⁰

1840 wurde Dr. Eduard Molitor ärztlicher Direktor des Hospitals. 1802 in Salem geboren, war er dort seit 1824 praktischer Arzt und Wund- und Hebarzt gewesen. Später praktizierte er in Pfullendorf und Überlingen am Bodensee, bevor er gleichzeitig mit der Leitung des Hospitals auch das Stadtphysikat in Karlsruhe übernahm. 1870 starb er nach kurzem Ruhestand in Karlsruhe.³¹

Von allen hier genannten Ärzten sind im Stadtarchiv Karlsruhe Porträts überliefert. Die vier abgebildeten Beispiele veranschaulichen, dass die Vertreter der Medizin schon damals statusbewusst waren, ließen sie sich doch teilweise in Frack und Zylinder porträtieren. In dieser Bekleidung behandelten sie auch ihre Patienten. Die später übliche weiße Überbekleidung für Ärzte und Schwestern, die möglichst keim- und staubfrei sein sollte, war damals noch unbekannt.

Bis 1858 waren für die Krankenpflege zwei Wärter und eine Wärterin tätig, die als Lohn monatlich 13 Gulden und freie Kost erhielten. Bei hohem Krankenstand konnten noch Hilfskräfte angestellt werden. Die Krankenwärter mussten in den Krankensälen schlafen. Im Einzelnen wurden ihre Tätigkeiten nach der Hospital-Ordnung der Sanitätskommission von 1841 folgendermaßen festgelegt: „Sie müssen frühzeitig aufstehen, im Winter die Zimmer heizen, den schweren Kranken die Betten zurechtmachen, ihnen Waschwasser reichen und vor dem Krankenbesuche des Arztes die Zimmer lüften, kehren, nach Vorschrift räuchern, die Nachtstühle reinigen etc., sodann das nöthige warme Wasser, Schwämme und Schalen in Bereitschaft halten. Bei ihren Krankenbesuchen sollen sie den verordnenden Ärzten über Alles, was sich mit den Kranken zugetragen hat, genau berichten und sich die geschehenen Verordnungen genau merken. Nach dem Krankenbesuche haben sie die leeren Arzneigläser zu sammeln, die Trinkgeschirre, Uringläser, Spucknapfe, Verbandsschalen etc. zu reinigen und die verunreinigten Kompressen mit gehöriger Sonderung des Brauchbaren von dem Nichtbrauchbaren zu entfernen. ... Zu den bestimmten Stunden haben sie den Kranken die Speisen herbeizutragen und nach dem Abspeisen die Geschirre zurückzubringen. Ferner müssen sie die Arzneien sogleich nach ihrer Fertigung aus der Apotheke herbeiholen und sie den Kranken mit Angabe ihrer Gebrauchsart austheilen, wenn kein zu diesem Geschäft aufgestellter ständiger Wundarzt vorhanden ist. Sofort haben sie den Kranken, welche es nicht selbst vermögen, die Arzneien darzureichen, oder sie an deren Gebrauch zu erinnern, und die verordneten Getränke, Überschläge, Einreibungen, Bäder etc. nach Vorschrift zu besorgen. Bei den schweren Kranken müssen sie besondere Sorgfalt anwenden, sie auf alle mögliche

Art unterstützen und die Nacht hindurch wachen; bei sich ereignenden bedenklichen oder unerwarteten Zufällen den Arzt oder Wundarzt benachrichtigen, welcher das weitere anordnen wird ...“³²

Die Ausübung der Krankenpflege im Großherzogtum Baden durch „Lohnwärter“ wie im Karlsruher Hospital wurde damals als wenig praxisgerecht kritisiert. Diese würden die Pflege oft erst in der Praxis erlernen und hätten nicht die richtige Motivation, etwa, „dass es der von christlicher Liebe eingegebene Beruf ist, welcher zu einer tüchtigen Krankenwärterin nöthig ist.“ Außerdem würden sie den im Physikat angeordneten Unterricht zur „Krankenwartung“ nicht wahrnehmen. Nicht von ungefähr wurde die Krankenpflege im Karlsruher Hospital daher 1858 religiösen Schwesternschaften übertragen.³³

Die Verpflegung der Kranken, die vom Arzt nach dem jeweiligen Krankheitsbild der Patienten festgelegt wurde, war an eine Kostgeberei verpachtet, die auch das Pflegepersonal versorgte. So gab es ganze, drei viertel, halbe, Krätz- und Diätportionen. Meistens wurde morgens Suppe, mittags Fleischbrühe oder Ochsenfleisch mit Brot und abends wieder Suppe oder Milchbrei gereicht, bei Diät kleinere Portionen sowie Obst oder Gemüse.³⁴

Der Dienst der Ärzte war ebenfalls in der Hospitalordnung von 1841 geregelt worden:

„Der Arzt der Anstalt hat die Kranken jeden Morgen, wo möglich zur bestimmten Stunde und wo es nöthig ist, am Abend zu besuchen und ihnen die nöthigen Arzneien und die Kost in einem hierzu besonders zu führenden Ordinations- und Kostportionsbuche, so wie das Erforderliche zu verordnen, außerdem aber bei Tag und Nacht in dringenden Fällen, so oft er verlangt wird, oder es für nöthig erachtet, in dem Hospitale zu erscheinen. ... Der Hospitalchirurg hat die rein chirurgischen Fälle für sich, jedoch unter Oberaufsicht des



Karl August Seubert, Ärztlicher Direktor des Hospitals
von 1816 bis 1836.



Eduard Molitor, Ärztlicher Direktor des Hospitals
von 1840 bis 1870.



Isaak Hochstädter, Chef der Inneren Medizin am Hospital
von 1824 bis 1858.



Maximilian Seubert, Hospitalehirurg
von 1843 bis 1863.

Arztes zu behandeln und zu besorgen; dagegen die mit Krankheitsfällen komplizierten chirurgischen Fälle nur mit besonderer Zuziehung des Letzteren. Er hat daher die größeren chirurgischen Operationen (sofern er hiezu überhaupt lizenziert ist) vorzunehmen, sich jedoch der Vornahme kleiner oder geringer chirurgischer Operationen nicht zu entziehen. Seine Sorge ist es insbesondere, dass die Verbandsmittel, als: Binden, Leinwand und Charpie, Pflaster, Salben, Verbandbrett, so wie die erforderlichen chirurgischen Instrumente vorhanden und stets in gehöriger Ordnung seien. Übrigens steht es ihm gleichfalls zu, nachzusehen und sich zu überzeugen, ob die Kranken gehörig besorgt werden, ob namentlich die Wärter ihre Pflicht erfüllen, worüber er seine Bemerkung zur Kenntnis des Arztes zu bringen hat.“³⁵

Der Chirurg musste nicht unbedingt ein akademisch ausgebildeter Arzt sein, obwohl die Chirurgie in Karlsruhe von solchen geleitet wurde. So waren die Verwalter des Hospitals Carl Franzmann und Ludwig Heinrich von 1824 bis 1858 gleichzeitig auch als Chirurgen tätig. So heißt es noch 1858 über das Hospital: „Die chirurgischen Handlungen besorgen unter der Leitung des Hospitalverwalters Heinrich, der zugleich Wundarzt ist, einige Wundarzneigehülfen und Lehrlinge.“³⁶ Die Ausbildung der so genannten Wundärzte hatte man schon Anfang des Jahrhunderts mit der weiter oben geschilderten neuen Gesetzgebung in den Griff zu bekommen versucht. Bis 1837 wurden die leitenden Ärzte der Inneren Medizin und der Chirurgie ausschließlich aus der Staatskasse besoldet. Erst danach erhielten sie einen jährlichen Zuschuss von 200 Gulden aus der Hospitalkasse. Sie hatten meist je einen Assistenarzt, der mit 200 Gulden aus der Hospitalkasse entlohnt wurde. Es waren in der Regel neben dem Hospitalverwalter, der zugleich Wundarzt war, zwei Ärzte für Innere Medizin

und zwei Chirurgen am Hospital beschäftigt.³⁷

Auch die besonderen Aufsichtspflichten des Hospitalverwalters sind in der Hospitalordnung von 1841 festgehalten und werden hier auszugsweise wiedergegeben: „Er hat dafür zu sorgen, dass das Hospitalgebäude in gutem Stande erhalten, die unverschiebbaren Ausbesserungen unverweilt vorgenommen werden, und ein für allemal im Frühjahr jedes Jahres das nothwendige Übertünchen der im Gebrauch gewesenen Krankenzimmer und Vorplätze geschehe. ... Ueber sämmtliche Hospitalrequisiten, als: Bettfournituren, Leibwäsche und Utensilien der Kranken, über Küchen-, Haus-, Wasch-, und Badgeräthe, Handwerkszeug etc. hat er die besondere Aufsicht zu führen, so wie für den stets brauchbaren Zustand und die Vollzähligkeit derselben zu sorgen, das Abgehende und das Neuangeschaffte in das Inventarium einzutragen, das Fehlende aber besonders zu bemerken, damit es ergänzt werde. ... Er hat dafür zu sorgen, dass es nie an frischer Bett- und Leibwäsche und Hospitalkleidung fehle, um jeden neu ankommenden Kranken damit versehen, und jede Woche und außerdem so oft es nöthig ist, wechseln zu können. Bei der Einlieferung der Wäsche soll er sich selbst überzeugen, dass sie vollständig rein gewaschen, trocken und nöthigenfalls ausgebessert sei, widrigenfalls sie zurückgeben; endlich darauf halten, dass die mit Krätz oder andern Ansteckungsstoffen verunreinigten Stücke, hauptsächlich der Blatternkranken abgesondert gewaschen werden. ... Bei der Aufnahme eines jeden Kranken in das Hospital soll derselbe ordnungsgemäß in das Aufnahmsbuch eingetragen, ihm hierauf sein Bette angewiesen, die mitgebrachten Kleidungsstücke aber wohl verwahrt werden.“³⁸

So hatte die Tätigkeit der Verwalter des Hospitals auch unmittelbaren Einfluss auf das Wohlergehen der Patienten.

Krankheiten und ihre Ursachen in Karlsruhe

„Die Residenzstadt Karlsruhe, mit einer Bevölkerung von 18.000 Einwohnern, in einer meist sandigen und trocknen, jedoch wohl angebaunten, und besonders baum- und walddreichen Ebene des Rheintales gelegen, nach allen Seiten frei den Strömungen der Luft ausgesetzt, und auch der Bauart, die geraden und breiten Straßen, die vielen freien Plätze einen beständigen Luftzug unterhaltend, gehört im Allgemeinen zu den gesündesten Städten Deutschlands.“³⁹ Dieses Urteil fällt der Militärarzt Dr. Wilhelm Meier im Jahre 1824 zu einem Zeitpunkt, an dem die Stadterweiterung und Umgestaltung der badischen Residenz durch Friedrich Weinbrenner nahezu abgeschlossen war. So traf sein Urteil durchaus für den überwiegenden Teil der neuen Bebauung der Stadt zu, aber nicht für die unmittelbare Umgebung des Hospitals, das ja am Rande der Tagelöhnersiedlung „Dörfle“ entstanden war. Zudem floss der offene Landgraben unmittelbar am Hospital vorbei, der damals schon als Abwasserkanal für die immer weiter wachsende Stadt genutzt wurde. Diese hässliche Seite der Stadt erschließt sich auch durch das hier abgebildete zeitgenössische Aquarell, das die beschriebene Situation gut veranschaulichen kann.

Die Hospitaldeputation hatte sich schon im Herbst 1800 über den „unausstehlichen Geruch“ beklagt, der vom Landgraben in das Gebäude drang.⁴⁰ Die Lebensbedingungen in den kleinen Tagelöhnerhäuschen des Dörfle, die oft mit zehn und mehr Bewohnern überbelegt waren, können sicherlich ebenfalls als Infektionsherde angesehen werden. Tatsächlich kam es in Karlsruhe zu mehreren Masern- und Ruhrepidemien.

Militärarzt Meier beschreibt in den „Annalen für die gesamte Heilkunde“ den Ausbruch der Masern in Karlsruhe in zwei Schüben 1818 und 1824, Stadthistoriker Friedrich

von Weech erwähnt Epidemien derselben Krankheit vor allem in der „Kinderwelt Karlsruhes“ in den Jahren 1838, 1842 und 1846. Die Ursachen der durch Viren übertragenen Krankheit waren damals noch unbekannt.⁴¹ Meier beispielsweise führte sie auf Witterungsverhältnisse und atmosphärische Störungen zurück. Da im Karlsruher Hospital nur wenige Kinder behandelt wurden, weil diese meist zu Hause versorgt wurden, spielte das Krankheitsbild Masern im Krankenhaus allerdings nur eine untergeordnete Rolle. Überhaupt wäre es unrichtig, sich nur auf die Krankenhausstatistik dieser Epoche zu stützen, wenn man die häufigsten Krankheiten ermitteln möchte, da viele Patienten damals noch zu Hause blieben und auch dort behandelt wurden, vor allem, wenn es sich um Infektionskrankheiten handelte. So beschreibt Hospitalarzt Dr. Hochstädter eine Typhusepidemie in Karlsruhe, die sich im September 1825 ausbreitete. Auch Hochstädter führte die Ursachen der Krankheit auf Auswirkungen einer ungünstigen Luftzirkulation zurück. Bakterien kannte man damals noch nicht: „... so unterliegt es kaum mehr einem Zweifel, dass das in diesem Monat epidemisch vorkommende nervöse Fieber seine Entstehung einem eigenthümlichen Miasma verdankte, welches sich wahrscheinlich durch, von der hiesigen Localität abhängige, tellurische Einflüsse in unserer Atmosphäre entwickelte.“⁴² Und Hochstädter stellte weiterhin fest, dass sich das „Nervenfieber“ nicht nur in bestimmten Stadtteilen vermehrt zeigte, sondern zuweilen in Häusergruppen derselben Straße, die „über große Strecken ganz frei davon“ waren. Heute weiß man, dass in den Städten bestimmte Brunnen bakteriell verseucht waren und andere nicht, so dass in der Gegend eines solchen Brunnens die Krankheit häufiger auftrat. Nach eigenen Angaben hatte Hochstädter bei der Behandlung der Kranken mit Brechmitteln oder der Gabe von



Ansicht der Rückseite des Hospitalgebäudes mit Dörfle-Bebauung am Landgraben, Aquarell von Heinrich Meichelt um 1840.

Wein die größten Heilungserfolge. Nach einer von 1830 bis 1851 aufgestellten Statistik starben in diesem Zeitraum immerhin 30 Karlsruher an Typhus. Bei der in den Jahren 1835 und 1836 grassierenden Ruhrepidemie hatte man allein in der badischen Residenz 68 Tote zu beklagen. Eine weitere Ruhrepidemie führte 1852 zu einem amtsärztlich ausgesprochenen Verbot des Ausschanks von Jungbier. Man befürchtete, dass die Konkurrenz unter den zahlreichen Karlsruher Brauereien, „in dem Eifer, ... junges Bier verzapfen zu können, entweder weniger Sorgfalt auf deren Zubereitung verwenden oder selbst versucht sein würden, ihr noch vorrätiges verdorbenes Lagerbier durch Zusatz mundgerecht zu machen und dieses Bier auszuschenken.“

Allmählich setzte sich nun die Erkenntnis durch, dass diese Krankheiten vor allem mit den unhygienischen Verhältnissen etwas zu tun hatten: „eine ernste Gefahr erblickte man in dem Wasser, das bei allgemein hohem Stande des Horizontalwassers in die Keller eindrang. Im Frühjahr 1846, in welchem Karlsruhe durch eine starke Überschwemmung heimgesucht war, stand das Wasser während drei Monaten, vom Februar bis Mai, in den meisten Kellern. Um es allmählich auszutrocknen, wurden Wacholderfeuer oder, wo dies nicht möglich war, gewöhnliche Flammenfeuer in den Kellern unterhalten ...“

Auf ein von dem Stadtphysikus (Hospitalarzt Dr. Molitor) erstattetes Gutachten wurden im Mai die Keller ausgepumpt, „um das alte,

faulende Wasser durch ein durch den Sandboden filtriertes frisches zu ersetzen“.⁴³

Von einer Kanalisation der Stadt konnte damals noch keine Rede sein, diese wurde erst in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts in Angriff genommen und der Landgraben allmählich überbaut. Das Abwasser wurde damals noch in offene Straßenrinnen geleitet, auch die Frischwasserversorgung über eine Wasserleitung aus Durlach war noch nicht ausreichend. Das erste Wasserwerk der Stadt wurde erst 1871 in Betrieb genommen.

Große Angst hatte man in Karlsruhe 1831 vor der Cholera, die auch in Berlin ausgebrochen war. Man traf alle erdenklichen Vorsichtsmaßnahmen: „... am 18. Juli erging die erste Verordnung über Absperrung von Reisenden und Waren. Quarantäne und Desinfektion mussten an der Grenze nachgewiesen, Gesundheitschein vorgezeigt werden. Je nach Herkunft der Reisenden verlangte man Pässe von ihnen. Auch über die Durchreisenden wurde sehr scharfe Aufsicht geübt. Am 8. August wurde der Gendarmerie scharfe Handhabung der Verordnung empfohlen und ihr besonderes Augenmerk auf die zureisenden Handwerksburschen gelenkt. Durch eine Ausschreibung vom 3. September wurde als Schutzmittel gegen Erkrankung an Cholera namhaft gemacht: Verwahrung gegen Kälte und Feuchtigkeit, Mäßigkeit, Reinlichkeit am Körper, in Wohnung, Kleidung, Bettweißzeug. ...“⁴⁴ Baden entging damals der Cholera, obwohl sie 1832 auf Frankreich übergriff. Dr. Karl Heinrich Baumgärtner, Professor der Medizin und Direktor des medizinischen Klinikums in Freiburg, hat die Cholera 1839 in sein eindrucksvolles Werk über die „Krankenphysiognomik“ aufgenommen, da man die Gefahr wohl noch nicht als gebannt ansah. Er war 1832 von der badischen Regierung zum Studium der Krankheit nach Paris geschickt worden und beschrieb das Krankheitsbild nachher eingehend.

Als 1836 die Cholera in Bayern und Österreich ausbrach, sandte man die beiden Karlsruher Hospitalärzte Seubert und Wolff zur Beobachtung des Verlaufs der Krankheit nach Mittenwald. Man beruhigte sich damals, dass „ein Durchdringen der Cholera durch die Rauhe Alb und den Schwarzwald unwahrscheinlich“ und nicht zu befürchten sei. Baumgärtner, der 1798 in Pforzheim geboren wurde, in Karlsruhe das Lyzeum besucht und in Freiburg und Heidelberg Medizin studiert hatte, war nach einer kurzen Dienstzeit als Regimentsarzt der Artilleriebrigade in Karlsruhe schon 1824 als damals 26-jähriger Professor an die Universität Freiburg berufen worden.⁴⁵ Die Krankenporträts, die er 1839 den Maler Sandhas zeichnen ließ, entstanden aber nicht nur in Freiburg, sondern auch in Straßburg und Heidelberg sowie im Militärkrankenhaus und im Bürgerhospital zu Karlsruhe. Sie zeigen gleichzeitig das damalige Krankheitsspektrum in Baden, dem die Bevölkerung ausgesetzt war. Baumgärtner hatte sie in der Absicht anfertigen lassen, „aus der äußeren Körperbeschaffenheit der Kranken, namentlich ihres Antlitzes, die inneren krankhaften Zustände“ erkennbar zu machen.⁴⁶ Er wollte damit vor allem den „Blick der jungen Ärzte“ schärfen. Daneben beschrieb er die Symptome der dargestellten Kranken detailliert, so auch am Beispiel eines Patienten mit Wechselfieber, der alten Bezeichnung für die Tropenkrankheit Malaria, die damals noch in den Sumpfgebieten des Rheintales verbreitet war: „H. S., 38 Jahre alt, ursprünglich von kräftiger Constitution, wählte an Ostern 1836 ein Dorf in den Niederungen des Rheines zu seinem Wohnorte, worauf er zu Anfang des Septembers desselben Jahres von einem alltägigen Wechselfieber befallen wurde. Indem er den Krankheitsursachen blosgestellt blieb, brachten die gegebenen Fiebermittel nur kleine Unterbrechungen des Fiebers zustande; dieses aber verwandelte sich zuerst in das drei-

tägige und sodann das viertägige Fieber. Während fünf Monaten, in welchen der Kranke mit kleinen Unterbrechungen mit dem Fieber behaftet blieb, nahmen seine Kräfte bedeutend ab, er erhielt das im Bilde dargestellte kachectische Aussehen, und die Milz schwoll in der Art an (wahrscheinlich während der Frostanfälle, in welchen sich meistens Milzstechen einstellte), dass man ihren vergrößerten Umfang deutlich durch das Betasten wahrnehmen konnte. In unser gesund liegendes Hospital gebracht, wurde der Kranke nicht allein bald von dem Fieber geheilt, sondern es verschwand auch auf eine kräftige Anwendung der Fiebermittel die Vergrößerung der Milz, und das gesunde Aussehen stellte sich nach einigen Wochen wieder her.“⁴⁷ Das Phänomen der Malaria am Oberrhein ist erst in jüngster Zeit noch einmal ausführlich untersucht worden.⁴⁸ Es ist aber schon zur Mitte des 19. Jahrhunderts beschrieben worden: „Die Ebene, besonders die dem Rheine zu gelegenen Gegenden, wo Altwasser und sumpfige Strecken häufig vorkommen pflegen, zeichnet sich besonders in den Sommermonaten durch häufige und mitunter sehr hartnäckige Wechselfieber aus, die in den letzten Jahren aus noch nicht erklärten Ursachen sich immer mehr dem Gebirge nähert und Orte ergriffen haben, welche früher davon verschont geblieben.“⁴⁹

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts ging die Malaria zurück und verschwand fast völlig, was vor allem auf die Oberrheinkorrektur zurückzuführen war. Diese begann bei Knielingen schon 1817. Die schädlichen „Ausdünstungen des Rheins“ finden bei dem Stadtchronisten Theodor Hartleben im Jahre 1815 Erwähnung. Er meinte aber damals schon, dass die badische Residenz dem Wechselfieber weniger ausgesetzt sei, da sie der Hardtwald vor den entsprechenden Sumpfgebieten schütze. Immerhin wurden im Karlsruher Hospital 349 Patienten mit dem Krankheitsbild „Inter-

mittens“ von 1843 bis 1857 behandelt. Das waren allerdings nur 2,1 % der Krankheitsfälle in diesem Zeitraum. Auch andernorts war die Malaria stark zurückgegangen, wie der Amtsarzt von Ettlingen 1862 über Neuburgweier berichtet. Vor der „Rektifikation des Rheins“ hatten hier häufig „perniziöse intermittierende Fieber“ geherrscht.⁵⁰

Das Spektrum der Infektionskrankheiten ganz allgemein hat aber dafür gesorgt, dass das Karlsruher Hospital in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts gut ausgelastet war. Nach einer tabellarischen Übersicht war rund ein Viertel aller Patienten damit belastet. Von den von 1843 bis 1857 gezählten knapp 16.000 Patienten starben lediglich 434 im Krankenhaus, die meisten davon an Krebs (52,2 %), über 40 % an Tuberkulose und 16,4 % an Typhus. Der Anteil dieser tödlich verlaufenden Krankheiten herrug aber noch nicht einmal 5 % der insgesamt am Karlsruher Hospital in diesem Zeitraum behandelten Krankheiten. Hautkrankheiten, darunter vor allem die Krätze, machten dagegen wieder einen Großteil im Krankheitspektrum aus, nämlich über 23 %. Die Krätze wurde vor allem durch umherziehende Handwerksgesellen, die sich auf Wanderschaft befanden, verbreitet, auch in den Karlsruher Betrieben, in denen sie dann arbeiteten.

Bezieht man in die Berechnung ein, dass fast die Hälfte der Patienten des Hospitals Handwerksgesellen waren, wird die Häufigkeit des Auftretens der Krankheit verständlich. Ähnlich sahen die Verhältnisse im Übrigen bei den Soldaten aus, die ja bis 1846 in demselben Gebäude behandelt wurden.⁵¹

Die Pocken waren durch die schon seit dem frühen 19. Jahrhundert durchgeführten Schutzimpfungen sehr selten geworden, in Karlsruhe hatte Dr. Herbst dazu im Jahr 1809 eine Veröffentlichung vorgelegt. Sie sollten sich erst in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts vor allem mit dem Deutsch-Französischen Krieg



Angewandte Anatomie
Phtisis pulmonalis

An Lungenschwindsucht erkrankte Frau.



Angewandte Anatomie
Tuberc. interna.

Patient mit Krankheitsbild Typhus.



Angewandte Anatomie
Cholera

An Cholera erkranktes Mädchen.



Angewandte Anatomie
Carcinoma gastrici

Patient mit Magenkrebs.

von 1870/71 wieder verbreiten. Auch venerische Krankheiten waren seit 1843 in Karlsruhe offenbar auf dem Rückzug, es wurden bis 1857 lediglich 3,2% der Kranken im Hospital deswegen behandelt. Ob hier wirklich ein Rückgang der Geschlechtskrankheiten zu verzeichnen war oder Erkrankte sich nicht oder bei niedergelassenen Ärzten behandeln ließen, ist schwer zu beurteilen. Auch der hohe Anteil der Krätzekranken im Karlsruher Hospital, vor allem unter Handwerksgesellen, könnte mit der Prostitution in Zusammenhang stehen, da die Krankheit auch durch Hautkontakt übertragen werden konnte.

Immerhin war seit 1824 die Registrierung der Prostituierten und deren amtsärztliche Untersuchung vorgeschrieben. „Diese Untersuchungen sollten regelmäßig jeden Tag stattfinden, aber nur einen Teil der Frauen betreffen. Am 11. April 1831 erließ die Großherzogliche Polizeidirektion erneut Richtlinien für den Aufenthalt von ‘Dirnen’. Sollten fremde ‘Dirnen’ in Karlsruhe tätig sein, würden sie in ihre Heimat ausgewiesen. Angesteckte könnten im Hospital geheilt werden, wenn nachgewiesen sei, dass sie in Karlsruhe angesteckt wurden. Frauen, die nicht zu den eingeschriebenen ‘Dirnen’ gehörten, seien, wenn sie auf glaubhafte Weise wegen Geschlechtskrankheit angezeigt wurden, nach Umständen ärztlich zu untersuchen oder ins Hospital zu bringen. ‘Lustdirnen’ sollten in ein Verzeichnis eingetragen werden. Nächtlicher Straßenwandel sei ihnen bei Strafe untersagt. Deshalb sollten verstärkt Polizeistreifen unterwegs sein“.

Später sprach sich der Amtsarzt dafür aus, die Prostituierten in Bordellen zu konzentrieren. „Zum einen sei die Erkrankung unter den eingeschriebenen Dirnen selten, und zum anderen gäbe es in Karlsruhe zu wenige ‘ehrbare Dirnen’. Hinzu käme, dass die einheimischen Mädchen der ärmeren Klasse schon sehr jung käuflich seien.“⁵²

Tatsächlich gab es in den 1840er-Jahren vier Bordelle in Karlsruhe.

Später sollte sich diese Problematik wieder verschärfen, da der Raum im Hospital für die Untersuchung der „Freudenmädchen“ 1843 von der Hospitalkommission gekündigt wurde. Die Untersuchungen sollten nun in den Stuben der Frauen stattfinden. Unter welchen Umständen dies geschah, schildert Stadtphysikus Molitor recht eindringlich.

Es bedeure „große Mühe und Zeitaufwand ... in all die unsauberen Winkel zu kriechen, wo die polizeiliche Aufsicht und Ordnung nur schwer zu handhaben sein möchte ... Es wäre häufig unmöglich, eine Visitation in Lokalen vorzunehmen, wo in einem Raum eine ganze Familie zusammenwohnt, meist aber völlig unmöglich in jenen dunklen Stuben, ohne alle Vorrichtung und Stellung des Lagers, um das Entstehen einer Krankheit zu erkennen, welche bei besrem Lichte und guten Augen dem Beobachter sogar entgehen kann.“⁵³ Hinzu kam, dass 1853 die öffentlichen Häuser aus moralischen Gründen verboten wurden, was aber zu einer Zunahme der Straßenprostitution führte und die ärztliche Kontrolle erschwerte.⁵⁴

Die Häufigkeit von Rheumatismen und Atemwegserkrankungen, die zu fast 20% das Spektrum der zu behandelnden Fälle im Karlsruher Hospital bildeten, weist vielleicht schon darauf hin, dass zunehmend auch körperlich anstrengende Arbeit bei schlechter Luft in den Fabriken den Alltag der Menschen bestimmte. Sicher spielten dabei aber auch die schlechten Wohnverhältnisse der ärmeren Bevölkerungsschichten, die vor allem im „Dörfle“ wohnten, eine Rolle.

Chirurgisch behandelt werden mussten viele Menschen mit Abszessen, Geschwüren, Verletzungen und Wunden, die die Statistik von 1843 bis 1857 mit 16% berechnete. Vor dem Hintergrund, dass das Gros der Patienten

aus Handwerkern und Dienstboten bestand, deren Tätigkeit eine erhöhte Verletzungsgefahr mit sich brachte, erscheint die Statistik plausibel.⁵⁵

Schließlich wurden immerhin bei 4,5 % der Patienten Nervenkrankheiten festgestellt. Im Hospital waren drei Zimmer mit ihnen belegt. Baumgärtner schildert in seiner „Kranken-Physiognomik“ unter den damals üblichen Bezeichnungen „Blödsinn, allgemeine Verwirrtheit, fixer Wahn und Schwermuth“ diese psychischen Gebrechen, die man seinerzeit noch kaum therapieren konnte. Der Arzt führte als Ursache der Erkrankungen unter anderem die schwierigen Lebensumstände an, in der sich die Patienten überwiegend befanden.⁵⁶

Die soziale Zusammensetzung der Patienten

Nach der hier mehrfach zitierten Forschungsarbeit, die die Spitalrechnungen im Stadtarchiv Karlsruhe auswertete, waren fast die Hälfte der Patienten in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts Handwerksgelesen. Diese stammen nicht unbedingt aus Karlsruhe, da auch viele Handwerker auf Wanderschaft behandelt wurden. So ist für das frühe 19. Jahrhundert überliefert, dass nur etwa 25 % der in das Hospital gekommenen Kranken aus Karlsruhe und seiner Umgebung stammten. Auch die Dienstboten, die in den Karlsruher Haushalten arbeiteten und 1843 immerhin fast ein Viertel aller Patienten ausmachten, kamen oft aus der weiteren Umgebung der Residenz aus bäuerlichen Familien im Schwarzwald oder anderen Gegenden des Großherzogtums. Unter ihnen waren natürlich auch viele Frauen, nach der Statistik ungefähr ein Drittel des Patientenaufkommens. Ein Fünftel wurde von städtischen und von staatlichen Armenkassen unterstützt. Diese machten keine Berufsanga-

ben. Sie stammten überwiegend aus Karlsruhe. Es ist anzunehmen, dass es sich in der Mehrzahl um Tagelöhner handelte, die damals das Dörfle bevölkerten. 90 % aller Patienten waren zwischen 15 und 50 Jahren alt.⁵⁷

Handwerksmeister, Kaufleute oder Beamte sind in der Statistik nirgends zu finden. Sie wurden im Krankheitsfall zu Hause von ihren Familien versorgt. Vorbehalte, sich im Hospital behandeln zu lassen, waren in der Bürgerschaft nicht nur in Karlsruhe verbreitet, wie einer Untersuchung über die Verhältnisse in Baden zu entnehmen ist: „Dem Spital haftete das negative soziale Stigma einer Einrichtung für gestrandete Existenzen an. Auch am Anfang des 19. Jahrhunderts ärgerte es ordentliche Bürger, wenn sie sich einer Anstalt bedienen sollten, in denen vornehmlich Angehörige der Unterschichten untergebracht waren und die außerdem im Rufe stand, ein Ort menschenverachtender und nachlässiger Pflege zu sein.“

Konnten bis 1850 Krankeneinrichtungen nur einen verschwindenden Anteil der Bevölkerung erfassen, war ihre personelle und materielle Ausstattung darüber hinaus so bescheiden, dass die medizinische Versorgung der Kranken – auch nach zeitgenössischen Vorstellungen – viel zu wünschen übrig ließ. Der vorherrschende Typus der Krankeneinrichtung blieb selbst in dieser Zeit das Hospital, das im Unterschied zum Kranken-Haus zugleich die Funktionen eines Sozialasyls erfüllte, dessen Inanspruchnahme aus der Sicht von Bürgerlichen einem sozialen Abstieg in die Bedürftigkeit gleichkam.⁵⁸

Dieses negative Image traf das Karlsruher Hospital allerdings offensichtlich in ungerechtfertigter Weise, wurde dessen Ausstattung doch vom zuständigen Amtsarzt „als gut und reichlich“ bezeichnet, wenn auch erst im Jahre 1861.⁵⁹ Zu dieser Zeit hatten schon religiöse Schwesternschaften die Krankenpflege

übernommen, was ohne Zweifel eine Verbesserung darstellte. Allerdings nahm die Anzahl der Patienten von 1843 bis 1860 nur unwesentlich zu, was bei der nur leicht wachsenden Einwohnerzahl der Stadt wenig verwunderlich ist. So waren nie mehr als zwei bis drei Prozent der Karlsruherinnen und Karlsruher in dieser Zeit im Krankenhaus. Hungerkrisen und das Scheitern der badischen Revolution der Jahre 1848/49 führten damals dazu „dass oft die Auswanderung nach Amerika als einziger Ausweg gesehen wurde. In den fünf Jahren zwischen 1850 und 1855 wanderten aus Baden, das die Auswanderung staatlich unterstützte und bezuschusste, 62.444 Personen aus.“⁶⁰ Diese Krisenzeiten hatten selbstverständlich auch Auswirkungen auf die badische Residenzstadt. Die wirtschaftliche Entwicklung und die Bevölkerungsentwicklung stagnierten und damit ebenso die Belegung des Krankenhauses.

Medizinischer Fortschritt zur Biedermeierzeit

„Die Medizin, wie sie heute betrieben wird, entwickelte sich erst vor circa 150 Jahren! An den Brennpunkten modernen Denkens entstand quasi ein neues Fach, in den verschiedenen Ländern jeweils mit unterschiedlichen Schwerpunkten. Die Pariser Medizinische Schule trat als erste in den Vordergrund, ihr folgte Wien, das durch die Reformen Josephs II. (1741–1790) das modernste Klinikum Europas aufweisen konnte. Im rückständigeren übrigen Deutschland vollzog sich der Umbruch der Medizin erst in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts wesentlich durch Rudolf Virchow (1821–1902)“⁶¹ Ob dieses Urteil über den Stand der Medizin zur Mitte des 19. Jahrhunderts in einer Biographie über den badischen Arzt Adolf Kußmaul auch am Karlsruher Hospital seine Bestätigung findet, soll im Folgenden untersucht werden.

Schon der „Nestor aller Badischen Ärzte“ Christian Ludwig Schweickhard hatte in Wien studiert und sollte seine Erfahrungen bei der Einrichtung des Hospitals verwerten. Sein Lehrer in Wien, Gerhard van Swieten, war 1745 Leibarzt der Kaiserin Maria Theresia geworden. „Er reformierte das gesamte österreichische Medizinalwesen sowie die Medizinische Fakultät in Wien. Die Medizinschule von Leiden diente ihm dabei als Vorbild.“ Anton de Haes, ein weiterer Lehrer Schweickhards in Wien, zeichnete sich „als hervorragender Lehrer und Beobachter am Krankenbett aus. Er förderte die systematische Anwendung des Fieberthermometers in der Diagnostik“. Van Swieten und de Haes gelten als die Schöpfer der sog. älteren Wiener Schule. „Österreichs Hauptstadt erblüht zu einem medizinischen Zentrum von Weltrang.“⁶² So hatte Schweickhard immerhin damals offenbar den neuesten Stand der medizinischen Forschung aufnehmen können.

Auch die Verhinderung der Pocken durch die Impfung mit Kuhpockenlymphe übernahm Schweickhard recht bald, nachdem der Erfolg dieser Behandlung 1796 durch den britischen Arzt Edward Jenner nachgewiesen worden war. Der Impfzwang für Kinder wurde in der badischen Residenz allerdings erst 1837 eingeführt. Schweickhards Nachfolger Karl August Seubert hatte ebenfalls in Wien, aber auch in Jena und Paris studiert. Außerdem hatte er sich in Pavia zum Augenarzt ausbilden lassen. In Jena hatte er bei Hufeland studiert und Vorlesungen von Schelling gehört.

„Der Philosoph Friedrich Wilhelm Schelling (1775–1854) trug 1797 seine ‘Ideen zu einer Philosophie der Natur’ vor. Er forderte ein System der Identität von Natur und Geist, von Realem und Idealem in allen Bereichen. ... Seine Wirkung und Anziehungskraft in Jena und Würzburg war überaus groß. Seine Philosophie verbreitete sich wie eine ‘Kontaktin-

fektion' aus und wurde besonders in Physiologie in Deutschland fast eine Mode. Zu seinen Hörern gehörten viele Ärzte, so dass sich in Deutschland die sogenannte romantische oder ontologische Medizin ausbreitete."⁶³

Der Arzt Christoph Wilhelm Hufeland war ein herausragender Vertreter dieser Philosophie. Unter dem Titel „Makrobiotik oder die Kunst das menschliche Leben zu verlängern“ verbreitete er seine These, dass „in einer gewissen Mittelmäßigkeit des Standes, des Klimas, der Gesundheit, der Leibeskonstitution, der Geisteskraft, der Diät usw.“ das größte Geheimnis läge, „um alt zu werden. Alle Extreme ... hindern die Verlängerung des Lebens“. Auch der Arzt Samuel Hahnemann, der an der Wende zum 19. Jahrhundert die Homöopathie mit seinem Grundsatz „Ähnliches wird mit Ähnlichem geheilt“ begründete, fand Anhänger in Karlsruhe. So gründete der Förderer des Kinderhospitals Dr. Ludwig Griesele 1833 den Homöopathischen Verein des Großherzogtums Baden und war „für seine Lehrmeinung überaus tätig“. Es kam sogar zu Auseinandersetzungen im Badischen Landtag, ob diese Heilmethode im Großherzogtum zugelassen werden dürfe.

Viele badische Ärzte studierten später in Heidelberg, nachdem die Stadt und die Universität 1803 an das Kurfürstentum Baden gefallen waren. Die Medizinische Fakultät der Universität Heidelberg entwickelte sich damals zu einem Zentrum der Naturwissenschaftlichen Medizin, die die so genannte romantische Medizin alsbald hinter sich ließ.⁶⁴

Zu ihren Vertretern gehörte der Anatomieprofessor Friedrich Tiedemann, der 1821 ein damals Aufsehen erregendes Tafelwerk über den „Verlauf der Pulsadern des menschlichen Körpers“ bei C. F. Müller in Karlsruhe herausbrachte.⁶⁵

1844 wurden die beiden Mediziner Jacob Henle und Karl von Pfeufer an die Universität

Heidelberg berufen. Sie wurden als „die Dioskuren der rationellen Medizin“ bezeichnet. Der badische Arzt Adolf Kußmaul schreibt über sie in seinen Lebenserinnerungen: „Die Medizin jener Zeit begann sich eben damals erst voll bewusst aus den Banden der Naturphilosophie und des Aber- und Köhlerglaubens zu lösen“. Henle veröffentlichte damals ein als revolutionär empfundenes Manifest unter dem Titel „Über Medizinische Wissenschaft und Empirie“ und beschrieb darin den Übergang von der romantischen zur naturwissenschaftlichen Medizin.⁶⁶

Die Grundlagen für diesen Wandel waren an der Pariser Klinischen Schule gelegt worden. Dort hatte der Arzt René Laennec (1781–1826) 1819 das Stethoskop erfunden. „Er hatte die Befunde, die er mit dem Hörrohr bei den Patienten an Herz und Lunge wahrnehmen konnte, in großen Untersuchungsreihen sorgfältig geordnet und mit den Daten der Pathologie verglichen.“ Die „Kombination von physikalischer Untersuchung und Sektion“ gab der Medizin am Krankenbett erst die Basis.⁶⁷

Diese Methoden lehrte der ehemalige Karlsruher Militärarzt Karl Baumgärtner, der sie auf einer Studienreise in Paris kennen gelernt hatte, dann schon seit 1824 als Professor an der Universität Freiburg. In seinen ersten Veröffentlichungen in den von der badischen Sanitätskommission herausgegebenen „Annalen für die gesammte Heilkunde“ beschrieb Baumgärtner außerdem die von ihm angewandten Therapieformen, so dass sie auch in Karlsruhe Verbreitung gefunden haben durften.

Baumgärtner teilte mit, „bei Wechselfieber habe sich die Therapie mit schwefel-saurem Chinin bewährt; Morphium aceticum sei ein gutes Schlafmittel; Kali hydrochloricum bewährte sich bei der Behandlung von Schilddrüsenschwellungen; Crotonöl wirke abführend;



Fidel Baur, Hospitalchirurg von 1824 bis 1836.

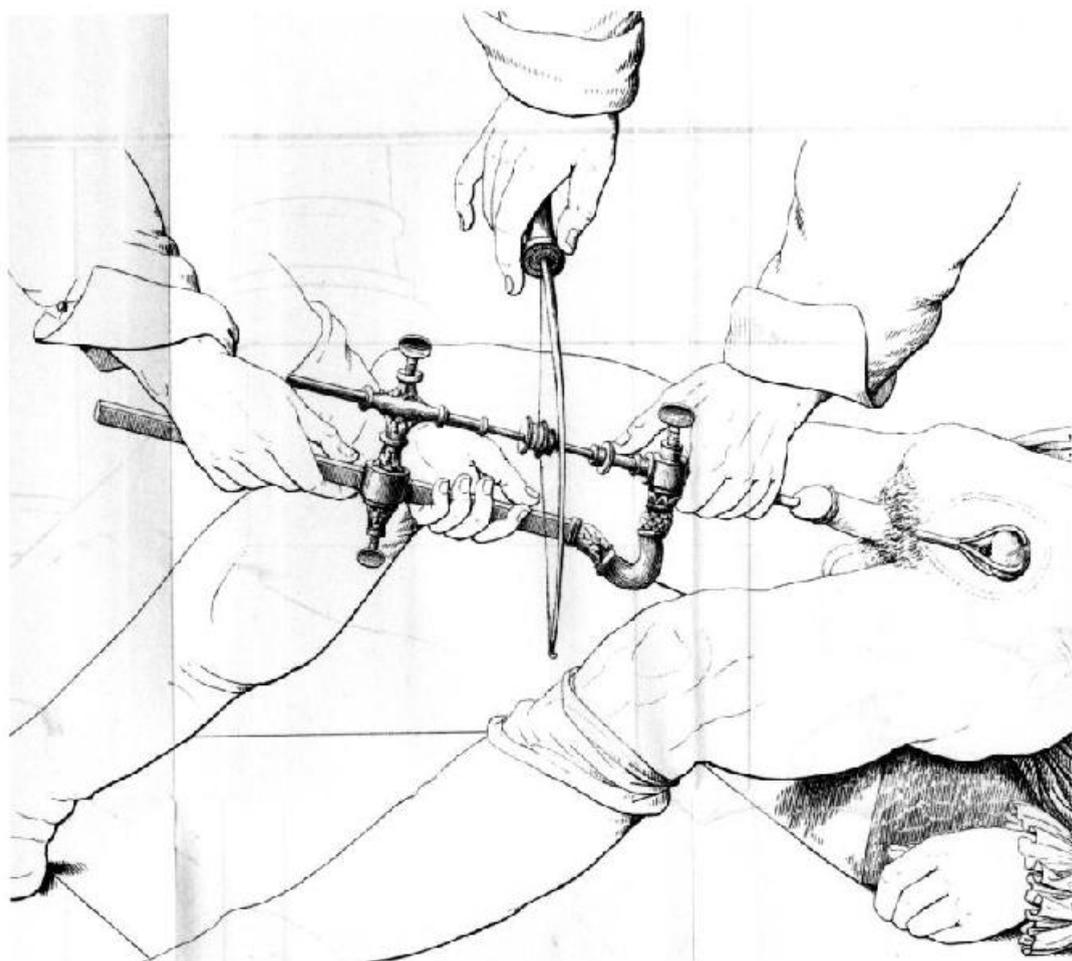
die Acupunctur gehöre zu den wirksamsten Behandlungsmethoden von Rheumatismus und Neuralgie.“ Gegen Bandwurmerkrankungen empfahl Baumgärtner die „Anwendung von Terpentinöl in großen Dosen“, die eine Abstoßungsreaktion erzeugen würde.⁶⁸ Wie hilflos die Ärzte aber damals noch Infektionskrankheiten wie Typhus und Scharlach gegenüberstanden, beweist die Tatsache, dass auch Baumgärtner sie noch 1839 mit Blutegeln und Eisumschlägen behandelte. Immerhin verzichtete er auf Brechmittel, wie sie der Hospitalarzt Isaak Hochstädter bei der Karlsruher Typhusepidemie 1825 noch verabreicht hatte. Man suchte damals die Ursache des „Nervenfiebers“ in Entzündungen und Geschwüren hauptsächlich des Darmes und war sich der Rolle der Bakterien bei diesen Krankheiten noch nicht bewusst.

Dies änderte sich erst in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Zwar hatte bereits

1847 Ignaz Semmelweis „in Wien das Wundbettfieber in der geburtshilflichen Klinik dadurch gesenkt, dass alle Behandelnden die Hände mit Chlorklösung wuschen, dies war jedoch noch eine Antisepsis ohne Kenntnis der Mikrobiologie!“ 1867 erkannte Joseph Lister die Bedeutung der Antisepsis, bei der die Wunden keimfrei gehalten und die Instrumente bei der Operation sterilisiert wurden. Als Geburtsstunde der Bakteriologie gilt die Entdeckung von Robert Koch, der 1876 nachwies, „dass Milzbrand bei Mensch und Tier stets vom gleichen Erreger hervorgerufen wird.“ 1885 entdeckte Koch zudem den Tuberkelbazillus. Ohne Kenntnis dieser Zusammenhänge waren natürlich die Heilungschancen für Patienten mit diesen Krankheiten auch am Karlsruher Hospital noch äußerst gering.⁶⁹

Immerhin versuchte man aber dort offensichtlich mit dem medizinischen Fortschritt Schritt zu halten. So führte Hospitalarzt Fidel Baur 1827/28 eine Korrespondenz mit Johann Gottfried Tulla, dem großen Ingenieur der Rheinkorrektion, der kurz vor seinem Tode in Paris weilte. Tulla ließ sich wegen eines Blasensteinleidens dort von einem gewissen Dr. Civiale behandeln, der einen Apparat zur unblutigen Beseitigung von Blasensteinen konstruiert hatte.

Tulla schilderte die schmerzhaften Eingriffe, die er bei vollem Bewusstsein über sich ergehen lassen musste. Dr. Baur wollte nun über Tulla an das neuartige Bohrgerät gelangen, mit dem sich die Steine durch die Harnröhre entweder zertrümmern oder herausziehen ließen. Außerdem hatte er von einer Veröffentlichung der neuen Methode von Jean Civiale mit zahlreichen Tafeln Kenntnis bekommen. Ob das Gerät, dessen Einsatz Tulla in seinem „Journal. Reise von Karlsruhe nach Paris und Aufenthalt daselbst“ ausführlich beschrieb, tatsächlich in Karlsruhe angekommen ist, ist nicht bekannt. Tulla, der am 27.



Darstellung einer Blasensteinoperation mit dem von Dr. Civiale in Paris entwickelten Instrument, das er auch bei Ingenieuroberst Tulla 1827/28 zur Anwendung brachte.

März 1828 starb, hatte noch mitgeteilt, er könne den Apparat bei seiner Heimreise nach Karlsruhe mitnehmen oder vorher mit dem Postwagen absenden.⁷⁰ Immerhin rauchen Apparate zum Blaseneinschnitt und Steinsonden in einer Inventarliste des Hospitals von 1840 auf.

Aus dieser Inventarliste erfahren wir außerdem, dass 1827 von „Hözl in Freiburg“ für 46 Gulden „wundärztliche Effekten in verschiedenen Gegenständen mit Futteral er-

kauft“ worden waren. Dabei handelte es sich um elf Skalpelle, größere und kleinere Sägen, Scheren, Pinzetten, Stemmeisen und Hämmer. An anderer Stelle sind „Amputations- und Trepanationsapparate von Weber aus Straßburg“ angeführt.

Im Wesentlichen scheinen die Karlsruher Hospitalärzte aber zu dieser Zeit immer noch mit den bereits im 18. Jahrhundert beschafften Instrumenten gearbeitet zu haben, die in der Inventarliste des Hospitals von 1791 aufge-

führt sind. Diese wurden allerdings öfter bei örtlichen Handwerksmeistern in Reparatur gegeben, wie etwa bei dem Hofsilberarbeiter Deimling, wie den Rechnungsbeilagen zu entnehmen ist.

Handwerker, die sich auf Medizintechnik spezialisiert hatten, gab es damals erst wenige. So wurden 1840 etwa auch einige Werkzeuge bei „Christian Görck, Universitätschirurgischer Instrumentenmacher in Heidelberg“ geordert. Ein Karlsruher Vertreter dieses Berufszweiges tauchte mit Friedrich Runge in den Rechnungsbeilagen erstmals 1858 auf.⁷¹

„Im Jahre 1847 wurde zum ersten Male in Karlsruhe bei chirurgischen Operationen die Narkose angewandt. In der Karlsruher Zeitung teilte der Hofrat Dr. Brandeis mit, dass Regimentsarzt Dr. Eduard Meier in Gegenwart des Generalstabarztes Dr. Meier und unter Assistenz des Dr. Schenk und Dr. Steiner die erste Operation mit Äthereinatmung vorgenommen habe, und bald nachher las man einen Bericht über die erste Anwendung des Chloroform, das der Assistent der Chemie an der Polytechnischen Schule, K. Seubert, bereitet hatte, durch die Militärärzte Dr. Fink und Dr. Volz im Militärspital. In beiden Fällen war der Zweck der Narkose vollkommen erreicht worden.“⁷² Diese Schilderung des Stadthistorikers Friedrich von Weech unterstreicht, dass man in Karlsruhe durchaus auf der Höhe der Zeit war, war doch die erste Operation unter Narkose weltweit gerade erst vor einem Jahr durchgeführt worden. 1846 hatte sie der Zahnarzt William Morton in Boston vor einer interessierten Öffentlichkeit demonstriert.⁷³

Schließlich erreichten Karlsruher Initiatoren, dass 1858 die bedeutende „Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte“, bei der die neuesten Erkenntnisse in naturwissenschaftlicher Forschung und Medizin ausgetauscht wurden, in Karlsruhe tagte. Der spätere Ärztliche Direktor des Karlsruher Kranken-

hauses, Medizinalrat und Amtsarzt Robert Volz, und der Professor für Physik am Polytechnikum, Hofrat Wilhelm Eisenlohr, hatten die Tagung organisiert. Kein Geringerer als Rudolf Virchow, Direktor des Pathologischen Instituts in Berlin, dessen Forschungen die Medizin revolutionieren sollten, sprach dort über seine Erkenntnisse. Seine Thesen wurden „eine tragende Säule der wissenschaftlichen Medizin“. Er erkannte, dass „die Zelle der Baustein des Organismus, der ‚Mittelpunkt der vitalen Erscheinungen‘, Ausgangspunkt des Lebensprozesses und der Krankheits-Entstehung gleichermaßen“ ist. Just im Jahr seines Karlsruhe-Besuches 1858 erschien seine epochemachende Abhandlung „Die Cellularpathologie in ihrer Begründung auf physiologische und pathologische Gewebelehre.“

Als Pathologe hatte Virchow zudem die Ursache von mehreren Krankheiten wie Leukämie und Embolie anhand von Befunden erklären können.⁷⁴

Andere Karlsruher Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens der Zeit

Neben dem Hospital wurden im Verlauf des 19. Jahrhunderts auch andere Krankenanstalten gegründet. Diese waren zunächst konfessionell geprägt. Schon im 18. Jahrhundert bestand ein Armen- und Siechenhaus für die Juden vor dem Ruppurrer Tor. Seit 1805 bemühte sich die jüdische Gemeinde um Ersatz für dieses „elende Häuschen“ und verhandelte mit der Stadtgemeinde über den Bau eines Spitals für die Karlsruher Juden. Mehrmals wurden Pläne vorgelegt und wieder verworfen. Schließlich konnte 1834 „ein stattliches steinernes Gebäude“ errichtet werden, das von „einem Gärtchen umgeben“ war und am Ende der Kronenstraße gegenüber dem Ruppurrer Tor stand. Es enthielt in zwei Stockwerken

zehn größere und kleinere Zimmer und war jährlich mit 30 bis 40 Kranken belegt. Außerdem hatte der Spitalverwalter hier seine Wohnung. Dieser fungierte gleichzeitig als Kostgeber und als Krankenwärter. Hospitalarzt Isaak Hochstädter besorgte die Behandlung der Kranken und erhielt dafür 55 Gulden im Jahr. Das Gebäude war Eigentum der jüdischen Gemeinde. Der Synagogenrat hatte zur Überwachung des Hospitals eine Kommission eingesetzt.⁷⁵ Die Kosten für Verpflegung wurden ähnlich wie beim Bürgerhospital abgerechnet: „Aufnahmefähig sind 1. einheimische Kranke, Arme wie Fremde und zwar gegen tägliche Vergütung von 48 Kr[euzer], 2. die Dienstboten der israelitischen Gemeindebürger, für welche die Herrschaft verpflichtet ist, jährlich mit 2 Gulden für jeden im Spitale sich zu versichern, 3. die israelitischen Dienstboten anderer hiesiger Einwohner gegen gleiche Versicherung von 2 Gulden, wofür bei der Aufnahme keine Kost und Arznei geliefert wird, 4. israelitische hier arbeitende Gewerbsgehilfen gegen Bezahlung von 44 Kr[euzer].“⁷⁶

Einrichtungen, von denen später auch das städtische Krankenhaus profitieren konnte, waren der katholische Vincentiusverein und der evangelische Kranken-Frauenverein. In beiden Vereinen spielten die Ehefrauen von Karlsruher Honoratioren die Hauptrolle. Dem evangelischen Frauen-Krankenverein gehörten Frau Pfarrer Julie Dietz, Frau Galeriedirektor Henriette Frommel, Frau Revisor Friederike Kerler, Frau Oberrechnungsrat Eberle und Magdalene Späth an. Gemeinsam mit Ernst Freiherr von Hügel, ein pensionierter Oberst, und seiner Gattin Marie sowie mit Stadtvikar Heinrich Wilhelm Rinck bildeten sie 1849 das Gründungskomitee für die evangelische Diakonissenanstalt in Karlsruhe.

Nach dem Vorbild der von Theodor Fliedner 1836 in Kaiserswerth gegründeten Diakonissenanstalt sollte die Karlsruher Institution

vor allem als Ausbildungsstätte für Krankenschwestern dienen, die Aufnahme von Patienten stand dabei zunächst im Hintergrund. Aus Spendenmitteln wurde 1851 ein Wohnhaus am Mühlburger Tor erworben, „welches für die Schwesternausbildung und 12 Patienten Platz bot“.⁷⁷

Dort arbeiteten zunächst fünf Schwestern, die im Straßburger Diakonissenhaus ausgebildet worden waren. In der Anfangsphase der Einrichtung standen Seminar-Professor Wilhelm Stern und Generalstabsarzt Wilhelm Meier den Diakonissen beratend zur Seite. Später behandelten Hofrat Dr. Schrickel und Hofphysikus Dr. Zollikofer die Kranken und lehrten regelmäßig Krankenpflege. Für die Seelsorge hatte man Stadtpfarrer und Dekan Karl Zimmermann gewonnen. Bereits 1857 erhielt die Diakonissenanstalt in der Sophienstraße ein neues Stammhaus, das mit 50 Krankenbetten, einem Schwesterntrakt und einer Kapelle wesentlich mehr Platz bot.

„Der theoretische Unterricht bestand aus Grundlagen der Anatomie, Kenntnissen aus der Arzneikunde (Formen, Wirkungsweise, Verabreichung), Krankenpflege, die das Krankenzimmer, das Krankenbett, Hygiene, Ruhe, Schlaf und Bewegung, Ausscheidung und Ernährung betraf, sowie Pflege und Begleitung Sterbender. Dazu gehörte auch die seelsorgliche Betreuung. Im praktischen Alltag setzten die ‘Probeschwestern’ das Erlernte unter Aufsicht einer erfahrenen Diakonisse um.“⁷⁸ Wenig später wollte auch das Bürgerhospital von dieser guten Ausbildung profitieren und forderte Diakonissen für die Krankenpflege der evangelischen Patienten im städtischen Krankenhaus an.

Ganz ähnlich entwickelte sich der katholische Vincentiusverein. Auch hier hatten sich einige Damen der Karlsruher Gesellschaft um die Frau des Finanzrats Baader und die Gattin des Baudirektors Hübsch zusammengefunden.



Die Diakonissen-Anstalt in der Sophienstraße kurz nach ihrer Erbauung im Jahre 1857.

Die Vereinsleitung wurde allerdings dem Kaplan Franz Xaver Höll übertragen. „Von den Vereinsmitgliedern werden Arme und Kranke persönlich besucht und jede erforderliche Dienstleistung erfüllt. Zur Linderung der Not werden Gaben gesammelt, eine Vorratskammer für Kleider- und Sachspenden wird angelegt.“⁷⁹ Am 20. August 1851 erhielt der Verein die Genehmigung zur Errichtung eines Krankenhauses. Da ein geplanter Neubau „vor dem Karlstor“ zunächst nicht zustande kam, wurden im ehemaligen Gewerbehauß Spitalstraße 31 direkt neben dem Bürgerspital Räume angemietet. Das St. Vincentiushaus enthielt „in 2 Stockwerken 9 Zimmer und Säle zur Aufnahme der Kranken, Ansprach-, Wohn- und

Wirtschaftszimmer, eine Kapelle, und in dem geräumigen Hofe Waschküche, Holzräume und Leichenkammer“.⁸⁰ Die Pflege übernahmen drei Barmherzige Schwestern des Ordens vom Hl. Vinzenz von Paul aus Freiburg. 1855 werden dort schon 159 Kranke „aller Stände, Herkunft und Glaubensbekenntnis“ gepflegt. Die Verpflegungsgebühren waren wesentlich niedriger als im Bürgerhospital. Ein vom Verein bestellter Arzt behandelte arme Kranke unentgeltlich. Dementsprechend war die Anstalt frequentiert, z. B. „von den Arbeitern der Maschinen- und Wagenfabrik, von den Arbeitern der Eisenbahn, von den Gesellen der Schmiede, Schlosser, Schreiner, Schneider, Schuster, Wagner etc. und von weiblichen

Dienstboten, welche letztere sich oft abonnierten. Auch senden nicht selten die benachbarten Dorfgemeinden ihre armen Kranken in das Vincentiushaus. In der ersten Classe wurden Polytechniker, junge Künstler und Angestellte verpflegt, welche keinen eigenen Herd hatten“.⁸¹ Mit dem Vincentiushaus war dem Hospital also in unmittelbarer Nachbarschaft ein ernsthafter Konkurrent erwachsen. Man wollte dies aber offensichtlich positiv nutzen und wenig später arbeiteten Barmherzige Schwestern auch im Hospital und betreuten dort vornehmlich die katholischen Patienten. 1861 wurde nach den Plänen von Heinrich Hübsch in der Karlstraße der erste Neubau für das Vincentius-Krankenhaus errichtet.

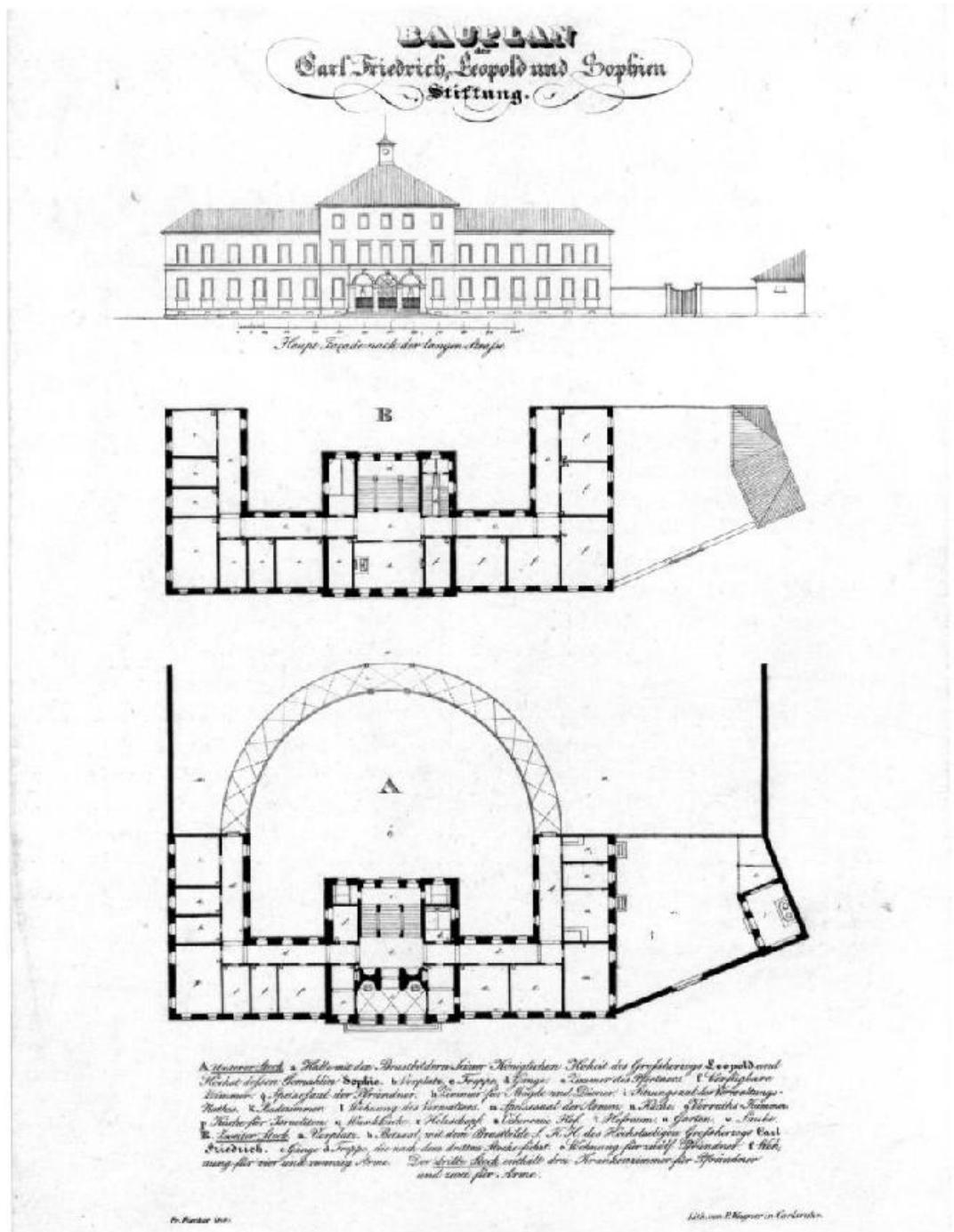
Auch in dem bereits erwähnten Pfründnerhaus, das hauptsächlich als Altersheim für mittellose Stadtbewohner 1833 eröffnet worden war, wurden Kranke gepflegt.

Die Idee, ein sogenanntes „Pfründnerhaus“ einzurichten, ging auf den ehemaligen Bürgermeister Griesbach zurück. Er veröffentlichte im „Karlsruher Intelligenz- und Wochenblatt“ 1820 den Vorschlag, eine Stiftung für Unheilbare, Gebrechliche und Alte zu gründen. Die Sammlungen zogen sich allerdings einige Jahre hin, so dass erst im Jahre 1831 mit dem Bau des Pfründnerhauses am Mühlburger Tor begonnen werden konnte. Die Einrichtung genoss die Unterstützung der großherzoglichen Familie und wurde 1833 in „Karl-Friedrich-Leopold-und-Sophien-Stiftung“ umbenannt.

Die Anstalt stand zwei Personengruppen offen: die sogenannten Pfründner konnten sich einkaufen, um hier verpflegt zu werden, arme Alte wurden wie weiter oben geschildert teilweise aus der Lidellstiftung versorgt. Außerdem sollten sie mit einfachen Arbeiten beschäftigt werden, „soweit es ihre Kräfte erlauben“ und damit ihren Lebensunterhalt verdienen.⁸² Für beide Personengruppen war eine strikte räumliche Trennung vorgesehen.

Von 1833 bis 1857 sind in das Pfründnerhaus 43 Pfründner und 116 Arme aufgenommen worden. Erstaunlicherweise war die Lebenserwartung der Armen höher als die der Pfründner, wie der Überlieferung zu entnehmen ist: „Von den Pfründnern (32 weibliche und 11 männliche) sind 8 freiwillig ausgetreten und 16 in der Anstalt gestorben. Am 1. Juni 1857 waren in derselben 19 Pfründner. Das mittlere Lebensalter derselben berechnet sich auf 69,6 Jahre. Unter den ... aufgenommenen 116 Armen befinden sich 13 Ehepaare ... und an ledigen oder im Witwenstand stehende Personen 36 männliche und 54 weibliche. Von den im Pfründnerhaus verstorbenen 85 Armen erreichten einige ein Alter zwischen 85 und 93 Jahren. Das mittlere Lebensalter der Verstorbenen aber berechnet sich auf 74,4 Jahre.“⁸³ Möglicherweise lag die hohe Lebenserwartung an der guten Verpflegung im Pfründnerhaus, die aus drei vollwertigen Mahlzeiten bestand. Außerdem wurden kranke Bewohner medizinisch versorgt: „Die ärztliche Behandlung der Kranken besorgt seit der Gründung der Anstalt ... unentgeltlich und mit der größten Aufopferung Dr. Kusel, Mitglied des Verwaltungsraths [der Stiftung, Anm. d. Verf.]. Für Verpflegung der Kranken ist eine besondere Wärterin bestellt, welche jedoch, wenn es ihr Dienst gestattet, auch andern häuslichen Geschäften Antheil nehmen muß“.⁸⁴

Der Vollständigkeit halber seien hier noch andere Institutionen erwähnt, die zwar in erster Linie sozialen Zwecken dienten, sich aber auch teilweise der Krankenpflege widmeten. So hatte sich der 1833 unter dem Protektorat der Großherzogin Sophie gegründete Frauenverein die Aufgabe gestellt, „durch Beisteuer von Geld, Rohstoffen und Frauenarbeiten, arme, kranke und sonst erwerbsunfähige Personen zu unterstützen, besonders aber arbeitsfähigen durch Übertragung von Arbeiten für den Verein die Möglichkeit red-

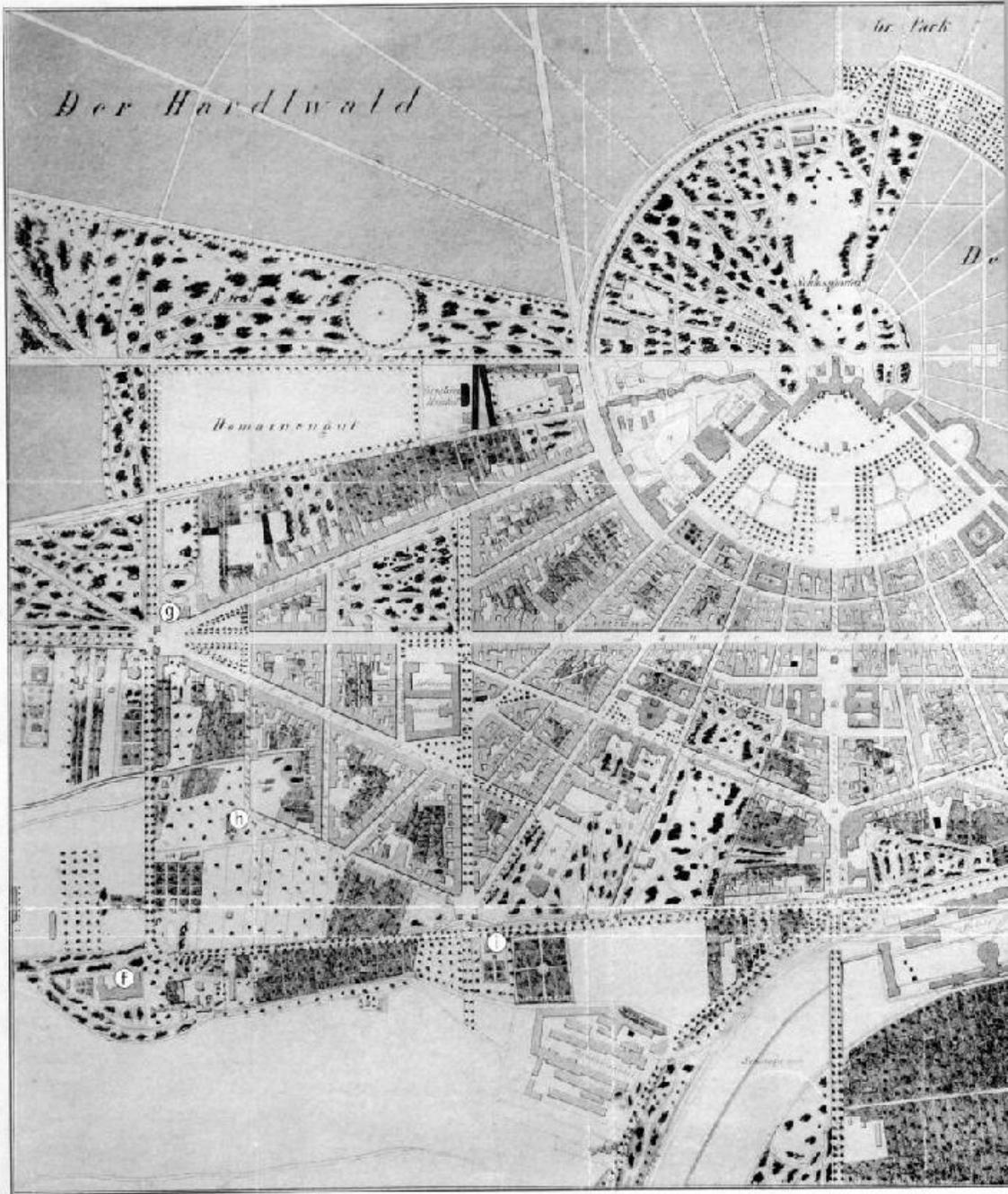


Auch im 1833 eröffneten Pfründnerhaus am Mühlburger Tor wurden Kranke gepflegt.
Nach dem Bauplan von 1831 enthielt der dritte Stock „drei Krankenzimmer für Pfründner und zwei für Arme“.

lichen Verdienstes zu eröffnen und Waisen oder Kindern noch lebender armer Eltern die Erlernung und Ergreifung eines anderen ehrlichen Erwerbszweiges zu erleichtern.“⁸⁵ 1840 richtete der Frauenverein in unmittelbarer Nachbarschaft zum Hospital im Gewerbehau die Sophienschule für den Handarbeitsunterricht schulentlassener Mädchen ein. 1853 wurde die Sophienschule in das gegenüberliegende Gebäude verlegt, als das Gewerbehau für den Vincentiusverein als Krankenhaus eingerichtet wurde.

Mit der Sophienschule zusammen wurde auch die Suppenanstalt verlegt, deren Beaufsichtigung und Organisation der Frauenverein ebenfalls übernommen hatte und „deren segensreiche Folgen in dem schweren Jahre 1847 und während der theuern 1850er Jahre besonders zu Tag getreten sind. Doch nicht allein in außergewöhnlichen Zeiten allein leistet die Suppenanstalt treffliche Dienste, sie gewährt auch jederzeit dem Frauenvereine selbst wie den andern hiesigen Anstalten und Vereinen für Armen- und Krankenpflege gegen geringe Vergütung die Möglichkeit, Bedürftigen kräftige warme Nahrung zu verschaffen, und bietet außerdem einer großen Anzahl hiesiger und auswärtiger Personen, insbesondere Handarbeitern jeder Art, die Gelegenheit zu außerordentlich billiger und gesunder Verköstigung.“⁸⁶

Schließlich entstand auch Karlsruhes erster Kindergarten aus privater Initiative. Ihn richtete der „Verein zur Rettung sittlich verwahrloster Kinder“ 1837 in der Spitalstraße 48 ein. Er war für Kinder vom 2. bis zum 6. Lebensjahr gedacht, „welche durch die nothgedrungen außerhäusliche Beschäftigung ihrer Eltern, oder durch Nachlässigkeit mancher, den Tag über aufsichtslos, sich selbst überlassen, und namentlich auf den Straßen sowohl körperlicher wie geistiger Verwahrlosung ausgesetzt sind“.⁸⁷ Für elternlose Kinder, die vorher in Privathäusern untergebracht waren, wurde 1848/49 aus Sammlungen von Privatpersonen und Spenden des Großherzogs nahe am Karlstor das Karlsruher Waisenhaus erbaut, das 30 bis 40 Waisen „jeder Konfession“ offenstand. „Die unmittelbare Aufsicht führt der Verwalter und dessen Frau und vertreten dieselben zunächst Vater- und Mutterstelle bei den Kindern. Die Kost ist einfach und gut; Schlaf- und Wohnräume sind luftig und gesund. Die ganze Anstalt und deren Vermögen überwacht und leitet ein Verwaltungsrath, bestehend aus einem Geistlichen jeder Konfession und 12 von den Bürgercollegien gewählten Mitgliedern“.⁸⁸ So waren zur Mitte des 19. Jahrhunderts bereits die Grundlagen für ein funktionierendes Gesundheits- und Sozialwesen in Karlsruhe gelegt worden, auf die man in späteren Zeiten aufbauen konnte.



30-Nördliche Seite d. Langen Strasse.
 1. Wachenpost, Badisches Schloss, 2. Hofkammer und Schultheissentafel, 3. Hofküche, 4. Marstall, 5. Hof Theater, 6. Haupt-Bibliothek, 7. Haupt-Tempel, 8. Väterkirche, 9. Kirchliches Consistorium, 10. Museum, 11. Sternsche Biersch, 12. Rathhaus, 13. Markt, 14. Volkshaus, 15. Plebisitenhaus, 16. Mairie, 17. Hof Theater, 18. Landeskammer Theater (Opernhaus), 19. Hofkirche, 20. Hof Theater, 21. Plebisitenhaus, 22. Landeskammer Theater (Opernhaus), 23. Hofkirche, 24. Hof Theater, 25. Plebisitenhaus, 26. Plebisitenhaus, 27. Plebisitenhaus, 28. Plebisitenhaus, 29. Plebisitenhaus, 30. Plebisitenhaus.
 Südliche Seite der Langen Strasse.
 1. Plebisitenhaus, 2. Bürger-Hospital, 3. Haupt-Schule, 4. Plebisitenhaus, 5. Plebisitenhaus, 6. Plebisitenhaus, 7. Plebisitenhaus, 8. Plebisitenhaus, 9. Plebisitenhaus, 10. Plebisitenhaus, 11. Plebisitenhaus, 12. Plebisitenhaus, 13. Plebisitenhaus, 14. Plebisitenhaus, 15. Plebisitenhaus, 16. Plebisitenhaus, 17. Plebisitenhaus, 18. Plebisitenhaus, 19. Plebisitenhaus, 20. Plebisitenhaus, 21. Plebisitenhaus, 22. Plebisitenhaus, 23. Plebisitenhaus, 24. Plebisitenhaus, 25. Plebisitenhaus, 26. Plebisitenhaus, 27. Plebisitenhaus, 28. Plebisitenhaus, 29. Plebisitenhaus, 30. Plebisitenhaus.

ROLAND FEITENHANSL

Das Städtische Krankenhaus im alten Gebäude von 1858–1907

Verwaltung

Am 3. Juli 1846 wurde der vom Militär geräumte Teil des Spitals im östlichen Gebäudeflügel (Spitalstraße) an die Stadt übergeben, welche nun das ganze Gebäude als städtisches Krankenhaus mit 120 bis 150 Betten betrieb. Die Bezeichnung „Städtisches Krankenhaus Karlsruhe“ wurde aber erst ab dem 1. Januar 1859 eingeführt mit dem Erlass der großherzoglichen Hospitalkommission vom 31. Dezember 1858. Zuvor hatte das Haus von 1808 bis 1858 den Namen „Großherzoglich badisches Hospital zu Karlsruhe“ getragen.¹ Es war nach dem „allgemeinen Krankenhaus“ in

Mannheim das zweitgrößte im Land Baden und besaß ein vergleichsweise geringes Stiftungsvermögen.²

Die Hospitalkommission als die leitende Behörde hatte seit dem 12. Februar 1858 folgende Mitglieder: den Stadtdirektor als Vorstand, einen Vertreter der Polizeibehörde, den Stadtratsarzt als „dirigierender Hospitalarzt ohne klinische Beteiligung“, die Hospitalärzte, einen evangelischen und einen katholischen Stadtpfarrer, den Oberbürgermeister, und je zwei evangelische und katholische Bürger, die vom Gemeinderat gewählt wurden.³ Die Kommission verwaltete das Hospitalvermögen und zeichnete für den Betrieb des Hauses verantwortlich.

Mit dem neu gefassten badischen Stiftungsgesetz vom 5. Mai 1870 wurde das Spital einschließlich seines Vermögens ganz unter städtische Verwaltung gestellt. Der Stadtrat beschloss am 9. August 1871, die Stiftungskommission aufzulösen und dafür eine Kommission aus den eigenen Reihen zu bilden, der die Verwaltung und Führung des Krankenhauses oblag. Ihr Vorsitzender war bis zur Einführung der Städteordnung zugleich der Bezirksarzt.

Die städtische Krankenhauskommission bestand aus einem Stadtratsmitglied als Vorsitzendem, dem Inspektor, dem leitenden Oberarzt des Krankenhauses und aus vier wei-



Städtisches Krankenhaus um 1900, Ansicht mit Haupteingang und Seitenflügeln in der Spitalstraße (links) und der Adlerstraße (rechts).

teren, vom Stadtrat ernannten Mitgliedern sowie entsprechenden Stellvertretern.

Für das Krankenhaus selbst waren bestellt: der Inspektor und der leitende Oberarzt, die nötige Anzahl von Hospitalärzten und von Heilgehilfen, eine Oberin, ein Verrechner und schließlich das Hilfspersonal für Krankenpflege und Wirtschaft.

Mit der Übertragung der Verwaltung und der für Krankenpflege bestimmten örtlichen (Armen-) Stiftungen auf eine nunmehr städtische Krankenhauskommission reagierte die Stadt auf eine grundlegende Wandlung des öffentlichen Gesundheitswesens: Wurde das Krankenhaus bislang fast ausschließlich von den ärmeren Bevölkerungsschichten aufgesucht, nutzten es mittlerweile wegen des ständigen medizinischen Fortschritts und der verbesserten Pflege immer mehr Angehörige des gehobenen, zahlungskräftigen Mittelstandes. Diese Entwicklung kollidierte mit der zeitweisen Übertragung der Entscheidungsbefugnis über die Patientenaufnahme an den Armenrat, denn ein gut situerter Patient musste sich damit erneut dem Verdacht aussetzen, öffentlich unterstützt zu werden.⁴ Die logische Konsequenz war, dass die Kommission 1883 wieder vom Armenrat getrennt und direkt der Aufsicht des Stadtrats unterstellt wurde. Damit sollte nach außen hin gezeigt werden, dass die Anstalt vor allem eine Heil- und keine Armenpflegeanstalt war.

Am 26. Juli 1883 erwarb die Stadtgemeinde von der Stiftung sämtliche Grundstücke und Gebäude an der Adlerstraße, einschließlich der unmittelbar zuvor erworbenen Hausgrundstücke in der Schwanenstraße (Rückseite), wodurch das städtische Krankenhaus eine reine Gemeindeanstalt wurde. Ab dem 1. Januar 1884 wurde mit dem Erwerb aller Stiftungsanteile durch die Stadt die Krankenhausstiftung nur noch als Kapitalstiftung geführt.

Staatliche Ärzte, die als dirigierende Ärzte das Spital kontrollierten, waren in der Zeit ab 1858 bis zur Abschaffung dieses Amtes 1883 der Geheime Hofrat Dr. Eduard Molitor (bis 1870) und der Geheime Hofrat Dr. Robert Volz (bis 1882), der auch das in diesem Aufsatz oft verwendete Organ der badischen Ärztevereinigung „Mittheilungen des badischen ärztlichen Vereins“ (später „Aerztliche Mittheilungen aus Baden“) herausgab. Die dirigierenden Ärzte führten die fachliche Aufsicht über das Spital, waren aber dort nicht selbst als Mediziner tätig. Die ärztliche Leitung im Krankenhaus hatte der leitende Spitalarzt, zu dem ein medizinischer oder chirurgischer Oberarzt aus dem Haus bestimmt wurde.

Für die Aufsicht über den Wirtschaftsbetrieb Krankenhaus, die Vorräte und die Finanzen war der Inspektor zuständig. Er musste die Anstalt nach „humanen Gesichtspunkten“ und in „ökonomischem Interesse“ führen und die Einhaltung der allgemeinen Hospitalordnung überwachen. Außerdem fungierte er als Verbindungsperson zwischen Krankenhaus und Hospitalkommission. 1861 betrug sein Jahresgehalt 500 Gulden.

Mit der Übernahme von Hauswirtschaft und Pflege durch die Evangelische Diakonissenanstalt Karlsruhe und durch den Orden der Barmherzigen Schwestern ging 1858 auch die Verwaltung dieser Bereiche an die beiden Institutionen über. Zuständig war je eine Oberin. Diese hatten die Haushaltsrechnungen zu führen und organisierten den gesamten inneren Dienst (Krankenpflege in Absprache mit den Ärzten, Einkäufe, Küche, Wäsche, Hausreinigung). Ihre Arbeit wurde vom Inspektor kontrolliert. Die Schwesternschaften waren an die Anordnungen und Beschlüsse der Hospitalkommission gebunden. Auf die Einweisung und Aufnahme der Patienten hatten sie keinen Einfluss. Dies stand weiterhin nur der Kommission und der Polizeibehörde zu.⁵

Die Krankenversicherung

Die 1791 gegründete Krankenversicherungsanstalt, die seinerzeit wegen ihrer Klientel „Dienstboteninstitut“ hieß, firmierte ab 1852 als „Städtischer Krankenverein“ und unterstand mit ihrem Vermögen der Hospitalkommission. Seit 1860 mussten die Herrschaften alle ihre Diensthoren, sofern sie über 14 Jahre alt waren, gegen Krankheit versichern. Gewerbetreibende waren nicht wie in anderen Städten Mitglieder des Krankenvereins, sie entrichteten ihre Beiträge an die Zunftkassen. Diese Kassen zahlten 1861 mit 44 Kreuzern für die tägliche Versorgung genauso viel wie nicht krankenversicherte Karlsruher und Fremde. Für die Mitglieder des Krankenvereins waren wie für „heimathsberechtigte“ Arme nur 33 Kreuzer pro Verpflegungstag fällig, begrenzt auf zwei Monate. Sie zahlten einen Jahresbeitrag von zwei Gulden 36 Kreuzern. Einzelzimmer für Fremde kosteten im Sommer einen Gulden zwölf Kreuzer, im Winter einen Gulden 30 Kreuzer. 1876, nach Einführung der Reichsmark-Rechnung im Großherzogtum Baden, wurde der Tarif einheitlich mit zwei Mark pro Verpflegungstag angegeben, für Kinder unter zwölf Jahren die Hälfte, für Kranke erster Klasse mit Einzelzimmer drei Mark.⁶ Die durchschnittliche Zahl der Verpflegungstage betrug zwischen 1878 und 1888 13 bis 21 Tage, 1904 waren es 25 Tage.⁷

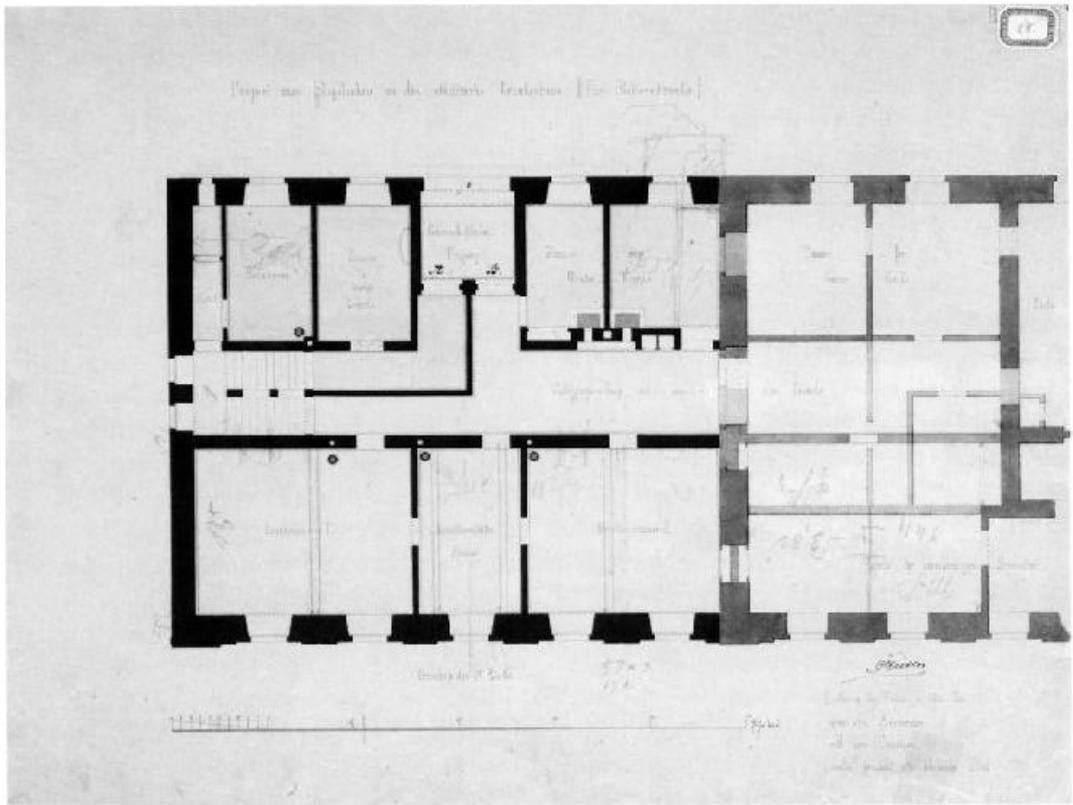
Dass der regelmäßige Zwangsbeitrag der Dienstboten an den Krankenverein für den Krankenhausbetrieb nicht ausreichend war, belegt die zusätzliche Sondersteuer (wöchentlich drei Kreuzer), die Karlsruhe wie einige andere größere badische Städte auch (Mannheim, Freiburg und Konstanz) eben von diesem Personenkreis zum Betrieb seines Krankenhauses erhob.⁸ Die typische zahlenmäßige Dominanz der bedürftigen Unterschichtenvertreter zeigt deutlich, dass es sich bei den Kranken-

häusern von der Sozialstruktur her gesehen traditionell um eine Unterschichteninstitution handelte.⁹

Neue Abteilungen und bauliche Veränderungen

Der ärztliche Dienst war ursprünglich in nur zwei Abteilungen gegliedert, eine für „innerlich Kranke“ und eine für „chirurgisch Kranke“, mit je einem Hospitalarzt. 1876 gab es drei von je einem Hospitalarzt selbstständig geleitete medizinische Abteilungen. Ein so genannter „Hospitalchirurg“ war in jener Zeit den jeweiligen Ärzten untergeordnet und besorgte die verordneten chirurgischen „Dienstleistungen“.¹⁰ Ab 1897 wurden in den Jahresberichten mit der medizinischen und der chirurgischen wieder nur zwei Hauptabteilungen angegeben. Beide waren nun mit einem Oberarzt und einem Assistenzarzt besetzt. Dazu gab es zwei Assistenten als „hilfsärztliches Personal“, das für beide Abteilungen zuständig war.¹¹

Im betreffenden Jahr wurden in den beiden Hauptabteilungen insgesamt 2.402 bzw. 1.334 Patienten gezählt. Dabei wurde je nach Einzelfall eine Krankheit entweder in der einen oder in der anderen Abteilung behandelt, beispielsweise Krankheiten der Verdauungsorgane 484-mal in der medizinischen und 41-mal in der chirurgischen Abteilung. Krankheiten der Atmungsorgane betrafen 599-mal die medizinische, 26-mal die chirurgische Abteilung. Hautkrankheiten, ganz besonders die häufige Krätze¹², wurden 462-mal in der medizinischen Abteilung behandelt, „Krankheiten der Hautdecken“ 272-mal in der chirurgischen Abteilung. Ausschließlich zur chirurgischen Abteilung zählten die „klassischen“ mechanischen Verletzungen wie Schnitt- und Schusswunden, Quetschungen, Knochenbrüche und Verbrennungen, ferner Krankheiten der Geschlechts-

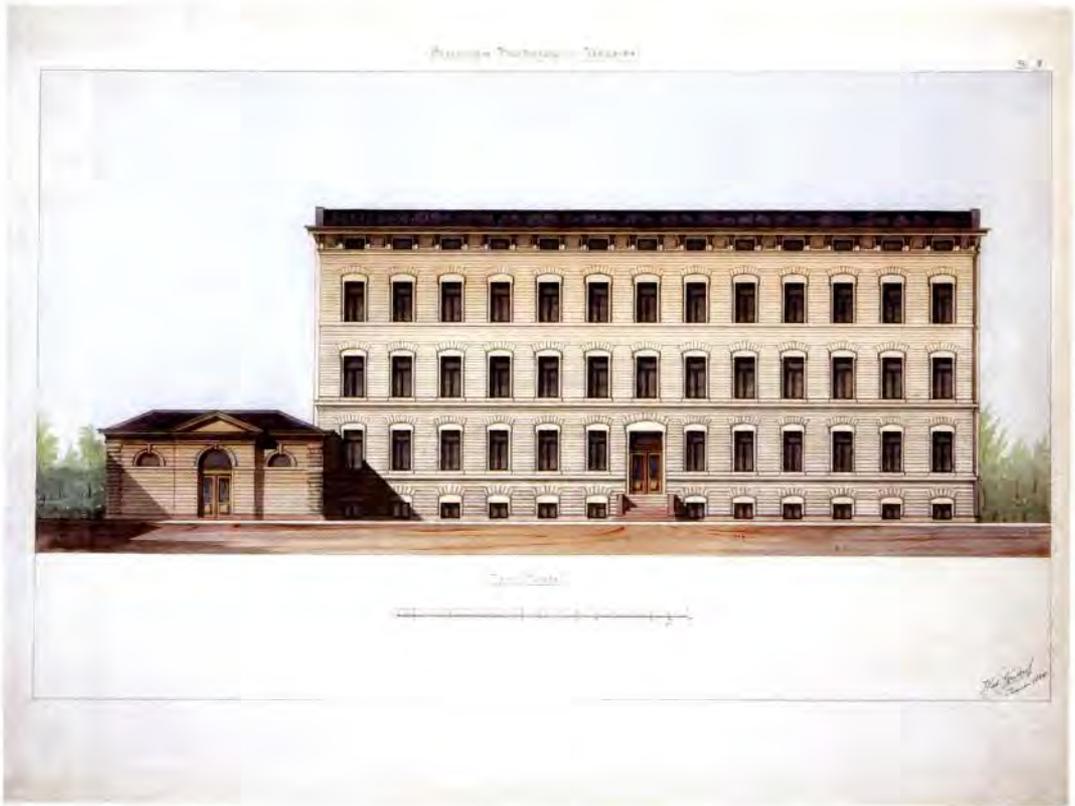


Der 1863 fertiggestellte Anbau für Blatternkranke in der Spitalstraße. Grundriss des ersten Stocks.

organe (außer Tripper), Geschwülste (besonders Krebs) und Geburten.¹³

Die Krankenpflege und innere Organisation wurden am 1. September 1858 mit der Übernahme durch religiöse Schwesternschaften konfessionell getrennt in eine westliche (evangelische) und eine östliche (katholische) Hälfte (ehemals militärischer Flügel). Der bauliche Aufwand für die erforderliche doppelte Ausstattung von Küche usw. betrug 10.000 Gulden. 1863 erfolgte ein Anbau am Ostflügel des Gebäudes in der Spitalstraße, um an Blattern (Pocken) erkrankte Patienten gesondert unterzubringen. Er kostete knapp 20.000 Gulden. Zeitgleich mit dem Ende der konfessionellen Teilung im Haupthaus und der Über-

nahme des Krankenhausbetriebs durch den Badischen Frauenverein 1872 machten veränderte Anforderungen und das starke Bevölkerungswachstum weitere bauliche Modifizierungen notwendig. So fehlte es noch 1883 an genügend Räumen für Geisteskranke, „anständigen Zimmern für Kranke I. Verpflegungsklasse“, einem Operationsaal und Räumen für Patienten mit ansteckenden Krankheiten sowie für Gefangene.¹⁴ Doch vor einer Vergrößerung des bestehenden Gebäudes galt es, die hygienischen Verhältnisse zu verbessern. Dazu zählten 1872 der Anschluss an das städtische Wasserversorgungsnetz mit Wasserspülung für alle Toiletten und 1883 der Einbau von Holzdielenböden an Stelle der alten Naturstein-



Erweiterungsbau im Hofgarten, 1884/85 geplant von Wilhelm Strieder, Fassadenaufriss 1884.

und Backsteinböden. Ein um 1872 geplanter Erweiterungsbau am Südflügel in der Steinstraße wurde zurückgestellt.¹⁵ Dafür beteiligte man sich an der Fortführung der Landgraben-Überwölbung in der Steinstraße mit insgesamt 5.200 Gulden. Darin war auch eine neue Einfriedung entlang der Straße (gusseiserne Geländer an den Sandsteinpfeilern) enthalten.¹⁶ Doch spätestens mit der Einführung der Sozialversicherung (1883 Krankenversicherung für Arbeiter, 1884 Unfallversicherung, 1889 Alters- und Invalidenversicherung), durch die man in kurzer Zeit eine deutlich höhere Belegung des Krankenhauses erwartete, wurde eine große Erweiterung unumgänglich. Daher erstellte man 1884/85 ein neues Gebäude und

ein Desinfektionslokal auf der Ostseite des ohnehin schon engen Hofgartens.

Der große, dreistöckige Neubau nach dem Entwurf des Stadtbaumeisters Wilhelm Strieder war in der beengten Situation immer noch ein stattliches Gebäude, dessen Hauptfront nach Westen in den Hofgarten wies und ansonsten von der Steinstraße aus nur über eine Mauer hinweg einzusehen war. Seine axialsymmetrisch gegliederte Sandsteinfassade war mit ihrer Freitreppe, den kräftigen Fensterbankgesimsen und dem Attikageschoss für einen Zweckbau vergleichsweise repräsentativ gestaltet und brauchte in dieser Hinsicht den Vergleich mit dem Altbau nicht zu scheuen. Der Neubau erhielt als Erster eine Dampf-Zentral-



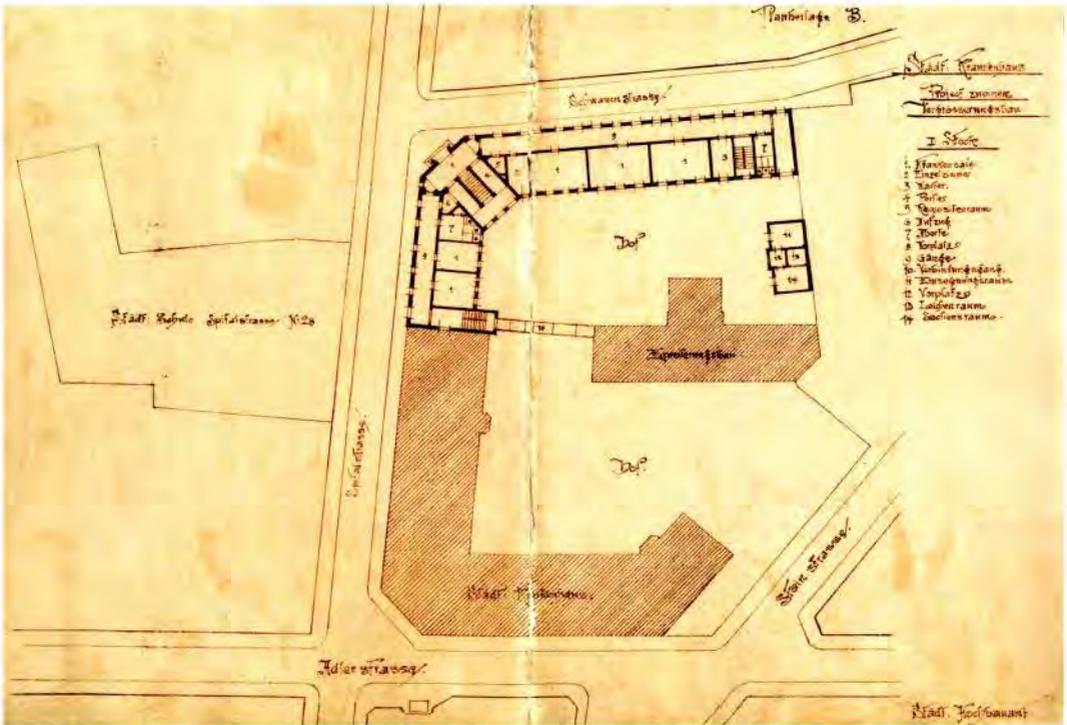
Erweiterungsbau, Foto über die Mauer in der Steinstraße hinweg, vor 1896.

heizung, ferner Unterbringungs- und Behandlungsräume für Haut- und Geschlechtskranke, und schließlich Zellen für Tobsüchtige, Geisteskranke und Strafgefangene. Das zusammen mit dem Neubau geplante einstöckige Leichenhaus wurde in dieser Form nicht verwirklicht. Stattdessen gelangte ein Anbau mit Sektionsraum an den 1863 erfolgten Anbau am Ostflügel des Hauptgebäudes zur Ausführung.

Die zunehmende Prostitution führte zu einer steigenden Zahl geschlechtskranker Dirnen, die 1889 in einem benachbarten Hinterhaus in der Schwanenstraße 4 diskret untergebracht wurden, in dem 24 Betten zur Verfügung standen. Dadurch war es möglich, den Neubau ausschließlich männlichen Kranken vorzubehalten, was im Interesse der Hausordnung sehr begrüßt wurde. 1898 wurde das se-

parate Dirnengebäude aber wegen Baufälligkeit abgerissen und die Frauen mussten in das Hauptgebäude umziehen.¹⁷

Im Jahr 1861 gab es 30 Krankenzimmer, von denen acht als Säle zu bezeichnen waren, mit insgesamt 150 Betten. Einige kleinere Zimmer waren schon damals „für die Bedürfnisse von zahlenden Kranken aus höheren Ständen entsprechend eingerichtet.“¹⁸ Nach Inbetriebnahme des Neubaus 1885 standen insgesamt 252 Krankenbetten in 52 Räumen zur Verfügung, gegenüber bisher 178 Betten im Altbau. Dort wurden anschließend neue Bäder und ein Sektionsraum eingebaut. Im Jahr 1884 wurde das Haus an das öffentliche Telefonnetz angeschlossen. Es war über die Sammelnummer 46 des Karlsruher Rathauses zu erreichen.



Lageplan des Krankenhauses mit nicht verwirklichtem Neubau an der Ecke Spitalstraße/Schwanenstraße (oben), 1891.

Der Platz vor dem Krankenhaus wurde im Jahr 1887 zunächst in Spitalplatz und gerade fünf Jahre später in Lidellplatz umbenannt. Namensgeber war Christoph Friedrich Lidell, der 1793 dem Spital die erste große Stiftung von 100.000 Gulden vermacht hatte. Auch die bisherige Spitalstraße sollte damals seinen Namen erhalten, auf Bitten der Anwohner kam jedoch mit Bezug auf das Markgräfliche Palais am nahen Rondellplatz der Name „Markgrafenstraße“ zustande.¹⁹

1897 waren insgesamt 59 Krankenräume ausgewiesen, zwölf mit je zehn Betten, 20 mit mindestens fünf Betten. 12 kleinere Zimmer besaßen zwei bis vier Betten für ansteckende Krankheiten. Für Geisteskranke gab es sechs Zimmer und für Privatranke erster Verpflegungsklasse sieben Zimmer. Für Kinder stand

ein Saal mit 17 Betten und ein Zimmer mit vier Betten für ansteckende Krankheiten zur Verfügung. Die durchschnittliche Gesamtzahl der belegten Betten betrug zu dieser Zeit 270, was bei der regulären Bettenzahl von 252 eine permanente Überbelegung bedeutete, der man mit der Aufstellung von zusätzlichen Betten in den Gängen begegnete.²⁰

1891/92 wurde in zwölf Sälen die Heizung mit Gasöfen eingeführt und 1893/94 fand noch einmal eine gründliche Renovierung des ganzen Hauses statt. Doch mittlerweile war der so lange geforderte Neubau am Rande der Stadt zur unabdingbaren Notwendigkeit geworden. Die Einführung der Sozialversicherung und das große Bevölkerungswachstum hatten zu einer zunehmenden Belegung geführt. Darüber hinaus drängte nun auch das

gehobene Bürgertum nach der Verwaltungsreform 1883 im Zuge der ständig verbesserten medizinischen Versorgung verstärkt in das Krankenhaus, wo es aber nicht mit den Armen in überfüllten Krankensälen in Berührung kommen wollte. Und die Apparatemedizin stellte auf Grund ihrer Fortschritte neue Anforderungen an die äußere und innere Gestalt des Krankenhauses, die im alten Hospitalgebäude nicht mehr zu erfüllen waren.²¹ Aus den genannten Gründen verzichtete man auf eine abermalige Erweiterung des Altbaus um zwei Flügel an der Spitalstraße (Markgrafenstraße) und Schwanenstraße, für die zuerst mehrere Wohnhäuser, darunter die Suppenanstalt des Badischen Frauenvereins im Eckgebäude, hätten erworben und abgerissen werden müssen.

Nachdem Auszug des Krankenhauses zogen im Mai 1908 in den Erweiterungsbau von 1885 die Säuglingsstation mit Milchküche des Badischen Frauenvereins (1. Stock), die städtische ambulatorische Klinik (2. Stock, bisher im Rathaus) und die städtische Schulzahnklinik (3. Stock) ein. Auch hier wurde jetzt eine Gasheizung eingebaut. Der Zugang erfolgte von der Steinstraße her, die Adresse Adlerstraße 29 wurde von dem leerstehenden alten Spitalgebäude übernommen. Letzteres war damals bereits in einem nicht mehr bewohnbaren Zustand, u.a. weil alle Gas- und Wasseranschlüsse unterbrochen worden waren.²² Es wurde 1912 für die neue Carl-Hofer-Schule abgerissen, die im Ersten Weltkrieg als Reservelazarett diente.

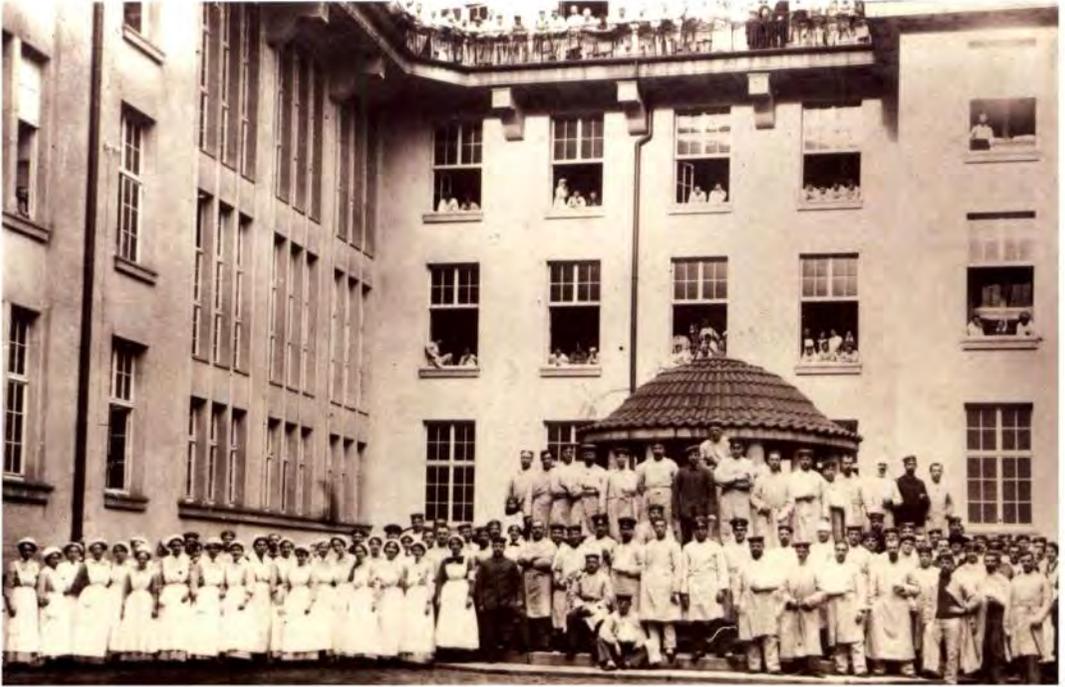
Die Erweiterung von 1885 hingegen, nach dem Neubau der Schule mit der Adresse Steinstraße 20 versehen, wurde erst im Juli 1982 im Zuge des Neubaus der Heinrich-Hübsch-Schule entfernt. Zuletzt enthielt sie Lehrwerkstätten der benachbarten Carl-Hofer-Schule. Ein letztes Zeugnis des Spitals überdauerte in den Turlaubungen und dem Balkon des Haupteingangs, die am stirnseitigen Eingang am Ostflü-



Gebäudeflügel des Altbaus in der Steinstraße in desolatem Zustand, vor 1913.



Versatzstücke des alten Hospitaleingangs und Informationstafel an einem Eingang der Carl-Hofer-Schule, 2007.



Personal und Patienten im Hof der 1914 fertig gestellten Gewerbeschule (Carl-Hofer-Schule), die im Ersten Weltkrieg als Reservelazarett diente.



Ehemalige Krankenhaus-Erweiterung im Hof der heutigen Carl-Hofer-Schule, kurz vor dem Abriss. Rechts davon die ehemalige Pfandleihe (heute Stadtarchiv), 13. Juli 1982.

gel der Carl-Hofer-Schule eingebaut und mit einer Hinweisplatte („Portal des Spitals 1788–1912“) versehen sind.

Die konfessionelle Teilung des Krankenhauses

Wegen der zunehmenden Unregelmäßigkeiten im Betrieb des Krankenhauses in der Mitte des 19. Jahrhunderts wurde ab 1856 erwogen, ihn den zeitgemäßen Vorstellungen entsprechend in kirchliche Hände zu geben. Da neben der dominierenden evangelischen Konfession auch die katholische relativ stark vertreten war, sollten die beiden erst seit 1851 in Karlsruhe bestehenden religiösen Schwesternschaften, nämlich die evangelischen Diakonissen und die katholischen Barmherzigen Schwestern des heiligen Vinzenz von Paul, den Betrieb je zur Hälfte durchführen. Dies lehnte die Hospitalkommission aber vor dem Hintergrund des badischen Kirchenstreites ab. Um ihn nicht noch weiter zu verschärfen, empfahl sie als Kompromissvorschlag, die gesamte Abwicklung in einem jährlichen oder zweijährigen Turnus den evangelischen Diakonissen und den Barmherzigen Schwestern zu übertragen, was aber sowohl der Verwaltungsrat der Evangelischen Diakonissenanstalt in Karlsruhe als auch der Ordenssuperiorrat der Barmherzigen Schwestern in Freiburg ablehnten.

Begleitend zum Neubau des St. Vincentius-Krankenhauses an der Ecke Karl-/Kriegsstraße (1861 eingeweiht) und auch in gewisser Konkurrenz zum 1857 eingeweihten Diakonissen-Krankenhaus in der heutigen Sophienstraße (Ecke Hirschstraße) stellte Kaplan Xaver Höll 1857 für die wachsende Zahl seiner Barmherzigen Schwestern erneut einen Antrag um Zulassung zur Krankenpflege im städtischen Spital. Diesmal musste die Hospitalkommission auf höhere Anweisung des Innenministeriums

die Trennung des Hauses in einen evangelischen und einen katholischen Teil zulassen.

Die Krankenpflege durch religiöse Orden entsprach der gängigen Praxis in Deutschland. Noch zu Beginn des 20. Jahrhunderts waren von den etwa 75.000 Krankenschwestern in Deutschland 26.000 katholische Ordensfrauen und 12.000 Diakonissen.²³ Allerdings war der konfessionelle Mischbetrieb in einem Haus durchaus etwas Besonderes und zumindest im Großherzogtum Baden einmalig.²⁴

Dazu wurde das Krankenhaus in eine evangelische (westliche) und eine katholische (östliche) Hälfte mit jeweils selbstständigen Wirtschaftseinrichtungen, somit auch Küchen, getrennt. Erste Oberin des evangelischen Teils war Schwester Lydia Günther, erste katholische Oberin Schwester Julia. Für jede Ordensschwester wurden jährlich 70 Gulden ausbezahlt, und zwar für die Diakonissenschwestern direkt an das Mutterhaus, für die Barmherzigen Schwestern an die Oberin. Bei beiden Schwesternschaften durften sich die Schwestern bei eigener Erkrankung in stationäre Behandlung begeben, für die das Krankenhaus die Kosten übernahm. Zum jährlichen Erholungsurlaub durften sie pro Jahr für 14 Tage in ihr Mutterhaus nach Freiburg bzw. Karlsruhe fahren. Im Todesfall musste das Krankenhaus für die Kosten der Beerdigung aufkommen. Bei den katholischen Schwestern hatte es zusätzlich die Verpflichtung, ein feierliches Totenamt und zwei stille Messen lesen zu lassen.²⁵

Im katholischen Teil des Krankenhauses wurden nur Katholiken aufgenommen, im ev. Teil nur Lutheraner, Reformierte und Unierte. Nur wenn eine Hälfte vollständig belegt war, durften Kranke vorübergehend in der anderen Abteilung untergebracht werden.²⁶

Schon wenige Jahre nach der konfessionellen Teilung wurde dieser sinnwidrige und unpraktische Zustand bedauert, auch wenn es zu keinen Missständen gekommen war.²⁷ Deshalb



Der 1873 eingerichtete Betsaal für beide Konfessionen.

wurden 1872 die mit der Diakonissenanstalt und dem Ordenssuperiorrat abgeschlossenen Verträge gekündigt, und die Krankenpflege an den überkonfessionellen badischen Frauenverein übertragen. Im selben Jahr wurde ein Betsaal für beide Bekenntnisse neu eingerichtet und am 18. Februar 1873 in Gegenwart der Großherzogin feierlich eingeweiht.²⁸

Ärzte

Die im Krankenhaus tätigen Hospitalärzte unterstanden der Hospitalkommission, ab 1871 direkt dem Gemeinderat. Die Kommission wählte die Ärzte aus, welche dann in ein Angestelltenverhältnis eintraten. Bis auf den Oberarzt, der als leitender Spitalsarzt fungier-

te, beschränkte sich ihre Tätigkeit auf den ärztlichen Dienst sowie die Weitergabe ihrer Erfahrungen an die Anstalt und die Wissenschaft.²⁹

Die leitenden Hospitalärzte

Der erste Anstaltsleiter ab 1858 war Medizinalrat Dr. Wilhelm Schuberg (1828–1885), der zunächst als Assistenzarzt an das Städtische Krankenhaus kam.³⁰ Ab 1860 wirkte er zusätzlich als chirurgischer Hausarzt am Diakonissenkrankenhaus in der Karlsruher Sophienstraße. Durch Erlass der Großherzoglichen Kreisregierung vom 24. November 1863 wurde ihm die Stelle des leitenden Hospitalarztes übertragen. 1864 trat er außerdem in die Funktion eines

Assistenzarzte für Stadtamt und Stadtamtsgericht, 1878 wurde er vom Gemeinderat zum Mitglied der Spitalkommission und des Ortsgesundheitsrats gewählt. 1880 erhielt er den Titel Medizinalrat. Wilhelm Schuberg war seit 1857 mit Elise, geborene Ritter, verheiratet. Aus dieser Ehe gingen zwölf Kinder hervor. 1885 starb Schuberg mit knapp 57 Jahren.

Nach dem Tod Schubergs übernahm Dr. Leopold Arnsperger (1834–1906) als leitender Oberarzt die Führung des Krankenhauses. Von Prag, seinem letzten Studienort, kam er zunächst als Assistenzarzt an die Heil- und Pflegeanstalt Pforzheim, wo er 1876 Bezirksarzt wurde. 1881 wechselte er als Medizinalreferent ins Innenministerium nach Karlsruhe. 1886 übernahm er die Leitung des städtischen Krankenhauses, die er 1897 aus gesundheitlichen Gründen wieder abgeben musste. Obermedizinalrat Arnsperger war auch politisch aktiv. Als Mitglied der Nationalliberalen Partei vertrat er im Deutschen Reichstag den 12. badischen Wahlkreis. Bei seinem Tod 1906 hinterließ er Frau und drei Kinder.

Ihm folgte als Ärztlicher Direktor und Leiter des Krankenhauses Professor Dr. Bernhard von Beck (1863–1930). Bevor dieser 1897 als Chefarzt der chirurgischen Abteilung nach Karlsruhe kam, war er sieben Jahre lang Assistenzarzt bei Professor Czerny an der Heidelberger Universitätsklinik. Am 1. Januar 1898 übernahm er die Krankenhausleitung in Karlsruhe, nachdem er einen Ruf als Klinikdirektor und als Universitätsprofessor nach Konstantinopel abgelehnt hatte. Eine wichtige Aufgabe war neben dem alltäglichen Krankenhausbetrieb die ständige gesundheitliche Überwachung des alternden Großherzogs Friedrich I. Nicht zuletzt hatte Beck auch entscheidenden Anteil an den Vorplanungen für den Krankenhausneubau in der Moltkestraße. Der Geheime Hofrat von Beck starb 1930 im Alter von 67 Jahren.

Die Oberärzte

Die Abteilungs-Oberärzte der medizinischen Abteilung stellten im behandelten Zeitraum zweimal auch die Anstaltsleiter, nämlich Medizinalrat Dr. Wilhelm Schuberg (1858–1885) und Obermedizinalrat Dr. Leopold Arnsperger (1886–1897). Die weiteren medizinischen Oberärzte waren Medizinalrat Dr. Franz Kaiser (1897), Medizinalrat Dr. Theodor Battlchner (1898–1904), Dr. Adolf Katz (1904–1905) und Prof. Dr. Hugo Starck (1905–1945).

Die chirurgische Abteilung leiteten Stadtamtschirurg Medizinalrat Dr. Max Seubert (1843–1863), Medizinalrat Dr. Franz Molitor (1863–1897) und der Geheime Hofrat und Leiter des Krankenhauses Prof. Dr. Bernhard von Beck (1897–1930).

Neben den Ärzten gab es am Krankenhaus die handwerklich tätigen „Hospitalchirurgen“ für die praktische Durchführung der operativen Fälle, die den Ärzten als „Dienstleister“ untergeordnet waren. Nur in deren Abwesenheit durften sie Operationen selbstständig anordnen. Sie waren ihrerseits verpflichtet, sich einen Gehilfen auf eigene Kosten zu halten und sich Tag und Nacht im Krankenhaus aufzuhalten.³¹ Im Jahr 1861 verdienten sie 300 Gulden.

Frauen im Ärzteberuf

1892 gelangte eine Petition des deutschen Frauenvereins an die badische zweite Kammer, Frauen zum Studium und zur Ausübung des ärztlichen Berufes zuzulassen.³² Begründet wurde dies mit der immer höheren Zahl von ledigen Frauen, besonders im gebildeten Mittelstand, die sich anders als die Ehefrauen in ihrem „natürlichen Beruf“ selbst um ihren Lebensunterhalt kümmern mussten. Und da die damals zur Verfügung stehenden Berufe

nicht mehr ausreichen, sollte nun auch ein Teil der Wissenschaften den Frauen offen stehen, zu dem auch der Arztberuf gezählt wurde. Dies wäre schon deshalb wünschenswert, weil sich viele kranke Frauen lieber einer Ärztin als einem Arzt anvertraut hätten, wenn sie die Wahl gehabt hätten, und deshalb oft zu spät ärztliche Hilfe in Anspruch nahmen.

Ein grundsätzliches Hindernis war die erforderliche Hochschulreife, die ein Mädchen mangels geeigneter Möglichkeiten gar nicht erlangen konnte. Weder waren sie zu den bestehenden Knabengymnasien zugelassen, noch gab es für sie eigene Mädchengymnasien. Die Ärzteschaft bestritt das Argument des weiblichen Schamgefühls gegenüber einem männlichen Arzt mit dem Hinweis, dass die meisten Frauen in Wirklichkeit keinen Anstoß an männlicher Heilkunst nähmen. Als zusätzliche Begründung wurde das Vergleichsbeispiel Schule angeführt, wo in den höheren Mädchenschulen ein Familienvater als Lehrer „mindestens einen gleich segensreichen Einfluss auf Geist und Gemüth auszuüben vermag als die meist ausser dem Familienverband stehende und oft nicht einmal einen eigenen Herd besitzende Lehrerin.“³³ Dagegen hielt man die Teilnahme von Frauen am Universitätsstudium für unbedenklich, sofern sie es ausnahmsweise zum Abitur gebracht hatten. Allein die Zulassung zum ärztlichen Staatsexamen war im Rahmen der reichseinheitlichen Gesetzgebung gar nicht vorgesehen.

Die Petition wurde nach heftiger Kontroverse im Landtag von der Großherzoglichen Staatsregierung angenommen, ohne dass sogleich Maßnahmen zu ihrer Umsetzung eingeleitet wurden. Die Ärzte sahen wohl ein, dass in absehbarer Zeit die Frauen doch den Arztberuf ergreifen würden, wiesen aber darauf hin, dass jene keine Sonderrechte erhalten dürften, da sonst wegen des massenhaften Andrangs der Frauen zu diesem Studium der vollständige

Niedergang des Standes zu befürchten wäre. Ein erster Schritt hin zur Öffnung des Medizinstudiums für Frauen war die Eröffnung des Karlsruher Mädchengymnasiums, des ersten in Deutschland, nur ein Jahr nach dieser Eingabe im badischen Parlament. Und nur weitere sechs Jahre später, im Jahr 1899, beschloss der Deutsche Bundesrat, Frauen zum Medizinstudium und zu den Prüfungen zuzulassen.

Pflegedienst

Den Pflegedienst des Hospitals besorgte bis 1858 ein Spitalmeister mit zwei lediglich ausgebildeten Krankenwärtern und einer Wärterin, die je nach Bedarf von Aushilfen unterstützt wurden. Die Verpflegung und die Reinigung der Wäsche waren durch Akkord-Vertrag an zwei Frauen vergeben. Diese Lösung bewährte sich in der Praxis nicht, da mangels ausreichender Kontrollen Unregelmäßigkeiten und Betrügereien an der Tagesordnung waren.³⁴ So wurde zur Beseitigung dieser Missstände 1858 die komplette Wirtschaftsführung und Krankenpflege den beiden evangelischen und katholischen Schwesternschaften in Karlsruhe übertragen.

Die Bedeutung der Ordensschwestern für den Betrieb und die Außenwirkung kann nicht hoch genug angesiedelt werden, denn erst als sie ihre qualifizierten Dienste anboten, gab es die Aussicht auf ein „sauberes Bett“ und angemessene Versorgung. In jener Zeit vor den großen medizinischen Fortschritten war für eine Stadt, die ein Krankenhaus errichten wollte, befähigtes Pflegepersonal wichtiger als Ärzte.³⁵ Mit den Ordensfrauen wurde auch die Berufsbezeichnung „Wärterin“ allmählich durch „Schwester“ bzw. „Krankenschwester“ abgelöst.

Von der Evangelischen Diakonissenanstalt Karlsruhe und vom Orden der Barmherzigen



Krankenschwestern in der Kinderabteilung, vor 1907.

Schwester wurden je vier Schwestern in das Stadtkrankenhaus abgeordnet, von denen jeweils drei im Pflegedienst eingesetzt wurden und eine als Oberin mit der Verwaltung ihrer Abteilung betraut war. Nachdem sich die konfessionelle Teilung aber in der Praxis ebenfalls als unbrauchbar erwiesen hatte, ging der Betrieb am 1. September 1872 an die Badische Schwesternschaft vom Roten Kreuz über, die 1859 durch Großherzogin Luise als zentraler Badischer Frauenverein gegründet worden war. Sie verpflichtete sich vertraglich, ständig genügend Wärterinnen (Schwestern) und eine Oberin zu stellen. Am Anfang waren dies sechs Rotkreuzschwestern und eine Oberin. Auch diese Schwesternschaft betrieb neben der

Krankenpflege noch die gesamte Wirtschafts-, Küchen- und Reinigungsführung. Die Aufsicht über den Wirtschaftsbetrieb hatte der Krankenhausinspektor, dem auch die meisten Bediensteten unterstanden, während die Oberin für den Pflegebetrieb, die Wäscherei und den Hausdiener zuständig war.

Die leitende Oberin unterstand dem Inspektor unmittelbar und vertrat bei seiner Abwesenheit das Haus nach außen. Nur in diesem Fall mussten die männlichen Angestellten ihren Anordnungen Folge leisten, während dies für die weiblichen grundsätzlich galt. Spätestens 1876 war ein zusätzlicher männlicher Krankenpfleger („Hilfswärter“) allgemein zur Unterstützung des Pflegedienstes und dar-

tiber hinaus für die Versorgung der männlichen Krätzigen, der Geisteskranken und der Gefangenen zuständig. Er musste – zur Vermeidung von „peinlichen Situationen“ – deren Bäder und die der weiblichen Abteilung herrichten und den Transport von Verunglückten in das Krankenhaus leiten. Für die Heizung und die Versorgung der Leichen war dagegen der Hausdiener zuständig.³⁶

Auf sechs ausgebildete Schwestern kam also eine hauptamtlicher männlicher Pfleger, während das Verhältnis vor 1858 noch 2:1 zugunsten der nur angelesenen Männer war. Die Verteilung änderte sich im Lauf der Zeit nur unwesentlich: zwölf Schwestern (plus fünf bis acht Schülerinnen) und drei Wärter 1890, 17 Schwestern (plus acht Schülerinnen) und vier Wärter 1900, 18 Schwestern (plus acht Schülerinnen) und zwei Wärter (plus zwei Heilgehilfen) 1904.³⁷ Die organisierte Krankenpflege war im Gegensatz zur ehrwürdigen medizinischen Tätigkeit in Karlsruhe wie überall eine Domäne der Frauen geworden, was der allgemeinen Entwicklung der gesellschaftlichen Stellung der Frau im bürgerlichen 19. Jahrhundert entsprach. Die Rolle der Frau wurde mit der Etablierung des medizinischen Berufs, der schlicht als „männlich“ angesehen wurde, verstärkt als die dem Mann dienende interpretiert. Ihre Arbeitskraft sollte die „menschliche“ Seite der immer abstrakteren, naturwissenschaftlich geprägten Medizin übernehmen.³⁸

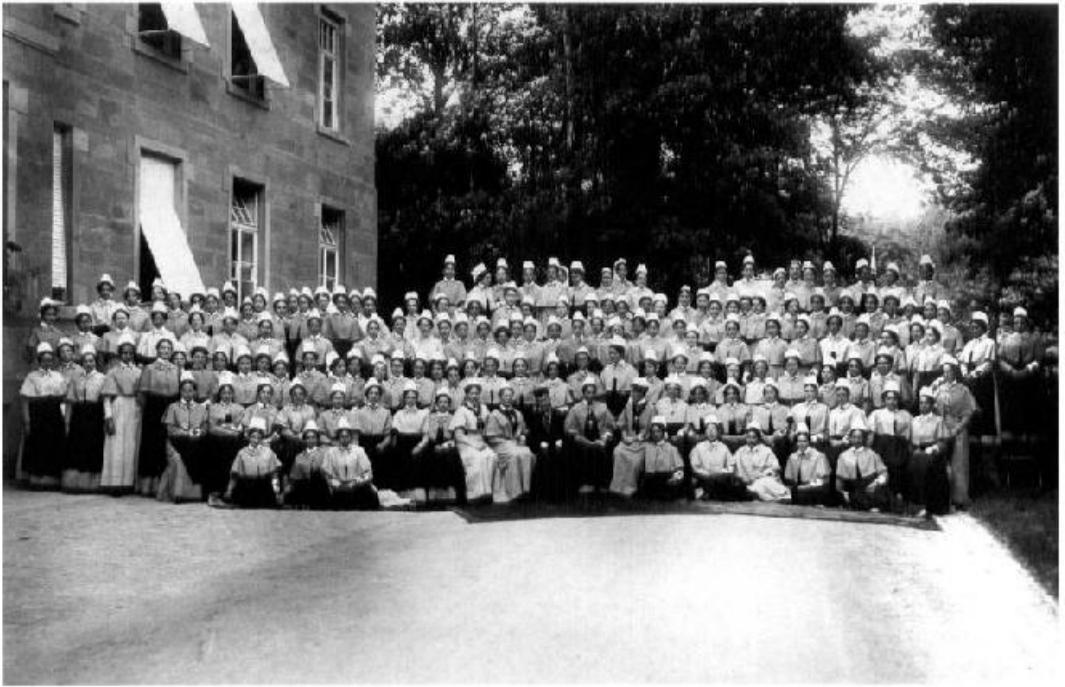
Der Arbeitsalltag der geschulten Schwestern, die den Kranken jederzeit „willig und liebevoll“³⁹ die nötige Pflege zukommen lassen sollten, war trotz der qualifizierten Ausbildung hart. Ohne Erlaubnis durften sie das Spital nicht verlassen und diese Erlaubnis nie missbrauchen. Und weiterhin waren sie gezwungen, in den ohnehin engen Krankensälen ohne Privatsphäre zusammen mit den Kranken zu schlafen. Durch diesen Internierungszwang

war das gesamte Pflegepersonal praktisch permanent verfügbar. Ihre Unterwerfung unter eine rigide Anstaltsdisziplin, der auch die Patienten unterworfen waren, erstreckte sich nicht nur auf das Arbeitsverhältnis, sie nahm Einfluss auf alle Bereiche der Lebensführung, da sie vom gesellschaftlichen Leben nahezu abgeschnitten waren.⁴⁰

Zu den extrem langen, kaum geregelten Arbeitszeiten (frühmorgens bis spätabends, nur jeden dritten Sonntag frei) kamen die unselbstständige Arbeitsweise und die Definition ihrer Leistung als bloße Zuarbeit für den Arzt. Auch außerhalb des Krankenhauses war das Tragen der Schwesterntracht Pflicht, um öffentlich jederzeit der Schwesternrolle zu genügen. Der Verzicht auf eine eigene Familie wurde erwartet. Trotz der allgemeinen Wertschätzung der medizinischen Pflege als solche und der hohen Nachfrage auf dem Arbeitsmarkt war der Beruf der Krankenschwester gesellschaftlich nur gering angesehen, da das gesellschaftlich normierte bürgerliche Frauenbild weibliche Arbeit als karitativen „Liebesdienst“ definierte und so de facto Frauen als billige Arbeitskräfte in der Krankenpflege ansah.

Für evangelische Diakonissen bzw. katholische Ordensschwestern bildete das Mutterhaus den Rahmen der Lebens- und Arbeitsgemeinschaft und bot alleinstehenden Frauen einen Familienersatz. Es sorgte für die Ausbildung und schloss die „Gestellungsverträge“ mit den Krankenanstalten, in denen sie eingesetzt wurden. Sie erhielten nur ein geringes Taschengeld bei freier Station, genossen aber im Alter und bei Krankheit die Versorgung durch das Mutterhaus. Die Verträge mit der Hospitalkommission sahen ausdrücklich vor, die Schwestern als Töchter des Hauses, nicht als Lohndienerinnen anzusehen.⁴¹

Der Badische Frauenverein wurde 1859 durch Großherzogin Luise als ein Zusammenschluss verschiedener Frauenvereine gegründet.



Großherzogin Luise im Kreis von Krankenschwestern des Badischen Frauenvereins, die auch im Städtischen Krankenhaus Dienst taten, Aufnahme aus der Zeit des Ersten Weltkriegs.

Luise war über den Briefwechsel ihrer Mutter, Prinzessin Augusta von Preußen, mit Florence Nightingale auf deren epochales Wirken in der Krankenpflege aufmerksam geworden, als sie im Krimkrieg 1854 zum ersten Mal mit ausgebildeten Kräften die hohe Sterblichkeit in den Lazaretten entscheidend eindämmen konnte.⁴² Ihr Frauenverein, der sich vornehmlich der Krankenpflege widmete, wurde 1866 vom Internationalen Roten Kreuz als erste nationale Rotkreuzorganisation anerkannt und erhielt die Bezeichnung „Badischer Frauenverein vom Roten Kreuz“. Innovativ war diese dauerhafte Einrichtung auch in Friedenszeiten, die ihn zur weiblichen Massenorganisation werden ließ: 1870 erfasste er 2,1 % der erwachsenen Badenerinnen, 1909 waren es 15,3 % – fast dreimal mehr als auf Reichsebene.⁴³

Der Verein legte im Gegensatz zu den Diakonissenmutterhäusern und Orden großen

Wert auf den interkonfessionellen Charakter seiner Schwesternschaft. Sie waren „weltliche“ Schwestern, die keine religiösen Gelübde mehr ablegten (wie es die Schwestern der katholische Orden taten), und sie bezogen anstelle des Taschengeldes und der lebenslangen Versorgung durch das Mutterhaus ein reguläres, wenngleich immer noch bescheidenes Gehalt auf Dienstbotenniveau und erwarben sich einen Pensionsanspruch gegenüber dem Verein.⁴⁴

Das Organisationsprinzip des Mutterhauses nach kirchlichem Vorbild blieb aber weiterhin bestimmend, insbesondere als Gegengewicht gegen den äußeren Schein der Pflegerätigkeit als gewöhnliche Erwerbsarbeit. Der Badische Frauenverein kultivierte bewusst das Ethos des Schwesternberufs, der auf göttlicher Berufung basierte und damit selbst als eine Art Gottesdienst zu verstehen war. So blieb der Eltern-

und Familienersatz ebenso wie die persönliche Abhängigkeit von der Gemeinschaft des Mutterhauses nach dem Vorbild der religiösen Mutterhäuser bestehen. Trotz des überkonfessionellen Charakters des Frauenvereins wurde von den Krankenschwestern eine tiefe religiöse Grundeinstellung verlangt. Seit 1873 erhielten die Schwestern, die dem Verein neu beitraten, ein von der Großherzogin gestiftetes Gebetbuch „zur Erbauung bei der Pflege am Krankenbette“, welches neben der Erbauung der Patienten auch jene der Schwestern ausdrücklich mit einschloss. Ferner hatte der Tugendkanon wie bei den konfessionellen Verbänden den Zweck, ungeeignete Bewerberinnen von vornherein abzuschrecken und den Verein gegenüber den aufkommenden, sich von religiös gefärbtem Berufsethos völlig distanzierenden Organisationen zu behaupten.

Eine geregelte Ausbildung wurde 1871 auf drei Monate festgelegt und in der späteren Zeit mehrmals verlängert, um 1901 eine Dauer von bis zu zweieinhalb Jahren zu erreichen. Die Praxisphase wurde bei Platzmangel in der Vereinsklinik auch in auswärtigen Krankenhäusern abgeleistet. Die theoretische Ausbildung sollte das Erkennen von Krankheitssymptomen verbessern helfen, aber kein tiefer greifendes Verständnis der Krankheitsursachen vermitteln, um Kompetenzüberschreitungen gegenüber den Ärzten zu vermeiden und die hierarchische Trennung zwischen Heil- und Pflegepersonal zu wahren. Für den Posten der Oberin genügte eine relativ erfahrene „Persönlichkeit“ aus höheren sozialen Schichten ohne spezielle Ausbildung, die dank ihrer charakterlichen Eigenschaften ein „Leuchtendes Vorbild“ für ihre Schwestern darstellen sollte.⁴⁵

Gegen Ende des 19. Jahrhunderts wirkte sich das gestiegene Renommee der Medizin auch auf die Arbeitswelt der Pflegeschwestern aus, wobei sich ihre Grundsituation nicht

prinzipiell änderte. Erweiterte Arbeitsaufgaben des Pflegepersonals (Mobilisierung der Patienten, Laborarbeiten, schriftliche Dokumentation, verschärfte Desinfektionsmaßnahmen), denen die verlängerten Ausbildungszeiten geschuldet waren, richteten sich vorrangig nach ärztlich-hygienischen Festlegungen. Die untergeordnete Stellung der Frauen auch als qualifiziertes Pflegepersonal im Rahmen der Arbeitsteilung im Krankenhaus wurde unter den weiter herrschenden bürgerlichen Vorstellungen von der dienenden Rolle der Frau gefestigt.⁴⁶ Um 1900 war man vielfach immer noch der Ansicht, dass gute Pflege nur aus reiner Nächstenliebe, nicht aber für Lohn möglich wäre.

Die Situation der Kranken

Auf das Wohlbefinden des Kranken während der Behandlung wurde nur insofern Rücksicht genommen, als es der klinischen Forschung und Ausbildung nützlich war. Nicht der Kranke, sondern seine Krankheit stand im Vordergrund. Die Anstaltsdisziplin für Wärter und Kranke, die dem Anfang des 19. Jahrhunderts entstammte, war bis gegen 1900 religiös und sittlich motiviert und sollte nur das Gemeinschaftsleben regeln. Später galt es, das geordnete Leben in der Anstalt zu stärken und das Verhalten der Insassen zu disziplinieren. Das zielte genauso wie die medizinischen Leistungen darauf ab, die körperliche Gesundheit des Patienten so schnell wie möglich wiederherzustellen, damit er wieder produktiv am Arbeitsprozess teilnehmen konnte.⁴⁷

Im Karlsruher Krankenhaus waren zu jener Zeit die acht größeren, zum Hof hin ausgerichteten Krankensäle meistens mit zehn Betten belegt, wobei die Luftmenge für jeden Patienten etwa 25–35 m³ betrug. Die medizinisch gewünschte Menge betrug dagegen 50 m³.⁴⁸ Im Saal standen außer den Betten noch einige

Stühle, darunter ein Lehnstuhl, und ein gemeinschaftlicher Tisch. Auch Abtritte waren in die Säle gestellt, während die Nachrstühle „von außen abgelaugt“ wurden. Der Lüftung diente im Regelfall ein künstliches Lüftungssystem, geheizt wurde durch große, irdene Öfen mit Holz, ab 1862 mit Kohlen, ab 1890 in zwölf Sälen mit Gas. 1862 wurde die Beleuchtung mit Gaslampen eingeführt. Durchgehende Holzböden mit Ölanstrich ersetzten 1882 die unter den Betten durch Holzdielen unterbrochenen Backsteinböden, auch die Wände erhielten dabei einen hygienischen, leicht abwaschbaren Ölanstrich.⁴⁹ Die seltenen Fotografien aus der Zeit des alten Krankenhauses geben leider nur einen unvollkommenen Eindruck vom Innenleben in der Anstalt (vgl. Abb. S. 110).

Das wichtigste Ausstattungsstück, mit dem der Kranke in Berührung kam, war sein Bett. Es bestand jetzt aus einem robusten, eisernen Gestell und einem Holzeinsatz für mehr Seitenhalt. Auf einem Strohsack oder einer Seegrasmatratze als Unterlage lag die Rosshaarmatratze. Dem Kopf diente ein Kissen mit Seegras oder Rosshaar als Unterlage, darauf, wenn nötig, ein Federkissen (Pfulben). Zum Zudecken gab es eine oder zwei Woldecken und besonders für Frauen darauf noch ein Federbett (Plumcau). Dieses Zubehör sollte zum Wechseln mindestens zweimal vorhanden sein. Bettvorhänge waren weiterhin keine angebracht. Dafür standen die einzelnen spanischen Wände bereit (Bettschirme).

Über dem Kopfende an der Wand oder an einer Stange hing die Krankentafel mit dem Namen des Kranken, seiner Diät und seiner Arzneiverordnung. Daneben stand ein Nachtschreiben mit Schublade und Unterbrett. Der untere Teil für Uringlas und Spucknapf war allenfalls durch einen Vorhang bedeckt.

Die Spitalkleidung bestand aus Hemden, Schlafrocken, Unterhosen, Strümpfen, Socken

und Pantoffeln oder Schlappen. Für Frauen gab es zusätzlich Röcke, Kittel und Halstücher. Die eigene Kleidung musste man bis zur Entlassung abgeben.⁵⁰

Krankheiten und neue Behandlungsmethoden

Infektionskrankheiten

Um die Mitte des 19. Jahrhunderts war noch die Zeit der sogenannten „Heroischen Medizin“, bei der die Ärzte in Ermangelung besserer Alternativen aggressive und oftmals auch gefährliche medizinische Behandlungsmethoden anwandten, welche später durch wissenschaftliche Fortschritte obsolet wurden. Sie benutzten verschiedene drastische Eingriffe wie Aderlass, „Reinigung“ des Magen-Darm-Traktes mittels Quecksilberchlorid und Erbrechen, welches durch Weinstein hervorgerufen wurde. Diese Maßnahmen basierten auf der Lehre des Hippokrates von den vier Körpersäften, deren Mischungsverhältnis aus dem Gleichgewicht geraten und so Krankheit verursachen könne. Zur gängigen Heilpraxis gehörten aber auch Glüheisen zum Ausbrennen von infizierten Wunden und die Verabreichung hoher Dosen der giftigen Schwermetalle Arsen und Quecksilber. Alle diese Behandlungsmethoden waren gut gemeint und auch akzeptiert bei den Medizinern, aber sehr oft schädlich für den Patienten. Der Fortschritt auf diesem Gebiet bis etwa 1850 ist im vorhergehenden Aufsatz von Peter Pretsch beschrieben.

Schon immer waren Infektionskrankheiten wegen der hohen Ansteckungsgefahr, des seuchenartigen Auftretens und der relativen Machtlosigkeit der Medizin eine besondere Herausforderung für die ärztliche Kunst. Das war im Karlsruher Krankenhaus natürlich nicht anders als anderswo. Der Berliner Pathologe Rudolf Virchow prägte 1856 den Begriff

der Infektion, den Louis Pasteur, Robert Koch und andere Bakteriologen als Befall und das Eindringen von Bakterien in den Organismus erkannten. Dies ermöglichte die Entwicklung der Immuntherapie und anderer spezifischer Behandlungsweisen, z. B. mit Antibiotika. Meilensteine bei der Erforschung der Infektionskrankheiten waren die Entdeckung der Erreger von Milzbrand (1876), Tuberkulose (1882) und Cholera (1883) durch Robert Koch. Die nicht weniger bedeutende Wundinfektion wird im Abschnitt „Chirurgie“ behandelt.

Da die sehr ansteckenden Blattern (Pocken, Variola) mit hohem Fieber und dem charakteristischen Bläschenausschlag bis zur Möglichkeit der Pockenimpfung eine Sterblichkeitsrate von bis zu 50% hatten, wurden noch während des 18. Jahrhunderts die Kinder erst dann zur Familie gezählt, wenn sie eine Pockeninfektion überstanden hatten. Baden führte als eines der ersten deutschen Flächenländer bereits Anfang des 19. Jahrhunderts allgemeine Impfungen ein. Dagegen erließ das Deutsche Reich erst 1874 unter dem Eindruck der verheerenden Epidemie von 1871/1872 nach dem Deutsch-Französischen Krieg mit über 160.000 Pockentoten die allgemeine Impfpflicht mit dem Reichsimpfgesetz.

In Baden trat die Krankheit als Epidemie 1860 zum ersten Mal auf, 1862 erreichte sie Rüppurr, Knielingen, Welschneureut und Durlach, wo jeweils etwa 10% der Erkrankten starben. Die alten badischen Vorsorgeimpfungen hatten zunächst deshalb keine Wirkung, weil nur eine einmalige Impfung vorgesehen, ein zuverlässiger und dauerhafter Schutz aber nur nach einer Revakzination gegeben war. Außerdem wurde sie wie überall in Europa aus Mangel an Erfahrung und allgemeiner Vorbehalte in der Bevölkerung nicht konsequent angewendet. Im Karlsruher Spital waren 1863 17 Kranke aufgenommen, von denen im Unter-

schied zu anderen badischen Orten überhaupt niemand starb.⁵¹ Inumerhin gelang es in Baden anschließend, die Pockenmortalität weit unter den Durchschnitt der anderen deutschen Staaten zu drücken, was auch den kämpferischen „Zwanzig Briefen über die Menschenpocken- und Kuhpockenimpfung“ von Adolf Kußmaul, 1870, zu verdanken war.⁵²

Wegen der hohen Ansteckungsgefahr war das Bedürfnis, Blatternkranke isoliert unterzubringen, besonders groß. 1863 errichtete man hierfür einen Anbau am Krankenhaus und 1870 die „Friedrichs-Baracke“ für kranke Soldaten des Deutsch-Französischen Kriegs (nahe der heutigen Fachhochschule), die 1873 von einer Baracke mit 22 Betten im Durlacher Wald (heute Oberwald) abgelöst wurde. Sie gehörte nicht zur Spitalstiftung, wurde aber vom Krankenhaus als Filiale verwaltet und betrieben. Der Verpflegungstarif war erheblich höher als der gewöhnliche Tarif im Krankenhaus: 1876 mussten die Blatternkranken erster Klasse vier Mark Entschädigung pro Tag bezahlen, Kranke zweiter Klasse drei Mark (Krankenhaus: drei und zwei Mark).⁵³

Zu jener Zeit war die Blatternbaracke aber schon fast überflüssig geworden, da in Karlsruhe nach Einführung und Umsetzung des Reichsimpfgesetzes kaum ein Fall von Pocken mehr aufgetreten war. Nur 1883 wurden ein Dienstmann und ein kleiner Junge, die sich am Bahnhof angesteckt hatten, isoliert in der Blatternbaracke behandelt. Nach der Hautabschuppung und den angeordneten, mehrfachen lauen Bädern konnten beide geheilt entlassen werden.⁵⁴ Die Baracke wurde 1895 für den Bau des Rangierbahnhofs abgerissen. Ein als provisorischer Ersatz außerhalb von Mühlburg erworbenes Haus musste keine Blatternkranke mehr aufnehmen, sollte aber bis zum Neubau des Krankenhauses beibehalten werden. Inzwischen gelangte man zu der Ansicht, ein Absonderungshaus für ansteckend

Kranke wäre besser auf dem Krankenhausgelände untergebracht, da man so die Kranken effektiver versorgen und ein Transport durch die Stadt vermieden werden könnte.⁵⁵

Die Lungenentzündung (Pneumonie) war mit die verbreitetste und tödlichste Infektionskrankheit und zugleich diejenige, über die es die widersprüchlichsten Ansichten hinsichtlich ihrer Behandlung gab. Eine lautete sogar, dass „die Ärzte ihre ungeschickten Hände davon weglassen und bloß zusehen (sollen), wie die Natur damit fertig wird.“⁵⁶ So wurde z. B. der Aderlass auch bei der Lungenentzündung immer noch praktiziert, um den Puls zu beruhigen und die Atemnot und den Husten zu lindern, wogegen es schon in den frühesten Zeiten Ärzte gab, die den Aderlass als nutzlos und schädlich ablehnten. Es kam jetzt darauf an, verschiedene Arten der Pneumonie zu unterscheiden und zu erkennen, bei welcher die Blutenziehung nach wie vor indiziert war und bei welcher man davon absehen sollte, wie beispielsweise bei gleichzeitigem Auftreten von Typhus.

Daneben wurden gute Ergebnisse mit dem Einarmen von reinem Wasserstoffgas an Stelle der bisher verwendeten Schwefeläther- und Chloroforminhalationen erzielt. Der behandelnde Arzt in St. Blasien führte allerdings an, dass er anfangs vorsichtshalber auch eine „Venäsektion“ (Aderlass) vorgenommen hätte.⁵⁷ Weitere gängige Methoden waren die Verabreichung von so genanntem „Brechweinstein“ in großen Mengen, bis sich die gewünschten kritischen Ausscheidungen einstellten, und der Gebrauch von essigsaurem Blei.⁵⁸

In Karlsruhe wurden die gängigen fiebersenkenden Mittel angewendet (laue Bäder, Wickelungen, Waschungen, Einnahme von Chinin) und gleichzeitig „excitierende“, d. h. belebende Mittel wie Wein, Bier und Cognac, „insbesondere bei heruntergekommenen Zugereisten“, verabreicht.⁵⁹

Anfang 1890 grassierte nach etwa 40 Jahren wieder eine besonders starke Epidemie, bei der wegen der Raumnot im Krankenhaus das angrenzende Schulhaus in der Spitalstraße geräumt und mit Kranken belegt werden musste. Die hierbei bestandene Bewährungsprobe für das gesamte Krankenhaus gab Anlass zur berechtigten Annahme, das Haus könnte auch im Fall eines Krieges in unmittelbarer Nähe seine Aufgabe erfüllen.

Der Typhus ist eine Infektionskrankheit des Verdauungskanals und gehörte Mitte des 19. Jahrhunderts zu den „herausragendsten“ Krankheiten im Karlsruher Bürgerhospital.⁶⁰ Wie bei der Lungenentzündung gab es auch hier besonders viele unterschiedliche Ansichten über die Behandlungsmethoden, was hauptsächlich daher rührte, dass auch diese Krankheit ohne ärztliches Zutun von der Natur alleine geheilt werden kann. Ein glücklicher Heilungsverlauf konnte möglicherweise dadurch noch gefördert werden, indem ungeschickte ärztliche Eingriffe verhindert wurden. Und die Kranken selbst sollten einsichtig genug sein, sich die nötige Bettruhe zu gönnen, auch wenn es ihre Pflicht zur Arbeit eigentlich nicht zuließ.

Die zu den Symptomen der Krankheit gehörende Magenverstimmung mit Darmverstopfung wurde fälschlicherweise oft als Ursache angesehen und mit Abführmitteln bekämpft, was den Krankheitsverlauf nur verschlimmerte. Auch die Verabreichung von Brechmitteln und jene bei den Kranken verständlicherweise beliebten, so genannten „Stärkungsmittel“ starker Wein, Glühwein und bitterer Schnaps, die wie bei der Lungenentzündung verabreicht wurden, verschlechterten in Wirklichkeit nur die Situation.

Im Karlsruher Krankenhaus wurde nach dem Grundsatz der möglichst einfachen und sparsamen Anwendung von Arzneien, üblicherweise mit reinem, in Wasser gelöstem Chlor zur Beruhigung, behandelt. In schweren Fällen

bewährte sich Silbernitrat, auch wenn man über die Wirkungsweise des letzteren noch rätselte, und schwefelsaures Chinin zur Fiebersenkung. Die Blutfrequenz konnte mit Phosphorsäure gesenkt werden. Der früher beliebte Moschus gegen Krämpfe wurde fast gar nicht mehr eingesetzt, weil häufig bei unsachgemäßer Behandlung der gewünschte Erfolg ausblieb und daher das Vorurteil bei den Menschen begründete, der wohl riechende Moschus diene nur dazu, den Todeskampf zu erleichtern.⁶¹ Schließlich stellte der Karlsruher Anstaltsleiter ausdrücklich fest, dass die glücklichen Ausgänge der damaligen Typhusfälle „in unserem Hospiral vorzüglich seiner zweckmäßigen Lage, Bauart und guten Einrichtung zuzuschreiben sind.“⁶²

Bei einer „Abdominaltyphus-Epidemie“ (Bauch und Unterleib betreffend) im Spätjahr 1887 wurde weiterhin nur die Behandlung mit kalten Bädern (24° C) zur Fiebersenkung und die „entschiedene Darreichung von Stimulantien“, also feiner Wein, Cognac mit Eigelb (!) und Champagner als die wirkungsvollste erkannt.⁶³ Dass das eher ein Ausdruck der Hilflosigkeit war, dasbelegen die weiter unvermeidlichen Todesfälle und die große Furcht vor Ansteckung beim Pflegepersonal (Schwestern).

Während einer neuerlichen Epidemie im Spätsommer 1888 – hierbei wurden 73 von 115 Fällen im städtischen Krankenhaus versorgt – erhärtete sich der Verdacht, dass die Übertragung der Krankheit durch das Badewasser erfolge, da von vier Ansteckungsfällen drei die Schwestern betrafen, welche die Kranken badeten. Das Trinkwasser wurde als Infektionsquelle ausgeschlossen. Die Sterblichkeit von 14 % galt noch immer als gering, besonders in Anbetracht der Tatsache, dass mehrere Fälle fast schon sterbend in das Krankenhaus gebracht wurden. In jenem Jahr gibt es genauere Auskunft über die verabreichten Alkohol-

mengen: „Anfangs täglich ein viertel Liter guter weißer Wein, später eine halbe bis zwei Flaschen, wenn nötig Sherry (besonders vor und nach dem Bade).“⁶⁴

Grundsätzlich wurde festgestellt, dass der Typhus in Karlsruhe im Vergleich zu anderen größeren Städten in Baden, beispielsweise Mannheim und Heidelberg, seltener vorkam. Auffallend waren diverse Hausepidemien in Karlsruhe, bei denen die meisten Hausbewohner betroffen waren, nicht aber die unmittelbare Nachbarschaft.⁶⁵

Die aus Asien um 1830 zum ersten Mal nach Europa eingeschleppte Cholera („Breachdurchfall“) hing eng mit der örtlichen Armut in den Städten zusammen. Sie setzte sich nämlich vor allem in den armen, in sanitärer Hinsicht meist zurückgebliebenen Stadtvierteln fest und breitete sich von dort über die Stadt aus.

Den Behörden eröffnete sich mit den Maßnahmen der Prophylaxe und Hygiene unter dem Begriff der öffentlichen Gesundheit auch ein Mittel, um ordnend in die Armenviertel einzugreifen. So heißt es in den „Maßregeln gegen die Cholera betreffend“, die das Großherzogliche Ministerium des Innern 1884 herausgab, dass eine durch den Gemeinderat berufene, besondere Kommission auch die Gesundheitsverhältnisse der Bewohner und den Zustand der Wohnungen beobachten und Desinfektionsmaßnahmen überwachen sollte.⁶⁶

Die Krankheit war in der Mitte des 19. Jahrhunderts in Baden in mehreren Epidemien mit einer Letalität (Sterblichkeitsrate) von nahezu 50 % aufgetreten. Sie zeigt ähnliche Symptome wie der Typhus (Erbrechen, Durchfall, Flüssigkeitsverlust) und konnte bis zur Entdeckung der Choleraerreger durch Robert Koch 1883 nur durch Isolation der Kranken und Desinfektion (heißer Wasserdampf, Karbolsäure, Eisenvitriol, Chlorkalk, Chlorgas zur Raumlüftung) zur Steigerung der Hygiene be-

kämpft werden. Zur Bekämpfung des Durchfalls und zur Blutstillung wurde meistens eine Darmspülung mit einer Tannin-Lösung (Gerbsäure) vorgenommen. Als Nahrung gab es ein wenig Schleimsuppe und als Getränk einen guten Rotwein, Cognac und Rum mit abgekochtem Wasser.⁶⁷ Nach 1883 sind in Baden und damit auch in Karlsruhe nur noch vereinzelte Fälle aufgetreten.

Bei einer Epidemie im Sommer 1873 in einigen Gebieten Süddeutschlands ergriff auch Karlsruhe Schutzmaßnahmen gegen ein Übergreifen der Seuche. Es wurde auch ausdrücklich vor dem Gebrauch „aller Geheimmittel“ gewarnt. Angesichts des Versammlungsverbots des Innenministerium für die nördlichen Teile des Bezirks Karlsruhe sah sich der Gemeinderat genötigt, die für den September geplante dreitägige Geburtstagsfeier für Großherzog Friedrich I. in Karlsruhe auf einen Tag zu beschränken. Schließlich klang die Epidemie im Herbst ab, bevor sie Karlsruhe erreichte.⁶⁸

Nach dem erneuten Ausbruch der Seuche in Südfrankreich und Italien 1884 wurden in Baden die oben erwähnten „Maßregeln gegen die Cholera betreffend“ erlassen. Sie ersetzen die alten von 1873 und schrieben für den Fall des Übergreifens der Seuche neben dem Anzeigen von Krankheitsfällen das genaue Verhalten der Erkrankten, der Angehörigen, der Ortspolizeibehörde und der Leichenbestatter vor.

Als im Sommer 1892 die Seuche in Hamburg grassierte, bereitete man sich in Karlsruhe wieder entsprechend vor. Da nun die ausgediente Blattern-Baracke von 1872 im Durlacher Wald im Bedarfsfall zur Isolierung nicht mehr in Betracht kam, wurden die insgesamt zehn Verdachtsfälle im Erweiterungsbau des Krankenhauses in einer gesonderten Abteilung untergebracht und behandelt. Ihre Untersuchung hatte jedoch ein negatives Ergebnis. Bei dieser Gelegenheit wurde darauf hin-

gewiesen, dass es zweckmäßiger wäre, derartige bakteriologische Untersuchungen in Zukunft in einem eigenen Laboratorium im Krankenhaus durchzuführen und nicht mehr an der Technischen Hochschule.⁶⁹

Ein Fall erregte im Oktober 1892 besonderes Aufsehen. Nachdem auf einem Rheinschiff in Leopoldshafen ein Schiffer gestorben war, wurden die vier übrigen Schiffsbewohner zur Beobachtung nach Karlsruhe in die Isolierstation des Krankenhauses gebracht. Sofort legte der Stadtrat Protest ein, und in den Zeitungen wurde heftig gegen diese Maßnahmen polemisiert mit dem Argument, dass damit erst die Krankheit in die Stadt gebracht würde. Das Vorgehen wurde aber als Notfallmaßnahme und mit den besseren medizinischen Möglichkeiten im Krankenhaus begründet. Schließlich wurden schon fünf Tage nach dem Todesfall die letzten beiden untersuchten Personen ohne Befund wieder entlassen. Für die Zukunft wurden in Maxau und Leopoldshafen zwei Krankenbaracken aufgestellt, um Verdächtige nicht mehr durch die ganze Stadt transportieren zu müssen.⁷⁰

Eine weitere Darminfektionskrankheit war die Ruhr (Dysenterie), ebenfalls mit häufigem, schmerzhaftem Stuhlgang und gefährlich hohem Wasserverlust, die ebenfalls um 1850 in Baden auftrat. Besonders gefährlich war die diphtheritische Form, bei der die Dickdarmschleimhaut von einem einschnürenden Belag überzogen wurde, welcher zur tödlichen Entzündung ausarten konnte. Am häufigsten trat die Krankheit im Herbst bei stärkeren Temperaturschwankungen und nach dem Genuss von unreifem Obst auf.

Bei der Behandlung bewährten sich Darmspülungen mit Jodlösung, auch wenn diese gerade für Kleinkinder besonders unangenehm waren.⁷¹ Ergänzend wurden warme Leibumschläge und Wadenpackungen vorgenommen. Die Kost bestand möglichst nur aus Gersten-

und Haferschleim sowie frischem Wasser. Spätestens seit 1883 ist in Karlsruhe kein Fall mehr aufgetreten.

Der Scharlach ist eine epidemisch auftretende Ausschlagkrankheit, die vor allem Kinder befällt, mit fiebriger Halsentzündung (Angina, ähnlich der Diphtherie), rötlichem Hautausschlag, Hautabschuppung und häufig nachfolgender Nierenentzündung. Die Sterblichkeitsrate betrug im 19. Jahrhundert knapp 10% (heute mit Penizillin unter 1%). Er trat 1838 und 1853 als Seuche besonders in Kniezingen auf. Auch bei dieser Krankheit galt wie bei allen Infektionskrankheiten, trotz oder gerade wegen der beschränkten medizinischen Möglichkeiten, neben der Vermeidung der Ansteckung ein eher zurückhaltendes und besonnenes ärztliches Vorgehen als oberster Behandlungsgrundsatz. Bewährt hatten sich alleine die obligatorische Bettruhe und eine diätische Ernährung mit viel Wasser zum Trinken. Dagegen erzielten verschiedene Arzneien (Chlorwasser und Brechmittel) und Aderlässe keinen Erfolg.⁷² 1886/87 und 1888 verlief die Behandlung in Karlsruhe mit salicylsaurem Natron und mit chlorsaurem Kali besonders günstig.

Die Diphtherie befällt vorzugsweise Kinder bis zum sechsten Lebensjahr und war deshalb besonders gefürchtet. Betroffen sind vor allem Hals und Rachen. Wegen der drohenden Erstickung durch eine ledrige, übel riechende Pseudomembran kann die Tracheotomie (Lufttröhrenschnitt) notwendig werden. In diesem Fall handelt es sich um eine Schleimhautentzündung des Rachens und des Kehlkopfes („Echter Krupp“, „häutige Bräune“). 1883 gab es im Karlsruher Krankenhaus elf Fälle von Diphtherie, die alle Patienten überlebten, und neun Fälle von Krupp, allesamt bei Knaben. Acht davon wurden dem Lufttröhrenschnitt als letzte verzweifelte Möglichkeit unterzogen, den nur zwei überlebten. Die anderen starben

an den Ausschwitzungen oder den nachträglichen Operationsblutungen.⁷³

1889 trat die Diphtherie als Epidemie in Karlsruhe und Bulach auf. Gegenüber vier Fällen im Jahr zuvor mussten nun 18 versorgt werden, wobei kein Todesfall festgestellt wurde. Behandelt wurde konventionell mit Aderlass, Abführmitteln und Brechmitteln sowie analog zum Scharlach abwechselnd mit salicylsaurem Natron und chlorsaurem Kali (gurgelt), obwohl Letzteres schon seit einigen Jahren wegen tödlicher Vergiftungen in Verruf geraten war,⁷⁴ und dem Eisbeutel auf dem Kopf. Die Lokaltherapie bestand unter anderem darin, die Pseudomembranen mit zehnpromzentigem Salicylspritus mittels eines Wattepfropfs zu betupfen. „Sobald als nur immer möglich, wurde kräftige Nahrung und starker Wein verabreicht.“⁷⁵ Sogar bei Kindern hielt man also den Alkohol für eine nützliche Therapie. Bis 1891 steigerte sich die Zahl der Diphtherie- und Krupp-Patienten auf 77, von denen 21 starben, um 1900 wurde mit 10 bis 15 Patienten wieder der vorige Stand erreicht.

Seit 1891 gibt es ein Diphtherie-Heilserum, für das Emil von Behring 1901 den ersten Medizin-Nobelpreis bekam (Entdeckung des Erregers durch Friedrich Löffler). Anders als das Tuberkulose-Serum des Robert Koch half es tatsächlich, auch wenn man nicht genau wusste, warum. In Karlsruhe wurde zur Gewinnung des Serums die erforderliche Lymphe Pferden in der 1886 beim Schlachthof eingerichteten Impfanstalt, der einzigen für ganz Baden, entnommen. Die Impfungen im Krankenhaus begannen im November 1894. Im ersten halben Jahr wurden 50 fast ausnahmslos schwere Fälle mit dem Heilserum behandelt, was darin begründet lag, dass Eltern ihre kranken Kinder erst in scheinbar hoffnungsloser Lage ins Krankenhaus brachten und weil die Kinderabteilung im Karlsruher Haus sehr klein war. Die Sterblichkeit konnte von normaler-

weise über 50 % auf 34 % gesenkt werden, was in Anbetracht der Schwere der Fälle zu Recht als Erfolg gewertet wurde. Alle Kinder, die rechtzeitig geimpft wurden, konnten gerettet werden. In 27 der 50 Fälle musste außerdem der Luftröhrenschnitt angewendet werden. Dabei zeigte sich, dass nicht nur das Serum, sondern auch die spezielle Nachbehandlung im Karlsruher Krankenhaus von Nutzen war: Die erforderliche feuchte Atemluft wurde mit einer Sprühvorrichtung im Krankenzimmer und einem feuchten Schwämmchen mit Bor-Salicyllösung direkt auf der Öffnung der Trachealkanüle erreicht. Bei der begleitenden Behandlung verzichtete man fortan auf die Lokaltherapie (Betupfen der Pseudomembran), dagegen wurde weiter auf gute Ernährung besonders geachtet.⁷⁶

Die Einführung der Serumtherapie in den 1890er-Jahren half, die Angst vor einer der gefährlichsten Kinderkrankheiten jener Zeit zu verringern. Und gerade bei Kinderkrankheiten stieß nun wegen der aussichtsreichen Therapie die Forderung nach einer möglichst frühzeitigen Konsultierung eines Arztes bei den verständlicherweise besorgten Eltern auf die meiste Resonanz.

Die Tuberkulose, die Infektionskrankheit der „zerfallenden Knoten“ (Tuberkel), befällt bevorzugt die Atemorgane (v. a. die chronische Lungenschwindsucht), kann jedoch grundsätzlich alle Körperteile befallen. Im 19. Jahrhundert war die Tuberkulose, auch „weiße Pest“ genannt, die häufigste Todesursache in Europa. Auch in Baden war zwischen 1882 und 1891 die Sterblichkeit mit 12,6 %, gemessen an der allgemeinen Sterblichkeit, am höchsten. Im Karlsruher Krankenhaus betrug 1892 bis 1896 die Anzahl der an Tuberkulose Gestorbenen sogar 27 %, wobei an 41 % aller Leichen Tuberkulose nachzuweisen war.⁷⁷ Bis ins frühe 20. Jahrhundert war die Schwindsucht die Krankheit der unter schlechten sozialen Bedingun-

gen lebenden Stadtbewohner. Man glaube anfänglich sogar, dass die Tuberkulose entweder eine Erbkrankheit oder eine soziale Erkrankung wäre, die ihre Ursachen nur in den Wohn- und Lebensbedingungen der Menschen hätte. Sie zählt hierzulande trotz des erheblichen Rückgangs ihrer Sterblichkeit in den letzten 100 Jahren (wirksamer Impfstoff seit 1921) immer noch zu den häufigsten bakteriellen Infektionskrankheiten.

In Baden engagierte sich der Badische Frauenverein auf Anregung der Großherzogin Luise intensiv in der Bekämpfung der Lungentuberkulose durch seine Mitarbeit im Landes-Tuberkuloseausschuss und seinen Ortsverbänden. Die Mitglieder berieten und betreuten Erkrankte und deren Angehörige, bis 1906 wurden 40.000 Belehrungen gezählt. Zudem waren 2.000 Taschenspuckgläser verteilt worden, um die Hygiene im Umfeld der Erkrankten zu verbessern.⁷⁸

Im Karlsruher Krankenhaus waren 1887 in insgesamt 16 von 94 Fällen die Knochen betroffen (Stirn, Brustbein und Rippen, Arm, Handwurzel, Oberschenkel, Unterschenkel, Fußwurzel, und Mehrfachbefall). Die betroffenen Stellen wurden freigelegt, mit einem scharfen Löffel oder Meißel entfernt und Jodoformdauerverbände angelegt. Eine Rippe und ein Mittelhandknochen wurden operativ entfernt.⁷⁹ Im folgenden Jahr waren 10 % der Fälle Knochentuberkulose, die im Anfangsstadium häufig zusätzlich mit einer Punktion behandelt wurden.

Einen großen logistischen Aufwand bereitete die Unterbringung der mehrheitlich Lungenschwindsüchtigen. Aus Platzgründen wurden sie zusammen mit anderen Kranken in größeren Sälen untergebracht, was die Ansteckungsgefahr erhöhte und wegen der nächtlichen Hustenanfälle auch deren Genesung erschwerte. Dann musste der Saal regelmäßig mehrere Tage gelüftet und desinfiziert werden,

was die Raumnot noch zusätzlich erschwerte. Schließlich bedurfte es eines besonderen Erlasses des Innenministeriums vom 5. Juli 1889, um die Sammlung und Desinfektion des Auswurfes zu regeln. Jedem Brustkranken stand ein persönlicher Spucknapf zur Verfügung, der mindestens einmal täglich geleert wurde. Darüber hinaus wurden in allen Gängen des Krankenhauses größere mit Wasser gefüllte Spuckbecken aufgestellt, die zweimal in der Woche geleert wurden. Sie trugen die Aufschrift: „Es wird gebeten, nicht auf den Boden zu spucken, sondern die Spucknäpfe zu benutzen.“⁸⁰

Ohne die genauen Wirkungen zu kennen, wurden vielversprechende Versuche mit dem „Treutler'schen Apparat“ zur Inhalation von Stickstoff unter erhöhtem Luftdruck gemacht. Man glaubte, entweder der Stickstoff selbst, die Herabsetzung des Stoffwechsels oder der Zwang zur verstärkten Atmung wegen der sauerstoffarmen Luft wären dafür verantwortlich.⁸¹ Und ansonsten versprachen nur frische Luft, Arsen, Antimon, Opiate, Kefir, Alkohol, Milch und Lebertran Aussicht auf Linderung und Steigerung der Respirationsfähigkeit.

Ebenso unerklärlich war im Karlsruher Krankenhaus der erfolgreiche Einsatz hochdosierten Kreosots, eines scharfen, keimhemmenden Mittels, das aus Holzteer gewonnen wurde. Das Öl, das eigentlich zur Imprägnierung von Eisenbahnschwellen verwendet wurde, war wegen seines schlechten Geschmacks naturgemäß nicht beliebt und in der langen Anwendung, bis zu fünf Monate lang täglich zwei bis vier Esslöffel in Wasser, auch sehr teuer. Immerhin schien es geeignet, das Morphinum abzulösen, welches von nun an den „hoffnungslosen Fällen“ vorbehalten bleiben sollte.⁸²

Im Dezember 1890 wurde in Karlsruhe der Impfstoff von Robert Koch eingeführt („Koch'sche Flüssigkeit“, „Tuberculin“), nachdem dieser 1882 die Tuberkulosebakterien entdeckt

hatte. Dazu wurde auf jeder Station ein Krankensaal für die Lungenschwindsüchtigen eingerichtet und „dank der wohlwollenden Überlassung des Impfstoffes seitens des Großh. Ministeriums des Innern“ mit den Injektionen begonnen. Das Ministerium selbst musste sich am 23. November in Berlin, vertreten durch Geheimrat Dr. Bartlehner und Medizinalreferent Dr. Arnspenger, zugleich Leiter des städtischen Krankenhauses, bei einer öffentlichen Vorstellung des neuen Koch'schen Heilverfahrens in der dortigen chirurgischen Universitätsklinik durch Professor Bergmann geschmeichelt fühlen, als Robert Koch den beiden gleich zwei Gläschen der so vielversprechenden, kostbaren Flüssigkeit überließ, die für bis zu 500 Impfungen ausreichten.⁸³

Leider sprach etwa die Hälfte der 92 behandelten Patienten nicht auf die Behandlung an. Und bis zur Jahrhundertwende blieb die Todesrate im Karlsruher Krankenhaus bei etwa einem Drittel aller Patienten. Schuld daran war die unkontrollierte Behandlung wie in ganz Deutschland, die wohl bei einigen Patienten mit einer frühen Form der Hauttuberkulose half, bei Patienten mit Lungentuberkulose dagegen nutzlos oder sogar gefährlich war. Koch und sein Mittel, dessen genaue Zusammensetzung er zunächst nicht verriet, wurden angeprangert. Erst im Januar 1891 enthüllte er zumindest das Wesen des Geheimmittels: Es war nicht Weiteres als ein Glycerinextrakt aus Tuberkelbazillen.⁸⁴ Man beschuldigte ihn, das große Geheimnis erst preisgegeben zu haben, nachdem sich das Mittel als finanziell wertlos erwiesen hatte. Am Ende blieb das Tuberkulin trotz seines Versagens ein wesentlicher wissenschaftlicher Gewinn, denn mit ihm begann die Immunitäts- und Allergieforschung, als Diagnostikum wurde es im Kampf gegen die Tuberkulose unentbehrlich. Dr. Karl Doll, ein Arzt im Karlsruher Krankenhaus, brachte mit seinen grundsätzlichen Anmer-

kungen zum weiteren Kampf gegen die Krankheit die Zielsetzung zum Ausdruck, dass nicht nur der einzelne Kranke wiederhergestellt werden müsse, sondern auch die Krankheit an sich bekämpft und ausgerottet werden müsste. So sollten alle Beteiligten, namentlich die Ärzte, Behörden, Arbeitgeber, Vermieter, Vereine und die übrige Bevölkerung, ihren gemeinsamen Beitrag zur allgemeinen Prophylaxe und „Volkshygiene“ leisten, um dem Erreger erst gar keinen Nährboden mehr zu bieten.⁸⁵

Da man ansonsten in der konventionellen Behandlung mit kräftiger Kost („Überernährung“) und Frischluft zur Stärkung der körpereigenen Abwehrkräfte gute Erfahrungen gemacht hatte, entstanden um die Wende zum 20. Jahrhundert zahlreiche Lungensanatorien in klimatisch günstiger Höhenluft (z. B. Nordrach, Schömburg, Hornberg, Bonndorf, St. Blasien, Todtmoos). Die Abgeschiedenheit solcher Häuser und damit die Ferne von der psychisch belastenden Situation in einem normalen Krankenhaus zusammen mit anderen Kranken stärkte nicht zuletzt auch das seelische Gleichgewicht und damit die Heilungschancen der Patienten. Vielleicht waren es aber einfach nur die geordneten hygienischen Verhältnisse, in denen die Kranken zum ersten Mal überhaupt die Möglichkeit hatten, sich zu erholen, die sie in ihrem kläglichen Zuhause nicht vorfanden. Dazu noch einmal Stadtarzt Doll aus Karlsruhe: „Das enge Zusammenwohnen, die schlecht gelüfteten Räume, die Gemeinsamkeit von Betten, Essgeschirren und anderen Gebrauchsgegenständen zwischen Kranken und Gesunden, den allgemeinen Schmutz, das ekelhafte Herumschmierern des Auswurfs an den Händen, am Bettzeug, auf dem Fußboden und an den Wänden, zwischen allem dem herumkriechende kleine Kinder – diese Zustände muss man gesehen haben und man wird sich nur über das eine wundern, dass

überhaupt noch ein lebendes Wesen der Tuberculose entgeht.“⁸⁶

Parasitäre Hautkrankheiten

Wegen der schlechten hygienischen Verhältnisse besonders bei der ärmeren Bevölkerung waren derartige Krankheiten auch noch im fortgeschrittenen 19. Jahrhundert eine große Plage. Hierbei nahm die Krätze aufgrund ihrer Häufigkeit eine herausragende Stellung ein. Bevor man Mitte des 19. Jahrhunderts entdeckte, dass sie durch eine Milbe übertragen wird, glaubte man, der Körper versuche, sich seiner schlechten Säfte zu entledigen. Deshalb wollte man auf keinen Fall diese Ausschläge behandeln und eindämmen. Im Gegenteil, mit scharfen Ölen, „Pflastern von spanischen Fliegen“, Schröpfköpfen und anderen Mitteln versuchte man Entzündungen der Haut hervorzurufen und damit den Körper im Kampf gegen die Krankheit zu unterstützen. Die Krätze selbst galt wegen der Entzündung der Haut als so genannte „hilfbringende Krankheit“.

Tatsächlich rühren die charakteristischen, juckenden Bläschen auf der Haut vom Biss der jungen Milbe, die die oberste Hautschicht anbohrt, um zu den jüngeren, weicheren Hautschichten zu gelangen, die ihr als Nahrung dienen. Sie wurde auch als Überträgerin der Krankheit erkannt, die dazu Wärme und eine längere unmittelbare Berührung mit der Haut eines anderen Menschen, idealerweise zwischen Amme und Säugling, benötigt.⁸⁷ Geschlechtsreife oder Eier legende Milben vermehren zwar den Bestand auf einem Wirt, können aber die Krankheit nicht übertragen, weil sie nicht in der Lage sind, den Wirt zu wechseln.

Bei der Schnellkur tötete man die Milben mit eingeriebenem Terpentinöl, was aber zugleich den Juckreiz verstärkte, d. h. einen

künstlichen Ausschlag hervorrief. Erfolgreicher war die halbstündige Einreibung mit Schwefelalkalisalbe. Diese Salbe wirkte 36 bis 48 Stunden ein, um die Eiergänge der Krätzmilben abzuschliften (trocknen). Beim abschließenden Bad in Seifenwasser wusch der Kranke die Krätzgänge mit Hilfe eines mit Flanell überzogenen Holzstücks („Krätzgeige“) ab.⁸⁸ Auch Mittel wie „schwarze Seife“, Kalk-Schwefel und „Naphthol“ (als Salbe oder Öl) zum Einreiben wurden erfolgreich angewendet.

In Baden war die Krätze nach der Revolution 1848/49 und der anschließenden militärischen Besetzung durch preußische Truppen sehr verbreitet. Daraufhin wurden allgemeine Maßregeln angeordnet, wonach z. B. in jedem Spital ein eigenes Krätzzimmer vorhanden sein musste, und in den Orten, wo kein Spital vorhanden war, eine Krätzstube mit Spitalverpflegung und Vorkehrungen zum Baden und Einreiben. Außerdem durfte kein Arbeiter oder Dienstbote mehr ohne ärztliche Bescheinigung über Krätzfreiheit eingestellt werden. Damit ging die Zahl der Krätzkranken bis 1859 erheblich zurück, und man glaubte schon, das Problem hätte sich nun erledigt. Doch gegen Ende des 19. Jahrhunderts, von 1888 bis 1889, nahm die Zahl der Krätzkranken im Karlsruher Krankenhaus deutlich von 211 auf 290 zu, was der allgemeinen Entwicklung auch außerhalb des Krankenhauses entsprach.⁸⁹ Nach einer zwischenzeitlichen Abnahme schnellte die Zahl 1892 auf die Rekordhöhe von 450, um bis nach 1900 auf ein relativ gleich bleibendes Maß von etwa 100 pro Jahr zu sinken.

Andere tierische Parasiten, namentlich Kleider- und Kopfläuse, bildeten einen weiteren Schwerpunkt der Behandlung im Karlsruher Krankenhaus, besonders seit 1871. Im Jahr 1883 wurde als herausragender Fall eine Frau mit hochgradigem nässendem Ekzem angeführt, die in wollene Fetzen gehüllt war, in denen es von Kleiderläusen wimmelte. In den

Kopfhaaren ihrer Kinder wimmelte es von Kopfläusen.⁹⁰ Ab 1887 wurden sämtliche von Läusen und anderen tierischen Parasiten (außer Krätze) Betroffenen mit Ausnahme der vom Armenrat Aufgenommenen im Gefängnis versorgt, was eine schlagartige Abnahme im Krankenhaus von 253 auf 25 Fälle zur Folge hatte.⁹¹

Fortschritte in der Chirurgie

Die Chirurgie, das uralte „Handwerk“ der Medizin, erlebte ihren Aufstieg in den letzten Jahrzehnten des 19. Jahrhunderts. Ihre Entwicklung war vorher durch drei Schreckgespenster gehemmt gewesen: Schmerz, Infektion und Blutverlust. Entsprechend gering war das Ansehen der Chirurgen, die ihre Ausbildung einst beim Barbier genossen hatten und auch weiterhin für einfache wundärztliche Verrichtungen und das Rasieren der Patienten zuständig waren.⁹² Operationen, welche heute als Routineeingriffe angesehen werden, kamen im 19. Jahrhundert noch einem Todesurteil gleich. Selbst Blinddarmentzündungen wurden entweder nicht als solche erkannt oder nur konventionell behandelt.

Erst nach Einführung der Narkose, des keimfreien Operierens sowie der verschiedenen Methoden der Blutstillung und des Blutersatzes konnte man sich auch an seriöse Operationen der drei großen Körperhöhlen (Schädel, Brust, Bauch) heranwagen, und das Ansehen der Chirurgen stieg. Nicht zuletzt aufgrund der stark verbesserten chirurgischen Möglichkeiten, zu denen sich um 1900 auch das Röntgenverfahren gesellte, wurde das Krankenhaus nicht mehr nur für Arme, sondern für alle Schichten der Bevölkerung interessant – die Chirurgie wurde zum Aushängeschild des Krankenhauses.⁹³ Damit aber wurden umfangreiche Um- und Neubauten unumgänglich,



Bis zum Ende des alten Krankenhauses das einzige Operationszimmer, vor 1907.

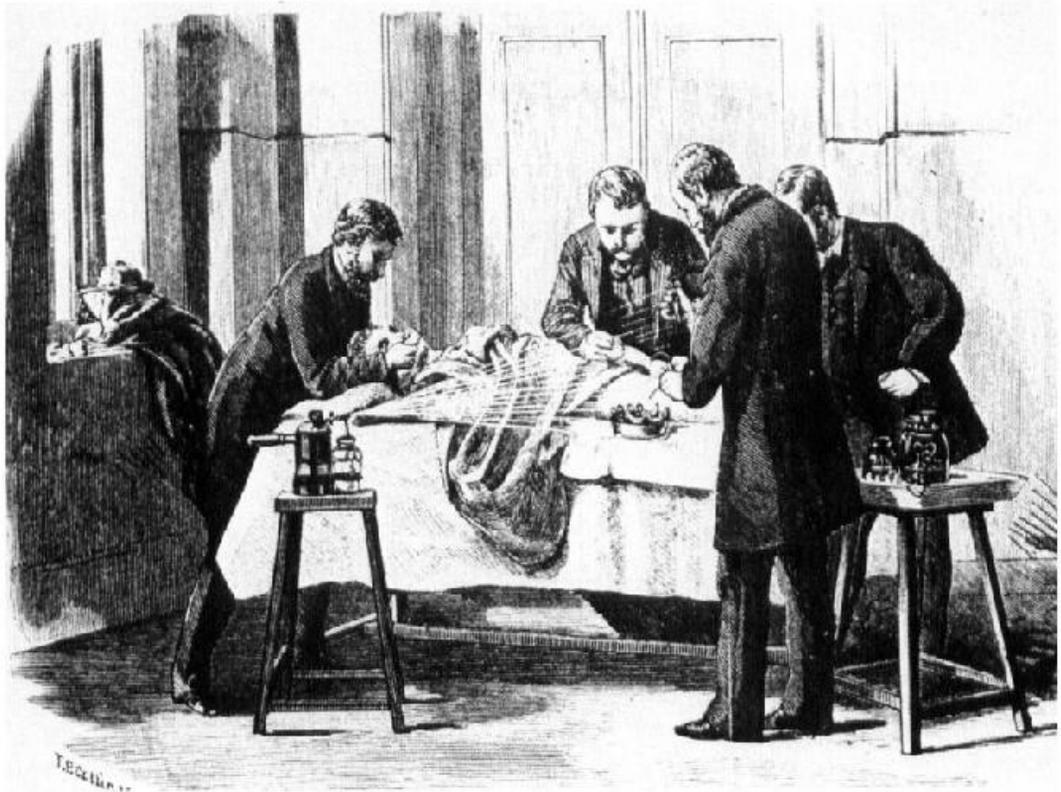
wie dies bald auch in Karlsruhe geschehen sollte. Bis dahin arbeitete der hiesige Chirurg in einem kleinen, nicht wirklich hygienischen Operationszimmer im Ostflügel des alten Spitalgebäudes.

Nach der ersten gelungenen Narkotisierung 1846 verloren Operationen für die Patienten viel von ihrem Schrecken, und die Chirurgen gewannen eine völlig neue Bewegungsfreiheit, da sie nun nicht mehr darauf angewiesen waren, möglichst schnell und mit-leidslos fertig zu werden. Die Operationen im Brust- und Bauchbereich wurden dadurch erst möglich.

Anfangs wurde für die Narkose nur eine Gesichtsmaske und eine Äthertropfflasche zur

Inhalation verwendet, so auch bereits 1847 im Karlsruher Militärhospital.⁹² Doch bald wurde Chloroform populär, da es einen angenehmeren Geruch hat und keinen Hustenreiz auslöst. Allerdings traten hierbei auch vermehrt Todesfälle auf, ebenso beim Stickoxydul (Lachgas) und beim Schlafgas (Lachgas + Sauerstoff). Die Risiken einer Vollnarkose waren allgemein beträchtlich, da der Stand der Technik eine genaue Dosierung der Gase nicht zuließ.

Die Lokalanästhesie (örtliche Betäubung) mittels Injektion gelang erstmalig im Jahre 1884 in Wien mit Kokain bei einer Augenoperation. Da dieser Stoff süchtig macht, wurde er ab 1905 durch den Ersatzstoff Novocain abgelöst. Ebenso verhält es sich mit dem im



Antiseptische Operation mit Hilfe aufgespritzten Karbolsäuresprays, Holzschnitt von T. P. Collings, um 1882. Weitere Desinfektionsmaßnahmen konnte man damals noch nicht.

Opium enthaltenen Morphin. Es wurde ab der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts verstärkt angewendet, seit man den teuren Stoff mit der Injektionsspritze in geringerer Dosierung und gezielter einsetzen konnte.

1853 wurde zur medikamentösen Schmerzbekämpfung die Acetylsalicylsäure entwickelt. In ihr ist der Grundstoff Salizin enthalten, das in Weidenrinde vorkommt und schon im Altertum gegen Schmerzen und Fieber verwendet wurde. Aber erst 1901 brachte Bayer das industriell hergestellte Produkt mit großem Erfolg unter dem Namen Aspirin auf den Markt.

Die Wundinfektion und die sich häufig anschließende Sepsis (Blutvergiftung) waren bis in die 1880er-Jahre die Hauptprobleme der

chirurgischen Abteilungen in Allgemeinen Krankenhäusern. Selbst relativ komplizierte Eingriffe wurden wegen der hohen Mortalität in den Krankenhäusern nach Möglichkeit in kleinen Arztpraxen oder sogar in der Wohnung des Patienten durchgeführt. Wer es sich leisten konnte, ließ sich zuhause operieren.⁹⁵ Der gefürchtete Gasbrand oder Hospitalbrand, ausgelöst durch ohne Sauerstoff auskommende Gasbazillen, die sich in großen, verschmutzten Wunden ansiedeln, hatte bislang bei schlechten hygienischen Bedingungen bis zu 50 % der Operierten, auch entbundene Frauen, befallen, von denen die meisten starben. Die konventionelle Behandlung bestand ähnlich wie bei den Infektionskrankheiten aus Bettruhe, guter

Belüftung, Sauberkeit, reichlich Wasser zum Trinken und guter Kost.

Der britische Chirurg Joseph Lister setzte die Antisepsis (Keimarmut, Bekämpfung von Keimen in der Wunde) um 1875 in der Wundbehandlung durch. Hierbei wurde die Wunde mit chemischen Mitteln (Karbolsäure) besprüht und anschließend ein mehrschichtiger antiseptischer Verband angelegt. Diese Art Wundbehandlung wurde besonders in Deutschland sehr rasch aufgenommen. In Kombination mit hygienischen Verbesserungen in den Krankenhäusern konnte die Mortalität drastisch gesenkt werden.

Dazu ist eine Aussage des Hallenser Chirurgen Richard Volkmann überliefert, die sein Kollege Kurt Schimmelbusch 1892 in seiner Anleitung zur aseptischen Wundbehandlung zitierte und die man nicht treffender hätte formulieren können: „Noch bis vor kurzem war der Chirurg, in dem Moment, wo er kunstgerecht eine blutige Operation vollendet, dem Landmann gleich, der, wenn er seinen Acker bestellt hat, ergeben die Ernte abwartet und hinnimmt, wie sie auch fallen möge, ohnmächtig den elementaren Gewalten gegenüber, die ihm Regen und Sturmwind und Hagelschlag bringen könnten. – Heut ist er der Fabrikant, von dem man gute Ware verlangt.“⁹⁶ Zur weiteren Vervollkommnung der Antisepsis kamen bis 1900 lediglich das Jod zur Desinfektion des Operationsfeldes, der Arztkittel (1886) und die hauchdünnen Gummihandschuhe (1897) hinzu.

Doch parallel mit dem Nachweis der Bedeutung der Kontaktinfektion genügte zur Desinfektion die Keimarmut der Wunde nicht mehr, und es kam die weitgehende Keimfreiheit (Asepsis, präventive Vermeidung von Keimen) der Wunde, der Verbandstoffe und Instrumente sowie schließlich des gesamten Operationssaals hinzu. Sie wurde zunächst durch physikalische Sterilisation mit heißem

Wasserdampf für die Verbandstoffe und einer kochenden Sodalösung für die Instrumente erreicht, da diese im Wasserdampf zu rosten begannen.⁹⁷

Der Wiener Gynäkologe Ignaz Semmelweis war 1847 mit seiner prophylaktischen Händesterilisation in einer Lösung aus Chlorkalk ein früher Vorreiter auf diesem Gebiet und ging als „Retter der Mütter“ in die Medizingeschichte ein. Er entdeckte die Ursache des Kindbettfiebers – eine von hohem Fieber begleitete eitrige Berührungsinfektion, die vorwiegend im Bereich der Geburtswunde auftritt. Man nannte sie „Frauentod aus Männerhand“, da sie fast durchweg bei der Untersuchung durch die Hand des Arztes entstand. In manchen Kliniken starben daran über 90% der Wöchnerinnen. Doch damals erntete er statt Anerkennung die Feindschaft seiner Fachkollegen. Ihre Ignoranz und vor allem Ablehnung war verständlich: Da sie sich gerade erst die Geburtshilfe aus den Händen der Frauen erobert hatten, wollten sie es nicht wahrhaben, dass ausgerechnet sie für ihren Tod verantwortlich sein sollten. Semmelweis hat die allgemeine Bestätigung seiner Erkenntnis nicht erlebt. 1865 starb er 47-jährig – ausgerechnet an einer Wundinfektion.⁹⁸

Ein wichtiger Schritt in der Entwicklung der Bluttransfusion, um hohen Blutverlust bei Operationen auszugleichen, war 1883 die Entdeckung der wässrigen Kochsalzlösung als Blutersatz. Mühte man sich bis dahin zur kurzfristigen Blutdrucksteigerung mit dem Tieferlegen des Kopfes und dem Hochlegen der Extremitäten, was lediglich das noch vorhandene Blut auf ein kleineres Gefäßgebiet beschränkte, so konnte jetzt der entscheidende Flüssigkeitsverlust relativ sicher und gezielt ausgeglichen werden. Doch das eigentliche Ziel, aus menschlichem Spenderblut vollwertigen Blutersatz als Sauerstoffträger zu gewinnen, scheiterte nach viel versprechenden An-

sätzen ab 1818 immer noch an bislang unerklärlichen Fehlschlägen durch Unverträglichkeit der Blutspende. Erst mit der Entdeckung des Blutgruppensystems (AB0-System) 1901 durch den amerikanischen Serologen Karl Landsteiner und des Rhesus-Faktors im Jahre 1940 durch Landsteiner und Alexander Wiener konnte dieses Problem gelöst werden.

Der Einsatz von Elektrizität und Röntgenstrahlen

Mit der Elektrizität und dem Röntgen taten sich ab der Mitte des 19. Jahrhunderts völlig neue Behandlungsmöglichkeiten auf. Als Erster hat der Italiener Luigi Galvani um 1760 die Wirkung elektrischer Ströme auf die Muskeln beschrieben, doch erst 1843 konnte in Umkehrung der italienische Physiologe Carlo Matteucci charakteristische elektrische Erscheinungen bei Muskelbewegungen nachweisen. Die Entdeckung des Elektromagnetismus durch Michael Faraday um 1830 löste den Galvanismus ab und initiierte unter anderem die moderne Elektrotherapie, wie sie der französische Neurologe Duchenne de Boulogne 1847 einführte. Interessanterweise spielten die spekulativen Variationen der vormodernen Elektrotherapie auch im weiteren Verlauf des 19. Jahrhunderts in modifizierter Form eine illustre Rolle, beispielsweise die „Metallotherapie“ (Behandlung hysterischer Lähmung mit Auflegen von Metallplatten) oder die Elektroakupunktur.

Ab der Mitte des 19. Jahrhunderts wurden in Heidelberg und Mannheim mit Induktionsstrom vielversprechende therapeutische Behandlungen bei unbestimmten Muskellähmungen, Ischias, Neuralgien (unbestimmter Nervenschmerz), ja sogar ausbleibender Menstruation unternommen.⁹⁹ Leider sind sie für das Karlsruher Krankenhaus nicht belegt, da der-

artige Krankheiten in den Jahresberichten nur allgemein unter „andere Krankheiten des Nervensystems“ zusammengefasst und an keiner Stelle näher beschrieben wurden.

Zwei Stromgeber des „Desaga'schen Induktionsapparates“, benannt nach dem Heidelberger Erfinder P. Desaga, wurden direkt auf die einzelnen Muskeln angelegt, wobei die Haut zur besseren elektrischen Leitfähigkeit mit Salzwasser befeuchtet wurde. „Primärer“ Strom erregte vorzugsweise die Muskelkontraktilität, während der „sekundäre“ Strom eine stärkere Wirkung auf die sensitiven Nerven ausübte. Sie wurden durch zwei übereinander verschiebbare Drahtspiralen erzeugt, von denen die innere den Primärstrom und die äußere den Sekundärstrom erzeugte, beide in ihrer Stromstärke einstellbar. Eine Feder im zurückgeklappten Deckel des Apparates regulierte die Stromfrequenz, also die Anzahl der Stromschwingungen pro Zeiteinheit.

1858 wurde vom schmerzlosen Ausziehen von Zähnen in Frankfurt und Berlin durch den Galvanismus mittels eines „Dubois-Reymond'schen Induktionsapparates“ und durch den kontinuierlichen elektromagnetischen Strom berichtet. Auch in Karlsruhe wären erste Versuche gemacht worden, die allerdings noch nicht die erwünschten Ergebnisse gebracht hätten.¹⁰⁰

Am 8. November 1895 entdeckte Wilhelm Conrad Röntgen an der Universität Würzburg die von ihm selbst so genannten „X-Strahlen“ und bekam dafür im Jahr 1901 den Nobelpreis. Durch die medizinische Anwendung der Röntgenstrahlen wurde es erstmals möglich, krankhafte Veränderungen des menschlichen Körpers am lebenden Menschen darzustellen, ohne den Körper öffnen zu müssen. Er verzichtete auf eine Patentierung seines Röntgenapparats, wodurch dieser schneller Verbreitung fand. Seine Entdeckung revolutionierte die medizinische Diagnostik und führte zu weite-

ren wichtigen Erkenntnissen des 20. Jahrhunderts, z. B. der Entdeckung und Erforschung der Radioaktivität. Allerdings blieben die oft tödlichen Nebenwirkungen der Röntgenstrahlung noch lange Zeit unbekannt und kosteten vielen der Röntgenpioniere das Leben.

Nie zuvor verbreitete sich die Nachricht von einer wissenschaftlichen Entdeckung so schnell wie im Falle der Röntgenstrahlen, denn auch für Laien war die Nützlichkeit der „X-Strahlen“ in der Medizin unmittelbar verständlich. Und schon nach wenigen Wochen des Jahres 1896 hatten die Ärzte nahezu weltweit die möglichen medizinischen Anwendungen der neuen Strahlen klar erkannt und begannen sie trotz aller damals unzulänglichen technischen Mittel in ihre tägliche Praxis einzubeziehen. Um so erstaunlicher ist es, dass in den „Ärztlichen Mittheilungen aus und für Baden“, dem von Robert Volz begründeten Zentralorgan der badischen Ärzteschaft, der erste Artikel zum Thema erst 1901 erscheint, und das auch lediglich unter „Verschiedenes“ als Gegenstand eines Gerichtsurteils, wonach die Röntgenphotographie ein Bestandteil der ärztlichen Behandlung war, die die Ortskrankenkasse auch zu bezahlen hatte.¹⁰¹ Das alte Krankenhaus sah jedenfalls keinen Röntgenapparat mehr, das erste Gerät wurde 1907 für den Neubau in der Moltkestraße angeschafft.

Die Sterblichkeit im Städtischen Krankenhaus

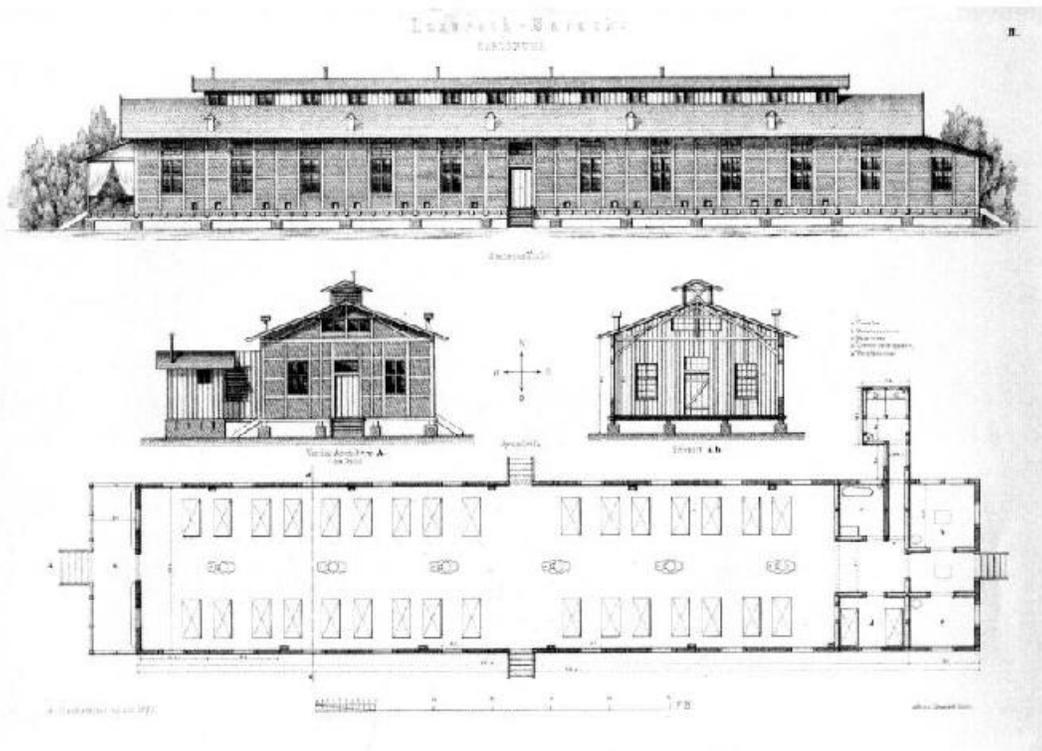
Die allgemeine Sterblichkeitsrate von durchschnittlich 4 % der aufgenommenen Patienten wurde 1890 als günstig bezeichnet, besonders angesichts der Tatsache, dass jedes Jahr viele Kranke bereits sterbend oder doch in aussichtslosem Zustand eingeliefert würden, worüber die relativ hohe Zahl derer, die nur einen Tag lang aufgenommen waren, Aufschluss gäbe.

Für dasselbe Jahr erfahren wir zum ersten Mal, dass alle 137 Leichen dieses Jahres geöffnet wurden. Neun Leichen wurden für Forschungs- und Lehrzwecke an die anatomische Anstalt der Universität Heidelberg geliefert.¹⁰²

Der Deutsch-Französische Krieg von 1870/71

Karlsruhe hatte in diesem Krieg wegen seiner grenznahen Lage mehr zu ertragen als andere Städte weiter im Landesinneren. So lösten viele Bürger aus Furcht vor der Bedrohung durch den nahen Feind ihre Sparguthaben auf, und Lebensmittel wurden hier zuerst knapp. Da alle drei in Karlsruhe liegenden Regimenter am Krieg teilnahmen, das 1. Badische Leibgrenadier-Regiment Nr. 109, das 1. Badische Leibdragoner-Regiment Nr. 20 und das 1. Badische Feldartillerie-Regiment Nr. 14, glich die Stadt einem Heerlager, was Konflikte zwischen den vielen Soldaten und der Zivilbevölkerung erwarten ließ. Die erste Anspannung legte sich, als am 6. August, drei Wochen nach Kriegsbeginn, in Karlsruhe die Nachricht über den Sieg von Woerth eintraf und sich eine große Menschenmenge auf dem Schlossplatz einfand, um dem Großherzogspaar zu huldigen. Friedrich I. spielte am Ende des Krieges bei der Kaiserproklamation am 18. Januar 1871 in Versailles die Schlüsselrolle, als sich die Frage zuspitzte, ob Wilhelm I. deutscher Kaiser oder nur Kaiser von Deutschland würde. Sein Schwiegersohn brachte das Hoch auf „Seine Königliche und Kaiserliche Majestät“ aus und ließ die Frage offen.¹⁰³

Vor allem aber wurde Karlsruhe während des Krieges zur Lazarettstadt mit vielen eilig eingerichteten Notlazaretten, z. B. in der Wagenhalle des Bahnhofs (400 Betten), im Polytechnikum (80 Betten), im Schullehrerseminar (124 Betten) und im Fasanenschlösschen.



„Friedrichs-Baracken-Lazareth“, nach dem Pavillon-Prinzip, für Verwundete des Deutsch-Französischen Kriegs, 1870 südlich der heutigen Hochschule Karlsruhe - Technik und Wirtschaft erstellt. Ansichten, Schnitt und Grundriss eines Barackenbaus.

Als die Lazarette in der Bahnhof-Werkstätte, im Polytechnikum und im Schullehrerseminar wegen fehlender Heizmöglichkeit bzw. wieder beginnenden Unterrichts geschlossen werden mussten, wurde Mitte November 1870 ein eigener Barackenkomplex, das „Friedrichs-lazareth“, unmittelbar südlich der heutigen Hochschule Karlsruhe-Technik und Wirtschaft mit 192 Betten errichtet. Als Gruppe von sechs einzeln stehenden, einstöckigen Holzbaracken entsprach es den damals neuesten medizinischen Erkenntnissen, wonach die Isolierung der Kranken und viel frische Luft den besonders gefährlichen Wundkrankheiten am besten entgegenwirkten.¹⁰⁴

Die Leitung der einzelnen Lazarette teilten sich ein Chefarzt, ein Lazarettkommissär für

die allgemeine Verwaltung und eine Aufsichtsdame, die das weibliche Pflegepersonal, die Einhaltung der Hausordnung und die Reinigungsarbeiten überwachte. Weitere Aufsichtsdamen betreuten die Kranken durch aufmunternden Zuspruch und sonstige nicht näher bezeichnete Aufmerksamkeiten.¹⁰⁵

Der Badische Frauenverein bzw. die Badische Schwesternschaft vom Roten Kreuz übernahmen mit insgesamt 113 Rot-Kreuz-Schwestern, 22 männlichen Wärtern und 26 Aufsichtsdamen in allen Hilfslazaretten die Krankenpflege. Dazu kam eine unbekannte Zahl für das ständige Garnisonslazarett mit 250 Betten. Bei einer Gesamtzahl von etwa 3.000 versorgten Kranken und Verwundeten bildete sich ein Verhältnis von 1:3 zwischen voll ausgebildeten

und angelernten Pflegekräften heraus. Die Erfahrung hatte aber auch gelehrt, „daß für den größten Teil einer geordneten Lazarethpflege dem weiblichen Wartpersonal weitaus der Vorzug gebührt vor dem männlichen, wenn letzteres auch nie ganz wird entbehrt werden können.“¹⁰⁶ Männer wurden eher in dem eigens mit Hilfe des Frauenvereins gegründeten Männerhilfsverein gebraucht, um Verwundete aus den Feldlazaretten in die „Reservelazarette“, also Heimatlazarette, zu transportieren, gesammelte Gaben an die Lazarette zu verteilen und einen Nachrichtendienst für die Soldaten zu betreiben. Beide Vereine schlossen sich Ende 1871 zum Badischen Landeshilfsverein zusammen.¹⁰⁷

Natürlich wurde auch im städtischen Krankenhaus wenige Tage nach Kriegsausbruch ein Reservelazarett eingerichtet. Hier wurden im Verlauf des Krieges auch 13 französische Soldaten aufgenommen. Von allen mit Lazarett- und Güterzügen in die Stadt transportierten Verletzten starben etwa 380 Soldaten und Offiziere deutscher und französischer Herkunft, darunter auch einige „Turkos“, wie die farbigen Soldaten aus den französischen Kolonialgebieten genannt wurden. Für sie alle wurden an ihrer letzten Ruhestätte auf dem Friedhof in der Kapellenstraße zwei separate Denkmäler errichtet.¹⁰⁸ Ab 1872 betrieb das Krankenhaus zusätzlich die bereits erwähnte Baracke beim Wasserwerk im Durlacher Wald, um Kranke der großen Blattern-Epidemie kurz nach dem Krieg unterzubringen. An der Verbreitung der Seuche hatte der Krieg großen Anteil, hatte sie doch vorzugsweise in Frankreich bei der weit weniger durch Impfungen geschützten Zivilbevölkerung und Armee geherrscht und erst im Verlauf des Krieges durch den Kontakt mit deutschen Soldaten, besonders durch Kriegsgefangene, die vor allem in Preußen interniert wurden, den Weg nach Osten genommen.¹⁰⁹

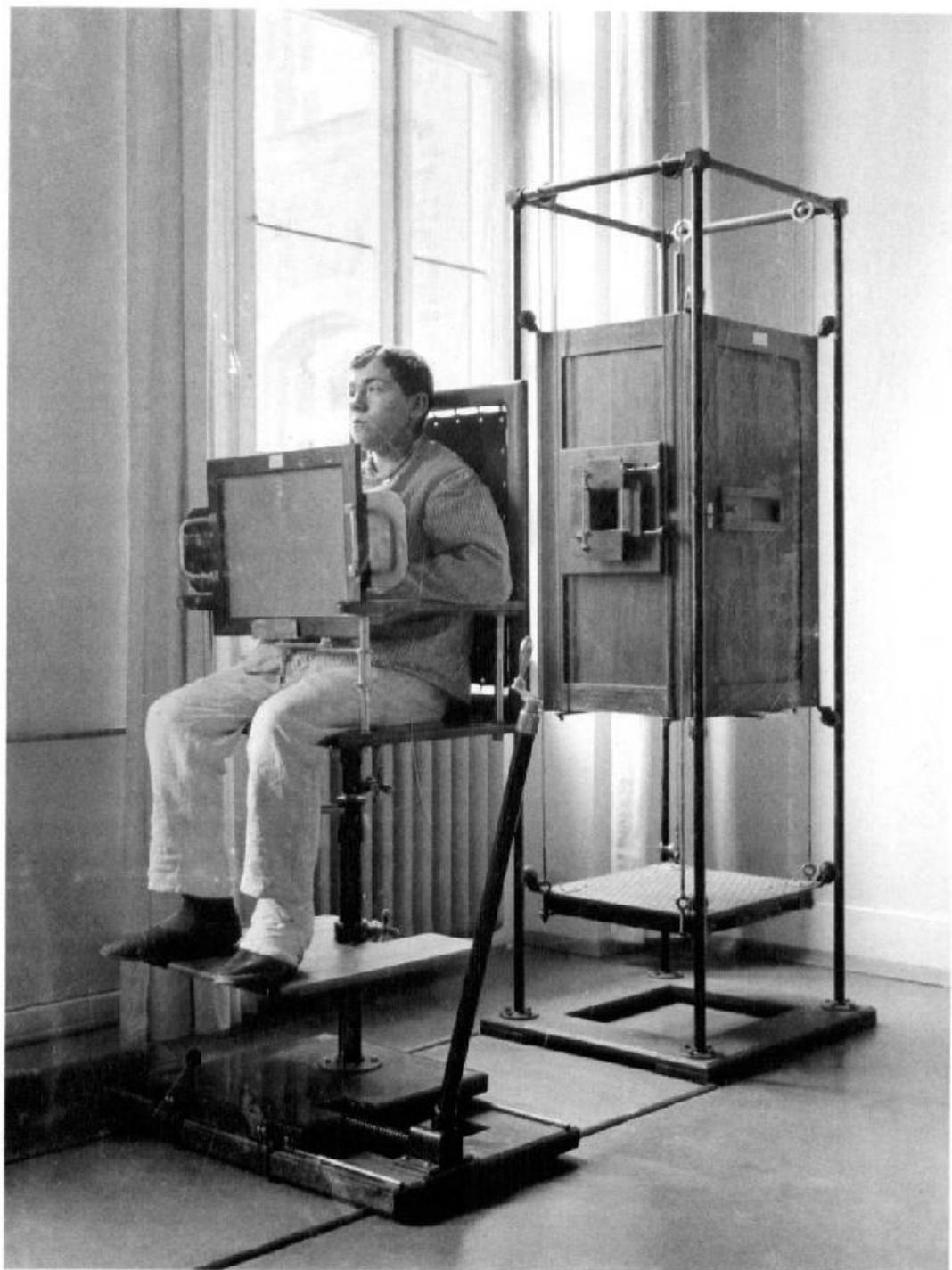
Überfüllung

Gegen Ende des 19. Jahrhunderts kam in ganz Deutschland der aus der Not der Bevölkerungsexplosion heraus geborene Gedanke auf, Patienten möglichst früh zur Genesung aus den überfüllten Krankenhäusern zu entlassen und in so genannte „Rekonvaleszenzanstalten“ einzuliefern. Nachdem diese Idee schon längere Zeit in Frankreich und England erfolgreich praktiziert worden war, und erste Städte in Deutschland diesem Beispiel gefolgt waren, forderte der als ärztliche Kapazität geltende Professor Dr. von Ziemssen aus München auf der XV. Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege im Jahre 1889 in Straßburg, verstärkt in diesem Sinne vorzugehen. Freie Vereine, Berufsgenossenschaften und Krankenkassen hätten diese Anstalten zu finanzieren.¹¹⁰ Auch in Karlsruhe war man nicht abgeneigt, damit das Krankenhaus zu entlasten, da die Überfüllung im hiesigen Krankenhaus schon lange beklagt wurde. Schließlich machte man auch gute Erfahrungen mit den Lungenheilstätten für Rekonvaleszenten. Im Bericht für das Jahr 1890 wurde zum ersten Mal ausführlich die Notwendigkeit eines völligen Neubaus am Stadtrand dargelegt.¹¹¹ Schon 1884 wurde zur Entlastung des Krankenhauses eine „Ambulatorische Klinik“ mit vier Stadtärzten im Rathaus eingerichtet. Vom 1. Dezember 1884 bis 1. Januar 1886 wurden hier 4.897 Personen behandelt.¹¹² 1897 wurde als weitere Maßnahme gegen die Überfüllung des Hauses eine rägliche ambulante Sprechstunde eingeführt. Seitdem konnten leichter verletzte und erkrankte Patienten sowie nahezu Genesene behandelt werden, ohne hierfür stationär aufgenommen werden zu müssen. Ihre Zahl betrug im ersten Jahr 549, was etwa 14,7 % aller Patienten entsprach. Davon entfielen allein 187 auf Verletzungen der Hand.¹¹³ Da dies alles nicht ausreichte,

fürten die Überlegungen letztlich dazu, nur noch Kranke aus der Stadt Karlsruhe aufzunehmen und das sowieso geplante neue Krankenhaus in angemessener Größe zu dimensionieren.

Über die Zustände um 1900 im alten Karlsruher Krankenhaus gibt eine Bürgerausschussvorlage des Stadtrats vom 29. Mai 1902 anschaulich Auskunft. Zur Begründung dieses Antrags auf Erbauung eines neuen Krankenhauses hieß es, dass während der Wintermonate „regelmäßig die Bettenzahl durch Ein-

schiebung von weiteren Betten in die Krankensäle, Belegung der Kapelle usw. auf das äußerst Mögliche erhöht werden“ musste.¹¹⁴ Des Weiteren konnte man nicht mehr die Säle für die erforderliche Reinigung, Lüftung und Desinfektion eine bestimmte Zeit leer stehen lassen. Auch kam es immer wieder vor, dass Kranke an der Pforte einfach abgewiesen oder in andere Krankenhäuser geschickt wurden. Diese Probleme wurden 1907 mit der Inbetriebnahme des neuen Krankenhauses an der Moltkestraße gelöst.



Röntgenzimmer, 1907.

REBEKKA MENGES

Das neue Städtische Krankenhaus an der Moltkestraße 1907–1930

Ein Großkrankenhaus für Karlsruhe

Das neue Städtische Krankenhaus wurde am 30. Juli 1907 durch Oberbürgermeister Karl Siegrist feierlich eingeweiht. Die gesamte Anlage konnte als eine der modernsten und großzügigsten der Jahrhundertwende in Deutschland bezeichnet werden. Dies führte dazu, dass in den folgenden Jahren immer wieder Delegationen aus der ganzen Welt nach Karlsruhe kamen, um sich Anregungen für eigene Planungen zu holen. Der erste Ärztliche Direktor, der auch den Bau beaufsichtigt hatte, war der Chirurg Geheimer Hofrat Prof. Dr. Bernhard von Beck. Er wurde am 23. September 1863 geboren und studierte in Freiburg, Göttingen und Heidelberg. Von 1890 bis 1897 war v. Beck als Assistent von Prof. Dr. Czerny an der Heidelberger Universitätsklinik tätig. Seine Promotion hatte er über das Thema „Osteoplastische Kreuzsteißbeinresection zur Freilegung der Gebärmutter“, seine Habilitation über ein Thema aus der Gehirnchirurgie verfasst und 1894 seine Antrittsvorlesung über Äthernarkose gehalten. Als Czerny 1897 eine dauernde ärztliche Überwachung des Großherzogs Friedrich I. für notwendig hielt, übertrug er diese Aufgabe seinem Assistenten. Von Beck hatte während seiner Studienzeit zahlreiche Reisen unternommen – u. a. nach München, Wien, Budapest, Prag und Danzig –, auf denen er be-



Geheimer Hofrat Prof. Dr. Bernhard von Beck (1863–1930). Ärztlicher Direktor und Oberarzt der Chirurgischen Abteilung 1907–1930.

sonders die hygienischen Verhältnisse untersuchte. Die gewonnenen Erkenntnisse kamen ihm beim Krankenhausbau in der Moltkestraße sehr zu Gute, da er neben Operationen, bei denen der Chirurg die Ligaturfäden aus Cat noch zwischen den Zähnen hielt, um sie griffbereit zu haben, oder Universitätskliniken, in denen die Infektionsabteilung im Garten in Zelten untergebracht war, auch modernste

Einrichtungen von Krankenhäusern und modernste Krankenhausbauten im Pavillonstil gesehen hatte.¹

Wie folgende Dienstanweisung aus dem Jahr 1907 belegt, war der Ärztliche Direktor, im Gegensatz zu heute, der unumschränkte Chef. Über ihm standen nur die Krankenhauskommission und der Bürgermeister: „§ 1 Der Direktor wird vom Stadtrat ernannt, hat Sitz und Stimme in der Krankenhaus-Kommission und hat die Aufsicht über den gesamten Betrieb des Krankenhauses und dessen ganzes Personal zu führen. § 2 Sämtliche Anträge, Gesuche, Berichte, Bestellungen sind dem Direktor vorzulegen und von diesem mit Einsichtvermerk zu versehen. § 3 Der Direktor erhält von dem Krankenhausverwalter regelmäßigen Bericht über die Führung und Betrieb des ganzen Hauswesens, über alle Vorgänge im Betrieb ist der Direktor in Kenntnis zu halten und es sind alle Personalfragen (insbesondere Anstellungen, Entlassungen, Aufbesserungen, Bestrafungen) mit ihm zu besprechen. Die Anstellung der Ärzte und des Pflegepersonals erfolgt auf Vorschlag des Direktors, die Anstellung des übrigen Personals auf Vorschlag der Verwaltung im Benehmen mit dem Direktor. § 4 Der Verkehr der Oberärzte, Assistenzärzte, Oberinnen und des Pflegepersonals mit der Verwaltung und der Krankenhaus-Kommission, mit Ausnahme der den täglichen Dienst betreffenden Mitteilungen, geht nur durch den Direktor, der die Wünsche und Anträge entgegennimmt, prüft und entweder direkt erledigt oder an die betreffenden zuständigen Behörden vorlegt und dort vertritt. § 5 Der Direktor hat den jährlichen Bericht über den Betrieb des Krankenhauses mit Hilfe der Oberärzte und des Verwalters abzufassen, über Ausbruch von Epidemien rechtzeitig an den Stadtrat Anzeige zu erstatten und zur Feststellung einzelner Vorkommnisse, besonders in Disziplinarfällen, Auskunft zu erteilen, endlich Anfra-

gen der Behörden über Kranke zu beantworten. § 6 Bei Abwesenheit des Direktors hat der dienstälteste Oberarzt den Direktor zu vertreten.“²

Das jährliche Gehalt betrug 1907 6.000 Mark, ein Jahr später erfolgte eine Erhöhung auf 7.000 Mark. Höchstwahrscheinlich fand in der Folgezeit eine proportionale Aufbesserung des Gehaltes nach dem Dienstalter statt. Der Ärztliche Direktor hatte freies Wohnrecht auf dem Klinikgelände. Prof. von Beck hatte eigentlich am 23. September 1928 mit Vollendung seines 65. Lebensjahres in den Ruhestand gehen müssen, aber ein Antrag auf Verlängerung seiner Dienstzeit wurde vom Stadtrat genehmigt und so blieb er bis zu seinem Tod am 29. Dezember 1930 Ärztlicher Direktor und Oberarzt der chirurgischen Abteilung.

Der erste Verwaltungsdirektor war Karl Jakobi. 1874 in Schopfheim geboren, legte er 1893 das Aktuarsexamen, 1896 die Amtsrevi-



Karl Jakobi (1874–1958), Verwaltungsdirektor 1907–1931.

dentenprüfung ab. Von 1904 bis 1907 arbeitete Jakobi als Revisionsassistent beim Städtischen Rechnungsamt Karlsruhe, ab 1907 dann als Verwaltungsdirektor des neuen Städtischen Krankenhauses. Ab 1909 fielen zusätzlich das städtische Erholungsheim in Baden-Baden sowie das städtische Weingut in Istein unter seine Verantwortung. 1934 ging Jakobi in den Ruhestand und verstarb 1958 in Karlsruhe.³

Nach der Eröffnung musste die Verlegung der Kranken aus dem alten Spiral in der Adlerstraße organisiert werden. Ende August wurden die Privatpatienten in Droschken zum neuen Anwesen in der Moltkestraße transportiert, die anderen in Sonderwagen der Straßenbahn. Damals unterschied man zwischen Patienten der ersten, zweiten und dritten Klasse, was sich u. a. bei der Zimmerbelegung bemerkbar machte. Patienten der ersten und zweiten Klasse belegten Ein- und Zweibettzimmer, während die der dritten Klasse in Sälen mit 14 bis 18 Betten untergebracht waren. Den Patienten war es, im Gegensatz zu heute, nicht gestattet, mit eigener Wäsche im Krankenhaus zu liegen. Sie mussten ihre Kleider abgeben und bekamen spezielle Krankenhauskleidung ausgehändigt. Bis September war der Umzug vollzogen, und so war am 14. September 1907 folgende Bekanntmachung im Karlsruher Tagblatt zu lesen: „Das neue städtische Krankenhaus – Moltkestraße 6 – ist nunmehr im vollen Umfange in Betrieb genommen. Es enthält 600 Krankenbetten, und Abteilungen für Kranke jeder Art, mit Ausnahme der Augenkranken. Die Verpflegungstaxen für Patienten II. und III. Klasse und die sonstigen Aufnahmebedingungen sind die gleichen wie im alten städtischen Krankenhaus. Dagegen ist eine neue Verpflegungsklasse (I) für Patienten I. Klasse hinzugekommen. Die Verpflegungstaxe beträgt für die Klasse 8 M. täglich in den Sommer- und 9 M. in den Wintermonaten.“⁴

Drei Jahre nach der Eröffnung zeigte sich Prof. v. Beck auf der 9. Jahresversammlung der Vereinigung der leitenden Verwaltungsbeamten von Krankenanstalten Deutschlands zufrieden mit seinem Haus. So bemerkte er, „daß sich die neue Anlage sowohl für den Krankenpflegedienst als auch in bezug auf die Verwaltung und Bewirtschaftung sehr bewähre. Größere bauliche Verbesserungen oder Änderungen hätten sich als nicht notwendig herausgestellt. Nur in geringfügigem Umfang müssten an einzelnen Einrichtungen Änderungen vorgenommen werden.“⁵

Das Personal des Städtischen Krankenhauses

Ärztlicher Direktor:

1907–1930

Geh. Hofrat Prof. Dr. Bernhard von Beck

Verwaltungsdirektor:

1907–1934 Karl Jakobi

Chirurgische Abteilung:

1907–1930

Geh. Hofrat Prof. Dr. Bernhard von Beck

Gynäkologische Abteilung:

bis 1920

Geh. Hofrat Prof. Dr. Bernhard von Beck,

1920–1945 Dr. Hermann Wagner

IINO-Abteilung:

1907–1933 Dr. Ludwig Kander

Augen-Abteilung:

1922–1931 Dr. Karl Katz

Röntgen-Institut:

1919–1945

Stadt-Obermedizinalrat Dr. Kurt Weiß

Urologische Abteilung:

bis 1920

Geh. Hofrat Prof. Dr. Bernhard von Beck,

1920–1937 Dr. Caspar Heinrich Ludowigs

Medizinische Abteilung:

1907-1945 Prof. Dr. Hugo Starck

Haut-Abteilung:

bis 1919 zunächst

Geh. Hofrat Prof. Dr. Bernhard von Beck,

dann Prof. Dr. Hugo Starck,

1919-1934 Dr. Hans von Pezold

Prosektur:

1907 Prof. Dr. Ernst Schwalbe,

1908-1938 Prof. Dr. Edgar von Gierke

Apotheke:

1907-1946

Ober-Pharmazierat Prof. Artur Hoger

Schwestern-Oberinnen:

1907 Oberin Gräfin Adeline von Horn,

1908-1934 Oberin Lydia Mayer

(Medizinische Abteilung),

1911-1935 Oberin Johanna Schönle

(Chirurgische Abteilung)

sonstige Angestellte (m):

Assistenzärzte, Laboratoriumsdiener,
Bademeister, Apothekerdienstler, Desinfektor,
Verwaltungsassistent, Kassen- und Bureau-
diener, Materialienbeamter, Hausdiener,
Torwarte, Wärter, Kesselhaus- und
Werkstättenpersonal

sonstige Angestellte (w):

Krankenschwestern, Röntgenassistentin,
Hausmädchen, Wirtschafterin, Oberköchin,
Diätköchin, Beiköchinnen, Küchenmäd-
chen, Waschküchen- und Nähstuben-
personal, Putzfrau

Wie aus dem folgenden Ausschnitt der Dienstanweisung für die Oberärzte aus dem Jahr 1907 hervorgeht, gab es im Städtischen Krankenhaus, im Gegensatz zu den heute mittlerweile 21 Kliniken, lediglich zwei Hauptabteilungen mit einigen Unterabteilungen. Pro Abteilung gab es einen Oberarzt und vier Assistenzärzte:

„§ 3 Die Oberärzte haben für ihre Abteilungen auszuführen: Die Behandlung aller Kranken ihrer Abteilung; die Arzneiverordnungen, Kostlisten, Aufnahmescheine, die Einträge in die Abteilungshauptbücher, die Abfassung der Gutachten, die Beaufsichtigung der Führung der Krankengeschichten, die Aufstellung der statistischen Jahresberichte, die wissenschaftliche und praktische Heranbildung ihrer Assistenten und Praktikanten.

§ 4 Dem Oberarzt der chirurgischen Abteilung sind unterstellt: die chirurgischen Kranken, die geburtshilflichen und gynäkologischen Fälle sowie die Kranken der Hals-, Nasen- und Ohrenkrankenabteilung. Ihm unterstehen: der chirurgische Hauptbau und der Diphtheriebau. Dem Oberarzt der medizinischen Abteilung sind unterstellt: die an inneren Leiden Erkrankten, die Geisteskranken, die Haut- und Geschlechtskranken und die infektiösen Kranken. Ihm unterstehen der medizinische Hauptbau, die Abteilung für Haut- und Geschlechtskranke, für Geisteskranke, die Scharlach-Abteilung und das Epidemiehaus. ...

§ 6 Es ist erforderlich, daß die Oberärzte ihre Krankenabteilungen täglich mindestens einmal zu einer bestimmten Zeit besuchen. Sie müssen aber auch außerdem, wenn ihnen angezeigt wird, daß ein dringlicher Fall vorliegt, zu jeder Stunde des Tages und der Nacht bereit sein, sich in das Krankenhaus zu verfügen. ...“⁶

Den beiden Oberärzten war es gestattet, neben ihrer Tätigkeit für das Städtische Krankenhaus auch eine Privatpraxis zu betreiben, allerdings beschränkt auf Sprechstunden und Konsultationen und nur solange ihre Verpflichtungen dem Krankenhaus gegenüber nicht darunter litten. Sie waren zunächst auf Privattendienstvertrag als vertragsmäßige Beamte angestellt und erhoben somit keinen Anspruch auf ein Pensionsgehalt oder auf Hinterbliebenenvorsorge. Die Krankenschwestern stammten

aus der Badischen Schwesternschaft des Roten Kreuzes. 1907 waren im Städtischen Krankenhaus eine Oberin, 35 Krankenschwestern sowie 29 Schwesternschülerinnen angestellt, 1923 bereits zwei Oberinnen, 68 Schwestern, acht Schwesternschülerinnen und drei Hilfschwestern. Der Gesamtpersonalstand des Städtischen Krankenhauses betrug 1928 insgesamt 248, 1929 sowie 1930 252 Mitarbeiter.⁷

Jahresgehälter 1907/08

Ärztlicher Direktor/Oberarzt chir. Abt.:
6.000 Mark, ab 1908 7.000 Mark
Oberarzt med. Abteilung:
5.000 Mark, ab 1908 6.000 Mark
Prosektor: 5.000 Mark
Oberapotheker: 2.500 Mark,
Höchstlohn 3.000 Mark
HNO-Arzt: 1.500 Mark
Sektionsdiener: 1.460 Mark
Hausdiener: 1.260 Mark
1. Assistenzarzt: 1.200 Mark
2. Assistenzarzt: 1.000 Mark
Röntgenassistentin: 1.200 Mark
Schwestern: 490 Mark, Höchstlohn 900 Mark
Küchenmädchen: 250 Mark⁸

Patientenzahlen und allgemeiner Krankenhausbetrieb

In den Wirtschaftsjahren 1928 bis 1930 blieb die Belegung des Krankenhauses relativ stabil. Die 711 (1930: 723) Betten waren durchschnittlich zu etwa 67 % belegt, der Spitzenwert lag bei 88 %. Damit waren die Kapazitäten des Krankenhauses also mehr als ausreichend und umfassten Reserven für Epidemien oder einen möglichen Bevölkerungszuwachs. Die absoluten Sterbezahlen schwankten zwischen

419 (1930) und 455 (1928) Patienten, die Sterberate sank in den drei Jahren von 6,38 % auf 6,01 %.

Die Gebührenordnung des Städtischen Krankenhauses

Am 24. Dezember 1907 wurde die erste sogenannte Taxordnung des neuen Städtischen Krankenhauses veröffentlicht. Die Kosten für Unterbringung und Verpflegung betragen zwischen 2,50 Mark (für Patienten der III. Klasse, die beispielsweise von der Lidellstiftung unterstützt wurden) und acht Mark (für Patienten der I. Klasse in einem großen Einzelzimmer). Die ärztliche Behandlung war kostenlos, jedoch mussten Privatpatienten der Oberärzte an diese ein Honorar zahlen. Patienten der I. und II. Klasse wurden Medikamente, Verbandstoffe, Getränke, besondere Speisen und „sonstige außergewöhnliche Inanspruchnahme des Personals“ in Rechnung gestellt.

Am 18. Dezember 1912 erhöhte eine neue Gebührenordnung die Verpflegungskosten um ein bis zwei Mark und formulierte einzelne Punkte konkreter. Die nächste Erhöhung folgte am 14. Januar 1918 und betraf die im Vereinslazarett des Städtischen Krankenhauses behandelten kranken und verwunderten Militärpersonen. Von der Militärverwaltung wurde für diese Patienten ein Kriegszuschlag von 20 % verlangt. Eine Erhöhung der Gebühren für alle Patienten trat am 1. November 1919 in Kraft. Zukünftig wurden auch sogenannte Nebengebühren für Röntgenuntersuchungen, ambulante Bäderbenutzung etc. erhoben. Danach erfolgten die Erhöhungen in immer kürzeren Abständen, so am 15. April 1920, 11. September 1921 und 15. Februar 1922. Am 1. April 1928 lagen die Verpflegungsgebühren für Patienten der I. Klasse zwischen 13,50 und 15 Reichsmark, für die der II. bei 8,50 Reichsmark



Krankensaal im Städtischen Krankenhaus, 1907. Die Patienten tragen spezielle Krankenhauskleidung.

und in der III. Klasse zwischen 4,50 und fünf Reichsmark. Begleitpersonen mussten 80% der Verpflegungsgebühren bezahlen. Zusätzlich konnten Gebühren für folgende Leistungen erhoben werden: Röntgen-, Diathermie- und Höhensonnenbehandlung, besonders teure Medikamente, schmerzstillende Mittel, Narkose, Operationen, Getränke, Desinfektionen, Reinigung des Zimmers und Bettwerks bei Sterbefällen, Krätzekuren, vernichtete oder beschädigte Gegenstände.⁹

Die Abteilungen des Städtischen Krankenhauses

Die chirurgische Abteilung umfasste 17 Krankenabteilungen, die medizinische 23. Eine Krankenabteilung bestand jeweils aus einem

Krankensaal mit Zubehör, vier bis fünf Einzelzimmern, einem Isolierzimmer, Schwesternzimmer, Geräteraum, Wäscheraum, einer Liegehalle, Teeküche, einem Tagesraum sowie einem Bad und Toiletten. Pro Abteilung waren zwei bis drei Krankenschwestern tätig. Die chirurgische Abteilung verfügte 1928 über 273 Krankenbetten, die medizinische über 438.¹⁰

Die chirurgische Abteilung

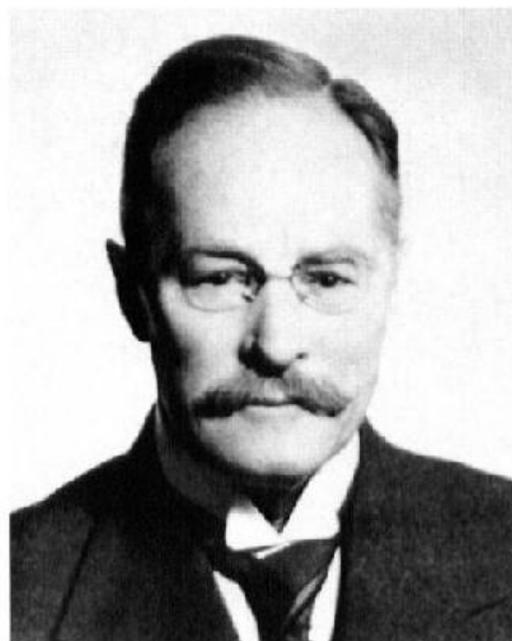
Die chirurgische Abteilung war ein dreigeschossiges Gebäude mit Hauptbau, diesen links und rechts verlängernden Pavillons sowie zwei Flügelbauten. Im Erdgeschoss des Hauptbaus befanden sich u. a. die Ambulanz, Ärzte- und Schwesternzimmer, verschiedene Untersuchungs- bzw. Behandlungszimmer, das Rönt-

geninstitut und die HNO-Abteilung, für die Dr. Ludwig Kander von 1907 bis 1933 verantwortlich war. Er war halbtags (vormittags) tätig und hielt nachmittags Sprechstunden in seiner Privatwohnung in der Kaiserstraße ab.¹¹ (Zu seinem Schicksal als jüdischer Arzt im Dritten Reich siehe den folgenden Beitrag von Manfred Koch.) Von 1922 bis 1931 existierte auch eine Augenabteilung, die von Dr. Karl Katz betreut wurde. 1865 in Pforzheim geboren, studierte er in Heidelberg, wo er von 1894–1897 als Assistenzarzt in der Augenklinik tätig war. In den Jahren 1898 bis 1904 arbeitete Katz am Evangelischen Diakonissenkrankenhaus Pforzheim. Ab 1908 leitete er die Augenklinik des Ludwig-Wilhelm-Krankenhauses in Karlsruhe und arbeitete stundenweise als Facharzt am Städtischen Krankenhaus. Nach der Schließung der Augenklinik übernahm Katz dann ab 1922 die neu eröffnete

Augenabteilung des Städtischen Krankenhauses. Als 1931 auch diese Abteilung geschlossen wurde, arbeitete er wieder nur stundenweise als Facharzt im Sädtischen Krankenhaus, bis ihm 1933 die Leitung der neu eröffneten Augenabteilung des Diakonissenkrankenhauses Ruppurr übertragen wurde. Katz verstarb 1944.¹²

Der linke Flügelbau beherbergte auf allen drei Stockwerken die Männerabteilung für Patienten der 3. Klasse. Im Erdgeschoss des linken Pavillons waren die septisch kranken Männer untergebracht, im ersten Obergeschoss die Frauen. Die Privatpatienten wurden im ersten und zweiten Obergeschoss des Hauptbaus versorgt.

Der rechte Flügelbau beherbergte im Erdgeschoss die Kinderabteilung und im ersten und zweiten Obergeschoss die Frauenabteilung für Patienten der 3. Klasse. Im rechten Pavillon waren die Abteilung für Geburtshilfe (EG)



Dr. Karl Katz (1865–1944),
Leiter der Augenabteilung 1922–1931.



Dr. Hermann Wagner (1873–1953),
Leiter der gynäkologischen Abteilung 1920–1945.

und Gynäkologische Abteilung (I. OG) untergebracht.¹³ Diese wurde von Dr. Hermann Wagner geleitet. Er wurde 1873 in Mannheim geboren, wo er auch studierte und 1898 das Staatsexamen machte. 1899 arbeitete Wagner als Assistenzarzt in der chirurgischen Abteilung des alten Städtischen Krankenhauses, bevor er sich der Frauenheilkunde zuwandte. In der Folgezeit arbeitete er als Assistenz- und später als Oberarzt der gynäkologischen Abteilung des Ludwig-Wilhelm-Krankenhauses. Im Ersten Weltkrieg war Wagner als Stabsarzt abkommandiert. 1920 übernahm er dann die Leitung der gynäkologischen Abteilung des Städtischen Krankenhauses. Dr. Wagner ging 1945 in den Ruhestand und verstarb dann 1953.¹⁴

Das Operationshaus, durch einen fünf Meter langen Gang mit der chirurgischen Abteilung verbunden, verfügte bis zum Umbau 1932 über drei Räume, nämlich den Operationsaal, einen Instrumenten- sowie einen Sterilisationsraum. Als problematisch erwies sich ein großes Oberlicht im Operationsaal, denn im Sommer entwickelten sich dadurch unerträglich hohe Temperaturen, die noch durch die Strahlung der Sterilisationsanlagen verstärkt wurden (siehe auch den Beitrag von Katja Förster). Chirurgen und Patienten litten gleichermaßen unter diesen Bedingungen.¹⁵

Jährlich wurden die Gesundheitsverhältnisse der Stadt in einem Bericht zusammengefasst. Prof. v. Beck machte am 31. August 1927 über das Jahr 1926 folgende Angaben: „Auf



Operationssaal im Städtischen Krankenhaus, 1907.

Grund des Krankenmaterials im Jahre 1926 kann gesagt werden, daß der Ernährungszustand der Kranken in der chirurgischen Abteilung des städt. Krankenhauses im Allgemeinen ein zufriedenstellender war. Was die Krankheiten anbelangt, so haben zweifellos die Verletzungen durch Verkehrsunfälle besonders der Motorradfahrer erheblich zugenommen. Gehäuft haben sich auch die sogenannten Sportverletzungen. Hauptsächlich das Fußballspiel fordert seine Opfer, und es vergeht kaum ein Sonntag, an dem nicht Fußballspieler mit Knochenbrüchen, Verstauchungen und Verrenkungen eingeliefert werden. Nicht selten waren auch die Verletzungen, die im Streit und im Rauschzustand entstanden sind. Zugenommen haben die Gallenblasenerkrankungen. Die Gallenblasenoperationen und zwar besonders bei Frauen sind ständig im Zunehmen begriffen. Die sogenannte chirurgische Tuberkulose scheint seltener zu werden. Die übrigen Erkrankungen haben sich gegenüber den Vorjahren nicht wesentlich verändert.“¹⁶

Das Röntgeninstitut

Bis 1913 gab es für das gesamte Krankenhaus lediglich einen Röntgenapparat, der sowohl für diagnostische als auch für therapeutische Zwecke benutzt wurde und in der chirurgischen Abteilung aufgestellt war (siehe Abb. S. 132). Dieser Umstand war speziell für die Patienten der medizinischen Abteilung von Nachteil, weil sie zum Röntgenraum einen weiten Weg im Freien zurücklegen mussten, was besonders bei schlechtem Wetter der Gesundheit nicht gerade zuträglich war. Darüber hinaus erforderten der Fortschritt in der medizinischen Wissenschaft und die Weiterentwicklung der Röntgentechnik die Anschaffung eines zweiten Apparates. Im entsprechenden Antrag vom 5. Dezember 1912 wurde die Sach-

lage ausführlich von Prof. Starck geschildert: „... In der inneren Medizin kommt das Röntgenverfahren vor allem in Betracht als diagnostisches Hilfsmittel zur Erkennung von beginnenden und fortgeschrittenen Erkrankungen der Lunge, von Veränderungen des Herzens, des Schädelinnern, der Speiseröhre und neuerdings hauptsächlich zur Erkennung von Erkrankungen des Magens und Darmes. Die Anforderungen, welche an einen für diese Zwecke zu verwendenden Apparat gestellt werden müssen, sind ganz andere als diejenigen der Chirurgie. ... Der bisher vorhandene Apparat erfüllte diese Anforderungen nicht. Wir sind daher sehr häufig genötigt, dieselbe Aufnahme zwei- und dreimal machen zu lassen, wodurch erhebliche Ausgaben erwachsen; für viele Untersuchungen aber versagt der Apparat vollkommen. ... So ist die Einrichtung eines Röntgenapparates auf der medizinischen Abteilung immer dringlicher geworden. Der Röntgenapparat gehört heute zum notwendigsten Inventar einer großen Krankenabteilung, er muß jederzeit zur Verfügung stehen und allen modernsten Anforderungen entsprechen.“ Für rund 6.700 Mark wurde dann 1913 ein „Reform-Blitz“ Röntgenapparat erworben und im medizinischen Gebäude aufgestellt. Die Röhre war mit Leuchtgas gefüllt, die Regenerierung erfolgte über die allgemeine Gasleitung des Hauses.

Von 1914 bis 1916 nutzte auch die Beobachtungsstation des Reservelazaretts den neuen Röntgenapparat. Vertraglich festgehalten wurden am 28. August 1915 zum einen die Gebühren und zum anderen die Verpflichtung des Lazaretts, beim Auftreten gemeingefährlicher Krankheiten zwei Baracken des Seuchenzaretts mit 60 Betten dem Krankenhaus für die Unterbringung von Zivilisten zur Verfügung zu stellen. Außerdem war es dem Krankenhaus gestattet, bei Bedarf weitere Baracken zu errichten und an die Kanalisation und Hei-

zung der Lazarettanlage anzuschließen. Für die Verwaltung, Verpflegung und Behandlung der Bürger berechnete das Lazarett einen täglichen Satz von drei Mark pro Person. Der Vertrag wurde nach der Schließung der Beobachtungsstation am 1. Januar 1916 gekündigt.

Ein Jahr nach Kriegsende beantragte die Krankenhausverwaltung am 24. November 1919 einen Röntgenapparat für Tiefentherapie sowie die Einrichtung eines Röntgen-Instituts. Wieder gab der medizinische Fortschritt, erläutert durch Prof. Starck, den Ausschlag: „... Eine große Anzahl von Krankheiten wie Geschwülste jeder Art, tuberkulöse Drüsen und Fisreln, Lungentuberkulose, Basedow'sche Krankheit, Hodgkinsche Krankheit, Leukämie, die verschiedenartigsten Hautkrankheiten u. ä. werden durch Strahlung gebessert und geheilt. Täglich erscheinen neue Publikationen über Beeinflußbarkeit von Krankheiten durch Röntgenstrahlung, die früher unheilbar zu sein schienen. Der vorhandene Röntgen-Apparat wurde immer in Anspruch genommen und genügte längst nicht mehr zur Behandlung der für Strahlentherapie in Betracht kommenden Kranken, so daß vielen Patienten diese Behandlungsart vorenthalten werden mußte. ... Das neue Therapie-Institut soll dem ganzen Krankenhaus dienen, es wird deshalb so angelegt, daß gleichzeitig mindestens 2 Kranke bestrahlt werden können. Mit der wachsenden Inanspruchnahme und der zunehmenden Spezialisierung dieses therapeutischen Gebietes, besonders auch des technischen Gebietes, ist beabsichtigt, im Laufe des kommenden Jahres, die Übertragung der Röntgentherapie an einen spezialistisch vorgebildeten Arzt zu übertragen.“ Nach der Genehmigung durch den Stadtrat konnte der neue Apparat am 6. April 1920 im östlichen Flügel des Mittelbaues des medizinischen Gebäudes in Betrieb genommen werden. Außerdem wurde der ebenfalls im Antrag geforderte Röntgenfacharzt, Stadt-

Obermedizinalrat Dr. Kurt Weiß, eingestellt. Weiß wurde 1886 in Heidelberg geboren und studierte in München, Göttingen, Straßburg und Tübingen, wo er 1912 promovierte. Von 1912–1916 war er als Assistenzarzt tätig, Mitbegründer der Badischen Röntgengesellschaft sowie Mitbegründer und ärztlicher Geschäftsführer des Badischen Landesverbandes zur Bekämpfung des Krebses. Nach der Versetzung in den Ruhestand 1945 wirkte er in seinem eigenen Röntgeninstitut. Dr. Weiß verstarb am 23. November 1965.¹⁷

In den nächsten Jahren steigerte sich die Inanspruchnahme des Instituts enorm, so dass der Intensiv-Reform-Bestrahlungsapparat bereits 1924 nicht mehr funktionstüchtig war. Daraufhin wurde die Anschaffung eines Monopan-Röntgen-Apparats für 7.000 Goldmark genehmigt. Außerdem fand eine stetige Ergänzung und Modernisierung des Instituts statt.



Stadt-Obermedizinalrat Dr. Kurt Weiß (1886–1965),
Leiter des Röntgeninstituts 1919–1945.

Die Röntgenabteilung profitierte beispielsweise von der Sammlung einer Frau Bernardo Timmermann aus Santiago/Chile, die sie unter Passagieren auf dem Dampfer Antonio Delfino zugunsten der Karlsruher Tuberkulosefürsorge durchgeführt hatte. Dabei kamen 5.756.645 Mark zusammen, die Dr. Weiß dem Oberbürgermeister überreichte. Am 15. Mai 1923 beschloss der Stadtrat für 4.960.000 Mark einige Apparate für die Röntgenabteilung zur Verbesserung der Diagnostik und Röntgenaufnahmen bei Tuberkulösen anzuschaffen. Die hohen Summen waren freilich nicht der Freigiebigkeit der Spender und der Stadt, sondern der Inflation geschuldet. Als Ersatz und zur Ergänzung wurde am 1. Dezember 1930 u. a. ein Röntgenapparat für die chirurgische Abteilung beantragt. Aus diesen Modernisierungen resultierten jedoch Platzprobleme, die nur durch einen Ausbau beseitigt werden konnten.¹⁸

Die Isolierabteilung für Scharlach- und Diphtheriekranken

In diesem einstöckigen Gebäude konnten ca. 27 Kranke behandelt werden. Die beiden Abteilungen waren durch eine massive Wand voneinander getrennt. Pro Abteilung gab es einen Krankensaal mit zehn Betten, ein Isolierzimmer, Bad, Schwesternzimmer, eine Toilette, Teeküche sowie einen Tagesraum. Für Diphtheriekranken war noch ein zweites Isolierzimmer vorhanden. Im Frühjahr 1927 wurde die längst fällige Aufstockung des Gebäudes in Angriff genommen. Bereits 1914 und erneut 1919 hatte Prof. Starck den Ausbau beantragt, der aber wegen des Kriegsausbruchs bzw. der wirtschaftlichen Notlage mehrmals verschoben worden war. Im September 1928 konnte die erweiterte Isolierabteilung in Betrieb genommen werden. Nach 20 Jahren war dies der erste größere und auch einzige Umbau im Kran-

kenhaus während der Dienstzeit von Prof. v. Beck.¹⁹

Die Urologische Abteilung

Eine kleine urologische Fachabteilung gab es bereits nach dem Ersten Weltkrieg. Da sie der chirurgischen Hauptabteilung angegliedert war, benutzte der Facharzt Dr. Ludowigs den allgemeinen Operationssaal, wobei ihm vom Abteilungspersonal assistiert wurde. Auch die Patienten waren auf den allgemeinen Stationen der Chirurgie untergebracht. Der Facharzt wurde von Patienten der 1. und 2. Klasse gemäß der ärztlichen Gebührenordnung direkt honoriert, Patienten der 3. Klasse behandelte er gegen Gebührenanteile (10 % des jeweiligen Pflegesatzes).²⁰ 1897 in Köln geboren, arbeitete Dr. Ludowigs nach seinem Studium zwei Jahre



Dr. Caspar Heinrich Ludowigs (1897-1937),
Leiter der urologischen Abteilung 1920-1937.

lang als Arzt auf der Insel Borneo. Es folgten Assistenzarztstellen in Paris, Berlin und Dublin, bevor er ab 1912 in Karlsruhe und Baden-Baden Praxen eröffnete. Während des Ersten Weltkriegs war Ludowigs als Stabsarzt abkommandiert. Von 1920 bis 1937 leitete er die neu eingerichtete urologische Abteilung des Städtischen Krankenhauses. Dr. Ludowigs verstarb, noch im aktiven Dienst stehend, am 29. August 1937 in Karlsruhe.²¹

Die Medizinische Abteilung

Die medizinische Abteilung ist mit der chirurgischen vom Grundriss und Aufbau her fast identisch – die Pavillons waren allerdings nur zweigeschossig. Anstelle des Operationshauses gab es ein Badhaus mit Frigidarium, Heißluftbad und Massageraum.

Im Erdgeschoss des Hauptbaus befanden sich u. a. Laboratorien, Ärzte- und Schwesternzimmer sowie verschiedene Untersuchungs- und Behandlungszimmer.

Die männlichen Patienten der 3. Klasse waren im linken Pavillon und Flügelbau untergebracht, die Frauen auf der rechten Seite. Die Privatpatienten wurden, wie in der chirurgischen Abteilung, im ersten und zweiten Obergeschoss des Hauptbaus versorgt.²² Die medizinische Abteilung stand unter der Leitung von Prof. Dr. Hugo Starck. Er wurde 1871 in Eichstetten bei Freiburg geboren und studierte in Berlin und Heidelberg. Starck promovierte 1895 und arbeitete bis zu seiner Habilitation 1899 als Assistenzarzt. Im Jahr 1905 wurde er aus 17 Bewerbern als Oberarzt der medizinischen Abteilung des in der Bauphase stehenden neuen Städtischen Krankenhauses ausgewählt. Starck konnte sich noch rechtzeitig in die Baugestaltung der Räume sowie die Ausstattung der inneren Einrichtung einbringen, wodurch Fehlinvestitionen vermieden

wurden. Im Ersten Weltkrieg wurde er für einige Tage als Oberstabsarzt der Marine eingezogen, aber dann mit der Einrichtung eines Seuchenlazaretts im Städtischen Krankenhaus beauftragt. Neben seiner Tätigkeit als Oberarzt trat er mit über 100 wissenschaftlichen Arbeiten und Vorträgen hervor, erforschte das Gebiet der Speiseröhrenkrankheiten und gründete 1914 die Gesellschaft für Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten.²³ Prof. Starck wurde 1931 Nachfolger von Prof. von Beck als Ärztlicher Direktor, leitete aber auch weiterhin die medizinische Abteilung. Zu seinem weiteren Wirken im Städtischen Krankenhaus siehe den folgenden Beitrag von Manfred Koch.

Über die Gesundheitsverhältnisse im Jahr 1926 machte Prof. Starck folgende Angaben: „Der Kräfte- und Ernährungszustand der Kranken in der medizinischen Abteilung des städt. Krankenhauses hat sich gebessert. Kranke in unterernährtem Zustand sind seltener geworden. Die infektiösen Erkrankungen (Typhus, Ruhr, Grippe) zeigten insgesamt keinen bösartigen Verlauf. Die Diphtherie-Erkrankungen verliefen insgesamt sehr leicht. Der Verlauf der Tuberkulose zeigte gegenüber dem Vorjahre keine wesentliche Änderung. Die Belegzahl der Tuberkulose-Station ist vielleicht etwas zurückgegangen. Während der körperliche Zustand eine Besserung im Durchschnitt erfahren hat, ist die Zahl der nervösen Patienten größer geworden. ... Die Zahl der Patienten mit Kropf hat zugenommen, desgleichen Thyreotoxikosen. Herz- und Gefäßkranke zeigten denselben Stand. Nicotin und Alkohol-Mißbrauch weiterhin vorherrschend.“²⁴

Die Isolierabteilung für Haut- und Geschlechtskranke sowie Geisteskranke

In der zweigeschossigen Isolierabteilung konnten 116 Kranke, nach Geschlechtern getrennt (im östlichen Teil die Männer, im westlichen die Frauen), untergebracht werden. Von 1919 bis 1934 leitete Prof. Dr. Hans von Pezold die Abteilung. 1870 in Riga geboren, studierte er in Marburg, Berlin, München und Erlangen. Von Pezold promovierte 1893 und war anschließend als Militärarzt tätig. Neben seiner Tätigkeit am Krankenhaus leitete er die Beratungsstelle für Haut- und Geschlechtskrankheiten, lehrte Sexualpädagogik an der TH Karlsruhe und war Schriftführer des Badischen Landesverbandes der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten. 1934 ging Prof. von Pezold in den Ruhestand und verstarb bereits ein Jahr später in Karlsruhe.⁷⁵

In den 1920er-Jahren spielten Geschlechtskrankheiten immer noch eine große Rolle, obwohl bereits 1907 der Bakteriologe August Paul von Wassermann zusammen mit Kollegen die nach ihm benannte Wassermannsche Reaktion zur Früherkennung der Syphilis-Erkrankung entwickelt hatte. Es handelte sich dabei um eine Reaktion des Blutserums, an der sich etwa sechs Wochen nach der Ansteckung eine Syphilis erkennen ließ. Mehrere Jahrzehnte war die Wassermannsche Reaktion die gängige Diagnosemethode.

Als ein Versuch der Eindämmung von Geschlechtskrankheiten wurde am 18. Februar 1927 das Reichsgesetz zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten verabschiedet: „§ 1 Geschlechtskrankheiten im Sinne dieses Gesetzes sind Syphilis, Tripper und Schanker ohne Rücksicht darauf, an welchen Körperteilen die Krankheitserscheinungen auftreten. § 2 Wer an einer mit Ansteckungsgefahr verbundenen Geschlechtskrankheit leidet und dies

weiß oder den Umständen nach annehmen muß, hat die Pflicht, sich von einem für das Deutsche Reich approbierten Arzte behandeln zu lassen. Eltern, Vormünder und sonstige Erziehungsberechtigte sind verpflichtet, für die ärztliche Behandlung ihrer geschlechtskranken Pflegebefohlenen zu sorgen. ... § 5 Wer den Beischlaf ausübt, obwohl er an einer mit Ansteckungsgefahr verbundenen Geschlechtskrankheit leidet und dies weiß oder den Umständen nach annehmen muß, wird mit Gefängnis bis zu drei Jahren bestraft, sofern nicht nach den Vorschriften des Strafgesetzbuches eine härtere Strafe verwirkt ist. ... § 6 Wer weiß oder den Umständen nach annehmen muß, daß er an einer mit Ansteckungsgefahr verbundenen Geschlechtskrankheit leidet und trotzdem eine Ehe eingeht, ohne dem anderen Teile vor Eingehung der Ehe über seine Krankheit Mitteilung gemacht zu haben, wird mit Gefängnis bis zu drei Jahren bestraft. ...“

Die Bekämpfung von Geschlechtskrankheiten bei Prostituierten stellte ein großes Problem dar, wie folgendes Schreiben vom 21. Februar 1928 von Prof. von Pezold deutlich macht: „... Die Karlsruher Erfahrungen ergaben, daß die Berufsdirnen ihre Krankheiten in all den Fällen zu verheimlichen suchten, in denen sie eine Unterbrechung ihrer Erwerbstätigkeit durch Zwangshospitalisierung zu befürchten haben. Da sie wissen, daß jeder beamtete Arzt sie im Fall einer ansteckenden Krankheit dem Krankenhaus überweist, wenn er nicht gegen sein ärztliches Gewissen verstoßen will, werden sie ihm gegenüber stets zu Täuschungsversuchen greifen. Deshalb sind sie vor dem 1. Oktober 1927 zahlreich vor der polizeiärztlichen Untersuchung zu einem anderen Arzt gegangen. Als ich kürzlich eine Berufsdirne mit Gonorrhoe ins Krankenhaus einwies, da sprudelte sie in ihrer Wut heraus: 'Hierher gehe ich nicht mehr zur Untersuchung. Ich weiß genau, wo ich mir scharfe



Prof. Dr. Hans von Pezold (1870–1935),
Leiter der Hautabteilung 1919–1934.

Einspritzungen geben lassen kann, die alles beseitigen.' Daher muß bei jeder Berufsdirne damit gerechnet werden, daß sie durch Täuschungsmittel ein etwaiges Geschlechtsleiden zu verbergen suchen wird. Etwas anderes ist es, wenn es sich um ambulante Vorsichtskuren bei Syphilis handelt, bei denen eine Krankenhausaufnahme nicht stattfindet. Zu diesen kommen sie in der richtigen Erkenntnis vom Wert ausgiebiger Behandlung. Ich habe vor dem 1. Oktober 1927 zweihundert solche ambulante Lueskuren bei Kontrollmädchen kostenlos gemacht und sie stets bereitwillig gefunden. In der Delegierten-Versammlung der D.G.B.G. (Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten) in Stuttgart am 27. Juni 27 faßte der Vorsitzende Geheimrat Haddassohn die Meinung der Anwesenden in den Worten zusammen, daß bei Prostituierten stets der Verdacht der Geschlechtskrankheit vor-

liegt. Es sei eine Gefahr, jeden Arzt zu ermächtigen, die Gesundheitszeugnisse auszustellen. Die praktischen Ärzte würden selbst meist zugestehen, daß ihnen die Möglichkeit fehlt, diese Zeugnisse auszustellen. Die Erfahrungen nach dem 1. Oktober 1927 haben außerdem gezeigt, daß auch fachärztliche Zeugnisse nicht immer den Ansprüchen genügen. Med. Rat Battlehner hat nicht nur die größte Erfahrung in der Untersuchung, er hat auch die notwendigen Personalkenntnisse. Ihm wird es nicht vorkommen, daß eine gesunde Freundin statt der erkrankten Dirne sich dem Arzt zur Untersuchung vorstellt. Die Erfahrungen nach dem 1. Oktober 1927 haben weiter gezeigt, daß keine einzige Dirne vom Privatarzt eingewiesen wurde. Daß darin eine sehr große Gefahr liegt, weil die kranke Dirne stets ihrem Beruf weiter nachgeht, liegt auf der Hand."

Obwohl gegen Ende der 1920er-Jahre bei Erwachsenen langsam ein Rückgang von Syphilis und Gonorrhoe zu verzeichnen war, kam es bei Kindern und Jugendlichen immer wieder



Plakat der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, 1920er-Jahre.

zu Ansreckungen, wie in einem Bericht der Deutschen Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten – Landesverband Baden vom 29. August 1927 zu lesen ist: „... Die Zahl der angeborenen Syphilisfälle spielt noch eine große Rolle, auch unter den Kleinkindern und Schulkindern haben Geschlechtskrankheiten, besonders Gonorrhoe, ihre Bedeutung nicht verloren. Auffallend groß ist die Zahl der Jugendlichen, die nach der Schulentlassung geschlechtskrank werden. Dass Knaben von 14 bis 15 Jahren schon regelmäßig geschlechtlich verkehren, natürlich mit gleichaltrigen Mädchen, scheint keine Ausnahme mehr zu sein. ... Erwähnt werden muß als häufige Quelle der Geschlechtskrankheiten der abendliche Besuch von Cafés durch Jugendliche weiblichen Geschlechts, ebenso die Häufigkeit der Beziehungen zwischen Schülern und den Dienstmädchen ihres Elternhauses. ...“²⁶

Während sich nach den schweren Kriegs- und Nachkriegsjahren der physische Zustand der Bevölkerung stetig verbesserte, nahmen psychische Erkrankungen zu. Vorherrschend waren Alkoholmissbrauch sowie Psychosen und Hysterie. In der damaligen Zeit galt Epilepsie, im Gegensatz zu heute, als Geisteskrankheit.²⁷

Das Absonderungshaus für ansteckende Krankheiten

In dem eingeschossigen Pavillon gab es eine Männer- und eine Frauenstation. Jede Station verfügte über einen Krankensaal mit insgesamt sechs Betten, ein Isolierzimmer, Tagesraum, Badezimmer, Schwesternzimmer, Ärztezimmer, Wärterzimmer, Wäschezimmer, einer Teeküche sowie Toiletten. Im Vorraum der Männer-toiletten befanden sich Sputum-, Fäkalien- und Wäschekocher. Die Küche befand sich zwischen den beiden Stationen, im Kellerraum

war eine Speisekammer eingerichtet.²⁸ Im Absonderungshaus (auch Epidemiehaus genannt) wurden u. a. Tuberkulosekranke versorgt. Prof. von Beck hatte bereits 1910 bedauert, dass er keinen speziellen Bau für Tuberkulosekranke geschaffen hatte, da im Absonderungshaus leichtere und schwere Tuberkulosefälle gemeinsam untergebracht werden mussten, was für die Genesung nicht zuträglich war und die Arbeit der Ärzte und Schwestern erschwerte. Die Forderung nach einem Erweiterungsbau hatte er aber in der Folgezeit aus finanziellen Gründen nicht weiter verfolgt.

Tuberkulose war eine, wenn nicht gar die Hauptkrankung zu Beginn des 20. Jahrhunderts. Sie war schwer in den Griff zu bekommen, da nur in Ausnahmefällen eine Einweisung ins Krankenhaus erfolgte. Meistens wurden die Kranken zu Hause versorgt, wodurch sich aufgrund der beengten Wohnverhältnisse in den 1920er-Jahren gleich ganze Familien ansteckten und sich die hygienische Sanierung schwierig gestaltete.

Tuberkulosesterblichkeit in Karlsruhe 1922–1928

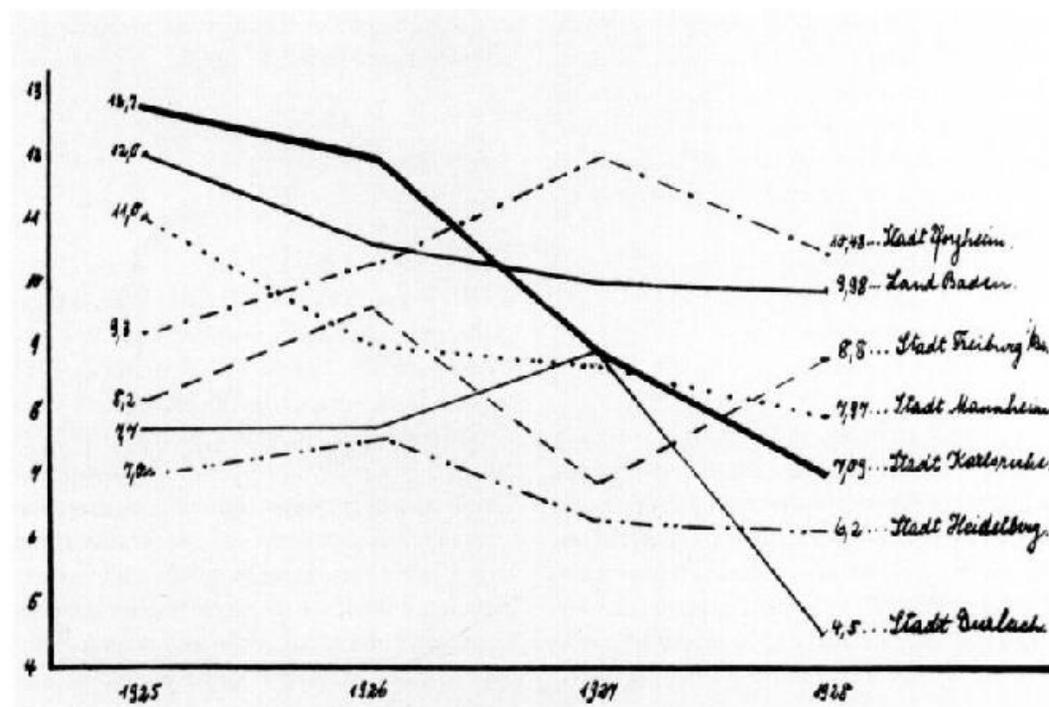
Um die Lage in den Griff zu bekommen, wurde 1922 eine städtische Tuberkulosefürsorgestelle unter der Leitung von Dr. Oswald Geißler eingerichtet, die sich ab September 1928 in der Isolierabteilung für Scharlach- und Diphtheriekranken befand. Er verfasste ab 1923 jährlich einen Bericht über die Tätigkeit der Dienststelle. Die wesentlichen Aufgaben und Arbeitsmethoden waren: „... 1. Erfassung und hygienische Sanierung möglichst aller ansteckenden Tuberkulösen; als ansteckend werden bezeichnet alle sicher aktiven schweren Lungenprozesse mit katarrhalischen Geräuschen, Husten und Auswurf, beginnende Spitzenprozesse nur, wenn Bazillen im Auswurf nach-

Tuberkulosesterblichkeit in Karlsruhe 1922-1928

	Kinder bis unter 1 Jahr	Kinder von 1 bis unter 5 Jahren	Kinder von 5 bis unter 15 Jahren	Erwachsene von 15 Jahren und älter
1922	4	7	8	236
1923	7	14	9	288
1924	6	11	8	170
1926	4	12	7	183
1927	1	4	4	125
1928	5	8	4	115

gewiesen sind; 2. Auffindung aller aktiven Tuberkulösen und ihre Überwachung, ferner Überwachung der Angehörigen der ansteckenden Tuberkulösen; 3. Beschaffung des den besonderen Verhältnissen der Tuberkulösen angepaßten Existenzminimums für diese aus Mitteln der Fürsorge oder sonstwie. Die ärz-

lichen Arbeitsmethoden sind: klinische und röntgenologische Untersuchung, letztere in größtmöglichem Umfange, Tuberkulindiagnostik, Auswurfuntersuchungen, Anwendung der Blutsenkungsprobe, Krankenhausbeobachtung. ... " Bereits ein Jahr später zeigten diese Maßnahmen erkennbare Wirkung. Es gab 123



Karlsruher Tuberkulosesterblichkeit im Landesvergleich, 1925-1928.

Tuberkulosesterbefälle weniger, nur noch etwas mehr als jeder zehnte Todesfall war auf Tuberkulose zurückzuführen, und erstmals seit 1914 hatte die Tuberkulosesterblichkeit den Landesdurchschnitt nicht mehr überstiegen (siehe Tabelle links).

Im Jahr 1926 fand eine Neuregelung der Wohnungsfürsorge für Familien mit Offen- und fakultativ Offentuberkulösen statt. Tuberkulösen Familien sollten besondere Zusatzdarlehen beim Hausbau gewährt werden, außerdem Mietbeihilfen „bis zum Erlöschen der Infektionsquelle oder bis zum Wegfall der Hilfsbedürftigkeit“ sowie „ausreichende Beihilfen zur Beschaffung von Möbeln, Betten usw.“.

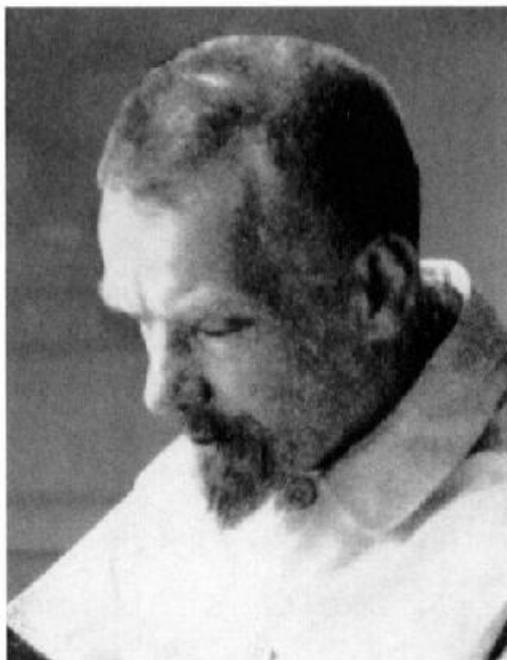
In den Jahren 1927 und 1928 konnten auf den drei Hauptgebieten der praktischen Tuberkulosefürsorgearbeit – der Verhütungsvorsorge, der Heilfürsorge und der Überwachungsfürsorge – weitere Erfolge erzielt und eine Herabsetzung der Röntgengebühren erreicht werden.²⁹

Die Prosektur (Pathologisch-bakteriologisches Institut)

Die Prosektur war ein anderthalbstockiger Bau. Im Kellergeschoss befanden sich der Leichenkeller, ein Sargmagazin, ein Arbeitsraum und ein Aufenthaltsraum für Mitarbeiter. Der Obduktionssaal, damals Sezierraum genannt, lag im Erdgeschoss über dem Leichenkeller. Beide Räume waren durch einen Aufzug miteinander verbunden. Der Aufbahrungsraum war durch einen Gang von dem Sezierraum getrennt. Über eine Freitreppe konnte östlich das Dienstzimmer des Pathologen erreicht werden, westlich gab es noch ein Mikroskopierzimmer und ein Laboratorium. Der erste Prosektor war Prof. Dr. Ernst Schwalbe. 1871 in Berlin geboren, studierte er in Straßburg und Heidelberg. Seine Dissertation über

das Thema „Varietäten der Arteria mediana“ verfasste Schwalbe im Jahr 1895, arbeitete anschließend als Assistenzarzt in Heidelberg, wo er sich 1900 habilitierte. 1907 übernahm er dann die Leitung der Prosektur am Städtischen Krankenhaus, folgte aber bereits 1908 einem Ruf an die Universität Rostock, wo er bis zum 17. März 1920 lehrte. An jenem Tag wurde Prof. Schwalbe bei Unruhen im Zusammenhang mit dem Kapp-Putsch erschossen, als er als Schlichter fungieren wollte.³²

Neuer Prosektor am Städtischen Krankenhaus wurde Prof. Dr. Edgar von Gierke. Geboren 1877 in Breslau, studierte er in Heidelberg, Berlin und Freiburg, wo er sich im Jahr 1905 über das Thema „Das Glykogen in der Morphologie des Zellstoffwechsels“ habilitierte. Nachdem von Gierke im Sommer 1907 in London im Laboratorium des Imperial Cancer Research über experimentelle Krebsforschung gearbeitet hatte, wurde ihm vom Herbst jenes Jahres bis Mai 1908 die Leitung des Pathologischen Instituts der Universität Berlin übertragen. Neben seiner Tätigkeit als Prosektor hielt v. Gierke bis nach dem Ersten Weltkrieg 14-tägig eine Vorlesung in Freiburg und war ab 1909 Privatdozent (ab 1911 a. o. Prof.) für Bakteriologie an der TH Karlsruhe. Während des Ersten Weltkriegs war er als Truppenarzt, Hygieniker und Armeepathologe abkommandiert. Prof. von Gierke veröffentlichte eine Vielzahl von wissenschaftlichen Arbeiten wie beispielsweise das „Taschenbuch der pathologischen Anatomie“. Für seine Arbeiten auf dem Gebiet der Glykogenforschung, der er sich verschrieben hatte, erhielt er internationale Anerkennung. Die Glykogenspeicherungskrankheit, die vor allem bei Kindern auftrat, wurde vielfach als „von Gierke'sche Krankheit“ bezeichnet.³¹ (Zu seinem weiteren Wirken im Städtischen Krankenhaus siehe den folgenden Beitrag von Manfred Koch.)



Prof. Dr. Ernst Schwalbe (1871-1920),
Prosektor 1907-1908.



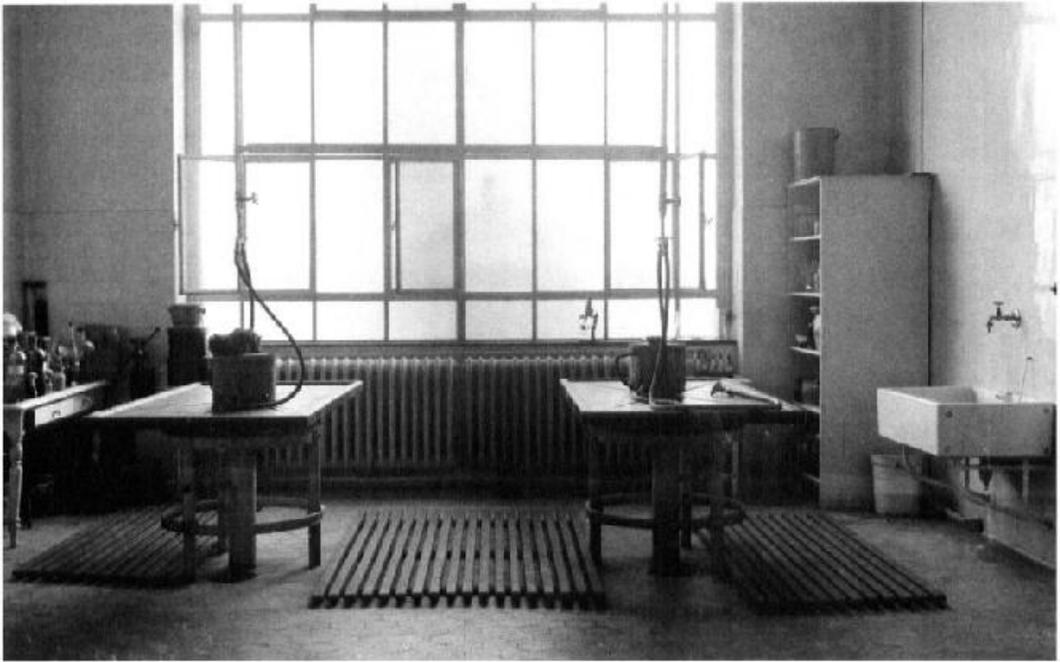
Prof. Dr. Edgar von Gierke (1877-1945),
Prosektor 1908-1938.

Der Bau der Prosektur war ohne die Hinzuziehung eines Fachpathologen erfolgt – Prof. Schwalbe wurde erst bei der Inneneinrichtung beteiligt; er genügte aber dennoch bis nach dem Ersten Weltkrieg den Ansprüchen der Prosektoren. Prof. v. Gierke bemängelte allerdings das Fehlen von Lehr- und Handbüchern, Fachzeitschriften, Archiven sowie eines eigenen Etats für Neuanschaffungen. Da das Krankenhaus lediglich das „Zentralblatt für Bakteriologie“ abonniert hatte, verwendete von Gierke seine Nebeneinkünfte für die Anschaffung wissenschaftlicher Werke.

Da in den ersten Jahren nicht allzu viele Obduktionen, damals noch Sektionen genannt, durchgeführt werden mussten, konnten die einzelnen Fälle gründlicher untersucht werden. Bis zum Ausbruch des Ersten Weltkriegs hatten sie jedoch eine beachtliche Höhe erreicht. Prof. v. Gierke stand neben seinem

Assistenzarzt und der Zeichnerin noch Sektionsdiener Christian Erb zur Seite, der bei den Obduktionen behilflich und für die Herstellung und Aufbewahrung der makroskopischen Präparate sowie für die Betreuung der Versuchstiere verantwortlich war. Während des Ersten Weltkriegs diente die Prosektur als militärische Untersuchungsstelle, und der abkommandierte Prof. v. Gierke wurde durch Dr. Egle vertreten. Die im Jahr 1919 geschaffene zweite Assistentenstelle musste bereits 1923 aus finanziellen Gründen wieder abgeschafft werden.

Zwischen 1918 und 1920 wütete weltweit die Spanische Grippe. Auch in Karlsruhe lagen in den letzten Kriegsmonaten täglich „Dutzende kräftiger, sonst gesunder junger Menschen auf den Leichentischen der Prosektur und der Lazarette“ (von Oktober bis Dezember 1918 waren es allein 349 Opfer), wie Prof. v. Gierke



Obduktionstische in der Prosektur, 1907.

in privaten Aufzeichnungen schreibt. Er konnte sich die Ursache der Erkrankung jedoch nicht erklären, da der Influenzabazillus nur in einem Teil der Fälle nachweisbar war. Die gängige Vermutung, es handle sich um eine Kriegsseuche, bestätigte sich nicht, da auch neutrale Staaten Opfer beklagten. Ebenfalls ausgeschlossen wurde die Ernährungslage, da wohlgenährte Menschen besonders gefährdet waren – eine Besonderheit der Spanischen Grippe. Prof. v. Gierke sollte mit seiner Vermutung, daß „ein unsichtbares Virus eigentlicher Erreger ist“, in gewisser Weise Recht behalten: 2003 gelang dem amerikanischen Pathologen Reid mittels Analyse aufbewahrter Gewebeproben von amerikanischen Soldaten der Nachweis, dass es sich um einen besonders virulenten Subtyp (A/H1N1) der Influenza-A-Viren gehandelt hatte, von denen auch das Vogelgrippevirus (A/H5N1) abstammt.

Nach dem Krieg nahm die Arbeit weiter stetig zu. Neben den Obduktionen wurden Wassermannsche Reaktionen, Blutgruppenuntersuchungen, bakteriologische Untersuchungen des Wassers der städtischen Schwimmbäder, Ärztekurse und auswärtige Aufträge ausgeführt. Grund für die steigende Zahl der Obduktionen war neben der Vergrößerung des Bettenbestands vor allem „das Bestreben der Ärzteschaft, durch einwandfreie Klärung der Todesursachen verstorbener Patienten Fehler in der Diagnostizierung und Behandlung gleicher Krankheiten soweit als irgend möglich zum Nutzen und Vorteil der Bevölkerung zu vermeiden bzw. zu beheben.“ Die Verhältnisse im Leichenkeller waren katastrophal, da es keine Kühleinrichtung gab. So verteilte sich der Geruch im gesamten Haus und eine Fliegen- und Madenplage war nicht in den Griff zu bekommen. Die Mängel wurden lange Zeit

nicht behoben mit der Begründung, „die zur Verfügung stehenden Mittel würden zur Verbesserung der Verhältnisse auf den Krankenstationen gebraucht, damit die Lebenden einen Nutzen davon hätten.“ Erst im Oktober 1938 wurde der längst fällige Umbau auf den Weg gebracht.³²

Die Apotheke

Das neue Städtische Krankenhaus verfügte über eine eigene Apotheke, die sich im Erdgeschoss des Verwaltungsgebäudes befand. Am 23. November 1906 wurde die staatliche Genehmigung zur Errichtung vom Badischen Innenministerium mit drei Auflagen erteilt: „Die nachgesuchte Erlaubnis zur Errichtung einer Hausapotheke in dem neuen städtischen Krankenhaus wird hiermit unter der Bedingung erteilt, daß die Abgabe von Arzneimitteln auf die im Hause befindlichen Kranken und das Hauspersonal, sowie auf den Bedarf des Armenpfründnerhauses beschränkt bleibt, daß die Verwaltung durch einen approbierten Apotheker, dessen Namen hierher namhaft zu machen ist, geführt wird und daß die Hausapotheke, wie alle übrigen Apotheken, der staatlichen Beaufsichtigung unterstellt wird.“ Der erste Apotheker war Ober-Pharmazierart Prof. Artur Hoger, der am 1. Juli 1907 seinen Dienst aufnahm und von einem Assistenten sowie einem Laboranten unterstützt wurde und ein Jahresgehalt von 3.000 Mark bezog. Prof. Hoger wurde 1875 in Freiburg geboren, wo er auch studierte. Von 1902 bis 1907 arbeitete er als Assistent in der Apotheke des Akademischen Krankenhauses in Heidelberg. Die Apotheke des Städtischen Krankenhauses leitete Hoger bis 1946. Während des Ersten Weltkriegs war er als Oberapotheker der Reserve beim Sanitätsamt des 14. Armeekorps abkommandiert. Von 1920–1924 lehrte Hoger nebenamt-



Ober-Pharmazierart Prof. Artur Hoger (1875–1951),
Oberapotheker 1907–1946.

lich an der TH Karlsruhe, die ihn 1946 zum Honorarprofessor ernannte, ab 1930 am Institut für Dentisten in Karlsruhe. 1936 war er noch zusätzlich als Apothekensvisorator tätig. Prof. Hoger verstarb am 1. Oktober 1951 in Karlsruhe.³³

Die Apotheke betrieb bis in die Jahre nach dem Ersten Weltkrieg ein Verbandmateriallager u. a., um Verbraucherstellen mit Verbandmaterial zu versorgen. Die Steigerung des Arzneimittelumsatzes, fehlende zusätzliche Kräfte sowie verkürzte Arbeitszeiten (Einführung des 8-Stunden-Tages) machten eine Zusammenlegung mit dem von einem Verwaltungsangestellten geführten Lager des allgemeinen sanitären Bedarfs notwendig. Die Zahl der täglichen Ordinationen stieg zudem stetig an. Um Lohnkosten zu sparen, wurde der Assistent zwischenzeitlich durch eine Schwester des Roten Kreuzes ersetzt. 1919 wurden pro Tag durchschnittlich 155 Ordinationen angefertigt.

Das Personal umfasste nun zwei Apotheker, einen Assistenten sowie einen Laboranten. Von 1928 bis 1930 stieg die Zahl der Ordinationen von jährlich 36.781 Ordinationen auf 39.295, d. h. von täglich 100,8 auf 107.¹⁴

Die Seelsorge

Im Erdgeschoss des Verwaltungsgebäudes befand sich ein Betsaal für evangelische und katholische Gottesdienste. Am 28. September 1912 wurden der Musiklehrer Rudolf Treusch und „Fräulein“ Hilda Keller als Organisten für den evangelischen bzw. katholischen Gottesdienst angestellt und erhielten ein jährliches Gehalt von 130 Mark. „Fräulein“ Keller wurde am 1. Januar 1915 durch Theodor Ziegler ersetzt. Zu Beginn der 1920er-Jahre befanden sich auch die Kirchengemeinden in finanzieller und personeller Not und stellten deshalb am 20. April 1921 ein Gesuch um eine städtische Beihilfe für die Krankenhausseelsorge: „Die Krankenhausseelsorge ist sehr umfangreich. Die Besuche auf den vielen Stationen, wobei jeder einzelne Kranke individuell behandelt werden sollte, der Beistand im Sterben und die sonntäglichen Gottesdienste machen ein volles Deputat aus. Wir ersuchen deswegen bei der gegenwärtigen Not der Kirchengemeinden um eine städtische Beihilfe von wenigstens je 500 Mark pro Monat.“ Die Stadt bewilligte sogar 6.000 Mark pro Geistlichen, was mit der fortschreitenden Inflation zusammenhing. Ab dem Jahr 1924 betrug die Beihilfe dann 600 Goldmark.¹⁵

Der Erste Weltkrieg

Im Ersten Weltkrieg fungierte das Krankenhaus auch als eines der 15 sogenannten Vereinslazarette. Diese Doppelbelastung führte zu ei-

nem Platzmangel. Als erste Maßnahmen wurden in den Tagesräumen der 3.-Klasse-Stationen jeweils bis zu drei Betten aufgestellt und die großen Krankensäle aufgestockt. Die Krankenhausverwaltung musste sich gegen Vorwürfe der Krankenkassen zur Wehr setzen, dass Kranke abgewiesen würden. Folgendes Schreiben des Verwaltungsdirektors Jakobi an den Bürgermeister vom 20. Dezember 1915 verdeutlicht die Probleme, stellt aber auch klar, dass ernsthaft Erkrankte nicht abgewiesen wurden: „... In Folge der Einrichtung eines Vereinslazarets in unserm Hause und durch die im letzten Winter notwendig gewordene starke Belegung unseres Hauses mit verwundeten und kranken Soldaten ist tatsächlich ein Platzmangel eingetreten. Es ist allerdings nicht richtig, daß in den wirklich dringenden Fällen Krankenkassenmitglieder abgewiesen worden sind. In weniger dringenden Fällen mussten allerdings Abweisungen erfolgen, um den vom Felde kommenden schwerverletzten Soldaten eine sachgemäße Unterkunft und Behandlung, wie sie in unserm Hause möglich ist, zu verschaffen. In unser Haus werden fast ausschließlich nur schwerverletzte und schwerkranke Soldaten aufgenommen. So kann es bei größeren hierher geleiteten Verwundetentransporten mit vielen schwerverletzten Soldaten vorkommen, daß die chirurgische Abteilung unseres Hauses voll belegt werden muß und daß nur in wirklich dringenden Fällen eine weitere Aufnahme möglich ist. Unseres Erachtens kann sich das städt. Krankenhaus mit den ihm zur Verfügung stehenden Ärzten und modernen Einrichtungen der ihm durch den Krieg erwachsenen Verpflichtung zur Aufnahme möglichst vieler Schwerverwundeter so wenig entziehen, als es die Aufnahme von Zivilpersonen in dringenden Fällen ablehnen darf. Die Frage der Unterbringung der Kassenmitglieder ist in erster Reihe eine finanzielle für die Krankenkasse, da die Unterbringung der Kranken



Kriegsküche im Städtischen Krankenhaus, 1916.

in nicht dringenden Fällen außerhalb von Krankenhäusern möglich sein muß. Zu Friedenszeiten wurde sehr oft darüber geklagt, daß zu viele Leute in das Krankenhaus eingewiesen würden, wodurch der Krankenkasse erhöhte Kosten entstehen würden. Diese finanzielle Frage muß aber jetzt in den Hintergrund treten und es muß lediglich dafür gesorgt werden, daß in dringenden Fällen auch bei Platzmangel Kranke nicht abgewiesen werden müssen. ...“

Die bald nach Kriegsbeginn einsetzende Lebensmittel- und sonstige Not veranlasste die Krankenhausleitung, Maßnahmen zur Selbstversorgung zu treffen. Entlang der Kußmaulstraße, in dem Waldstück zwischen dem Absonderungshaus und der Umfassungsmauer, ließ man 1915 eine Doecker'sche Krankenbaracke zur Unterbringung Seuchenkranker errichten. Eine schwere Ruhrepidemie 1917/18 machte den Bau zweier weiterer Baracken vor

dem Absonderungshaus notwendig. Das Geschirr wurde in einem speziellen Kochapparat in einem Holzschuppen neben dem Badehaus desinfiziert.

Im südwestlichen Teil des Krankenhausgeländes, wo bereits ein Gemüsegarten existierte, ließ die Leitung einen Schweinestall sowie Ställe für Kleintiere (Hasen, Hühner und Enten) errichten. Am Stadtrand wurden Ziegenställe gemietet, ebenso ein Fabrikgebäude in der Stößerstraße. Die dort eingerichtete Gemüsedarre, Marmeladenfabrik und Mosterei dienten nicht nur der eigenen, sondern auch der Versorgung der übrigen Bevölkerung. Am 11. Mai 1916 wurde im Städtischen Krankenhaus von der Stadt eine der zwei Zentralküchen eingerichtet, die vom Krankenhauspersonal betreut wurde. Die zweite befand sich in der Festhalle und wurde vom Badischen Frauenverein betrieben. Das Städtische Krankenhaus

stellte Josef Iltz als Betriebsleiter der Kriegsküche und der Marmeladenfabrik sowie als Aufseher über die Dörranlage ein. Er bekam ein monatliches Gehalt von 600 Mark.³⁶

Nachkriegszeit und Inflation

Nach dem Ende des Ersten Weltkriegs wurden die zwei Baracken vor dem Absonderungshaus abgerissen und zahlreiche der kriegsbedingten Nebenbetriebe aufgelöst. Die Doecker'sche Krankenbaracke blieb jedoch entsprechend einer staatlichen Vorschrift zur Unterbringung Pockenkranker weiterhin in Betrieb. Auch die Schweine- und Hühnerhaltung wurde fortgesetzt, da sie sich als rentabel erwiesen hatte.

Wie alle übrigen Lebens- und Wirtschaftsbereiche war auch das Krankenhaus von der massiven Inflation zu Beginn der 1920er-Jahre betroffen. 1922 und 1923 musste die Verwaltung eine Unterbelegung verzeichnen. Zu hohe Pflegesätze und daraus resultierende finanzielle Engpässe veranlassten die Krankenkassen dazu, Patienten nur noch bei akuter Gesundheitsgefährdung in das Krankenhaus einzuweisen. Mit der Unterbringung von Kindern des städtischen Kinderheims in der Hautabteilung konnte die Rentabilität gesteigert werden. Diese Maßnahme machte allerdings eine Verlegung von Patienten nötig. Männer wurden im Absonderungshaus untergebracht, Frauen im anderthalbstöckigen Mittelbau des Isoliergebäudes für Diphtherie und Scharlachkranke.³⁷

Die Gesundheitsverhältnisse Ende der 1920er-Jahre

Durch verbesserte hygienische Bedingungen nahmen Geschlechtskrankheiten und Tuberkulose stetig ab. Dagegen war bei Geistes-

krankheiten sowie Alkohol- und Drogenmissbrauch eine deutliche Zunahme zu verzeichnen. Die Gründe hierfür waren vielfältig. Zum einen litten viele Menschen an Kriegstraumata, während der Inflation riefen Armut und Arbeitslosigkeit seelisches Ungleichgewicht hervor, und bei Kokain handelte es sich um eine Modedroge, die sogar ärztlich verschrieben werden konnte und mitunter auch unerlaubt in Apotheken ausgegeben wurde. Ein Bericht aus dem Jahr 1927 schildert diese Problematik: „... Cocain wird in bedrohlicher Weise geschnupft. Ob ärztliches Rezept oder unerlaubte Abgabe durch Apotheker oder Schieber diesem Rauschgift-Mißbrauch Vorschub leistet, ist nicht klar. Wahrscheinlich ist alles Drei nebeneinander der Fall. Hier wäre unbedingt festzustellen, in welchen Apotheken ein starker Cocain-Verbrauch stattfindet und ob und welche Ärzte das Cocain verschrieben haben. Auch der unmaßige Zigarettenverbrauch ist wieder zu erwähnen. ...“

Was die Geisteskrankheiten angeht, muss man aus heutiger Sicht sagen, dass damals einige Erkrankungen unter- bzw. falsch eingeschätzt wurden. Die Ursachen waren zum Teil nicht bekannt bzw. unzureichend erforscht, was zur Folge hatte, dass die Patienten nicht ausreichend behandelt wurden. Im Jahresbericht vom 31. Juli 1929 über die Gesundheitsverhältnisse in Karlsruhe im Jahr 1928 konnte aber trotzdem eine positive Gesamtentwicklung verzeichnet werden: „Der durchschnittliche Gesundheitszustand im Jahre 1928 ist als gut zu bezeichnen. Ende des Jahres setzte eine Grippeepidemie ein, die sich besonders in den Monaten Februar und März 1929 auswirkte. An Kleinwohnungen macht sich noch vielfach starker Mangel bemerkbar. Die Hygiene des täglichen Lebens hat sich gegenüber früheren Jahren ganz erheblich gebessert. Der Ernährungszustand der Bevölkerung ist als gut zu bezeichnen. Mangel an Wäsche oder Kleidung

war nur in wenigen Fällen festzustellen. Ein gehäufteres Auftreten von Krankheiten wurde nicht bemerkt. In sehr geringem Maße macht sich eine Zunahme von Lungengeschwülsten bemerkbar. Die Tuberkulose nimmt offenbar noch mehr ab. Eine Zunahme der Geschlechtskrankheiten konnte nicht festgestellt werden. Geisteskrankheiten und Alkoholismus nahmen erheblich zu. Rauschgiftmißbrauch wurde beobachtet und zwar 1 Fall von Kokainismus und 5 Fälle von chron. Morphinismus. Die Kropfkrankheit hat gegenüber früher abgenommen; eine Zunahme des Krebses hat nicht stattgefunden. ...³⁸

Das Städtische Krankenhaus 1930

Am 29. Dezember 1930 starb der Ärztliche Direktor Prof. von Beck. Er hatte das Krankenhaus stets als sein Lebenswerk angesehen und war während seiner Dienstzeit in seinen Ansprüchen sehr zurückhaltend und äußerst sparsam. Diese an sich gut gemeinte und sicherlich auch den gesamtdeutschen finanziellen Gegebenheiten geschuldete Zurückhaltung bewirkte jedoch, dass das Krankenhaus nicht immer mit den Fortschritten auf dem Gebiet des modernen Krankenhauswesens hatte mithalten können. In den Jahren nach 1930 mussten deshalb größere Geldsummen in die Modernisierung der Bauten und Einrichtungen investiert werden.³⁹

Das Kinderkrankenhaus in der Karl-Wilhelm-Straße

Planung und Finanzierung

Während des Ersten Weltkriegs regte Großherzogin Luise, der die Kranken- und Armenfürsorge schon immer ein wichtiges Anliegen

gewesen war, in Karlsruhe den Bau eines Krankenhauses speziell für Kinder an. Zu diesem Zweck beauftragte sie den Badischen Frauenverein im Jahr 1917 mit einer Sammlung. Das gesammelte Geld, Ende des Krieges 1918 waren bereits eine Million Mark zusammengekommen, sollte der Errichtung einer Landesstelle für Mütter- und Säuglingsfürsorge, bestehend aus einem Säuglings- und Kinderkrankenhaus sowie einer Schule zur Ausbildung von Säuglingspflegerinnen zu Gute kommen.

In der Folgezeit wurde das Projekt vom Badischen Landesausschuss für Säuglings- und Kleinkinderpflege betreut, dessen Geschäftsführer der spätere Klinikleiter Prof. Dr. Franz Lust war. Bereits am 8. Juni 1918 lud er den Oberbürgermeister ein, einer entsprechenden Baukommission beizutreten, die sechs Tage später erstmals zusammenkam, um über ein Baugelände abzustimmen. Es befand sich westlich der Yorck- und südlich der Sophienstraße und war teilweise im Besitz der Domäne und der Stadt. Sie hatte ohnehin von Anfang an eine finanzielle Unterstützung zugesagt und dieses Versprechen mit 40.000 Mark zum 80. Geburtstag der Großherzogin dann auch eingelöst. Die gesamte Bausumme belief sich zunächst auf 700.000 Mark, bereits Anfang 1919 musste jedoch mit einer Überteuierung von 80 bis 100 % gerechnet werden, was die Kosten auf ca. 1,3 Millionen Mark steigen ließ. Der Landesverband hatte geplant, nur einen Teil der durch Spenden zusammengetragenen einen Million für den Bau auszugeben, und bat deshalb Stadt und Staat um finanzielle Unterstützung. Da der Grundstückswert jedoch auf 250.000 Mark geschätzt wurde und die Bau- und Betriebskosten sich damit auf insgesamt 1,6 Millionen Mark beliefen, war die Stadt angesichts der schwierigen Nachkriegsverhältnisse nicht in der Lage, einen größeren Baukostenzuschuss zu gewähren. Erschwerend kam noch die angeforderte Stellungnahme von



Die Kinderklinik (ehemals Viktoria-Pensionat), 1920.

Prof. v. Beck hinzu, in der er das Vorhaben als „nicht vordringlich“ einstuft und der Stadt empfahl damit zu warten, „bis ruhigere Zeiten unter besseren Geldverhältnissen eine günstigere Finanzierung ermöglichen.“

Aus dieser festgefahrenen Situation heraus entschloss sich Großherzogin Luise im März 1920, den Betrieb ihres Viktoria-Pensionats in der Karl-Wilhelm-Straße, einer Erziehungsanstalt für junge Mädchen, zu Gunsten des geplanten Kinderkrankenhauses aufzugeben, wie aus einem Schreiben des Badischen Landesausschusses für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge an den Stadtrat vom 4. März 1920 hervorgeht: „... I. K. H. die Großherzogin Louise hat sich entschlossen, den Betrieb des ihr gehörigen Viktoriapensionats für die Erziehung junger Mädchen in Karlsruhe (Karl-Wilhelmstr.) im Sommer ds. Jr. zu Gunsten eines Kinderkrankenhauses aufzugeben, und das Finanzmi-

nisterium hat in voller Würdigung des dringenden Bedürfnisses einer derartigen Anstalt seine Zustimmung zur Verwendung des dem Staat vertragsmäßig zufallenden Gebäudes gegeben. Für die Einrichtung eines Kinderkrankenhauses ist damit ein Gebäude gefunden worden, das dank seiner Bauweise und seiner schon vorhandenen sanitären Einrichtungen für eine derartige Anstalt wie geschaffen erscheint und mit einem verhältnismäßig geringen Aufwand zu einem, auch den weitgehendsten Forderungen entsprechenden Krankenhaus umgewandelt werden kann und wir sind überzeugt, daß die Stadt Karlsruhe durch diesen glücklichen Zufall ein Säuglings- und Kinderkrankenhaus erhält, mit dem sich in Baden keines und nur wenige im Reiche vergleichen lassen. Diese Aussicht dürfte um so mehr zu begrüßen sein, als die Zeitverhältnisse dem schon vor vielen Jahren für dringend erkann-

ten Pläne zur Errichtung eines Kinderkrankenhauses gerade in Karlsruhe eine damals noch ungeahnte Bedeutung gegeben haben, in einer Zeit, in der die Zahl der einer Anstaltsbehandlung bedürftigen Kinder in Folge der erschreckenden Zunahme der Tuberkulose, der Geschlechtskrankheiten und anderer Infektionen gerade im jüngsten Kindesalter und in Folge der immer weitersteigenden Wirtschafts- und Wohnungsnot in den letzten Jahren noch ganz erheblich zugenommen hat und immer noch weiter zunimmt. Über die weitere Ausgestaltung des Planes sowie über seine finanziellen Unterlagen werden wir baldmöglichst weiter berichten.⁴⁰

Das Internat konnte tatsächlich innerhalb weniger Monate zum Kinderkrankenhaus umgebaut und das Mobiliar weitestgehend übernommen werden. Betten für Säuglinge, Kleinkinder und Kinder, Wäsche, medizinische Geräte sowie eine Röntgeneinrichtung mussten zusätzlich angeschafft werden. Noch vor der Eröffnung geriet der Landesausschuss abermals in finanzielle Schwierigkeiten, bedingt durch die allgemeinen politischen und wirtschaftlichen Probleme der Zeit (politische Unruhen, Wohnungsnot, wirtschaftlicher Niedergang und Lebensmittelknappheit bei überhöhten Preisen). Der vorläufige Haushaltsplan ergab einen jährlichen Fehlbetrag von 150.000 Mark, was den Landesausschuss veranlasste, an die Stadtverwaltung heranzutreten und eine jährliche Unterstützung in entsprechender Höhe zu beantragen. Sie willigte unter zwei Bedingungen ein, nämlich erstens, dass die Eigentumsverhältnisse des Hauses endgültig geklärt werden müssten und zweitens, dass sie ein maßgebliches Mitspracherecht in Verwaltungsangelegenheiten des Krankenhauses bekomme. Der Badische Landesausschuss für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge gründete daraufhin einen Verwaltungsrat, dem auch vier Vertreter der Stadt angehörten.⁴⁰

Der Mietvertrag

Zwischen der Großherzogin Luise, vertreten durch die großherzogliche Vermögensverwaltung Karlsruhe, und dem Landesausschuss für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge wurde am 27. August 1920 ein Mietvertrag abgeschlossen, der bis zum 31. Dezember 1934 Gültigkeit besaß, da das Gebäude an diesem Datum, entsprechend eines anderen Vertrages zwischen dem Freistaat Baden und der großherzoglichen Familie, an das Badische Finanzministerium fallen sollte. Die Miete betrug jährlich insgesamt 30.000 Mark. Die ordnungsgemäße Unterhaltung des gesamten Gebäudes lag in der Verantwortung des Landesverbandes, bauliche Veränderungen bedurften der Zustimmung der Großherzogin. Die Steuern mussten ebenfalls vom Landesverband entrichtet werden.

Der Stadtverwaltung war daran gelegen, dass der Staat sich bereit erklärte, die dauernde Fortführung des Unternehmens zu sichern. Wenn nämlich der Landesverband irgendwann den Betrieb aus irgendwelchen Gründen aufgeben und der Staat daraufhin das Grundstück für andere Zwecke in Anspruch nehmen oder nicht mehr zur Verfügung stellen würde, müsste die Stadt für Ersatz sorgen, selbst ein Krankenhaus schaffen, oder das vorhandene Unternehmen, das sie schon jahrelang finanziell unterstützt hatte, teuer erstehen. Zwei Tage nach Unterzeichnung des Mietvertrages erklärte sich das Badische Finanzministerium bereit, dem Landesausschuss das Gebäude auch nach 1934 für den Betrieb des Kinderkrankenhauses zu überlassen.⁴¹

Die Organisation des Kinderkrankenhauses

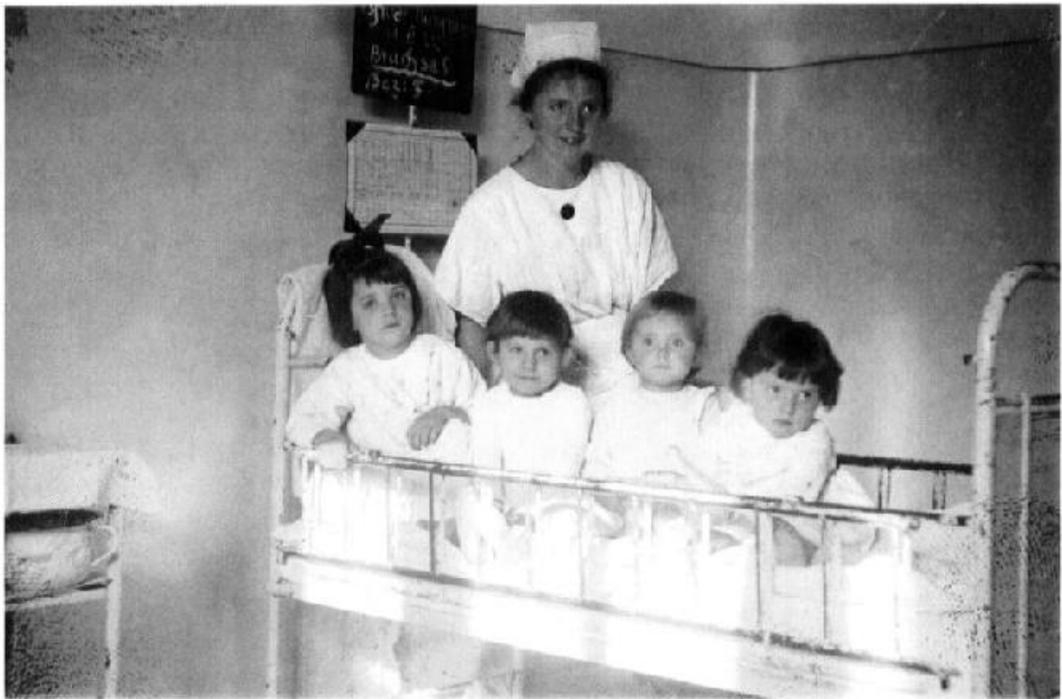
Am 6. November 1920 wurde das Säuglings- und Kinderkrankenhaus mit 120 Betten eröffnet. Aufgenommen wurden kranke Kinder von

der Geburt bis zum vollendeten zwölften Lebensjahr. Die Pflegetätigkeiten betrug in den allgemeinen Krankensälen für Kinder bis zu drei Jahren täglich zehn und bis zu zwölf Jahren zwölf Mark, die Unterbringung in Einzel- oder Doppelzimmern belief sich auf 20 bzw. 30 Mark. Die erste Belegschaft bestand aus dem Klinikleiter Prof. Dr. Franz Lust, dem zwei Assistenzärzte zur Seite standen, dem Leiter der chirurgisch-orthopädischen Abteilung Prof. Dr. Bernhard Baisch, der Schwestern-Oberin Maria Baumann, elf Kinderkrankenschwestern, zwei Säuglingspflegerinnen, sechs Dienstboten und zwei Hausdienern.

Die Krankensäle (acht bis zehn Betten) waren aus den ehemaligen Unterrichts- und Schlafräumen entstanden, die Ein- und Zweibettzimmer (ausschließlich für Privatpatienten) aus den Musikzimmern. Die Garderobe wurde

zum Wartezimmer umfunktioniert. Auf dem Gebiet der psychosozialen Betreuung kranker Kinder übernahm das Krankenhaus eine Vorreiterrolle, da Begleitpersonen (Mütter oder Pflegerinnen) mit aufgenommen werden konnten. In den meisten deutschen Kinderkliniken wurde dies erst in den 1970er-Jahren verwirklicht bzw. als notwendig angesehen.

In der Kinderklinik gab es sechs Abteilungen: die Säuglings-, die Innere, die Chirurgisch-Orthopädische, die Röntgen-, die Beobachtungs- und die Infektionsabteilung. Patienten, bei denen ein augen- oder ohrenärztlicher Eingriff notwendig war oder die an Scharlach oder Diphtherie erkrankt waren, konnten zunächst nicht in der Kinderklinik behandelt werden. Der Röntgenapparat wurde insbesondere zur Diagnose der damals weit verbreiteten Lungentuberkulose benötigt.



Kinder nach überstandener Meningitis-erkrankung, 1920er-Jahre.



Kinder auf dem „Keuchhustenbalkon“, 1920er-Jahre.

Außerdem gab es sogenannte „Keuchhustenbalkone“, damit die kleinen Patienten zur Erholung warm zugedeckt an der frischen Luft sein konnten.⁴²

Der erste Leiter der Kinderklinik war Prof. Dr. Franz Lust. Er wurde 1880 in Frankfurt/Main geboren und studierte in München, Berlin und Heidelberg. Nach seiner Approbation 1904 war er bis 1907 als Assistenzarzt am Städtischen Klinikum Wiesbaden tätig. Ab 1907 arbeitete Lust an der Kinderklinik Heidelberg unter den renommierten Kinderärzten Prof. Dr. Feer und Prof. Dr. Moro. 1913 wurde er zum Privatdozenten ernannt, 1919 zum außerordentlichen Professor. Während des Ersten Weltkriegs kam Lust auf Wunsch der Großherzogin Luise als Oberarzt an die preußisch-badische Kadettenschule nach Karlsruhe. Das Kriegsende erlebte er als Stabsarzt am

Mönchshoff-Lazarett in Heidelberg. Außerdem war er aufgrund seiner hervorragenden Französischkenntnisse Mitglied der Gefangenen-austauschkommission in Konstanz und Genf. 1918 verfasste Lust sein bis 1994 in 28 Neuauflagen erschienenes Lehrbuch „Diagnostik und Therapie der Kinderkrankheiten“. Im Hinblick auf die Gründung und Einrichtung der Kinderklinik in Karlsruhe ernannte ihn die Großherzogin Luise in jenem Jahr zum Geschäftsführer des Badischen Landesverbandes für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge. Prof. Lust leitete die Klinik bis 1933 und entwickelte sie in dieser Zeit zu einem angesehenen Kinderkrankenhaus. In seiner Freizeit spielte er gerne auf der Orgel in der Krankenhauskapelle.⁴³ (Zu seinem Schicksal als jüdischer Arzt im Dritten Reich siehe den folgenden Beitrag von Manfred Koch.)



Prof. Dr. Franz Lust (1880–1939),
Leiter der Kinderklinik 1920–1933.



Prof. Dr. Bernhard Baisch (1880–1945), Leiter der
chirurgisch-orthopädischen Abteilung von 1920–1945.

Die chirurgisch-orthopädische Abteilung

In der Regel gab es bis nach dem Zweiten Weltkrieg kaum Chirurgen, die ausschließlich Kinder operierten. Das Fachgebiet „Kinderchirurgie“ etablierte sich erst ab Mitte der 1960er-Jahre als Teilgebiet der Chirurgie und seitdem gibt es auch spezielle Kinderchirurgen. Vorher wurden diese Eingriffe von Allgemeinchirurgen vorgenommen. Die Kinderklinik in Karlsruhe war also mehr als ein Vorreiter auf diesem Gebiet. Das hatte vor allem zwei Gründe, nämlich den selbstständigen Status der Klinik sowie die räumlich weite Entfernung vom Städtischen Krankenhaus. Diesen Vorteil der von der großen Chirurgie weitgehend unabhängigen operativen Versorgung der Kinder gab es in der damaligen Zeit nur an wenigen Universitätskliniken. Außerdem mussten die

Kinder zur Operation nicht verlegt und konnten von erfahrenen Kinderkrankenschwestern betreut werden.⁴⁴ Prof. Dr. Bernhard Baisch leitete als Belegarzt (d. h. ohne volles bzw. festes Gehalt) die chirurgisch-orthopädische Abteilung der Kinderklinik von 1920 bis 1945. Neben seiner Tätigkeit als Chirurg war er als Orthopäde für die sogenannte „Krüppelfürsorge“ tätig, eine Organisation, die körperlich behinderte Kinder betreute. Die Behinderungen wurden damals in den meisten Fällen durch Kinderlähmung, Osteomyelitis und aufgrund unversorgter angeborener Fehlbildungen wie Klumpfüße und Hüftluxationen hervorgerufen. Baisch führte das „orthopädische Turnen für Kinder“ ein, das regelmäßig unter seiner Anleitung im Erdgeschoss der Kinderklinik stattfand. Er war gleichzeitig im St.-Vincentius-Krankenhaus tätig, wo er eine or-



Operationssaal in der Kinderklinik, 1920er-Jahre.

thopädische Abteilung gründete, den Vorläufer der heutigen Orthopädischen Klinik, und betrieb eine Praxis in seiner Privatwohnung. Prof. Baisch wurde am 5. Dezember 1945 bei einem Verkehrsunfall tödlich verletzt.⁴⁵

Die Kinderklinik als Landesanstalt zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit

Nach dem Vorbild des berühmten Kaiserin-Auguste-Viktoria-Kinderkrankenhauses in Berlin-Charlottenburg als Reichsanstalt zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit wurde die Karlsruher Kinderklinik als Landesanstalt mit gleicher Zielsetzung für Baden konzipiert. Zu diesem Zweck wurden dem Krankenhaus mehrere Fürsorgeeinrichtungen angegliedert: das Säuglings- und Mütterheim, eine öffentliche Milchküche sowie eine Pflegerinnenschu-

le zur Ausbildung von Säuglings- und Kleinkinderpflegerinnen bzw. -schwestern. Im Säuglings- und Mütterheim konnten Mutter und Kind so lange bleiben – in der Regel zwei bis drei Monate –, bis die Mutter wieder voll arbeitsfähig war und sie für ihr Kind eine geeignete Betreuungsmöglichkeit gefunden hatte. Die Mütter wurden während ihres Aufenthaltes allerdings zu leichten Hausarbeiten sowie als Ammen zum „Aufpäppeln“ ernährungsgestörter Früh-Neugeborener herangezogen.

Die Milchküche kümmerte sich um die Zubereitung trinkfertiger Säuglingsnahrung und versorgte auf ärztliche Anordnung und gegen Bezahlung auch Kinder außerhalb des Heimes. In der Pflegerinnenschule nahmen Mädchen an ein- bzw. zweijährigen Kursen zur Säuglings- und Kleinkinderpflege teil, die mit einer staatlichen Prüfung abgeschlossen wurden.⁴⁶



Außensicht des Hauses der Gesundheit, 1930.

Inflationszeit und Weiterentwicklung bis 1930

In der Hochphase der Inflation 1922/23 stand das Kinderkrankenhaus vor der Schließung. Die Stadt hatte zwar Zuschüsse gewährt, aber im Frühjahr 1923 wurde plötzlich der eingeräumte Bankkredit gekündigt. Die Schließung konnte durch das Finanzausgleichsgesetz verhindert werden, in dem festgelegt war, dass das Reich 75 % des jährlichen Personalaufwandes ersetzte. Zusätzlich teilten sich Staat und Stadt das restliche Defizit. Nach der Einführung der Rentenmark und den daraus resultierenden stabileren Verhältnissen verbesserte sich die finanzielle Lage des Kinderkrankenhauses.

In der Kinderklinik wurden regelmäßig Fortbildungsveranstaltungen für die Karlsruher Ärzteschaft abgehalten. 1925 holte Prof. Lust den Südwestdeutschen Kinderärztertag nach Karlsruhe, der im Festsaal des Krankenhauses

unter großer nationaler Beteiligung stattfand. Mitte Juli 1928 begann der Landesverband für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge über einen Neubau nachzudenken, in dem die Kurse für Säuglings- und Kleinkinderpflege abgehalten werden sollten. Bei der Finanzierung war man wieder auf Zuschüsse von Staat und Stadt angewiesen, die nach zahlreichen Verhandlungen genehmigt wurden. Der städtische Zuschuss betrug 5.000 Mark. Am 17. März 1930 konnte das sogenannte „Haus der Gesundheit“ eingeweiht werden. In dem Gebäude waren Ausstellungsräume für neun verschiedene Badische Landesverbände und -vereine eingerichtet, die angestrebten Kursräume mit einer Lehrküche sowie ein Kindergarten, eine Säuglingskrippe, Zimmer für auswärtige Kursteilnehmer und ein Schwesternzimmer. Das „Haus der Gesundheit“ war durch einen Kellergang mit dem Hauptgebäude verbunden.⁴⁷



Ansicht des nach dem Bombenangriff vom 8. September 1944 zerstörten Kapellenflügels des Kinderkrankenhauses, aufgenommen 1945.

MANFRED KOCH

Zwischen Aufbruch und Zusammenbruch – Das Städtische Krankenhaus 1931–1945

Die Etablierung einer neuen Leitung des Städtischen Krankenhauses zu Beginn des Jahres 1931 eröffnete die Möglichkeit, dringend gebotene Modernisierungsmaßnahmen für das in die Jahre gekommene Haus in die Wege zu leiten. Die Einsicht in die Notwendigkeit, das Krankenhaus den fortschreitenden Entwicklungen und Erkenntnissen der Medizin anzupassen, fiel in die Zeit der schweren Auswirkungen der Weltwirtschaftskrise, die im Oktober 1929 begonnen hatte. Die führten auch in Karlsruhe dazu, dass im Haushalt Mindereinnahmen aus Steuern und gleichzeitig Mehrausgaben für das Fürsorgewesen in Millionenhöhe entstanden.¹ Die erforderlichen Investitionen in das Krankenhaus mussten deshalb auf Jahre verteilt und mit Beginn des Zweiten Weltkrieges nahezu beendet werden. Im Jahr vor dessen Ausbruch stand die Stadtverwaltung zudem vor der Entscheidung, das Kinderkrankenhaus in eigene Regie zu übernehmen, nachdem die Nazis dem Landesverband für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge die finanzielle Basis entzogen hatten. Das waren jedoch nicht die einzigen Folgen der von der Mehrheit der Deutschen befürworteten oder geduldeten nationalsozialistischen Herrschaft seit 1933. Die Folgen des Krieges führten zu einer sich zunehmend verschlechternden stationären Krankenversorgung und zu Zerstörungen am Gebäudebestand durch die alliierten Luft-

angriffe. Eine zusätzliche in den bisherigen Darstellungen zur Geschichte der städtischen Krankenversorgung weitgehend unterschlagene oder nicht beachtete Tatsache ist die widerstandslose Bereitschaft, das „Arztum“ als „Dienst am deutschen Volk“ zu praktizieren.²

Das Modernisierungsprogramm der neuen Krankenhausleitung

Kritische Bilanz

Mit dem plötzlichen Tod des Ärztlichen Direktors und Chefs der Chirurgischen Abteilung des Krankenhauses, Prof. Dr. Bernhard von Beck (1863–1930), verlor dieses einen über die Grenzen des Landes hinaus bekannten Chirurgen, an dem seine Patienten mit Vertrauen und Verehrung hingen. Es verlor aber auch einen „unnahbaren Klinikchef“³, der im Amt der „Herrenmensch (war), dem keine Bürokratie hereinreden durfte, der Willensmensch, der Unterordnung forderte, der Machtmensch, dem Befehlen angeboren war.“⁴ Der Tod von Becks eröffnete zugleich aber auch die Perspektive zu einer Modernisierung, galt seine übertriebene Sparsamkeit doch als Ursache dafür, dass „das Krankenhaus mit seinen medizinischen Einrichtungen rückständig geworden“ war.⁵



Prof. Dr. Hugo Starck (1871–1956),
Ärztlicher Direktor 1931–1945.

Diese Aufgabe stellte sich dem Nachfolger v. Becks als Klinikchef, Prof. Dr. Hugo Starck (1871–1956)⁶, und als Leiter der chirurgischen Abteilung, Prof. Dr. Paul Drevermann (1890–1942)⁷. Starck war seit 1905 Leiter der medizinischen Abteilung und weltweit bekannt durch seine wissenschaftlichen Arbeiten und Behandlungsmethoden zu Speiseröhrenerkrankungen. Er galt als dynamische Persönlichkeit, die sich nicht mit der ärztlichen und berufspolitischen Tätigkeit begnügte. „Er war kein Kliniksitzer, sondern er liebte das volle Leben und nahm seine Schönheiten überall, wo sie sich ihm boten.“⁸ Er war Kunstliebhaber und Sammler, eine Autorität in Teppichkunde und liebte die Musik Wagners und Schuberts. Im Klinikalltag war aber auch er Patriarch alter Schule, der häufig ohne Zugang zu den sozialen Nöten seiner Kassenpatienten blieb.⁹ Drevermann kam von der Universitätsklinik



Prof. Dr. Paul Drevermann (1890–1942),
Chefarzt der Chirurgischen Abteilung 1931–1942.



Karl Theurer (1882–1963),
Verwaltungsdirektor 1934–1945.

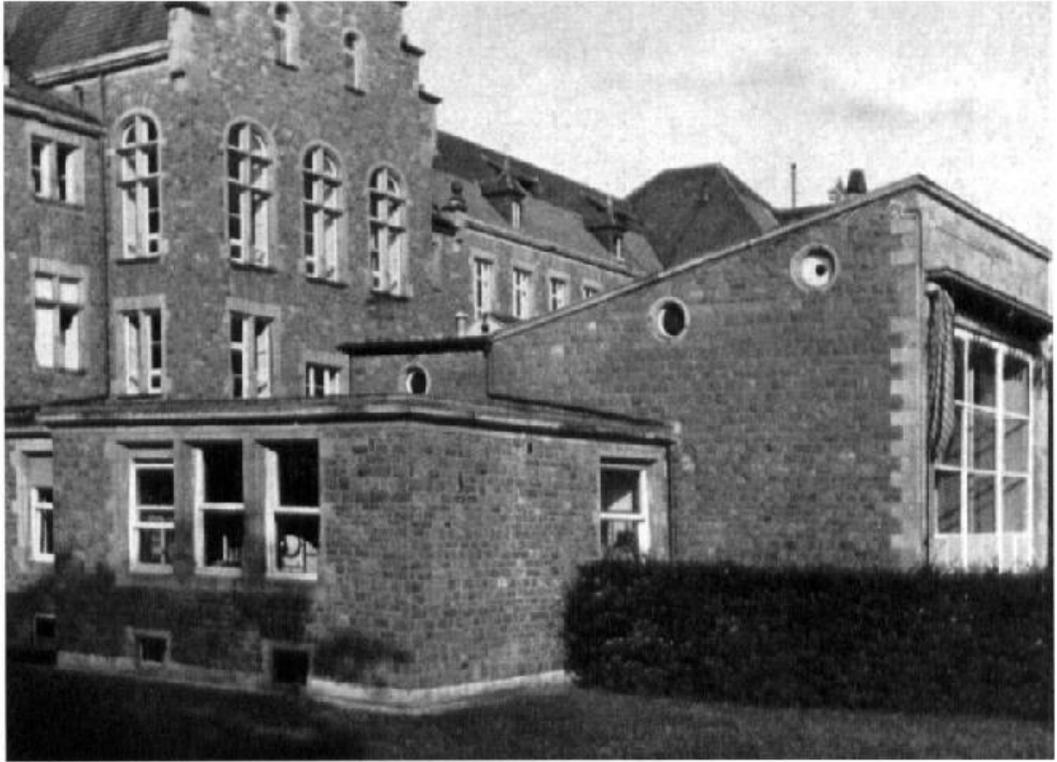
München, wo er sich als hervorragender Chirurg einen Namen gemacht und als Vertreter des Klinikchefs seine Fähigkeiten als Verwalter und geschickter Organisator unter Beweis gestellt hatte. In Karlsruhe galt er wegen seiner ärztlichen Fähigkeiten, seiner Freundlichkeit und seiner väterlichen Fürsorge bald als geachteter und geschätzter Chef. Ihnen zur Seite trat 1934 nach der Pensionierung von Karl Jakob als neuer Verwaltungschef Karl Theurer (1882–1963). Der in Durlach geborene Theurer war seit 1909 in der Krankenhausverwaltung tätig, kannte das Haus also fast von Anfang an, und nahm seit 1917 die Stellvertretung des Verwaltungsdirektors wahr.¹⁰

Bereits 1931 hielt die Leitung des Städtischen Krankenhauses in einer Eingabe an den Stadtrat fest, dass die Entwicklung des Hauses mit den Fortschritten auf dem Gebiet des Krankenhauswesens nicht Schritt gehalten habe.¹¹ Eine weitere Denkschrift von Prof. Starck entstand Ende 1938, auf die im Folgenden Bezug genommen wird.

Als Mängel werden darin allgemein benannt:¹² Das Fehlen kleinerer Räume für die Kranken, da in den ungeeigneten großen Krankensälen die Unruhe hustender und fiebernder Patienten die ruhebedürftigen Schwerkranken störe. Die Sterbenden könnten so auch nur durch einen Wandschirm abgesondert oder in die Bäder verlegt werden, die dann der allgemeinen Benutzung entzogen würden. Ferner seien die Nebenräume durch Ärzte, die dort die Krankenakten führten, durch Pflegepersonal und durch Arzneimittel und medizinische Gerätschaften übernutzt. Des Weiteren sei die Unterbringung der Schwestern und des Wirtschaftspersonals durch den Anstieg der Patientenzahlen und die damit nötige Vermehrung des Personals völlig unzureichend bzw. verursache durch die Anmietung von Räumen im Mutterhaus der Schwestern zusätzliche Kosten. „Die Zustände in der Küche (seien) so

schlecht, dass man nicht hinschauen mag.“¹³ Auch hierfür seien die gestiegenen Patientenzahlen und die entsprechend gestiegene Zahl des Personals und der Essensportionen ursächlich (siehe Tab. S. 189). Es fehle an einem Dampfabzug, einer Abtrennung der Spülräume, die Raummenge sei „so beängstigend, dass in der Küche nicht mehr ohne Lebensgefahr gearbeitet werden“ könne.¹⁴ Außerdem fehle eine gesonderte Diätküche, da viele Krankheiten nach neuen Erkenntnissen mit Diät zu behandeln seien. Dies gelte besonders für die in Karlsruhe besonders zahlreichen Zuckerkranken, die hier auch in der Zubereitung ihrer Diät zuhause unterrichtet werden könnten. Und schließlich könnte durch moderne Anlagen im Maschinenhaus nicht nur die Hälfte des Platzes, sondern auch Geld gespart werden.

Zu Mängeln in den einzelnen Abteilungen führt Starck aus, dass die gesamte Anlage der Hautklinik verfehlt sei, da hier Geschlechts- und Hautkranke sowie Geisteskranke untergebracht seien. Vor allem aber könne nicht verhindert werden, dass Kinder mit Geschlechtskranken in Kontakt kommen, und es fehle an Tages- und Aufenthaltsräumen sowie an einem abgesonderten Gartenteil. Die Erneuerung und Erweiterung der Pathologie sei erforderlich. Die stetig wachsende Hals-, Nasen-, Ohrenabteilung sei zu klein, so dass dort nur Männer untergebracht werden könnten, die Frauen seien auf andere Stationen verteilt. Schließlich fehle ein richtiger Infektionsbau, in dem Fälle von Typhus, Diphtherie, Masern etc. untergebracht werden könnten. Die Abteilung für Geburtshilfe und Gynäkologie sei seinerzeit durch Abtrennung aus der Chirurgie entstanden. Die Chirurgie sei dadurch in ihrer Entwicklung gehemmt worden und die gynäkologische und Geburtshilfe-Abteilung nur ein Notbehelf mit nur einem Kreißsaal. Aufgrund der Zustände sei die Belegung rückläufig, sie müsse aber bei der derzeitigen Geburtenzu-



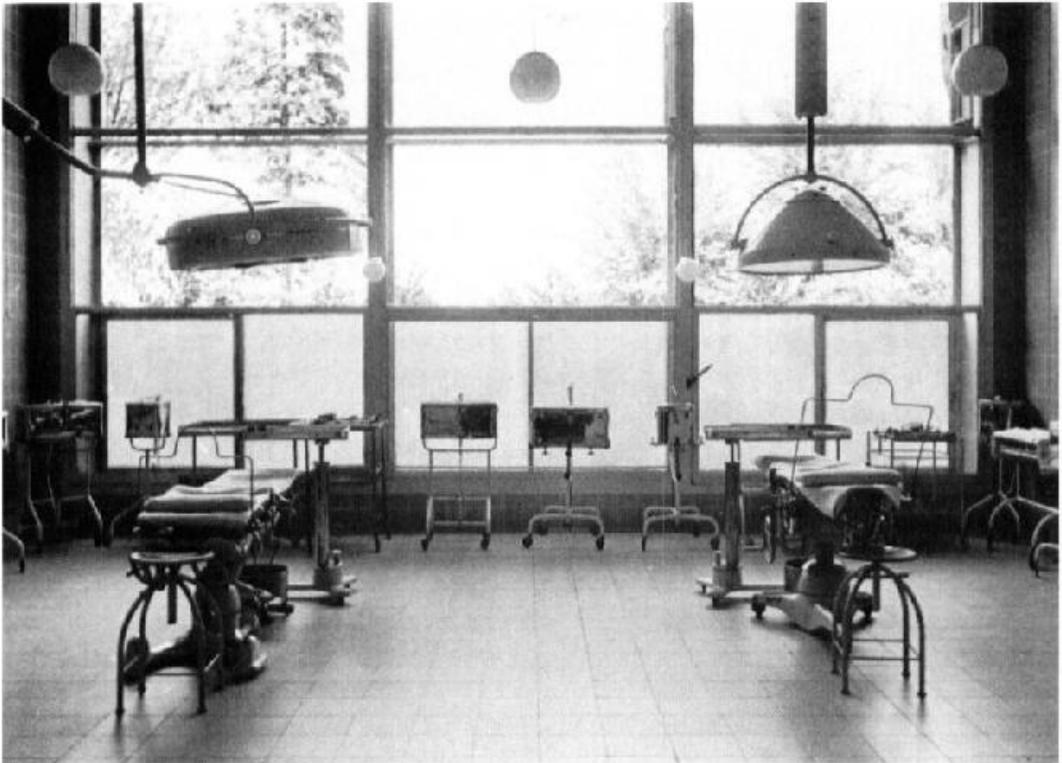
Der neue, 1934 fertig gestellte Operationstrakt.

nahme in verstärktem Maße belegt werden können. Diese Abteilung müsse aus der chirurgischen herausgenommen werden, wenn man als Nachfolger von Herrn Dr. Wagner einen erstklassigen Gynäkologen gewinnen wolle.

Die Baumaßnahmen 1932–1940

Selbst wenn man unterstellt, hier habe ein besorgter Klinikchef die Mängel seines Hauses gegenüber der die Finanzmittel bewilligenden Stadtverwaltung übertrieben dargestellt, wird man nicht umhin kommen, ihm darin zuzustimmen, dass im Vergleich mit anderen modernen Krankenhäusern der Zeit das Städtische

Krankenhaus Karlsruhe in seiner Entwicklung stehen geblieben war. Die Tatsache, dass die Stadt zwischen 1931 und 1940 rund 1 Million Reichsmark (RM) in die Erneuerung des Krankenhauses investierte, belegt zudem, dass tatsächlich großer Handlungsbedarf bestand. Die Krankenhausdirektion hat der Stadt 1931 als Dringlichkeitsprogramm im Wesentlichen die Erweiterung des Operationsgebäudes – eine Bedingung von Prof. Drevermann für die Übernahme der Stelle des Leiters der chirurgischen Abteilung –, die Vergrößerung und Modernisierung der Röntgenabteilung und die Einrichtung einer Diätküche vorgeschlagen.¹⁵ Ein gemessen an der Beschreibung der Mängel durch Prof. Starck zurückhaltendes Bauprogramm, das aus Rücksicht auf die finanzielle



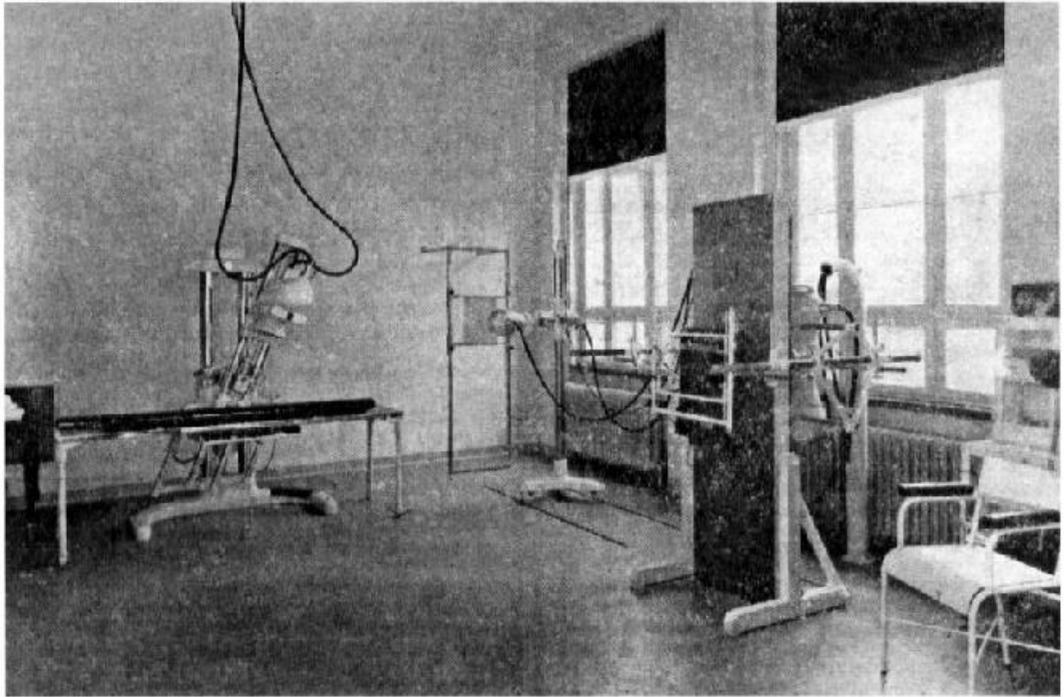
Blick in den neuen Operationssaal mit dem großen Panoramafenster.

Lage im Übrigen auch nur in Etappen verwirklicht werden sollte. Das tatsächlich erstellte Bauprogramm wich dann von dieser Vorstellung aber doch ab.

Der Operationstrakt

Die nach den Vorstellungen von Prof. Drevermann vom Städtischen Hochbauamt ausgearbeiteten Pläne für den Umbau des Operationstraktes beschloss der Stadtrat im Juli 1932. Nach Forderungen auf weitere Verbesserungen reduzierte das Bürgermeisteramt den Kostenrahmen für den OP-Bau, die Sterilisierungsanlage und das Inventar auf ca. 153.000 RM. Stumpf, damals zweiter Verwaltungsbeamter des Krankenhauses, berichtet von der schwie-

rigen Beschaffung der Mittel im Zeichen der Wirtschaftskrise.¹⁶ Die Allgemeine Ortskrankenkasse, deren Direktion die Dringlichkeit des Baus bewusst war, erhielt von der Staatsaufsicht keine Genehmigung zur Gewährung eines Kredits, da man vermutlich eine zu hohe Verschuldung der Stadt befürchtete. Die Mittel wurden dann aus verschiedenen städtischen Kassen zusammengezogen, z. B. auch durch eine Kürzung des Etats der Arbeitsfürsorge. Das neue OP-Gebäude wuchs von 120 auf 290 m² und verfügte über alle erforderlichen Nebenzimmer. Im eigentlichen Operationsraum war Platz für bis zu drei OP-Tische. Im Gegensatz zum alten OP hatte er kein Oberlicht und damit störende Sonneneinstrahlung, sondern ein raumhohes und -breites Fenster nach Nor-



Blick in den Röntgenraum des 1937 fertig gestellten Röntgeninstituts.

den, eine Klimaanlage sorgte für die gewünschte Temperatur und Luftfeuchtigkeit. Nach 14-monatiger Bauzeit konnte das Gebäude im Februar 1934 eingeweiht werden. Prof. Drevermann übernahm die Räume unter dem Motto: „Das Wohl des Kranken ist oberstes Gesetz“.

Das Röntgeninstitut

Die Anwendung der Röntgenstrahlen machte in den 1920er-Jahren rasante Fortschritte. Als diagnostisches Verfahren ermöglichte der Röntgenapparat immer bessere Einblicke in den menschlichen Körper, und in der Therapie kamen Röntgenstrahlen bei immer mehr auch weiter im Körperinneren lokalisierten Krankheiten zum Einsatz (s. Tab. S. 192). Die folge-

richtige Steigerung der Untersuchungs- und Behandlungstätigkeit des Röntgeninstituts auch an ambulanten Patienten führte zu einem spürbaren Raummangel.¹⁷ Durch den Ausbau von Terrassen und die Verlegung des Archivs und der Dunkelkammer in den Keller konnte dieser nicht entscheidend verbessert werden. 1933 schlug die Krankenhausleitung deswegen die Schaffung eines zentralen Röntgeninstituts in der damaligen Krankenstation 24 vor. Mit einem unterirdischen Gang und Aufzügen sollte eine Verbindung zum chirurgischen Hauptgebäude geschaffen werden. Da die Kosten dafür – ohne apparative Ausstattung 270.000 RM – zu hoch waren, musste neu geplant werden. Nun blieben die Röntgeneinrichtungen der Chirurgie bestehen, wodurch ein geringerer Raumbedarf für das neue Röntgeninstitut bestand. Statt in der Station 24

wurde es in der kleineren Station 25 eingerichtet. Der Umbau konnte nach der Verlegung der Patienten in die Station 29, deren Tuberkulose-Patienten in den Scharlachbau gebracht wurden, im Mai 1936 begonnen werden. Im Oktober 1937 übernahm der Leiter des Instituts, Dr. Weiß, sechs diagnostische und vier therapeutische (drei Röntgen- und ein Radiumbestrahlungszimmer) Arbeitsräume mit den notwendigen technischen Räumen und Dienstzimmern sowie Warteräumen und Umkleidekabinen. Die Kosten des Umbaus inklusive der neuen Röntgenapparate betrugen 175.000 RM, Investitionen, die sich angesichts der enormen Steigerungen der Röntgenuntersuchungen und Bestrahlungsbehandlungen ab 1937 (s. Tabelle 4) sicher mehr als gelohnt haben.

Die Nachbehandlungsabteilung

Mit Prof. Drevermann zog in die chirurgische Abteilung auch ein neues Verständnis für die postoperative Nachsorge und die Behandlung unfallverletzter Patienten ein. Die bisher übliche medico-mechanische Behandlung erfolgte in der Weise, dass Patienten in Bewegungsapparaturen, die Krankenpfleger einstellten und beaufsichtigten, passiv bewegt wurden. Es setzte sich dagegen die Überzeugung durch, dass die manuelle heilgymnastische Behandlung gezielter auf die unterschiedlichen Erfordernisse des Einzelfalls eingehen könne als Maschinen. Dafür standen bald zwei Heilgymnastinnen bereit. Die heilgymnastische Behandlung hatte Drevermann offensichtlich in seiner Münchener Zeit kennen gelernt, denn an der dortigen Universitätsklinik gab es ab 1926 die sechste deutsche Krankengymnastik-Schule.¹⁸ Drevermanns Absicht und seine Erfolge, die Erwerbsfähigkeit der Patienten so rasch wie möglich wieder voll herzustellen,

fand vor allem bei den Berufsgenossenschaften Unterstützung. Diese sorgten dann für die Überweisung zahlreicher ambulanter Patienten zur heilgymnastischen Nachbehandlung, mit der Folge eines eklatanten Raum Mangels. Der einzige Behandlungsraum, in dem Frauen und Männer nacheinander behandelt wurden, musste zudem zugunsten eines Untersuchungszimmers verkleinert werden. Gleichzeitig wurden hier Fuß- und Handbäder, Heißluft- und Elektroanwendungen sowie Massagen und Bewegungsübungen durchgeführt. Ferner fehlten ein Warteraum und Umkleidekabinen.¹⁹

Im Juni 1937 ließ sich die zuständige Stadtratskommission von der Notwendigkeit einer besonderen Nachbehandlungsabteilung überzeugen. Die Planung eines einstöckigen Anbaus an das chirurgische Hauptgebäude östlich vom neuen Operationssaal wurde zugunsten des Ausbaus im Keller des westlichen Flügels der Chirurgie aufgegeben. Dafür sprachen das größere Raumangebot, die geringeren Kosten (100.000 statt 120.000 RM) und die Gewinnung von gas- und splittersicheren Luftschutzräumen für transportunfähige Kranke. Nach neunmonatiger Bauzeit ging die Abteilung im Mai 1939 in Betrieb. Geschaffen wurden zwei nur durch eine Schiebewand getrennte Gymnastikräume (je 7 x 7,90 m), ein Diathermieraum, zwei Räume mit gekachelten Arm- und Fußbadewannen und ein Raum für Unterwassermassagen sowie je ein Verbandstoff-, Ruhe- und Büroraum. Dazu entstanden nach Geschlechtern getrennt Warte-, Umkleide- und WC-Räume.

Das pathologische Institut

Die Zustände in der Prosektur/Pathologie stanken seit Jahren im wahren Sinn des Wortes zum Himmel (s. o.), aber erst mit der Neubesetzung der Leitungsstelle durch Prof. Böh-

mig konnte der längst fällige Umbau durchgesetzt werden. Dessen Vorgänger, dem renommiertesten Arzt des Klinikums Prof. v. Gierke, hatte man die Zustände bis dahin zugemutet. Stumpf mutmaßt, Prof. v. Gierke habe sich „wegen der politischen Entwicklungen vor und nach 1933“ mit Forderungen bewusst zurückgehalten.²⁰ Der Stadtrat genehmigte im Frühjahr 1938 die von Prof. Böhmig vorgelegten Änderungspläne. Wegen der Eisen- und Stahlbewirtschaftung im Zusammenhang mit den Westwall- und sonstigen Rüstungsbauten dauerte es aber noch über ein Jahr bis die Stadt die Baugenehmigung erhielt.

Das Prosekturgebäude wurde durch einen Anbau von 4,5 m in Richtung Flugplatz erweitert. Im Inneren wurde durch entsprechende Raumaufteilung „der Leichenbetrieb völlig vom übrigen Institut getrennt.“²¹ Im Keller befanden sich nun ein großer Sektionssaal, ein Leichenkühlraum mit Temperaturschleuse und außen liegender Rampe für den Leichenwagen, Aufbahrungsraum und Sarglager.²² Außerdem wurde hier ein Luftschutzraum für 20 Personen eingerichtet. Im Erdgeschoss lagen neben den Personalräumen vier geräumige Labors: zwei histologische, ein bakteriologisches und ein serologisches. Dazu gab es einen mit entsprechender Technik ausgestatteten Hör- und Demonstrationsaal, in dem jeweils samstags für die interessierte Ärzteschaft Informationsveranstaltungen über Untersuchungsbefunde und erfolgreiche Behandlungsmethoden stattfanden. Im Dachgeschoss verblieben die Bibliothek, die die Stadt von Prof. v. Gierke angekauft hatte, und die anatomische Sammlung und zusätzlich eine Dunkelkammer.²³

Die im Mai 1939 begonnenen Bauarbeiten kamen bei Kriegsbeginn zum Stillstand, konnten dann aber nach Beendigung des Krieges gegen Frankreich zügig im Sommer 1940 fertig gestellt werden. Die Gesamtkosten betragen 123.000 RM. Die Freude an dem „nun den

gesteigerten und modernen Anforderungen genügenden Institut“²⁴ wahrte jedoch nur bis zu den Luftkriegsschäden 1944 (s. u.).

Weitere Um- und Ausbauten

Neben den größeren Baumaßnahmen in einzelnen Abteilungen konnte das Krankenhaus die stattliche Summe von 405.000 RM in Modernisierungen verschiedener Abteilungen investieren, wobei der Schwerpunkt der Bauarbeiten in die Jahre 1937–1939 fiel.²⁵ 1935 erhielt der Westflügel der medizinischen Abteilung einen zweiten Aufzug und 1937 die Hautabteilung u. a. neue Bäder und Spülanlagen. Diese dienten laut Starck „nur unbedingten hygienischen Forderungen“, die Missstände in diesem Bau (s. o.) seien nur durch einen Neubau zu beheben.²⁶ Die größte Summe floss ab 1937 mit 270.000 RM in die Modernisierung der medizinischen und der chirurgischen Abteilung. Hier wurde fließend Wasser in die Zimmer verlegt, eine Lichtruf- und eine Rundfunkanlage installiert sowie der Keller tiefer gelegt und mit Zufahrtsrampen ausgestattet.²⁷ In der Chirurgie wurden durch Abbruch eines Treppenhauses im Westflügel und in der Medizin durch den Ausbau des östlichen Treppenhauses je vier neue Krankenzimmer geschaffen. Dies war sicher auch eine Reaktion auf die steigenden Belegungszahlen des Hauses (vgl. Tab. S. 189). Schließlich erhielt der östliche Seitenflügel der Chirurgie einen dritten Aufzug und Luftschutzräume im Keller durch Tieferlegung und Unterfangen der tragenden Mauern.

Die von Prof. Starck gewünschte Verkleinerung von vier großen Krankensälen (s. o.) genehmigte der Stadtrat im März 1939. Darüber, ob die Dreiteilung der Säle, wie vom Stadtrat vorgesehen, oder die noch kleinere Unterteilung, wie von der Klinikleitung ge-

wünscht, die vernünftiger Lösung sei, gab es aber vorerst kein Einvernehmen. Die Kriegereignisse verhinderten dann diese zugunsten der Patienten und des Pflegepersonals wünschenswerte Modernisierung.

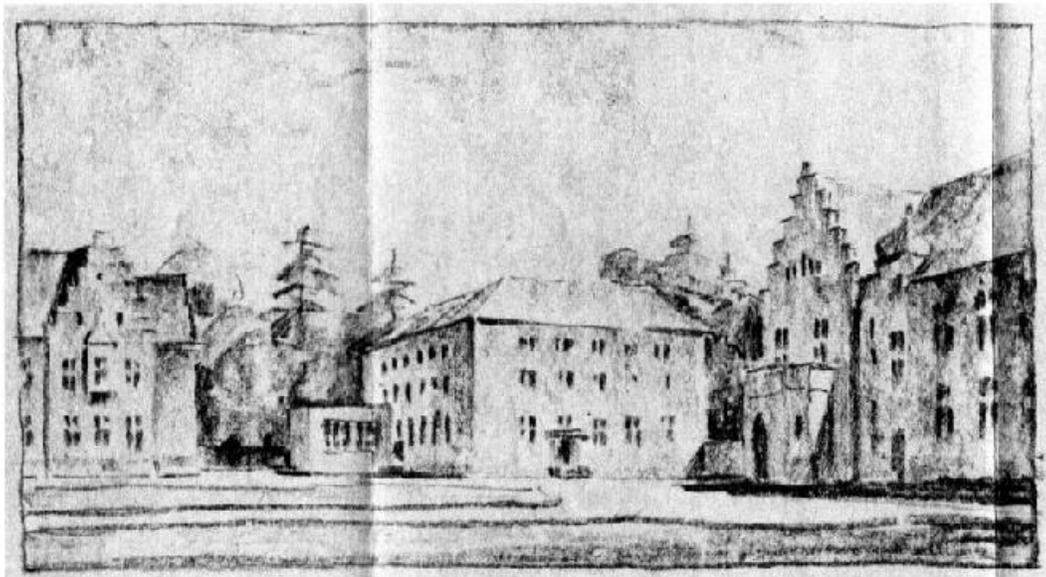
Nicht realisierte Vorhaben

Prof. Starck wusste um die Anstrengungen der Stadt zur Modernisierung der Klinik und meinte 1938: „Ich erkenne dankbar die wohlwollende Prüfung und Stellungnahme der Stadtverwaltung zu den begründeten Anträgen an und habe das auch nach außen stets vertreten.“ Er fährt jedoch fort: „Ich hatte volles Verständnis für die Finanzlage der Stadt und musste manche ärztlich für notwendig gehaltenen Anträge zurückstellen um den Bogen nicht zu überspannen. Nun drängen aber weitere Probleme, um das Krankenhaus auf die notwendige Höhe zu bringen und anderen Krankenhäusern gegenüber konkurrenzfähig zu machen.“²⁸

Im Gegensatz zur Schaffung kleinerer Krankenzimmer scheiterten weiterreichende Wünsche des Klinikchefs allerdings schon an der Frage der Finanzierung bzw. am 1939 begonnenen Krieg. So erreichten die Frage der technischen Modernisierung des Maschinenhauses, des Baus einer neuen Haut-, Gynäkologie- und HNO-Abteilung sowie eines eigenen Infektionshauses nicht einmal das Stadium der Planung. Für den Neubau der Hautklinik hatte Starck wegen der notwendigen Trennung einzelner Abteilungen einen mehrflügeligen Gebäudetrakt nach dem Vorbild anderer Hautkliniken vorgeschlagen. Er sollte außerhalb des bestehenden Geländes auf dem Teil des Flugplatzes, der von Kleingärten eingenommen wurde, entstehen. In dem dann frei werdenden Hautbau wollte Starck die Gynäkologie mit 100 Betten und die HNO-Abteilung unterbrin-

gen. Den eigenen Bau für Infektionskrankheiten wollte Starck durch den Umbau des einstöckigen Hauses für Scharlachkranke gewinnen. Nach seinem Vorschlag sollte dieses unterkellert und aufgestockt werden. „So könnten alle Infektionskranken aus den allgemeinen Abteilungen herausgenommen ... werden. Die Einzelräume des Hauptbaus würden entlastet und wieder zu isolierenden Schwerkranken zugute kommen.“

Die Einrichtung einer gesonderten Diätküche hatte Prof. Starck schon 1932 ausführlich medizinisch begründet.²⁹ 1938 erneuerte er dies mit dem Hinweis, dass „die Diätbehandlung seit Jahren nahezu die gleiche Bedeutung wie diejenige mit Medikamenten und Operationen“ habe. Die Erstellung einer an die Krankenhausküche anzugliedernden Diätküche sollte nach Abschluss der Umbauarbeiten der Chirurgie begonnen werden. Ende 1937 wurde auf Anweisung des Oberbürgermeisters sogar schon der Antrag gestellt, das Städtische Krankenhaus als Ausbildungsstätte für Diätassistentinnen anzuerkennen, da hier etwa 60 Diätessen täglich ausgegeben wurden. Dieser zu Beginn des Jahres 1938 gestellte Antrag wurde Ende 1939 vom Badischen Ministerium des Innern mit dem Bescheid abgelehnt, nach Abschluss der Umbauarbeiten bzw. Beendigung des Krieges einen neuen Antrag zu stellen. Die Versorgung ambulanter Empfänger von Diätkost hatte sich zwischenzeitlich mit der Schließung der Diätküche des DRK in der Herrenstraße 39/41 sehr verschlechtert bzw. war nicht mehr möglich. Das DRK machte für seinen Schritt Defizite von jährlich 7.000 RM geltend. Trotz Drängens des Amtes für Volksgesundheit, des NSDÄB und der „Kameradschaft Karlsruhe der Nationalsozialistischen Kriegsoferversorgung“ kam es nicht zur Einrichtung einer neuen Diätküche. Auch 1941/42 nutzte es nichts, dass der Polizeipräsident und das Gesundheitsamt im Hinblick auf die



Zeichnung des 1927/28 vom Städtischen Hochbauamt geplanten Schwesternhauses, undatiert und unsigniert.

Erhaltung der Arbeitskraft zahlreicher „Volks-genossen“ eine neue Diätküche forderten. Es bestand im Kriege keine Möglichkeit, im Krankenhaus neu zu bauen. Einzig das Diakonissenkrankenhaus verfügte somit über eine getrennte Diätküche, die allerdings nur stationär behandelte Patienten versorgte.

Ein weiteres Problem sah Prof. Starck, unterstützt vom Zweiten Verwaltungsbeamten Stumpf, in der Unterbringung des Pflege- und Wirtschaftspersonals.³² Die Äußerungen beider gehen zugleich Einblicke in die Lebens- und Arbeitsbedingungen der Schwesternschaft. Starck betont, dass der Schwesternberuf ein denkbar schwerer sei. „Der schwere Dienst vom Morgengrauen bis zur Nacht, die schwere körperliche Arbeit, die mit der Pflege verknüpften psychischen Belastungen bringen es mit sich, dass unsere Schwestern vorzeitig altern und ihren Dienst aufgeben müssen.“ Deshalb sei eine angemessene Unterbringung eine dringende Verpflichtung des Krankenhauses.³¹ Hier habe aber anfänglich die Meinung ge-

herrscht, so Stumpf, „dass ein Bett und ein Stuhl in einer schiefen Dachkammer“ genügen würden. Das Bewusstsein für die Notwendigkeit, menschenwürdigere Wohnungen bereitzustellen, sei zwar gewachsen, aber die gefundenen Lösungen seien mit dem Ausbau von Speicherräumen zu Schlafsälen ohne fließendes Wasser nur Notbehelfe. Starck stellt daher fest, „dass die Unterbringung unseres stark vermehrten Pflegepersonals (s. Tab. S. 190) heute ungenügend ist, dass sie nicht nur in hygienischer Sicht anfechtbar ist, sondern auch nicht die Möglichkeit gibt, freie Stunden zur Erholung in einem eigenen und behaglichen Raum zu genießen.“ Mit dem Mutterhaus der Schwestern des badischen Roten Kreuzes wurde daher vereinbart, dass die Schwesternschülerinnen ab Januar 1930 dort wohnten. Da sie Anspruch auf freie Station hatten, musste Miete entrichtet werden. Bis 1938 waren dafür Kosten von 86.000 RM entstanden. Die Zustände für das Wirtschaftspersonal waren keineswegs besser. Nach einer Verordnung der Reichsregierung

von 1937, mit der die Freistellung des Pflegepersonals von niederen Putzarbeiten verfügt wurde, verschlechterte sich die Situation erheblich, da nun vermehrt Hausangestellte beschäftigt werden mussten (s. u.).

So planten die Verantwortlichen für das Krankenhaus laut Stumpf um diese Zeit ein eigenes, großzügiges Schwesternwohnheim nördlich des Verwaltungsgebäudes. Vorgesehen waren nur Einzelzimmer, ein Schwimmbad, ein Gymnastikraum, ein Fest- und Lehrsaal und zahlreiche weitere Nebenräume wie eine Kochküche für die Schwestern, die damit das „Einerlei“ der Anstaltsverpflegung durch die „Hausmannskost“ bereichern könnten.³² Starck errechnete bei Verzicht auf Einzelzimmer für alle Schwestern folgenden Raumbedarf: Von den – einschließlich der erwarteten ca. 20 NS-Schwesternschülerinnen – 164 Pflegekräften (96 Schwestern, 60 Schwesternschülerinnen, acht Aushilfsschwestern) seien einwandfrei 55 im Krankenhaus untergebracht, für den Rest benötige man 52 Einzel-, Doppel- und Dreibettzimmer. Vom Wirtschaftspersonal (63 Haus- und Küchenmädchen) seien zwölf gut untergebracht, der Bedarf betrage 20 Zimmer. Starck machte klar, dass der Versuch, diese Räume in den bestehenden Gebäuden unter den Dächern zu gewinnen, mit Kosten von 250.000 RM verbunden wäre und doch nur Flickwerk bedeuten würde. Keinesfalls gelöst wären damit die notwendige Schaffung eines Lehrsaales, eines Aufenthaltsraumes und von Räumen, in denen Schwestern nach der Nachtwache tagsüber ungestört schlafen könnten. Der viel besprochene Personalbau sollte daher jetzt errichtet werden.

Am Ende seiner Denkschrift betonte Starck, dass ihm die hohen Kosten für die Umsetzung seiner Vorschläge bewusst seien. Es sei ihm aber darauf angekommen, „Mängel aufzuweisen, die so erheblich sind, das sie früher oder später unbedingt behoben werden müs-

sen, wenn das Krankenhaus den Anspruch einer in sozialer und hygienischer Hinsicht einwandfreien Anstalt erheben will, deren Aufgabe es ist, der Förderung und Erhaltung der Volksgesundheit zu dienen.“ Die Kapitalnot der Stadt, die Bausperre im Zuge der Befestigungsbauten an der Westgrenze Deutschlands und der Krieg verhinderten den Neubau, es blieb bei den ungenügenden Wohnverhältnissen für das Pflege- und Wirtschaftspersonal des Hauses.

Nationalsozialismus und Medizin

Die Ärzteschaft auf dem Weg ins „Dritte Reich“

Sehr rasch erfolgte die Gleichschaltung der badischen Ärzteschaft im Jahr 1933, der allerdings infolge der Entwicklung in der Weimarer Republik der Boden bereitet war. Kurz gefasst waren die beruflichen Aussichten junger Ärzte in der Zeit nach dem Ersten Weltkrieg wenig aussichtsreich. Vor allem in den Ballungszentren verschlechterten sich die Einstellungs-chancen und Einkommensmöglichkeiten.³³ Mit den Notverordnungen der Brüning-Regierung im Juli 1930, die einen deutlichen Sparkurs im Sozialversicherungswesen verfolgten, beschleunigte sich der Vertrauensverlust der Ärzteschaft in den demokratischen Staat. Die Behandlungsmaßnahmen der Ärzte sollten durch die Kassen noch stärker auf ihre Notwendigkeit und Wirtschaftlichkeit überprüft, die Zahl der zugelassenen Kassenärzte sollte reduziert werden und im Zuge der schlechten Wirtschaftslage und der massiven Sparmaßnahmen erhielten die Kassen das Recht, die Vergütung der Ärzte um 20% zu kürzen. In den Überlegungen, zur weiteren Kostendämpfung im Gesundheitswesen feste Stellen für Ärzte bei den Krankenkassen einzurichten, sah die Ärzteschaft die Tendenz zur „Sozialisie-

„ihres Berufsstandes. Auf eine Wahrung ihrer Interessen durch diese Regierung mochten sehr viele Ärzte nicht mehr hoffen. Einer Erneuerung der Machtverhältnisse standen sie weitgehend unreflektiert offen.“

Dass so in der Ärzteschaft ein nationalsozialistisches Potenzial entstand, das zeigte sich nun auch in der Bildung des Nationalsozialistischen Deutschen Ärztebundes (NSDÄB). Schon am Ende des Jahres 1930, gut ein Jahr nach Gründung des NSDÄB, bildete sich in Baden eine erste Ortsgruppe in Ziegelhausen bei Heidelberg, womit Baden, Halle-Mersburg und Württemberg-Hohenzollern über die ältesten Ortsgruppen verfügten.³⁴ Zwar blieb die Zahl der Mitglieder klein, auf Reichsebene 6% der Ärzteschaft, aber dies verdeckte die verbreitete Zustimmung zu den berufspolitischen Zielen des NSDÄB. Diese zeigte sich nach der Machtergreifung in den sehr hohen Mitgliederzahlen des NSDÄB zum 1. Januar 1935. Von 2.251 badischen Ärzten gehörten mit 1098 knapp 50% dem Bund an, 679 (30%) waren Mitglied der NSDAP und 883 (39,2%) gehörten einer Parteigliederung an. Damit wiesen die badischen Ärzte eine überdurchschnittliche Affinität zur NSDAP auf.³⁵

„Arztum ist Dienst am deutschen Volke“

Gleich anderen gesellschaftlichen Bereichen begannen die Nazis, nach 1933 auch das Gesundheitswesen nach ihren Vorstellungen neu zu strukturieren und es ihren ideologischen Zielsetzungen dienstbar zu machen.³⁶ In Baden gingen die Gleichschaltungsmaßnahmen häufig den reichsgesetzlichen Regelungen voraus und in ihrer Rigorosität darüber hinaus. Das gilt für die antisemitischen „Säuberungen“ der Ärzteschaft, für die Übernahme der ärztlichen Spitzenverbände durch Nazis und die Gleichschaltung der Standespresse. Die von den Na-

zis geschaffenen Strukturen zeigten wie auch in anderen staatlichen, sozialen und gesellschaftlichen Bereichen das Bild von sich überschneidenden und miteinander konkurrierenden Machtinstanzen. Neben den parteiamtlichen Einrichtungen des NSDÄB und der Ämter für Volksgesundheit, die im Juni 1934 auf allen politischen Ebenen eingerichtet wurden, standen die staatlichen Organisationen der Gesundheitsämter und die Reichsärztekammer. Die Gesundheitsämter entstanden als reichsübergreifende Organisation des öffentlichen Gesundheitswesens gemäß dem Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens vom 3. Juli 1934. Die Reichsärzteordnung trat am 1. April 1936 in Kraft und schuf die reichseinheitliche Organisation der Ärztekammern als berufsständische Körperschaften aller Ärzte, mit der die Auflösung spezieller Standsvertretungen verbunden war. Dem schon in der Weimarer Republik bestehenden Wunsch nach Selbstbestimmung eines freien Ärztestandes war somit entsprochen.

Dem strukturellen Wandel des Gesundheitswesens war das Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses vom 14. Juli 1933 vorangegangen. Damit wurde die unter Eugenikern nicht nur in Deutschland seit längerem diskutierte und in einem Regierungsentwurf von 1932 vorgesehene chirurgische Unfruchtbarmachung Erbkranker Gesetz. Als „neue große Aufgabe“ wurde die Wahrung und Verwirklichung erblicher und rassischer Volksgesundheit den Gesundheitsämtern zugewiesen. Aber auch jeder einzelne Arzt war aufgrund der Ärzteordnung „dazu berufen, zum Wohle von Volk und Reich für die Erhaltung und Hebung der Gesundheit des Erbguts und der Rasse des deutschen Volkes zu wirken.“³⁷ Jeder Arzt – und das galt auch für die Karlsruher Klinikärzte – war fortan verpflichtet, jeden „Erbkranken“ dem Gesundheitsamt zu melden. Die Zwangssterilisierung wurde dann von

einem so genannten Erbgesundheitsgericht festgestellt und angeordnet. Laut Verfügungen des badischen Innenministers vom Februar und März 1934 war in Karlsruhe die Landesfrauenklinik (Prof. Dr. Linsenmeier, Dr. Welsch) und in Durlach das Städtische Krankenhaus (Dr. Ribstein, Dr. König) zur Unfruchtbarmachung zugelassen.³⁸ Das Erbgesundheitsgericht Karlsruhe verhandelte von 1934 bis Juni 1939 in 1.699 Fällen und ordnete 1.021 Zwangssterilisationen an (494 Männer, 527 Frauen). Tatsächlich wurden auch im Städtischen Krankenhaus sowohl in der Chirurgie bei Männern als auch in der gynäkologischen Abteilung bei Frauen Zwangssterilisationen vorgenommen. Eine detaillierte Durchsicht der Akten des Erbgesundheitsgerichts Karlsruhe dürfte den bei kursorischer Durchsicht festgestellten Befund bestätigen, dass es sich dabei keineswegs nur um Einzelfälle handelte. Ein Zeitzeuginnenbericht belegt die Zwangssterilisation eines Mannes im Städtischen Krankenhaus, der der KPD angehörte und wohl auch deshalb für „schwachsinnig“ erklärt worden war. Seine Frau war zu diesem Zeitpunkt bereits schwanger. Sie berichtete, dass ihr Mann 1937 von der Gestapo zur Zwangssterilisation abgeholt worden sei und sie ihn in das Städtische Krankenhaus begleitet habe. Sie fährt fort: „Als wir in die Chirurgie kamen, stand schon ein Arzt bereit. Als er uns sah, war er schockiert, ebenso die Krankenschwester, die dabei war. Die Schwester hat die beiden Männer in ein Zimmer geführt, und der Arzt hat dann mit mir gesprochen. Er hat mich in den Arm genommen und gesagt: 'Liebes Mädle, dass das was geschieht nicht recht ist, das sehe ich auch. Aber ich kann wirklich nicht helfen. Mir sind die Hände gebunden. Ich habe nur den Auftrag gekriegt, das auszuführen'.“³⁹ Und das hat er dann auch getan. Bezeichnend für die Bereitschaft der badischen Ärzte, das NS-Gesundheits-

konzept mit zu tragen, ist die anfangs weit über dem Reichsdurchschnitt (2,6 Anträge pro tausend Einwohner gegenüber 1,2) liegende Bereitschaft, Erbkrankte anzuzeigen. Das Anzeigeverhalten näherte sich ab 1936 wieder dem Reichsdurchschnitt.⁴⁰ So groß die Zustimmung zur Zwangssterilisation war, so gering war die Neigung der badischen Ärzte, das Euthanasie-Programm der Nazis ab 1939 zu unterstützen. Die Zwangssterilisationen zielten ganz im Sinne Hitlers auf die Heranzüchtung kerngesunder Körper. Aus Sicht der Nazis wird der Arzt so zum „biologischen Soldaten“, der die „Steigerung der Leistungs- und Wehrkraft“ oder „die zielbewusste Gesundführung eines ganzen Volkes“ sicher zu stellen hat.⁴¹ „Arztum ist Dienst am deutschen Volke“ drückte es der deutsche Reichsärztführer Gerhard Wagner prägnant aus.⁴² Und für jeden einzelnen Volksgenossen, so folgerte der oberste badische NS-Ärztelfunktionär Theodor Pakheiser konsequent, ist die eigene „Gesunderhaltung die vorderste Pflicht am Volk.“⁴³

Was für die Ärzte galt, traf natürlich auch für die Pflegeberufe zu. Nicht mehr nur die Nächstenliebe sollte das Ethos der Schwestern bestimmen, sondern die Hebung der Volksgesundheit. „Nicht mitzuleiden, mitzukämpfen sind wir da“, formulierte der Leiter der NSV Erich Hilgenfeldt.⁴⁴ Auch wenn die weltlichen wie die konfessionellen Verbände und die Berufsorganisation der Krankenpflegerinnen dem neuen Regime 1933 teilweise euphorisch ihre Unterstützung zusicherten, gelang die Gleichschaltung der Krankenpflege nur partiell. Zu vielfältig waren die Organisationen, zu ausgeprägt das Konkurrenzdenken der staatlichen Stellen, der Parteiorganisationen und Verbände und zu gering die Kapazität der 1934 gebildeten NS-Schwwesternschaft. Zudem wehrten sich die konfessionellen, allen voran die katholischen Schwestern an der Basis gegen das Bild der Schwester als „nationalsozialistische

Frontfrau am Krankenbett“. Der Pragmatismus der Kriegsvorbereitungen und die Notwendigkeit der Aufrechterhaltung der krankenpflegerischen Versorgung ließen die Nazis schließlich die völlige Gleichschaltung aufgeben.

Die Ärzteschaft des Klinikums und der Nationalsozialismus

Die Entlassung jüdischer Ärzte

Die skizzierte generelle Entwicklung der Medizin im Nationalsozialismus lässt sich im Detail auch im Städtischen Krankenhaus nachvollziehen. Unter 23 Ärzten, welche 1932 im Krankenhaus tätig waren, befanden sich sechs, die nach den rassistischen Kriterien der Nazis als Juden galten: Dr. Ludwig Kander, der Chef der Hals-, Nasen-, Ohren-Abteilung seit 1907,

Prof. Dr. Franz Lust, der Mitbegründer und erste Chef des Kinderkrankenhauses seit 1920, der Oberarzt Dr. Hanfried Stengel, der Leiter des pathologischen Instituts seit 1908 Prof. Dr. Edgar v. Gierke und dessen Assistent Dr. Jakob Gjebin sowie Dr. Arthur Sanders von der chirurgischen Abteilung.⁴⁵ Gemäß den Bestimmungen des „Gesetzes zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums“ mussten Dr. Kander, Prof. Lust, Dr. Gjebin und Dr. Sanders ihre Arbeitsplätze bereits im April 1933 verlassen. Wegen ihrer Einstufung als „Mischlinge“ und ihrer Teilnahme am Ersten Weltkrieg konnten Dr. Stengel und Prof. v. Gierke bis 1937 im Amt bleiben.

Der 1877 geborene Dr. Ludwig Kander übernahm bei der Eröffnung des neuen Städtischen Krankenhauses die HNO-Abteilung und wurde auch durch die Führung einer Privatpraxis in der Kaiserstraße zu einem hoch



Prof. Dr. Franz Lust (1880–1939), Leiter des Kinderkrankenhauses 1920–1933, im Kreise der Schwesternschülerinnen des Kinderkrankenhauses 1927.

angesehenen Facharzt in der Stadt. Nach seiner Entlassung im April 1933 hat Dr. Kander vermutlich seine Praxis solange es ging weitergeführt. Aber auch sie dürfte unter dem immer stärkeren Patientenschwund gelitten haben, den gesetzliche Vorgaben und die Ausschlüsse jüdischer Ärzte von gesetzlichen und privaten Krankenkassen nach sich zogen.⁴⁶ Dr. Kander gelang es 1938, nachdem im Juli ein Berufsverbot für jüdische Ärzte verordnet worden war, ein Besuchervisum für England zu erhalten, wo er seine ausgewanderten Töchter besuchte. Da sich seine Hoffnungen auf Umwandlung des Visums in eine dauernde Aufenthaltsgenehmigung nicht erfüllten, zog er den Freitod einer Rückkehr in die Hoffnungslosigkeit und die anhaltenden Demütigungen nach Deutschland vor. Am 15. Oktober 1938 setzte er seinem Leben in Birmingham ein Ende.

Die Entlassung von Prof. Lust im April 1933 erfolgte trotz der von seinem Anwalt vorgebrachten Einwendungen, dass er als Teilnehmer des Ersten Weltkrieges davon nicht betroffen sei. Auch die Bemühungen zahlreicher Freunde und Bekannter im In- und Ausland konnten die Entlassung nicht verhindern. 1914–18 war er zuerst Oberarzt im Karlsruher Kadettenhaus, dann mit verschiedenen Kriegsverdienstkreuzen ausgezeichnete Chefarzt im Militärlazarett in Heidelberg. Auch Prof. Lust führte nach seinem erzwungenen Ausscheiden aus dem Krankenhaus eine Privatpraxis in der Bachstraße, in der er aufgrund seines hohen Ansehens und seiner fachlichen Kompetenz einen großen Zulauf hatte. Selbst nach dem Berufsverbot für jüdische Ärzte 1938, er war jetzt nach Baden-Baden verzogen, kamen die Mütter mit ihren Kindern, um sie von ihm behandeln zu lassen. Er wagte dies jedoch nicht, da er damit nicht nur sich selbst gefährdet hätte, sondern auch die Eltern der Kinder. Während des Novemberpogroms wurde Prof.



Prof. Dr. Edgar v. Gierke (1877–1945),
Leiter der Pathologie 1907–1938 und seit 1939–1944
Leiter in Stellvertretung des zum Militär eingezogenen
Nachfolgers Professor Böhmig.

Lust von seinem Wohnort nach Dachau in das Konzentrationslager deportiert. Dank eines Hinweises des Direktors der Badischen Bank, Dr. Richard Betz, an die SS, kam Prof. Lust schon am 11. November wieder frei. Betz hatte darauf aufmerksam gemacht, dass Lust im Sommerurlaub 1937 in Italien dem Kind eines mit Mussolini in Kontakt stehenden Generals der Armee des spanischen Diktators Franco das Leben gerettet hatte. Dies ersparte dem damals 58-Jährigen den demütigenden Lageralltag. Es blieb jedoch die Hoffnungslosigkeit und die Verzweiflung über seine Lage, aus der er auch in einer Auswanderung keinen Ausweg sah. Ende März 1939 nahm er sich das Leben.⁴⁷

Der 1906 geborene Dr. Jakob Gjebin, der bis Ende März 1933 Assistent bei Prof. v. Gierke war,⁴⁸ konnte nach Palästina auswandern, wo er sich eine neue Existenz aufbaute.⁴⁹ Über Herkunft und weiteres Schicksal des 1905 geborenen Dr. Stengel, der noch am Anfang seiner beruflichen Karriere stand, sind keine

Angaben möglich, da für ihn keine Personalakte vorhanden ist und keine Unterlagen über seine Auswanderung oder Ermordung im Holocaust vorliegen. Dies gilt auch für Dr. Sanders.

Der Umgang der Nazis mit dem „rassisch belasteten“ Prof. v. Gierke ist sicher eines der entlarvenden Beispiele für deren Zynismus.⁵⁰ 1933 blieb er aufgrund seiner Verdienste als Feldarzt im Ersten Weltkrieg, gewichtiger Fürsprachen für die Fortführung seiner Arbeit und mangels eines gleichwertig qualifizierten Nachfolgers im Amt. Als 1937 schließlich auch die „Mischlinge“ aus dem Dienst entfernt wurden, fragte die Stadtverwaltung bei dem NS-Kreisleiter Willi Worch nach, ob es eine Möglichkeit der Weiterbeschäftigung für den Prosektor gäbe. Dieser erwiderte, er könne sich dafür nach den neuerdings erlassenen Vorschriften nicht verwenden. Prof. v. Gierke wurde aufgrund einer Weisung des badischen Innenministeriums vom 27. September 1937 in den Ruhestand versetzt, der mit dem Dienstantritt seines Nachfolgers am 1. Januar 1938 begann. Die Ruhe wahrte allerdings nicht lange, denn als Prof. Böhmig nach Kriegsbeginn zur Wehrmacht einberufen wurde, blieb der Stadtverwaltung „nichts anderes übrig“, als Prof. v. Gierke „wieder zu verwenden“.⁵¹ Nach dem Frankreichfeldzug wurde der inzwischen Herzkrankte wieder entlassen und 1941 erneut bis Ende 1944 benötigt. Es bedurfte der Sondergenehmigung des Reichsministers des Innern, der sich mit dieser Wiederverwendung für die Dauer des Krieges unter der Bedingung einverstanden erklärte, dass er „nicht zur persönlichen Krankenbehandlung herangezogen wird.“ Prof. v. Gierke, der unter der unwürdigen Behandlung seiner Familie und seiner Kinder durch die Nazis sehr gelitten hatte, konnte das Ende der NS-Herrschaft und deren Antisemitismus noch erleben. Er erlag am 21. Oktober 1945 seinem Herzleiden.

Mitgliedschaften in der NS-Bewegung

Der Befund, wonach sich die badische Ärzteschaft zu einem besonders hohen Anteil in der NSDAP und ihren Gliederungen und Verbänden engagierte bzw. eine Mitgliedschaft erwarb, spiegelte sich auch im Städtischen Krankenhaus und im Kinderkrankenhaus. Ablesbar wird dies in den Listen der auf Anordnung der Besatzungsmächte zu entlassenden Beamten und Angestellten der Stadtverwaltung.⁵² Darin werden insgesamt 17 Ärzte genannt, die nach den Kriterien frühe Mitgliedschaft in der Partei oder Funktionärstätigkeit als nationalsozialistisch belastet galten. Wie viele das in Prozent waren, lässt sich nur annäherungsweise sagen. Da es keine Zahl der 1945 in den beiden Krankenhäusern beschäftigten Ärzte gibt, es aber angesichts der Einziehung von Ärzten zur Wehrmacht (auch hier liegen keine Zahlen vor) unwahrscheinlich ist, dass mehr Ärzte angestellt waren als zu Friedenszeiten 1938, wird die Zahl von 34 Ärzten in der Moltkestraße und fünf in der Karl-Wilhelm-Straße in städtischen Diensten 1945 angenommen. Demnach wären 45% der Ärzte Mitglied der NSDAP und/oder einer ihrer Organisationen gewesen. Als Gründe für die Entlassung sind angeführt Mitgliedschaften in der SS (8), der SA (3), dem NSKK (4), der NSDAP vor 1933 (4) und der NSV (1).⁵³

Unter den 17 Ärzten befanden sich fünf Chefarzte bzw. Abteilungsleiter. Rechnet man noch den ersten Nachfolger von Prof. Lust dazu, dann waren von den zwölf zwischen 1934 und 1945 amtierenden leitenden Ärzten in den neun Abteilungen und im Kinderkrankenhaus mindestens sechs Parteimitglieder.⁵⁴ Auffällig ist auch, dass von den sechs in dieser Zeit neu eingestellten leitenden Ärzten nur einer keinerlei Zugehörigkeit zur NSDAP und deren Gliederungen vorzuweisen hatte. In diesem Zusammenhang klingt die Feststellung von

Stumpf, die Ernennung des Nachfolgers von Prof. v. Gierke belege, dass im Dritten Reich nicht ausschließlich Angehörige der NSDAP eingestellt wurden, nach trotziger Selbstrechtfertigung.⁵⁵ Schließlich gehörten er (SA vor 1933) und sein Chef in der Krankenhausverwaltung seit 1934, Karl Theurer (NSDAP 1933), ebenfalls zu dem belasteten Personenkreis.⁵⁶ Und selbst Prof. Böhmgig konnte sich den Verhältnissen scheinbar nicht entziehen, denn 1941 galt er als Anwärter einer NSDAP-Mitgliedschaft.⁵⁷

Die Tatsache der Parteizugehörigkeit allein ist sicher ein nur unzureichendes Indiz dafür, wie sehr jemand der NS-Ideologie verbunden bzw. von ihr durchdrungen war. Hier gälte es sicher auch im Einzelfall bei den Ärztlichen Direktoren zu unterscheiden. So verweist Dr. Rudolf Markerts (Leiter der HNO-Abteilung) Stellvertreterfunktion in der Bezirksärztekammer Karlsruhe auf eine eher enge Parteibindung. Andere mögen, wie sie angaben, tatsächlich dem Zeitgeist oder auch dem Druck aus dem beruflichen oder privaten Umfeld nachgegeben haben, ohne sich besondere Gedanken über die Folgen ihres Handelns zu machen. Doch auch sie gehörten schlussendlich zur Masse der Mitläufer, die die NS-Diktatur ermöglichten und stützten.

Der Einzelfall des Klinikleiters Prof. Starck mag einen Eindruck geben von der Notwendigkeit genauer Faktenkenntnis und differenzierter Wertung.⁵⁸ Starck war nach eigenen Angaben von 1938 Mitglied folgender NS-Organisationen: NSDAP (April 1933), NSKK (Mai 1933), NSDÄB (Juni 1933), NSDStB (November 1937), Reichsbund der Kinderreichen (1933), Reichskolonialbund (Dezember 1937), Reichsluftschutzbund (1933) und NS-Studentenkampfhilfe (November 1937). Beim NSKK hatte er den Rang eines Sturmführers inne. Außerdem war er seit 1934 Leiter des Verbandes der Deutschen Krankenhausärzte.

In diese Position wurde er berufen, da er 1920 einen Badischen Verband der Krankenhausärzte (152 Mitglieder) zur Vertretung von deren Interessen in wirtschaftlich schwierigen Zeiten gegründet hatte, dem er auch vorstand. Nach seinen Angaben verstand Starck den Verband als unpolitisch, was er durch dessen Arbeitsprogramm zu belegen versuchte: Ausbildung und Fortbildung, Förderung des Heilmittelwesens, Förderung des Krankenhauswesens und Pflege des Berufsstandes. Dieses nicht nationalsozialistisch akzentuierte Programm fand wohl nicht das Wohlgefallen anderer Ärztfunktionäre. So geriet Starck in die Kritik vor allem seitens des führenden badischen Ärztfunktionärs Dr. Waldemar Pychlau, seit Ende 1936 u. a. Chef der Ärztekammer Baden.⁵⁹ Pychlau forderte die Auflösung des Verbandes. Auch in der Reichsärztekammer habe der Verband nach Starcks Angaben Gegner gehabt. Mit der Gleichschaltung des Gesundheitswesens, das auch zu einem Machtverfall des NSDÄB führte, war kein Platz mehr für eine berufliche unabhängige Standesvertretung. 1937 beendeten die Nazis den Versuch der Fortführung eines unpolitischen Berufsverbandes.

In seinem Spruchkammerverfahren verweist Starck darauf, dass er gegen den Antisemitismus der Nazis gewesen sei, dass dieser ihn der Partei entfremdet habe. Seine vielen Kontakte zu Juden habe er nie abgebrochen. Erklärungen dieser Art sind in den Spruchkammerverfahren der Nachkriegszeit häufig zu finden, ihr Wahrheitsgehalt ist allerdings kaum zu überprüfen. In Schwierigkeiten geriet Starck nach seinen Angaben dadurch, dass er auswanderungsbereiten jüdischen Ärzten Zeugnisse ausstellte. Eines davon habe die Hamburger Gestapo abgefangen. Der NS-Kreisleiter Worch habe ihm daraufhin angedroht, dass er seine Stellung im Krankenhaus verlieren werde. Im Oktober 1942 erhielt er dann ein

von Kreisleiter Worch unterzeichnetes Schreiben, in dem ihm der Ausschluss aus der Partei wegen „ehrenrührigen Verhaltens“ mitgeteilt wurde. Starck bzw. seine Frau waren in einen Schleich- und Wucherhandel mit Honig verwickelt, für den er eine Geldstrafe erhalten hatte. Nach Widerspruch gegen den Parteiausschluss erhielt Starck im Mai 1943 lediglich einen Verweis. Im gleichen Monat äußerte er sich zu einer „Anzeige meines Berufskameraden und Pg. Pychlau mit dem Ersuchen um Bestrafung meiner Person.“⁶⁰ Es ging in dieser „Attestaffäre“ darum, ob Starck und auch sein Oberarzt Deglmann unberechtigterweise, d. h. abweichend von den Verfahrensvorschriften Krankenschreibungen vorgenommen hatten, mit denen Männer und Frauen dem Einsatz in der „Reichsverteidigung“ entzogen würden. Trotz Drängens des badischen Innenministeriums verlief die Sache im Sand. Prof. Starck erhielt am 17. April 1947 von der Spruchkammer den Bescheid, er sei als Mitläufer eingestuft und habe 1.000 RM Sühnegeld zu bezahlen.

„Nationalsozialistische Verhältnisse“ im Krankenhaus?

Ein weiteres Indiz dafür, dass Prof. Starck bei den nationalsozialistischen Ärztesfunktionären nicht besonders geschätzt wurde, findet sich in der 1934 einsetzenden Erörterung seiner Nachfolge im Stadtrat. Schon seine Berufung zum Leiter des Verbandes der Krankenhausärzte wurde lediglich zur Kenntnis genommen, eine Beglückwünschung unterblieb. Es folgte der Hinweis auf die in drei bis vier Jahren anstehende Neubesetzung der Stelle von Prof. Starck. Als dann nach der Erreichung der Altersgrenze von 65 Jahren 1936 und 1937 darüber diskutiert wurde, ihn im Angestelltenverhältnis noch ein bis zwei Jahre in bisheriger Funktion weiter zu beschäftigen, zeigte sich

das Gremium uneins. Einerseits wurde sein sparsames Wirtschaften betont, andererseits vom Stadtrat moniert, dass er für die Patienten der 3. Klasse zu geringes Interesse zeige und er vom NSDÄB gezwungen worden sei, einen Artikel in der Verbandszeitschrift der Krankenhausärzte zu widerrufen. Ratsherr Dr. Mach, Hauptstellenleiter des Amtes für Volksgesundheit, forderte 1937 sogar, „einen nationalsozialistischen Chefarzt ins Krankenhaus zu bringen, da dort bis jetzt noch keine nationalsozialistischen Verhältnisse herrschten.“ Deshalb sei er auch gegen die Nachfolge durch Prof. Drevermann. Dieser hatte unter Hintanstellung eigener Interessen ein Verbleiben Starcks im Amt befürwortet. Stadtrat und Kreisleiter Worch plädierten dafür, dass der Chefarzt in erster Linie ein tüchtiger Fachmann sein müsse, umso besser, wenn er auch noch ein Parteimann sei. Er wies auch die Vorwürfe des NSDÄB als haltlos zurück und verbat sich dessen Einmischung in die Nachfolgeregelung des Städtischen Krankenhauses.⁶¹ Auch der Vorschlag des Medizinalreferenten des badischen Innenministeriums, einen namentlich benannten Fachmann für Kreislaufkrankheiten zu berufen, blieb erfolglos.⁶² Starck erhielt im September 1937 als 66-Jähriger einen Dienstvertrag als Angestellter für zwei Jahre, der bis zum Kriegsende jeweils verlängert wurde.

In der Personalakte befindet sich ein Sonderdruck jenes vermutlich vom NSDÄB kritisierten Aufsatzes von Starck.⁶³ Darin schildert er detailliert, wie ein moderner Krankenhausbetrieb sparsam und effizient und orientiert an der Aus- und Fortbildung junger Ärzte bzw. der gesamten Ärzteschaft gestaltet sein sollte, und rekurriert dabei auf die Karlsruher Verhältnisse. Außer dem Hinweis, dass in der Aufnahme der Krankengeschichte auch Erb- und Rassefragen zu berücksichtigen seien, finden sich keine Formulierungen im Sinne der ideologischen Forderungen des National-

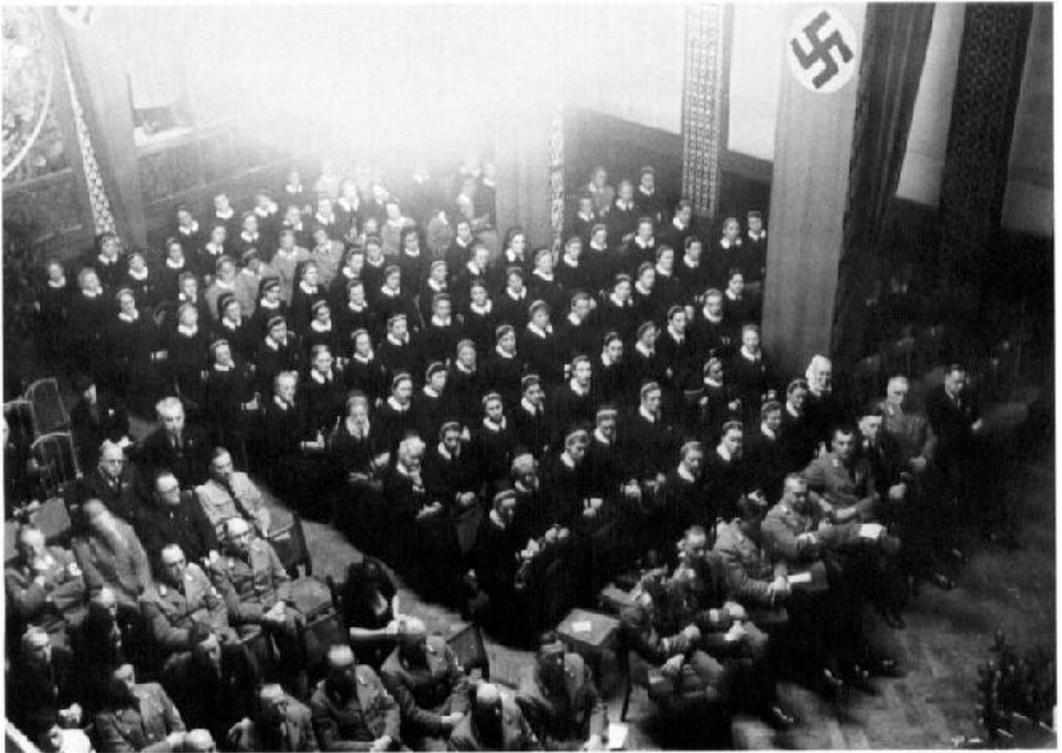
sozialismus an die Medizin (s. o.). „Der ärztliche Dienst muss in erster Linie Dienst am Kranken und für den Kranken sein, wie überhaupt der Kranke den Brennpunkt für das gesamte Geschehen im Krankenhaus bildet.“⁶⁴ Diese Formulierung Starcks hat sicher auch heute noch Bestand. Kritisch äußert er sich – ganz der Interessenvertreter seines Berufsstandes – zur finanziellen Lage der Krankenhausärzte. Diese sei katastrophal geworden durch Beschneidung der Privateinnahmen, Entziehung der Kassenzulassung und Übertragung der Gutachtertätigkeit auf beamtete Ärzte „und manche andere Maßnahmen der neuen Zeit.“ Die Abhaltung von Betriebsappellen und -feiern hat Starck in seiner Eigenschaft als „Betriebsführer“ nach eigenen Angaben wohl eher als lästige Pflichtübungen jeweils in kürzester Zeit erledigt. Das Manuskript einer Ansprache anlässlich des 1. Mai 1938, das er zu seiner Entlastung in sein Spruchkammerverfahren einführte, nennt er selbst humoristisch. Es enthält in der Tat aber manche Spitze gegen damalige Zustände wie z. B. gegen Hermann Göring und seine Vier-Jahres-Pläne.

Als Beitrag zur Förderung nationalsozialistischer Verhältnisse im Städtischen Krankenhaus verstand der Oberbürgermeister sicher die von den Ratsherren der Stadt im März 1937 beschlossene Streichung des Zuschusses für die Seelsorge im Krankenhaus an die beiden christlichen Konfessionen. Der Zuschussbedarf des Krankenhauses für Instandsetzungen zwinge zur Sparsamkeit, führte er aus und fuhr fort: „Grundsätzlich möchte ich hierzu noch bemerken, dass es zweifellos Aufgabe der Kirche ist, die Seelsorge im Krankenhaus durchzuführen und auch den Aufwand hierfür zu tragen, zumal sie ja in der Lage ist diesen aus der ihr zufließenden Kirchensteuer zu decken.“⁶⁵ Am Ende des Jahres beantragte die Klinikleitung dann für den Haushalt 1938/39 die kleine Summe von 1.000 RM für die Er-

neuerung der Krankenhausbibliothek. Diese befinde sich in einem „üblen Zustand“, besitze sie doch fast ausschließlich vielfach wertlose Bücher aus der „liberalistischen Zeit. Schädliche Bücher von marxistischen und jüdischen Autoren wurden bereits 1935 ausgeschieden.“ Die Bibliothek müsse neu aufgebaut und Unbrauchbares „ausgemerzt“ werden.⁶⁶

Ob solche Maßnahmen im Städtischen Krankenhaus tatsächlich Verhältnisse im Sinne der Nationalsozialisten bewirkten, lässt sich generell nicht beantworten. Dazu fehlen die nötigen Kenntnisse über das Betriebsklima, die Durchsetzung des Personals mit überzeugten und aktiven NS-Anhängern und spezifischere Daten über die Durchführung von nationalsozialistischen gesundheitspolitischen Maßnahmen. Zumindest aber lässt sich feststellen, dass der Klinikchef sich in der Leitung des ihm anvertrauten Hauses zuerst an fachlichen Grundsätzen orientierte.

Hatte die NSV mit der Etablierung ihrer Schwestern im Städtischen Krankenhaus 1935 noch keinen Erfolg gehabt (s. u.), so gelang ihr dies im Kinderkrankenhaus. Dort kam es noch vor der Übernahme durch die Stadt zu einer aus der Sicht der Nazis wichtigen Neuerung. „Der Führer“ berichtete am 14. Oktober 1937 davon, dass erstmals mit der Übernahme des Karlsruher Kinderkrankenhauses die Schwesternschaft der NSV in Baden die Leitung eines Krankenhauses übernommen habe. In Vertretung des Reichsamtleiters Hilgenfeldt erklärte der Karlsruher Leiter des Amtes für Volkswohlfahrt: „Wir sehen immer das Volk bei unserer Arbeit, deren Sinn nicht so sehr die Fürsorge als die Vorsorge ist. Die erste Vorsorge gilt neben der Mutter dem Kleinkind, für dessen Gesunderhaltung die Heime und Krippen der NSV gebaut werden.“ Chefarzt Beck, der als „fanatischer Nazi“ galt,⁶⁷ begrüßte die neuen Schwestern mit dem Wunsch: „Möge mit ihnen ein guter Geist in dieses Haus ein-



Feierliche Verpflichtung von 140 Schwestern des Reichsbundes freier Schwestern Anfang 1939 im Bürgersaal des Karlsruher Rathauses.

ziehen, und möge wie alles in Deutschland auch unsere Arbeit hier groß, schön und anständig sein.“⁶⁸

Der Krankenhausbetrieb 1931–1939

Strukturelle und personelle Veränderungen

Bei der Betrachtung der Struktur des Hauses im Zeitraum vor Ausbruch des Zweiten Weltkrieges zeigen sich nur geringe Veränderungen gegenüber den 1920er-Jahren (s. o.). 1931 stellte das Krankenhaus die Behandlung von Augenerkrankungen ein. Nach dem Wegzug der Tuberkulose-Fürsorgestelle wurde 1935 in deren Räumen im früheren Scharlach- und Diphtheriebau die HNO-Abteilung mit 28

Betten als Fachabteilung der medizinischen und nicht mehr der chirurgischen Abteilung verlegt. Mit eigenem OP nahm sie 1938 das ganze Erdgeschoss ein.⁶⁹ 1937 ging die urologische Abteilung nach dem Tod von Dr. Ludowigs in die Obhut des Chefs der Chirurgie, Prof. Drevermann, über, der ebenfalls Urologe war. Im Sinne eines flexibleren Einsatzes des Pflegepersonals war sicher die Entscheidung, nur noch eine Oberin zu beschäftigen, und nicht mehr je eine für die medizinische und die chirurgische Abteilung.⁷⁰ Die Bettenzahl der beiden Abteilungen blieb von 1931 bis 1938 nahezu unverändert, die Chirurgie zählte 293 und die Medizin wuchs von 430 auf 437.

Bei den leitenden Ärzten gab es dagegen mehr Bewegung. Auf den 1933 entlassenen jüdischen Arzt Dr. Kander folgte der in Karls-

ruhe 1900 geborene Dr. Rudolf Markert. Nach kurzem Kriegsdienst 1918 folgte 1920 das Abitur und 1925 das medizinische Staatsexamen in Heidelberg. Die Fachausbildung absolvierte er an der Universitätsklinik Heidelberg und ließ sich danach in Karlsruhe als HNO-Arzt nieder. Er wurde zunächst mit halber Arbeitszeit beschäftigt und erhielt 1943 dann den Titel eines Chefarztes und das volle Gehalt. Dank seines Rufs als „ausgezeichneter Operateur“ wuchs unter seiner Leitung die Abteilung auf 60 Betten. 1934 heiratete er die Tochter von Prof. Starck.⁷¹ Für den 1934 altershalber ausgeschiedenen Prof. v. Pezold übernahm Dr. Karl Speierer die Leitung der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten. Speierer wurde 1895 in Bühl geboren, machte in Karlsruhe 1914 das Abitur, nahm als Freiwilliger am Ersten Weltkrieg teil und erhielt 1923 seine Approbation als Arzt. Seine Facharztausbildung machte er an der Universitätsklinik München, von wo er am 1. April 1934 nach Karlsruhe kam. In Anerkennung seiner Verdienste wurde er 1943 zum Chefarzt der Dermatologischen Abteilung befördert. Nach der Entlassung wegen seiner politischen Belastung ließ er sich nach 1945 als Facharzt in Karlsruhe nieder.⁷² Prof. Dr. Richard Böhmig kam nach der Entlassung des jüdischen Pathologen Prof. von Gierke von der Universität Rostock ab 1. Januar 1938 nach Karlsruhe. Böhmig wurde 1898 in Dresden geboren, nahm von 1914 bis 1918 als Freiwilliger am Ersten Weltkrieg teil und bestand 1919 ein Kriegsteilnehmer-Abitur. 1923 legte er in Leipzig das Staatsexamen ab. Es folgten unterschiedliche Stationen in Ost- und Westdeutschland, u. a. Mainz und Tübingen, sowie ein 18-monatiger Forschungsaufenthalt als Rockefellerstipendiat in New York ab Oktober 1931. 1935 wurde er zum Professor an der Universität Rostock berufen, wo er als Oberarzt am Pathologischen Institut arbeitete (zur Zeit nach 1945 s. u.).⁷³



Dr. Rudolf Markert (1900–1945), Oberarzt und später Chefarzt der HNO-Abteilung 1933–1945.

Den letzten Chefarztwechsel im Städtischen Krankenhaus erzwang der frühe Tod des Leiters der Chirurgie. Auf Prof. Drevermann folgte Prof. Dr. Otto Diebold, der 1899 in Ellwangen geboren, nach dem Abitur 1917 zum Kriegsdienst eingezogen wurde und 1923 in München sein Studium abschloss. Ab 1930 war er Assistent und Oberarzt in der Chirurgie der Berliner Charité bei Prof. Sauerbruch. Nach der Habilitation 1936 wurde er 1943 zum Professor ernannt. Wegen seiner politischen Belastung in Karlsruhe entlassen, nahm er 1947 in Hamburg eine Chefarztsstelle an.⁷⁴

Im Kinderkrankenhaus, das erst einige Jahre später in die Verwaltung der Stadt Karlsruhe übergang (s. u.), erzwang die NS-Rassepolitik 1933 den Wechsel von Prof. Lust zu Prof. Dr. Otto Beck. Beck kam in Ludwigsburg zur Welt und legte dort 1913 das Abitur ab, nahm von Beginn an am Ersten Weltkrieg teil



Dr. Karl Speierer (geb. 1895), Chefarzt der Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten 1934–1945.



Prof. Dr. Otto Diebold (geb. 1899), Chefarzt der Chirurgischen Abteilung 1942–1945.



Prof. Dr. Otto Beck (1894–1942), Leiter der Kinderklinik 1933–1942, mit Schwestern des Kinderkrankenhauses, 1937.



Prof. Dr. Egon Unshelm (geb. 1900), Leiter der Kinderklinik 1942–1945, mit Schwestern des Kinderkrankenhauses, 1943.

und konnte 1920 in Tübingen sein Staatsexamen ablegen. Dort war er bis 1933 als Assistenz- und Oberarzt in der Inneren Medizin der Universitätsklinik tätig. 1930/31 war er Austauschdozent in Cleveland/Ohio in den USA und erhielt 1932 den Professorentitel. Beck ist nach kurzer Krankheit am 1. Mai 1942 verstorben.⁷⁵ Sein Nachfolger wurde der 1900 in Berlin geborene Prof. Dr. Egon Unshelm. Nach dem Abitur in Berlin begann und beendete er dort das Medizinstudium. Ab 1925 war er in mehreren Kinderkliniken angestellt, zuletzt als Oberarzt in der Universitätskinderklinik in Rostock, wo er 1942 zum Professor ernannt

wurde. Auch ohne Suspendierung wegen politischer Belastung 1945 wäre, laut Strumpf, wegen seines aufbrausenden Wesens eine Vertragsverlängerung nicht in Frage gekommen.⁷⁶

Die Übernahme des Kinderkrankenhauses

Die schon früh bestehenden Befürchtungen der Stadt, eines Tages das Kinderkrankenhaus in eigene Regie übernehmen zu müssen, nahmen ab 1937 immer deutlicher Gestalt an.⁷⁷ In ihren Bemühungen um Gleichschaltung aller gesellschaftlichen Verbände und Organisationen zielten die Nazis nun auch auf den Landesverband für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge. Aus einer Sammlung des Badischen Frauenvereins hervorgegangen, stand der Verband diesem noch nahe. Im Kinderkrankenhaus waren zudem die Rot-Kreuz-Schwestern des Frauenvereins tätig. Dieser „finanzielle Ideal-Zustand“ fand jedoch im Oktober 1937 mit der wohl nicht ganz freiwilligen Ablösung der Rot-Kreuz-Schwestern durch freie Schwestern der NSV ein Ende (s.o.).⁷⁸ Zwei Monate später folgten die Auflösung des Badischen Frauenvereins und die Überführung aller seiner Organisationen in nationalsozialistische Einrichtungen.⁷⁹ Der Vertrag mit der NSV-Schwesternschaft sah vor, dass sie die gesamte Wirtschaftsführung des Krankenhauses übernahm und sämtliche Schwestern mit der Oberin stellte (1937 eine Oberin und 17 Schwestern) und eine Säuglingspflegerinnenschule führte. Für jede Schwester waren vom Krankenhaus 115 RM an das Gauamt für Volkswohlfahrt zu bezahlen sowie Wohnung und Verpflegung zu stellen. Da die Nazis dem Landesverband die Veranstaltung von Lotterien und Sammlungen nicht mehr gestatteten und die Preisstopverordnung die Heraufsetzung der Pflegesätze von 1932 verhinderte, waren damit die Mittel des Landesverbandes erschöpft.

Angesichts dieser Situation setzte sich der badische Innenminister mit der Stadt Karlsruhe mit dem Ansinnen in Verbindung, diese möge das Kinderkrankenhaus kaufen und auf eigene Rechnung weiter betreiben. Staatszuschüsse, teilte er gleich mit, seien nicht zu erwarten, da die Sorge für kranke Kinder die Sache der Gemeinden sei. Das Land argumentierte, die Zusammenlegung würde für die Stadt Vorteile durch eine gemeinsame Krankenhausverwaltung bieten. Die Stadt lehnte unter Hinweis auf den Zuschussbedarf von 43.000 RM für 1939 und die hohen Instandsetzungskosten von 80.000 RM ab. Zudem hatte sie errechnen lassen, dass die notwendige Modernisierung 280.000 RM kosten würde. Außerdem sähen Erweiterungsplanungen der Technischen Hochschule den Abriss des Gebäudes vor.⁸⁰ Da am 1. April 1939 die Schließung des Hauses drohte, erklärte sich die Stadt auch im Wissen um die starke Belegung des eigenen Hauses in der Moltkestraße bereit, das Kinderkrankenhaus für ein Jahr weiter zu führen. In der Folgezeit zogen sich die Verhandlungen um u. a. die Beteiligung der Landkreise am Zuschussbedarf, die Übertragung des Vermögens und der Erbbaurechte des Landesverbandes an die Stadt in die Länge. Im Juli 1940 teilte der Landesverband schließlich dem Finanz- und Wirtschaftsminister mit, dass zum 1. Oktober das Haus geschlossen werde und dem Personal gekündigt worden sei.

In dieser Situation übernahm die Stadtverwaltung dann doch die Verantwortung für das Kinderkrankenhaus, denn schließlich kamen zwei Drittel der Patienten aus Karlsruhe. Als sie das Haus 1939 vorerst vorübergehend übernommen hatte, verfügte es über 200 Betten in fünf Abteilungen:⁸¹ die Abteilung für kranke Säuglinge mit durchschnittlich etwa 60 Patienten, die Abteilung für innere Medizin mit 25 Betten, die Station für Lungenkranke mit 25 Betten, die Isolierstation mit 60 Betten und



Säuglingsbetreuung im Kinderkrankenhaus, um 1933.

die chirurgische Abteilung mit 30 Betten. Betreut wurden die kranken Kinder von fünf Ärzten (Chefarzt, Chirurg, drei Assistenzärzte), drei Medizinalpraktikanten, einer Gymnastiklehrerin, 18 NSV-Schwestern, 50 Säuglingspflegeschülerinnen, 35 Haus- und Küchengehilfinnen sowie neun Angestellten für Verwaltung, Betrieb und Garten. Alle Gebäude inklusive des Hauses der Gesundheit und des Inventars wurden der Stadt bereitgestellt und übergeben, die Erbbaurechte auf 70 Jahre bis 2002 und das Vermögen des Landesverbandes übertragen. Sorgen bereitete der Stadt der Zustand des Hauses. Vor allem die sanitären Einrichtungen sowie die Heizungs- und Wasserleitungen waren dringend sanierungsbedürftig, und es fehlten Personen- und Speiseaufzüge. Unberührt von solchen Problemen betonte „Der Führer“ in einer Reportage vom 31. März

1939, das Krankenhaus sei das drittgrößte Kinderkrankenhaus Deutschlands und dürfe sich auch in der Heilung und Betreuung zu den besten zählen.⁸² Der Krieg verhinderte dann jedoch – bis auf die Umnutzung der Kapelle zum Schlafsaal – die fälligen Baumaßnahmen.⁸³ Lediglich für Luftschutzräume im Keller des Hauses wurde gesorgt. Die vom Land vorgerechneten Synergieeffekte durch einheitliche Verwaltung traten bis Kriegsende nur in begrenztem Umfang ein, da die Stadt vorerst von einer Zusammenlegung der Verwaltungen absah.

Zur Entwicklung der Patientenzahlen und des Personals

Die Entwicklung der Patientenzahlen zwischen 1931 und 1939 war mitbestimmt durch nicht-medizinische Tatsachen (siehe Tab. S. 189). Während der Wirtschaftskrise waren sie deutlich gesunken und lagen wieder unter 7.000. Manche Kranken konnten sich einen Klinikaufenthalt nicht leisten und auch das Fürsorgeamt war mit Einweisungen sehr zurückhaltend. Die Zahlen stiegen dann 1935/36 wieder auf über 7.000, sicher auch ein Zeichen der wirtschaftlichen Konsolidierung des NS-Systems. Die starke Zunahme 1937 um etwa 800 und 1938 noch einmal um ca. 1.500 hatte spezielle Ursachen: die vom Klinikdirektor benannte starke Belegung mit Wehrmachtangehörigen und Westwallarbeitern.⁸⁴ Ende 1938 klagte Starck: „Die Überfüllung des Krankenhauses ist zuweilen katastrophal. Auf der medizinischen wie der chirurgischen Abteilung sind nicht nur seit Jahren sämtliche Tagesräume mit Kranken belegt, alle Abteilungen mit Notbetten überfüllt und trotzdem kommt es nicht selten vor, dass für Neuaufnahmen kein Bett mehr frei ist, so dass vorzeitig Notentlassungen vorgenommen werden müssen.“⁸⁵ Verschärft

Tabelle 1: Patientenzahlen, Geburten und Todesfälle 1919-1944*

	Patienten	Pflegetage	Aufenthalts- Dauer/Patient	Betten/ Auslastung in %	Geburten	Todesfälle/% der Patienten
1919	6.177	161.457	26	652/68,0	338	461/7,5
1920	5.263	133.866	25	652/56,4	328	345/6,5
1921	4.919	125.150	25	652/52,7	1	466/9,5
1922	4.350	116.693	27	652/49,2	2	442/10,2
1923	3.850	119.905	29	652/50,5	7	420/10,9
1924	5.063	145.230	26	652/61,2	93	425/8,4
1925	6.155	162.294	26	652/68,4	221	488/7,9
1926	6.580	171.840	26	652/72,4	346	527/8,0
1927	6.885	159.443	23	652/67,2	358	475/6,9
1928	7.408	182.662	25	672**/74,8	322	455/6,1
1929	7.233	174.260	24	711/67,3	344	426/5,9
1930	7.204	179.505	25	723/68,2	374	419/5,8
1931	6.328	169.266	26	723/64,3	345	372/5,9
1932	6.573	168.444	26	723/64,0	315	443/6,7
1933	6.716	161.569	24	723/61,4	278	411/6,1
1934	6.986	167.885	24	723/63,8	275	434/6,2
1935	7.326	181.464	25	730/68,3	292	480/6,6
1936	7.630	182.682	24	730/68,7	269	515/6,7
1937	8.445	197.601	23	730/74,4	276	580/6,9
1938	9.949	219.683	22	730/82,7	260	641/6,4
1939	7.145	241.674	34	730/91,0	207	645/9,0
1940	7.125	255.997	36	730/96,3	204	651/9,1
1941	7.845	283.618	36	795***/98,0	216	626/8,0
1942	7.116	255.460	36	860/81,6	267	577/8,1
1943	7.471	265.477	36	860/84,8	133	596/8,0
1944	5.989	209.875	35	****	367	473/7,9

* Die Zahlen der Spalten 2, 3, 5 und 6 sind von Stumpf (wie Anm. 2) übernommen, die anderen daraus errechnet. Es ergeben sich bei den Prozentzahlen der Spalte 4 gegenüber denen der Verwaltungsberichte der Stadt Karlsruhe für 1929-1939 (wie Anm. 91) leichte Differenzen, da dort leicht abweichende Zahlen verwendet werden.

** Mit den im September 1928 fertig gestellten Betten ergibt sich diese durchschnittliche Bettenzahl für 1928.

*** Einschlossen die Betten des Hilfskrankenhauses Adlerstraße (s. u.). Für 1941 ergibt sich diese durchschnittliche Bettenzahl, ab 1942 waren es dann 860.

**** Wegen der Verlagerung der Krankenbetten in Hilfskrankenhäuser ist deren Gesamtzahl für dieses Jahr nicht zu ermitteln.

Tabelle 2: Krankenhauspersonal 1928–1938⁹¹

	Ärzte, Apotheker	Pflege-, Wartungs- Labordienst	Desinfektion	Hauswirt- schaft	Verwaltung	Summe
1928	21	129	2	85	11	248
1929	22	131	2	86	11	252
1930	22	131	2	86	11	252
1931	23	134	2	87	11	257
1932	23	134	2	87	10	256
1933	*	*	*	*	*	254
1934	20	138	2	80	10	250
1935	21	137	2	83	12	255
1936	23	139	2	84	13	261
1937	22	151	2	86	13	274
1938	34	169	2	109	13	327

* Keine Angaben vorhanden

würde die Lage durch die Umbauarbeiten in den Krankenstationen. Im Verwaltungsbericht für 1938 heißt es, dass sogar im Schwesternspeisesaal, in der Kapelle und in einer Doekker'schen Baracke Krankenstationen eingerichtet werden mussten.⁸⁵ Über weitere Zahlen zur Belegung des Krankenhauses von 1920 bis 1945 gibt die Tabelle 1 Auskunft.⁸⁷ Dabei ist zu bedenken, dass die Bettenauslastung nur eine Durchschnittszahl ist. Im Februar 1939 lag sie z. B. über 100%, der geringste Wert dieses Jahres betrug 56%.⁸⁸

Die Belegungszahlen des Kinderkrankenhauses liegen nur bruchstückhaft vor. Sie lauten: Durchschnittliche Belegung 1933 – 101, 1934 – 133, 1935 – 125, 1936 – 126 1937 – 131 und 1938 – 159. Nach einer anderen Zusammenstellung waren es 1936 insgesamt 1.836 Patienten mit 46.871 Pflgetagen, 1937: 2.090/48.917 und 1938: 2.461/58.272, wobei vermerkt ist, dass die erhöhte Zahl von 1938 auf eine Kinderlähmungsepidemie zurückzuführen sei.⁸⁹ Im Februar 1940 beherbergte das

Haus wieder 132 und nach dem Ende des Frankreichfeldzugs im Juli 1940 durchschnittlich 145 Patienten. Im Herbst des Jahres war das Haus sogar überbelegt, so dass kranke Kinder abgewiesen werden mussten. 1943 behandelte man im Jahresdurchschnitt in dem 200-Betten-Haus 199 Patienten, zeitweise bis zu 240. Als Ursache hierfür wurde die Schließung der Scharlachbaracke in der Moltkestraße angegeben.⁹⁰

Mit dem Anstieg der Patientenzahlen entwickelte sich auch die Personalstärke des Strädrischen Krankenhauses, dies allerdings nicht, ohne dass der Klinikdirektor gegenüber der Stadtverwaltung immer wieder auf den Personalmangel aufmerksam machen musste. Prozentual nahm die Personalstärke mit etwa 30% etwas stärker zu als die Zahl der Pfleger mit etwa 20% (siehe Tabelle 2). Auf die Schwesternschaft als größte Gruppe mit der neben den Ärzten zugleich verantwortungsvollsten Aufgabe der Beschäftigten im Krankenhaus richtete sich immer auch das beson-

Tabelle 3: Behandelte Erkrankungen (obere Zahlenreihe in jeder Zeile Männer, untere Reihe Frauen)

	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934	1935	1936		1938
Entwicklungs- Krankheiten	20 32	17 12	12 20	17 17	16 11	19 30	22 35	28 45	32 48	44 56	51 61
Infektions- und Parasitäre Krankheiten	414 552	443 517	397 543	316 428	346 434	404 549	444 559	404 488	394 388	451 512	527 570
Sonstige allge- meine Krankheiten	211 168	238 175	208 199	227 233	255 260	199 201	230 205	280 245	312 265	338 273	476 264
Nervensystem	339 264	475 271	302 277	384 326	285 257	327 262	376 232	293 264	291 274	242 267	261 293
Atmungsorgane	260 136	252 142	190 161	142 93	172 187	201 137	206 121	248 150	262 165	248 183	157 62
Kreislauforgane	212 158	247 185	189 170	173 139	215 206	202 174	207 164	229 178	235 187	287 215	362 227
Verdauungs- organe	926 707	1047 683	827 714	789 562	738 580	835 705	955 615	905 814	955 834	951 929	1.419 1.052
Harn- und Geschlechtsorgane	186 415	243 519	190 470	179 429	221 588	176 416	186 366	268 394	272 409	304 512	411 587
Haut	266 178	218 132	250 206	327 176	312 140	254 173	259 153	275 170	300 180	281 203	302 220
Bewegungsorgane	220 111	268 128	253 160	206 91	214 122	209 109	229 99	215 114	204 138	223 157	274 176
Ohr	37 21	23 19	24 21	26 19	42 26	34 21	39 21	78 31	155 70	304 209	237 266
Auge	94 78	99 67	108 74	1 1	1 5	- -	- -	- -	- -	- -	- -
Verletzungen	568 146	532 148	549 175	508 134	483 166	564 229	714 189	710 219	720 230	760 235	1.193* 269
Anderes/ Unbestimmtes	- -	- -	- -	22 13	- -						
Wöchnerinnen	346	347	385	350	291	286	360	297	310	261	259
Summe	7.015	7.447	7.119	6.328	6.573	6.716	6.986	7.362	7.630		9.949

* Die hohe Zahl der Verletzungen wird auf die vielen Westwallarbeiter und die zunehmende industrielle Beschäftigung zurückgeführt.

Tabelle 4: Medizinische Behandlungen und Leistungen

	1928	1929	1930	1931	1932	1933	1934
Röntgenuntersuchungen*	7.835	7.915	9.673	11.317	10.382	10.722	10.722
Bestrahlungen:							
Röntgen	513	632	517	552	450	436	471
Radium	63	16	39	21	101	139	185
Diathermie	2.594	3.640	1.680	1.752	1.350	1.501	2.120
Höhensonne	721	399	495	385	612	304	555
Medizin. Bäder, Inhalationen etc.	11.514	10.362	11.024	12.091	16.570	14.940	14.248
Ordinationen der Apotheke	36.781	38.450	39.295	36.714	40.903	37.554	39.641
Obduktionen	219	212	224	235	218	220	181
Untersuchung Pathologie:							
Histologische	761	859	971	1.434	1.862	k. A.	1.759
Bakteriologische	1.923	2.316	3.229	3.908	4.971	k. A.	5.730
Serologische	4.651	5.113	4.836	4.291	5.066	k. A.	5.985
Desinfektionen	545	520	664	494	554	k. A.	k. A.
Wäscherei**	582.340	627.172	646.049	636.925	703.624	711.886	774.714

* Einschließlich der für die Tuberkulose-Fürsorgestelle gemachten Aufnahmen

** Insgesamt bearbeitete Wäschestücke

dere Augenmerk der Klinikleitung. So sprach Prof. Starck schon im März 1935 von der hohen Belastung des Pflegepersonals. Im Juli 1937 beklagte er, dass ein geordneter Betrieb wegen des Schwesternmangels nicht mehr möglich sei. Im Vergleich mit dem Krankenhaus Ludwigshafen stellte er eine deutlich schlechtere Personalsituation fest: Ludwigshafen habe mit seinen 727 Betten 107 Schwestern, Karlsruhe mit 724 Betten nur 87.⁹² Die Stadtverwaltung entsprach jedoch in aller Regel, wenn auch nicht immer in vollem Umfang, den Bitten der Klinikleitung. 1935 bewilligte sie zu den 81 zwei weitere Schwesternstellen, womit der Stand von 1931 wieder erreicht war.

1937 kamen vier weitere dazu und im Juli 1938 verfügte das Haus über 91 Schwestern, ohne die Schwesternschülerinnen und Hilfschwestern. Das Jahr 1937 war hinsichtlich der Ausstattung mit Schwestern problematisch. Zum einen hatte das Rote Kreuz ein Nachwuchsproblem, und zum anderen hatte es, nachdem von 1930 bis 1933 im Zeichen der Notverordnungen die monatliche Zahlung für die Überlassung je Schwester von 100 schrittweise auf 80 RM herabgesetzt worden war, eine Neufestsetzung auf 103 RM verlangt. Dem wurde schließlich auf höchster Reichsebene stattgegeben, ohne dass die von den Krankenhausträgern gewünschte Erhöhung der Pflegesätze geneh-

1935	1936	1937	1938
17.744	19.963	26.943	34.473
445 166	426 170	656 214	753 251
3.165	2.160	2.336	512
421	236	196	48
13.222	11.168	10.527	10.997
42.251	44.476	51.018	56.136
188	157	203	501
1.584 7.644 5.831	1.552 5.871 6.678	2.412 7.916 8.652	2.342 5.802 9.572
k. A.	k. A.	k. A.	k. A.
751.171	914.979	970.195	1.071.882

mig wurde. In diesem Jahr entstand im Zusammenhang mit der geforderten vollen Bezahlung der Angestelltenversicherung für die Hilfsschwester durch das Krankenhaus auch die Sorge, dass bei Ablehnung diese vertraglich nicht gebundenen Schwestern den bestehenden Mangel ausnutzen und das Haus verlassen könnten. Da die noch neue NS-Schwesternschaft aus Sicht der Klinikleitung keine echte Alternative darstellte, zog man es vor, auch diese Forderung zu erfüllen. Schon 1935 hatte die NSV gewünscht, im Städtischen Krankenhaus eine eigene Station für ihre Schwestern zu erhalten. Prof. Starck hatte sich strikt dagegen ausgesprochen, da die Beschränkung von

Schwestern allein auf eine Station völlig unpraktikabel sei.⁹³ Um dem generellen Schwesternmangel in den Krankenhäusern zu begegnen, forderte das Rote Kreuz 1937, Schwestern nur noch in der eigentlichen Pflege und nicht mehr für Haus- und Putzarbeiten einzusetzen. Aufgrund reichsrechtlicher Vorschriften musste dies umgesetzt werden, was 1938 zu einer Vermehrung des Wirtschaftspersonals von 86 auf 109 Personen führte.⁹⁴ Dem neuen Versuch der NSV, 1938 im Städtischen Krankenhaus eine NS-Schwesternschule zu etablieren, begegnete das Rote Kreuz mit dem Angebot, 15 Schwesternschülerinnen mehr in Karlsruhe einzusetzen. Von der Stadtverwaltung wurden aus Kostengründen nur zehn akzeptiert.⁹⁵

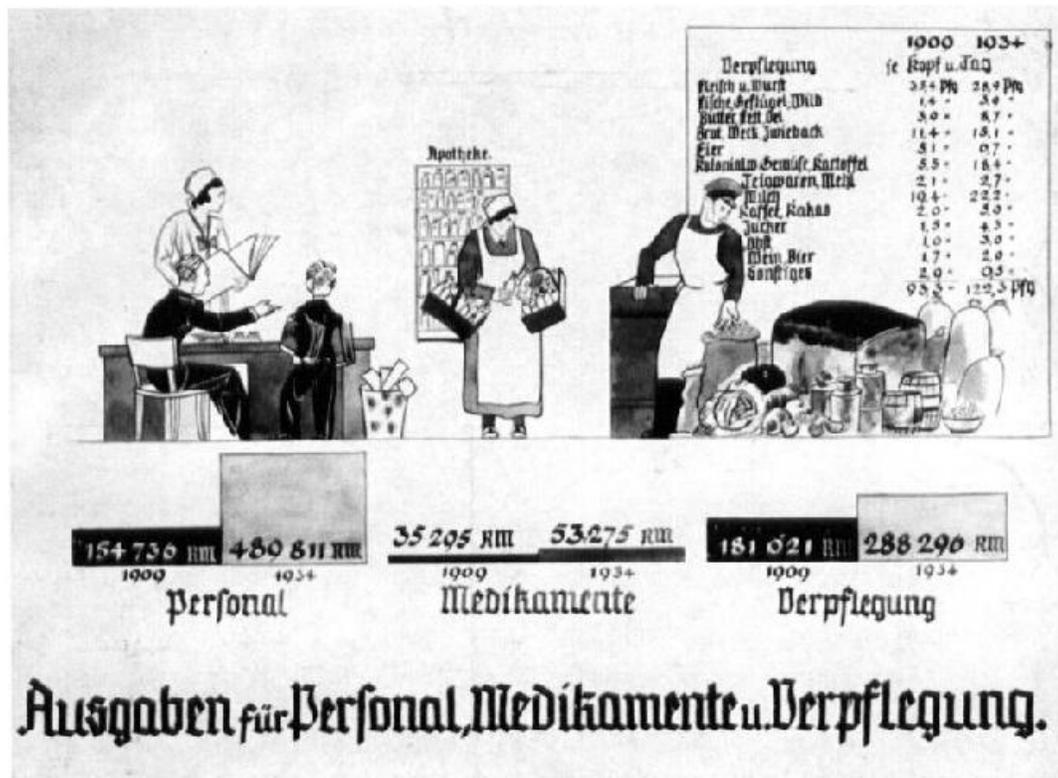
Medizinische Leistungen

Es ist gewiss keine befriedigende Form, die Leistungen und Erfolge eines Krankenhauses allein in nackten Zahlen zu präsentieren, können doch diese nicht adäquat die tatsächlichen medizinischen Anstrengungen oder das Maß seelischen Beistands für leidende und kranke Menschen wiedergeben. Mit diesem Vorbehalt seien die Zahlen dennoch präsentiert (s. Tab. S. 191-193).⁹⁶ Die Zunahme sämtlicher medizinischer Behandlungen lässt die Rückschlüsse sowohl auf die wachsende Inanspruchnahme der Einrichtungen zu wie auch auf medizinische Entwicklungen. Wenn einzelne Anwendungen rückläufig sind, hängt dies auch mit neueren Erkenntnissen und aktuellen Behandlungsmethoden zusammen, kann aber auch mit gerade stattfindenden Umbaumaßnahmen in Verbindung gebracht werden. Statistische Angaben über die Zahl und Art der Operationen, die auch Aufschluss über die Anwendung jeweils neuester OP-Methoden geben könnten, liegen nicht vor.

Einnahmen und Ausgaben

Die Lektüre der Verwaltungsberichte der Stadt verdeutlicht, in welchem Maße das Städtische Krankenhaus auch ein Wirtschaftsbetrieb war (s. Tab. S. 195). Umgesetzt wurde hier ein Jahresetat von 1,4–2 Millionen RM, und Beschäftigung fanden zwischen 250 und 350 Menschen. Auch wenn es notwendig war, sparsam zu wirtschaften und der Ausgleich zwischen finanziell Mach- und medizinisch Wünschbarem nicht immer einfach war, bestand doch Einigkeit darüber, dass das Krankenhaus eine „Wohlfahrtsanstalt sei, die von der Allgemeinheit gestützt werden müsse.“⁹⁷ Diese Ansicht wurde 1932 un widersprochen in der Diskussion um die Neufestsetzung der Pflegesätze im Kranken-

haus geäußert. Vier Jahre nach der Gebührenordnung von 1928 war eine neue notwendig geworden, denn der von der Reichsregierung eingeschlagene Sparkurs hatte zu Gehalts- und Preissenkungen geführt. Die Krankenkassen drängten deshalb auf niedrigere Pflegesätze und Gebühren. Mit Wirkung vom 1. April 1932 traten diese in Kraft und blieben bis 1945 unverändert. Versuche, eine Erhöhung aufgrund steigender Kosten zu erreichen, scheiterten 1936/37 an bestehenden Verboten zur Preiserhöhung. Die Verpflegungssätze pro Tag betrugen nun für die I. Klasse je nach Zimmergröße 12 bzw. 10 RM, für die II. Klasse 8,50 bzw. 7,50 RM und für die III. Klasse für die Kassen 4,80 RM pro Erwachsenen und 3,80 RM pro Kind und für Selbstzahler je nach



Kostenentwicklung im Städtischen Krankenhaus 1909/1934.

Tabelle 5: Einnahmen und Ausgaben 1928–1944*

	Einnahmen aus dem Betrieb**	Ausgaben Personal	Ausgaben Verpflegung, Verbrauchstoffe	Gesamt-Ausgaben***	Zuschüsse****
1928	1.465.961	553.089	465.139	1.605.763	316.757
1929	1.136.489	520.037	465.559	1.665.087	408.424
1930	1.150.243	607.354	415.944	1.596.100	354.623
1931	1.057.197	547.895	366.841	1.471.850	316.293
1932	1.019.803	495.032	359.552	1.351.462	260.528
1933	1.117.184	571.212	335.583	1.369.634	212.414
1934	1.151.042	566.889	359.004	1.432.128	250.355
1935	1.220.131	585.179	423.145	1.525.073	275.575
1936	1.249.286	602.536	462.173	1.640.814	368.093
1937	1.345.755	632.845	472.180	1.722.367	354.275
1938	1.383.237	764.051	755.409	1.821.555	274.354
Angaben nach Stumpf		Personal-kosten	Verpflegungs-kosten		
1939	k. A.	771.686	320.329	1.492.622	441.151
1940	k. A.	831.860	362.970	1.585.524	422.880
1941	k. A.	1.019.483	407.436	1.858.235	198.358
1942	k. A.	1.005.520	315.202	1.834.492	380.092
1943	k. A.	1.056.970	356.410	1.956.816	430.890
1944	k. A.	1.507.639	612.991	2.861.571	868.062

* Die bei Stumpf (wie Anm. 2), S. 204 angegebenen Zahlen weichen von denen der Verwaltungsberichte der Stadt (wie Anm. 91) für die Jahre 1928–1938 deutlich ab. Wenn seine Hinweise stimmen, sind bei ihm die Kosten des Kinderkrankenhauses eingeschlossen. Dies entzieht sich jedoch einer Überprüfung. Für 1928–1938 werden deshalb die offiziellen Zahlen der Verwaltungsberichte wiedergegeben, da sie auch die Einnahmen auflisten, die Stumpf nicht angibt. Für die Jahre 1939–1944 sind in Ermangelung anderer Unterlagen die Zahlen von Stumpf wiedergegeben.

** Weitere Einnahmen von unter 10 % des genannten Betrages aus Miete/Pacht/Sonstigem sind nicht aufgeführt.

*** Hierin sind die Investitionen in Neu- und Umbauarbeiten sowie die ständige Anschaffung medizinischen Geräts enthalten.

**** Die Differenz zwischen Einnahmen plus Zuschuss zu den Gesamtausgaben ergibt die Summe der sonstigen Einnahmen.

Zimmer bzw. Saal 5,00 RM bzw. 4,50 RM. Das Krankenhaus blieb, wie die Zahlen der Tabelle 5 belegen, ein Zuschussbetrieb. Die Zahlen spiegeln zugleich auch den Verlauf der Wirtschaftskonjunktur wider. Den Rückgängen während der Weltwirtschaftskrise folgten Zuwächse während der wirtschaftlichen Konsolidierung im Zeichen der Kriegsvorbereitungen. Anders als etwa Ludwigshafen hat die Stadt jedoch während der Jahre 1930–33 keine Entlassungen zur Kostensenkung vorgenommen.⁹⁸ Es wurden auch notgedrungen, wie oben ausgeführt, etwa eine Million RM in das Haus und seine technische Ausstattung sowie weitere Mittel in die ständige Erneuerung der medizinischen Gerätschaften investiert.⁹⁹ Bei den Neubesetzungen der Stellen leitender Ärzte überrascht dann, dass um die von den Vorgängern jeweils hinterlassenen im Privatbesitz befindlichen medizinischen Gerätschaften verhandelt werden musste.¹⁰⁰

Klinikalltag

Der Direktor des Karlsruher Krankenhauses hat seine Vorstellungen von der Leitung eines Krankenhauses und der Organisation des Tagesablaufs auch in Veröffentlichungen zur Diskussion gestellt. In einem internen Schreiben hat er zudem den Tagesablauf des Pflegepersonals festgehalten. Daraus lässt sich ein Bild des Karlsruher Klinikalltags aus der Sicht des Chefs rekonstruieren.

In der Leitungsstruktur favorisierte Starck das von ihm so genannte „Karlsruher Modell.“¹⁰¹ Danach habe der Ärztliche Direktor die Oberleitung, ihm sei ein Verwaltungsdirektor beigeordnet und persönlich unterstellt. Für Verwaltungs- und Wirtschaftsfragen sei dieser aber mitverantwortlich. Von kollegialer oder rotierender Leitung hielt Starck ebenso wenig wie von der Leitung durch ein Kurato-

rium. Auch die Verantwortlichkeit gegenüber einer Stadtratskommission, in der „allerübels-ter Parlamentarismus betrieben“ werde, hielt er für ungeeignet. Ein verantwortlicher Dezerent sei vorzuziehen. Die alleinige Verantwortung in allen Fragen durch einen Arzt lehnte er genauso ab wie die Leitung einer Klinik durch einen Juristen. Das sei „ein Kuriosum, für das ich keinerlei Verständnis habe.“ Den Erfolg des Karlsruher Modells sieht er aber abhängig von den handelnden Personen, die spannungsfreie, kollegiale Arbeitsstrukturen zum Wohle des Krankenhauses etablieren müssten. In Karlsruhe habe er jeden Morgen eine Besprechung mit dem Verwaltungsdirektor, in der die wichtigeren Angelegenheiten der Verwaltung und Wirtschaft besprochen und gemeinsam beschlossen würden. Soweit Verwaltungsfragen auch ärztliche Bereiche berührten, würden auch diese besprochen. Der Verwaltungsdirektor habe freie Hand in Angelegenheiten des Wirtschaftspersonals sowie des Waren- und Nahrungseinkaufs. Das Finanzgebaren leite er, den Haushaltsentwurf entwerfe er, über größere Anschaffungen werde gemeinsam Beschluss gefasst und Anträge gestellt.

Im Mittelpunkt des ärztlichen Abteilungsdienstes sah Prof. Starck die Chefarztbesprechung. Diese sollte am besten morgens nach den Visiten der Ober- und Assistenzärzte stattfinden. Der Chefarzt würde dabei über Neuzugänge, besondere Fälle und Entlassungen – Schlussbericht müsse vorliegen – informiert. Auch für die Betroffenen weichenstellende Gesundheitsgutachten sollten durchgegangen werden. Die Teilnahme der Oberin an dieser Besprechung sei von Vorteil. Danach beginne der Besuch der Krankenabteilungen, die vom Chefarzt nicht alle täglich besucht werden müssten. Für schwierige Fälle stehe der Chefarzt aber jederzeit zur Verfügung. Vor der Chefarztbesprechung könne der Chefarzt besondere Untersuchungen vornehmen wie Endosko-

pie, Sondierungen oder Laborarbeiten, oder er könne mit dem Oberarzt die Privatabteilung begehen. Der Assistenzarzt habe unter Leitung und Aufsicht des Chef- und Oberarztes den eigentlichen Dienst am Kranken zu leisten, wobei besonderer Wert auf die Anlage der Krankengeschichten zu legen sei. Der ärztliche Dienst auf der Station sei so einzurichten, dass vor der Chefarztbesprechung alle Zugänge untersucht seien und der Assistent die wichtigen Verordnungen vorgenommen habe. Dringend warnt Prof. Starck vor zu vielen Untersuchungen. „Es ist eine ungeheure Belästigung für einen Schwerkranken, wenn er sich am Tage 4–5-mal einer Untersuchung zu unterziehen hat, so vom Assistenten, vom Medizinalpraktikanten, Famulus und schließlich vom Oberarzt und Chefarzt. Für manchen Schwerkranken ist Ruhe oft das beste Heilmittel.“¹⁰²

Für die Schwestern schließlich war der Tag im Haus an der Moltkestraße lang. Er begann um 6 Uhr und endete um 20 Uhr: 6–8: Wecken, Waschen, Betten machen, Puls messen; 8–8.30: Erstes Frühstück der Patienten; 8.30–9: Frühstück des Personals; 9–10: Erledigung ärztlicher Verordnungen, Krankentransporte zum OP, Röntgen etc., Reinigungsarbeiten; 10–10.15: Zweites Frühstück Patienten und Personal; 10.15–12: Reinigungsarbeiten; 12–13.15: Mittagessen; 13.15–14.45: Essens- und Ruhezeit des Personals; 14.45–16: Ärztliche Verordnungen ausführen, Pulsmessen, Kaffee austeilern; 16–16.30: Kaffeepause Personal; 16.30–17.30: Freistunde; 17.30–18: Saalreinigung; 18–19: Abendessen, Versorgung der Kranken für die Nacht; 19–19.30: Abendessen Personal; 19.30–20: Letzte Verabreichungen, Übergabe an Nachtwache. Von diesem Idealplan werde aber täglich, so Prof. Starck, durch die zweimaligen Visiten der Ärzte und die Besuchszeiten abgewichen. Die Freizeiten des Personals seien dadurch nahezu täglich nicht einzuhalten.¹⁰³

Die Krankenhäuser im Zweiten Weltkrieg

Erste Kriegsfolgen

Schon die Einbauten von Luftschutzkellern bei den in Friedenszeiten vorgenommenen Um- und Ausbauten gaben Hinweise auf einen von der NS-Regierung geplanten Krieg. Nach Kriegsausbruch am 1. September 1939 wurden die Schutzmaßnahmen vor Luftangriffen forciert und ergänzt durch Verdunkelungseinrichtungen sowie durch die Anlage von Löschwasserbecken und eines eigenen Löschwasserbrunnens 1942.¹⁰⁴ Ein eigener Luftschutzdienst nahm seine Überwachungstätigkeit auf. Die erste massive Störung des Krankenhausbetriebs erfolgte dann unmittelbar nach dem von Deutschland ausgehenden Beginn des Zweiten Weltkrieges. In der Nacht vom 3. auf 4. September 1939 erfolgte die Anweisung an die Krankenhausleitung, das Haus komplett zu evakuieren.¹⁰⁵ Die Pläne dazu waren von langer Hand vorbereitet worden, denn Karlsruhe lag nur vier Kilometer von Frankreich entfernt und war somit Operationsgebiet, d. h. es bestand die Gefahr der Beschießung aus dem Elsass. Die gehfähigen Patienten hatte man bereits in den Tagen zuvor nach Hause entlassen, und nun brachten die Schwestern und Pfleger die Schwerstkranken und die bettlägerigen Patienten mit Sanitätskraft- und Möbeltransportwagen zu den bereitstehenden Zügen am Bahnhof, von wo sie mit Pflegepersonal, Matratzen und Bettwäsche in Hilfskrankenhäuser u. a. in Pforzheim, Stuttgart und Schwäbisch Hall reisten. Das Krankenhaus in der Moltkestraße war acht bis zehn Wochen verwaist, dann setzte die Rückführung der Kranken ein, nachdem sich herausgestellt hatte, dass Frankreich in Überschätzung der deutschen Stärke den Angriff nicht wagte und sich die Truppen im „drôle de guerre“ gegenüberlagen.



Abholung verwundeter Soldaten vom Hauptbahnhof zur Versorgung im Städtischen Krankenhaus, 1943/44.

Die nach vorherigen Entlassungen noch im Kinderkrankenhaus verbliebenen 60 Kinder wurden am 4. September ebenfalls evakuiert. 20 an Scharlach und Diphtherie erkrankte Kinder kamen nach Bruchsal in das Fürst-Stryum-Spital, die übrigen mit dem allgemeinen Transport nach Schwäbisch Hall. Ende November kehrten die Patienten in ihr Krankenhaus nach Karlsruhe zurück und Anfang Dezember war es schon wieder mit über 80 kranken Kindern belegt.¹²⁶

Infolge des Krieges beschlagnahmte die Wehrmacht nun auch ganze Krankenstationen für verwundete Soldaten. Aus verschiedenen Akten ergibt sich, dass in Karlsruhe seit spätestens Juli 1940 165 Krankenbetten in der Moltkestraße durch das Militär beschlagnahmt waren.¹⁰⁷ Starck schreibt am 13. Januar 1942, es seien 200 Betten vom Militär belegt.¹⁰⁸ Auswirkungen auf den Krankenhausbetrieb hatte

dies insofern, als gemäß den Vorschriften der Wehrmacht ein Ausweichkrankenhaus geschaffen werden musste (s. u.). Weirere spürbare Folgen zeitigte die größere Bettenzahl in einer starken Belastung aller Einrichtungen des Hauses, in dem zudem der städtischen Bevölkerung unter dem Strich weniger Betten zur Verfügung standen.

Probleme der Krankenversorgung im Krieg

Patientenzahlen und Personalmangel

Nach der Rückkehr der Evakuierten waren das Krankenhaus wie auch das Kinderkrankenhaus rasch wieder stark belegt. Betrachtet man die von Stumpf für beide Krankenhäuser summarisch aufgelisteten Zahlen genauer, so ergibt sich Folgendes: Mit Ausnahme der Jahre 1937/

38 blieb die Zahl der Patienten von 1935 bis 1943 relativ konstant bei über 7.000. Die Pflagegehalte erhöhten sich jedoch kontinuierlich. Das bedeutet, dass sich die durchschnittliche Belegungszahl erhöhte (s. Tab. S. 189). Die Krankenzimmer dürften in diesen Jahren stärker belegt gewesen sein als je zuvor. Die Klagen wegen Überlastung finden sich vermehrt in den Jahren 1940–1942. So wird die vom badischen Innenministerium gewünschte Einrichtung einer Schule für dringend benötigte medizinisch-technische Assistentinnen sowohl 1940 als auch 1941 abgelehnt.¹⁰⁹ Die Ärzte seien bereits stark überlastet, und wegen der hohen Belegung des Hauses seien keine Unterrichtsräume verfügbar. Am 22. April 1941 wird von der Überlastung der Chirurgie durch häufig zwölfstündigen Einsatz pro Tag berichtet – seit Anfang des Monats seien bereits 130 große Operationen, davon 21 nachts, durchgeführt worden. Auch über die drei Röntgenassistentinnen¹¹⁰ hieß es, sie seien zehn Stunden täglich im Einsatz. Das Röntgeninstitut war durch die Untersuchung der großen Zahl verletzter Soldaten außerordentlich stark belastet.¹¹¹ Prof. v. Gierke klagte im März 1942, die Assistentinnen in der Pathologie hätten kaum noch geregelte Arbeitszeiten, da die äußerst zahlreichen bakteriologischen, serologischen und histologischen Untersuchungen in der Regel keinen Aufschub duldeten.¹¹² Für 1942 zählte v. Gierke insgesamt 31.800 Untersuchungen, gegenüber 1938 eine Steigerung um 85%.¹¹³ Über die Krankengymnastinnen wird im April 1942 berichtet, dass sie täglich elf Stunden arbeiten müssten, da in der Stadt keine Chirurgen mehr eine Praxis betrieben.¹¹⁴ Ohne die Zulassung der chirurgischen Ambulanz des Krankenhauses zur kassenärztlichen Behandlung, so schreibt im Mai 1942 die Kassenärztliche Vereinigung Deutschlands an Stadtrat Riedner, sei die Versorgung der Zivilbevölkerung nicht mehr möglich.¹¹⁵

Diese übermäßige Belastung des gesamten Personals rührte aber keineswegs nur aus der vermehrten Patientenzahl, sondern wesentlich auch aus den Einberufungen zur Wehrmacht. Diese betraf alle Gruppen der im Krankenhaus Beschäftigten, laut dem Abspann eines 1939 gefertigten Amateurfilms aus dem Krankenhaus 32 Schwestern, 22 Ärzte sowie 25 Beamte und Angestellte. Da es für die Einberufung der Ärzte des Krankenhauses keine statistischen Unterlagen gibt, lässt sich deren Einsatz in der Wehrmacht nur vereinzelt nachvollziehen. Im Falle des Oberarztes der Chirurgie Dr. Deglmann ist belegt, dass er 1941 als leitender Chirurg im Reservelazarett Pilsen eingesetzt war.¹¹⁶ Der Leiter der Pathologie, Prof. Böhmig, wurde bis Kriegsende aus Karlsruhe abberufen.¹¹⁷ Schwierig gestaltete sich auch die Nachfolge des 1942 verstorbenen Leiters der medizinischen Abteilung Prof. Drevermann. Auf Empfehlung von Prof. Sauerbruch aus Berlin berief die Stadtverwaltung Dr. Otto Diebold zum kommissarischen Nachfolger. Festanstellungen waren nach einer Verfügung des Reichsministers des Innern vom 3. Oktober 1941 zur Vermeidung von Benachteiligungen der zum Kriegsdienst einberufenen Ärzte nicht gestattet. Dr. Diebold konnte seinen Dienst in Karlsruhe jedoch erst zum 1. Januar 1944 antreten, als er im Tausch mit einem noch nicht zur Wehrmacht einberufenen jüngeren Arzt an das der chirurgischen Abteilung angegliederte Reservelazarett versetzt wurde.¹¹⁸ Die Leitung der Chirurgie übernahmen so lange – je nach Freistellung vom Militärdienst – die beiden Oberärzte. Der Leiter der HNO-Abteilung Dr. Markert wurde zum Heeresdienst einberufen und bei Kriegsende als vermisst gemeldet. Auch der Chef der Dermatologie, Dr. Speierer, erhielt 1939 seine Einberufung, wurde jedoch bereits 1940 wegen eines Kriegseinsatzes aus dem Ersten Weltkrieg freigestellt. Da sicher auch die übrigen Ärzte z. T. Einbe-



Assistenzärztinnen in der Kinderklinik, 1943.

rufungen erhielten, ohne in jedem Fall sofort ersetzt werden zu können, und die dienstverpflichteten Ärzte häufiger wechselten, wird dies kaum ohne Auswirkungen auf die ärztliche Versorgung geblieben sein. So waren im April 1942 vier verheiratete Ärzte eingezogen worden.¹¹⁹ Im Kinderkrankenhaus versahen Ende 1939 nur noch ein Arzt und eine junge Ärztin mit Notapprobation den Dienst. Chefarzt Prof. Beck kam zwar von Februar bis Mai 1940 wieder in die Klinik, um danach erneut eingezogen zu werden. Im Februar 1941 standen dann drei Ärzte und drei Hilfsassistenten für die medizinische Versorgung zur Verfügung.¹²⁰ Über den verstärkten Einsatz von Ärztinnen im Krankenhaus im Zweiten Weltkrieg liegen für das Karlsruher Krankenhaus keine Unterlagen vor. Im Kinderkrankenhaus waren z. B. 1943 drei Assistenzärztinnen im Einsatz.¹²¹

Die Einberufung der Rot-Kreuz-Schwestern betraf nach einem Schreiben der Krankenhausleitung vom Oktober 1941 einen „großen Teil“ der etatmäßigen Schwestern des Hauses.¹²² Da die NS-Schwesternschülerinnen nicht, wie noch 1938 erwartet, in das Städtische Krankenhaus kamen, musste das badische Rote Kreuz vermehrt Schwesternschülerinnen stellen.¹²³ Um die wertvolle Arbeitskraft der Pflegerinnen effizient einzusetzen, wurde, wie schon 1937 darauf hingewiesen, verordnet, dass diese nicht zum Putzen eingesetzt werden dürfen. Probleme mit den Schwesternschülerinnen entstanden dadurch, dass sie, je nachdem, ob sie im zivilen Teil des Krankenhauses oder im Reservelazarett Dienst taten, unterschiedliche Bezahlung erhielten. Das führte zum einen zu Reibereien unter den Schwesternschülerinnen und zu Befürchtungen, dass diese abwandern könnten. Schließlich sollten alle nach den Sätzen der Wehrmacht gleich bezahlt werden.¹²⁴

Auch Krankenpfleger blieben von Einberufungen nicht verschont.¹²⁵ In der Moltkestraße waren 1940 über 50 % der Pfleger einberufen worden, was für die verbliebenen zu Diensten mit über 60 Wochenstunden führte. Im Kinderkrankenhaus traf es 1943 drei von fünf Mitarbeitern. Die beiden verbliebenen mussten, da kein Ersatz gestellt wurde, regelmäßig zwei und mehr Überstunden leisten, der für die Verpflegung nicht unwichtige Garten verwilderte.¹²⁶ Gerne nahm das Krankenhaus deshalb das Angebot an, Luftschutz Helfer als Sanitäter auszubilden, um so teilweise Ersatz zu schaffen. 1943 herrschte zur Einmachzeit in der Küche übergroßer Personalmangel, der zu Tagesschichten von 12–14 Stunden führte. Das in größeren Mengen angelieferte Frischobst musste rechtzeitig weiterverarbeitet werden.

In den Akten finden sich mehrfach Genehmigungen für die Bezahlung von Überstunden.¹²⁷ Ab Oktober 1940 bediente sich das

NS-System jedoch des Instruments der Erhöhung der Wochenarbeitszeit, um dem Grenzen zu setzen. 1939 galt noch die 48-Stunden-Woche, ab Oktober 1940 waren 51 Stunden, ab Juni 1942 dann 56 Stunden zu arbeiten. Ab April 1943 erhöhte sich die Arbeitszeit auf 56,5 Stunden und ab November 1943 auf 57,5 Stunden. Durch die allmähliche Verkürzung der Mittagspause von zwei Stunden auf 30 Minuten reichte die Zeit nicht mehr für das Mittagessen zu Hause. Die so entstandenen Versorgungsprobleme mussten aufwändig durch Gemeinschaftsverpflegung bzw. Organisation von Mittagstischen in nahe gelegenen Wirtschaften geregelt werden.¹²⁸

Lebensmittel und medizinisches Verbrauchsmaterial

Mangel herrschte mit fortschreitender Kriegsdauer und Rückschlägen an den Fronten aber auch in allen anderen Bereichen. So wurde schon alleine der Transport der Lebensmittel, die die Verwaltung und der Küchenchef in der Markthalle, beim Proviantamt und bei Firmen kaufen konnten, zum Problem: Mitarbeiter holten sie mit dem Desinfektionsfahrzeug ab. Wegen hygienischer Bedenken wurde im Januar 1941 ein Anhänger für diesen Wagen beschafft. In einem als „Geheim“ gestempelten Schreiben an den Verwaltungsdirektor Theurer zum Betreff „Mob-Maßnahmen“ (Mobilisierung für den Kriegsfall) fragte der Oberbürgermeister am 13. April 1939 nach dem Lebensmittelbedarf des Kinderkrankenhauses, um diesen „sicherzustellen“. ¹²⁹ Schon zu diesem Zeitpunkt liefen also die kriegsvorbereitenden Maßnahmen auch auf dieser Ebene. Die daraufhin eingereichte Liste enthielt für den monatlichen Bedarf 114 Positionen. Darunter, um nur einige große Positionen zu nennen, 23 Kisten Bananen, sieben Zentner Äpfel,

4.500 Liter Milch, 130 kg Butter, 250 kg Rindfleisch, 200 Stück Schwarzwurst, 5.500 Wasserweck, 1.800 Eier, 100 kg Spinat und 45 Zentner Kartoffeln. Die Menge der Lebensmittel, die das Kinderkrankenhaus monatlich benötigte, lag sicher weit unter der des Städtischen Krankenhauses, verfügte das doch über die knapp 3,5-fache Bettenzahl. Dass es mit dem Rückzug der deutschen Truppen seit 1944 zunehmend schwieriger wurde, die Versorgung Deutschlands aus den besetzten Ländern zu sichern, spürten sicher auch die Patienten in den Karlsruher Krankenhäusern. Die Deutsche Krankenhausgesellschaft hatte schon im Dezember 1939 „Hinweise für eine sparsame und zweckmäßige Bewirtschaftung der Verpflegungsmittel“ erarbeitet, darunter sorgfältige Lagerung, verstärkte Schädlingsbekämpfung, schonenderes Kochen und die Verwendung entrahmter Milch. Die Rationierung der Lebensmittel und die Zuteilung über Lebensmittelkarten erreichten schließlich auch die Verwaltung und die Patienten der Krankenhäuser als unliebsame Erfahrung der Kriegsfolgen.¹³⁰ Im September 1944 spätestens musste dann auch das Karlsruher Krankenhaus gemäß dem Runderlass des Reichsinnenministeriums die Dreiklassenverpflegung durch Einheitsgerichte ersetzen.¹³¹

Sparappelle gehörten in der Kriegszeit zum Alltag. Das betraf nicht nur das sorgfältige Zudrehen von Warmwasserhähnen und die Verwertung von Essensabfällen für Schweinefutter. Auch bei Bettwäsche und Handtüchern sollte durch längere Benutzungszeiten zwischen der Wäsche gespart werden, Patienten wurden angehalten, eigene Bettwäsche mitzubringen.¹³² Zur Mangelware wurden 1941 auch Röntgenfilme, so dass gekauft wurde, wo man sie bekommen konnte.¹³³ Das betraf natürlich auch vermehrt Verbandstoffe und Operationsmaterial. Im November 1941 kam es zu einer Überschreitung des Haushaltsansatzes für Ver-



Freiluftkonzert der HJ im Städtischen Krankenhaus zur Auflockerung des Klinikalltags, 1944.

bandsstoffe um über das Doppelre (ca. 20.000 RM), für die Deckung beantragt und genehmigt wurde. Dreierlei habe dazu geführt: die höheren Preise, die stärkere Belegung des Hauses und die deutlich schlechtere Qualität des Materials, die den Verbrauch erhöhen würde. Der Deutsche Gemeindetag hatte auch zum Thema Verbandstoffe Sparempfehlungen herausgegeben und gemahnt, „die sparsamste Verwendung aller Verbandmittel ist kriegsbedingte Pflicht!“¹³⁴ Dass die kriegsbedingten Mängel auch eine verringerte Anschaffung neuer medizinischer Apparate nach sich zog, belegen die wenigen Einkäufe, die unter großer Mühe noch getätigt wurden: u. a. 1941 ein Röntgengerät für die Chirurgie, 1943 ein OP-Tisch für die HNO-Abteilung und – ein Hinweis auf die Erfordernisse der Behandlung verwundeter Soldaten – 1944 ein Metallsuchapparat.¹³⁵

Luftschutz und Luftkrieg

Zu Kriegsbeginn war der Luftschutzgedanke trotz entsprechender Propaganda schon vor 1933 eher gering als Notwendigkeit im Bewusstsein der Bevölkerung verankert.¹³⁶ Mit den ersten Luftangriffen 1940 und ihrer Intensivierung ab 1942 änderte sich das rasch. Für die Mitarbeiter des Krankenhauses zog dies weitere Belastungen nach sich. Es musste nicht nur die Verdunkelung durchgeführt und überwacht, sondern auch ein eigener „Werkluftschutz“ organisiert werden, in dessen Einsatzpläne ein größerer Teil der „Gefolgschaftsmitglieder“ eingespannt wurde. Ob in Karlsruhe wie in Ludwigshafen ab 1943 die Aufnahme von Kranken von der Mitführung einer Gasmaske abhing, ist den Akten nicht zu entnehmen.¹³⁷ Zur besonderen Belastung für Patienten und Pflegekräfte wuchs sich der Transport

der bettlägrig Kranken in die Luftschutzkeller bei Luftalarm aus. Es gab zwar für die Krankenhäuser „stille“ Vorwarnungen, bevor die Sirenen heulten, aber die Verlagerung von etwa 200 Patienten dauerte dennoch oft, bis der Angriff schon begonnen hatte, so dass es deswegen Opfer gab (s. u.). Zur Erleichterung für das Klinikpersonal wurde nach dem Luftangriff vom 6. August 1941 jeden Abend ein Unteroffizier mit 15 Mann von der Artillerie-Ersatz-Abteilung 35 für den Krankentransport abkommandiert und zusätzlich zehn Mann als Brandwachen. Die „Badische Presse“ erläuterte am 9. April 1943, dass Schwerkranke nur noch im Erdgeschoss oder gleich in den Schutzräumen untergebracht werden mussten.¹³⁶ Im Kinderkrankenhaus gestaltete sich der Transport der schwerkranken Kinder in den Luftschutzraum für diese und das Personal wegen fehlender Aufzüge besonders anstrengend und zeitraubend. Die körperlichen und seelischen Belastungen durch die permanente Bedrohung aus der Luft lassen sich angesichts der über 1.000 Luftalarme während des Krieges nur erahnen. Der Ab- und Rücktransport aus bzw. nach den Krankenzimmern bedeutete auch körperliche Arbeit. Dieser zeitliche Aufwand bestimmte zudem immer mehr den Krankenhausalltag. Hinweise auf die Notwendigkeit des Mangelmanagements im Klinikbetrieb der Kriegszeit werfen Schlaglichter auf das in allen Bereichen bemerkbare Sinken der Qualitätsstandards in der medizinischen Versorgung der Bevölkerung, das unmittelbare Kriegseinflüsse noch verstärkten.

Auswirkungen des Luftkrieges

Zerstörungen in den Krankenhäusern

Beeinträchtigt wurde der Betrieb des Städtischen Krankenhauses und der Kinderklinik

nicht nur durch die Luftalarme und die Luftangriffe, sondern schließlich auch durch deren direkte Auswirkungen. Erste Luftkriegsschäden erlitt das Haus in der Nacht vom 2./3. September 1942.¹³⁹ Dabei wurde das Wirtschaftsgebäude getroffen, dessen Dachstuhl ausbrannte mitsamt dem dort befindlichen Materiallager. Die darunter liegende Küche wurde unbenutzbar. Der Löschmannschaft gelang es aber, den nördlichen Teil des Hauses mit der Wäscherei und dem Wäschemagazin zu retten. Im Westflügel der Chirurgie durchschlug eine Brandbombe die Decken und explodierte im ersten Obergeschoss. Drei Schwestern, die noch damit beschäftigt waren Patienten in den Luftschutzkeller zu bringen, erlitten Verletzungen, eine starb nach drei Tagen. Am Ende des Angriffs gegen vier Uhr früh explodierte außerhalb der Umfassungsmauer zwischen HNO- und Chirurgie-Gebäude eine Luftmine, deren Luftdruck auf der Nordseite sämtliche Fenster zerstörte, einschließlich des großen Fensters im Operationssaal. Hier konnte nach Beseitigung der Scherben und Herablassen der Verdunkelungsvorrichtung sofort weiter operiert werden. Die Fensterschäden reparierte ein größeres Arbeitskommando kurz darauf. Die oberen Krankenzimmer konnten allerdings erst im Dezember nach Ausbesserung der Dachstuhl- und Deckenschäden wieder belegt werden. Die Küche ging nach vorübergehender Einrichtung einer Feldküche noch vor Winterbeginn wieder in Betrieb.

Erst zwei Jahre später trafen auch das Krankenhaus beim schwersten Brandbombenangriff am 27. September 1944 und dann am 4. Dezember beim schwersten Sprengbombenangriff auf die Stadt wieder mehrere Bomben.¹⁴⁰ Anfang November beklagte Prof. Diebold beim Oberbürgermeister, dass der bei dem Angriff vom September entstandene Bombentrichter zwischen dem Küchen- und Hauptgebäude immer noch den Verkehr im Gelände stark



Löscharbeiten im Städtischen Krankenhaus nach dem Luftangriff vom 2./3. September 1942.

behindere und dass fünf Stationen der Chirurgie durch eine nicht reparierte Heizungsleitung sowie Fenster- und Dachschäden komplett ausfielen. Mit Ausnahme des OP und der Ambulanz habe man alles in den Keller verlegt. Unter diesen Umständen sei die Versorgung größerer Verwundetenzahlen, mit denen man rechnen müsse, nicht zu gewährleisten.¹⁴¹ Einen Monat später wurde auch noch der Operationssaal samt Sterilisations- und Klimaanlage zerstört, eine OP-Schwester tödlich und zwei schwer verletzt.

Das gerade erst umgebaute pathologische Institut machte eine Brandbombe zu 75 % unbrauchbar, das für die Versorgung des Hauses wichtige Stallgebäude fiel einer Brandbombe zum Opfer, den Scharlachbau zerstörte eine Sprengbombe. Eine weitere Sprengbombe traf zwischen Chirurgie und Verwaltungsgebäude einen Heizungskanal und bewirkte die Zer-

störung einer Krankenstation der Chirurgie. Schadensbeseitigung war nur noch im allernötigsten Umfang möglich. Operiert wurde nun in einem kleinen Raum im Keller unter dem septischen OP-Saal. Es konnte in der Moltkestraße nur noch ein Notbetrieb für die Verletzten vorwiegend in den Kellerräumen für etwa 150 Patienten aufrechterhalten werden. In den neu geschaffenen Hilfskrankenhäusern im Umland ging der Betrieb notdürftig weiter (s. u.).

Das Ende für das Kinderkrankenhaus, das bis dahin von Bomben verschont geblieben war, kam schon drei Monate vorher während des Tagangriffs zwischen 11.47 und 11.57 Uhr am 8. September 1944.¹⁴² Eine Sprengbombe traf das Haus der Gesundheit, in dem sich die Isolierstation befand, und zerstörte es total. Eine weitere Sprengbombe zerstörte den Nordwestflügel mit der ehemaligen Kapelle und der darunter liegenden Kesselanlage. Drei Sprengbomben, die im Garten einschlugen, zerstörten alle Fenster und deckten das Dach weitgehend ab. Im Luftschutzkeller, dessen Stahltür durch den Luftdruck nach innen geschleudert wurde, starben eine Schwester und sieben Kinder. Drei Kinder starben kurz darauf an einer „Staublunge“, drei Schwestern erlitten Knochenbrüche, und es gab mehrere Leichtverletzte.

Das Haus in der Karl-Wilhelm-Straße war nun nicht mehr benutzbar. Für die Aufnahme von Karlsruher Kindern in das Hilfskinderkrankenhaus in Baden-Baden (s. u.) konnte man in Ertlingen eine Ambulanz einrichten, welche bis kurz vor Weihnachten benötigt wurde.

Danach wohnten praktisch keine Kinder mehr in Karlsruhe. Das unbenutzte Krankenhaus wurde bis zum Kriegsende von einer Schwester und einem Luftschutzhelfer bei weiteren Luftangriffen vor Schäden durch Brandbomben bewahrt.

Die Schaffung von Aushilfskrankenhäusern

Die steigende Zahl der Luftalarme wie der Luftangriffe und die damit verbundene Belastung des Krankenhauspersonals legten es nahe, Kranke aus den bedrohten Ballungszentren zu verlegen. Grundlage für entsprechende Inanspruchnahme vorhandener geeigneter Gebäude war das Reichsleistungsgesetz vom 1. September 1939. Laut einem Runderlass des Reichsministeriums des Innern vom 11. Februar 1944 sollten „in luftgefährdeten Gebieten“ die Krankenhäuser nur noch so viele Kranke aufnehmen, wie Plätze in Luftschutzeinrichtungen vorhanden waren.¹⁴³ Verhandlungen seitens der Stadt Karlsruhe bzw. der Krankenhausverwaltung über die Verlegung aus Karlsruhe begannen schon im Herbst 1943, als sich die Zahl der Luftalarme drastisch erhöhte. Zwischen Juni und Dezember 1943 gab es annähernd 80 Luftalarme.¹⁴⁴ Das bedeutete eine so enorme Mehrbelastung des Krankenhausbetriebs (s. o.), dass die Verlagerung unausweichlich war. Dies führte einerseits zwar zu Erleichterungen für das Pflegepersonal, mussten doch nicht mehr bei jedem Alarm die Kranken in die Luftschutzkeller gebracht werden. Andererseits erschwerte es aber auch die Verwaltungsarbeit, und die Dezentralisation der Einrichtungen war für die medizinische Betreuung sicher nicht optimal. Aber auch für die Angehörigen der Patienten wurden Besuche durch die unzuverlässiger werdenden Verkehrsverbindungen immer schwieriger.

Das Kinderkrankenhaus in Baden-Baden:¹⁴⁵

Nach entsprechenden Verhandlungen wurde das Hotel Frankfurter Hof in Baden-Baden am 1. Dezember 1943 als Hilfskrankenhaus für das städtische Kinderkrankenhaus bereitgestellt. Der Vertrag mit dem Besitzer sah die Belegung mit 104 Betten und die Küchennutzung vor. Die Restaurationsräume und die Wohnung des

Hoteliers waren in dem Mietpreis von 10.570 RM monatlich nicht eingeschlossen. Dieses Haus reichte jedoch für den gesamten Betrieb des Kinderkrankenhauses nicht aus. So mussten zum 1. Mai 1944 noch drei Pensionen angemietet werden: Die Häuser Rößler und Blümel in der Bismarckstr. 11 und 9 und das Parkhaus Zink in der Fremersbergstr. 35-37. Die Mietkosten betragen zusammen 8.100 RM. Der auf vier Häuser verteilte Betrieb war problematisch, musste doch z. B. in zwei Küchen gekocht werden, und die Häuser Blümel und Parkhaus Zink erhielten die Speisen mit Handwagen aus der Küche des Hauses Rößler geliefert. In den Frankfurter Hof zogen mitsamt der Schwestern und Ärzte am 21. Dezember 1943 die ersten kleinen Patienten ein. Große Probleme bereitete 1944 die Beschaffung von Koks für die Beheizung der Räume. Prof. Unshelm beklagte in einem Schreiben vom Dezember 1944 an den Karlsruher Oberbürgermeister, dass infolge Unterkühlung sechs Kleinkinder und Säuglinge an Lungenentzündung gestorben seien.¹⁴⁶

Die Vereinigte Entbindungsanstalt Karlsruhe in Baden-Baden: Ebenfalls nach Baden-Baden verlegt wurde die Wöchnerinnenstation der chirurgischen Abteilung. Zusammen mit privaten Entbindungsanstalten der Stadt mietete das Krankenhaus zum 1. April 1944 das Hotel Kaiserin Elisabeth in der Moltkestr. 5. In den 42 zur Verfügung stehenden Räumen installierten die Betreiber 16 Doppel- und 26 Einzelzimmer. Durch Aufstellung weiterer Betten war die Aufnahme von bis zu 80 Wöchnerinnen möglich. Vor Inbetriebnahme des Hauses galt es noch kleinere Umbauarbeiten u. a. Luftschutzmaßnahmen vorzunehmen. Die Mietkosten für die zwölf Monate bis 31. März 1945 betragen rund 50.500 RM. Am 27. April begann dann der Krankenhausbetrieb mit einem Arzt, zwei Hebammen, zehn Schwestern sowie zehn Küchen- und Hausangestellten und fer-



Der „Frankfurter Hof“ in Baden-Baden, seit Dezember 1943 das Ausweichquartier des Karlsruher Kinderkrankenhauses.

ner zwei männlichen Hilfskräften und einer Verwalterin. Die Einrichtung eines Geburts- und Untersuchungszimmers sowie zusätzliche Betten stammten aus Karlsruhe. Dorthin brachte man auch die Wäsche und von dort erfolgte die Lieferung von Sonderposten an Lebensmitteln. Die Entbindungsstation in Baden-Baden erforderte während ihres Betriebs einen städtischen Zuschuss von knapp 60.000 RM bei Einnahmen von etwa 12.000 RM. Bis Anfang Juni 1946 kamen hier 485 Kinder zur Welt, es wurden aber, wenn das Haus nicht voll belegt war, auch evakuierte Senioren aus Karlsruhe aufgenommen. Eine davon, Walli von Lauter, vermachte aus Dankbarkeit dafür später ein Grundstück in Karlsruhe dem Kinderkrankenhaus.

Das Hilfskrankenhaus Bretten: Mit Wirkung vom 6. März 1944 mietete die Stadt Karlsruhe den Krankenbau des Mädchenheims der Inneren Mission in Bretten für zwei Stationen der Medizinischen Abteilung mit 50 Betten. Die Mahlzeiten für Patienten und Personal bezog man aus der Küche des Mädchenheims, das pro Tag und Bett dafür 3 RM und für nicht

belegte Betten 1,50 RM erhielt. Die Einrichtung lieferte das Städtische Krankenhaus. Nach dem schweren Luftangriff vom 4. Dezember 1944 musste auch die Röntgenabteilung mit einem Durchleuchtungsgerät „Ultra-Statoskop Z“, einem Tomografen, einer Siemens-Röntgenkugel und einem Tiefentherapieapparat „Müller Super T“ aus Karlsruhe nach Bretten evakuiert werden. Hier wurden bis Anfang September 1946, dem Zeitpunkt der Rückführung nach Karlsruhe, 664 Patienten an 18.205 Pflgetagen behandelt.

Das Hilfskrankenhaus Flehingen: Bereits am 1. Februar wurde der Schlossbau des Jungen-erziehungsheims Schloss Flehingen für ein Hilfskrankenhaus bereitgestellt. Umbaumaßnahmen für etwa 33.000 RM verzögerten die Inbetriebnahme aber bis zum 16. Juni, als die ersten 23 Patienten in das 120-Betten-Haus einzogen. Nach seiner Schließung am 13. August 1945 hatten sich hier 789 Patienten an insgesamt 20.751 Pflgetagen aufgehalten. Aber auch in Flehingen holte der Krieg die Patienten ein. Die Schäden durch einen Luftangriff im Sommer 1944 konnten jedoch rasch behoben werden. Miet- und Verpflegungskosten entstanden während der gesamten Betriebszeit in Höhe von etwa 112.000 RM

*Das Hilfskrankenhaus Weingarten:*¹⁴⁷ Als geradezu ideal geeignet für die Zwecke eines Aushilfskrankenhauses galt das ehemalige Wichernstift in Weingarten an der Straße nach Jöhlingen gelegen nicht nur wegen seiner landschaftlich reizvollen Lage, sondern auch wegen seiner Anlage und der dazugehörigen Ländereien. Die NSV, der das Anwesen damals gehörte, musste es für die Unterbringung der chirurgischen Abteilung im Dezember 1944 abgeben. Es wurde ein Operationsaal ausgebaut, eine Sterilisationsanlage und ein Röntgenapparat installiert sowie eine Ambulanz und eine Nachbehandlungsabteilung eingerichtet. Das Inventar für 90 Betten kam aus

der Moltkestraße, es bestand die Möglichkeit, zehn Notbetten aufzustellen. Die geräumige Küche wurde im Gegensatz zu Flehingen und Bretten von eigenem Personal betrieben.

Das Hilfskrankenhaus Adlerstraße 23-25: Speziellen Vorschriften der Wehrmacht verdankte das Hilfskrankenhaus in der Adlerstraße seine Existenz. Am 19. August 1939, kurz vor Kriegsbeginn, hatte die Reichsregierung in einem Geheimerlass verfügt, dass für jedes von der Wehrmacht in Anspruch genommene Bett ein Ersatz in Ausweichkrankenhäusern zur Verfügung stehen müsse. In Luftschutzorten 1. Ordnung wie Karlsruhe, in besonders gefährdeten Orten also, war pro 1.000 Einwohner ein zusätzliches Bett bereitzustellen. Im Mai 1941 unterrichtete das badische Innenministerium darüber und forderte die Schaffung von mindestens 120 Krankenbetten binnen drei Wochen. Gegenüber dem in die engere Wahl gezogenen Kolpinghaus an der Karlstraße erhielt dann das Christliche Hospiz zum Herzog Berthold den Vorzug. Die Adlerstraße schien weniger bombengefährdet als das in Nähe der Deutschen Waffen- und Munitionsfabriken gelegene Kolpinghaus. 83 Betten wurden in dem Hospiz übernommen und 50 neue bestellt, aber erst im Juni 1942 geliefert. Die Mietkosten betragen etwa 31.000 RM jährlich. Das 130-Betten-Haus wurde von der medizinischen Abteilung mit acht Schwestern und -schülerinnen betreut. Die ärztliche Betreuung oblag einem Assistenzarzt, der bei Bedarf Unterstützung von der medizinischen Abteilung aus der Moltkestraße erhielt. Mit der Zunahme der Bombenangriffe belegte man dieses Hilfskrankenhaus dann hauptsächlich mit gehfähigen Patienten. Von 1941 bis 1944 wurden hier 4.312 Patienten an 102.314 Pflegetagen behandelt. Ein Hinweis darauf, dass die Erkrankungen 1943 und 1944 schwerwiegender waren, gibt die durchschnittliche Verweildauer der Patienten. Es waren 32 bzw. 29

Tage gegenüber 14 bzw. 20 in den beiden Jahren zuvor. Als das Haus am 4. Dezember 1944 durch den Luftangriff unbrauchbar geworden war, verlegte man das Ausweichkrankenhaus auf den Thomashof. Bis dahin hatte die Küche, deren Personal übernommen worden war, auch die Verpflegung für die Patienten der Krankenbaracken im Zwangsarbeiterlager in den Alb-Ufer-Anlagen übernommen.

*Die Krankenbaracken für Zwangsarbeiter:*¹⁴⁶ Die auch in Karlsruhe zunehmende Zahl der Zwangsarbeiter, ohne die in Deutschland die industrielle Produktion ein deutlich niedrigeres Niveau gehabt und damit die Kriegsmaschinerie nicht so lange reibungslos funktioniert hätte, erforderte auch für sie eine Lösung der Krankenversorgung. Nach Verhandlungen zwischen dem Landesarbeitsamt und der Stadtverwaltung wurden vier RAD-Krankenbaracken mit je 30 Betten in dem Lager in der Alb-Ufer-Anlage errichtet. Die bisher bestehenden Krankenreviere in den Betrieben oder bei den Lagern wurden mit Eröffnung des Barackenkrankenhauses am 15. Oktober 1943 aufgelöst und das Inventar dem Krankenhaus zur Verfügung gestellt. In den Baracken sollten Leichtkranke und Rekonvaleszenten untergebracht werden, tatsächlich wurden aber auch hier und nicht nur in der Moltkestraße Schwerkranke behandelt, und zwar die unterprivilegierten so genannten Ostarbeiter. Die Stadt musste einen Teil der Baukosten übernehmen und den Großteil der Einrichtung und der medizinischen Instrumente stellen und übertrug die Leitung der Krankenhausdirektion. Zuständig für die Kranken waren ein esländischer Arzt, eine russische Medizinalassistentin, zwei deutsche Sanitäter, vier russische Schwestern, ein Dolmetscher und ausländische Wirtschaftskräfte. Die Bewirtschaftung war durch die Heranführung des Essens mit der Straßenbahn und Handwagen oder auch mit Fahrradanhängern schwierig. Essen und Pflegekosten

waren laut Stumpf dieselben wie für deutsche 3.-Klasse-Patienten. Bei einer Belegung mit 608 bzw. 1.162 Patienten 1943/44 und 1944/45 bei 13.535 bzw. 24.647 Pflgebetagen ergab sich für die Stadt in diesen beiden Rechnungsjahren ein deutlicher Überschuss von 57.000 RM. Mithin wäre dieses Krankenhaus das einzige ohne Zuschussbedarf gewesen. Es ist schwer vorstellbar, dass dies, wie Stumpf behauptet, ohne Abstriche an den Leistungen im Vergleich zu den anderen Häusern möglich geworden sein sollte. Nachdem die Baracken bei einem Luftangriff am 19. Oktober stark beschädigt worden waren, richtete die Krankenhausdirektion das Ausländerkrankenhaus ab Januar im ehemaligen Spital in Durlach, das über eine eigene Küche verfügte, mit allerdings nur der halben Bettenzahl neu ein. Aus diesem Grund wurden sieben Beschäftigte im Dezember entlassen, darunter der Dolmetscher und drei russische Pflegerinnen.¹⁴⁹ Nach dem Kriegsende in Karlsruhe übernahmen die Besatzungsmächte die Betreuung der kranken ehemaligen Zwangsarbeiter.

Bilanz

Deuteten 1931 alle Zeichen auf einen Aufschwung und eine positive Weiterentwicklung

des Städtischen Krankenhauses hin, die im Bereich der baulichen Erneuerung und der Modernisierung bis 1939 anhielten, so bedeutete die nationalsozialistische Machtergreifung 1933 nicht nur den Ausschluss der Juden aus dem Gesundheitswesen, Zwangssterilisationen und die Ausmerzungen lebensunwerten Lebens. Vielmehr setzte mit dem 1939 von Deutschland begonnenen Zweiten Weltkrieg eine Phase zunehmender Probleme in der Krankenversorgung der Bevölkerung ein. Die kriegsbedingten Mangelzustände im Bereich des ärztlichen, pflegerischen und sonstigen Personals sowie der Verpflegung, des Medizinbedarfs und schließlich der Luftkrieg mit seinen Bombenalarmen und Zerstörungen machten einen geordneten Krankenhausbetrieb ab 1943 schwierig und ab dem Herbst 1944 fast unmöglich. Mit dem in der Moltkestraße verbliebenen Notkrankenhaus und der in Hilfskrankenhäusern in die weitere Umgebung dezentralisierten stationären Krankenversorgung blieb diese im Verlauf des Krieges immer weiter hinter der Qualität der Friedenszeit zurück. Die von den Nazis propagierte Pflicht jedes Einzelnen zur Gesundheit zum Wohle des Volkes war angesichts der weitgehend zusammengebrochenen Gesundheitsversorgung zur zwingenden Notwendigkeit aus eigennützigem Selbsterhaltungstrieb geworden.

KATJA FÖRSTER

Die Baugeschichte des Städtischen Krankenhauses an der Moltkestraße bis 1945

Einführung

Das zwischen 1903 und 1907 im Neorenaissancestil errichtete Städtische Krankenhaus Karlsruhe zählt zu den ersten größeren deutschen Krankenanstalten, welche von dem seit mehr als drei Jahrzehnten gepflegten Pavillonstil abrückten und einer medizinisch und betriebswirtschaftlich zweckmäßigeren Bauweise den Vorzug gaben. Anstelle einer großflächigen dezentralisierten Anlage, die vorwiegend aus ein- und zweigeschossigen Bettenpavillons bestand, trat eine Konzentration der klinischen Hauptfächer auf je einen mehrgeschossigen Gebäudekomplex, in dem Behandlungs-, Funktions- und Krankenräume untergebracht waren. Nur Patienten mit infektiösen Krankheiten wurden auch weiterhin separat in ein- und zweigeschossigen Isolierhäusern behandelt und versorgt.

Dass der badischen Residenz- und Landeshauptstadt eine so moderne Anlage überhaupt beschieden sein konnte, verdankt sie im Nachhinein der langwierigen Suche nach einem geeigneten Bauplatz. Diese verzögerte das seit Ende der 1880er-Jahre dringend notwendige Neubauprojekt bis ins 20. Jahrhundert hinein. Hierdurch wurde es dem ärztlichen Direktor der Anstalt Professor Dr. Bernhard von Beck, der für das klinische Programm verantwortlich zeichnete, und Stadtbaurat Wilhelm Strieder,

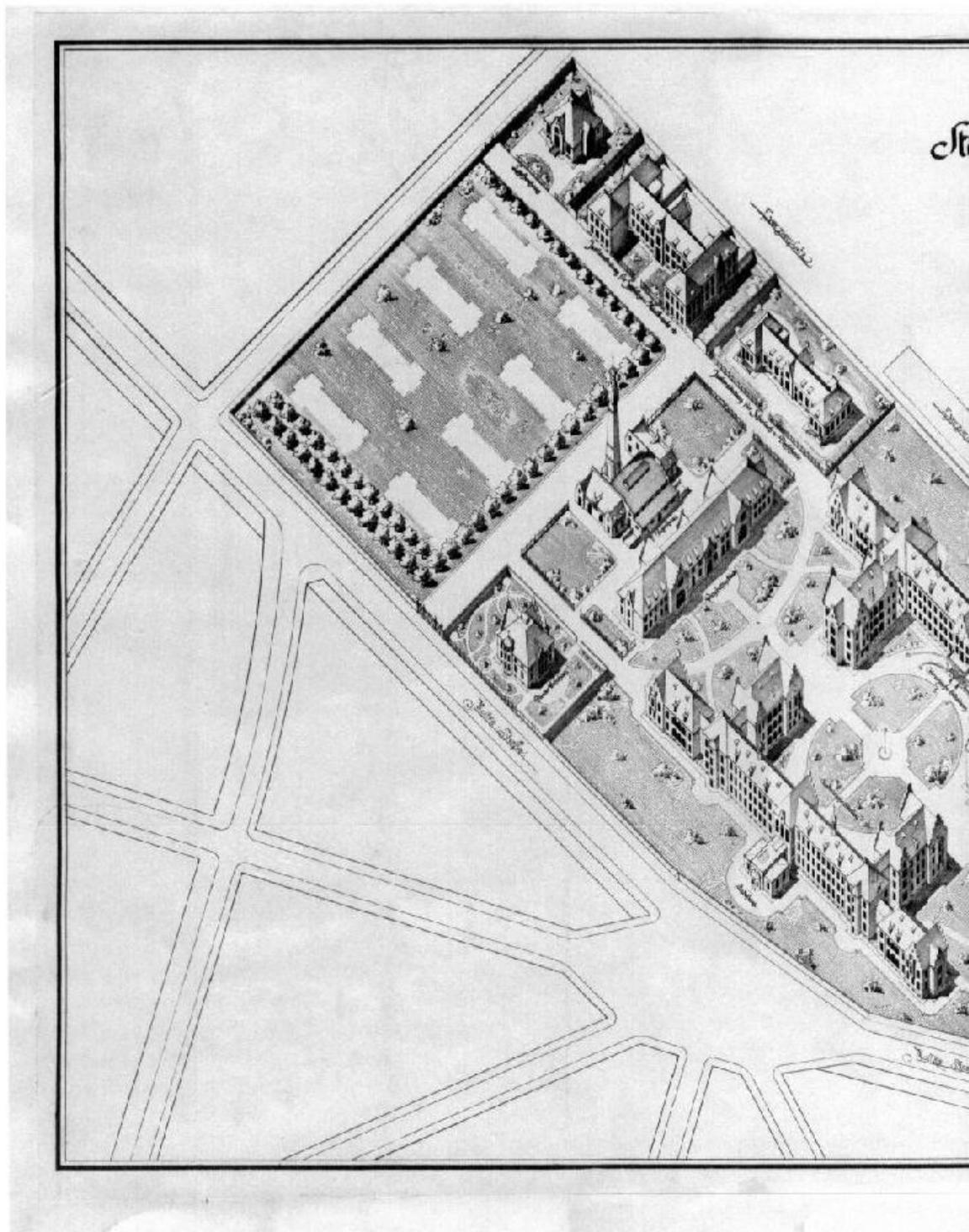
der dem Programm die architektonische Gestalt verlieh, möglich, die medizinischen Fortschritte und bautechnischen Errungenschaften des deutschen Krankenhauswesens in den letzten Jahrzehnten in ihrer Gesamtheit zu überblicken.

Auf dieser Grundlage entwickelten sie gemeinsam ein zeitgemäßes Konzept, das für den weiteren Krankenhausbau in Deutschland in den folgenden Jahrzehnten vorbildlich blieb.

Das alte Stadtkrankenhaus

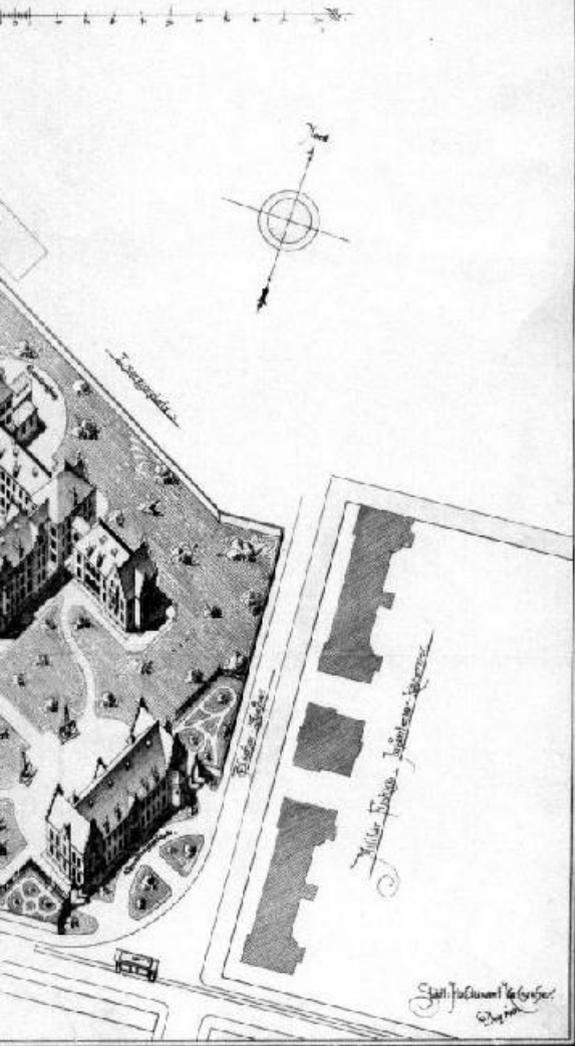
Das alte von Wilhelm Jeremias Müller entworfene und in den Jahren 1782 bis 1788 erbaute Stadtkrankenhaus an der Ecke Adler- und Spitalstraße (heute Markgrafenstraße) war für rund 150 Patienten bestimmt. Die Karlsruher Bevölkerung umfasste bei der Planung etwa 7.000 Personen,¹ so dass die Konzeption der drei Geschosse hohen Zweiflügelanlage mit Hofgarten als eine sehr großzügige betrachtet werden darf, bei der bereits das zukünftige Bevölkerungswachstum Berücksichtigung fand.

Als sich aber zu Beginn der 1860er-Jahre die Einwohnerzahl mit über 27.000 nahezu vervierfacht hatte, war das Haus in seiner Aufnahmekapazität derart überfordert, dass eine räumliche Trennung Infektionskranker nicht mehr gewährleistet war. Mit der Erweiterung



Krankenhaus Karlsruhe .

Übersichtsplan .



Büdingers-Verlag. Vorlage 9 Mai 1902.

des Nordflügels um fünf dreigeschossige Fensterachsen im Jahr 1863 wurde vor allen Dingen Raum für die Isolierung infektiöser Patienten geschaffen.

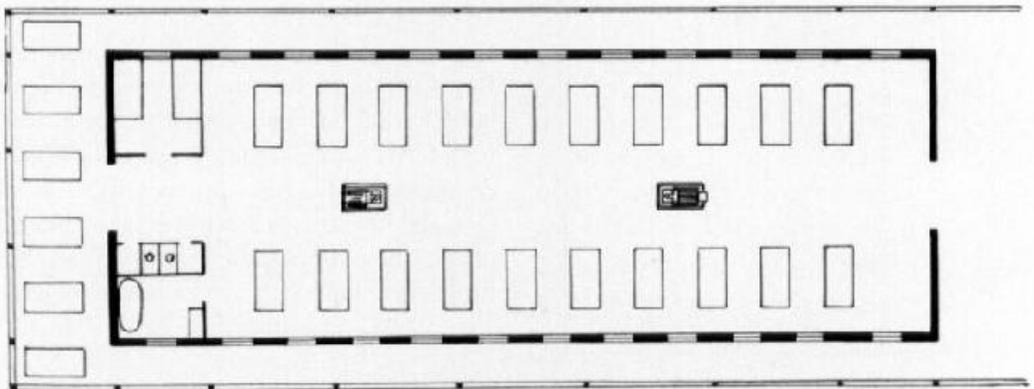
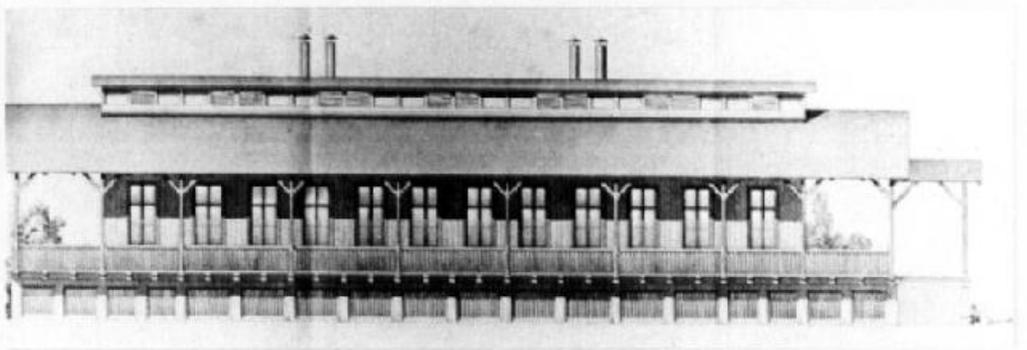
Die fortschreitende Industrialisierung seit diesem Jahrzehnt ließ die Bevölkerung noch rasanter ansteigen als bisher.² 1871 lebten rund 37.000, 1880 rund 50.000 und in 1890 rund 74.000 Menschen in der Stadt. Die Einführung der gesetzlichen Krankenversicherung für Handlungsgehilfen und Fabrikarbeiter unter Reichskanzler Otto von Bismarck im Juni 1883 ließ den Bedarf an Krankenhausbetten noch zusätzlich in die Höhe schnellen. In Anbetracht solcher Zahlen konnte der überalterte bautechnische und sanitäre Zustand des Hauses von medizinischer und politischer Seite nicht mehr verantwortet werden, galt doch noch zu dieser Zeit die unreine Luft in überfüllten Krankensälen als Hauptursache für das häufig auftretende Wund- und Kindbettfieber, das im Allgemeinen zum Tod des Patienten führte.

Bereits Ende der 1860er-Jahre hatte man daher in Deutschland begonnen, neue Wege im Krankenhausbau zu beschreiten. Den wichtigsten Anstoß dazu gaben die viel besseren Heilungserfolge, die die Chirurgen der Berliner Charité durch die Unterbringung frisch operierter Patienten in einer von Luft und Licht durchfluteten Holzbaracke seit 1867 erzielten. Diese schon bald im gesamten Deutschen Reich berühmte Baracke war in den Wintermonaten 1866/67 auf Initiative des Verwaltungsleiters der Charité, Karl Heinrich Esse, errichtet worden. Esse, der vor seiner Anstellung als Verwaltungsdirektor im Jahr 1846 den preußischen Militärdienst bis zum Rang eines Feldwebels durchlaufen hatte, wusste von den

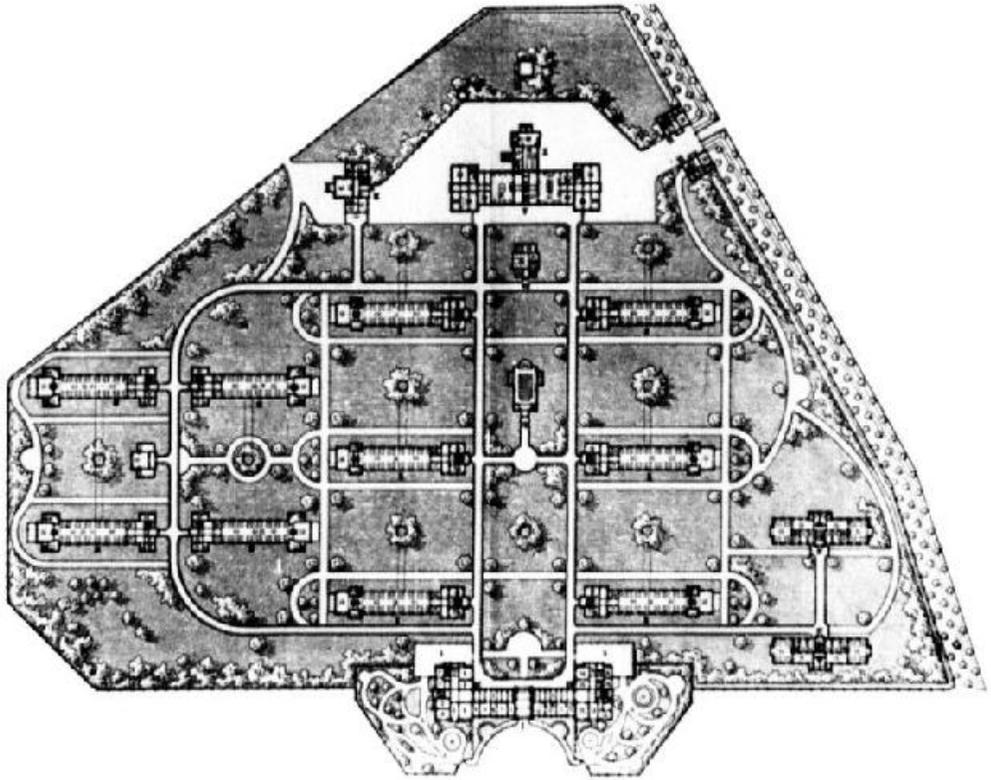
Übersichtsplan des
Städtischen Krankenhauses Karlsruhe, 1902.

medizinischen Erfolgen der Militärärzte bei der Behandlung Schwerverletzter in leicht gebauten Feldlazaretten. Daher hatte er bereits zwei Jahre zuvor, 1864, auf dem Charité-Gelände ein provisorisches „Barackenzelt“ aufstellen lassen, das aus einem von Zeltplanen bespannten Holzgerüst bestand. Während in diesem und den anderen provisorischen Zelten im Leipziger St. Jakob- und Berliner Diakonissenkrankenhaus frisch Operierte nur während des Sommers untergebracht werden konnten, bot die 1866/67 von Karl Heinrich Esse und dem Berliner Stadtbaurat Hermann Blankenstein entwickelte Holzbaracke den Patienten das

ganze Jahr über Schutz. Der stabile Bau bestand bis auf zwei kleine Nebenräume für Personal, Bad und Abort an einem Kopfende aus einem einzigen großen Krankensaal von 26 m Länge, 9 m Breite und 4 bis 5 m Höhe. Die Längsseiten des Saales waren von elf hohen Glasfenstern durchbrochen, zwischen denen jeweils ein Bett – einen halben Meter von der Wand gerückt – aufgestellt war. Das eingeschossige, für zwanzig Krankenbetten bestimmte Gebäude lagerte auf 1,7 m hohen Mauerpfosten und war an allen Seiten von einer offenen Galerie umgeben. An den zwei Stirnseiten weitete sich diese zu überdeckten Terrassen aus. Das flache



Baracke der chirurgischen Abteilung in der Berliner Charité (1866–1867). Seitenansicht und Grundriss.



Lageplan des Städtischen Krankenhauses „Im Friedrichshain“ in Berlin (1868 - 1874).

Giebeldach schloss ein 26 m langer Dachreiter ab, der durch zwölf Fenster an jeder Seite für zusätzliche Luftzirkulation sorgte.

Die mit der Baracke erzielten Erfolge in der Wundbehandlung veranlassten bereits 1868 führende Mediziner, bestehende Krankenanstalten um eine ähnliche in Holz oder Stein ausgeführte Baracke zu erweitern. Mit dem im selben Jahr begonnenen Bau des ersten Berliner Stadtkrankenhauses „Im Friedrichshain“ wurde Esses Ansatz erstmals auch auf eine gesamte Krankenhausanlage angewandt. Die mit der Planung beauftragten Architekten, Martin Gropius und Heino Schmieden, verteilten den 600 Betten umfassenden Betrieb auf 18 Einzelgebäude. Die chirurgische Abteilung be-

stand aus vier eingeschossigen und die medizinische aus sechs zweigeschossigen Bettenpavillons. Bei den beiden zweigeschossigen Isolierabteilungen für Infektionskranke dagegen wurde das althergebrachte Korridorsystem beibehalten, weil man in diesem Bereich kleinere Zimmereinheiten benötigte.

Die „Im Friedrichshain“ erstmals an einem deutschen Krankenhaus verwirklichte dezentralisierte Bauweise wurde bei den größeren Krankenhausneubauten der kommenden Jahrzehnte aufgegriffen. Der längst fällige Neubau des Leipziger Stadtkrankenhauses St. Jakob wurde von 1869 bis 1870 als Barackenhospital ausgeführt. Sämtliche Pflegestationen waren nach dem Vorbild der Charité-Baracke in

eingeschossigen hölzernen Baracken untergebracht. Zu den weiteren dezentralisierten Krankenhausanlagen dieser Zeit gehören der Neubau des Stadtkrankenhauses in Dresden (1870–78), das Städtische Krankenhaus Moabit in Berlin (1872–73) und der Neubau des Stadtkrankenhauses in Wiesbaden (1877–78).

Auch die deutschen Universitätskliniken folgten seit 1869 diesem Beispiel, worauf noch eingegangen wird.

Angesichts dieser vielerorts entstehenden Musterkrankenhäuser, in denen man durch besonders gute Luft- und Lichtverhältnisse die „Luftinfektion“ und damit das Nosokomialfieber zu bekämpfen glaubte, überrascht es, dass die Karlsruher Stadtverwaltung in den 80er-Jahren den längst notwendigen Neubau nicht in Angriff nahm.³ In der 1909 von Wilhelm Strieder verfassten Denkschrift über den Krankenhausneubau führt der Architekt hierfür zwei Gründe an. Er schreibt: „Der Gedanke an die Erbauung eines neuen Krankenhauses außerhalb der Stadt ließ sich aber zu jener Zeit unmöglich verwirklichen, weil die Stadt auf anderen Gebieten große Ausgaben zu machen hatte (Kanalisation, Schlachthausneubau usw.) und weil man sich darüber klar war, dass ein den modernen Anforderungen entsprechender Krankenhausbau gewaltige Summen verschlingen würde.“⁴

Dass man durchaus eine Lösung hätte finden können, zeigt das Beispiel des Krankenhausneubaues in Leipzig. Aufgrund der begrenzten Mittel erfolgte dort die Umsetzung der Planung im Johannisthal nur in einzelnen Schritten. In den ersten Bauabschnitt bis 1870 fiel die Errichtung von elf Krankenbaracken, des Operations-, Bade-, Wasch-, Kessel- und Eishauses sowie der Umbau eines auf dem Grundstück vorhandenen Mehrgeschossbaues zu Verwaltungs- und medizinischen Zwecken.

Wie kein anderer Architekturstil ließ die dezentralisierte Bauweise das nachträgliche

Hinzufügen von Gebäuden zu. In Leipzig erfolgte der kontinuierliche Ausbau in den nächsten zwei Jahrzehnten. Anfang der 80er-Jahre umfasste das zunächst auf 350 Betten begrenzte St. Jakob-Krankenhaus 1.057 Krankenplätze.⁵

Trotz solcher beispielhafter Vorgaben entschied der Karlsruher Stadtrat 1884, das ehemalige Bürgerhospital zu sanieren und, da nach Osten und Süden keine räumliche Erweiterung mehr möglich war, einen zweiten kleineren Bau auf dem Hofgartengelände westlich der Schwanenstraße zu errichten.⁶ Der Neubau wurde am 22. Dezember 1885 in Anwesenheit von Großherzog Friedrich I. und Großherzogin Luise feierlich eingeweiht. Er enthielt 18 Krankenzimmer mit insgesamt 77 Bettgestellen. Das alte Gebäude verfügte nach der Renovierung über 34 Krankenzimmer mit insgesamt 178 Betten. Die Bau- und Umbaumaßnahmen hatten insgesamt eine Summe von 165.000 Mark erfordert. Seit Jahresende 1885 verfügte die auf fast 57.000 Einwohner angewachsene Stadt⁷ über eine Krankenanstalt mit insgesamt 255 Plätzen.

In Hinblick auf den weiteren Bevölkerungsanstieg war die Einrichtung schon jetzt zu knapp bemessen. Aus medizinischer Sicht kam noch hinzu, dass die mehrgeschossige Blockbauweise mit Korridorsystem nicht mehr im Mindesten den bauhygienischen und lufttherapeutischen Anforderungen entsprach. Mit Hilfe der Bakteriologie konnten seit den 80er-Jahren die Erreger der verschiedenen Infektionskrankheiten genau bestimmt werden. Seitdem hatte man in den deutschen Krankenhäusern begonnen, infektiöse je nach Krankheitsbild in verschiedenen Isolierbaracken zu behandeln. An eine solche Separierung, die in Pavillonkrankenhäusern mit Selbstverständlichkeit schon praktiziert wurde, war im Karlsruher Stadt Krankenhaus noch nicht einmal zu denken.

Die Suche nach dem Bauplatz

Dass die Erweiterung und Sanierung des Karlsruher Krankenhauses von Anfang an unzulänglich war, wird vor allem darin deutlich, dass der Stadtrat bereits 1887 beschloss, „ein neues Krankenhaus außerhalb der Stadt zu erbauen und den Betrieb der alten Anstalt aufzuheben.“⁸ Im selben Jahr begann man, sich nach einem Grundstück umzusehen.

Die Entwicklung des deutschen Krankenhausbaus seit Ende der 1860er-Jahre führte den Verantwortlichen vor Augen, dass ein moderner Neubau eine gewisse Platzgröße erforderte. Das 600-Betten-Krankenhaus „Im Friedrichshain“, das in etwa der zukünftigen Größenordnung entsprach, erstreckte sich über ein 95.500 m² großes Gelände.⁹ Das zunächst nur für 350 Betten geplante Leipziger Barackenhospital entfaltete sich im Johannisthal auf einem Areal von 85.100 m² Größe.¹⁰ Das Städtische Krankenhaus in Hamburg-Eppendorf, mit dessen Bau 1884 begonnen worden war, sah die Anordnung der rund 80 Gebäude für insgesamt 1.340 Patienten auf einem 550.000 m² großen Terrain vor.¹¹

Diese Größenordnungen veranlassten die Karlsruher Stadtverwaltung, nach einem Gelände zwischen 80.000 und 90.000 m² Größe Ausschau zu halten. Da die Stadt nur einen mäßigen Preis bezahlen konnte, setzte sie sich zuerst mit der Großherzoglichen Domänenverwaltung wegen des Grundstückskaufes in Verbindung. Im Gewann „Herrenfeld“ im Südwesten der Stadt – heute das Gebiet südöstlich der Eisenlohrstraße – schien ihr ein Platz als zukünftiges Krankenhausareal besonders geeignet zu sein. Da das Gelände aber für die projektierte Verlegung der Rheinbahn vorgesehen war, konnte es nicht erworben werden.

Auf Empfehlung des Ortsgesundheitsrates und der Baukommission kaufte die Stadt 1891 für 275.226 Mark ein 78.636 m² großes Areal

in den „Zolleräckern“, dem heutigen Mühlburger Feld. Nach kurzer Zeit stellten sich jedoch Bedenken wegen der Rauch- und Lärmbelästigung durch südlich der Alb im Bannwald angesiedelte Industrieanlagen ein, und man nahm Abstand von der beabsichtigten Nutzung.

Ein weiterer Bauplatz im Gewann „Mittlerer See“ im Nordwesten der Stadt – der heutige KfV-Platz – schied nach längeren Überlegungen wegen der abgeschiedenen Lage, des hohen Grundwasserstandes und der Lärmbelästigung durch die nahen Militärschießstände aus. Das reizvolle Gelände „westlich des Beiertheimer Wäldchens, nördlich von Beiertheim“¹² – der heutige Bereich südwestlich des Zoologischen Gartens zwischen der Bahnhof-, Ebert- und Karlstraße – erwies sich aufgrund des verlangten Kaufpreises von rund einer Million Mark als unerschwinglich.

Nachdem nach über zehn Jahren immer noch kein Grundstück gefunden worden war, nahm sich das Großherzogliche Fürstenpaar der Sache an. Friedrich I. beauftragte die Generalintendanz der Großherzoglichen Zivilliste, der Stadt einen passenden Platz zu einem moderaten Preis anzubieten.

Die ersten zwei Vorschläge, ein Gelände nördlich des neuen Friedhofs sowie ein Waldgrundstück zwischen der Teutschneureuter und der Welschneureuter Allee – dem heutigen Sportplatz der Freien Turnerschaft – stellten sich ebenfalls aus verschiedenen Gründen als ungeeignet heraus. Beim Gelände „Am Schalterweg“ sprachen die Kanalisationsverhältnisse¹³ und die Abgelegенheit dagegen. Außerdem befürchtete man, dass die Nähe zum Friedhof negative Auswirkungen auf den Genesungsprozess der Patienten haben könnte. Entwässerungsprobleme sowie das nahe gelegene Schützenhaus waren beim Gelände an der Linkenheimer Landstraße die Hauptgründe für die Ablehnung.

Erst dem dritten Angebot der Generalintendant, einem 93.560 m² großen Waldgrundstück im Nordwesten der Stadt, westlich der Grenadierkaserne und südlich des Großen Exerzierplatzes, stimmte der Stadtrat zu. Seinen Antrag an den Bürgerausschuss, das riesige Areal entlang der Moltkestraße für die Summe von 425.800 Mark zu erwerben, nahm dieser am 17. Dezember 1901 an. Am 13. Juni 1902 wurde der Kaufvertrag unterzeichnet. Fünfzehn Jahre waren seit der Beschlussfassung des Stadtrats zu einem Krankenhausneubau und dem vertraglichen Abschluss des Grundstückskaufes vergangen.

Die Planung

Als Mitte Dezember 1901 die Platzfrage endlich entschieden war, begannen Prof. Bernhard von Beck und Stadtbaurat Wilhelm Strieder sogleich das zukünftige Raumprogramm zu entwickeln. Die Entwürfe Strieders, die die medizinischen Anforderungen von Becks bautechnisch vorbildlich umsetzten, wurden von den Mitarbeitern des Hochbauamts ausgearbeitet und ebenso in den Kosten berechnet. Am 29. Mai 1902, noch vor Abschluss des Kaufvertrages, lagen die Planzeichnungen und Kostenberechnungen dem Stadtrat vor. Dieser beantragte daraufhin beim Bürgerausschuss, „dass mit einem aus Anlehensmitteln zu bestreitenden Aufwand von 4.000.000 Mark ein allgemeines städtisches Krankenhaus und mit einem weiteren Aufwand von 64.500 Mark ein Absonderungshaus auf dem Grundstück an der Moltkestraße ... erbaut werde.“¹⁴ Dem Antrag wurde am 22. Juli 1902 stattgegeben.

Die Platzsituation

Das westlich der Grenadierkaserne gelegene Gelände wurde an drei Seiten von Straßen

begrenzt: im Osten von der Blücher-, im Westen von der Kußmaul- und im Süden von der Moltkestraße (s. Vorsatz). Im Norden schloss es direkt an den 781.677 qm großen Exerzierplatz an. Da eine Fläche von 8.228 m² an die drei genannten Straßen abgetreten werden musste, reduzierte sich der eigentliche Bauplatz auf 85.332 m².

Der Entwurf von Wilhelm Strieder sah die Errichtung von zehn Einzelgebäuden vor. Wohlüberlegt angeordnet, verteilten sich diese über das annähernd rechteckige Areal. Eine von Ost nach West verlaufende Mittelachse halbierte das Grundstück in zwei annähernd gleich breite Teile. Die Achse, die die Systematik des Bauprogramms weitgehend bestimmte, trat als Hauptverbindungsweg zwischen dem im Osten gelegenen Verwaltungsgebäude und dem nach Westen gerückten Wirtschaftsgebäude in Erscheinung. Rechts und links der Straße erstreckten sich spiegelbildlich einander zugeordnet die großen Gebäudekomplexe der beiden klinischen Hauptfächer, der Chirurgie und der Inneren Medizin. Ihr längsgerichteter Grundriss wurde durch rechtwinklig heraustretende Flügelbauten aufgelockert. Diese unterteilten den mittleren Grünstreifen zwischen dem Verwaltungs- und Wirtschaftsgebäude in drei hofartige Zonen. Der Verlauf der anderen Straßen und Wege nahm die Symmetrie der Architektur auf. So entstand in der östlichen Geländehälfte ein wohlgeordnetes Arrangement von Gebäuden und Parkanlage, das in seiner strengsymmetrischen Ausrichtung durchaus an barocke Schlossanlagen erinnert.

Das Wirtschaftsgebäude schloss mit der nach Osten gerichteten Hauptfront das beschriebene Ensemble ab und vermittelte zugleich mit seiner Längsachse zwischen dem eingefriedigten Wohnquartier des ärztlichen Direktors im Süden und dem einstöckigen Isolierpavillon für Scharlach und Diphtherie im Norden. Westlich dieser Linie waren die

ärztliche Villa, das Wirtschafts- und Kesselhaus, die drei Isoliergebäude sowie das Leichenhaus angeordnet. Die Standorte dieser Gebäude folgten einer strengen Axialität und ihre Grundrisse und Aufrisse einer klaren Symmetrie. Vom allgemeinen Krankenhausbetrieb separiert, genossen sie nicht den großzügigen parkähnlichen Freiraum, der die Patienten und Besucher der chirurgischen und medizinischen Abteilung umgab.

Damit der von einer 2,4 m hohen Mauer eingefriedigte Anstaltsbetrieb reibungslos und ohne Störung der Patienten und Besucher ablaufen konnte, war das Gelände von mehreren Stellen aus erschlossen. Ein Einfahrtstor befand sich links des Verwaltungsgebäudes, in welchem der Haupteingang für Fußgänger und Fahrradfahrer lag. Ein weiteres an der Moltkestraße führte direkt zum Kesselhaus und Wirtschaftsgebäude und diente den Lieferanten als Ein- und Ausfahrt. Das Leichenhaus im Nordwesten war ebenfalls unmittelbar mit einem Einfahrtstor an der Kußmaulstraße verbunden. Die von einem kleinen Park umgebene Villa des Direktors war von der Krankenanstalt mit einer Mauer abgeschlossen, zur Moltkestraße dagegen öffnete sich das Grundstück mit einem schmiedeeisernen Geländer und eigenem Einfahrtstor.

Die Gebäude des Krankenhauses im Jahr 1907

Das Verwaltungsgebäude

Das den Haupteingang aufnehmende Verwaltungsgebäude lag an der östlichen Grundstücksgrenze. Circa 25 m von der Blücherstraße zurückversetzt, war ihm ein mit Blumenbeeren gestalteter Platz vorgelagert, dessen drei Wege direkt auf den Eingang zuführten. Die Wahl des Standortes für das Gebäude ergab sich aus

zwei Gründen: zum einen handelt es sich um die zum Stadtzentrum nächstgelegene Stelle, in deren unmittelbarer Nähe sich zudem eine Haltestelle der städtischen Straßenbahn befand. Zum anderen wies das annähernd rechteckige Baugelände an der Ostgrenze die größten Unregelmäßigkeiten auf, die Strieder, indem er das in die Anstalt hineinführende Gebäude mittig in die ovale Ausbuchtung setzte, kaschieren und so die symmetrische Konzeption jenseits des Baues in ihrer vollen Wirkung zur Geltung bringen konnte. Das zweigeschossige Gebäude wurde rechts und links von erhöhten Flügelbauten flankiert. Analog zu deren Giebelfronten erhielt der Eingangsbereich einen ebenso gestalteten Risalit. Dieser nahm im Erdgeschoss die 4 m breite, tonnengewölbte Durchfahrt mit den seitlich erhöhten Fußwegen auf. Hinter dem rundbogenförmigen Eingangstor lag das Zimmer des Pförtners, der den Patienten und Besuchern die notwendige Auskunft gab. Auf halber Höhe der Durchfahrt führten links und rechts je sechs Treppenstufen in die Räumlichkeiten des Erdgeschosses. In der nach Süden weisenden Hälfte lagen verschiedene Verwaltungsräume sowie ein geräumiges Warte- und Untersuchungszimmer. Auf der gegenüberliegenden Seite waren im Mittelteil die Apotheke mit den notwendigen Nebenräumen und Laboratorien sowie die Wohnung des Apothekers untergebracht. Und im Seitenflügel befand sich der Bersaal, der nach Osten mit einer polygonalen Altarnische und nach Westen mit einer ebenso gestalteten Vorhalle abschloss. Apsis und Vorhalle traten plastisch aus der Fassade heraus. Die drei von dem Karlsruher Glasmaler Hans Drinneberg angefertigten Rundfenster des Altarraumes mit Darstellungen von Christus, Petrus und Paulus stiftete Großherzogin Luise. Das Rundbogenfeld über dem Hofeingang zum Betsaal zeigte ein Bronzerelief des Karlsruher Bildhauers Heinrich Bauser mit der Darstellung des Barm-



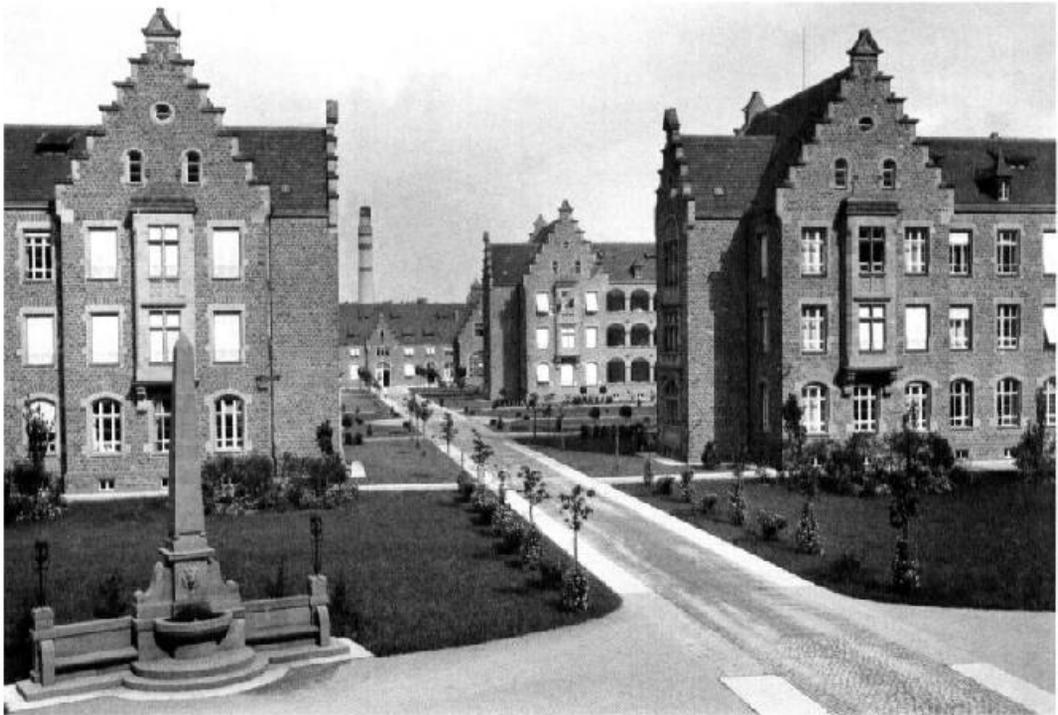
Vorderansicht des Verwaltungsgebäudes, 1907.

herzigen Samariters. Sowohl vom Gebäudeinneren als auch von der Hofseite war der 16 m lange, 8 m breite und 5,5 m hohe Betsaal zu erreichen. Mit 20 Eichenholzbänken für 120 Personen ausgestattet, diente er nicht nur als christlicher Versammlungsraum, sondern auch als Vortragssaal für die Ärzteschaft. Über dem Saal lag das Speisezimmer der Schwestern, das sich mit einer Terrasse zum Hof hin öffnete. Weitere Räume der nördlichen Obergeschosshälfte waren ein Vor-, Speise- und Konferenzzimmer für Ärzte, eine Bibliothek für Kranke und ein Besuchszimmer für Schwestern. Das Obergeschoss des südlichen Traktes enthielt eine Fünfzimmerwohnung für den Verwalter und, durch eine Flurtür von dieser Wohneinheit getrennt, zwei Wohn- bzw. Schlafräume für Assistenzärzte sowie eine Bibliothek für Ärzte. Im Dachgeschoss des Mitteltraktes

waren Zwei- und Vierbettzimmer als Schlafräume für Schwestern hergerichtet, in denen der Seitenflügel je ein großer Schlafsaal mit acht Einzelkabinen für Schülerinnen der Krankenpflege.

Das Gebäude für Chirurgie

Jenseits des Verwaltungsgebäudes öffnete sich ein Hofraum mit zwei symmetrisch angeordneten Brunnen. Zwischen diesen setzte sich der Hauptweg zu den verschiedenen Einrichtungen fort, dessen Abschluss das Wirtschaftsgebäude im Westen mit dem dahinter aufragenden 40 m hohen Schornstein bildete. In seiner Fassadengestaltung dem Verwaltungsgebäude angelehnt, stimmte es den Besucher auf den Gleichklang ein, der sich beim weite-



Blick vom Verwaltungsgebäude auf die von Ost nach West verlaufende Mittelachse, 1907.

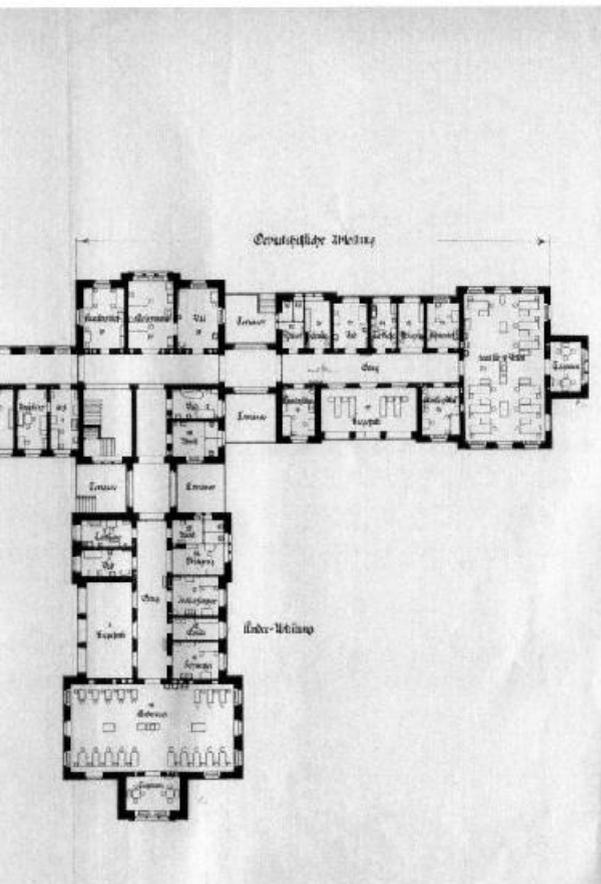
ren Durchschreiten der Anlage vor ihm entfaltete. Rechts des Weges erstreckte sich der längliche Gebäudekomplex der Chirurgie und links davon – in spiegelbildlicher Anordnung – der der Inneren Medizin.

Die Hauptabteilung der Chirurgie bestand aus einem dreigeschossigen Mittelbau, der rechts und links von dreigeschossigen Flügeltrakten flankiert wurde, an die im rechten Winkel in Verlängerung des Mittelbaues noch einmal zweigeschossige Flügelbauten anschlossen. In der Mitte des Gebäudes lag nach Norden gerichtet der einstöckige Anbau des Operationshauses.

Die dreigeschossigen, nach Süden weisenden Flügel vermittelten, je nach Standort, den Eindruck einer offenen oder einer geschlossenen Bauweise. Wie beim Eingangsbereich des Verwaltungsgebäudes war auch hier der Haupt-

eingang durch einen giebelförmigen Mittelrisalit betont. Eine Freitreppe und Rampen führten in den von Arkaden geöffneten Vorbau, welcher den Ankommenden Schutz bei schlechter Witterung bot.

An den Vorbau schloss eine mit Holzbänken ausgestattete Vorhalle an, die den ambulanten Kranken als Warteraum diente. Sie wiederum führte in den geräumigen Vorplatz des Haupttreppenhauses, von dem aus sich sämtliche ambulanten und stationären Bereiche erschlossen. Nach Norden stellte ein kurzer Gang die Verbindung zum Operationshaus her. Nach Osten und Westen dagegen führten lange Korridore, die bis in die zweigeschossigen Trakte hineinreichten. An den Verbindungsstellen von drei- und zweigeschossigen Flügelbauten zweigten sie im rechten Winkel nach Süden ab, um auch die dreigeschossigen Trakte



kensaal zur Aufnahme gesetzlich versicherter Patienten ausgestattet. Die geschlechtsspezifische Unterteilung erfolgte bis auf eine Ausnahme im septischen Bereich in vertikaler Weise. Der dreigeschossige Flügel im Osten nahm im Erdgeschoss die Kinderabteilung und im ersten und zweiten Obergeschoss die Frauenabteilung auf. Der angeschlossene zweigeschossige Trakt barg im Erdgeschoss die geburtshilfliche und im Obergeschoss die gynäkologische Abteilung. In der von Terrassen umgebenen Verbindungsstelle befanden sich im Erdgeschoss ein Kreiß- und ein Kranken-

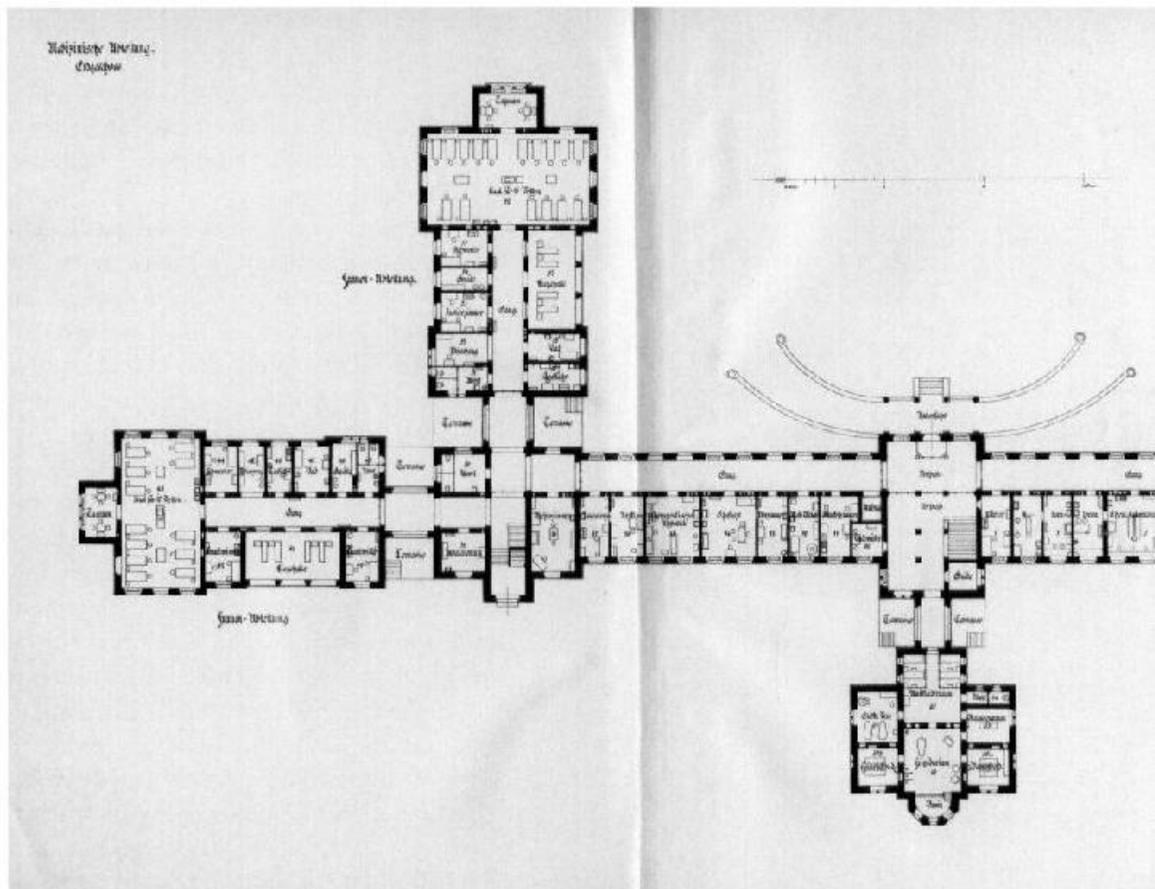
zimmer für je zwei Betten, zwei separate Bäder und Abort, im ersten Obergeschoss ein Assistenzarzt-, Untersuchungs- und Krankenzimmer sowie Bad und Abort und im zweiten Obergeschoss ein Krankensaal mit sieben Betten, Bad und Abort.

Der dreigeschossige Flügel im westlichen Teil umfasste ausschließlich Männerabteilungen, der zweigeschossige dagegen enthielt im Erdgeschoss die septische Abteilung für Männer und im Obergeschoss die für Frauen. Die Verbindungsstelle nahm im Erdgeschoss den septischen Operationsaal mit Instrumentenzimmer und Laboratorium auf sowie einen Raum für Dauerbäder und Abort. Die Raumfunktionen im ersten und zweiten Obergeschoss entsprachen denen im östlichen Bereich: ein Assistenzarzt-, Untersuchungs- und Krankenzimmer, Dauerbad und Abort befanden sich im ersten, ein Krankensaal mit sieben Betten, Bad und Abort im zweiten Stockwerk.

Im Dachgeschoss des Mittelbaues war ein 8,8 m breiter und 19 m langer Raum zur Aufbewahrung der Kleidungsstücke der Kranken eingerichtet. Nur die Ein- und Zweibettzimmer der Privatpatienten waren mit Kleiderschränken ausgestattet. Im Ganzen konnte das Gebäude 250 Patienten aufnehmen.

Das Gebäude für Innere Medizin

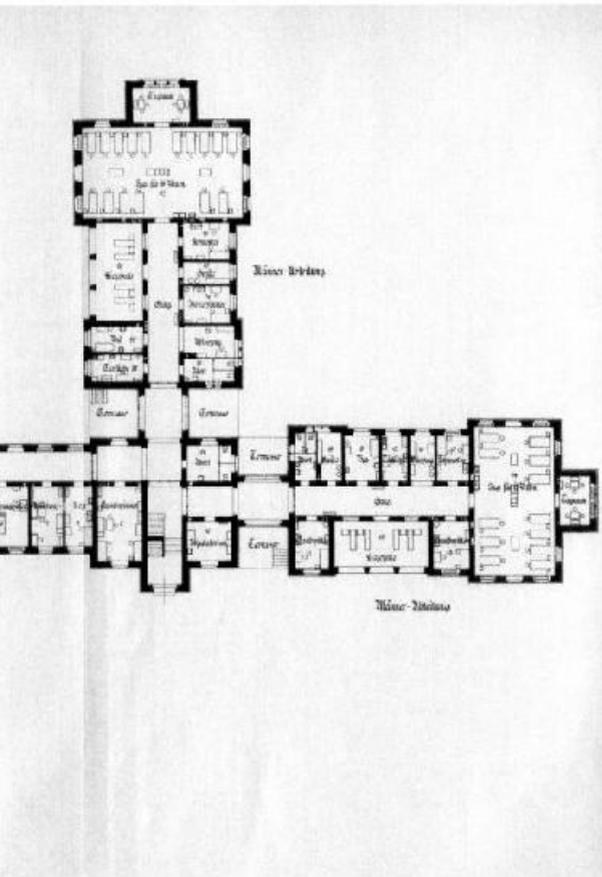
Der gegenüberliegende Baukomplex für die Innere Medizin entsprach in seiner Grundriss- und Aufrissgestaltung weitgehend dem für die Chirurgie. An Stelle des Operationshauses trat das nach Süden zeigende Badehaus, das in der Behandlungstherapie der Inneren eine wichtige Rolle spielte. Seine äußere Erscheinung folgte weitgehend dem nördlichen Pendant. Die innere Raumaufteilung dagegen gestaltete sich kleinteiliger, da das Haus ein Frigidarium



Grundriss des Erdgeschosses der medizinischen Abteilung.

mit Bassin, ein Heißluft-, ein Dampf- und ein Elektrisches Bad sowie einen Massage- und Aus- und Ankleideraum mit integrierten Ruhekabinen aufnehmen musste. Im Erdgeschoss des Mittelbaues befanden sich auf der östlichen Seite ein Untersuchungsraum und mehrere Laboratorien für klinisch-chemische Analysen. Auf der gegenüberliegenden Seite reiheten sich ein Dunkelzimmer für Augenuntersuchungen, ein Raum mit medizinischen Badeeinrichtungen (Elektrisches Lichtbad, Kohlensäurebad), ein Vor- und Untersuchungsraum des ärztlichen Leiters sowie ein Therapieraum mit elektromedizinischen Apparaten an.

Wie bei der Chirurgie lagen die Zimmer für die Privatpatienten im ersten und im zweiten Obergeschoss des Mittelbaues und die großen Krankensäle für die gesetzlich Versicherten in den drei- und zweigeschossigen Flügeltrakten. Indem die weiblichen Patienten wiederum in der Gebäudehälfte rechts des Haupteinganges untergebracht waren, lagen jetzt ihre Abteilungen im westlichen Gebäudeteil. Bis auf das zweite Obergeschoss im dreigeschossigen Flügeltrakt, das der Kinderabteilung vorbehalten war, standen ihnen sämtliche Geschosse in beiden Flügeln zur Verfügung. Die östlichen Flügeltrakte waren durchgängig mit Abteilun-



Die Isolierabteilung für Scharlach und Diphtherie

Mit Hilfe der Bakteriologie gelang es in den 1880er-Jahren die verschiedenen Erreger von Infektionskrankheiten zu identifizieren. Diese Differenzierung erlaubte es von nun an, Patienten nach Infektionsarten zu separieren. An die Stelle einer allgemeinen Isolierbaracke für Infektionskranke traten meist drei Isolierabteilungen: eine für Scharlach und Diphtherie, eine für Haut-, Geschlechts- und Geisteskrankheiten und eine dritte für besonders gefährliche Infektionen wie Cholera.

Dieses gängige Modell griffen auch von Beck und Strieder bei der Karlsruher Konzeption auf. Nördlich des Wirtschaftsgebäudes und westlich der Chirurgie wurde ein eingeschossiger Pavillon für Scharlach- und Diphtheriekranken erbaut. Der längliche Bau wurde rechts und links von Flügeln flankiert und in der Mitte durch einen giebelförmigen Risalit betont. Das symmetrisch gestaltete Erscheinungsbild fand in der inneren Raumaufteilung sein Äquivalent.

Jede Abteilung besaß einen eigenen Eingang rechts und links des Mittelrisalits, der nach Süden ein Isolierzimmer, nach Norden das Operationszimmer für Tracheotomie fasste. Die zwei in der Mittelachse gelegenen Zimmer bestanden nach Westen aus reinem Mauerwerk, um jede Ansteckungsgefahr unter den Abteilungen zu unterbinden.

Die Raumaufteilung der zwei Bereiche verhielt sich spiegelbildlich. Der Eingangsbereich mündete nach Norden in einen Vorplatz mit einem seitlichen Glasabschluss. Hinter diesem verlief ein breiter Korridor, an dem nach Süden ein Isolierzimmer für Schwerkranke, eine Teeküche und ein Schwesternzimmer lagen und nach Norden ein Abort. Am Ende des Flures befand sich jeweils ein großer Krankensaal mit zehn Betten. Von diesem gelangte

gen für Männer belegt. In ihren Verbindungsstellen befanden sich im Erdgeschoss je ein Inhalatorium, ein Archiv- oder Krankenzimmer sowie ein Abort, im ersten Obergeschoss die Kranken- oder Assistenzarztzimmer und ein Abort und im zweiten Obergeschoss auf der östlichen Seite ein Assistenzarzt- und ein Schwesternzimmer sowie ein Abort, auf der westlichen Seite ein Säuglings-, ein Schwesternzimmer und ein Abort. Im Dachgeschoss war wie in der Chirurgie ein Kleideraufbewahrungsraum eingerichtet. Insgesamt konnte die medizinische Abteilung 210 Patienten aufnehmen.



Isolierabteilung für Scharlach und Diphtherie, 1907.

man in das Bad und den geräumigen Tagesraum, von dem eine Rampe für Kinderwagen in den umliegenden Vorgarten führte. Die Abteilung war für 27 Patienten vorgesehen und hatte im Dachstock ein Zimmer für Weißzeug eingerichtet bekommen.

Die Isolierabteilung für Geschlechts-, Haut- und Geisteskranke

Westlich des Pavillons für Scharlach und Diphtherie erhob sich das zweigeschossige Gebäude für Geschlechts-, Haut- und Geisteskranke. In Anlehnung an die Gebäude für Verwaltung, Chirurgie und Innere Medizin setzte sich der Bau aus einem im Eingangsbereich durch einen Risaliten betonten Mitteltrakt mit seitlich flankierenden Flügelbauten zusammen. Dieser Eingang an der Südseite wurde nur von Ärzten,

Pflegepersonal und fremden Personen benutzt. Die Eingänge für die Patienten lagen an den Seiten der Flügeltrakte und führten direkt in das Treppenhaus, das zwischen Keller- und Obergeschoss vermittelte.

Die Grundriss- und Aufrissgestaltung folgte der gewohnten Symmetrie. Im Gegensatz zum eingeschossigen Isolierpavillon für Scharlach und Diphtherie konnte in diesem Bau wieder eine geschlechtsspezifische Trennung vorgenommen werden. In der Osthälfte des Gebäudes wurden die Männer, in der Westhälfte die Frauen behandelt und versorgt. Glasabschlüsse bzw. Monierwände trennten in jedem Geschoss die einzelnen Abteilungen voneinander.

Hautkranken und Strafgefangenen standen im Erdgeschoss ein Zimmer mit zwei, eines mit sechs und eines mit zehn Betten zur Verfügung. Ein Wärter- bzw. ein Schwesternzimmer, eine

Teeküche sowie Bad und Abort ergänzten das nach Süden zeigende Raumensemble. An dem breiten Gang nach Norden waren drei Zellen für Geisteskranke sowie Bad und Abort angebracht. Das Obergeschoss war den Geschlechtskranken vorbehalten. Eine kleinere Abteilung für Männer war auf der östlichen Seite eingerichtet. Sie bestand aus drei Krankensälen für zwölf, sechs und acht Betten sowie Teeküche und Abort.

Das übrige Geschoss nahm weibliche Geschlechtskranke, vor allem „unter polizeilicher Kontrolle stehende Mädchen“, auf.¹⁵ Fünf verschieden große Räume für ein, zwei, sechs, acht und zehn Betten boten insgesamt 39 Mädchen und Frauen Platz.

Im Kellergeschoss waren für syphilisinfizierte Kranke je drei Bäder eingerichtet. Bis zu 116 Patienten konnte das Haus aufnehmen.

Das Absonderungshaus

Direkt gegenüber der Isolierabteilung für Geschlechts-, Haut- und Geisteskranke stand das eingeschossige Absonderungshaus. Auch dieser sehr einfach ausgeführte Bau bestach durch seine Symmetrie. Der Eingang im Norden und die Küche im Süden bildeten die Mittelachse. Östlich davon erstreckte sich der Infektionsbereich für Männer, westlich für Frauen. Entlang der beiden Korridors ordneten sich je vier Zimmer mit verschiedenen Funktionen an, bevor – wie beim Pavillon für Scharlach- und Diphtherie – der Krankensaal mit nach Süden vorgelagerter Tagesraum folgte.

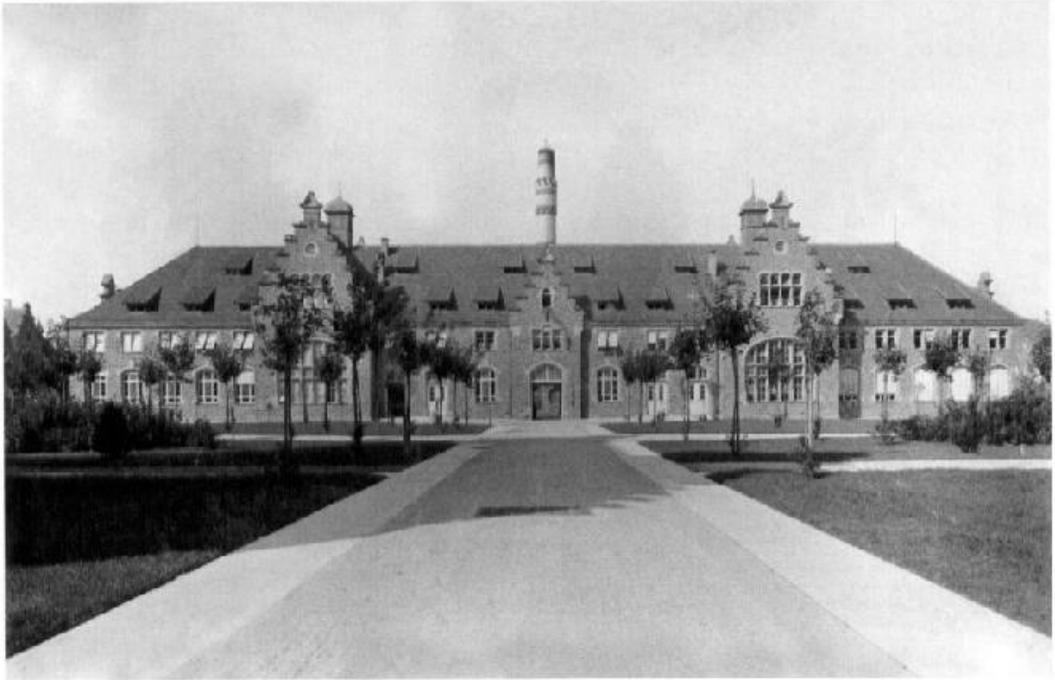
Das Wirtschaftsgebäude

Bereits im ersten deutschen Pavillonkrankenhaus, „Im Friedrichshain“ in Berlin, waren auf Empfehlung von Karl Heinrich Esse, dem Ver-

waltungsleiter der Charité, die Bereiche von Koch- und Waschküche in einem eigenen Wirtschaftsgebäude zusammengelegt worden, das eine separate Zufahrt für Lieferanten besaß.¹⁶ Sein rückwärtiger Anbau enthielt die Dampfmaschine mit dem 14 m hohen Schornstein. Diese zweckmäßige Verbindung machte im deutschen Krankenhausbau jedoch nicht sogleich Schule. In der Folgezeit entstanden noch häufig dezentralisierte Anlagen, die entweder die Küche und die Wäscherei jeweils in einem eigenen Gebäude unterbrachten wie bei der Heidelberger Universitätsklinik (1869–76) oder ein separates Waschhaus besaßen und die Kochküche mit anderen Funktionsräumen in ein mehrgeschossiges Gebäude legten. Erst im Städtischen Krankenhaus „Am Urban“ (1887–89) in Berlin kam es wieder zu einer Vereinigung beider Betriebe in einem Gebäude. Das Herzogliche Allgemeine Krankenhaus in Braunschweig (1891–95) folgte dem Beispiel.

Auch Wilhelm Strieder fasste bei der Planung die Bereiche von Koch- und Waschküche in einem Bau zusammen. Gleich dem Verwaltungsgebäude am anderen Ende der Mittelachse teilte sich das Wirtschaftsgebäude durch eine 4 m Meter breite, tonnengewölbte Durchfahrt in zwei gleich große Hälften, die im Grund- und Aufriss spiegelbildlich einander zugeordnet waren. Der linke Teil enthielt die Küche, der rechte die Wäscherei. Die Analogie in der Fassadengestaltung der beiden gegenüberliegenden Gebäude reichte noch weiter: Die über zwei Geschosse gehenden Haupträume der Koch- und der Waschküche traten am Außenbau in großen Giebelfronten in Erscheinung, die den kleineren Mittelrisalit im Eingangsbereich flankierten.

An den Hauptraum der Küche schlossen nach Süden drei Speisekammern, ein Gemüseputzraum und ein Zimmer für die Wirtschaftlerin an, nach Norden ein Raum für die Speise-



Vorderansicht des Wirtschaftsgebäudes, 1907.

ausgabe, ein Speisezimmer für das weibliche Personal und die Spülküche. Die Raumsituation in der Waschküche war ähnlich. An den dortigen Hauptraum mit elektrisch betriebenen Aufzug ordneten sich nach Norden ein Mangel-, ein Wäscheausgabe- sowie ein Bügel- und Trockenraum an, nach Süden ein Wäscheaufnahme- und Einweichraum sowie ein Speisezimmer für das männliche Personal. In dem nur halb so hohen Obergeschoss befanden sich südlich der Küche mehrere Zimmer für das Personal, nördlich davon eine Vierzimmerwohnung für den Hausmeister. Die zwei Räume über der Durchfahrt waren als Dreibettzimmer für männliche Angestellte eingerichtet. An diese anschließend folgten nach Norden eine weitere Vierzimmerwohnung für den Maschinisten des Kesselhauses sowie nördlich der Waschküche ein Flickzimmer, ein Wäscheaufbewahrungsraum und ein Schwesternzimmer.

Im Dachgeschoss befand sich über der Küche ein großer Schlafsaal mit 14 Betten für weibliche Angestellte. Das nördliche Pendant dazu stellte der große Trockenspeicher dar, zu dem die Wäsche über den bereits erwähnten Aufzug aus der Waschküche transportiert wurde. Der restliche Raum des Dachgeschosses diente bis auf ein weiteres Vierbettzimmer als Speicherraum. Erschlossen wurde das Gebäude durch vier Treppenhäuser.

Das Kesselhaus

Westlich des Wirtschaftsgebäudes und parallel zu diesem stand das Kesselhaus mit seinem 40 m hohen Schornstein. Dieses war für die Heizung und Warmwasserversorgung aller Gebäude bis auf das Absonderungshaus zuständig.

An seiner rechten Flanke befand sich die Desinfektionsanstalt. Diese bestand aus zwei gleich großen Räumen, von denen der eine für die infizierten, der andere für die desinfizierten Gegenstände bestimmt war. Eine massive Backsteinwand, in die die Desinfektionsapparate eingelassen waren, trennte die Räume voneinander. Nach Westen schloss noch ein weiterer Raum an, in dem ein Verbrennungsofen zur Vernichtung von gebrauchtem Verbandsmaterial und sonstigem Unrat eingerichtet war. Die Gase gelangten über einen Rauchkanal in den Schornstein der Kesselanlage.

Das Leichenhaus

Erst mit der Dezentralisierung des Krankenhauses wurden separate Leichenhäuser, auch „Pathologische Institute“ genannt, errichtet. In den blockartigen Bürgerhospitälern des 18. und 19. Jahrhunderts befanden sich Leichenkammer und Sektionsstube entweder im Kellergeschoss oder in kleinen Anbauten, wie ihn das Karlsruher Stadtkrankenhaus bei seinem Um- und Neubau 1884/85 aufwies. Aus hygienischen und psychologischen Überlegungen wurden die Leichenhäuser von Anfang an abseits des eigentlichen Anstaltsbetriebes angeordnet und mit einer eigenen Zufahrt versehen. Diese Konzeption findet sich nahezu bei allen deutschen Pavillonkrankenhäusern.

Auch die Karlsruher Planung zeigt das Leichenhaus fern des Betriebes an der nordwestlichen Ecke gelegen. Durch die direkte Zufahrt von der Kußmaulstraße konnte der Leichentransport völlig unbehelligt vonstatten gehen.

Ein rechteckiger Kubus mit drei mittig heraustretenden Giebelfronten prägte das äußere Erscheinungsbild des einstöckigen Baues. Der an der Südseite gelegene, einige Treppenstufen erhöhte Haupteingang führte direkt in den

großen Aufbahrungsraum. Ein zweiter, ebenerdig gelegener Eingang im Osten war für die Angestellten bestimmt. Dieser führte direkt in das Treppenhaus, das die Keller- und Dachgeschossräume erschloss. Unter dem Aufbahrungsraum befand sich im Keller das Sargmagazin und diesem gegenüber die Leichenkammer. Letztere war mit einem Leichenaufzug ausgestattet, welcher die Toten in den darüber liegenden Sezieraum transportierte. Rechts und links der beiden Haupträume befanden sich einfache Kellerräume. Über diesen waren im Erdgeschoss nach Westen das Mikroskopierzimmer und das Bakteriologische Laboratorium angeordnet, nach Osten das Zimmer für den Prosektor und den Diener. Die Räume im Dachgeschoss wurden als Bibliothek für die anatomischen Sammlungen und als Speicher genutzt.

Das differenzierte äußere Erscheinungsbild, das durch das Vor- und Zurücktreten der Fassaden entstand, wurde noch bereichert durch verschiedene Fensterformen. Jeder Raum wurde mit einer seiner Funktion gemäßen Lichtöffnung versehen. Die Eingangstür zum Aufbahrungsraum, deren Flügel von schmalen Hochkantfenstern durchbrochen waren, wurde in das Fensterensemble integriert. Die seitlichen Wandeinfassungen wiederholten in größerem Maßstab die Türfenster und ein gläsernes Rundbogenfeld mit drei breit eingefassten Tondi schloss die Konzeption nach oben ab. Der Eingangsbereich erhielt dadurch die Wirkung eines gläsernen Kirchenportals. Die sternenförmigen Glasfassungen im Inneren steigerten noch die sakrale Atmosphäre des Raumes. Der Leichenkeller erhielt Licht durch drei große, einfach gestaltete Rundbogenfenster. Dieses Motiv kehrte verkleinert als Fensteröffnungen des Bibliotheks- und Sammlungsraumes wieder. Das Sezierzimmer besaß ein 3,6 m breites und 3,4 m hohes schmiedeeisernes Rundbogenfenster, dessen große Glas-



Das Leichenhaus, 1907.

fläche horizontal und vertikal mehrfach unterteilt war. In vereinfachter Form wiederholte sich auch dieses Motiv im Laboratorium und Mikroskopieraum.

Das Wohnhaus des Direktors

Als letztes Gebäude muss noch die Villa des ärztlichen Leiters der Anstalt vorgestellt werden. Diese lag südlich des Kesselhauses unmittelbar an der Molkestraße und war durch eine Einfriedigung vom Krankenhausgelände separiert. Zur Molkestraße öffnete sich das Grundstück mit einem schmiedeeisernen Gitter und Tor. Die zum Wohnhaus gehörende Parkanlage erstreckte sich parallel zur Parzelle des Pavillons für Scharlach und Diphtherie nach Osten bis auf Höhe der Hauptfront des Wirtschafts-

gebäudes. Im Grundriss folgte die Villa der Anlage des Leichenhauses, bereicherte diese aber nach Osten durch einen polygonalen Abschluss, der an der Fassade als Eckturm in Erscheinung trat, und nach Westen durch einen weiteren Raum, der im Erdgeschoss als Küche, im Kellergeschoss als Waschküche genutzt wurde. Betrat man durch den an der Westseite gelegenen Haupteingang das Haus, lag rechter Hand sogleich das Empfangszimmer, daran anschließend das Wohnzimmer mit einem Erkerausbau und einer geschlossenen Veranda, die über eine Treppe ins Freie führte. Nach Norden folgten die Bibliothek mit einem von Fenstern durchbrochenen polygonalen Abschluss, das Arbeitszimmer, das nach Westen in das geräumige Esszimmer vermittelte, an das sich die Anrichte, die Küche und eine kleine Speisekammer anreihete. Die Küche



Wohnhaus des ärztlichen Direktors, 1907.

besaß einen gesonderten Eingang für die Lieferanten. Das Obergeschoss mit seinen sechs Zimmern, einer offenen Veranda, Balkon und Bad war ausschließlich dem privaten Bereich, die Zimmer und Kammern des Dachgeschosses dem Personal vorbehalten.

**Die Einordnung des Karlsruher
Krankenhausneubaus in den deutschen
Krankenhausbau des späten
19. und frühen 20. Jahrhunderts**

*Die Konzentration des Bauprogramms bei
der Heidelberger Universitätsklinik*

Die Bekämpfung der gefürchteten Luftinfektion durch verbesserte Luft- und Lichtverhältnisse in den Krankensälen hatte gegen Ende

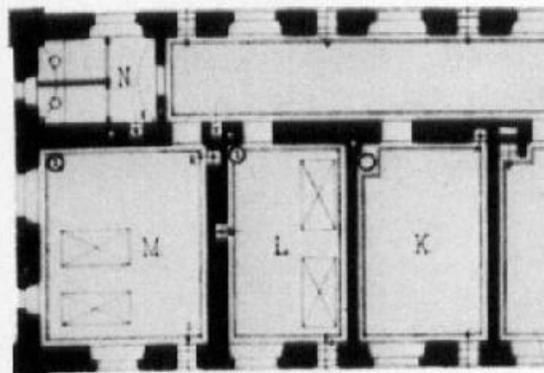
der 1860er-Jahre zum Bau der ersten Pavillonkrankenhäuser in Deutschland geführt. Mit Inbetriebnahme dieser frühen in Berlin und Leipzig entstandenen dezentralisierten Anlagen erkannte man aber auch, dass sich das weitläufige System sowohl in den Bau- und Ausstattungskosten als auch in betriebswirtschaftlicher Hinsicht wesentlich kostspieliger gestaltete als die herkömmliche Blockbauweise. In den folgenden Jahrzehnten suchte man nach Lösungen, die dem luft- und lichttherapeutischen Ansatz gerecht wurden und zugleich die Betriebskosten senkten.

Der zwischen 1869 und 1876 entstandene Neubau der Heidelberger Universitätsklinik zeigte eine frühe beispielhafte Antwort auf diese Bestrebungen. Die 1869 entworfene Konzeption verband in sinnvoller Weise den innovativen Pavillonstil mit dem traditionellen

Mehrgeschossbau. Die verschiedenen klinischen Hauptfächer wurden nach dem Bausystem ausgeführt, das ihren individuellen Ansprüchen entgegenkam. Die Augenklinik, die Chirurgie und die medizinischen Abteilungen I und II erhielten dreigeschossige Blöcke, wobei die chirurgische Abteilung zusätzlich über vier eingeschossige, die medizinische Abteilung II über zwei eingeschossige Bettenpavillons verfügte. Diese waren durch eine überdachte Galerie mit dem Hauptbau verbunden. Die medizinische Abteilung III, das Absonderungs-, das Desinfektions- und das Waschhaus, der Eiskeller, die Pathologie und das Leichenverbrennungshaus waren in ein- oder zweigeschossigen Einzelbauten untergebracht.

Die Universitätsklinik schuf aber nicht nur in der Kombination von Mehrgeschossbau und wenigen Bettenpavillons für Schwerkranke einen gelungenen Kompromiss zwischen Tradition und Fortschritt, sondern auch im Blockbausystem selbst. Während im Erdgeschoss der dreistöckigen Gebäude Funktions- und Personalräume untergebracht waren, befanden sich im ersten und zweiten Obergeschoss rechts und links des schmalen Mitteltraktes Krankensäle im typischen Pavillonstil. In der medizinischen Abteilung waren auf jeder Etage zwei Säle eingerichtet, die von beiden Längsseiten Tageslicht empfangen. In der chirurgischen Abteilung besaß jedes Geschoss nach Osten einen Krankensaal, nach Westen das herkömmliche Korridorsystem mit kleinen Zimmereinheiten. Aus rein funktionellen Gründen fand man in Heidelberg zu der Synthese von Pavillon- und Korridorbau. Die Klinik hatte zwei Aufgaben miteinander zu verbinden: den Krankenhaus- mit dem Ausbildungsbetrieb angehender Mediziner, der nach einer Konzentrierung der großen Fachabteilungen verlangte.

Der fortschrittliche Ansatz, der die Neubauten weiterer Universitätskliniken beeinflusste, übte auf die Entwicklung des Allgemei-

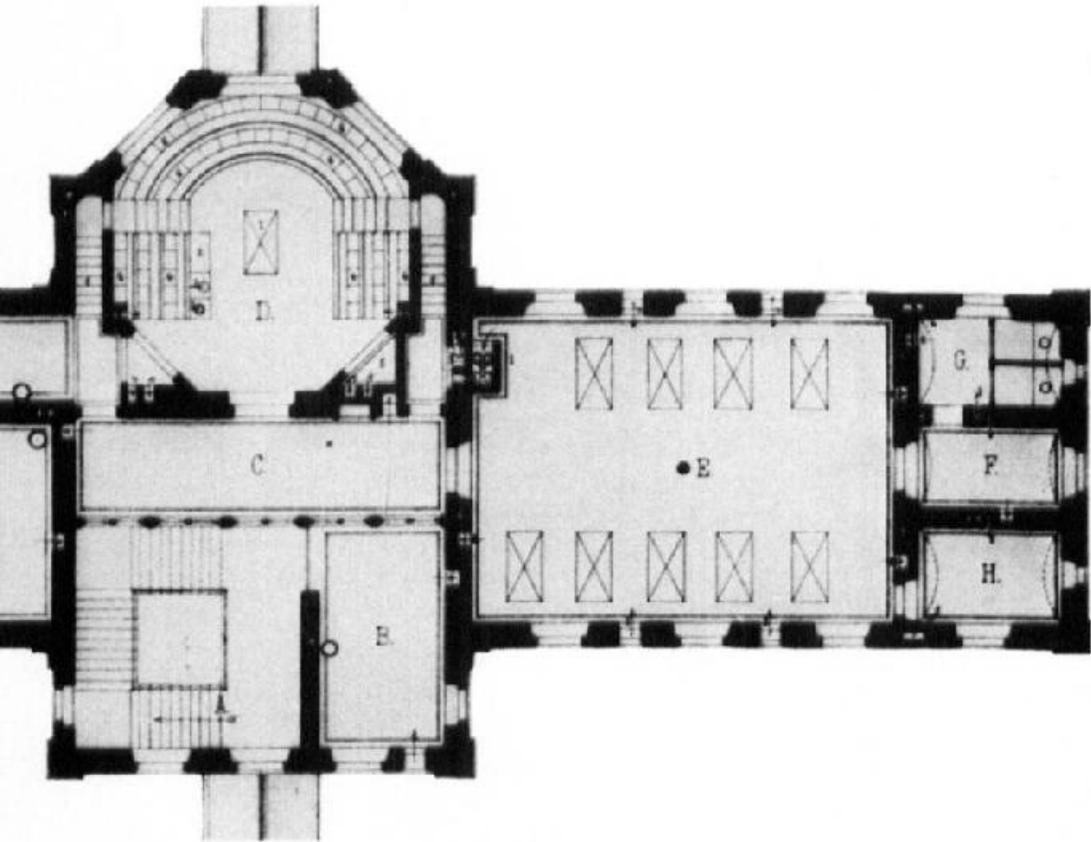


Grundriss des ersten Obergeschosses der chirurgischen Abteilung der Heidelberger Universitätsklinik.

nen Krankenhauses keine großen Impulse aus. Die relativ kleine Bettenzahl in Akademischen Krankenhäusern und das zusätzliche Raumprogramm für Forschung und Lehre wirkten dagegen.

Die medizinischen Voraussetzungen für die Konzentration des Bauprogramms bei Städtischen Krankenanstalten

Das bei der Heidelberger Universitätsklinik bereits im Jahre 1869 verwirklichte Nebenei-



einander von klinischen Hauptgebäuden und eingeschossigen Isolierbauten für Infektions- und Schwerkranke setzte sich mit dem Neubau des Herzoglichen Allgemeinen Krankenhauses in Braunschweig (1891–95) erstmals im kommunalen Anstaltsbetrieb durch. Für die Tendenz der dichtereren Bebauung bei größeren Stadtkrankenhäusern waren nicht, wie erwähnt, die Neubauten der Universitätskliniken verantwortlich, sondern der medizinische Fortschritt auf den Gebieten der Antisepsis und Asepsis. Der Kieler Chirurg Gustav Adolf Neuber hatte mit der Gründung seiner Privat-

klinik 1885/86 neue Wege in der antiseptischen Methodik beschritten. Nach dem Vorbild des Glasgower Chirurgen Joseph Lister, der bereits 1867 in einer international anerkannten medizinischen Fachzeitschrift einen ausführlichen Artikel über die antiseptische Methodik zur Bekämpfung des Wundfiebers veröffentlicht hatte, richtete Neuber in der Klinik vier hygienisch einwandfreie Operationszimmer für verschiedene Eingriffe ein und wandte zusätzlich beim Operieren und der Wundversorgung desinfizierende Verfahren an, u. a. mit Lösungen von Karbolsäure, Sublimat

und Chlorkalk. Die Erfolge, die er aufgrund dieser Vorkehrungen erzielte, führten dazu, dass gegen Ende der 80er-Jahre jede chirurgische Abteilung mindestens über zwei Operationssäle, einen septischen und einen aseptischen, verfügte.

Während Neuber mit den technischen und hygienischen Vorkehrungen noch die „Luftinfektion“ bekämpfen zu müssen glaubte, rückte in der weiteren Verbesserung der Krankenhaus- und Operationshygiene die „Kontaktinfektion“ in den Vordergrund.

Der Berliner Chirurg Ernst von Bergmann entwickelte gemeinsam mit seinem Assistenten Curt Schimmelbusch seit 1886 die antiseptische Methodik zur aseptischen weiter. Die beiden Mediziner forderten einwandfrei sterilisierte Instrumente, Verbandstoffe und Kittel im Operationssaal sowie die Desinfektion der behandelnden Hände und der zu behandelnden Wundfläche. Die Operationskittel und Verbandsmaterialien wurden in so genannten Autoklaven in gesättigtem Wasserdampf sterilisiert, die Instrumente in besonderen Kochgeräten in Sodälösungen ausgekocht. Die Resultate mit der aseptischen Methode auf operativem Gebiet bewiesen, was der Bakteriologe Robert Koch in seiner Publikation „Untersuchungen über die Aetiologie der Wundinfektionskrankheiten“ bereits 1878 dargelegt hatte: die eigentliche Gefahr für den Patienten ging nicht von der „Luftinfektion“, sondern von der „Kontaktinfektion“ aus, der direkten Übertragung vom Krankenhauspersonal auf den Kranken. Das Pavillonssystem, das allein aus lufthygienischen Gründen entwickelt worden war, hatte mit dieser Erkenntnis seine Effizienz endgültig verloren.¹⁷

Zu den neuen Einsichten in die aseptische Wundbehandlung kamen noch die Fortschritte in der Bakteriologie, der Labormedizin und der Röntgenologie (seit 1896) hinzu, die eine Verbesserung der Diagnostik und der Therapie

mit sich brachten. Mit ihnen ging zugleich eine Erweiterung der ärztlichen Untersuchungs- und Behandlungsräume einher, die ebenfalls nach einem zentraleren Bauprogramm verlangte.

Das Festhalten an der Pavillonbauweise

Obwohl seit der Mitte der 1880er-Jahre aus moderner medizinischer und betriebswirtschaftlicher Sicht die Pavillonbauweise nicht mehr zu befürworten war, hielten einige der Mediziner und Stadtbauräte, denen die Reformierung des deutschen Krankenhauswesens seit Mitte der 1860er-Jahre zu verdanken war, an dem dezentralisierten Bausystem fest. Zu ihnen zählten Rudolf Virchow, Heinrich Curschmann und Hermann Blankenstein. Ihre in Fachkreisen anerkannte Autorität trug entscheidend dazu bei, dass bis ins 20. Jahrhundert hinein noch einige groß angelegte Pavillonkrankenhäuser entstehen konnten. Die zwischen 1884 und 1888 in Hamburg-Eppendorf errichtete Anlage muss in diesem Zusammenhang genannt werden, die mit über 80 Einzelgebäuden für insgesamt 1.340 Patienten das größtflächigste deutsche Krankenhaus überhaupt darstellte. Kurz nach ihrer Vollendung löste die Anstalt eine heftige Diskussion unter den deutschen Ärzten aus. Die einen verherrlichten sie als „einen der großartigsten Krankenhausbauten der Welt“, die anderen übten scharfe Kritik an ihrer enormen Weiträumigkeit und den damit verbundenen betriebswirtschaftlichen Kosten.

Als gegen Ende der 1890er-Jahre das vierte Stadtkrankenhaus in Berlin in Angriff genommen wurde, kam es bereits im Vorfeld zu einer harten Auseinandersetzung zwischen den Befürwortern und den Gegnern der Pavillonarchitektur. Virchow und Blankenstein gelang es noch ein letztes Mal, die Mehrheit im Bau-

ausschuss von der Notwendigkeit der eingeschossigen Pavillonbauweise zu überzeugen. Der entwerfende Architekt Ludwig Hoffmann ordnete die knapp 60 Einzelgebäude für 1.650 Patienten nach strengen axialen Gesichtspunkten auf dem 217.000 m² großen Gelände an. Das zwischen 1899 und 1906 errichtete Rudolf-Virchow-Krankenhaus stellt das letzte deutsche Großkrankenhaus im Pavillonstil dar.

Das Herzogliche Allgemeine Krankenhaus in Braunschweig

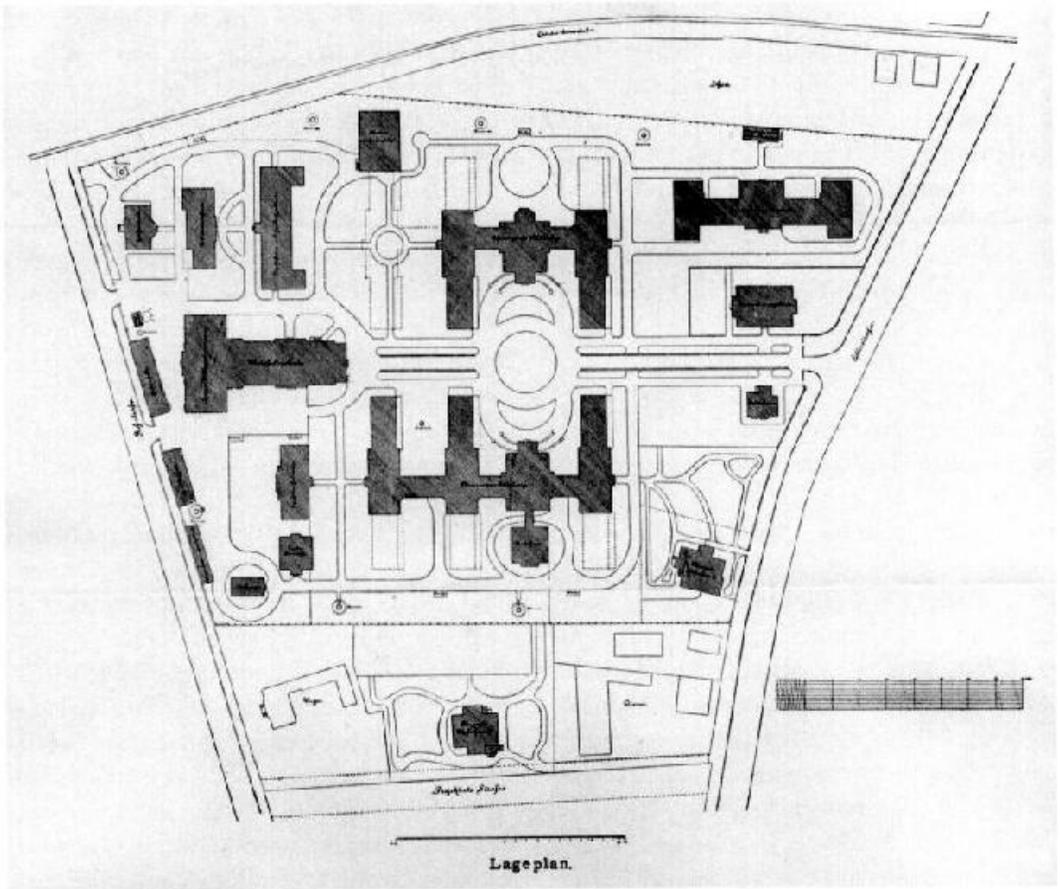
Der mit der Planung des neuen Braunschweiger Stadtkrankenhauses beauftragte Stadtbaurath Hans Pfeifer verwirklichte erstmals bei einer größeren kommunalen Krankenanstalt die nach modernen medizinischen und betriebswirtschaftlichen Gesichtspunkten notwendige architektonische Konzentration, ohne dabei die Vorteile des Pavillonensystems ganz aufzugeben. Die drei Hauptfächer des Krankenhauses, die Chirurgie, die Innere Medizin und die Geburtshilfe, waren „nach voraufgegangenen Beratungen mit den Oberärzten“¹⁶ in je einem dreigeschossigen Gebäudekomplex für 137, 195 und 91 Betten untergebracht. Für die Infektionsabteilungen, das Deliranten- und das Leichenhaus dagegen verwendete Pfeifer den bewährten isolierten Pavillon.

Die von 1891 und 1895 errichtete Anlage weist so viele Gemeinsamkeiten mit der Karlsruher Planung auf, dass sie als unmittelbares Vorbild betrachtet werden muss. Ähnlich wie Wilhelm Strieder 1909 veröffentlichte auch Hans Pfeifer 1897 in der „Festschrift den Teilnehmern an der 69. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte“ einen umfassenden Essay über „Die Gebäude der neuen herzoglichen Krankenanstalt von Braunschweig“. Zahlreiche Planzeichnungen veranschaulichen

dabei die dargelegten Kriterien. Die Kenntnis dieser Schrift darf bei Strieder und von Beck als sicher angenommen werden.

Der Braunschweiger Situationsplan zeigt ein längsgerichtetes Areal, das von der Hauptzufahrtstraße, die im Osten zwischen dem Pförtnerhäuschen und dem Verwaltungsgebäude beginnt und im Westen auf Höhe des Wirtschaftsgebäudes endet, in zwei annähernd gleich große Hälften geteilt wird. Entlang dieser Mittellachse erstreckt sich nach Norden der dreigeschossige Gebäudekomplex der Chirurgie und nach Süden in spiegelbildlicher Anordnung der Inneren Medizin. Nördlich des Wirtschaftsgebäudes liegen in paralleler Ausrichtung das Isolierhaus für Scharlach- und Diphtherie, das Deliranten- und das Leichenhaus. Letzteres nimmt die nordwestliche Geländeecke ein und ist über eine eigene Zufahrt direkt mit der im Westen verlaufenden Roßstraße verbunden. Südlich des Wirtschaftsgebäudes, das ebenfalls durch eine eigene Zufahrt von der Roßstraße erschlossen ist, befinden sich das Isolierhaus für Syphiliskranke sowie eine Isolierbaracke, die zur nordöstlich gelegenen geburtshilflichen Abteilung gehört. Im Südosten des Areals ist noch ein Wohnhaus für den Leiter der chirurgischen Abteilung errichtet, ein zweites für den Leiter der geburtshilflichen Abteilung steht auf dem durch Zukauf erworbenen, südlich angrenzenden Nachbargrundstück.

Hans Pfeifer bezeichnete selbst das Bausystem der Gesamtanlage als „ein gemischtes Pavillon- und Korridorsystem in Verbindung mit Isolierbaracken und Pavillons“¹⁹. Die beiden großen Gebäudekomplexe der Chirurgie und der Inneren Medizin mit den drei nach Norden bzw. Süden weisenden Flügeltrakten zeigen deutlich die angesprochene Synthese von „Pavillon- und Korridorsystem“. Die Flügeltrakte enden jeweils im ersten und zweiten Obergeschoss mit großen Krankensälen, deren



Lageplan des Herzoglichen Allgemeinen Krankenhauses in Braunschweig.

Längsseiten – das Hauptprinzip der Pavillonbauweise aufgreifend – von großen Fenstern durchbrochen sind. Sechzehn zwischen den Fensteröffnungen stehende Krankenbetten erhalten so in ausreichendem Maße Luft und Licht. An den Ostseiten der Säle verlaufen noch überdeckte Veranden, die den Patienten auch bei schlechter Witterung den Aufenthalt im Freien ermöglichen.

Alle übrigen Räume des Krankenhauses liegen dagegen an einem Korridor: die Zimmer der Hauptlängsachse an einem Nordkorridor, die Zimmer der drei Flügelbauten rechts und links eines Mittelkorridors.

Die ersten beiden Flügel der Gebäude sind in einer größeren Distanz zueinander angeordnet als der zweite und dritte Trakt. Sie machen einem rechteckigen Mittelbau Platz, der den Haupteingang birgt. Zum Schutz vor der Witterung ist diesem eine Vorhalle mit seitlichen Rampen vorgelagert.

Vergleicht man die Karlsruher Planung mit dem Braunschweiger Entwurf, wird deren Vervollkommenheit im Gesamten wie im Detail deutlich. Die Karlsruher Gebäude sind wohlproportioniert durchstrukturiert und finden in ihrer Anordnung im Gelände zu einer geschlossenen Einheit. In der Braunschweiger

Anlage ist die den Beginn der Mittelachse flankierende Eingangssituation noch nicht gelöst. Das Pförtnerhäuschen und das nicht sehr große Verwaltungsgebäude stehen mit den nach Westen gerückten Hauptbauten in keinerlei Verbindung. Ihre eigentliche Aufgabe, den Auftakt der nach Westen sich entfaltenden „Prachtstraße“ zu markieren, können sie durch ihren kleinen Maßstab nicht erfüllen.

Wie durchdacht dagegen ist das Karlsruher Beispiel. Pförtner- und Verwaltungsbau verschmelzen zu einem stattlichen Gebäude, das die östliche Gelände-front begrenzt. Die Mittelachse des Gebäudes markiert bereits durch seine 4 m breite Ein- und Durchfahrt den Verlauf der Hauptrachse. In den Hof ein tretend, wird das Auge des Besuchers durch die symmetrisch angeordneten Brunnen sogleich auf den weiteren Verlauf der Achse gelenkt, die im Westen in Analogie zum Eingangsbereich in der mittig gelegenen, 4 m breiten Durchfahrt des Wirtschaftsgebäudes endet.

Großen Anteil an der ausgewogenen Konzeption fällt der Gestaltung der beiden Hauptkomplexe zu, welche den gesamten Verlauf der Mittelachse architektonisch fassen. In der Braunschweiger Planung bleibt die Symmetrie der Gebäude auf ihre spiegelbildliche Anordnung rechts und links der Straße begrenzt. Die Gebäude sind nicht symmetrisch konzipiert. Der zwischen den ersten beiden Gebäudeflügeln liegende Haupteingangstrakt verschiebt das eigentliche Zentrum nach Osten.

Die Planung von Wilhelm Strieder zeigt, dass es nur einer kleinen Änderung bedurfte, um der asymmetrischen Gebäudeform zu einer vollkommenen Einheit zu verhelfen. Den die Symmetrie störenden dritten Flügeltrakt halbierte der Architekt und ordnete die Teile rechts und links der Längsachse des Gebäudes an. Statt drei asymmetrisch angeordneten sowie überlängten Gebäudeflügel besitzen die Karlsruher Hauptabteilungen vier symmetrisch

gruppierte und wohlproportionierte Flügeltrakte.

Auch im westlichen kleineren Bereich der Anlage weist die später angefertigte Planung eine größere Homogenität auf. Das Karlsruher Wirtschaftsgebäude erstreckt sich parallel zum Eingangsgebäude und gehört der Ost- und Westhälfte des Areals gleichermaßen an. Seine Hauptfront schließt das östliche Gebäudeensemble nach Westen ab und vermittelt zugleich nach rechts zum Wohnhaus des Direktors und nach links zum Isolierhaus für Scharlach und Diphtherie. Staffelte Hans Pfeifer das Scharlach- und Diphtherie-, das Deliranten- und Leichenhaus parallel hintereinander, reihte Strieder die Gebäude parallel aneinander und erhielt dadurch einen axialen Straßenverlauf, der die Mittelachse, nach Norden verschoben, bis zur westlichen Geländegrenze weiterführte.

Die Errichtung eines Wohnhauses für den ärztlichen Leiter der Anstalt war in Braunschweig zum ersten Mal zur Ausführung gekommen. An der Übernahme auch dieses Details, das im Gegensatz zum Vorbild homogen in die Gesamtanlage integriert ist, kann man das Zurückgreifen Wilhelm Strieders auf die Braunschweiger Konzeption erkennen. Wie Pfeifer bezeichnete auch der Karlsruher Stadtbaurat das von ihm angewandte „Bausystem [als] ein gemischtes Pavillon- und Korridorsystem in Verbindung mit Isolierpavillons für Infektionskrankheiten.“ Er fügte noch hinzu: „Für die Unterbringung von Kranken der medizinischen und chirurgischen Abteilung wurden zwei dreistöckige Hauptgebäude mit je zwei dreistöckigen und je zwei zweistöckigen Pavillons errichtet.“²⁰

Streng genommen aber bestand bei der Karlsruher Konzeption eine Synthese von Pavillon- und Korridorbauweise nur noch in der Kombination der mehrgeschossigen Hauptbauten mit den kleinen Isolierbauten, den so

Bauliche Veränderungen bis 1945

In den Jahrzehnten zwischen der Eröffnung der Anstalt im August 1907 und dem Ende des Zweiten Weltkrieges im Mai 1945 wurden nur wenige bauliche Veränderungen vorgenommen.

Die Aufstockung des Isolierpavillons für Scharlach und Diphtherie mit einem zweiten Geschoss stellte 1927/28 die erste Erweiterungsmaßnahme dar. Seit 1914 klagte die Krankenhausedirektion über den Raummangel in dieser Infektionsabteilung. Aber erst als die notdürftig im Verwaltungsgebäude untergebrachte städtische Tuberkulose-Fürsorgestelle im Frühjahr 1927 nach weiteren Büro-, Untersuchungs- und Warteräumen verlangte und ihr diese dann in der östlichen Erdgeschosshälfte des Isolierpavillons zur Verfügung gestellt werden sollten, billigte die Stadtverwaltung den 182.000 RM teuren Umbau. Darin war der Anbau von vier Liegehallen an der Südseite des Gebäudes zur Luft- und Lichttherapie der Infektionskranken enthalten.²³

1932 bis 1934 folgte die Neugestaltung des Operationshauses. Das große Oberlicht des Operationssaales sorgte im Sommer durch die starke Sonneneinstrahlung bei Ärzten und Patienten für unerträgliche Temperaturen. Der Anbau wurde von 120 m² Grundfläche auf 290 m² Fläche vergrößert, der Operationssaal von 6,5 x 8,2 auf 8 x 9,3 m. Statt des ehemaligen polygonalen Raumabschlusses erhielt er nach Norden einen geraden Wandabschluss mit einem etwa 8 m breiten und 6 m hohen Fenster. Die Decke des Raumes fiel vom Fenster an in einem Winkel von 15 Grad schräg zur gegenüberliegenden Rückwand und brach das eindringende Tageslicht in optimaler Weise. Der neue Anbau bestand aus fünf Räumen: östlich des Operationssaales waren das Instrumenten- und das Isolierzimmer angeordnet, westlich davon der Waschraum für die Ärzte

und Schwestern und der Narkoseraum. Nach Süden waren noch ein Gips-, ein Verbandstoffraum sowie ein Zimmer für Patienten nach und vor der Operation vorgelagert.²⁴

Zwei weitere Veränderungen im Anstaltsbetrieb der folgenden Jahre betrafen lediglich Umbaumaßnahmen in den bestehenden Gebäuden der Chirurgie und der Inneren Medizin. Bei der Eröffnung des Hauses 1907 verfügte die chirurgische Abteilung nur über einen Röntgenapparat, der für diagnostische und therapeutische Zwecke eingesetzt wurde. Die Fortschritte in der Röntgenologie ließen das Verfahren auch auf dem Gebiet der Inneren Medizin zunehmend wichtiger werden. Veränderungen an Lunge, Herz, Magen und Darm, im Schädelinneren und an der Speiseröhre konnten damit frühzeitig erkannt werden. Aus diesem Grund erhielt die medizinische Abteilung 1914 ein eigenes Röntgengerät, das sowohl Zeit- als auch Momentaufnahmen anfertigen konnte. Es wurde in einem Erdgeschosszimmer des westlichen Mittelbaues aufgestellt. Sechs Jahre später wurde ein zweiter Apparat für Tiefentherapie in dem gegenüberliegenden Trakt eingerichtet. Mit der Anschaffung dieses Gerätes wurde auch die Arbeitsstelle eines Röntgenfacharztes geschaffen.

In den kommenden Jahren wurde das Institut zunehmend mehr von ambulanten Patienten frequentiert. 1936 fasste man daher den Beschluss, einen Erdgeschossflügel der Frauenabteilung unter Einbeziehung der Liegehalle und der beiden kleinen Terrassen zu einer Röntgenabteilung auszubauen. Die im Oktober 1937 eröffnete Abteilung verfügte über sechs diagnostische und vier therapeutische Arbeitsräume sowie einen Radiumbehandlungsraum.²⁵

Die Umbauarbeiten des zweiten Projekts fanden zwischen September 1938 und Mai 1939 statt und dienten der Erstellung einer Nachbehandlungsabteilung.

Bereits 1932 war der medicomechanische Behandlungsraum in der chirurgischen Abteilung zugunsten einer heilgymnastischen Nachbehandlung geschlossen worden. Die großen Erfolge durch die manuelle Therapie ließen von Jahr zu Jahr die ambulante Nachfrage steigen. Bis 1938 konzentrierte sich der heilgymnastische Betrieb ausschließlich auf diesen einen Raum des ehemaligen Medicomechanischen Instituts. Aufgrund der unerträglichen Bedingungen für Angestellte und Patienten genehmigte der Stadtrat im Juni 1937 die Errichtung einer besonderen Nachbehandlungsabteilung.

Die erste Planung, die noch die Erstellung eines einstöckigen Anbaues an die Nordseite der Chirurgie vorsah, wurde aus Kostengründen abgelehnt. Daraufhin entschied man, das Kellergeschoss des westlichen Mitteltraktes für die notwendigen Funktionsräume, darunter zwei 7 x 7,9 m große Gymnastikräume, die zu einem großen Saal vereinigt werden konnten, umzugestalten.²⁶

Die letzte Baumaßnahme vor Kriegsausbruch betraf das Leichenhaus. Die Vergrößerung der Aufnahmekapazität der Krankenanstalt sowie das Bemühen der Ärzte, ungeklärten Todesursachen durch Obduktionen auf den Grund zu gehen, um zukünftige Fehler in der Diagnostik und Behandlung zu vermeiden, ließen seit 1907 die Zahl der Leichenöffnungen stark ansteigen. Der Sezieraum und die zwei Laboratorien für Serologie und Bakteriologie entsprachen in Raumgröße und Ausstattung in keiner Weise mehr den modernen Anforderungen. Der Leichenkeller verfügte noch nicht einmal über eine Kühlvorrichtung.

Die im Mai 1939 begonnenen Arbeiten sahen eine Erweiterung des Gebäudes nach Osten bis zur Einfriedigung des Pavillons für Haut-, Geschlechts- und Geistesranke vor. Sowohl der neue Aufbahrungs- als auch Sezier-

raum wurden bei dieser Gelegenheit in das Kellergeschoss verlegt. Das neue Sezierzimmer erhielt nach Norden einen 4,5 m langen terrassenförmigen Vorbau, der von einem 1 m breiten Schacht umzogen wurde, der von drei Seiten Tageslicht in den Sektionssaal fallen ließ. Der Raum westlich des Sezierzimmers wurde, mit einer Kühlanlage versehen, zum Leichenaufbewahrungsraum, der westlich des Aufbahrungsraumes zum Sargmagazin. Der Raum östlich des Aufbahrungsraumes wurde als Luftschuttkeller für 20 Personen ausgebaut, der östlich des Sezierzimmers als Bakterienkochraum eingerichtet. An diesen schlossen nach Osten noch ein zweiter Kochraum und ein Kellerraum von 5,35 x 3,85 m Größe an. Über den letztgenannten Räumen befanden sich im Erdgeschoss das Dienstzimmer des Chefarztes sowie das 10,4 x 5,5 m große bakteriologische Laboratorium, in das das ehemalige Dienstzimmer des Prosektors miteinbezogen worden war. Das frühere Sezierzimmer diente als serologisches Laboratorium, das ehemalige Mikroskopier- und Laborzimmer als histologische Abteilung. Den ehemaligen Leichenkeller benutzten die Ärzte der Krankenanstalt und der Stadt als so genannten „Demonstrationsraum“. An Samstagabenden begutachteten sie darin gemeinsam Obduktionsfälle, Gewebeproben und bakteriologisches Material und tauschten hierbei wichtige Erfahrungen untereinander aus. Das Dachgeschoss des Hauses blieb von den Umbaumaßnahmen, die aufgrund zeitweiser Stilllegung bis zum Frühsommer des Jahres 1940 andauerten, weitgehend verschont.²⁷

Mit Kriegsausbruch Anfang September 1939 wurden die eigentlichen Umbau- und Sanierungsmaßnahmen eingestellt. Lediglich die Kellerräume der einzelnen Abteilungen wurden noch zu Luftschutzräumen ausgebaut. Ein Bombenangriff in der Nacht vom 2. auf den 3. September 1942 zerstörte erstmals seit

Kriegsbeginn Teile der Krankenhausanlage. Die Dachstühle des Wirtschaftsgebäudes, des Westflügels der Chirurgie und des ärztlichen Wohnhauses wurden durch Feuer zum großen Teil vernichtet. Eine nördlich der Umfassungsmauer eingeschlagene Luftmine sprengte die 60 cm dicke Bruchsteinwand und zersplitterte sämtliche Fensterscheiben an der Nordseite der Gebäude. Die Kochküche war durch den Dachstuhlbrand unbenutzbar geworden. Bis zu ihrer Wiederherstellung wurde mit Feldküchen die Versorgung von Patienten und Personal aufrechterhalten.

Seit Frühjahr 1944 häuften sich die Luftangriffe. Der größte Teil der Patienten wurde

daher auf verschiedene Hilfskrankenhäuser in weniger luftgefährdeten Gegenden verteilt und der übrige Anstaltsbetrieb in die luftschutzgesicherten Kellergeschosse verlegt. Der verheerendste Luftangriff auf die Stadt am 4. Dezember 1944 traf die Anstalt zum zweiten Mal. Der 1927 erweiterte Pavillon für Scharlach und Diphtherie wurde vollkommen zerstört, das Operationshaus und der Ostflügel der Chirurgie zu einem großen Teil und das Pathologische Institut durch Brandbomben zu 75 % unbrauchbar gemacht. Bis zum Kriegsende spielte sich der Betrieb weiterhin unter erheblichen Einschränkungen in den Kellerräumen ab.²⁸

VOLKER STECK

Vom Städtischen Krankenhaus zu den Städtischen Krankenanstalten – Der Neubeginn nach dem Zweiten Weltkrieg

Die Situation 1945

Die gesundheitliche Lage der Bevölkerung in Karlsruhe 1945

Im November 1945 stellte die Karlsruher Stadtverwaltung einen Bericht über die Lage der Stadt zusammen, der sich auch mit dem Gesundheitsbereich beschäftigte.¹ Als besonders kritisch zeigte sich die Lage der Kinder. Eine kurz zuvor durchgeführte Untersuchung 2- bis 6-jähriger Kinder hatte ergeben, dass fast die Hälfte der Untersuchten nicht die normale Größe und das normale Gewicht aufwiesen. Dieser hohe Anteil Untergewichtiger zeigte sich auch bei den Schulkindern. Die Folge der Schwächung durch Unterernährung waren zahlreiche Fälle von Tuberkulose sowie Diphtherieerkrankungen, die viele Todesopfer forderten. Die Statistik für Oktober 1945 verzeichnete 128 Geburten, denen 40 Todesfälle von Kindern unter 15 Jahren gegenüberstanden.

Die schlechte Ernährungslage, durchschnittlich erhielten die Einwohner etwa 50 % der erforderlichen Kalorien, wirkte sich auch auf die Erwachsenen aus, die ebenfalls anfälliger für Infektionskrankheiten wurden. Auch bei ihnen war ein starker Anstieg der Tuberkulosefälle zu verzeichnen. Gegenüber den Zahlen der Vorkriegszeit hatten sich die Fälle

von Diphtherie und Typhus in der Gesamtbevölkerung verdrei- bis vervierfacht.² Verstärkt wurde die Ansteckungsgefahr durch die dichte Belegung der noch bewohnbaren Räume. Die Belegung eines Zimmers betrug durchschnittlich 2,2 Personen, in einer Wohnung lebten durchschnittlich 6,1 Personen.

Schlechte Ernährung und die psychische Belastung durch die schwierige Lebenssituation führte zu einem starken Anstieg der Zahl von Magengeschwüren.³ Damit einher ging ein großer Mangel an Medikamenten und Verbandstoffen, einige wichtige Arzneimittel waren in Karlsruhe gar nicht zu erhalten, darunter Opium, Codein oder Insulin. Eine kurzfristige Verbesserung der Situation zeichnete sich zu diesem Zeitpunkt nicht ab, vielmehr ließ die Zuwanderung zahlreicher Flüchtlinge eine Verschärfung der Situation befürchten.

Die Situation des Städtischen Krankenhauses

Das Kriegsende bedeutete für das Städtische Krankenhaus einen zweifachen Einschnitt. Die Besatzungstruppen beschlagnahmten die Klinikgebäude und die letzten verbliebenen Abteilungen mussten die Gebäude an der Molkestraße verlassen. Sie wurden in verschiedene Aushilfskrankenhäuser verlagert.⁴ Außerdem bedeutete das Kriegsende einen personellen

Bruch, denn aufgrund alliierter Vorschriften wurden aus politischen Gründen fast alle Chefärzte, soweit sie nicht aus Altersgründen in den Ruhestand gingen, entlassen. Auch nach den Entnazifizierungsprozessen kehrte keiner der entlassenen Chefärzte auf seine Stelle zurück, weil diese mittlerweile alle neu besetzt worden waren.

Wie das gesamte Leben in Deutschland war der Klinikbetrieb in den Nachkriegsjahren vom Mangel geprägt. Es fehlten Geldmittel, aber wichtiger, es gab überhaupt nur Weniges zu kaufen. Vieles, was den Krieg überdauert hatte, war nach Abzug der französischen und amerikanischen Truppen aus dem Krankenhaus verschwunden. Von Nahrungsmitteln über Geräte und Medikamente bis hin zum Baumaterial für den Auf- und Ausbau der Klinikge-

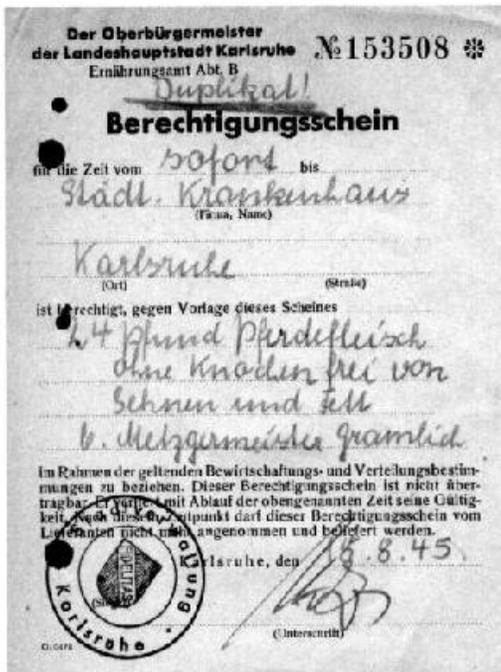
bäude reichte die Liste der Dinge, die – wenn überhaupt – oft nur über verschiedenste Umwege organisiert werden konnten. Nach der Währungsreform verbreiterte sich zwar das Warenangebot deutlich, nun aber machten fehlende Finanzmittel dem Klinikbetrieb zu schaffen.

Alte Gebäude und neue Strukturen

Zwischen Weingarten, Thomashof und Innenstadt – Neuanfänge nach dem Kriegsende

Die Gefährdung durch Luftangriffe in den Kriegsjahren zwang seit 1944 zur Auslagerung großer Teile des Krankenhauses in weniger gefährdete kleinere Orte in der Region, nach Baden-Baden, Bretten, Flehingen oder Weingarten. Außerdem war bereits 1941 in der Adlerstraße ein Ausweichkrankenhaus eingerichtet worden, das 1944 durch Brandbomben so schwer beschädigt wurde, dass es auf den zwischen Durlach und Stupferich gelegenen Thomashof verlegt werden musste. Dennoch wurde ein Notbetrieb im Städtischen Krankenhaus Moltkestraße aufrechterhalten, beim Einmarsch der Franzosen am 3. April 1945 lagen dort in den Luftschutzräumen noch über 120 Patienten.

Die französischen Besatzungstruppen beschlagnahmten einen Großteil der Gebäude als Truppenunterkunft und Militärlazarett, die Arbeit des Städtischen Krankenhauses wurde aber noch knapp drei Wochen unter schwierigsten Verhältnissen fortgeführt. Selbst der Abtransport der Verstorbenen musste unter primitivsten Bedingungen durchgeführt werden. Dr. Otto Ebbecke, der als Vertreter des Verwaltungsdirektors auch an der Übergabe des Krankenhauses an die Franzosen beteiligt war, erinnerte sich 1982: „... ich konnte zwei mit Pferden bespannte große, offene Lastwa-



Lebensmittelbewirtschaftung nach dem Krieg: Berechtigungsschein für den Bezug von 24 Pfund Pferdefleisch für das Krankenhaus vom 18. August 1945.

gen requirieren, auf die die Leichen schichtweise, wie in Massengräbern uneingesargt übereinandergelagert, gelegt wurden. Die Leichen mußten einzeln als Huckepack zu den Lastwagen getragen werden, da auch die dafür bestimmten, fahrbaren Wannen nicht mehr zur Verfügung standen.“⁵

Am 23. April ließen die Franzosen die letzte Station des Städtischen Krankenhauses an der Moltkestraße räumen, ein Teil der Arbeiter und Hausangestellten des Klinikums wurde in das französische Lazarett übernommen. Nach dem Abzug der französischen Truppen im Juli 1945 rückten die Amerikaner nach und beschlagnahmten die Gebäude erneut. Das Städtische Krankenhaus mußte seine Arbeit deshalb vorläufig an fünf Aushilfsstandorten weiterführen. In der Lessingschule wurden die Chirurgie, Prosektur (Pathologie), Apotheke und Verwaltung untergebracht, in Weingarten eine Außenstelle der Chirurgie und die Versuchsstation der Prosektur. Im Thomashof wurde eine Tuberkulosestation eingerichtet. Die medizinische Abteilung mit der Infektionsstation, die Hals-Nasen-Ohren-Abteilung, die gynäkologische Abteilung mit Wöchnerinnenstation und die Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten fanden im Sybelheim Unterkunft. Letztere Abteilung wurde aufgeteilt, und im Oktober 1945 bezog die Abteilung Geschlechtskrankheiten das Gebäude Blumenstraße 2.

Die Hilfskrankenhäuser in Flehingen und Bretten waren bereits im Sommer 1945 geschlossen worden, nur das Hilfskrankenhaus Weingarten blieb in Betrieb und diente nach der Rückverlagerung der ausgelagerten Klinikabteilungen 1946 weiter zur Behandlung Verletzter aus der Weingartener Umgebung und als Alterskrankenhaus für Karlsruher. Nachdem durch die Nutzung der Artilleriekaserne für das Städtische Krankenhaus in Karlsruhe selbst genug Platz für langwierigere Fälle ge-

schaffen war, wurde das Krankenhaus in Weingarten am 15. September 1949 geschlossen.⁶

Neben den allgemeinen organisatorischen Problemen bei der Versorgung der Kranken führte die Verteilung auf mehrere, ursprünglich nicht als Krankenhäuser geplante Bauten zu unzureichenden hygienischen und sanitären Verhältnissen. Außerdem ging die Zahl der Betten stark zurück. Den 780 Betten im Städtischen Krankenhaus der Vorkriegszeit standen nur noch 528 in den fünf Aushilfskrankenhäusern gegenüber. Zwar lag die Zahl der Einwohner mit ca. 154.000 unter der Vorkriegszahl mit 185.000, aber bei einer monatlichen Zunahme der Zivilbevölkerung um etwa 3.000 Personen und einem zu erwartenden starken Zustrom von Ostflüchtlingen⁷ war ein Ausgleich dieses Rückgangs bald zu erwarten. Das Ziel der Krankenhausleitung war deshalb eine möglichst rasche Wiederausammenlegung der Einrichtungen in einem geeigneten Gebäudekomplex.

Das Tauziehen um die Klinikgebäude an der Moltkestraße

Die Hoffnung auf eine rasche Rückgabe der Klinikgebäude an der Moltkestraße zerschlug sich, als Ende Juli 1945 die Einrichtung eines amerikanischen Großlazarets in den dortigen Gebäuden beschlossen wurde. Daraufhin bat der kommissarische Bürgermeister Joseph Heinrich als Ersatzstandort für das Städtische Krankenhaus die Telegraphenkaserne zur Verfügung zu stellen. Dieser Bitte wurde am 14. September entsprochen, als die Kaserne von amerikanischen Truppen geräumt wurde. Nur wenige Tage später – Detailplanungen zur Verteilung der Kliniken und Institute auf die Gebäude lagen schon vor – wurde die Zusage wieder zurückgenommen, da die Kaserne anderweitig verwendet werden sollte. Schließlich wurden

dem Krankenhaus im Oktober doch ein Großteil der Gebäude auf dem Areal zugewiesen, die aber nicht bezogen werden konnten, weil die Amerikaner die Kaserne am 12. November erneut beschlagnahmten und mit Truppen belegten. Am 17. Dezember 1945 avisierte die Militärregierung der Direktion des Krankenhauses erneut die Räumung der Telegraphenkaserne, verbunden mit der Aufforderung, diese danach rasch zu belegen. Nun zögerte aber die deutsche Seite, da Gerüchte über einen baldigen Abzug des amerikanischen Militärlazaretts 302 Hoffnungen auf eine Rückkehr in das Klinikum Moltkestraße aufkeimen ließen und man unnötige Kosten für eine nur kurzfristige Nutzung der Telegraphenkaserne scheute. Am 22. Dezember erhielt die Krankenhausdirektion die Zusage, dass die Rückverlegung in die Moltkestraße bis Mitte Januar beginnen könne. Doch abermals änderten die Amerikaner ihre Pläne, und das Militärlazarett 113 zog als Nachfolger des Lazaretts 302 in der Moltkestraße ein. So begann die Stadt doch mit den Renovierungsarbeiten in der Telegraphenkaserne. In den folgenden Monaten liefen die Bemühungen um die Rückgabe der Gebäude Moltkestraße und die durch Materialmangel gebremsten Instandsetzungsarbeiten in der Telegraphenkaserne parallel weiter, bis Ende März 1946 das US-Lazarett 113 die Moltkestraße verließ und die Rückkehr des städtischen Krankenhauses in seine ursprünglichen Gebäude endgültig eingeleitet werden konnte. Die Rückverlagerung aus den Aushilfskrankenhäusern begann am 13. April, eine Feier für alle Krankenhausmitarbeiter aus Anlass der Rückkehr am 25. Mai 1946, die – wie die Einladung mitteilt – mit Musik und humoristischen Einlagen begangen wurde, markierte den Neuanfang nach dem einjährigen „Exil“ des Krankenhauses.⁸ Der Hinweis auf der Einladung, man möge seine Biergläser selbst mitbringen, deutet aber schon die Probleme

an, vor denen das Krankenhaus in den folgenden Jahren auch in seinen wiedergewonnenen Gebäuden stand: Es herrschte ein eklatanter Mangel an Gerären und Einrichtungsgegenständen. Bereits beim Abzug der französischen Truppen waren große Teile der Krankenhauseinrichtung mitgenommen worden, beim endgültigen Auszug der Amerikaner gingen weitere Einrichtungsgegenstände verloren.

Im Gegenzug versuchten die amerikanische Armee und deutsche Regierungsstellen, durch Textil-Verteilaktionen die schlimmsten Mängel abzustellen. In einer größeren Aktion wurden in der zweiten Jahreshälfte 1946 den Krankenanstalten 3.000 Betttücher, mehrere hundert Kopfkissenbezüge, Schlafanzüge und Lazarettmäntel zur Verfügung gestellt. Diese mussten die nächsten Jahre reichen, sodass – bedingt durch den Schwund durch Verschleiß und Diebstahl – vor der Währungsreform 1948 kaum noch eine Garnitur Bettwäsche pro Bett vorhanden war.⁹

Noch im November 1948 beschäftigte sich der Krankenhausausschuss zum wiederholten Male mit der schlechten Ausstattung der II. Medizinischen Klinik. So mussten die Patienten der Tuberkulosestationen ihre durchgeschwitzten Schlafanzüge auf der Heizung trocknen, da Ersatz nicht zur Verfügung stand. Fehlendes Bettzeug musste bei schwitzenden Kranken zeitweise durch Zeitungspapier ersetzt werden.¹⁰ Erst ab Ende 1948 konnte systematisch neue Wäsche angeschafft werden, der Vorkriegsstand von vier Wäschegarnituren pro Bett wurde erst 1951 wieder erreicht.¹¹

Ende 1946 spitzte sich die Krise in der Versorgung mit Verbandsmaterial zu. Der Hersteller konnte nicht mehr liefern, weil ihm die Rohstoffe ausgingen. Die Kliniken wurden angewiesen, alte Mullbinden und Verbandsmull zu waschen und erneut zu verwenden. In der Apotheke wurde eine Sammelstelle für Altpapier, -karton und Makulatur eingerichtet.



Luftbild des Krankenhauses vom 14. März 1945. Deutlich sichtbar sind u. a. die Schäden an der Chefarztvilla (1), an der Prosektur/Pathologie (2) und am OP-Bau der Chirurgie (3).

tet, da neues Verbandsmaterial nur gegen die Abgabe einer bestimmten Menge Altpapier geliefert werden konnte.¹²

Die Krankenhausverwaltung beschritt bei der Beschaffung auch ungewöhnliche Wege und bat per Zeitungsnotiz die Bevölkerung darum, entbehrliche Blattpflanzen für die Ausschmückung der Krankenanstalten zur Verfügung zu stellen: mit Erfolg.¹³ Aber andere Schenkungen waren in der Nachkriegszeit von weitaus größerer Bedeutung. Neben Spenden Karlsruher Privatpersonen und Firmen engagierten sich besonders Deutsche in den USA für das Krankenhaus. Seit Ende 1947 unterstützte der Badische Verein/Badische Heimathilfe in Irvington die Krankenanstalten durch CARE-Pakete, Medikamente, Verbandsmittel und anderes Verbrauchsmaterial. Insulin und Verbandsmaterial spendete ein in St. Louis lebender Verwandter der Ehefrau des Pathologen Prof. Böhmig.¹⁴

Die Baumaßnahmen an den kriegsbeschädigten bzw. -zerstörten Gebäuden an der Moltkestraße zogen sich aus finanziellen Gründen teilweise bis zu zehn Jahren hin. Nur das chirurgische Hauptgebäude wurde schon während der amerikanischen Beschlagnahmung 1945 wieder instand gesetzt. Die Amerikaner erbauten auch zwei Hallen vor dem Wirtschaftsgebäude, die noch viele Jahre als Speisesaal und Lebensmittellager dienten. Den Wiederaufbau des fast vollständig zerstörten Gebäudes der Scharlachabteilung behinderte zuerst der Materialmangel, nach der Währungsreform der Geldmangel. So konnte das bereits seit 1948 im Rohbau stehende Gebäude erst am 28. Dezember 1953 als Augenklinik mit 43 Betten eingeweiht werden. Ebenso schleppten sich die Arbeiten an der Prosektur, deren Erdgeschoss 1947 wieder benutzt werden konnte, dahin. Erst bis 1955 konnte das ganze Gebäude wiederhergestellt werden.¹⁵

*Vom Städtischen Krankenhaus
zu den Städtischen Krankenanstalten –
Neue Strukturen für das Krankenhaus*

Mit der Rückverlegung in die Moltkestraße erhielt das Krankenhaus im Frühjahr 1946 einen neuen Namen und eine neue Struktur. Aus dem Städtischen Krankenhaus wurden die Städtischen Krankenanstalten, aus den Abteilungen wurden Kliniken und Institute. Der Organisationsplan der Kliniken und Institute umfasste folgende Einrichtungen:

Chirurgische Klinik/Medizinische Klinik/
Frauenklinik/Strahlen-Institut mit Geschwulst-
krankeklNIK/Hals-Nasen-Ohren-Klinik/
Zahnklinik/Augenklinik/Pathologisch-Bak-
teriologisches Institut (Prosektur)/Hautklinik/
Kinderklinik

Das Kinderkrankenhaus, das bereits am 1. April 1939 vom Badischen Landesverband für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge an die Stadt Karlsruhe übergegangen war und bis dahin noch verwaltungsmäßig einen Sonderstatus besessen hatte, wurde nun endgültig als Klinik in die Krankenanstalten integriert. 1947 kamen als weitere Kliniken die II. Medizinische Klinik und die Urologische Klinik hinzu. Letztere musste allerdings bis zur Eröffnung eigener Räumlichkeiten in der Artilleriekaserne 1949 Einrichtungen der Chirurgischen und der I. Medizinischen Klinik mitbenutzen.

Die Leitungsebene der Städtischen Krankenanstalten blieb wie bisher erhalten, sie bestand aus einem Ärztlichen und einem Verwaltungsdirektor. Der Ärztliche Direktor stammte aus den Reihen der Chefärzte (s. u.), Verwaltungsdirektor war seit 1945 Josef Wegel. Der 1890 in New York geborene Wegel kam nach Ausbildung und ersten Berufsjahren in Diedenhofen 1919 zur Stadtverwaltung Karlsruhe, wo er als Verwaltungsbeamter bis 1945 im Wohlfahrtsamt arbeitete. 1948–1952 fungier-

te er auch als Vorsitzender der Nordbadischen Krankenhausgesellschaft, 1956 trat er in den Ruhestand. Josef Wegel starb am 4. März 1963.¹⁶

Am 12. August 1946 beschloss der Gemeinderat, einen Ausschuss für Krankenanstalten und Gesundheitswesen einzurichten, der ihn und den Oberbürgermeister in diesen Bereichen beraten sollte.¹⁷ Der Ausschuss konstituierte sich am 3. Oktober 1946. Seine Arbeit bestimmten Fragen der Finanzierung der Krankenanstalten, auf der Einnahmeseite die Krankenhausbühren, auf der Ausgabenseite neben dem Haushalt die erforderlichen Sondermittel für Baumaßnahmen und Einrichtung. Ein zweiter großer Bereich waren Fragen des ärztlichen Personals, über die Einstellung bis hin zu den Verträgen der einzelnen Gruppen, von den Volontärassistenten bis zu den Chefärzten. Dieser Ausschuss hielt 1946/47 fünf Sitzungen ab, nach der Neuwahl des Gemeinderats 1948 wurde er im Juli reorganisiert. Seine Zuständigkeit betraf von da an nur noch die Städtischen Krankenanstalten. Vorsitzender war der Oberbürgermeister bzw. der für die Städtischen Krankenanstalten zuständige Beigeordnete. Mitglieder waren der Verwaltungsleiter und der ärztliche Direktor der Krankenanstalten sowie sieben, später acht Gemeindegemeinwohner, die vom Gemeinderat gewählt wurden, davon vier Gemeinderatsmitglieder.

Die Kinderklinik

1944 war das Kinderkrankenhaus in der Karl-Wilhelm-Straße aufgrund der starken Bedrohung durch Luftangriffe nach Baden-Baden ausgelagert und dort auf vier Hotels bzw. Pensionen verteilt worden.¹⁸ Wie sinnvoll diese Entscheidung war, zeigte sich, als das Gebäude am 8. September 1944 durch Luftangriffe schwer beschädigt wurde (vgl. Abb. S. 164).

Im erhaltenen Gebäudeteil begann man nach Kriegsende wegen der starken Nachfrage bereits im Mai 1945 wieder mit einem hauptsächlich ambulanten Notbetrieb. Ende Juni wurde das größte der Baden-Badener Ersatzkinderkrankenhäuser, der „Frankfurter Hof“ (vgl. Abb. S. 206), auf Anordnung der französischen Besatzungstruppen zwangsgeräumt und die Patienten in die Gebäude in der Karl-Wilhelm-Straße zurückverlegt. Dort wurde nun der stationäre Betrieb mit 32 Betten wieder aufgenommen. Die verbliebenen Ersatzkinderkrankenhäuser in Baden-Baden mussten bis zum 1. August bzw. 1. September 1945 ebenfalls geräumt werden.

In den schwer beschädigten Gebäuden in der Karl-Wilhelm-Straße war der Neuanfang sehr mühsam. Über die Zustände berichtete der damalige Chefarzt Prof. Dr. Wolfgang Courtin: „Die Fensterhöhlen waren mit Brettern verschlagen; nur kleine Scheiben ließen etwas Licht einfallen. Da die Zentralheizung ausgefallen war, mußte jedes Zimmer mit einem Ofen, dessen Ofenrohr zum Fenster hinausmündete, beheizt werden. ... Kein Wunder, dass in dieser Zeit der allgemeinen Not die Säuglingssterblichkeit wieder enorm anstieg und Krankheiten wie Krätze und Wurmbefall unwahrscheinliche Ausmaße annahmen. Dazu kam noch eine im Winter 1945/46 besonders schwer verlaufende Diphtherie-Epidemie.“¹⁹ Zwei Zahlen verdeutlichen die Notsituation: Im November 1945 ergab eine Untersuchung der Karlsruher Schulkinder, dass 42 % unterernährt waren. Bis zu einer zweiten Untersuchung im Juli 1946 stieg diese Zahl auf 72 %.²⁰ Erst ab 1949 entspannte sich die Situation, die Zahl der schlecht ernährten Schulkinder lag in diesem Jahr bei unter 25 %.²¹

Da die Räume der Kinderinfektstation in der Karl-Wilhelm-Straße zerstört waren und es zahlreiche Fälle von Scharlach und Diphtherie unter den Karlsruher Kindern gab, wur-

de im Oktober 1945 im Nebengebäude der Hautklinik in der Blumenstraße 2 eine provisorische Kinderinfektstation eingerichtet, die später aus Platzgründen in das Kinderheim Sybelstraße verlegt wurde. Nach dem Wiederaufbau der kriegszerstörten Räume in der Karl-Wilhelm-Straße konnte die Infektstation am 30. April 1949 dort wieder eröffnet werden.

Der Standort Artilleriekaserne

Mit der Unterbringung der Krankenanstalten in ihren alten Gebäuden an der Moltkestraße hatte sich die Krankenversorgung in Karlsruhe nur vorübergehend gebessert. Die unzureichende Ernährung der Einwohner und die daraus folgende sinkende Widerstandsfähigkeit ließ die Krankenzahlen emporschnellen. Insbesondere unter der großen Zahl der Vertriebenen, die häufig in schlechtem gesundheitlichem Zustand in die Stadt kamen, herrschte eine hohe Sterblichkeit. Zwar wurde die Bettenzahl bis Herbst 1946 von 1.000 auf 1.300 gesteigert, doch reichte sie immer noch nicht aus. Tuberkulose breitete sich in den engen Wohnverhältnissen der Bevölkerung rasch aus. Schließlich konnte im Januar 1947 in Gebäuden der Artilleriekaserne (Moltkestraße 18) die II. Medizinische Klinik eröffnet werden, die in kürzester Zeit mit 200 Patienten belegt war (vgl. Abb. S. 261). Damit hatten die Krankenanstalten Ende des Winters 1946/47 insgesamt 1.500 Betten, 50 % mehr als 1939.²² Diese Zahl erhöhte sich bis Mitte der 50er-Jahre nur unwesentlich auf 1.532 Betten.²³

Einen Eindruck, mit welchen Schwierigkeiten der Aufbau der II. Medizinischen Klinik verbunden war, vermittelt ein rückblickender Bericht aus dem Jahr 1950: „Es fehlte nicht nur an den Arbeitern, sondern auch an den Lieferanten, die für die im Werte stark gesunkene Rentenmark und für gute Worte allein

bereit waren, zu bauen und zu liefern. Es musste daher bei der baulichen Herrichtung und bei der einrichtungsmässigen Gestaltung vielfach auf minderwertige Materialien und Waren zurückgegriffen werden, was alles nur unter dem einen Gesichtspunkt vertretbar war, möglichst schnell neuen Krankenbettenraum in irgendeiner auch nur irgendwie vertretbaren Form zu schaffen. Gar manche Lieferung konnte überhaupt nur unter Einsatz ministerieller Verfügungsgewalt erzwungen werden.²⁴

Im März 1949 erhielt auch die Urologische Klinik, die seit ihrer (Wieder-)Gründung 1947 (sie war 1937 in die Chirurgie eingegliedert worden) in Räumen der Chirurgischen und der I. Medizinischen Klinik mit untergebracht war, in der Artilleriekaserne eigene Räumlichkeiten, und im Juli konnte die Hautklinik aus der Blumenstraße dorthin umziehen.

In den folgenden Jahren stellte sich das Problem grundlegender Renovierungen an den Gebäuden der Artilleriekaserne. Da diese jedoch nur gemietet waren und jederzeit eine Kündigung möglich war, wurden nur die notwendigsten Instandsetzungsarbeiten ausgeführt. Als langfristige Perspektive blieb nur die Möglichkeit von Neubauten für die drei in der Artilleriekaserne untergebrachten Kliniken. Deshalb wurden deren Chefarzte im Juni 1953 aufgefordert, ihren Raumbedarf in den neu zu bauenden Gebäuden anzumelden. Damit waren freilich noch keine konkreten Bauplanungen verbunden, da über einen Standort noch nicht entschieden war.²⁵ Im folgenden Jahr wurden in den Generalaufbauplan der Stadt Karlsruhe der Bau eines neuen großen Krankenhauses, eines Tuberkulose-Krankenhauses sowie der Ausbau der Krankenanstalten an der Moltkestraße aufgenommen. Basis für die weiteren Planungen war der erwartete Bevölkerungsanstieg in Stadt und Landkreis Karlsruhe von 364.000 im Jahr 1955 auf 454.000 im Jahr 1965, der mit einem Anstieg des Be-

darfs um 780 Krankenhausbetten verbunden sein würde.²⁶ Dabei sollten mehrere seit längerem anstehende Ziele verwirklicht werden: Die nur angemietete Artilleriekaserne sollte geräumt werden, einige in der Moltkestraße 14 untergebrachte Kliniken sollten verlegt und vergrößert werden, und auch die Institute sollten besser untergebracht werden. Außerdem strebte man die Vergrößerung der Wirtschaftsbetriebe an und schließlich sollte die Unterbringung des Personals verbessert werden.

Das Personal

Entwicklung der Personalzahlen

Nach der Rückkehr der Städtischen Krankenanstalten in die ursprünglichen Gebäude in der Moltkestraße wuchs die Zahl des Personals bis Oktober 1946 auf 656 Personen, darunter 62 Ärzte, 307 Schwestern und -schülerinnen, 44 Wärter und Medizinisch-technische Assistentinnen, 36 Verwaltungskräfte, 75 Handwerker und Mitarbeiter in den Betrieben, 54 Beschäftigte in der Klinikküche sowie 78 Mitarbeiterinnen als Hauspersonal.²⁷ Bis 1949 stieg diese Zahl weiter auf 912 Mitarbeiter, darunter 30 Beamte, 564 Angestellte und 318 Arbeiter.²⁸

Die starke Nachfrage nach Personal im Rahmen der Bettenvermehrung führte zu einem Personalmangel, insbesondere im Bereich der Schwestern, Hausangestellten und Arbeiter, die den Hauptteil der Beschäftigten ausmachten.²⁹ Hier konnten die Vertriebenen, die in großer Zahl auch in Karlsruhe eine neue Heimat fanden, manche Lücke füllen. Eine Aufstellung vom März 1947 verzeichnet die Namen von 126 Flüchtlingen, die seit Ende 1945 in den Krankenanstalten eine neue Beschäftigung gefunden hatten.³⁰

Während die Arbeitszeitregelungen für das Verwaltungs- und Wirtschaftspersonal sowie

das technische Personal den tariflichen Regelungen für die übrigen städtischen Beschäftigten entsprach, war die Belastung der Ärzte und der Schwestern deutlich höher.

Schwwestern

Der Arbeitskräfte- und Nachwuchsmangel im Pflegedienst sollte nach einer kurzen Übergangszeit zu einem Dauerproblem auch an den Städtischen Krankenanstalten werden. Bis in das Jahr 1946 hinein war das Problem noch nicht gegeben, da das Krankenhaus relativ wenige Betten hatte und Krankenschwestern aus ihrem Kriegseinsatz wieder an ihre Arbeitsstelle zurückkehrten.³¹ Mit dem raschen Ausbau der Bettenzahl nach der Rückkehr in die Gebäude an der Moltkestraße ging jedoch ein entsprechender zusätzlicher Bedarf an Pflegepersonal einher. Arbeiteten im August 1945 noch 84 Schwestern am Klinikum, so waren es im Mai 1948 bereits 247 (jeweils ohne Kinderklinik).³² In dieser Zeit begann sich ein zunehmender Schwesternmangel bemerkbar zu machen. Gründe waren das schlechte soziale Ansehen, das durch die geringe Bezahlung bei langen Arbeitszeiten bedingt war. Der Personalnotstand wiederum machte weitere Überstunden nötig.

Grundsätzlich wurden die Schwestern und Schwesternschülerinnen von der Schwesternschaft des Roten Kreuzes gestellt, mit welcher darüber ein Vertrag abgeschlossen war. Das Krankenhaus zahlte eine Pauschale pro Schwester bzw. Schwesternschülerin sowie bestimmte Funktionszulagen (Oberin, Oberschwester, Funktionsschwester) an die Schwesternschaft. Die Schwestern erhielten vom Krankenhaus freie Station und wurden vom Krankenhaus haftpflicht- und krankenversichert. Da das Rote Kreuz nicht ausreichend Schwestern stellen konnte, nahm die Zahl freier Schwes-

tern in der Nachkriegszeit ständig zu. Im Oktober 1947 arbeiteten in den Krankenanstalten 101 Rote-Kreuz-Schwwestern, 29 Schwesternschülerinnen, 44 freie Schwestern, 51 Schwesternhelferinnen und zwölf Helferinnen in der Ausbildung.³³

Die leitenden Ärzte und Chefärzte

Das Jahr 1945 bedeutete für das Städtische Klinikum einen fast vollständigen Wechsel der Chefärzte. Im Mai 1945 wurden die meisten aus politischen Gründen entlassen³⁴ oder gingen in den Ruhestand. Nur Prof. Dr. Richard Böhmig, Chefarzt des Pathologisch-bakteriologisch-serologischen Instituts – kein Mitglied der NSDAP, aber seit 1941 Anwärter für die Mitgliedschaft³⁵ – blieb im Amt. Im April 1945 wurde er als kommissarischer Ärztlicher Direktor des Städtischen Krankenhauses eingesetzt.

Die Amerikaner schrieben vor, bei der Neubesetzung von Chefarztstellen und anderen leitenden Arztstellen diese nur an Nicht-Parteigenossen zu vergeben. Da aber nicht genügend unbelastete Ärzte zur Besetzung der freien Stellen vorhanden waren, mussten die Amerikaner diese konsequente Personalpolitik lockern. Im November 1945 genehmigten die Besatzungsbehörden die Einstellung ehemaliger Parteigenossen als Chefärzte, falls der Oberbürgermeister und die Krankenhausdirektion bestätigten, dass kein anderer Bewerber zur Verfügung stehe.³⁶

Um ihre Tätigkeit am Krankenhaus aufnehmen zu können, brauchten die leitenden Ärzte – wie ihre untergeordneten Kollegen – vorläufige Arbeitslizenzen. Im Dezember wurden diese, je nach politischer Belastung, über die in Fragebogen Auskunft erteilt werden musste, als A-, B- oder C-Lizenzen erteilt. Die eingeschränkten B- und C-Lizenzen waren ab

Mai 1946 mit einer Begrenzung des Gehalts verbunden. Die Lizenzen blieben gültig, bis die politische Belastung im jeweiligen Spruchkammerverfahren geklärt worden war. Mit dieser Regelung konnten die Chefarztstellen wieder zügig besetzt werden, auch wenn die Anstellung nur vorbehaltlich der Ergebnisse der noch anstehenden Verfahren geschah. Die Spruchkammerentscheide überstanden alle neuen Chefärzte mit unterschiedlichen Entschieden von „nicht betroffen“ bis „Mitläufer“, einer festen Beschäftigung aller Kandidaten stand danach nichts mehr im Wege. Von den entlassenen Chefärzten, die teilweise an anderen Krankenhäusern Karrieren machten, kehrte keiner in Festanstellung an das Karlsruher Krankenhaus zurück. Nur der ehemalige Ärztliche Direktor Prof. Dr. Hugo Starck, ein Spezialist für Speiseröhrenerkrankungen, erhielt in den Nachkriegsjahren die Möglichkeit, auf eigene Rechnung, d. h. ohne städtische Bezahlung, in seinem Spezialgebiet im geringen Umfang wieder an den Krankenanstalten tätig zu werden.³⁷

Die neuen Kliniken und Institute und ihre ersten leitenden Ärzte 1945/46

Chirurgische Klinik: Prof. Dr. Kurt Laqua
I. Med. Klinik: Prof. Dr. Ernst Volhard
II. Med. Klinik:
 Dr. med. habil. Dr. phil. Franz Kienle
Augenklinik: Dr. Theodor Vüllers
Frauenklinik: Prof. Dr. Hans Roemer
HNO-Klinik: Prof. Dr. Richard Mittermaier
Hautklinik: Dr. Alois Geiger
Kinderklinik: Prof. Dr. Wolfgang Courtin
Pathologie: Prof. Dr. Richard Böhmig
Röntgeninstitut / Klinik für Geschwulstkranken:
 Prof. Dr. Herbert Schoen
Urologische Klinik:
 Prof. Dr. Hermann Schneider (1947)
Zahnklinik: Dr. Hans Friedrich Tietze

Seit Ende 1945 trafen die neuen leitenden Ärzte in Karlsruhe ein, um ihren Dienst aufzunehmen.³⁸ Fünf der neuen Chefärzte waren bereits in Karlsruhe ansässig. Der seit 1939 am Krankenhaus tätige Böhmig, Courtin, der bereits 1933 die Kinderklinik kommissarisch geleitet und zwischenzeitlich eine eigene Praxis geführt hatte, Vüllers, der am St. Vincentius-Krankenhaus gearbeitet hatte, sowie Geiger und Tietze, die in Karlsruhe eigene Praxen betrieben hatten. Auffällig ist, dass von den sechs weiteren Chefärzten fünf zuletzt im Osten, in Dresden (Kienle und Schoen), Oppeln (Laqua), Gotenhafen (Volhard) und Erfurt (Mittermaier) gearbeitet hatten. Nur Römer kam aus dem Westen, aus Gießen. Flucht und Vertreibung hatten dem Städtischen Krankenhaus offensichtlich wertvolle Ressourcen hochqualifizierter Mediziner eröffnet. Im Gegenzug scheinen die Chefärzte in der Regel mit ihrer neuen Position zufrieden gewesen zu sein, denn nur drei Ärzte verließen das Krankenhaus in andere Stellen, Tietze, der als Konsiliararzt keine städtische Bezahlung erhielt, aus finanziellen Gründen, Mittermaier und Roemer, um ihre wissenschaftlichen Karrieren an Universitäten fortsetzen zu können.

Die Anstellungen erfolgten 1945/46 streng nach fachlichen Kriterien, nicht nach Landmannschaft. Erst 1947 bei der Besetzung der Chefarztstelle für die neu zu gründende Urologische Klinik wurde die Herkunft eines Kandidaten zum Kriterium gemacht. Oberbürgermeister Töpfer setzte sich für Prof. Dr. Schneider ein, indem er dessen badische und Karlsruher Herkunft mehrmals als wichtiges Kriterium heraus hob. Abschließend argumentierte er im Krankenhausausschuss: „Der Gedanke für die Schaffung einer urologischen Station sei davon ausgegangen, für Dr. Schneider eine Stelle zu finden, und auf diese Weise einem jungen, sehr tüchtigen Karlsruher Arzt zu einer Existenz zu verhelfen.“ Der Krankenhausauss-



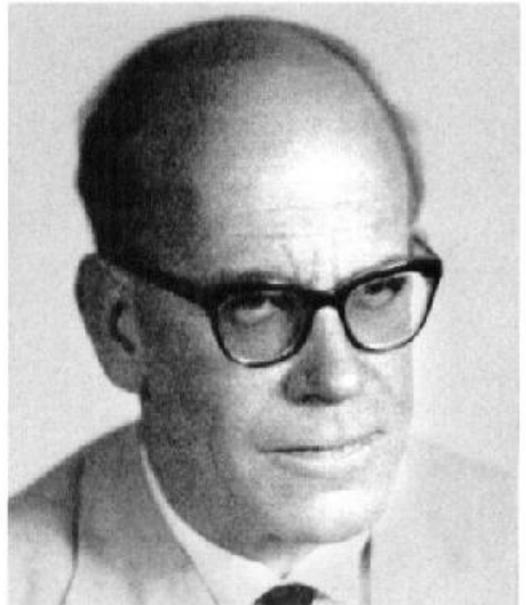
Prof. Dr. Richard Böhmig (1898–1972),
Chefarzt des Pathologisch-bakteriologischen Instituts
1939–1963, Ärztlicher Direktor 1945–1946.



Prof. Dr. Herbert Schoen (1887–1975), Chefarzt
des Röntgeninstituts und der Klinik für Geschwulstkranker
1945–1955, Ärztlicher Direktor 1946–1955.



Prof. Dr. Kurt Laqua (1893–1965),
Chefarzt der Chirurgischen Klinik 1946–1960,
Ärztlicher Direktor 1955–1960.



Prof. Dr. Ernst Volhard (1902–1981),
Chefarzt der I. Medizinischen Klinik 1946–1968.



Dr. med. habil. Dr. phil. Franz Kienle (1911–1983),
Chefarzt der II. Medizinischen Klinik 1946–1957.



Dr. Theodor Völlers (1910–1979),
Chefarzt der Augenklinik 1946–1975.



Prof. Dr. Hans Roemer (1907–1973),
Chefarzt der Frauenklinik 1946–1952.



Prof. Dr. Richard Mittermaier,
Chefarzt der HNO-Klinik 1946–1948.



Dr. Alois Geiger (1893–1965),
Chefarzt der Hautklinik 1945–1962.



Prof. Dr. Wolfgang Courtin (1898–1988),
Chefarzt der Kinderklinik 1945–1964.



Prof. Dr. Hermann Schneider (1901–1969),
Chefarzt der Urologischen Klinik 1947–1968.



Josef Wegel (1890–1963),
Verwaltungsdirektor 1945–1956.

schuss war mit dieser autokratischen Art der Stellenbesetzung allerdings nicht einverstanden und empfahl die Ausschreibung der Chefarztstelle.³⁹ Dies änderte nichts daran, dass Schneider die Stelle erhielt.

Nicht alle leitenden Ärzte wurden verbeamtet. Am 15. Dezember 1947 legte der Gemeinderat vorläufig fest: Beamte wurden die Chefärzte der Kinderklinik, der Pathologie, der I. Medizinischen und der Chirurgischen Klinik. Bei den letztgenannten beiden konnte die Verbeamtung erst 1949 erfolgen, da bis dahin personelle Sperrmaßnahmen wegen der Währungsreform galten. Die Leiter der Augen-, Frauen-, HNO-, Haut-, der II. Medizinischen und der Urologischen Klinik waren Angestellte. Nicht gesondert erwähnt wird die Geschwulstklinik/Röntgeninstitut, da deren Leiter Prof. Schoen zu diesem Zeitpunkt als Ärztlicher Direktor fungierte. Als solcher war er Beamter. Ein Sonderfall war der Leiter der Zahnklinik, der im Konsiliarverhältnis eingestellt war. Erst sein Nachfolger konnte 1948 eine monatliche Vergütung durchsetzen.⁴⁰

Ober- und Assistenzärzte und Ärzte in der Aus- und Weiterbildung

Nach Vorschriften von 1937 sollten nach der aktuellen Bettenzahl im August 1945 20 Ober- und Assistenzärzte und zehn Praktikanten in den Krankenanstalten tätig sein.⁴¹ Allerdings dauerte es einige Zeit, bis diese Zahlen erreicht waren. Mitte März 1946 gab es erst zehn Ober- und Assistenzärzte und fünf Praktikanten. Bei stark gestiegenen Bettenzahlen arbeiteten im September des Jahres 17 Assistenz- und Oberärzte. Dazu kamen 20 Gast- und Jungärzte, Volontärassistenten und Medizinalpraktikanten.

Deutlich wird, dass der steigende Ärztebedarf zu dieser Zeit vorrangig nicht über fest

angestellte Ärzte abgedeckt wurde, sondern über Ärzte, die in der Aus- oder Weiterbildung standen. Deren Situation stellte sich 1947 wie folgt dar: Die schlechteste Stellung hatten die Gastärzte. Sie erhielten weder Bezahlung, Unterkunft noch Verpflegung und waren auch nicht kranken- oder unfallversichert. Etwas besser war die Lage der Jungärzte, sie erhielten freies Essen zugestanden. Die Pflichtassistenten (Ärzte in ihren Pflichtausbildungsjahren) erhielten freies Essen und eine Bezahlung von 50 RM, bei den Volontärassistenten (Ärzten nach ihrer Pflichtausbildung, für die es keine freie Assistenzarztstellen gab) lag die Bezahlung bei 100 RM bei ebenfalls freier Verköstigung. Die bisherigen Medizinalpraktikanten wurden den letzteren beiden Gruppen zugeordnet. Aufgrund der schlechten Arbeitsmarktlage für junge Ärzte wurde die Quote von Volontär- und Pflichtassistentenstellen auf eine pro 40 Betten erhöht.⁴² Sie entsprach damit der Quote der Ober- und Assistenzärzte. Nach diesem Ende 1947 vom Gemeinderat genehmigten Stellenplan gab es Anfang 1948 bei 1.566 Betten je 39 Ober- und Assistenzarzt- bzw. Volontär- und Pflichtassistentenstellen.⁴³ Eine Änderung ergab sich Anfang 1949 aufgrund der Empfehlung des Krankenhausausschusses des Württembergisch-Badischen Städteverbandes. Die Quoten beider Ärztegruppen wurden auf einen Arzt je 50 durchschnittlich belegter Betten heruntersetzt. Abteilungen mit über 150 durchschnittlich belegten Betten erhielten einen zusätzlichen Oberarzt. Dies bedeutet eine Reduzierung der Arztstellen auf nun 37 Ober- und Assistenzärzte sowie 34 Pflicht- oder Volontärassistenten.⁴⁴ Eine grundlegende Änderung trat 1951 infolge des Prozesses eines Volontärassistenten, der als Stationsarzt eingesetzt worden war und auf entsprechende Bezahlung klagte, gegen die Stadt ein. Um solchen Prozessen künftig vorzubeugen, wurden die Volontärassistentenstel-

len abgeschafft und gleichzeitig die Zahl der Assistenzarztstellen auf 46 erhöht.⁴⁵

In der ersten Nachkriegszeit waren Oberärzte, Assistenzärzte, Medizinalpraktikanten und Volontärassistenten unbefristet eingestellt worden. Um rechtliche Probleme zu vermeiden, beschlossen die Direktionen der nordbadischen Krankenanstalten im August 1947, von nun ab Anstellungen nur noch befristet vorzunehmen. Im folgenden Monat wurden neue Verträge entworfen. Oberärzte und Assistenzärzte erhielten 2-Jahres-Verträge, die mehrmals erneuert werden konnten, Pflichtassistenten und Volontärassistenten dagegen Halbjahresverträge, die ebenfalls mehrmals, höchstens aber drei Mal verlängert werden konnten.⁴⁶

Im Oktober 1946 machte der Ärztliche Direktor Prof. Schoen dem Oberbürgermeister den Vorschlag, sich bei der Landesregierung für die Einrichtung einer Akademie für ärztliche Fortbildung an den Städtischen Krankenanstalten stark zu machen, weil den meisten Ärzten in den Kriegsjahren die Möglichkeit zur Weiterbildung gefehlt habe. Die Akademie sollte Vorträge und mehrtägige Lehrgänge anbieten. Der Oberbürgermeister stimmte unter der Bedingung zu, dass wie bei den anderen geplanten Ausbildungseinrichtungen an den Krankenanstalten auch für die Akademie keine städtischen Zuschüsse geleistet werden sollten. Daraufhin übernahm die Ärztekammer die Kosten für die Referenten, die Räume stellte die Stadt Karlsruhe zur Verfügung.

Die Patienten

Versorgung und Unterbringung

Wie die Gesamtbevölkerung, so konnten auch die Patienten des Krankenhauses in den ersten Nachkriegsjahren nicht ausreichend mit Nah-

rung versorgt werden, insbesondere qualitativ hochwertige Lebensmittel für spezielle Diätkost waren kaum erhältlich. Durchschnittlich erhielten die Patienten Ende 1945 1.400 Kalorien täglich, kaum mehr als ein gesunder Erwachsener (1.272 Kalorien).⁴⁷

Auf Anordnung der Militärregierung wurde die tägliche Kalorienzahl durch zusätzliche Krankenhauszuschläge im Mai 1946 auf 2.348 Kalorien gesteigert.⁴⁸ Zu diesem Zeitpunkt wurde noch ein Einheitsessen für alle drei Pflegeklassen ausgegeben. Bis 1949 blieb die Versorgung mit Nahrungsmitteln auf einem sehr schwankenden niedrigen Stand, ebenfalls recht unterschiedlich war die Qualität der gelieferten Lebensmittel.

Mitte 1949 waren die stärksten Einschränkungen der Verpflegung überwunden. Zum 1. Juli wurde z. B. der Rationssatz für Tuberkulose-Kranke von 2.464 auf 3.504 Kalorien täglich angehoben.⁴⁹ Beschwerden von Patienten bezogen sich in dieser Zeit schon nicht mehr auf die Menge, sondern auf die Qualität der Mahlzeiten. So wurde zur Abwechslung auch Kraftbrühe als zweites Frühstück gewünscht, mehr Frischgemüse in den Sommermonaten, und man forderte geringere Mengen, dafür aber besser gewürzte Suppen und Saucen. Diese Beschwerden, auf die die Verwaltungsdirektion teilweise einging, kamen aus den Reihen der Tuberkulose-Patienten, die über lange Zeiträume in den Krankenanstalten lagen und sich entsprechend langfristig mit der Verpflegung arrangieren mussten.⁵⁰ Ein Wochenspeiseplan aus dem Jahr 1950 (Abb. S. 256) belegt, dass den Patienten der Krankenanstalten wenige Jahre nach Kriegsende eine abwechslungsreiche und ausreichende Ernährung geboten wurde.

Die Material- und Geldnot der Nachkriegsjahre bedingte auch die Überbelegung und schlechte Ausstattung der Krankenzimmer.⁵¹ Dies betraf nicht nur die dritte Pflegeklasse,

Speiseplan der Städtischen Krankenanstalten vom 30. April bis 6. Mai 1950

	2. Frühstück	Mittagessen 3. Pflegeklasse	Mittagessen 1. und 2. Pflegeklasse	Abendessen 3. Pflegeklasse	Abendessen 1. und 2. Pflegeklasse
Sonntag	Hausmacher Mettwurst	Blumenkohlsuppe, Rinderkeule, 3-Wurzelsauce, abgeschm. Macaroni, Kopfsalat, Mandelcreme, Himbeersaft	Kalbshirn auf Pumpernickel, Blumenkohlsuppe, Schoßbraten, 3-Wurzeltunke, abgeschm. Macaroni, Kopfsalat, Mandelcreme, Saft	Tomatensuppe, Schweizer Käse, Vollkornbrot, Freiburger Brezeln, Butter, 1 Essigurke	Tomatensuppe, gekochter Schinken, Butter, Käse, Weißbrot, Freiburger Brezeln, Erdbeerkompott
Montag	Frisches Obst	Königinsuppe, gebr. Kalbsschulter, Leipziger Allerlei, Würstkart, gefüllte Windbeutel	Lachs in Scheiben, Königinsuppe, gerollter Kalbsbraten, Mischgemüse, Kartoffelkugeln, Windbeutel, Schiagrahm	Gebundene Suppe, Salami, Butter, Weißbrot, ½ dunkles Bier	Gebundene Suppe, Wurstaufschnitt, Salatplatte, Weißbrot, Butter, ½ Bier
Dienstag	¼ Liter Vollmilch	Fleischbrühe mit Einlage, Ochsenfleisch, Milchmeerrettich, Brühkartoffeln, Kürbis süß-sauer	Fleischbrühe mit Einlage, junges Ochsenfleisch, Brühkartoffeln, Beilagen, Kabinettpudding, Vanillesauce	Familienuppe, serbisches Reisfleisch mit Curry, Kopfsalat, Kompott	Familienuppe, eingemachtes Huhn, Reisgemüse, Kartoffeln, Kompott
Mittwoch	1 Portion Edamerkäse, Butter	Eiergerstensuppe, grünes Weissauerkraut, Erbsenbrei, Zwiebelbutter	Eiergerstensuppe, gebratener Schweineschlegel, Sauerkraut, Erbsenbrei, Zwiebelbutter, Obstplatte	Rumfordsuppe, Rührer mit feinen Kräutern, Bratkartoffeln, Kopfsalat	Rumfordsuppe, Rührer mit Schinken, Bratkartoffeln, Kopfsalat, Kompott
Donnerstag	Hühnerbrühe	Legierte Selleriesuppe, Paprikagulasch mit Pilzen, Schwabenspätzle, grüner Salat	Legierte Selleriesuppe, gedämpfte Hochrippe, pikante Sauce, gebratene Spätzle, grüner Salat, Linzer Torte	Haferschleimsuppe, Hausmacher Schweinesülze, Butter, Senf, Kümmelbrot, Radieschen	Haferschleimsuppe, Lendenschnitten, grüne Butterbohnen, Pommes frites, Käsestullen
Freitag	1 Ei	Weißer Bohnensuppe, Eieromelette, Blumenkohl in Buttersauce, Salzkartoffeln	Weißer Bohnensuppe, franz. Omelette, Blumenkohl in Buttersauce, Salzkartoffeln, Schokoladenpudding, Kompott	Kartoffelsuppe, StreuBelkuchen, Milchkakao, Lachsbrötchen	Kartoffelsuppe, gesottener Heilbutt, fr. Butter, Zitrone, Kartoffel-Kopfsalat, StreuBelkuchen
Samstag	¼ Liter Vollmilch	Grünkernsuppe, Beizbraten, Tiroler Semmelknödel, Kopfsalat	Grünkernsuppe, Beizbraten, gebratene Schupfnudeln, Kopfsalat, Burgunderschnitten	Ochsenchwanzsuppe, Hausmacher Fleischsalat mit Mayonnaise, 1 Ei, Butter, Schalenkartoffeln	Ochsenchwanzsuppe, Wiener Schnitzel, Waldpilze, eingebr. Kartoffeln, Kompott

sondern auch die Zimmer für Privatpatienten der ersten und zweiten Pflegeklasse, die nicht immer in der gewünschten Qualität und Menge zur Verfügung standen. Erst in den fünfziger Jahren konnten durch entsprechende Investitionen die Bedingungen wesentlich verbessert werden. Entscheidendes wurde für die Patienten der 3. Klasse in den Jahren 1952–1956 geleistet. In diesem Zeitraum wurden die 16-Bettensäle für die 3.-Klasse-Patienten, die häufig noch überbelegt waren, in 2-, 3-, 4- oder 6-Bettzimmer umgebaut.⁵² Diese neuen Zimmer wurden alle mit Warm- und Kaltwasser, Lichtzufanlage und Rundfunkanschluss mit Kopfhörern an jedem Bett ausgestattet.

Zeittypische Erkrankungen

Den hohen Anteil zeittypischer, d. h. mangelbedingter Erkrankungen verdeutlicht eine Auflistung der Todesursachen bei Säuglingen und Kindern 1946. In den ersten neun Monaten starben in der Kinderklinik 120 Kinder an Ernährungsstörungen, an Lungenentzündung 38, an Infektionskrankheiten 37, an Herzleiden 12 und an weiteren Erkrankungen insgesamt 36 Kinder.⁵³

Von den erkrankten Erwachsenen starben zwar deutlich weniger, aber auch hier nahmen zeittypische Infektionserkrankungen zu. Die schlechte Ernährung und das gedrängte Zusammenleben in der Nachkriegszeit führten zu einem starken Anstieg der Tuberkulose-Erkrankungen. In Württemberg-Baden waren im Herbst 1946 10.000 offen tuberkulose Krankheitsfälle bekannt.⁵⁴ Die Versorgung der Erkrankten ließ die I. Medizinische Klinik bald an die Grenzen ihrer Kapazitäten gelangen. Erst die Einrichtung der II. Medizinischen Klinik im Januar 1947 in der Artilleriekaserne entspannte die Lage etwas. Einen Großteil der 250 Klinikbetten belegten dort in den ersten

Jahren Tuberkulosekranke. Wegen der starken Nachfrage, insbesondere nach Tuberkulosebetten, kam es zu einer leichten Überbelegung mit bis zu 264 Patienten. 1950/51 ging die Zahl der Tuberkulosefälle soweit zurück, dass ein Teil der Betten anderen Stationen der Klinik zugeteilt werden konnte.

Unter den übrigen Infektionskrankheiten war besonders bei den Diphtherie- und Typhusfällen ein starker Anstieg zu beobachten. Die Untersuchungen im Pathologisch-bakteriologischen Institut ergaben im Zeitraum September bis November 1945 eine Verdrei- bis Vierfachung der Fälle von Diphtherie und Typhus gegenüber vergleichbaren Zeiträumen in der Vorkriegszeit. In der Kinderklinik wurden von Juni bis November 1945 insgesamt 65 Kinder mit Diphtherie behandelt, von denen zwölf starben.⁵⁵

Geschlechtskrankheiten

Mit der Beratung und Behandlung der Geschlechtskranken war die Hautklinik betraut. Sie wurde mit ihren Abteilungen für Haut- und Geschlechtskrankheiten nach Kriegsende im Sybelheim eingerichtet. Ende August 1945 forderte die Militärregierung aufgrund des starken Anstiegs der Geschlechtskrankheiten – Karlsruhe hatte zu diesem Zeitpunkt den höchsten prozentualen Anteil an Geschlechtskranken in ganz Deutschland – die Einrichtung eines eigenen Krankenhauses für Geschlechtskranke und stellte dafür das Gebäude Blumenstraße 2 zur Verfügung.⁵⁷ Die Leitung der beiden Standorte hatte Chefarzt Dr. Alois Geiger. Am 12. September konnte die Abteilung in der Blumenstraße eröffnet werden. Im April 1946 wurde im Haus eine Beratungsstelle für Geschlechtskranke in Betrieb genommen, deren Leitung vom Gesundheitsamt ebenfalls Dr. Alois Geiger übertragen wurde. Die Zahl

Im Path.-bakt. Institut erfasste Fälle ausgewählter Infektionskrankheiten
(jeweils im Zeitraum September bis November)⁵⁶

	Typhus	Paratyphus	Ruhr	Diphtherie
1936	10	12	11	243
1937	15	10	14	277
1938	3	7	14	112
1945	35	22	9	896

der Patienten nahm in der ersten Zeit stark zu: Im September 1945 wurden 105 Patienten, im November 139 aufgenommen – darunter 107 Frauen –, 234 Patienten im März 1946 – darunter 168 Frauen. Während die Männer in der Hautklinik im Sybelheim untergebracht wurden, kamen die Frauen in der Blumenstraße unter. Besondere Sicherungsmaßnahmen wa-

ren dort notwendig, weil sich unter den Patientinnen Prostituierte befanden, bei denen Fluchtgefahr bestand, da sie zwangsweise eingeliefert worden waren. Deshalb saß ein Polizist in der Pforte, und für besondere Fälle war ein verschlossenes und vergittertes Zimmer im 2. Stock vorhanden. Der Klinikleiter Dr. Geiger war zum einen für das Wohl seiner Patien-

Amtliche Bekanntmachung

Es wird bekanntgegeben, daß im Städt. Krankenhaus Karlsruhe - Hautabteilung, Blumenstraße 2a - eine Beratungsstelle für Geschlechtskranke eröffnet worden ist.

Die Beratungsstelle ist werktäglich von 8 - 9 Uhr vormittags geöffnet und erteilt kostenlos fachmännischen Rat an alle Personen, die an einer Geschlechtskrankheit leiden oder zu leiden glauben.

Karlsruhe, den 15. April 1946

Staatliches Gesundheitsamt

G. 3000, Karlsruhe - Auf. 110 - 13.17.46

Bekanntmachung über die Eröffnung der Beratungsstelle für Geschlechtskranke, Plakat vom 15. April 1946.

Die Bettenzahlen in den Städtischen Krankenanstalten 1946 und 1949

Klinik	Betten Oktober 1946 (belegt) ⁵²	Betten 1949 ⁶³
Medizinische Klinik	304 (262)	303
Kinderklinik	280 (276)	260
Chirurgische Klinik	214 (191)	254
Hautklinik	120 (102)	98
Medizinische Klinik Abt. Weingarten	104 (98)	54
Frauenklinik	88 (63)	89
HNO-Klinik	51 (27)	61
Augenklinik	25 (5)	30
Geschwulstklinik		42
II. Medizinische Klinik		262
Urologische Klinik		72
Gesamt	1.186 (1.024)	1.525

ten verantwortlich und musste ein gewisses Vertrauensverhältnis zu ihnen aufbauen, wenn er Informationen über die Verbreitungswege der Krankheiten erfahren wollte. Auf der anderen Seite saßen Amtsträger in deutscher und in alliierter Verwaltung und bei der Polizei, die prinzipiell davon ausgingen, dass seine geschlechtskranken Patientinnen als Prostituierte arbeiteten und deshalb für die Verbreitung der Geschlechtskrankheiten verantwortlich seien. Entsprechend forderten sie ihre Bestrafung und eine härtere Behandlung in der Klinik. Diese Haltung fasste der Karlsruher Polizeipräsident im Februar 1947 wie folgt zusammen: „Im übrigen wäre es zweckmäßig, dass die zur Zwangsbehandlung in das Krankenhaus – Hautklinik – eingelieferten Frauen dort auf magere Kost gesetzt werden und keine Krankenzulage erhalten. Dies ist in gleichartigen Krankenhäusern anderer Städte, wo derartige Kranke kaum etwas mehr als Wasser und Brot erhalten, als Abschreckungsmittel eingeführt, während die Hautklinik Karlsruhes bekannt ist als paradisisches Asyl und damit geradezu

einen Anziehungspunkt für vagabundierende Mädchen bildet.“⁵⁸

Schon im Jahr zuvor hatte Dr. Geiger sich gegen solche einseitigen Schuldzuweisungen und Zwangsmaßnahmen gewandt und auf die Mitverantwortung der Männer hingewiesen. Angesichts einer kurz zuvor verhängten Gefängnisstrafe u. a. wegen fahrlässiger Körperverletzung gegen eine seiner Patientinnen, die nach wechselndem Geschlechtsverkehr einen Amerikaner mit Gonorrhoe angesteckt haben sollte (Geiger wies darauf hin, dass es durchaus auch umgekehrt gewesen sein könnte), protestierte er mit dem Hinweis, dass er unter solchen Vorzeichen keine wahren Angaben über die Verbreitungswege der Geschlechtskrankheiten mehr erhalten würde.⁵⁹

Am 9. Juli 1949 wurde die Hautklinik mit 120 Betten in Räumen der Artilleriekaserne neu eröffnet. Dr. Geiger konnte zu diesem Anlass mitteilen, dass die Zahl der Geschlechtskranken in Karlsruhe bis Ende 1948 auf den niedrigsten Stand in Baden-Württemberg gesunken war. Dieser Rückgang führte in der

Folgezeit zu einer Unterbelegung der Abteilung für Geschlechtskrankheiten, die Bettenzahl wurde im März 1950 von 50 auf 26 Betten reduziert. Diese mussten nach den gesetzlichen Vorschriften vorgehalten werden, obwohl auch 1951 jeweils nur drei bis acht der Betten belegt waren. Im Jahre 1956 wurde die geschlossene Geschlechtskrankenstation auf Anordnung des Innenministeriums Baden-Württemberg, das die Kosten der Station zu tragen hatte, aufgelöst, die restlichen Patienten nach Mannheim verlegt.⁶⁰

Betten- und Patientenzahlen

Die Auslagerung des Krankenhauses in verschiedene Aushilfskrankenhäuser im Mai 1945

hatte zur Folge, dass die Bettenzahl im Vergleich zur Vorkriegszeit von 780 auf 528 deutlich zurückging.⁶¹ Nach der Rückkehr in die alten Räumlichkeiten in der Moltkestraße im April 1946 konnte die Kapazität mehr als verdoppelt werden und lag nun deutlich über dem Vorkriegsstand. Mit der Nutzung von Gebäuden der Artilleriekaserne, insbesondere mit der Eröffnung der II. Medizinischen Klinik, stieg die Bettenzahl weiter. Im Oktober 1947 betrug die Zahl der Betten 1.520, 1949 1.525. Auf diesem Niveau sollte die Bettenzahl in den nächsten Jahren verbleiben.

Die erweiterte Bettenzahl entsprach den Notwendigkeiten der Nachkriegsjahre, denn die Zahl der behandelten Patienten stieg entsprechend stark an⁶²: 1938 – 9.949; 1945 – 2.968; 1946 – 13.583; 1947 – 16.584; 1948 – 17.063; 1949 – 17.192 Patienten.

JÜRGEN SCHUHLADEN-KRÄMER

Von den Städtischen Krankenanstalten zum Städtischen Klinikum gGmbH

**Das Städtische Krankenhaus
wächst über sich hinaus**

Schwierigkeiten eines Neubeginns

Die Neuorganisation der Abteilungen des Städtischen Krankenhauses in Kliniken und in Institute 1946 zusammen mit der neuen und

bis heute gültigen systematischen Buchstaben-Bezeichnung aller Gebäude der Klinik und Neunummerierung der Stationen war auch ein Signal des Aufbruchs. Tatsächlich war der Zustand verglichen mit dem von 1938, als der Ärztliche Direktor Prof. Hugo Starck wegen ungenügender Erneuerungen seit 1907 bereits von „nicht mehr den Anforderungen genü-



Die II. Medizinische Klinik (im Hintergrund) in der alten Artilleriekaserne war auf drei Gebäude aufgeteilt. Im Vordergrund die Urologische Klinik (heute MKG-Klinik), um 1955.

gend“ gesprochen und dringend Verbesserungen gefordert hatte, durch die Kriegsereignisse nochmals drastisch schlechter geworden. Mit Mühe waren seit 1946 die notwendigsten Maßnahmen wie die Wiederherstellung des zerstörten alten OP-Gebäudes angegangen worden. Erst nach der Währungsreform konnte der Wiederaufbau kriegszerstörter Bauten wie der Prosektur (Pathologie) oder der Augenklinik (L-Bau) auf dem Grundriss des ehemaligen Männer-Scharlachbaus vollendet werden. Die Einrichtungen wurden nur allmählich erneuert, teils erstmalig Aufzüge, z. B. in der Kinderklinik, eingebaut. Trotzdem dauerte es bis 1955, ehe der zerstörte Scharlach- und Diphtheriebau (H-Bau) als HNO-Klinik wiedererrichtet war, und noch ein Jahr später war der 1944 zerbombte Flügel der Kinderklinik wieder bezugsfertig. Der Wiederaufbau des Ärztehauses (Moltke-

straße 16) war 1949 davon abhängig gemacht worden, dass die künftigen drei Mieter, also die Chefärzte der Chirurgischen Klinik (Prof. Laqua), der Frauenklinik (Dr. Roemer) und der Strahlenklinik (Prof. Schoen) private Mittel dazu mit einbrachten.¹

Seitdem hatte sich die Zahl der Betten von 730 im Jahr 1938² auf 1.505 im Jahr 1950 und 1960 mit 1.601 mehr als verdoppelt.³ 1907 war die Klinik mit 600 Betten eröffnet, die Wirtschaftsgebäude auf eine Kapazität von maximal 900 Betten ausgelegt worden. Durch die Aufstockung des nachherigen HNO-Baus (1928) und den Beginn des Umbaus der offenen wie verglasten Liegeterrassen von Chirurgie und Innerer Medizin und die Belegung der Aufenthaltsräume konnten 216 zusätzliche Betten aufgestellt werden, so dass 1962 das Hauptareal Moltkestraße 14 (1994 erhielt das Klini-



Patientinnenzyklen im verglasten Liegeraum, um 1955.



Ehemalige Kinderklinik an der Karl-Wilhelm-Straße bis 2003. Klinikbau mit Neubau Infektobau, Schwesternwohnheim und kleineren Wohnheimen nördlich; am Bildrand links Universitätscampus mit Studentenwerk. Blick von Osten.



Patientenidylle auf dem Balkon des Chirurgie-Altbau, um 1955.

kum die Hausnummer 90 wegen der ungleichen Hausnummerverteilung aufgrund unterschiedlicher Grundstücksgrößen rechts und links in der Moltkestraße) damit über 814 Betten verfügte; die Kinderklinik umfasste 1956 nach dem Bau des Infektionsgebäudes 320 Betten, nachdem sie 1940 von der Stadt mit nur 180 Betten übernommen worden war. Die „Außenkliniken“ im ehemaligen Kasernenareal der Moltkestraße 18 (heute Moltkestraße 120 und 130–132) nahmen 1962 465 Betten ein.⁴ Sie waren als Provisorium eingerichtet worden und den Verantwortlichen war bewusst, dass keine bauliche Maßnahme sie zu einem wirklich krankenhaustauglichen Bestandteil der Klinik machen könnte. Mit den Überlegungen der Wiederaufrüstung Westdeutschlands seit dem Koreakrieg 1950/51 stand die weitere Verwendung der vom Bundesvermögensamt nur gemieteten Bauten für die Klinik in Frage. Langfristig ging man noch vom notwendigen Vorhalten einer hohen Bettenzahl aus. Die Zahl der Geschlechtskranken war Anfang der 1950er-Jahre nach wie vor hoch, die Zahl der Tuberkulosekranken sank nur langsam, und mit dem beginnenden Wirtschaftsaufschwung und der sich verbreitenden Motorisierung dachte man an eine Vermehrung unfallchirurgischer Betten. Die Klinikleitung stellte 1955 sogar ausführliche Überlegungen für eine eigene Unfallchirurgische Klinik an.⁵ Die Chefarzte der einzelnen Kliniken beklagten eine dauernde Überbelegung und dass Kranke sogar abgewiesen werden mussten. Das war zu dieser Zeit wegen mangelnder Betten ein Phänomen überall in Deutschland, weil die Städte oder andere Träger die notwendigen Sanierungen und Neubauten wegen fehlender Finanzierungsmöglichkeiten gar nicht leisten konnten.⁶ Die Städtischen Krankenanstalten schoben gleichfalls einen immensen Investitionsraun vor sich her, seit Kriegsende bis 1962 hatte nur die vergleichs-

weise geringe Summe von etwa 15 Millionen DM für Investitionen zur Bestandserhaltung und Erneuerung zur Verfügung gestanden.⁷

Als ein Problem galt die Belegung der Klinik mit chronisch Kranken, denen keine Heilung zuteil werden konnte, und auch mit alten pflegebedürftigen Patienten. Der Stadtrat und niedergelassene, also nicht im Städtischen Krankenhaus tätige Arzt Dr. Friedrich Kappes, warf in seiner Denkschrift für den Krankenhausausschuss 1955 das Problem auf, „dass bei Erkrankungen von Menschen jenseits des 50. Lebensjahres kein Krankenhaus diese aufnehmen will, da es mit Recht befürchtet, dass bei einer genauen Untersuchung sich noch so viele Abbruchschäden herausstellen, die die Pflege vermehren und evtl. sogar den Patienten zum Dauerpatienten (Ladenhüter) machen. Dadurch vermehren sich auch die Kosten weit über die in der Einweisungsdiagnose geschätzten Mittel hinaus.“⁸ Oberarzt Reich von der II. Medizinischen Klinik umriss die seinerzeit heftig diskutierte und in der Diskussion seit den 1970er-Jahren „Fehlbelegung“ genannte Problematik, die sich durch die mittlerweile geschaffenen stationären und ambulanten Pflege- sowie Nachsorgeeinrichtungen unter wirtschaftlichen Vorgaben heute nicht mehr in dieser Form stellt, nüchtrerner. „Bis zu 200 Tage blockieren manche Alterskranke ein Bett und nur mit größter Mühe gelingt es uns hin und wieder einige in einem Altersheim unterzubringen“, und „durch die Überalterung der Bevölkerung“, schrieb er 1955, „ist damit zu rechnen, dass die Zahl der unversorgt, alleinstehenden und chronisch Kranken anwächst.“⁹ Als Lösung galt die Errichtung eines Alterskrankenhauses, wahlweise in „Höhenlage“ am Turm- oder Geigersberg oder eben in dadurch im Akutkrankenhaus freiwerdenden Räumen auf dem Gelände der Moltkestraße 18. Ungeachtet der auch von Dr. Reich aufgeworfenen ethischen Frage nach einer „menschewürdi-



Gartenanlage und C-Bau 1957. Die Liegehallen sind noch offen; sie wurden später verglast und zu Patientenzimmern.

gen Unterbringung“ wird daraus die seinerzeit noch unklare Abgrenzung zwischen Krankenhaus und Pflegeeinrichtung als ein Überbleibsel der Entwicklung des Krankenhauses aus dem früheren Armen- und Siechenhaus deutlich. Die Frage beschäftigte die Krankenhausleitung noch lange und wurde dann mit dem Ausbau der bis dahin mangelnden Pflegeeinrichtungsplätze in den städtischen Alters- und Pflegeheimen (heute „Senioren-Zentren“) „Parkschlössle“ in Durlach und im „Klosterweg“ in den 1960er-Jahren sowie zahlreicher freigemeinnütziger Einrichtungen vorerst gelöst. Das Alterskrankenhaus unter der Regie der Städtischen Krankenanstalten, bis in die 1960er-Jahre angedacht, kam nicht zustande, weil der Bund sich weigerte, das Gelände langfristig zu vermieten und das Denken im weiteren Verlauf zu Pflegeheimen anstatt Al-

terskrankenhäusern ging. Mit dem Aufbau der notwendigen Pflege-Infrastruktur ab den 1970er- und 80er-Jahren war die „Fehlbelegung“ auch im Klinikum rückläufig, pflegebedürftige Patienten konnten zeitnah nach Abschluss der medizinischen Behandlung in häusliche, Heim- oder ambulante Pflege entlassen werden.

1933 war die klinikeigene Schweinemast auf dem Klinikareal Ecke Moltke-/Kußmaulstraße schon einmal aufgegeben und die Speiseabfälle – die derzeit geltende Lebensmittelgesetzgebung erlaubt die Tierfütterung mit Speiseresten längst nicht mehr – einem Metzger gegen Bezahlung abgegeben worden. Durch die Kriegs- und Nachkriegsbedingungen war wieder eine anstaltseigene Schweinemästerei betrieben worden,¹⁰ des Geruches wegen nun außerhalb, seit 1949 im städtischen Gutshof

in Rüppurr nahe des Märchenviertels. Darüber kamen seit 1962 Beschwerden von den Bewohnern dieses expandierenden Wohnviertels, und die Tierhaltung wurde 1964 aufgegeben, da zuletzt auch die Erlöse ebenso deutlich gesunken waren wie die Fleischeinkaufspreise. Die seit 1952 betriebene Hühnerhaltung wurde 1962 ebenso wie die Gemüsezucht an Stelle des heutigen Ver- und Entsorgungszentrums (T-Bauten) aufgegeben; die Eierpreise standen in keinem Verhältnis mehr zum Aufwand.¹¹

Neue und große Pläne zu Zeiten des „Wirtschaftswunders“

1953 war die weitere Entwicklung noch völlig unüberschaubar. Mit Deutschlands Einbindung in das westliche System, dem enormen Wirtschaftswachstum und dem sich langsam auch für die Mehrheit einstellenden Wohlstand gingen allerorten Planungen von gewaltigen Infrastrukturmaßnahmen einher, die Neues an Stelle der Kriegstrümmer setzten und die Grenzen des bis dahin Gewachsenen sprengten. In Karlsruhe wurden nicht nur neue Stadtteile geplant, sondern sogar an ein ganz neues städtisches Krankenhaus gedacht. Das bescheidene Generalaufbauprogramm für die Städtischen Krankenanstalten von 1950 verblasste im Lauf seiner langsamen Umsetzung gegenüber den immer größer werdenden Plänen.¹² Wegen der angenommenen Verwendung der alten Kasernenbauten für die bereits diskutierte Aufstellung der Bundeswehr unterbreiteten Verwaltungsdirektion und Chefärzte 1953 dem Krankenhausdezernenten Bürgermeister Dr. Emil Gutenkunst den Vorschlag, für die Kliniken der Moltkestraße 18 auf dem noch freien Krankenhausesgelände Moltkestraße 14 und unter Zukauf der an die seinerzeit noch stehende nördliche Krankenhausmauer angrenzenden Kleingärten einen Krankenhausneubau

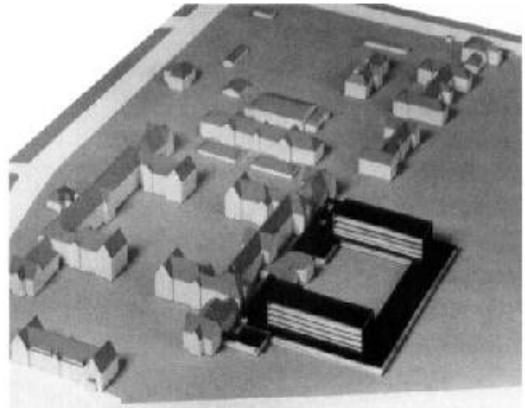
mit rund 470 Betten zu erstellen. Dabei war dem Bürgermeister noch zu prüfen aufgegeben, die vorhandenen Klinikbauten der Moltkestraße 14 um drei bis vier Stockwerke zu erhöhen. Nachdem alsbald klar wurde, dass die neue Bundeswehr nicht mehr in die kaiserzeitlichen Kasernen einziehen würde, gab es keinen Zeitdruck mehr. Dafür wurden die Wünsche größer. Der Krankenhausausschuss empfahl im Oktober 1955 dann auf Ausarbeitungen des Städtischen Hochbauamtes hin, nördlich des damals noch auf die Linie Pathologie – Chirurgie-Alt-OP beschränkten Klinikgeländes Neubauten als Ersatz für die alten Bauten der Moltkestraße 18 und weitere Neubauten für Frauen- und Chirurgische Klinik, nebst Personalwohnungen und eventuell einer Infektionskranken-Klinik zu erstellen. Damit sollte danach u. a. die I. Medizinische Klinik in den C-Bau der bisherigen Chirurgie einziehen und im dadurch freiwerdenden B-Bau künftig neben dem Strahleninstitut die Apotheke, das Medizinisch-diagnostische Institut, die Zahnklinik und Personalzimmer Platz finden. Alternativ zum Neubau der II. Medizinischen Klinik stand der Gedanke, diese in den im jeden Fall von der Chirurgie freizumachenden C-Bau zu versetzen und dafür den Instituten einen Neubau zu geben. Konsequenter und vorausschauender war dabei der Gedanke, alle schneidenden Disziplinen quasi in einem zentralen Bau zu vereinen – ein später nur teilweise umgesetztes Programm. Beim Wälzen der damit verbundenen Fragen fiel dann auf, dass auch eine neue Küche fällig würde, die Wäscherei zu verlegen sei, das Kesselhaus am besten auch, und überhaupt die Lärmfrage zu beachten sei – an der Moltkestraße auch in den folgenden Jahrzehnten trotz nächtlicher Straßenabschließung ein Problem wegen der ungenügend schalldichten Fenster. So warf Stadtbaurat Pankoke schließlich die grundsätzliche Frage auf, Klinik-Neubauten ganz woanders zu errichten, am besten

bei der Oststadt, in deren Nähe mit der Waldstadt ein neuer großer moderner Stadtteil entstünde, und weil der Osten der Stadt unterversorgt sei. Demnach könnte die Moltkestraße fortan das Zentralkrankenhaus eines ausgedehnteren städtischen Krankenhauses sein, es sei aber auch möglich, es zu einem „Nebenkrankenhaus einzuschumpfen“ und an anderer Stelle ein ganz neues Krankenhaus zu errichten. Der Krankenhausausschuss entschied sich schließlich im Sinne Bürgermeister Dr. Franz Gurks und der Klinikleitung nicht für das ganz Unmögliche, sondern zur Ausarbeitung detaillierter Pläne für einen 700-Betten-Neubau nördlich der alten Bebauung für Chirurgische, Frauen- und Urologische Klinik sowie für die Institute.

Zugleich erging ein Auftrag für ein Gutachten, das die Zweckmäßigkeit überprüfen und den tatsächlichen Bettenbedarf feststellen sollte, sowohl an das seit 1954 tätige Deutsche Krankenhaus-Institut in Düsseldorf, das sich mit der zweckmäßigen Errichtung, Einrichtung und Unterhaltung von Krankenhäusern befasste und in den folgenden Jahrzehnten maßgeblich für die Einführung und Anwendung rationaler Verfahren und Abläufe wurde, als auch zeitgleich an das Institut für Krankenhausbau der TU Berlin.

Realistische Krankenhauserweiterung: Neubau der Urologie/Chirurgie

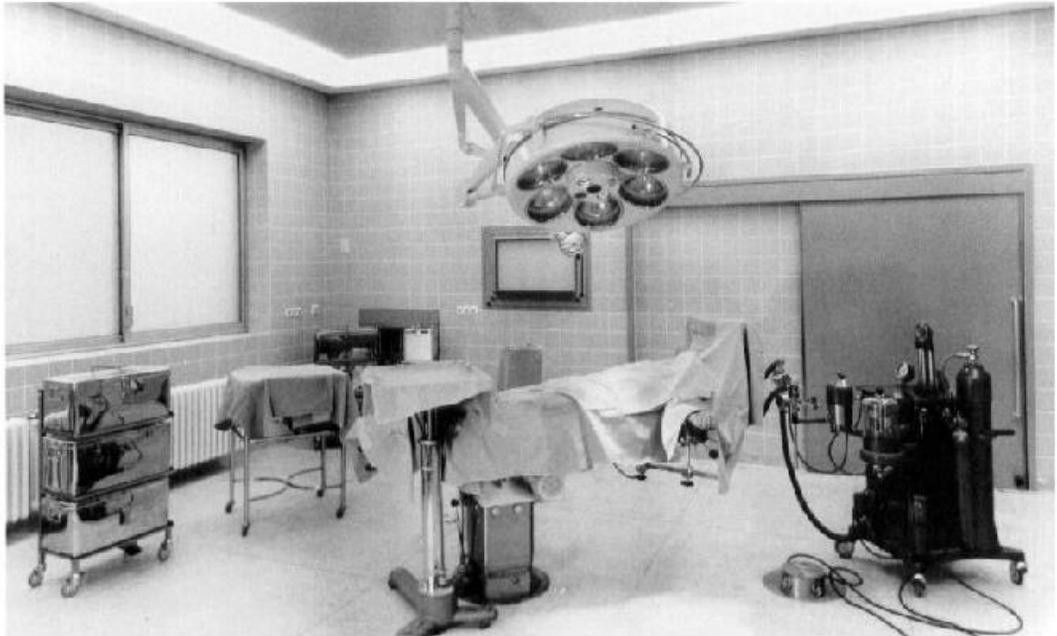
Aufgrund der Ergebnisse dieser Gutachten und weil die angesetzten 25 bis 30 oder gar 40 Millionen DM für ein 700-Betten-Mammutprojekt von der Stadt nicht aufzubringen waren, wurde die Erweiterung entscheidend reduziert auf vorerst 200 bis 250 Betten nur für einen Neubau von Urologischer und Frauenklinik. Vorgabe dabei war aber die gleichzeitige Schaffung zentraler Einrichtungen für die ganze



Eines von mehr als zwei Dutzend nicht umgesetzten Modellen des städtischen Hochbauamtes für die Klinikweiterung nach 1955. Verwirklicht wurde stattdessen ab 1961 der heutige E-Bau.

Klinik wie eine zentrale Aufnahme und eine richtige Notaufnahme, neue OP-Einrichtungen, Ambulanzen, Wachstationen und Zentralsterilisation. Das Provisorium im Kasernenareal sollte dafür noch eine Weile bestehen bleiben und die Chirurgische Klinik am alten Ort. Stattdessen sollte der künftige Neubau der II. Medizinischen Klinik an einer anderen Stelle in Karlsruhe den Grundstock für ein neues Krankenhaus bilden. Als die Planungen aus finanziellen Gründen nicht vom Fleck kamen, dennoch wenigstens ein Neubau der Frauenklinik favorisiert wurde, die Zustände in der Urologie des V-Baus aber nicht mehr weiter tragbar schienen, war es Oberbürgermeister Günther Klotz persönlich, der anordnete, vorerst allein das Projekt eines Urologie-Neubaus mit 115 Betten zu verfolgen, verbunden mit der Chirurgischen Klinik.

Bei der Umsetzung dieses Planes ging es gemäß den Empfehlungen der externen Institute entscheidend um die Zentralisation der medizinischen Dienste und rationale Wegeverläufe durch gemeinsame Nutzung der Funktionsbereiche und damit um die Senkung der Betriebskosten: durch Einbau moderner OPs,



Ein moderner OP-Saal von 1967, rechts die erste Generation moderner Narkosegeräte, Romulus, in Diensten 1950er-Jahre bis Ende 1970er-Jahre.

da in der Chirurgie nur ein aseptischer OP-Saal von 1934 mit zwei Tischen zur Verfügung stand, durch Anästhesiedienst, Röntgen, Physikalische Therapie, Aufnahme, Unfallversorgung und ambulante Behandlungsräume, eine Bettenzentrale (diese wurde nie verwirklicht). Anfangs auf fünf Stockwerke über den Zentraleinrichtungen in den beiden Sockelgeschossen angelegt, wurde der neue Hochbau nach veränderten Plänen noch vor der Grundsteinlegung am 8. November 1961 auf sieben Etagen mit 186 Betten erhöht. Nach der Teilung der Chirurgischen Klinik fügte der neue Chefarzt der Chirurgie Prof. Kurt Spohn¹³ Bauwünsche für zwei chirurgische Stationen hinzu, und ein Besuch von Gemeinderatsmitgliedern in den Städtischen Krankenanstalten in Nürnberg, der größten kommunalen Klinik Deutschlands, überzeugte vom Sinn und Zweck der Einrichtung einer Wach- und Intensivstation. Bis dahin waren frisch Operierte mit größeren

Eingriffen und überwachungsbedürftige Patienten durch personal- und zeitintensive Sitzwachen betreut worden. Krankenhausdezerent Kurt Hofheinz sah anlässlich der feierlichen Einweihung, die erst im Februar 1967 stattfand, einen „Markstein in der Geschichte der Anstalten“ gesetzt, und die Presse war begeistert über die „Neuigkeit im Krankenhauswesen Europas, bisher einmalig in ihrer Größe, über Zweckmäßigkeit und Rationalität und technische Konzeption“ der Zentral-Sterilisation, über aus dem Boden gleitende Säulen für Narkosegase in den vier hypermodernen chirurgischen und zwei urologischen OP-Sälen, über die neuartige Rohrpostanlage, über die ersten pneumatisch verstellbaren Betten im Haus, über Entnahmestellen für Sauerstoff und Vakuum. Als besondere Verbesserung der individuellen Pflege galten die Sprechanlagen vom Patienten- zum Stationszimmer (später auch in der II. Medizinischen Klinik einge-

baut); sie erwiesen sich schnell als wenig gewünschte Automaten und schmückten heute die Dienstzimmer als Museumsstücke.¹⁴

Nicht nur in der Chirurgie wurden 1965 zum Teil noch die Nachttische der Ausstattung von 1907 benutzt. Die Patientenzimmer waren zumeist kahl, an den Wänden hingen keine Bilder, selbst auf den Privatstationen nicht, wie Prof. Spohn klagte. Immer noch waren die alten Bettgestelle und Matratzen statt der für den E-Bau bestellten neuen pneumatisch verstellbaren Betten in Gebrauch. Die letzten noch offenen Loggien der chirurgischen Stationen wurden für Patienten- und Arztzimmer zugebaut. Erst in dieser Zeit erhielten die Stationsärzte ein eigenes Arztzimmer, vorerst fehlten aber noch die Möbel.¹⁵

Ein ganz neues Krankenhaus – vielleicht in Durlach?

Parallel zur Konzeption und Umsetzung des E-Baus als größtem Klinikprojekt seit der Errichtung der Anstalten 1903–1907 und trotz der Erkenntnis unzureichender finanzieller Mittel wurde der schon 1955 ventilerte Plan eines Klinikneubaus neu durchdacht und nun mit einem möglichen Standort Durlach zielstrebig weiter verfolgt.¹⁶ Auf die Grundsatzfrage der Stadträte Berggötz und Gutmann aus Durlach, die auf den im Eingemeindungsvertrag von 1938 enthaltenen Passus der unverzüglichen Vorbereitung für den Neubau eines Krankenhauses in Durlach hinweisen konnten,¹⁷ aber auch mit dem prinzipiellen Befürworten von Verwaltungsdirektor Ludwig Stumpf, hielt der Gemeinderat am 8. Mai 1960 den Beschluss aufrecht, das Stadtplanungsamt mit dem Erkunden und Gewinn von geeignetem Gelände in Höhenlage zu befassen. Es wurden ernsthaft Standorte geprüft wie u. a. an der Reichardtstraße mit Blick ins Pfinztal

oder im Gewann Eisenhafengrund, dort wäre der Blick in die Oberrheinebene gegangen. Schließlich fasste der Krankenhausausschuss 1962 den Beschluss, einen 400-Bettenbau für die II. Medizinische Klinik, nebst Hautklinik und angeschlossener Tuberkulose-Station im Tannenbuckel (dem beim Ritterhof südöstlich anschließenden Waldstück – was etwa die vom Karlsruher Stadtzentrum entfernteste Stelle auf Karlsruher Gemarkung war) zu errichten, später sogar auf 600 Betten einschließlich zusätzlicher Chirurgie erweitert. Jenseits eines krankenhauspolitischen Sinns entsprach die Idee dem damaligen Zeitgeist im Städtebau, dem in Karlsruhe zeitgleich die Trabanten-siedlung Bergwald entsprang. Auch der Bergwald war als alternativer Standort für ein zweites städtisches Krankenhaus in der Überlegung.¹⁸

Zwischenzeitlich war auch daran gedacht worden, das neue Haus zusammen mit dem Landkreis zu tragen, was sich aber als unrealisierbar erwies. Der Krankenhausausschuss revidierte 1965 die fehlgegangene Durlach-Planung und beschloss stattdessen einen Neubau für die II. Medizinische Klinik im alten Areal Moltkestraße 14.¹⁹ Letztlich war ja auch der Grund für den 1938 in Karlsruhe überraschend angedachten neuen Krankenhausbau längst entfallen. Zu dem seinerzeit projektierten Großflughafen auf dem Gelände des zum Flugplatz erweiterten Alten Exerzierplatzes direkt hinter dem Krankenhaus war es nicht gekommen, und die neue Nutzung des Flugplatzes als US-Einrichtung war nur marginal. Durlach aber erhielt unabhängig von städtischen Mitteln nach drei Jahren Bauzeit 1971 ein privates Krankenhaus mit 180 Betten im Belegarztsystem, nach dem Großinvestor Richt-Klinik genannt, nach der Insolvenz Robert Richts und der Übernahme durch neue Eigentümer seit 1974 Paracelsus-Klinik im Verbund der Paracelsus-Kliniken-Deutschland GmbH.²⁰



1960 mussten die Essenwagen mit Kübeln in Schwerarbeit über das Gelände auf die Stationen gebracht werden. Heute fahren Elektrakarren im Tunnelsystem das bereits vortportionierte Essen zu.

Planungen für ein modernes Krankenhaus auf der Höhe des Fortschritts in den 1960er-Jahren

Die Maximallösung hatte sich als unverwirklichbar erwiesen, doch nun herrschte Konsens in der Stadtspitze, den Hauptstandort Molkestraße 14 einem der Zeit entsprechenden Standard zuzuführen. Immerhin war ein Nachholbedarf im Klinikusbau von rund 20 Jahren aufgelaufen. Obwohl nach wie vor externe Finanzierungsquellen fehlten, ermöglichte die expandierende Wirtschaftsleistung höhere öffentliche Ausgaben, die noch von einer nun enorm einsetzenden Schuldenpolitik zur kompletten Erneuerung der städtischen Infrastrukturen getoppt wurde. 1961/62 war in Absprache zwischen Klinikleitung, Stadtkämmerei und dem Hochbauamt das Zukunftsprogramm jenseits des in Umsetzung befindlichen Neubaus der Urologie und Chirurgie sowie der da

noch gedachten zweiten neuen Klinik in Durlach formuliert worden:²¹ als Allerdinglichstes ein Anbau an den östlichen Flügel der Frauenklinik im C-Bau für zwei neue OP-Säle und eine ganz neue Privatstation. Die beiden einzigen OP-Räume der Frauenklinik lagen ebenso wie der Kreißsaal unzureichend direkt am Hauptdurchgangsflur und entsprachen in keiner Weise den hygienischen Anforderungen. Mit nur neun bis zwölf Privatbetten sah sich der Chefarzt im Vergleich zu seinen Kollegen schlechter gestellt. „In jedem Clinicum sind Chirurgie, Medizin und Frauenklinik die Hauptkliniken, in unserem Clinicum steht die Frauenklinik weit hinter den Medizinischen und Chirurgischen Kliniken“, beschwerte sich Prof. Thiessen.²² Danach stand, ohne eine exakte Reihenfolge der Realisierung festzulegen, die Erweiterung des Röntgeninstituts, des Zentrallabors und der Apotheke an sowie die

Unterbringung des später neu geschaffenen Bakteriologischen Instituts. Im medizinischen Bereich plante man eine Komplettsanierung der Badeabteilung in der I. Medizinischen Klinik sowie die Erweiterung der neurologischen Abteilung zu einer psychiatrischen Klinik. Zur grundsätzlichen Modernisierung der Infrastruktur hatte das Deutsche Krankenhausinstitut schon 1957 für den Wirtschaftsbetrieb sowie auch für den Transport von Patienten und den „künftig für Patienten und Besucher unsichtbaren Transport Verstorbener“ unterirdische Versorgungswege empfohlen. Dem unterirdischen Gangsystem, das auch die Ver- und Entsorgungsleitungen aufnehmen sollte, war seit 1961 ebenso hohe Priorität beigemessen wie der Küchenerneuerung.²³

Da die Wirtschaftseinrichtungen auf maximal 900 Betten ausgelegt waren, hatten ein Küchenneu- oder -umbau und die Errichtung einer neuen Wäscherei oberste Priorität. Anstelle einer Lösung zusammen mit der Wäscherei favorisierte das Städtische Hochbauamt 1962 einen Neubau allein der Küche am Rand des Klinikgeländes an der Ecke Moltke-/Kußmaulstraße oder nördlich der Pathologie. Ganz über die Neuerungen entzückt, die er auf einer Krankenhausbedarfsmesse als moderne Errungenschaften gesehen hatte, dachte Verwaltungsdirektor Stumpf an eine reine „Tiefkühlküche“ mit weiträumigen Tiefgefrierzellen und Vorrichtungen für die serienmäßige Erwärmung tiefgefrorener Fertiggerichte.²⁴ Zugleich wurde an ein „Sozial-“ oder „Wohlfahrtsgebäude“ für das gesamte Personal mit einem Saal für 800 bis 1.000 Personen nebst Bühne für feierliche Anlässe gedacht. Im Schwesternspeisesaal über der Kapelle (heute: Großes Sitzungszimmer) konnten nur 70 Schwestern gleichzeitig die Mahlzeit einnehmen. Die Schwestern des Geländes Moltkestraße 18 hatten ein getrenntes „Schwesterncasino“ im ehemaligen Unteroffiziersheim. Ansonsten

stand noch aus der Zeit der Beschlagnahmung durch die US-Army eine Speisesaalbaracke für das übrige Personal neben einer Lagerbaracke vor dem Wirtschaftsgebäude.²⁵

Bis zur Inbetriebnahme des im Bau befindlichen E-Baues war die noch aus dem Jahr 1936 stammende Fernsprechzentrale mit gerade einmal zwölf Amtsleitungen und 60 Anschlüssen für Patiententelefone – natürlich nur in Privatzimmern – zu erneuern und eine Rohrpostanlage aufzubauen. Zunächst im E-Bau begann der Aufbau eines Rufsystems per Funk („Piepser“).²⁶

Gleichfalls sollten neue Werkstätten für die Schlosserei, die Schreinerei und die Sattlerei der grundlegenden Verbesserung der Infrastruktur dienen, da die alten Einrichtungen samt Personalräumen zwischenzeitlich viel zu klein waren. Außerdem wollte man insbesondere ein länger gedachtes Programm zur Umstellung des alten Dampfheizungssystems auf Warmwasser in Angriff nehmen. Schließlich umfasste das Zukunftsprogramm außerdem noch weitere Schwesternwohnungen.

Der Leiter der Apotheke, Oberpharmazier Dr. Geist, hatte 1962 den Antrag für einen Neubau der Apotheke gestellt, da die über das ganze Verwaltungsgebäude vom Keller bis zum zweiten Stock (I. OG) verstreuten Räumlichkeiten vollkommen erschöpft waren und die Lagerung feuergefährlicher Flüssigkeiten dort, wie er ausführte, „bei Feuersausbruch unübersehbare Folgen“ haben würde. Geist selbst brachte als Alternative ein, den „Bersaal“ im Verwaltungsgebäude, er meinte damit die Krankenhauskapelle, in die Apotheke einzubeziehen und stattdessen gleich zwei neue Kapellen für die beiden großen christlichen Konfessionen in den nach Umzug von Küche und Wäscherei freiwerdenden Räumlichkeiten einzurichten. Diesen Vorschlag griff Krankenhausdezernent Gurk gerne auf, konnte er doch damit das Vorhaben Apothekenbau-Neubau