

Ursprünglich war das unterirdische Tunnelsystem für Transporte sowie Ver- und Entsorgungsleitungen als Ring gedacht, der südliche Teil (Verbindung N – B-Bau) wurde nicht verwirklicht, weil er sich als überflüssig herausstellte, Skizze von 1970.

mit Kosten von über 1,5 Millionen DM erst einmal zurückstellen.²⁷

Die Summe all dieser 1962 angedachten Maßnahmen, mit der die Städtischen Krankenanstalten noch deutlich vor Ende des Jahrzehnts auf den Stand der Zeit gebracht werden sollten, war auf 34 Millionen DM veranschlagt, ohne die permanent vorzunehmenden Erneuerungen sowie den anstehenden Umbau nach wie vor bestehender Patientensäle mit acht bis zehn Betten in kleinere Zimmer. Hin-

zu kamen noch die bereits eingestellten 17,2 Millionen DM für den entstehenden E-Bau sowie die 50 Millionen DM, mit denen man noch für einen Klinikneubau in Durlach kalkulierte. Seit der Währungsreform 1948 waren in all den Jahren bis dahin „nur“ 15,5 Millionen DM insgesamt in allen Bereichen der Krankenanstalten investiert worden.

Dieses Zukunftsprogramm arbeitete man in den nächsten Jahren ab. Nach dem Bezug des Neubaus für Urologie und Chirurgie zog die

Zahn-, Mund- und Kieferklinik (ZMK) unter ihrem neuen Chefarzt Prof. Lautenbach 1968 in vollkommen sanierte und von 27 auf 40 Betten vergrößerte Räumlichkeiten der ehemaligen Urologie in den W-Bau ein.²⁸ Sein Vorgänger Dr. Dr. Gustav Friedl hatte neben der Klinikleitung seit 1949 noch seine eigene Privat- und Kassenpraxis im Stadtzentrum betrieben. Deswegen hatte der Krankenhausauschuss 1967 ausdrücklich auf einem Chefarzt und einer Neuorganisation der Klinik bestanden.²⁹ Als 1980 die Nachfolge zum ZMK-Chefarzt anstand und entsprechend ausgeschrieben wurde, kam eine Beschwerde vom Landesvorsitzenden im Bundesverband deutscher Fachärzte für Mund- und Kieferchirurgie, der darauf aufmerksam machte, dass auf Beschluss des

Deutschen Ärztetages 1978 das Gebiet nun als „Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie“ bezeichnet werde. Tatsächlich wurde die Bezeichnung ZMK in MKG unter dem neuen Chefarzt Prof. Siegfried Geiger geändert.

1970 konnte das neue Bakteriologisch-serologische Institutsgebäude mit Unterdruckräumen in den infektiösen Bereichen und seinerzeit noch für die Hygiene sinnvoll erachteten UV-Lampen bezogen werden (N-Bau).³⁰

1966 war die ausgelagerte neue Zentral-Wäscherei – hier wurde anfangs auch Wäsche der städtischen Bäder, Schulen und des Sybelheims gewaschen – an der Borsigstraße auf dem Gelände der ehemaligen Großwäscherei Schorpp ganz neu eingerichtet worden. Seit 1949 hatte sich der durchschnittliche Wäsche-

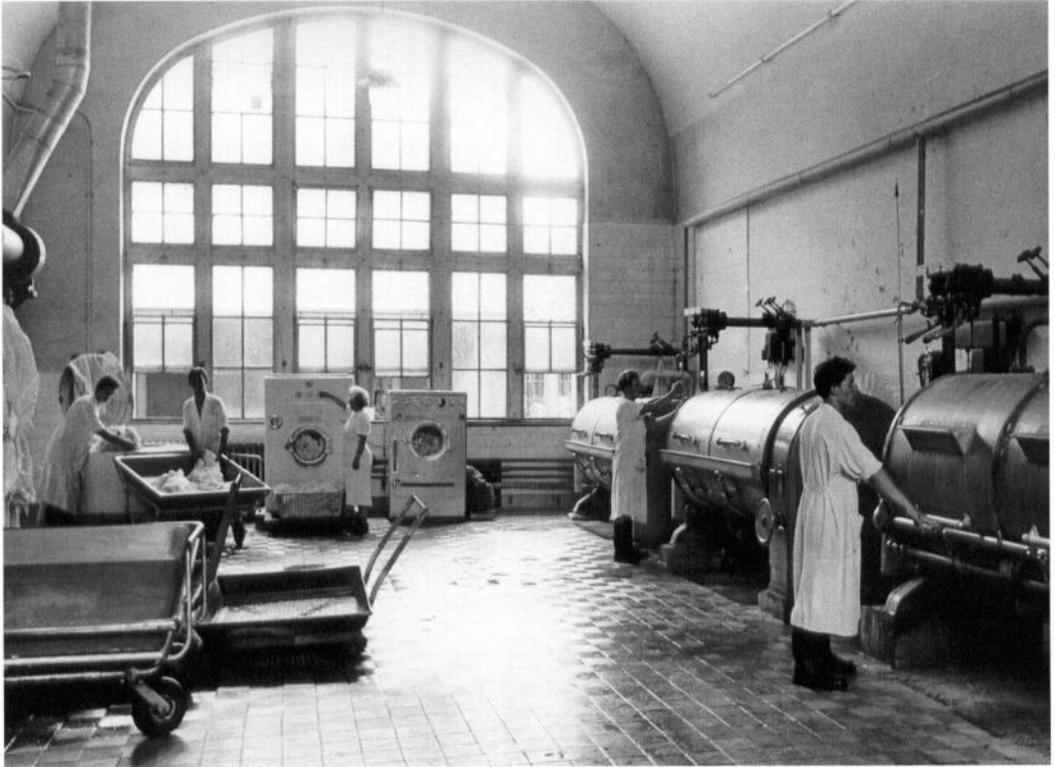


Luftaufnahme der Städtischen Krankenanstalten Karlsruhe

[freigegeben vom Innenministerium Baden-Württemberg Nr. 2/11823]

- | | | |
|--|---|--|
| 1. Verwaltungsbau, Apotheke (Bau A) | 8. Schreinerei, Geragen (Bau M) | 15. Hühnerstall |
| 2. Chirurg. Hauptgebäude (Bau C) | 9. Arztwohnhaus (Bau H) | 16. Personal-Wohnhaus (Bau VII) |
| 3. Asept. Operationsgebäude (Bau C) | 10. HNO-Klinik (Bau J) | 17. Urolog. Klinik u. Hautklinik (Bau U) |
| 4. Frauenklinik (Bau C) | 11. Infektionsbau u. Neural. Abtlg. (Bau L) | 18. II. Med. Klinik (Bau T) |
| 5. I. Med. Klinik; Strahlenklinik (Bau B) | 12. Augenklinik (Bau K) | 19. Schwesternwohnhaus (Bau R u. S) |
| 6. Wirtschaftsbau (i. Kochk., re. Wäscherei) (Bau F) | 13. Pathologie | 20. II. Med. Klinik |
| 7. Kesselhaus (Bau G) | 14. Treibhaus der Gärtnerei | 21. Baugrube für den Neubau der Urolog. Klinik |

Städtische Krankenanstalten, 1960.



Alte Wäscherei im F-Bau, 1957.

verbrauch von 1 kg auf 2,35 kg je Pfl egetag mehr als verdoppelt und bis 2005 noch einmal (4,98 kg je Pfl egetag).³¹ 1970 konnte der neue Personalspeisesaal eröffnet werden, statt mit 800–1.000 Plätzen aber nur mit rund 180, nebst der ebenfalls in das alte Wirtschaftsgebäude integrierten Küche und Spülküche anstelle eines vollkommenen Neubaus, der erst 1973 realisiert wurde.³² In der alten Küche und Wäscherei war nun Platz für eine Personalkantine und für Werkstätten. Das Tunnelsystem – von Patienten auch als „Klinikkatakomben“ getauft oder empfunden – war ebenfalls 1973 im Wesentlichen fertig gestellt.

Vom Abschluss der Aufholphase der Nachkriegszeit zur neuen Rahmenplanung der 1970er-Jahre

Über das Aufbauprogramm von 1962 ging man in den folgenden Jahren grundsätzlich nur mit dem Neubau der II. Medizinischen Klinik im Nordostgelände, einem neuen HNO-OP und der Krankenpflegeschule hinaus. War 1965 schon der Grundsatzbeschluss gefallen, die neue II. Medizinische Klinik im Areal Moltkestraße 14 zu errichten, so gingen bis zur Grundsteinlegung 1971 einige Jahre ins Land. Der Standort innerhalb des Geländes war noch verrückbar, das anfangs gedachte Hochhaus als Pendant 30 Meter gegenüber dem E-Bau war von der Wehrbereichsverwaltung wegen



Manglerei der alten Wäscherei im F-Bau, 1957.

des Anflugsektors für den Flugplatz untersagt worden. Auch die Frage der Höhe des Zuschusses seitens des Landes war anfangs unsicher.³³ Mit diesem modernen Bau war nach der Fertigstellung 1975 die bereits im Jahre 1962 dringlich geforderte Umsetzung von Apotheke, Medizinisch-diagnostischem Institut und der MTL-/ MTR-Schule erfolgt.³⁴

Der moderne HNO-OP-Trakt, welcher die völlig untaugliche OP-Einrichtung im Altbau ablöste, war 1974 seiner Bestimmung übergeben worden. Sein merkwürdig anmutender langer Verbindungsgang war Teil einer grundsätzlich neuen strategischen Ausrichtung, der Errichtung einer „Kopfklini­k“, wie sie seit 1973 so genannt wurde, mit dementsprechenden weiteren OP-Anbauten. Der Krankenhausaus-

schluss hatte schon 1969 daran gedacht, die „Kopf“-Disziplinen HNO-, Augen- und ZMK-Klinik zu zentralisieren. Der neue HNO-OP sollte nur der erste Baustein dazu sein, außerdem sollte die noch zu schaffende neue zentrale Klinik auch einen neuen Bettenbau erhalten.³⁵ Bis 1979 sollte die „Kopfklini­k“ auch die Neurologie und die nach dem Krankenhausbedarfsplan der baden-württembergischen Landesregierung in Karlsruhe zu etablierende Neurochirurgie umfassen. Doch als die Neurochirurgie 1980 tatsächlich kam, wurde nach einem externen Gutachten von deren Einbindung Abstand genommen, da man die Nähe zur Unfallchirurgie wegen der Schädel-Hirn-Traumata für wichtiger erachtete. Die Umsetzung „Kopfklini­k“ wurde 1980 vorerst gestoppt,

wie auch der nächste Baustein, die Neueinrichtung der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgischen Klinik im J-Bau, da die dazu notwendigen Zuschüsse gemäß dem Krankenhausbedarfsplan zurückgestellt wurden.³⁶

Mit dem Beginn des Neubaus für die Urologie/Chirurgie seit 1961 war das Klinikum über seinen noch durch die Krankenhausmauer von 1907 begrenzten Umfang hinausgewachsen. Hatte Verwaltungsdirektor Stumpf 1959 noch Tränen geweint, als wegen der Verkehrsverhältnisse die Krankenhausmauer an der Moltke-/Kußmaulstraße gegen seinen Willen zurückgesetzt wurde und die Klinik 118 m² ihrer 85.332 m² umfassenden Fläche verlor, so wurde in den Folgejahren in vorausschauender Politik sukzessive das an der seinerzeit noch unmittelbar hinter dem Altbau der Chirurgie verlaufenden Krankenhausmauer angrenzende Gelände nördlich bis zur Knieplinger Allee vom Land erworben. Die Krankenanstalten besaßen damit 110.038 m² Fläche im Gelände Moltkestraße 14–16 insgesamt plus 21.347 m² im Bereich Moltkestraße 18–20³⁷ und sie hatten sich den Zugriff auf die dahinterliegende Kleingartenanlage für künftige Erweiterungen gesichert.

Die Aussage des Krankenhausdezernenten Hofheinz anlässlich der Grundsteinlegung zum Bau der II. Medizinischen Klinik, „wenn er fertiggestellt ist, sind wir in der Krankenhausplanung über dem Berg. Was dann noch kommt sind kleinere Vorhaben“,³⁸ erwies sich schnell als überholt.

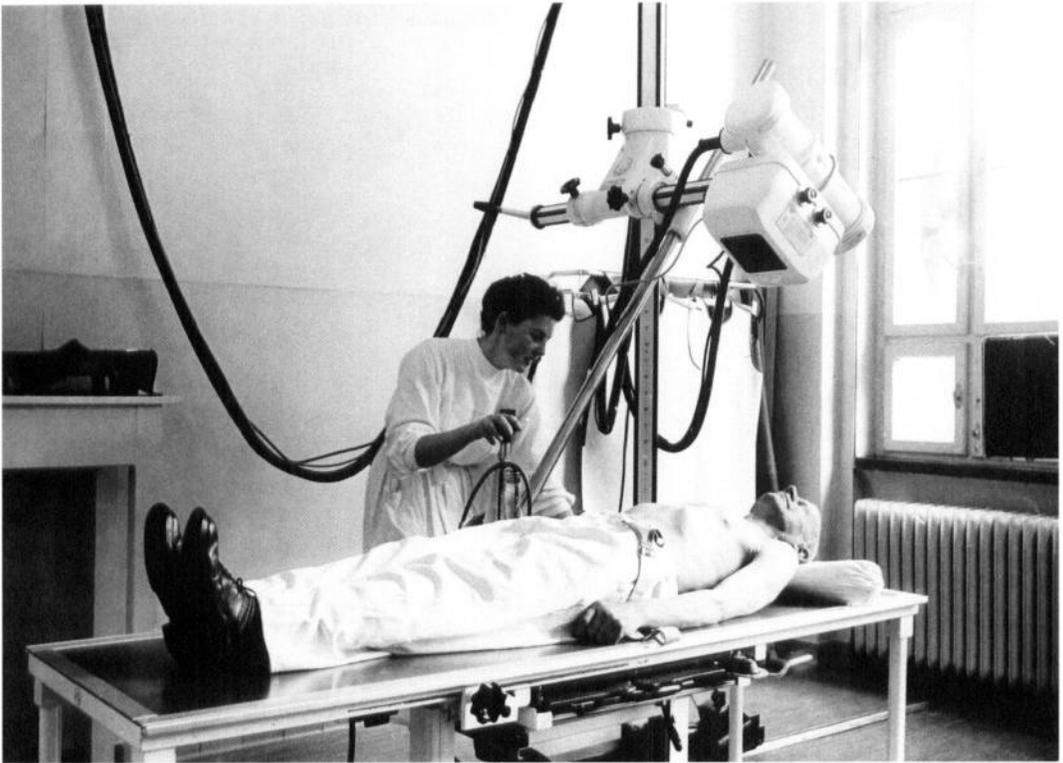
*Nicht mehr „Krankenanstalt“,
als Städtisches Klinikum auf neuen Wegen*

Mit der Kinderpsychiatrie und der Neurochirurgie entstanden neue Kliniken und die Diskussion um eine eigenständige Psychiatrie wurde konkreter. Der Einbeziehung als Aka-

demisches Lehrkrankenhaus und der damit verbundenen Namensänderung in Städtisches Klinikum folgte eine Diskussion der Klinikentwicklung hinsichtlich der abzudeckenden Ansprüche bis zur Jahrtausendwende. Das Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG) von 1972, das die Übernahme von Investitionskosten durch Bund und Länder regelte und den in Deutschland lange anhaltenden Investitionsstau beseitigen helfen und zu einer grundlegenden Modernisierung der Krankenhäuser beitragen sollte, war zugleich mit dem Aufstellen eines Krankenhausbedarfsplans für jedes Bundesland verknüpft. Darin war aufgelistet, welche Kliniken notwendig und demnach zuschussberechtigt, also quasi staatlich lizenziert waren. Seit 1977 war damit eine Klassifizierung der Versorgungsstufe dieser Kliniken verbunden.

Das Städtische Klinikum war dabei als Haus der „Maximalversorgung“ in die höchste Stufe gruppiert worden mit der entsprechenden Verpflichtung zur medizinischen Versorgung einer weiten Region und zur ständigen Vorhaltung notwendiger Versorgungseinrichtungen und entsprechenden Personals. Die Vincentius-Krankenhäuser bekamen die Stufe „Zentralversorgung“ zugeordnet, das Diakonissenkrankenhaus sowie Landesfrauenklinik und Marienlinik die Stufe „Regelversorgung“. Die Paracelsusklinik war als Haus der „Grundversorgung“ eingestuft.³⁹

Die Rahmenbedingungen mit dem neuen Krankenhausfinanzierungsgesetz seit 1972 schienen günstig. 1975 bis 1977 entwickelte das beauftragte Deutsche Krankenhausinstitut eine Rahmenplanung für das Klinikum der Zukunft, die eine Weiterentwicklung allein auf dem Hauptareal vorsah und für durchsetzbar hielt. Darin war die denkmalpflegerische Bestandserhaltung des Ensembles A (Verwaltung), B (I. Medizinische Klinik), C (Chirurgie) und F (Wirtschaftsgebäude) enthalten. Doch sollte im B-Altbau eine psychiatrische



Im alten Zentralröntgeninstitut, B-Bau, um 1955.

Klinik untergebracht werden und die I. Medizinische Klinik zusammen mit der Hautklinik einen ganz neuen Bau nördlich der II. Medizinischen Klinik über die Knielinger Allee hinaus erhalten. Damit wäre die Moltkestraße 18 aufzugeben und alle Krankenhausfunktionen im Areal Moltkestraße 14 zu integrieren. Für die Chirurgische und Frauenklinik im C-Altbau wurde für die Zeit um 2010 ein Ersatzgebäude nördlich vom E-Bau vorgeschlagen, nachdem zunächst saniert und ein zusätzlicher neuer gemeinsamer OP verwirklicht werden sollte. Für eine rund 240 Betten umfassende zu errichtende „Kopfkllinik“, welche die Fachgebiete der Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Augenklinik, HNO-Klinik, Neurologie und Neurochirurgie umfassen sollte, war ein Neubau für ca. 60 Millionen DM angedacht. Zu

bemerken ist, dass die Planung „Kopfkllinik“, deren erster Abschnitt 2007/08 bezugsfertig sein wird, sich im Laufe der Zeit vollkommen wandelte: Neurologie und Neurochirurgie werden nicht in das neu aufzubauende Zentrum integriert. Grundsätzlich ging der Vorschlag dahin, einen fälligen Neubau der Kinderklinik im Klinikumsareal zu realisieren. Ein Hauptgedanke war die konsequente Weiterverfolgung des bereits mit dem Neubau für Urologie/Chirurgie aufgestellten Prinzips der Zentralisierung. In einem neuen „Medizinischen Zentrum“ im Herzen der künftigen Klinikerweiterung sollten bei der II. Medizinischen Klinik und dem E-Bau die Zentrierung der wesentlichen diagnostischen Schwerpunkte mit Notaufnahme, Funktionsdienst, Endoskopie, Röntgen, Isotopenabteilung, Strahlentherapie und An-

ästhesiedienst verlagert werden.⁴⁰ Der Gemeinderat setzte als Priorität in dieser Reihenfolge den OP-Neubau sowie Kopf- und Kinderklinik fest.⁴¹

Doch beim Land war inzwischen ein Stau bei den Investitionsanträgen der Kliniken in Baden-Württemberg von fast 2,5 Milliarden DM aufgelaufen. Auf den Weg gebracht wurde daher im Klinikum nur der seit 1978 geplante Neubau des OP-Traktes mit sechs zusätzlichen aseptischen OP-Sälen zu den vier vorhandenen von 1967 und mit einer neuen chirurgischen/neurochirurgischen Intensiv- und Wachstation C 010 anstelle der alten E 20 bis 1984. Zusätzlich erweiterte ein Bewegungsbad samt Nebenräumen im Untergeschoss die physikalische Therapie.⁴²

Obwohl bereits in den 1950er-Jahren über eine selbstständige Psychiatrie nachgedacht worden war, wurde diese nie verwirklicht, weil immer noch das Konzept der psychiatrischen Landeskrankenhäuser galt. Als im Jahre 1982 die gemeindenahe psychiatrische Versorgung im baden-württembergischen Landeskrankenhausausschuss beschlossen wurde, übereignete das Land der Stadt Karlsruhe die landeseigene Landesfrauenklinik in der Kaiserallee zur Einrichtung einer eigenen psychiatrischen Klinik des Städtischen Klinikums. Dieses Großprojekt mit einem Finanzrahmen von über 20 Millionen DM, das mit der Eröffnung im November 1987 abgeschlossen wurde, ging über die bisherige Rahmenplanung hinaus.⁴³ Das Klinikum musste entgegen seines Grundsatzbeschlusses eine räumlich getrennte Dependence eröffnen, die aber wenigstens in der Nähe zum Hauptgelände lag und dadurch in die Logistik integrierbar war.

Schwerer wog, dass der Klinikum-Rahmenplan von 1977 vollkommen ins Stocken geraten war, während das neue Großprojekt umgesetzt wurde und an die Umsetzung der Pläne für eine neue Kinderklinik oder Kopfklinik

nicht zu denken war. Auch andere Großbeschaffungspläne wie ein Kernspintomograph und ein zweiter Computer-Tomograph (CT) für das Zentralröntgeninstitut – der erste war 1977 aufgestellt worden, nachdem dieses innovative Verfahren in England 1972 entwickelt worden war und seit 1974 allgemein angewandt wurde⁴⁴ –, ein neuer Linearbeschleuniger für die Strahlentherapie und ein Nierenlithotripter für die Urologie lagen auf Eis, trotz eines geharnischten Briefes von Oberbürgermeister Otto Dullenkopf an die Sozialministerin Barbara Schäfer in Stuttgart.⁴⁵

Die Entwicklung auf dem Gebiet der Versorgung von frühgeborenen Säuglingen warf 1984 die Frage einer Neonatologie (Fachbereich Neugeborenenheilkunde innerhalb der Pädiatrie) auf, welche wegen des risikoreichen Transportes in die Kinderklinik provisorisch in der Frauenklinik eingerichtet wurde. Damit wurde eine enge Verbindung von Kinder- und Frauenklinik notwendig und die Planung des zukünftigen Kinderklinikneubaus nun zu einem gemeinsamen Zentrum Kinder- und Frauenklinik erweitert.⁴⁶

Klinikentwicklung unter veränderten Bedingungen seit den 1990er-Jahren

Doch bis es soweit war, schuf das Krankenhausreformgesetz 1993 neue Ausgangsbedingungen, das marktwirtschaftliche Wettbewerbselemente in die Krankenhauspolitik brachte. Dazu wurden mit dem neu zu errichtenden und 1997 eingeweihten R-Bau als einem medizinischen Zentrum die Ablaufprozesse modernisiert und optimiert. Erstmals gab es eine Zentrale Notaufnahme, die gemäß der Diagnose in die zuständigen stationären Bereiche zuordnete. Der Neubau umfasste alle Röntgeneinrichtungen, so dass nun wieder ein echtes „Zentral“-Röntgen-Institut bestand. Es wurde nach

den vielen Neuerungen, wie beispielsweise der digitalen Bildverarbeitung und bildgebenden Verfahren ohne Röntgenstrahlen (so beruht z. B. die Kernspintomographie – NMR (nuclear magnetic resonance) – auf Magnetwellen), korrekterweise „Zentralinstitut für Bildgebende Diagnostik“ (ZIBID) genannt. Darüber hinaus wurden in dem bis dahin modernsten Bau weitere ärztliche Dienste und diagnostische Einrichtungen (bspw. Herzkatheterlabor) unter interdisziplinären Gesichtspunkten vereint. Der 1977 mehr schlecht als recht westlich der II. Medizinischen Klinik angelegte Hubschrauberlandeplatz – nachts musste die Feuerwehr oder das THW den Platz ausleuchten – wurde auf das Dach des Gebäudes verlegt.⁴⁷

Die Rahmenplanung der 1980er-Jahre indes verzögerte sich in der Umsetzung. Da für

die Kopfklinik kein grünes Licht aus Stuttgart kam, wurden 1992 zwischenzeitlich Pläne für einen an das alte V-Gebäude angeschlossenen Neubau der MKG-Klinik erwogen und wieder verworfen. Seit dem Jahr 2000 nahmen die Überlegungen zur Kopfklinik wieder Fahrt auf, doch erst 2005 wurde dem Förderantrag in Stuttgart zugestimmt, und 2007 wird in dem sanierten J-Bau der erste Abschnitt fertig gestellt sein, den die Augenklinik beziehen wird. Inzwischen war seit 1996 die Rahmenplanung wieder aufgegriffen worden und unter das Konzept „Klinikum 2010“ – inzwischen „Klinikum 2020“ – gestellt worden. Die Norderweiterung mit der Zusammenfassung aller Kliniken der Inneren Medizin wie schon zehn Jahre zuvor erstmals dargelegt, ist darin als weiterer künftiger Schwerpunkt vorgesehen. Im Zusammenhang mit den Rationalisierungszwängen



Röntgenthorax-Aufnahme im ZIBID, um 2000.



Im Säuglingszimmer der alten Frauenklinik (C-Bau), um 1995.

gemäß den bundesgesetzlichen Vorgaben der immer rascher folgenden Reformen der Gesundheitsstrukturen kam zu den noch aus den 1980er-Jahren herrührenden Planungen nun der Verwirklichung eines Ver- und Entsorgungszentrums mit Wäscherei und Lager anstelle der über das Klinikum teils in kleinen Kellern weit verstreuten Lagerräume Bedeutung zu. Dieses konnte 2000 auf dem letzten freien Areal des Kerns der Klinik von 1907 bei der ehemaligen Gärtnerei an der Moltkestraße verwirklicht werden. Zwischenzeitlich war der schon 1992 vom baden-württembergischen Sozialministerium grundsätzlich genehmigte Neubau der Kinderklinik, der mit der Frauenklinik in einer Frauen- und Kinderklinik zusammengeführt werden sollte, 1997 in das Stadium der Ausführung gelangt.⁴⁸

Zwischen (chef)ärztlichen Anschaffungsvorstellungen, Betriebsdenken und -handeln der Verwaltung bzw. Geschäftsführung und Stadtverwaltung, politischen Entscheidungsträgern aus dem Gemeinderat, seit 1994 des

Aufsichtsrates, und den gesetzlichen Vorgaben waren Entscheidungen zu treffen, welche oft nicht das Wünschbare umsetzen ließen, aber immer Sicherung des Bestands, Entwicklung und Anschluss am Stand von medizinischer Technik und Verfahren sowie medizinischen und pflegerischen Prozessen im Auge behalten mussten.

Neue Kliniken und Institute, Spezialisierung und Ausdifferenzierung der Medizin

Die Städtischen Krankenanstalten waren sich ihrer Stellung als eine der größten und bedeutendsten kommunalen Kliniken in Deutschland bewusst. Dennoch war man nicht bestrebt, sämtliche Felder der Medizin abzudecken. Prof. Laqua war noch 1959 der Ansicht, dass nicht alle chirurgischen Disziplinen vorhanden sein müssten, die Thorax- und Neurochirurgie wollte er den Universitätskliniken vorbehalten.⁴⁹ Doch beides wurde bereits im folgenden Jahrzehnt auch hier etabliert, ein gewandter Chefarzt und der Ausbau der Anästhesie waren die Voraussetzungen für die kommenden Spezialisierungen.

1983 hatte SPD-Stadträtin Tebbert unter Hinweis auf die hiesigen Raffinerien vorgeschlagen, im Klinikum eine Abteilung für Brandverletzte aufzubauen. Der Krankenhausbedarfsplan wollte dies aber auf bestimmte Zentren, hier auf Ludwigshafen, konzentriert wissen.⁵⁰

Der Plan, langfristig eine Herzchirurgie aufzubauen, war 1982 mit der Neuorganisation der Chirurgischen Klinik aufgekommen, da in Deutschland eine Unterversorgung für Herzeingriffe bestand.⁵¹ In Abstimmung mit dem Stuttgarter Sozialministerium wurde Karlsruhe tatsächlich als Standort einer Herzchirurgie vorgesehen. Verwirklicht wurde die Idee 1995 aber unter Trägerschaft der privaten Rhönkli-



ZIBID, angiographische Verfahren sichern Diagnostik und sofortige Intervention, um 2000.

nik, unmittelbar benachbart zum Klinikum mit 65 Betten und im Verbund mit dem hier bestehenden Herzkatheterlabor.⁵²

Die Intensivierung der medizinischen Betreuung und die stetige Zunahme an Patienten führten zu einer Verkürzung der Verweildauer. Sie sank in den Städtischen Krankenanstalten innerhalb von 20 Jahren um mehr als ein Drittel. Lag sie 1950 noch bei durchschnittlich 28,3 Tagen, war sie bis 1971 auf 18,16 Tage zurückgegangen. Unter Einberechnung der nur für wenige Stunden drei bis vier Mal die Woche im Krankenhaus weilenden Dialysepatienten senkte sich die Dauer 1971 sogar auf nur 16,5 Tage; seitdem sind Dialysepatienten wie andere Kurzzeitpatienten in diese Berech-

nung einbezogen. Die seit den 1980er-Jahren zunehmenden Kurzzeit-Behandlungsmaßnahmen ließen die durchschnittliche Krankenhausbehandlungsdauer um ein Drittel auf 12,5 Tage 1989 sinken, bis 1994 auf 10,8 und bis 2005 sogar auf 7,5 Tage.⁵³

Mit dem gesamten Gesundheitssektor expandierten die Krankenhäuser enorm. Die Patientenzahl im Krankenhaus stieg seit den 1950er-Jahren rasch, in den Akutkliniken Deutschlands der 1970er-Jahre um 25 %, die der Beschäftigten um 40%.⁵⁴ Die steigende Patientenzahl hing auch mit der veränderten Altersstruktur und erweiterten Möglichkeiten in der medizinischen Therapie zusammen. Der Anteil älterer und sehr alter Menschen wuchs



Bis 1975 war das Zentrallabor im Keller des I-Baues untergebracht.

überproportional. Sie leiden häufiger an mehreren Krankheiten gleichzeitig („Multimorbidität“) oder sind vergleichsweise pflegebedürftiger. Waren 1871 nur 4,6 % der Gesamtbevölkerung über 65 Jahre, so lag der Prozentsatz 1970 bei 13,2, zur Milleniumswende dann bei 16,4%.⁵⁵

Bislang feste Grenzen zwischen den medizinischen Disziplinen begannen aufzuweichen. So wandelte sich die Innere Medizin als klassisch „konservatives“ Fach im Vergleich zu den schneidenden Disziplinen zu einem apparativen und operativ intervenierenden Fach. Dieser Entwicklung trug im Klinikum der mit dem neuen Chefarzt der Gefäßchirurgie Prof. Martin Storck seit 2006 begonnene Aufbau eines neuen interdisziplinären Gefäßzentrums zusammen mit dem ZIBID und I. Medizin Rechnung. Neue sonographische und endoskopische Verfahren und die verschiedenen angio-

graphischen Verfahren im Herzkatheterlabor sowie Gefäßeingriffe mittels angioplastischer Verfahren führten zu neuer interdisziplinärer Kooperation zwischen den bislang unterschiedlichen Polen der Medizin. Die minimal-invasive Chirurgie hat Einzug in alle operativen Fächer gehalten, den Ablauf der Operationen vollkommen umgestellt und bedeutend zur Verweildauerverkürzung mit beigetragen. Mikrochirurgische Methoden in der Neurochirurgischen, Augen- und in der HNO-Klinik wurden zum Standard. Für die Anschaffung von medizinischer Großtechnik mussten immer höhere Summen ausgegeben werden.

Beim Wiederbeginn des Klinikbetriebes 1946 war vor allem das Röntgeninstitut mit Strahlentherapie eine Abteilung mit hohem und teurem Geräteaufwand, die OP-Einrichtungen garantierten zwar steriles Arbeiten, der Apparateinsatz aber war insgesamt noch be-

scheiden. In den Kliniken der Inneren Medizin war allenfalls das EKG-Gerät als neueste Entwicklung der Technik zu bezeichnen. Als Prof. Kienle 1953 für die II. Medizinische Klinik ein zweites Gerät beantragte, wurde ihm dies vom Krankenhausausschuss nicht genehmigt und im gleichen Jahr hielt dieser auch ein EEG-Gerät für die neurologischen Patienten für nicht notwendig.⁵⁶ Ein EEG wurde erstmals in der neurologischen Abteilung der I. Medizinischen Klinik 1966 angeschafft, nachdem es nicht mehr länger tragbar schien, die Patienten dafür zu einem niedergelassenen Arzt außerhalb der Klinik zu transportieren. Kurz darauf erhielt auch die Kinderklinik ein EEG, um den Kindern den beschwerlichen Transport in die Moltkestraße zu ersparen.⁵⁷ 1983 ergänzte ein Linearbeschleuniger das Telecobaltgerät von 1964, seit 1997 bestehen drei Strahlentherapieplätze auf dem neuesten Stand, das zuletzt aufgestellte Gerät kostete 8,1 Millionen DM.⁵⁸

Wegen dieser Neuentwicklung denkt das Krankenhausmanagement immer weniger in abgegrenzten Einzelkliniken als in Kompetenzzentren. Die Kinder- und Frauenklinik als eng verbundene Bereiche sind ein solches, demnächst die „Kopfklinik“ und mit dem weiteren Ausbau des „Medizinischen Zentrums“ und der Zentralendoskopie (E- und R-Bau) sind weitere variable Organisationsformen möglich. Dies ist ein noch laufender Prozess und es ist noch nicht ausgemacht, wohin die Richtung angesichts immer neuerer Entwicklungen in Diagnostik und Therapie geht. Die klassischen, getrennt agierenden medizinischen Disziplinen sind in Auflösung begriffen, interdisziplinäres Know-how und vor allem dementsprechende Organisation wird immer mehr vonnöten. Damit ist ein strategisches Dilemma verbunden. Großinvestitionen in Klinikbauten, die der Umsetzung einer entsprechenden Arbeitsorganisation und der geforderten Rati-

onalisierung dienen, können ins Hintertreffen geraten durch die immer schnelleren Änderungen in der Ablauforganisation. Der Fortschritt von heute kann sich morgen als Hindernis erweisen. Der Ausbau des Klinikums nach 1946 war nicht dem Wünschenswerten, sondern dem Machbaren gefolgt. Die weitere Entwicklung hatte sich immer mit den geschaffenen Fakten zu arrangieren. In der zukünftigen Entwicklung kann eine strategische Fehlplanung unter den Prämissen der Geltung der Marktgesetze fatale Auswirkungen zeigen.

1946 waren durch die Neuorganisation neun Kliniken und zwei Institute geschaffen worden. Diese vermehrten sich in den folgenden Jahrzehnten durch den Aufbau neuer Fachrichtungen und vor allem durch Teilung der Kliniken. Umstrukturierungen geschahen meist in der Folge eines Chefarztwechsels. Von der Verwaltung und Politik für notwendig erachtete Veränderungen noch während der Amtszeit eines Chefarztes waren oft mit starken Friktionen verbunden und wurden wegen des geltenden Chefarztvertrages nur ausnahmsweise vorgenommen. 2007 umfasst das Städtische Klinikum gGmbH insgesamt 21 Fachkliniken und fünf Institute.

*Ausgliedert, neu gegründet und vereint:
Zentrallaboratorium – Medizinisch-diagnostisches Institut; Blutbank; Institut für Mikrobiologie und Immunologie, „Zentrum für Labormedizin, Mikrobiologie und Transfusionsmedizin“ (ZLMT)*

1950 war die Idee aufgekommen, die bisher in den Kliniken jeweils von den Ärzten mit geringem Laborpersonal selbst vorgenommenen Laboruntersuchungen in einem Zentrallaboratorium zu vereinen, trotz der vorgestellten Vorteile aber verworfen worden.⁵⁹ 1951 setzte der Krankenhausausschuss den Aufbau eines



Die Pockenbaracke vor ihrem Abriss 1963. Heute steht an dieser Stelle die Wäscherei und das Logistikzentrum.

Zentrallabors unter Prof. Willi Riechert dann gegen den Widerstand der Chefärzte der I. und II. Medizinischen Klinik durch, die gerne noch an eigenständigen Untersuchungen festgehalten hätten. Skeptikern wurden, „soweit erforderlich“ kleine Stationslabore zugestanden, damit Routineuntersuchungen noch von Stationsärzten vorgenommen werden konnten. Es ging alleine um einen Standort der neuen zentralen Einrichtung, der die bisher in den Kliniken eingerichteten Untersuchungszimmer vereinen sollte. Gedacht war zunächst, die ehemalige „Pockenbaracke“ auf dem Gelände des heutigen Ver- und Entsorgungszentrums (T-Bauten) umzubauen. Weil zu teuer, es sollten nur 10.000 DM verausgabt werden, wurde auf deren Fundament dann aber der Hühnerstall aufgestellt und das Labor im Keller des Ostflügels des ehemaligen Baues für Haut- und Geschlechtskranke (J-Bau) eingerichtet.⁶⁰ Der Anfang mit der Zusammenlegung der bisher zahlreichen Kliniklaboratorien war nicht leicht und mit sich hinziehenden Auseinandersetzungen verbunden. Während die Chefärzte der Medizinischen Kliniken über mangelnde Qualität der Laborergebnisse klagten – was aber nachweislich nicht der Realität entsprach –, hielt Riechert dagegen, 800 tägliche Untersuchungen (im Jahr 2005 allein im MDI rund 7.500 durchschnittliche Tagesun-

tersuchungen), darunter allein 60 bis 70 Blutbilder (2005 rund 580 im Tagesdurchschnitt) seien zu viel und verlangte, die Anforderungen unter Wirtschaftlichkeitsgesichtspunkten um 20 bis 30 % zu reduzieren. Direktion und Krankenhausausschuss meinten ebenfalls, dass mit der Auslagerung aus der Tätigkeit der einzelnen Kliniken diese nun zu viele für die Diagnosen unnötige Anforderungen an das Zentrallabor richteten. Riechert erlegten sie wegen seiner häufigen Abwesenheit aufgrund seiner Lehrtätigkeit an der Universität Heidelberg und der TH Karlsruhe auf, diese auszusetzen.⁶¹ Ansonsten setzte sich Riechert durch und baute das Institut immer weiter aus, was die stürmisch verlaufende Entwicklung auch erforderlich machte. 1956 wurden die in der II. Medizinischen Klinik noch unterhaltenen Stationslabore aufgelöst. Mit den neu entwickelten Möglichkeiten der klinischen Chemie, durch Bestimmung neuer Parameter die Diagnostik wesentlich zu verbessern, wurde das Institut unverzichtbarer Bestandteil der modernen Medizin im Haus und vergrößerte sich zunächst unaufhaltsam. Der Personalbedarf flachte sich 1981 wieder ab, nachdem die ersten beiden vollautomatischen Autoanalysegeräte angeschafft worden waren.⁶²

Der Leiter des Pathologisch-bakteriologischen Instituts Prof. Böhmig riet schon 1961, zwei Jahre bevor er in den Ruhestand ging, zu Überlegungen, das Institut künftig zu trennen, da „es in der heutigen Pathologengeneration so gut wie niemand mehr gibt, der beide Fächer noch beherrscht.“ Das geschah 1963 mit der Trennung des Bakteriologisch-serologischen Instituts, kurz Bakteriologie, vom Pathologischen Institut. Die Institutsleiterin der Bakteriologie, die Mikrobiologin Dr. Hildegard Crefeld, war die erste Ärztin im Haus in einer leitenden Funktion. Mit der Teilung wurde zugleich die räumliche Trennung umgesetzt, nach Böhmigs Ansicht waren „zwei Institute

mit zwei verschiedenen Leitern unter einem Dach ein Ding der Unmöglichkeit“. Daraus folgte der Plan zu einem Neubau für das Bakteriologische Institut (N-Bau), das dann als Institut für Mikrobiologie und Immunologie firmierte, im südwestlichen Bereich des ehemals baumbestandenen Geländes bei der kriegszerstörten Pockenbaracke. Dabei war anfangs daran gedacht, das Zentrallabor gleichfalls in diesem Neubau anzusiedeln, dessen Verwirklichung dem heute vereinten ZLMT zupass käme, seinerzeit aber nicht im Bereich des Umsetzbaren lag.⁶³

Die mit dem Gesundheitsstrukturreformgesetz 1993 angestoßene Rationalisierung führte zu Überlegungen, Laborleistungen zu konzentrieren. Der neue Chefarzt der Nuklearmedizin Prof. Frank-Dieter Maul gab das bisher in der Nuklearmedizin angesiedelte RIA-Labor 1995 an das Medizinisch-diagnostische Institut unter seinem neuen Leiter Prof. Heinrich Patscheke ab, wo die bisherigen Untersuchungen per Hand nun automatisiert erfolgten.⁶⁴ Für die Erhaltung des hohen Leistungsniveaus und unter dem Gesichtspunkt zusätzlicher Erlöse durch Erbringen auch von externen Dienstleistungen wurden zum 1. Januar 1997 die bisher drei getrennten Institutionen MDI, Mikrobiologie/Immunologie und Blutbank im neuen „Zentrum für Labormedizin, Mikrobiologie und Transfusionsmedizin“ unter Prof. Patscheke mit jeweils drei Abteilungsleitern vereint.⁶⁵

Von der Narkose nebenher zum Institut für Anästhesiologie

Die Narkose nahm seit der bahnbrechenden Verwendung von Äther 1846 im Prinzip erst seit den 1950er-Jahren eine neue fulminante Entwicklung. Äther oder Chloroform hatten bis dahin alle Notwendigkeiten für die Durch-

führung einer Operation erfüllen müssen, Sedierung („Schlaf“), Schmerzstillung und Muskelentspannung, und waren wegen der notwendigen Dosierung höchst risikoreich. Die Ausführung, wenigstens aber die Überwachung, nahmen fast ausschließlich „Narkoseschwester“ vor. Neue Narkosemittel mit immer kürzer wirkenden Sedierungsmitteln, neue Techniken wie die Intubationsnarkose, bei der ein Beatmungsschlauch über den Kehlkopf in die Luftröhre geschoben wird und neue Überwachungstechniken während des Eingriffs revolutionierten die Anästhesie. Sie vergrößerten das Spektrum chirurgischer Möglichkeiten durch länger andauernde Eingriffe neben zunehmender Sicherheit durch Beherrschbarkeit angesichts stark verbesserter Kontrolle. Lag bisher die Aufsicht über die Narkose bei den Chirurgen, so entwickelte sich unmittelbar nach 1950 aus den USA kommend daraus als eigene Fachrichtung die Anästhesie. Während in vielen anderen vergleichbaren Häusern noch alles beim Alten blieb, gehörten die Städtischen Krankenanstalten mit der Bestellung eines eigenen Anästhesisten zu den bahnbrechenden Häusern in Deutschland. 1953 wurde die neu geschaffene Stelle eines Anästhesisten dem seit 1948 an der Klinik arbeitenden chirurgischen Assistenzarzt Dr. Heinrich Merkel zusammen mit der Leitung der Blutbank übertragen, die 1950 eingerichtet worden war.⁶⁶ Früh, wie nur in wenigen anderen Krankenhäusern, begann er mit zunächst acht Mitarbeitern (2006: 103 Ärzte, Pflegekräfte und Sonstige) eine Anästhesieabteilung aufzubauen und nach hervorragender Bewährung erhielt er die Facharztanerkennung des bis dahin jüngsten Zweiges der Medizin.

1965 wurde die Anästhesieabteilung aus dem Verbund der Chirurgischen Klinik herausgenommen und als eigene Abteilung mit Dr. Merkel als Chefarzt und der zweiten Fachanästhesistin seit 1960 Dr. Irmgard Pfeiffer als



Blutspendezentrale 1955 mit Dr. Heinrich Merkel.

Oberärztin verselbstständigt.⁶⁷ Die Anästhesie war die am stürmischsten wachsende Abteilung im Haus. Ganz klar scheint den Verantwortlichen die herausragende Bedeutung der Anästhesiemedizin für die Fortschritte der Medizin zu Beginn trotzdem nicht gewesen zu sein. Zum Antrag Merkels auf fünf weitere Anästhesieassistentenstellen zu den vorhandenen 15 im Jahr 1967 meinte Krankenhausausschussvorsitzender Bürgermeister Hofheinz noch, dass doch nicht zu jeder Operation ein Anästhesiearzt notwendig sei. Als Beispiel hielt er das vergleichbare Städtische Krankenhaus in Mannheim vor, wo es nur zwei Narkoseärzte gäbe, „irgendwo müsse nun eine Grenze gesetzt werden.“ Er musste überzeugt werden, und vier weitere Stellen zur Abdeckung aller Fächer im Haus wurden genehmigt. Die von Hofheinz gepflegte Hoffnung, anstelle der Ausweitung der Anästhesie einen ganz neuen

nichtakademischen Beruf dafür zu schaffen, war illusorisch. Der deswegen eigens zur Besichtigung einer schweizerischen Ausbildungsstätte gesandte Prof. Spohn konnte nur berichten, dass es allein um die Fachausbildung von Pflegepersonal zur Anästhesieassistenten ging.⁶⁸ War die Arbeit zu Beginn allein auf die Durchführung der Narkose beschränkt, kamen nun immer umfangreichere Arbeiten hinzu, wie die „Narkosevisite“ zur Beurteilung der Operations- und Narkosefähigkeit oder Beatmungen nach Operationen und bei neurologischen Ausfällen, wodurch sich die chirurgische Intensivstation (E 20 bis 1984, seitdem C 010/011) eng mit der Anästhesie verband. Die Verantwortung trugen der chirurgische Klinikdirektor und der Chefarzt der Anästhesie gemeinsam. In anderen vergleichbaren Kliniken stand allein die Anästhesie einer chirurgischen Intensivstation vor, das konnte sich für das Klini-

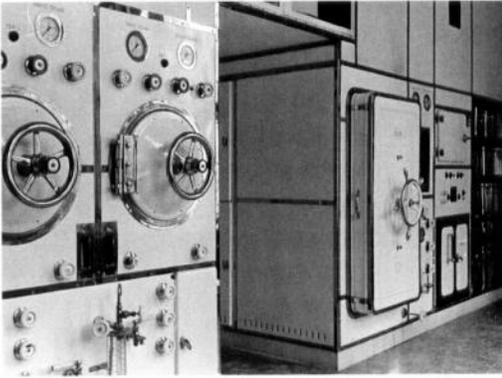
kum der chirurgische Klinikdirektor Prof. Bähr 1984 aber noch nicht vorstellen. Doch 2001 nahm der Nachfolger Dr. Merkels, Prof. Dieter Daub, diese Organisationsänderung vor, die zugleich mit einer effizienteren Anästhesiever-sorgung der Gesamtklinik einher ging.⁶⁹ Mit der Zuruhesetzung Dr. Merkels 1986, der noch vor Übernahme der Anästhesie seit 1951 die Blutbank geleitet hatte, stellte sich die Frage, ob dieses „Karlsruher Modell“, der Verbund der Anästhesie mit der Blutbank, weiterge-führt werden sollte, da es in Deutschland kei-nen Anästhesisten mit der gleichzeitigen Li-zenz für eine Blutspendezentrale gab. Klinik-leitung und Krankenhausausschuss wollten in diesem Falle die Verselbstständigung einer Transfusionsmedizin unter allen Umständen vermeiden, fürchteten sie unter einem weite-ren Chefarzt eine „gewaltige Kostenexplosi-on“. Die Trennung war trotzdem unumgäng-lich geworden, und bis zum Aufgehen in das ZLMT 1997 wurde sie als eigene Abteilung geführt.⁷⁰

Die hohe Kompetenz der Anästhesie zeigte sich auch in der 1994 eingerichteten Schmerz-ambulanz.

„Von großem Format“ – Chefarztberufung an die Chirurgische Klinik

Seit der Einrichtung des Lehrkrankenhauses für die Universität Freiburg 1978 sind die leitenden Chefarzte wegen der Berechtigung zur Ausbildung der Medizinstudenten obliga-torisch habilitiert. Schon zuvor galt der Profes-sorentitel als Gütesiegel und Aushängeschild für fachliche Leistung. In der Chirurgie als der medizinischen Paradedisziplin gab es Professo-ren bereits in der alten Klinik am Lidellplatz. Bevor der seit 1946 wirkende Chirurg Prof. Kurt Laqua, der seit 1955 auch Ärztlicher Di-rector war, 1960 in den Ruhestand treten

sollte, machte man sich Gedanken über die Nachfolge – ausschreiben oder nicht? Laqua und der Krankenhausausschuss favorisierten eine hausinterne Lösung mit dem hier seit 1946 als Oberarzt tätigen Dr. Robert Peter trotz des Einwandes, dass Peter zwar ein hervorra-gender Unfallchirurg sei, aber wesentliche Teilbereiche nicht abdecken konnte und außer-dem bekannt war, dass maßgebliche Chefarzte ihn wegen seiner fehlenden Graduierung ab-lehnten. Laqua meinte, dass nicht alle chirur-gischen Disziplinen im Haus nötig seien, für komplizierte Fälle der Thorax- und Neurochi-rurgie seien die Universitätskliniken da. Ban-ge vor der eigenen Entscheidung, ging es doch um „das Schwergewicht der Städt. Kranken-anstalten nach außen“ – so Bürgermeister Gurk –, ließ man den Stadtrat entscheiden. Schließlich entschied man sich doch wie von Bürgermeister Gurk gewünscht, für einen Be-werber „von großem Format“ und wählte nach Ausschreibung unter einer Reihe hochkarätiger Bewerbungen den fachlich und organisa-torisch als Ausnahme hoch eingeschätzten Heidelberger Chirurgen Prof. Kurt Spohn. Weil man Oberarzt Peter bereits große Hoff-nungen gemacht hatte, fand der Gemeinderat nun eine auf ihn zugeschnittene Lösung und übertrug ihm stattdessen die Leitung der aus der Chirurgischen Klinik herausgetrennten und eigens so benannten Unfallchirurgischen Klinik (mit 71 Betten) als Chefarzt. Die Auftei-lung der Chirurgischen Klinik 1960 war allein unter diesen Umständen erfolgt und von Prof. Spohn, der die notwendige Spezialisierung zwar hinnahm, selbst aber den Anspruch der Einheit der Chirurgie verfocht, nur widerwillig hingenommen worden.⁷¹ In der Praxis kam es zu großen Reibungen, nicht nur durch die Not-wendigkeit, die Nutzung des einzigen asepti-schen OP-Saales zu teilen und ihn montags, mittwochs und donnerstags der Chirurgischen und dienstags und freitags der Unfallchirurgi-



Modernste Technik, die neue Zentralsterilisation im E-Bau, 1967.

schen Klinik vorzubehalten, sondern auch weil das Funktionsteam geteilt und die fachärztliche Ausbildung verkürzt werden musste und die meisten Assistenzärzte um eine ausreichende Facharztbildung bangten.⁷² Der unerwartete Tod von Chefarzt Peter im September 1964 bot die Möglichkeit, eine sich im Nachhinein als ungenügend durchdacht erwiesene Teilung wieder rückgängig zu machen. Die Chirurgische Klinik wurde im Dezember 1964 unter Chefarzt Spohn „wiedervereinigt“, die Unfallchirurgie nunmehr nur als eigene Abteilung mit Dr. Gerald Brunner als liquidationsberechtigtem Oberarzt geführt.⁷³

Prof. Spohn galt als Generalist, einer der letzten seines Faches. Hatte er die längst vollzogene Differenzierung der gynäkologischen Chirurgie und der Urologie für notwendig gehalten, so machten ihm weitere Ausgliederungen zu schaffen. Als der seit 1950 von der Chirurgischen Klinik für die Operationen in der Kinderklinik nur abgestellte Oberarzt Dr. Heinz Krumm 1961 Neigungen erkennen ließ, die unter Kinderklinikchef Obermedizinalrat Dr. Wolfgang Courtin geführte kinderchirurgische Abteilung zu verselbstständigen, kam es zum Konflikt. Spohn fürchtete um „sein Gebiet“ als bloße „Rumpfchirurgie“ und legte

allergrößten Wert darauf, die chirurgische Facharzt Ausbildung, die auch die Kinderchirurgie beinhaltete, umfassend zu gewährleisten. Er, selbst an seiner früheren Wirkungsstätte als Oberarzt in Heidelberg jahrelang für die kinderchirurgische Abteilung zuständig, konnte sich mit dem Versuch, die Oberaufsicht einzunehmen, aber nicht durchsetzen. Als Kompensation wurde ihm in seiner Klinik ein eigens eingerichtetes „Kinderzimmer“ zugestanden.⁷⁴ Die mit dem in der Chirurgie erreichten Spezialisierungsstand längst fällige Neustrukturierung der Klinik wurde mit Spohns Altersausscheiden angegangen. 1984 wurden drei Abteilungen eingerichtet, die so genannte Allgemeinchirurgie mit Abdomen- und Thoraxchirurgie, die Unfallchirurgie mit zusätzlichem orthopädischem Leistungsumfang und die Gefäßchirurgie (44 Betten). Trotz des den Klinikdirektoren gleichgestellten Status der neuen Chefärzte Prof. Rainer Bähr, Prof. Ulrich Pfister und Prof. Ernst-Ulrich Voss sollte die Einheit der chirurgischen Kliniken durch das Amt des Direktors der Chirurgischen Klinik, das Prof. Bähr übertragen wurde, sichergestellt werden. Der entscheidende Gesichtspunkt dabei war die Erhaltung der Möglichkeiten für umfassende Weiterbildung des ärztlichen Nachwuchses gewesen, indem der Austausch der Assistenzärzte zwischen allen Bereichen geregelt wurde. Vier Oberarztstellen wurden fest zugeordnet, zwei neue aus der Assistentenschaft zunächst vorläufig neu geschaffen.⁷⁵

Seitdem ging die Spezialisierung weiter, mit Fortbildung zu einzelnen Organspezialisten wie z. B. für Hand-, Knie-, Schulterchirurgie, neue Spezialsprechstunden, wie z. B. die proktologische Sprechstunde, wurden eingerichtet. Mit den fällig gewordenen Chefarztwechseln seit 2004, für Prof. Voss kam 2004 der Gefäßchirurg Prof. Storck und für Prof. Pfister übernahm 2005 Privatdozent Christof A. Müller die nun auch dem Namen nach erweiterte Klinik für

Unfall-, Hand- und Orthopädische Chirurgie, hat sich das Leistungsspektrum abermals erweitert. Mit Prof. Bährs Ruhestand 2007 wurde auf einen formalen Direktor für alle Chirurgischen Kliniken verzichtet.

*Aus der Inneren Medizin gelöst:
Neurologische Klinik und Klinik für
Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin*

Seit 1907 bestand eine eigene neurologische Abteilung, in der auch psychisch kranke Patienten durch einen Stationsarzt der Inneren Medizin (B-Bau) behandelt wurden. Aus den 26 Betten der neurologischen Station im Jahr 1946 waren bis 1955 46 geworden. Seit 1965 bestand die Absicht, die Abteilung künftig in den Neubau der II. Medizinischen Klinik zu integrieren. Die bereits diskutierte Einrichtung einer neurologisch-psychiatrischen Klinik wurde vom Krankenhausausschuss wegen des amtierenden Chefarztes und seines neurologischen Oberarztes aber unter „heutigen Verhältnissen nicht empfohlen.“⁷⁶ Zu diesem Zeitpunkt gab es noch die Verwahrzellen von 1907 für psychisch erkrankte Patienten. Mit dem altersbedingten Chefarztwechsel in der I. Medizinischen Klinik von Prof. Ernst Volhard zu Prof. Joachim Schirmeister war 1968 endlich der Anlass gegeben, die neurologische Abteilung aus dem Verbund der I. Medizinischen Klinik herauszunehmen und zur Neurologisch-Psychiatrischen Klinik zu erweitern. Verbunden war das Ganze mit einem größeren Tausch von Räumlichkeiten. Mit der Abgabe der chirurgischen Station C 24 an die Frauenklinik nach dem Bezug des neuen E-Baus 1967 war die bis dahin im J-Bau befindliche Frauenstation J 20/22 ebenso frei geworden wie die Räume der gleichfalls dort untergebrachten Zahnklinik, die in die nun freigemachten Räume der Urologie im V-Bau einzog.⁷⁷ Mit dem

Neubau der II. Medizinischen Klinik 1975 zog die Klinik endgültig aus dem B-Bau aus und verfügte im D- und J-Bau über 85 Betten, 1982 schließlich sogar über 120, davon 72 für psychisch erkrankte Patienten und 48 für neurologisch Erkrankte.⁷⁸

Eine neue Entwicklung führte der Landeskrankenhausbedarfsplan Stufe II 1982 herbei, der ein Überangebot von Betten in den Geburtskliniken, aber große Lücken in der psychiatrischen Versorgung festhielt. Dazu war bereits ein Jahr zuvor vom Krankenhausdezenten Dr. Horst Rehberger eine Denkschrift erarbeitet worden, die sich für die Umwidmung der selbstständigen Landesfrauenklinik (LFK) in der Kaiserallee – nachdem deren Geburtszahlen am drastischsten gesunken waren und für die steigenden gynäkologischen Eingriffe aber ein OP-Neubau für über 5 Millionen DM anstand – in eine Psychiatrische Klinik des Städtischen Klinikums aussprach. Man sah sich dabei im Einklang mit dem Landespsychiatrieplan von 1974, der die Stigmatisierung der psychisch Kranken geißelte und gemeinschaftliche Betreuung anstelle früherer Isolierung forderte. Zur Verbesserung der Situation trugen neue Psychopharmaka und vor allem neue Betreuungskonzepte bei. Zugleich wurde damit dem Vorschlag der Psychiatrie-Enquete nach Rückkehr der psychiatrischen Versorgung aus den zentralen Landeskrankenhäusern wie dem PLK in Wiesloch in die Gemeinden, nach „gemeindenaher“ Versorgung, entsprochen.⁷⁹ Mit Zustimmung des baden-württembergischen Sozialministeriums wurde der Plan umgesetzt, die LFK mit Jahresbeginn 1982 geschlossen, die dortigen Frauenabteilungen in das Städtische Klinikum integriert, die zum Brennpunkt gewordene Frage der Schwangerschaftsunterbrechungen nach § 218, zuvor in der LFK vorgenommen, unter heftigen teils öffentlichen Kontroversen gelöst.⁸⁰ Nach Plänen des Klinikbaubüros wurde die ehema-

lige LFK zu einer 160-Betten-Psychiatrie umgebaut, die während dieser langen Phase von Grund auf neu konzipiert werden musste. Die bisherige Neurologische-Psychiatrische Klinik unter Prof. Müller im J- und D-Bau wurde dabei zur rein neurologischen Klinik mit zwei Stationen sowie der 1994 hinzugekommenen neurologischen Intensivstation D12 und der Stroke-Unit 1999.

Kinderklinik: Klinik für Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgische Klinik. Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie.

1950 benannte der Stadtrat auf Antrag des Stadtrates Dr. Kappes die Kinderklinik nach ihrem ersten Direktor Prof. Franz Lust, der 1933 von den Nationalsozialisten entlassen und 1939 in den Selbstmord getrieben worden war. Hatte der erste Nachkriegschefarzt Prof. Walter Courtin noch alle Abteilungen vereint, so machten die enormen Änderungen in der Kinderheilkunde eine Trennung notwendig. Prof. Oskar Vivell übernahm 1964 die Leitung der Gesamtklinik, der spätere Professor Dr. Wolfgang Maier im selben Jahr die kinderchirurgisch-orthopädische Abteilung, die dann unter demselben 1968 selbstständige Kinderchirurgische Klinik wurde. Damit folgte Karlsruhe dem Beispiel der Universitätsklinik Heidelberg, die eine solche eigene Klinik erstmals in Deutschland eingerichtet hatte, der erste Lehrstuhl für Kindermedizin war erst 1969 in München eingerichtet worden. Den in der Kinderklinik schon bis dahin außerordentliche Beachtung geschenkten psychosozialen Problemen von Kindern wurde 1965 mit einer eigenen Station für psychosomatische Erkrankungen Rechnung getragen. Auch eine eigene Kinderradiologie entsprach den spezifischen Anforderungen des Kindes, die nicht nur ein

„Herunterrechnen“ der Erwachsenenmedizin sind.⁸¹ Der neue OP-Trakt in der Kinderklinik 1968 baute die chirurgischen Kapazitäten aus, von 1965 bis 1967 waren 50% mehr Operationen und davon allein 70% „große“ ausgeführt worden. Erstmals waren nicht nur zwei OP-Säle verfügbar, sondern wurde der OP-Betrieb selbst rationalisiert und anstelle der sowohl auf Station als im Funktionsdienst tätigen Schwestern, arbeiteten sie nun als ausschließliche OP-Schwester in diesem Funktionsdienst.⁸² Der Fortschritt in der Lebenserhaltung von Säuglingen und Frühgeborenen und die intensivpflichtige Nachsorge operierter Kinder machten 1977 den Umbau einer früheren Infektstation zur Intensivpflegestation notwendig.⁸³ Das Karlsruher Modell des im April 1978 eingerichteten Baby-Notarztwagens erregte bundesweit Aufmerksamkeit. In kritischen Fällen konnten damit Neugeborene bestmöglich versorgt von einer Geburtsklinik der Region auf die Intensivstation der Kinderklinik gebracht werden. Zugleich vergrößerte sich damit der Einzugsbereich der Klinik.⁸⁴

1974 war die in der Kinderklinik bestehende Station für psychosomatische Störungen in eine kinderpsychiatrische Abteilung umgewandelt worden. Rasch war klar, dass die Kinder und Jugendlichen aus der allgemeinen Kinderklinik herausgenommen werden sollten. Erörtert wurde ein Gebäude der freiwerdenden alten II. Medizinischen Klinik oder die Unterbringung im Sybelheim. Abteilungsleiter Dr. Herfried Frank bestand auf einem separaten Haus mit Garten. Sein Antrag, eine leerstehende Villa am Turmberg zu mieten, ließ sich nicht verwirklichen, doch kam schnell der Vorschlag, das alte Ärztehaus der Moltkestraße 16 dafür vorzusehen. Widerstände dagegen, da im Haus noch der Oberarzt der Frauenklinik wohnte, ließen sich beseitigen, und nach dem Umbau zog die Kinderpsychiatrie mit nun 20 statt zehn Plätzen in das hergerichtete Haus ein.⁸⁵

1985 richtete Dr. Frank an den Krankenhausausschuss den Wunsch, die Kinder- und Jugend-Psychiatrie nach dem noch lebenden berühmten deutsch-amerikanischen Psychoanalytiker Erikson (1902–1994) in Erik Homburger Erikson-Haus zu benennen. Ihm ging es darum, der Stigmatisierung entgegen zu wirken. Es kamen allerdings Bedenken auf, dass dann alle Kliniken ein Namensrecht bekommen müssten und der Gedanke des Städtischen Klinikums als Einheit verloren ginge. Dennoch wurde 1985 mit knapper Mehrheit der Namengebung, der zweiten nach Benennung der Kinderklinik nach Prof. Franz Lust 1950, entsprochen.⁸⁶

Kinder- und Jugendmedizin sowie Kinderchirurgie wurden mit dem Einzug in das neue Gebäude auf dem Hauptareal Moltkestraße zusammen mit der Frauenklinik als ein Kompetenzzentrum vereint. Die Tagesklinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie hat dort ebenfalls auf einer Etage eines Flügels ihren Platz, die stationäre Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und -psychotherapie hat ihren Platz in der „Villa“ behalten.

*Aus einer Abteilung werden drei:
Zentral-Röntgen-Institut (Zentralinstitut für
Bildgebende Diagnostik – ZIBID), Klinik für
Strahlentherapie und Klinik für Nuklearmedizin*

Bei der Eröffnung des Krankenhauses 1907 gab es nur einen einzigen Röntgenapparat in der chirurgischen Abteilung, den auch die Patienten der Inneren Medizin benutzen mussten, 1913 wurde dort ein zweiter Apparat eingerichtet, der durch eine Schwester nach Besuch eines Kurses des Apparateherstellers bedient wurde. Mit der 1919 neu eingerichteten Röntgenabteilung und der Anstellung des Röntgenfacharztes Dr. Kurt Weiß war die Übernahme der ständigen neuen technischen Entwicklun-

gen in diesem Fach gesichert. Der Plan von 1933, ein Zentralröntgeninstitut auf der späteren Station C 14 zu schaffen, wurde aus Kostengründen fallen gelassen, 1937 in kleinerer Ausführung doch auf den dazu geräumten Krankenstationen 10 und 12 (entspricht B 12 und B 14) mit drei Röntgenapparaten und einem Radiumbestrahlungsraum umgesetzt.⁸⁷ Die von Chefarzt Prof. Herbert Schoen 1949 gewünschte Einstellung eines Diplomphysikers zur exakten Dosierung bei Bestrahlungen wurde noch für unnötig erachtet.⁸⁸ Aus einer 1958 im Krankenhausausschuss geführten Diskussion über die langen Wartezeiten für ambulante Patienten ist zu entnehmen, dass Röntgenuntersuchungen sich allein auf den Vormittag beschränkten und das sollte nach der Vorstellung des seinerzeitigen Ärztlichen Direktors Prof. Böhmig auch so bleiben. „Die Nachmittage würden zur Ausarbeitung der Befunde benötigt. Eine über den ganzen Tag sich erstreckende Patientenversorgung“, so Böhmig, „würde sich sicherlich ungünstig auswirken.“⁸⁹ Die Lösung sah man 1958 in einer Vergrößerung der Kapazitäten durch einen Anbau an das Zentral-Röntgen-Institut und 1965 war mit dem Anbau der Isotopenstation an die Südwestfront des B-Gebäudes der Komplex vollendet.⁹⁰ Ausgelöst wurden der Umbau und die Umstrukturierung durch den Bedarf einer Strahlenklinik.

1970 gab es eine Kontroverse zwischen dem Chefarzt der Urologischen Klinik, Prof. Matouschek, der auf eine Röntgenabteilung unter seiner Kompetenz wegen der spezifischen urologischen Erfordernisse (Intravenöses Urogramm – IUG) drängte und dem Direktor des Röntgeninstituts und der Strahlenmedizin Prof. Haubrich. Dabei wurde die Frage aufgeworfen, ob man das Röntgen-Institut von der Strahlenklinik trennen solle. Haubrich meinte, sein Fachverband sage nein, da aber in den USA die Trennung aufkomme, wolle er dies

befürworten.⁹¹ Dazu kam es erst unter seinen Nachfolgern 1977, mit Prof. Dr. Hans-Joachim Fernholz als Leiter des Zentral-Röntgen-Instituts und Prof. Dr. Heinz-Georg Heinze als Chefarzt für die nun selbstständige Strahlenklinik.⁹² Als im Jahre 1994 altersbedingt seine Nachfolge anstand, wurde die Strahlenklinik infolge der raschen Entwicklung in der Nuklearmedizin mit mittlerweile eigenen Lehrstühlen abermals geteilt. Mit Prof. Marie-Luise Sautter-Bihl für die Strahlenklinik gab es eine Klinikdirektorin aus dem eigenen Haus. Die nun ausgegliederte Klinik für Nuklearmedizin übernahm 1994 Prof. Frank-Dieter Maul.⁹³

Neurochirurgische Klinik

Vor 1960 war die Behandlung neurochirurgischer Patienten in den Städtischen Krankenanstalten kein Thema. Mit der zunehmenden Motorisierung nahm die Zahl schwerer Schädel-Hirn-Verletzter stetig zu und seit der Anregung Prof. Müllers von der Neurologisch-psychiatrischen Klinik 1970 kam der Einrichtung einer eigenen Neurochirurgie größtes Augenmerk zu. Dabei war diese nicht mehr gänzlich neu. Prof. Spohn hatte auf eine entsprechende Kritik aus dem Gemeinderat über die zu geringe Beachtung von Schädel-Hirn-Verletzten energisch darauf hingewiesen, dass das Haus bereits jetzt zur Versorgung in der Lage sei und stets auch mindestens 20 Patienten darunter habe, teils mit schwersten Schädel-Hirn-Traumata, die sehr wohl ein Stamm seiner fähigen Chirurgen zu operieren fähig sei. Und im Verbund mit der HNO-, Zahn-Mund-Kiefer- und Augenklinik seien kombinierte Gesichtsschädel-OPs möglich.⁹⁴ Zusammen mit diesen Kliniken sollte die künftige Neurochirurgische Klinik einem aufzubauenen Kopfzentrum angeschlossen werden. Die

Realisierung scheiterte zunächst an den projektierten 60 Millionen DM. Nun gab es Überlegungen, die Neurochirurgie wenigstens als Provisorium aufzubauen. Als die Realisierung anstand, war man vom Verbund in der Kopfklinik abgekommen, da die Verbindung mit der Chirurgischen Klinik und mit dem mittlerweile auf den Weg gebrachten zusätzlichen neuen OP-Bau günstiger war.⁹⁵ 1979 kam vom Stuttgarter Sozialministerium das grüne Licht, mit einer eigenen Neurochirurgie am Klinikum die festgestellte Versorgungslücke zwischen Mannheim, Heidelberg, Stuttgart und Freiburg zu schließen.⁹⁶ Zum 1. April 1980 begann der offizielle Betrieb unter Privatdozent Liesegang. Die verteilte Unterbringung der beiden Stationen auf C 25 und J 23 sowie der Ambulanz im Untergeschoss der II. Medizinischen Klinik war nur ein Provisorium, bis mit den Stationen C 15 und C 25 ein Flügel der alten Chirurgie bezogen werden konnte. Seitdem hat sich die Bettenzahl von 36 auf 48 erhöht.

Auffächerung der Inneren Medizin in vier Kliniken

1946 war die spätere II. Medizinische Klinik auf Veranlassung der US-Militärregierung als Krisen- und Seuchenklinik in der Moltkestraße 18 eingerichtet, nach 1947 per Gemeinderatsbeschluss aber als reguläre Klinik der Inneren Medizin in die Krankenanstalten integriert worden. Die noch lange anhaltend hohe Zahl von Infektionskranken und mit steigendem Wohlstand die Zunahme der Stoffwechsel-, Herz- und Kreislaufkrankungen machte die dauerhafte Vorhaltung vermehrter „innerer“ Betten notwendig.⁹⁷ Obwohl die II. Medizinische Klinik bis zum Einzug in den Neubau 1975 unter schlechtesten Bedingungen arbeiten musste und der langjährige Chefarzt Prof.

Erich Zeh als Kapazität in der Kardiologie galt, gab es in der Aufnahme und Behandlung der Patienten keine krankheitsspezifische Aufteilung zwischen beiden Kliniken. Bis zur Spezialisierung 1985 war die Patientenzuweisung in eine der beiden medizinischen Kliniken allein vom Datum abhängig, wechselweise hatte die eine oder die andere Klinik „Aufnahmetag“. War der Krankenhausausschuss Anfang der 1960er-Jahre noch unentschieden gewesen, in Karlsruhe die „künstliche Niere“ vorzuhalten, erhielt die II. Medizinische Klinik 1968 eine moderne Dialyseeinrichtung. Der Antrag des seit 1968 aktiven Chefarztes Prof. Joachim Schirmeister von der I. Medizinischen Klinik für eine weitere Dialysestation in seiner Klinik wurde im Krankenhausausschuss zwar skeptisch gesehen, aber dem Argument, dass eine moderne Klinik über eine Dialyse verfügen müsse, wollten sich die Politiker nicht entziehen, so dass 1969 auch in der I. Medizinischen Klinik eine Dialysestation eingerichtet wurde. Nach dem altersbedingten Ausscheiden Prof. Zehs 1985 konnte die wegen der bedeutenden Fortschritte und Spezialisierungen im Fach längst notwendig gewordene Neuorganisation der Medizinischen Kliniken begonnen werden, da „das umfangreiche Wissen in diesem Hauptfach der Medizin nicht mehr durch eine Person repräsentiert werden“ konnte.⁹⁸ Nach der in der Bundesrepublik in anderen Häusern durchgesetzten Spezialisierung wurde die II. Medizinische in die Schwerpunkte Kardiologie und Pneumologie unter Prof. Helmuth Mehmel sowie Hämatologie und Onkologie mit Prof. Jörg-Thomas Fischer aufgeteilt. Die Dialyse wurde nun allein der I. Medizin zugeordnet, 1980 kam die neue Methode der Peritoendialyse (CAPD) hinzu. Mit dem Ausscheiden von Prof. Schirmeister 1987 übernahm in der I. Medizinischen Klinik zu Jahresbeginn 1988 Prof. Roland Gugler den Schwerpunkt Gastro- und Endokrinologie und im folgenden Herbst



Das Schwesternwohnheim an der Knielinger Allee; 1996 abgerissen.

Prof. Karl Wilhelm Kühn die Nephrologie und Rheumatologie. Alle vier hochspezialisierten Chefarzte weiteten das Leistungsspektrum aus und führten völlig neue Methoden und Verfahren ein. Die Aufteilung von 1985/87 in diese vier Schwerpunkte erwies sich als so zukunftsweisend, dass sie auch mit dem 2004 bis 2006 folgenden Generationswechsel der Chefarzte unverändert beibehalten wurde.⁹⁹

Kernbereiche des Klinikums: Medizin und Krankenpflege

Nach dem Willen der Krankenhäuser sollte 1945 in Bezug auf die Konzeption der Pflege bruchlos an die Zeit davor angeknüpft werden. Doch das erwies sich als Illusion. Die von der Deutschen Krankenhausgesellschaft (DKG) in ihrer Sitzung vom 21. April 1951 beschlossenen „Empfehlungen für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Schwestern“ versuchten noch den Spagat: „Der Krankenpflegeberuf lebt aus der inneren Bereitschaft zur Nächstenliebe ..., die Schwester bestimmt in erster Linie den Geist des [Kranken] Hauses. Sie trägt besondere Verantwortung dafür, dass der Kranke sich geborgen weiß“, wurde dort postuliert und die notwendige Zeit zur Erholung nur soweit zugestanden, „wie es die stete Bereit-



Das Schwesternwohnheim in der Ludwig-Windthorst-Straße.

schaft zur Fürsorge für den Kranken zulässt.“ Zugleich wurden aber schon Maßnahmen zur Vermeidung der Überbeanspruchung und erste zaghafte Arbeitszeitrichtlinien neben kleinen Verbesserungen der Entspannungsmöglichkeiten aufgeführt.¹⁰⁰

Zu Beginn der 1950er-Jahre zeichneten sich überall große Schwierigkeiten der konfessionellen Mutterhausverbände wie der vom Roten Kreuz ab, genügend Schwestern gemäß den Gestellungsverträgen abzustellen. Das Schlagwort vom „Schwesternmangel“ kam auf – seit den 1960er-Jahren durch den Begriff des Pflegenotstands ersetzt. Nicht allein das überkommene Leitbild vom „Dienen in Selbstaufopferung“ mit religiöser Prägung hatte unter den Frauen an Zustimmung eingebüßt, auch der medizinische Fortschritt und die Technisierung in den Krankenhäusern ließen die Pflegeorganisation aus dem 19. Jahrhundert alt aus-

sehen. Dem stark steigenden Pflegekräftebedarf in den 1950er-Jahren stand ein relativ niedrigeres Arbeitskräfteangebot gegenüber, da der altherkömmliche Schwesterndienst mit rigider sozialer Kontrolle in den Schwesternschaften, geringer Bezahlung und fehlender individueller Lebensgestaltung und langer Arbeitszeit zu Zeiten der Vollbeschäftigung an Attraktivität verlor gegenüber anderen „freien“ Dienstleistungsberufen. Dieser Mangel stärkte indirekt die Position der Pflegekräfte, trotzdem mussten die Verbesserungen in tariflichen Verhandlungen erst durchgesetzt werden. Dies geschah bis Mitte der 1970er-Jahre immer nur im Nachgang gegenüber den anderen Bereichen in Wirtschaft und Verwaltung. Verbunden damit war die Kehrtwende von der Anforderung nach selbstloser Aufopferung mit dem Verleugnen eigener Bedürfnisse hin zu einem qualifizierten und theoretisch fundierten Pflege-Beruf.¹⁰¹

Hinzu kam in den 1950er-Jahren mit dem Wunsch nach Vereinbarkeit des Krankenschwesternberufs mit Ehe und Familie, verbunden mit der Ablehnung des bisher ehelosen zölibatären Schwesterndaseins ein weiterer Wertewandel. Die späteren veränderten gesellschaftlichen Lebensentwürfe mussten dann erst gar nicht mehr eigens begründet werden. Der Krankenpflegeberuf wurde geradezu erst verberuflicht, d. h. als bezahlte Arbeit mit geregelter Arbeitszeit und Anspruch auf Urlaub anderen Berufen gleichgestellt. Nur allmählich und gegen zähen Widerstand von Schwesternschaften, Krankenhausträgern und den traditionsorientierten Vorstellungen in den eigenen Reihen setzte sich die Professionalisierung mit einer wissenschaftlich und theoretisch fundierten Ausübung des Berufes und in Autonomie gegenüber Arzt- und anderen Heilberufen durch.¹⁰²

Krankenschwester, der lange Weg zum „normalen“ Erwerbsberuf

Der Gestellungsvertrag mit der Schwesternschaft vom Roten Kreuz e. V., den Luisenschwestern, nahm dem Städtischen Krankenhaus lange Zeit die Mühen um Arbeitskräfteerlangung und -qualifizierung ab.¹⁰³ In der Kinderklinik an der Karl-Wilhelm-Straße waren seit dem 1. Oktober 1937 die Rotkreuzschwestern durch freie Schwestern, die jedoch der nationalsozialistischen NSV angegliedert waren, ersetzt worden. Nach 1945 blieb es dort bei der „freien“ Organisation, die Schwesternschaft vom Roten Kreuz kam nicht mehr zurück.¹⁰⁴ Schwestern waren nicht nur Krankenschwester, sondern auch Laborschwester, Röntgenschwester und bisweilen auch Schreibschwester. 1969 erhielt die seit 1929 im Städtischen Krankenhaus wirkende Röntgenschwester Lisel Degen die Bundesverdienstmedaille für ihren Dienst bis zum 70. Lebensjahr – sie war Rotkreuzschwester und hatte 1941 die Anerkennung als medizinisch-technische Assistentin erworben.¹⁰⁵

Eine Aufstellung des Sozial-Bürgermeisters Berthold Riedinger von 1948 weist 373 beschäftigte Pflegekräfte, darunter 333 Schwestern und -helferinnen sowie Lernschwestern und 26 Krankenpfleger auf, und darunter nicht ganz korrekt summiert auch 13 Bademeister/innen und Krankengymnastinnen. Es waren mittlerweile nicht mehr nur allein Rotkreuzschwestern für die Pflege zuständig. Aufgeführt waren auch Angehörige des Agnes-Karll-Verbands (Vorläufer des Deutschen Berufsverbandes für Pflegeberufe – DBfK), des Allgemeinen Deutschen Gewerkschaftsbundes – damit waren wohl in der Gewerkschaft organisierte Krankenpfleger gemeint – sowie „Freie Schwestern“, das waren im Bund freier Schwestern in der ÖTV bzw. deren in Südwestdeutschland bestehender Organisation Freie Schwestern-

schaft Württemberg-Baden e.V. organisierte Krankenschwestern, eine gemäß den damaligen Bedingungen Mischorganisation zwischen Schwesternschaft und Gewerkschaft.¹⁰⁶

Mit der Rückverlagerung und der Vergrößerung des Krankenhausbetriebs in der Moltkestraße nach dem Krieg wurden im Mai 1946 erstmals 24 freie Schwestern und Helferinnen eingestellt, da das Rot-Kreuz-Mutterhaus die geforderte Zahl nicht stellen konnte. Fünf mussten allerdings gleich wieder als politisch „belastet“ nach dem Befreiungsgesetz vom 5. März 1946 entlassen werden. Ende des Jahres waren es bereits 45 freie Schwestern- und -helferinnenstellen, ein halbes Jahr später mit 92 bereits mehr als doppelt soviel.¹⁰⁷ Auf sie traf immer noch das aus der NS-Zeit herrührende Verbot der eigenen Kündigung ohne vorherige Genehmigung zu, das die Einsatzfähigkeit ähnlich der Schwesternschaft sicherstellen sollte und mit freiem Berufs- und Arbeitsplatzwechsel unvereinbar war. Dienstaustritte hätten nunmehr einen Umfang angenommen, klagte das städtische Personalamt 1947, „der dem guten Ruf, den die Anstalten überall genießen, nicht gerade förderlich ist“ und verboten Kündigungen ohne Oberbürgermeistergenehmigung.¹⁰⁸

Die Krankenhausleitung sah die freien Schwestern noch lange als vorübergehendes Provisorium an und hoffte, die nach und nach (vorwiegend nach Verheiratung) ausscheidenden freien Schwestern wieder durch Rotkreuzschwestern ersetzen zu können. Ausdrücklich dieses Zieles wegen setzte die Krankenhausverwaltung 1951 das Gestellungsgeld für die Badische Schwesternschaft vom Roten Kreuz sogar auf 65 % der Kr.-Tarifvergütung hoch, weil nur so das Rote Kreuz in die Lage versetzt werden könne, den Krankenanstalten ausreichend Schwestern zuzuführen. Den Mehraufwand von 50.000 DM dachte man zu verschmerzen, weil die Gesamtaufwendung durch



Das Schwesternwohnheim auf dem Gelände der Kinderklinik, Karl-Wilhelm-Straße.

die geringeren Entlohnungen für Rotkreuzschwestern dann im Laufe der Zeit niedriger würden. Gänzlich neu am damit geänderten Gestellungsvertrag war der Passus, nach dem das Krankenhaus ausdrücklich das Recht hatte, mit anderen Schwesternschaften Gestellungsverträge abzuschließen, wenn das Rote Kreuz die stellenplanmäßig nötigen Schwestern nicht stellen könnte. Und Verwaltungsdirektor Josef Wegel hegte 1951 gar die Absicht, mit der ÖTV-nahen Freien Schwesternschaft einen eigenen Gestellungsvertrag abzuschließen, die ihm angeblich angeboten hatte, 75 Schwestern unter den gleichen Bedingungen wie denen vom Roten Kreuz zu stellen.¹⁰⁹ Vermutlich war dies nur eine Drohung gegenüber der Rotkreuz-Schwesternschaft, denn unter einem ähnlichen Druck wie die Krankenhausverwaltungen in Hamburg oder Berlin, wo die ÖTV-Schwestern gegenüber den konfessionellen Schwesternschaften einen stärkeren Stand hatten, war man in Karlsruhe nicht. Erwogen wurde 1950 auch,

mit der freien Agnes-Karll-Schwesternschaft einen ordentlichen Gestellungsvertrag abzuschließen, deren bereits im Haus tätige Mitglieder als freie Schwestern bezahlt wurden.¹¹⁰ Das Beharren auf den Gestellungsvertrag hatte wirtschaftliche Gründe, betrug der Aufwand für eine Rotkreuzschwester 1949 170 DM im Monat, so war er für eine freie Schwester 230 DM. „Die Rote-Kreuz-Schwester ist somit billiger ... sie arbeitet auch wirtschaftlicher, weil sie keine Überstundenvergütung beansprucht“, stellte der Wirtschaftsprüfbericht für die Städtischen Krankenanstalten 1949 nüchtern fest. Geradezu neidisch schaute man auf die konfessionellen Häuser, wo die Ordensschwester noch billiger arbeiteten als die Rotkreuzschwestern und dort auch noch zusätzlich für die Hauswirtschaft zuständig waren.¹¹¹

Bei der Neuregelung des Gestellungsvertrages 1957 bot das Krankenhaus der Rotkreuz-Schwesternschaft gar die gleiche Vergütung wie für freie Schwestern an, doch die wollte ausdrücklich ihren besonderen Status wahren,

indem sie auf einem nur anteiligen Satz bestand.¹¹² Erst mit der neuen Vergütungsordnung für Pflegeberufe von 1963 innerhalb des BAT verlangte die Rotkreuz-Schwesternschaft die vollständige Angleichung, was sie im neuen Gestellungsvertrag von 1964 anstandslos zugestanden bekam.¹¹³ Verwaltungsdirektor Stumpf hatte sich mit den veränderten Umständen wohl noch nicht ganz abgefunden, wenn er darüber seufzte, „die vielbesprochene und bislang so gern nach außen betonte Ethik der Nächstenliebe der Mutterhauschwestern ist damit ins Wanken geraten“, hoffte aber zugleich, dass die Meinung über die schlechte Bezahlung in der Öffentlichkeit damit endlich verschwinde.¹¹⁴

*Statt Kost- und Logiszwang –
den Beruf attraktiver machen*

Die Luisenschwestern erhielten durch ihr Mutterhaus vom Gestellungsgeld lediglich ein monatliches Taschengeld, bspw. 82 bis 107 DM von den durch die Stadt 1953 für sie vergüteten 310,41 DM.¹¹⁵ Mit dem Gestellungswesen waren Unterkunft und Verpflegung innerhalb der Klinik gewährt worden. Die Schwesternunterkünfte waren zumeist Mehrbettzimmer, die unter den Dächern der Klinikgebäude lagen. Stationsschwestern und die eine oder andere Schwester hatten auf der Station zwischen den Krankenzimmern eine eigene kleine Kammer. So stand das Personal quasi ununterbrochen unter Beobachtung der Mitschwestern, der Ärzte und auch der kranken Patienten. Schlafsäle für bis zu acht Schwestern mit nur einem Waschbecken mit Kaltwasser waren noch 1952 üblich. Die Situation in der Kinderklinik war ähnlich, ehe ein neu gebautes Schwesternwohnhaus im Klinikareal 1957 grundsätzliche Besserung brachte. Lernschwestern hatten dort noch zu sechst bis neunt in einem Zimmer

gehaust, examinierte Schwestern zu zweit bis viert und nur die Oberin Anne Marie Isert und eine 57-jährige Schwester verfügten über ein eigenes Zimmer. Dafür wurden je nach Ausstattung für ein Einbettzimmer 30 bis 45 DM, für ein Mehrbettzimmer 12 bis 15 DM pro Monat von der Vergütung abgezogen. „Die Schwestern, die dieses Haus bewohnen dürfen“, so Verwaltungsdirektor Stumpf bei der Wohnheimweiheung 1957 stolz, „sind überglücklich. Nach einem Jahrzehnt großer Wohnungsnot und Hinnahme vieler Unbequemlichkeiten könnten sie jetzt nach des Tages Mühen und schwerer Arbeit wirklich die dringend notwendige tägliche Entspannung im eigenen Zimmer finden und ihre Freizeit nach eigenem Wunsch gestalten.“¹¹⁶ Trotz der „heiteren Note“ mit „leuchtenden Farben“ und „gemütlicher Atmosphäre“ (so Stumpf) blieb damit auch das Privatleben weitgehend mit der Klinik verbunden.

1959 wohnten 393 Schwestern und Lernschwestern, also fast alle bis auf wenige Verheiratete, in Zimmern auf dem Krankenhausgelände, zwei Drittel immerhin schon in einem eigenen kleinen Zimmer. Aber Drei- bis Sechsbettzimmer gab es immer noch, für die Lernschwestern war das obligatorisch.¹¹⁷ Bei der Eröffnung der neu umgebauten HNO-Klinik 1955 hob der Bericht der Badischen Neuesten Nachrichten (BNN) hervor, dass für jede der dort arbeitenden sieben Schwestern ein „hübsches, geräumiges Zimmer“ eingerichtet worden war und Chefarzt Prof. Moritz Weber ließ es sich nicht nehmen, diese den „selbstlosen, stets hilfsbereiten Frauen“ mit der Bemerkung zu „gönnen“, dass dies „eine Verbundenheit mit der Klinik schafft, die wiederum den Kranken zugute kommt. Und das Wohl der Kranken ist unser oberstes Gesetz!“¹¹⁸

Als es 1958 zu vermehrten Schwesternstellungen kam, war die Stadtverwaltung Karlsruhe im Vergleich zu anderen Häusern bei den



Das Schwesternwohnheim in der Kußmaulstraße.

Planungen für den Wohnkomfort für das Personal sehr fortschrittlich. Hatte sie das Wohnheim der Kinderklinik 1957 noch konventionell mit kleinen Zimmern und Gemeinschaftsräumen errichtet, wie anderswo als beispielgebend gepriesen, so etwa in Mannheim oder Nürnberg, wo Schwestern-Hochhäuser mit Ein- oder Zweitbettzimmern mit gemeinsamen Bädern und Küchen neu errichtet wurden,¹¹⁹ plante man nun komfortable abgeschlossene Ein- oder Mehrzimmerappartements mit eigener Küche und Bad. 1957 war das erste neue Schwesternwohnhaus in der Ludwig-Windthorst-Straße 11 fertig. Im Jahre 1958 hatte das Krankenhaus das Wohnhaus in der Guntherstraße 18 als Geschenk aus einem Erbe erhalten und anschließend die angrenzende Seldeneckstraße 11 erworben. Hier wurden sieben Stationsschwestern der Chirurgischen Klinik, die bis dahin auf der Station ihr Zimmer hatten, untergebracht. 1959 folgte der Bau der Schwesternwohnungen in der Kußmaulstraße 64–70 mit geradezu großzügig zu nennenden Zwei- bis Vierzimmerwohnungen und 1964 zwei Schwesternwohnheime mit Zweizimmerwohnungen an der Knielinger Allee unmittelbar bei der Klinik (für die neue Frauen- und Kinderklinik 1996 abgerissen).

1957 hatte es den Gedanken gegeben, auf dem Gelände der Kinderklinik in der Oststadt ein Wohn-Hochhaus zu errichten. Da aber das verfügbare Gelände nach Ansicht des Hochbauamtes für einen solchen Bau zu klein war und die geplante Finanzierung scheiterte, entschied sich die Stadt 1960 für die Option, die Wohnheime des Studentenwerks der Technischen Hochschule (1967 Universität) hinter dem eigenen Gelände käuflich zu erwerben. So verfügte man nach dem Umbau ab 1964 über Räume für 140 Schwestern und -schülerinnen und gar ein eigenes Kinderkrankenpflegegeschulgebäude.¹²⁰

In einem Hochhaus kamen einige Schwestern 1963 doch zu wohnen: in angemieteten Wohnungen der Volkswohnung im Hochhaus am Lameyplatz – solange die projektierten Wohnheime Knielinger Allee noch nicht fertig waren. Überhaupt kam der Frage nach adäquaten Wohnräumen mit einem Mal eine entscheidende Rolle zu. Mit „komfortablen“ Zimmern, ja Appartements und Wohnungen wollte sich die Stadt im Wettbewerb um Schwestern einen Vorteil sichern. Dazu war in den überregional geschalteten Stellenanzeigen der Hinweis auf die schönen Zimmer und den Wohnkomfort deutlich hervorgehoben. Weil

die Stadt dafür Zuschüsse leistete, die freiwilligen übertariflichen Leistungen gleichkamen, waren andere Städte in Deutschland wegen der „abwerbenden“ Maßnahme verärgert. Der Deutsche Städtetag und die Vereinigung kommunaler Arbeitgeber beschwerten sich 1963 offiziell bei Oberbürgermeister Klotz darüber.¹²¹

Der expandierenden Krankenpflegeschule wurde 1969 auf dem Klinikgelände in Fertigbetonbauweise das Küblerhaus (O-Bau) mit 26 Zimmern für 50 Schülerinnen und eine Aufsichtsschwester erstellt, weil die Befürchtung bestand, ohne Unterkünfte einen Kurs ausfallen lassen zu müssen. 1971 war das Einzimmer-Appartementhaus in der Josef-Schofer-Straße 2 hinzugekommen. Mit der steigenden Zahl an Ärzten hatten diese und auch andere Berufsgruppen im Krankenhaus angesichts der zu Beginn der 1960er-Jahre angespannten Wohnraumsituation Interesse an Wohnraum, doch hielten die Stadt und Krankenhausverwaltung allein nur Wohnraum für Schwestern für vordringlich, damit dort keine „Flucht“ einsetze, und setzte den Bedarf „für Medizinalassistenten und Assistenzärzte dagegen nicht so groß“ an.¹²²

Inzwischen ging es bei den Wohnheimplanungen weniger um die Werbung von Arbeitskräften, als darum, die vorhandenen zu halten. „Ohne vernünftige Wohnungen laufen uns die Schwestern davon“, meinte Krankenhausdezernent Hofheinz 1974 und forcierte den Bau des dann noch im gleichen Jahr eingeweihten 163-Appartementhauses in der Eugen-Richter-Straße.¹²³

Bis 1981 waren Schwesternwohnheime mit 560 Plätzen entstanden, darunter auch noch Wohnungen in der Zähringerstraße für die Kinderklinik, längst standen sie allen Beschäftigten des Klinikums zur Verfügung. 1982 kamen noch die Wohnheime der im Klinikum aufgegangenen Landesfrauenklinik hinzu.

Die Wohnheime waren stets eine Verlustquelle, deren Mieterlöse niemals die Erstellungs- und Betriebskosten deckten und nicht über Pflegesätze zu decken waren. In Zeiten des Schwesternmangels waren sie als notwendige Investition angesehen worden. Da nach dem Krankenhausfinanzierungsgesetz von 1972 die Lasten nicht über die Pflegesätze abzurechnen waren, summierte sich der Zuschuss für die Stadt zu einer Millionensumme, die Stadt und Klinik unter der völlig geänderten Beschäftigungssituation der 1980er- und 1990er-Jahre und gesunkenem Interesse der Beschäftigten an einem Wohnumfeld „inmitten des Arbeitsumfeldes“ abzustreifen gedachte. Die wirtschaftlich selbstständige Klinikum gGmbH wollte den allein zwischen 1991 und 1995 aufgelaufenen Verlust von über fünfeneinhalb Millionen DM nicht mehr tragen. Im Rahmen des Neubaus der Frauen- und Kinderklinik wurden die beiden alten Schwesternhäuser an der Knielinger Allee abgerissen und die Wohnheime Kußmaulstraße 64–70 und Josef-Schofer-Straße 2 an die Volkswohnung GmbH verkauft. Der weiterhin bestehende Wohnbedarf sollte durch Belegrechte gedeckt werden.¹²⁴

Zu Beginn der 1960er-Jahre betrug die jährliche Fluktuation unter den Krankenschwes-



Das Gemeinschaftszimmer im Schwesternwohnheim der Kinderklinik war mit Musiktube und Fernseher ausgestattet, 1957.

tern durchschnittlich immer fast ein Drittel. Verwaltungsdirektor Stumpf hielt die Gründe dafür akribisch fest: mehr als die Hälfte davon lagen in der Heirat begründet. Schwestersein war immer noch mit Ledigsein verbunden. Das Haus war nach Verheiratung am Ausscheiden durchaus interessiert, und noch herrschten Kost- und Logiszwang. Die Arbeitszeitverkürzungen verschärften den Pflegenotstand und trugen gleichzeitig zu einem Bewusstseinswandel bei. Nun galt es, Verheiratete im Beruf zu halten oder wiederzugewinnen. Der Bau der Mehrzimmerwohnungen in der Kußmaulstraße war Ausdruck dieses Wandels, wenn auch nur unter dem Zwang der Verhältnisse. „Mit verheirateten Schwestern“, so klagte Stumpf noch 1965, „habe man bisher im allgemeinen keine guten Erfahrungen gemacht; nur wegen des großen Schwesternmangels greife man auf sie zurück.“¹²⁵

Der Kost- und Logiszwang war für die Luisenschwestern vom Roten Kreuz durchaus eine konstituierende Bedingung, da sie darüber hinaus nur ein Taschengeld vom Mutterhaus erhielten. Die gemeinsamen Mahlzeiten und das Wohnen auf engem Raum trugen zum Gemeinschaftsbewusstsein entscheidend bei und dienten der Erziehung zur Wertegemeinschaft ebenso wie der sozialen Kontrolle. Die nationalsozialistische Krankenhaustarifordnung (Kr.T) mit dem Kost- und Logiszwang auch für die freien Schwestern galt noch fort. Das war bis Anfang der 1950er-Jahre nicht unbedingt unangenehm angesichts Wohnungsnot und mangelnder Kaufkraft aus dem Erwerbseinkommen. Damit hatte das Krankenhaus die Schwestern ständig verfügbar und konnte die Arbeitszeit nach seinen Bedürfnissen festlegen: durchgehender Dienst von morgens bis abends, geteilt durch eine lange Mittagspause.

Verheiratete aber wollten wegen der eigenen Familie nicht länger dem Zwang gemeinsamer Mahlzeiten mit den Mitschwestern und



Das Personalwohnheim in der Eugen-Richter-Straße.

dem damit verbundenen Abzug vom Gehalt unterliegen, ebenso wenig hatten die nun in den schönen neuen Appartements mit Küchen wohnenden Schwestern länger daran Interesse. Bundesweit artikulierten Gewerkschaft und Berufsverbände diesen neu aufgetretenen Konflikt. 1960 erreichte er die Städtischen Krankenanstalten. Oberin Isert von der Kinderklinik stellte sich gegen die Aufhebung der gemeinsamen Mahlzeiten. Sie gab zwar zu, das gemeinsame Abendessen schon aufgegeben zu haben, weil sich niemand mehr für den Abwasch zur Verfügung stellte, den gemeinsamen Mittagstisch wollte sie aber unter allen Umständen gewahrt wissen. Oberin Hönig wehrte sich gegen die Aufhebung, boten die gemeinsamen Mahlzeiten doch die letzte Möglichkeit, trotz der Trennung in Rotkreuz- und freie Schwestern ein längst in Auflösung begriffenes Ethos zu leben. Aber auch sie gestand den verheirateten Krankenschwestern, Krankenpfleger waren sowieso ausgenommen, Ausnahmen zu. Der Antrag zur Aufhebung kam vom Personalrat, von Direktor Stumpf zwar widerwillig, aber doch mit dem Argument befürwortet, dass es bei Aufrechterhaltung des

Kostzwangs schwierig sei, weiter Schwestern zu finden. Der Krankenhausausschuss, fast ausschließlich männlich besetzt, konnte sich mit dieser die bisherigen Zustände auf den Kopf stellenden Änderung noch nicht ganz anfreunden und senkte erst einmal nur das Kostgeld, das im Vergleich zu anderen Häusern deutlich höher lag. Doch eine Umfrage unter 352 Schwestern zeigte, dass die überwiegende Mehrheit, auch der Unverheirateten, Änderungen wünschte.¹²⁶ Der erstmals einheitliche Tarifvertrag, der BAT von 1961, hob den prinzipiellen Kost- und Logiszwang auf.

Nicht mehr rund um die Uhr verfügbar

1955 galt immer noch die Arbeitszeitverordnung von 1924 mit einer 60-Stundenwoche im Krankenhaus, real durch die ständige Verfügbarkeit sogar länger. Insbesondere die Rotkreuzschwestern waren untertariflich entlohnt und hatten dafür übertarifliche Arbeitszeiten. Schrittweise wurde die Arbeitszeit für Personal im direkten Patientenkontakt 1956 auf 54 Stunden, 1958 auf 51 Stunden und 1960 auf 48 Stunden gesenkt, doch da galt überall sonst im öffentlichen Dienst schon die 45-Stundenwoche. Zum 1. Januar 1973 war erstmals die völlige Angleichung im öffentlichen Dienst durchgesetzt, eine einheitliche 42-Stundenwoche. Die starke Ausweitung des Pflegepersonalbedarfs war neben der medizinischen Ausweitung dieser Arbeitszeitverkürzung zuzuschreiben. Mit der ersten Verkürzung auf 54-Wochenarbeitsstunden mussten 92,5 Schwesternstellen neu geschaffen werden, insgesamt stieg die Gesamtzahl der Pflegekräfte von 338 (1955) auf 434 (1956).¹²⁷ Die Verkürzung von 51 auf 48 Stunden 1960 sollte rechnerisch nochmals 32 neue Pflegestellen bei insgesamt 330 in der Hauptklinik nötig machen, wie Oberin Hönig auch forderte, aber zunächst

mangels Bewerbungen nicht zugestanden bekam. Die Situation verschärfte sich durch Überstunden und fehlenden Freizeitausgleich. Verwaltungsdirektor Stumpf, 1901 geboren und seit 1925 im Städtischen Krankenhaus, schob die Probleme auf „die jüngeren“, „mit der Anstalt noch nicht so verbundenen“ Schwestern, die darüber „verärgert“ seien und kündigten.¹²⁸

Bei alldem nahm die Zahl der Rotkreuzschwestern immer weiter ab, so sehr Stumpf diese „Entwicklung bedauerte“ und feststellen musste, dass selbst Rotkreuzschwestern jenseits der 40 forthin als freie Schwestern arbeiten wollten.¹²⁹ Zur Abhilfe des akuten Schwesternmangels drängten er und der Ärztliche Direktor Prof. Kurt Spohn wiederholt darauf, ausländische Schwestern zu holen und schlugen dafür allen Ernstes nach dem durchgemachten Wandel des Pflegeberufes 1964 einen Gestellungsvertrag mit einem ausländischen katholischen Orden vor.¹³⁰ Diese anachronistische Idee wurde allerdings nicht umgesetzt. Während die Bundesrepublik Deutschland zwischen 1955 und 1973 Anwerbeverträge für so genannte Gastarbeiter abschloss, um zu Zeiten der Vollbeschäftigung die Arbeitskräftenachfrage in Industrie, Handel und Verwaltung zu bedienen,¹³¹ wirkte sich dies im Pflegebereich kaum aus. Grund war, dass die Anwerbeländer im Vergleich zu Westdeutschland zwar geringer wirtschaftlich entwickelt waren, der Pflegeberuf dort aber durchaus eine höhere Qualifikation und einen höheren Status inne hatte und längst ein anerkannter Beruf war. So gab es wenig Interesse vom dortigen Pflegepersonal, unterhalb des Prestiges im eigenen Land in Deutschland zu arbeiten. Selbst die Anwerbung von philippinischen und südkoreanischen Krankenschwestern bot keine Lösung, weil auch dort die Ausbildung hochschulmäßigen Charakter hatte und sich nur wenige anwerben ließen.¹³² Hier waren die konfessio-

nellen Häuser im Vorteil, in das St. Vincentius-Krankenhaus wurden bspw. Krankenschwestern aus Indien geholt.

Obwohl keine Dringlichkeit nachgewiesen wurde, schlossen sich auch die Krankenanstalten der „Anwerbung von indischen Mädchen“ an. Über Pfarrer Hubert Debatin von Stettfeld, der bereits andere Gruppen an Krankenhäuser in Bonn, Heidelberg und Wiesloch vermittelt hatte, kamen im Dezember 1966 und April 1967 insgesamt 19 junge indische Schulabgängerinnen einer religiösen Gemeinschaft an. Sie wurden im früheren Kasinogebäude Moltkestraße 18 unter Betreuung einer Rot-Kreuz-Schwester untergebracht. Ihr Vertrag über einen sechsjährigen Aufenthalt sah zuerst ein Pflegepraktikum und, je nach Lern- und nach Sprachfortschritt, die Aufnahme in die Kinder- oder Krankenpflegeschule vor. Tatsächlich traten jeweils neun von ihnen am 1. April und 1. Oktober 1968 in die Krankenpflegeschule sowie eine in die MTA-Schule ein.¹³³ 1977 befanden sich noch fünf der indischen Frauen im Haus, von den übrigen hatten inzwischen vier hier geheiratet und waren in Deutschland geblieben, die anderen waren seit 1975 nach Indien zurückgekehrt. Nachdem am Arbeits-

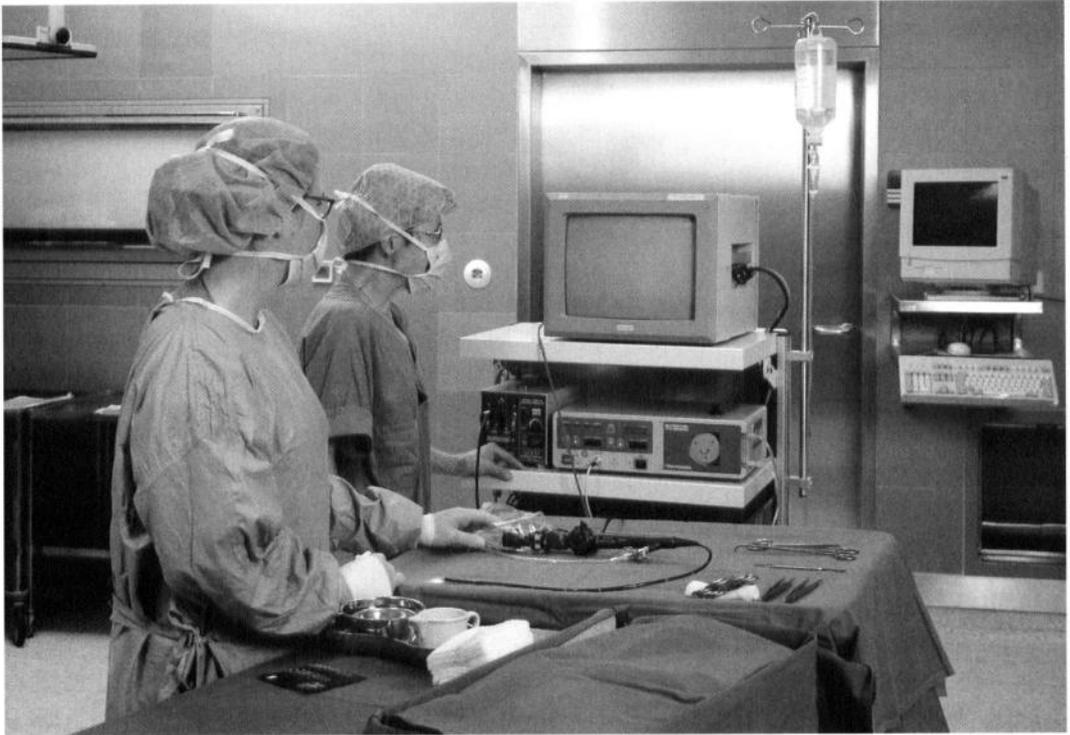
markt kein Pflegenotstand mehr herrschte, gab es kein Interesse an weiteren Werbungen im Ausland. Die indischen Rückkehrerinnen, die in Karlsruhe sogar in Funktionsbereichen eingesetzt gewesen waren, hatten dagegen große Probleme, da ihnen in Indien das deutsche Krankenpflegeexamen nicht anerkannt wurde und sie den Status einer nicht ausgebildeten Hilfskraft einnehmen mussten.¹³⁴

War die sich abzeichnende Wandlung des Berufsbildes „Schwester“ von der Krankenhausleitung auch nicht unbedingt gewünscht, so konnte sie sich auch nicht dagegen stemmen und nutzte die Veränderungen, um im Wettbewerb um Arbeitskräfte das eigene Haus besser zu positionieren. Der Einsatz philippinischer Krankenschwestern wurde 1966 erwogen, von Stumpf aber wieder verworfen.

Das Prinzip, dass sich Ehe und Pflegeberuf ausschlossen, war in den 1950er-Jahren gefallen und zog gleich den nächsten Wandel nach sich: Verheiratete mit Familie hatten Interesse an anderen Arbeitszeitmodellen als dem bis dahin üblichen geteilten Dienst der von etwa 6:30 bis 13:00 und nochmals von 16:00 bis 19:30 Uhr reichte. Auch die kürzeren Arbeitszeiten machten neue Arbeitszeitmodelle not-



Ankunft der „indischen Mädchen“ 1966, links Oberin Höinig.



OP-Schwester im gefäßchirurgischen OP-Saal, um 2000.

wendig. Weil schon 1956 die insgesamt 92,5 zusätzlich notwendigen Pflegekräfte nicht zu bekommen waren, wurde, eigentlich nur als Überbrückung gedacht, die Teilzeitarbeit eingeführt. Daraufhin begannen die ersten 14 Halbtagskräfte ihre Tätigkeit in der Pflege.¹³⁵ Auf einer 25-Bettenstation waren mit der 54-Stundenwoche um 1957 drei Schwestern, zwei Schwesternschülerinnen oder -praktikantinnen, eine Halbtagshilfskraft und ein „Hausmädchen“ im Tagdienst eingesetzt.¹³⁶

Mit der 48-Arbeitsstundenwoche begann im Haus 1961 der Schichtdienst. „Die jetzige immer noch viel zu große Arbeitsüberlastung bringt eine auf die Dauer untragbare Unzufriedenheit beim Pflegepersonal mit sich“, notierte Stumpf im Hinblick auf eine grundsätzliche Arbeitszeitneuregelung, „eine grundlegende

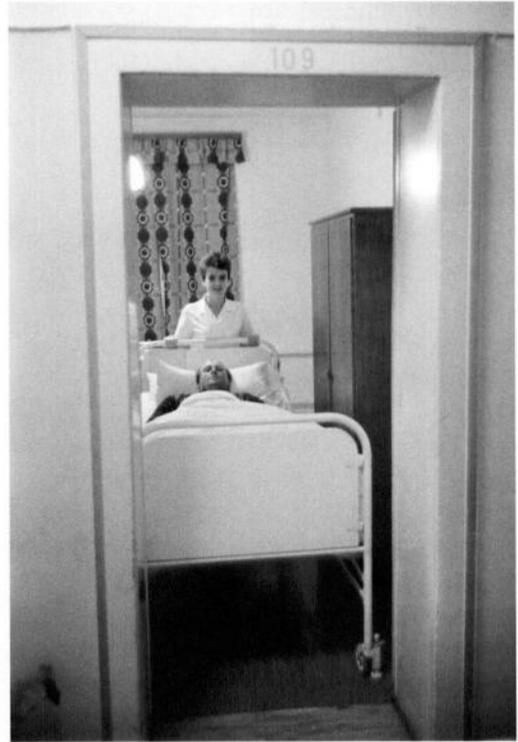
Änderung ist nur durch die allgemeine Einführung des Schichtdienstes möglich.“¹³⁷ Stumpf hob die „weitere Verbesserung durch durchgehende Arbeitszeit auf einzelnen, vor allem großen Stationen“ hervor. „Vor allem Verheiratete begrüßten dies für ihre hausfrau-lichen Verpflichtungen, ebenso die außerhalb des Hauses einschließlich der in Wohnheimen Wohnenden seien froh, dass ihnen der Schichtdienst zugestanden würde, da weniger Wegezeit verloren ging.“ Bis 1965 war der Schichtdienst mit Zeiten von 6:00 bis 14:00 und 14:00 bis 22:00 Uhr nur auf fünf Stationen, im chirurgischen OP und an den Pforten eingeführt worden. Eine weitere Ausdehnung setzte eine weitere Vermehrung des Personals voraus. Krankenhausleitung und Personalrat zogen an einem Strang, wenn letzterer dem Personalamt

aufschrieb, dass sich „derzeit eine Umschichtung solcher Art vollzieht, dass das Pflegepersonal dorthin abwandert, wo die tariflichen Bedingungen voll erfüllt werden. Unsere Krankenanstalten können es sich nicht leisten, in diesem Wettbewerb nach den Regeln der freien Wirtschaft, zu einem Haus zweiter Ordnung abzusinken, was, wie bereits in anderen Kliniken, zur Schließung einzelner Abteilungen führen könnte.“¹³⁸ Soweit kam es nicht, die Stellenvermehrung der Krankenpflege im Haus ging in den folgenden Jahren unaufhaltsam weiter; allein zwischen 1963 und 1974 abermals um 47,5 % in allen Bereichen.¹³⁹ Der Schichtdienst war erst bis 1974 nahezu vollständig umgesetzt, dafür war das Pflegepersonal bis dahin auf rund 960 volle Stellen auf den Stationen und in den Funktionsdiensten OP-, Dialyse-, Intensiv- und Anästhesiepflegedienst angewachsen.¹⁴⁰ Immer noch musste im Pflegedienst in der Sechs-Tageweche gearbeitet werden, was bedeutete, dass es nur alle 14 Tage ein freies Wochenende gab und zwölf Tage am Stück gearbeitet werden musste. Erst mit Einführung der 38,5 Stundenwoche 1992 (seit 2006 wieder 39-Stunden) kam das Pflegepersonal in den Genuss der 5-Tageweche.¹⁴¹

Dazwischen: Die Pfleger

Auch wenn die Krankenpflege mit der ersten Professionalisierung durch die Schwesternschaften im 19. Jahrhundert zu einem „Frauenberuf“ geworden war, gab es daneben immer Krankenpfleger. Die besondere Sozialisation in den Schwesternschaften bedingte eine starke praktisch-organisatorische Separierung, doch die gesetzlichen Richtlinien galten für beide gleichermaßen und machten das gleichartige Berufsbild aus.

Die Oberin führte die Schwestern ihrer Schwesternschaft, die Krankenpfleger fielen



Im Kasernenbau der alten II. Medizinischen Klinik herrschte drangvolle Enge; Betten passten nicht durch die schmalen Türen, nicht gehfähige Patienten mussten aus dem Zimmer getragen werden.

nicht darunter. Sie unterstanden im Städtischen Krankenhaus nach 1946 den jeweiligen Oberpflegern in den vier Kliniken, in denen Krankenpfleger eingesetzt waren. Diese teilten sie nach Bedarf ein oder den Stationen zu, oder sie blieben in Wartestellung im Pflegerraum auf besonderen Anruf von der Station für Tätigkeiten wie „Topfen“ oder Katheterlegen bei männlichen Patienten. Damit waren Möglichkeiten der Verzögerung bis des „Drückens“ gegeben und dementsprechende Konflikfelder.¹⁴² So war das Klima zwischen Schwestern und Pflegern oftmals gespannt.¹⁴³

Die Gesamtzahl von 25 bis 30 Pflegern während der 1950er-Jahre verteilte sich auf jeweils sechs bis acht in den beiden Medizini-

Anzahl der Rotkreuzschwestern

| | 1929 | 1938 | 1949 | 1951 | 1955 | 1960 | 1963 | 1966 | 1968 | 1970 |
|-------------------------------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|------|
| Schwester vom Rotkreuz | 86 | 138 | 120 | 124 | 88 | 84 | 69 | 64 | 53 | 41 |
| freie Schwestern | 0 | 0 | 119 | 120 | 177 | 495 | | | | |

schen Kliniken, der Urologischen und der Chirurgischen Klinik. Bei diesem Verhältnis machten sich unbesetzte Stellen noch mehr als bei Schwestern bemerkbar. 1955 waren vom Pflegerstellenplan für die II. Medizinische Klinik nur zwei der sechs Pflegerstellen besetzt, die vorhandenen weiteren zwei „Krankenträger“ waren nicht ausgebildet und wurden tatsächlich noch als „Krankenwärter“ bezeichnet, sie durften jedoch nicht als Pfleger eingesetzt werden, trotzdem wurden sie genauso vergütet. Die beiden Träger waren in der II. Medizinischen Klinik unumgänglich, da es dort keinen Aufzug gab. Weil in einigen der engen Räumlichkeiten der ehemaligen Artilleriekaserne eine Krankentrage nicht gewendet werden konnte, mussten die nicht gehfähigen Patienten von ihnen auf dem Rücken getragen werden.¹⁴⁴ 1970 gab es schließlich in allen Kliniken außer HNO-, Augen-, ZMK- und Frauenklinik insgesamt 72 Pflegerstellen, von denen aber nur 55 besetzt waren.¹⁴⁵

Die Beanspruchung der Krankenpfleger war groß, ihre Forderung 1955 über die Gewerkschaft ÖTV und den Betriebsratsvorsitzenden und Krankenpfleger Götz die Zahl um vier auf 30 zu erhöhen, wurde wegen der „leistungsmäßigen Überforderung“ und hohen Überstundenzahl nicht nur von Prof. Kurt Laqua der Chirurgischen Klinik unterstützt, so dass zumindestens drei genehmigt wurden.¹⁴⁶

Durch ihre Stellung bildeten die Krankenpfleger eine von den Krankenschwestern gesonderte Gruppe; separate Versammlungen trugen zu ihrem Selbstbewusstsein bei. Dabei stellten sie 1956 über den Betriebsratsvorsitzenden und Krankenpfleger Götz den Antrag

eines eigenen Pflegevorstehers, der die administrative Leitung über sämtliche Pfleger und Oberpfleger haben und dabei dem Rang der Oberin gleich gestellt sein sollte. Dem Ansinnen war kein Erfolg beschieden, „wir benötigen keinen Pflegevorsteher, jede unserer Kliniken, die mehrere Pfleger beschäftigen, haben einen tariflich entsprechend eingestuften Oberpfleger“, antwortete der damals neue Verwaltungsdirektor Stumpf.¹⁴⁷ Dagegen befürwortete er ausdrücklich einen Antrag, die Vergütung der Krankenpfleger nach 10-jähriger Dienstzeit um eine Gruppe höher einzustufen, „und zwar deshalb, weil die Vergütungen der Krankenpfleger nach allgemeiner Ansicht zu niedrig sind.“ Diese gegenüber den Schwestern ungleiche Behandlung begründete er auf Bedenken im Bürgermeisteramt damit, „weil die Pfleger im Vergleich zu den Schwestern zu körperlich anstrengenderen Arbeiten herangezogen werden. Es handelt sich dabei um Verrichtungen, die die körperlichen Kräfte der Schwestern übersteigen, wie das Tragen von Patienten, den Transport von Leichen usw.“ Studien, die die Krankenpflegetätigkeit insgesamt als körperliche Schwerstarbeit bewerteten, lagen ihm seinerzeit offensichtlich nicht vor, gleichwohl hätte er als Verwaltungsdirektor darüber Bescheid wissen können.

Nach 1974 wurde die angesichts des gleichen Berufsbildes anachronistische Trennung zwischen Krankenschwestern und Krankenpflegern in der Organisation aufgehoben, die Pfleger wurden den Stationen zugeteilt. Allein in den Funktionsdiensten der Urologischen Klinik und im OP der Chirurgischen Klinik gab es noch einige Jahre die gesonderte „Pfle-

gergruppe“. Damit wurden die Pfleger überhaupt erst in den Schichtdienst integriert. Das war von ihnen auch gewünscht, Schwierigkeiten bereitete einigen, wie sie anlässlich einer Pflegerbesprechung äußerten, aber „die volle Integrierung in den Stationsbetrieb mit Unterstellung unter die Stationsschwestern bzw. die Frau Oberin.“¹⁴⁸ 1971 gab es mit Horst Brüssow auf der Station der Hautklinik den ersten Stationspfleger, bis 1976 kamen mit Horst Krause und Günther Häfele weitere hinzu.

Im ersten Bericht der Frauenbeauftragten für das Klinikum 1997 war der Männeranteil in der Pflege insgesamt mit 10,9 % beziffert, in führenden Leitungspositionen betrug ihr Anteil dagegen 55,6 %. Am Fazit der Unterrepräsentanz von Frauen in Leitungspositionen und Überrepräsentanz in Teilzeitarbeit hat sich seitdem nur wenig geändert.¹⁴⁹

Auslaufmodell Rotkreuzschwester

Mit dem divergierenden Zahlenverhältnis von Rotkreuz- zu freien Schwestern entluden sich grundsätzliche Spannungen, die auch die kommenden Jahre anhielten. Die Rotkreuzschwestern besetzten die meisten Funktionsstellen (Stationsschwester, Röntgenschwester, OP-Schwester, Oberschwester). Bis zu Beginn der 1970er-Jahre stellten sie immer noch überwiegend die Stationsschwestern. Die freien Schwestern beschwerten sich schon 1957 selbstbewusst darüber, dass die knapp noch 100 Rotkreuzschwestern allein 53 Funktions- und Stationsschwesternstellen einnahmen und drängten energisch darauf, diese mit Ansehen und Verantwortung verbundenen Positionen ebenfalls einzunehmen. Der Gestellungsvertrag mit dem Roten Kreuz beinhaltete die Aufsichtung und Organisation des Pflegepersonals durch deren Oberin und hatte somit die Dominanz der Rotkreuzschwestern gesichert.

Im Rathaus sah man das Anliegen der freien Schwestern als berechtigt, ging einer prinzipiellen Klärung aber lieber aus dem Wege und engte nur den Spielraum der Oberin Hönig ein, die künftig die Stellen ausschreiben und nur noch in Benehmen mit der Verwaltungsdirektion, Chefarzt und Betriebsrat besetzen sollte.¹⁵⁰

Wegen Erreichen der Altersgrenze schieden die Rotkreuz-Oberinnen der Klinik in der Moltkestraße Gertrud Hönig und die (freie) Oberin Isert aus der Kinderklinik in der Karl-Wilhelm-Straße 1967 gleichzeitig aus. Das war Zufall und fiel doch mit dem mittlerweile durchgemachten Wandel in der Krankenpflegeorganisation im Haus zusammen. Hönig war seit 1934 im Haus und 1946 Oberin geworden, Isert hatte 1939 nach dem von oben angeordneten Wechsel von den Rotkreuzschwestern zum Reichsbund freier Schwestern unter nationalsozialistischer Führung die Leitung eingenommen. In der Kinderklinik übernahm fortan „nur“ eine Oberschwester die dortige Pflegedienstleitung, und auch in der Moltkestraße ging die Ära der Rotkreuz-Schwesternschaft definitiv dem Ende entgegen. „Wegen sinkenden Rotkreuzschwestern ... konnte an dieser Tradition nicht mehr festgehalten werden“, die Oberin daraus zu bestimmen, bedauerte Stumpf. Um die angespannte Stimmung unter den freien Schwestern nicht weiter zu reizen, wurde nicht wie eigentlich geplant die Rotkreuz-Oberschwester Hermine Brunst Oberin.¹⁵¹ Die Oberin Helga Krause war die erste freie Schwester auf diesem Posten. Nach Missstimmigkeiten folgte ihr 1972 Oberin Heidi Brandt.¹⁵² Prinzipiell allerdings besteht der Gestellungsvertrag mit der Schwesternschaft vom Roten Kreuz von 1964, mehrmals angepasst, bis in die Gegenwart. 1985 waren immer noch sechs Rotkreuzschwestern im Haus tätig, und jährlich traten ein bis zwei neue ein, 1982 beispielsweise auch eine Unterrichts-

schwester an der Krankenpflegeschule.¹⁵³ Den finanziellen Vorteil im Vergleich zu den „freien Schwestern“ für das Haus, der einmal bestand, gibt es nicht mehr. Auch in der Äußerlichkeit war mit dem Weggang der letzten „alten“ Rotkreuzschwestern in den Ruhestand Ende der 1980er-Jahre für Unwissende kein Unterschied zwischen beiden allein im Arbeitsrecht unterschiedenen Gruppen ausmachbar – die derzeit bis zu sechs im Klinikum tätigen Rotkreuzschwestern tragen die gleiche Dienstkleidung wie alle. Rotkreuzschwester ist nicht mehr mit dem Unverheiratetsein verbunden. Unabhängig von der Motivation zum Beruf gilt für alle in der Pflege Tätigen längst gleichermaßen eine professionelle Berufsauffassung jenseits vom selbstlosen „Dienen“.

*Krankenpflegeberuf im beschleunigten Wandel.
Professionalisierung der Pflege*

Bis in die 1960er-Jahre waren das teure Verbandsmaterial und Katheter ausgekocht und sterilisiert worden, ebenso Spritzen und Kanülen, letztere wurden, wenn nötig, nachgeschliffen. Zentrale Sterilisation und der Einsatz von Einmalartikeln waren in erster Linie eine entscheidende Frage der Hygiene, die im Krankenhaus einen hohen Stellenwert einnehmen muss, trugen aber auch ihren Teil zur Entlastung im Pflegeberuf bei. 1964 begann die Einführung von Namensschildern bei dem teilweise noch skeptischen Pflegepersonal.¹⁵⁴ Der Wandel im Pflegealltag war bestimmt von Rationalisierung und Entlastung auf einer Seite, mit neuen Anforderungen und Belastungen auf der anderen Seite. Allmählich änderten sich eingeschliffene Rituale.

In einem ausführlichen dreiseitigen Vorschlag begründete Verwaltungsdirektor Stumpf 1958 die Abkehr von einem überkommenen Organisationsablauf. Es ging um die Wäsche-

versorgung. „Seit jeher wird das Wäschetauschgeschäft so gehandhabt“, führte Stumpf aus, „dass Stationsschwestern die Schmutzwäsche frühmorgens nach dem Betten der Patienten zählen, ... die Schmutzwäsche in Säcke packen und die ausgefüllten Tauschzettel beifügen. Dann werden sie von Hausdienern nach Kaffeefahren gegen 8 Uhr zur Annahmestelle unserer Wäscherei transportiert. Dort werden die Säcke gewogen, das Gesamtgewicht wird auf dem Wäschetauschschein notiert; sodann werden die Wäschestücke aus den Säcken herausgenommen, gezählt und kontrolliert, ob die Aufzeichnungen der Schwestern in Ordnung gehen. Stimmt die Zahl nicht, dann wird eine zweite Person der Wäscherei zugezogen, die die Wäsche ebenfalls zählt und dann bestätigt, wie viele Stücke zu wenig im Wäschesack waren. Die Schwestern bestreiten dann meistens das Fehlen der Wäsche.“ Stumpf listete en detail auf, wie das Zählen der Wäsche auf den Stationen insgesamt wöchentlich ca. 130 Stunden beanspruche und in der Wäscherei nochmals 56 Stunden. Und er stellte fest, dass die anteiligen Lohnkosten rund 10 % des Wertes der Wäsche ausmachten, die aber sowieso ständig zu erneuern war. „Wir schlagen vor, dass das Zählen der Schmutzwäsche ab 1.10.1958 eingestellt wird.“ So kam es. Auf diesen „revolutionierenden“ Einfall war Stumpf nach einem Bericht aus England in einer Fachzeitschrift über das gleiche Problem gekommen.¹⁵⁵

Bis 1970 hatte sich die pflegerische Versorgung der Patienten überall in Deutschland verbessert, es stand den Krankenhäusern ausreichend ausgebildetes Personal zur Verfügung. Maßgeblich dazu beigetragen hatten allerorten die hauseigenen Schulen der Krankenpflege. Mitte der 1970er-Jahre veränderte sich die Situation unter Bedingungen geringeren Wirtschaftswachstums und dem Ende der Vollbeschäftigung. Der Pflegeberuf war kein Mangel-



Intensivstation C 010. Überwachen der Medizintechnik: Infusionen und Perfusoren, um 2000.

beruf mehr. Nicht zuletzt aufgrund einer hohen Fluktuation im Beruf angesichts der Belastungen war bundesweit 1988/89 zusammen mit fehlendem Personal in den Alten- und Pflegeheimen allgemein von einem neuen Pflegenotstand die Rede. In einigen Bereichen mussten wegen des Personalengpasses Betten gesperrt werden. Am 11. Mai 1989 traten Schwestern und Pfleger der Psychiatrischen Klinik und der Hautklinik in einen eineinhalbstündigen Warnstreik für bessere Bezahlung und forderten einen Freizeitausgleich für die angehäuften Überstunden.¹⁵⁶ Abermals wurde die tarifliche Vergütung, die 1938 einmal die vorletzte Stufe in der Tarifordnung des öffentlichen Dienstes eingenommen hatte, vergleichbar mit

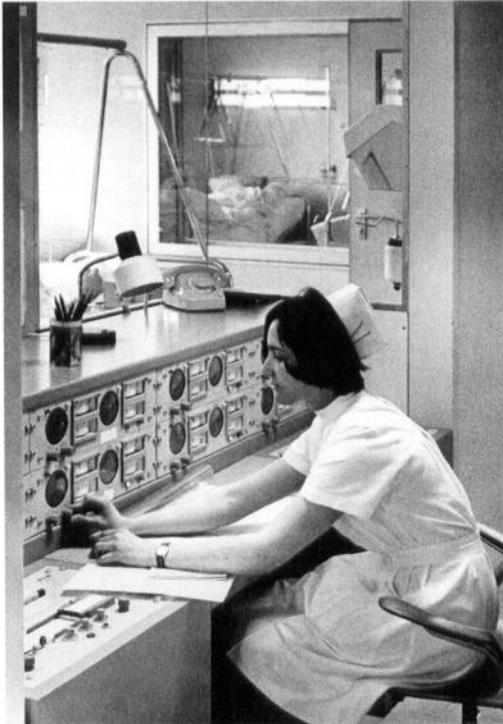
Hilfsarbeiten, wie schon in den 1960er-Jahren durch die Tarifpolitik der Gewerkschaften ÖTV und DAG, um eine ganze Stufe aufgewertet. Im Wettbewerb fügte das Klinikum seinerzeit darüber hinaus hausintern besondere Erhöhungen hinzu. Damit wurde der Pflegeberuf, entgegen in der Öffentlichkeit verbreiteter Ansichten von schlechter Bezahlung, durchaus mit anderen ähnlich qualifizierten Berufen finanziell vergleichbar. Eine andere Frage mag die der Äquivalenz hinsichtlich der Belastung und Verantwortung und insbesondere des unsteten Schichtdienstes und nach wie vor ungenügend geregelter Freizeit durch ungeplantes Einspringen bei knapp gehaltener Personaldecke sein. Eine Situation, die dem

Krankenpflegeberuf nach wie vor eine Sonderstellung zuweist.

Der Krankenpflegeberuf hatte sich während der grundlegenden Änderungen in den 1960er-Jahren enorm differenziert. Die Technisierung markierte einen weiteren Wandel, der über Dialyse- und Intensivabteilungen schließlich auch die „Normalstationen“ erfasste. 1967 war im E-Bau die erste chirurgische Wach- und Intensivstation (heute C 010), 1979 neurochirurgisch erweitert, eingerichtet worden. 1968 folgten die Intensivstation der II. Medizin R 11 (mit dem Neubau: D 11), 1969 die Intensivstation der I. Medizin B 13 und die urologische Wachstation 1970, 1977 eine Intensivstation für Säuglinge und Kinder in der Kinderklinik, 1994 schließlich die neurologische Intensivstation D 12. Dort eingesetztes Pflegepersonal hatte ein deutlich höheres Prestige. Die Assistenz für die Anästhesisten bei der Narkose erfolgte durch abgestellte OP-Schwwestern, ehe 1973 der Pflegedienst Anästhesie selbstständig wurde, 2006 waren fast 50 Pflegekräfte dort tätig.¹⁵⁷ Insgesamt arbeiten heute im hochspezialisierten OP-, Dialyse-, Intensiv- und Anästhesiebereich über 300 Pflegekräfte, rund ein Viertel der Berufsgruppe im Klinikum.

Mit der Vermehrung des Pflegepersonals war 1960 die dritte (für die Chirurgie), 1961 die vierte Oberschwwesternstelle (für HNO, Augenklinik und neurologische Abteilung) eingerichtet worden unter Hinweis auf die wachsende Verwaltungsarbeit und den Umstand, dass die beiden für die I. Medizinische Klinik und die für das Areal Moltkestraße 18 zuständigen Oberschwwestern „die täglichen Visiten und Kontrollen auf den Krankenstationen nicht in dem erwünschten Ausmaß einhalten“ konnten. Die beiden Oberinnen und die bis dahin zwei Oberschwwestern waren bis 1961 die einzigen Schwestern in der Klinik, die in der fünfstufigen Vergütungsordnung die

höchsten drei Stufen einnahmen, alle anderen Schwestern waren in der vorletzten, Hilfskräfte in der letzten Stufe eingruppiert. Nun war der Krankenhausleitung daran gelegen, wenigstens die Stationsschwwestern der größeren Abteilungen mit mindestens sechs unterstellten Schwestern eine Stufe höher zu gruppieren, insgesamt zehn an der Zahl, weil auch sie die Aufstiegsmöglichkeit nach dem BAT als zu gering erachtete.¹⁵⁸ Bemerkenswert und Ausdruck der überkommenen Hierarchie war, dass in diesem System bis dahin selbst eine Oberin für ein großes Haus wie das in Karlsruhe prinzipiell eine Stufe unter dem jüngsten Assistenzarzt eingruppiert war. 1963 setzte der novellierte BAT die zehnstufige (später zwölfstufige) Kr-Gruppierung fest. Sie entsprach der zwischenzeitlich erreichten und immer weitergehenden Differenzierung im Berufsbild. Besser angesehen und vergütet waren die technischen und administrativen Tätigkeiten. Die Änderung im Berufsleitbild war mit einem Perspektivenwechsel von der „Ganzheitlichkeit“ der Versorgung des Patienten hin zu einer Kategorisierung in „Grund-“, und „Behandlungspflege“ und gar zu „höher-“, und „niederwertigen“ Pflegetätigkeiten nach angloamerikanischem Vorbild einhergegangen. Je patientenferner die Arbeit, desto höher wurde die Vergütung angesiedelt. Schließlich sollte die direkte (Grund)Pfleger am Patienten wie z. B. Waschen, Betten, Nahrung reichen gar von Hilfskräften ausgeführt werden. Inzwischen hatten sich in der ganzen Republik wildwuchsartig mehrwöchige oder -monatige Lehrgänge für Pflegehilfskräfte ausgebreitet, die dem Pflegenotstand Abhilfe schaffen und die Kosten senken sollten. Das Krankenpflegegesetz von 1965 legte einheitlich die einjährige Ausbildung mit staatlicher Prüfung als Krankenpflegehelfer /in fest. In den Städtischen Krankenanstalten wurden 1983, bevor dieser Weg aufgegeben wurde, „Einjährige“ ausgebildet.



Zentrale Überwachungsanlage auf der bis dahin modernsten Intensiv- und Wachstation E 20, 1967.

Die Differenzierung setzte sich seither nicht nach „unten“, sondern nach „oben“ fort. Zu den in den 1960er-Jahren einsetzenden Fachweiterbildungen zur OP-Kraft trat die Intensiv- und Anästhesiefachpflegekraft, in den 1980ern auch Psychiatriefachpflegekraft und schließlich gar die Onkologiefachpflege hinzu. Eine langjährige Beschäftigung und Auseinandersetzung um Professionalität in der Pflege mündete 1987 nach angloamerikanischem und skandinavischem Vorbild im ersten bundesdeutschen Lehrstuhl – die DDR war da voraus – der Pflege- und Sozialwissenschaften an der Fachhochschule Osnabrück. Nach einem zögerlichen Beginn ist die Akademisierung des Pflegeberufes seitdem in zahlreichen Hochschulstandorten weiter fortgeschritten (über 50 im Jahr 2007). Der Versuch der Stadt 1991,

auch in Karlsruhe eine Fachhochschule für Krankenpflege zu etablieren, scheiterte am Sozialministerium in Stuttgart, das solche Studiengänge nur an bestehenden Fachhochschulen für Sozialwesen zulassen wollte.¹⁵⁹ Hatten leitende Pflegekräfte in den 1950er-Jahren noch nur wenige Monate dauernde Fortbildungskurse absolviert, welche in den 1960er-Jahren auf 18 Monate für Pflegedienstleitung und Unterrichtskraft erweitert worden waren, wurde nun mit einem vierjährigen Hochschulstudium in Studiengängen wie Pflegemanagement, Pflegepädagogik oder Pflegeforschung die Führungs- und Konzeptionsfähigkeit erweitert und auf vollständig neue Grundlagen gestellt, dies gerade auch im Vergleich mit den bis dahin im Krankenhaus wirkenden Akademikern.¹⁶⁰

Die hohe Arbeitsbelastung im Pflegeberuf, hervorgerufen durch vielfältige Beanspruchung, war ein ständiges Thema. Auch die jederzeitige Verfügbarkeit für andere Berufsgruppen im Haus, insbesondere für die Ärzte, wurde früh thematisiert. 1956 war es nach Beschwerden Gegenstand einer Chefarztbesprechung geworden. „Die Herren“ waren sich über die Notwendigkeit der Entlastung des Schwesternpersonals einig und kamen überein, „in ihren Kliniken Anordnungen zu treffen, dass die Visitenzeiten von den nachgeordneten Ärzten pünktlich eingehalten werden. Sie selbst wollen die Chefvisiten ebenfalls so halten, dass sie nicht vor 8.30 Uhr und nicht nach 18.00 Uhr stattfinden“ und überhaupt rechtzeitig angekündigt werden. Festgelegt wurde sogar, „dass die Operationen, soweit es sich nicht um Notfälle handelt, nur an Vormittagen und an Samstagen überhaupt nicht ausgeführt werden.“ Damit kam man den Wünschen des Pflegepersonals nach besserer Planbarkeit der Arbeit entgegen, wenn auch die OP-Zeiten bei nur zwei aseptischen OP-Tischen seinerzeit in der Chirurgie zwangsläufig ausgedehnt wer-



Intensivstation C 010. Versorgung eines beatmeten Patienten, um 2000.

den mussten und heute beim Umfang des OP-Programms auch bei zehn OP-Sälen das geplante Programm in den Nachmittag reichen muss. Angeregt wurde 1956 zur Entlastung des Pflegepersonals auch erstmals, einen Hol- und Bringdienst für Untersuchungsmaterial, Apotheke und Post einzurichten und dafür einen invaliden Pfleger zu verwenden.¹⁶¹ Die DKG hatte in dieser Zeit eine umfassende Diskussion geführt, den Pflegeberuf nicht durch zusätzliche fachfremde Arbeiten weiter zu belasten und stellte Empfehlungen zur Tätigkeitsabgrenzung gegenüber anderen Berufsgruppen auf unter dem Blickwinkel, Personal zu gewinnen und zu halten.¹⁶² Die Thematik änderte sich in den folgenden Jahrzehnten

kaum. 1995 wurde zur Entlastung des Pflegepersonals mit Patiententransporten der Begleitservice eingerichtet, der von 10 Stellen auf heute über 50 anwuchs.

Hohe Belastung bis hin zur Überforderung war und ist für die Pflegenden ständig präsent, da die prinzipielle Struktur im Gesundheitswesen mit effektiver, rationaler und kostensparender Versorgung des Patienten zu deren Bedürfnissen nach individueller und zeithabender Versorgung im Grundkonflikt steht. Dieses permanente Dilemma wurde immer dann zum akuten Problem, wenn der Personalbestand vollkommen im Missverhältnis zu den Anforderungen stand. 1987/88 waren wieder einmal zwei dieser dramatischen Jahre. Wegen eines

schwebenden Wirtschaftlichkeitsgutachtens war die Stellenfortschreibung seit 1981 eingefroren, woraus ein immer höherer Überstundenberg als sichtbarer Ausdruck des Problems sowie erhöhte Krankheitszahlen und höhere Berufsfuktuation als Folgephänomene resultierte.¹⁶³ Die Probleme waren nicht nur kliniksintern, sondern unter den Bedingungen der Kostendämpfungspolitik bundesweit bemerkbar. Ende der 1980er-Jahre schrieb wieder einmal der Begriff Pflegenotstand Schlagzeilen. Das Klinikum unternahm außerordentliche Anstrengungen zum Wiedereinstieg ehemaliger Pflegekräfte in den Beruf. Trotz Drucks und sogar Wunsches der leitenden Oberin widerstand man der Wiedereinführung einer einjährigen Pflegeausbildung.¹⁶⁴ Bürgermeister Ullrich Eidenmüller und der Krankenhausausschuss griffen in einen sich drehenden Teufelskreislauf ein, indem allein 1987 zwölf zusätzliche Pflegestellen wegen des nicht mehr tragbaren Überstundenberges und der Belastung aus der gesunkenen Verweildauer geschaffen wurden, unabhängig von der Finanzierung durch die Krankenkassen über die vom Stellenplan zusätzlich vorgesehenen weiteren rund 14 Stellen hinaus (ohne die 31 Stellen für die neue Psychiatrische Klinik).¹⁶⁵ Ein Grund der Malaise war die Festschreibung des Personalschlüssels nach den mit den eingetretenen organisatorischen und technischen Veränderungen nicht mehr zu vereinbarenden Anhaltswerten der DKG von 1969. Diese legten zur Personalbedarfserrechnung schematisch beispielsweise in der Erwachsenenpflege 108 Minuten, in der Kinderpflege 90 Minuten, in der Säuglingspflege 134 Minuten Aufwand insgesamt am Tag pro Patient fest, in der Intensivpflege 497 bis 700 Minuten, zuzüglich Urlaubs- und Ausfallberechnung des Personals.¹⁶⁶ Die Kostenträger verweigerten eine Neufestsetzung, nicht aus Prinzip, sondern ihrer eigenen wirtschaftlichen Situation wegen. Erst in der

Folge des Gesundheitsstrukturgesetzes galt ab 1993 eine neue Pflege-Personalregelung (PPR),¹⁶⁷ mit der dem bestehenden Pflegenotstand durch einen angepassten Personalbedarf nach einem komplexen Berechnungsmodell unter Berücksichtigung der Pflegeintensität begegnet werden sollte. Den Personalbedarf in der Psychiatrie regelt seit 1991 eine eigene Bedarfsermittlung. Nachdem damit die Stellen dem tatsächlichen Bedarf wieder angepasst und damit die politischen Ziele erreicht waren, wurde die PPR 1997 wieder aufgegeben, seitdem gilt sie nur noch intern zur Stellenzuteilung.¹⁶⁸ In der Zeit dieses starken Problemdruckes fasste die Krankenhausleitung Beschlüsse zur Verbesserung der Krankenpflege. Arbeitsgruppen erstellten Pflegestandards, die praktische Ausbildung für die Schülerinnen und Schüler der Krankenpflegeschulen wurde reformiert und das seit Einführung des Schichtarbeitsmodells um sich greifende System der Funktionspflege – das heißt die Pflege wird in einzelne Arbeitsschritte zerlegt und fließbandmäßig ausgeführt – wurde im Haus auf den Prüfstand gestellt. Das System der Bezugspflege als eines der Ergebnisse der Diskussion um humane Pflege in den vorausgegangenen beiden Jahrzehnten wurde angeschoben – das heißt, eine Pflegekraft ist mit Auszubildenden im Sinne der Ganzheitlichkeit für alle Belange der Patienten zuständig (Grund- und Behandlungspflege, Administration und Zuwendung). Der Schub der Professionalisierung war damit früh in Bewegung gekommen. Zugleich flachte die frühere strenge Hierarchisierung – hier Ärzte, da Pflegepersonal – ab und machte einem kommunikativen Verständnis mit interdisziplinärer Kooperation zweier eigenständiger Gesundheitsberufe Platz, die Rollen in der Krankenhausorganisation wurden damit aber nicht vertauscht.¹⁶⁹

Ein Ergebnis der Professionalisierung in der Krankenpflege sind die seit 1994 durch die

Pflegedienstleitung angeschobene Erstellung von Pflegestandards, die die Durchführung von Pflegemaßnahmen einheitlich für das gesamte Haus festlegen. Sie dienen der Qualitätssicherung in der Krankenpflege, und als überprüfbare Parameter fließen sie in die gesetzlich geforderte Qualitätssicherung ein.

1994 war Birgit Mangold die erste akademisch ausgebildete leitende Pflegekraft im Klinikum. Helmut Mrochen, der seit 1987 Oberin Brandt unterstützt hatte und mit deren Zuruhesetzung 1993 Pflegedirektor wurde, reorganisierte in einer Übergangsphase den Pflegedienst. Nach seinem altersbedingten Ausscheiden folgte nach Wahl durch den Aufsichtsrat 1997 Josef Hug. Er steht seitdem für den neuen Leitungscharakter in der Krankenpflege: kooperativ, kommunikativ, analytisch und koordinierend. Hug hatte 1974 seine Krankenpflegeausbildung im Haus begonnen, stand jahrelang der Intensivstation der II. Medizinischen Klinik vor und hatte sein Pflegemanagementstudium an der Fachhochschule Darmstadt 1996 abgeschlossen.

Mit dem durch die Gesetzgebung vorgegebenen Wandel im Gesundheitswesen, neuen demographischen Bedingungen und veränderten gesellschaftlichen Erwartungen war abermals eine grundsätzliche Neuausrichtung im Pflegemanagement – ein neu aufgekommener Begriff – verbunden. Nach dem Wechsel in den Führungsstrukturen von der Badischen Schwesternschaft zu den freien Pflegekräften seit den 1960er-Jahren und dem langen Emanzipationsprozess, dem Auf- und Ausbau der Funktions- und Fachbereiche bis in die 1970er- und 80er-Jahre, waren wieder neue Ausrichtungen und Strukturen zu etablieren. Dazu wurde seit 1998, initiiert durch die Pflegedirektion, eine neue Pflegekonzeption, auf den Weg gebracht. Die allgemeinen Pflegestationen wurden seit 1998 in sechs so genannten Pflegezentren, jeweils eines für die chirurgischen und

die konservativen Fachbereiche, die OP- und die Intensivbereiche, Frauen- und Kinderklinik sowie Psychiatrie zusammengefasst.

Um den immer höheren Anforderungen gerecht zu werden, kam ein besonderer Augenmerk der systematisch aufgebauten innerbetrieblichen Fortbildung zu, die schließlich 2001 zu dem von Pflegedirektor Hug konzeptionell entwickelten Bildungs- und Beratungszentrum (BBz) führte. Mit dem Modell wurde den Anforderungen und steten Herausforderung zur Anpassung an neue Konzeptionen Rechnung getragen und zugleich die Möglichkeit gegeben, die Impulse der akademisierten Krankenpflege aufzunehmen.

Die kontinuierliche Weiterqualifikation sichert die notwendige Flexibilität zur Anpassung an neue Kompetenzanforderungen, und das BBz trägt dem neu geltenden Prinzip des berufslangen Lernens Rechnung. Mit 3.000 internen, aber auch externen Teilnehmenden bedeutet dies, dass ein großer Teil der Beschäftigten ein oder mehrmals jährlich Fortbildungskurse besucht. Rund 200 Klinikumsmitarbeiterinnen und -mitarbeiter befanden sich 2006 in längerfristigen Fort- und Weiterbildungen.

Mit der Einführung eines Organisationsleitbildes im Pflegedienst 1998 und der Initiative zum „patienten- und kundenorientierten Arbeiten“ kamen wesentliche neue Impulse. Dabei ist der Perspektivenwechsel von „Patient“ zu „Kunde“ interdisziplinär höchst umstritten. Sehen Marktbefürworter im aufgeklärten Kunden eines transparenten Gesundheitsmarktes einen kritischen und den Anbietern gegenüber gleichberechtigten Nachfrager von Dienstleistungen, so machen Kritiker geltend, dass kranke Menschen hilfsbedürftig sind und nur eingeschränkt souveräne Entscheidungen treffen können. In der Wirtschaft gibt es gemäß der Kaufkraft gute und schlechte Kunden, was im Gesundheitswesen fatal wäre. Davon unabhängig, war mit der Reflektion zum pati-

entenorientierten Arbeiten ein wesentlicher Impuls für den Pflegedienst im Klinikum verbunden. Die bereits Ende der 1980er-Jahre begonnenen Pflegestandards wurden nach 1998 systematisch ausgebaut und zugleich ein pflegerisches Qualitätssicherungsmanagement etabliert. Die Technisierung im Krankenhaus erhöhte die Intensität und Qualität der krankenschwesterlichen Arbeit, die ständige Fort- und Weiterbildung notwendig macht. Bereits 1994/95 waren hausintern Praxisanleiter und Mentoren für die praktische Ausbildung qualifiziert worden.

Zur eigentlichen Krankenpflege kommt ein immer höherer Aufwand an administrativen und dokumentarischen Tätigkeiten. Die Medizin kann die Gesundheit nicht in jedem Fall wiederherstellen, so werden Patienten mit chronischen Verläufen und bleibenden Gesundheitsstörungen entlassen, die diese oder ihre Angehörigen vor ein zu bewältigendes Problem stellen. Dazu müssen Fähigkeiten schon während des Krankenhausaufenthaltes durch pflegerische Verrichtungen oder z. B. durch Anleitung zur Bedienung von Geräten trainiert werden. Informations-, Kommunikations- und Gefühlsarbeit sind neue Kompetenzanforderungen in der Pflege. Mit einem gewandelten gesellschaftlichen Bewusstsein ist der dulddende, passive Patient von einst zu einem Patienten geworden, der Transparenz und Information als Voraussetzung zur emanzipierten Mitsprache einfordert. Der Erwartung des Patienten, dass umfassend auf seine physischen und psychischen Bedürfnisse, die im Zusammenhang mit der Krankheit stehen, eingegangen wird, hat sich die Krankenpflege zu stellen.¹⁷⁰

Die in den 1960er-Jahren mit dem Berufsbildwandel erfolgte Änderung zu einer funktionalistischen Krankenpflege ist seit Ende der 1980er-Jahre infolge der Reflektionen mit der Akademisierung der Pflege wieder mehr zu

einer „Ganzheitssichtweise“ geworden, ohne das alte erledigte Leitbild vom „Liebesdienst“ wieder aufzugreifen, im Gegenteil. Patientenorientierte Krankenpflege wird umfassender als Pflege oder Gesundheitsfürsorge verstanden. Krankenschwestern und Krankenpfleger wurden zu Gesundheits- oder Pflegetherapeuten, wie dies im Krankenpflegegesetz zum 1. Januar 2004 nicht nur an der Berufsbezeichnung „Gesundheits- und Krankenpfleger/in“ bzw. „-Kinderkrankenpfleger/in“ deutlich wird, sondern auch in den Ausbildungszielen, die die eigenständigen Aufgabenbereiche der Pflege hervorheben.

Danach bleibt Pflege nicht auf den kurativen Aspekt beschränkt. Krankenpflege beinhaltet fortan auch präventive, rehabilitative und beratende Aufgaben, womit der ganzheitliche Aspekt befördert wird, Begleitung, Betreuung und Kommunikation. Die Ausbildung beschränkt sich nicht allein auf das Krankenhaus, sondern bezieht auch ambulante und Rehabilitationseinrichtungen mit ein. „Dienen“ als Hauptmotiv in der Pflege hatte mit dem Rückgang der Schwesternschaft vom Roten Kreuz auch im Klinikum an Bedeutung verloren, wie überhaupt die Ideologisierung dieses „schönsten der Frauenberufe“ – so 1961 die Werbebroschüre für die hiesige Krankenpflegeschule – an Bedeutung verlor, ohne sie jedoch bis in die Gegenwart ganz zu verlieren. Mit Durchsetzung moderner Tarifnormen war aus dem „aufopferungsvollen Dienst am Nächsten“ der Schwesternschaften und ihrer Mutterhäuser ein anerkannter Erwerbsberuf geworden. Gleichwohl sind persönliche Schlüsselqualifikationen wie Zuwendungsbereitschaft, Kommunikation und Empathie im Pflegeberuf notwendig. Anstelle „mütterlichen Liebesdienstes“¹⁷¹ der Schwester geschieht dies nun mithilfe reflektierter psychosozialer Fähigkeiten. Der Patient wird nicht mehr von „seiner“ Schwester bedient, sondern pflegerisch ange-

OP-Leistungen

| | 1960 | 1970 | 1980 | 2005 |
|---|-------|--------|--------|---|
| Augenklinik | 314 | 449 | 3.461 | 12.732 |
| Chirurgische Klinik | 4.124 | 5.873 | 9.306 | 17.670 |
| Frauenklinik | 650 | 1.252 | 3.351 | 2.483 |
| Hautklinik | - | 524 | 2.143 | 3.454 |
| HNO-Klinik | 1.682 | 2.463 | 9.299 | 18.277 |
| Urologische Klinik | 650 | 1.821 | 4.268 | 3.743 (zusätzlich 725 Lithotripsie) |
| Kinderchirurgische Klinik | 1.232 | 2.458 | 3.524 | 2.640 |
| Klinik für Mund-Kiefer-Gesichts-Chirurgie | - | 4.575 | 6.567 | 6.988 |
| Neurochirurgische Klinik | | | 301 | 1.825 |
| Gesamt | 8.652 | 19.415 | 42.200 | 65.169 |

leitet, seine Fähigkeiten schrittweise wieder zu gewinnen oder zu verbessern, ein wichtiger Aspekt professioneller Pflege.

Der ärztliche Bereich: Stellung der Chefarzte¹⁷²

Das bereits vor 1907 geltende Prinzip der Krankenhausleitung, nach dem letztlich in allen Angelegenheiten des laufenden Krankenhausbetriebs der (ärztliche) Direktor das Sagen hatte, bestand im Prinzip bis nach 1945. Der Krankenhauskommission (Krankenhausausschuss) kam mehr eine Aufsichtsposition zu, und der von der Stadt eingesetzte Verwalter blieb letztlich dem ärztlichen Direktor untergeordnet. Dieses in Deutschland verbreitete System wurde schon jahrzehntelang grundsätzlich in Frage gestellt, weil viele Städte als Krankenhausträger ihren Einfluss auf strategische Entscheidungen und den Einfluss vor dem Hintergrund finanzieller Fragen gefährdet sahen. Auch Karlsruhe wollte die Stellung des Verwaltungsleiters aufwerten und dem ärztli-

chen Leiter gleichstellen. Diese bisher einschneidendste Änderung in der Führung des Krankenhauses verlief nicht ohne Auseinandersetzung. Der Auffassung der Stadt stand die ärztliche Ansicht entgegen, dass ein „Krankenhaus nur nach ärztlichen Gesichtspunkten geleitet werden kann“ und demzufolge „an der Spitze nur ein Arzt stehen kann“ und „kein Verwaltungsbeamter“. ¹⁷³ Die Bezirksvereinigung Karlsruhe des Marburger Bundes als Vertretung aller angestellten Klinikärzte, also einschließlich der Chefarzte, sah in der „autoritativen Stellung des ärztlichen Direktors eine unabdingbare Notwendigkeit für die einheitliche Leitung einer Krankenanstalt“ und intervenierte heftig gegen die Gleichstellung von Verwaltungsdirektor und Ärztlichem Direktor. ¹⁷⁴ Doch unmittelbar nach der Nachkriegsreorganisation der Krankenanstalten gingen Gemeinderat und Krankenhausausschuss das Problem grundsätzlich an und lösten es nach dem Muster der Arbeitsgemeinschaft für das Krankenhauswesen in Bayern, wo 1948 intensiv um eine Reform gerungen wurde.

Die neue Verwaltungsordnung der Städtischen Krankenanstalten von 1949 legte die Gleichstellung der Krankenhausleitung von Verwaltungsdirektor und Ärztlichem Direktor fest.¹⁷⁵ Formal abgegrenzt wurden die Verantwortungsbereiche für Verwaltungs-, Finanz- und Wirtschaftsbetrieb bei ersterem und für Medizin und Hygiene bei zweiterem. Zwar wurden beide Positionen durch die Stadt bestimmt, praktisch kam dem Verwaltungsdirektor durch sein Aufgabengebiet und seine kontinuierliche Stellung gegenüber dem häufiger wechselnden Ärztlichen Direktor, der diese Aufgabe zusätzlich zu seiner eigentlichen Chefarztfunktion ausübte, wie von der Stadt gewünscht durchaus die dominierende Stellung zu. Die Stelle des Ärztlichen Direktors war zwar bis 1969 formal unbefristet, mehrmals gab es aber auf eigenen Wunsch der Stelleninhaber vorzeitige Wechsel; von 1969 bis 1996 wurde der Ärztliche Direktor auf Vorschlag der Klinik- und Institutsdirektoren vom Gemeinderat auf drei Jahre gewählt. In der Praxis bewährte sich das neue Klinikleitungssystem.

Zwischen den Chefärzten war nach dem Geist der Organisation von 1949 die Stellung des Ärztlichen Direktors noch hierarchisch herausgehoben, indem alle anderen Chefärzte formal seiner Dienstaufsicht unterstanden, was auch bedeutete, dass jeder von ihnen nur über ihn mit der Stadtverwaltung verkehren durfte. Tatsächlich war aber jeder Chefarzt allein verantwortlich für seinen Klinikbereich und im Chefärztkollegium hätte sich niemand seinen autonomen Status in Frage stellen lassen. Weil praktisch ohne Konsequenzen, verlief eine 1969 allein vom Verwaltungsdirektor angestoßene Änderung deswegen im Sande und die Verwaltungsordnung von 1949 hatte bis 1978 Bestand, ehe sie den Bestimmungen des Landeskrankenhausgesetzes angepasst wurde.

1948 war in einer Dienstanweisung festgelegt worden, dass ein Chefarzt täglich seine

Klinik zu begehnen und III.-Klasse-Patienten zweimal wöchentlich zu visitieren hatte. Dies stellten die Klinikleiter 1950 erneut in Frage, doch der Bürgermeister bestand darauf, damit ein Chefarzt nicht nur für seine Privatpatienten da sei, während er die anderen nur einmal die Woche sehe. „Es sollte nicht der Eindruck“, so Gutenkunst, „einer zu großen Unterscheidung erweckt werden.“¹⁷⁶ Die regelmäßige Präsenz des Chefarztes war auch wegen der von ihm verkörperten Fachkompetenz notwendig, da zu jener Zeit die Assistenzärzte und auch der oft einzige Oberarzt wesentlich kurzfristiger im Haus tätig waren als zu späteren Zeiten.

Dauerstreitthema zwischen den Chefärzten und der Stadt war über Jahrzehnte die Frage der Abführungsbeiträge aus den Privathonoraren. Von alters her hatten die Chefärzte neben ihrer Vergütung das Recht, von Privatpatienten bzw. auch Selbstzahlern der III. Klasse Privathonorare zu erheben. 1938 hatten die Städte als kommunale Krankenhausträger dieses überkommene System in Frage gestellt und Abführungsordnungen zwischen 5 und 20 % der Chefärzterträge erstellt. Der Krankenhausausschuss stellte 1947 das Thema ganz prinzipiell auf die Tagesordnung, weil er meinte, dass für die Bereitstellung von Einrichtungen, Instrumenten und Personal durch die Stadt, die zudem ein immer größeres Defizit trage, eine Abführung notwendig und gerechtfertigt sei. Der Ärztliche Direktor Prof. Schoen ließ den Ausschuss dazu wissen, dass „die Ärzteschaft letzten Endes nicht dazu da sei, um das Defizit der Stadt Karlsruhe zu senken“, die Abführung, 15 bzw. 20 % bei Privaterlösen über 50.000 RM, aber war beschlossene Sache.¹⁷⁷ 1948 ging es nun darum, ein Muster für künftige Dienstvertragsregelungen der Chefärzte zu erstellen. Wegen prinzipieller Gegensätze nicht nur in der Frage der gestaffelten Abführungen, sondern auch darüber, dass die Stadt u. a. auf alleiniger Entscheidung über die



Prof. Dr. Kurt Spohn, Chefarzt der Chirurgischen Klinik 1960-1984; Ärztlicher Direktor 1963-1969.



Prof. Dr. Richard Haubrich, Chefarzt der Strahlenklinik und Leiter des Zentralröntgen-Instituts 1956-1977; Ärztlicher Direktor 1972-1975.

Anzahl der Privatbetten bestand, wandte der Krankenhausausschuss trotz der Beschäftigung mit den noch vielen kriegsbedingten Notlagen seine Hauptschaffenskraft auf diese Angelegenheit. Wegen der geschlossenen Front der Chefärzte in der Abführungsfrage ihrer Nebeneinkünfte – die tatsächlich ein Mehrfaches ihrer Haupteinkunft, des Gehalts, ausmachten –, zogen sich die Verhandlungen in die Länge. Am Ende aber mussten die Leitenden Ärzte der von Bürgermeister Gutenkunst vorgelegten Regelung, abhängig von der Höhe der erzielten Brutto-Einnahmen und auch abhängig vom Beschäftigungsstatus, zwischen 10 und 40% dieser Einnahmen an die Stadt abführen.¹⁷⁸ Fünf der elf Leitenden Ärzte hatten 1948 Beamtenstatus, der Ärztliche Direktor Prof. Schoen, die der Chirurgischen, der I. Medizinischen und der Kinderklinik sowie der Leiter des Pathologisch-bakteriologischen

Instituts. Beamtenstellung nahmen später nur noch die Leiter der größeren Kliniken ein, 1968 waren dies die Chefärzte der Chirurgischen, der Frauen-, der Urologischen und der I. Medizinischen Klinik sowie Prof. Haubrich vom Röntgeninstitut und Strahlenklinik.¹⁷⁹ 1969 befanden sich nur noch drei im Beamtenverhältnis, nach Auslaufen der alten Chefarztverträge gab es keine Verbeamtung mehr. Als Entgegenkommen hatten die anderen privatrechtlich angestellten Chefärzte von der Stadt 1963 eine beamtenrechtliche Altersversorgung zugestanden bekommen.

Trotz des bestehenden Beamten- oder Angestelltenverhältnisses mit der entsprechenden Vergütung kam den Chefärzten durch die Liquidation bei Privatpatienten und anderen selbstzahlenden Patienten ein zusätzlicher freiberuflicher Status zu. Da die Abführungsfrage während der gesamten 1950er-Jahre bundes-

weit auf der Tagesordnung stand, schwelte der Konflikt trotz der Regelung von 1949 in Karlsruhe weiter. 1957 hatten sich DKG und der Deutsche Chefarztverband bundesweit auf „Richtlinien für die Gestaltung von Chefarztverträgen“ geeinigt,¹⁸⁰ die aber nach Meinung der hiesigen Chefarzte nicht genügend umgesetzt wurden. Dies war Anlass ihres gemeinsamen weitgefassten Antrages an die Stadt von 1965, in dem sie neben zahlreichen Besserstellungen, u. a. Selbstbestimmung der Zahl der Privatbetten, praktische Unkündbarkeit, grundsätzliche Beamtenaltersversorgung, vor allem die Abschaffung der gestaffelten Abgabe aus Honorarerlösen der Privatpatienten auf höchstens 20 statt 40 % und vom Nettoertrag statt Bruttoerlös forderten.¹⁸¹ Die Abführung aus diesen Nebeneinnahmen an die Stadt betrug 1953 bspw. 107.000 DM, 1967 1.5 Mio. DM.¹⁸² Dies waren etwa 35 % ihrer Brutto- nebeneinnahmen, aus denen die Leitenden Ärzte abgesehen von Nutzungsentgelt für noch für sie arbeitende nachgeordnete Ärzte sowie Ambulanz-, Schreibpersonal etc. (das aber über die Stadt angestellt war) bezahlen mussten, im Durchschnitt rund 15 % aus den Liquidationseinkünften. Seit 1971 flossen diese Gelder in einen „Pool“ mit festgelegtem Verteilungsmodus nach erbrachter Leistung. Die realen Verdienste der einzelnen Chefarzte waren also ganz unterschiedlich und hingen entscheidend von der Klinikgröße und der Zahl der Privatbetten ab. Auf Drängen der Chefarzte auf mehr Privatbetten wies die Stadt auf den im Vergleich zu Kliniken anderer Großstädte höchsten Anteil von rund 12 % hin. Der Konflikt zog sich wegen der grundsätzlichen Auseinandersetzung zwischen den Verbänden auf Bundesebene zum Ärger der Chefarzte lange hin. Während es in Krankenhäusern einiger Städte zu ernsthaften Verwerfungen kam, bewahrten in Karlsruhe die Kontrahenten die Contenance, nicht zuletzt wegen des guten

Drahtes des Ärztlichen Direktors Spohn zur Stadtspitze.

Einige Krankenhausträger sprachen angesichts der mehr als selbstbewusst auf Bestausstattung ihrer finanziellen Absicherung auftretenden Leitenden Ärzte im Marburger Bund sogar schon davon, dass das Liquidationssystem „überholt“ sei und dass die Krankenhäuser künftig allen im Krankenhaus angestellten Ärzten lediglich ein Gehalt, allerdings vor dem Hintergrund der Leistung und Verantwortung, ein hohes, zu gewährleisten hätten, aber nicht mehr, wie polemisch zugespitzt wurde, für „ärztliche Unternehmer ohne Risiko“ einen Selbstbedienungsladen darstellen sollten.¹⁸³ Aufgrund des direkten Kontaktes der Chefarzte zum Oberbürgermeister war bei einigen Gemeinderatsmitgliedern Besorgnis aufgekommen. Sie beschwerten sich bei Klotz über die Einflussnahme der Chefarzte und auch darüber, dass der Krankenhausausschuss bei Chefarztbestellungen durch die Vorauswahl im Chefarztkollegium nur einen Teil der Bewerber sehe.¹⁸⁴

Erst 1968 kam es wegen der Dienstverträge zu einer grundsätzlichen Verhandlungsrunde, in der Bürgermeister Hofheinz den Part des sparsamen Finanzverwalters übernahm, während Oberbürgermeister Klotz den Chefarzten entgegen kam und ein für beide Seiten befriedigendes Ergebnis versprach. Er übernahm deren Ansicht, dass der jeweilige Chefarzt das Renommee der Klinik ausmache und Patienten anziehe, was wiederum der Stadt zugute käme.¹⁸⁵ 1969 wurden schließlich zum folgenden Jahr in beiderseitigem Einvernehmen die Dienstverträge der Leitenden Ärzte (Chefarzte) mit einem Kompromiss geändert, der im Grundsatz näher bei der städtischen Auffassung lag, aber trotzdem etwa ein Fünftel weniger Einnahmen aus diesen Einkünften für die Stadt im Vergleich zu vorher vorsah. Dafür wurde das Grundsalar um eine Stufe angeho-

ben.¹⁸⁶ Sämtliche Chefärzte wurden gleichzeitig auch formal aufgewertet, indem ihnen seit 1969 der Titel Direktor ihrer Kliniken verliehen wurde.¹⁸⁷

Die prinzipielle Frage der ärztlichen Versorgung von Kranken wurde 1955 als im europäischen Vergleich spezifisch deutsche Lösung im Kassenarztrecht 1955 dahin gehend entschieden, dass die niedergelassenen freiberuflichen Ärzte allein für die ambulante Versorgung zuständig erklärt wurden, in den Krankenhäusern durften nur die liquidationsberechtigten Ärzte Privatpatienten in begrenztem Umfang behandeln. Umgekehrt konnte ein niedergelassener Arzt als Belegarzt im Krankenhaus quasi als Mieter Leistungen erbringen und abrechnen. Erst mit den Gesundheitsstrukturreformen seit den 1990er-Jahren, da allerdings unter dem Blickwinkel von Wirtschaftlichkeit und Marktfähigkeit, wurde die strikte Trennung in einigen Bereichen aufgebrochen, wie mit dem ambulanten Operieren und mit der integrierten Versorgung.¹⁸⁸ 1959 hatte die Deutsche Krankenhausgesellschaft „Grundsätze über die Gestaltung von Verträgen zwischen Krankenhausträgern und Belegärzten“ ausgearbeitet. Als 1962 in der HNO-Klinik nach dem Tod des Klinikdirektors Moritz Weber die Chefärztnachfolge anstand, wurde ernsthaft die Änderung zu einer Belegarztambulanz erörtert. Allein die von der Kassenärztlichen Vereinigung Karlsruhe im Gesamtinteresse ihrer Mitglieder begrenzte Zahl von 20 Betten pro Belegarzt ließ davon Abstand nehmen, da dann drei Belegärzte hätten hereingenommen werden müssen und man um den Ruf des Hauses fürchtete.¹⁸⁹

Am typischen, rund 20 Jahre langen Weg über die Stationen Medizinausbildung, Assistenzarztzeit mit Erlangung des Facharztes und jahrelanger Tätigkeit als Oberarzt und Habilitation, bevor die Berufung zum Chefarzt kommt, hat sich seit 1945 wenig geändert,

zusätzlich weisen heute zahlreiche Bewerber eine umfassende ärztliche Auslandserfahrung vor. Idealtypisch erfolgt der Ruf zwischen dem 40. und 45. Lebensjahr und trotz mittlerweile angestellter Überlegungen zu zeitlicher Befristung leitender Tätigkeiten ist damit eine Lebensstellung verbunden. Das garantiert über lange Zeiträume Kontinuitäten, so hat seit 1946 bis 2007 bspw. die Chirurgische Klinik nur drei Chefärzte (Prof. Laqua bis 1960, Prof. Spohn bis 1984, Prof. Bähr bis 2007) gesehen, ebenso die Urologische Klinik (Prof. Schneider bis 1968, Prof. Matouschek bis 1989, Prof. Frohneberg seitdem), allein die Anästhesie hat seit 1953/1965 nur zwei Leiter erlebt (Dr. Merkel bis 1986, seitdem Prof. Dieter Daub), bei der überwiegenden Mehrzahl ist 2007 die „vierte Generation“ seit 1946 an der Spitze des Hauses. Die lange Amtszeit des ersten Augenklinikchefs Dr. Theodor Vüllers von 1946 bis 1975 bleibt dabei ein vermutlich nicht mehr zu überbietender Rekord.

„Ein Mann von Format“ – bis 2007 gab es insgesamt fünf Chefärztinnen im Klinikum – war nicht nur für die Chirurgie 1960 erwünscht. Für die großen Kliniken strebte die Stadt immer einen in Fachwissen und Persönlichkeit den Universitätskliniken vergleichbaren Chefarzt an und lag über die Jahrzehnte in der Auswahl dabei richtig. Mit der Ausdifferenzierung der Medizin, dem akademischen Lehrkrankenhaus und als Haus der Maximalversorgung und damit den Universitätskliniken gleichgestellt, wurde auch für die kleineren Kliniken derselbe hohe Maßstab angelegt. Die Chefärzte und die von ihnen ernannten Oberärzte und -ärztinnen garantieren die Diagnostik und Therapie jeweils auf dem höchsten Stand der Medizin. Mit der ständigen Innovation in der Medizintechnik und entsprechenden Kosten sind die Leitenden Ärzte heute mehr als ihre Vorgänger zu betriebswirtschaftlichen Überlegungen und zu Kollegiali-

tät verpflichtet. Bis um 1980 war das Rollenbild seit der Jahrhundertwende nur unwesentlich verändert und zeigte sich sichtbar für alle Beteiligten beim Ablauf der wöchentlichen Chefarzt-Visite auf der Allgemeinstation, in der jeder seinen Part zu spielen hatte: Der Patient brav liegend im Bett und nur auf eventuelle Fragen antwortend, die Kranken-Unterlagen am Fußende vorgerichtet und nach der Visite eingesammelt, der Assistenzarzt dem Chefarzt in knappster Form Bericht erstattend, dieser wahlweise den Assistenzarzt oder die anwesenden Medizinstudenten examinierend oder über das Krankheitsbild dozierend, die Stationsschwester, sonst ohne Häubchen, dieses zu diesem Anlass angelegt und eventuelle Anordnungen sofort notierend, nachgeordnetes Pflegepersonal mit Instrumentenschalen, Krankenpflege-Schüler bereit mit einem Stück Seife und einem Handtuch (was nicht gebraucht wurde), der letzte Untergeordnete die Tür schließend, nachdem der gesamte Pulk in Weiß das Patientenzimmer verlassen hat.¹⁹⁰

Der Generation der Chefärzte, die ihre Ausbildung bei den Kapazitäten der Vorkriegszeit durchlaufen und alte Muster tradiert hatte, folgte eine neue Generation, die ihre Ausbildung in der Zeit des kulturellen Umbruchs der 1960er-Jahre erfahren hatte. Die Aufteilung der großen Kliniken in spezialisierte kleinere Kliniken brachte ebenfalls einen Wandel mit sich. Prof. Spohn war noch für über 300 Betten zuständig, danach hatte dann, Empfehlungen der DKG folgend, keine der Kliniken mehr als 120 bis 130 Betten.

Obleich gerade erst in neuester Zeit die überlieferten Organisationsstrukturen mit einer festgefügtten Hierarchie vom Chefarzt über Oberärzte, Fachärzte und Assistenzärzte auf dem Prüfstand steht, ist die Zeit des Chefarztes als Patriarch längst Vergangenheit. Medizinische Komplexität, schnellere Abläufe und der Organisationswandel in der Klinik erfordern

interdisziplinäre und kollegiale Entscheidungen. Früher für ihren Klinikbereich mit fast alleiniger Machtbefugnis ausgestattet, sind die Chefärzte heute in ungleich höherem Maß als je zuvor den wirtschaftlichen Erfordernissen des Hauses unterworfen und sind ihnen neben der vorausgesetzten fachlichen Kompetenz mehr denn je Führungs- und Managementaufgaben zugewachsen.¹⁹¹

*Immer verfügbar –
„frisches Blut“ unter den Ärzten*

Die Bedingungen der angestellten Krankenhausärzte waren nach 1945 unsicher. Ärzte hatten immer noch gemäß der nationalsozialistischen Krankenhaustarifordnungen von 1940 „ihre gesamte Arbeitskraft zur Verfügung zu stellen“,¹⁹² davon abgeleitet also durchaus ständig präsent zu sein. Und bis in die 1960er-Jahre wohnten einige ledige Ärztinnen und Ärzte unter vergleichbaren Verhältnissen neben den Schwesternzimmern unter den Dächern der Klinik. „Die Schwestern-Oberin ist mit der gemeinsamen Unterbringung von Schwestern und Ärzten auf dem gleichen Gang schon von Anfang an nicht einverstanden gewesen und verlangt immer wieder im Interesse ihrer Schwestern die Änderung dieses Zustandes“, monierte Stumpf 1959.¹⁹³ Die ständige Verfügbarkeit war für die jungen Ärzte fast alternativlos, da ihnen mit befristeten Arbeitsverhältnissen auf dem seinerzeitigen Wohnungsmarkt wenig Alternativen offen standen.

Praktisch allerdings unterschied sich der Status der Ärzte durch den erreichten Grad der Professionalität entscheidend von dem der Schwestern. Doch Abstufungen ergaben sich durch die noch herrschende extreme Hierarchisierung im Krankenhaus. Die ärztliche Gehaltsvergütungsordnung „TO.A“ stammte

gleichfalls von 1940. Unter sie fielen jedoch nicht die Volontärärzte, d. h. die bereits approbierten Ärzte, die mangels regulärer Anstellung sich zu weiteren freiwilligen „Ausbildungszwecken“ bereit erklärten, ein Jahr unentgeltlich oder untertariflich vor einer regulären Anstellung zu arbeiten. Praktisch wurden sie, wie allgemein Praxis, auch in den Städtischen Krankenanstalten in den gewöhnlichen Dienstbetrieb integriert und verdeckten so das Missverhältnis zwischen der pro Arzt zu behandelnden Anzahl von Patienten. Darum gab es zahlreiche Prozesse zur Vergütung dieser kostenlos arbeitenden Ärzte, die deren Interessenvertretung Marburger Bund seit 1949 führte. Ein Urteil des Landesarbeitsgerichts Düsseldorf von 1951, demnach jede ärztliche Tätigkeit, die nicht ausdrücklich der Ausbildung als Volontärarzt diene, mit der Tarifstufe III zu vergüten sei, spätestens nach einem Jahr, erregte bundesweit Aufsehen. Die daraufhin über den Marburger Bund gegen die Stadt eingereichte Klage eines Hilfsarztes schreckte die hiesigen Verantwortlichen bei Stadt- und Krankenhausverwaltung 1951 auf. Bürgermeister Gutenkunst stellte das System der Hilfs- oder Jungärzte, die, wie er ausdrückte, „freiwillig“ untertariflich arbeiteten, auf den Prüfstand. Während die Chefärzte angaben, dass die Hilfsärzte, das sind die nach dem einen Jahr Volontärszeit weiter untertariflich arbeitenden Ärzte, nicht vollwertig einsetzbar seien, ergab der Augenschein ihren vollbeschäftigten Einsatz mit Betrauung einer Station. Daraufhin legte der Stadtrat noch 1951 fest, pro 35 Betten einen Arzt tariflich zu entlohnen, um sich nicht den Ansprüchen des Marburger Bundes nach rückwirkender Bezahlung auszusetzen. Die bisherigen 17 Hilfsarztstellen wurden ersatzlos gestrichen und stattdessen 14 neue reguläre Assistenzarztstellen geschaffen und damit insgesamt 46 im städtischen Krankenhaus.¹⁹⁴ Bis dahin hatte noch die Empfeh-

lung des württembergisch-badischen Städte- tages von 1949 mit dem Verhältnis 50:1 gegolten. 1949 gab es neben den zwölf Chefärzten bzw. Abteilungsleitern nur vier Oberärzte, die bis dahin 28 Assistenzärzte waren um fünf auf 33, die 28 Volontärärzte um sechs auf 34 vermehrt worden.¹⁹⁵

Die Auseinandersetzung um einen verbesserten Personalschlüssel setzte sich als unaufhörliche Geschichte fort. 1958 forderte der Marburger Bund nach dem Vorbild der Städtischen Krankenanstalten Mannheim einen Schlüssel von einem Arzt auf 30 Betten und zusätzliche Stellen für Sonderdienste wie Patientenaufnahmen, EKG, Kreißsaal etc. und auch hier weitere vier Oberarzt- und zunächst 51, dann reduziert auf 35, Assistenzarztstellen sowie Höhergruppierungen. Schließlich wurde 16 neuen Stellen zugestimmt.¹⁹⁶ Die medizinische Entwicklung beließ den Chefärzten immer weniger die komplette Übersicht über „ihr“ Fachgebiet. Oberärzte bekamen mit der Aufsicht über Teilbereiche und besonders der ausgeweiteten Funktionsbereiche wie bspw. der Endoskopie ein immenses Aufgabengebiet hinzu. 1962 war in der I. Medizinischen Klinik die zweite Oberarztstelle unumgänglich geworden, gerungen werden musste aber, ob es nur ein Titular-Oberarzt oder tatsächlich ein vom gewöhnlichen Stationsdienst freigestellter Oberarzt sein sollte. Bekäme die I. Medizinische Klinik einen weiteren freigestellten Oberarzt, so die richtige Ahnung im Krankenhausausschuss, wäre der II. Medizinischen ebenso wie der Chirurgischen Klinik auf ihre ebenfalls gestellten Anträge auch die jeweils zweite Oberarztstelle zu genehmigen. So kam es auch. 1966 hatten beide Kliniken nach weiterer Technisierung in Diagnostik und Therapie bei immer ausgefeilteren endoskopischen Möglichkeiten sowie der Dialyse wegen drei Oberarztstellen. 1963 erhielt die Frauenklinik überhaupt erstmals einen Oberarzt, auch kleinere



Prof. Dr. Moritz Weber,
Chefarzt der HNO-Klinik 1951-1962.

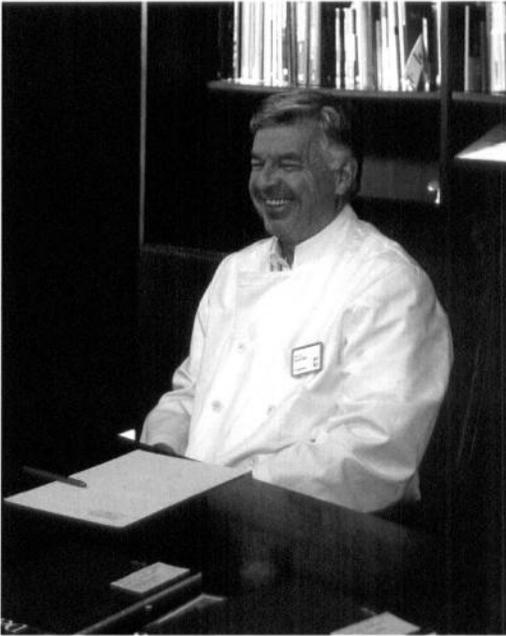


Prof. Dr. Marie-Luise Sautter-Bihl,
Chefärztin der Strahlentherapie seit 1994.

Kliniken wie die HNO mit immer weiterer Differenzierung bekamen seit 1963 einen ersten vom gewöhnlichen Stationsdienst freigestellten Oberarzt, 1964 auch das Medizinisch-diagnostische Institut, die Kinderklinik bekam erst 1966 einen Oberarzt.¹⁹⁷

Trotz des wachsenden Bedarfes an Ärzten bildeten die Universitäten mangels Kapazitäten nicht genügend Medizinstudenten aus. Die Bundesärztekammer dagegen warnte vor dem Medizinstudium wegen angeblicher Überbesetzung des Arztberufes. Als sie diese Warnung 1961 in einer bundesweiten Flugschrift „Die Aussichten im ärztlichen Beruf“ auch an Karlsruher Abiturienten verteilte, ließ es sich Verwaltungsdirektor Stumpf nicht nehmen, eine geharnischte Gegenposition „An die Damen und Herren Oberprimaner der Karlsruher höheren Schulen“ zu drucken und ebenfalls zu verteilen – eine bis dahin einmalige Öffentlichkeitsaktion. Darin wurden die guten Verdienst-

möglichkeiten eines niedergelassenen Arztes gepriesen und die reale Gehaltssituation in der Klinik dargestellt, die anderen akademischen Berufen vergleichbar sei. Nicht mitgeteilt wurde dagegen die reale Arbeitszeit im Vergleich zu der in den anderen Berufen. Stumpfs Reaktion ist nur unter dem Druck unbesetzter Arztstellen und einem befürchteten verstärkten Ärztemangel wegen des Studienantritts der schwächeren Kriegsgeburtensjahrgänge zu verstehen. Von den 81 Assistenz- und Oberärzten von 1961 waren zehn ausländischer Herkunft, darunter drei Iraner; der vorhandene Mangel wurde durch weitere zehn aus der DDR geflohene Ärzte gemildert. Stumpf hatte also allen Grund zur Besorgnis, da auf dem Arbeitsmarkt mit weiteren Engpässen zu rechnen war.¹⁹⁸ Über Änderungen in der Krankenhausorganisation zugunsten der Assistenzärzte machte er sich keine Gedanken. Stumpfs Flugschrift an die Oberprimaner war tatsächlich vom



Professor Rainer Bähr, Chefarzt der Allgemeinchirurgie und Direktor der Chirurgischen Klinik 1984–2007.

Ärztlichen Direktor und Chefarzt der II. Medizinischen Klinik Prof. Ludwig Weißbecker formuliert worden,¹⁹⁹ gegen den nun der Kammeranwalt des Bezirksberufungsgerichts Nordbaden für Ärzte wegen angeblichen Verstoßes gegen die Berufsordnung ein Standesverfahren eröffnen wollte, weil das Durchschnittseinkommen aus niedergelassener ärztlicher Tätigkeit genannt worden war, nicht aber das der Chefarzte.²⁰⁰

Die Dauer der Anstellung im Krankenhaus war lange Zeit umstritten. 1947 war vom Stadtrat festgelegt worden, Ober- und Assistenzärzte nur auf zwei Jahre anzustellen, eine Verlängerung um weitere zwei Jahre war nur eingeschränkt möglich, oft nur für ein halbes Jahr aus „sozialen Gründen“.²⁰¹ Wegen des relativen Ärzteüberangebots nach Kriegsende bis Mitte der 1950er-Jahre bereitete die Besetzung der Arztstellen im Gegensatz zum Pflegedienst kein Problem. Wegen des Überangebotes sa-

hen sich viele junge Ärzte gezwungen, gegen geringe Vergütung oder gar unentgeltlich im Krankenhaus zu arbeiten.

Bleibendes Thema – überlange Dienstzeiten

Der fortwährende Wechsel unter den Assistenzärzten ging für die „älteren“ unter ihnen mit zusätzlicher Arbeitsbelastung einher, da die „jüngeren“ Assistenzärzte nicht das gesamte Spektrum abdecken konnten. 1957 beschwerten sich die chirurgischen Assistenzärzte über ihre seit Monaten andauernde Belastung von über 85 Wochenarbeitsstunden.²⁰² Tatsächlich hinkte die Arbeitszeit sogar noch hinter der des bereits von den übrigen Berufssektoren abgekoppelten Pflegepersonals hinterher. Die Klinikleitung setzte dabei nicht auf eine verbindliche Arbeitszeitverkürzung, sondern auf einen verbesserten Bettenschlüssel und damit indirekte Arbeitsentlastung. Die Vertreter des Marburger Bundes gingen auf diese Vorstellung ein, da ihnen eine Stellenvermehrung in der Inneren Medizin und der Chirurgie von sieben bzw. fünf Assistenzärzten eröffnet wurde, tatsächlich kam nach einem Gemeinderatsbeschluss eine Vermehrung um fünf bzw. drei Stellen heraus. Der bis dahin angewandte Bettenschlüssel von durchschnittlich einem Arzt auf 30 Betten – je nach Disziplin unterschiedlich, bspw. Innere Medizin 1:32, Chirurgie 1:25 – wurde 1958 auf durchschnittlich 1 Arzt auf 20 Betten reduziert. Die Assistentenschaft an der Klinik stieg damit um 13 von 59 auf 72 Assistenzärzte.²⁰³

Überstunden waren ein Dauerthema. Assistenzärzte der Chirurgischen, der Frauen- und der HNO-Klinik hatten diese 1956 geltend gemacht und sogar ein Arbeitsgerichtsverfahren eingeleitet, ein Affront gegenüber Chefarzten und Krankenhausleitung, die das Argument des „guten“ Gehalts eines Assistenzarztes

bemühten. Allein für 1956 bis 1958 mussten den klagenden chirurgischen Ärzten jeweils bis 6.000 DM nachgezahlt werden. 1972 beliefen sich die durchschnittlich angehäuften monatlichen Überstunden von 16 Ober- und Assistenzärzten der Chirurgischen Klinik wieder einmal auf 400 bis 600 Stunden. Als die Ärzte im Einvernehmen mit Chefarzt Spohn auf Bezahlung bestanden, reagierte Bürgermeister Hofheinz überrascht und verärgert. „In all den Gesprächen, die ich in den vergangenen Jahren mit Ihren Vertretern geführt habe, wurde nie die Bezahlung einer Überstundenvergütung gefordert, sondern stets darauf abgehoben, dass es allein um eine Verbesserung des Arztstellenplanes geht.“ Außerdem ließ er wissen, „es gehört zu den Selbstverständlichkeiten eines jeden leitenden Angestellten, und dazu zähle ich auch die Ärzte, dass Beginn und Ende der täglichen Arbeitszeit nicht kleinlich gemessen werden.“²⁰⁴ Ein Jahr später stimmte die Stadt dem Ausgleich mit einem Pauschalbetrag unter der Bedingung zu, künftig geleistete Überstunden nur zur Hälfte zu vergüten. Hofheinz' Vorschlag, den Schichtdienst zu prüfen, wurde ärztlicherseits verworfen.²⁰⁵

Trotz des höheren gesellschaftlichen Status der Ärzte im Vergleich zum Pflegepersonal gründeten die Probleme der Assistenten in einer hergebrachten Hierarchie. Auch der Arztberuf galt nicht als ein Beruf wie andere, in diesem Fall wie etwa gleich hoch qualifizierte akademische Anstellungen. Das Ertragen der misslichen Arbeitsbedingungen lag in der Perspektive der Assistenzärzte mitbegründet, die ihre Lebensplanung auf das Durchlaufen der Kliniklaufbahn als notwendige Voraussetzung für ihre spätere Niederlassung als Arzt mit eigener Praxis ausrichteten.

Der ständige Wechsel junger Ärzte war ausdrücklich gewollt. Die Perspektive sah vor, nach Absolvierung der Pflichtassistentenzeit so schnell wie möglich die Facharztanerken-

nung zu erreichen und sich niederzulassen. Die Ober- und Assistenzärzte mit der Interessenvertretung Marburger Bund wünschten eine Verlängerung aus Gründen der Existenzabsicherung, ebenso auch Chefärzte oftmals aus Gründen der Kontinuität. Der Krankenhausausschuss sah das ganz anders. Als 1953 die Verlängerung des Vertrages von Oberarzt Dr. Reich aus der II. Medizinischen Klinik anstand, wies Stadtrat und Obermedizinalrat Dr. Heck darauf hin, dass jener schon 42 Jahre alt und Wechsel dringend geboten sei, „es gehöre frisches Blut“ ins Haus und Reich solle angehalten werden, sich „endlich selbständig“ zu machen. Obwohl schon vor 1960 ein Ärztemangel evident und die Frage der zeitlichen Begrenzung der ärztlichen Dienstverträge heftig umstritten war, hielt Krankenhausdezernent Gurk 1960 immer noch daran fest, und der Krankenhausausschuss folgte ihm. Für ihn stand das „soziale Prinzip im Widerspruch zum medizinischen Prinzip“ und er meinte, dass andernfalls „zu befürchten sei, dass die weniger tüchtigen Ärzte den Sprung in die freie Praxis nicht mehr wagten, sondern in den Krankenhäusern verblieben. Ein Krankenhaus braucht aber tüchtige Ärzte, weil in vielen Fällen das Krankenhaus die letzte Rettung sei.“²⁰⁶ In Anerkennung der veränderten Realität aber musste 1962 eine Kehrtwendung vollzogen werden. Gurk schlug im Einvernehmen mit dem Ausschuss vor, für die jungen Assistenzärzte den Vertrag weiterhin zweijährig zu befristen, im Falle der Bewährung dann aber auf unbestimmte Zeit zu verlängern, doch längstens bis zur Erreichung der Facharztanerkennung.²⁰⁷ Erstmals erhielten die Assistenzärzte damit ein Stück Lebensplanungssicherheit. Doch die unmittelbare Abhängigkeit vom Chefarzt blieb damit auch für die Zukunft bestehen. Die Beziehung Arzt-Patient wurde in den 1950er-Jahren durch teils höchstgerichtliche Urteile rechtlich präziser gefasst. Die

Frage der Aufklärungspflicht hatte zu Unsicherheit Anlass gegeben. „Zur Vermeidung von Schwierigkeiten und Regressansprüchen bitten wir daher darauf achten zu wollen, dass die Patienten vor Eingriffen aufgeklärt werden“, erging 1958 die bindende Dienstanweisung der Direktion an die Chefarzte und unterstellte Ärzte. Ein einheitlicher Vordruck zur Aufklärung bei Eingriffen kam erst 1972.²⁰⁸

Drei chirurgische Assistenzärzte richteten im Januar 1959 über den Ärztlichen Direktor Prof. Laqua eine Beschwerde an Bürgermeister Gurk wegen „ungenügender Verpflegung der Ärzte“. Sie beanstandeten die zum Abendessen erhaltene Breikost, wie sie auch den III. Klasse-Patienten gereicht wurde, als für die „diensthabenden Ärzte“ miserabel. Das Essen war sozusagen Naturalentgelt anstelle einer Vergütung für den Bereitschaftsdienst. Mit dem durchaus moderat abgefassten Schreiben bissen sie bei Verwaltungsdirektor Stumpf auf Granit. Die banale Beschwerde war ihm Anlass für eine sechsstufige Stellungnahme an den Bürgermeister. „In der 35-jährigen Tätigkeit“ sei ihm „ein in diesem Ton gehaltenes Schreiben von Bediensteten des Hauses nie eingegangen.“ Allerdings muss es einem Zeitgenossen auch unter Zugrundelegung eines massiven Wertewandels im Alltagsverhalten der vergangenen 50 Jahre schwer fallen, in das Schreiben der Ärzte – ungeachtet der Richtigkeit der Beschwerde –, eine „Unverschämtheit“ hinein zu interpretieren. Im Kern ging es um etwas anderes. Tatsächlich schwelte eine andere ernsthaftere Auseinandersetzung, um die Vergütung der Bereitschaftsdienste überhaupt ging es. Der unmittelbare Beschwerdeanlass wurde zunächst beigelegt, indem Prof. Laqua künftig seinen Assistenzärzten an den „Breitag“ ein Essen II. Klasse aus eigener Tasche bezahlte. Die Naturalentlohnung wurde kurz darauf generell beseitigt, indem die Bereitschaftsdienste (auch für nichtärztliches Personal) 1959

erstmalig per Tarifvertrag gesichert vergütet wurden. Dafür entfiel die bisherige kostenlose Verpflegung während dieser Zeiten.²⁰⁹ Die Auseinandersetzung um die Definition und Durchführung von Bereitschaftsdienst und Erholungszeiten, der angeordnet werden kann, wenn die durchschnittlich zu erwartende Arbeit nicht mehr als die Hälfte der Bereitschaftszeit ausmacht, blieb bis heute aktuell.

Die mit zunehmend aufwändigerer Therapie und Diagnostik erbrachten Leistungen stiegen noch rascher als die numerische Zahl der Patienten.²¹⁰ War schon 1969 der Zustand unhaltbar und seit 1970 eine Vermehrung der Assistenzärzte um sieben Stellen in der Chirurgischen Klinik vorgenommen sowie 1973 die leidige Überstundenvergütung geregelt worden, so machte die Arbeitszeitverkürzung 1974 von 42 auf 40 Stunden weitere Stellen notwendig. Allein die 35 Ärzte der Chirurgischen Klinik schoben 1973 offiziell fast 5.000 Überstunden vor sich her. Die dortige Gesamtassistentenschaft richtete daraufhin wieder einen geharnischten Brief an Bürgermeister Hofheinz. „Trotz der großen Zahl von Ärzten an unserer Klinik“, schrieben sie, „sind nach wie vor Wochenarbeitszeiten von 60–70 Stunden die Regel, die oft noch überschritten werden. Hierin sind die ein- bis manchmal zweimal pro Woche anfallenden 30-Stunden non-stop-Dienste (Tag-Nacht-Tag) ... enthalten. ... Es wird schließlich von einem Arzt, der bis zu 80-Wochenstunden arbeiten muss, trotzdem erwartet, dass er seine Patienten gut versorgt, dass er sich fortbildet, dass er sich um seine Familie kümmert, dass er am kulturellen Leben teilnimmt und dass er sich schlussendlich einmal ausschläft.“ Sie verlangten eine Anhebung um eine Oberarzt- und fünf Assistenzarztstellen. Fünf Assistenzarztstellen wurden neu eingerichtet, die Oberarztstelle aber nicht.²¹¹ Die Lage blieb generell angespannt in allen Bereichen. Selbst Prof. Gusek vom

Verweildauer in Tagen nach Kliniken

| | 1960 | 2005 |
|--|------|---|
| Augenklinik | 35,7 | 4,2 |
| Chirurgische Klinik | 20,5 | 8,8 |
| Frauenklinik | 11,2 | 6,0 |
| Strahlenklinik | 39,6 | 18,0 |
| HNO-Klinik | 10,8 | 5,5 |
| Hautklinik | 38,8 | 5,4 |
| I. Medizinische Klinik | 31,0 | 9,0 Gastroenterologie / Endokrinologie 8,7 Nephrologie und Rheumatologie |
| II. Medizinische Klinik | 37,0 | 6,8 Kardiologie / Pneumologie 8,1 Hämatologie / Onkologie |
| Urologische Klinik | 32,4 | 6,4 |
| Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie | 11,1 | 6,2 |
| Klinik für Kinder- und Jugendmedizin | 20,6 | 5,3 |
| Kinderchirurgische Klinik | | 3,5 |
| Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie | | 40,9 |
| Klinik für Psychotherapie und psychotherapeutische Medizin | | 32,7 |
| Klinik für Nuklearmedizin | | 3,9 |
| Neurochirurgische Klinik | | 8,0 |
| Neurologische Klinik | | 8,8 |
| Gesamtdurchschnitt | 24,8 | 7,5 |

Pathologischen Institut musste für seine nur mittelbar den lebenden Patienten dienende Abteilung festhalten, „dass die ärztlichen Mitarbeiter des Hauses sich permanent überlastet fühlen.“ Gusek kompensierte damit, indem er weniger Sezierungen vornehmen ließ, nicht aber bei den längst zur Hauptaufgabe des Instituts gewordenen geweblichen und Zelluntersuchungen und bedauerte, dass sich „schwerwiegende Diskrepanzen bis zu gravierenden Aggressionen entwickelt haben“, weil andere Kliniken im Haus im Gegensatz zu seinen Forderungen mehr Gehör gefunden hätten.²¹²

Die Zeiten der Volontär- und Hilfsärzte der 1950er- und 60er-Jahre waren durch rechtliche und tarifliche Absicherungen überwunden worden. Der Versuch, Ärzten ein reduziertes Gehalt anzubieten, erlebte von 1988 bis 1994 eine Renaissance in Form des AiP (Arzt im Praktikum), der junge Ärzte vor ihrer ersten regulären Assistenzarztstelle zu 18-monatigem Klinikdienst mit weniger als der Hälfte der Bezüge unter Hinweis auf Ausbildung verpflichtete. Verbesserungen und Verschlechterungen der Arbeitsbedingungen hingen im Arzt- wie im Pflegebereich eng mit der Situa-

tion am Arbeitsmarkt sowie der Fähigkeit zusammen, die eigenen Interessen glaubwürdig vertreten zu können. War für Krankenschwestern die unmittelbare Unterstellung und die soziale Kontrolle durch die Oberin mit dem Durchsetzen des generellen und durch die Arbeitsgesetzgebung geregelten Angestelltenverhältnisses entfallen, so trifft dieser Wandel für die Ärzteschaft nicht im gleichen Maße zu. Trotz selbstverständlich geltendem Arbeitsrecht sind sie unmittelbarer vom Chefarzt abhängig, etwa in der Phase bis zur Erlangung der Facharztanerkennung durch Zuweisung der dafür im „Katalog“ notwendigen Verrichtungen, als dies vergleichsweise Pflegekräfte sind.

Trotz steigender Arztzahlen änderten sich die Probleme der Arbeitsbelastung über die Zeit kaum, da der medizinische Fortschritt zugleich mit Arbeitsvermehrung einherging. Mit der Verkürzung der Verweildauer waren für die Stationsärzte immer mehr Patienten zu betreuen, von der Aufnahmeuntersuchung, der Behandlung und zuletzt mit dem Entlassbrief. Dokumentation gab es in den 1950er-Jahren praktisch nicht, heute ist sie allgegenwärtig, als Beleg, aus justiziablen Gründen und vor allem der neuen Krankenhausabrechnungssysteme – der DRGs – wegen. Dazu müssen Ärzte täglich immer mehr Arbeitszeit mit dem Eingeben von Zahlencodes in Datenmasken und dem ausführlichen Rechtfertigen der Krankenhausbehandlung vor den medizinischen Diensten der Krankenkassen aufbringen. Bei neuen Chefärzten wird mittlerweile betriebswirtschaftliche Kompetenz vorausgesetzt. Dem „Wohl der Kranken verpflichtet“ und dabei immer die Wirtschaftlichkeit im Auge behalten, diesen bisweilen konträren Polen müssen Ärzte im 21. Jahrhundert mehr als je zuvor gerecht werden.

Schulen und Einrichtungen zur Ausbildung und Fortbildung seit 1946

Allen anderen Heilberufsgruppen voraus, war die ärztliche Tätigkeit durch die akademische Ausbildung bereits Ausgang des Mittelalters professionalisiert – angesichts fehlender wissenschaftlicher und physiologischer Kenntnis im Ergebnis aber nicht unbedingt effektiv. Mit der Aufklärung wurde der Arztberuf im 18. Jahrhundert auf ein theoretisches und praktisches Fundament gestellt. Baden verfügte erst seit 1803 und 1805 mit dem Anfall der rechtsrheinischen Kurpfalz und des vorderösterreichischen Breisgau mit den Universitäten Heidelberg und Freiburg über zwei medizinische Fakultäten. Mit dem Ausbau der universitären Ausbildung in den 1960er-Jahren insgesamt und der medizinischen im Besonderen kamen zu den in Baden-Württemberg bestehenden Medizinlehrstühlen in Heidelberg, Freiburg und Tübingen 1964 die in Mannheim als Filiale der Heidelberger Ruprecht-Karls-Universität und 1967 die in Ulm (1969 Aufnahme des Lehrbetriebs) dazu. Die stark anwachsende Studentenzahl war in den dort bestehenden Universitätsklinik nicht praktisch auszubilden wie es die neue Bundesärzteordnung 1970 forderte, weshalb bundesweit das System der Lehrkrankenhäuser eingerichtet wurde. Damit begann die systematische ärztliche Ausbildung in Karlsruhe. Das Medizinstudium ist durch die Approbationsordnung für Ärzte bundeseinheitlich geregelt.²¹³

Die Krankenpflege hatte im 19. Jahrhundert durch die konfessionellen Orden und Schwesternschaften sowie Vereine – 1836 mit Theodor Fliedners Kaiserswerther Diakonissen, den katholischen Barmherzigen Schwestern oder dem Vincentiusverein – gegenüber dem bestehenden Wartsystem mit unausgebildeten Wärterinnen und Wärtern als Lohnarbeitende in den Spitälern und Siechenhäusern ihren ersten

Professionalisierungsschub erhalten. Der 1859 gegründete Badische Frauenverein, später Teil des Roten Kreuzes, machte die Ausbildung junger Frauen zu Krankenpflegerinnen zu einem Schwerpunkt seiner Arbeit. Führende liberale Politiker sahen, wie es der Arzt Rudolf Virchow 1869 vor einer Konferenz der Frauenvereine verdeutlichte, die Strukturen der konfessionellen Pflegeorden bereits wieder als überholt an, da die kirchlichen Aufgaben verhinderten, „dass die Sachen rein sachlich angesehen werden.“²¹⁴ Um die Jahrhundertwende gaben die Zustände in den Krankenhäusern und die Befähigung der eingesetzten Pflegekräfte Anlass zu Klagen und wurden Thema im Reichstag. Gefordert wurde dort die „Notwendigkeit einer genügenden Ausbildung und Befähigung für die Krankenpflege und die Ablegung einer staatlichen Prüfung“. Der 1906 vom Bundesrat verabschiedete Entwurf über einheitliche Vorschriften für eine staatliche Prüfung der Krankenpflegekräfte wurde bis 1914 aber nur in Preußen umgesetzt. Eine reichseinheitliche Ausbildung scheiterte vor dem Ersten Weltkrieg am Widerstand der konfessionellen Pflegeorganisationen, die eine staatliche Aufsicht ablehnten. In Baden trat dann am 1. Oktober 1919 die „Verordnung, die staatliche Prüfung von Krankenpflegepersonen betreffend“ in Kraft,²¹⁵ nach der in ausgewählten Krankenanstalten eine Kommission Bewerberinnen und Bewerber nach Abschluss einer einjährigen staatlich anerkannten Krankenpflegeschule einer Prüfung unterzog. Die Nationalsozialisten waren nach 1933 bestrebt, die konfessionellen und weltlichen Organisationen durch NS-Schwesterinnen der NSV zu ersetzen, was das Reichsinnenministerium angesichts des Schwesternmangels aber nicht umsetzen konnte. Die Pflegeausbildung und die staatliche Prüfung allerdings wurden reichseinheitlich mit der 1938 erlassenen Krankenpflegeverordnung geregelt, die auch Krankenpfle-

geschulen förderte und im Prinzip bis 1957 galt. Die Ausbildung in eineinhalb Jahren sollte vorwiegend praktisch geschehen und so waren nur 200 Stunden Theorie festgelegt.²¹⁶

Eine ältere berufliche Bildung als die Krankenpflege ist die zur Hebamme. Sie ist bereits in zahlreichen mittelalterlichen Verordnungen geregelt. Eine Professionalisierung leistete hier im Land seit dem 19. Jahrhundert auch der Badische Frauenverein. Seine 1890 eröffnete Ludwig-Wilhelm-Klinik in der Kaiserallee verfügte über eine gynäkologische Abteilung. 1923 übernahm das Land die Klinik als Landesfrauenklinik und führte die angegliederte Landeshebammenanstalt in der Verantwortung für die Ausbildung von Hebammen in ganz Baden weiter.

Die Ausdifferenzierung der medizinischen Spezialdisziplinen und ihre wissenschaftliche und technische Durchdringung machte neben Ärzten und Pflegekräften Differenzierungen in weiteren Berufen erforderlich. Speziellere Laboruntersuchungen konnte der Arzt nicht mehr allein durchführen, mit der Entdeckung der Röntgenstrahlen wurde Assistenz erforderlich. Der Tradition in medizinischen Heil- und Hilfsberufen gemäß entstand auch hier ein Frauenberuf, einer mit hohem technischen Verständnis, was durchaus im Widerspruch zum überlieferten Rollenbild stand, aber mit einem bedeutenden Emanzipierungsschub nach dem Ersten Weltkrieg zusammenfiel. Private Institute bildeten medizinische Laboratoriums- und Röntgenassistentinnen aus, zumeist „höhere Töchter“. Auch hier war Preußen in der Ausbildungsordnung Vorreiter, unsicher war aber die Verbindung der beiden im Prinzip unterschiedlichen medizinisch-technischen Berufe. Die erste reichseinheitliche Ordnung stammte von 1938, ergänzt 1940, und führte die Ausbildung in Laboratoriumsmedizin und Röntgenologie zusammen. 1958 änderte das erste Bundesgesetz, das die Medi-



Phoniatrie und Pädaudiologie, hochspezialisierte Abteilung unter der Leitung von Prof. Dr. Monika Tigges.

zinisch-technischen Assistentinnen den Heilhilfsberufen zuordnete, nichts Wesentliches.

Die Krankengymnastik als Beruf weist eine lange Tradition seit der Antike auf. Eine einheitliche staatlich anerkannte Ausbildung für die Physiotherapie, die auch den Übergang zum medizinischen Bademeister/in und Masseur/in einschließt, regelt zuletzt modernisiert 1994 das Masseur- und Physiotherapeutengesetz. Für diese für den Erfolg von Therapiemaßnahmen oder die Verbesserung der Lebenssituation von Funktionsstörungen Betroffener außerordentlich wichtige spezielle Gruppe der Heilberufe gibt es im Klinikum keine eigene Schule (jedoch Plätze für die vorgeschriebenen Praktika), ebenso wenig wie für die Spezialisten der Ergotherapie, Phoniatrie, Audiologie und Logopädie – obwohl gerade zu einer Logopädienschule seit 1978 immer wieder Anläufe gemacht wurden –,²¹⁷ um nur einige weitere notwendige, besondere Berufsgruppen im Klinikum aufzuführen, ohne die eine leistungsfähige medizinische Behandlung undenkbar geworden ist.

Der reibungslose Arbeitsablauf eines großen Hauses wie des Klinikums erfolgt im Zusammenspiel zahlreicher Fachbereiche und erfordert ganz unterschiedliche Qualifikatio-

nen. Von Beginn an als Verantwortung des öffentlichen Dienstes und als Fundament für die Zukunft angesehen, wurde in ganz unterschiedlichen Bereichen Berufsausbildung betrieben. Unmittelbar nach 1946 kamen Auszubildende der städtischen Verwaltung zu Einsätzen in die Krankenhausverwaltung. Das Ausbildungsangebot wurde ständig erweitert. Waren in den 1950er-Jahren die Laborlehrlinge im Medizinisch-diagnostischen Institut noch der Personalersparnis wegen eingestellt worden, so liegt für die noch bis heute ausgebildeten Biologie- und Physiklaboranten ein qualifizierter Ausbildungsplan vor. Die MKG-Klinik mit ihren enormen ambulanten Leistungen bildet zahlreiche Zahnarthelferinnen (heute: zahnmedizinische Fachangestellte) aus. Die Versorgungsbereiche bieten Ausbildungen in der Küche (Köchin/Koch), in der Bäckerei und in der Hauswirtschaft an. Unter den rund 4.200 Beschäftigten im Klinikum befinden sich fast 450 in Ausbildung.

1946: Schule für medizinisch-technische Assistentinnen (MTL-/MTR-Schulen)

Im Herbst 1946 beantragte der Ärztliche Direktor und Chefarzt des Röntgeninstituts, Obermedizinalrat Prof. Schoen, beim Oberbürgermeister eine den Krankenanstalten angeschlossene Schule für medizinisch-technische Assistentinnen. Er begründete dies mit einem Mangel an Fachpersonal und mit Ausbildungslücken beim vorhandenen Personal. Die Unkosten dafür könnten durch ein hohes Schulgeld gedeckt und darüber hinaus zusätzliche Einnahmen erzielt werden. Im Dezember desselben Jahres präziserte Verwaltungsdirektor Wegel den Antrag dahingehend, dass eine „Staatlich anerkannte Lehranstalt für Röntgenassistentinnen“ gemeint war; den nach 1933 staatlich beschrittenen Weg, die bis dahin



Lehrraum der MTL-Schule im D-Bau seit 1975.

getrennte Ausbildung für medizinisch-technische und Röntgen-Assistentinnen gemeinsam durchzuführen, lehnte er als Fehlentwicklung ab.²¹⁸ Der Stadtrat stimmte am 25. Juni 1947 der gemeinsamen Errichtung einer Laboratoriums- wie Röntgen-Schule zu, und bereits im Herbst desselben Jahres begann der Unterrichtsbetrieb mit jeweils zehn Schülerinnen in einer einjährigen Gehilfennenausbildung und einer zweijährigen zur MTA. Die staatliche Anerkennung erfolgte am 4. Oktober 1948. 1958 wurde die Ausbildung durch Bundesgesetz für die MTAs geregelt, dabei die einjährige Ausbildung zur MTA-Gehilfin wieder abgeschafft.²¹⁹ Eigene Räumlichkeiten für den Unterricht wurden nicht eingerichtet; abwechselnd unterrichteten die Dozenten im kleinen Sitzungssaal des Verwaltungsgebäudes oder gerade freien Räumen der einzelnen Klinikgebäude. Lediglich ein kleines Lehrlabor wurde im Keller der Chirurgie (C-Gebäude) eingerichtet. Zugelassen zur Schule wurden – so ausdrücklich in der Schulordnung festgelegt – „weibliche Personen“ mit mindestens der Mittleren Reife und einem einjährigen hauswirtschaftlichen Praktikum sowie einem viermonatigen Krankenpflegepraktikum.²²⁰ Nach der Wäh-

rungsreform und den damit verbundenen finanziellen Problemen kam aus vielen Familien die Forderung nach einer Senkung des als zu hoch empfundenen Schulgeldes von jährlich 840 DM. Verwaltungsdirektion und Stadtrat befürchteten jedoch einen Fehlbetrag zu Lasten der Stadt und waren erst 1950 zu einer Senkung auf 720 DM im Jahr bereit.²²¹

Nach der Zurruesetzung Schoens, der 1951 ein noch lange Zeit genutztes Lehrbuch verfasst hatte,²²² übernahm Laborleiter Prof. Willi Riechert 1955 die Schulleitung. Er baute die Schule aus, führte in der Unterrichtsvermittlung zeitgemäße Methoden ein und ließ das veraltete Inventar erneuern. Mit der als erste Adresse geltenden Landeslehranstalt für medizinisch-technische Assistentinnen in Berlin, die – weil ohne Anschluss an ein Krankenhaus – ausschließlich theoretisch ausbildete, baute er eine enge Kooperation auf. Die Zusammenarbeit mit der Industrie und Institutionen im Ausland steigerte den Ruf der Karlsruher Lehranstalt zusätzlich.²²³

Trotzdem war der Bestand der Schule wegen finanzieller Probleme und der Weigerung des Pathologisch-bakteriologischen Instituts weiterhin Dozenten abzustellen in der Schwebe. Das Regierungspräsidium Nordbaden trat nun auf den Plan und setzte sich vehement für die Weiterexistenz ein, da im Südwesten nur in Freiburg und Heidelberg solche Einrichtungen existierten und der Landesinnenminister aufgrund des großen Mangels gerade auf Gründung einer vierten in Mannheim drängte.²²⁴ Statt Schließung stand nun sogar ein Schulneubau auf der Tagesordnung. Das war dem Stadtrat dann doch zu viel, schließlich sollte die Schule durch neue Räumlichkeiten wesentlich besser ausgestattet und mit einer eigenen Laboratoriumsassistentin und einer zusätzlichen Verwaltungsfachkraft verstärkt werden. Deshalb wurde das bestehende Medizinisch-diagnostische Labor im Ostflügel des Keller-

MTA-Schule, seit 1972 getrennt MTR- und MTL-Schule, Zahl der Auszubildenden

| | MTA-Schule | MTR-Schule | MTL-Schule |
|------|------------|------------|------------|
| 1947 | 10 | | |
| 1955 | 47 | | |
| 1968 | 57 | | |
| 1974 | | 35 | 48 |
| 1978 | | 39 | 61 |
| 1987 | | 52 | 95 |
| 1997 | | 48 | 55 |
| 2000 | | 63 | 56 |
| 2005 | | 71 | 74 |

geschosses des ehemaligen Infektbaus (Isolierabteilung für Geisteskranke, Syphilis- und Hautkranke – J-Bau) im Westflügel um großzügige Schulräume und -einrichtungen erweitert, mit einem Kostenvoranschlag über rund 250.000 DM. 1961 kamen die ersten männlichen Schüler auf Antrag von Professor Riechert. Der Krankenhausdezernent Franz Gurk hatte nur widerstrebend zugestimmt. Die Ausbildung blieb mehrheitlich weiblich besetzt. Obwohl „Männer gerne aufgenommen“ werden, wie die Schulleitung sagte, „kommen jedoch wenig Bewerbungen.“²²⁵

Die stete Leistungsausweitung der Krankenanstalten brachte immer mehr Labor- und Röntgenleistungen mit sich. Der hierdurch eingetretene Personalengpass sollte nach der Vorstellung des Schulleiters Prof. Haubrich 1970 durch Verdoppelung der MTA-Schule von 36 auf 72 behoben werden, allein, es fehlten die Unterrichtsraumkapazitäten. Noch dringlicher war die Klärung der Frage, ob die Schule unter das 1969 erlassene Berufsbildungsgesetz fallen sollte, mit der Folge, dass anstelle der Zahlung eines Schulgeldes von zwischenzeitlich 400 DM pro Semester umgekehrt eine Ausbildungsvergütung durch das Haus hätte gezahlt werden müssen.²²⁶ Während die Ausbildungskosten für die Studierenden der Medizin

über die Universität unstreitig immer Länderangelegenheit waren, gab es über die Kosten der sonstigen notwendigen Ausbildungsberufe im Krankenhaus über all die Jahrzehnte eine anhaltende Auseinandersetzung. Der Versuch der Krankenhausträger, die steigenden Kosten des Unterrichtsbetriebs teils in die Selbstkostenrechnung einzubringen, scheiterte am Widerstand der Krankenkassen. Selbst der Verwaltungsgerichtshof Baden-Württemberg stellte 1981 fest, dass für „ein sparsam wirtschaftendes Krankenhaus“ eine MTA-Schule nicht notwendig sei und dass die Kosten dafür vom Krankenhausträger aufzubringen seien, notfalls per Schulgelderhöhung.²²⁷

Ein neues Bundesgesetz bestimmte 1971/72 die berufliche Differenzierung in die medizinisch-technische Laboratoriumsassistentin/en (MTA-L oder MTL) und in die medizinisch-technische Radiologieassistentin/en (MTA-R oder MTR), außerdem als dritte Richtung, im Klinikum allerdings nicht vertreten, noch in die veterinärmedizinisch-technischen Assistentin/en (MTA-V).²²⁸ Die Änderung war durch die enorme Technisierung und unterschiedlichen Qualifikationsanforderungen an Labor- und Röntgenfachkräfte notwendig geworden. Die bisherige MTA-Schule musste nun umorganisiert werden. Es entstanden so-

wohl eine eigene MTR-, als auch eine MTL-Schule, unter einem Dach zwar, jedoch unter jeweils eigener ärztlicher Leitung, die für die fachspezifische Lehrstoffvermittlung ihres Fachbereiches die Verantwortung trug. Die Entscheidungsbefugnisse der nichtärztlichen Schulleitungen wurden erweitert, aber im Gegensatz zur Krankenpflegeschule später wegen des deutlichen Übergewichts des theoretischen ärztlichen Unterrichts nicht verselbstständigt. Die lange quälende Raumfrage war mit dem Bezug der neuen Schulräume 1975 im D-Bau der II. Medizinischen Klinik für die praktische und theoretische Ausbildung gelöst worden. Die vorgeschriebene Theoriestundenanzahl stieg laut Gesetz um 290 auf nun 1.040 Stunden, die im Klinikum tatsächlich immer überboten wurden, die praktische Ausbildung umfasste 2.250 Stunden.²²⁹

Mit dem 1994 in Kraft getretenen Gesetz über technische Assistenten in der Medizin (MTAG) erhöhte sich zur europäischen Angleichung die Ausbildungszeit auf drei Jahre, die Voraussetzung eines mittleren Bildungsabschlusses als Zulassungsvoraussetzung blieb bestehen.²³⁰ Die Entrichtung eines Schulgeldes fiel nun weg, nicht zuletzt auch deswegen, weil die Bewerbungszahlen rückläufig waren. Anstelle einer Ausbildungsvergütung bleibt jedoch allein die Förderung gemäß Schüler-BaföG, die lange Zeit mögliche Förderung älterer Schüler/innen per Umschulung über das Arbeitsamt entfiel. Der Gedanke von 1946, dass sich Schule durch das Schulgeld selbst trägt, war längst hinfällig geworden.²³¹

*1947: Nur von kurzer Dauer –
Die Schule für Diätassistentinnen*

1947 war mit der starken Vermehrung der Bettenzahl durch die neuen Kliniken im Areal Moltkestraße 18 die Küche erweitert und zu-

gleich eine besondere Diätküche angelegt worden. Ihr wurde nun eine Diätschule angeschlossen, die nach den gesetzlichen Richtlinien von 1938 zur staatlich anerkannten Diätassistentin ausbilden sollte, geleitet vom Chefarzt Dr. Kienle von der II. Medizinischen Klinik. Der Präsident des Landesbezirks Baden hatte mit dem 19. April 1948 die Zahl der Ausbildungsplätze auf 15 festgesetzt. Probleme traten alsbald auf. Das Schulgeld von 50 DM monatlich war für die meist aus einfachen Verhältnissen kommenden jungen Frauen zu hoch und wurde vom Stadtrat nach vielen Klagen auf 25 DM ermäßigt, obwohl der Krankenhausdezernent über eine Unterdeckung von 1.035 DM klagte und deshalb die Schule zu schließen gedachte. Dagegen stand Verwaltungsdirektor Wegel, der anführte, dass die Schülerinnen vier Beiköchinnen im Werte von jährlich 5.000 DM ersetzen und auf ihre Sonntagsarbeit im Interesse eines geregelten Betriebes nicht verzichtet werden könne.²³² Nun stand aber die gesamte Schulkonzeption zur Überprüfung an, wobei sich zeigte, dass eine geregelte Ausbildung gar nicht erfolgte und allein die Mitarbeit der jungen Frauen im Tagesbetrieb gefragt war. Dezernent Gutenkunst befürwortete sogar das Einstellen einer Diätassistentin samt zwei Beiköchinnen und zwei Küchenhilfen, und er war sogar bereit, das Defizit zu tragen, um einen zehnstündigen theoretischen Unterricht zu gewährleisten. Trotz der Umsetzung wurde die Diätschule zum 31. März 1950 „auf unbestimmte Zeit“ geschlossen, weil der Unterricht personell und räumlich nicht geleistet werden konnte und nach dem Weggang der leitenden Diätassistentin und gesteigerter Nachfrage von Diätessen die Schülerinnen trotzdem hätten mitarbeiten müssen.²³³ Eine eigene Diätassistentinnen-Ausbildung fand danach nicht mehr statt.

(1922/1940) 1961: *Das Rückgrat des Hauses, Schulen für Pflegeberufe*

Mit der endgültigen Übernahme des Kinderkrankenhauses in der Karl-Wilhelm-Straße im Jahr 1940 vom Landesverband für Säuglings- und Kleinkinderpflege durch die Stadt Karlsruhe und mit der zum 1. April 1946 erfolgten Organisationseingliederung als Kinderklinik waren die Städtischen Krankenanstalten zum Träger der dort bestehenden Säuglingspflegerinnen-, der späteren Kinderkrankenpflegeschule, geworden. Diese Schule war bereits 1922 als erste staatliche in Baden eingerichtet worden und hatte Modellcharakter für das ganze Land.²³⁴

Für die Ausbildung der Lernschwestern in der Erwachsenenpflege war gemäß dem Gestellungsvertrag die Schwesternschaft vom Roten Kreuz zuständig. Sie unterhielt die Schwesternschule und führte die praktische Ausbildung im Krankenhaus durch. Daneben gab es eine handvoll männliche Lernpfleger, im Durchschnitt zwei bis sechs, für die formal eine eigene städtische Krankenpflegerschule unter der Leitung eines chirurgischen Oberarztes bestand, der seinerseits einen Lehrpfleger, praktischerweise den Oberpfleger der Chirurgie für die Praxiseinteilung benannte.²³⁵ Tatsächlich fand der theoretische Unterricht der Krankenpflegerschule gemeinsam mit der Krankenschwesternschule der Rot-Kreuz-Schwernerschaft statt. Die Stadt zahlte dafür bis 1961 eine monatliche Anerkennungsgebühr von je 5 DM pro Lernpfleger, jeder von ihnen erhielt neben freier Kost und Logis ein Taschengeld.²³⁶ Der praktische Einsatz fand überwiegend bei den verschiedenen von den Stationsbereichen getrennten Pflegergruppen statt. Trotzdem waren sie den Richtlinien gemäß „mit den Obliegenheiten des Pflegedienstes in gleicher Weise zu beschäftigen wie die Lernschwestern.“ Das hieß „u. a. zu Injektio-

nen, Blutsenkungen, Urinuntersuchungen, Magenspülungen, Vorbereitungen und Hilfeleistungen bei Narkosen, Punktionen und Operationen, ferner zur Pflege infektiöser Kranker heranzuziehen sowie in der ersten Hilfe bei Unglücksfällen.“²³⁷

Gemäß der nationalsozialistischen Bestrebung, die konfessionellen und anderen Mutterhäuser zu verdrängen und an ihre Stelle „braune Schwestern“ der NSV zu setzen, bestand 1938 die Absicht, neben den Rotkreuz-Lernschwestern eine eigene Krankenpflegeschule für NSV-Schwernern mit zunächst 15 bis 20 Schülerinnen zu etablieren. Der Plan wurde nicht umgesetzt, vermutlich weil der Kriegsbeginn die Ausführung verhinderte.²³⁸

Als in den 1950er-Jahren immer weniger Rot-Kreuz-Schwernern gestellt wurden und auch die Lernschwestern immer weniger wurden, war die Verwaltungsdirektion der Krankenanstalten alarmiert, befürchtete sie doch für das Haus angesichts des Schwernermangels ins Hintertreffen zu geraten. Nach dem Vorbild von Mannheim und von Ludwigs-hafen, wo einige Jahre zuvor wegen gleicher Probleme anstelle der Lernschwestern vom Roten Kreuz eine städtische Schule gegründet worden war, wurde nun die Errichtung einer eigenen Krankenpflegeschule ab Januar 1961 zielstrebig verfolgt.²³⁹ Die Landespolitik gab im folgenden Jahr die Vorlage dazu in einer Denkschrift des Innenministeriums, die auf den Personalnotstand in den Krankenhäusern Bezug nahm und zur Abhilfe die Einrichtung von Schwernern- und Schwernernvorschulen empfahl.²⁴⁰

Die Initiative der SPD-Landtagsgruppe um den Karlsruher Abgeordneten Alex Möller (SPD) hatte im Juni 1961 auf das Tempo gedrückt und staatliche Zuschüsse für Kranken- und Kinderkrankenpflegeschulen pro Lernenden um 500 DM jährlich gefordert. Schon rechnete die Verwaltungsdirektion den letzt-

Aus- und Weiterbildung · Kinderkrankenpflegeschule, Zahl der Auszubildenden

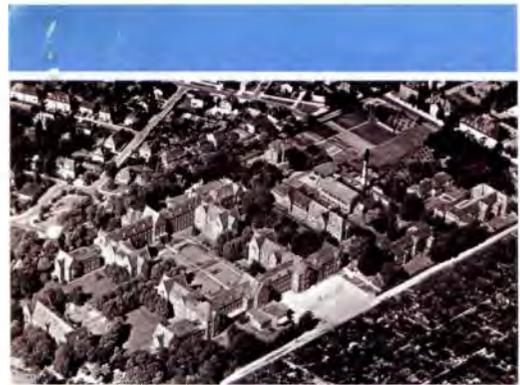
| 1963 | 1965 | 1972 | 1976 | 1978 | 1983 | 1997 | 2000 | 2005 |
|------|------|------|------|------|------------------|------|------|------|
| 48 | 44 | 87 | 91 | 87 | 91 [Höchststand] | 76 | 79 | 64 |

endlichen Kostenaufwand der neuen Einrichtung mit nur 8.000 DM jährlich hoch, bei Ausgaben von rund 74.000 DM und Anrechnung des Wertes der Arbeitsleistung der Auszubildenden mit 56.000 DM und dem erhofften Staatszuschuss von 10.000 DM. Der erwartete staatliche Zuschuss kam aber nicht, er wurde nur privaten Schulen zuteil. Erst 1981, mit dem Krankenhauskostendämpfungsgesetz, wurden bundeseinheitlich die Krankenhäuser von den Lasten der Krankenpflegeschulen entlastet.

Obwohl der theoretische Unterricht der hiesigen Rot-Kreuz-Schule in der Kochstraße bisher schon durch Ärzte der Krankenanstalten erfolgte und der Chefarzt für Strahlenklinik und Röntgeninstitut Prof. Richard Haubrich als Schulleiter fungierte, musste erst eine Übereinkunft mit der Oberin Anna Odenwald von der Schwesternschaft vom Roten Kreuz arrangiert werden. Festgelegt wurde schließlich, dass der Unterricht für Lernschwestern vom Städtischen Krankenhaus und der vom Roten Kreuz zusammen mit den Lernpflegern gemeinsam erfolgte, mit maximal 25 pro Kurs mit Beginn jeweils am 1. April und 1. Oktober eines Jahres. Um die Bedenken des Roten Kreuzes zu zerstreuen, war festgelegt, dass es keine gegenseitige Abwerbung geben sollte und Übertritte nicht geduldet wurden.

Der Gemeinderat stimmte am 24. Januar 1962 der neuen gemeinsamen städtischen Krankenpflegeschule in Zusammenarbeit mit der Schwesternschaft vom Roten Kreuz formal als Erweiterung der bestehenden Krankenpflegeschule zu. Mit dem April 1962 traten die ersten zwölf neuen freien Lernschwestern ein. Zum erfolgreichen Abschluss wurde ihnen

noch ganz in der Tradition der Schwesternschaften eine Schwesternbrosche mit städtischem Wappen in Goldumrandung überreicht. Nach 1981 wurden keine Broschen mehr ausgegeben. Die neuen Lernschwestern kamen in den durch den Auszug von Schwestern in die neuen Wohnheime frei gewordenen Zweibettzimmern des Dachgeschosses (2. OG) im Verwaltungsgebäude unter, zu deren Ausstattung gemeinsame Aufenthaltsräume und Waschbecken in der Toilette zählten; Lernpfleger waren schon zuvor über der Spülküche (F-Gebäude) untergebracht. Im Jahre 1961



Die staatlich anerkannte
Krankenpflegeschule
 der Stadt Karlsruhe

bittet um freundliche Aufmerksamkeit

1962, Werbung für die neu eingerichtete Krankenpflegeschule für „einen der wohl schönsten Frauenberufe“.

war der bis dahin geltende Internatszwang für Auszubildende durch den Bundesangestellten-tarifvertrag (BAT) beseitigt worden, doch familiäre Situation, heimatferne Ausbildung, individueller Wunsch und Arbeitszeit machten die klinikinterne Wohnheimunterbringung für einen Teil weiter sinnvoll.

Extra erstellte 12.000 Stück Werbeprospekte warben für „einen der wohl schönsten Frauenberufe“. Um angesichts des Mangels an Krankenschwestern Schulabgängerinnen für den Beruf zu gewinnen, erhielten die Lernschwestern von der Stadt ein vergleichsweise großzügiges „Taschengeld“ – eine tarifliche Ausbildungsvergütung gab es noch nicht – von 60 DM im 1. Ausbildungsjahr und von 70 DM im 2. Jahr neben freier Kost und Unterkunft im Anschlagswert von 105 DM und Sozialversicherungsbeiträgen von 33 DM gewährt. Um den Beruf attraktiver zu machen, war der Verwaltungsdirektion sogar an einem höheren Taschengeld gelegen, wie es in anderen kommunalen Kliniken schon bezahlt wurde, war aber gemäß Absprache mit dem Roten Kreuz zu gemeinsamer Abstimmung verpflichtet, immerhin wurde es schon 1962 auf 90 und 110 DM erhöht. Die Lernpfleger erhielten im Vergleich dazu aber 110 bzw. 120 DM, begründet damit, sie erhielten keine Dienstkleidung wie die Lernschwestern, sondern nur Schutzkleidung.²⁴¹ Im dritten Jahr der Ausbildung wurde im gewöhnlichen Stationsbetrieb gearbeitet, wofür seit einem Tarifvertrag von 1960 90 % des Gehaltes einer Pflegekraft vergütet wurden.²⁴²

Im Gegensatz dazu mussten die Lernschwestern in der Kinderkrankenpflege bis dahin sogar ein monatliches Schulgeld von 25 DM bezahlen, das allein bei Bedürftigkeit erlassen werden konnte. Verwaltungsdirektor Stumpf wollte diese Ungleichbehandlung mildern, aber keineswegs aufheben. Da in der Kinderkrankenpflege im Vergleich zur Erwachsenen-

krankenpflege kein Personalmangel herrschte und mehr Bewerberinnen als Plätze vorhanden waren, befürwortete er 1961 nur den Schulgeldwegfall und ein Taschengeld von 10 bzw. 20 DM. „Viele Mädchen“, so behauptete er, „lernten nicht für den späteren Beruf, sondern um als Mutter und Hausfrau eigene Kinder besser erziehen und pflegen zu können.“²⁴³ Zum 1. April 1961 wurde generös ein monatliches Taschengeld von 20 bzw. 25 DM festgelegt.²⁴⁴ Die Dienstkleidung bei Eintritt bestand aus einem Mantel, vier Kleidern, zehn Vorbindschürzen, zehn Kragen und ebenso vielen Schwesternhauben.²⁴⁵

Grundlage für die Ausbildung war das Krankenpflegegesetz von 1957, das die Ausbildung in eine zweijährige theoretisch-praktische Ausbildung mit 400 Stunden Theorie – in Karlsruhe wurden in der Krankenpflege da bereits rund 550 Stunden gehalten, in der Kinderkrankenpflege genau die geforderten 400 Stunden, davon neben der Krankenlehre jeweils 75 Stunden Singen und Basteln für das kranke Kind²⁴⁶ – und anschließendem Staatsexamen und ein sogenanntes Praktikantenjahr gliederte. Das Krankenpflegegesetz von 1965 schloss erstmals auch die Kinderkrankenpflege ein und verlängerte die theoretische Ausbildung auf 1.200 Stunden, wie es von den Berufsverbänden und der Gewerkschaft ÖTV (Vorgängerorganisation von ver.di) schon lange für eine bessere Qualifikation in diesem „Frauenberuf“ für unumgänglich gehalten wurde. Die Zugangsvoraussetzungen waren anders als bis dahin nun die Mittlere Reife oder Volksschule mit abgeschlossener Berufsausbildung und ein hauswirtschaftliches Jahr, altersmäßig blieb es bei 18 Jahren (Im Gesetz von 1985 dagegen 17 Jahre und mit dem 2004 gültigen entfiel die formale Altersgrenze gar ganz). Da Schule und Krankenhausträger eines waren, blieb der Unterschied zur dualen Ausbildung in Handel und Gewerbe bis heute bestehen. Die unsiche-

**Krankenpflegeschule, Entwicklung
bis 1961 Schule des Roten Kreuz, danach neu eingerichtete klinikeigene Schule**

| 1957 | 1959 | 1961 | 1962 | 1965 | 1968 |
|------------|------------|------------|-----------------|-----------------|------------------|
| 28 | 20 | 21 | 31 | 55 | 115 |
| (Rotkreuz) | (Rotkreuz) | (Rotkreuz) | (16 Rotkreuz) | (12 Rotkreuz) | - |
| | | | (12 „Freie“) | (36 „Freie“) | (102 „Freie“) |
| | | | (3 Lernpfleger) | (7 Lernpfleger) | (13 Lernpfleger) |

re und wechselnde Bezeichnung Lernschwester bzw. -pfleger oder (Krankenpflege)Schülerin bzw. -Schüler beruhte auf dem Umstand, dass der arbeitsrechtliche Status bei einer überwiegend praktischen Tätigkeit zunächst unklar war, erst mit dem Krankenpflegegesetz 1965 nahm die schulische Ausbildung mehr Raum ein, ohne dass eine reale Verschulung bestand im Vergleich zur Ausbildung der MTAs.²⁴⁷ 1966 erhielten die Krankenpflegeschülerinnen und -schüler und die Kinderkrankenpflegeschüler/-innen erstmals eine tariflich festgelegte Ausbildungsvergütung anstelle des Taschengeldes.²⁴⁸ Weiterhin galt die Anrechnung der Auszubildenden auf den Stellenplan im Verhältnis 3:1 nun auch im dritten Jahr. Das heißt, die 54 Schülerinnen und Schüler 1965 wurden als 18 Vollkräfte auf den Stellenplan angerechnet.²⁴⁹ In der Kinderklinik galt bis 1965 sogar das Verhältnis 2:1.²⁵⁰ Die Direktion gab zu, dass bei eigentlich geltender 48-Stundenwoche die Arbeitsbelastung der Schüler/-innen tatsächlich bei 55 Wochenstunden lag und darüber. 1977 wurde der Schlüssel in der Krankenpflege auf 3,5:1 erweitert (Ausnahme die Funktionsbereiche), blieb in der Kinderkrankenpflege aber bei 3:1.²⁵¹ Um den Anrechnungsschlüssel wurde über Jahre erbittert gestritten, ging es doch letztlich um die Kostenerstattung durch die Krankenkassen. In einigen anderen Bundesländern gab es bessere Schlüssel oder gar keine Anrechnung wie in Berlin. 1980 erweiterte das baden-württembergische Sozialministerium das Anrechnungsverhältnis auf

5:1,²⁵² später auf 7:1 und seit 2004 gilt die Anrechnung von 9,5:1.

Zugleich mit der Empfehlung, Krankenpflegeschulen zur Abhilfe gegen den Schwesternmangel einzurichten, waren von der Landesregierung 1962 „Schwester-Vorschulen“, d. h. Einrichtungen für junge Volksschulabgängerinnen als Praktikum in der Hauswirtschaft – Putzen als Haupttätigkeit – und Pflege über ein bis drei Jahre als Überbrückung bis zum 18. Lebensjahr vorgeschlagen worden. Dem folgte der Verwaltungsdirektor nicht, wofür er sich vor dem Dezernenten zu rechtfertigen hatte. Verwaltungsdirektor Stumpf gab den Mangel an Bettplätzen als Grund an, der nach Übernahme des Studentenwohnheims bei der Kinderklinik gelöst werde und dann sollten die künftigen Vorschülerinnen überwiegend in der Kinderklinik eingesetzt werden, „um nicht von vornherein mit der ganzen Härte ihres künftigen Berufes konfrontiert zu werden.“ Tatsächlich wollte man aber im Gegensatz zum Diakonissen-Krankenhaus lieber auf eine Vorschule verzichten, denn es gab genügend Bewerbungen für die Krankenpflege- und Kinderkrankenpflegeschule.²⁵³

Die theoretische Unterweisung der Schülerinnen und Schüler der Krankenpflegeschule erfolgte durch Ärztedozenten und weiterhin über die zwei Unterrichtsschwestern vom Roten Kreuz in deren Räumlichkeiten. Erst seit dem 1. Juli 1966 verfügte das Haus mit Mathilde Röder über eine eigene qualifizierte „Schulschwester“. Der erste Schulleiter Prof.



„Neuer Chic für Krankenschwestern“. Modeschau für neue Berufskleidung vor Schwesternschülerinnen in alter Tracht, 1966. Die vorgestellte Berufskleidung wurde eingeführt.

Zeh trat seine Aufgabe mit großem Ernst an und verfocht das Konzept, Unterrichtsschwestern eine wesentliche Aufgabe in der theoretischen Unterrichtung wie in der praktischen Ausbildung am Krankenbett zukommen zu lassen, um „das Niveau der Schule und das Ansehen der Schule wesentlich zu fördern“ und damit letztlich „auf weite Sicht ... die Betreuung der Kranken in unseren Kliniken ganz entscheidend“ zu verbessern. Er hob gegenüber dem Verwaltungsdirektor ausdrücklich auf das bundesweit seinerzeit herausragende Modell der Heidelberger Universitätskrankenhauspflegeschule²⁵⁴ ab. Die war 1953 auf US-amerikanische Initiative gegründet worden und führte unter Verantwortung freier Schwesternverbände einen beispielhaft mo-

dernen Krankenpflegeunterricht durch und bildete seit 1955 Leitungs- und Lehrpflegepersonal aus. Zehs Forderung, wie in Heidelberg für jeden Kurs eine eigene Lehrkraft auf 20 Schüler/innen einzusetzen, perspektivisch für die praktische Anleitung sogar 1:10, unterstützten auch der Ärztliche Direktor Prof. Spohn und Verwaltungsdirektor Stumpf, doch blieb die Umsetzung illusorisch.²⁵⁵

Die eingetretene erhoffte Aufwärtsentwicklung machte nicht nur neue Unterbringungen im alten Schwesterncasino und der ehemaligen Urologie in der Moltkestraße 18 notwendig, sondern stellte auch eigene Räumlichkeiten auf dem Hauptgelände dringlich auf die Tagesordnung. Ab 1. Oktober 1968 lernte der erste Kurs in den durch Einziehung von Zwi-

Krankenpflegeschule, Zahl der Auszubildenden

| 1968 | 1972 | 1976 | 1978 | 1984 | 1992 | 1997 | 2000 | 2005 |
|------|------|------|------|-------------------|------|------|------|------|
| 115 | 148 | 171 | 210 | 282 [Höchststand] | 185 | 196 | 185 | 186 |

schendecken in der ehemaligen Wäscherei im Wirtschaftsgebäude (F-Bau) erhaltenen zwei Unterrichtsräumen der Krankenpflegeschule, in denen die künftigen Krankenpflegehilfeschüler und die medizinisch-technischen Assistenten-Schüler Unterricht erhalten sollten. Zugleich wurde mit Johanna Obermeyer eine zweite Schwester als zukünftige Unterrichtskraft zur Ausbildung geschickt. Im selben Jahr bekam der ärztliche Leiter der Schule seit 1964, Prof. Erich Zeh, eine Stellvertreterin, die neueingetretene Oberin Helga Krause.²⁵⁶

Bei dem großen Erfolg der Schule, der mit stetig steigenden Anfängerzahlen bei gleichzeitigem Abnehmen der Rot-Kreuz-Schülerinnen verbunden war, übernahm die Klinik die Schule 1968 ganz in Eigenregie. Die vier noch 1968 aufgenommenen Rotkreuzschülerinnen wurden daraufhin von der Schwesternschaft an die Krankenanstalten überantwortet, der eigene Unterrichtsbetrieb lief mangels Perspektive aus, ohne dass jemals vonseiten der Schwesternschaft vom Roten Kreuz offiziell dem Ende der Kooperation zugestimmt wurde.²⁵⁷

Der gesellschafts- und jugendpolitische Aufbruch der 1960er-Jahre erreichte die Krankenpflegeschule. 1969 teilten die Schülersprecher Klaus Dieter Huh und Günter Schumacher von der neu gebildeten SMV dem verdzten Dezernenten diese Gründung mit, in der Verantwortung in der „Jugenderziehung zu demokratischen und bewussten Menschen angesichts der Jahrhundertgeschichte“, gemäß ihren Statuten. Zur regelrechten „Protestzeit“ zwischen Schülern und Schulleitung bis hin zur Einbestellung der SMV-Vertreter vor den OB, in der Auseinandersetzung um Demonst-

rationen und Protestresolutionen der damals aktuellen politischen Auseinandersetzung zu ÖPNV-Preiserhöhungen und einer „roten Schülerzeitung“, kam es erst zwischen 1976 und 1978.²⁵⁸ Zugleich wurde in der Krankenhausleitung die hohe Fluktuation bei den Schülern thematisiert, da bis zu 30 % eines Jahrganges nicht zur Prüfung antraten. Analysiert wurde dabei, dass ein hoher Anteil von Abiturienten oder schon Studierenden aufgenommen worden seien, die im Ausbildungsverlauf dann doch zur akademischen Laufbahn überwechselten. Außerdem wurden sie als „die Unruhestifter“ ausfindig gemacht. Das Bürgermeisteramt ordnete als Konsequenz eine genauere Auswahl der Bewerber für die Schule an, „es muss gewährleistet sein, dass nur charakterlich einwandfreie und zuverlässige Personen, von denen erwartet werden kann, dass sie sich für den Dienst am kranken Menschen gut eignen, und die bereits sind, sich in die Arbeitsverhältnisse einzugliedern, aufgenommen werden.“²⁵⁹

Für die mittlerweile weit über 100 Krankenpflegeschülerinnen und -schüler reichten die beiden Räume im Wirtschaftsgebäude nicht aus. Der Gedanke, die ehemaligen Räume der Rot-Kreuz-Schule in der Kochstraße zu mieten, wurde nicht weiter verfolgt. Stattdessen baute die Stadt 1972 weitere Räumlichkeiten im früheren Schwestern-Casino (W-Gebäude) aus. Die bisher schon als Schulassistentin eingesetzte OP-Schwester Maria Link absolvierte die Unterrichtsschwesternschule und komplettierte danach das Schulteam als vierte Unterrichtsschwester.²⁶⁰

Ein Meilenstein war der 1974 genehmigte Neubau eines eigenen modernen Schulgebäudes zusammen mit der Klinikbauabteilung

(später Technische Bau- und Betriebsdirektion bzw. KAPEG/PEG) an der Blücherstraße (Franz-Lust-Straße), welches am 1. September 1977 feierlich eingeweiht werden konnte. Großzügig ausgestattet mit drei Unterrichts- und zwei Demoräumen sowie einem Filmraum nebst Lehrkräftebüros, war der 3 Millionen DM teure Bau für 240 Lernende ausgelegt.²⁶¹

Unterdessen hatten Probleme, verbunden mit einer Krise im Lehrkörper, dem Ansehen und Ausbildungsstand der Schule geschadet. Diese wurden mit dem Einstieg von Maria Link als Leitender Unterrichtsschwester 1978 überwunden. Die offizielle Schulleitung bestand trotzdem weiterhin aus dem Ärztlichen Schulleiter, eine im wesentlichen repräsentative Aufgabe, und der Oberin. Dieser unbefriedigende Umstand wurde 1983 zurecht gerückt, indem die leitende Unterrichtskraft nun auch offiziell die Schulleitung übertragen bekam.²⁶² Damit war man dem 1985 folgenden neuen Krankenpflegegesetz, das die Ausbildung an europäische Maßstäbe anglich, indem es den Unterricht auf 1.600 Theoriestunden ausweitete, wieder einen Schritt voraus, da es auch eine ausgebildete Pflegelehrkraft als Schulleitung forderte. In der Kinderkrankenpflegeschule wurde die bisherige Leitende Unterrichtsschwester Elfriede Wulf Schulleiterin, die seit 1965 an der Schule gewirkt hatte. 1987 folgte ihr Gabriele Kammerer, insgesamt verfügte die Schule über vier Lehrkräfte.²⁶³ Der Unterricht konnte in einem 1964 vom Studentenwerk übernommenen Gebäude abgehalten werden.

Auf Bitten der Politik und da man als öffentlicher Träger angesichts der steigenden Jugendarbeitslosigkeit seit den 1970er-Jahren in der Verantwortung stand, wurden die bis 1977 insgesamt sechs Kurse der Krankenpflegeschule durch jährlich einen Zusatzkurs zu Anfang des Jahres auf neun Kurse erhöht, die Zahl der sechs Unterrichtskräfte erhöhte sich

dabei allerdings nur um eine auf sieben. Kamen bis dahin etwa 35 Schüler auf eine Lehrkraft, so verschlechterte sich das Verhältnis auf 44:1, die Lehrkräfte waren deshalb zur Begleitung in der praktischen Ausbildung vollends nicht mehr in der Lage. Hatte die Anrechnung auf den Stellenplan und die unzureichend geregelte praktische Ausbildung schon lange als Problem geschwelt, so kulminierte nun ein Grundsatzkonflikt. Nach massiven Protesten der Schülerinnen und Schüler sowie ÖTV-Vertrauensleuten teils auch in der Öffentlichkeit, richtete Klinikdezernent Eidenmüller eine Arbeitsgruppe mit dem neuen Pflegedienstleiter Mrochen, den Krankenpflegeschulen, dem Personalrat und Schülervertretern ein. In kurzer Zeit konnten die Schwachstellen in der Ausbildung analysiert und ein Konzept vorgelegt werden, das zunächst zwar nicht bindend war, aber für die Zukunft entscheidende Weichen stellte. Mit zwei zusätzlichen Lehrkräften, einer Verringerung der Klassenstärke und Einführung des Blockunterrichts wurde schnell reagiert. Anrechnungszahl und die Belastungen im praktischen Alltag wurden problematisiert, lagen aber weitgehendst außerhalb des beeinflussbaren Bereiches. Dagegen wurde das überkommene System der Funktionspflege in Frage gestellt und für die allumfassende Bereichspflege plädiert, wie die DKG schon 1984 empfahl und die neue Ausbildungs- und Prüfungsordnung nun auch forderte. Zugleich war es der Beginn des in den Folgejahren ausgebauten Praxisanleitungssystems, d.h. einer systematischeren Lernzielkontrolle durch speziell zuständige Anleitungspersonen.²⁶⁴

Unter wirtschaftlichen Gesichtspunkten stellte die Geschäftsführung 1997 die seit den 1970er-Jahren über den eigenen Bedarf hinausgehende Ausbildung sowie auch die mit durchschnittlich 21 Schülern besetzten Krankenpflegekurse gegenüber den durchschnittlich 30 der Kinderkrankenpflegeschule in Frage. Folge

Operationstechnische Assistenten/innen (OTAs)

| 2002 | 2005 |
|------|--------------------------------------|
| 5 | 4 (+ 9 Auszubildende der Bundeswehr) |

war eine Reduzierung des Ausbildungsangebots.²⁶⁵

Das seit 2004 geltende Krankenpflegegesetz²⁶⁶ hebt die eigenständigen Aufgabenbereiche der Pflege ausdrücklich hervor. Neu hinzu kamen Aufgaben in der präventiven, rehabilitativen und palliativen Vorsorge, womit ein umfassenderer Ansatz verbunden ist, der neben der Ausbildung und Einsatz im Krankenhaus auch die ambulanten oder stationären Pflege- oder Rehaeinrichtungen einbezieht. Die Berufsbezeichnung Krankenschwester bzw. Krankenpfleger änderte sich folgerichtig zu Gesundheits- und Krankenpfleger/in bzw. Kindergesundheits- und Krankenpfleger/in. Das Gesetz setzte damit auch formal einen Schlussstrich unter den langen Sonderweg eines ehemaligen „Frauenberufes“, der seinen Ausgang in den Schwesternschaften des 19. Jahrhunderts genommen hatte.²⁶⁷ Die Schule für Pflegeberufe am Klinikum war 2004 mit federführend in der Erstellung eines erstmalig verbindlichen Landeslehrplanes für Baden-Württemberg, der die Ausbildungsinhalte gemäß dem hohen Anspruch des Gesetzes und der staatlichen Prüfung festlegte.²⁶⁸ Mit jeweils 1,5 hauptamtlichen Praxisanleiterstellen für die beiden Pflegeschulen nimmt das Klinikum im Land eine Vorreiterfunktion ein.

Nach der Zurrufsetzung des Krankenpflegegeschulleiters Rudolf Eppele 2001 und mit dem Einzug der neuen Frauen- und Kinderklinik im Hauptareal des Klinikums 2004 wurden die bisher getrennten Pflegeschulen neu strukturiert. Beide Schulen wurden zusammen mit der seit 2000 durchgeführten zweijährigen Ausbildung zu Operationstechnischen Assistentinnen (OTAs)²⁶⁹ unter der Leitung Gabriele Kam-

merers zusammengefasst, wegen Raummangels blieb aber die örtliche Trennung bestehen. Ein einheitliches neues oder ein vergrößertes Schulgebäude steht deshalb als Zukunftsaufgabe an.

1966: Krankenpflegehilfeschule – wieder aufgegeben

Der allgemeine Schwesternmangel gab seit Ende der 1950er-Jahre Anlass zur breit gefächerten Diskussion über Schwesternhelferinnen. Politik und Krankenhausträger meinten, anstelle des bestehenden Anteils von rund 4 % an nicht ausgebildetem Pflegehilfspersonal diesen Anteil auf etwa 30 % erhöhen und dabei einen funktionsfähigen Krankenhausbetrieb aufrecht erhalten zu können. Sanitätsorganisationen wie das DRK oder der Malteser Hilfsdienst bildeten in drei- bis sechswöchigen Kursen Helferinnen aus, die den Schwestern am Patientenbett zur Seite stehen sollten. Dies konnte keine Lösung sein. Im Vorfeld der Novellierung des Krankenpflegegesetzes von 1957 und der angestrebten Erhöhung der Theoriestunden befürchtete das Städtische Krankenhaus ebenso wie andere Häuser, „dass die Zeiten der praktischen Ausbildung am Krankenbett eingeschränkt werden.“²⁷⁰ Im Krankenpflegegesetz von 1965 kam der Gesetzgeber deswegen den Wünschen der Krankenhäuser entgegen und etablierte ausdrücklich eine einjährige Krankenpflegehilfeausbildung. War in der Diskussion noch von etwa 400 Theoriestunden die Rede, so standen im Gesetz am Ende nur 250 Stunden.

Der sofortigen Einrichtung eines neuen einjährigen Kurses standen allein fehlende Wohn- und Unterrichtsräume sowie fehlendes Lehrpersonal im Wege, was erst nach und nach gelöst werden konnte. Ein Schulraum wurde schließlich in der außerhalb liegenden Zent-

Krankenpflegehilfeschule, Zahl der Auszubildenden

| 1966 | 1972 | 1976 | 1982 | 1983 |
|------|------|------|------|-------------|
| 16 | 37 | 26 | 23 | eingestellt |

ralwäscherei geschaffen. Der Gemeinderat genehmigte die neue Ausbildung zum 1. November 1966, und zugleich begannen die ersten 14 Frauen und zwei Männer den Kurs. Da die Ausbildung besonders als Umschulungsmaßnahme auf dem Arbeitsmarkt gefördert wurde, explizit war die Zulassung im Alter zwischen 18 und 50 Jahren möglich, schwankte die Teilnehmerzahl mit der Konjunktur der Arbeitsförderungsmaßnahmen.²⁷¹ Der Einsatz der einjährigen Krankenpflegehilfskräfte blieb über all die Jahre problematisch, da die Dienstanweisung eine Aufsicht durch die dreijährig ausgebildeten Kräfte festlegte und die Bezahlung unter denen der Krankenschwestern und -pfleger lag. Pflegeverbände und Gewerkschaft forderten lange, mit der „Schmalspurausbildung“ Schluss zu machen und stattdessen allein mit dreijährig qualifizierten Kräften zu arbeiten, wohingegen auch Stadt und Klinikum aus finanziellen Erwägungen lange daran festhielten. Die Beschäftigungsaussichten der Krankenpflegehelferinnen und -helfer waren gegenüber den dreijährig ausgebildeten Vollkräften ungünstiger, insbesondere nachdem die Phase akuten Pflegekräftemangels zu Beginn der 70er-Jahre vorüber war. Da das Haus grundsätzlich auf Pflegepersonal mit dreijähriger Qualifikation setzte, wurde seit 1983 kein Krankenpflegehilfekurs mehr ausgebildet, dafür ein zusätzlicher Kurs zur dreijährigen Krankenpflegeausbildung eingerichtet.

1978: *Akademisches Lehrkrankenhaus, Medizinstudierende*

Die per Bundesgesetz 1953 gültige „Bestallungsordnung für Ärzte“ (alternativ benutzter Be-

griff für Approbation) regelte das Medizinstudium auf elf Semester und stellte der endgültigen Approbation eine zweijährige praktische Medizinalassistentenzeit der fast „fertigen“ Medizinstudierenden im Krankenhaus voran.²⁷² Bis Ende der 1960er-Jahre gab es nur ausnahmsweise Medizinalassistenten in den Städtischen Krankenanstalten. Eine grundsätzliche Änderung brachte die mit Ausnahme verschiedener Novellen noch gültige Approbationsordnung von 1970.²⁷³ Nach vorausgegangen Kontroversen über den Ablauf und die Kapazitätsausdehnung des Medizinstudiums wurde darin die Dauer auf mindestens sechs Jahre festgelegt und mit einer darin eingeschlossenen Phase des Praktischen Jahres (PJ) stärker praktisch ausgerichtet.²⁷⁴ Mit der damit verbundenen Aufforderung an die Städte, ihre kommunalen Krankenhäuser für die Medizinausbildung zu öffnen, trafen sie auf Widerstand. Auch die Stadtverwaltung Karlsruhe blieb verhalten, solange Bund und Land als Verantwortungsträger der akademischen Medizinausbildung nicht dafür aufkamen.²⁷⁵ Dabei war die Weigerung nicht prinzipiell, im Gegenteil.

Oberbürgermeister Klotz hatte schon 1961 sogar von einer medizinischen Fakultät in Karlsruhe geträumt, war es doch eine Frage des Prestiges. 1963 hatten die Chefärzte der Städtischen Krankenanstalten in einem Memorandum verlangt, die Möglichkeit einer Medizinischen Fakultät durch Einbeziehung der vorhandenen naturwissenschaftlichen Institute und Aufbau noch fehlender an der Technischen Hochschule Karlsruhe oder einer eigenständigen Medizinischen Akademie für Karlsruhe zu prüfen.²⁷⁶ Schnell wurde klar, dass bei allen Landesplanungen zum Ausbau des Medizinstudiums eine eigene Fakultät in Karlsruhe nicht möglich war. 1967 versuchte man sich daher im Lauf der Diskussion um die Änderung der Medizinausbildung mit den Universitäts-

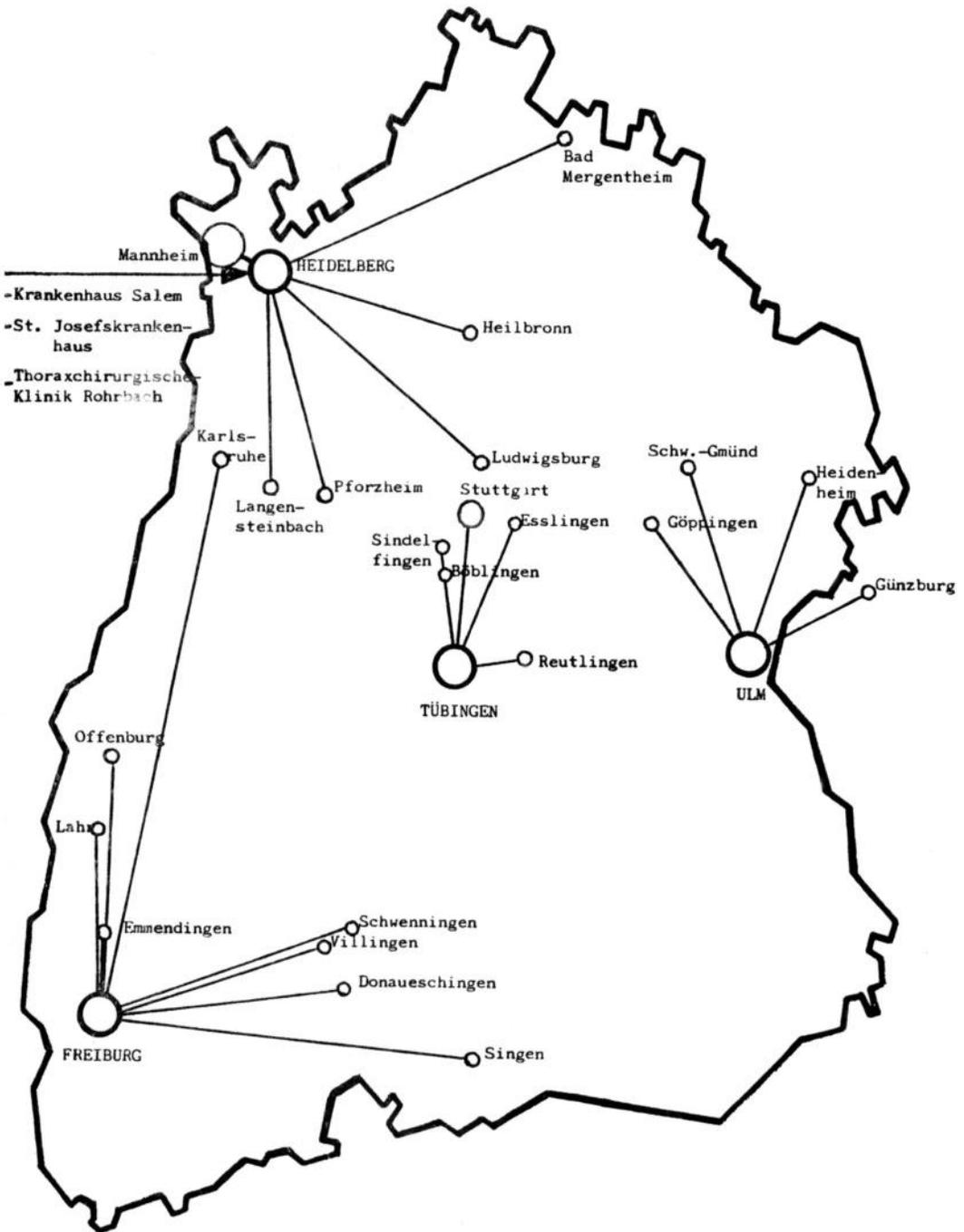
Zahl der Medizinstudenten/innen (Praktisches Jahr – PJ)

| 1978 | 1982 | 1984 | 1990 | 1997 | 2000 | 2002 | 2005 |
|------|------|------------------|------|------|------|------|------|
| 22 | 50 | 62 [Höchststand] | 47 | 54 | 50 | 48 | 25 |

kliniken in Heidelberg und Freiburg über die Aufnahme als Ausbildungsort für Studierende zu verständigen, was auf Weisung des Kultusministeriums unterbrochen werden musste.²⁷⁷ Mit der neuen Approbationsordnung 1970 war Karlsruhe in jedem Fall für die neue Richtung der außeruniversitären Ausbildung der Medizinstudierenden vorgesehen. Sie sollte erstmals 1975 beginnen, nach Vorgabe aus Stuttgart als Lehrkrankenhaus der Universität Freiburg. Jetzt ging es neben der Klärung der finanziellen Frage allein um das Procedere.

Prinzipiell sah sich die Stadt außerstande, „auch noch die Ausbildung der Studenten mitzufinanzieren“ und verhandelte um die volle Übernahme aus Landesmitteln.²⁷⁸ Eine Arbeitsgruppe, bestehend aus Bürgermeister Hofheinz, Verwaltungsdirektor Bruno Bertsch und den Chefärzten (Professoren Spohn, Zeh, Schirmeister, Haubrich, Gusek und Dr. Wüst), verhandelte mit der Landesregierung und der Universitätsklinik Freiburg. Streitpunkte waren die für die praktische Unterweisung aus Landesmitteln zu bezahlenden zusätzlichen Ober- und Assistenzarztstellen sowie Labor- und Verwaltungspersonal und die Schaffung von Räumen zur Gewährleistung der Ausbildung. Krankenhaus und Stadt forderten 17 Stellen, das Land akzeptierte zuerst nur sechs; am Ende wurden es neun zusätzliche ärztliche Stellen. Waren anfangs noch bis zu 100 PJ-Plätze vorgesehen, wurden diese zuletzt auf maximal 75 reduziert (und tatsächlich nie ausgeschöpft). Die zwölfmonatige klinische Ausbildung war auf je vier Monate Innere Medizin und Chirurgie und ein Fachgebiet eigener Wahl festgelegt. Sah sich die Stadt prinzipiell an einer einvernehmlichen Einigung mit Lan-

desregierung und Universität interessiert, so kamen die Bedenken von ärztlicher Seite. Teils spitzten sich die Widersprüche derart zu, dass einmal nur eine Zurechtweisung der Oberarzt- und Assistenzarztvertreter durch Bürgermeister Hofheinz einen Eklat mit dem Kultusministerium verhinderte. Die Vertretung der Ober- und Assistenzärzte hatte es sich deutlicher als die Chefärzte – aber durchaus in deren Sinne – erlaubt, Einspruch gegen die befürchtete „Gängelung“ aus Freiburg zu formulieren. Sie bemängelten ungenügende eigene Mitsprache und fürchteten umgekehrt einen zu großen Freiburger Einfluss auf künftige Chefarztbestellungen und die der nachfolgenden Oberärzte. Tatsächlich wurde städtischerseits vor allem das zusätzlich zu gewinnende Prestige als Pluspunkt gesehen, sonst aber wegen finanzieller und zusätzlicher Arbeitslast eher negative Auswirkungen befürchtet. Da von städtischer Seite lange geradezu gepokert wurde, dem Städtischen Krankenhaus eine Sonderstellung im Land vor den anderen Lehrkrankenhäusern der Universität Freiburg durch eine spezielle Vertretung in der Fakultät zu sichern, waren die Städtischen Krankenanstalten nach dem Vincentius- und dem Diakonissen-Krankenhaus das letzte Haus in Karlsruhe, das zum Akademischen Lehrkrankenhaus avancierte.²⁷⁹ 1978 war es dann soweit. Nun trug das Haus die Zusatzbezeichnung „Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Freiburg im Breisgau“ und druckte dies noch vor dem Einzug der ersten PJler stolz in die Briefköpfe. Am 16. Oktober 1978 begann erstmals das praktische Studienjahr am Städtischen Klinikum mit 22 Studierenden, wozu die Lokalpresse titelte: „Kein übermäßiger Jubel über akademisches



Prinzip der Zuordnung von außeruniversitären Lehrkrankenhäusern zu den jeweiligen Universitätskliniken nach dem ersten Plan des baden-württembergischen Kultusministeriums 1973, bis 1978 noch weiter vernetzt.

Hebammenschule, Zahl der Schülerinnen

| 1982 (übernommen) | 1986 | 1990 | 1997 | 2000 | 2005 |
|----------------------|------|------------------|------|------|------|
| 33 | 36 | 40 [Höchststand] | 39 | 38 | 38 |

Lehrkrankenhaus“, weil man, wie der neue Krankenhausdezernent Rehberger ausführte, immer noch lieber gesehen hätte, der Fridericiana-Universität eine medizinische Fakultät anzugliedern und die gemachten Zugeständnisse des Landes als insgesamt spärlich erachtete.²⁸⁰ Ein Jahr später wurde eine insgesamt positive Bilanz gezogen, mit den Studierenden habe es „keine Schwierigkeiten bisher gegeben, einige seien als Assistenzärzte eingetreten,“ lediglich die Ressentiments gegen die Universität Freiburg schienen noch nicht überwunden, wenn kritisiert wurde, der Lehrdekan sei noch nicht einmal hier gewesen.²⁸¹

Trotzdem war die nun als altmodisch empfundene Bezeichnung Städtische Krankenanstalten durch die Aufnahme als akademisches Lehrkrankenhaus umgehend noch 1978 in das modernere Städtische Klinikum geändert worden. Seitdem hat sich der Lehrbetrieb fest etabliert und die anfänglichen Animositäten fielen dem Vergessen anheim.

1983: Unverhofft kommt oft – die Hebammenschule

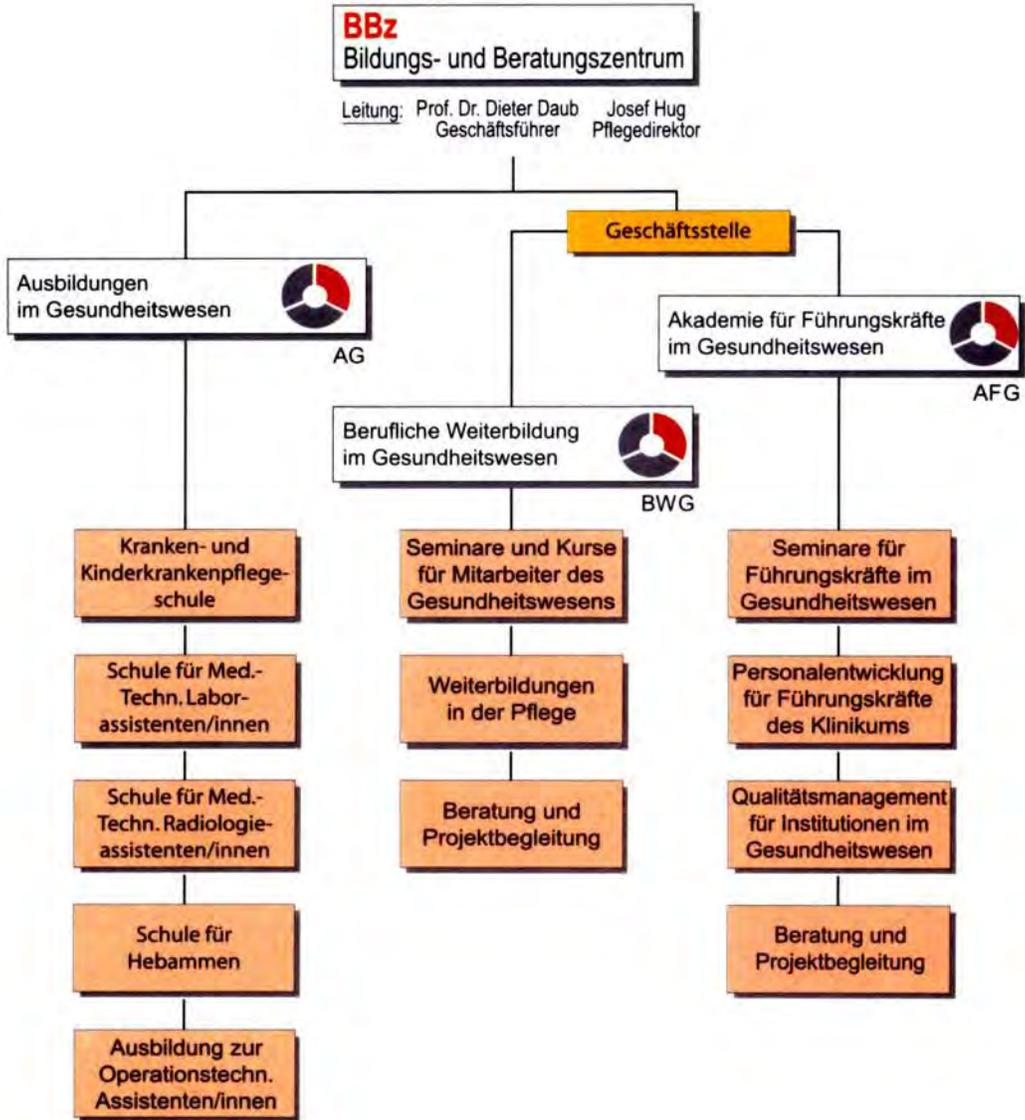
Mit Gründung der Landesfrauenklinik (LFK) 1923 nach Übernahme des Ludwig-Wilhelm-Krankenhauses durch das Land Baden wurde eine Landeshebammenanstalt eingerichtet, die im gleichen Jahr mit der fürstlich-fürstenbergischen Hebammen-Anstalt in Donaueschingen verschmolzen wurde. Diese Schule hatte zentrale Ausbildungsfunktion für alle Hebammen im Land. Als die Landesfrauenklinik 1983 geschlossen wurde, war sie neben Freiburg und

Stuttgart die dritte ihrer Art in Baden-Württemberg, deutschlandweit existierten 20 Hebammenlehranstalten. Im Benehmen mit der Landesregierung sah sich die Stadt mit der Übernahme der Landesfrauenklinik und Umwidmung zur psychiatrischen Klinik in der Pflicht zur Aufrechterhaltung der Ausbildung. Zum 1. Januar 1982 wurden die zwei Schulkurse der LFK vom Klinikum übernommen und die Schulräume wurden ins ehemalige Schwestern-Casino (W-Gebäude) verlegt.

Im Juli 1983 schlossen Klinikum, Vincenzius- und Diakonissen-Krankenhaus einen Vertrag, worin an der Hebammenausbildung in Karlsruhe festgehalten wurde. Die Kooperationspartner kamen überein, die theoretische Ausbildung am Klinikum, die praktische in allen drei vertragschließenden Häusern zu garantieren, alle gemeinsam sind Träger der Schule.²⁸²

*Kompetenzzentrum Bildung:
von den Anfängen innerbetrieblicher
Fortbildung zum BBz*

Für die über die dreijährige Krankenpflegeausbildung hinausreichende notwendige Qualifikation als Fachweiterbildung zur Unterrichtskraft (heute Pflegepädagoginnen und -pädagogen), zur Pflegedienstleitung (Pflegemanagement) und in den Funktionsbereichen Anästhesie und Intensivpflege mussten über lange Zeit auswärtige Bildungseinrichtungen besucht werden. 1980 wurde im Haus die Weiterbildungsstätte für Anästhesie- und Intensivpflege eingerichtet, die in zwei Jahren berufsbeglei-



Der Aus- und Fortbildung kommt höchste Priorität zu, Organigramm des BBz.

tend zur staatlich anerkannten Fachkrankenschwester bzw. zum Fachkrankenpfleger führte, 1984 auch auf den OP-Dienst ausgedehnt. Im Jahre 1992 kam als dritte Weiterbildung die zur Pflegefachkraft für Psychiatrie hinzu. Seit

1995 bietet das Klinikum Stationsleitungslehrgänge an und im selben Jahr wurden auch die Intensiv- und Anästhesiefortbildungskurse jährlich eingeführt, so dass zwei Kurse parallel stattfinden.

Teilnehmerentwicklung im Bildungs- und Beratungszentrum (BBz) 2001–2006

| | Gesamt | Berufliche Weiterbildung im Gesundheitswesen – BWG (davon extern) | Akademie für Führungskräfte im Gesundheitswesen – AFG (davon extern) |
|------|--------|---|--|
| 2001 | 2.922 | 2.441 (267) | 481 (71) |
| 2002 | 2.156 | 1.670 (152) | 486 (48) |
| 2003 | 2.576 | 2.040 (253) | 536 (32) |
| 2004 | 2.535 | 2.104 (307) | 431 (21) |
| 2005 | 3.532 | 3.102 (333) | 430 (8) |
| 2006 | 3.349 | 2.894 (268) | 455 (30) |

Geschäftsführung und Pflegedirektion begannen grundlegende Weichen für den Auf- und Ausbau der Weiterbildung zu stellen, da die Erlangung und Aufrechterhaltung von Qualifikationen als Schlüsselement in dem sich bildenden Gesundheitsmarkt erkannt wurden. Der 1993 begonnene systematische Aufbau zeigte 1996 mit dem ersten Jahresprogramm zur Fortbildung und der Öffnung für externe Nachfrager seinen Erfolg. 1999 wurde das Institut für Betriebliche Fortbildung (IBF) zur Weiterbildung in Intensiv- und Anästhesiepflege, OP-Dienst und mittlerweile ergänzt durch die Fachausbildung Psychiatrie mit der Innerbetrieblichen Fort- und Weiterbildung (IBFW) zusammengeführt. Mit insgesamt acht zuständigen Mitarbeitern war die Grundlage für die konzeptionelle Entwicklung einer das ganze Krankenhaus erfassenden Bildungsarbeit gegeben, die angefangen von der Basisqualifikation mit regelmäßiger Auffrischung der Reanimationskenntnisse über Computergrundkenntnisse bis hin zur Kommunikationsfähigkeit ein breites Feld abdeckte. Zentrales Element war dabei von Beginn an die durch die weiteren Professionalisierungsanforderungen an die Krankenpflege in den 1990er-Jahren bedingte systematische und ausgedehnte berufspädagogische Fortbildung für Mentoren und Praxisanleiter. Als Multiplikatoren waren sie

die Basis für die Erreichung und Einhaltung von Qualitätsstandards, die im Zuge einer raschen Änderung im Berufsbild Pflege und ständiger Strukturänderungen durch die Gesundheitspolitik grundlegend für die Weiterentwicklung eines überkommenen Systems wurden.²⁸³

Eine konsequente Weiterentwicklung des eingeschlagenen Weges waren die Planungen für ein BBz (Bildungs- und Beratungszentrum), das im Jahre 2001 organisiert wurde und zeitgleich eine Akademie für Führungskräfte im Gesundheitswesen angegliedert bekam. 410 interne und 71 externe Teilnehmer im 1. Jahr belegten den Bedarf, wie insgesamt der sprunghafte Anstieg der Teilnehmerzahlen seit 1995 die Notwendigkeit einer berufsbegleitenden Fortbildung nachdrücklich zeigte. 2002 unterstrich das BBz mit dem Einzug in eigens hergerichtete Räume im Wirtschaftsgebäude, im Mittelpunkt des Hauses, seine Bedeutung als Zentrum für den Qualifikationserwerb im Klinikum.

Der gesundheitspolitischen Anforderung aus den demographischen Veränderungen sowie der Verweildauerverkürzung mit entsprechenden Rekonvaleszenzphasen zuhause, nach professionellem Beratungsangebot in der Pflege für Patienten, Angehörige und Ehrenamtliche wird das Klinikum über sein Schulungs-

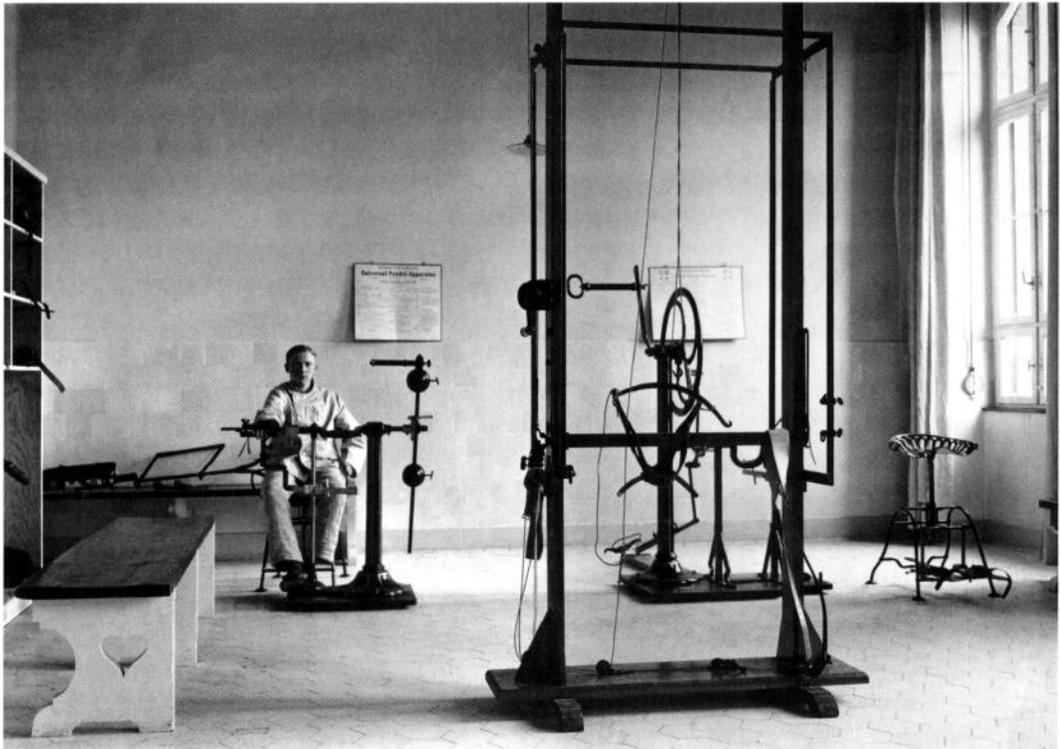
zentrum für Patienten und pflegende Angehörige gerecht, das in Kursen Anleitung und Hilfestellung vermittelt.

Die Aus- und Fortbildung hat im Jubiläumsjahr 2007 einen Umfang und Stellenwert im Klinikum gewonnen, wie nie in den 100 Jahren davor. Sie ist Bürge für die zukünftige Leistung und Qualität des Hauses. Ihre stufenweise Entwicklung in den vergangenen Jahrzehnten führte bis heute zwar zu einer einheitlichen Führung, aber nicht unter dem Dach einer einzigen Schule bzw. eines Schulzentrums. Ein solches war unter anderen Umständen und geringerer Reichweite in der Politik schon einmal im Jahr 1983 angedacht, aber aus Konkurrenzgründen dann nicht umgesetzt worden.²⁸⁴

Mehr als Medizin und Pflege

*Viel mehr Personal als bloß
Ärzte und Pflegekräfte*

Ärztliche Behandlung und pflegerische Betreuung sind die Kernkompetenz des Klinikums. Tatsächlich ist die Leistungserbringung Gesundheit ein Werk zahlreicher unterschiedlich qualifizierter und hochdifferenzierter Berufsgruppen. Ein Krankenhaus gehört zu den personalintensivsten Einrichtungen. Im Klinikum wuchs der Personalstand von 1949 mit 865 Stellen auf 2.925 im Jahr 2005 auf mehr als das Dreifache. Durch die Teilzeitbeschäftigten und zusammen mit Auszubildenden, Famuli, Zivildienstleistenden, Praktikanten,



Physiotherapie, 1907.

Personalentwicklung

| | 1949 | 1960 | 1970 | 1980 |
|---|---|---------------------------------|------------------------|---------|
| Ärztlicher Dienst | 1011 | 114 | 194,5 | 249,0 |
| Pflegedienst | 378 (267 Schwestern, 33 Pfleger und 78 Schülerinnen) | 538 | 728,0 | 840,5 |
| Med.-techn. Dienst | 80 (darunter 26 Arztschreib- hilfen) | 136 (davon 33 Schreibkräfte) | 256 | 324,8 |
| Funktionsdienst | nicht unterschieden | nicht unterschieden | nicht unterschieden | 174,4 |
| Hauspersonal | 109 | 388 | 547 | 236,3 |
| Wirtschafts-, Versorgungs- und Technischer Dienst | 204 | | | 323,9 |
| Verwaltungsdienst (einschl. Pfortner, Telefonisten, Boten) | 44 | 47 | 64 | 121,0 |
| Sonderdienste | nicht unterschieden | nicht unterschieden | 14 | 13,0 |
| Ausbildungsstätten | | | | 20,5 |
| Gesamt | 916 | 1.223 | 1.803,5 | 2.303,4 |

¹ 99 Ärzte: 12 Chefärzte, 4 Oberärzte, 34 Assistenzärzte, 17 Volontärärzte, 17 Pflichtassistenten, 1 Facharzt, 12 Jungärzte, 2 Apotheker.

Absolventen des Freiwilligen Sozialen Jahres etc. sind im Städtischen Klinikum im Jubiläumsjahr 2007 rund 4.200 Menschen tätig. Die Patienten haben am unmittelbarsten Kontakt mit Ärzten und Pflegepersonal. Dabei sind weitere Berufsgruppen ebenfalls unmittelbar mit dem Patienten beschäftigt, beispielsweise die Medizinisch-technischen Röntgenassistent/inn/en und etwas mittelbarer die Medizinisch-technischen Laboratoriumsassistent/inn/en.

Mit der zunehmenden medizinischen Spezialisierung erweiterte sich in den 1970er-Jahren durch neue Berufsgruppen die therapeutische Einflussnahme und dadurch auch das

differenzierte Behandlungsangebot innerhalb des Klinikums. Eine phoniatriisch-pädaudiologische Abteilung wurde eröffnet, welche ihren Schwerpunkt auf Behandlungen von Stimm-, Sprech-, Hör- und Schluckstörungen ausrichtete. Patienten in der Hals-, Nasen- und Ohrenklinik, der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie sowie Patienten nach Schlaganfällen erhalten so sehr frühzeitige, kompetente und qualifizierte Hilfestellungen von den Logopädinn/en unter der aktuellen fachlichen Leitung von Frau Prof. Monika Tigges.

In dieser Zeit veränderten sich auch die Behandlungsstrategien von der physikalischen

| 1990 | 2000 (nach Köpfen) | 2005 (nach Köpfen) |
|----------|-------------------------------------|-------------------------------|
| 318,0 | 403 | 450 |
| 1.037,01 | 1.261 | 1.264 |
| 381,0 | 509 | 540 |
| 224,2 | 353 | 414 |
| 486,9 | 659 (davon 100 Techn. Dienst) | 575 |
| 108,85 | | |
| 154,04 | 193 | 206 |
| 25,13 | 9 | 10 |
| 31,0 | 42 | 48 |
| 2.766,13 | 3.429 (3.009,27 in Stellen) | 3.597 (2.925,1 in Stellen) |

Therapie hin zu den physiotherapeutischen Schwerpunkten, welche die Gewichtung von passiven Maßnahmen (medizinische Bäder und Massagen) zu aktiven Übungsbehandlungen verlagerten. Waren in den 1950er- und 60er-Jahren nur ein/e Krankengymnast/in in der Chirurgie, I. Medizinischen Klinik oder Gynäkologie beschäftigt, so werden heute Patienten aller Fachkliniken durch vier Abteilungen der Physiotherapie mit 32 Stellen und 37 Mitarbeiter/innen betreut.²⁸⁵

Die immer umfangreichere technische Ausstattung erfordert Wartung und Reparatur mit entsprechend ausgebildeten Kräften in Werk-



Physiotherapie, 2007.

stätten. Für die Wartung und Instandhaltung von weit über 10.000 medizinischen Geräten wurde nach der Medizinischen Geräteverordnung von 1985 eine eigene Medizintechnik aufgebaut.

Der Soziale Dienst wurde immer weiter ausgebaut, bis Anfang der 1960er-Jahre gab es zwei „Fürsorgerinnen“, 1977 drei mit der Qualifikation Sozialpädagogin und Sozialarbeiterin, 1981 war die vierte Stelle notwendig. 2007 kümmert sich neben dem Kern des ehemals Sozialen Dienstes mit inzwischen sieben o. g. Fachkräften die interdisziplinäre Patientenberatung als ein Team von insgesamt 15 Fachkräften darum, die Patienten auf den Übergang in den Alltag außerhalb des Krankenhauses vorzubereiten, Rehabilitationsmaßnahmen einzuleiten, bei der Kostenregelung zu unterstützen, Patienten und Angehörige zu beraten und anzuleiten und um die Überleitung in ambulante und stationäre Pflegeeinrichtungen.



Personal an der Mangel in der modernen Wäscherei im T-Bau.

Wenig bemerkt der Patient die Schreibkräfte, die all die Untersuchungsergebnisse und ärztlichen Briefe tippen und in Form bringen. Die Verwaltung gilt als notwendig bei dem gleichzeitig oft anzutreffenden Vorurteil vom „Wasserkopf“. Tatsächlich ist dieser Bereich im Kern am wenigsten gewachsen. Mit Revolutionierung der Bürotechnik, ständigen Rationalisierungsmaßnahmen und der Neuorganisation bei Vergrößerung der zu leitenden Bereiche sowie der neuen Aufgaben im Rechnungswesen und einem immer umfassender gewordenen Management steht sie als einziger Bereich 2007 sogar mit verhältnismäßig weniger Personalaufwand als 1949 da. 1946 gänzlich unbekannte Methoden wie das Controlling kamen hinzu, seit 2000 in Hinsicht auf die neue Abrechnungsform nach DRGs sogar ein gesondertes Medizincontrolling.

Das Haus- und Wirtschaftspersonal (Reinigung, Küche, Wäscherei) erfuhr die größte Rationalisierung. Moderne Technik und Maschinen in der Wäscherei ersetzen immer mehr Man- und Womanpower. Auf das Küchenpersonal trifft das Gleiche zu. Die Personaleinsparung geht weniger auf Einsatz neuartiger Maschinen als auf eine 1997 erfolgte gründliche Neuorganisation der Abläufe und den Einsatz von Halbprodukten zurück.²⁸⁶ Die zuvor aufgebaute Trennung zwischen Haupt- und Diätküche wurde aufgehoben. Weil der diätetischen Ernährung große Bedeutung zugemessen wurde, wurde die Diätküche stark ausgebaut. Nach 1950 ist extra ein Assistenzarzt nur mit dieser Frage betraut worden. Die Zahl der Diätessen stieg ständig. 1955 wurde eine dritte Diätassistentin in der Küche notwendig.²⁸⁷ Die Herstellung eigener Wurst- und



Reinigungspersonal der Klinikumstochtergesellschaft KVD sorgt für Hygiene, 2005.

Backwaren geschieht nach wie vor durch hauseigene Metzger und Bäcker. Der durchrationalisierte Hol- und Bringedienst (Transport von Speisen, Wäsche, Sterilgut, Arzneimitteln, Verbandstoff und sonstigen Verbrauchsmaterialien, Entsorgung usw.) sorgt fast im Verborgenen für die Aufrechterhaltung des Klinikbetriebes ebenso wie die ganz unterschiedlichen Handwerker unaufhörlich Gebäude und Technik am Laufen halten.

Näher an den Patienten wiederum arbeitet das Reinigungspersonal, rund 280 Beschäftigte, in der klinikumseigenen Tochtergesellschaft Karlsruher Versorgungsdienste im Sozial- und Gesundheitswesen GmbH (KVD). Ständige Qualitätssicherung sorgt für das Einhalten der im Krankenhaus unabdingbar hohen Hygienestandards.

Und der Patient?

Bei all den fundamentalen Veränderungen, die das städtische Krankenhaus durchmachte, ist die eigentliche Kernaufgabe von Ärzteschaft und Pflegepersonal auch während der vergangenen 100 Jahre gleich geblieben, für das Wohl der Kranken zu wirken, Heilung zu bringen,

und wo dies nicht möglich ist, Linderung der Leiden zu verschaffen. Somit sind die Patienten ohne Berücksichtigung der politischen und wirtschaftlichen Rahmenbedingungen die eigentliche Personengruppe, um die es im Krankenhaus geht, da es ohne sie schlechterdings überflüssig wäre. Trotzdem kommen die Kranken wie in anderen Krankenhausdarstellungen auch in dieser Geschichte des Städtischen Klinikums nur am Rande vor. Jeder Patient kommt mit seiner individuellen Krankheits- und Leidensgeschichte in die Klinik und hofft auf persönliche Behandlung.

Mit der Veränderung vom Armenhaus zum modernen Behandlungskrankenhaus und dem steten Aufstieg von Medizin und Pflege war das Vertrauen in das Krankenhaus angestiegen. Nicht nur Unvermögende ließen sich immer öfter pflegen und behandeln, wie die wachsende Nachfrage nach I. und II. Klasse-Behandlung noch vor dem Ersten Weltkrieg zeigte. Die Bismarck'sche Sozialversicherung für Arbeiter und ihr Ausbau im 20. Jahrhundert auf weitere gesellschaftliche Bereiche erhöhten die „Leistungsziffern“ des Krankenhauses. Der regelrechte Boom setzte aber erst nach dem Zweiten Weltkrieg ein, 1946 wurden fast doppelt so viele Patienten (13.538) stationär behandelt wie 1939 (7.154). Seitdem stieg die Zahl kontinuierlich an, zwischen 1950 und 1970 wuchs die Zahl von 19.255 stationär Behandelten mit 30.132 erstmals über 30.000 und stieg noch vor Ablauf der folgenden 20 Jahre 1989 auf 40.758. Seit 1992 werden jährlich über 50.000 Patienten behandelt, 2004 erstmals mehr als 60.000.²⁸⁸

Dass sich die Zahl der Betten seit 1949 (1.525) trotz zwischenzeitlicher Schwankungen gegenüber 2006 auf 1.436 sogar reduzierte, hängt mit der Verweildauer – der Zeit, die ein Patient im Durchschnitt im Krankenhaus verbringen muss –, zusammen. Die sank nämlich von durchschnittlich 28,5 Tagen pro



Patientinnen der III. Klasse, um 1955; viele Betten waren noch ohne Rollen, eine modernere Bettengeneration kam nach 1967; die kahlen Krankenzimmerwände wurden erst ab Ende der 1950er-Jahre mit Bildern geziert.

Behandlung 1949 auf 7,3 Tage im Jahr 2006. Dies sind ebenso wie der Nutzungsgrad der vorhandenen Betten, der gemäß wirtschaftlichen Vorgaben zur Rentabilität seit den Kostendämpfungsgesetzen der 1980er-Jahre bei etwa 85 % liegen muss, und der im Klinikum immer überschritten wurde, wiederum reine Statistikwerte zur Leistungsaussage, nicht aber zur Situation der Patienten. War das Krankenhaus 1907 vor allem von männlichen Patienten jüngeren und mittleren Alters belegt, weil das Sozialsystem die Wiederherstellung der Arbeitskraft zum Ziel hatte, so holten die Frauen bis 1960 auf, nicht nur, weil Hausgeburten die Ausnahme wurden, sondern auch durch die Änderung der Sozialsysteme und den gesellschaftlichen Wandel zu allgemeiner Berufstätigkeit. Seit Ende der 1950er-Jahre wandelte sich der Grund der Krankenhausbehandlung beträchtlich. Standen bis dahin die Infektionserkrankungen an erster Stelle, so änderte sich das mit den ansteigenden Herz- und

Kreislaufkrankungen sowie der Stoffwechselerkrankungen wie Diabetes mellitus und der Freizeitunfälle ab den 1960er-Jahren. Deutlich zu nahm seitdem die Zahl der Patienten mit Tumorerkrankungen in allen Fachdisziplinen des Klinikums, die trotz fehlendem Durchbruch in der Heilung immer komplexer behandelbar wurden. Die deutlichste Änderung ging mit der Erhöhung der durchschnittlichen Lebenserwartung einher, allerdings in Korrelation zum sozialen Status,²⁸⁹ durch den Wandel der Arbeits- und Lebensbedingungen, der Hygiene und der Fortschritte in der Medizin, woran die Krankenhausbehandlung einen beträchtlichen Anteil hat. Das zunehmende Alter bedeutet auch mehr Verschleißerkrankungen und Krankheiten mit chronischem Charakter. So steigt seit Jahrzehnten der Anteil der multimorbiden (mehrfach erkrankten) Patienten ständig an und stellt dementsprechend erhöhte Anforderungen an Organisation, Medizin und Pflege. Dabei weist die AL-

tersstruktur krankheits- und damit klinikspezifische Charakteristika auf. Der Anteil der Betagten ist in der Inneren Medizin oder in der Augenklinik bspw. signifikant höher als in der Unfallchirurgie oder in der HNO-Klinik.

Von Krankensälen zum Hotelkomfort?

Die 1907 in allen Abteilungen eingerichteten Krankensäle mit durchschnittlich 16 Betten, bisweilen sogar 20, galten zwei Jahrzehnte später als überholt und so begann 1936 die Verkleinerung durch Zwischenwände und neue Türen unter Einbeziehung der bis dahin großzügigen Tagesaufenthaltsräume in drei Sechsbettzimmer. Unterbrochen vom Krieg, konnte die Einrichtung kleinerer Patientenzimmer erst 1952 wieder aufgenommen werden. Die Krankensäle mit durchschnittlich etwa 151 m² Fläche verkleinerte man auf den III. Klasse-Stationen nun meistens in fünf Räume mit zwei Sechsbett- und drei Dreibettzimmern, jedes davon wurde erstmals mit fließend warmem und kaltem Wasser ausgestattet. Traditionell wohnten die Stationsschwester auf der Station. Diese Zimmer wurden nach und nach freigemacht und in die nach dem Krieg immer wieder geforderten kleinen Zweibettzimmer für Schwerkranke umgewandelt. 1958 zogen die chirurgischen Stationsschwester in ein eigenes Wohnheim um. Bürgermeister Gurk drängte, diese neugewonnenen Krankenzimmer nicht für Patienten der I. und II. Klasse, wie vom Chefarzt gewünscht, zur Verfügung zu stellen, sondern für schwerkranke III. Klasse-Patienten zu verwenden. 1960 konnten die Schwesternkammern auf den chirurgischen Stationen C 15, 21, 30 und 31 aufgegeben und drei davon zu Zimmern der I. Klasse gemacht werden.²⁹⁰

Einige, wie die männerchirurgischen Stationen C 13 und C 25, erhielten dabei noch

Krankenzimmer mit acht Betten.²⁹¹ Dieser Zustand blieb auf der C 25 auch noch bis 1977 bestehen und auf der seinerzeit noch existierenden Station C 33 gab es zu diesem Zeitpunkt sogar noch ein Zehnbettzimmer, einige Stationen verfügten nur über eine einzige Toilette. Diese besonders widrigen Umstände in noch unsanierten Bereichen wurden zum Tagesgespräch in der Presse, und der Gemeinderat reagierte mit einem Sofortprogramm auf die in keiner Weise mehr der Zeit entsprechenden Krankenzimmerstandards. Dabei gab es schon seit 1969 ein Sanierungsprogramm, die Fünf- und Sechsbettzimmer in Vierbettzimmer zu verkleinern, die Fenster zu erneuern und erstmals auch alle III. Klasse-Betten mit Telefonanschluss, eigener Rufanlage und Bettlicht zu versehen. Das Programm begann zwischen 1969 und 1973 in der I. Medizinischen Klinik. Die Umbaumaßnahmen stießen nicht immer auf die Freude der Chefärzte, die peinlichst bestrebt waren, dabei nur keine privaten „Liquidationsbetten“ zu verlieren.²⁹² Für die Sanierung der Stationen wie aller Bereiche wurden im Haushalt seitdem ständig hohe Mittel aufgebracht, um sie permanent den sich verändernden Ansprüchen und Erfordernissen anzupassen, sozusagen eine Daueraufgabe. Aufsichtsratsvorsitzender Eidenmüller gab 2005 das strategische Ziel vor, das in den Neubauten verwirklicht ist, künftig in allen Bereichen Krankenzimmer mit zwei Betten und Sanitäreinrichtung vorzuhalten.²⁹³

Die in den Städtischen Krankenanstalten erlassene neue Hausordnung für die Patienten von 1956 maßregelte erstmals nicht mehr im militärischen Stil und schrieb auch keine spezielle Anstaltskleidung mehr vor. Hieß es in der ersten neu aufgestellten Hausordnung von 1947 nach dem Krieg, weil die alte in der Besatzung verloren gegangen war, noch im alten Stil ohne Anrede eingangs: „In den Krankenanstalten müssen Sitte, Ruhe, Rein-



Lieber Patient!

Wir begrüßen Sie freundlichst in unserem Hause und danken Ihnen für das Vertrauen, das Sie uns entgegenbringen. Wenn Sie nicht freudigen Herzens zu uns gekommen sind, so verstehen wir das, weil der Eintritt in ein Krankenhaus Sorgen macht. Mit Ihnen hoffen wir aber, daß Sie nur kurze Zeit bei uns zu Gäste sind und die Krankenhausbehandlung zur Wiederherstellung Ihrer Gesundheit führt, damit Sie bald in den Kreis Ihrer Familie zurückkehren und der gewohnten Tagesarbeit nachgehen können.

Was in unseren Kräften steht, wird geschehen, um Ihnen den Aufenthalt so angenehm zu machen wie es in einem Krankenhaus möglich ist. Unser Bemühen wird gefördert, wenn Sie selbst den Willen zum Gesundwerden, Geduld und Vertrauen haben. Bitte seien Sie überzeugt, daß alles, was an Ihnen getan wird, Ihrem Besten dienen soll.

Auch im Krankenhaus sind, wie in der Häuslichkeit oder im Beruf, verschiedene Regeln zu beachten, die erst das Einfügen in die neue Gemeinschaft und damit das Zusammenleben erträglich machen. Zu Hause richtet sich die Hausordnung nach dem Willen der Mutter oder der Ehefrau (manchmal glaubt auch der Mann oder Vater, er habe etwas zu sagen!) Wer das, was er zu Hause übt oder erträgt, auch hier beachtet, der folgt ungeheißener auch im Krankenhaus gültigen Ordnung. Es wird ihm dann leichter fallen, sich in die Krankenhausgemeinde einzufügen, Rücksicht auf die Mitpatienten zu nehmen und Verständnis für die nicht leichte Arbeit unserer am Dienst für Ihre Gesundheit tätigen Kräfte zu haben.

Mit unserem Willkommensgruß überreichen wir Ihnen diese kleine Hausordnung, deren Beachtung Ihnen und uns dient.

Die Hausordnung von 1955 war im Ton und Inhalt vollkommen reformiert, dafür war sie fast zur Broschüre geraten (hier nur ein Auszug). Die aktuell geltende reglementiert nur das Allernötigste auf einer knappen Seite.



Auf dem Chefarzt, dem Oberarzt und Ihrem Stationsarzt ruht die Hauptverantwortung für Ihre Behandlung. Untersuchungen und Behandlungen werden nur ärztlich angeordnet und von unserem Personal gewissenhaft ausgeführt. Bitte befolgen Sie vertrauensvoll alle ärztlichen Anordnungen.

Da Sie nicht der einzige Patient unseres Hauses sind, kann Ihr Arzt nicht zu allen Stunden bei Ihnen sein oder alle Maßnahmen persönlich ausführen. Sie können jedoch versichert sein, daß seine Sorge Ihnen auch gilt, wenn er nicht an Ihrem Bette weilt; er oder sein Vertreter sind schnell erreichbar.

Die Medikamente, die Sie benötigen, verordnet nur Ihr Arzt. Er erwartet, daß Sie ohne sein Wissen keine anderen Medikamente zu sich nehmen; sie könnten den gesamten Heilerfolg in Frage stellen. Obwohl Sie freien Willens sind, verlangen Behandlung und Ordnung, daß Sie nicht ohne Einwilligung Ihres Arztes das Bett verlassen, Spaziergänge im Hause oder in unseren Gartenanlagen unternehmen oder etwa in die Stadt gehen.

*

Ihre Krankenschwester ist für Ihre Pflege zuständig und um Ihr persönliches Wohlbefinden besorgt. Sie ist dafür verantwortlich, daß die ärztlichen Anweisungen ausgeführt werden. Sie überwacht daher ständig Ihren Krankheitszustand und berichtet darüber Ihrem Arzt.

Da Ihre Schwester auch freie Zeit haben muß, um sich auszuruhen und zu erholen, ist es nicht möglich, daß sie sich jederzeit Ihrer annehmen kann. Die für sie einspringende Schwester wird ebenso eifrig um Ihr Wohlbefinden bemüht sein.

Was für die Krankenschwestern gilt, das gilt auch für die Krankenpfleger und unser medizinisch-technisches Personal.



STÄDTISCHE KRANKENANSTALTEN KARLSRUHE

HAUSORDNUNG

In den Krankenanstalten müssen Sitte, Ruhe, Reinlichkeit und Ordnung herrschen. Jeder Kranke hat den Anordnungen der Ärzte, der Anstaltsbeamten und den Anweisungen des Pflegepersonals Folge zu leisten und folgendes

BESTIMMUNGEN

zu beachten:

1. Mit der **Aufnahme** in die Anstalt erkennt der Kranke diese Hausordnung und die Gebühreordnung als für ihn bindend an.
2. **Anstaltseinrichtung und Ausstattung** sind zu schützen und zu schonen. Für mutwillige oder fahrlässige Beschädigung ist Schadenersatz zu leisten.
3. **Anstaltskleidung** soll aus hygienischen Gründen von allen Kranken getragen werden. Mitgebrachte Kleidungsstücke sind, soweit entbehrlich, der Stationschwester zur Aufbewahrung zu übergeben.
4. **Wertsachen** sind der Anstaltsverwaltung gegen Empfangsbcheinigung in Verwahrung zu geben. Eine Haftung wird nur für ordnungsgemäß abgegebene Sachen übernommen.
5. **Bett und Unterkunftstraum** werden zugewiesen und dürfen nur mit ärztlicher Erlaubnis verlassen werden. Einem angeordneten Wechsel hat sich der Kranke zu fügen.
6. **Körperlicher Reinigung** und den zur Behandlung oder zur Verhütung von Ansteckungen angeordneten **Desinfektions-, Isolierungs- und Absperrmaßnahmen** hat sich jeder Kranke zu unterziehen.
7. **Soweit es ihr Zustand erlaubt, heben sich die Kranken morgen zu waschen, zu kämmen, Mund und Zähne zu reinigen, das Bett nach dem Verlassen in Ordnung zu bringen und sich gegenseitig Hilfe zu leisten.**
8. **Nichtbettlägerige Kranke** sollen in den Monaten April bis September nicht vor 6 Uhr, in den Monaten Oktober bis März nicht vor 6.30 Uhr aufstehen und spätestens um 21 Uhr zu Bett zu gehen.
9. Während der regelmäßigen **ärztlichen Besuche**, Ausführung von Verordnungen, amtlichen Erhebungen und zu den Mahlzeiten haben die Kranken im Krankenzimmer anwesend zu sein.

8. **Arzneimittel, Verbandstoffe und medizinische Anwendungen** dürfen nur durch das Pflegepersonal verabreicht werden.

9. **Krankenbesuche** sind nur in den festgesetzten Besuchszeiten gestattet. Die Besuche unterstehen dieser Hausordnung.

10. **Besuche eines Geistlichen** vermittelt die Stationschwester auf Wunsch des Kranken oder seiner Angehörigen. Die Teilnahme an den Anstaltsgottesdiensten steht den Kranken frei, soweit sie nicht aus gesundheitlichen Gründen ärztlich untersagt wird.

11. Zum **vorübergehenden Verlassen** der Anstalt in dringenden Fällen ist die Erlaubnis des Stationsarztes einzuholen.

12. **Aufenthalt in den Gartenanlagen** ist nur mit Genehmigung des Stationsarztes und nur in dem den Kranken zugewiesenen Bereich gestattet.

13. **Rauchen** ist nur mit ärztl. Erlaubnis im Freien gestattet.

14. **Rundfunk- und Fernsehgeräte** dürfen nur mit Zustimmung des Stationsarztes und der Verwaltungsdirektion angeschossen werden.

15. **Aborte und Badeeinrichtungen** sind sauber zu halten und vor Verunreinigung und Verstopfung zu schützen.

16. **Es ist verboten:**

- a) Heil- und Arzneimittel anzuwenden sowie Speisen und Getränke zu genießen, die nicht ärztlich verordnet sind; alkoholische Getränke mitzubringen; Speisen und Getränke an andere Kranke oder an das Krankenhauspersonal zu verschenken; Speisereste aufzubewahren
- b) sich in anderen Krankenzimmern, Stationsküchen, Personalzimmern, Betriebs- und Wirtschaftsräumen aufzuhalten; auf Blumen und Treppen, in Abzügen und Waschräumen, an der Eingangspforte oder auf den Hauptstraßen innerhalb der Anstaltsgelände herumzuverkehren;
- c) Besuche in den Abteilungen für Ansteckendkranke und Geistesranke ohne Erlaubnis des Stationsarztes zu empfangen;
- d) eigenmächtig Apparate und Instrumente zu benutzen;
- e) an Wasser-, Dampf-, Licht-, Fernsprech- und Signalanlagen zu hantieren;
- f) Fenster und Lüftungseinrichtungen eigenmächtig zu öffnen und zu schließen;

g) sich auf die Betten zu setzen oder mit Kleidern und Schuhen auf die Betten zu legen;

h) auf den Boden oder aus den Fenstern zu springen; Gegenstände aus den Fenstern zu werfen oder zu hängen;

i) die Gartenanlagen durch Wegwerfen von Abfällen zu verunreinigen, außerhalb der Wege zu gehen, Blumen und Zweige abzupflücken; *Hand auf den Gartensträucher legen*

k) die Fahrstühle eigenmächtig zu benutzen; *Legen*

l) ohne Erlaubnis zu rauchen; zu lärmern, zu tanzen, zu spielen; um Geld oder Geldeswert zu spielen;

m) mit Waren oder Nahrungsmitteln zu handeln; *Legen*

n) dem Personal Trinkgelder oder Geschenke anzubieten;

o) Hunde oder andere Haustiere mitzubringen.

17. **Entlassung erfolgt:**

a) sobald Weiterbehandlung nach Feststellung des Stationsarztes nicht mehr notwendig ist;

b) auf Wunsch des Kranken und auf seine Verantwortung; 24-Stunden nachdem der Stationsarzt darum ersucht wurde;

c) auf Verlangen des Kostenträgers;

d) aus dispositiven Gründen.

Entlassen wird in der Regel um 14 Uhr. Sämtliche empfangene Ausstattungsstücke sind der Stationschwester zurückzugeben. Der Kranke hat sich ordnungsgemäß bei der Aufnahme- und Entlassungsabteilung im Verwaltungsgebäude abzumelden.

18. **Die Hinterlassenschaft Verstorbenen** ist, unbeschadet der Forderung eines anspruchsberechtigten Kostenträgers innerhalb Monatsfrist von dem Stationsarzt

obduktion, zur einwandfreien Feststellung der Todesursache, zur Klarstellung von Haftungs- und Versicherungsfällen oder im Interesse der Gesundheit von Familienmitgliedern der Verstorbenen und der Volksgesundheit kann eine innere Untersuchung ärztlich angeordnet werden. Der Kranke oder die nächsten Angehörigen können durch eine schriftliche oder schriftliche Erklärung gegenüber dem Chefarzt, Stationsarzt oder Praktiker diese Untersuchung verhindern, falls sie nicht durch gesetzliche Bestimmungen vorgeschrieben ist oder anderweitlich angeordnet wird.

stoßen, können fristlos aus der Anstalt verwiesen werden. Bei schweren Vergehen erfolgt Strafanzeige.

Die Direktion des Städtischen Krankenanstalten

© 1947 - 100 L 47

Die Hausordnung von 1947 war noch im Befehlston gehalten (letztes erhaltenes Exemplar mit Überarbeitungsvermerken).

lichkeit und Ordnung herrschen. Jeder Kranke hat den Anordnungen der Ärzte, der Anstaltsbeamten und den Anweisungen des Pflegepersonals Folge zu leisten“, so schlug die neue einen gänzlich anderen Ton an. „Lieber Patient“, lautete die Einleitung für die damals gelobte neue Ordnung nach einem Mustervorschlag der DKG von 1955, „Wir begrüßen Sie freundlichst in unserem Hause und danken Ihnen für das Vertrauen, das Sie uns entgegenbringen.“ Mit freundlichen Worten und jede Maßnahme genau begründend, war darin schon vor dem kulturellen Wandel in den 1960er-Jahren vieles vom autoritären Stil der Zeit zuvor abgelegt. „Bei Ankunft im Krankenhaus werden Sie wahrscheinlich ins Bett geschickt, was Sie nicht wundern darf. Das ist so üblich, um die Art Ihrer Krankheit festzustellen. ... Ihr Arzt wird später bestimmen, wann

und wie lange Sie aufstehen dürfen“, war darin neben vielen anderen Hinweisen zu lesen, u. a. wurde auf die obligatorischen Schlaf- und Ruhezeiten hingewiesen.²⁹⁴

Doch wie schon gemäß der Ordnung von 1789 die Krankenhausbesuche „ohne ausdrückliche Erlaubnis vom Hospital niemals über eine halbe Stunde“ dauern sollten, blieb die Besuchsregelung lange nach 1946 noch sehr restriktiv. Natürlich unter Hinweis in der Hausordnung 1956, dass der Patient „nicht so viel durch Besuche belastet werden soll, weil das der Krankheit und der Wiedererlangung des seelischen Gleichgewichts schädlich sein kann.“ Nur zwischen 14.00 und 16.00 Uhr an zwei Tagen unter der Woche sowie an Sonn- und Feiertagen waren Besuche erlaubt. Pünktlich um 14 Uhr schloss der Pförtner der II. Medizinischen Klinik in der Moltkestraße 18

das Tor auf, an Sonn- und Feiertagen hatte sich da bereits ein Auflauf von bis zu 150 Menschen gebildet. Das Hauptareal dagegen war nicht abschließbar und die Frage der Besuchszeiten schwelte als unendliche Geschichte. Die I- und II. Klasse-Patienten in ihren kleineren Zimmern genossen großzügigere Regelungen. „Die Schwierigkeiten an den Pforten, Besucher von Patienten der III. Pflegeklasse außerhalb der Besuchszeiten abzuweisen, werden immer größer“, klagte Verwaltungsdirektor Stumpf 1960. Sein Vorschlag, Besuchsausweise für Angehörige Schwerkranker auszustellen, war eher ein Akt der Hilflosigkeit.²⁹⁵ Mit der sich verändernden Alltagskultur gerieten auch solche Relikte unter Druck und 1970 empfahl die DKG auch für die III. Klasse tägliche Besuchszeiten zu ermöglichen. So brachte Bürgermeister Hofheinz 1971 widerstrebend, aber wie er meinte, „dem Zug der Zeit folgend“ die Frage nach täglicher Besuchszeit in der „Allgemeinklasse“ in den Krankenhausausschuss ein. Für die Mehrheit dort war eine solche Reform noch außerhalb des Wünschenswerten, die Belastung für die Patienten sei zu hoch wurde noch in alter Argumentationsweise hervorgehoben. Näher an der Wirklichkeit war die gleichzeitig ausgesprochene Sorge vor „erheblicher Mehrarbeit“ bei einer Liberalisierung. Letztlich wich der Ausschuss mit dem Hinweis, dass die Besuchszeiten „sowieso elastisch gehandhabt“ werden, einem Beschluss aus.²⁹⁶ Erst 1978 nach einem erneuten FDP-Antrag dehnte der Ausschuss die Besuchsregelung nun auch für alle Bereiche offiziell, aber unterschiedlich je nach Klinik aus (z. B. Chirurgie 14–16 und 18–19, ZMK 14–16:30 und 17:30–19 Uhr). Nennenswerter Widerstand kam nur noch aus der Kinderklinik von Chefarzt und Pflegepersonal, die die Befürchtung aussprachen, dass dann künftig nichtberufstätige Mütter den „ganzen Tag“ da seien.²⁹⁷ Doch die Zeiten hatten sich geändert.

Tatsächlich lockerten sich die Besuchszeiten in den Folgejahren im Einklang mit dem „Zeitgeist“ derart elastisch, dass sie im Prinzip für Normalstationen wegfelen und die Begrenzung im Wesentlichen nur das Bedürfnis der Mitpatienten und die Organisation des Stationsbetriebes bilden. 1982, die Bedeutung der präsenten Eltern(teile) war längst anerkannt, machte man sich Gedanken über das Rooming-in in der Kinderklinik, die Möglichkeit für Mütter und Väter, bei ihrem kranken Kind zu verweilen. Dafür standen anfangs nur Campingliegen für die Mütter oder Väter zur Verfügung. Dass künftig für diese Möglichkeit Zimmer umzubauen seien, war unter allen Verantwortlichen unstrittig.²⁹⁸

Zum klassenlosen Krankenhaus?

Die Krankenhäuser mit ihren Pflegeklassen bildeten bis in die 1970er-Jahre nach außen eine Klassengesellschaft ab, die in Deutschland ansonsten für aufgehoben oder im Erlöschen befindlich erklärt war.²⁹⁹ Zwar war es Jedem freigestellt, zwischen der I. oder II. Klasse (Ein- oder Zwei- bis Dreibettzimmer bei besserer Verpflegung und Chefarztbehandlung) oder eben der III. Klasse (Mehrbettzimmer ohne Chefarztbehandlung) zu wählen. Weil die gesetzlichen Krankenkassen nur für III. Klasse-Behandlung aufkamen, fanden sich immer um die 85 % aller Patienten hier wieder. Mit den sich verändernden gesellschaftlichen Vorstellungen und erweitertem Demokratisierungsverständnis kam um 1970 die Forderung nach einem „klassenlosen Krankenhaus“ auf, zumindest außerhalb. Die lokale Presse sah beim Neubau der II. Medizinischen Klinik mit seinen überwiegenden Zweibettzimmern samt Bad und überall gleicher Ausstattung bereits den Weg zum „Krankenhaus ohne Klassen“ besritten. Mancher Chefarzt sah das etwas

Pflegesätze pro Tag in DM (Erwachsene)

| | 1949 | 1958 | 1960 | 1970 |
|--------------------|-------|-------|-------|-------------------------------------|
| I. Klasse | 13,00 | 30,00 | 36,00 | 83,00 |
| II. Klasse | 10,00 | 22,00 | 26,00 | 63,00 o. 68,00 (2- o. 3-Bettzimmer) |
| III. Klasse | 6,80 | 16,10 | 18,60 | 55,60 |

nach Aufhebung der Klassen 1974

1974: allgemein 165,00 DM

(Wahlleistungszuschlag 1-Bettzimmer 57,75 DM, 2-Bettzimmer 24,75 DM)

1980: allgemein 242,96 DM

(Wahlleistungszuschlag 1-Bettzimmer 85,04 DM, 2-Bettzimmer 36,44 DM)

1990: allgemein 376,20 DM; spezieller Pflegesatz Neurochirurgie 650,60 DM; Pflegesatz Hämodialyse 658,30 DM

(Wahlleistungszuschlag 1-Bettzimmer 147,73 DM, 2-Bettzimmer 73,86 DM)

2001: Basispflegesatz 199,87 DM (Wahlleistungszuschlag 1-Bettzimmer mit sanitärer Einrichtung 249,00 DM, 1-Bettzimmer ohne sanitäre Einrichtung 167,00 DM, 2-Bettzimmer mit sanitärer Einrichtung 171,00 DM, 2-Bettzimmer ohne sanitäre Einrichtung 127,00 DM) Abteilungspflegesätze, z.B. Allgemein-Chirurgie 580,55 DM; Gefäß-Chirurgie 657,99 DM; Neurochirurgie 787,57 DM; Frauenklinik 453,32 DM; I. Medizin Gastroenterologie 364,60 DM; Neurologie 549,48 DM; Neurologie/Stroke Unit 1.009,41 DM; Psychiatrie 244,68 DM; Hautklinik 265,35 DM; Kinderklinik 517,08 DM

2005: tagespauschale Pflegesätze nur noch für psychiatrische Bereiche, z.B. Klinik für Psychiatrie Basispflegesatz 70,40 € und Abteilungs-Pflegesatz 134,44 €, analog auch Psychotherapeutische Medizin und Kinder- u. Jugendpsychiatrie und -psychotherapie, alle anderen nach den DRG-Fallpauschalen. (1-Bettzimmer mit Sanitärzone 112,02 €, 2-Bettzimmer mit Sanitärzone 56,64 €, 2-Bettzimmer ohne Sanitärzone 51,94 €)

anders. Prof. Paul Beickert sprach bei der Einweihung des neuen HNO-OPs 1974 davon, „wir brauchen kein klassenloses, sondern ein erstklassiges Krankenhaus.“³⁰⁰

Die Klassengesellschaft im Krankenhaus fiel auf Anordnung des Gesetzgebers. Die neue Bundespflegesatzverordnung von 1974 hob die Klassen mit Beginn dieses Jahres auf und setzte an deren Stelle die „Regelleistung“ und die „Wahlleistung“, mit einheitlichem Grundpflegesatz, bei Sonderzuschlägen für die Ein- oder Zweibettzimmer und besonderer Verpflegung exklusive der Chefarztbehandlung. Tatsächlich konnten die Wahlleistungen von den Patienten nur nach und nach in Anspruch genommen werden, weil „wir an alte Chefarztverträge gebunden sind“, wie Verwaltungsdirektor Bertsch mitteilte.³⁰¹

Nun gab es offiziell keine so genannten Privatpatienten mehr, sondern nur noch Patienten mit Wahlleistungen oder eben Regelleistung, so genannte Allgemeinpatienten. Per

Wahlleistung mit entsprechenden Aufschlägen konnten sich alle Patienten für Ein-, Zwei- oder Mehrbettzimmer entscheiden, mit oder ohne Behandlung des Chefarztes. Da dies bereits als Selbstzahler im Prinzip zuvor möglich war, blieb die tatsächliche Neuerung einzig der nun einheitliche Grundpflegesatz. Weil die Gesetzliche Krankenversicherung nur die Regelleistung bezahlte, und nur Privatversicherungen die erhöhten „gewählten“ Leistungen übernahmen falls nicht Selbstzahler, blieb die III. Pflegeklasse de facto in veränderter Form erhalten und die frühere I. und II. Klasse bildeten sich in den wählbaren Ein- oder Zweibettzimmern mit Chefarztbehandlung unter Wegfall der stigmatisierenden Klassen-Bezeichnung wieder ab. Nach dem richtungsweisenden Urteil des Bundesgerichtshofes im Sinne des Verbandes der privaten Krankenversicherung (PKV) aus dem Jahr 2000,³⁰² demnach die Höhe der Zuschläge für Wahlleistungen in Übereinstimmung mit dem erhöhten Komfort

stehen muss, wurde im Klinikum der Komfort bei den Wuhleistungen mit zusätzlichen Angeboten bei den Wuhlessen und hotelähnlichem Komfort mit häufigerem Wäschewechsel und Bademantelangebot verbessert.

Gleichzeitig mit der Veränderung 1974 war im Klinikum die nach Klassen gestufte Verpflegung aufgegeben worden. „Vom 1. Juli erhalten die Patienten einheitliche Verpflegung, die besser als die bisherige ‚Allgemeinverpflegung‘ ist“, berichtete stolz Direktor Bertsch vor dem Krankenhausausschuss und informierte über ein „reichhaltigeres und abwechslungsreicheres Frühstück“, über die „Erhöhung der Fleischportion“ und „qualitativ besseres Gemüse“ und auch über ein „besseres Abendessen mit Salaten“ und überhaupt, „mehr Desserts“. Das gab Anlass zu besorgten Fragen aus dem Ausschuss – die Welle der Esslust der 1950er- und 60er-Jahre war inzwischen vom Zeitgeist einer bewussteren Ernährung und „schlanken Küche“ abgelöst worden – ob den Kranken nicht zu viele Kalorien zugeführt würden. Bertsch konnte den Einwand unter Hinweis auf die laufende ärztliche Kontrolle des Speiseplans zerstreuen.³⁰³

Aktuell berücksichtigt die Küche bei ihrer Speisenzubereitung die wissenschaftlichen Erkenntnisse der Deutschen Gesellschaft für Ernährung e.V. Nach dem Umbau des Wirtschaftsgebäudes und der neuen Küche konnte im Oktober 1976 auf das Tablettssystem umgestellt werden. Das bisherige Transportieren des Essens in großen Kesseln, Warmhalten, Aufwärmen und Portionieren auf der Station mit anschließendem Abwasch in der Stationsküche – Spülmaschinen waren immer als ungeeignet abgelehnt worden – entfiel, und eine moderne zentrale Spülküche machte die bisherige halbtägige Hausgehilfin auf den Stationen überflüssig. Zugleich hatten die Patienten erstmals die Möglichkeit, sofern keine besondere Diät angeordnet war, zwischen drei ange-

botenen Essen auszuwählen.³⁰⁴ Der Geschmack des Essens war in Anstalten immer eine herausgehobene Frage, wenn auch im Grunde mehr eine der persönlichen Vorliebe. Zu Zeiten der Klasseneinteilung musste aber peinlich genau auf die Unterschiede zwischen der Verpflegung der Klassen I bis III geachtet werden. Unzufriedenheit war da vorprogrammiert. 1959 berichtete Oberin Hönig, dass auf den Männerstationen der III. Klasse die zweimal die Woche gereichte Breikost unbeliebt sei und überwiegend in den Speiseabfall wandere. Direktor Stumpf stellte dies in Abrede, lobte die hausgemachten warmen Teigaufläufe zum Abendessen, die doch bei allen Patienten so begehrt seien und konnte die Klage überhaupt nicht verstehen, wo doch in seinem Haus täglich fünf Mahlzeiten gereicht würden, darunter ein erstes Frühstück mit Brötchen (100 g) und Marmelade. Beim Mittagskaffee reiche man sogar ein Gebäckstück, und er verglich mit dem Mannheimer städtischen Krankenhaus, das nur vier Mahlzeiten anbiete und in kleineren Häusern der Umgebung gäbe es deren sogar nur drei.³⁰⁵ Die Ansichten lagen nicht nur hier auseinander. Bei den seit Ende der 1960er-Jahre regelmäßig stattfindenden Stationschwesterbesprechungen war die Verpflegung ein häufiges Thema. Eine Station regte an, künftig nur noch zwei statt drei Wiener Würstchen zum Abendessen zu servieren, da sie außer von einigen „starken Essern“ auf Männerstationen nicht gegessen würden.³⁰⁶ Ein andermal kam der Vorschlag, an den Tagen mit Bratkartoffeln, Schinken und Eiern statt drei Spiegeleiern nur zwei zu reichen. Allein die private chirurgische Station E 30 wünschte weiterhin drei Spiegeleier für ihre Patienten.³⁰⁷

Machten noch 1907 die Lebensmittelkosten einen ganz bedeutenden Posten im Krankenhausbudget aus, so stellen diese lange vor 2007 nur mehr eine nebensächliche Größe dar,

stehen aber nichtsdestoweniger gleichfalls unter den Vorgaben nach Wirtschaftlichkeit.

Institutionalisierte und ehrenamtliche Tätigkeit für das Patientenwohl

Angesichts der Technisierung und immer weiterer Ausdehnung kamen in den gesellschaftlichen Debatten der 1970er-Jahre die Schlagworte von „Gesundheitsfabriken“, „Apparatemedizin“ etc. und demgegenüber die Forderung nach einem „humanen Krankenhaus“ auf. Anlass zu Klagen der Patienten über all die Jahre gab es immer wieder, zumeist über unzulängliche bauliche und sanitäre Verhältnisse oder zu lange Wartezeiten bei Untersuchungen und Behandlungen. 1980 wurden erstmals so genannte Patientenhefte bei der Aufnahme ausgegeben, in denen Anregungen und Wünsche an das Klinikum weitergeleitet werden konnten. Auf Grund von Klagen über zu frühes Wecken zum Waschen und Temperaturmessungen auf einigen Stationen lange vor 6 Uhr in der Frühe, teilweise um 3 oder 4 Uhr, musste die Oberin 1980 dem Krankenhausausschuss gegenüber berichten und unter Zugeständnis von mehr Personal schließlich zusage, diesen Zustand künftig zu verändern.³⁰⁸ Auf Antrag der CDU-Gemeinderatsfraktion wurden ab 1992 auf zunächst zwei Jahre zur Probe zwei ehrenamtliche Stellen als Patientenführsprecher eingerichtet, um Anregungen und Beschwerden entgegenzunehmen. Ruth Buchenau und Edeltraud Morowietz bekleideten diese Stelle all die nächsten Jahre, seit 2003 Morowietz allein. Neben den bereits genannten Klagen benannten die beiden in ihren Berichten immer wieder den Wunsch der Patienten nach mehr Zuwendung und Zeit durch Ärzte und Pflegekräfte. Seit 2002 richtete die Geschäftsführung ein umfassendes Beschwerdemanagement mit einer eigenen

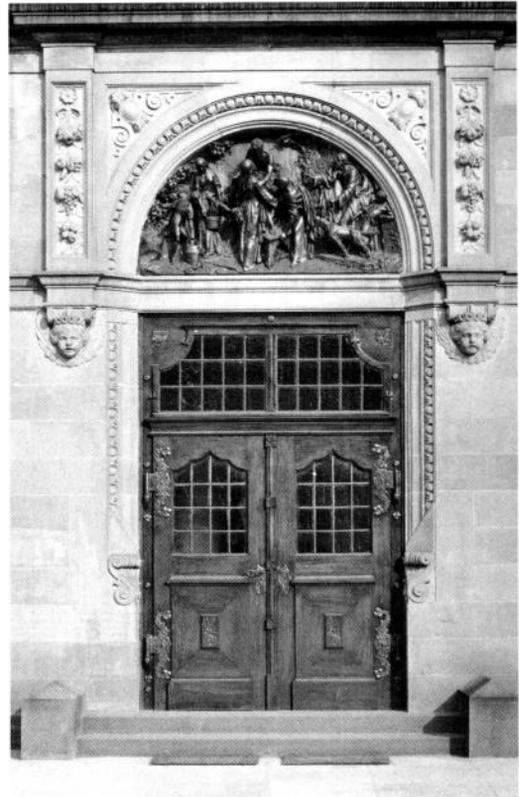
hauptamtlichen Kraft ein, mit permanenter Patientenbefragung als Mittel zum ständigen Verbesserungsprozess. Dies geschah insbesondere unter dem Blickwinkel der Qualitätssicherung. Damit hielt man im Prinzip den Ombudsmann bzw. -frau für überflüssig, doch war dieses Amt mittlerweile auch gesetzlich vorgeschrieben.³⁰⁹ Diese Veränderungen geschahen unter einem Perspektivwechsel zum „kundenorientierten“ Krankenhaus – das Konzept Patient als Kunde ist dabei in den Sozialwissenschaften höchst umstritten – und einem veränderten Pflegekonzept mit einem mehr „patientenorientiertem Tagesablauf“.

1973 richtete die Stadt als Schulträger eine seinerzeit vielbeachtete Klinikschule in der Kinderklinik ein, die den länger als vier Wochen dort verweilen müssenden Kindern in Absprache mit den Ärzten bis zu zwölf Stunden Schulunterricht vermitteln sollte. Dafür wurden 1986 eigens zwei Unterrichtsräume und ein Mehrzweckraum eingerichtet, in denen bspw. 1986 über das Jahr 230 Kinder der Kinderklinik und in getrennten Räumen 60 aus der Kinder- und Jugendpsychiatrie unterrichtet wurden. Mit der durchschnittlich kürzeren Krankenhausverweildauer auch der Kinder wurde das Konzept 1996 in Frage gestellt und eine räumliche Zusammenlegung angestrebt, aber nicht umgesetzt. Die Marie-Luise-Kaschnitz-Schule unterrichtet sowohl in den hellen Räumlichkeiten in einem Flügel der neuen Frauen- und Kinderklinik als auch im „Plattenbau“ des Küblerhauses (O-Bau).³¹⁰

Klinikseelsorge

Der Verbund des mittelalterlichen Spitals mit christlicher Fürsorge war im modernen Behandlungs Krankenhaus aufgehoben, hatte eine Tradition in den Mutterhäusern der Schwes-

ternschaften aber bewahrt. Nach der Aufhebung der jeweils getrennten evangelischen und katholischen Abteilung im Städtischen Krankenhaus und der Übertragung der Pflege an die Badische Schwesternschaft vom Roten Kreuz 1872 war das Haus nicht weniger christlich als zuvor, doch gab es unter alleiniger städtischer Verantwortung keinen direkten Einfluss von kirchlicher Seite mehr. Für Kranke da zu sein, das gehört zum unverzichtbaren christlichen Selbstverständnis, und die Kirche sah darin eine zentrale Grundaufgabe. In christlicher Tradition war beim Neubau 1907 in den Verwaltungsbau eine zunächst als „Betsaal“ bezeichnete Kapelle für beide christlichen Konfessionen integriert worden, für die die Großherzogin Luise „gnädigst geruhte“, drei Rundbogenfenster zu stiften.³¹¹ Bis 1907 hatten die Geistlichen der jeweiligen Kirchengemeinde „ihre“ Kranken im Spital aufgesucht, was mit dem neuen größeren und außerhalb gelegenen Krankenhaus nicht mehr möglich war. Die Bitte des katholischen Stadtdekanats nach einem eigenen Anstaltsgeistlichen und die Übernahme der Kosten dafür aus Stadtmitteln, ähnlich der staatlichen Übernahme in Universitätskliniken, wurde 1908 von der Stadt abgelehnt, weil sie darin allein eine kirchliche Aufgabe sah. Erst auf eine gemeinsame Vorstellung der evangelischen und der katholischen Kirchengemeinden im Jahr 1921 zur Unterstützung jeweils eines Hilfsgeistlichen, entschloss sich der Stadtrat 6.000 Mark jährlich zu den Kosten der Seelsorge zuzuschießen. Die evangelische Kirche schuf 1924 eigens ein Krankenhauspfarramt und damit die erste hauptamtliche Stelle an einem Krankenhaus in Baden. Tatsächlich wurden die Zuschüsse auf 1.250 RM und ab 1932 auf 1.000 RM herabgesetzt, denn die Stadt betonte immer ausdrücklich die Freiwilligkeit und wollte daraus keine öffentlich-rechtliche Verpflichtung abgeleitet sehen. Allein für die Anstellung und



Eingangportal der Kapelle im Verwaltungsbau seit 1907. Das Relief mit dem Motiv vom Barmherzigen Samariter versinnbildlicht das christliche Verständnis der Hilfe für Kranke.

Bezahlung der Organisten für die Orgelmusik der Gottesdienste erkannte sie ihre Verpflichtung nach abgeschlossenen Verträgen von 1926 und 1927 an. Die zum 1. April 1937 mit Hinweis auf die angespannte städtische Haushaltslage und „äußerste Beanspruchung bei der Durchführung des Vierjahresplans“ ganz eingestellte Bezuschussung folgte dabei mehr der NS-Kirchenpolitik. Die Konfessionen hielten den Pfarrdienst mit eigenen Mitteln weiterhin aufrecht, erst auf abermalige Vorstellung 1949 und unter Hinweis darauf, dass wegen der Ausweitung der Krankenanstalten ein zweites evangelisches Pfarramt eingerichtet worden

war, gab die Stadt nach langem Hin und Her wieder „freiwillig“ 1.200 DM Zuschuss, 1954 unter Hinweis auf die zweite Seelsorgerstelle sogar das Doppelte. Dieser Zuschuss wurde aber erst seit 1977 wieder angepasst. Zwischen 1948 und 1970 stand dem evangelischen Krankenhauspfarramt I Pfarrer Herbert Schulz vor. 1957 kam mit Vikarin Gertrud Harsch die dritte evangelische Seelsorgerin an die Krankenanstalten. Inzwischen gab es neben Pater Josef Rheinboldt, der vertretungsweise schon zwischen 1935 und 1945 im Haus tätig war und ab 1951 regulärer Anstaltsgeistlicher wurde, auch einen zweiten katholischen Seelsorger. Von Beginn an waren ausschließlich Jesuiten für die katholische Seelsorge zuständig gewesen, bis der letzte Pater Adalbert Hienerwadel 1973 abberufen wurde.

Seit 1949 stand auf Initiative des katholischen Anstaltsgeistlichen Pater Horny in der II. Medizinischen Klinik für Andachten und zur Ausübung der Seelsorge ein zweiter Andachtsraum zur Verfügung. Die Wiederinstandsetzung der kriegs betroffenen Krankenhauskapelle im Verwaltungsbau machte Verwaltungsdirektor Wegel zur Chefsache, Betriebsratsvorsitzender Wieland rief die Beschäftigten zu Spenden für deren neue Farbglasfenster auf. Die von Wegel auf das Engste begleitete Ausführung übernahm die Renchener Künstlerin Elisabeth Streich.

Gab es über die Ausführung der vier Evangelisten für die Langfenster nur unterschiedliche Gestaltungsvorstellungen, so geriet das nachträglich in die Mitte gewünschte Motiv einer „Mutter-Gottes“ allerdings in einen theologischen Disput, als der evangelische Krankenhauspfarrer statt einer Madonna auf einer Christusfigur bestand und sie durchsetzte. Nach der Fertigstellung der Glasfenster 1951 wurde die kriegszerstörte Orgel 1953 ersetzt, die schließlich, weil die Pfarrer nie zufrieden mit ihrem Klang waren, 1972 erneuert wur-

de.³¹² Bei allem weitgehendem Einvernehmen zwischen Krankenhausleitung und Chefarzten blieb die Frage nach geeigneten Räumlichkeiten für die Seelsorger eine ständige Querele. Der evangelische Anstaltsgeistliche Pfarrer Schulz teilte sich mit dem Oberarzt jahrelang einen Kellerraum in der Chirurgie, später im Erdgeschoss mit dem Sozialen Dienst. Der katholische Amtsbruder Rheinboldt war mit einem Zimmer in der alten II. Medizinischen Klinik etwas besser versorgt. Er konnte durchsetzen, dass im Neubau der Klinik ein Andachtsraum eingerichtet wurde und für diesen letztlich gar eine Vergrößerung gegenüber der ursprünglichen Planung erreichen. In diesem Neubau standen seit 1975 im Untergeschoss die notwendigen Arbeitsräume zur Verfügung, um die über 20 Jahre lang gerungen worden war.

Anlass zu einer Anweisung von höchster Stelle war die Entfernung von Kruzifixen in der Augenklinik durch Chefarzt Prof. Müller-Jensen 1980; ein ähnliches Vorgehen durch einen Oberarzt der I. Medizinischen Klinik 1960 war schon einmal von der Klinikleitung, die voll und ganz hinter dem Ansinnen der Kirchen stand, gerügt worden. Oberbürgermeister Dullenkopf ordnete persönlich die Wiederanbringung an.³¹³

In der modernen Krankenhauseelsorge arbeiten im Jahre 2007 insgesamt sieben evangelische und katholische Seelsorger und Seelsorgerinnen mit den entsprechenden Zusatzausbildungen in Beratung und Begleitung. Diese hauptamtlichen Mitarbeiter der verschiedenen pastoralen Berufe kommen direkt zu den Patientinnen und Patienten auf die Station und sind auch für Angehörige und Klinik-Mitarbeitende, unabhängig von ihrer religiösen Einstellung, ansprechbar. Ihre Bereitschaft zu Gesprächen ist vielen Patienten im oft unruhigen Klinikalltag ein elementares Bedürfnis.

Patientenbücherei

1907 war mit dem Klinikneubau gleich eine Patientenbücherei „für die geistige und seelische Betreuung der Kranken“ eingerichtet worden, die allerdings durch den Krieg schwer gelitten hatte. Verwaltungsdirektor Wegel setzte seinen Ehrgeiz daran, sie neu aufzubauen und scheute sich 1951/52 nicht, Bettelbriefe an Verlage und Buchgemeinschaften zu richten, so dass 1952 die Kranken-Bibliothek mit 703 Büchern aller Genres wieder eröffnet werden konnte und rasch anwuchs. Künftig stellte die Stadt einen jährlichen Betrag von 1.000 DM zur Bücherbeschaffung zur Verfügung. Für die Tuberkuloseabteilung der II. Medizinischen Klinik konnte alsbald eine getrennte kleine Bücherei mit 100 Büchern eingerichtet werden, in der Kinderklinik gab es gleichfalls eine Bücherei. Für die Bibliotheksführung und die zweistündige Ausleihe zwei Mal die Woche waren die zwei Krankenhausfürsorgerinnen, der Soziale Dienst, zuständig. Von dort kam 1962 der Vorschlag, nicht gehfähige Patienten mittels eines Bücherwagens zu versorgen. Parallel dazu bestand eine eigene evangelische Bücherei, 1965 mit rund 180 Bänden nicht nur religiöser Literatur, und sie erhielt 1965 den Bücherwagen, der zuvor für die allgemeine Bibliothek als unnötig abgelehnt worden war. Laut einer Erhebung war die Benutzung 1970 der in den 1950er-Jahren mit so viel Mühe aufgebauten Bibliothek stark zurückgegangen. Als Folge, aber ohne ausdrückliche Anweisung, wurde sie zwischen 1972 und 1974 nun in die Trägerschaft der evangelischen Krankenhauseelsorge mit Unterstützung der katholischen Seelsorge übernommen, wobei die Stadt in großzügiger Weise für Büchereinkauf und die geringfügige Beschäftigung von bis zu fünf Mitarbeiterinnen aufkam. 1991 sah sich die evangelische Seelsorge wegen des laufenden Defizits „außerstande, die Trägerschaft

der Patientenbücherei fortzusetzen“ und übergab sie mit einem inzwischen vorhandenen Bestand von 4.000 Exemplaren wieder an das Klinikum.³¹⁴

Ehrenamtliches Engagement – „Grüne Engel“

Den eklatanten Schwesternmangel versuchten die Krankenhäuser 1959 mit ihrem Dachverband DKG über einen freiwilligen Krankenhausdienst zusammen mit der Aktion Gemeinsinn e.V. zu mildern. Der überregionale Aufruf zu Weihnachten 1960 brachte nur ein bescheidenes Ergebnis, und dem Versuch des Bürgermeistersamts, den Aufruf über die Schulen zu streuen, war gleichfalls kein Erfolg beschieden. Verwaltungsdirektor Stumpf führte dies resigniert darauf zurück, dass die konfessionellen Krankenhäuser in der Stadt bereits seit 1959 erfolgreich einen freiwilligen Krankenhausdienst eingerichtet hätten. Und umso größer war sein Dank an eine kleine evangelische Frauengruppe aus Grötzingen, die regelmäßig freiwillig auf den Krankenstationen aushalf und die laut Stumpf „in ihrer Selbstlosigkeit, mit ihrer inneren Einstellung, ... ihrer Zuverlässigkeit und Pünktlichkeit eine wahre Hilfe“ seien. Offensichtlich waren ihnen rudimentäre Kenntnisse in der Krankenpflege vermittelt worden, so dass sie 1961 angeblich viele Arbeiten „selbständig“ ausführten. Darin sah Stumpf, „dass der Wille zum selbstlosen Dienen auch im Zeichen der Vollbeschäftigung und der guten Einkommensverhältnisse nicht ganz verloren“ gegangen sei. Hinterfragt wurde die unprofessionelle Arbeit offensichtlich nicht, zugleich war sie nur von kurzer Dauer.³¹⁵

1982 kam aus dem Stadtrat von Ingrid Korian (CDU) sowie Ruth Buchenau abermals eine Initiative, diesmal konzeptionell durch-

dachter, aber gleichwohl an der ehrenamtlichen Krankenhaushilfe in konfessionellen Häusern orientiert. Vor dem Hintergrund der Professionalisierung der Pflege und rechtlicher Fragen wurde die Aufgabe der nach ihren hellen grünen Kitteln „Grüne Engel“ genannten Gruppe stundenweise tätiger Ehrenamtlicher auf einen engen Bereich wie bspw. Besorgungen für Patienten begrenzt. Das Klinikum war dabei seinerzeit als erstes kommunales Krankenhaus ein Pilotprojekt für „Grüne Engel“ in Baden-Württemberg.³¹⁶

Von der kommunalen Daseinsvorsorge zum wettbewerbsorientierten Dienstleistungsunternehmen

Trägerschaft und Leitung

Nach 1945 blieb die Stadt Karlsruhe wie zuvor alleiniger Krankenhausträger, vertreten durch den Oberbürgermeister und den Stadt- bzw. Gemeinderat. Anstelle der früheren siebenköpfigen Krankenhauskommission bildete der Gemeinderat in der Sitzung vom 12. August 1946 den elfköpfigen (davon acht vom Gemeinderat gewählte Mitglieder, darunter bestimmungsgemäß eines aus Durlach) Ausschuss für Krankenanstalten und Gesundheitswesen, später Ausschuss für die Städtischen Krankenanstalten bzw. Ausschuss für das Klinikum und das Gesundheitswesen. Den Vorsitz übergab der Oberbürgermeister seinem Krankenhausdezernenten, die Mitglieder bestanden aus den Stadtrats- bzw. Gemeinderatsfraktionen gemäß der Fraktionsstärke, die an ihrer Stelle auch „sachkundige Bürger“ entsenden konnten. Zusätzlich gehörten dem Ausschuss auch der Verwaltungsdirektor und der Ärztliche Direktor an. Das Gremium trat etwa vier bis acht Mal im Jahr zusammen, hatte zwar nur bera-

tende Funktion, gab damit aber die Meinungs- und Willensbildung im Gemeinderat vor. Damit kam ihm ein entscheidendes Gewicht zu. Seit 1978 hatte der Ausschuss auch beschlussfassenden Charakter. Mit der Umwandlung in eine gGmbH 1994 trat an die Stelle des Ausschusses der Aufsichtsrat.

Ursprünglich hatte der „leitende Arzt“, der Ärztliche Direktor, praktisch in allen Angelegenheiten des Krankenhauses das Sagen gehabt, soweit nicht Bürgermeister oder Stadtrat oder Krankenhausausschuss entscheiden mussten. Die Krankenhausleitung oblag nach der „Satzung über die Verwaltungsordnung für die Städtischen Krankenanstalten der Stadt Karlsruhe“ von 1949 der Direktion, bestehend aus dem Verwaltungsdirektor und dem Ärztlichen Direktor unter Verantwortung der Stadtverwaltung. Die Stelle des Verwaltungsdirektors war 1949 bedeutend aufgewertet worden, und trotz formaler Gleichstellung kam ihm nun wegen seiner kontinuierlichen Stellung und durch den ihm unterstehenden Verwaltungsapparat gegenüber dem quasi nur im Nebenamt wirkenden Ärztlichen Direktor eine Schlüsselstellung zu. Mit der Betriebsänderung zur gGmbH 1994 kam es zum Einsatz einer Geschäftsführung, wobei Verwaltungsdirektor und Geschäftsführer in Personalunion fungieren. 1995 setzte der Aufsichtsrat auch den amtierenden Ärztlichen Direktor als Geschäftsführer ein, um damit die Chefärzte direkt in die strategischen Geschäftsziele einzubinden. Das Direktionssystem wurde im Jahr 1978 mit der Pflegedirektion erweitert – mit dem Krankenhausgesetz von Baden-Württemberg als Folge des KHG war 1975 festgelegt worden, die Pflegedienstleitung in die Betriebsführung einzubinden –, 1989 auch durch die Technische Bau- und Betriebsdirektion. Nach dem freiwilligen Ausscheiden des Amtsinhabers 2001 wurde dieser Direktionsposten nicht mehr besetzt.

Finanzielle Fragen

Als Träger war die Stadt für die Finanzierung ihres Krankenhauses verantwortlich und damit auch für etwaige Defizite. Das Einzugsgebiet der Patienten reichte dabei weit über die Stadt hinaus in die umliegende Region. Schon 1950 kamen 45 % der Kranken aus den umliegenden Landkreisen und der Anteil erhöhte sich schon lange vor 1960 dauerhaft auf über die Hälfte.³¹⁷ Den Antrag des Stadtrates 1951, dass der Landkreis Karlsruhe sich pro Pfl egetag mit 1 DM und damit rund 130.000 DM beteiligen möge, lehnte dieser wegen eigener Verpflichtungen ab.³¹⁸ Der Landkreis Karlsruhe zahlte lediglich 10.000, der von Pforzheim 2.000 DM jährlich aus den Pflichten des früheren Landesverbandes für Säuglings- und Kleinkinderpflege, dessen Kinderklinik 1940 von der Stadt übernommen worden war.³¹⁹ Die Probleme waren umso dringlicher, da die Pfl egesatzerlöse die laufenden Betriebskosten nicht deckten. 1936 war per Reichsgesetz ein Preisstopp für Güter und Dienstleistungen erlassen worden, der nach 1945 weiter bestand und auch mit der Währungsreform 1948 nur bedingt gelockert wurde. Die Beitragsstabilität der gesetzlichen Krankenversicherungsträger besaß wegen des angestrebten Wirtschaftswachstums politische Priorität gegenüber der Selbstkostendeckung der Krankenhausträger, mit der Folge immer höherer Zuschüsse. Alle Krankenhausträger waren deshalb gezwungen, auch den Wiederaufbau durch eigene Mittel zu schultern.³²⁰

Die Bettendichte in Karlsruhe war Anfang der 1960er-Jahre mit 13,3 Krankenhausbetten auf 1.000 Einwohner eine der höchsten in der Bundesrepublik Deutschland (im Vergleich zu München 10,8; Berlin 9,78; Mannheim 10,0). Dies hing unmittelbar mit den fehlenden Krankenhäusern in den angrenzenden Landkreisen zusammen.³²¹

1949 betrug der pauschalierte Pfl egesatz pro Tag in den Städtischen Krankenanstalten in der I. Klasse 13 DM (1957: 24 DM), in der II. Klasse 10 DM (1957: 18 DM), in der III. Klasse 7 DM (1957: 12,80 DM, 1972: 72,60 DM) für Erwachsene, darin waren alle Kosten der Behandlung, der Pflege, der Verköstigung etc. eingeschlossen.³²² Trotz stetigen Steigens, allein 1963 mit dem bis dahin größten Sprung um 20 %, der III. Klasse-Satz betrug danach 27 DM, konnten die Kosten des Hauses nicht gedeckt werden.³²³ Schon bei Einführung der Bundespfl egesatzverordnung 1954 war festgehalten worden, dass von den tatsächlichen Selbstkosten von 14,95 DM pro Bett und Tag seinerzeit nur 9,84 DM von den Sozialversicherungsträgern bezahlt wurden, die Lücke von 5,11 DM aber von der Stadt getragen werden musste.³²⁴

Die Pfl egesätze waren 1954 in der Bundespfl egesatzverordnung (BpflVO) erstmals bundesgesetzlich geregelt worden, dabei blieben Teile der realen Selbstkosten der Krankenhäuser wegen der Berücksichtigung der Leistungsfähigkeit der Sozialversicherungsträger bewusst ausgeklammert. Zwischen 1950 und 1956 erhöhten sich so die Zuschussleistungen durch die Stadt Karlsruhe für ihr Krankenhaus um 300 %, von 1,1 Millionen DM jährlich auf 3,3 Millionen DM.³²⁵ Neueinrichtungen und Erweiterungsbauten waren deshalb nur schleppend vorangekommen oder gar zurückgestellt worden. Die personelle und technische Ausstattung hinkte den Erfordernissen weit hinterher, und trotz der stetigen Personalzunahme wegen der fortwährenden Arbeitszeitverkürzungen war eine Arbeitsverdichtung für ärztliches, Pflege- und technisches Assistentenpersonal mit entsprechenden Belastungssituationen ständig gegeben. An der finanziellen Malaise änderte sich das kommende Jahrzehnt nichts. Sämtliche Krankenhausträger und ihre Verbände forderten seit langem eine grundle-



Der erste Computer-Tomograph (CT) wurde 1977 aufgestellt.

gende Reform der Krankenhausfinanzierung in Deutschland. Wie Städte mit ähnlichen Problemen, Mannheim und Stuttgart – demgegenüber war für die Unikliniken in Heidelberg und Freiburg das Land zuständig –, forderte Karlsruhe einen kommunalen Ausgleich und Beteiligung von Bund und Land an der Krankenhausfinanzierung. 1965 musste die Stadt 6 Millionen DM zuschießen, und noch vor dem Ende des Jahrzehntes war 1969 mit 9,9 Millionen DM die nächste Schallmauer

erreicht.³²⁶ Im Rathaus war man über die Entwicklung mehr als beunruhigt, insbesondere da für 1970 von 13,2 Millionen DM Unterdeckung ausgegangen wurde. Der Stadtkämmerer Gerhard Seiler hielt 1969 einen eindringlichen Vortrag vor dem erweiterten Krankenhausausschuss mit den versammelten Chefärzten und dem Chefapotheker, in dem er die Probleme ausbreitete. Obgleich er aus seinen Ausführungen „keine Wunder“ erwartete und als Finanzfachmann über medizinische Not-

Herkunft der behandelten Patienten im Klinikum:

| | 1950 | 1960 | 1970 | 1990 | 2005 |
|------------------------|--------|--------|--------|--------|---------|
| Stadt Karlsruhe | 55,1 % | 49,4 % | 46,7 % | 45,0 % | 42,67 % |
| Auswärtige | 44,9 % | 50,6 % | 53,3 % | 55,0 % | 57,33 % |

wendigkeiten zu befinden sich nicht anmaßte, zeigte er eindringlich die mit jeder Erweiterung verbundenen Folgekosten im Haushalt auf. Als Problem markierte er die mit den Chefarztwechseln verbundenen hohen Kosten, da jedes Mal damit neue Anschaffungswünsche verbunden seien, und er bemängelte die kostenintensiven Autarkiebestrebungen der Kliniken untereinander. Zwar waren die Lohnkostensteigerungen gemäß Seiler nicht das Problem, da diese über die Pflegesätze abzudecken seien, nicht aber die Personalvermehrung. Abhilfe sah er nur in strenger Rationalisierung nach Industriebild, beispielsweise durch Anstellung von kostengünstigeren Medientechnikern anstelle lohnintensiver Mediziner. Darauf ging keiner der Anwesenden nach Seilers Schlussplädoyer „los vom Prinzip des Forderns, hin zum Prinzip des Gestaltens“ ein, ebenso wie die Entwicklung unter den gegebenen Voraussetzungen zunächst nicht zu ändern war.³²⁷

Seit 1945 bis 1967 hatte die Stadt 45 Millionen DM in ihr Krankenhaus investiert und nochmals über 59 Millionen DM Zuschüsse geleistet. Der Krankenhausdezernent Hofheinz beurteilte das ganz nüchtern als nichts im Verhältnis zu den künftigen Lasten und angesichts der Erfordernisse von 100 Millionen DM für notwendige Klinikneubauten, wovon der projektierte Neubau für die II. Medizinische Klinik mit 20 Millionen DM nur einen Teil ausmachen sollte.³²⁸

Dabei waren die anscheinend unaufhaltsam steigenden Kosten einerseits Resultat nachholender Entwicklung nach dem langen Investitionsstau der 1950er-Jahre, die mit dem Neubau der Urologie/Chirurgie (E-Bau) noch

lange nicht beendet war, und andererseits der Kosten des medizinischen Fortschritts und des vermehrten und qualifizierteren Personals. Der höhere Personalaufwand hing auch unmittelbar mit der Arbeitszeitverkürzung und neuen personalintensiven Bereichen wie den Intensivstationen, der Dialyse, der Anästhesie und der Ausweitung der OPs zusammen. All dies geschah vor dem Hintergrund eines ungebremsten Wirtschaftswachstums und daraus resultierender Steuereinnahmen und auch ständig steigender Einnahmen der Sozialversicherungsträger. Entgegen verbreiteten Mythen stiegen die Gesamtkosten für Gesundheitsaufwendung im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt relativ gering, sie explodierten keineswegs signifikant. Doch dieser Tatbestand an sich löste das für die Stadt real existierende Problem nicht, dass die Städtischen Krankenanstalten zusammen mit den Verkehrsbetrieben den größten Zuschussposten darstellten.

Bundes- und landespolitische Vorgaben

Mit der Großen Koalition 1966 und mit dem Regierungswechsel zur SPD/FDP-Koalition 1969 war ein Paradigmenwechsel verbunden. Schon 1966 war eigens eine Krankenhaus-Enquete-Kommission eingerichtet worden.³²⁹ Dabei ging es insgesamt um eine nachholende Sozialpolitik. Für die Krankenhäuser stellte das Regierungsziel fest, sie „auf den heute erreichbaren und in Zukunft zu erwartenden Stand der medizinischen Wissenschaft“ zu bringen und daraus folgend, dass „in Zukunft die gesamten Aufwendungen für den Krankenhausbereich wesentlich gesteigert werden“, um eine



Die Krankenhausapotheke im Verwaltungsbau, 1907.

„optimale Versorgung“ zu garantieren.³³⁰ Der Schlüssel der neuen Politik war das im Jahre 1972 erlassene „Gesetz zur wirtschaftlichen Sicherung der Krankenhäuser und zur Regelung der Krankenhauspflegesätze“, kurz Krankenhausfinanzierungsgesetz (KHG).³³¹ „Zweck dieses Gesetzes“, fasste der § 1 prägnant die drei verbundenen, im Kerngehalt aber durchaus widerstrebenden Ziele zusammen, „ist die wirtschaftliche Sicherung der Krankenhäuser, um eine bedarfsgerechte Versorgung der Bevölkerung mit leistungsfähigen Krankenhäusern zu gewährleisten und zu sozial tragbaren Pflegesätzen beizutragen.“ Die bedeutendste Neuerung war die Einführung der „dualen Finanzierung“ für Krankenhausinvestitionen, an dem nun erstmals der Bund und die Länder neben den Gemeinden gleichermaßen in der Pflicht waren.

Verwaltungsdirektor Bertsch lobte darüber hinaus auch die Zielvorgabe der Deckung der Selbstkosten über die Pflegesätze unabhängig von der Leistungsfähigkeit der Krankenkassen.³³² Durch diese Lastenverteilung war endlich die besondere Problematik auch der beiden anderen großen Krankenhäuser in Karlsruhe mit den vielen „auswärtigen“ Patienten entschärft. Die Hoffnung des Vincentius-Krankenhauses und des Diakonissenkrankenhauses – letzteres brachte 1974 sogar einen Antrag in den Gemeinderat ein –, dass die Stadt nun auch laufende Investitionskostenzuschüsse an die konfessionellen Häuser leiste, in gleicher Höhe wie für ihr eigenes Haus, mindestens aber jährlich 500 DM pro Bett, wurde abschlägig beschieden und nach dem KHG an Bund und Land verwiesen. Ein Kooperationsausschuss allerdings wurde in Hinsicht auf die



Das moderne Magazin der Apotheke im D-Bau seit 1975.

Absprache im Vorhalten von Gerätschaften und Leistungserbringung als sinnvoll erachtet.³³³

Die gesundheitliche Versorgung in Deutschland war mit dem KHG politisch willentlich verbessert und ausgebaut worden und schloss eine lange Nachkriegsphase ab. Unter deutlich verbesserten Vorzeichen konnte der Bau der II. Medizinischen Klinik 1975 abgeschlossen werden – in der Vorplanung 1965 mit 20 Millionen DM projektiert, betragen die Baukosten letztlich 52,7 Millionen DM – und der 1977 aufgestellte Rahmenplan zur grundsätzlichen Neustrukturierung des Klinikums auf seinem Hauptgelände war Resultat der neuen Ausrichtung.

Dabei war das KHG mit einer Zäsur verbunden, die in der politischen Öffentlichkeit und auch bei Verwaltungsdirektion und Stadt-

verwaltung nicht auf Widerspruch stieß: Mit der enthaltenen Verpflichtung, dass die Länder künftig Krankenhausbedarfspläne aufzustellen und fortzuschreiben hatten (§§ 6–8), war die bislang geltende alleinige Zuständigkeit und Autarkie des Krankenhausträgers in Frage gestellt. Auch die Stadt Karlsruhe gab somit ihre Oberhoheit ab, war an das daraus resultierende Landeskrankenhausgesetz Baden-Württemberg von 1973 gebunden und hoffte, künftig das Defizit abbauen zu können.

Tatsächlich kam die Klinik mit dem KHG zunächst aus den roten Zahlen und schloss 1973 erstmals ohne städtischen Zuschuss ab (Überschuss: 49 Pfennig).³³⁴ Doch war mit dem KHG aber keinesfalls die volle Selbstkostendeckung über den Pflegesatz verbunden. Mit der Wirtschaftskrise nach 1975 und einem seitdem immer größer werdenden Sockel an

Arbeitslosigkeit kündigte sich der Konsens in der Gesundheits- und Sozialpolitik schon wieder auf. Bereits unter der Bundeskanzlerschaft Helmut Schmidts (SPD) galt die Haushaltskonsolidierung als vorrangiges Ziel, und mit dem Regierungswechsel 1982/83 hatte sich die wirtschaftspolitische Prämisse antizyklischer und staatlicher Interventionspolitik zur reinen angebotsorientierten Politik – einst neutral als neoliberal, mittlerweile als Begriff negativ konnotiert – gewandelt. Danach beherrschten die Schlagworte von „Kostenexplosion“, „Bettenüberhang“ und „mangelnder Wirtschaftlichkeit der Krankenhäuser“ die Diskussion. War letzteres ein hochkomplexes Thema, da die Wirtschaftlichkeit im Gesundheitswesen schwer zu definieren ist und zu- oder aberkannte Sozialleistungen im Verdacht der interessenfundierten Politik stehen, so waren die „zu vielen Betten“ tatsächlich ein Problem fehlender ambulanter und stationärer Versorgungs- und Pflegeeinrichtungen. Die zum Topos gewordene „Kostenexplosion“ sollte nicht unreflektiert übernommen werden: Zwar stiegen die absoluten Ausgaben im Gesundheitswesen, doch im Verhältnis zum Bruttoinlandsprodukt (BIP) stiegen sie mit dem nachholbedingten Faktor 1950 bis 1975 von 2 auf 5,5 %, seitdem kontinuierlich um die 6 % des BIP mit sinkender Tendenz.³³⁵ Der seitdem bestehende Dissens, ob ein Ausgaben- oder ein Einnahmeproblem der Sozialversicherung besteht, ist eine Frage des politischen Standpunktes.³³⁶ Fest steht hingegen, dass die Krankenhäuser mit ihrer Spezialausstattung einen großen Anteil an der Spitzenleistung der Medizin haben.

Der anlässlich der Grundsteinlegung für die II. Medizinische Klinik von Bürgermeister Hofheinz geäußerte Gedanke, dass „unsere Zeit von der Geschichte einmal gemessen wird, was die Gesellschaft für ihre schwächsten Glieder, Alte und Schwache tat“,³³⁷ war inzwischen den Denkstrukturen der „Kostendämpfung“ und

„Beitragsstabilität“ gewichen. Die vom Bundesgesundheitsministerium 1977 eingerichtete „Konzertierte Aktion“ im Gesundheitswesen aus Vertretern des Staates und des Gesundheitssektors (Pharmafirmen, Ärztevereinigungen, Krankenhäuser, Krankenkassen, allerdings ohne Patienten), welcher bis zum Gesundheitsstrukturgesetz 1993 eine Bedeutung in der Orchestrierung durchgeführter Maßnahmen zukam, hatte als einzige Agenda, die „Kostenexplosion“ einzudämmen.

In der Bundes- und Landespolitik gingen die Überlegungen längst dahin, Anreize zu einer Verkürzung der durchschnittlichen Verweildauer der Patienten und zu einem neuen, mehr marktorientierten Entgeltsystem statt der pauschalierten, tagesgleichen Pflegesätze und zum Übergang von der dualistischen zur monistischen Krankenhausfinanzierung zu schaffen. Auch das Krankenhauskostendämpfungsgesetz (KHKG) 1981 und das Krankenhausneuordnungsgesetz (KHNG) 1984 waren nur Zwischentapen, der Bund zog sich aus der Krankenhausfinanzierung zurück, und die Stellung der Krankenkassen wurde im Interesse der Beitragsstabilität der Gesetzlichen Krankenversicherung (GKV) gestärkt. Anstelle der Selbstkostendeckung gemäß Selbstkostenblatt im Nachhinein traten nun „vorauskaliulierte Selbstkosten“ sowie anstelle der tagesgleichen Pflegesätze nun „besondere Pflegesätze“ und „Sonderentgelte“. Damit begann der Wandel zur Budgetierung und erstmals zum Gewinn- und Verlustausweis. Als entscheidende Stellschraube zur Kosteneffizienz galt die Krankenhaus-Verweildauer, die mit der Förderung und dem Ausbau preisgünstigerer Pflegeeinrichtungen nochmals signifikant verkürzt wurde.³³⁸

Gemäß der Bestimmungen des aus dem KHG folgenden Landeskrankenhausgesetzes von 1975 wurde das Klinikum seit 1977 alljährlich durch die Gemeindeprüfungsanstalt



Mit Bad und WC nach höchstem Standard ausgestattete Zweibett-Zimmer mit modernen Betten; II. Medizinische Klinik. Zimmer für Allgemein- wie Privatpatienten, 1975.

Baden-Württemberg auf die Wirtschaftlichkeit untersucht. Die anlässlich des Untersuchungsberichts 1977 von Verwaltungsdirektor Bertsch geäußerte „Erkenntnis, dass der Betrieb eines Krankenhauses nicht primär unter wirtschaftlichen Aspekten gesehen werden darf, sondern auch die humane Verpflichtung des Krankenhauses berücksichtigt werden muss, gewinnt gerade in den letzten Monaten zusehends an Bedeutung“, und seine „Hoffnung, dass auch Krankenkassen dafür Verständnis finden“, erfüllten sich nicht.³³⁹ Auf Bertschs Nachfolger als Verwaltungsdirektor nach 1979, Manfred Common, nahm der Druck zur Rationalisierung und Wirtschaftlichkeit weiter zu.

Common, aus den Stadtwerken zunächst auf Zeit abgestellter Finanzfachmann, hatte bereits 1978 auf die gesetzlich vorgeschriebene „kaufmännische Rechnungsführung“ mit Eröffnungsbilanz anstelle der in den kommunalen Krankenhäusern bis dahin üblichen „kameralistischen Rechnung“ umgestellt, eine Vorleistung in Richtung Wettbewerbsfähigkeit war bereits angedacht.³⁴⁰

Der Zuschuss aus dem Stadtsäckel stieg wieder an, von 2,5 Millionen DM 1979 auf 7,5 Millionen DM und 1983 sogar 9,5 Millionen DM. Die dualistische Finanzierung war ins Stocken geraten, und vom landesweiten Krankenhaus-Investitionsstau von etwa 3 Milliar-

den DM war das Klinikum maßgeblich mitbetroffen. Oberbürgermeister Dullenkopf sah bei den Festlichkeiten zum 75-jährigen Jubiläum des Klinikums 1982 schon den drohenden Zusammenbruch des KHG-Finanzierungssystems.³⁴¹ Die jährlichen Pflegesatz-Verhandlungen mit den Krankenkassen gerieten inzwischen zu erbitterten Auseinandersetzungen. Von den Verhandlungsführern des Klinikums mit dem Dezernenten und dem Verwaltungsdirektor wurden diese als Blockierer wahrgenommen. Ihre starre Haltung bei der Verweigerung kostendeckender Pflegesätze für das Klinikum lag aber in den sie selbst betreffenden Problemen durch geringere Einnahmen wegen anhaltend hoher Arbeitslosigkeit, geringer steigenden Löhnen, Verlust sozialversicherungspflichtiger Arbeitsplätze und der ihnen politisch aufgebürdeten Lasten bspw. in Abgaben an die Rentenversicherung oder für so genannte versicherungsfremde Sozialleistungen. Die Einnahmen der Krankenkassen orientieren sich nicht am stetig steigenden Bruttoinlandsprodukt, sondern an der Lohnquote, die seit den 1980er-Jahren kontinuierlich fiel.³⁴² Mit dem KHKG im Rücken setzten die Krankenkassen anlässlich der Pflegesatzverhandlungen 1982 eine externe Wirtschaftlichkeitsprüfung durch. Vom Mai 1983 bis Februar 1984 waren statt der bisherigen Gemeindeprüfungsanstalt Prüfer der Ernst & Whinney AG (seit 1989 Ernst & Young AG) im Haus. Sie stützten sich auf arbeitswissenschaftliche Methoden, die für die industrielle Produktion entwickelt wurden. Die unterschiedlichen Strukturen und Zielsetzungen eines Krankenhauses und die notwendige patientenorientierte Betreuung ließen sich mit dieser Methode nur ungenügend erfassen. Der im Frühjahr 1984 vorgelegte Prüfungsbericht traf das Haus bis in alle Abteilungen dann auch ins Mark.

Von den 1983 vom Klinikum aufgestellten Selbstkosten in Höhe von insgesamt 145,6

Millionen DM sahen die Prüfer 16,8 Millionen DM oder 11,5 % als zu hoch an, gegliedert in 10,2 Millionen DM zu hohe Personalkosten und um 6,6 Millionen DM kürzungsfähige Sachkosten. Daraus leiteten sie etwa 160 Personalstellen in allen Bereichen als überflüssig ab und nochmals fast 85 Stellen durch Personalkostenminderung, letztlich rund 10 % der 1983 bestehenden 2.325 Vollzeitstellen.³⁴³

Stadtverwaltung und Verwaltungsdirektion, die Abteilungen und der Personalrat stellten in mühseligen und zeitaufwändigen Berechnungen ein anderes Bild dar und Ernst & Whinney musste zurücknehmen, beharrte aber auf einzelnen Positionen. Letztlich stellte das Endergebnis nur noch 11,8 Millionen DM zu hohe Selbstkosten fest, davon 3,9 im Personalbereich oder etwa 90 Stellen. Obwohl das Klinikum nach wie vor Einwände hatte, setzten sich die Krankenkassen in der folgenden Pflegesatzverhandlung mit 300,44 DM pro Tag durch und die Stadt konnte etwa 4 Millionen DM nicht in die Selbstkostenrechnung eingeben.³⁴⁴ Schlimmer wog das in den Folgejahren schwebende Damoklesschwert aus diesem Prüfungsbericht über den Pflegesatzverhandlungen, in denen die Härte der Auseinandersetzung noch weiter zunahm.³⁴⁵

Mit dem Finanzierungsstau durch das Land war der Konsens des KHG zerbrochen, und die Stadt Karlsruhe thematisierte wieder, dass sie Verluste für das gesamte Umland aus der Verpflichtung zur Maximalversorgung trug.³⁴⁶ Auf den Vorwurf des hohen Pflegesatzes im Klinikum konnten die Verantwortlichen stets auf im Durchschnitt fast 10 % höhere Sätze in vergleichbaren anderen Kliniken verweisen; man sah sich als Maximalversorgungshaus in einer Klasse mit den Unikliniken Heidelberg und Ulm, auch die städtischen Krankenhäuser in Stuttgart lagen deutlich über dem Satz von Karlsruhe. Doch das Klinikum sah sich erst einmal im Korsett der Kostendämpfungspolitik

eingeklemmt. Eine notwendige Personalerhöhung unterblieb mit der Folge immer höherer Arbeitsbelastung nicht allein im Ärzte- und Pflegebereich. Während mit neuen Personalschlüsseln nach 1992 im Pflegebereich die Belastungen seit dem „neuen Pflegenotstand“ teilweise aufgefangen werden konnten, traf dies für die anderen Bereiche nicht zu.

Als Folge der Sparvorgaben aus dem Ernst & Whinney-Gutachten wurden 1987 durch Fremdvergabe der Reinigungsleistung in II. Medizinischer Klinik und Psychiatrie Konsequenzen gezogen, und damit erstmals prinzipiell der Weg der Privatisierung bisher haus-eigener Dienstleistungen beschritten. Dazu gab es nicht nur heftige Proteste der Betroffenen in der Krankenhausausschusssitzung, sondern auch grundsätzliche politische Bedenken von Gemeinderatsvertretern und der Frauenbeauftragten der Stadt Karlsruhe wegen der sozialpolitischen Implikationen.³⁴⁷ Der seit 1984 amtierende Gesundheitsdezernent Eidenmüller begann die Weichen unter den sich verändernden politischen Rahmenbedingungen in Richtung Wettbewerb zu stellen. Seit 1994 Aufsichtsratsvorsitzender der Städtischen Klinikum gGmbH, ist Eidenmüller damit der am längsten wirkende Bürgermeister für das Klinikum in seiner Geschichte und als Mitglied in bundesweiten krankenhaupolitischen Gremien einer der profiliertesten Krankenhausexperten. „Das Klinikum heute“, so gab er 1988 programmatisch vor, „ist nicht mehr eine Krankenanstalt, die zu verwalten ist, sondern ein Unternehmen, das es mit Weitsicht zu führen gilt“, und das er künftig „als scharf kalkulierendes Wirtschaftsunternehmen“ geführt wissen wollte.³⁴⁸ Gemeint war, dass das moderne Krankenhaus nicht nur die Überwachung zwischen Einnahmen und Ausgaben, sondern systematische Planung, Organisation und Kontrolle des gesamten Betriebsablaufes durch Management erforderte.³⁴⁹

Von der Stadt in die Selbstständigkeit entlassen: Die Städt. Klinikum gGmbH (gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung)

Das Gesundheitsstrukturgesetz aus dem Jahre 1993 – wegen der deutschen Einheit später als geplant eingeführt – setzte mit seinen langfristig angelegten Änderungen den politisch längst beschrittenen Weg fort und brachte den entscheidenden Paradigmenwechsel in der Sozialpolitik. Zunächst blieb die dualistische Krankenhausfinanzierung darin erhalten, die mittlerweile auf dem Prüfstand steht und Krankenhäuser künftig zu marktwirtschaftlichen Renditen zwingt, doch das Prinzip der Selbstkostendeckung in den Pflegesätzen wurde entscheidend verändert und aufzulösen begonnen. Nicht mehr die „voraussichtlichen Selbstkosten eines sparsam wirtschaftenden und leistungsfähigen Krankenhauses“ nach dem KHG wurden erstattet, sondern nur noch „leistungsgerechte Erlöse“ in Aussicht gestellt. Anstelle des pauschalierten Tagespflegesatzes budgetierte das Gesetz zusammen mit der neuen Bundespflegesatzverordnung von 1995 die Krankenhausaufgaben und koppelte das Budget an die „Grundlohnsumme“ und damit die Leistungsfähigkeit der Krankenkassen. Es folgte der Einstieg in ein neues Finanzierungssystem mit Basispauschalen, darüber hinaus Sonderentgelten und Fallpauschalen für zunächst wenige festgelegte Behandlungen.³⁵⁰ Das Klinikum hatte im Vorgriff auf die vom Gesetzgeber erst 1995/96 geforderte Umsetzung schon 1994 Abteilungspflegesätze eingeführt. Damit wurden die bisher mehr am höchsten Stand der medizinischen Wissenschaft und des medizinisch Notwendigen orientierten Krankenhäuser gezwungen, ökonomische Erwägungen bei Entscheidungen über Diagnostik, Therapie und Pflege anzustellen. Ein einsetzender Wettbewerb war durchaus politisch angestrebt.³⁵¹



Die Geschäftsführung:
Seit 1996 Peter Schäfer (rechts) und Prof. Dr. Dieter Daub.

Die mit dem Gesundheitsstrukturgesetz eingeleitete Systemänderung brachte auch die Frage der Strukturänderung der Krankenhäuser und damit auch im Städtischen Klinikum auf die Tagesordnung. Mit der Wendung zu marktwirtschaftlichen Elementen wurden das Jahrzehnte geltende Verwaltungssystem und die politische Entscheidungsfindung über Gemeinderat bzw. den Krankenhausausschuss in Frage gestellt. 1992 diskutierten die Verantwortlichen von Klinik und Stadt über die Beibehaltung des Klinikums als Regiebetrieb der Stadt wie bisher oder die Rechtsformänderung zu einer GmbH, mit der, wie es hieß, in „schlanker“ Betriebsführung raschere Entscheidungen angesichts des Wettbewerbsdrucks und der variablen Marktbedingungen gewährleistet seien.³⁵² Dazu ließ der Krankenhausdezernent ein Gutachten der Unternehmensberatung Kienbaum Consultant International GmbH erstellen, das die Umwandlung in eine GmbH vorschlug. Nach einer lange kontrovers geführten Debatte beschloss der Gemeinderat am 15. März 1994 mit der Stimmenmehrheit von CDU und FDP die Umwandlung zur Städt. Klinikum gGmbH zum 1. Juli 1994.³⁵³ Die Befürworter im Gemeinderat führten die wirtschaftliche Notwendigkeit an, die ablehnenden Skeptiker von der SPD

und der Grünen Liste kritisierten den Verlust an gesellschaftspolitischem Einfluss auf eine der wichtigsten Einrichtungen der Stadt in der Daseinsvorsorge für die Bürgerinnen und Bürger und die Sorge, dass die neue Gesellschaft durch immer neue Tochtergesellschaften das in der Wirtschaft betriebene Outsourcing zu Lasten der Mitarbeiter übernehme.

Als Morgengabe zu dem radikalen Schritt zur GmbH-Umwandlung hatte die Stadt das Klinikum von 65 Millionen DM aus den langfristigen Verbindlichkeiten befreit. Diese Entschuldung war eine der Grundlagen dafür, dass das Klinikum seitdem ununterbrochen schwarze Zahlen schreiben konnte. Trotz der nun privaten Rechtsform blieb die Stadt Karlsruhe alleiniger Gesellschafter des damit zur Tochtergesellschaft gewordenen Städtischen Klinikums, vertreten durch den Oberbürgermeister bzw. dem von ihm bestellten Vertreter, wie zuvor Bürgermeister Eidenmüller.



Josef Hug, Pflegedirektor seit 1997.

Die Kritiker wandten sich gegen den Verlust der Einflussnahme des Souveräns, in dem die gewählten Gemeinderätinnen und -räte weniger politischen Einfluss im Sinne ihrer Wählerinnen und Wähler nehmen konnten. Eidenmüller dagegen lehnte eine weitgehendere Einbindung des Gemeinderates als eine zu große Eingriffsmöglichkeit in die gerade „verschlankten“ Strukturen ab, während der SPD-Fraktionsführer Dr. Maul in der Abkoppelung des Gemeinderats von Daseinsvorsorgeentscheidungen eine Überbewertung technokratischer, wirtschaftlicher und finanzieller Aspekte erblickte.³⁵⁴

Nach den Kommunalwahlen 1995 setzte die politisch veränderte Mehrheit von SPD, Grünen und Karlsruher Liste gegen CDU und FDP nach heftiger Debatte eine Gesellschaftsvertragsänderung durch, nach der der Gemeinderat künftig doch eine stärkere Stellung erhielt, anstelle nur des Oberbürgermeisters. Aber eine Zurücknahme des gefassten Privatisierungsbeschlusses stand nicht mehr zur Abstimmung.³⁵⁵ Als Zeichen zur weiterhin eng gewollten Anbindung an die Stadt wurden in den 14-köpfigen Aufsichtsrat nicht wie zunächst geplant auch externe Experten und Vertreter privater Krankenhausgesellschaften aufgenommen, sondern allein jene aus im Gemeinderat vertretenen Fraktionen (vier Vertreter von der CDU, drei der SPD und je ein Vertreter von Grünen, FDP und Karlsruher Liste) und als Entgegenkommen nun drei Mitglieder des Betriebsrates statt eines.

Die Änderung der Rechtsform verlangte zwingend eine Veränderung der Betriebsleitung, da eine GmbH vom Gesetz her durch eine Geschäftsführung vertreten werden muss. Die Aufgabe des Geschäftsführers der neuen gGmbH nahm zunächst der seinerzeitige Verwaltungsdirektor Manfred Common wahr. Vor dessen Pensionierung wurde vergeblich ein Nachfolger gesucht, bis sich der Leiter

der Hauptabteilung Finanzen Dipl. Volkswirt Peter Schäfer und der Ärztliche Direktor Prof. Daub gemeinsam um die Geschäftsführung bewarben und gewählt wurden.³⁵⁶ Obwohl nur ein Geschäftsführer rechtskonform notwendig ist, wurde diese Konstellation bewusst gewählt. Der Pflegedirektor und der Technische Baudirektor wurden formal nicht zu Geschäftsführern ernannt, doch stellen sie wie zuvor mit diesen die Betriebsleitung und zeichnen durch die schon vor der Umorganisation erteilte Prokura für das Unternehmen verantwortlich.

Die Städt. Klinikum gGmbH und ihre neuen Tochter-GmbHs

Ein Jahr nach der Bildung der Städt. Klinikum gGmbH wurde der erste Betriebsbereich in eine selbstständige Tochter-GmbH mit dem Klinikum als alleinigem Gesellschafter umgewandelt. 1977 war das Klinikbaubüro in den neuen Y-Bau eingezogen und damit erstmals alle Abteilungen der anfangs beim Städtischen Hochbauamt angesiedelten Stellen, die mit dem Krankenhaus und dessen Bauunterhaltung beschäftigt waren, zusammengefasst.³⁵⁷ 1989 war daraus die Technische Bau- und Betriebsdirektion als viertes Direktorium neben dem kaufmännischen, dem ärztlichen und dem pflegerischen installiert worden, das die Bereiche Planung, Bauausführung, Haus-, Betriebs- und Medizintechnik unter einem Dach zusammenfasste. Während der großen Bauvorhaben war das Personal ausgeweitet worden, mit absehbarem Abschluss des ZIBID-Baues ging der Leiter Prof. Heinzpeter Schmiege aber von einem Rückgang der zu erbringenden Leistungen aus und schlug vor, künftig die Kapazitäten mit Erbringung externer Leistungen auszulasten. Dazu wurde 1995 die Karlsruher Planungsgesellschaft für Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens mbH (KAPEG) gegrün-

det, die seitdem auch bundesweit für Projekte des Krankenhaus- und Sozialbereichs Aufträge abwickelt, darunter für das Ordenskrankenhaus der Barmherzigen Schwestern vom heiligen Vinzenz von Paul in Freiburg i. Br.

Im September 2000 ließ sich Prof. Schmieg von der Funktion des Technischen Direktors entbinden, die damit auch wegfiel, um sich künftig auf die Planung der Klinikbauten und sonstigen Gesundheitseinrichtungen zu konzentrieren. Dazu wurde die „Planungs- und Entwicklungsgesellschaft“ (PEG) innerhalb der KAPEG mit Schmieg als Leiter ins Leben gerufen. Zur Beibehaltung des gemeinnützigen gGmbH-Status sind Tochtergesellschaften gesetzlich gehalten, überwiegend für ihre Muttergesellschaft tätig zu sein. Das geriet 2004 bei der KAPEG in Schiefelage. Für kleinere Baumaßnahmen wurden nun einige Mitarbeiter wieder direkt der Klinikum gGmbH unterstellt. Dafür übernahm die PEG ab 2005 allein die Neueinstellung unter nicht mehr BAT-bezogenen Konditionen.³⁵⁸

Eine Ausgründung zieht die nächsten nach sich. Unmittelbar nach der gGmbH-Gründung stand der Reinigungsdienst als ein für die Hygiene zwar bedeutungsvoller, aber vom Aufgaben- und Personalbereich „peripher“ betrachteter Bereich unter der Frage von Einsparpotentialen abermals auf dem Prüfstand. Trotz der von der Geschäftsführung favorisierten Privatisierung mit konkurrenzlos billigen Angeboten von 180 m² Reinigungsleistung die Stunde, beschloss der Aufsichtsrat einen Probegang mit dem vom Forschungsinstitut für Gebäudereinigungstechnik (FIGR) entwickelten moderneren Breit-Mop-Verfahren mit 120 m² stündliche Putzleistung. Bislang war im Haus das 15 Jahre alte Hamburger Modell mit seinem Zwei-Eimer-Wisch-Verfahren mit Spaghetti-Mop und durchschnittlicher 90 m²-Leistung per Stunde angewandt worden (Reinigen mit Schrubber und Besen war bis Ende der 1970er-Jahre üb-

lich). Seit 1995 erfolgte die Umorganisation in den Bereichen der Eigenreinigung, die 1987/88 nicht privatisiert worden waren mit der Zielvorgabe, die Kosten durch Personaleinsparung um ein Viertel zu senken.³⁵⁹

Trotz Erreichen der Zielmarken war der Kostendruck nicht kleiner geworden, im Gegenteil. Die vom Gesetzgeber weiter angestrebte Umorganisation des Gesundheitswesens und das anstehende DRG-System zwangen zu weiteren Überlegungen, Prozessabläufe im Krankenhaus zu verändern und, wie es hieß, sich auf Kernkompetenzen zu konzentrieren. Damit kamen auch Überlegungen auf, größere Teile des nicht-medizinischen Bereiches nach dem Muster der freien Wirtschaft outzoursen. Nach den Überlegungen waren das die Bereiche Reinigung, Küche, Wäscherei, aber auch Betriebs- und Medizintechnik, Materialbewirtschaftung und Sterilisation. Damit sollten bis 30% Personalkosten durch niedrigere Entlohnung einsparbar sein.³⁶⁰ Die Frage der Privatisierung der Reinigung der neuen Kinder- und Frauenklinik wurde 2003 vom Aufsichtsrat zugunsten der Eigenreinigung entschieden. Dafür wurden 260 Reinigungsfrauen – die Angelegenheit wurde wegen der damit aufgeworfenen Frage der sozialen Verantwortung eines öffentlichen Unternehmens dem Gemeinderat zur Beschlussfassung vorgelegt – 2003 in die Service-Tochtergesellschaft Karlsruher Versorgungsdienste im Sozial- und Gesundheitswesen GmbH (KVD) überführt, bei Bestandsschutz für bereits Beschäftigte und unter den deutlich schlechteren Tarif-Konditionen des Gebäudereinigungshandwerks für die Neueingestellten.³⁶¹

Unter anderen Gesichtspunkten wurde 2005 die Medizinische Versorgungszentrum GmbH (MVZ) ins Leben gerufen, die ambulante Leistungen der Nuklear-, Labor-, Transfusionsmedizin und Mikrobiologie erbringt und abrechnet. Das Gesundheitsmodernisierungs-

gesetz von 2004 sah eine engere Verzahnung ambulant und stationär erbrachter Leistungen vor. Das Klinikum strebte dabei an, bisher allein stationär zugelassene Leistungen künftig ambulant anzubieten und abzurechnen als ein weiteres Standbein zur Sicherung von Erlösen unabhängig von Fallpauschalen.

Management unter neuen Bedingungen

Der seit dem GSG von 1993 forcierte und seitdem unaufhörlich fortgesetzte Weg der Ökonomisierung von Sozial- und Gesundheitsleistungen brachte dem Klinikum permanente Veränderungen wie niemals zuvor seit seinem Bestehen in der Moltkestraße.

Mit der kontinuierlich sinkenden Verweildauer im Krankenhaus mussten trotz einer größeren Zahl behandelter Patienten immer weniger Betten vorgehalten werden. Dies war ein gleichlaufender Prozess in ganz Deutschland, mit dem die Zahl der Kliniken und vorgehaltenen Akutkrankenhaus-Betten immer weiter abnahm. Die im ersten Nachkriegsjahrzehnt vorgehaltenen 1.600 Betten, mit einem absoluten Höhepunkt 1967 von 1.677 Betten, sanken nach 1981 mit 1.603 Betten beständig unter das bisherige Mittel und trotz der 1988 hinzu gekommenen Psychiatrischen Klinik wurden die 1983 noch prognostizierten 1.730 Betten nicht mehr aufgestellt, sondern lagen 1989 sogar nur bei 1.568.³⁶² Das ging einher mit dem Schließen und Umorganisieren von Krankenstationen sowie der Stagnation bzw. Reduzierungen im Personalbereich.

Zugleich wurden neue Behandlungen und Bereiche aufgebaut. Das geschah sowohl im Einklang mit dem Krankenhausbedarfsplan als unter der Prämisse, Pflegesatz- bzw. DRG-unabhängige Leistungserlöse erzielen zu können.

Der Landeskrankenhausausschuss sprach sich 1998 für die Etablierung von Stroke Units

für Schlaganfallpatienten an den Maximalversorgungszentren im Land aus, worauf sofort sechs Betten in der Neurologischen Klinik eingerichtet wurden.³⁶³ Eine 1985 wegen der Widrigkeiten des Systems niedergelassener Ärzte nicht umsetzbare Schmerzambulanz zur Behandlung ambulanter und stationärer Patienten konnte 1991 beim Institut für Anästhesiologie angesiedelt werden.³⁶⁴ Im Dezember 2004 wurde auf den aufgegebenen chirurgischen Stationen C 30 und C 34 eine Station für psychotherapeutische Medizin unter Verantwortung des Chefarztes für Psychotherapie, Prof. Bernd Eikermann, eingerichtet.

Bettenreduzierung und Stationsschließungen erfolgten gemäß dem baden-württembergischen Krankenhausbedarfsplan über Feststellungsbescheide, die in die Praxis nicht immer leicht umzusetzen waren, da ein Abbau (insbesondere bspw. im Bereich der Frauenheilkunde und Urologie) wegen der vorhandenen baulichen und organisatorischen Gegebenheiten nicht einfach mit einem Mehrbedarf an anderer Stelle (z. B. für psychosomatische Behandlung) aufzurechnen war. 1993 bspw. änderten sich die Zahlen für die Neurologie von bisher 48 Betten auf 68 und auch die Neurochirurgie bekam 48 statt 40 Betten zugestanden, während die Urologie von 114 auf 100, die Augenklinik von 30 auf 26 abzubauen hatten.³⁶⁵ Zuletzt wurden 2004 drei Stationen der Inneren (1), Chirurgie (1,5) und Urologie (0,5) geschlossen. Durch die Neubauten wie ZIBID und Kinder- und Frauenklinik konnten aus den denkmalgeschützten Hauptbauten von 1907 (B- und C-Bau) zusätzlich Stationen und medizinische Einrichtungen verlegt werden und dort stattdessen Betreuungs-, Hilfs- und Verwaltungsdienste untergebracht werden.

Die Absprache mit dem Vincentius- und Diakonissenkrankenhaus war nicht nur in solchen Umstrukturierungsfragen gefordert, sondern generell in Fragen der Infrastruktur.

Schon 1984 hatten Klinikum, Vincentius- und Diakonissenkrankenhaus einen Kooperationsvertrag zum Onkologischen Schwerpunkt abgeschlossen, der nach den Vorgaben des Bundesgesundheitsministeriums die Tumordiagnostik und -therapie in Verbindung auch mit niedergelassenen Ärzten als Pendant zu den Tumorzentren der Universitätskliniken verbessern sollte.³⁶⁶ Der zwischen dem Weggang des Dezenten Rehberger (er wurde saarländischer Wirtschaftsminister) und dem neuen Dezenten Eidenmüller als Interimsdezernent wirkende Bürgermeister Gerhard Seiler sah darin ein Ergebnis, in dem alle drei Häuser „über ihren egoistischen Schatten“ hatten springen müssen.³⁶⁷

1998 kam die neue Technologie des Positronen-Emissions-Tomographen (PET) für bildgebende Diagnostik bei Tumoren, neurologischen und Herzerkrankungen im gemeinsamen Betrieb der drei Krankenhäuser, aber im Klinikum vorgehalten, zum Einsatz.³⁶⁸

Die seit dem GSG aufgestellten ökonomischen Vorgaben machten Kooperationen zur Effizienzsteigerung unumgänglich. Die geforderte Verweildauerverkürzung war nur durch die Straffung der nun als Prozess begriffenen Behandlung möglich. Dazu zählte die vor- und nachstationäre Verzahnung, mit einer seit 1998 im Klinikum begonnenen und ständig verbesserten Überleitung der Patienten in die häusliche Entlassung, in die Rehabilitationseinrichtung oder in die ambulante und stationäre Pflege, das so genannte „Entlassmanagement“ für die politisch vorgegebene „integrierte Behandlung“.³⁶⁹

Um unter dem Druck wirtschaftlichen Ressourceneinsatzes die notwendigen Leistungen nicht zu rationieren oder sogar vorzuenthalten, hat der Gesetzgeber 2000 die nachprüfbarbare Qualitätssicherung in Behandlung, Versorgungsablauf und Ergebnis vorgeschrieben.³⁷⁰ Das Klinikum begann die Vorgabe schon im

Vorgriff seit 1999 mit dem Umfassenden Qualitätsmanagement (UQM) umzusetzen. „Alle Leistungsprozesse innerhalb des Klinikums müssen auf den Patienten bezogen sein. Die Qualität unserer Leistungserbringung wird mit Hilfe eines umfassenden Qualitätsmanagements kontinuierlich verbessert“, lautete die strategische Zielvorgabe 2002. Dabei sollte Prozessoptimierung „zur interdisziplinären Daueraufgabe werden.“³⁷¹ Letztlich wird damit die bisherige vertikale Hierarchie durch die bestehenden einzelnen Kliniken verändert und durch eine neue innere Organisation ersetzt. Gemäß den neuen Modellen von Klinikorganisation sollen künftig „Patientenpfade“, die den Weg eines Patienten von der Aufnahme bis zur Entlassung strukturieren (vorstationäre Abläufe, stationäre und nachstationäre Versorgung terminieren sowie die so genannten „Schnittstellen“ – das sind Diagnostik, Operation/Behandlung – koordinieren), die Ablaufprozesse optimieren. Dabei wird das Qualitäts-, Prozess- und Kostenmanagement ständig analysiert und entsprechenden Ressourcen zugeordnet. Das bedeutet durchrationalisierte Diagnostik, Therapie und Nachsorge nicht mehr in den klassischen Abteilungskliniken, sondern in interdisziplinären Kompetenzzentren. Dafür wird künftig ein „Patientenmanager“ zusammen mit dem Belegungsmanagement den Prozess von der Aufnahme des Patienten bis zur Entlassung steuern. Dazu bildet das BBz im Klinikum seit 2006 Patientenmanager aus. Die neue Ablauforganisation zur weiteren Rationalisierung und Ausschöpfung der Effizienzpotenziale der Krankenhausbehandlung entstammt den Methoden der Produktionsprozesse in der Wirtschaft ebenso wie die dafür benutzten neuen Termini. Dabei sind die Chefarzte nicht mehr wie in der Vergangenheit diejenigen, die über die Einführung oder Anwendung von Methoden alleinverantwortlich bestimmen, sondern die Kostentrans-

parenz wird zum Indikator für die wirtschaftlich zu erbringenden Leistungen.

Umbruchzeiten – Streiks 2006

Das Frühjahr 2006 war von Arbeitsniederlegungen in verschiedenen Bereichen des öffentlichen Dienstes gekennzeichnet, organisiert durch die Gewerkschaft ver.di. Dabei gab es unterschiedliche Voraussetzungen. Beschäftigte in den Universitätskliniken Baden-Württembergs hatten 2005 für einen ihnen bis dahin verweigerten Tarifvertrag gestreikt, Beschäftigte der Länder nach deren Ausstieg aus dem Flächentarifvertrag für die Übernahme des 2004 an die Stelle des BAT getretenen TVöD und in Hamburg, Niedersachsen und Baden-Württemberg richtete sich der Arbeitskampf gegen die kommunalen Arbeitgeber, welche die tariflich feststehende Wochenarbeitszeit von 38,5 Stunden auf 40 Stunden setzen wollten. Mit dem veränderten Arbeitsmarkt versuchten die Arbeitgeber ein arbeits- und sozialpolitisches Rollback und in den 1960er-Jahren noch gewollte einheitliche Standards zu schleifen. So hielten auch die Krankenhausträger die Zeit für günstig, die unter Druck geratenen Arbeitsbedingungen zu einer Verbilligung der Arbeitskosten zu nutzen, die ihnen selbst wiederum Vorteile auf einem sich etablierenden Gesundheitsmarkt bieten sollte.

Trotz des grundgesetzlichen Streikrechtes galt das Mittel der Arbeitsniederlegung im Konfliktfall für Krankenhausbeschäftigte als moralisch mit einem Tabu belegt. Es gab zwar eine lange Tradition gewerkschaftlicher Organisation auch in Krankenhäusern, jedoch Streikmaßnahmen waren nicht nur wegen des gegenüber anderen Bereichen relativ geringen Organisationsgrades jahrzehntelang nicht durchgeführt worden. Lange wirkte im Prinzip die Haltung der ÖTV-Hauptfachabteilung

Gesundheitswesens von 1955, die nach ausführlicher Diskussion einem Streikantrag beschied: „Es wird kaum möglich sein – im Hinblick auf die in den Krankenanstalten zu versorgenden Kranken – einen Streik durchzuführen. Es war uns bisher möglich, mit Hilfe der in der ÖTV organisierten Kollegen, den berechtigten Forderungen der im Gesundheitswesen Beschäftigten zum Durchbruch zu verhelfen.“³⁷² Doch die Bedingungen hatten sich inzwischen grundsätzlich geändert. Der in Deutschland jahrzehntelang geltende Sozialstaatskompromiss war in Frage gestellt. Durch die Erosion der einst für den sozialen Frieden konstituierenden Flächentarifverträge – hier des BAT/TVöD – gab es die genannten „organisierten Kollegen“, gemeint waren in erster Linie die organisierten „Männerbetriebe“ von Müllabfuhr und Verkehrsbetriebe nicht mehr, die auch für die im Gesundheitswesen Beschäftigten die Kastanien aus dem Feuer hätten holen können.

Auch die Erfahrung, dass unter den Bedingungen der Entwicklung im Gesundheitswesen zu marktwirtschaftlich orientierten Dienstleistungsunternehmen sich die Arbeitsbedingungen durch zurücknehmendes und sich selbstentäußerndes Verhalten verschlechterten, führte zur Beteiligung bisher streikferner Bereiche. Außer einem kurzen Warnstreik 1989 und zweitägiger begrenzter Streikaktion 1992 in einer Tarifrunde gab es im Klinikum noch keine Streikerfahrung bis dahin. Nachdem der 2004 abgeschlossene neue Tarifvertrag für den öffentlichen Dienst (TVöD) allgemein als modernes Werk in Reaktion auf die veränderten Rahmenbedingungen gelobt worden war und er die Arbeitskosten insgesamt deutlich senkte, wirkte die sofortige Kündigung der Arbeitszeit durch die kommunalen Arbeitgeber in Baden-Württemberg als Affront gegen ver.di und ihre Mitglieder. Der Zusammenhang zwischen Arbeitszeit und Stellenplan ist im Krankenhaus unmittelbar. Die Befürchtung



ver.di-Versammlung vor dem Klinikum im Vorfeld des Streiks 2006.

eines Stellenabbaus vor dem Hintergrund von Massenarbeitslosigkeit und der gleichzeitig damit verbundenen weiteren Arbeitsverdichtung waren Antrieb zu einem der längsten Arbeitskämpfe in der Bundesrepublik. Über neun Wochen lang legten ab dem 6. Februar 2006 an insgesamt 22 Arbeitstagen bis zu 250 Beschäftigte des Klinikums die Arbeit nieder. Patienten waren in diesem Zeitraum nicht gefährdet, die notwendige Behandlung war per Notvereinbarung von ver.di zugesichert und ging praktisch weit darüber hinaus. Stärker als die direkten wirtschaftlichen Auswirkungen auf das Städtische Klinikum war das damit verbundene Signal, organisierte Gegenwehr leisten zu können. Der Verband kommunaler

Arbeitgeber konnte die 40-Stundenwoche nicht durchsetzen, ver.di die 38,5-Stundenwoche nicht verteidigen, was bei dieser grundsätzlichen gesellschaftlichen Frage eine stärkere Streikbeteiligung erfordert hätte. Am Ende stand in Baden-Württemberg ein Kompromiss, der einheitlich die Arbeitszeit von 38,5 Stunden auf 39 Stunden erhöhte.

Unmittelbar nach Ende dieses Arbeitskampfes traten in Deutschland Klinikärzte nach Aufruf des Marburger Bundes (MB) in Streiks. Durch die zersplitterte Tariflandschaft auch hier mit unterschiedlichen Voraussetzungen in verschiedenen Landeskliniken und den kommunalen Kliniken einzelner Bundesländer. Obwohl lange Dienst- und Bereitschafts-

zeiten im ärztlichen Bereich ein maßgebliches Problem darstellen, wurde der Arbeitskampf vordergründig um deutliche Entgelterhöhungen geführt. Hintergrund war der TVöD mit seinen insgesamt deutlichen Gehaltsabsenkungen, die besonders Neueingestellte treffen. Wegen der zeitlich befristeten Verträge waren Ärzte maßgeblich betroffen.

Ärztestreiks in Kliniken waren bis dahin ein unbekanntes Phänomen und sind erst vor dem Hintergrund der geänderten Rahmenbedingungen zu begreifen. Über die Jahre hinweg waren als unbefriedigend empfundene Arbeitsbedingungen mit langen Arbeitszeiten von den jungen Ärzten mit der Aussicht auf einmal glänzende Bedingungen als niedergelassener Arzt oder alternativ einer Karriere als Oberarzt oder gar Chefarzt mit Liquidationsberechtigung erduldet worden. Diese Berufsaussichten bestanden mit der steigenden Zahl von Ärzten und Fachärzten sowie den Zulassungssperren nicht mehr. Die Budgetierung bei den niedergelassenen Vertragsärzten war für einen Teil von ihnen mit deutlichen Einkommensverlusten verbunden, im europäischen Vergleich waren Assistenzärzte in Deutschland zurückgefallen.

Der MB hatte die bisher geltende Tarifgemeinschaft mit ver.di gekündigt und verlangte einen eigenen Ärzetarifvertrag. Bei seiner Gründung hatte er sich nicht als eigene Gewerkschaft konstituiert, sondern an die Deutsche Angestelltengewerkschaft (DAG) angehängt, die 1997 in ver.di aufging. Im Klinikum streikten die Ärzte an drei Tagen, praktisch vor allem durch das Abgelten ihrer Überstunden, und schlossen dann eine Vereinbarung bis zur Übernahme eines landesweit geltenden Abkommens ab. Letztlich erreichten sie deutliche Gehaltserhöhungen, vor allem aber die angestrebte Anerkennung des MB als Tarifpartner mit einem eigenem Tarifvertrag.

Wechsel in ein neues System

Seit dem Jahr 2000 nimmt die Entwicklung zu einem ganz neuen Entgeltsystem nach Fallpauschalen für erbrachte stationäre Krankenhausleistungen Fahrt auf, und ist in der Konsequenz die Weiterentwicklung des bereits seit den 1980er-Jahren eingeschlagenen Weges zum Gesundheitsmarkt. Mit dem Fallpauschalengesetz³⁷³ von 2002 wurde das System der DRGs – Diagnosis related Groups-System (diagnoseorientierte Fallpauschalen) – eingeführt, das sich an den Systemen in den USA und Australien orientiert und damit die seit 1974 immer wieder revidierten Entgelterlöse für das Krankenhaus vollkommen neu gestaltet. Seit 2003 ist das hochkomplexe ökonomisch-medizinische System implementiert, das gemäß der Klassifikation den Erlös an Krankheitsart, Operation und Schweregrad der Erkrankung orientiert, und es läuft seit 2005 in einer Konvergenzphase bis 2009, ehe der Grundsatz „gleicher Preis für gleiche Leistung“ überall in der Bundesrepublik für die Krankenhausbehandlung gelten wird.³⁷⁴ Die gesetzgeberischen Ziele sind leistungsorientierte Vergütung der Krankenhausleistungen bei erhöhter Wirtschaftlichkeit und gleichzeitiger Qualitätssicherung sowie stabile Beiträge in der gesetzlichen Krankenversicherung. Die Befürworter erwarten Markttransparenz und weitere Mobilisierung von Wirtschaftlichkeitsreserven, die Kritiker befürchten einen Wettbewerb um den niedrigsten Preis zu Lasten von Patienten. Diese vorläufig letzte grundsätzliche politische Wendung ist vor dem Hintergrund der EU zu begreifen, die als globales wettbewerbsorientiertes Gebilde systematisch alle Bereiche der öffentlichen Daseinsvorsorge zu deregulieren und liberalisieren begonnen hat.³⁷⁵ So operieren die Krankenhäuser künftig weitgehend selbstständig und mit unternehmerischem Risiko auf dem Markt.

Leistungen ausgewählter Kennziffern

| | Planbetten | Stationär behandelte Patienten | Durchschnittliche Verweildauer in Tagen | Personal insgesamt (nach Vollstellen) |
|--------------|------------|---|---|---------------------------------------|
| 1949 | 1.525 | 17.192 | 28,5 | 867 |
| 1956 | 1.556 | 19.261 | 26,9 | 1.059 |
| 1957 | | | | 1.065 |
| 1958 | 1.611 | 19.877 | 27,2 | 1.147,5 |
| 1959 | 1.600 | 22.271 | 25,5 | 1.164 |
| 1960 | 1.601 | 22.821 | 24,8 | 1.223 |
| 1961 | 1.601 | 18.095 (nur 1.4.-31.12) | 23,9 | 1.269 |
| 1962 | 1.601 | 23.773 | 23,5 | 1.310 |
| 1963 | 1.601 | 24.801 | 22,8 | 1.343 |
| 1964 | 1.601 | 25.844 | 20,5 | 1.376 |
| 1965 | 1.599 | 26.873 | 20,3 | 1.470 |
| 1966 | 1.593 | 26.755 | 20,2 | 1.590 |
| 1967 | 1.677 | 27.053 | 19,9 | 1.628 |
| 1968 | 1.676 | 27.271 | 19,6 | 1.705 |
| 1969' | 1.631 | 28.750 | 18,2 | 1.751 |
| 1970 | 1.630 | 30.132 | 18,1 | 1.751 |
| 1971 | 1.624 | 29.207 (ohne Dialyse) 32.037 (mit Dialyse) | 18,16 (mit Dialyse 16,5) | 1.826 |
| 1972 | 1.648 | 29.485 (ohne Dialyse) 33.153 (mit Dialyse) | 18,36 (mit Dialyse 16,3) | 1.918,5 |
| 1973 | 1.640 | 29.191 (ohne Dialyse) 34.022 (mit Dialyse) | 18,17 (mit Dialyse 15,5) | 1.985 |
| 1974 | 1.606 | 28.418 (ohne Dialyse) 35.122 (mit Dialyse) | 17,51 (mit Dialyse 14,2) | 2.099,5 |
| 1975 | 1.607 | 28.429 (ohne Dialyse) 35.663 (mit Dialyse) | 17,2 (mit Dialyse 13,7) | 2.142,5 |
| 1976 | 1.601 | 29.230 (ohne Dialyse) 37.329 (mit Dialyse) | 17,1 (mit Dialyse 13,4) | 2.172,6 |
| 1977 | 1.626 | 36.840 (folgend mit Dialyse) | 17,1 (mit Dialyse 13,4) | 2.132,4 |
| 1978 | 1.595 | 37.252 | 16,8 (mit Dialyse 12,9) | 2.128,7 |
| 1979 | 1.603 | 38.569 | 16,5 (mit Dialyse 12,6) | 2.162,4 |
| 1980 | 1.603 | 41.084 | 15,8 (mit Dialyse 11,7) | 2.206,7 |

| | | | | |
|------|-------|--------|-------------------------------|---------|
| 1981 | 1.603 | 41.586 | 11,1 (folgend mit Dialyse) | 2.270,8 |
| 1982 | 1.596 | 42.901 | 10,8 | 2.282,4 |
| 1983 | 1.538 | 42.649 | 11,0 | 2.325 |
| 1984 | 1.534 | 44.144 | 11,0 | 2.369,8 |
| 1985 | 1.531 | 45.294 | 10,7 | 2.397,2 |
| 1986 | 1.531 | 46.107 | 10,7 | 2.433,5 |
| 1987 | 1.533 | 38.567 | 12,8 | 2.490 |
| 1988 | 1.591 | 39.616 | 12,5 | 2.567,3 |
| 1989 | 1.568 | 40.758 | 12,5 | 2.657,6 |
| 1990 | 1.552 | 40.642 | 12,4 | 2.766,1 |
| 1991 | 1.552 | 40.736 | 12,3 | 2.763,8 |
| 1992 | 1.552 | 50.143 | 11,7 | 2.855,8 |
| 1993 | 1.557 | 50.326 | 12,1 | 2.859,5 |
| 1994 | 1.553 | 51.164 | 10,8 | 2.891,8 |
| 1995 | 1.553 | 52.973 | 10,3 | 2.910,2 |
| 1996 | 1.553 | 53.247 | 9,9 | 2.892,5 |
| 1997 | 1.519 | 54.287 | 9,8 | 3.010,4 |
| 1998 | 1.512 | 55.268 | 9,7 | 3.003,2 |
| 1999 | 1.494 | 56.270 | 9,4 | 3.021,9 |
| 2000 | 1.496 | 56.952 | 9,3 | 3.009,3 |
| 2001 | 1.497 | 57.497 | 8,9 | 3.017,9 |
| 2002 | 1.491 | 56.379 | 8,0 | 3.035,7 |
| 2003 | 1.481 | 56.237 | 8,0 | 2.915,3 |
| 2004 | 1.415 | 60.150 | 7,1 | 2.875,2 |
| 2005 | 1.432 | 58.759 | 7,5 | 2.925,1 |
| 2006 | 1.436 | 60.851 | 7,3 | 2.928,3 |

¹ Folgend ohne Hämodialyse. (Zusätzlich 16 Betten).

Das Management des Klinikums orientierte sich von Beginn an an den neu gesetzten Rahmenbedingungen. Schon anlässlich der Erstellung eines Leitbildes 1998/99 als Orientierungsrahmen des künftigen Dienstleistungsbetriebes gab es den Mitarbeitern die Zielmarke vor, „wir wollen, dass das Klinikum auf Dauer das zentrale Top-Angebot im Gesundheitswesen für die Menschen unserer Region bereithält. Es soll das leistungsfähigste Zent-

rum eines Netzwerkes von medizinischen Dienstleistungen im Raum Karlsruhe sein. Alle Menschen sollen bei uns gleich gut medizinisch versorgt werden.“³⁷⁶

Statt eines Schlusswortes

Im Prinzip gilt das postulierte Ziel des Städtischen Krankenhauses von dereinst „zur Wohlfahrt der Kranken“ mit dem aktuellen Ziel des

Städtischen Klinikums nach einer „bestmöglichen Versorgung der Bevölkerung“ nach wie vor.³⁷⁷ Das Städtische Klinikum hat die Voraussetzungen für die Medizin und Pflege im 21. Jahrhundert. Ständige Mühe um die Verbesserung der Qualität und die eigene hoch entwickelte Aus- und Fortbildung garantieren einen hohen Stand. Den erreichten Stand zu halten und weiter zu verbessern, wird das Haus zweifelsohne weiter verfolgen.

Die Stellhebel für die Zukunft werden dabei wie schon in der Vergangenheit nicht alleine intern umgelegt, sondern extern durch politische und ökonomische Vorgaben. Dem seit 1907 hochspezialisierten und weitaus komplexer gewordenen Versorgungssystem Krankenhaus wird auch in Zukunft im Umgang mit dem kranken Menschen und seinen Bedürfnissen mit der persönlichen Betreuung durch qualifiziertes und menschliches Personal eine große Bedeutung zukommen. Bei der Verteilung der knappen Ressourcen setzen maßgebliche Stellen von Politik, Sozialträgern und Wirtschaft in einem bisher unbekanntem Maß auf die Gesetze des Marktes. Ob damit die entsprechende Behandlung und Betreuung für alle Patienten gleichermaßen garantiert bleibt, ist dadurch nicht von vornherein garantiert.

Ohne politische Steuerung werden im Wettbewerb systemimmanente Ungleichgewichte auftreten. Diese mögen von reinen Marktbefürwortern erwünscht sein, im ausgewogenen Interesse aller Beteiligten können sie nicht liegen.

Die Bürgerinnen und Bürger der Stadt Karlsruhe hatten bis 1994 über die gewählten politischen Vertreter im Bürgerausschuss und im Stadt- oder Gemeinderat immer Mitentscheidungsmöglichkeiten über ihr städtisches Krankenhaus. Seither sind diese eingeschränkter, weil die Gemeinderatsvertreter/innen als Aufsichtsratsmitglieder weniger dem Souverän, den Wählern, verbunden sind, als dem Unternehmensinteresse. Dieser Einfluss ginge bei vollständiger Privatisierung durch Abgabe des alleinigen Gesellschafterstatus der Stadt Karlsruhe gänzlich verloren. Über Generationen investiertes Kapital könnte damit leichtfertig weggegeben werden. Das mit der Ökonomisierung zwangsläufig verbundene Renditestreben der beteiligten Gesundheitsanbieter droht ohne demokratisch gefasste sozial- und gesundheitspolitische Rahmenbedingungen das Ziel der „Wohlfahrt der Kranken“, d. h. „die bestmögliche Versorgung der Bevölkerung“, aus dem Blick zu verlieren.

Leitungen des Städtischen Klinikums seit 1946

Chefärzte der Kliniken

Chirurgische Klinik seit 1984 *Allgemein- und Thoraxchirurgie*

1946–1960 Prof. Dr. Kurt Laqua
1960–1984 Prof. Dr. Kurt Spohn
1984–2007 Prof. Dr. Rainer Bähr

Allgemein- und Viszeralchirurgie

seit 2007 Prof. Dr. Michael R. Schön

Unfallchirurgische Klinik

1960–1964 Dr. Robert Peter (verst. 1964)
1984–2005 Prof. Dr. Ulrich Pfister
seit 2005 PD Dr. Christof Müller

Gefäßchirurgische Klinik

1984–2004 Prof. Dr. Ernst-Ulrich Voss
seit 2004 Prof. Dr. Martin Storck

I. Medizinische Klinik

1946–1968 Prof. Dr. Ernst Volhard
1968–1987 Prof. Dr. Joachim Schirmeister

Gastroenterologie und Diabetologie

1988–2004 Prof. Dr. Roland Gugler
seit 2004 Prof. Liebwin Goßner

Nephrologie und Rheumatologie

seit 1988 Prof. Dr. Karl Wilhelm Kühn

II. Medizinische Klinik

1946–1957 Prof. Dr. Franz Kienle
1958–1964 Prof. Dr. Ludwig Weißbecker
1964–1985 Prof. Dr. Erich Zeh

Kardiologie und Angiologie

1985–2006 Prof. Dr. Helmuth Mehmel
seit 2006 Prof. Dr. Claus Schmitt

Hämatologie und Onkologie

1985–2004 Prof. Dr. Jörg-Thomas Fischer
seit 2004 Prof. Dr. Martin Bentz

Frauenklinik

1946–1951 Prof. Dr. Hans Roemer
1952–1971 Prof. Dr. Peter Thiessen
1971–1992 Prof. Dr. Paul Dördelmann
seit 1992 Prof. Dr. Hans-Ulrich Ulmer

Augenklinik

1946–1975 Dr. Theodor Vüllers
 1975–2001 Prof. Dr. Kai Müller-Jensen
 seit 2002 Prof. Dr. Albert Augustin

Hals-Nasen-Ohren-Klinik

1946–1947 Prof. Dr. Richard Mittermaier
 1948–1951 Prof. Dr. Max Schwarz
 1951–1962 Prof. Dr. Moritz Weber
 (verst. 1962)
 1962–1965 Prof.
 Dr. Hans-Georg Boenninghaus
 1965–1977 Prof. Dr. Paul Beickert
 1977–1997 Prof. Dr. Günter Stange
 seit 1997 Prof. Dr. Werner Heppt

Hautklinik

1945–1962 Dr. Alois Geiger
 1962–1982 Prof. Dr. Rudolf Pfister
 1982–2003 Prof. Dr. Max Gloor
 seit 2003 Prof. Dr. Wolfgang Gehring

Klinik für Strahlentherapie

1946–1955 Prof. Dr. Herbert Schoen
 1956–1977 Prof. Dr. Richard Haubrich
 1977–1994 Prof. Dr. Heinz-Georg Heinze
 seit 1994 Prof. Dr. Marie-Luise Sautter-Bihl

Urologische Klinik

1947–1968 Prof. Dr. Hermann Schneider
 1968–1989 Prof. Dr. Erich Matouschek
 seit 1989 Prof. Dr. Detlef Frohneberg

Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (1946 Zahnklinik)

1945–1948 Dr. Hans Friedrich Tietze
 1949–1967 Dr. Dr. Gustav Friedl
 1968–1980 Prof. Dr. Dr. Ernst Lautenbach
 1980–2002 Prof. Dr. Dr. Siegfried Geiger
 seit 2002 PD Dr. Dr. Anton Dunsche

Kinderklinik

1945–1964 Prof. Dr. Wolfgang Courtin
 1964–1981 Prof. Dr. Oskar Vivell

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin (seit 1968)

1964–1981 Prof. Dr. Oskar Vivell
 1982–2003 Prof. Dr. Frank Schindera
 seit 2003 Prof. Dr. Joachim Kühr

Kinderchirurgische Klinik

1968–1992 Prof. Dr. Wolfgang Maier
 1992–2007 Prof. Dr. Wulf Brands
 seit 2007 Prof. Dr. Peter Schmittenebecher

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie

1985–2005 Dr. Herfried Frank
 seit 2005 Dr. Martina Pitzer

Neurologische Klinik (bis 1987 Neurologisch-psychiatrische Klinik)

1968–1989 Prof. Dr. Norbert Müller
 seit 1989 Prof. Dr. Dr. Karl-Ferdinand Druschky

Neurochirurgische Klinik

1980–2002 PD Dr. Jürgen Liesegang
 seit 2002 Prof. Dr. Uwe Spetzger

Klinik für Psychiatrie

1987–1990 Prof. Dr. Hildburg Kindt
 1990–2000 Dr. Maria Rave-Schwank
 seit 2000 Prof. Dr. Bernd Eikelmann

Klinik für Nuklearmedizin

seit 1994 Prof. Dr. Frank-Dieter Maul

Institute und Apotheke

Pathologisch-bakteriologisches Institut Pathologisches Institut seit 1963

1939–1963 Prof. Dr. Richard Böhmgig
1963–1969 Dr. Volker Becker
1969–1988 Prof. Dr. Wilfried Gusek
1988–2007 Prof. Dr. Hartmut Frenzel
seit 2007 PD Dr. Thomas Rüdiger

Institut für Mikrobiologie und Immunologie (1997 in ZLMT aufgegangen)

1963–1971
Dr. Hildegard Crefeld (verst. 1971)
1972–1997 Prof. Dr. Ronald Ringelmann

Röntgen-Institut (seit 1997 Zentralinstitut für Bildgebende Diagnostik – ZIBID)

1946–1955 Prof. Dr. Herbert Schoen
1956–1977 Prof. Dr. Richard Haubrich
1977–1999 Prof. Dr. Hans-Joachim Fernholz
seit 1999 Prof. Dr. Peter Reimer

Medizinisch-diagnostisches Institut Seit 1997 Zentrum für Labormedizin, Mikro- biologie und Transfusionsmedizin (ZLMT)

1951–1967 Prof. Dr. Willi Riechert
1967–1991 Dr. Heinz Wüst
seit 1991 Prof. Dr. Heinrich Patscheke

Institut für Anästhesiologie (bis 1987 mit Transfusionsmedizin)

1953/1965–1986 Dr. Heinrich Merkel
seit 1986 Prof. Dr. Dieter Daub

Blutbank/Transfusionsmedizin (1997 in ZLMT aufgegangen)

1950–1987 Dr. Heinrich Merkel
1987–1994 Dr. Demetrios Giannitsis
1994–1995 PD Dr. Dorothee Glück
1995–1997 Prof. Dr. Heinrich Patscheke

Apotheke

1946–1977 Dr. Gustav Geist
1977–1997 Prof. Dr. Hans-Joachim Meyer
(verst. 1997)
seit 1997 Dr. Martin Schmidt

Ärztliche Direktoren

1946–1955
Prof. Dr. Herbert Schoen
(Chefarzt der Strahlenklinik und
des Röntgeninstituts)

1955–1960
Prof. Dr. Kurt Laqua
(Chefarzt der Chirurgischen Klinik)

1960–1962
Prof. Dr. Ludwig Weißbecker
(Chefarzt der II. Medizinischen Klinik)

1963–1969
Prof. Dr. Kurt Spohn
(Chefarzt der Chirurgischen Klinik)

1969–1972
Prof. Dr. Erich Zeh
(Chefarzt der II. Medizinischen Klinik)

1972–1975
Prof. Dr. Richard Haubrich
(Chefarzt der Strahlenklinik und
des Röntgeninstituts)

1975–1978
Prof. Dr. Joachim Schirmeister
(Chefarzt der I. Medizinischen Klinik)

1978–1981

Prof. Dr. Norbert Müller
(Chefarzt der Neurologisch-Psychiatrischen
Klinik)

1981–1984

Prof. Dr. Günter Stange
(Chefarzt der Hals-, Nasen-, Ohren-Klinik)

1984–1987

Prof. Dr. Hans-Joachim Fernholz
(Chefarzt des Zentralröntgen-Instituts)

1987–1990

PD Dr. Jürgen Liesegang
(Chefarzt der Neurochirurgischen Klinik)

seit 1990

Prof. Dr. Dieter Daub

Verwaltungsdirektoren

1945–1956

Josef Georg Wegel

1956–1966

Ludwig Stumpf

1966–1979

Bruno Bertsch

1979–1996

Manfred Common
(ab 1994 in Personalunion Geschäftsführer)

seit 1996

Peter Schäfer
(Verwaltungsdirektor und Geschäftsführer)

Geschäftsführer

seit 1996

Peter Schäfer
(Verwaltungsdirektor und Geschäftsführer)

seit 1996

Prof. Dr. Dieter Daub
(Ärztlicher Direktor und Geschäftsführer)

Pflegedienstleitung/Pflegedirektion

Oberin Kinderklinik

1939–1967

Anne Marie Isert
(danach Oberschwestern als
Pflegedienstleiterinnen)

1946–1967

Oberin Gertrud Hönig
(Badische Schwesternschaft vom Roten Kreuz)

1968–1971

Oberin Helga Krause

1972–1993

Oberin Heidi Brandt
(seit 1978 Pflegedirektorin)

1993–1997

Pflegedirektor Helmut Mrochen

seit 1997

Pflegedirektor Josef Hug

Zuständige Dezernenten

1946–1947

Bürgermeister Berthold Riedinger (KPD)

1948–1952

Bürgermeister Dr. Emil Gutenkunst (SPD)

1953–1963

Bürgermeister Dr. Franz Gurk (CDU)

1963–1979

Bürgermeister Kurt Hofheinz (CDU)

1979–1984

Bürgermeister Dr. Horst Rehberger (FDP)

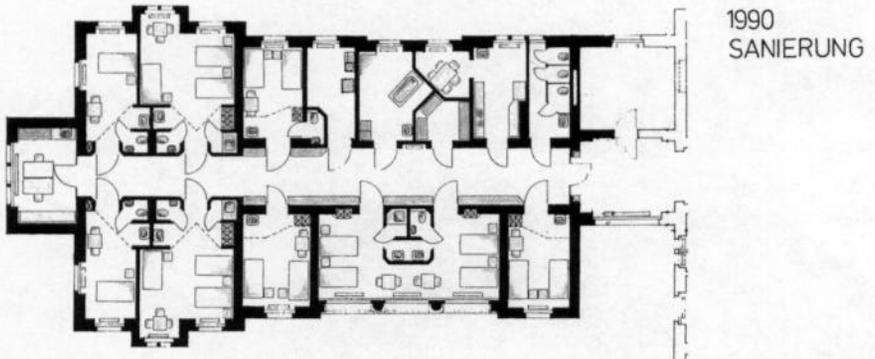
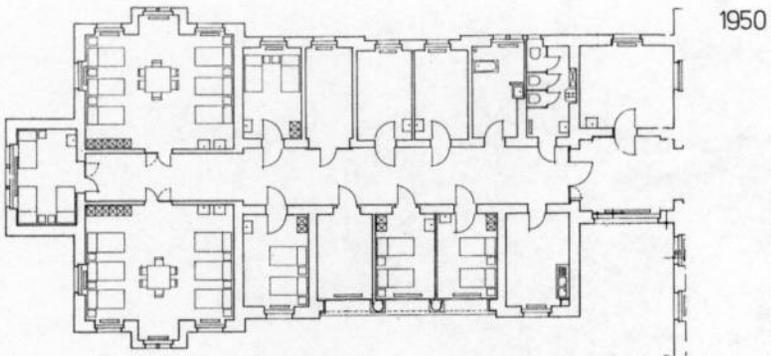
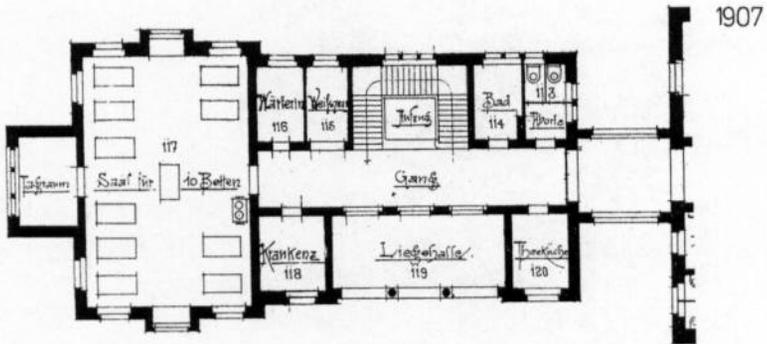
1984–1994

Bürgermeister Ullrich Eidenmüller (FDP),
seit 1994 in der Eigenschaft als Aufsichtsrats-
vorsitzender

Aufsichtsratsvorsitzende

seit 1994

Ullrich Eidenmüller



Die Veränderung der Station C 25 von 1907 bis heute.

WOLFGANG GERSTBERGER

Eine Chronologie der Baugeschichte seit 1958

Rückblick 1907–1957

Das Krankenhaus an der Moltkestraße

Die Entwicklung von der Inbetriebnahme des neuen Krankenhauses im Jahre 1907 bis zum 50-jährigen Jubiläum 1957 hatte in der seinerzeitigen Festschrift der damalige Verwaltungsdirektor Ludwig Stumpf in aller Ausführlichkeit beschrieben. Die baulichen Tätigkeiten bis 1945 sind im Aufsatz von Katja Förster (S. 209-240) dargestellt, sodass dieser Rückblick nur eine kurze Zusammenfassung der ersten 50 Jahre wiedergibt.

Die Berechtigung der großzügigen Planung und Ausführung der Krankenhausanlage von 1907, die vereinzelt eben wegen dieser Eigenschaft auf Kritik stieß, konnte sich erst in den folgenden Jahrzehnten beweisen. Trotz steigenden Zuspruchs und Anspruchs von Patienten und medizinischen Fortschritts war der zunehmende Platzbedarf bis nach dem Zweiten Weltkrieg ohne Neubauten lediglich durch Umbauten und zurückhaltende bauliche Ergänzungen zu befriedigen. Das Erscheinungsbild der alten Anlage blieb erhalten, und die ursprüngliche Umgrenzung des Krankenhausareals, eine massive Bruchsteinmauer, blieb bis 1960 unverändert.

Erst die Nachkriegsnotstände zwangen zu umfangreichen Erweiterungen des seitherigen pflegerischen und medizinischen Angebots.

Die amerikanische Militärregierung verfügte zunächst die vorübergehende Einrichtung eines Notkrankenhauses, das ab 1946 in den benachbarten Kasernengebäuden an der Moltkestraße untergebracht werden sollte. Der anhaltende allgemeine Bettennotstand im mittelbadischen Raum führte dazu, dass stattdessen 1947 dort auf Dauer die II. Medizinische Klinik etabliert wurde. Es folgten in weiteren alten Kasernengebäuden die neugeschaffene Hautklinik und die erweiterte Urologische Klinik. Doch trotz ständiger Umbau- und Verbesserungsarbeiten blieb der Eindruck des Provisoriums in den ehemaligen Militärgebäuden erhalten. Notwendige Erweiterungen und Erhöhung der Bettenzahl waren in den gegebenen räumlichen Strukturen ebenso ausgeschlossen wie die Umsetzung der medizinischen Entwicklungen.

Im Jahr 1955 zeichnete sich eine entscheidende Wende sowohl in der baulichen als auch organisatorischen Weiterentwicklung der damals noch so genannten Städtischen Krankenanstalten ab. Im August dieses Jahres erhielt das Städtische Hochbauamt als zuständiges Amt für die Baumaßnahmen in den Krankenanstalten den Auftrag, einen Generalbebauungsplan zu konzipieren mit dem primären Ziel, durch Neubauten im Krankenhausgelände die medizinischen Nutzungen aus den benachbarten Kasernengebäuden zu nehmen und

in das funktionale Gefüge des Hauptareals einzugliedern. Darüber hinaus sollte auch die Bettenkapazität des Krankenhauses wesentlich erhöht werden.

Ein erster Entwurf schlug einen Hochhausbau mit 700 Betten auf dem von Kleingärtnern genutzten und für das Krankenhaus vorgesehenen Erweiterungsgelände zwischen der noch bestehenden nördlichen Krankenhausmauer und der Knielinger Allee vor. Angeregt durch Ermittlungen des Deutschen Krankenhausinstituts (DKI) über die Modernisierungsfähigkeit des Altbestandes untersuchte das Hochbauamt eine Entwurfsvariante, die im Zusammenhang mit Totalsanierungen der Altbauten weniger Neubauten verlangte. Beide Vorschläge überstiegen jedoch die vorhandenen finanziellen Möglichkeiten der Stadt, was zur Entscheidung von Oberbürgermeister Günther Klotz führte, mit einer Beschränkung der Erweiterung auf 200 Betten nur den akuten Bettenmangel zu mildern. Entsprechende Planungen konnten dem Krankenhausausschuss im Mai 1957 erläutert werden. Der dabei angeregte Vorschlag, einen Neubau mit 250 Betten für alle „schneidenden Disziplinen“ und alle dazu notwendigen chirurgischen Einrichtungen in baulicher Verbindung mit dem Altbau zu erstellen, scheiterte wiederum an zu hohen Kosten.¹

Das Kinderkrankenhaus am Durlacher Tor

Parallel zur Historie des Klinikums im Nordwesten durchlief die Kinderklinik am anderen Ende der Stadt ihre eigene Geschichte.

Im gleichen Jahr wie das Krankenhaus an der Moltkestraße nahm das großherzogliche Viktoria-Pensionat im damals nicht öffentlich zugänglichen Fasanengarten seinen Betrieb als Erziehungsanstalt für höhere Töchter auf. Im März 1920 wurde auf Initiative der Eigentüme-

rin, Großherzogin Luise, der Betrieb des Pensionats eingestellt und das Haus in ein von ihr schon seit langem angeregtes Kinderkrankenhaus umgebaut. Dessen Trägerschaft lag lange Jahre in den Händen des dafür ins Leben gerufenen Badischen Landesausschusses für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge. Erst 1940 entschloss sich die Stadt Karlsruhe, das Haus zu übernehmen und dem Städtischen Krankenhaus zuzuordnen. Der dortige Betrieb verlief aber noch bis 1946 unter eigener Regie.

Auch hier brachte das Jahr 1955 eine entscheidende Wende. Die Unzulänglichkeiten im alten Pensionatsgebäude veranlassten den Gemeinderat, der Errichtung eines Neubaus für Infektionskrankheiten neben dem Altbau zuzustimmen. Im September 1957 war das dreigeschossige Gebäude, im architektonisch ansprechenden Baustil der 50er-Jahre, mit insgesamt 35 Krankenzimmern bezugsfertig.

Zeitgleich konnte auch ein Schwesternwohnhaus südöstlich vom Infektionsbau bezogen werden. Das ebenfalls dreigeschossige Haus bot Platz für 40 Schwestern und war der erste Schwesternwohnhausneubau der Städtischen Krankenanstalten. Er war die Reaktion auf die Erkenntnis, dass in dieser Zeit nach dem Krieg die dringend gesuchten Krankenschwestern nur dann zu gewinnen waren, wenn ihnen Wohnraum zur Verfügung gestellt werden konnte.²

Die folgende Zusammenfassung hat die bauliche Entwicklung im Städtischen Klinikum an der Moltkestraße und die am Durlacher Tor in einer gemeinsamen Darstellung chronologisch von 1958 bis 2007 geordnet und bemüht sich, alle großen Baumaßnahmen aufzuführen und Hintergründe der Abläufe und Entscheidungen zu erläutern. Instandhaltungs-, Umbau- und Sanierungsmaßnahmen sind nur in dem Umfang beschrieben, als sie Einfluss auf die strukturelle Entwicklung der Anlage hatten.

1958 – 1960

Neubau Urologische und Chirurgische Klinik

Wie im einleitenden Rückblick beschrieben, waren alle bisherigen Planungsalternativen für einen Neubau im Krankenhausareal an zu hohen Kosten gescheitert. Um dem akuten Notstand der Urologischen Klinik in den alten Kasernenräumen abzuhelfen, erging an das Städtische Hochbauamt der Planungsauftrag, sich auf einen Erweiterungsbau für die Urologie mit ca. 120 Betten zu beschränken.

Das Hochbauamt hatte schon 1956 darauf hingewiesen, dass alle künftigen Krankenhausbauvorhaben nicht nur der Deckung einzelner Bedürfnisse, sondern auch einer strukturellen Verbesserung des Gesamtkomplexes dienen müssten. In den weiterführenden Planungen wurden deshalb mit Zustimmung des Krankenhausausschusses noch Überlegungen eingearbeitet, durch einen Verbindungsbau zum Altbau die „schneidenden Disziplinen“ organisatorisch zusammenzuführen und zwei getrennte Behandlungsbereiche für Chirurgie und geplante selbstständige Unfallklinik zu schaffen. Im Zusammenhang mit einer räumlichen Ausweitung der sehr beengten Frauenklinik im Altbau Haus C waren auch noch Ersatzflächen für die abzugebende chirurgische Station im Neubau zu berücksichtigen.

So ergaben sich zusätzlich zu den geplanten vier Stationen der Urologie mit Behandlungs- und Operationsräumen weitere Flächen für zwei Stationen der Chirurgie sowie Behandlungsräume der Unfallchirurgie mit Unfallaufnahme und eine Blutbank. Auf dieser Basis wurden die Ausführungspläne erarbeitet und fanden die Zustimmung des Gemeinderats im Juni 1960.³ Da der Neubau die bisherigen Grenzen des Krankenhausareals überschritt, war der Ankauf von angrenzendem landeseigenem Gelände notwendig geworden. Wegen der Klein-

garten-Nutzung dieser Flächen war das Land jedoch nur bereit, so viel an die Stadt Karlsruhe zu veräußern, wie zum Bau des neuen Gebäudes unbedingt benötigt wurde. Das waren nach erster Bedarfsberechnung 8.800 m².⁴

Erweiterung Zentrales Röntgeninstitut und Strahlenklinik

Das Röntgeninstitut war seit 1937 in der Station B 12 eingerichtet. Die zunehmende Inanspruchnahme des Instituts sowohl für Diagnose als auch für Therapie verlangte schon seit längerer Zeit nach einer Verbesserung der für die Patienten unzumutbaren Situation. Den Plänen eines freien Architekten, der die Entwurfsplanung für einen Erweiterungsbau des Röntgeninstituts an den B-Bau auf Veranlassung des damaligen Leiters des Röntgeninstituts ohne Kenntnis der Krankenhausdirektion bearbeitet hatte, wurde nach einigen Änderungsvorschlägen zugestimmt, die Ausführungsplanung fertig gestellt und mit dem Bau im Januar 1960 begonnen.

Schwesternwohnungen

Wegen der allgemeinen Wohnungsnot in Karlsruhe war es seitens des Krankenhauses immer dringlicher geworden, günstigen Wohnraum für das Pflegepersonal zur Verfügung zu stellen. Im März 1960 bot sich die Gelegenheit, einen im Bau befindlichen Gebäudeblock aus vier Hauseinheiten in der Kußmaulstraße 64–70 mit 112 Zimmern, verteilt auf verschiedene Wohnungsgrößen, zu erwerben und bis Jahresende fertig zu stellen.

Kinderklinik am Durlacher Tor

Seit einigen Jahren liefen Planungen für ein Schwesternschülerinnenwohnhaus auf dem Gelände des Kinderkrankenhauses. Ein zu-

nächst geplantes Hochhaus kam aus Platzgründen nicht zur Ausführung, worauf die Krankenhausverwaltung nach Verhandlungen mit dem Studentenwerk die nördlich des Hauptbaus stehenden beiden Studentenwohnheime im Januar 1960 erwarb. Diese beiden Häuser waren 1953 von den Architektur-Professoren Haupt und Müller der Technischen Hochschule in Karlsruhe entworfen worden und galten in ihrer funktionalen Konzeption und Detailausführung, besonders vor dem Hintergrund der Baustoffknappheit nach dem Zweiten Weltkrieg, als gelungenes Beispiel für die in der Architekturfakultät gelehrte sogenannte „Karlsruher Schule“.

1961

Neubau Urologische und Chirurgische Klinik

Die Beseitigung der Umfassungsmauer an der Nordseite besiegelte nach 55 Jahren das Ende der Beständigkeit des alten Krankenhausareals und damit die Ausweitung des Geländes nach Norden. Mit dem Aushub der Baugrube im März 1961 nahmen die Bauarbeiten für den Neubau Urologie und Chirurgie ihren Anfang. Nach der Fertigstellung des Untergeschosses im September folgte im November 1961 die feierliche Grundsteinlegung vor zahlreichen Gästen.⁵

Erweiterung Zentrales Röntgeninstitut und Strahlenklinik

Ende Juli 1961 konnte der an das Haus B angebundene Erweiterungsbau des Röntgeninstituts bezogen werden. Ein vorgesehener zweiter Bauabschnitt, ein Isotopen-Labor und eine Isotopen-Bettenstation im Untergeschoss des Altbaus, war nach genauerer Untersuchung dort nicht möglich, sodass in einem weiteren

Anbau an den Erweiterungsbau diese Einrichtungen untergebracht werden sollten. Der Baubeginn war für das Folgejahr terminiert.⁶

1962

Neubau Urologische und Chirurgische Klinik

Zur Errichtung von Zufahrts- und Erschließungsstraßen war ein weiterer Geländeerwerb von 16.000 m² notwendig geworden. Der Neubau sollte eigentlich bis Ende des Jahres weiter als bis zum dritten Obergeschoss gewachsen sein. Anlass der Verzögerung war die Forderung des damaligen Chefarztes der Chirurgie, dem Neubau ein weiteres Geschoss für eine Wachstation zur Beobachtung frischoperierter Patienten einzufügen. Nach einer Besichtigung des neuen Krankenhauses in Nürnberg, wo diese neueste Entwicklung operativer Nachsorge eingebaut worden war, hatte der Gemeinderat der Erweiterung des Bauprogramms zugestimmt.⁷

Gesamtplanung

Eine vom Innenministerium herausgegebene „Denkschrift über das Krankenhauswesen in Baden-Württemberg mit Vorschlägen zu seiner Neuordnung und Sanierung“ veranlasste den Krankenhausausschuss, Pläne erarbeiten zu lassen, die die zukünftigen Neubauvorhaben der Städtischen Krankenanstalten auf einem Gelände am Turmberg vorsahen. Dieses neue Klinikum sollte die östlichen Stadt- und Landkreisbereiche ortsnaher versorgen können. Nachdem das Land später jedoch beabsichtigte, in Bretten und möglicherweise auch in Ettlingen Kreiskrankenhäuser zu errichten, nahm die Stadt von diesem Plan wieder Abstand.⁸

1963 – 1965

Neubau Urologische und Chirurgische Klinik

Der Abschluss der Rohbauarbeiten wurde im November 1963 mit einem Richtfest gefeiert. Für die umfangreichen Ausbaugewerke war noch eine anschließende Bauzeit von drei Jahren terminiert.

Erweiterung Zentrales Röntgeninstitut und Strahlenklinik

Nach Fertigstellung des Anbaus für die Strahlenklinik an das Haus B konnte ab 1963 in den Räumlichkeiten ein Kobaltgerät in Betrieb genommen werden, mit dem in der damals üblichen Technik Tumorpatienten bestrahlt werden konnten.⁹

Wäscherei

Die Wäscherei verrichtete seit 1907 im nördlichen Teil des Wirtschaftsgebäudes ihre mühevollen Tätigkeit. Trotz Anbaus 1951 und neuer Maschinenausstattung war der zunehmende Wäscheanfall in diesen engen Räumen nicht mehr zu bewältigen.

Eine Verbesserung ergab sich im Februar 1963, als das Krankenhaus eine gewerbliche Großwäscherei in der Borsigstraße erwerben konnte, die jedoch in den darauffolgenden Jahren noch mit erheblichem Aufwand saniert und mit einem modernen Maschinenpark ausgestattet werden musste.¹⁰

Gesamtplanung

Nachdem die Krankenhauserweiterung am Turmberg nicht mehr in Frage kam, kehrte der Krankenhausausschuss wieder zu der ursprünglichen Planung zurück, alle in den Kasernenbauten untergebrachten Kliniken in Neubau-

ten auf dem Krankenhausareal umzusetzen. Zusätzlich sollten Sanierungen und Umbauten über Jahre verteilt die zeitgemäße und funktionale Nutzung der Altbauten gewährleisten.

Für den projektierten Neubau der II. Medizin, als Ersatz für die immer noch in den alten Kasernengebäuden untergebrachte Klinik, gab der Gemeinderat im Juli 1967 seine grundsätzliche Zustimmung.¹¹

Unterirdische Verbindungsgänge

Schon bei der Errichtung des Krankenhauses waren die Häuser durch unterirdische Gänge miteinander verbunden. Diese Tunnel dienten jedoch primär der technischen Versorgung von Haus zu Haus und waren nur für die Begehung durch das Bedienungspersonal zugelassen. Ab 1963 wurde das vom Deutschen Krankenhausinstitut schon 1957 zur Modernisierung der Infrastruktur empfohlene neue Tunnelsystem begonnen und entsprechend der späteren Gebäudeerweiterungen ergänzt und für den Ver- und Entsorgungsvorkehr sowie zum witterungsunabhängigen Transport von Patienten zwischen den Kliniken genutzt.

1966

Wäscherei

Im August 1966 war die neue Zentralwäscherei in der Borsigstraße bezugsfertig. Sie machte ihren ehemaligen Platz im Wirtschaftsgebäude des Krankenhauses frei für die zusätzlichen räumlichen Bedürfnisse der Krankenhausküche im gleichen Gebäude. Die Leistungsfähigkeit der neuen Wäschereianlage hatte sich so weit gesteigert, dass nun die Reinigung der im Gesamtbereich der Stadtverwaltung anfallenden Schmutzwäsche übernommen werden konnte.¹²



Mit dem Neubau für die Urologische und Chirurgische Klinik 1967 wurde der erste Schritt für eine Erweiterung des seit 55 Jahren unveränderten Klinikareals nach Norden getan.

1967

Neubau Urologische und Chirurgische Klinik

Im Februar 1967 übergab Oberbürgermeister Günther Klotz das fertig gestellte Gebäude seiner Bestimmung. Es war das größte Projekt seit Errichtung des Krankenhauses im Jahre 1907. Der Neubau durchbrach die Korridor-Pavillon-Bauweise der alten Anlage und stellte sich als ein nach den neuesten Erkenntnissen seiner Zeit konzipierter Krankenhausbau dar, einer der modernsten in der damaligen Bundesrepublik. Über einem zweigeschossigen Flachbau, dem so genannten Breitfuß, mit Untersuchungs- und Behandlungsbereichen, mit neuen Operationsräumen für Urologie und Chirurgie sowie zentralen Diensten, wie z. B. Zentralsterilisation, stationärer Aufnahme und Diensträumen, erhob sich ein Hochhaus mit sieben Geschossen als reines Bettenhaus mit insgesamt 191 Betten. Um den funktionalen

Zusammenhang zwischen den Gebäuden und Disziplinen zu gewährleisten, waren die beiden Ebenen des Flachbaus direkt an den Altbau angeschlossen.¹³

Eine heutige architektonische Bewertung dieser Gebäudeverbindung legt den Schluss nahe, dass bei dem unsensiblen Anschluss des Neubaus an den Altbau die Wertigkeit der historischen Bauten vollkommen außer Acht gelassen wurde und für die langfristige bauliche Weiterentwicklung damals eher von einem Abbruch als von einem Erhalt der Altbauten ausgegangen worden war.

Durch die in der Krankenhausbaugeschichte dieser Zeit weit verbreitete Gebäudeform des Vertikaltyps mit den Funktionseinrichtungen in einem Breitfuß unter den übereinandergestaffelten Pflegestationen versprach man sich Synergieeffekte in den Funktionsbereichen und kurze Wege in den Pflegebereichen. Die Einsparung von Baukosten durch die bauliche Konzentration sowie die Wahl der kons-

truktiven Ausführung als Stahlbetonskelettbau mit massiven Ausfachungen erwies sich später als Bumerang. Das starre Konstruktionsgefüge war wenig anpassungsfähig an sich ändernde medizinische, pflegerische und organisatorische Anforderungen. Bauliche Veränderungen waren nur sehr schwer und kostenaufwändig durchführbar. Die in dieser Zeit an vielen Gebäuden in der Stadt verwendete Fassade erwies sich schon drei Jahre nach der Fertigstellung als bauphysikalisch falsch konstruiert und wurde teilweise abgetragen. Sie bereitet bis heute Probleme.

1968

Zahn-, Mund- und Kieferklinik

Die im Vorjahr freigemachten Räume der Urologie im Haus V wurden für die Zahn-, Mund- und Kieferklinik umgebaut und eingerichtet. Die bisher im Infektionsbau (Haus I) unzulänglich untergebrachte Klinik konnte die neuen und größeren Räume im Juli 1968 schließlich beziehen.¹⁴

Neurologisch-psychiatrische Klinik

Seit 1907 war der I. Medizinischen Klinik eine neurologische Abteilung zugeordnet, in der auch psychisch Kranke vorübergehend behandelt wurden. Für die stationären psychiatrischen Behandlungen waren jedoch die Psychiatrischen Landeskrankenhäuser zuständig. Der Ausbau der stationären psychiatrischen Versorgung im Städtischen Krankenhaus begann erst 1968 mit der Einrichtung einer selbstständigen Neurologisch-psychiatrischen Klinik.¹⁵ Zu diesem Zweck wurde das von der Zahn-, Mund- und Kieferklinik geräumte ehemalige Infektionsgebäude (Haus I) zur Nutzung für die neue Klinik ab 1968 umgebaut und saniert.

Wirtschaftsgebäude

Die inzwischen 60 Jahre alte Küche, die für die Verpflegung von maximal 900 Patienten ausgelegt war, musste 1968 ca. 1.300 Patienten und bis zu 700 Bedienstete verpflegen. Die Erweiterungsanbauten von 1947 an der Westseite und erneuerte Einrichtungen brachten nur unwesentliche Verbesserungen. Nur als Lebensmittellager und Personalspeisesaal dienten die von den Amerikanern während der Besatzung errichteten beiden Holzbaracken vor dem Wirtschaftsgebäude. Sie waren abbruchreif. Ein Speisesaal nur für Schwestern war über der Kapelle, im heutigen großen Sitzungssaal in Haus A, eingerichtet. Seit 1962 bestanden Pläne für einen Küchenneubau und ein „Wohlfahrtsgebäude“ als Speisesaal für das gesamte Personal mit 800 bis 1.000 Sitzplätzen und einer Bühne für Veranstaltungen. Das große Vorhaben an der Ecke Moltke- und Kußmaulstraße reduzierte sich auf eine Sanierungs- und Erweiterungsmaßnahme. In vier Abschnitten sollten im Wirtschaftsgebäude zur Schaffung von Lehrräumen für die Krankenpflegeschule Räume modernisiert sowie in einem eingeschossigen Anbau an der Ostseite die Vergrößerungsfläche der Küche, eine Personalkantine und ein Personalspeisesaal mit 180 Tischplätzen eingerichtet werden.¹⁶

Bakteriologisch-serologisches Institut

Für den Neubau des neu eingerichteten Instituts begannen die Aushubarbeiten im Mai 1968. Das aus Stahlbetonfertigteilen konzipierte fünfgeschossige Gebäude stand Ende des Jahres schon im Rohbau.

II. Medizinische Klinik

Im September 1968 genehmigte der Krankenhausausschuss nach einer Reihe von Planva-

rianten diejenige, nach der die Ausführungsplanung erfolgen sollte. Ein in den Vorjahren als Pendant zum benachbarten neuen urologisch-chirurgischen Klinikgebäude geplantes Hochhaus war von der Wehrbereichsverwaltung und auch den US-Streitkräften abgelehnt worden. Im Anflugbereich des nordöstlich gelegenen Flugplatzes durfte eine Bauhöhe von 20,50 m nicht überschritten werden.

Das vom Deutschen Krankenhausinstitut (DKI) erarbeitete Raum- und Funktionsprogramm beinhaltete neben den Patientenbereichen das Medizinisch-diagnostische Institut, die Schule für MTL und MTR und die Krankenhaus-Apotheke.¹⁷

Gesamtplanung

Das Neubauprojekt II. Medizinische Klinik war Teil eines Gesamtkonzepts für die Neugliederung der bisherigen Struktur der Städtischen Krankenanstalten. Die in Ansätzen vor der Planung des urologisch-chirurgischen Neubaus angedachte und später durch die Reduzierung auf das Notwendige nicht konsequent fortgesetzte Neustrukturierung sollte in der jetzigen Zukunftsplanung dargestellt und nach und nach umgesetzt werden.

Der erste Baustein war der Neubau II. Medizinische Klinik. Für die Zukunft war ein Verbindungsbauwerk mit zentralen Einrichtungen und dem Diagnostischen Röntgeninstitut zwischen dem jetzigen medizinischen Neubau und den „schneidenden Disziplinen“ geplant, ferner die Angliederung der I. Medizinischen Klinik an die II. Medizinische Klinik. Der Bau einer Kopfklinik sollte die Zusammenfassung der „Kopf“-Disziplinen HNO-, Augen-, ZMK-, Neurologische und Neurochirurgische Klinik realisieren. Langfristig war der Neubau einer Kinderklinik und der Bau einer Psychiatrischen Klinik auf dem nördlichen Erweiterungsgelände vorgesehen.

1969

Wirtschaftsgebäude

Nach Beendigung des ersten Bauabschnitts übergab Bürgermeister Hofheinz die neuen Unterrichtsräume der Krankenpflegeschule – sie waren bisher bei der Badischen Schwesternschaft vom Roten Kreuz in der Kochstraße untergebracht – und die neue Betriebskantine im Februar 1969 ihrer Bestimmung. Der zweite Bauabschnitt, ein Personalspeisesaal mit 180 Sitzplätzen, stand im Rohbau.¹⁸

Schwesternschülerinnenwohnheim

Die zunehmenden Schülerzahlen in der Krankenpflegeschule machten die kurzfristige Errichtung zusätzlicher Wohnungen notwendig. In Rekordzeit wurde zwischen Mai und Oktober 1969 neben dem Ärztewohnhaus – heute Kinder- und Jugendpsychiatrie in Haus X – ein nur zur zeitlich begrenzten Nutzung vorgesehenes Wohnhaus für 50 Schülerinnen errichtet. Die dazu eingesetzten Raumzellen aus Stahlbetonelementen (damals bekannt als „Kübler Fertigbau“) waren die Vorgänger der heute auch im Krankenhausbau vielfach angewandten Raumzellenbauweise.¹⁹ Das provisorische Haus wird heute noch als Notarztwagenstandort und Schule für kranke Kinder genutzt.

Kinderklinik am Durlacher Tor

Zeitgleich mit der Inbetriebnahme des nach einem Umbau erweiterten OP-Bereichs im Hauptgebäude und der Einrichtung einer kinderchirurgischen Intensivstation wurde die bisherige chirurgisch-orthopädische Abteilung der Kinderklinik in „Kinderchirurgische Klinik“ umbenannt und als eigenständige Klinik geführt.²⁰

1970

II. Medizinische Klinik

Die unsichere Finanzlage der Stadt und die ungeklärte Frage der Höhe des Landeszuschusses verzögerte die Auftragsvergabe und den Baubeginn für die II. Medizinische Klinik bis Oktober 1970. Die Bauarbeiten waren auf vier bis fünf Jahre angesetzt.²¹

Bakteriologisch-serologisches Institut

Die Fertigstellung des Gebäudes im November 1970 ermöglichte es dem Institut, die enorm gestiegene Anzahl der Labor-Untersuchungen in modernen Räumen zu erledigen.²²

Neurologisch-psychiatrische Klinik

Zwei Jahre dauerten die Umbauarbeiten im ehemaligen Infektionsgebäude (Haus I) für die jetzt eigenständige Neurologisch-psychiatrische Klinik. Die Infektionsstation der I. Medizinischen Klinik war noch im gleichen Haus untergebracht. Nach Fertigstellung des im Bau befindlichen Neubaus der II. Medizinischen Klinik wurde diese Station nach dort verlegt und der freiwerdende Bereich der Neurologisch-psychiatrischen Klinik zugeordnet.

Wirtschaftsgebäude

Der Personalspeisesaal mit 180 Sitzplätzen nahm im Juni 1970 den Betrieb auf.

1971

II. Medizinische Klinik

Die anhaltend angespannte Finanzsituation der Stadt gefährdete den Fortgang der Rohbau-

arbeiten. Es drohte die Baueinstellung, falls nicht einschneidende Einsparmaßnahmen ergriffen werden würden. Während die Bauarbeiten weiterliefen, wurde der Entwurf so umgeplant, dass das Bettenhaus auch ohne den daneben stehenden Flachbau funktionsfähig gewesen wäre. Das geplante neue Krankenhausfinanzierungsgesetz stellte jedoch bald eine Entlastung des städtischen Etats in Aussicht, sodass wieder grünes Licht für das Gesamtprojekt gegeben werden konnte. Die Folge waren weitere Umplanungen, da nun wiederum der Flachbau an die zuvor vorgenommenen Veränderungen des Bettenhauses anzupassen war. Allerdings profitierten die im Flachbau liegenden Nutzungen von der nachträglichen Umplanung. Die inzwischen fortgeschrittene medizinische Entwicklung konnte planerisch integriert werden. So hatte sich die zweite finanzielle Notlage der Stadt, nach 1970 bei Baubeginn, überwiegend positiv auf die Funktionsbereiche des Neubaus ausgewirkt.²³

Wirtschaftsgebäude

Der dritte Bauabschnitt, der Neubau der Küche, der in diesem Jahr begann, sollte den Anbau an das Wirtschaftsgebäude nach einer Bauzeit von zwei Jahren komplettieren.

1972

Hals-Nasen-Ohrenklinik

Im Juni 1972 hatten die Bauarbeiten für ein OP-Gebäude der HNO-Klinik nördlich des Hauses H begonnen.²⁴ Es sollte der erste Bauteil einer projektierten Kopfklinik sein, mit den in einem Zentrum zusammengefassten Disziplinen HNO-, Augen- und Zahn-Mund-Kiefer-Klinik, sowie der in der Zukunft einzurichtenden Neurochirurgischen Klinik.



Das Haus B nach dem Großbrand im Februar 1973.

II. Medizinische Klinik

Mit dem Abschluss der Rohbauarbeiten im Herbst 1972 wurde der Startschuss für den umfangreichen Innenausbau gegeben, dessen Finanzierung mit Inkrafttreten des Krankenhausfinanzierungsgesetzes im Juni 1972 abgesichert war.

1973

Wirtschaftsgebäude

Die Beendigung des dritten Bauabschnitts erlaubte der Küche, ihren Kochbetrieb in den neuen Räumen aufzunehmen. Im Altbau wurde als vierter Bauabschnitt der Umbau der Diätküche sowie von Kühl- und Personalräumen in Angriff genommen.

Neue Pforte Kußmaulstraße

Mit der Zustimmung des Gemeinderats zum urologisch-chirurgischen Neubau 1960 wurde auch der 1957 aufgestellte Gesamtplan verabschiedet, der den neuen Verkehrsproblemen Rechnung trug. Die alte Durchfahrt und Hauptpforte im Verwaltungsgebäude sollte nur noch den Fußgängern vorbehalten bleiben und der gesamte KFZ-Verkehr über eine neue Pforte an der Kußmaulstraße nördlich des Pathologiegebäudes und eine Zufahrtsstraße auf dem vom Land erworbenen Erweiterungsgelände nördlich der Häuser I und H fließen. Wegen der kostengünstigeren Verkehrsanbindung an das bestehende Straßennetz im Krankenhausareal wurde jedoch in der Ausführungsplanung die Zufahrt an das alte Ausfahrtstor südlich der Pathologie gelegt. Die Vorarbeiten begannen 1973 mit Straßenbaumaßnahmen.²⁵

I. Medizinische Klinik

Ein spektakuläres Ereignis traf im Februar 1973 die I. Medizinische Klinik im Haus B. Ein Großbrand hatte den Dachstuhl über dem westlichen Flügel und die darunter liegende gesamte Station B 22 total zerstört. Nach der Beseitigung aller Schäden im Laufe des Jahres konnte die Station ihren Betrieb wieder aufnehmen. Personenschäden waren glücklicherweise nicht zu beklagen. Als Ursache für den Brand wurde ein weggeworfener Zigarettenrest im Speicherraum vermutet.

1974

Hals-Nasen-Ohrenklinik

Nach einer Bauzeit von zwei Jahren ging das neue OP-Gebäude im November 1974 in Betrieb. Die HNO verfügte damit über vier OP- und Eingriffsräume mit zugehörigen Nebenräumen.²⁶

Wirtschaftsgebäude

Mit Inbetriebnahme der Diät- und kalten Küche, der Kühlräume und der Personalräume ging der vierte Bauabschnitt der Erneuerungsmaßnahmen zu Ende.

Neue Pforte Kußmaulstraße

Ende des Jahres 1974 lief der gesamte KFZ-Verkehr und ein Großteil des Publikumsverkehrs über die noch nicht ganz fertige neue Hauptpforte.

Zentrales Röntgenarchiv

Für das immer umfangreichere Röntgenarchiv musste durch einen Neubau Platz geschaffen

werden. Zwischen Nord- und Westflügel des Hauses B war der Rohbau für ein großes unterirdisches Archiv Ende des Jahres 1974 fertig gestellt. Nach Beendigung des Innenausbaus konnte es im Folgejahr in Betrieb gehen.

1975

II. Medizinische Klinik

Der 12. Dezember 1975 war der Tag der feierlichen Einweihung des größten städtischen Hochbauprojekts der Nachkriegszeit. Zahlreiche Gäste bestaunten den großzügigen Neubau der II. Medizinischen Klinik, der zur neuen Heimat für die seit fast 30 Jahren in den ehemaligen Kasernengebäuden untergebrachte Klinik wurde. Die Krankenhaus-Apotheke, nach 68 Jahren unter immer schwieriger werdenden räumlichen Bedingungen im Verwaltungsgebäude, und das 1951 gegründete Medizinisch-diagnostische Institut, seit dieser Zeit unter bescheidenen Verhältnissen im Untergeschoss des Hauses I, fanden im Neubau ebenso ihre neue Wirkungsstätte wie die seit 1947 bestehende MTA-Lehranstalt. Zur Fort- und Weiterbildung stand ein großer Hörsaal zur Verfügung. Im Pflegebereich wurden in neun Stationen, einer Infektstation, einer Dialyse- und einer Intensivstation insgesamt 279 Betten vorgehalten.²⁷

Die Planer griffen bei dem Entwurf für das neue Gebäude den neuesten Entwicklungsschritt in der Geschichte des Krankenhausbaus auf und erarbeiteten einen Gebäudetyp, bei dem die Funktionseinrichtungen in einem Flachbau neben den Pflegegeschossen lagen. Die tragende Konstruktion aus einem Stützenraster bildete eine flexible Ausbau-Struktur. Eventuell später notwendig werdende Raumveränderungen waren durch die Verwendung von leichten, nichttragenden Trennwänden

in weiten Bereichen einfacher geworden. Die Pflegegeschosse waren so angelegt, dass die drei einzelnen Stationen pro Geschoss zu einer Pflegeabteilung mit zentralem Dienstbereich umgewandelt werden konnten. Mit der Entscheidung für das zwei Bett tiefe Krankenzimmer und die Ausstattung aller Krankenzimmer mit Bädern war man in Karlsruhe schon einer der Vorreiter für die neuesten Entwicklungen im Krankenhausbau.

Neue Pforte Kußmaulstraße

Mit der Aufstellung des Pfortnerhäuschens konnte die neue Hauptpforte ihre Aufgabe übernehmen.

Krankenpflegeschule

Wegen des stetigen Anstiegs der Schülerzahl in der Schule für Krankenpflege wurden neben den 1969 eingerichteten Unterrichtsräumen im Wirtschaftsgebäude weitere Räume im Areal genutzt. Um einen ordnungsgemäßen Schulbetrieb für die Zukunft zu sichern, entschied sich der Krankenhausausschuss für einen Neubau an der Blücherstraße (heute Franz-Lust-Straße), mit dessen Ausführung 1975 begonnen wurde.²⁸ Im Erd- und Untergeschoss waren noch Räume vorgesehen für die Krankenhausbauabteilung des Städtischen Hochbauamts – allgemein bekannt unter der Bezeichnung „Klinikbaubüro“. Die seit langen Jahren genutzte Holzbaracke musste zunächst



Der Neubau der II. Medizinischen Klinik (Haus D), 1975.

teilweise und später nach Umzug der Mitarbeiter in den Neubau ganz weichen. Man erzählte sich, in liebenswerter Erinnerung an frühere Zeiten, dass in einem Garten neben der Baracke von den Mitarbeitern Tomaten angepflanzt wurden zum gemeinsamen Verzehr in den Pausen.

1976

Wirtschaftsgebäude

Nachdem zwei Jahre zuvor die bauliche Erneuerung der Zentralküche abgeschlossen worden war, wurde in diesem Jahr in einem weiteren Ausbauschritt das seit langem geplante Tablettsystem eingeführt.²⁹ Die in der Küche für jeden Patienten portionierten Mahlzeiten (Frühstück, Mittagessen – aus drei Angeboten wählbar – und Abendessen) konnten in dem inzwischen fertig gestellten Tunnelsystem wettergeschützt in jede Station gefahren werden.

1977

Krankenpflegeschule

Nach zwei Jahren Bauzeit war im September der langegehegte Wunsch der Krankenpflegeschule nach einem eigenen Gebäude verwirklicht. 240 Schüler hatten ausreichende Unterrichts- und Demonstrationräume, Lehrkräfte entsprechende Arbeits- und Nebenräume, ein konzentrierter Unterrichtsbetrieb war gewährleistet. Zeitgleich konnten alle Abteilungen des Hochbauamtes, die mit dem Klinikbau zu tun hatten, in die neuen Räume einziehen. Es waren dies die Planungsabteilung, die Bauleitung, die Bauunterhaltung und die Abteilung der Maschinen- und Haustechnik.³⁰

1978/1979

Erweiterung Zentrales Röntgeninstitut und Strahlenklinik

Die Fortschritte auf dem Gebiet der Röntgendiagnostik und der Strahlentherapie führten zu einer Teilung und eigenständigen Leitung der beiden Abteilungen. Die räumliche Trennung und die Planung baulicher Erweiterungen für beide Einrichtungen trugen auch der medizinischen und technischen Entwicklung Rechnung.³¹ Die Erweiterung des Röntgeninstituts wurde 1979 durch den Umbau der ehemaligen Krankenstation B 14 in einen radiologischen Untersuchungsbereich in Angriff genommen.

Kinder- und Jugendpsychiatrie

Die bisher in der Kinderklinik am Durlacher Tor untergebrachte Abteilung der Psychiatrie konnte 1979 in ein eigenes Haus im Areal Moltkestraße einziehen. Die gleichzeitige Erhöhung der Bettenzahl von 10 auf 20 war durch den Umbau des ehemaligen Ärztehauses Haus X möglich geworden.³² Das als Wohnhaus des Ärztlichen Direktors 1907 errichtete Haus mit Garten bot den Kindern und Jugendlichen das Therapieumfeld eines normalen und vertrauten Wohnbereichs ohne Krankenhausatmosphäre.

Kinderklinik am Durlacher Tor

Mit dem Umbau einer Normalpflegestation im Infektbau konnte der seit den Anfängen der Kinderintensivmedizin im Jahr 1969 stetig wachsende Fortschritt auf diesem Gebiet in einer auf dem neuesten Stand ausgerüsteten Intensivstation einziehen.³³

Gesamtplanung

In einem Grundsatzbeschluss über die Entwicklung des Städtischen Klinikums gemäß Rahmenplan von 1968 legte der Gemeinderat 1979 die planerische Weiterbearbeitung der Kopf- und Halsklinik und des Ersatzneubaus einer Kinderklinik auf dem Areal Moltkestraße als vorrangige Projekte fest. Mit den Planungsaufgaben wurden zwei Architekturbüros beauftragt.³⁴ Die planerischen Ergebnisse gingen über Voruntersuchungen nicht hinaus, da eine generelle Überarbeitung der baulichen und betrieblichen Weiterentwicklung anstand.

1980

OP-Schiene

Schon in der Gesamtplanung von 1960 war als zukünftige Maßnahme die Fortsetzung der im Zusammenhang mit dem urologisch-chirurgischen Neubau 1967 erbauten vier OPs an das Haus C vorgesehen. Eine zeitgemäße überarbeitete Planung hatte das Regierungspräsidium 1979 genehmigt. Als Baubeginn war der Januar 1980 terminiert. Zuvor musste der alte OP-Anbau an das Haus C, der wiederum ein 1934 errichteter Nachfolgebau des historischen Operationshauses von 1907 war, der neuen Baumaßnahme weichen.³⁵

1981/1982

Erweiterung Strahlenklinik

Die auf Grund der Weiterentwicklung der Strahlentherapie notwendig gewordene räumliche Ergänzung hatte im Jahr 1980 mit der baulichen Erweiterung des Anbaus an das Haus B begonnen.³⁶ Die Fertigstellung des

Strahlenbunkers zur Aufnahme eines Linearbeschleunigers in der zweiten Hälfte 1982 war wegen der besonderen Anforderungen an den Strahlenschutz mit einem außerordentlich hohen baulichen Aufwand verbunden.

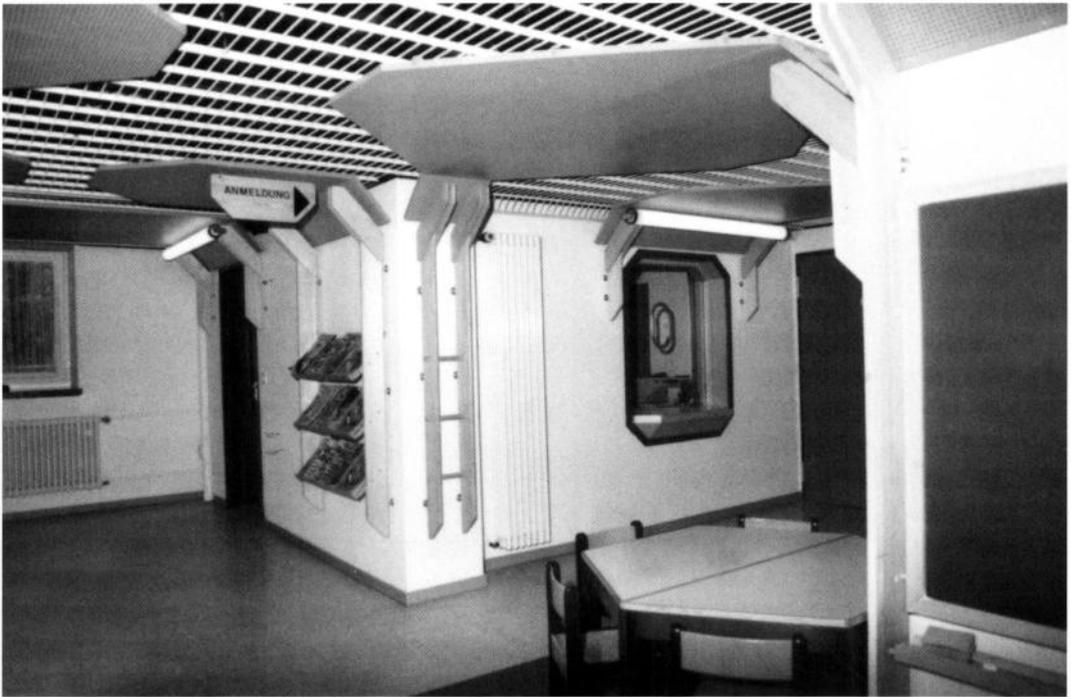
Einrichtung einer Phoniatrie

Die Weiterentwicklung von Behandlungsmethoden in der HNO-Klinik führte zur Bildung einer spezialisierten Abteilung, der Phoniatrie. Die schon 1980 abgeschlossene Planung eigener Räume wurde baulich 1981 und 1982 im Untergeschoss des Hauses H realisiert. Neben der schwierigen bautechnischen Aufgabe, hochwertig abgeschirmte Hörprüfkabinen in den Altbau einzubauen, bemühten sich die Planer zusammen mit den Nutzern, bei der Innenraumgestaltung die besonderen Bedürfnisse der hauptsächlich kleinen Patienten vor dem Hintergrund des für sie unbekanntes und damit „bedrohlichen“ Untersuchungs- und Behandlungsvorgangs zu klären und gestalterisch umzusetzen. Mit einem neuen Konzept der Gestaltung von Warte- und Untersuchungsbereichen wurde versucht, durch ansprechende Milieubildung einen architektonischen Beitrag zur Therapie zu leisten.

1983

Erweiterung Strahlenklinik

1983 ging der erste Linearbeschleuniger in den klinischen Betrieb. Zusammen mit dem neu installierten Therapiesimulator war es möglich geworden, die Verteilung der Strahlendosis in der Tumorregion individuell zu berechnen und einzusetzen. Mit Hilfe dieser Geräte war der erste Schritt in die moderne Strahlentherapie vollzogen. Ähnlich wie in der Phoniatrie, war auch bei dieser Planung ein wesentlicher ent-



Das sanierte und umgebaute Untergeschoss der HNO-Klinik für Logopädie und Pädaudiologie, 1982.

wurfsbestimmender Faktor, durch eine entsprechende Raumgestaltung der besonderen psychischen Belastung krebserkrankter Menschen Rechnung zu tragen. Der Versuch, ein Strahlenschutzfenster zwischen Schalt- und Bestrahlungsraum einzubauen, konnte aus technischen Gründen damals noch nicht realisiert werden. So war es nur möglich, durch den ausgewählten Einsatz von Material und Farbe zur Abmilderung der für die Patienten so bedrückenden Situation beizutragen.³⁷

1984

OP-Schiene

Nach der Fertigstellung des Innenausbaus und dem Probetrieb der umfangreichen haustech-

nischen Installationen konnte nach vierjähriger Bauzeit im Mai 1984 der Neubau für die Erweiterung der Operationsabteilung der Fachdisziplinen Chirurgie, Neurochirurgie und der Frauenheilkunde seiner Bestimmung übergeben werden. Zuvor war an einem „Tag der offenen Tür“ der interessierten Karlsruher Bevölkerung die Einrichtung vorgestellt worden.

Sechs Operationsräume, noch während der Bauzeit nach den neuesten hygienischen, technischen und betrieblichen Erkenntnissen planerisch überarbeitet, ergänzten die Operationsabteilung von 1967. Eine nach den neuesten Erkenntnissen konzipierte Intensivstation als Ersatz für die 1967 im Zusammenhang mit dem Neubau von Bau E eingerichtete Wachstation im Untergeschoss der OP-Schiene unter den OPs erlaubte die unmittelbare Nachsorgepflege nach Operationen. Die Pla-

ner waren auch hier wieder bemüht, Patienten und Personal in den Mittelpunkt ihrer Arbeit zu stellen.³⁸ Im Zusammenhang mit der Erweiterung der OP-Abteilung wurde die bestehende Zentralsterilisation apparativ aufgerüstet, um den gestiegenen Anforderungen gerecht zu werden.

1985

Psychiatrische Klinik

Fünf Jahre nachdem erste Vorschläge über eine Umwidmung der ehemaligen Landesfrauenklinik in eine Psychiatrische Klinik angestellt worden waren, konnte nach Sicherstellung der Finanzierung und Verabschiedung der Planung die Umbaumaßnahme im Dezember 1985 termingerecht begonnen werden. Zur endgültigen Freimachung der Gebäude mussten die Hebammenschule und die gynäkologische Ordination von der Kaiserallee in neu eingerichtete Räume im Haus W umziehen.³⁹

Gründe für die Umwidmung der Landesfrauenklinik waren einerseits der Verlust ihrer Bedeutung als Karlsruher Geburtsklinik, andererseits der nach dem geltendem Krankenhausbedarfsplan Stufe 1 von 1973 vorhandene Überhang an gynäkologischen Betten und der gleichzeitige Bedarf an psychiatrischen Betten in Karlsruhe. Nach langwierigen Verhandlungen hatten das Sozialministerium und der Karlsruher Gemeinderat dieser Umwandlung im September 1982 zugestimmt. Das Land stellte der Stadt Grundstück und Gebäude zur Verfügung mit der Auflage, die Einrichtung einer gemeindenahen Psychiatrie zu realisieren.

Die Planungsgruppe des Klinikbaubüros stand vor der schwierigen Aufgabe, ein Anforderungsprofil für eine gemeindenaher Akutpsychiatrie zu konzipieren, um daraus ein Raum-

und Funktionsprogramm zu entwickeln, das sich in ein bestehendes, als Frauenklinik errichtetes Gebäude eingliedert.

Nach intensiver Zusammenarbeit mit der künftigen Direktorin der Psychiatrischen Klinik konnten die klinische und bauliche Konzeption sinnvoll aufeinander abgestimmt und ein endgültiger Entwurf im Februar 1984 fertiggestellt werden. Angesichts neuer sozialpsychiatrischer Überlegungen beschränkte man sich auf 140 Betten, die alle an der Kaiserallee einzurichten waren, gegenüber einer früheren Bedarfsberechnung von 175 Betten, teils im Klinikareal, teils an der Kaiserallee.⁴⁰

Gesamtplanung

Im Rahmen der Neubauplanung der II. Medizinischen Klinik in Haus D waren schon 1968 Gesamtplanungskonzepte entwickelt, deren Realisierung jedoch nicht konsequent umgesetzt worden war. Teils waren es finanzielle Gründe, teils war die rasante medizinische Entwicklung planerisch nicht umgesetzt worden. So hatte sich die klinische Struktur über die Jahrzehnte nicht immer einem funktionalen Ordnungsprinzip unterworfen, sondern war vielfach geprägt von rascher baulicher Erfüllung akuter medizinischer Notwendigkeiten.

Nach Abschluss der beiden Großprojekte „Fortentwicklung der Strahlenklinik durch Einbau eines Linearbeschleunigers mit Untersuchungs- und Behandlungsbereich“ und „Erweiterung der OP-Abteilung von vier auf zehn Säle mit integrierter Intensivstation“, war es deshalb erforderlich geworden, die vielzählig anstehenden zukünftigen Bauaufgaben zusammenzufassen und die Gesamtplanung, gültig für die nächsten 10 bis 15 Jahre, fortzuschreiben oder neu aufzulegen.

Das Klinikbaubüro entwickelte einen Rahmen- und Stufenplan, der alle künftigen Einzelmaßnahmen sinnvoll in ein Gesamtkonzept

einfügte. In den folgenden Jahren sollte durch stufenweise Realisierung von Rotationen einzelner Betriebsstellen und Neubauvolumina eine lebensfähige Weiterentwicklung der Gesamtanlage ermöglicht und funktionale Verbesserungen für nahezu alle Bereiche des Großklinikums erreicht werden. Um Sicherheit bei den zukünftigen Planungen zu haben, wurde das Programm, als eines der ersten umfassenden Zielplanungskonzepte in Baden-Württemberg, im Dezember 1985 dem Sozialministerium in Stuttgart zur Bestätigung vorgelegt.⁴¹

1986

Psychiatrische Klinik

Der Rohbau für das künftige Eingangs- und Erschließungsbauwerk konnte Ende 1986 weitgehend fertig gestellt werden. Der Schwerpunkt der Planung lag im Laufe des Jahres in der Bearbeitung des Innenausbaus der stationären Bereiche. Um die getroffenen Überlegungen für die Bettplätze der psychisch kranken Patienten abzusichern, wurde in der Universitätsklinik in Freiburg ein Musterzimmer nach den Karlsruher Vorgaben eingerichtet und in Betrieb genommen. Die Erfahrungen der in dieses Zimmer aufgenommenen Patienten sollten in die endgültige Gestaltung der Zimmer in Karlsruhe einfließen.⁴²

Gesamtplanung

Die Konzeption der vorgelegten Gesamtplanung wurde vom Sozialministerium in Stuttgart befürwortet. Das Klinikbaubüro erhielt den Auftrag, einen Stufenplan mit der Abfolge der einzelnen Realisierungsschritte zu erarbeiten. Im Vordergrund standen auf dem Programm Überlegungen zur Umstrukturierung im Bereich der I. Medizinischen Klinik, Unter-

bringung der Neurochirurgie im stationären Bereich und Untersuchungen zu einem Zentralinstitut für bildgebende Systeme. Bei der Bearbeitung akut notwendiger Maßnahmen hatte deren spätere Integration in das noch zu präzisierende Gesamtkonzept höchste Priorität.

1987

Psychiatrische Klinik

Die Ausführung der sehr umfangreichen Umbaumaßnahme ließ sich nur in mehreren Abschnitten verwirklichen. Nach zweijähriger Bauzeit konnten im Dezember 1987 die ersten 44 Patienten in den Bauteil P 1 aufgenommen werden. Die nächsten Bauabschnitte liefen planmäßig weiter.⁴³

Gesamtplanung

Die Aufgabe der Gesamtplanung, auf mehrere Standorte verteilte Funktionsstellen baulich zusammenzuführen und damit betriebliche Erleichterung zu schaffen, führte 1987 schwerpunktmäßig zur Erarbeitung eines Raum- und Funktionsprogramms für das Zentralinstitut für bildgebende Systeme. Zusätzlich sollten die Funktionsstellen Neurochirurgie, Anästhesie, Bettenzentrale und zentrale Liegendkrankennahme aufgenommen werden. Nach einem Vorgespräch wurde das Raumprogramm im Dezember zur Prüfung und Zustimmung im Sozialministerium eingereicht.

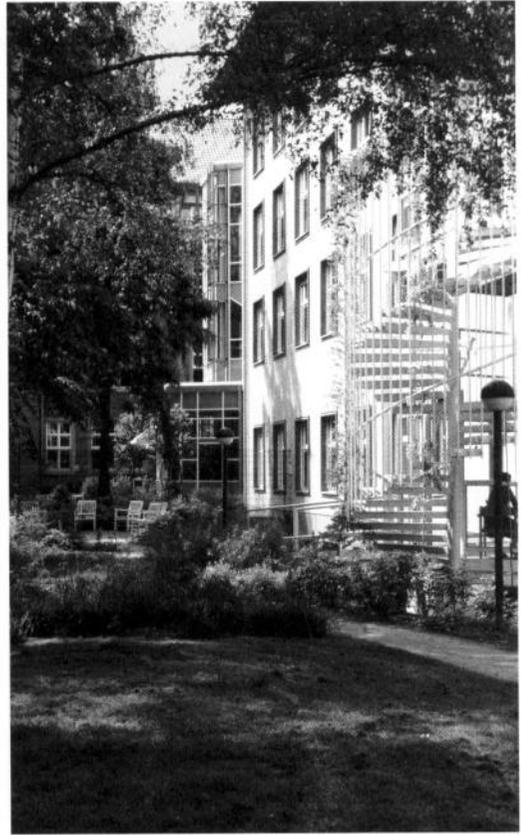
Innerhalb der sonstigen Aufgaben des Klinikbaubüros nahmen die Planungen im Rahmen der Schwerpunktbildung in den medizinischen Kliniken in den Häusern B und D einen breiten Raum ein. Zu erwähnen sind die Umwidmung der Station B 15 in eine zentrale Dialysestation und die Umnutzung der Badeabteilung in Haus B in einen Bereich für Funk-

tionsuntersuchungen. Vollständig überarbeitet werden mussten die Planungen für die künftige Weiterentwicklung der Kinderklinik am Durlacher Tor. Auf Grund neuer Bettenzahlen und der Ausweitung der Kinder-Intensivstation entstand ein Raumbedarf, der nicht mehr in den dort vorhandenen Gebäuden abzudecken war.

1988

Psychiatrische Klinik

Das herausragende Ereignis war, nach der Inbetriebnahme eines weiteren Abschnitts mit 103 Betten, die festliche Einweihung der fertig gestellten Klinik für Psychiatrie im Juni. Auf sieben Stationen in den beiden Hauptgebäuden P 1 und P 2 konnten jetzt 140 Patienten wohnen. Mit dieser gemeindenahen Einrichtung war die psychiatrische Vollversorgung für das Stadtgebiet Karlsruhe gewährleistet und der Psychiatrieplan von 1974 realisiert.⁴⁴ Bei der Ausführung war die Planungsgruppe bemüht, die Räumlichkeiten der alten Landesfrauenklinik so umzugestalten, wie dies nach neuesten Erkenntnissen für eine Psychiatrische Klinik notwendig und wünschenswert war. Zwei Grundprinzipien hatten den Entwurf bestimmt: das planerische Vorgehen von „innen nach außen“, vom Zimmer über die Station zum Freibereich, und die Berücksichtigung der vielfältigen diagnostischen und therapeutischen Versorgungsangebote. Das „Innen“ war dabei so offen wie möglich, das „Außen“ so geschützt wie nötig strukturiert worden. Neben dem großen Angebot an unterschiedlichen, mit Farbe, Material und mit Möblierung gestalteten Räumen in den Stationen, die dem therapeutischen Angebot des „Raum-Geben-Müssens“ gerecht wurden, war großer Wert auf die Gestaltung und Zonierung



Die Psychiatrie, umgeben von einer Parkanlage, 1989.

der überwiegend mit zwei Patienten belegten Zimmer gelegt worden.

Die persönlichen Bereiche mit dem Bett, Schreibplatz und Pinnwand trennt ein Raumteiler aus Regalen und Schränken vom gemeinsamen Bereich mit dem Sitzplatz und einem abgetrennten Waschplatz. Auf das eingebaute Bad im Zimmer hatte man bewusst verzichtet und sich an den in der eigenen Wohnung zum Alltag gehörenden Wegen von Raum zu Raum orientiert. Der Patient lernte auf diese Weise die Hemmschwelle an seiner Zimmertür zu überwinden, im Vertrauen auf die ihm von zu Hause so bekannten Raumzuordnungen.

Gesamtplanung

Neben den Projekten aus den Vorjahren lag ein weiterer Planungsschwerpunkt in der Umwidmung des Hauses I, wo nach Auszug der Neurologie die Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie ihre endgültige Heimat finden sollte.

Umbau und Sanierung der Stationen C 13/C 25

Im Juni zogen die Handwerker in den letzten unsanierten Teil der Chirurgischen Klinik ein. Im Zuge der Rotationsplanung innerhalb der Gesamtkonzeption für die Neuordnung der Funktionsbereiche wurde die Sanierung der Stationen C 13 und C 25 in Angriff genommen. Zum ersten Mal in der langen Geschichte der Sanierungen war es möglich geworden, einen ganzen Gebäudeflügel im Zusammenhang mehrerer Geschosse zu erneuern, gegenüber der sonst üblichen und für die benachbarten, weiter genutzten Pflegebereiche belastenden geschossweisen Sanierung.

Nach Fertigstellung im Folgejahr konnten die Neurochirurgie mit ihrem Pflegebereich in das Erdgeschoss des Hauses C integriert und die Unfallchirurgie im 1. Obergeschoss zusammengefasst werden.

Zentralinstitut für Bildgebende Diagnostik

Nach der Genehmigung des Raumprogramms durch das Sozialministerium sollte durch einen Wettbewerb unter vier erfahrenen Krankenhaus-Planungsbüros die bestmögliche Lösung für dieses neue Bauwerk gefunden werden. Ein bekanntes Karlsruher Architekturbüro wurde ausgewählt und mit der Weiterplanung beauftragt.

1989

Gesamtplanung

Das Klinikbaubüro als seitherige Abteilung des Städtischen Hochbauamts wurde 1989 als Teil der neu entstandenen Technischen Bau- und Betriebsdirektion dem Städtischen Klinikum zugeordnet. Sie konnte im Februar dieses Jahres ein detailliert erarbeitetes Programm für die ganzheitliche Erneuerung des Städtischen Klinikums vorlegen, das die seit 1985 auf der Basis des damaligen vorläufigen Gesamtkonzepts ausgeführten Maßnahmen vollinhaltlich integriert hatte.

Vor dem Hintergrund der bundesweiten Kostendämpfungsdiskussion im Gesundheitswesen und der daraus resultierenden knappen finanziellen Mittel im investiven Bereich war eine sorgfältige Bestandsanalyse die Voraussetzung für die Entwicklung von interdisziplinären Zielvorstellungen unter quantitativen und qualitativen Aspekten aus medizinischer, pflegerischer und betrieblicher Sicht. Die Bestandsanalyse diente auch als Basis, um die Umsetzung in betriebliche und bauliche Ausführungsvorschläge im Zusammenspiel von Sanierung der Altbausubstanz, Erstellung von Neubauten und Rückbau nicht mehr verwendbarer Bauteile darstellen zu können.

Fünf Investitionspakete mit einem Gesamtvolumen von 456 Millionen DM bildeten das Rückgrat für eine lebensfähige Weiterentwicklung des Städtischen Klinikums vor dem Hintergrund der bundesweiten Kostendämpfungsdiskussion im Gesundheitswesen.

Investitionspaket 1: Das dreigeteilte Paket beinhaltete in Teil A alle Maßnahmen der 1985 aufgestellten Rotationsplanung zusammen mit dem Neubau eines Zentralinstituts, in Teil B dringliche Sanierungs- und Erweiterungsmaßnahmen und in Teil C die Sanierung der Kinderklinik.

Investitionspaket 2: Das Paket 2 hatte infrastrukturelle Maßnahmen zum Inhalt. Gedacht war, neben technischen Verbesserungen im Bereich der Wärme- und Kälteversorgung und einer Erneuerung der verkehrstechnischen Erschließung des Geländes, an den Neubau eines betrieblichen, medizinischen und technischen Ver- und Entsorgungszentrums, das die im Areal verstreut liegenden Funktionsstellen und Lager konzentriert und wirtschaftlich betreiben lässt.

Investitionspaket 3: Ein seit Jahrzehnten gehegter Wunsch des Karlsruher Gemeinderats lag diesem Paket zu Grunde: Die Zusammenführung der Kinder- und Frauenklinik unter besonderer Berücksichtigung der Perinatalogie in einem Neubau auf dem Klinikumsareal an der Moltkestraße.

Investitionspaket 4: Als ein wesentlicher Schritt in die Zukunft eines medizinisch und betriebswirtschaftlich zu führenden Zentrums für Innere Medizin wurde die Zusammenführung der vier Schwerpunkte unter ein Dach beurteilt. Bei der bestehenden Verteilung auf zwei räumlich getrennte Gebäude waren alle Bestrebungen, Funktionen zentral zu organisieren, bisher vergebens gewesen. Das bauliche Qualitätsgefälle zwischen dem Neubau der II. Medizin und dem Altbau der I. Medizin verstärkte den Konflikt.

Investitionspaket 5: Als Blick in die weitere Zukunft wurde dieses Paket in die Planung aufgenommen. Ohne Aussage auf eine zeitliche Realisierbarkeit war zur weiteren Gesamtentwicklung die Einbindung der Klinik für Strahlentherapie und Nuklearmedizin in das Medizinische Zentrum und in das Institut für Bildgebende Diagnostik als positiv erkannt worden, ebenso eine Integration der Hautklinik in den Bereich der Inneren Medizin.

Für die bauliche Struktur des Klinikums bedeuteten diese Überlegungen eine Veränderung der bisherigen Ost-West-Erschließung in

eine Entwicklungsachse von Süd nach Nord. Dadurch war es nicht nur gelungen, die historische Bausubstanz zu erhalten, sondern auch die Möglichkeit geschaffen, durch entsprechenden Rückbau die historische, krankenhaushistorisch einmalige Anlage, ohne Verlust der medizinischen Nutzung in ihren ursprünglichen Zustand zu versetzen. Nach Norden sollte sich ein neuer Krankenhausbereich entwickeln, der sich mit den Altbauten zu einer Gesamtanlage verbindet.⁴⁵

1990

Gesamtplanung

In Zusammenarbeit mit dem Stadtplanungsamt wurden für die künftigen Neubauten entlang der neuen Entwicklungsachse Süd-Nord mögliche Baustrukturen und städtebauliche Konsequenzen untersucht. Durch den Abzug der französischen Streitkräfte aus dem Kasernenbereich Moltke-/Blücherstraße ergaben sich für die Gesamtplanung neue Aspekte. Die Gebäude entlang der Blücherstraße (heute Franz-Lust-Straße) schienen für die Klinik zur nichtstationären Nutzung geeignet. Entsprechende Konzepte für Einrichtungen von Verwaltung, Personal, Schulen, Parkierung usw. wurden erarbeitet und der Bedarf angemeldet.

Zentralinstitut für Bildgebende Diagnostik

Nach intensiver und umfangreicher Planungsphase, aufbauend auf dem prämierten Wettbewerbssentwurf, konnte im Dezember 1990 der Förderantrag dem Sozialministerium vorgelegt werden.

Für die vorübergehende Unterbringung eines für das spätere neue Zentrum vorgesehenen Kernspin-Tomographen wurde ab Juni 1990

ein zeitlich begrenzt zu nutzendes Gebäude südlich der Augenklinik begonnen. Darin war auch Platz für einen Teil der Blutbank vorgesehen, da diese aus dem Anschlussbereich des Hauses E an den Neubau weichen musste.

Abklinganlage

Die Ausweitung der Nuklearmedizin verlangte nach der Strahlenschutzverordnung eine leistungsfähigere als die bestehende Abklinganlage. Nach Bewilligung einer neuen Anlage wurde mit der Bauvorbereitung der vielfach größeren Einrichtung zwischen den Gebäuden südlich des Hauses B und der Krankenhausmauer zur Moltkestraße begonnen.

Umbau und Sanierung Zentrale Dialyse B 15

Nach der vorjährigen Genehmigung des Förderantrags für Umbau und Sanierung der Station B 15 zur zentralen Dialyse wurden die baulichen Vorbereitungen Ende des Jahres mit der Verlegung der dort untergebrachten medizinischen Pflegestation in das Haus I begonnen.⁴⁶ Während der laufenden Bauausführung erfolgte noch eine Nutzungsergänzung mit entsprechenden haustechnischen Erweiterungen, die ermöglichte, bei der später vorgesehenen Sanierung der benachbarten Intensivstation in B 13 diese während der Bauzeit vorübergehend in die sanierte B 15 zu verlegen.

Private Klinik für Herzchirurgie

Überraschenderweise erhielt die Stadt im Vorjahr vom Sozialministerium den Auftrag zu untersuchen, mit welchen Konsequenzen eine Klinik für Herzchirurgie in das Areal des Städtischen Klinikums, als siebter Standort in Baden-Württemberg, integriert werden könnte. Die Arbeitsgruppe untersuchte vier Stand-

orte und schlug im Mai 1990 als geeignetsten Standort ein Baugelände nördlich des Hauses D vor. Mit Zustimmung des Landes und der Kostenträger wurde Ende des Jahres mit einem privaten Investor, der Bau und Betrieb übernehmen würde, ein Vorvertrag abgeschlossen.

1991

Gesamtplanung

Der Gemeinderatsbeschluss und die ministerielle Zusage zum Neubau einer Kinder- und Frauenklinik auf dem Gelände des Städtischen Klinikums und die Möglichkeit der Nutzung von Bereichen der ehemaligen französischen Kaserne für Klinikbedarf erforderten eine umfangreiche Überarbeitung des zukünftigen Bauungskonzepts. In Abstimmung mit dem Stadtplanungsamt wurden bauliche Entwicklungsmöglichkeiten auf dem Kasernengelände untersucht, die neben Wohnungen für Klinikpersonal und Studenten sowie Parkgaragen für Personal und Besucher auch einen alternativen Standort für die ursprünglich auf dem Klinikareal geplante Herzklinik vorsah. Erste Planungsüberlegungen für die zu errichtende Kinder- und Frauenklinik gingen zunächst davon aus, dass der Neubau auf Grund seines großen Bauvolumens den Stichstraßenabschnitt der Knielinger Allee bis in die nördlich gelegenen Kleingärten überspringen würde.⁴⁷

Zentralinstitut für Bildgebende Diagnostik

Auch während der Prüfung des Förderantrags in Stuttgart arbeitete die Technische Bau- und Betriebsdirektion weiter am Entwurf für den Neubau und nahm Optimierungen im Grundriss und der Raumzuordnung vor. Im Dezember 1991 erteilte das Land die Förderzusage für das Neubauprojekt.

Neubau Kinder- und Frauenklinik

Mit der 1990 ausgesprochenen Zustimmung des Sozialministeriums für den Neubau einer Kinderklinik wurde dem seit Jahrzehnten diskutierten und oft vorgetragenen Wunsch des Städtischen Klinikums und der Stadt Karlsruhe entsprochen, die Kinderklinik vom Durlacher Tor auf das Gelände an der Moltkestraße zu holen.

Das als Mädchenpensionat 1907 erbaute und in den ersten Jahren auch so genutzte Gebäude diente seit 1920 den kranken Kindern und genügte, obwohl liebevoll und mit viel Atmosphäre ausgestattet, immer weniger den inzwischen gestiegenen medizinischen und pflegerischen Ansprüchen.

Ende der 80er-Jahre wurden die Neubaugedanken für die Kinderklinik noch um die Zusammenführung mit der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe ergänzt.

Mit der Ausweisung des Städtischen Klinikums zum Perinatalzentrum erteilte das Sozialministerium auch die generelle Zustimmung für ein Mutter-Kind-Krankenhaus und beendete damit auch den Zustand der äußersten Raumnot in der Frauenklinik in absehbarer Zeit. Insbesondere Kindern bei Risikoschwangerschaften und Risikogeburten bot die direkte Nachbarschaft der beiden Kliniken die maximal mögliche Versorgung. Mitte des Jahres 1991 hatte sich schon eine Planungsgruppe konstituiert, deren Schwerpunkte zunächst bei der Grundlagenermittlung, der Standortfrage und den Gesamtplanungsaspekten lagen.

Umbau und Sanierung Badeabteilung im Haus C/E

Durch die Konzentration der Nasstherapieeinrichtungen des Klinikums in der bestehenden großzügigen Badeabteilung unter den Alt-OPs

am Haus C konnten notwendige Flächen für Funktionsräume in den Badebereichen der Häuser B und D freigemacht werden. Im Haus D wurden teils Untersuchungsräume für die Neurologische Klinik, teils Räume der Ergotherapie ausgebaut und eingerichtet, der Umbau in Untersuchungs- und Behandlungsräume im Haus B war für das folgende Jahr terminiert worden. Diese ineinandergreifenden Maßnahmen waren Teil der Rotationsplanung von 1985.

Umbau und Sanierung Zentrale Dialyse B 15

Nach einer Bauzeit von 15 Monaten konnten die Umbau- und Sanierungsmaßnahmen für die Zentrale Dialysestation im Juli 1991 beendet werden. Im Zusammenhang mit dem Sanierungskonzept für mehrere Bereiche der I. Medizinischen Klinik im Haus B musste die Station zunächst mit Normalpflegebetten belegt werden.

Private Klinik für Herzchirurgie

Die bisherigen Standortüberlegungen für eine Herzklinik wurden um die Variante eines Neubaus ohne direkten Verbund mit dem Städtischen Klinikum auf dem Gelände der ehemaligen französischen Kaserne, dem sogenannten B-Gelände, erweitert.

Kliniktreff

Ein Ladengeschäft mit Cafeteria zur Versorgung der zahlreichen Besucher des Klinikums, selbstverständlich auch für Patienten und Personal, konnte in einem in privater Initiative errichteten Pavillon im Frühjahr 1991 seiner Bestimmung übergeben werden. Er ersetzte eine einfache Verkaufsstelle im Haus F und erfreute sich alsbald großer Beliebtheit.

1992

Zentralinstitut für Bildgebende Diagnostik

Nach Genehmigung des Bauantrags für den Neubau musste die weiterführende Planung im November 1992 unterbrochen werden, da eine Aktualisierung des 1985 entwickelten Raumprogramms notwendig geworden war. Aktuelle medizintechnische Errungenschaften, hauptsächlich im Bereich der Bildgebung, waren unter Beachtung der zu erwartenden zukünftigen Entwicklungen ebenso einzuplanen wie Auswirkungen des neuen Gesundheitsstrukturgesetzes auf die Klinik im Allgemeinen und den Neubau im Besonderen. Die vorgezogene Aufstellung des für den Neubau schon beschafften Kernspintomographen konnte im März 1992 in einem provisorischen Gebäude südlich der Augenklinik erfolgen. Zeitgleich zog der serologische Teil der Blutbank hier mit ein. Der Blutspendebereich sollte im Frühjahr 1993 seine Heimat im umgebauten Erdgeschoss des benachbarten Hauses N finden.⁴⁸

Neubau Kinder- und Frauenklinik

Die Integration der neuen Kinder- und Frauenklinik in die bestehenden baulichen und betriebsorganisatorischen Strukturen der Krankenhausanlage Moltkestraße waren zusammen mit der Entwicklung eines detaillierten Raum- und Funktionsprogramms die Schwerpunkte der Bearbeitung des Neubauprojekts. Ende des Jahres 1992 konnte eine Diskussionsfassung des Raum- und Funktionsprogramms im Sozialministerium in Stuttgart vorgelegt werden.

Umwidmung Haus I

Im Vorjahr hatte das Sozialministerium den Umbau und die Sanierung des Hauses I für die Nutzung durch die Klinik für Mund-, Kiefer-

und Gesichtschirurgie genehmigt. Die in dem ehemaligen Kasernengebäude Haus V westlich der Kußmaulstraße eingerichtete Klinik sollte wieder in das Gebäude einziehen, in dem sie bis 1968 schon einmal untergebracht war. Die Ausführungsplanung wurde jedoch 1992 zurückgestellt zugunsten weiterer Überlegungen über die Nutzung des Hauses I als interdisziplinäres Bettenhaus. Zur Behebung der räumlichen Defizite in der bestehenden MKG-Klinik wurden planerische Voruntersuchungen ange stellt, wie mit Hilfe von Um- und Erweiterungsbauten das endgültige Verbleiben der Klinik im Haus V sichergestellt werden könnte.

Umbau und Sanierung, Umnutzung ehemalige Badeabteilung Haus B

Als Teil der Neuordnung in der I. Medizinischen Klinik im Haus B konnten im Januar, nach Bewilligung der Fördermittel, im Badehaus die Umbauarbeiten begonnen werden. Die Badeabteilung war im Vorjahr in den alten Badebereich im Haus C umgezogen und hatte somit Platz geschaffen für die zentrale Unterbringung der Funktionsuntersuchungsräume der I. Medizinischen Klinik, die noch im ganzen Haus B verteilt lagen.

1993

Gesamtplanung

Der Gesamtplanung kam 1993 eine besondere Bedeutung wegen der zukünftigen städtebaulichen Ordnung im Klinikareal zu. Die Kriterien für den beabsichtigten Architektenwettbewerb „Kinder- und Frauenklinik“ verlangten für den Neubau ein genau definiertes Baugrundstück. Gemeinsam mit Stadtplanungsamt, Gartenbauamt, Stadtwerken etc. wurden drei verschiedene Standorte untersucht. Süd-

variante: zwischen Pathologie (Haus K) und Schwesternwohnhäusern (Kußmaulstraße 8-10). Nordvariante: zwischen dem ehemaligen Hubschrauberlandeplatz und Knielinger Allee (nach Abbruch der Schwesternwohnhäuser). Kleingartenvariante: in den Gärten nördlich der Knielinger Allee.

Eine Zielpplanungsstudie unter Berücksichtigung städtebaulicher und umweltrelevanter Kriterien favorisierte eindeutig die Nordvariante. Der daraus resultierende Abbruch der dort stehenden Schwesternwohnhäuser war politisch umstritten. Vergleichende Testentwürfe und Gebäudesimulationen vor Ort überzeugten die Fraktionen des Gemeinderats so weit, dass eine mehrheitliche Zustimmung zum Abbruch der Häuser erzielt werden konnte.⁴⁹

Zentralinstitut für Bildgebende Diagnostik

Nach Aktualisierung der Ausführungsplanung startete der Neubau des Zentralinstituts im Mai mit dem „ersten Spatenstich“. Größere Baumaschinen machten anschließend mit vorbereitenden Arbeiten effektiver weiter, sodass im September mit den eigentlichen Bauarbeiten begonnen werden konnte.

Neubau Kinder- und Frauenklinik

Nach intensiven Gesprächen mit dem Sozialministerium wurde das Raumprogramm überarbeitet und im Dezember zur Prüfung und Genehmigung vorgelegt. Gleichzeitig liefen schon die Vorbereitungen für die Auslobung eines Architektenwettbewerbs.

Umbau und Sanierung, Umnutzung ehemalige Badeabteilung Haus B

Nach einer Bauzeit von 13 Monaten waren die Behandlungsräume im März 1993 von der Endoskopie bezogen worden. Langfristig war ge-

plant, die Endoskopie nach Auszug des Zentralröntgeninstituts in das neue Zentrum für Bildgebende Diagnostik endgültig im Bereich der B 14 einzurichten. Die umgebauten Räume der ehemaligen Badeabteilung wären dann frei für ihre ursprünglich vorgesehene und konzipierte Nutzung als Funktionsuntersuchungsräume.

Private Klinik für Herzchirurgie

Für den Bereich des ehemaligen französischen Kasernengeländes an der Franz-Lust-Straße, des sogenannten B-Geländes, wurde vom Gemeinderat die Aufstellung eines Bebauungsplans beschlossen. Die schon 1991 ins Auge gefassten Standortüberlegungen für die Herzklinik auf diesem Gelände hatten sich durch weiterführende Planungen als sinnvoll erwiesen. Der private Bauherr und spätere Betreiber hatte einen Bauantrag für dieses Projekt gestellt, der im Herbst 1993 positiv beschieden wurde.

Abklinganlage

Nach Beendigung der bautechnisch sehr aufwändigen Rohbauarbeiten im Dezember 1992 und anschließender achtmonatiger umfangreicher Montage der komplizierten technischen Installationen konnte die Anlage ihren Betrieb im August 1993 aufnehmen.

Kinderklinik am Durlacher Tor

Der zu erwartende Neubau der Kinderklinik zeigte seine Auswirkung auf die Fortführung der Modernisierungen in der alten Kinderklinik. Die vom Sozialministerium schon genehmigten, sehr kostenintensiven Sanierungsmaßnahmen in der Küche und der onkologischen Station wurden zurückgestellt. Um doch noch Verbesserungen in der ungenügenden bauli-

chen Situation bis zum Umzug in den Neubau zu erreichen, hatte das Regierungspräsidium geänderte Förderanträge für minimierte Sanierungen im Juni 1993 genehmigt.

1994

Gesamtplanung

Wie schon im Vorjahr war die Gesamtplanung vorrangig bestimmt von den Vorbereitungen des Architektenwettbewerbs für den Neubau der Kinder- und Frauenklinik. Sie behandelte nicht nur dessen Baugrundstück, sondern auch die Projektierung der neuen Haupteinschließung des Klinikums, die zeitgleich mit der Erstellung des Neubaus verwirklicht werden sollte. Einen weiteren wichtigen Part nahmen die Überlegungen zur Neuordnung der auf 200 Dependancen in allen Klinikgebäuden verteilten und unübersichtlichen Lagerhaltung sowie zur Platzierung eines Gebäudes für den zentralen Einkauf ein. Ergebnis war ein Zentrallager auf der inzwischen kaum mehr bewirtschafteten Fläche der Gärtnerei in der Südost-Ecke des Klinikareals, mit projektierte eigener Liefer-Zu- und Abfahrt von der Moltkestraße. Weiter im Gespräch blieb auch die Nutzung des sogenannten B-Geländes in der ehemaligen französischen Kaserne für Personalwohnungen und Parkplätze, die später dem Neubau der Kinder- und Frauenklinik zum Opfer fallen würden.⁵⁰

Zentralinstitut für Bildgebende Diagnostik

13 Monate nach Baubeginn, im Oktober 1994, gab das Ende der Rohbauarbeiten Anlass, das Richtfest zu feiern. Im Anschluss ging es gleich weiter mit dem Innenausbau und den haustechnischen Installationen. Wegen der Auswirkungen des seit 1. Januar 1993 in Kraft ge-

tretenen Gesundheitsstrukturgesetzes wurden trotz relativ weit fortgeschrittener Bauausführungen betriebsorganisatorische und bauliche Überlegungen angestrengt, den mit dem Neubau verbundenen Integrationsgedanken auch auf die Vielzahl der Notfallambulanzen im Klinikum zu übertragen. Auf Initiative der technischen Bau- und Betriebsdirektion wurde mit den späteren Nutzern die Diskussion geführt, durch die Konzentration der verschiedenen und klinikspezifischen Notfallambulanzen im Neubau eine zentrale Notfallaufnahme einzurichten. Diesen Vorschlag untermauerte auch ein Gutachten des Deutschen Krankenhausinstituts, worauf die Ausführung einer zentralen Notfallaufnahme in die weitergehende Planung aufgenommen wurde.⁵¹

Sanierung und Umbau Haus E

Die in der Gesamtplanung von 1985 und 1989 festgelegte Rotation von Funktionsbereichen sollte auch für frei gewordene Räume in Haus E nach Fertigstellung des Zentralinstituts für Bildgebende Diagnostik (ZIBID) erfolgen. Diese räumliche Neuordnung umfasste die bisher unzureichend untergebrachte chirurgische Endoskopie, die Erweiterung der chirurgischen Ambulanzen und die endgültige Unterbringung der Schmerzambulanz, die wegen des Anbaus des Neuen Zentrums an das Haus E verlegt werden musste.

Ein 1994 erarbeiteter und im Folgejahr vorgelegter Förderantrag für diese Maßnahmen sollte die unmittelbare Sanierung der zwei Ebenen des Hauses E nach Fertigstellung des Neubaus ZIBID gewährleisten.⁵²

Neubau Kinder- und Frauenklinik

In der Folge der Genehmigung des Raumprogramms für den Neubau der Kinder- und Frauenklinik durch das Sozialministerium entwi-

ckelte sich im politischen Raum eine heftige und kontroverse Diskussion über die bauliche Verwirklichung des Vorhabens. Mehrere Ausführungsmodelle wurden vorgeschlagen, die jedoch alle einer rechtlichen Beurteilung durch die Fachbehörden nicht standhielten. Die Entscheidung fiel schließlich doch auf die Durchführung eines einstufigen, beschränkten und anonymen Realisierungswettbewerbs mit vorgeschaltetem europaweitem, offenen Auswahlverfahren. Aus 100 Bewerbern aus ganz Europa wurden acht Teilnehmer, davon je einer aus England und Dänemark, zur Abgabe eines Wettbewerbsentwurfs ausgewählt. Nach einer nur dreimonatigen Bearbeitungszeit und einer anschließenden intensiven Vorprüfung durch die Technische Bau- und Betriebsdirektion konnte das Preisgericht im November 1994 die Arbeit eines Karlsruher Architekturbüros mit dem ersten Platz prämiieren.

Neonatologie

Die Schaffung eines Perinatalzentrums im Städtischen Klinikum war 1991 einer der Entscheidungsgründe für eine neue Kinderklinik. Da die Einrichtung einer neonatologischen Intensivstation bis zur Verwirklichung im Neubau fast noch zehn Jahre gedauert hätte, wurde aus verschiedenen Lösungsvorschlägen die kurzfristige Aufstellung von sechs Intensivplätzen für Risikofrühgeborene in der Frauenklinik im Haus C favorisiert.

Nach der Zustimmung des Landes begannen die Bauarbeiten für diese Einheit im Oktober 1994 in den ehemaligen OP-Räumen der Frauenklinik. Schon im Juli 1995 konnten die ersten frühgeborenen Kinder aufgenommen werden.

Parallel zu dieser Maßnahme wurde auch noch der alte Entbindungsbereich im Haus C für die Zeit bis zum Umzug in die neue Klinik gestalterisch und funktional verbessert.

Neurologische Intensivstation

Mit der Inbetriebnahme der Dialysestation in der I. Medizinischen Klinik in Haus B realisierte sich auch die im Gesamtplanungskonzept vorgesehene Zusammenführung der Dialysestationen im Städtischen Klinikum. Die dabei freigewordenen Dialyseräume in der Station D 12 waren für die Intensivtherapie der Neurologie bestimmt. Um die Engpässe in der Neurologischen Klinik zu mindern, wurden die notwendigen Umbaumaßnahmen sofort begonnen und nach vier Monaten im Herbst 1994 mit sechs Bettplätzen und zugehörigen Nebenräumen in Betrieb genommen.

Umwidmung Haus I und Sanierung Haus V

Mit Zurückstellung des Umbaus von Haus I für die Zahn-, Mund- und Kieferklinik war die Entscheidung für die künftige Nutzung noch nicht gefallen. Nach grundsätzlicher Zustimmung des Landes für den Verbleib der MKG-Klinik im Haus V und die notwendigen Sanierungs- und Erweiterungsmaßnahmen wurde deren Planung mit dem Ziel einer Beantragung von Fördermitteln in Angriff genommen.

Private Klinik für Herzchirurgie

Der Bau war so weit fortgeschritten, dass das Richtfest gefeiert werden konnte. Die zu Beginn der Planung projektierte Brücke über die Blücherstraße zur Eingangshalle des Zentralinstituts für Bildgebende Diagnostik, als Verbindung zwischen Herzklinik und kardiologischer Abteilung der II. Medizinischen Klinik, scheiterte an der Straßenbahnoberleitung in der Blücherstraße. Eine alternative Tunnelverbindung wurde durch einen Hauptsammler der Stadtentwässerung verhindert. Die Notwendigkeit einer direkten Verbindung hatte sich später als nicht notwendig erwiesen.

1995

Gesamtplanung

Der prämierte Entwurf des Wettbewerbs für die Kinder- und Frauenklinik hatte den baulichen Schwerpunkt des Städtischen Klinikums nach Norden verlagert. Was in der zeichnerischen Darstellung der Gesamtplanung nur als großer Punkt dargestellt war, hatte nun Gestalt angenommen und war greifbar für künftige Weiterentwicklungen.

Zentralinstitut für Bildgebende Diagnostik

Der größte Teil des Innenausbau und der technischen Einrichtungen wurde fertig gestellt, ebenso die Fassadenmontage, die Dacheindeckung und die Außenanlagen. Im Bereich der Zentralen Notfall-Aufnahme kam es bei den Ausführungsarbeiten zu einer Aufgabenerweiterung, die aber im Bauablauf zu keiner Verzögerung der Gesamtbaumaßnahme führte.⁵³

Neubau Kinder- und Frauenklinik

In enger Zusammenarbeit und intensiven Arbeitssitzungen mit den zukünftigen Nutzern wurde die Wettbewerbsplanung in mehreren Überarbeitungen den konkreten Nutzungsanforderungen der Fachbereiche und der Infrastruktur des Klinikums angepasst. Diese mit allen Teilnehmern abgestimmte Entwurfsplanung war Grundlage für die Ermittlung der Gesamtbaukosten und somit Voraussetzung für die Erstellung eines Antrags zur Förderung des Neubaus an das Sozialministerium.

Kinderklinik am Durlacher Tor

Trotz der Zusage für eine neue Kinderklinik durfte der Altbestand am Durlacher Tor bis zur

Fertigstellung des Neubaus nicht vernachlässigt werden. Die von den Landesbehörden 1993 genehmigte minimierte Sanierung der onkologischen Station konnte nach einjähriger Bauzeit in diesem Jahr durch zusätzliche Spendenmittel der Fördervereine in der Ausstattung und Gestaltung eine erhebliche Verbesserung für Patienten, Eltern und Personal erfahren. Im Erdgeschoss waren die Neueinrichtung eines zentralen Spielzimmers, die Umgestaltung der Pforte sowie räumliche Verbesserungen in der Kinderchirurgischen Ambulanz geplant. Die Ausführung dieser Maßnahmen war für das Folgejahr vorgesehen.

1996

Gesamtplanung

Die 1985 erarbeitete Gesamtplanung würde mit der Fertigstellung des Neuen Zentrums im kommenden Jahr erfüllt werden. Auch deren Fortschreibung aus dem Jahr 1989 stand mit dem Schwerpunkt des Neubaus der Kinder- und Frauenklinik vor der Umsetzung.⁵⁴

Das Jahr 1996 brachte eine Veränderung im Bereich der Bauabteilung im Städtischen Klinikum. Die TBBD teilte sich in die Betriebstechnik und die Karlsruher Planungsgesellschaft für Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens mbH (KAPEG). Die KAPEG als Tochtergesellschaft des Klinikums konnte von nun an auch Planungsaufgaben von außerhalb annehmen, die Hauptaufgabenbereiche waren jedoch weiterhin die Planungs- und Baumaßnahmen im Klinikum.

So stand in diesem Jahr die Weiterentwicklung des Klinikums nach Norden mit Überspringen der Knielinger Allee und Einbeziehung der Kleingärten auf dem Programm der Gesamtplanung. Die Arbeitsgruppe aus Geschäftsführung, Pflegedienstleitung und KA-

PEG erarbeitete die Leitlinien für das „Klinikum 2010“, die, wie 1985 und 1989, die Voraussetzung für die Genehmigung von zukünftigen Klinikprojekten bildeten. Ein wesentlicher Baustein dieses Konzepts war dabei die Zusammenführung der vier Schwerpunkte der Inneren Medizin unter einem Dach.

Die Gesamtplanung orientierte sich an der künftigen Entwicklungsachse Süd-Nord, an der sich die Kliniken und Institute als neuer Krankenhausbereich nördlich des Ost-West gerichteten Altbestandes konzentrieren werden. Dadurch war es gelungen, die alten Bauten, teilweise mit der neuen Anlage verbunden, zu erhalten und weiter medizinisch zu nutzen. Die peripheren Altbauten könnten künftig teil- und außerstationäre Aufgaben übernehmen.

Zentralinstitut für Bildgebende Diagnostik

Nach weitestgehender Fertigstellung des Innenausbaus im Sommer 1996 bezog als erste Abteilung die Neurochirurgische Klinik mit Sekretariat und Ambulanz im September den Neubau im Erdgeschoss. Es folgte kurz darauf die Schmerzambulanz, die in den Räumen der Notfall-Liegeplätze für die nächsten zwei Jahre provisorisch bis zur Fertigstellung der Umbauarbeiten im Erdgeschoss des Hauses E untergebracht werden sollte.

Neubau Kinder- und Frauenklinik

Nach intensiver Bearbeitung konnte der mit allen Nutzern abgestimmte Entwurf mit einer detaillierten Kostendarstellung dem Sozialministerium zur Überprüfung der Förderfähigkeit übergeben werden. Einen Hinweis auf die Größe des Neubauprojekts gab der Umfang der eingereichten Unterlagen: acht Ordner mit Plänen und 1.300 Seiten Erläuterungen und Kostenberechnungen.

Ein Wermutstropfen erreichte während der Bearbeitung des Förderantrags das Klinikum. Das Land beabsichtigte wegen der aktuellen Belegungs- und Fallzahlentwicklungen eine Verminderung der eingereichten Bettenzahl um 43 Plätze. Klinikum und Sozialministerium einigten sich schließlich auf eine Reduzierung um 19 Betten bei den Kindern. Um eine Veränderung des sehr komplexen Baukörpers der Kinder- und Frauenklinik zu vermeiden, unterbreitete die KAPEG den Vorschlag, in den freiwerdenden Flächen eine psychiatrische Tagesklinik für Kinder und Jugendliche unterzubringen. Das Raumprogramm für diese Einrichtung war schon im Zusammenhang mit dem Raumbedarf für eine Kinder- und Jugendpsychiatrische Klinik vom Sozialministerium genehmigt worden. Die Zustimmung zu dieser Lösung sicherte die änderungsfreie und termingerechte Weiterentwicklung des Projekts.

Sanierungen

Seit den 1960er-Jahren wurden in den alten Gebäuden kontinuierlich Sanierungen durchgeführt. Primär standen dabei die Modernisierungen der Krankenstationen im Vordergrund. Den jeweiligen Bedürfnissen und Möglichkeiten der Ausführungszeit entsprechend, war die Ausstattung der Stationen verbessert und aufgewertet worden. Allerdings fehlte bei den frühen Sanierungen, entsprechend dem allgemeinen Verständnis für alte Bauten in den 50er-, 60er- und 70er-Jahren, oftmals die Sensibilität im Umgang mit der alten Bausubstanz. Spätere zeitgemäße Ansprüche und Anforderungen machten dann die früh sanierten Bereiche wiederholt erneuerungsbedürftig.

Ab 1980 fand nun ein Umdenken bei der Durchführung von Sanierungen in den Altbauten statt. Die konsequente Erneuerung und Modernisierung der Patientengebiete geschah auf der Basis des Rückbaus auf den Roh-

bauzustand und den komplett neuen Ausbau im baulichen und haustechnischen Bereich. Dabei wurde besonders die Wertigkeit der Altbauten bei der räumlichen und gestalterischen Ausformung der Funktionsbereiche beachtet und ihre Wirkung auf die Patienten hervorgehoben.

Ab 1996 lief ein Sonderbauprogramm an, das die Pflegebereiche, deren Sanitärausstattung als nicht mehr zeitgemäß betrachtet werden konnte, soweit als möglich mit den Zimmern zugeordneten Nasszellen ausstattete. Die Ausführung erfolgte gemäß einer Prioritätenliste sukzessiv in den nachfolgenden Jahren.

Sanierung und Erweiterung Haus V

Die Planung für die Sanierung und Erweiterung sah einen Neubau mit 27 Betten in ebenengleicher Anbindung an die übrigen zu sanierenden Einrichtungen der Klinik im Erdgeschoss vor. In dem Anfang des Jahres 1996 eingereichten Förderantrag waren auch schon die zu einem späteren Zeitpunkt projektierte Sanierung des zweiten Obergeschosses und der Umbau des Treppenhauses mit einem neuen Aufzug enthalten.

Sanierung und Umbau Haus E

Nach fast 30-jähriger Betriebszeit war die dringende Sanierung im Haus E Anlass, eine Planung zu erarbeiten, die verbunden mit notwendigen Umbaumaßnahmen als Förderantrag Anfang des Jahres 1996 dem Sozialministerium zur Prüfung und Genehmigung vorgelegt wurde. Die Freigabe der Förderung eines 1995 eingereichten Antrags zu Sanierung und Umbau des Hauses E im Anschluss an das Neue Zentrum (ZIBID) stand noch aus. Ungeachtet dessen wurden die Planungen weitergeführt, um sofort nach der Genehmigung mit der Realisierung beginnen zu können.

Klinik für Strahlentherapie:

Umbau und Erweiterung 3. Linearbeschleuniger

Nach dem Umbau des alten Kobaltbestrahlungsraumes ab Frühjahr 1996 mit umfangreichen zusätzlichen Strahlenschutzmaßnahmen für den zweiten kleinen Linearbeschleuniger konnte die sehr patientenfreundlich gestaltete Raumgruppe im Herbst 1996 den Nutzern übergeben werden.

Die Förderzusage des Landes für den dritten, den großen Linearbeschleuniger, gab den Startschuss für die Ausführungsplanung eines weiteren Anbaus an die Klinik für Strahlentherapie. Schon die Entwurfsplanung für den ersten Linearbeschleuniger 1983 war bestimmt von der besonderen psychischen Situation, in der sich krebskranke Menschen im Allgemeinen befinden und hier im Besonderen bei der Therapie in einem hermetisch abgeschirmten Bestrahlungsbunker. Der vor 13 Jahren leider vergebliche Versuch, das Verlassenheitsgefühl der Patienten hinter den bis zu 1,5 m dicken Spezialbetonwänden und der schweren Strahlenschutztür wenigstens durch ein Sichtfenster zu den Menschen im Schaltraum zu mildern, hatte die Planer der KAPEG nicht ruhen lassen, noch weiterreichende und damals kaum vorstellbare Wege der Öffnung des „Strahlungsbunkers“ zu beschreiten. Die Kernaussage des neuen Entwurfs hatte auch die Zustimmung der Landesbehörde und wurde ab November 1996 in dieser Form erstmalig in Deutschland umgesetzt: ein Strahlentherapieraum mit Fenstern und damit direktem Außenraumbezug.⁵⁵

Ver- und Entsorgungszentrum

Die seit zwei Jahren laufenden planerischen Überlegungen für das Ver- und Entsorgungszentrum waren 1996 so weit fortgeschritten, dass ein Entwurf vorlag, der in einem ersten Bauabschnitt eine Lagerhalle und eine zentrale

Warenannahme auf dem nicht mehr bewirtschafteten und seit der Zielplanung 1985 dafür vorgesehenen Gelände der Gärtnerei vorsah. Die Zufahrt zu diesem Gebäude sollte über eine neue Einfahrt von der Moltkestraße aus erfolgen und damit die Hauptpforte an der Kußmaulstraße vom Lieferverkehr entlasten.⁵⁶

1997

Gesamtplanung

Die Planungsperspektive wurde gegenüber dem Vorjahr erweitert. „Klinikum 2020“ lautete der Arbeitstitel unter dem die Zielplanung weiterbearbeitet und verfeinert wurde.

Zentralinstitut für Bildgebende Diagnostik

Bereits Ende 1996 waren die ersten Nutzer in den Neubau eingezogen. Ab Jahresbeginn 1997 folgten nach und nach die anderen Abteilungen, so dass im Juni die Feier zur offiziellen Inbetriebnahme mit zahlreichen Gästen erfolgen konnte. Ein anschließender „Tag der offenen Tür“ zeigte der Bevölkerung die zahlreichen Funktionsstellen des „Neuen Zentrums“: Zentralinstitut für Bildgebende Diagnostik, Zentrale Notaufnahme, Herzkatheterlabor, Neurochirurgische Ambulanz und, zeitlich begrenzt im Bereich für Liegeplätze der Notfallaufnahme bis zur Fertigstellung der Umbaumaßnahmen im Haus E, die Schmerzzambulanz.⁵⁷

Neubau Kinder- und Frauenklinik

Der im Vorjahr eingereichte Förderantrag wurde mit einem erfreulich hohen Förderbetrag in das Krankenhausbauprogramm 1997 aufgenommen. Intensive Planungsgespräche zwischen Nutzern, Geschäftsführung und Planern entwickelten den Entwurf in mehreren Schrit-

ten immer weiter und führten im Vergleich zu dem Entwurf des Wettbewerbs zu erheblichen Veränderungen in der betriebsorganisatorischen Ausbildung der Funktionsbereiche.

Der für das Folgejahr vorgesehene Baubeginn hatte mit dem begonnenen Abbruch der auf dem Baugelände stehenden Wohngebäude schon seine Schatten vorausgeworfen. Eine spektakuläre Situation hatte sich durch einen Polizeieinsatz ergeben, bei dem die letzte Wohnung, deren Mieter sich weigerte, das schon teilweise abgebrochene Haus zu verlassen, zwangsweise geräumt werden musste.

Zentralsterilisation

Der schon im Jahr 1990 eingereichte Förderantrag zur Sanierung der 1967 in Betrieb genommenen Zentralsterilisation wurde 1996 von den Förderbehörden bewilligt. 1997 beginnend, sollten in mehreren Bauabschnitten und über drei Jahre verteilt eine Erweiterung in den Altbereich des Hauses C, eine Verbesserung der Betriebsabläufe, die Ausweitung der Leistung und die Erneuerung der gesamten Raumlufttechnik zur Ausführung kommen. Da eine Auslagerung der Sterilisation auf Grund der Größe und Leistungsfähigkeit der Anlage ausgeschlossen war, mussten die Bauarbeiten im laufenden Betrieb organisiert werden. Die detaillierte Planung des Bauablaufs verlangte von den Bauausführenden einen hohen Einsatz vor Ort und von den Beschäftigten viel Verständnis während der Bauzeit. Trotz der schwierigen Bedingungen beim Bauen in einem sterilen Bereich kamen die Arbeiten nach über 50 einzeln hygienisch abzuschottenden Bauabschnitten zwei Jahre später zum Abschluss.

Ver- und Entsorgungszentrum

Aufgrund des Interesses einer Großhandelskette Anfang 1997 am Grundstück auf dem



Das Neue Zentrum mit Hubschrauberlandeplatz auf dem Dach. Links das Haus E, rechts das Haus D, 2000.

die Klinikwäscherei an der Borsigstraße stand, beauftragte die Geschäftsführung die KAPEG kurzfristig, in einer Machbarkeitsstudie die Umsetzung der Zentralwäscherei ins Klinikareal zu überprüfen. Schon in der Zielplanung von 1985 war das Grundstück der Gärtnerei in der Ecke Moltke- und Kußmaulstraße für die Errichtung eines Ver- und Entsorgungszentrums vorgesehen. In Zusammenarbeit mit Fachplanern entstand ein Entwurf, der Lagerhalle und zentrale Warenannahme mit der Wäscherei in einem Neubau kombinierte und den Anschluss an das bestehende Tunnelsystem berücksichtigte.

Die Zustimmung der städtischen Ämter zu einer eigenen separaten Zufahrt an der Moltkestraße bedeutete eine wesentliche Voraussetzung für die Funktionstüchtigkeit des Ver-

und Entsorgungszentrums und eine Befreiung des klinischen Bereichs vom Transportverkehr. Mit der Zustimmung des Aufsichtsrats zur angedachten Lösung wurde die Planung bis Jahresende fertig gestellt.⁵⁸

1998

Gesamtplanung

Aus der Zielplanung „Klinikum 2020“ wurden die ersten Projektplanungen in Angriff genommen: Erweiterung der HNO-OP-Gruppe zu einer OP-Abteilung für die von 1972 wieder aufgenommene Idee der Zusammenführung der Kopfdisziplinen sowie die um eine Wäscherei erweiterte Planung des Zentrallagers.

Im Zusammenhang mit der schon 1957 angedachten und in den Gesamtplanungen ab 1985 wieder aufgegriffenen Verlegung des Haupteinganges Kußmaulstraße nach Norden hatten sich erste Überlegungen für ein zentrales Eingangsgebäude zwischen den Häusern H, C, E und D ergeben.⁵⁹

Neubau Kinder- und Frauenklinik

Im Juni hatten sich die Planungen soweit gefestigt, dass die Baugenehmigung beantragt werden konnte. Teil des Bauantrags war auch eine Tiefgarage im zweiten Untergeschoss des Hauses, deren Verwirklichung zu diesem Zeitpunkt noch abhängig war von den Ergebnissen der späteren Rohbauausschreibung.

Als Zeichen für den absehbaren Baubeginn konnten im Juli 1998 zahlreiche Gäste miterleben, wie Sozialminister Vetter, Oberbürgermeister Prof. Dr. Seiler und der Aufsichtsratsvorsitzende Bürgermeister Eidenmüller den

ersten Spatenstich für eines der größten öffentlichen Bauvorhaben in Karlsruhe und den größten Neubau des Klinikums seit dessen Bestehen ausführten.

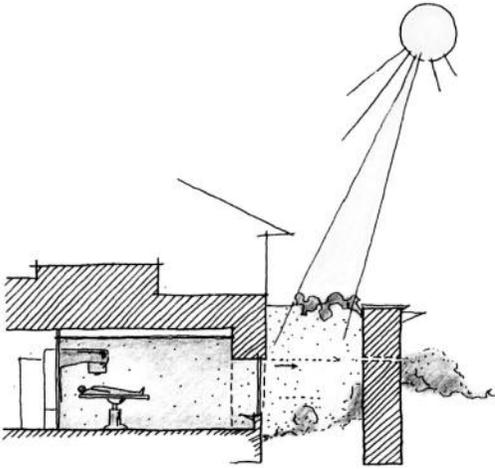
Klinik für Strahlentherapie: Umbau und Erweiterung 3. Linearbeschleuniger

Die nach eineinhalb Jahren Bauzeit fertig gestellte Anlage konnte im Februar 1998 den Nutzern zur Aufnahme des Probebetriebs übergeben werden. Dem erfolgreichen Probelauf folgte im Dezember die offizielle Einweihung des Bestrahlungsraums mit zugehörigem Schalt- raum sowie Untersuchungsraum, Anmeldung und Wartebereich.

Die besondere Herausforderung bei der Planung galt dabei der ganzheitlichen Betrachtung des Menschen in seiner von der Schwere der Erkrankung geprägten psychischen und physischen Verfassung und seiner vermeintlichen Bedrohung durch die geballte Technik



Blick in den 1998 eingeweihten Bestrahlungsraum mit Aussicht ins Grüne. Der dazugehörige Lichthof war die erste Ausführung dieser Art in Deutschland.



Querschnitt durch den Bestrahlungsraum und den Lichthof.

der Apparatemedizin und der räumlichen Situation im „Strahlenbunker“. Die Strahlenschutzverordnung forderte allseitig geschlossene Strahlentherapie Räume mit bis zu 1,5 m dicken Wänden aus Spezialbeton. In ihrer historischen Entwicklung waren solche Räume im Allgemeinen in Unter- oder Sockelgeschossebenen platziert. Der Begriff „Strahlenbunker“ war nachvollziehbar und drückte gleichzeitig das Verlässlichkeitsgefühl aus, das der Patient erlebt, wenn sich die schwere Strahlenschutztür schließt. Der außergewöhnliche Eindruck beim Betreten des neuen Bestrahlungsraums war die Aussicht ins Grüne. Eine Fensterfront über die gesamte Raumlänge ließ Licht und Sonne in den Raum und erlaubte den Einblick in einen Innenhof mit üppiger Bepflanzung. Was zunächst einfach klingt, war das Ergebnis umfangreicher Untersuchungen über die Wirksamkeit des Strahlenschutzes bei Verschieben einer Außenwand und damit Schaffung eines Lichthofes. Das Ergebnis ließ sich im wahrsten Sinne sehen und war nach einem Schweizer Vorbild die erste Ausführung dieser Art in Deutschland.⁶⁰

Ver- und Entsorgungszentrum

Nach der Erteilung der Baugenehmigung wurden die Ausführungsplanungen erarbeitet und die Ausschreibungsunterlagen erstellt. Die Gärtnerei hatte inzwischen das Gelände geräumt und war mit den Personalräumen in das Haus I gezogen.

Stroke Unit (Schlaganfall-Spezialeinheit)

Die nach Fertigstellung des ZIBID umgezogenen Abteilungen Röntgendiagnostik und Angiographie machten Räume im Haus D frei. Für deren Umnutzung fanden seit 1996 Überlegungen zur Einrichtung einer Spezialstation für Schlaganfallpatienten, einer Stroke Unit, statt.

Nach ersten Vorentwürfen 1997 und der Zustimmung der Kostenträger Anfang 1998 konnten die intensiven Planungen für sechs Bettplätze mit Anbindung an die neurologische Intensivstation D 12 als Bauantrag eingereicht werden.⁶¹

1999

Neubau Kinder- und Frauenklinik

Mit dreimonatiger Verspätung wegen des Einspruchs eines Bieters bei der Vergabekammer Baden-Württemberg konnte im März 1999 der Rohbauauftrag vergeben werden.

Die Arbeiten gingen zügig voran, so dass im November auf dem schon fertigen Tiefgaragengeschoss und im nahezu fertigen Untergeschoss von Oberbürgermeister Fenrich und Dr. Kohler vom Sozialministerium vor zahlreichen Gästen und Planungsbeteiligten eine kupferne Kasette mit verschiedenen Dokumenten in den Grundstein eingemauert werden konnte.⁶²

Ver- und Entsorgungszentrum

Nach intensiver Ausführungsplanung und Bauvorbereitung konnte der beauftragte Generalunternehmer im August 1999 mit den Ausführungsarbeiten beginnen. Die zügig fortschreitenden Bauarbeiten wurden am zweiten Weihnachtsfeiertag vom Orkan „Lothar“ gebremst. Das Dach der Halle fiel den Naturgewalten zum Opfer, so dass sich der Innenausbau um vier Wochen verzögerte.

Stroke Unit

(Schlaganfall-Spezialeinheit)

Nach Freigabe der Finanzierung konnten die Abbrucharbeiten in den freigemachten Räumen des Hauses D beginnen. Die interne Lage des Umbaubereichs, die Nachbarschaft der Intensivstation D 11 und der notwendige Eingriff in die neurologische Intensivstation erschwerten sowohl die Baumaßnahmen als auch den weiterlaufenden Betrieb in den angrenzenden Bereichen. Trotz aller Unannehmlichkeiten konnte schon im November 1999 die neue neurologische Spezialereinheit D 14 in Betrieb gehen.

Kopfklirik

Mit der Zusammenlegung der Kopfdisziplinen HNO-, MKG- und Augenklirik in einen räumlichen Zusammenhang wurde die alte Idee von 1972 wieder aufgenommen. Sie sollte die Qualität gegenüber der bestehenden dezentralen Situation sowohl für Patienten und Besucher als auch für die Mitarbeiter wesentlich verbessern. In Zusammenarbeit mit den zukünftigen Nutzern wurde ein Raumprogramm und ein darauf basierender erster Entwurf erarbeitet, der nach weiteren vertiefenden Schritten als Förderantrag im Folgejahr dann auch eingereicht wurde.

Umbau und Sanierung der Stationen

B 12 und B 22

Seit dem Umzug des Zentral-Röntgen-Instituts in das neue Zentralinstitut für Bildgebende Diagnostik im Frühjahr 1997 waren die Räume der B 12 ungenutzt. Der Umbau und die Sanierung dieses Bereichs sollten Platz schaffen für die Rückführung der 1990 in das Haus I ausgelagerten internistischen Station. Die Freimachung des Hauses I war Voraussetzung für die in der Gesamtplanung projektierte Zusammenführung der Kopfdisziplinen. Zusammen mit der B 12 war auch die dringend erforderliche Sanierung der darüber liegenden Station B 22 vorgesehen. Entsprechende Förderanträge wurden beim Sozialministerium vorgelegt.

Grünanlagen

Ab Jahresbeginn war es Mitarbeitern nicht mehr erlaubt, ihre Kraftfahrzeuge im Klinikgelände zu parken. Daher bot sich die Gelegenheit, die frei gewordenen Parkplätze vor Haus A in eine Grünanlage mit Sitzmöglichkeiten für Patienten und Besucher umzugestalten. Die Degradierung des historischen Eingangsplatzes in eine Autoabstellfläche war aufgehoben und die im Sommer gern genutzten Sitzbänke bewiesen die Beliebtheit dieses Platzes an der Sonne.

2000*Neubau Kinder- und Frauenklirik*

Im Juni war der Rohbau fertig gestellt. Die Größe des Projekts war jetzt offensichtlich und erregte nicht nur bei den Mitarbeitern Aufsehen. Jetzt begann die Zeit der umfangreichen Ausbauarbeiten, die ein Vielfaches der Zeit des Rohbaus einnehmen würden.

Ver- und Entsorgungszentrum

Der milde Winter begünstigte die Fertigstellung, so dass schon im Juni und Juli die Wäschereimaschinen aufgestellt werden konnten. Nach einer mehrmonatigen Einlaufphase waren alle Nachbesserungen vorgenommen und der Funktionsablauf eingespielt. Einen Monat später war die bauliche Hülle des benachbarten Zentrallagers fertig gestellt, und es folgte der Einbau der Lagerregalsysteme.⁶³

Verwaltung

Die seit Jahren bestehende Platznot bei Verwaltung, Schulen und innerbetrieblicher Fortbildung verlangte nach zusätzlichen Räumen. Die Anmietung von Gebäuden in unmittelbarer Nähe des Klinikums scheiterte an der Unzulänglichkeit der Räume oder an zu hohen Mietkosten. Auch ein Anbau an Haus Y war durch die hohen Investitionskosten problematisch. Das Gesamtplanungskonzept ließ erkennen, dass in den nächsten Jahren durch die Fertigstellung der in Planung oder Bau befindlichen Neubauten an vielen Stellen Bereiche frei würden, die durch entsprechende Einbindung in die Gesamtplanung nach und nach Entlastung für die Verwaltung brächten. Als erster Schritt wurde während des Jahres 2000 die seit zwei Jahren leerstehende ehemalige Röntgenstation B 14 für das Ressort Patientenservice umgebaut. Bei der Planung war eine nicht auszuschließende spätere Nutzung als Pflegebereich berücksichtigt worden.

Speisenversorgung

Das Alter der Kücheneinrichtung, neue gesetzliche Regelungen bei Speisenproduktion und -verteilung und die Zunahme der Essensteilnehmer nach Inbetriebnahme der Kinder- und Frauenklinik waren Kriterien für Planungs-

überlegungen zur räumlichen und organisatorischen Umgestaltung der Speisenversorgung im Klinikum.

2001

Neubau Kinder- und Frauenklinik

Alle Ausbauarbeiten wurden fortgesetzt. Zwei neue Anschlüsse an das bestehende Tunnelssystem des Klinikums erlaubten schon den unterirdischen Zugang zum Neubau. Im Laufe des Jahres fanden immer wieder Besichtigungen mit Mitarbeitern statt, um ihnen schon frühzeitig ihren zukünftigen Arbeitsplatz zu erläutern und nahe zu bringen.

Ver- und Entsorgungszentrum

Nach der Einweihung im Juli konnte ein interessiertes Publikum am Tag der offenen Tür das fertig gestellte „Logistikzentrum“ besichtigen. Die Wäscherei konnte jetzt dank einer nach den neuesten Entwicklungen konzipierten Waschstraße mit vollelektronischer Steuerung weitaus rationeller die großen Mengen an Schmutzwäsche bewältigen, die täglich im Klinikum anfielen.

Das zentrale Lager war im Neubau in der Lage, die zahllosen Warenströme zu bündeln und, im Gegensatz zu früher, gezielt und wirtschaftlich einzusetzen und zu verteilen.⁶⁴

Kopfkrank

Das im Vorjahr eingereichte und durch weitere Erhebungen zum Flächenbedarf vervollständigte Raumprogramm erfuhr die grundsätzliche Zustimmung des Sozialministeriums. Ende des Jahres konnte ein umfassender Förderantrag zur schrittweisen Realisierung des Vorhabens beim Ministerium eingereicht werden. Die



Der 2002 neugestaltete Innenhof zwischen Haus C und Haus B lädt die Patienten zum Verweilen ein.

Planung sah die Zusammenführung der Kopfdisziplinen in den Häusern H und I und einem Erweiterungsbau nach Norden vor. Maßnahmen zur sukzessiven Verlegung der Nutzungen aus dem Haus I in andere Bereiche des Klinikums waren teilweise bereits ausgeführt.

Umbau und Sanierung der Stationen B 12 und B 22

Während der laufenden Sanierung der beiden Stationen wurden auf der Basis der von einer Arbeitsgruppe ermittelten Kriterien jeweils einige Zimmer als sogenannte Wahlleistungszimmer konzipiert. Diese Einzelzimmer mit komfortabler ausgestatteten Bädern und zusätzlichen Einrichtungsgegenständen unterlagen einem gehobenen Abrechnungsmodus

und versprachen eine erweiterte Einnahmefähigkeit für das Klinikum.

Tunnelverbindung zwischen Haus B und C

Durch die Verlagerung der ehemaligen Röntgenabteilung in das Neue Zentrum im Haus R war die Röntgenuntersuchung für die Patienten aus dem Haus B mit weiten und für den Patiententransport nicht geeigneten Wegen durch das Tunnelsystem verbunden. Der schon drei Jahre zuvor beantragten Förderung für eine direkte Tunnelverbindung zwischen den Häusern B und C wurde im Mai 2001 zugestimmt, so dass mit den vorbereitenden Arbeiten nach Erteilung der Baugenehmigung im Oktober begonnen werden konnte.

2002

Neubau Kinder- und Frauenklinik

Das ganze Jahr war ausgefüllt mit weiterführenden Ausbaurbeiten. Der ursprünglich angestrebte Fertigstellungstermin im September konnte wegen verschiedener Insolvenzen, nicht nur bei ausführenden Firmen, sondern auch bei Ingenieurbüros, nicht eingehalten werden. Die Arbeitsgruppen der Umzugs- und Organisationsplanung waren dabei, ihre Konzepte auszuarbeiten, damit der Umzug der Kinder und Frauen von ihren alten Bereichen in den Neubau Ende des ersten Halbjahres 2003 problemlos laufen konnte.⁶⁵

Gesamtplanung

Haus E-Flachbau und Alt-OPs

Als 1984 die seit 1967 bestehenden vier chirurgischen OPs um sechs neue Operationsräume erweitert wurden, war in einem zweiten Bauabschnitt die Generalsanierung der alten OPs vorgesehen. Im Rahmen der fortgeschrie-

benen Gesamtplanung erhielten die Baumaßnahmen im Klinikum andere Prioritäten, so dass die OP-Sanierung immer wieder zurückgestellt wurde. Im Jahr 2002 gingen die betriebsorganisatorischen Erkenntnisse von den Überlegungen aus, die gesamte OP-Kapazität des Klinikums (mit Ausnahme der Kinder- und Frauenklinik) zur Ausnutzung von Synergieeffekten unter gleichzeitiger Berücksichtigung des ambulanten Operierens im Haus C zu konzentrieren. Die anstehende Sanierung der Alt-OPs musste deshalb in engem Zusammenhang mit der Sanierung des Flachbaus des Hauses E gesehen werden. Es ergab sich die Notwendigkeit einer vollkommenen Überarbeitung der Planung der Bauteile in Haus C und E.

Die alten Förderanträge wurden auf Grund dieser neuen Überlegungen zurückgenommen und die Flächen in Haus C und E für die veränderten Nutzungen neu verteilt.

In Haus E-Flachbau waren vorgesehen: die Neuordnung der Urologie, die Erweiterung der Zentralen Notaufnahme, die Neuordnung der chirurgischen Ambulanzen und die Einrichtung einer Zentralen Endoskopie.



Das Klinik-Logistik-Center und die Zentralwäscherei, Foto 2001.

In Haus C/OP-Schiene gab es Überlegungen für die Neuordnung und Konzentration aller OPs, die Ergänzung und Erweiterung der Intensivstation durch eine IMC-Station sowie die Einrichtung eines ambulanten Operationsbereichs. Nach Abschluss der Bauplanung für diese Neuordnung wurde ein Förderantrag erarbeitet und zur Genehmigung eingereicht.

Tunnelverbindung Haus B und C

Die Ausführung des Tunnels in drei Bauabschnitten stellte sowohl den Zugang zu den beiden Häusern B und C als auch die mittlere Durchfahrtsachse für den Klinikbetrieb während der Bauzeit sicher. Zeitgleich mit den Ausbauarbeiten im Tunnel wurde die Gartenanlage in Annäherung an die ursprüngliche historische Gestaltung neu hergerichtet. In diesem Zusammenhang konnten auch die neuen Vorschriften für die Aufstellflächen der Feuerwehrfahrzeuge zur Ausführung kommen.

Speisenversorgung

Unabhängig von den weiteren Untersuchungen über die zukünftige Speisenversorgung im Klinikum wurde begonnen, mit der Sanierung der Sanitäreinrichtungen und der Erweiterung des Platzangebotes in der Mitarbeiterkantine die dringlichsten Probleme in diesem Bereich zu beheben.

2003

Neubau Kinder- und Frauenklinik

Nach vier Jahren Bauzeit konnten am 3. Juli die Frauen aus den seit 1907 genutzten Räumlichkeiten der Frauenklinik im Haus C in die neue Klinik an der Kußmaulstraße umziehen.

Vier Tage später war für die Kinder der große Tag. Es gab aufregende Momente für diejenigen, die als Erste die neuen Zimmer im Neubau beziehen durften. Urkunden für die kleinen Patienten dokumentierten ihnen dieses nicht alltägliche Erlebnis.

Trotz aller Freude über die neue Klinik geschah der Umzug bei manchen Mitarbeitern auch mit einem weinenden Auge. Die alte Kinderklinik hatte zwar viele Schwächen, aber auch eine eigene Atmosphäre. In den 83 Jahren ihres Bestehens blieb sie immer ein Ort der Vertrautheit für die kranken Kinder, vielleicht gerade deshalb, weil sie nicht als Krankenhaus gebaut worden war.

Dem Umzug vorausgegangen war eine 16-monatige detaillierte Organisationsplanung, die sicherstellte, dass die Versorgung der kleinen Patienten bis zum letzten Tag im alten und ab dem ersten Tag im neuen Haus zu 100 % garantiert war. Entsprechend der Vorbereitung verlief der Umzug mit Hilfe von Polizei, Rettungsdiensten und Mitarbeitern der Klinik reibungslos.

Die Bauausführungszeit im Neubau war begleitet von verschiedenen baulichen Handicaps. Firmeninsolvenzen und mangelhafte handwerkliche Ausführungen machten es allen Beteiligten nicht leicht, das festgelegte Ziel zu erreichen. Aber die gemeinsamen Bemühungen ermöglichten die Fertigstellung des bisher größten Bauvorhabens des Klinikums und eines der größten der Stadt Karlsruhe.

Mit der Inbetriebnahme des Neubaus war der letzte große Baustein der Zielplanung aus dem Jahr 1985 und der Wunsch vieler engagierter Wegbereiter aus dem Gemeinderat realisiert worden.

In dem langgezogenen Hauptgebäude entlang der Kußmaulstraße waren Untersuchungs- und Behandlungsbereiche, Operationsräume, Spezialpflege, die Kinderkrankenpflegeschule, Schule für kranke Kinder und sonstige Service-



Die Bettenhäuser des Zentrums für Kinder und Frauen, 2003.

einrichtungen untergebracht, zwei angebundene Bettenhäuser beherbergten die allgemeinen Pflegebereiche der drei Kliniken.

Insgesamt standen der Pflege 262 Betten – unterteilt in 82 für Gynäkologie und Geburtshilfe, 135 für Kinder- und Jugendmedizin, 45 für Kinderchirurgie – zur Verfügung. Dazu kamen zwölf Plätze für die Tagesklinik der Kinder- und Jugendpsychiatrie. Das Grundmodul im Pflegebereich bildete das Zweibett-Zimmer mit zugeordneter, bereichsspezifischer Sanitärausstattung.

Das dreigeschossige Gebäude mit einem Untergeschoss umfasste ca. 1.000 Räume mit 13.000 m² Nutzfläche und war in seiner Größe vergleichbar mit einem Kreiskrankenhaus. In einer Tiefgarage im zweiten Untergeschoss hatten 175 PKW Platz. Das Kernstück des „Mutter-Kind-Krankenhauses“ als wesentliches Entscheidungsmerkmal für den Neubausetzte sich im ersten Obergeschoss aus den Bausteinen OP-Abteilung, Entbindung mit Sectio-OP und Kinderintensivstation mit

Neonatologie zusammen. Durch diese unmittelbare Nachbarschaft der Abteilungen war im Falle einer Risikoentbindung die sichere Versorgung von Mutter und Kind gewährleistet.

Die konstruktive Ausbildung des Gebäudes war bestimmt von der Notwendigkeit, geänderten zukünftigen Anforderungen im medizinischen, pflegerischen und organisatorischen Bereich baulich flexibel begegnen zu können. Der Einsatz unterzugsfreier Flachdecken, getragen von einem weiträumigen Stützenraster aus Stahlbeton und einem raumbildenden System aus Gipskartonwänden würde im Bedarfsfall eine verhältnismäßig einfache räumliche Veränderung möglich machen, ohne Eingriff in die tragende Baukonstruktion.

Bei der Ausführung war es allen Planungsbeteiligten wichtig, durch die räumliche Ausbildung und Auswahl der Materialien den Patienten, Frauen wie Kindern, in ihrer Ausnahmesituation eine vertraute häusliche Umgebung zu vermitteln und sterile Krankenhausatmosphäre zu vermeiden.



In den hellen, lichtdurchfluteten Zimmern können die Patienten dank der großflächigen Fenster auch den Außenraum erleben, 2003.

Umbau und Sanierung Stationen B 12 und B 22

Im Januar 2003 konnte die radioonkologische Station in die fertig gestellte Station B 12 einziehen, gefolgt von der B 22, die im März für die Innere Medizin bezugsfertig war.

OP-Module

Da die Planungskonzepte für die Bereiche der Alt-OPs hinter dem Haus C noch nicht abgeschlossen waren und die gesetzlichen Bestimmungen keinen Aufschub bei der Ausführung der Sanierung mehr duldeten, wurde für die Zeit der Planung, Genehmigung und Ausführung nach einer Ersatzlösung für die notwendige OP-Kapazität gesucht und in Form von OP-Raum-Modulen in Fertigbauweise gefunden. Nach der Beauftragung im Januar 2003 wurden Ende April elf Raumzellen innerhalb eines Tages auf das konventionell errichtete Technikgeschoss per Autokran aufgesetzt.

Drei neue OP-Räume konnten die Aufgabe der inzwischen außer Betrieb genommenen

OP-Säle 1–4 bis zur Verwirklichung des neuen Konzepts übernehmen.⁶⁶

Verwaltung

Mit dem Freiwerden der ehemaligen Frauenklinik wurden im Rahmen der Zielplanung für die Häuser A und C verschiedene Belegungsvarianten für das Haus C untersucht. Priorität erhielt dabei die Notwendigkeit, das Haus I für den projektierten Umbau in ein Bettenhaus für die Kopfklinik freizumachen und die beiden noch dort eingerichteten Ressorts (Ressort Wirtschaft und Dienstleistungen (RWD), heute Dienstleistungszentrum Versorgung und Logistik (DLZ-VL) sowie Ressort Technik und Bauinstandhaltung (RTB)) an anderer Stelle unterzubringen. Die Möglichkeit, den kompletten Ostflügel von Haus C für die Verwaltung umzubauen und zu sanieren, erschien zu der Zeit noch nicht sinnvoll, da die Stationen C 14 und C 12 bis zur Fertigstellung der Kopfklinik noch mit Betten der Augenklinik belegt waren.

Im Herbst fiel die Entscheidung, das erste Obergeschoss der ehemaligen Frauenklinik für eine Interimsnutzung durch RTB und RWD (heute DLZ-VL) herzurichten. Die Umsetzung erfolgte daraufhin im Folgejahr.

Speisenversorgung

Nach acht Monaten Bauzeit konnten im Frühjahr die Arbeiten an der Erweiterung des Sitzplatzbereichs der Mitarbeiterkantine im Haus F abgeschlossen werden. In dem neuen Platzangebot war auch die Einrichtung einer großen Toilettenanlage eingeschlossen.

Die Vergrößerung des Sitzbereichs war im Zusammenhang mit der neuen Kinder- und Frauenklinik zu sehen, die ca. 400 mehr Mitarbeiter ins Areal gebracht hatte.

2004

Gesamtplanung

Zur Fortschreibung und Aktualisierung der zukünftigen baulichen Entwicklung im Städtischen Klinikum war die Einarbeitung der Erkenntnisse der letzten Jahre in die Zielplanung 2020 vorgenommen worden.

Neubau Kinder- und Frauenklinik Zentrum für Kinder und Frauen

Der Betrieb im neuen Klinikbau ging für die Mitarbeiter nach einer Eingewöhnungsphase in Routine über. Zur Sicherung festgestellter baulicher Mängel musste an der Ostfassade des Hauptgebäudes ein Schutzgerüst aufgestellt werden. Ein Ende der Sicherungsmaßnahme war nicht abzusehen, da noch umfangreiche gutachterliche Untersuchungen vor der endgültigen Entscheidung über den abschließenden Lösungsweg erstellt werden mussten.

Zentrale Endoskopie

Die Ergebnisse der eingesetzten Arbeitsgruppe und die in der Zielplanung von 2002 vorgegebenen Bereiche im ersten Untergeschoss und im Erdgeschoss von Haus C und E waren die Grundlage für die Ausarbeitung eines Förderantrags für die Zentrale Endoskopie und angrenzende Bereiche.

Auf der für die Endoskopie vorgesehenen Fläche in Haus E wurden zu Gunsten der zu erwartenden positiven synergetischen Effekte alle dezentralen Endoskopie-Räume aus Haus B, C und D sowie aus der Zentralen Notfallaufnahme (ZNA) zusammengeführt. Im baulichen Zusammenhang mit dem Umbau für die Endoskopie stand die Verlagerung der Unfallchirurgie an die Ostseite. Bestandteil des Förderantrags war auch die Verwirklichung des letzten Teilbereichs der Zentralen Notfallaufnahme: Diensträume und Personalumkleiden, die auch den Mitarbeitern der Zentralen Endoskopie und der Unfallchirurgie dienen konnten.⁶⁷

Kopf klinik

Nach der Bestätigung der Förderung für den ersten Realisierungsschritt (Umbau Haus I und Verbindungsbau zu Haus H) im Vorjahr war mit dem Rückbau der Einbauten sofort nach dem Auszug der bisherigen Nutzer Ende des Jahres 2004 begonnen worden.

Zuvor hatte die eingesetzte Arbeitsgruppe die Planung für die gesamte Kopf klinik weiter entwickelt und dem überarbeiteten Raum- und Funktionsprogramm angepasst. Die modifizierte Nutzung sah das Haus I in den beiden Hauptebenen EG und OG als reines Bettenhaus vor, wie auch später das Haus H, um in diesem „Bettenpool“ nach Abschluss des Projekts die Pflege für alle drei Kliniken zu organisieren. Eine territoriale Abgrenzung in den Pflegebereichen war nicht mehr vorgesehen.

Auf eine ursprünglich vorgesehene Unterkellerung des Verbindungsbaus zwischen Haus I und Haus H konnte verzichtet werden, da eine kostengünstigere Unterbringung der dort geplanten Nutzungen nun im Erweiterungsbau möglich geworden war.

Im Erweiterungsbau nördlich der Häuser I und H waren zur Ausnutzung von Synergieeffekten die Funktionsbereiche für die Zentrale Anmeldung, Untersuchung und Behandlung, Operation und Diensträume aller drei Kliniken zusammengefasst.

PTM-Station

Das Sozialministerium genehmigte das Raumprogramm für 48 Betten der Psychotherapeutischen Medizin (PTM). In einem ersten Realisierungsschritt wurden zur Unterbringung von 24 stationären Plätzen die Stationen C 30 und C 34 nach geringfügigen Umbaumaßnahmen renoviert und neu möbliert. Wegen der längeren Verweildauer und besonderen Struktur der Patienten erhielt der neue Bereich einen wohnlich-familiären Einrichtungscharakter. Im Dezember konnten die ersten Patienten die Station beziehen.

Psychiatrische Tagesklinik

2003 hatte das Sozialministerium der Einrichtung einer gerontopsychiatrischen Tagesklinik für 15 Patienten zugestimmt. Da die seit fast zehn Jahren bestehende allgemeinpsychiatrische Tagesklinik in der Marie-Alexandra-Straße räumlich sehr beengt und nicht barrierefrei zugänglich war, wurde nach einer Möglichkeit der gemeinsamen Unterbringung beider Einrichtungen gesucht. Ein geeignetes Gebäude in der Roonstraße konnte angemietet werden. Es war als Verwaltungsgebäude des „Lebensbedürfnisvereins Karlsruhe“ (später „Konsum“) in den 20er-Jahren erbaut und zuletzt von der AWO genutzt worden. Die Umbaumaßnahmen starteten schon im Dezember 2004.

Verkehr

Der Neubau der Kinder- und Frauenklinik verdrängte eine große Parkplatzfläche an der Nord-West-Ecke des Areals. Als Ausgleich konnte ein ehemaliges französisches Militärübungsgelände vorübergehend angemietet werden. Durch den Wegfall dieser Parkplatzflächen Ecke Kußmaul- /Nancystraße im Laufe des Jahres 2006 wurde in einer Planungsstudie die Errichtung eines Parkhauses nördlich des Hauses D an der Knielinger Allee untersucht.

2005

Zentrale Endoskopie

Im Herbst konnte der Förderantrag für diese umfangreiche Umbau- und Sanierungsmaßnahme eingereicht werden. Da deren Aufnahme ins Krankenhausbauprogramm des Landes nicht vor 2007 möglich war, hatte der Aufsichtsrat des Klinikums die Vorfinanzierung der Maßnahme beschlossen. Der Baubeginn war im Folgejahr terminiert.⁶⁸

Kompetenzzentrum Kopf (Kopfklinik)

Die Baumaßnahmen begannen mit dem Rückbau des Hauses I auf den Rohbauzustand, der viele vorher nicht bekannte Bauschäden zu Tage brachte. Dabei zeigte sich, dass bei früheren Umbaumaßnahmen nicht besonders sorgsam mit dem Gebäude verfahren worden war. Der Förderantrag für den zweiten Realisierungsschritt, Erweiterungsbau und Haus H, wurde im Februar 2005 eingereicht. Für die Erstellung

der Ausführungsplanung zeichneten sich weitere Abstimmungen mit den Nutzern und planerische Überarbeitungen ab.

Psychiatrische Tagesklinik

Nach Beendigung der Baumaßnahmen konnten die Patienten im Juni 2005 das Haus beziehen. Im Erd- und ersten Obergeschoss waren die Räume der gerontopsychiatrischen Tagesklinik, in den beiden Geschossen darüber fand die allgemeinpsychiatrische Tagesklinik ihre neue Heimat. Die alte Tagesklinik in der Marie-Alexandra-Straße wurde aufgegeben.

2006

Zentrale Endoskopie

Nach der Baugenehmigung im April 2006 begannen im ersten Bauabschnitt die Rückbauarbeiten im Bereich der ehemaligen Blutbank und die Errichtung eines unterirdischen Lüftungsbauwerks. Nach teilweiser Freimachung von inzwischen wieder genutzten Räumen konnten auch im zweiten Bauabschnitt die Bauarbeiten beginnen. Ein provisorischer Patientengang, erstellt aus einzelnen Raumzellen entlang der Fassade, stellte während der Bauzeit den Patiententransport von Haus C ins Neue Zentrum, Haus R, sicher.

Kompetenzzentrum Kopf (Kopfkllinik)

Die umfangreichen Eingriffe in die bauliche Struktur des Hauses I zur Erlangung zeitgemäßer Patientenzimmer mit Sanitärbereichen und die bei Sanierungen grundsätzlich sowohl statisch als auch brandschutztechnisch notwendigen Sicherungsmaßnahmen in der alten Bausubstanz beschäftigten die Handwerker. Innen modern, außen historisch – neue Fens-

ter im ursprünglichen Zuschnitt und ein neues Dach ließen das Haus im alten Glanz erscheinen. Aus weiteren und intensiven Besprechungen mit den zukünftigen Nutzern entwickelten sich für den Erweiterungsbau alternative Planungskonzepte, die während des Jahres noch mehrfach überarbeitet wurden.

Ambulanter Operationsbereich

Nach einer Bauzeit von sieben Monaten wurden im Bereich der Alt-OPs 1–4 zwei ambulante Operationsräume mit Nebenräumen im April 2006 fertig gestellt. Die Zielplanung für den übrigen Operationsbereich sah eine achsiale Erweiterung der OP-Schiene nach Norden vor, als Ersatz für die vier Alt-OPs und die provisorischen OP-Container.

Speisenversorgung

In mehreren Machbarkeitsstudien wurde die Durchführbarkeit der Anpassung der alten Kochküche an eine moderne Speisenproduktion und -verteilung überprüft und bewertet. Nach 33 Jahren Betrieb in der 1973 errichteten Küche war der gesamte Bereich in dem Maße sanierungsbedürftig, dass bei der Modernisierung von einer vorherigen Rückführung auf den Rohbauzustand auszugehen war. Die gesamte haustechnische Installation und der bauliche Innenausbau waren erneuerungsbedürftig und müssten neu aufgebaut werden.

Verkehr

Nach Erteilung der Baugenehmigung im Vorjahr begannen die vorbereitenden Arbeiten für das Garagenbauwerk im April 2006. Schon im Oktober wurde das Parkhaus für 300 PKW zur Nutzung freigegeben. Die ausgewählte Montagebauweise aus vorgefertigten Bauteilen erlaubt eine Demontage des Gebäudes und ein

Aufstellen an anderer Stelle, so dass die zukünftige bauliche Entwicklung des Klinikums nach Norden nicht behindert werden wird.

2007

Zentrale Endoskopie

Im März wird der dritte Bauabschnitt, der Funktionsbereich der Zentralen Endoskopie, begonnen. Der Abschluss aller drei Bauabschnitte ist für Ende des Jahres 2007 terminiert. Damit ist die Neuordnung der Untersuchungs- und Behandlungsräume im Untergeschoss des Hauses E vorläufig abgeschlossen.

Kompetenzzentrum Kopf (Kopfkllinik)

Der Ausbau des Hauses I wird noch das ganze Jahr in Anspruch nehmen. Die Planungen für das Verbindungsbauwerk zwischen Haus I und Haus H und dem nördlichen Erweiterungsbau sind abgeschlossen und können ab Frühjahr realisiert werden. Als gläserner zweigeschossiger Würfel wird er die Eingangs- und Verbindungsfunktion beider Bettenhäuser wahrnehmen und in seinem durchsichtigen Erscheinungsbild einen Kontrapunkt zu den historischen Gebäuden bilden und gleichzeitig deren baugeschichtliche und architektonische Bedeutung hervorheben. Die Planungen für den Erweiterungsbau dauern an und werden sich erst Mitte des Jahres in einem endgültigen Ausführungsplan niederschlagen.

Speisenversorgung

Alternative Planungsvorschläge über die Ausführung der Zentralen Küche müssen vor der weiteren Bearbeitung noch bewertet und entschieden werden.

Außenanlagen

Der alljährlich stattfindenden Überprüfung der Standsicherheit der Bäume im Klinikareal fielen im Frühjahr dieses Jahres leider einige Bäume zum Opfer. Neben Bäumen, die bei Errichtung des Krankenhauses gepflanzt worden waren, waren im Bereich nordöstlich des Hauses C auch zwei der Bäume darunter, die als letzte Zeugen noch das ehemalige Waldgebiet vertreten, das 1901 als Baugrundstück von der Generalintendanz der Großherzoglichen Zivilliste zur Verfügung gestellt wurde.

Beim Fällen einer 140 Jahre alten Kiefer riss die Kettensäge. Dieser letzte vergebliche Widerstand des Baumes war der Splitter einer Bombe, die 1944 zwischen Haus C und Verwaltungsgebäude Haus A niederging, im Haus C großen Schaden anrichtete – und 63 Jahre später eine Kettensäge beschädigte.

Schlussbemerkung

Diese Zusammenfassung der baulichen Entwicklung ist Spiegelbild des ständigen Wandels, dem sich alle Krankenhäuser permanent anpassen müssen. Es gibt wohl kaum eine andere öffentliche Institution, die auf Grund der zahlreichen, von außen einwirkenden Faktoren – Fortschritte in der Heilkunde, Weiterentwicklungen in der Medizintechnik, Wandel der Gesellschaft und Gesundheitspolitik – in so hohem Maße ständigen und kaum vorhersehbaren Veränderungen ausgesetzt ist.

Das Beispiel des Städtischen Klinikums zeigt, wie sich nach einer relativ langen Zeit der Beständigkeit nach der Errichtung der historischen Krankenhausanlage ab Beginn der fünfziger Jahre, gefordert durch den medizinischen Fortschritt und den gesellschaftli-



Luftbild des Klinikum-Areals im Jahr 2007. Der Vergleich mit dem Luftbild auf S. 396 verdeutlicht die Verlagerung des Schwerpunktes des Klinikums nach Norden im Verlauf der vergangenen 40 Jahre.

chen Wandel, eine Phase der baulichen Veränderung und Erweiterung eröffnete. Die bisher den Krankenhausbau prägenden Faktoren, wie sie der alten Anlage zu Grunde lagen und noch bis zum Zweiten Weltkrieg die Struktur der Krankenhäuser wesentlich mitbestimmten, fielen ab der Nachkriegszeit nicht mehr ins Gewicht. Die Maxime hieß nun Zentralisation und kurze Wege. Die Hochhausbauweise setzte sich durch.

Als typische Vertreter der in den fünfziger und sechziger Jahren entwickelten Grundtypen erscheinen das Hochhaus der Urologischen und Chirurgischen Klinik, Haus E, und die I. Medizinische Klinik, Haus D. Seit den achtziger Jahren fordern die gesundheitspolitischen Entwicklungen bis heute eingreifende organisatorische Neuordnungen und ständige bauliche Erneuerungen und Anpassungen.

Die jetzige Planungsmaxime lautet Flexibilität. Die vertikale Gliederung eines Krankenhausneubaus wird abgelöst von der horizontalen Struktur, die in Verbindung mit der

Trennung von Konstruktion und raumbildendem Ausbau ein hohes Maß von flexibler Nutzung zulässt. Beispielhaft dafür ist der Neubau des Zentrums für Kinder und Frauen.

Prognosen für die zukünftige Entwicklung sind nur schwer abzugeben. Der fortschreitende dramatische Umbau im Sozial- und Gesundheitswesen wird jedoch weitere gravierende Auswirkungen auf den Krankenhausbau in der Bundesrepublik und somit auch im Städtischen Klinikum Karlsruhe haben. Zunehmenden Rationalisierungszwängen wird man nur mit strukturellen, personellen und baulichen Konsequenzen begegnen können. Es wäre jedoch zu einseitig, allein die Kostendämpfung als Maßstab für zukünftige Planungsüberlegungen zu wählen. Auch das Krankenhaus des 21. Jahrhunderts muss weiterhin ein menschlicher Ort der Hilfe und Betreuung bleiben. Die Krankenhausarchitektur wird in Zukunft mehr und mehr gefordert sein, ihren Beitrag sowohl zur Wirtschaftlichkeit als auch zur Menschlichkeit zu leisten.

CORNELIA VOGEL, ALEXANDER ROSENBAUM

Das Städtische Klinikum heute

Die Kliniken und Institute stellen sich vor

Die Augenklinik

Die Augenklinik des Städtischen Klinikums bietet als Klinik der Maximalversorgung eine umfangreiche Ausstattung für Diagnostik, Therapie und Nachsorge im gesamten Spektrum der Erkrankungen des Auges und seiner Anhangsorgane. Dies umfasst die Behandlung von Netzhautablösungen, Glaskörperprozessen, Gefäßverschlüssen der Netzhaut, altersbedingter Makuladegeneration (AMD), grauem und grünem Star, Hornhauterkrankungen, Sehnerven- und Tränenwegserkrankungen, Lidtumoren, Lidfehlstellungen, Schielen, Doppelbildern und Fehlsichtigkeiten.

In der Augenklinik betreut Sie ein erfahrenes Team von Ärzten und spezialisierten nichtärztlichen Mitarbeitern. Die Untersuchungen und Behandlungen werden teils ambulant und teils stationär durchgeführt. In der Ambulanz untersuchen wir Patienten, die von niedergelassenen Augenärzten oder aus anderen Kliniken zur weiterführenden Abklärung und Therapie zu uns überwiesen werden.

Ein Schwerpunkt bei der Diagnostik bildet die fotografische und angiografische Dokumentation zur Diagnose spezieller Netzhauterkrankungen

und als Verlaufskontrolle nach operativen Netzhauteingriffen bzw. Photodynamischer Therapie. Des Weiteren ist die Optische Kohärenz-Tomographie (OCT) zur Dokumentation von Sehnervbefunden und Veränderungen einzelner Netzhautschichten im Verlauf von hoher Relevanz.

Neben der digitalen Fotografie zur Befunddokumentation und Verlaufskontrolle bei Veränderungen an den vorderen Augenabschnitten und am Augenhintergrund übernehmen die Elektrophysiologische Diagnostik, Hornhautpachymetrie (Messung der Hornhautdicke), Hornhautendothelfotografie (Darstellung und Zählung der Zellen der innersten Hornhautschicht) u. v. m. eine wichtige Rolle.

Behandlungsschwerpunkte sind die Operation der Netzhautablösung mit Aufnäher von Silikonplomben, Glaskörperoperationen (Vitrektomie) bei diabetischen Netzhautveränderungen, länger bestehender Netzhautablösung oder bei Bildung eines Netzhautloches an der Stelle des schärfsten Sehens (Makulaforamen) und Laserbehandlungen mit verschiedenen Systemen. Darüber hinaus steht die operative Behandlung aller Formen des grauen Stars (Katarakt) und des grünen Stars im Vordergrund. Ergänzt wird das Portfolio durch lidplastische Operationen, Hornhautverpflanzungen und Augenuntersuchungen und -behandlungen von Kleinkindern, Säuglingen

und Frühgeborenen, ggf. in Narkose. Die Seh-
schule in der Augenklinik behandelt Schiel-
stellungen auch operativ und schafft die Vo-
raussetzungen für die Rehabilitation sehbehin-
deter Patienten (Anpassung vergrößernder
Sehhilfen).

Für Patienten, deren Behandlung eine in-
tensive Überwachung unter stationären Be-
dingungen erfordert, stehen unserer Klinik 30
Betten auf der Station zur Verfügung.

Stetige Auswertungen von Krankenge-
schichten dienen der Qualitätskontrolle unse-
rer klinischen Tätigkeit und somit dem Fort-
schritt der Augenmedizin zum Wohle der Pa-
tienten. Regelmäßige Teilnahmen der Mitar-
beiter an nationalen und internationalen
Tagungen und hausinterne Fortbildungen ga-
rantieren eine kontinuierliche Weiterbildung.

Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie

Das Leistungsspektrum der Klinik umfasst die
Diagnose und Therapie von Erkrankungen
des Magen-Darm-Traktes, also Carcinome der
Speiseröhre, des Magens, der Leber, der Gallen-
blase, der Bauchspeicheldrüse und des Dick-
darms. Behandelt werden gutartige Erkran-
gungen wie Speiseröhrenausstülpungen und Ver-

engungen, Refluxkrankheiten sowie Geschwü-
re des Magen- und Zwölffingerdarmes als auch
entzündliche Erkrankungen des Dün- und
Dickdarmes, Morbus Crohn, Colitis Ulcerosa
und Divertikulitis. Im Bereich der endokrinen
Chirurgie liegt die Kompetenz auf den gut- und
bösartigen Erkrankungen der Schilddrüse, der
Nebenniere und der Bauchspeicheldrüse. Für
die Entfernung von gutartigen, aber auch klei-
neren bösartigen Tumoren durch den After
findet die transanale endoskopische Mikrochi-
rurgie (TEM) Anwendung. Die minimalinva-
sive Chirurgie wird im Bauchraum, Brustkorb,
zur Entfernung der Gallenblase, des Wurmfort-
satzes, Teilen des Dickdarmes, zur Versorgung
von Leisten- und Schenkelbrüchen, zur Be-
handlung der Refluxkrankheit und des Pneu-
mothorax sowie der Entfernung von Rundher-
den in der Lunge mit viel Erfahrung und besten
Behandlungsergebnissen durchgeführt.

Die chirurgische Endoskopie führt die Di-
agnostik und Therapie im Bronchialsystem
sowie im gesamten Magen-Darm-Trakt ambu-
lant und stationär durch.

Eine ganzheitliche Therapie von Tumor-
patienten erfolgt in enger interdisziplinärer
Zusammenarbeit mit den Abteilungen für me-
dizinische Onkologie, Strahlentherapie und
Nuklearmedizin. Durch die regelmäßig tagen-
de interdisziplinäre Tumorkonferenz wird für



Augenklinik



Chirurgische Klinik, Haus C

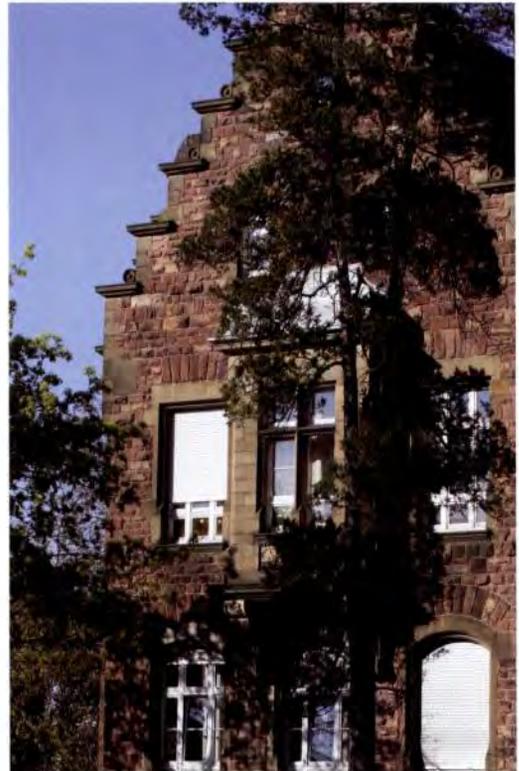


die Tumorpatienten am Klinikum Karlsruhe eine individuelle, kompetente und umfassende Behandlung sicher gestellt. Die Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie ist von der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie als Referenzzentrum für Endoskopische Chirurgie zertifiziert und Teil des onkologischen Schwerpunktes in Karlsruhe.

Klinik für Gefäßchirurgie

Seit 1984 ist die Gefäßchirurgie eine eigenständige Abteilung in der Klinik für Chirurgie. Die medizinischen Aufgaben der Klinik für Gefäßchirurgie umfassen die operative und konservative Behandlung von Erkrankungen, Verletzungen und Missbildungen der Arterien, Venen und Lymphgefäße, die ohne den Einsatz einer Herz-Lungen-Maschine (HLM) durchgeführt werden können.

Zu den Leistungen der Klinik für Gefäßchirurgie zählen die Behandlung akuter und



Chirurgische Klinik, Haus C

chronischer Durchblutungsstörungen der Beine, die Behandlung von Aussackungen der Hauptschlagader (Aortenaneurysmata) mittels konventioneller Operation oder endovaskulärer

rer Technik, die Behandlung von Verengungen der Halsschlagader zur Schlaganfallprophylaxe (Carotisstenose), die Behandlung venöser Erkrankungen, Krampfaderchirurgie (auch endoskopisch), postthrombotisches Syndrom, akute Venenthrombose, die Anlage von Shunts zur Hämodialysebehandlung, die Implantation von Portkathetersystemen zur Chemotherapie, Ernährung oder Schmerztherapie sowie die Behandlung chronischer und komplizierter Wunden, insbesondere beim diabetischen Fuß und dem Ulcus cruris (offene Beine). Die Klinik verfügt über 40 Betten.

Innerhalb des Gefäßzentrums wird besonderer Wert auf eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit der interventionellen Radiologie, der Nephrologie, Diabetologie und Kardiologie, Neurologie sowie Angiologie gelegt, um eine optimale fachübergreifende Diagnostik und Therapie gewährleisten zu können.

Zur Behandlung von akuten und chronischen Erkrankungen der Arterien, Venen und Lymphgefäße stehen alle modernen operativen und nichtoperativen Behandlungsverfahren zur Verfügung. Insbesondere endovasculäre Maßnahmen (Gefäßdilatationen, PTA; Stents; Lyse) werden in enger Kooperation mit dem Zentralinstitut für Bildgebende Diagnostik durchgeführt.

Zur Vermeidung eines Schlaganfalls kommen operative Techniken (Carotis Thrombendarteriektomie TEA oder Eversionsendarteriektomie EEA), größtenteils in regionaler Betäubung (Cervicalplexus Anästhesie) und kontinuierlichem Neuromonitoring, aber auch die endovasculäre Behandlung mittels Stent zur Anwendung.

Durch den Einsatz moderner Operationsverfahren in minimalinvasiver Technik (endoskopische Perorantendissektion), Entfernung von Krampfadern über Minischnitte (Miniphlebektomie), Schaumsklerosierung, Faszio-
tomie und komplette Entfernung des erkrank-

ten Gewebes (Fasziektomie) beim Ulcus cruris bis hin zur Anwendung des klassischen Strippingverfahrens (Babcock Operation) kann eine stadiengerechte, ästhetisch günstige Behandlung zur Vermeidung und Behandlung von Spätschäden der Varikosis, des postthrombotischen Syndroms und der chronisch venösen Insuffizienz angeboten werden. Gesunde Venenabschnitte werden heutzutage weitestgehend geschont. Auch endovenöse Verfahren wie z. B. die Laser-Therapie oder die Radiofrequenzablation stehen in der Klinik für Gefäßchirurgie zur Verfügung.

Klinik für Unfall-, Hand- und Orthopädische Chirurgie

Die Klinik ist ein von den Berufsgenossenschaften anerkanntes Zentrum zur Behandlung von Schwerstverletzten und deren Folgeerscheinungen. Daher werden Verletzungen von der einfachen Schnittwunde oder Prellung bis hin zur Komplexverletzung des Beckens und der Extremitäten nach höchsten Qualitätsmerkmalen behandelt. Sämtliche dafür notwendigen Voraussetzungen der modernen Unfallchirurgie eines Krankenhauses der Maximalversorgung von der intraoperativen Röntgendiagnostik und Computernavigation bis hin zu modernen Implantaten und Operationstechniken sind vorhanden.

Die Klinik für Unfall-, Hand- und Orthopädische Chirurgie verfügt derzeit über 73 Betten. Hier werden jährlich in der Klinik rund 5.500 operative Eingriffe durchgeführt. Neben den ambulanten Eingriffen in unserem ambulanten Operationszentrum werden 2.500 Patienten stationär behandelt. Bei rund 17.500 Patienten wird eine rein ambulante Behandlung durchgeführt.

Es besteht eine Zulassung zum Schwerstverletztenverfahren der Berufsgenossenschaf-



Zentrale Notaufnahme, Haus R

ten und eine Ermächtigung zur Untersuchung und teilweisen Behandlung von Patienten der gesetzlichen Krankenkassen.

Weiterbildungsermächtigungen bestehen für den Schwerpunkt Spezielle Unfallchirurgie und Handchirurgie (2 Jahre). Das Behandlungsspektrum der Abteilung umfasst alle Erkrankungen und Verletzungen des Bewegungsapparates. Durch eine enge Kooperation mit den anderen chirurgischen Fachdisziplinen und der Anästhesie, aber auch durch die sofort mögliche Einbindung von Spezialisten anderer Fachgebiete (z. B. Neurochirurgie, HNO, MKG u. a.) ist die Klinik ein Zentrum für die Behandlung von schwerstverletzten Patienten.

Sämtliche moderne Behandlungsmethoden zur Therapie von Knochenbrüchen und Verletzungen sowie Verschleißerscheinungen von Gelenken werden angewendet. Arthroskopien aller großen Gelenke wie Schulter-, Ellbogen-, Hand-, Hüft-, Knie- und Sprunggelenk werden routinemäßig durchgeführt.

Ein besonderes Augenmerk liegt auf dem künstlichen Gelenkersatz, der mit modernen und bewährten Operationsmethoden unter Berücksichtigung modernster Verfahren der Implantat- und Implantationstechnik an unserer Klinik zum Einsatz kommt.

Mit Hilfe der Computernavigation ist es uns möglich, in höchster Präzision zu operieren. Minimalinvasive Zugänge gewährleisten ein

schonendes Operieren und eine rasche Rehabilitation. Neben dem vollständigen Gelenkersatz durch den Einbau künstlicher Prothesen umfasst unser Leistungsspektrum auch technisch anspruchsvolle Zweiteingriffe, die gelegentlich bei implantierten Gelenkprothesen nach längerer Verweildauer notwendig sind.

Um gerade auch jüngeren Patientinnen und Patienten nach Sportverletzungen einen vorzeitigen Gelenkersatz zu ersparen, steht ein breites Spektrum an diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten wie Umstellungsosteotomien und Impingementoperationen bis hin zu knorpelchirurgischen Verfahren zur Verfügung.

Hierbei kommen Verfahren der Knorpelregeneration wie das Microfracturing als auch osteochondrale Stanzzyylinder (OATS-Plastik) bis hin zur aufwändigen matrixassoziierten autologen Chondrozytentransplantation (ACT) zum Einsatz. Bei der autologen Chondrozytentransplantation (ACT) werden körpereigene Zellen entnommen und in einem standardisierten zellbiologischen Verfahren vermehrt. Nach Vermehrung werden diese Zellen dem Patienten wieder implantiert, und es können somit auch größere lokalisierte Knorpeldefekte des Kniegelenks aufgebaut werden.

Operationen der Wirbelsäule, ob degenerativ oder unfallbedingt, werden bei entsprechender Indikation bereits seit zehn Jahren routinemäßig in besonders schonender thorakoskopischer Technik durchgeführt.

Die Frauenklinik

Die Frauenklinik am Städtischen Klinikum Karlsruhe ist eine Klinik der Maximalversorgung mit 84 Erwachsenen- und 25 Kinderbetten. Hier werden jährlich ca. 2.500 Frauen stationär und ca. 500 Frauen ambulant operativ betreut.

Die modernisierte bauliche Situation führte zu einem steilen Anstieg der Geburtenzahlen; bereits im Jahr des Umzuges 2003 stieg sie um 400 Geburten auf insgesamt 1.062 an, im Jahre 2006 sogar auf 1.754. Die Gesamtzahl von Hochrisikoschwangerschaften und Risikoentbindungen ist mit ca. 250 seit vielen Jahren konstant geblieben.

In der Geburtshilfe wird familienorientiert gearbeitet, in den Geburtsablauf soll nur eingegriffen werden, wenn „die Natur einen Fehler macht“ bzw. wenn die Mutter Hilfe wünscht wie z. B. eine Schmerz erleichterung.

Für notwendig werdende Kaiserschnitte steht ein extra Sectio-OP zur Verfügung, der sich unmittelbar an die Entbindungsräume anschließt und zur anderen Seite hin nur durch eine Tür von der Kinderintensivversorgung getrennt ist.

Neben diesem Schwerpunkt Geburtshilfe und Perinatalmedizin besteht ein weiterer Schwerpunkt im Bereich der Gynäko-Onkologie. In der Klinik werden jährlich ca. 350 Frauen mit Ersterkrankung an Brust- oder Genitalkrebs behandelt. Mit ca. 250 Frauen nimmt die Brustkrebserkrankung den größten Teil im Bereich der Gynäko-Onkologie ein. Die Frauenklinik ist ein Bestandteil des Zertifizierten Brustzentrums am Städtischen Klini-



Zentrum für Kinder und Frauen, Haus S



kum, in Partnerschaft mit dem Siloah-Krankenhaus Pforzheim.

Das Leistungsspektrum für die Patientinnen beinhaltet die umfassende Diagnostik und Therapie von gut- und bösartigen Brusterkrankungen, plastische Operationen wie Brustverkleinerungen und -vergrößerungen, Korrekturen von Anomalien oder Fehlbildungen sowie Brustrekonstruktionen nach Amputation.

Operativ wird, wenn möglich und wenn die Frauen es wünschen, eine brusterhaltende Therapie durchgeführt, wobei besonders großer Wert auf kosmetisch optimale Ergebnisse gelegt wird. Lässt sich eine brusterhaltende Therapie nicht realisieren, so werden auch Brustrekonstruktionen angeboten. Die Sentinel-Node-Entfernung (Entfernung des Wächterlymphknotens) ist heute Standard in der operativen Therapie, so dass die komplette

axilläre Lymphonodektomie nur bei Befall des Sentinel-Node durchgeführt wird.

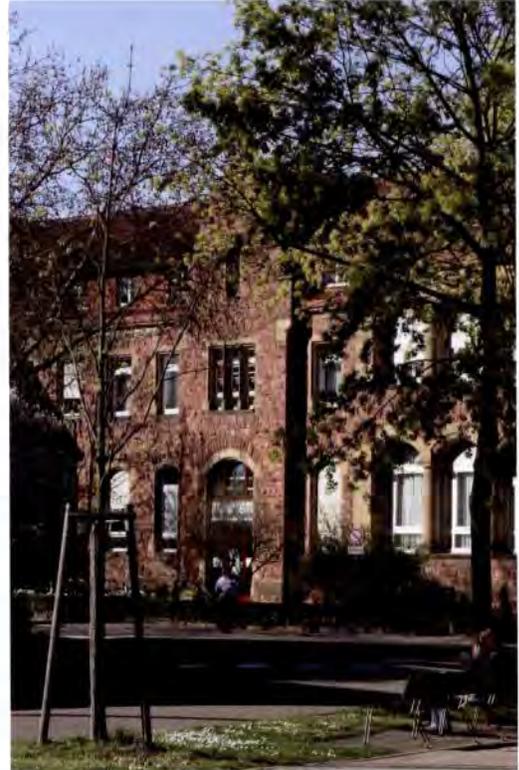
Auch im Bereich des Genitalorganes gehört die Diagnostik und Therapie von gut- und bösartigen Erkrankungen und insbesondere die operative Therapie einschließlich ausgedehnter Radikaloperationen bei Eierstockkrebs, Gebärmutterkrebs oder Vulvakrebs – falls notwendig auch mit Lappenplastiken – zum Leistungsspektrum. Falls erforderlich, wird auch hier die Chemotherapie in der Frauenklinik durchgeführt.

Weitere Schwerpunkte sind die diagnostische und operative Therapie von Harninkontinenz und Senkungszuständen sowie die minimalinvasive Chirurgie. Für spezielle Therapien steht ein Lasergerät zur Verfügung.

Neben dem Klinikdirektor zeichnet sich auch das gesamte Team der Frauenklinik durch überdurchschnittlich große geburtshilfliche und gynäkologische Erfahrung aus. Sämtliche auf Oberarztebene tätigen Kolleginnen und Kollegen haben über die selbstverständlich absolvierte Facharztweiterbildung hinaus spezielle Weiterbildungen sowohl in der Geburtshilfe und Perinatalmedizin als auch in spezieller operativer Gynäkologie/Gynäko-Onkologie abgelegt. Der Klinikdirektor verfügt über die volle Weiterbildungsermächtigung für Frauenheilkunde und Geburtshilfe sowie über die Weiterbildungsermächtigung für spezielle Geburtshilfe und Perinatalmedizin und Gynäko-Onkologie.

Hals-Nasen-Ohrenklinik

Die Hals-Nasen-Ohrenklinik trägt mit der in den letzten Jahren realisierten Departmentstruktur einer Entwicklung Rechnung, die bereits heute hochspezialisierte Fachabteilungen als integrale Bestandteile der Maximalversorgung sieht.



Hals-Nasen-Ohrenklinik, Haus H

Die HNO-Klinik verfügt über 53 Betten. Jährlich werden mehr als 12.000 operative Eingriffe vorgenommen. Hinzu kommen in den verschiedenen Ambulanzbereichen pro Jahr ca. 10.000 Patienten.

Neben der Traumatologie und Ohrchirurgie, die bereits in den 70er- und 80er-Jahren von den Professoren Boenninghaus, Beickert und Stange etabliert wurden, finden sich heute operative Fachbereiche für Schädelbasis- und Nasennebenhöhlenchirurgie, Kinder-HNO-Chirurgie, die Onkologie und rekonstruktive Chirurgie sowie Speicheldrüsen- und Schilddrüsenchirurgie. Minimalinvasive Techniken unter Einsatz modernster Mikroskope und Lasersysteme gehören ebenso wie Miniendoskope zur Entfernung von Speichelsteinen oder



spezielle Nervensonden zum intraoperativen Monitoring der Gesichts- und Stimmbanderven zum Standardrepertoire. Einen weiteren operativen Schwerpunkt stellt die Abteilung für plastisch-ästhetische Gesichtschirurgie dar, in der von der Nasen- und Lidkorrektur bis zum Facelift alle modernen Eingriffe durchgeführt werden. Die Abteilung für Phoniatrie und Pädaudiologie bietet neben der Versorgung von Stimm-, Sprach-, Schluck- sowie kindlichen Hörstörungen zusammen mit der Audiologie die Plattform für die Versorgung ertaubter Patienten mit Cochlea-Implantaten und Schwerhöriger mit konventionellen Hörgeräten oder Mittelohrimplantaten („unsichtbare Hörgeräte“). Hierzu stehen alle modernen Messeinrichtungen zur Hör-, Tinnitus- und

Schwindeldiagnostik zur Verfügung. Wichtige Schwerpunkte stellen auch die Fachbereiche Allergologie und Umweltmedizin und das Schlafmedizinische Zentrum dar, in dem interdisziplinär Schnarchen und alle anderen Formen der Schlafstörung behandelt werden.

Die Klinik besitzt für alle Bereiche die volle Weiterbildungsberechtigung und ist internationales Fellowship-Center für plastische Gesichtschirurgie. Gemeinsam mit der Universität Karlsruhe, der Charité Berlin und ausländischen Partneruniversitäten ist sie maßgeblich an Projekten zur Grundlagenforschung auf dem Gebiet der Atemphysiologie und Immunologie beteiligt.

Hautklinik

Die Hautklinik am Städtischen Klinikum versorgt dermatologische Patientinnen und Patienten aus einem weitreichenden überregionalen Einzugsgebiet. Zu den häufigsten konservativ behandelten Erkrankungen gehören die Schuppenflechte und die Neurodermitis, allergische Erkrankungen, die unterschiedlichen Ekzemformen, die schwere Akne sowie chronische Wunden. Bei der Behandlung werden moderne Therapieverfahren einschließlich der UVA1-Kaltlicht-, Schmalspektrum UVB- und der Balneophototherapie eingesetzt.

Neben einer großen Konsiliarambulanz auf Überweisung vom Hautarzt können Patienten mit 63 stationären Betten vollstationär und teilstationär behandelt sowie prä- und poststationär umfassend betreut werden. Die Klinik bietet das gesamte Spektrum der konservativen und operativen Dermatologie an.

Für die Diagnostik von allergischen Erkrankungen steht ein modern ausgestattetes Allergielabor zur Verfügung. Aus der engen Zusammenarbeit mit verschiedenen Berufsgenossenschaften erklärt sich ein berufsdermatologi-



scher Schwerpunkt. Es werden hier sämtliche gängigen cutanen und cutan-vasculären Testungen durchgeführt.

Zunehmende Bedeutung hat die operative Versorgung von Tumorpatienten. Am häufigsten werden Patienten mit großen Basaliomen und Spinaliomen operativ behandelt. Dabei hat im Therapiekonzept die histographisch kontrollierte Chirurgie einen festen Stellenwert und garantiert in hohem Maß eine Entfernung des Tumors im Gesunden. Ausgedehnte Melanome werden einschließlich des Wächterlymphknotens (sentinel node biopsie) operiert. Im Rahmen der onkologischen Nachsorge hat die Lymphknotenonographie einen festen Stellenwert. Ein weiterer operativer Schwerpunkt der Klinik liegt bei der Behandlung von Venenerkrankungen. Für die Beseitigung von Gefäßanomalien, Pigmentstörungen, Präcancerosen und Viruspapillomen stehen ein Farbstofflaser, Erbium-Yag-, Neodyn-Yag- und CO₂-Laser zur Verfügung.



Die Behandlung von ästhetisch störenden Hautveränderungen wird über das Leistungsangebot der Krankenkassen hinaus als individuelle Gesundheitsleistung angeboten. Als Verfahren zur Faltenreduktion kommen unterschiedliche Peelingmethoden, Botulinumtoxin und Füllsubstanzen zur Anwendung. Die ästhetische Lasermedizin konzentriert sich auf die Entfernung von störender Körperbehaarung, von Altersflecken und Gefäßveränderungen sowie auf die Behandlung von altersbedingten gutartigen Neubildungen.

Kinderchirurgische Klinik

Die Kinderchirurgische Klinik, einer der drei Bereiche im Zentrum für Kinder und Frauen am Städtischen Klinikum, behandelt alle chirurgisch kranken Kinder von der Geburt bis über die Pubertät hinaus.

Durch die ideale Nähe zur Frauenklinik ist eine optimale Versorgung aller neugeborenen Kinder gewährleistet. Dabei werden alle Bereiche von der Neugeborenenchirurgie über Thorax-, minimalinvasive, Tumor- und Neurochirurgie bis zur Kinderurologie und Orthopädie abgedeckt.

Die Kinderchirurgische Klinik verfügt über insgesamt 30 Betten. Das Ärzteteam wird unterstützt von Kinderkrankenschwestern, Operationsfachkräften, und je einer Krankengymnastin, Kindererzieherin, Lehrerin. Insgesamt werden jährlich an etwa 3.000 stationären und etwa 1.000 ambulanten Patienten geplante operative Eingriffe durchgeführt. Über Spezialambulanzen werden im Jahr fast 13.000 Patienten behandelt. Unsere Dienstärzte sind dabei rund um die Uhr erreichbar und versorgen jährlich 9.000 Notfall-Patienten.

Für Kinder mit stationärem Aufenthalt stellen wir allen Eltern frei, ob sie auch über Nacht bei ihrem Kind bleiben wollen. So übernachten bereits jährlich über 1.500 Mütter mit ihren kranken Kindern in unserer Klinik (Rooming in). Die dabei notwendigen Verpflegungsmöglichkeiten für Eltern sind vorhanden, insbesondere ein eingerichtetes Eltern-casino. Sollten Sie einmal mit Ihrem Kind in unsere Klinik kommen müssen, wird unser ärztliches Personal und das Pflegepersonal, zusammen mit Lehrern, Spieltanten und Kindergärtnerin versuchen, Ihrem Kind den Aufenthalt in der Klinik so angenehm wie möglich zu gestalten. Wir wissen, dass Ihr Kind während der Krankheit einer besonderen Betreuung bedarf. Damit das Pflegepersonal dies in optimalem Maße für Ihr Kind leisten kann, ist die positive Zusammenarbeit mit den Eltern unerlässlich.

Die Sprechstunden stellen den Kontakt unserer Klinik, insbesondere im Rahmen unserer Spezialsprechstunden, zu den niedergelassenen Kollegen her. So können Sie uns auch ohne vorherige Terminvereinbarung in unserer Allgemeinsprechstunde aufsuchen. Außerdem finden Sprechstunden nach Vereinbarung für Sonderfälle statt. Dies betrifft insbesondere Patienten mit urologischen bzw. traumato-logisch-orthopädischen Erkrankungen. Eine kinder-neurochirurgische Sprechstunde wird



mit der Neurochirurgischen Klinik in enger Zusammenarbeit u. a. mit der Neuropädiatrie aus der Kinderklinik durchgeführt. Die Notfälle kommen direkt in die Kinder-Notfallaufnahme. Dort ist rund um die Uhr ein Kinderchirurg für Sie da.

Ambulantes Operieren bedeutet, dass der Patient nach der Operation nicht in der Klinik verbleibt, sondern im weiteren Verlauf von seinem Kinder- und Hausarzt weiter betreut wird. In unseren Ambulanzen wird der Operationstermin vereinbart, über Operation und Narkose gesprochen. Hierzu stehen Ihnen der Kinderchirurg und der Narkosearzt zur Verfügung. Voraussetzung für die ambulante Operation ist, dass das Kind nicht jünger als ein Jahr, in Sonderfällen nicht jünger als sechs Monate sein darf und keine zusätzlichen Erkrankungen vorliegen.

Klinik für Kinder- und Jugendmedizin

Im Juli 2003 bezog die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin zusammen mit der Klinik für Kinderchirurgie und der Frauenklinik ein neues Gebäude auf dem Areal des Städtischen Klinikums.

Die Klinik verfügt über 120 Betten und besitzt zwei Früh- und Neugeborenen-Stationen, eine Station für Säuglinge und Kleinkinder, zwei Stationen für Kinder und Jugendliche sowie eine Infektionsstation, eine hämatologisch-onkologische Station und eine Intensivstation für alle Altersgruppen. Letztere erlaubt aufgrund ihrer unmittelbaren Nähe zu den Kreißsälen eine optimale Versorgung der Früh- und Neugeborenen. Mit Ausnahme der Intensivstation ist auf allen Stationen die elterliche Mitaufnahme möglich.

Im selben Gebäude ist neben der Kinder- und Jugendmedizin eine kinderradiologische Einheit und ein Operationstrakt für die umfassende operative Behandlung von Kindern aller Altersgruppen und Jugendlichen untergebracht. Letzteres geschieht unter Mitbehandlung durch die spezialisierte Kinderanästhesiologie. Im heutigen Klinikalltag setzt sich die schon am früheren Standort vorhandene und



traditionell gute Zusammenarbeit zwischen Kinderärzten und Kinderchirurgen fort. Daneben ermöglicht die Struktur des neuen Zentrums für Kinder und Frauen eine ideale perinatalogische Kooperation der Fachdisziplinen. Komplettiert wird die umfassende Betreuung der Patienten im selben Haus durch die Präsenz der Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie mit einer eigenen Tagesklinik.

Die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin ist mit allen modernen Geräten für Diagnostik und Therapie ausgerüstet, die heute von einem Klinikum der Maximalversorgung erwartet wird. Wichtige Schwerpunkte der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin sind die Diabetologie, die Intensivmedizin, die Neonatologie zur Behandlung von Früh-Neugeborenen, die Neuropädiatrie zur Behandlung von Epilepsie und anderen akuten und chronischen Nervenkrankungen, die Hämatologie/Onkologie zur Behandlung von Blut- und Tumorerkrankungen.

kungen, und die Pneumologie zur Behandlung von chronischen Atemwegserkrankungen.

Die Akutversorgung geschieht heute innerhalb einer Kindernotfallambulanz, in der Kinder- und Jugendärzte und Kinderchirurgen tätig sind. Gerade bei schwerverletzten Patienten wird von Beginn an auf eine interdisziplinär abgestimmte Behandlungsweise geachtet. In der Behandlung von chronisch kranken Kindern und Jugendlichen unterstützt die Klinik die Arbeit der niedergelassenen Fachärzte nach Bedarf. Das im Jubiläumsjahr 2007 neu gegründete Sozialpädiatrische Zentrum bietet eine fachlich breit angelegte und spezialisierte Betreuung für Patienten mit komplex ausgebildeten Krankheitsbildern an.

Die Pädiatrie am Städtischen Klinikum blickt auf eine langjährige und bewegte Geschichte zurück. Anders als am historischen Standort am Durlacher Tor ist die Kinder- und Jugendmedizin heute in die technischen Möglichkeiten eines Großklinikums eingebettet. Dennoch gilt es auch weiterhin, die besonderen seelischen und körperlichen Gegebenheiten und Bedürfnisse des Neugeborenen sowie des Säuglings, des Kindes und des Adoleszenten zu beachten und zu achten.

Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie

Die Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie behandelt das gesamte Spektrum kinder- und jugendpsychiatrischer Störungsbilder, wie beispielsweise hyperkinetische Störungen, Störungen des Sozialverhaltens, autistische Störungen, Entwicklungsstörungen, Angst- und Zwangsstörungen, depressive Erkrankungen, Essstörungen, Psychosen – vor allem aus dem schizophrenen Formenkreis – und Persönlichkeitsstörungen. Ausgeschlossen sind lediglich Drogenentwöhnungs-

behandlungen und Behandlungen von Verhaltensstörungen, die vorwiegend pädagogische Interventionen benötigen. Außerdem ist die Klinik für die kinder- und jugendpsychiatrische Notfallversorgung in Stadt und Landkreis Karlsruhe zuständig. Die Klinikdirektorin Frau Dr. Pitzer ist zur vollen Weiterbildung im Fachgebiet der Kinder- und Jugendpsychiatrie und der Psychotherapie ermächtigt.

Der vollstationäre Bereich mit je neun Betten befindet sich in einem kleinen und wohnlichen Gebäude mit eigenem Garten und wenig Krankenhauscharakter. Die Räumlichkeiten wurden 2003 renoviert. Derzeit gibt es Ein-, Zwei- und Drei-Bett-Zimmer, die freundlich gestaltet sind. Im Keller befinden sich Räume zur Freizeitgestaltung bzw. für gemeinsame Aktivitäten wie Tischfußball, Billard und Werkmöglichkeiten.

Die Tagesklinik befindet sich innerhalb des Neubaus der Kinder- und Frauenklinik (Station S 14) und verfügt über zwölf Behandlungsplätze. Die Kinder halten sich in der Tagesklinik von 7.30 bis 16.00 Uhr auf. Der Tagesablauf umfasst – nach einem gemeinsamen Frühstück – Schulbesuch, Mittagessen, Hausaufgaben und Nachmittagsaktivitäten. Integriert in diesen Tagesablauf sind die verschiedenen therapeutischen und heilpädagogischen Angebote, auch die Arbeit mit den Eltern.

Grundsätzlich ist die Klinik verhaltenstherapeutisch ausgerichtet. Andere, individuell verschiedene therapeutische Sicht- und Arbeitsweisen werden jedoch integriert.

Die Behandlung erfolgt auf der Grundlage der stationären Rahmenbedingungen, zu denen z. B. das Bezugspädagogensystem gehört (feste pädagogische Ansprechpartner für das Kind/den Jugendlichen), ein strukturierter Tagesablauf, ein Wochenplan (feste Zeiten für bestimmte Aktivitäten, für Besuche etc.) und der begleitende Schulbesuch (Klinik- oder Heimatschule).



Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie, Haus X.

Die therapeutischen Interventionen umfassen Einzeltherapie, verschiedene Formen der Gruppentherapie und Kunst- bzw. Werktherapie (Malen, Holzwerken), bei besonderer Indikation auch Körpertherapie (Konzentrierte Bewegungstherapie). Bei Bedarf wird im stationären Rahmen zusätzlich ein Verhaltensplan installiert. Medikamentöse Behandlungen oder diätetische Maßnahmen setzen wir individuell und in enger Absprache mit Patient und Eltern ein. Wichtig ist in aller Regel die Einbeziehung der Eltern bzw. Familien in die Behandlung in Form von Eltern- oder Familienberatung bzw. -therapie.

Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie

Die Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie leistet die Diagnostik und Behandlung aller Erkrankungen der Zähne, des Zahnhalteapparates, der Mundhöhle, der Kiefer und des Gesichtes. Das Spektrum reicht von der

ambulanten zahnärztlichen Versorgung mit der dentoalveolären Chirurgie über die Implantologie, die Traumatologie, die Dysgnathiechirurgie bis hin zum mikrochirurgischen Gewebettransfer zur Rehabilitation von Patienten mit Tumoren in Mund, Kiefer und Gesicht. Der Klinikdirektor besitzt die volle Weiterbildungsberechtigung zum Facharzt für Oralchirurgie, zum Facharzt für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie sowie für die Zusatzbezeichnung plastische Operationen.

Die zahnärztliche Implantologie ist der ambulante Schwerpunkt der Klinik. Im Jahr werden 800 bis 1.000 dentale Implantate gesetzt, 80 % der Fälle mit zusätzlicher Augmentation von Knochen oder Weichgewebe. Eine herausragende Leistung der Klinik besteht darin, Distraktionsverfahren zur Augmentation des Alveolarfortsatzes selbst entwickelt und perfektioniert zu haben. Der in der Klinik mit einer Karlsruher Firma zusammen entwickelte „Karlsruher Pin-Distraktor“ findet weltweit Anwendung und hat eine sehr große Akzeptanz in Fachkreisen.

Zur Behandlung von Lippen-, Kiefer-, Gaumen- und Segelspalten sowie kraniofazialen Fehlbildungen wurde von der Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie im Jahr 2005 ein Zentrum für LKGS-Spalten ins Leben gerufen, welches am neuen Zentrum für Frauen und Kinder etabliert ist. Die Kinder werden in der Kinderklinik ambulant gesehen, dort operiert und stationär untergebracht. Alle Techniken der plastischen und rekonstruktiven Gesichtschirurgie sowie der dentoalveolären Chirurgie und der Implantologie, aber auch die Behandlung von Fehlbissen fließen in die Behandlung dieser Gesichtsfehlbildungen ein.

Fehlbisse, auch unabhängig von Fehlbildungen, werden in Zusammenarbeit mit den niedergelassenen Kieferorthopäden therapiert. Bei dieser so genannten Dysgnathiechirurgie



(kombinierte kieferorthopädisch-chirurgische Behandlung von Fehlbissen) kommen indikationsabhängig moderne Verfahren wie die Distractionosteogenese zur Anwendung.

Die ästhetische Gesichtschirurgie wird im vollen Umfang vertreten. Facelift und Blepharoplastik sowie Fettabsaugung und Halsplastiken bilden neben der Profilplastik einen Schwerpunkt. Aber auch Behandlungen mit Botulinumtoxin zur Behebung mimischer Falten und die Applikation von Füllersubstanzen wie Hyaluronsäure und Polymilchsäure kommen zur Anwendung.

Rekonstruktive Verfahren mit mikrochirurgischem Gewebeersatz sowohl zur knöchernen als auch zur Weichgewebsrekonstruktion müssen heute an einer mund-, kiefer- und gesichtschirurgischen Hauptfachabteilung angesiedelt sein, damit die Lebensqualität der Patienten nach bösartigen Tumoren wieder her-

gestellt bzw. gewährleistet wird. Natürlich übernimmt die Karlsruher Klinik auch die Akutversorgung der Region in der Traumatologie und der septischen Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie.

Des Weiteren wird ein zahnärztlicher Notdienst für die Karlsruher Kollegen im Haus aufrecht erhalten.

Klinik für Nuklearmedizin

In der Klinik für Nuklearmedizin werden Untersuchungen und Behandlungen mit offenen radioaktiven Stoffen durchgeführt. Darüber hinaus sind die Mitarbeiter der Klinik auch für die hierbei zu beachtenden Strahlenschutzmaßnahmen zuständig.

Bei den diagnostischen Verfahren werden geringe Mengen schwach radioaktiver Substanzen (Radiopharmaka) in den Körper eingebracht und vergleichsweise geringe Strahlenexpositionen verursacht. Die Radiopharmaka ähneln körpereigenen Substanzen und so ist es möglich, Störungen von Stoffwechsel oder Durchblutung zu messen und bildlich darzustellen. Da nur kleine Stoffmengen verwendet werden, kommt es nur sehr selten zu Nebenwirkungen. In der Klinik für Nuklearmedizin werden alle gängigen Verfahren angeboten, schwerpunktmäßig Schilddrüsen-, Skelett-, Nieren- und Herzuntersuchungen und verschiedene Methoden der Tumordiagnostik. Zudem steht seit 1998 ein Positronenemissionstomograph zur Verfügung, an dem Patienten mit malignen Tumoren, degenerativen Erkrankungen des Gehirns und Patienten mit koronarer Herzkrankheit untersucht werden.

Die Therapie mit Radiopharmaka umfasst im Wesentlichen die Behandlung gutartiger und bösartiger Schilddrüsenenerkrankungen mit radioaktivem Iod. Zudem werden schmerzhafte Knochenmetastasen systemisch behandelt.

Seit der Zulassung des Y-90-markierten Antikörpers Zevalin® für die Therapie des B-Zell-Lymphoms werden auch Patienten mit dieser Erkrankung nuklearmedizinisch versorgt. Neu eingeführt wurde die Therapie von primären Lebertumoren und von Lebermetastasen mit radioaktiv markierten Partikeln, die selektiv im Rahmen einer Angiographie in Leberarterien eingebracht werden und das Tumorgewebe „von innen“ bestrahlen (selektive interne Radiotherapie, SIRT). Diese Therapie erfolgt in enger Zusammenarbeit mit dem Zentralinstitut für Bildgebende Diagnostik und der Onkologischen Klinik.

Im Medizinischen Versorgungszentrum können alle diagnostischen Verfahren, die Schmerztherapie und die Behandlung mit Y-90-Zevalin® von gesetzlich versicherten Patienten auch außerhalb der Klinik in Anspruch genommen werden. Ambulante und stationär aufgenommene Patienten mit Schilddrüsenerkrankungen können sich in der Schilddrüsensprechstunde vorstellen. Hier erfolgen eine umfassende Diagnostik bezüglich struktureller und funktioneller Störungen, falls erforderlich auch eine Biopsie für eine feingewebliche Untersuchung, und die Vorbereitung auf eine

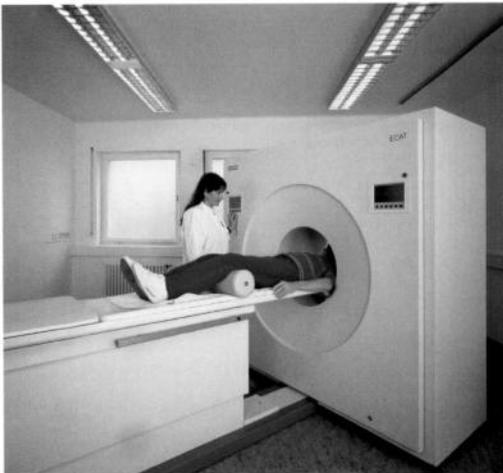
Radioiodtherapie oder eine Operation der Schilddrüse, Letzteres in enger Zusammenarbeit mit der Chirurgischen Klinik und der HNO-Klinik. Patienten mit einer Basedow-Erkrankung werden interdisziplinär in Zusammenarbeit mit der Augenklinik und der Strahlenklinik behandelt.

Zur Ausstattung der Klinik gehören ein Positronenemissionstomograph (PET), eine Dreikopfkamera, eine Doppelkopfkamera, eine SPECT- und ganzkörperfähige Gammakamera, eine fahrbare planare Gammakamera, zwei Sondenmessplätze, zwei Ultraschallgeräte mit Doppler-Zusatz, zwei Bohrlochmessplätze, ein Reinst-Germanium-Spektroskopiemessplatz zum Nachweis geringster Mengen unbekannter Radionuklide in Proben sowie Messgeräte zur Aktivitätsbestimmung und für Strahlenschutzmessungen. Ein Ganzkörpermessplatz befindet sich im Aufbau.

Klinik für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin

In der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin werden Patientinnen und Patienten mit allen psychischen Störungen aufgenommen. Neben den stationären Betten existiert eine Institutsambulanz. Ferner verfügt sie über zwei Tageskliniken, die in der Südweststadt in Karlsruhe gelegen sind.

Psychiatrische Therapie basiert auf einem engen Vertrauensverhältnis zwischen Patient und Arzt beziehungsweise Patient und Therapeut. Dies schafft bereits die Voraussetzung dafür, dass ein Mensch mit einer psychischen Erkrankung sich gut aufgehoben fühlt und bereit ist, sich ganz auf die Behandlung einzulassen. Gefördert wird dieses Vertrauensverhältnis auch durch die freundliche, von Akzeptanz geprägte Grundatmosphäre im Haus. Wichtige Bestandteile der Behandlung sind





Klinik für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin

die medikamentöse Therapie und die Psychotherapie. Überdies werden aber auch Soziotherapien angeboten. Darunter versteht man die Aktivierung durch Beschäftigung und Arbeit, die Förderung des aktiven Freizeitverhaltens sowie die Förderung der sozialen Kontakte und Interessen.

Die Zugehörigkeit der Klinik für Psychiatrie und Psychotherapeutische Medizin zum Klinikum Karlsruhe bringt den Vorteil mit sich, dass körperliche Erkrankungen grundlegend abgeklärt und mitbehandelt werden können. Es stehen alle Fachrichtungen des Klinikums zur Verfügung, um Menschen mit psychischen Erkrankungen auch in körperlicher Hinsicht zu helfen.

Psychiatrische und Psychotherapeutische Medizin werden von Menschen gemacht – sie sind keine Apparatemedizin. Zu unseren Teams gehören daher Ärzte, Pflegepersonen, Sozial-

arbeiter, Psychologen, Bewegungstherapeuten, Ergotherapeuten, Musiktherapeuten, Kunsttherapeuten und viele weitere Berufsgruppen. Hier wurzelt der Gedanke, dass die angebotenen Therapien nicht nur krankhaftes seelisches Erleben beseitigen, sondern auch gesunde Anteile fördern sollen. Es werden schwerpunktmäßig Menschen und nicht Symptome behandelt.

Die Klinik verfügt mittlerweile über insgesamt 186 stationäre Betten, dazu kommen 35 teilstationäre Plätze außerhalb und fünf integrierte teilstationäre Plätze. Jährlich werden hier mehr als 2.500 Patienten stationär behandelt, die im Durchschnitt etwa vier Wochen in der Klinik verweilen. Für Kinder und Jugendliche mit psychischen Erkrankungen besteht eine eigene Klinik, die mittlerweile auch über eine Tagesklinik und eine Institutsambulanz verfügt.

Ambulant werden mit zunehmender Tendenz über 2.500 Menschen im Hause betreut. Diese Zahlen verdeutlichen, dass psychische Gesundheitsstörungen im modernen Verständnis nicht wenige, gar einzelne Mitbürger betreffen, sondern inzwischen zu so genannten Volkskrankheiten avancieren. Angst- bzw. depressive Störungen zählen zu den häufigsten Leiden. Neuere epidemiologische Untersuchungen verdeutlichen, dass etwa jeder Zweite im Laufe seines Lebens an einer psychischen Gesundheitsstörung erkranken kann, die allerdings nur bei wenigen (teil-)stationär behandelt werden muss. Wenn jedoch schwere Panikattacken den Alltag erheblich belasten und die Lebensqualität dramatisch verringern, wenn sich durch wiederholte depressive Symptomatiken das Leben eines Menschen völlig eindunkelt, dann ist der Gang zu seinem Hausarzt, zu einem niedergelassenen Psychiater oder später dann hier in die psychiatrische Institutsambulanz sinnvoll und verspricht Hilfe.

Klinik für Strahlentherapie

Die Strahlentherapie ist (neben Chirurgie und medikamentöser Therapie) eines der drei „Standbeine“ der Onkologie. Jeder dritte bis vierte Bürger erkrankt im Laufe seines Lebens an Krebs, in ca. 50 % ist eine Heilung möglich; 50 bis 60 % aller Krebspatienten werden im Verlauf der Erkrankung bestrahlt. Bei 40 bis 50 % aller dauerhaften Tumorheilungen ist die Strahlentherapie beteiligt oder alleinige Behandlung.

Behandlungs-Schwerpunkt unserer Klinik ist die Bestrahlung bösartiger Erkrankungen, beispielsweise Tumoren des Gehirns, des Hals-Nasen-Ohrenbereiches, der Lunge, der Speiseröhre, der weiblichen Brust, des Darmes, der Prostata, der Gebärmutter, des Lymph-Systems sowie Metastasen aller Art. Auch einige gutartige Erkrankungen (z. B. des Bewegungsapparates, der Augen oder der Haut) werden durch eine Strahlentherapie günstig beeinflusst.

Die Klinik verfügt über zwei Stationen mit 29 Betten. Harmonische Farben, helle Hölzer und ein eigener Fernseher mit Kopfhörer für jedes Bett sollen unseren Patienten die Belastung durch Krankheit und Therapie etwas erträglicher machen. Für die Phase nach dem stationären Aufenthalt assistiert unser sozialer Dienst bei der Organisation der häuslichen Pflege oder der Übernahme in eine geeignete Institution.

Die Bestrahlung kommt entweder nach einer Operation oder als alleinige Behandlung zum Einsatz, bei einigen Erkrankungen auch in Kombination mit einer Chemotherapie.

Unsere Klinik verfügt über drei Linearbeschleuniger und ein Afterloadinggerät. Mit einem 3-D-Bestrahlungs-Planungssystem werden optimierte, individuelle Behandlungspläne erstellt. Als neues Verfahren wird auch die intensitätsmodulierte Radiotherapie (IMRT) bei definierten Krankheitsbildern angeboten.



Modernste Computertechnik ermöglicht die präzise Durchführung, Überwachung und Dokumentation der Therapie. So besteht einerseits ein hoher technischer Standard, andererseits legt das Team jedoch auch besonderen Wert auf individuelle und ganzheitliche Patientenbetreuung, die den Sorgen und Ängsten von Tumorpatienten Rechnung trägt.

Im Bemühen um eine angenehme Behandlungsumgebung wurde erstmals in Deutschland ein Bestrahlungsraum mit Tageslicht geschaffen. Für die Nachsorge steht unsere Ambulanz zur Verfügung.

I. Medizinische Klinik Schwerpunkt Gastroenterologie und Diabetologie

Die I. Medizinische Klinik mit Schwerpunkt Gastroenterologie und Diabetologie versorgt Patienten mit allgemein-internistischen Erkrankungen in Zusammenarbeit mit den übrigen Fachdisziplinen des Klinikums. Die Klinik verfügt über 103 Betten auf vier Stationen, davon sieben Intensivbetten.

Über die bewährte Standarddiagnostik und -therapie hinaus bietet die I. Medizinische Klinik, individuell auf den Patienten abgestimmt, alle Methoden diagnostischer und

therapeutischer Endoskopie an. So werden in der I. Medizinischen Klinik neben der konventionellen diagnostischen Endoskopie (Gastroskopie, Koloskopie, Bronchoskopie, ERCP) und der Notfallendoskopie (Diagnostik und Therapie oberer und unterer gastrointestinaler Blutungen) bei stationären und ambulanten Patienten auch alle interventionell-endoskopische Eingriffe durchgeführt.

Die große Erfahrung kommt sowohl bei der konventionellen Sonographie als auch bei der farbkodierten Duplexsonographie des Bauchraums, der Gefäße und der Schilddrüse zum Tragen. Sonographisch gesteuerte Organ- und Tumorpunktionen ergänzen die Diagnostik. Zur Vervollständigung der gastroenterologischen Diagnostik werden hochspezialisierte Funktionsuntersuchungen wie Langzeit-pH-Metrie, Manometrie und H₂-Atemtests (Glucose/Lactose/Lactulose) in der Klinik angeboten.

Da chronische gastroenterologische Erkrankungen eine spezialisierte, kontinuierliche Behandlung erfordern, ist eine Mitbetreuung von Patienten mit speziellen Krankheitsbildern in der gastroenterologisch-hepatologischen Ambulanz der I. Medizinischen Klinik möglich. In diesem Zusammenhang ist die Hepatitis-Sprechstunde (Diagnostik und Therapie von chronischer Hepatitis B und C) zu nennen. Mit besonderer Intensität werden Patienten mit chronisch-entzündlichen Darmkrankungen (Morbus Crohn, Colitis ulcerosa) betreut.

Ein weiterer Schwerpunkt der Klinik liegt auf dem Gebiet der Diabetologie. Die I. Medizinische Klinik ist ein von der Deutschen Diabetesgesellschaft zertifiziertes Schulungszentrum für Typ 1- und Typ 2-Diabetiker.

Neben einer umfangreichen Ambulanzrätigkeit legt die Klinik deshalb besonderes Gewicht auf die Diabetikerschulung. Es erfolgt eine kontinuierliche tägliche Schulung für Typ



2-Diabetiker. Einmal monatlich wird eine ganztägige Schulung über eine Woche für Typ 1- und für insulinbedürftige Typ 2-Diabetiker angeboten. Darüber hinaus werden eine große Anzahl von Patienten mit Schwangerschaftsdiabetes und Patienten mit Insulinpumpe betreut.

I. Medizinische Klinik Schwerpunkt Nephrologie und Rheumatologie

Die I. Medizinische Klinik mit Schwerpunkt für Nephrologie und Rheumatologie versorgt allgemein-internistische Patienten in enger interdisziplinärer Zusammenarbeit mit den anderen internistischen Kliniken. Beste medizinische Versorgung und individuelle Pflege finden insbesondere Patienten mit Nieren- und Hochdruckerkrankungen sowie Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises. Die Klinik verfügt über 71 Betten auf Normalstationen sowie zusätzliche Intensiv-Betten. Ferner besteht eine Hämodialyse-Station mit insgesamt 16 Dialyse-Plätzen und der Möglichkeit der Infekt-Dialyse. Außerdem existieren drei Plätze für eine stationär gebundene Peritoneal-Dialyse.

Im Rahmen der Ermächtigung für die ambulante Patientenversorgung besteht die Aufgabe, Peritoneal-Dialyse-Patienten ambulant mitzubetreuen und sich an der Nachsorge von nierentransplantierten Patienten zu beteiligen. Darüber hinaus wird eine spezielle konsiliarische Beratung für nephrologische Erkrankungen inklusive der renalen Hypertonie durchgeführt sowie für Erkrankungen des rheumatischen Formenkreises bzw. Systemerkrankungen. Die Klinik versorgt Patienten aus dem Großraum Karlsruhe und der Südpfalz mit einem Einzugsgebiet von über einer halben Million Einwohnern. Neben der Urin-Standarddiagnostik werden u. a. Beckenkampunktionen und diagnostische Nierenpunktionen vorgenommen.

Es erfolgt die gezielte Anwendung der farb-kodierten Duplexsonographie für die Diagnostik von Nierenarterienstenosen, die Beurteilung von Nieren bei renoparenchymatösen Erkrankungen sowie von transplantierten Nieren, ferner die Darstellung von Cimino-Fisteln. 24-h-Langzeitblutdruckmessung sowie die Echocardiographie werden bei Patienten mit schwerer Hypertonie eingesetzt. Es werden sämtliche extrakorporalen Verfahren vorgehalten, Hämodialysen, chronische kontinuierliche Dialyse-Verfahren, die Plasmapherese-Behandlung sowie die Hämoperfusion.

Darüber hinaus wird in der Klinik als Referenzzentrum das Peritonealdialyse-Verfahren in Kooperation mit den niedergelassenen Kollegen durchgeführt. Seit 1979 wurden ca. 800 Peritonealdialyse-Katheter in Zusammenarbeit mit der Chirurgischen Klinik implantiert. Die Betreuung der Patienten erfolgt zum Training sowie bei Komplikationen stationär und darüber hinaus im ambulanten Bereich. Die chronisch nierenkranken Patienten erhalten eine Diätberatung. Rheumatologische Patienten mit entzündlichen Gelenkerkrankungen, Kollagenosen und Vasculitiden, ins-



I. Medizinische Klinik, Haus B

besondere solche mit Nierenbeteiligung, werden diagnostiziert und behandelt, einschließlich Krankengymnastik und balneophysikalischer Therapie.

In Zusammenhang mit der Durchführung der Hämodialyse-Verfahren werden auch Dauerdialyse-Katheter implantiert, z. B. der „Perm-Kath“ oder der „Demers-Katheter“. Die Anlage der Cimino-Fistel erfolgt in der Abteilung Gefäßchirurgie in Kooperation mit unserer Klinik.

Die Betreuung nierentransplanteder Patienten erfolgt in Zusammenarbeit mit der Universität Freiburg. Die Nierenarterienstenosen-Behandlung der Patienten erfolgt in enger Kooperation mit dem Zentralinstitut für Bildgebende Diagnostik sowie der Gefäßchirurgischen Abteilung im Klinikum Karlsruhe.

II. Medizinische Klinik Schwerpunkt Kardiologie und Angiologie

Mehr als 50 % der Sterbefälle werden durch kardiovaskuläre Krankheiten verursacht. Dabei ist der Herzinfarkt die häufigste Krankheit, welche infolge einer Verengung eines Herzkranzgefäßes durch ein Blutgerinnsel zustande kommt. Eine frühe Wiederöffnung des Herzkranzgefäßes kann nicht nur Leben retten, sondern auch die Lebensqualität nach dem Herzinfarkt entscheidend verbessern, weil dann weniger Herzmuskelgewebe abstirbt und die Symptome einer Herzmuskelschwäche eingedämmt werden.

Behandlungsschwerpunkte der II. Medizinischen Klinik sind die Diagnostik und Therapie von Erkrankungen des Herzens und des Kreislaufs, vor allem der koronaren Herzkrankheit, der Herzklappenerkrankungen, der Herzrhythmusstörungen und der Herzinsuffizienz. Dazu stehen uns fast alle modernen Therapieverfahren zur Verfügung. So kann im Falle eines akuten Herzinfarktes jederzeit eine sofortige Herzkatheteruntersuchung, und mit guten Erfolgsaussichten eine Wiederöffnung des verschlossenen Herzkranzgefäßes vorgenommen werden.

Die Abteilung verfügt über 95 Planbetten auf den Normalstationen und zwölf Betten auf der Intensiv-Station.

Die II. Medizinische Klinik bietet seit Jahren eine 24-Stunden-Bereitschaft an allen Tagen des Jahres, um mit modernen Therapie-



II. Medizinische Klinik, Haus D



verfahren (Herzkatheter, Ballonaufdehnung, Stent-Implantation etc.) den Verschluss des Herzkranzgefäßes möglichst rasch rückgängig zu machen. Wenn dies in den ersten sechs Stunden geschieht, ist die Überlebenschance entscheidend verbessert.

Durch Vorträge und andere Veranstaltungen wird versucht, intensive Aufklärungsarbeit in der Bevölkerung zu betreiben. Die Klinik verfügt über zwei hochmoderne Herzkatheterlabore, eine sehr gut eingerichtete Intensiv-Station, eine Intermediate-Care-Station sowie über alle Möglichkeiten der Echo-/Dopplerechocardiographie.

Die Stärke der Klinik im Bereich der Kardiologie liegt nicht nur in der Ballonerweiterung von Engstellen der Herzkranzgefäße, sondern auch im Bereich der Schrittmacher- und Defibrillatorimplantation. Seit kurzem verfügt

die Klinik über einen eigenen Schrittmacher-OP, um bei zu langsamem Herzschlag rasch Schrittmacherimplantationen vornehmen zu können. Es werden sogenannte Einkammer-, Zweikammer- und auch moderne Dreikammerschrittmachersysteme implantiert. Diese Dreikammersysteme sind eine neue entscheidende Verbesserung zur Therapie einer Herzmuskelschwäche. Bei Patienten mit lebensgefährlichen Herzrhythmusstörungen werden sogenannte Defibrillatoren eingepflanzt, die bei Auftreten von Kammerflimmern einen lebensrettenden Elektroschock abgeben.

Ein neuer Schwerpunkt ist die Behandlung von Herzrhythmusstörungen. Hier kann in vielen Fällen durch eine Verödungsmaßnahme (Katheterablation) das Auftreten von wiederkehrendem Herzrasen wirksam verhindert werden. Für diese elektrophysiologischen Fälle wird ab Mai 2007 ein eigenes Herzkatheterlabor gebaut; ein besonderer Schwerpunkt wird die Behandlung von Vorhofflimmern darstellen.

Im Bereich der Angiologie besteht eine enge Kooperation mit der Radiologie und Gefäßchirurgie in der Behandlung von Patienten mit Gefäßerkrankungen.

II. Medizinische Klinik

Schwerpunkt Hämatologie, Onkologie, Infektionskrankheiten und Palliativmedizin

In der Klinik der Maximalversorgung wird das gesamte Spektrum der Erkrankungen des Blutes (Hämatologie) und der Tumorerkrankungen (Onkologie) in Diagnostik, Therapie und Nachsorge angeboten. Dies umfasst die Behandlung von Leukämien, Lymphomen und allen bösartigen Geschwulsterkrankungen sowie die Blutersatztherapie, die Schmerztherapie und weitere unterstützende (supportive) Therapiemaßnahmen.

Die Onkologische Klinik hält für ihre Patienten 97 Betten mit einer Einheit für Hochdosismotherapie mit Stammzelltransplantation und eine Betreuung auf der internistischen Intensivstation vor.

Die Klinik bietet für Patienten mit Tumor- oder Infektionskrankheiten eine hochspezialisierte Betreuung an. Qualifizierte Ärzte und eine breite Palette diagnostischer und therapeutischer Möglichkeiten sichern eine optimale Behandlung. Das Team wird ergänzt durch speziell für Tumorpatienten ausgebildete Pflegekräfte, Krankengymnasten, Sozialarbeiter und Psychologen. Für die Notfallversorgung steht ein onkologisch-infektiologischer Bereitschaftsdienst durch die Oberärzte rund um die Uhr zur Verfügung. Im hämatologischen Labor steht die differenzierte Blut- und Knochenmarkdiagnostik zur Verfügung (Videomikroskopie, Durchflusszytometrie, Zellkulturen). Zur Klinik gehören eigene Bereiche für Sonographie (Duplexsonographie, Feinnadelpunktionen) sowie Endoskopie (Gastroskopie, Koloskopie und Bronchoskopie, inklusive der klassischen interventionellen Methoden).

Das Angebot umfasst das gesamte Spektrum der internistischen Onkologie und Hämatologie, also alle erprobten Behandlungsmaßnahmen von Leukämien, Lymphomen und soliden Tumoren sowie alle supportiven Therapiemaßnahmen inklusive Blutersatztherapie. Es wird die Möglichkeit geboten, an einer Vielzahl innovativer Therapiekonzepte im Rahmen deutscher oder europäischer Studienprotokolle teilzunehmen, teilweise unter Einsatz neuer Krebsmedikamente.

Seit 1996 ist die Hochdosismotherapie mit autologer Stammzelltransplantation im Hause etabliert und von den medizinischen Fachgesellschaften offiziell zertifiziert. Die Einheit ist auf einer Schwerpunktstation integriert und wird von einem speziell trainierten Ärzte- und Pflegeteam geführt.



Schaltzentrale für OP-Raum

In der Infektionsstation werden alle ansteckenden Krankheiten, u. a. HIV, Tuberkulose, Meningitis, Hepatitis, infektiöse Durchfallerkrankungen sowie Tropenkrankheiten behandelt. HIV-Infizierte und AIDS-Patienten werden seit vielen Jahren in unserem Zentrum sowohl stationär als auch ambulant betreut.

Die Palliativstation dient als eigenständiger, räumlich getrennter Bereich der Versorgung schwerkranker Patienten, bei denen nicht die Heilung, sondern die Symptomlinderung und der Erhalt einer möglichst hohen Lebensqualität im Vordergrund stehen. Patienten und Angehörigen wird hier eine intensive psychosoziale und spirituelle Begleitung angeboten.

Eine Spezialambulanz bietet eine umfassende Diagnostik, Therapie und Nachsorge an. Zuden Schwerpunkten gehören Knochenmarkuntersuchungen, die Abklärung von Blutbildveränderungen oder Blutgerinnungsstörungen, die Durchführung von Chemotherapien, auch mit tragbaren Pumpensystemen, und die Mitbetreuung von Tumorpatienten.

Neurochirurgische Klinik

Für die operative Therapie von Schädelhirntraumen, von Raumforderungen des Gehirns und des Rückenmarks besitzt die Neurochi-

rurgische Klinik ein Alleinstellungsmerkmal in der Stadt Karlsruhe, im Landkreis wie auch im überregionalen Umland. Die Neurochirurgie bildet somit einen integralen Bestandteil der Ausrichtung des Städtischen Klinikums als Klinik der Maximalversorgung.

Derzeit verfügt die Neurochirurgische Klinik über 42 Betten, davon sieben auf einer operativen, interdisziplinären Intensivstation sowie zwei Intermediate Care (IMC) Betten. Die kleinen Patienten werden stationär in der Kinderklinik und in der Kinderchirurgischen Klinik betreut. In der Neurochirurgischen Ambulanz werden jährlich über 1.800 Operationen durchgeführt. Der Klinikdirektor Prof. Dr. Uwe Spetzger ist zur vollen Weiterbildung im Fach Neurochirurgie und der speziellen Neurochirurgischen Intensivmedizin ermächtigt.

Die beiden Schwerpunkte der Neurochirurgischen Klinik sind die kraniale Chirurgie sowie die Wirbelsäulenchirurgie. Bei der kranialen Chirurgie, insbesondere auf dem Sektor der Hirngefäßerkrankungen, zeichnet sich eindeutig ein Trend für die Priorisierung der endovaskulären Therapie mit Stents und Coils sowohl bei Aneurysmen als auch bei Angiomen ab. Hier ist eine personell engere Verzahnung mit der Sektion Neuroradiologie geplant, so dass ein Ausbildungsassistent im Rahmen seiner Facharztausbildung zum Neurochirurgen auch eine endovaskuläre Expertise erwerben kann.

Auf dem Gebiet der computer-assistierten Hirnchirurgie wurde nach mehrjähriger eigener Forschungsarbeit eine bildgeführte stereotaktische Biopsiemethode entwickelt und erstmalig bei Patienten eingesetzt. Mit diesem Projekt setzte sich die Neurochirurgie 2007 bei dem bundesweiten Ideenwettbewerb „Deutschland – Land der Ideen“ durch. Mit diesem neuartigen Assistenzsystem sind eine Probiopsie und mittelfristig auch eine minimalinvasive Therapie von Gehirntumoren während



der Bildakquisition im Kernspintomographem machbar und online kontrollierbar.

In der Wirbelsäulenchirurgie hat in den letzten Jahren eine eindeutige Verschiebung des Patientengutes stattgefunden. In der Neurochirurgischen Klinik werden zunehmend größere wirbelsäulenchirurgische Eingriffe, insbesondere Stabilisierungsoperationen durchgeführt. Die so genannten kleineren und einfachen Bandscheibenoperationen werden zunehmend in den ambulanten Sektor abgedrängt bzw. von niedergelassenen Neurochirurgen als Operationen im Rahmen des Beleg-

arztwesens extern durchgeführt. In der nahen Zukunft zeichnet sich auch bei der großen Wirbelsäulenchirurgie ein Trend zur Miniaturisierung ab. Hier werden vermehrt bildgeführte und robotische Operationstechniken Einzug halten. Insbesondere Verschraubungen der Wirbelsäule werden durch kleine Operationsroboter verbessert und erleichtert werden. Inwieweit sich der Bandscheibenersatz durch die Implantation von künstlichen Bandscheiben weiter etablieren wird, bleibt abzuwarten.

Das operative Spektrum der Klinik umfasst alle neurochirurgisch behandelbaren Erkrankungen am zentralen und peripheren Nervensystem. Bei operativen Eingriffen werden, neben den routinemäßig angewandten mikro-neurochirurgischen Operationstechniken bei Gehirntumoren, moderne Techniken wie die Neuronavigation oder Ultraschall angewandt. Bei Eingriffen an der Schädelbasis sowie bei Rückenmarkstumoren wird das intraoperative elektrophysiologische Monitoring eingesetzt. Mittlerweile sind auch endoskopische, minimalinvasive Techniken etabliert, wobei die Ventrikulozisternostomie zur Behandlung des Verschlusshydrozephalus zu den routinemäßig durchgeführten Operationsverfahren zählt. Bei lateralen, lumbalen Bandscheibenvorfällen hat sich das minimalinvasive, perkutane, endoskopische Verfahren ebenso bewährt.

Neurologische Klinik

Die Neurologische Klinik verfügt über zwei gemischt belegte Stationen mit je 24 Betten, eine Intensivstation mit sechs Betten und eine Schlaganfall-Einheit (Stroke Unit) mit sechs Betten.

Neben Schlaganfällen stellen entzündliche Erkrankungen des zentralen Nervensystems, Epilepsien, Parkinson-Syndrome, Muskelerkrankungen und Erkrankungen des peripheren

Nervensystems wie Polyneuropathien oder Einzelnerschädigungen, Hirntumore und Schmerzsyndrome weitere Behandlungsschwerpunkte dar. Auf der neurologischen Intensivstation werden Patienten mit lebensbedrohlichen neurologischen Erkrankungen des zentralen und peripheren Nervensystems sowie der neuromuskulären Übertragung behandelt. Hier stehen bis zu vier Beatmungsplätze zur Verfügung. Neben einem hochspezialisierten Pflegeteam ist rund um die Uhr eine Ärztin/ein Arzt anwesend.

Für Patienten mit Schlaganfällen wurde eine Schlaganfall-Einheit (Stroke Unit) geschaffen, die direkt neben der neurologischen Intensivstation liegt. Die Schlaganfallstation besteht aus drei Zimmern mit jeweils zwei Betten. Für jeden Patienten ist ein Platz zur Überwachung aller wichtigen Lebensfunktionen wie z. B. EKG, Puls, Blutdruck und Atmung eingerichtet. Während des Klinikaufenthaltes erfolgen die notwendigen diagnostischen Untersuchungen. Zudem wird eine an den Ursachen des Schlaganfalles orientierte Therapie eingeleitet, um Folgeschäden möglichst gering zu halten und einen erneuten Schlaganfall zu vermeiden. Durch qualifizierte Pflege, Krankengymnastik, Ergotherapie und Logopädie wird die größtmögliche Selbstständigkeit des Patienten angestrebt. Die Erstellung des therapeutischen Konzeptes erfolgt in Zusammenarbeit mit den kardiologischen Kollegen.

Die Neurologische Klinik ist auch in der Zentralen Notaufnahme des Städtischen Klinikums präsent. Hier werden Notfälle aller Fachrichtungen behandelt. Rund um die Uhr sind eine Ärztin oder ein Arzt aus der Neurologischen Klinik erreichbar. Im Jahr werden ca. 5.000 neurologische Notfälle versorgt, davon 1.200 Patienten mit Schlaganfällen.

Die Durchführung kranialer Computertomographien, aber auch von Lumbalpunktionen, ist möglich. Die Ausstattung der Klinik



mit modernsten Ultraschallgeräten ermöglicht die exakte Beurteilung von Veränderungen der Halsarterien und der intrakraniellen Gefäße (CW-Dopplersonographie, Farbduplexsonographie, transkranielle Dopplersonographie, Emboli-Detektion). Durch elektromyographische und neurographische Untersuchungen sowie die Ableitung von EEG (Video-EEG) und evozierten Potenzialen (SEP, AEP, MEP) lassen sich Funktionsstörungen des zentralen und peripheren Nervensystems erfassen.

Eine enge Zusammenarbeit besteht mit dem Zentralinstitut für Bildgebende Diagnostik mit neuroradiologischer Kompetenz (CT, CT-Angiographie, MRT, MRT-Angiographie, Angiographie, Coiling, Stents), der Neurochirurgischen und der Gefäßchirurgischen Klinik, den internistischen Fachkollegen, insbesondere der Kardiologie, sowie mit der Schmerzambulanz des Institutes für Anesthesiologie.

Urologische Klinik

Die Urologische Klinik des Städtischen Klinikums Karlsruhe ist eine der größten Kliniken in der Bundesrepublik Deutschland und verfügt über 80 Betten, die auf vier Stationen verteilt sind. Insgesamt werden zur Zeit etwa 4.000 stationäre und 11.000 ambulante Patienten pro Jahr versorgt.

Im Rahmen des Maximalversorgungsauftrages werden – mit Ausnahme der Nierentransplantation – alle modernen Untersuchungs- und Behandlungsverfahren bei Erkrankungen des Harntraktes (Kinder, Frauen und Männer), einschließlich der Zeugungsstörungen vorgenommen.

Darüber hinaus besteht an der Urologischen Klinik ein Prostatazentrum zur Diagnostik und Therapie der gutartigen Prostatavergrößerung und des Prostatakarzinoms sowie ein Inkontinenzzentrum zur Diagnostik und Behandlung der verschiedenen Formen des unwillkürlichen Urinverlustes (Harninkontinenz). Hierzu werden alle gängigen Verfahren der Inkontinenzchirurgie (z. B. TVT-Band, Operation nach Burch, Faszienzügelplastik, Sakropexie, Implantation künstlicher Schließmuskelsysteme) sowie die medikamentöse Behandlung und krankengymnastische Übungen unter Einschluss der Magnetstimulation der Beckenbodenmuskulatur für Frauen und Männer angeboten.

Als Akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Freiburg bilden wir Studenten im Praktischen Jahr vor dem Staatsexamen aus. Die vollständige Weiterbildung von Ärzten bis zum Facharzt für Urologie ist gewährleistet.

Zur Diagnostik aller Erkrankungen des gesamten Harntraktes sowie der Genitalorgane stehen modernste Methoden und Geräte nach neuestem Stand zur Verfügung.

Schwerpunkte der Behandlung bei bösartigen Erkrankungen des Harntraktes bilden operative Techniken, medikamentöse Therapieformen und Strahlenbehandlung. Hierzu gehören gutartige und bösartige Geschwülste der Harnorgane, wie z. B. Geschwülste der Nieren, der Prostata und der Blase (unter Einschluss der Ersatzblasenbildung) sowie der Hoden, des Penis und seltener Tumoren des hinteren Bauchraumes. Es werden in großer Zahl die speziellen Verfahren der Ersatzblasen-

bildung beim Blasen-tumor durchgeführt. Hierzu gehören das Ileum Conduit oder das Colon Conduit, die Ileum Ersatzblase sowie der Mainz Pouch I und der Mainz Pouch II.

Das Prostatazentrum ermöglicht Patienten eine interdisziplinäre Beratung durch die Spezialisten der verschiedenen beteiligten Fachgebiete. Wenn das Prostatakarzinom auf die Prostata begrenzt ist, können alle Techniken der Operation und in geeigneten Fällen auch unter Erhalt der Potenz operiert werden. Die Möglichkeiten der Bestrahlung ist in Zusammenarbeit mit der Strahlenklinik gewährleistet. Die Spickung der Prostata mit radioaktiven Einlagen (Brachytherapie) wird in dieser Zusammenarbeit ebenfalls angeboten.

Die sogenannte „Knopflochchirurgie“ hat einen hohen Stellenwert besonders bei Operationen an der Niere, speziell in der Nierentumor-chirurgie. Die sogenannten minimalen Techniken werden sehr häufig genutzt zur operativen Entfernung von Nierentumoren,



von Lymphknoten und für plastisch-rekonstruktive Eingriffe wie z. B. die Nierenbeckenplastik. Die laparoskopischen Operationsverfahren werden mittlerweile seit mehr als zwölf Jahren als schonende Operationsmethode angewendet.

Zentrale Notaufnahme

Die Zentrale Notaufnahme (ZNA) ist eine gemeinsame Einrichtung der internistischen und chirurgischen Abteilungen sowie der Neurochirurgie und der Neurologie für akut bedrohte oder verletzte Menschen dieser Fachgebiete. Durch die enge Anbindung an das Zentralinstitut für Bildgebende Diagnostik ist die Möglichkeit zur schnellen Diagnostik mit modernsten Untersuchungstechniken (z. B. Computertomographie, Kernspintomographie) gegeben. Über den Hubschrauberlandeplatz besteht ein direkter Zugang zur Akut- und Erstversorgung.

Patienten mit Erkrankungen aus anderen Fachbereichen werden in den jeweiligen Klinikambulanzen direkt versorgt (z. B. Hals-Nasen-Ohrenklinik, Augenklinik, Hautklinik, Urologie, Frauenklinik und Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie). Die Klinik für Kinder- und Jugendmedizin und die Kinderchirurgische Klinik verfügen über eine eigene Notaufnahme für Kinder und Jugendliche.

Handelt es sich um Einweisungen von Patienten zur stationären Aufnahme von Krankheitsbildern, die nicht akut aufgetreten sind, erfolgt die Aufnahme in der jeweiligen Klinik unabhängig von der ZNA.

Notfälle sind nicht kalkulierbar, und niemand weiß vorher, wie viele Patienten kommen und welche Erkrankungen oder Verletzungen zu behandeln sind. Akut lebensbedrohte Patienten haben stets Vorrang in der tägli-



Hubschrauberlandeplatz



Zentrale Notaufnahme, Haus R

chen Versorgung. Deshalb kann es gelegentlich auch zu längeren Wartezeiten kommen, wofür um Verständnis gebeten wird.

Apotheke

Die Apotheke versteht sich als Serviceabteilung mit dem Ziel der optimalen Arzneimitteltherapie in Zusammenarbeit mit Ärzten und Pflegepersonal für alle Patientinnen und Patienten des Klinikums. Ein 24-Stunden-Dienst ist, mit entsprechender Rufbereitschaft, sichergestellt.



Die Apotheke versorgt die Patienten des Klinikums täglich sowohl mit Fertigarzneimitteln und anderen Produkten des medizinischen Bedarfs als auch mit selbst hergestellten Arzneimitteln (z. B. Arzneimittel zur Behandlung von Tumorerkrankungen einschließlich Plausibilitätsprüfung und individueller Dosisberechnung, intravenöse Ernährung für Frühgeborene, dermatologische Zubereitungen für die Hautklinik, orale Zubereitungen in Kinderdosierungen für die Kinderklinik, Befüllung implantierbarer Pumpen zur Schmerztherapie). Dazu gehören auch die analytischen Arbeiten zur Ein- und Ausgangskontrolle von Rohstoffen und Endprodukten.

Darüber hinaus bietet die Apotheke eine Reihe klinisch-pharmazeutischer Dienstleistungen wie Arzneimittelinformation mit zahlreichen Medien zur Beantwortung von Anfragen zu allen Aspekten der medikamentösen Therapie an (Literaturrecherchen zu speziellen Fragestellungen bei zentralen Datenbanken oder im Internet, Dosierung bei Organinsuffizienz, Interaktionschecks, Nebenwirkungen, juristische Fragestellungen u. a.).

Dosierempfehlungen aufgrund von Serumspiegelbestimmungen, Beratung von Ärzten und Pflegepersonal bei klinischen Visiten, Kostenkontrolle und Verbrauchssteuerung der im Klinikum eingesetzten Arzneimittel, Leitung der Arzneimittelkommission sowie die Begleitung klinischer Studien gehören ebenfalls zum Leistungsspektrum der Apotheke im Städtischen Klinikum.

Mit dem Unterricht an der Krankenpflegeschule und im Bildungs- und Beratungszentrum, der Ausbildung von Praktikanten und Famulanten und der Durchführung hausinterner Fortbildungen übernimmt das Team aus Apothekerinnen und Apothekern, Pharmazeutisch-technischen Assistenten und Pharmazieingenieuren, Pharmazeutisch-kaufmännischen Angestellten und nicht-pharmazeutischen Mitarbeitern auch wichtige Aufgaben im Bereich Aus- und Weiterbildung.

Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin

Die Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin versorgt als zentrale Einrichtung die Patienten aller operativen Fachgebiete des Klinikums Karlsruhe anästhesiologisch, d. h. sie bereitet die Patienten zur Operation vor, führt die notwendige Narkose oder Lokal- und Leitungsanästhesie durch und überwacht die Patienten anschließend im Aufwachraum.

Die operative Intensivstation versorgt in Kooperation mit den entsprechenden Kollegen in insgesamt 21 Betten die kritisch kranken Patienten aller operativ tätigen Fächer. Die Station wird von den Anästhesisten geleitet. Schwerpunkt der Behandlung ist die Beatmungstherapie, die Behandlung der Sepsis und der polytraumatisierten Patienten. Die Mitarbeiter der Intensivstation sind in den meisten Kliniken auch für die Wiederbelebung zuständig.

Die Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin organisiert den Notarztdienst für einen Stützpunkt im Rettungsdienst der Stadt Karlsruhe und verantwortet die Weiterbildung der ärztlichen Kollegen und der Rettungsassistenten im gesamten Rettungsbereich.

Auf den Stationen ihrer operativen Patienten bietet die Klinik darüber hinaus die akute postoperative Schmerztherapie an. Zusätzlich betreibt sie das regionale Schmerzzentrum Mittlerer Oberrhein zur Behandlung der chronisch schmerzkranken Patienten der Region. Die Schmerzbehandlung erfolgt interdisziplinär zusammen mit Psychologen und Ergotherapeuten unter Einbeziehung aller Fachgebiete des Hauses.

Die technische Ausstattung der Klinik erfüllt höchste Ansprüche. Dies gilt sowohl für die Narkosegeräte als auch für die Beatmungsmaschinen. Die Intensivstation führt selbstständig Nierenersatzverfahren durch und verfügt über ein Monitoring- und Dokumentationssystem, über das das papierlose Führen der Patientenakte realisiert ist.

Mitarbeiter der Klinik bieten regelmäßig, auch für externe Teilnehmer, Kurse zur Einführung in den Betrieb von medizinischen Geräten an, entsprechend den Vorschriften des Medizinproduktegesetzes. Es werden jährlich etwa 25.000 Anästhesieleistungen und 3.500 Beatmungstage erbracht. 800 Patienten werden schmerztherapeutisch versorgt.



Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin, Haus E

Pathologisches Institut

Seit 1907 gehört zum Städtischen Klinikum auch das Pathologische Institut. Anfangs bestand die wesentliche Aufgabe des Pathologischen Institutes in der Durchführung von Obduktionen. Dabei werden nach dem Tode alle Organe des Menschen inspiziert, entnommen und präpariert. Zudem erfolgt eine feingewebliche Untersuchung von Gewebeproben aus diesen Organen unter dem Mikroskop. Bei der Untersuchung der Organe mit dem bloßen Auge und dem Mikroskop können Veränderungen festgestellt werden, die Rückschlüsse auf bestimmte Erkrankungen oder Schädigungen des Körpers zulassen. Nach Abschluss der Untersuchungen werden diese Veränderungen

in einer pathologisch-anatomischen Diagnose festgehalten.

Die Obduktion ist somit ein ärztlicher Eingriff nach dem Tod, der wie kaum eine andere Methode in der Medizin zu neuen Erkenntnissen führte und damit zum Fortschritt beigetragen hat. Auch die Entwicklung neuer Untersuchungsmethoden in anderen Fächern der Medizin hat die Bedeutung der Obduktion nicht geschmälert, vielmehr kann die postmortale Untersuchung als eine Methode gelten, die Qualität klinischer Untersuchungen zu überprüfen und auch positive und negative Folgen therapeutischer Maßnahmen zu erkennen und zu dokumentieren. Daraus können Konsequenzen gezogen werden, die für die Lebenden von Nutzen sind.

Obduktionen werden nur dann durchgeführt, wenn die Angehörigen nach Befragung ihr ausdrückliches Einverständnis gegeben haben. Den Angehörigen von Patienten, die im Städtischen Klinikum verstorben sind, entstehen durch die Obduktion keine Kosten. Auf Wunsch erhalten die Angehörigen die Obduktionsdiagnose und die Gelegenheit, die gefundenen krankhaften Veränderungen und ihre mögliche Bedeutung auch für die Familie im Institut zu besprechen.

Heute zeichnet sich das Pathologische Institut als Dienstleistungsbetrieb aus, mit Fokussierung auf die Arbeit und die Leistungen für den lebenden Patienten. Da die meisten Erkrankungen mit strukturellen Veränderungen der Zellen oder Gewebsverbände der Organe einhergehen, hat sich die Untersuchung von Zellen (Zytopathologie) oder von Geweben (Histopathologie) mit dem Mikroskop als eine schnelle, treffsichere und kostengünstige Methode für die Diagnostik von Krankheitsstufen oder manifesten Erkrankungen etabliert. Dies gilt nicht nur für Krebserkrankungen, sondern für nahezu das gesamte Spektrum der Erkrankungen beim Menschen.



Da das Institut über ein Elektronenmikroskop verfügt, besteht zudem die Möglichkeit, nach Einbettung des Gewebes in Kunststoff feinstrukturelle Untersuchungen an Ultradünnschnitten vorzunehmen, in denen die verschiedenartigen Organellen in einer Zelle sichtbar gemacht werden können. Diese Methode setzt das Pathologische Institut vorzugsweise bei der Aufarbeitung von Herzmuskel- und Hautbiopsien oder beim Erregernachweis infektiöser Erkrankungen ein. In Zukunft werden molekulargenetische Methoden, mit denen krankhafte Veränderungen an den Genen nachgewiesen werden können, bei bestimmten Fragestellungen in der Tumordiagnostik unverzichtbar sein.

Ein Pathologisches Institut hat somit in der heutigen Zeit die Aufgabe, postmortale und intravitale Diagnostik zu leisten, die nahezu das gesamte Spektrum der Erkrankungen des Menschen umfasst. Da die Diagnostik in der Pathologie immer diffiziler und die Konsequenzen größer werden, stehen den pathologischen Instituten Referenzzentren zur Verfügung, an die sie sich bei besonders komplizierten Fällen zur eigenen Qualitätssicherung wenden können.

ZIBID – Zentralinstitut für Bildgebende Diagnostik

Das Radiologische Institut versorgt das Städtische Klinikum Karlsruhe und die Herzchirurgische Klinik der Rhönklinik AG in den Arbeitsbereichen diagnostische und interventionelle Radiologie. Das Institut verfügt über eine vollständige Ausstattung im Bereich der konventionellen Röntgendiagnostik sowie der Schnittbildtechniken und der Angiographie.

Das diagnostische Untersuchungsspektrum umfasst die konventionelle Projektionsradiographie (inkl. Durchleuchtung), die Mammographie, die Sonographie, die Computertomographie, die Magnetresonanztomographie, die Angiographie, eine zentrale Notfalldiagnostik und die Kinder- und Neuroradiologischen Untersuchungen.

Das interventionelle Behandlungsspektrum umfasst die Tumorbehandlung, die Wirbelsäulenbehandlung, die Gefäßbehandlung, die Gewebeentnahme aus der Brust, CT- und Ultraschallgesteuerte Gewebeentnahmen und die Entfernung/Drainage von Infektionsherden.

Die Computertomographen (Multi-Slice-CT) und Magnetresonanztomographen (MRT) wurden aktualisiert, wodurch modernste Untersuchungen inkl. Herz-CT und Herz-MRT möglich sind. Ein besonderes Merkmal der Röntgendiagnostik in der Zentralen Notaufnahme ist die Integration der Computertomographie und digitalen Radiographie in den diagnostischen Ablauf.

Im Rahmen des eingerichteten Brustzentrums wurde ein Vakuum-Stanzbiopsiesystem installiert und die Mammographie auf eine digitale Direktradiographie umgestellt.

Zusammen mit der Klinik für Gefäßchirurgie wurde ein zertifiziertes Gefäßzentrum gegründet.

In der Klinik für Kinder- und Jugendmedizin werden junge Patienten vom Frühgebore-



nen- bis Jugendalter radiologisch versorgt. Spezielle interventionelle diagnostische und therapeutische Verfahren im Bereich der Wirbelsäule (Vertebroplastie, Nukleoplastie), der Viszeralorgane (CT-gesteuerte diagnostische Punktionen, Radiofrequenzablation von Tumoren) sowie des Nervensystems (CT- und MRT-Stereotaxie, Aneurysmacoiling, Carotisstenosversorgung) sowie des Gefäßsystems (periphere arterielle Verschlusskrankheit, Dialyseshunt) gehören zu den Kernkompetenzen des Instituts.

Im Radiologischen Institut wird die vollständige Weiterbildung für die Facharztausbildung in Diagnostischer Radiologie und Neuroradiologie angeboten. Das Institut ist seit 2003 im Sinne eines umfassenden Qualitätsmanagementsystems organisiert und ist nach DIN ISO-9001: 2000 Standard zertifiziert.

2006 wurde durch die Einführung eines Spracherkennungssystems eine erhebliche Beschleunigung der Befundübermittlung an die zuweisenden Kliniker erzielt, die eine noch effizientere interdisziplinäre Kommunikation ermöglicht.

ZLMT – Zentrum für Labormedizin, Mikrobiologie und Transfusionsmedizin

Das Zentrum für Labormedizin, Mikrobiologie und Transfusionsmedizin ZLMT gewährleistet für das Klinikum und weitere Krankenhäuser

im 24-Stunden-Betrieb eine wissenschaftlich qualifizierte fachärztliche Versorgung in den Fachgebieten Laboratoriumsmedizin, Mikrobiologie und Infektionsepidemiologie, Transfusionsmedizin mit Blutspendezentrale sowie Allgemeine und Krankenhaushygiene.

Das Spektrum der Laborleistungen umfasst mehr als 1.000 verschiedene Untersuchungen und Analysen, von den Vitalparametern bis zu komplexen molekulargenetischen Parametern. Dafür wird innovative Technik eingesetzt und finden moderne und sichere Verfahren Anwendung. Schwerpunkte des Medizinisch-diagnostischen Instituts sind die Leukämietypisierung, Thrombosedagnostik und eine hochspezialisierte Drogenanalytik.

Die Abteilung für Mikrobiologie und Krankenhaushygiene betreut neben dem Klinikum und anderen Krankenhäusern auch Pflegeheime und Wirtschaftsunternehmen, z. B. durch Beratung bei Prävention, Diagnose und Behandlung von Infektionskrankheiten und in Hygienefragen.

Die Abteilung für Transfusionsmedizin stellt alle im Klinikum benötigten Blutpräparate aus Blutspenden selbst her. Sie ist für die Herstellung peripherer Blutstammzellpräparate im Rahmen moderner Tumortherapien zertifiziert.

Um das hohe medizinische Niveau aller Dienstleistungen auszubauen, passt das ZLMT Verfahren und Organisation ständig den modernsten Standards an. Es wendet dabei ein „Umfassendes Qualitätsmanagement“ nach den Prinzipien der EFQM (European Federation of Quality Management) an.

Der Pflegedienst

Die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Pflegedienstes im Städtischen Klinikum Karlsruhe sehen es als ihre Aufgabe und ihr Ziel, eine



patientenorientierte, empathische und auf pflegewissenschaftlichen Erkenntnissen aufbauende Pflege in allen klinischen Stationen und Funktionsbereichen sicherzustellen.

Als Grundqualifikation zur Durchführung der pflegerischen Tätigkeiten werden im Klinikum 280 Ausbildungsplätze in der Schule für Pflegeberufe vorgehalten. In der reformierten dreijährigen Ausbildung zum/r Kranken- und Gesundheitspfleger/in werden auch verstärkt inhaltliche Themen, wie die Rehabilitation, die Prävention oder die Palliativpflege berücksichtigt. Darüber hinaus stehen sämtliche im Pflegebereich vorhandenen Fachweiterbildungen wie die Intensivpflege und Anästhesie, der Operationsdienst, die Psychiatrie, die Leitung einer Station und Einheit sowie die allgemeine Pflege zur Verfügung. Unterstützt von Praxisanleitern, Mentoren und Tutoren sowie im Krankenhausmanagement qualifizierten Führungskräften in der mittleren und oberen Führungsebene, wird der Sicherstellungsauftrag einer bestmöglichen Pflege, unter Berücksichtigung der ökonomischen Rahmenbedingungen, gewährleistet.

Die permanente Weiterentwicklung des Leistungsangebots im Pflegebereich wird, ausgehend von einem abgestuften Pflege- und Behandlungskonzept, fortgeführt. Grundlage dieser Konzeption ist die organisatorische und

ablauftechnische Neugestaltung verschiedener Stationen und Einheiten, wie der Palliativpflege, der Schlaganfallbehandlungseinheit, vor- und nachstationärer Behandlungseinrichtungen sowie der Intermediate Care-Einheit. Auch die zum Betrieb dieser Einheiten notwendigen Qualifikationen werden von den Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern des Pflegedienstes im Klinikum permanent erworben und aktualisiert.

In den Jahren 2006 und 2007 initiierte die Pflegedirektion im Städtischen Klinikum das Projekt Pflege 2015, in dem die wesentlichen Ziele des Pflege- und Funktionsdienstes im Klinikum zukunftsorientiert ausgerichtet wurden. Diese Neupositionierung setzt Schwerpunkte im Bereich der Führungsebenen des Pflegedienstes. Die Weiterentwicklung und Umsetzung der Führungsgrundsätze im Pflegedienst, die Vorgesetztenbeurteilung sowie die Darstellung des Pflegedienstes nach innen und nach außen wurden grundsätzlich modifiziert. Bezüglich der Weiterentwicklung pflegfachlicher Inhalte wurde sowohl die Pflegekonzeption als auch das Pflegeleitbild überarbeitet und an die neuen Herausforderungen, an die demographische Entwicklung, aber auch an das neue Krankenpflegegesetz angepasst. Bezüglich der Ablauforganisation in den stationären Bereichen beschäftigt sich der Pflegedienst aktuell mit der Weiterentwicklung des Patientenmanagements und wird in den kommenden Jahren im Rahmen einer Aufgabenverteilung zwischen Ärztlichem Dienst und Pflegedienst auch höherwertige Tätigkeiten übernehmen. Die Veränderung hin zur Patientenorientierung, mit der begleitenden konzeptionellen Entwicklung, der Einführung von so genannten pflegerischen Expertenstandards, der pflegerischen Qualitätssicherung sowie einer Neuausrichtung der Fort- und Weiterbildung mit Hilfe neuer Medien und eines Zertifizierungsverfahrens über alle Mitarbeiter



des Pflege- und Funktionsdienstes, sind Zielsetzungen, die in den kommenden Jahren für einen Pflege- und Funktionsdienst auf hohem Niveau sorgen.







Das Fotoprojekt „Team SKK“

„Städtisches Klinikum Karlsruhe – Ihr starker Partner für innovative Medizin und Menschlichkeit“ – Mit diesem Leitgedanken eng verbunden sind die über 4.000 Ärzte, Pflegekräfte, medizinisch-technischen Angestellten, Reinigungs-/Servicekräfte und Verwaltungsangestellten. Als Team stehen sie für Kraft, Stärke, Kompetenz ebenso wie für Menschlichkeit und Partnerschaft und tragen einen erheblichen Teil zur Umsetzung dieses Leitgedankens bei.

Am 21. September 2006 versammelten sich in dieser einmaligen Aktion bei strahlendem Sonnenschein über 2.000 dieser Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter gemeinsam auf dem Klinikumgelände. Mit dem Fotografen Bernhard Schmitt ONUK, einem achtköpfigen Organisations-Team, zwei Kameramännern sowie Spezialkrans und den erfahrenen Einsatzleitern der Karlsruher Berufsfeuerwehr konnte das Fotoprojekt „Team SKK“ umgesetzt werden (s. auch vorherige Doppelseite).

Das Klinikum im Jubiläumsjahr

Mittwoch, 17.00 Uhr, Sitzungssaal im Städtischen Klinikum, Haus U. Die Akten klappen zu, die Pinnwände werden von Karteikarten befreit, die Stifte in Schubladen verstaut. Und: ein neuer Leitgedanke für das Städtische Klinikum ist geboren. Kritischer Meinungsaustausch mit sensiblem Blick auf die Geschichte des Klinikums und viel Mut, in die Zukunft zu schauen – dies sind die Voraussetzungen für das achtköpfige Projektteam im Mai 2006, den Leitgedanken zu entwickeln, der das Klinikum in das Jubiläumsjahr tragen und die Perspektiven für die Zukunft eröffnen soll. Pioniergeist und der Wille, alle Kräfte für das Jubiläumsjahr zu mobilisieren, ermöglichen dem Team im Jahr 2006, die Herausforderung „Jubiläumsjahr“ anzupacken und zu realisieren für das Städtische Klinikum – „Ihr starker Partner für innovative Medizin und Menschlichkeit“.

Von der Entwicklung des Erscheinungsbildes, über die engen Abstimmungen mit den einzelnen Kliniken bis hin zur Planung und Durchführung der großen Auftaktveranstaltung im Januar 2007 – alle Themen, alle Aufgaben, alle Probleme werden angesprochen, nichts gibt es hier, was offen bleibt, alle Details werden gelöst immer mit dem Blick auf das Ziel gerichtet: das Klinikum im Jubiläumsjahr zu stärken in seiner Position als innovatives Gesundheitszentrum und Netzwerk für medizinische Dienstleistungen in der Region.

Wo steht das Städtische Klinikum Karlsruhe heute? Wie wird es von außen gesehen? Was sagen Patienten und die breite Öffentlichkeit in Karlsruhe und der Region? Diese Fragen gilt es, offen auszusprechen. Ebenso wichtig ist ein gründlicher Blick in das unmittelbare Geschehen auf der Station, in der Verwaltung, in der Kantine. Was sagen die Mitarbeiter, fühlen sie sich wohl, verstehen sie

einander? Was sagt ein Chefarzt, wenn ihm etwas von einem neuen Erscheinungsbild berichtet wird? Welche Krankheit hat denn ein Patient, wenn er ein neues Erscheinungsbild braucht? Herrscht ein Klima vor, welches das Klinikum wirklich zu einem starken Partner macht?

Es stellen sich viele dieser Fragen, die alle aufgelöst werden wollen. In der Gesamtheit kann so ein Bild entstehen, das Missstände aufdeckt, das mit Missverständnissen aufräumt und echtes Vertrauen schafft, unter den Mitarbeitern, aber auch im unmittelbaren Kontakt zum Patienten.

Angesichts dieser Zielsetzung scheint es an Bedeutung zu verlieren zu klären, wozu denn ein neues Logo benötigt wird, wenn das alte „neue“ Logo noch längst keinen Staub angesetzt hat, oder die Grundsatzfrage, ob es bei den medizinischen Veranstaltungen nun Butterbrezeln oder Croissants gibt.

Humanitäres Miteinander nicht als Floskel für einen Wunschzustand, nein, dieses Gefühl real praktizieren und mit Leben erfüllen – eine ehrgeizige Aufgabe zu erkennen, wo dies bereits zu finden ist und wo es verbessert werden kann. Das Klinikum steht für Hilfe, für Pflege, ja für Gesundheit, aber auch und gerade für die ernsthafte Auseinandersetzung mit Krankheit und Tod. Umfragen zeigen, dass es dem Klinikum offensichtlich gelingt, eine Brücke zu bauen zwischen Innovation und dem Menschen als



Partner und zu allererst als Patient, der zu Recht alle Aufmerksamkeit beansprucht.

21 Fachkliniken und fünf angeschlossene Institute – da kann getrost von einem „Haus der Maximalversorgung“ gesprochen werden, welches Patientinnen und Patienten aus dem Stadt- und Landkreis Karlsruhe, den Regionen Mittlerer Oberrhein und Nordschwarzwald individuelle stationäre, vor- und nachstationäre, tagesklinische und ambulante Versorgungsleistungen sowie Servicedienste anbietet. Alle Kliniken und Institute verfügen über eine Chefarzt- oder Institutsambulanz, die Patientinnen und Patienten privat oder auf Überweisung behandeln. Die Versorgung von Notfällen ist täglich rund um die Uhr sichergestellt.

Stationär finden im Städtischen Klinikum jährlich über 60.000 Menschen medizinische Behandlung und pflegerische Betreuung auf hohem Niveau. Dafür sorgen die rund 4.000 Ärzte, Pflegekräfte, Techniker, medizinisch-technischen und Verwaltungsangestellten des

Städtischen Klinikums. Die Verweildauer der Patienten beträgt derzeit im Durchschnitt knapp acht Tage.

Die Aufgabe ist erkannt und auf den Weg gebracht: Das Klinikum wird sukzessive in allen Bereichen zu einem modernen Dienstleistungsunternehmen weiterentwickelt, das vor dem Hintergrund eines umfassenden Qualitätsmanagements seine Position als leistungsfähiges Zentrum und Netzwerk von medizinischen Dienstleistungen in der Region festigt und ausbaut.

Somit werden die Schwerpunkte ganz offensichtlich: Der Dienstleistungsgedanke für die Patienten tritt gerade im Jubiläumsjahr immer mehr in den Vordergrund. Die Partnerrolle des Klinikums wird erlebbar und haftet nicht länger am Bleistift des Theoretikers.

Die Gesamtkonzeption zum Jubiläumsjahr 2007

Ein Projekt wie das Jubiläumsjahr entsteht nicht aufs Geratewohl. Ein Gerüst, das Stange für Stange zusammenpasst und letztlich alles trägt, muss gefunden werden – eine Gesamtkonzeption, die alle zu bewältigenden Aufgaben in einen Kontext packt. Eine Aufgabe für das Projektteam, bestehend aus Vertreterinnen und Vertretern der Bereiche Ärztlicher Dienst, Pflegedienst, Verwaltung und externer Projektbegleitung.

Neben der Entwicklung des Erscheinungsbildes ist dies die Planung umfangreicher Veranstaltungsreihen, denn bei 21 Kliniken und fünf Instituten liegt es auf der Hand, in einem Jahr, in dem die Öffentlichkeit ihren Blick in besonderem Maße auf das Klinikum lenkt, das gebündelte Wissen, sämtliche Kompetenz und Erfahrung in die Waagschale zu werfen und für die Bürgerinnen und Bürger erlebbar zu machen.





Fast scheint es marginal zu erwähnen, dass dies ein ehrgeiziges Unterfangen darstellt angesichts der Individualität, die jede Klinik, jedes Institut mit sich bringt. Hier gilt es natürlich, die unterschiedlichen Strukturen und Abläufe zu berücksichtigen, aber auch jedem einzelnen Klinikdirektor und Institutsleiter zu vermitteln, welche Bedeutung und gleichzeitig auch Verantwortung das Jubiläumsjahr mit sich bringt.

Eine gemeinsame Linie zu finden, die unterschiedliche Auffassungen respektiert, aber auch vereinbar macht und darüber hinaus persönlichen Geschmack akzeptiert und vor allem bestmöglich integriert – so erst kann es gelingen, das Klinikum als Zentrum unterschiedlicher Akzentuierungen darzustellen, aber auch die umfassende Betreuung auf allen medizinischen Fachgebieten zu verdeutlichen und die fachliche Kompetenz hervorzuheben.

Beginnend mit der Eröffnungsveranstaltung und dem Gesundheitssymposium im Januar 2007, steht jeder Monat im Jubiläumsjahr für ein ganz bestimmtes umfangreiches medi-

zinisches Themengebiet. In Vorträgen, Workshops und Foren sprechen Fachärzte über aktuelle Gesundheitsfragen, diskutieren Experten alternative Therapieformen und erfahren Patienten und deren Angehörige neueste Erkenntnisse über häufige Krankheitsbilder, minimalinvasive moderne Operationsverfahren, Chancen und Grenzen der Intensivmedizin, der Notfallversorgung, der Wiederherstellung sowie der Frauen- und Kinderheilkunde.

Alle Veranstaltungen werden durch ein künstlerisches oder kulturelles Rahmenprogramm ergänzt. Konzerte, im Sommer auch im Freien, Tanz, Theater, Ausstellungen und Kabarett bieten Patienten und der interessierten Bevölkerung auf dem parkähnlich angelegten Klinikgelände eine willkommene Abwechslung.

Auch im Jubiläumsjahr 2007 zeigen vielfältige Erweiterungen und Investitionen die konsequente und innovative Weiterentwicklung im Klinikum auf. So wird das neue „Kopf-Kompetenzzentrum“ alle Leistungen im Augen- und HNO-Bereich sowie der Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie gesamtheitlich für die betroffenen Patientinnen und Patienten anbieten. In der Kardiologie verbessert die Aufstellung eines 3. Herzkathetermessplatzes mit 3D-Navigation das Angebot der invasiven Diagnostik. Die Inbetriebnahme eines OP-Navigationssystems wird gerade die unfallchirurgischen und orthopädischen Eingriffe in der

Vorbereitung und Durchführung wesentlich unterstützen.

Das Städtische Klinikum Karlsruhe stellt durch eine fortlaufende Anschaffung neuester Medizintechniken, die ständige Verbesserung von Bausubstanzen und Infrastruktur sowie durch ein umfangreiches Qualitätsmanagement den Auftrag der medizinischen und pflegerischen Maximalversorgung für die Menschen in der Region sicher und empfiehlt sich auch nach dem Jubiläumsjahr als „Ihr starker Partner für innovative Medizin und Menschlichkeit“.



Prof. Dr. Uwe Spetzger zusammen mit der Geschäftsführung des Klinikums Prof. Dr. Dieter Daub und Dipl.-Volkswirt Peter Schäfer über diese Auszeichnung: „Wir sind sehr stolz, ein ausgewählter Ort im Land der Ideen zu sein“. Links im Bild der Laudator Holger Stiebeling



Preisträger Prof. Dr. Uwe Spetzger

Neurochirurgische Klinik im Städtischen Klinikum Karlsruhe ist „Ausgewählter Ort 2007“ bei „Deutschland – Land der Ideen“

Die Neurochirurgische Klinik im Städtischen Klinikum Karlsruhe wurde am 11. Mai 2007 als „Ausgewählter Ort 2007“ ausgezeichnet. Damit gehört die Klinik in Karlsruhe nun offiziell zu den von der Standortinitiative „Deutschland – Land der Ideen“ ausgezeichneten „365 Orten im Land der Ideen“. Als Begründung hob die Jury besonders die Innovationskraft und Zukunftsfähigkeit der Klinik hervor: „Mit Leistungsbereitschaft und Herz haben hier öffentliche Hand und Wirtschaft gemeinsam ein Aushängeschild für Deutschlands Innovationskraft geschaffen.“

In Zusammenarbeit mit der Firma Innomedic GmbH stellte Ideengeber und Preisträger Prof. Dr. Uwe Spetzger am 11. Mai 2007 in einer Präsentation ein weltweit einzigartiges Operations-Assistenzsystem vor, welches Gehirnbiopsien im Kernspintomographen (MRT) ermöglicht. Das in langjähriger Projektarbeit entwickelte System erlaubt die Instrumentenführung im laufenden MRT quasi in Echtzeit. Diese Vorgehensweise erhöht nicht nur die Sicherheit des Eingriffs für den Patienten, sondern verbessert auch entscheidend die erreichbare Präzision. Die maßgebenden operativen Schritte einer Gehirnbiopsie können dann erstmals, MRT-geführt, online kontrolliert werden.

Damit wird das moderne Leistungsspektrum der Neurochirurgischen Klinik, konkret die Operation und Therapie von Erkrankungen des Gehirns, erweitert und auch qualitativ verbessert. Viele der über 1.500 Patienten, die jährlich stationär behandelt werden, profitieren in Zukunft von dieser technischen Innovation am Städtischen Klinikum in Karlsruhe, so der Klinikdirektor der Neurochirurgischen Klinik Prof. Dr. Uwe Spetzger.

Die 12 Monatsthemen im Jubiläumsjahr 2007



Januar

Der Verdauungstrakt - Möglichkeiten der Diagnostik und der minimal-invasiven Therapie



Februar

Der Mensch in Bewegung - Die Intensivmedizin, Notfallversorgung und Wiederherstellung als gesamtmedizinische Aufgabe



März

Forum Dermatologie - Die Haut, unser größtes Körperorgan



April

Moderne Therapiekonzepte in der Neurologie



Mai

Aktuelle Entwicklungen aus der Frauenheilkunde, Kinder- und Jugendmedizin und Kinderchirurgie



Juni

Moderne Operationsverfahren an Nerven, Wirbelsäule und Gehirn



Juli

Niere und Harnwege - Biologische Wunderwerke



August

Kompetenzzentrum Kopf - Diagnostik und Therapie von Gesichts-, Augen-, HNO-, Mund- und Kiefererkrankungen



September

Innovative Entwicklungen rund ums Herz



Oktober

Psychiatrie - Die Seele aus dem Gleichgewicht



November

Umgang und Leben mit der Diagnose Krebs



Dezember

Moderne Diagnostik - Erkrankungen auf der Spur

DIETER DAUB UND PETER SCHÄFER

Das Städtische Klinikum Karlsruhe – Zwischen Selbstkostendeckung und fester Budgetierung

Zu jeder Historie und retrospektiven Beschreibung gehört auch die Betrachtung der finanziellen Situation im Zeitverlauf. Sie beeinflusst die in der Rückschau dargestellten Entwicklungen im positiven und im negativen Sinne.

Das Gesundheitswesen leidet seit Jahrzehnten an einer signifikanten Unterfinanzierung. In früheren Zeiten war der heute doch deutlich erkennbare wirtschaftliche Überlebensdruck nicht sehr ausgeprägt – sämtliche Kostenveränderungen refinanzierten sich zu Lasten der Solidarversicherung. Doch mit Beendigung des Prinzips der Selbstkostendeckung im Jahr 1992 setzte ein Paradigmenwechsel ein. Den Krankenhäusern wurden ab dem Jahr 1993 feste Budgets zugewiesen, innerhalb derer sie sämtliche Kosten und damit auch ungeplante Kostensteigerungen finanzieren mussten.

Das Gesundheitsstrukturgesetz 1993 wurde als „Lahnstein-Kompromiss“ zwischen dem damaligen Bundesgesundheitsminister Horst Seehofer (CSU) und MdB Rudolf Dreßler (SPD) eingeführt. Damit verbunden waren neben der Einführung der Budgetierung der Krankenhäuser auch erhöhte Zuzahlungen der Versicherten für Medikamente und bei Zahnersatz sowie tagesgleiche Zuzahlungen bei Krankenhausbehandlungen.

Auf Seiten der Krankenhäuser löste dieses Gesetz zunächst Unverständnis aus. Im Zuge der Selbstkostenermittlung traten an die Stelle der Budgetfindung die so genannten „gedeckelten Budgets“. Zu befürchten waren un-

vorhergesehene Kostensteigerungen, insbesondere aufgrund von Gesetzesvorgaben, die von den Krankenhäusern nicht kompensiert werden könnten. Erstmals in der Geschichte der gesetzlichen Krankenversicherung wurde eine Flut von Krankenhaus-Schließungen prognostiziert!

Es zeigte sich recht schnell, dass die allseits beklagten Auswirkungen zunächst nicht so dramatisch ausfallen sollten. Denn zum einen konnten die Krankenhäuser während dieser ersten Phase sehr wohl in begrenztem Umfang Kostensteigerungen aufgrund von Tarifverträgen, von gesetzlichen Veränderungen bei den Sozialabgaben oder wegen Umsatzsteuererhöhungen geltend machen. Das grundsätzlich Neue an dieser Systemumstellung war zwar



Prof. Dr. Dieter Daub,
Geschäftsführer und Ärztlicher Direktor



Peter Schäfer,
Geschäftsführer und Verwaltungs-Direktor



die Abkehr vom Selbstkostendeckungsprinzip, aber effektiv ausgewirkt hat sich die Tatsache, dass die Budgetsteigerungsrate (Grundlohnsummenquote) vom Bundesgesundheitsministerium für alle Krankenhäuser in der Höhe verbindlich vorgegeben wurde. Krankenhausindividuelle (Budget-)Elemente mussten sich ab diesem Zeitpunkt der Grundlohnsummenquote unterordnen. In den einzelnen Kalenderjahren entwickelte sich die Grundlohnsummenquote so unterschiedlich, dass eine für die Kliniken verlässliche Planungsgrundlage nicht bestand. Denn es sollte sich alsbald herausstellen, dass die unmittelbare Koppelung der Budgetsteigerungsrate an die Beitragseinnahmen der Krankenkassen die Entwicklung der Ausgaben bei den Krankenhäusern völlig außer Acht ließ. Die nachlassende konjunkturelle Entwicklung der Volkswirtschaft und die damit verbundene Steigerung der Arbeitslo-

sigkeit ließen die Krise des Gesundheitswesens weniger zu einem Ausgabenproblem des Solidarsystems als viel mehr zu einem Einnahmenproblem der Kassen werden.

Erschwerend kam im Jahr 1993 hinzu, dass große Instandhaltungsmaßnahmen im Rahmen der Abgrenzungsverordnung als nicht mehr förderfähig deklariert wurden. Dies bedeutete, dass beispielsweise großflächige Dach- oder Fenstersanierungen nicht mehr über Fördermittel der Länder finanziert werden konnten, sondern ausschließlich über Instandhaltungsmittel der Krankenhäuser, denen jedoch nur bedingte Budgetrelevanz zukam. Der Verordnungsgeber musste erkennen, dass sich die Instandhaltungen wegen des Urteils zur Abgrenzungsverordnung zu einem nachhaltigen Problem entwickelten. In der Folge wurden die Instandhaltungen ab 1997, befristet für die Dauer von drei Jahren, über einen Zuschlag von 1,1 % zu den Krankenhausbudgets (insgesamt 0,5 Mrd. EUR jährlich) finanziert. Dieser Budgetzuschlag wurde in Form eines jährlichen Sonderbeitrags der GKV-Versicherten in Höhe von rd. 10 EUR refinanziert. Seit dem Jahr 2000 können Groß-Instandhaltungen nur noch im Rahmen des Betriebs zu Lasten der Krankenhäuser geschultert werden.

Dennoch ist rückblickend zu erkennen, dass dem zunächst allseits beklagten Budget-Deckel auch eine gewisse Schutzfunktion zukam. Schutz deshalb, weil zum einen die Grundlohnsummenquote wegen der zu diesem Zeitpunkt noch auskömmlichen Einnahmesituation der Kassen ausreichend bemessen war und zum anderen allgemein verbindliche Kostensteigerungen aufgrund von Tarifsteigerungen von den Kassen noch in gewissem Umfang bedient wurden.

Mitte der 90er-Jahre war die Gesundheitspolitik durch zunehmende Nervosität und durch einen radikalen Kurswechsel der Krankenhauspolitik gekennzeichnet. Gegen Ende

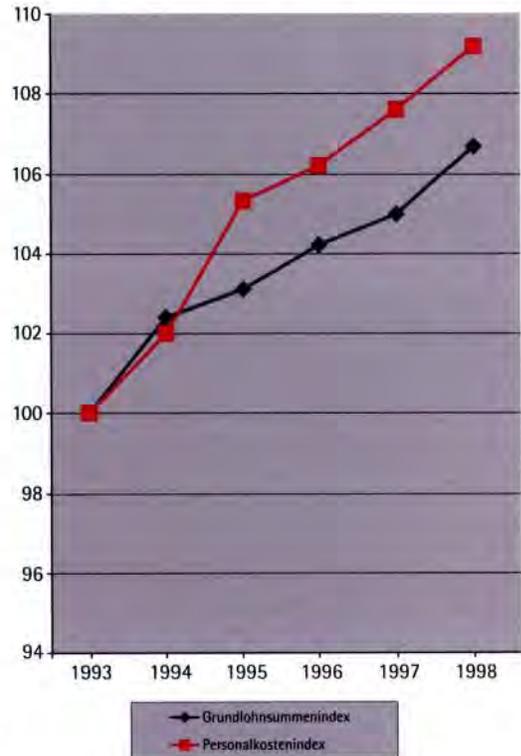
1995 lagen neun Gesetzgebungs- und Verordnungsverfahren mit unmittelbaren Rückwirkungen auf die Pflegesatzverhandlungen für das Startjahr 1996 vor, u. a. der Entwurf des Gesetzes zur Stabilisierung der Krankenhausaussgaben 1996. Überhaupt waren diese Jahre gekennzeichnet von einer zunehmenden Verordnungshektik vor den Jahreswechslern, so dass die im Krankenhaussektor Verantwortlichen in keiner Weise die Verlässlichkeit vorfanden, die sie zum erfolgreichen Betrieb eines Krankenhauses benötigen. Von den Kliniken wurde und wird zunehmend verlangt, dass sie sich wie Unternehmen und Wirtschaftsbetriebe – kurzum professionell – verhalten. Diesem Anspruch wurde jedoch das Verhalten des Gesetzgebers in seinen Gesetzgebungsverfahren überhaupt nicht gerecht.

In diese Zeit fiel ein weiterer Paradigmenwechsel durch die Politik – die Steigerungen der Gehälter und Löhne im Krankenhaussektor wurden nur noch in Höhe der Hälfte der Differenz zwischen Grundlohnsummenentwicklung und BAT-Entwicklung ausgeglichen. In der Konsequenz führte dies zu einer Unterfinanzierung im Krankenhaussektor bis 1999/2000 von mehr als ½ Mrd. EUR.

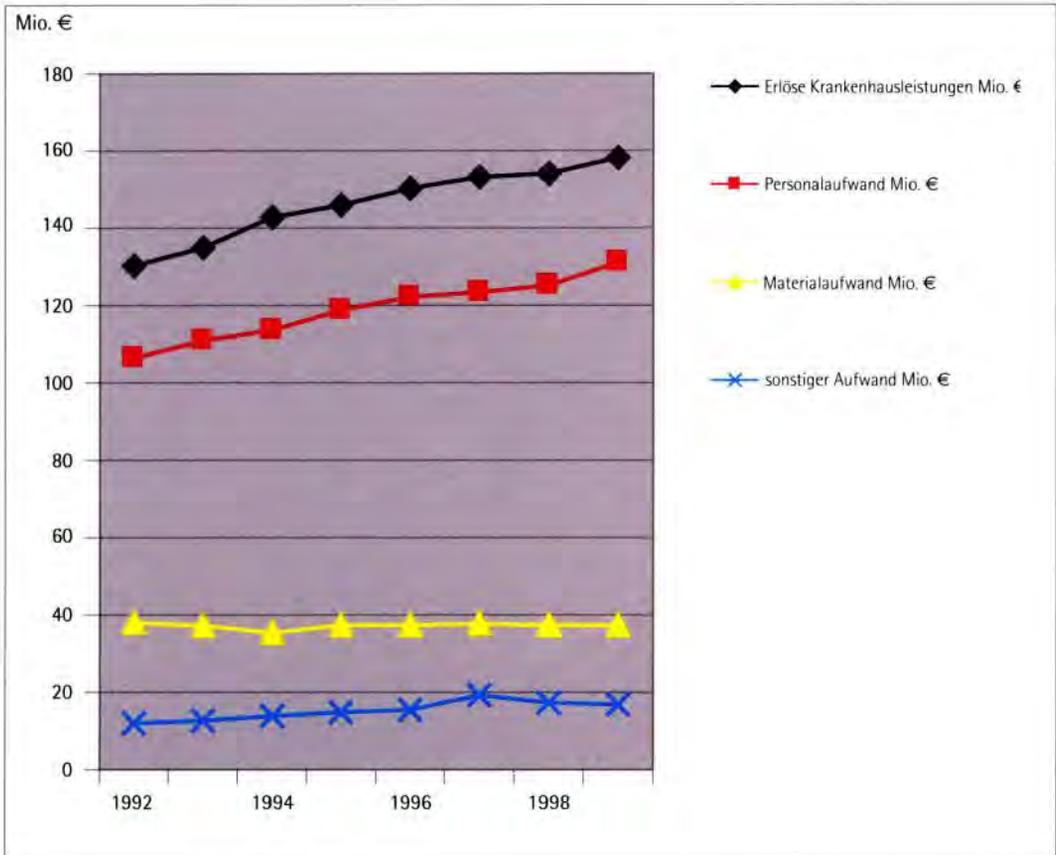
Bezogen auf das Klinikum Karlsruhe stellt sich die BAT-Schere wie folgt dar: siehe Grafik rechts. Die Grafik verdeutlicht einen bereits zum damaligen Zeitpunkt bestehenden Trend, der sich in den Folgejahren verstärken sollte. Die Verschlechterung der Einnahmesituation der Kassen verlief diametral zur Personalkostenentwicklung aufgrund abgeschlossener Tarifverträge. Für das Klinikum errechnet sich – in einer zugegebenermaßen vereinfachten Rechnung – ein aus diesem Grund nicht finanzierter Budgetanteil in Höhe von ca. 3 % oder rd. 5 Mio. EUR, der sich bis zum Jahr 2006 auf ca. 9 % des Budgets bzw. rd. 90 Mio. EUR aufsummierte. Dieser Betrag musste ebenfalls aus dem laufenden Betrieb kompensiert werden.

BAT-Schere 1993 – 1998

BAT-Kostenindex versus Grundlohnsummenindex in den alten Bundesländern 1993 = 100



Das Gesundheitsstrukturgesetz wirkte massiv in die Organisationsstruktur der Kliniken hinein. Für das Klinikum Karlsruhe resultierte daraus nicht zuletzt eine Strukturveränderung in gesellschaftsrechtlicher Hinsicht. Der Träger des Klinikums, die Stadt Karlsruhe und der Gemeinderat, trafen 1994 die Entscheidung, das Klinikum als Regiebetrieb der Stadt in eine privatrechtliche Gesellschaftsform – die gemeinnützige Gesellschaft mit beschränkter Haftung – umzuwandeln. Der Träger setzte mit dieser Entscheidung ein Signal zu mehr Eigenverantwortung und professionellem Management. Dem von der Gesundheitspolitik initiierten Markt und Wettbewerb um die Patienten sollte damit zu einem frühen Zeitpunkt



entsprochen werden. Dass damit der Krankenhausbetrieb im Ganzen an die Erfordernisse der Gesundheitsgesetzgebung angepasst und letztlich auch die Wirtschaftlichkeit an sich gestärkt werden sollte, versteht sich von selbst – die Abkehr von der Selbstkostendeckung hin zu individuellen Budgets ließen letztlich keine andere Wahl. Das Klinikum zählte damit zu den ersten Krankenhäusern, die den Weg in eine private Rechtsform beschritten.

Eine weitere organisatorische Maßnahme mit dem Ziel der Konzentrierung auf die Kernkompetenz bei gleichzeitiger Reorganisation der Sekundärdienstleistungen zielte auf die Planung und Durchführung von Bauleistungen. Die bisher im Rahmen der Technischen

Bau- und Betriebsdirektion (TBBD) erbrachten Planungsleistungen wurden einer eigens für diesen Zweck gegründeten Tochtergesellschaft in 100%iger Trägerschaft des Klinikums übertragen – der Karlsruher Planungsgesellschaft für Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens (KAPEG).

Die Jahres-Budgets des Städtischen Klinikums bis zum Jahre 1999 verliefen kontinuierlich nach oben, wie die obige Grafik zeigt. Die Steigerung der Erlöse für stationäre Krankenhausleistungen wurde jedoch nahezu vollständig kompensiert durch die tarifbedingten Personalkostensteigerungen. Allerdings konnte der Materialaufwand trotz Steigerung der Patientenzahlen konstant gehalten werden.

Baulich-technische Entwicklung

In dieser Phase der einschneidenden Veränderungen durch das Gesundheitsstruktur-Gesetz mussten lange geplante Maßnahmen realisiert werden. In diesem Kontext wurde die Strahlentherapie baulich und gerätetechnisch modernisiert, mit dem Resultat, dass das Klinikum seit Mitte der 90er-Jahre über drei Linearbeschleuniger verfügt. Beim Umbau der Strahlentherapie Räume wurde besonderer Wert auf Patientenorientierung gelegt – helle lichtdurchflutete Räume, insbesondere beim neu hinzugekommenen Linearbeschleuniger, die natürliche Beleuchtung von außen besitzen, sollten die Ängste der Patienten deutlich reduzieren. Als Meilenstein auf dem Weg zur geräte- und prozesstechnischen Optimierung stellte sich der Neubau des Zentralinstituts für Bildgebende Diagnostik heraus. Die dezentrale Organisation der Radiologie mit zahlreichen Dependancen und den sie begleitenden suboptimalen Betriebsabläufen konnte durch diesen Neubau aufgehoben werden. Der modern konzipierte Neubau bietet neben ausreichendem Platzangebot für alle bildgebenden Verfahren genügend Raumkapazität für eine gemeinsame Notfall-Ambulanz von allen chirurgischen Disziplinen, Neurochirurgie, allen internistischen Fachdisziplinen und Neurologie. Die gemeinsame Notfall-Ambulanz trug wesentlich zu einer nachhaltigen Prozessveränderung bei und stieß auf hohe Akzeptanz bei Bevölkerung und Rettungsdiensten. Die Patientenzahl von über 30.000 Notfällen pro Jahr dokumentiert dies eindrucksvoll.

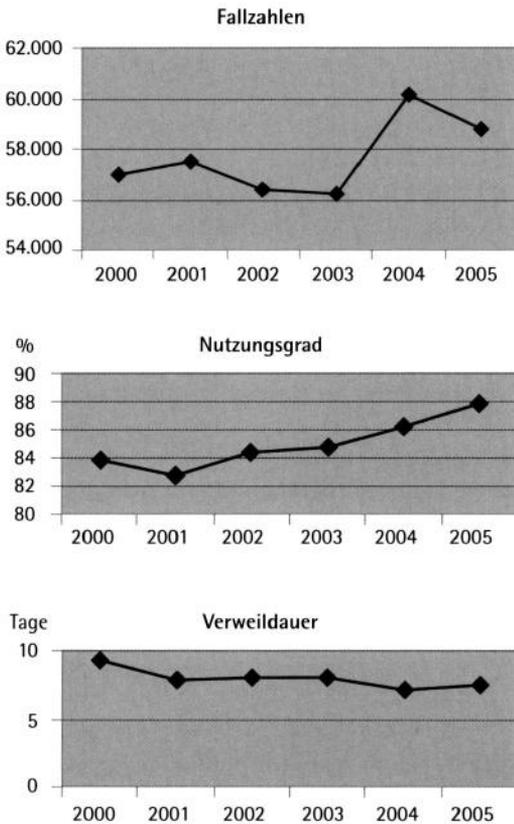
Gesundheitsreformen ab dem Jahr 2000

Dass die Jahrtausendwende ein Ende der Vielzahl von Reformansätzen bringen könnte, war zwar zu hoffen, doch die Hoffnung musste sehr

bald der Realität weichen. Im Jahr 2000 wurde die GKV-Gesundheitsreform auf den Weg gebracht, die in der Tat massiv auf den Krankenhaussektor wirkte, massiver als alle bisherigen Reformansätze. Im Rahmen der GKV-Reform wurde die Umsetzung der von den Selbstverwaltungspartnern vereinbarten vertraglichen Regelungen zur Qualitätssicherung, die Wahrnehmung der Möglichkeiten der integrierten Versorgung und insbesondere die Einführung eines neuen Entgeltsystems in Angriff genommen.

Die Neuregelung des Entgeltsystems sah die Abschaffung der tagesgleichen Pflegesätze zugunsten eines Fallpauschalensystems vor, in dem der Erlös (Fallpauschale) in erster Linie von der gestellten Diagnose und weniger von der Verweildauer des Patienten im Krankenhaus abhängt. Dem Entgeltsystem wurden die australischen Diagnosis Related Groups (AR-DRG) zugrunde gelegt. Mit Ausnahme der psychiatrischen Diagnosen wurden alle Krankheitsbilder der DRG-Systematik unterworfen. Während in den Ländern, in denen schon früher die DRG eingeführt wurden (insbesondere Australien, USA), die DRG der Klassifizierung der Diagnosen und ausschließlich der Budgetverteilung dienen, werden die deutschen DRG zudem zu Abrechnungszwecken verwendet. Der Katalog der DRG wird sukzessive erweitert und zunehmend differenziert – aus anfänglich 600 DRG wurden in der aktuellen Version 2007 über 900 Fallpauschalen entwickelt. Den Herausforderungen an Dokumentation und Abrechnung müssen die Krankenhäuser mit hohem Ressourceneinsatz begegnen, weil die Leistungsabrechnung und damit die Erlösfähigkeit unmittelbar mit einer möglichst vollständigen Leistungsdokumentation korreliert.

Das Städtische Klinikum Karlsruhe hat sich bereits im Jahr 2003 dazu entschlossen, von der Option des Frühumstiegs auf die DRG Ge-



brauch zu machen. Bis zum definitiven Umstieg auf die deutschen DRG im Jahr 2004 konnte das Klinikum das Jahr 2003 als Vorlauf und damit als Lernprozess nutzen. Den Krankenhäusern wurde eine längere Umstellungsphase auf das neue Entgeltsystem zugestanden – dieser als Konvergenzphase bezeichnete Zeitraum soll nach aktueller Beschlusslage im Jahr 2009 enden. Zwischenzeitlich kann festgestellt werden, dass der Umstieg gelungen ist. Als Systemkritik bleibt dennoch der Hinweis, dass wertvolle, vorwiegend ärztliche Ressourcen für Administration und Dokumentation zweckentfremdet und damit der Patientenversorgung entzogen werden.

Die klassischen statistischen Daten lassen erkennen, dass sich die Einführung der DRG

trotz aller Widrigkeiten, die mit der Umstellung auf die Fallpauschalen-Systematik phasenweise nicht zu vermeiden waren, nicht negativ auf die Leistungsentwicklung des Klinikums auswirkten. Im Gegenteil – so führte beispielsweise die verstärkte Einführung des ambulanten Operierens in Verbindung mit der Kurzzeit-Chirurgie dazu, dass relativ leichte Krankheitsverläufe ambulant bzw. tages- oder kurzstationär zu behandeln sind und die dadurch frei werdenden Betten im vollstationären Segment mit relativ morbideren Patienten belegt werden. Die Diversifikation des Leistungsportfolios mit Blick auf die erforderlichen Bedürfnisse des Patienten muss weiterhin verstärkt werden. Mit der DRG-Einführung reduzierte sich erwartungsgemäß die durchschnittliche Verweildauer im Klinikum bei gleichzeitig ungebremstem Anstieg der Patientenzahlen und stetiger Erhöhung der Auslastungsquote.

Organisatorische und bauliche Entwicklung ab dem Jahr 2000

Das Klinikum hat auf die Erfordernisse aus der Gesundheitsreform reagiert. Zum einen war es notwendig, bedingt durch drohende mittelfristige Budgetverluste im Zusammenhang mit der DRG-Einführung aktiv zu werden. Mit Blick auf die Sekundärkosten wurde der Wettbewerbsgedanke im Haus forciert, mit dem Ergebnis, insbesondere den Reinigungsdienst zu benchmarken mit gewerblichen Dienstleistern, die aufgrund der damaligen Tarifsituation kostengünstiger anbieten konnten als die krankenhaus-eigene Gebäudereinigung. In Kenntnis dieser Sachlage hat sich das Klinikum im Jahr 2003, im Gegensatz zu vielen anderen Krankenhäusern, dafür entschieden, den Reinigungsdienst nicht fremd zu vergeben, sondern für diesen Zweck eine eigene 100% ige Tochtergesellschaft, die Karlsruher Versorgungs-



Chirurgische Klinik, Haus C



Veranstaltungszentrum, Haus R

dienste im Sozial- und Gesundheitswesen GmbH, zu gründen, die für die neu eingestellten Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter den Gebäudereinigertarif anwendet.

Im Zuge der mit der Gesundheitsreform erlaubten und gewollten Ausweitung der Ambulanztätigkeit der Krankenhäuser gründete das Klinikum im Jahr 2005 ein Medizinisches Versorgungszentrum (MVZ), in dem ambulante Leistungen des ZLMT und der Nuklearmedizin angeboten werden. In diesem Leistungsspektrum ist das MVZ mit anderen niedergelassenen Praxen gleichgestellt.

Um das Prozessmanagement im Klinikum zu stärken, wurde im Jahr 2006 die Entscheidung getroffen, die Abteilungsstruktur der Kliniken in eine Zentrumsstruktur mit entsprechenden Verantwortlichkeiten umzuwandeln. Die Kliniken werden in ca. sechs Organisationszentren zusammengefasst mit dem Ziel, die Betriebsabläufe in den Kliniken/Organisationszentren zu optimieren, Schnittstellen zwischen den betroffenen Kliniken zu beheben, das Belegungsmanagement mit allen betroffenen Randbereichen an einen suffizienten Ablauf anzupassen, die Betriebswirtschaft stärker an den Ort des Geschehens zu verlagern und letztlich die gesamte Ärzteschaft von überbordender Bürokratie infolge der Gesundheitsreformen zu entlasten. Insbesondere die Chef-

ärzte sollen sich mit dieser Maßnahme auf ihr eigentliches Kerngeschäft konzentrieren können – qualitativ hochwertige Medizin!

Im Jahr 2003 wurde mit der Inbetriebnahme der neuen Kinder- und Frauenklinik ein erster Meilenstein in puncto baulicher Fortentwicklung gesetzt. Im Gegensatz zu den Altbauten auf dem Campus und am Durlacher Tor setzt das moderne Gebäude Maßstäbe bezüglich Komfort und Hygiene. Diverser Baumängel zum Trotz nahmen die Leistungszahlen im Zentrum für Kinder und Frauen einen optimalen Verlauf, die geburtshilfliche Abteilung beispielsweise entwickelte sich von ca. 800 Geburten auf knapp 1.700 Geburten im Jahr 2006. Der Umbau der Gebäude I und H zu einem Kopfzentrum mit den Kliniken für Augenheilkunde, Hals-Nasen-Ohren-Krankheiten sowie Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie wurde bereits im Jahr 2006 begonnen. Das Bettenhaus im Gebäude I geht in der 2. Jahreshälfte 2007 in Betrieb. Mit einer kompletten Fertigstellung des Kopfzentrums ist in 2009/2010 zu rechnen.

Apparativ, insbesondere im Großgerätebereich, ist das Klinikum gut aufgestellt und damit in der Lage, die diagnostischen und therapeutischen Leistungen anzubieten, die unbedingt zum Portfolio eines Hauses der Maximalversorgung gehören.



Ausblick

Es bleibt abzuwarten, wie in Zukunft ein komplexer Krankenhaus-Betrieb zu steuern ist. Die Steuerungsmöglichkeit wird maßgeblich davon beeinflusst, ob die Gesundheitspolitik in Verbindung mit einer umfassenden Gesundheitsreform – die diesen Namen auch verdient! – nach der Konvergenzphase bereit ist, die Leistungsmengen und damit den Wettbewerb unter den verschiedenen Akteuren des Gesundheitswesens freizugeben. Denn die gegenwärtige Situation entspricht in keiner Weise den Grundsätzen der Marktwirtschaft, die Leistung entsprechend belohnt. Zu einem funktionierenden Wettbewerb gehört selbstverständlich neben einer wettbewerblichen Preisfindung für die einzelnen Produkte auch die volle Bezahlung von Mehrleistungen gegenüber dem mit den Kassen vereinbarten Budgetansatz. Das Städtische Klinikum Karlsruhe erbringt seit Jahren, insbesondere seit der Einführung des Fallpauschalen-Systems, ständig Mehrleistungen, die aber entsprechend der Systematik des Mehrerlösausgleichs lediglich in Höhe von 35 % des eigentlichen DRG-Preises vergütet werden. In konkreten Zahlen des Jahres 2006 bedeutet dies die Erbringung von 2.800 zusätzlichen Case-Mix-Punkten – gegenüber dem Budgetansatz entsprechend einem

nominellen Budgetanteil von rd. 8 Mio. EUR bei Zugrundelegung der Katalog-DRG-Preise. Vor dem Hintergrund des oben beschriebenen Mehrerlösausgleichs verbleiben jedoch lediglich knapp 3 Mio. EUR beim Klinikum – rund 5 Mio. EUR müssen an die Kassen zurückgezahlt werden, obwohl für jede erbrachte Leistung die vollen Kosten anfielen. In Konsequenz dieser Systematik werden bei sachkostenintensiven Leistungen nicht einmal die variablen Zusatzkosten gedeckt – ganz zu schweigen von den Personalkosten, die in Erbringung von Mehrleistungen mit zusätzlich eingestelltem Personal zwangsläufig entstehen. Man stelle sich dieses Paradoxon in der freien Wirtschaft, z. B. in der Automobilindustrie, vor – jedes zusätzlich über einen wie auch immer gearteten Absatzplan produzierte und verkaufte Fahrzeug würde lediglich mit einem Drittel des normalen Verkaufspreises vergütet! Die Automobilindustrie könnte noch mit entsprechend zu forcierender Automatisierung reagieren, das Krankenhaus jedoch ist in diesem Punkt mit der Fertigungsindustrie nicht zu vergleichen. Dies bedeutet nicht, dass das Krankenhaus kein Optimierungspotenzial besitzt, aber technische Fertigungsprozesse in der Industrie werden in der Regel zu Lasten des Personalkörpers organisiert. Das Krankenhaus als der klassische Dienstleister benötigt jedoch die



helfenden Hände, um die besonders in naher Zukunft aufgrund der demografischen Entwicklung zu erwartenden Leistungsanforderungen bewältigen zu können. Bislang gibt die Politik auf diese drängende Frage keine Antwort, die Krankenhäuser und die übrigen Leistungserbringer im Gesundheitswesen bleiben bisher in diesem Punkt auf sich allein gestellt!

Die Frage der künftigen Investitionsfinanzierung ist mehr denn je ungelöst. Die Befürworter der Beibehaltung der dualen Finanzierung müssen wohl oder übel zur Kenntnis nehmen, dass sich die Bundesländer mehr und mehr aus der Finanzierung verabschieden und sich der Investitionsstau im Krankenhaus zwangsläufig kummuliert. Ob die Monistik diese Problematik insgesamt löst, darf bezweifelt werden. Es wird mehr denn je darauf ankommen, den Krankenhausbetrieb so wirtschaftlich zu organisieren, dass eine ordentliche Rendite gewährleistet ist – eine Rendite, die nicht dem „share-holder-value“ geschuldet

ist, sondern in die Modernisierung des eigenen Krankenhauses fließt.

Trotz aller negativen Szenarien, die angesichts der vielen ungelösten Probleme im Gesundheitswesen skizziert werden können, hat das Klinikum berechtigten Grund zum Optimismus. Die positive Entwicklung der letzten Jahre im Kontext mit einer Mitarbeiterschaft, die bereit ist, bis an die Grenzen der Belastbarkeit zu gehen, lässt darauf hoffen, dass das Klinikum auch in Zukunft in optimaler Qualität die medizinischen und pflegerischen Leistungen erbringen wird, die die Patienten zurecht erwarten dürfen. Nicht zu vergessen unsere Partner auf der Kassenseite, die den Anliegen des Klinikums in der Vergangenheit stets fair und aufgeschlossen gegenüber standen.

Das Städtische Klinikum Karlsruhe befindet sich auf dem Weg in eine positive Zukunft, hin zu einem innovativen Gesundheitszentrum und Netzwerk für medizinische Dienstleistungen in der Region.

Abkürzungen

| | | | | | |
|--------|---|------------|---|--------|---|
| € | Euro | EG | Erdgeschoss | m | männlich |
| ACT | Autologe Chondrozytentransplantation | EKG | Elektrokardiogramm | M. | Mark |
| AiP | Arzt im Praktikum | fl. | Gulden | MB | Marburger Bund |
| AMD | Altersbedingte Makuladegeneration | ggf. | gegebenenfalls | Mio. | Millionen |
| BAT | Bundesangestelltentarifvertrag (ab 2005 TVöD) | GLA | Generallandesarchiv Karlsruhe | MKG | Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (seit 1980, siehe auch ZMK) |
| BBz | Bildungs- und Beratungszentrum | HLM | Herz-Lungen-Maschine | MTA | Medizinisch-technische/r Assistent/in |
| BGBI | Bundesgesetzblatt | HNO-Klinik | Hals-Nasen-Ohren-Klinik | MTL | Medizinisch-technische/r Laboratoriumsassistent/in |
| BNN | Badische Neueste Nachrichten | H-Reg | Hauptregistrator | MTR | Medizinisch-technische/r Radiologieassistent/in |
| CT | Computertomograph | IKH | Ihre Königliche Hoheit | MVZ | Medizinisches Versorgungszentrum |
| DBfK | Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe | IMC | Intermediate Care | NSDÄB | Nationalsozialistischer Deutscher Ärztebund |
| DGBG | Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten | IMRT | Intensitätsmodulierte Radiotherapie | NSDAP | Nationalsozialistische Deutsche Arbeiterpartei |
| DKG | Deutsche Krankenhausgesellschaft | KAPEG | Karlsruher Planungsgesellschaft für Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens mbH | NSDStB | Nationalsozialistischer Deutscher Studentenbund |
| DKI | Deutsches Krankenhausinstitut | KHKG | Krankenhausfinanzierungsgesetz | NSKK | Nationalsozialistisches Kraftfahrkorps |
| DLZ-VL | Dienstleistungszentrum Versorgung und Logistik | KHNG | Krankenhauskosten-dämpfungsgesetz | NSV | Nationalsozialistische Volkswohlfahrt |
| DM | Deutsche Mark | kr. | Kreuzer | OB | Oberbürgermeister |
| DRG | Diagnosis related Groups-System | Kr.T | Tarifordnung für die öffentlichen Krankenanstalten (von 1940, seit 1961 BAT-Kr) | OCT | Optische Kohärenz-Tomographie |
| EEA | Eversionsendarteriekтомie | KVD | Karlsruher Versorgungsdienste im Sozial- und Gesundheitswesen GmbH | | |
| EEG | Elektroenzephalogramm | LFK | Landesfrauenklinik | | |

| | | | |
|---------|---|--------|--|
| ÖTV | Gewerkschaft öffentliche Dienste, Transport und Verkehr (Vorläufer von ver.di) | TBBD | Technische Bau- und Betriebsdirektion |
| OG | Obergeschoss | TEA | Thrombendarteriektomie |
| OP | Operation bzw. Operationssaal | TEM | transanale endoskopische Mikrochirurgie |
| PD | Privatdozent | TO.A | Tarifordnung Ange- stellte (von 1940, seit 1961 BAT) |
| PET | Positronenemissionsto- mograph | TVöD | Tarifvertrag öffentlicher Dienst |
| PEG | Planungsgesellschaft für Einrichtungen des Sozial- und Gesund- heitswesens mbH | v. a. | vor allem |
| PJ | Praktisches Jahr | ver.di | Vereinte Dienstlei- stungsgewerkschaft |
| PLK | Psychiatrisches Landeskrankenhaus | vgl. | vergleiche |
| POA | Personal- und Organisationsamt | VKA | Vereinigung der kommunalen Arbeitge- bervverbände |
| PPR | Pflege-Personalregelung | w | weiblich |
| PTM | Psychotherapeutische Medizin | z. B. | zum Beispiel |
| RM | Reichsmark | ZIBID | Zentralinstitut für Bildgebende Diagnostik |
| RTB | Ressort Technik und Bauinstandhaltung | ZLMT | Zentrum für Laborme- dizin, Mikrobiologie und Transfusionsmedi- zin |
| RWD | Ressort Wirtschaft und Dienstleistungen | ZMK | Klinik für Zahn-, Mund- und Kieferchi- rurgie |
| SA | Sturmabteilung | ZNA | Zentrale Notaufnahme |
| SGB | Sozialgesetzbuch | | |
| SIRT | Selektive interne Radiotherapie | | |
| s. o. | siehe oben | | |
| SS | Schutzstaffel | | |
| StadtAK | Stadtarchiv Karlsruhe | | |
| s. u. | siehe unten | | |

Anmerkungen

ANKE MÜHRENBERG

Die mittelalterliche Krankenversorgung am Beispiel Durlachs

Seite 15-25

- ¹ Vgl. Theodor Mayer-Steinegg/Karl Sudhoff/Robert Herrlinger: *Illustrierte Geschichte der Medizin*, Paderborn 2006, S. 4.
- ² Vgl. Heinrich Schipperges: *Die Kranken im Mittelalter*, Minden 1990, S. 19f.
- ³ Vgl. Mirko D. Grmek: *Die Geschichte des medizinischen Denkens. Antike und Mittelalter*, München 1996, S. 203.
- ⁴ Vgl. Schipperges (wie Anm. 2), S. 58.
- ⁵ Vgl. ebenda, S. 79.
- ⁶ Vgl. Hans-Werner Goetz: *Leben im Mittelalter*, München 1991, S. 238.
- ⁷ Vgl. Goetz (wie Anm. 6), S. 29ff.
- ⁸ Vgl. Manfred Vasold: *Pest, Not und schwere Plagen. Seuchen und Epidemien vom Mittelalter bis heute*, Augsburg 1999, S. 126.
- ⁹ Vgl. Vasold (wie Anm. 8), S. 108.
- ¹⁰ Vgl. Stadt Münsingen (Hrsg.): *Arzt und Patient im Mittelalter. Zum 600. Geburtstag von Dr. Heinrich Münsinger, Münsingen 1997*, S. 12 (= Schriftenreihe des Stadtarchivs Münsingen Band 5).
- ¹¹ Vgl. Schipperges (wie Anm. 2), S. 100.
- ¹² Vgl. Stadt Münsingen (wie Anm. 10), S. 68.
- ¹³ Vgl. Schipperges (wie Anm. 2), S. 101.
- ¹⁴ Vgl. Karl Steinmetz: *Kleine Chronik von Durlach, Durlach 1933*, S. 49f.
- ¹⁵ Vgl. Schipperges (wie Anm. 2), S. 104.
- ¹⁶ Die Bezeichnung „Quarantäne“ stammt von den 40 Tagen (ital. quaranta giorni), während deren Venedig zuerst im 14. Jahrhundert bei Pestgefahr die ankommenden Schiffe unter Sperre legte.
- ¹⁷ Vgl. Vasold (wie Anm. 8), S. 97.
- ¹⁸ Vgl. Gert Kaiser (Hrsg.): *Der tanzende Tod*, Frankfurt a. M. 1982, S. 29f.
- ¹⁹ Vgl. Stadtarchiv Karlsruhe (StadtAK) 5/Durlach A 1897.
- ²⁰ Vgl. Olivia Hochstrasser: *Von der Staufergründung zur Residenz*, in: Susanne Asche/Olivia Hochstrasser: *Durlach. Staufergründung-Fürstenresidenz-Bürgerstadt*, Karlsruhe 1996, S. 15-146, S. 121 (= Veröffentlichungen des Karlsruher Stadtarchivs Band 17).
- ²¹ StadtAK 5/Durlach A 1629.
- ²² Vgl. Kaiser (wie Anm. 18), S. 9.
- ²³ Vgl. Stadt Münsingen (wie Anm. 10), S. 72.
- ²⁴ Vgl. Vasold (wie Anm. 8), S. 120.
- ²⁵ Vgl. Wilhelm Volkert: *Kleines Lexikon des Mittelalters. Von Adel bis Zunft*, München 2000, S. 240.
- ²⁶ Vgl. Karl Baas: *Mittelalterliche Gesundheitspflege im heutigen Baden, Heidelberg 1909*, S. 35 (= Neujahrsblätter der Badischen Historischen Kommission 12).
- ²⁷ Vgl. Baas (wie Anm. 26), S. 196, und Karl Gustav Fecht: *Geschichte der Stadt Durlach, Heidelberg 1896*, S. 422.
- ²⁸ Grmek (wie Anm. 3), S. 203.
- ²⁹ Vgl. Baas (wie Anm. 26), S. 45.
- ³⁰ Vgl. Generallandesarchiv Karlsruhe (GLA) 38/746.
- ³¹ Vgl. Baas (wie Anm. 26), S. 33.
- ³² GLA 38/747.
- ³³ Vgl. Steinmetz (wie Anm. 14), S. 50.
- ³⁴ Vgl. StadtAK 5/Durlach A 2577.
- ³⁵ Vgl. StadtAK 5/Durlach Rb 1215 sowie 5/Durlach A 1434.

- ³⁶ StadtAK 5/Durlach A 2583.
- ³⁷ Von 1923 bis 1968 war dort ein Altenheim untergebracht.
- ³⁸ Das Gutleutehaus wurde 1769 abgebrochen.
- ³⁹ Baas (wie Anm. 26), S. 33.
- ⁴⁰ Vgl. GLA 136/1471.
- ⁴¹ Ursula Schulze (Hrsg.): Jost Ammann: Das Ständebuch, Köln 2006, S. 29.
- ⁴² Vgl. Baas (wie Anm. 26), S. 51.
- ⁴³ Vgl. Arno Borst: Lebensformen im Mittelalter, Frankfurt a. M. 1992, S. 118.
- ⁴⁴ Zitiert nach Baas (wie Anm. 26), S. 60.
- ⁴⁵ Vgl. Wolfgang U. Eckart: Medizin im Mittelalter, in: *Arzt und Patient* (wie Anm. 10), S. 18.
- ⁴⁶ Vgl. ebenda, S. 22.
- ⁴⁷ Vgl. Schipperges (wie Anm. 2), S. 139
- ⁴⁸ Vgl. Ernst Theodor Nauck: Aus der Geschichte der Freiburger Wundärzte und artverwandter Berufe, Freiburg 1965, S. 3 (= Veröffentlichungen aus dem Archiv der Stadt Freiburg im Breisgau, 8).
- ⁴⁹ Vgl. Eberhard Fritz: Badstuben im Konstitutionsprozess der ländlichen Gemeinde in Südwestdeutschland an der Wende zur frühen Neuzeit, in: *Zeitschrift für württembergische Landesgeschichte*, 65. Jahrgang, 2006, S. 11-35, S. 17.
- ⁵⁰ Vgl. StadtAK 5/Durlach A 1885.
- ⁵¹ Vgl. auch StadtAK 5/Durlach A 1886.
- ⁵² Vgl. Anke Mührenberg/Corinna Rastetter: Berufe rund um's Wasser, in: Matthias Maier/Anke Mührenberg (Hrsg.): *Wasser. Geschichte der Wasserversorgung in Durlach, Karlsruhe 2006*, S. 57f. (= Häuser- und Baugeschichte. Schriftenreihe des Stadtarchivs Karlsruhe Band 5).
- ⁵³ StadtAK 5/Durlach B 1133, S. 237.
- ⁵⁴ Vgl. Wilhelm Steinhilber: *Das Gesundheitswesen im alten Heilbronn (1281–1871)*, Heilbronn 1956, S. 37.
- ⁵⁵ Vgl. Fritz (wie Anm. 49), S. 14.
- ⁵⁶ Vgl. ebenda, S. 16.
- ⁵⁷ Vgl. ebenda, S. 20.
- ⁵⁸ Vgl. ebenda, S. 26.
- ⁵⁹ Dick = oft.
- ⁶⁰ StadtAK 5/Durlach B 1131.
- ⁶¹ Vgl. Schipperges (wie Anm. 2), S. 45.
- ⁶² Die Hochfürstliche Markgräflin = Badische Hebammen = Ordnung oder Instruction, Karlsruhe 1795.
- ⁶³ Vgl. Schipperges (wie Anm. 2), S. 142.
- ⁶⁴ Vgl. Goetz (wie Anm. 6), S. 52.
- ⁶⁵ Schulze (wie Anm. 41), S. 31.

- ⁶⁶ Vgl. Steinmetz (wie Anm. 14), S. 47.
- ⁶⁷ Vgl. StadtAK 5/Durlach A 1872.
- ⁶⁸ Zitiert nach Fecht (wie Anm. 27), S. 573.
- ⁶⁹ StadtAK 5/Durlach A 1873.

CHRISTINA WAGNER

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

S. 26-57

- ¹ Vgl. den Beitrag von Anke Mührenberg (S. 15-25).
- ² Zur Gründungsgeschichte vgl. Christina Wagner: Von der Stadtgründung zur großherzoglich badischen Haupt- und Residenzstadt 1715–1806, in: Susanne Asche/Ernst Otto Bräunche/Manfred Koch/Heinz Schmitt/Christina Wagner: *Die Stadtgeschichte, Karlsruhe 1998*, S. 65-189.
- ³ Vgl. C(arl) F(riedrich) Oelenheinz: Notizen meistens aus dem zweiten Decenio seit Erbauung der Residenz Karlsruhe anno 1715, gesammelt 1835, hrsg. von Karl Freiherr von Neuenstein, Karlsruhe 1901, S. 23-45 (Tabell über sambtlicher Burgerschaft ...).
- ⁴ Vgl. Christina Müller: *Karlsruhe im 18. Jahrhundert. Zur Genese und sozialen Schichtung einer residenzstädtischen Gesellschaft*, Karlsruhe 1992, S. 25 (= Forschungen und Quellen zur Stadtgeschichte. Schriftenreihe des Stadtarchivs Karlsruhe Band 1).
- ⁵ Zur Familie Eichrod vgl. S. 50f.
- ⁶ Vgl. Generallandesarchiv Karlsruhe (GLA) 61/678 Nr. 95 (Hofratsprotokoll). Vgl. auch Oelenheinz (wie Anm. 3), S. 24 und 30.
- ⁷ Vgl. Franziska Loetz: Vom Kranken zum Patienten. Medikalisation und medizinische Vergesellschaftung am Beispiel Badens 1750–1850, Stuttgart 1993, S. 172 (= *Medizin, Gesellschaft und Geschichte* Beiheft 2).
- ⁸ Vgl. Sabine Sander: *Bader und Barbieri in: Reinhold Reith: Lexikon des alten Handwerks. Vom späten Mittelalter bis ins 20. Jahrhundert*, München ²1991, S. 17-22.
- ⁹ Vgl. Oelenheinz (wie Anm. 3), S. 27 und 31.
- ¹⁰ Vgl. Karl Stiefel: *Baden 1648–1952*, 2 Bände, Karlsruhe 1977, Band 2, S. 1266; Karl Friedrich Gerstlacher: *Sammlung aller Baden-Durlachischen ... Anstalten und Verordnungen*, 3 Bände, Frankfurt a. M., Leipzig, Karlsruhe 1773–1774, Band 1, S. 497f.

- ¹¹ Vgl. Stadtarchiv Karlsruhe (StadtAK) 2/R 1.
- ¹² Vgl. Stiefel (wie Anm. 10), Band 2, S. 1276. Vgl. auch Gerstlacher (wie Anm. 10), Band 1, S. 501-503 und S. 506f.
- ¹³ Vgl. Loetz (wie Anm. 7), S. 146f.
- ¹⁴ Vgl. Oelenheinz (wie Anm. 3), S. 28f. und 38f.
- ¹⁵ Vgl. Stiefel (wie Anm. 10), Band 2, S. 1279.
- ¹⁶ Vgl. Ernst Otto Bräunche: Die Karlsruher Ratsprotokolle des 18. Jahrhunderts. Teil 1: 1725–1763, Karlsruhe 1995, S. 29, Anm. 15 (= Forschungen und Quellen zur Stadtgeschichte. Schriftenreihe des Stadtarchivs Karlsruhe Band 2). Stahl war von 1724 bis 1728 Mitglied im Karlsruher Stadtrat.
- ¹⁷ Vgl. Loetz (wie Anm. 7), S. 193f.
- ¹⁸ Vgl. GLA 206/2494.
- ¹⁹ Vgl. Oelenheinz (wie Anm. 3), S. 38f.
- ²⁰ StadtAK 3/B 105a Kontraktenprotokolle Mai 1722 (Verkauf an Johann Wilhelm Willum für 392 Gulden).
- ²¹ Zur Etablierung der Zuzülgeregesellschaft vgl. ausführlich Müller (wie Anm. 4), S. 228-250.
- ²² GLA 206/2495. Vgl. auch Wagner (wie Anmerkung 2), S. 83.
- ²³ Vgl. Bräunche (wie Anm. 16), S. 48, Anm. 85.
- ²⁴ Nach dem Tode Grebers übernahm 1744 dessen bisheriger Gehilfe Johann Klose die Hofapotheke, nach dessen Tod 1770 folgt Johann Ernst Bär, ab 1805 Wilhelm Schrickel. Vgl. Karl Gustav Fecht: Geschichte der Haupt- und Residenzstadt Karlsruhe, Karlsruhe 1887, S. 263.
- ²⁵ Vgl. Wagner (wie Anm. 2), S. 126.
- ²⁶ Vgl. Stiefel (wie Anm. 10), Band 2, S. 1280.
- ²⁷ Vgl. Marie Salaba: Das jüdische Bettelhaus und das Hospital in: Juden in Karlsruhe. Beiträge zu ihrer Geschichte bis zur nationalsozialistischen Machtergreifung, hrsg. von Heinz Schmitt unter Mitwirkung von Ernst Otto Bräunche und Manfred Koch, Karlsruhe 1988, S. 296-300 (= Veröffentlichungen des Karlsruher Stadtarchivs Band 8).
- ²⁸ Vgl. Wagner (wie Anm. 2), S. 110f.
- ²⁹ Vgl. GLA 206/2199.
- ³⁰ Vgl. GLA 206/2901; Vgl. Fecht (wie Anm. 24), S. 91f.
- ³¹ Vgl. StadtAK 3/B 107 Kontraktenprotokolle Dez. 1732, und Müller (wie Anm. 4), S. 170.
- ³² Vgl. Fecht (wie Anm. 24), S. 92.
- ³³ Vgl. ebenda.
- ³⁴ Vgl. Die theoriegeschichtlichen Ergebnisse in: Fritz Dross: Krankenhaus und lokale Politik 1770–1950. Das Beispiel Düsseldorf, Essen 2004, S. 56 (= Düsseldorf Schriften zur Neueren Landesgeschichte und zur Geschichte Nordrhein-Westfalens Band 67).
- ³⁵ Vgl. Fecht (wie Anm. 24), S. 92f., und GLA 206/2901.
- ³⁶ Zitiert nach Johan van de Zande: Die Tugend der Selbachtung. Schlossers Verhältnis zu Karl Friedrich von Baden, in: Johann Georg Schlosser (1737–1799), Ausstellungskatalog, Karlsruhe 1989, S. 33-51, S. 38.
- ³⁷ Vgl. Siegfried Fiedler: Der Markgraf, in: Carl Friedrich und seine Zeit, Ausstellungskatalog, Karlsruhe 1981, S. 17-30.
- ³⁸ Zitiert nach Karl Obser: Ein Tagebuch des Markgrafen Karl Friedrich vom Jahre 1764. Im Auszuge mitgeteilt, in: Neues Archiv für die Geschichte der Stadt Heidelberg und der rheinischen Pfalz 9, 1911, S. 224-246, S. 240.
- ³⁹ Vgl. Dieter Jetter: Grundzüge der Hospitalgeschichte, Darmstadt 1973, S. 37f.
- ⁴⁰ Vgl. Axel Hinrich Murken: Vom Armenhospital zum Großklinikum. Die Geschichte des Krankenhauses vom 18. Jahrhundert bis zur Gegenwart, Köln 1988, S. 21.
- ⁴¹ Vgl. GLA 206/2904.
- ⁴² Vgl. ebenda.
- ⁴³ Vgl. Martin Krauß: Armenwesen und Gesundheitsfürsorge in Mannheim vor der Industrialisierung 1750–1850/60, Sigmaringen 1993, S. 52.
- ⁴⁴ Vgl. Adalbert Ehrenfried: Die Kapuziner in Karlsruhe. Einst und Jetzt, Karlsruhe 1962, S. 30.
- ⁴⁵ Ediert in Ludwig Stumpf: Die Geschichte der städtischen Krankenanstalten Karlsruhe. Hrsg. aus Anlaß des 50jährigen Bestehens des Krankenhauses Moltkestraße 14, Karlsruhe 1957, S. 16-19.
- ⁴⁶ Vgl. Ehrenfried (wie Anm. 44), S. 39-41. Die Kollekte 1764 bezifferte sich immerhin auf 15.162,26 Gulden.
- ⁴⁷ Zitiert nach Stumpf (wie Anm. 45), S. 18.
- ⁴⁸ Vgl. Arthur E. Imhof: Das Krankenhaus in der Stadt des 18. Jahrhunderts, in: Zeitschrift für Stadtgeschichte 2/1977, S. 215-242, S. 226.
- ⁴⁹ Vgl. Krauß (wie Anm. 43), S. 56.
- ⁵⁰ Zitiert nach GLA 206/2904.
- ⁵¹ Vgl. Stumpf (wie Anm. 45), S. 20.
- ⁵² Vgl. ebenda.
- ⁵³ Vgl. Gottfried Leiber: Vom Jagdsitz zur Stadnanlage. Die städtebauliche Entwicklung Karlsruhes bis zum Ende des 18. Jahrhunderts, in: Klar und lichtvoll wie eine Regel. Planstädte der frühen Neuzeit vom 16. bis zum 18. Jahrhundert, Ausstellungskatalog, Karlsruhe 1990, S. 297-312, S. 308.
- ⁵⁴ Vgl. Wagner (wie Anm. 2), S. 130.
- ⁵⁵ Vgl. Jan Lauts: Caroline Luise von Baden. Ein Lebensbild aus der Zeit der Aufklärung, Karlsruhe 1980, S. 469.
- ⁵⁶ Vgl. ebenda, S. 480.
- ⁵⁷ Vgl. Ludwig Stumpf: Städtische Krankenanstalten Karlsruhe. Biographiensammlung, Karlsruhe 1965, S. 3f.

- ⁵⁸ Vgl. Robert Volz: Das Spitalwesen und die Spitäler des Großherzogthums Baden, Karlsruhe 1861, S. 310-312.
- ⁵⁹ Vgl. Paul Bialek: Wilhelm Jeremias Müller. Der Baumeister des Louis XVI. in Karlsruhe, Karlsruhe 1955, S. 71.
- ⁶⁰ Zitiert nach Johannes Stein: Aus der Geschichte der Straßburger Medizin, in: Zur Geschichte der deutschen Universität Straßburg, Straßburg 1941, S. 151-211, hier S. 187.
- ⁶¹ Vgl. Jetter (wie Anm. 39), S. 80.
- ⁶² Vgl. GLA 206/2904.
- ⁶³ Vgl. Fritz Hirsch: 100 Jahre Bauen und Schauen, Karlsruhe 1932, Band 2, S. 216-228, und Bialek (wie Anm. 59).
- ⁶⁴ Zitiert nach GLA 206/2904.
- ⁶⁵ Vgl. Bialek (wie Anm. 59), S. 72-74, und Volz (wie Anm. 58), S. 338f.
- ⁶⁶ Vgl. Murken (wie Anm. 40), S. 268f.
- ⁶⁷ Vgl. GLA 206/2902.
- ⁶⁸ Vgl. Dieter Jetter: Geschichte des Hospitals. Band 1. Westdeutschland von den Anfängen bis 1850, Wiesbaden 1966, S. 110.
- ⁶⁹ Vgl. Stumpf (wie Anm. 45), S. 25.
- ⁷⁰ Vgl. Bialek (wie Anm. 59), S. 74.
- ⁷¹ Zum Folgenden vgl. GLA 206/2905.
- ⁷² Vgl. StadtAK 2/R 967 (Laternengeldliste 1790).
- ⁷³ Vgl. Christina Müller: 1765 und 1790: Zwischen Existenzgründung und residenzstädtischem Leben, in: Heinz Schmidt/Ernst Otto Bräunche (Hrsg): Alltag in Karlsruhe. Vom Lebenswandel einer Stadt durch drei Jahrhunderte, Karlsruhe 1990, S. 20-63, S. 45 (= Veröffentlichungen des Stadtarchivs Karlsruhe Band 10).
- ⁷⁴ Vgl. Wolfgang Windelband: Die Verwaltung der Markgrafschaft Baden zur Zeit Karl Friedrichs, Leipzig 1916, S. 245-248.
- ⁷⁵ Vgl. GLA 206/2904.
- ⁷⁶ Vgl. Theodor Hartleben: Statistisches Gemälde der Residenzstadt Karlsruhe und ihrer Umgebungen, Karlsruhe 1815, S. 156f.
- ⁷⁷ Vgl. GLA 236/5296.
- ⁷⁸ Schaubild erstellt nach Angaben aus: GLA 206/2905.
- ⁷⁹ Vgl. GLA 206/14.
- ⁸⁰ Zitiert nach GLA 206/2905; hieraus auch die Angaben für das Schaubild.
- ⁸¹ Zum Vergleich: Die Unterstützung eines Armen betrug zur gleichen Zeit knapp 10 Kreuzer pro Tag, vgl. Wagner (wie Anm. 2), S. 168f.
- ⁸² Vgl. ebenda.
- ⁸³ Vgl. ebenda.
- ⁸⁴ Zitiert nach GLA 236/16216.
- ⁸⁵ Zitiert nach GLA 206/14, vgl. hier auch zum Folgenden.
- ⁸⁶ Zitiert nach ebenda.
- ⁸⁷ Angaben für folgende Schaubilder aus GLA 206/14.
- ⁸⁸ Zitiert nach ebenda.
- ⁸⁹ Vgl. GLA 206/15.
- ⁹⁰ Vgl. zu Schweickhardt: Stumpf (wie Anm. 57), S. 3f.
- ⁹¹ Vgl. Müller (wie Anm. 4), S. 168.
- ⁹² Vgl. Hochfürstlich-Markgräflicher Badischer Hof- und Staatskalender auf das Jahr 1775, Karlsruhe 1775.
- ⁹³ Vgl. Friedrich Leopold Brunn: Briefe über Karlsruhe, neu hg. von Gerhard Römer, Karlsruhe 1988, S. 98.
- ⁹⁴ Vgl. Bialek (wie Anm. 59), S. 75-80.
- ⁹⁵ Vgl. Hirsch (wie Anm. 63), Band 2, S. 492.
- ⁹⁶ Vgl. Fecht (wie Anm. 24), S. 256.
- ⁹⁷ Vgl. zum Folgenden Matthias Röschner: Hospital und Residenz. Kranken- und Armenversorgung in Darmstadt, Wiesbaden und Karlsruhe vom Ende des 18. bis in die Mitte des 19. Jahrhunderts, Aachen 2002, S. 257-269.
- ⁹⁸ Vgl. Christian Ludwig Schweickhardt: Über den Zustand des Wundarzneywesens im Badischen, Karlsruhe 1787, S. 6.
- ⁹⁹ Vgl. Krauß (wie Anm. 43), S. 40.
- ¹⁰⁰ Vgl. Fecht (wie Anm. 24), S. 264-266, und Lauts (wie Anm. 55), S. 353f.
- ¹⁰¹ Vgl. Baden-Durlacher Staats- und Adresse Calender auf das Jahr 1766, Karlsruhe 1766, und Hofkalender 1775 (wie Anm. 92).
- ¹⁰² Vgl. Hirsch (wie Anm. 63), Band 2, S. 492.
- ¹⁰³ Vgl. zu Friedrich Wilhelm Maler: Friedrich Wilhelm Maler: Historisch-Genealogische Nachrichten von der Familie Maler, Karlsruhe 1819, S. 53-61. Vgl. auch: Die Familie Maler im Großherzogtume Baden. Eines der ältesten altbadischen bürgerlichen Geschlechter nach historisch-genealogischen Nachrichten von Wilhelm Maler, Ertlingen 1864, S.48-54.
- ¹⁰⁴ Zu Schrickel vgl. Hartleben (wie Anmerkung 76), S. 125-153 (Anm.), und Hirsch (wie Anm. 63), Band 2, S. 403-405.
- ¹⁰⁵ Vgl. Krauß (wie Anm. 43), S. 56.
- ¹⁰⁶ Vgl. Hofkalender 1766 (wie Anm. 101) und 1775 (wie Anm. 92).
- ¹⁰⁷ Vgl. Müller (wie Anm. 4), S. 270. Vgl. auch Hirsch (wie Anm. 63), Band 2, S. 492.
- ¹⁰⁸ Vgl. Badenscher Hof- und Staatskalender auf das Jahr 1792, Karlsruhe 1792, und Hirsch (wie Anm. 63), Band 2, S. 333, 363 und 492.
- ¹⁰⁹ Vgl. Hirsch (wie Anm. 63), Band 1, S. 124.
- ¹¹⁰ Zum Folgenden vgl. Bialek (wie Anm. 59), S. 81-83.

- ¹¹¹ Vgl. Müller (wie Anm. 4), S. 379-383.
¹¹² Vgl. Jetter (wie Anm. 68), S.115.
¹¹³ Vgl. Bialek (wie Anm. 59), S. 81.
¹¹⁴ Vgl. Röschner (wie Anm. 97), S. 245.
¹¹⁵ Vgl. den Beitrag von Peter Pretsch, S. 58-95.
¹¹⁶ Vgl. Erwin Ackerknecht: Geschichte und Geographie der wichtigsten Krankheiten, Stuttgart 1963, S. 55-60.
¹¹⁷ Vgl. Gerstlacher (wie Anm. 10), Band 1, S. 527-536.
¹¹⁸ Vgl. Loetz (wie Anm. 7), S. 198f.
¹¹⁹ Vgl. Fecht (wie Anm. 24), S. 261. Vgl. auch Hartleben (wie Anm. 76), S. 386-389.
¹²⁰ Zur Biografie Lidells vgl. Fecht (wie Anm. 24), S. 261. Vgl. auch Röschner (wie Anm. 97), S. 285-288.
¹²¹ Vgl. Müller (wie Anm. 4), S. 169.
¹²² Vgl. Röschner (wie Anm. 97), S. 285-287.
¹²³ Vgl. Johann Peter Hebel: Briefe, Band 1, hrsg. von Wilhelm Zentner, Karlsruhe 1957, S. 64.

PETER PRETSCH

Vom Großherzoglich Badischen Hospital zum Städtischen Krankenhaus 1803–1858

S. 58-95

- ¹ Vgl. Alexander Mohr: 1815: Im Schatten der neuen Prachtstraßen, in: Alltag in Karlsruhe. Vom Lebenswandel einer Stadt durch drei Jahrhunderte, hrsg. von Heinz Schmitt unter Mitwirkung von Ernst Otto Bräunche, Karlsruhe 1990, S. 64-97 (= Veröffentlichungen des Karlsruher Stadtarchivs Band 10).
² Vgl. Peter Pretsch: Lidellplatz, in: Stadtplätze in Karlsruhe, hrsg. vom Stadtarchiv Karlsruhe durch Manfred Koch, Karlsruhe 2003, S. 192-197 (= Veröffentlichungen des Karlsruher Stadtarchivs Band 26).
³ Matthias Röschner: Hospital und Residenz. Kranken- und Armenversorgung in Darmstadt, Wiesbaden und Karlsruhe vom Ende des 18. bis in die Mitte des 19. Jahrhunderts, Diss. Aachen 2002, S. 105ff. auch zum Folgenden.
⁴ Vgl. Röschner (wie Anm. 3), S. 259f., Annalen für die gesammte Heilkunde, hrsg. von der Großherzoglich Badischen Sanitätskommission, Heft 1, Karlsruhe 1825, S. 160-165.
⁵ Zitiert nach Friedrich Kluge: Adolf Kußmaul 1822–1902. Arzt und Forscher – Lehrer der Heilkunst, Freiburg 2002, S. 50.

- ⁶ Vgl. Röschner (wie Anm. 3), S. 135.
⁷ Ebenda, S. 249, vgl. dort auch zum Folgenden.
⁸ Vgl. Ludwig Stumpf: Die Geschichte der Städtischen Krankenanstalten Karlsruhe. Hrsg. aus Anlaß des 50jährigen Bestehens des Krankenhauses Moltkestraße 14, Karlsruhe 1957, S. 229f.
⁹ Röschner (wie Anm. 3), S. 278.
¹⁰ Zitiert nach ebenda, S. 335f., vgl. auch zum Folgenden.
¹¹ Vgl. ebenda, S. 287ff., und Stumpf (wie Anmerkung 8), S. 192ff.
¹² Vgl. Röschner (wie Anm. 3), S. 254ff., und Stumpf (wie Anm. 8), S. 208f. und 241.
¹³ Röschner (wie Anmerkung 3), S. 245f., vgl. auch zum Folgenden.
¹⁴ Vgl. ebenda, S. 248, und Stumpf (wie Anm. 8), S. 27ff., sowie Gerhard Everke: Christoph und Friedrich Arnold – Zwei Architekten des Klassizismus in Baden, Diss. Freiburg 1991, S. 745-747 auch zum Folgenden.
¹⁵ Die Residenzstadt Karlsruhe – ihre Geschichte und Beschreibung, Festgabe der Stadt zur 34. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte, Karlsruhe 1858, S. 177f.
¹⁶ Ebenda, S. 176ff.
¹⁷ Ebenda, S. 178.
¹⁸ Vgl. Stumpf (wie Anm. 8), S. 152f., und Axel Hinrich Murken: Vom Armenhospital zum Großklinikum. Die Geschichte des Krankenhauses vom 18. Jahrhundert bis zur Gegenwart, Köln 1988, S. 98-102.
¹⁹ Murken (wie Anm. 18), S. 97.
²⁰ Ebenda, S. 57ff. Vgl. dort auch zum Folgenden.
²¹ Vgl. Stumpf (wie Anm. 8), S. 38.
²² Vgl. Unter dem Greifen. Altbadisches Militär von der Vereinigung der Markgrafschaften bis zur Reichsgründung 1771–1871, bearb. v. Sabina Hermes und Joachim Niemeyer, Rastatt 1984, S. 33, Röschner (wie Anm. 3), S. 245f., und Everke (wie Anm. 14), S. 245-247.
²³ Annalen für die gesammte Heilkunde, Heft 1, Karlsruhe 1831, S. 118-120, und Badische Biographien, hrsg. von Friedrich von Weech. Zweiter Theil, Karlsruhe (2) 1881, S. 71.
²⁴ Die Residenzstadt Karlsruhe (wie Anmerkung 15), S. 185-195.
²⁵ Murken (wie Anm. 18), S. 123f.
²⁶ Vgl. Ludwig Stumpf: Städtische Krankenanstalten Karlsruhe. Biographiensammlung, Karlsruhe 1965, S. 3f.; Annalen für die gesammte Heilkunde (wie Anm. 4), S. 160-165, und Vom Markgräflichen Armenhaus zur Hauptschwerpunkt-Klinik. Die Chirurgische Klinik des Städtischen Klinikums Karlsruhe, o. J., S. 8.

- ²⁷ Badische Biographien (wie Anm. 23), S. 567f., und Stumpf (wie Anm. 26), S. 5-8.
- ²⁸ Vgl. Röschner (wie Anm. 3), S. 258f.
- ²⁹ Stumpf (wie Anm. 26), S. 7ff., und Badische Biographien (wie Anm. 27), S. 567f.
- ³⁰ Vom markgräflichen Armenhaus (wie Anm. 26), S. 9f., und Ludwig Stumpf, Manuskript über Fidel Baur in der Zeitgeschichtlichen Sammlung des Stadtarchivs Karlsruhe, teilweise veröffentlicht in: Günter Diercksen: Aus der Chronik der Ärzteschaft Karlsruhe 1715–1977, Karlsruhe 1978, S. 106f.
- ³¹ Vgl. Stumpf (wie Anm. 26), S. 7.
- ³² Zitiert nach Robert Volz: Das Spitalwesen und die Spitäler des Großherzogthums Baden, Karlsruhe 1861, S. 52f.
- ³³ Ebenda, S. 33.
- ³⁴ Vgl. Die Residenzstadt Karlsruhe (wie Anmerkung 15), S. 183.
- ³⁵ Zitiert nach Volz (wie Anm. 32), S. 50f.
- ³⁶ Die Residenzstadt Karlsruhe (wie Anm. 15), S. 182.
- ³⁷ Vgl. Röschner (wie Anm. 3), S. 262f.
- ³⁸ Zitiert nach Volz (wie Anm. 32), S. 51f.
- ³⁹ Annalen für die gesammten Heilkunde (wie Anm. 4), S. 22.
- ⁴⁰ Zitiert nach Röschner (wie Anm. 3), S. 243.
- ⁴¹ Annalen für die gesammte Heilkunde (wie Anm. 4), S. 8-59, und Friedrich von Weech: Karlsruhe. Geschichte der Stadt und ihrer Verwaltung, 3 Bände, Karlsruhe 1895–1904, Band 2, Karlsruhe 1898, S. 375.
- ⁴² Annalen für die gesammte Heilkunde, Heft 2, Karlsruhe 1825, S. 95ff. auch zum Folgenden.
- ⁴³ Weech (wie Anm. 41), S. 371.
- ⁴⁴ Ebenda, S. 375.
- ⁴⁵ Ebenda, S. 377; Ernst Theodor Nauck: Karl Heinrich Baumgärtner, Freiburg 1961, S. 25-39.
- ⁴⁶ Karl Heinrich Baumgärtner: Kranken-Physiognomik, Stuttgart, Leipzig 1839, S. 4.
- ⁴⁷ Ebenda, S. 93.
- ⁴⁸ Irfan Sarwar: Malaria am Oberrhein, Diss. Heidelberg 2002.
- ⁴⁹ Zitiert nach ebenda, S. 82f.
- ⁵⁰ Theodor Hartleben: Statistisches Gemälde der Residenzstadt Karlsruhe und ihrer Umgebungen, Karlsruhe 1815, S. 138, und Sarwar (wie Anm. 48), S. 88. Vgl. auch: Die Großherzoglich Badische Haupt- & Residenzstadt Karlsruhe in ihren Massregeln für Gesundheitspflege & Rettungswesen, Karlsruhe 1876, S. 153.
- ⁵¹ Vgl. Die Großherzoglich Badische Haupt- & Residenzstadt (wie Anm. 50), S. 153, vgl. dort auch zum Folgenden.
- ⁵² Zitiert nach Brigitte Baumstark: 1840 „... und es ist wirklich auch ein schöner Anblick, den langen Wagenzug mit größter Schnelligkeit majestätisch heranrollen zu sehen ...“, in: Alltag in Karlsruhe (wie Anmerkung 1), S. 98-127, S. 112ff.
- ⁵³ Zitiert nach ebenda, S. 114.
- ⁵⁴ Vgl. Hans von Pezold: Zur Geschichte der Prostitution in Karlsruhe, Karlsruhe 1926, S. 16.
- ⁵⁵ Vgl. Die Großherzoglich Badische Haupt- & Residenzstadt (wie Anm. 50), S. 153, vgl. dort auch zum Folgenden.
- ⁵⁶ Baumgärtner (wie Anm. 46), S. 201-209.
- ⁵⁷ Vgl. Röschner (wie Anm. 3), S. 306-315.
- ⁵⁸ Franziska Loetz: Vom Kranken zum Patienten. „Medikalisierung“ und medizinische Vergesellschaftung am Beispiel Badens 1750–1850, Diss. Stuttgart 1993, S. 199.
- ⁵⁹ Volz (wie Anm. 32), S. 338.
- ⁶⁰ Kluge (wie Anm. 5), S. 81.
- ⁶¹ Ebenda, S. 37.
- ⁶² Ebenda, S. 38.
- ⁶³ Ebenda, S. 38, vgl. dort auch zum Folgenden.
- ⁶⁴ Weech (wie Anm. 41), S. 374.
- ⁶⁵ Vgl. Rainer Fürst: Friedrich Tiedemann und sein Werk „Abbildungen der Pulsadern des menschlichen Körpers“. Lithographischer Frühdruck der C. F. Müllerschen Hofbuchhandlung aus dem Jahr 1822, Karlsruhe 1988.
- ⁶⁶ Kluge (wie Anm. 5), S. 51ff.
- ⁶⁷ Ebenda, S. 38.
- ⁶⁸ Vgl. Nauck (wie Anm. 45), S. 31f.
- ⁶⁹ Vgl. Kluge (wie Anm. 5), S. 45f.
- ⁷⁰ Vgl. Hans Georg Zier: Johann Gottfried Tulla. Ein Lebensbild, in: Badische Heimat, 50. Jg. 1970, Heft 4, S. 441-446, und Jean Civiale: De la lithrotomie broiement de la pierre dans la vessie. Paris 1827; das Journal Tullas und sein Briefwechsel befinden sich im Generallandesarchiv Karlsruhe, GLA 237/24328.
- ⁷¹ Vgl. Stadtarchiv Karlsruhe (StadtAK) 2/R 1923, 2003 u. 2099.
- ⁷² Weech (wie Anm. 41), S. 374f.
- ⁷³ Vgl. Heinz Schott: Die Chronik der Medizin, Dortmund 1993, S. 276f.
- ⁷⁴ Ebenda, S. 288f. und Amtlicher Bericht über die vier und dreissigste Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte im September 1858, hrsg. v. Eisenlohr und Volz, Karlsruhe 1859, S. 43.
- ⁷⁵ Die Residenzstadt Karlsruhe (wie Anm. 15), S. 199f., Volz (wie Anm. 32), S. 350f. und Marie Salaba: Das jüdische Bettelhaus und das Hospital, in: Juden in Karlsruhe – Beiträge zu ihrer Geschichte bis zur nationalsozialistischen

- Machtergreifung, hrsg. von Heinz Schmitt, Ernst Otto Bräunche und Manfred Koch, Karlsruhe 1988, S. 296-300 (= Veröffentlichungen des Karlsruher Stadtarchivs Band 8).
- ⁷⁶ Volz (wie Anm. 32), S. 351.
- ⁷⁷ 150 Jahre Evangelische Diakonissenanstalt Karlsruhe-Rüppurr. Dokumente und Ausstellung zur Jubiläumsfeier, Karlsruhe 2001, S. 6f. auch zum Folgenden.
- ⁷⁸ 150 Jahre Evangelische Diakonissenanstalt Karlsruhe-Rüppurr, Festschrift, o. O. [Karlsruhe] 2001, S. 55.
- ⁷⁹ Die St. Vincentius-Krankenhäuser in Karlsruhe. Eine Dokumentation hrsg. zum 125jährigen Bestehen des St. Vincentius-Vereins Karlsruhe, Karlsruhe 1976, S. 6.
- ⁸⁰ Volz (wie Anm. 32), S. 349.
- ⁸¹ Die Residenzstadt Karlsruhe (wie Anm. 15), S. 199.
- ⁸² Sigrid Schambach: Eigenständigkeit und Abhängigkeit – Karlsruherinnen in einer Zeit des Übergangs (1806–1859), in: Susanne Asche/Barbara Guttmann/Olivia Hochstrasser/Sigrid Schambach/Lisa Sterr: Karlsruher Frauen 1715–1945. Eine Stadtgeschichte, Karlsruhe, 1992, S. 155f. (= Veröffentlichungen des Karlsruher Stadtarchivs Band 15).
- ⁸³ Die Residenzstadt Karlsruhe (wie Anm. 15), S. 203.
- ⁸⁴ Ebenda, S. 203f.
- ⁸⁵ Zitiert nach Schambach (wie Anm. 82), S. 151.
- ⁸⁶ Die Residenzstadt Karlsruhe (wie Anm. 15), S. 207.
- ⁸⁷ Zitiert nach Schambach (wie Anm. 82), S. 153.
- ⁸⁸ Die Residenzstadt Karlsruhe (wie Anm. 15), S. 205.
- ³ Vgl. Robert Volz: Das Spitalwesen und die Spitäler des Großherzogthums Baden, Karlsruhe 1861, S. 340f. Volz war selbst von 1870 bis 1882 dirigierender Staatsarzt.
- ⁴ Vgl. Die Großherzoglich Badische Haupt- und Residenzstadt Karlsruhe in ihren Maßregeln für Gesundheitspflege und Rettungswesen, Karlsruhe 1882, Abteilung XXXII, S. 2., sowie Alfons Labisch: Stadt und Krankenhaus. Das Allgemeine Krankenhaus in der kommunalen Sozial- und Gesundheitspolitik des 19. Jahrhunderts, in: Alfons Labisch/Reinhard Spree (Hrsg.): Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett, Frankfurt a. M. 1996, S. 253-296, S. 278.
- ⁵ Vgl. Volz, 1861 (wie Anm. 3), S. 37 und 41. Die Hospitalkommission hatte gleichlautende Verträge mit dem Verwaltungsrat des Ordens der Barmherzigen Schwestern (S. 37) und dem Verwaltungsrat der evangelischen Diakonissenanstalt (S. 41).
- ⁶ Vgl. Volz, 1861 (wie Anm. 3), S. 339f., sowie Die Grossherzoglich Badische Haupt- und Residenzstadt Karlsruhe in ihren Massregeln für Gesundheitspflege & Rettungswesen. Bei Veranlassung der Internationalen Ausstellung für Rettungswesen und Gesundheitspflege zu Brüssel 1876 im Auftrage des Stadtrathes bearbeitet, Karlsruhe 1876, S. 148.
- ⁷ Bericht über die Wirksamkeit des städtischen Krankenhauses zu Karlsruhe im Jahre 1888, Karlsruhe 1889, S. 3, Stadtarchiv Karlsruhe (StadtAK) 8/Ds F VII,3, sowie Jahres-Bericht des Städtischen Krankenhauses der Haupt- und Residenzstadt Karlsruhe für 1904, Karlsruhe 1905, S. 4, StadtAK 8/Ds F VII, 1.
- ⁸ Vergleich Friedrich von Weech: Karlsruhe. Geschichte der Stadt und ihrer Verwaltung. 3 Bände, Karlsruhe 1895–1904, Band 3, S. 345, sowie Labisch (wie Anmerkung 4), S. 262.
- ⁹ Vgl. Reinhard Spree: Quantitative Aspekte der Entwicklung des Krankenhauswesens im 19. und 20. Jahrhundert, in: Labisch/Spree (wie Anm. 4), S. 71.
- ¹⁰ Vgl. Volz, 1861 (wie Anm. 3), S. 341, sowie Maßregeln, 1876 (wie Anm. 6), S. 146f. und 159.
- ¹¹ Vgl. Aertztlicher Bericht über die Wirksamkeit am städtischen Krankenhause der Haupt- und Residenzstadt Karlsruhe im Jahre 1897, Karlsruhe 1898, S. 9f., StadtAK 8/Ds F VII,1. Der lange Prozess der funktionellen Ausgliederung und klaren institutionellen Abgrenzung war typisch im 19. Jahrhundert und entsprach ganz der Situation in anderen Krankenhäusern, vgl. Spree (wie Anm. 9), S. 51.
- ¹² Vgl. Maßregeln, 1876 (wie Anm. 6), S. 160. Die Krätze (ansteckende Hautkrankheit) stellte Mitte des 19. Jahrhunderts mit ca. 15–20% die häufigste aller behandelten Einzelerkrankungen dar. Näheres dazu im Kapitel „Krankheiten und neue Behandlungsmethoden“.
- ¹³ Vgl. Bericht 1897 (wie Anm. 11), S. 3ff.

ROLAND FEITENHANSL

Das städtische Krankenhaus im alten Gebäude von 1858–1907

Seite 96-131

- ¹ Vgl. Ludwig Stumpf: Die Geschichte der städtischen Krankenanstalten Karlsruhe. Herausgegeben aus Anlaß des 50jährigen Bestehens des Krankenhauses Moltkestraße 14, Karlsruhe 1957, S. 29. Die Behauptung von Goldschmit, 1915, wonach die Bezeichnung „städtisches Krankenhaus“ erst 1870 eingeführt wurde, ist daher unrichtig, vgl. Robert Goldschmit: Die Stadt Karlsruhe. Ihre Geschichte und ihre Verwaltung, Karlsruhe 1915, S. 176.
- ² Vgl. Die Spitäler des Landes, in: Mittheilungen des badischen ärztlichen Vereins 10, 1856, S. 1-6, 9-11, hier S. 5 und S. 11.

- ¹⁴ Zitiert nach Hygienischer Führer durch die Haupt- und Residenzstadt Karlsruhe. Festschrift zur XXII. Versammlung des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege, Karlsruhe 1897, S. 245. Die Formulierung „es fehlte ein Operationssaal“ lässt vermuten, dass es zu jenem Zeitpunkt keinen Operationssaal gab, was zur damaligen Zeit nicht ungewöhnlich gewesen wäre. Tatsächlich gab es schon seit der Erbauung des Spitalgebäudes 1788 ein Operationszimmer nebst einem Krankensaal für Frischoperierte, wie der Architekt Jeremias Müller in einer Denkschrift anführte, vgl. Stumpf (wie Anm. 1), S. 21. Es muss also als Forderung nach einem weiteren Operationssaal verstanden werden, der nicht nachgekommen wurde, denn auf S. 247 ist als Bestand für 1897 weiterhin (nur) ein Operationssaal genannt.
- ¹⁵ Einer der erhaltenen Grundrisse des Anbaus ist mit 1872 datiert und nach dem metrischen System bemaßt, vgl. StadtAK 8/PBS XV 676. Er bezeugt damit zugleich die in Baden zum 1. Januar 1872 übernommene „Maß- und Gewichtsordnung für den Norddeutschen Bund“ vom 17. August 1868, die durch ein Reichsgesetz vom 16. April 1871 im gesamten Deutschen Reich eingeführt wurde.
- ¹⁶ Vgl. Stumpf (wie Anm. 1), S. 36f.
- ¹⁷ Vgl. Bericht über die Wirksamkeit des Städtischen Krankenhauses zu Karlsruhe im Jahre 1889, Karlsruhe 1890, S. 4, StadtAK 8/Ds F VII,1, sowie Aertzlicher Bericht über die Wirksamkeit am städtischen Krankenhause der Haupt- und Residenzstadt Karlsruhe im Jahre 1898, Karlsruhe 1899, S. 10, StadtAK 8/Ds F VII,1.
- ¹⁸ Zitiert nach Volz, 1861 (wie Anm. 3), S. 339.
- ¹⁹ Vgl. Susanne Asche/Ernst Otto Bräunche/Jochen Karl Mehldau (Red.): Straßennamen in Karlsruhe, Karlsruhe 1994, S. 145 (= Karlsruher Beiträge Nr. 7).
- ²⁰ Vgl. Hygienischer Führer (wie Anm. 14), S. 246. Näheres zu diesem Thema siehe S. 130f.
- ²¹ Vgl. Bernd Breitkopf: Eine Zierde unserer Stadt. 100 Jahre Fürst-Stirum-Klinik Bruchsal, Ubstadt-Weiher 2006, S. 30 (= Beiträge zur Geschichte des Landkreises Karlsruhe Band 6).
- ²² Vgl. StadtAK 1/H-Reg A 2008, Mitteilung des städtischen Hochbauamtes vom 22. Mai 1908.
- ²³ Vgl. Roy Porter: Die Kunst des Heilens. Eine medizinische Geschichte der Menschheit von der Antike bis heute, Heidelberg, Berlin 2000, S. 382.
- ²⁴ Vgl. Volz, 1861 (wie Anm. 3), S. 93. Ein vergleichbarer Fall war mit dem 1859 erbauten Hauptkrankenhaus in Augsburg gegeben, das sogar mit zwei Kapellen für jede Konfession versehen war (vgl. Axel Hinrich Murken: Vom Armenhospital zum Großklinikum. Die Geschichte des Krankenhauses vom 18. Jahrhundert bis zur Gegenwart, Köln ³ 1995, S. 110).
- ²⁵ Vgl. Volz, 1861 (wie Anm. 3), S. 35f. und 39f.
- ²⁶ Vgl. ebenda, S. 37 und 41. Im Gegensatz dazu nahm das Diakonissenkrankenhaus in der heutigen Sophienstraße Kranke aller Konfessionen auf und entschied nur nach der Art der Krankheit (vgl. S. 348), das alte St. Vincentiushaus neben dem städtischen Krankenhaus wie im Neubau in der Karlstraße machte überhaupt keine Einschränkungen (vgl. S. 350).
- ²⁷ Vgl. Volz, 1861 (wie Anm. 3), S. 341.
- ²⁸ Vgl. Goldschmit (wie Anm. 1), S. 176.
- ²⁹ Vgl. Maßregeln, 1876 (wie Anm. 6), S. 146.
- ³⁰ Vgl. Ludwig Stumpf: Städtische Krankenanstalten Karlsruhe. Biographiensammlung, Karlsruhe 1965, S. 15ff.
- ³¹ Vgl. Maßregeln, 1876 (wie Anm. 6), S. 159.
- ³² Vgl. Weibliche Aerzte, in: Aertzliche Mittheilungen aus und für Baden, Karlsruhe 1892, S. 32-41.
- ³³ Zitiert nach ebenda, S. 37.
- ³⁴ Vgl. Stumpf (wie Anm. 1), S. 32f.
- ³⁵ Vgl. Labisch (wie Anm. 4), S. 272f.
- ³⁶ Vgl. Maßregeln, 1876 (wie Anm. 6), S. 146 und 160.
- ³⁷ Vgl. Bericht über die Wirksamkeit des Städtischen Krankenhauses zu Karlsruhe im Jahre 1890, Karlsruhe 1891, S. 15, StadtAK 8/Ds F VII,3, sowie Jahres-Bericht des Städtischen Krankenhauses der Haupt- und Residenzstadt Karlsruhe für 1900, Karlsruhe 1901, S. 3, StadtAK 8/Ds F VII, 1. Vgl. auch Jahres-Bericht 1904 (wie Anm. 7), S. 3.
- ³⁸ Vgl. Claudia Bischoff: Frauen in der Krankenpflege. Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert, Frankfurt a. M. ²1992, S. 97.
- ³⁹ Zitiert nach Volz, 1861 (wie Anm. 3), S. 52.
- ⁴⁰ Zu den damals in ganz Deutschland üblichen Verhältnissen vgl. Gordon Uhlmann: Leben und Arbeiten im Krankenhaus, in: Labisch/Spree (wie Anm. 4), S. 402.
- ⁴¹ Vgl. Volz, 1861 (wie Anm. 3), S. 36 und 40.
- ⁴² Vgl. Annette Borchardt-Wenzel: Die Frauen am badischen Hof. Gefährtinnen der Großherzöge zwischen Liebe, Pflicht und Intrigen, Gernsbach 2001, S. 238.
- ⁴³ Vgl. Ilona Scheidle: Rezension zu: Kerstin Lutzer: Der Badische Frauenverein 1859–1918. Rotes Kreuz, Fürsorge und Frauenfrage, Stuttgart 2002 (= Veröffentlichungen der Kommission für geschichtliche Landeskunde in Baden-Württemberg Reihe B, Forschungen, 146. Band), in: H-Soz-u-Kult, 24.09.2003 <http://hsozkult.geschichte.hu-berlin.de/rezensionen/id=3377> (14.02.2007)
- ⁴⁴ Vgl. Lutzer (wie Anm. 43), S. 434f. und 444.
- ⁴⁵ Vgl. ebenda, S. 436f.
- ⁴⁶ Vgl. Robert Jütte: Vom Hospital zum Krankenhaus, in: Labisch/Spree (wie Anm. 4), S. 43.
- ⁴⁷ Vgl. ebenda.
- ⁴⁸ Vgl. Volz, 1861 (wie Anm. 3), S. 77.

- ⁴⁹ Vgl. Stumpf (wie Anm. 1), S. 36 und 39.
- ⁵⁰ Vgl. Volz, 1861 (wie Anm. 3), S. 81f.
- ⁵¹ Vgl. Die Blattern im Großherzogthume in den letzten 2 Jahren, in: Aertzliche Mittheilungen aus Baden 17, 1863, S. 153-158.
- ⁵² Vgl. Oskar Matzel: Die Pocken im Deutsch-Französischen Krieg 1870/71, Düsseldorf 1977, S. 14. Es handelte sich um eine Reihe von Aufsätzen, die zuerst in der Freiburger Zeitung erschienen, bevor Kußmaul sie unter dem Eindruck des Kriegs als Buch herausgab.
- ⁵³ Vgl. Maßregeln, 1876 (wie Anm. 6), S. 148.
- ⁵⁴ Vgl. Bericht des Oberarztes über das städtische Krankenhaus in Karlsruhe für 1883, o. O. [Karlsruhe], o. J., S. 10, StadtAK 8/Ds F VII,3.
- ⁵⁵ Vgl. StadtAK 1/H-Reg 2023, Antrag des Stadtrats zur Erbauung eines neuen Krankenhauses. 29. Mai 1902, S. 5.
- ⁵⁶ Zitiert nach Eimer: Ueber Wechsel medizinischer Ansichten. Anlässlich der Behandlung der Lungenentzündung, in: Mittheilungen des badischen ärztlichen Vereins 10, 1856, S. 97-101.
- ⁵⁷ Vgl. Rieder: Zur Casuistik, in: Mittheilungen des badischen ärztlichen Vereins 10, 1856, S. 84f.
- ⁵⁸ Vgl. Gustav Schmidt: Zur Therapie der Lungenentzündung, in: Aertzliche Mittheilungen aus Baden 11, 1857, S. 81-86, S. 84.
- ⁵⁹ Zitiert nach Bericht 1883 (wie Anm. 54), S. 15.
- ⁶⁰ Vgl. (Isaak) Hochstädter: Ueber die Behandlung des Typhus, in: Mittheilungen des badischen ärztlichen Vereins 9, 1855, S. 169-175, 182-184.
- ⁶¹ Vgl. ebenda, S. 182.
- ⁶² Zitiert nach ebenda, S. 184.
- ⁶³ Vgl. Bericht über die Wirksamkeit des Städtischen Krankenhauses zu Karlsruhe in den Jahren 1886 und 1887, Karlsruhe 1888, S. 27, StadtAK 8/Ds F VII,3.
- ⁶⁴ Zitiert nach ebenda.
- ⁶⁵ Vgl. Bericht 1889 (wie Anm. 17), S. 19.
- ⁶⁶ Vgl. Die Maßregeln gegen die Cholera betreffend, in: Aertzliche Mittheilungen aus Baden 38, 1884, S. 109-111, 114-116.
- ⁶⁷ Vgl. Cholera, in: Mittheilungen des badischen ärztlichen Vereins 9, 1855, S. 145-150, sowie Anleitung zur Desinfection bei Cholera, in: Aertzliche Mittheilungen aus Baden 38, 1884, S. 118-120. Vgl. auch Die Cholera, in: Aertzliche Mittheilungen aus und für Baden 46, 1892, S. 123-126.
- ⁶⁸ Vgl. von Weech (wie Anm. 8), S. 348f. Die jahrhundertalte Scharlatanerie mit angeblichen Wundermitteln lebte immer in Seuchenzeiten besonders auf und veranlasste den Karlsruher Ortsgesundheitsrat, seit Ende der 1870er-Jahre strenge Maßnahmen gegen den Vertrieb solcher „Geheimmittel“ zu erlassen, vgl. Hygienischer Führer (wie Anm. 14), S. 31f.
- ⁶⁹ Vgl. Bericht über die Wirksamkeit des Städtischen Krankenhauses zu Karlsruhe in den Jahren 1891 und 1892, Karlsruhe 1893, S. 27f., StadtAK 8/Ds F VII,3. Das geforderte Laboratorium wurde bis spätestens 1897 eingerichtet, vgl. Hygienischer Führer (wie Anm. 14), S. 247.
- ⁷⁰ Vgl. Der Cholerafall in Leopoldshafen, in: Aertzliche Mittheilungen aus und für Baden 46, 1892, S. 155-157.
- ⁷¹ Vgl. Eimer: Jodklystiere in der Ruhr, in: Mittheilungen des badischen ärztlichen Vereins 10, 1856, S. 142.
- ⁷² Vgl. Der Scharlach im Großherzogthume in den Jahren 1853 und 1854, in: Mittheilungen des badischen ärztlichen Vereins 9, 1855, S. 78-83, 88-90.
- ⁷³ Vgl. Bericht 1883 (wie Anm. 54), S. 3 und 11.
- ⁷⁴ Vgl. Zur Therapie der Diphtheritis, in: Aertzliche Mittheilungen aus Baden 38, 1884, S. 3f.
- ⁷⁵ Zitiert nach Bericht 1889 (wie Anm. 17), S. 18.
- ⁷⁶ Vgl. Bernhard Wehrle: Ueber Serumtherapie bei Diphtherie, in: Aertzliche Mittheilungen aus und für Baden 51, 1897, S. 113-119, 121-124.
- ⁷⁷ Vgl. Brunner: Ueber die sociale Bedeutung der Lungenschwindsucht, in: Aertzliche Mittheilungen aus und für Baden, Karlsruhe 1895, S. 186-191, sowie [Bernhard] Wehrle: Zur Mortalität und Morbidität der Tuberkulose, in: Mittheilungen, 1897 (wie Anm. 76), S. 76.
- ⁷⁸ Vgl. Geschichte des Badischen Frauenvereins. Zweite umgearbeitete und stark vermehrte Ausgabe, zugleich Festschrift zur Feier der goldenen Hochzeit Ihrer Königlichen Hoheiten des Großherzogs Friedrich und der Großherzogin Luise am 20. September 1906, Karlsruhe 1906, S. 311-319.
- ⁷⁹ Vgl. Bericht 1886 und 1887 (wie Anm. 63), S. 35.
- ⁸⁰ Zitiert nach Bericht 1889 (wie Anm. 17), S. 21.
- ⁸¹ Vgl. H. E. Wolf: Behandlung der Tuberculose der Lungen mit stickstoffüberhaltiger Luft, in: Aertzliche Mittheilungen aus Baden 37, 1883, S. 107-114, hier S. 111.
- ⁸² Vgl. Karl Turban: Kreosot gegen Lungentuberculose, in: Aertzliche Mittheilungen aus Baden 41, 1887, S. 165-168.
- ⁸³ Vgl. (Leopold Armsperger): Dr. R. Koch's Heilverfahren, in: Aertzliche Mittheilungen aus und für Baden 44, 1890, S. 169-172.
- ⁸⁴ Vgl. Porter (wie Anm. 23), S. 445.
- ⁸⁵ Vgl. K[arl] Doll: Betrachtungen und Vorschläge zur Tuberculosefrage, in: Aertzliche Mittheilungen aus und für Baden 52, 1898, S. 114-118.
- ⁸⁶ Zitiert nach ebenda, S. 117.
- ⁸⁷ Vgl. A[dolph Otto] Volz: Ueber Krätze, in: Mittheilungen des badischen ärztlichen Vereins 9, 1855, S. 109-115, 117-122, hier S. 114.

- ⁸⁸ Vgl. ebenda, S. 122.
- ⁸⁹ Vgl. Bericht 1889 (wie Anm. 17), S. 21.
- ⁹⁰ Vgl. Bericht 1883 (wie Anm. 54), S. 15.
- ⁹¹ Vgl. Bericht 1886 und 1887 (wie Anm. 63), S. 28.
- ⁹² Daher auch die lange Zeit untergeordnete Stellung im Karlsruher Hospital (vgl. hierzu das Kapitel „Ärzte und Pflegepersonal“).
- ⁹³ Vgl. Klaus-Dieter Thomann: Die Entwicklung der Chirurgie im 19. Jahrhundert und ihre Auswirkungen auf Organisation und Funktion des Krankenhauses, in: Labisch/Spree (wie Anm. 4), S. 156.
- ⁹⁴ Der ausführende Arzt war Adolph Otto Volz, der jüngere Bruder von Robert Volz, der genau in jenem Jahr die „Mittheilungen des badischen ärztlichen Vereins“ gründete. Vgl. Christine Tripps: Robert Wilhelm Volz (1806–1882). Biographie und Ergographie eines Arztes im Übergang von der Naturhistorischen Schule zur Naturwissenschaftlichen Medizin, Diss. Heidelberg 1989, S. 11 und 14.
- ⁹⁵ Vgl. Thomann (wie Anm. 93), S. 145f.
- ⁹⁶ Vgl. Robert Koch und seine Zeit. Festvorlesung von Rolf Winau, Berlin 1993. http://www.charite.de/history/de/rk_0.html (23. Dezember 2006)
- ⁹⁷ Vgl. Thomann (wie Anm. 93), S. 151, sowie Aertzliche Mittheilungen aus und für Baden 45, 1891, S. 204.
- ⁹⁸ Vgl. Ignaz Philipp Semmelweis. Gynäkologe. <http://www.onmeda.de/lexika/persoennlichkeiten/semmelweis.html> (05.01.2007)
- ⁹⁹ Vgl. Franz Wolf: Die Elektrizität als Heilmittel, in: Mittheilungen des badischen ärztlichen Vereins 10, 1856, S. 7, sowie E. Weber: Idiopathische Paralyse des rechten Armes. Rasche Heilung durch Faradisierung, in: Aertzliche Mittheilungen aus Baden 12, 1858, S. 153-158.
- ¹⁰⁰ Vgl. Schmerzloses Ausziehen der Zähne mittels des Galvanismus, in: Aertzliche Mittheilungen aus Baden 12, 1858, S. 182-184.
- ¹⁰¹ Vgl. Röntgenphotographie ist ein Bestandtheil der ärztlichen Behandlung, in: Aertzliche Mittheilungen aus und für Baden 55, 1901, S. 84f.
- ¹⁰² Vgl. Bericht 1890 (wie Anm. 37), S. 25.
- ¹⁰³ Vgl. Residenz im Kaiserreich. Karlsruhe um 1890. Bearbeitet von Konrad Krimm und Wilfried Rößling, Karlsruhe 1990, S. 69.
- ¹⁰⁴ Vgl. StadtAK 8/PBS VI 246 = Friedrichs-Baracken-Lazareth zu Karlsruhe erbaut von J. [= Jakob] Hochstetter, Grossherz. Bad. Militair-Baumeister, Baurath, Professor der Baukunst, Vorstand der Bauschule am Polytechnikum zu Karlsruhe, Ritter des Ordens v. Zähringer Löwen etc. 1870, Vorbemerkung.
- ¹⁰⁵ Vgl. Lutzer (wie Anm. 43), S. 468.
- ¹⁰⁶ Zitiert nach Geschichte des Badischen Frauenvereins. Festschrift zur Feier der silbernen Hochzeit Ihrer Königlichen Hoheiten des Großherzogs Friedrich und der Großherzogin Luise und der Vermählung ihrer Großherzoglichen Hoheit der Prinzessin Victoria mit Seiner Königlichen Hoheit dem Kronprinzen Oscar Gustav Adolf von Schweden und Norwegen am 20. September 1881, Karlsruhe 1881, S. 101.
- ¹⁰⁷ Vgl. Lutzer (wie Anm. 43), S. 466f.
- ¹⁰⁸ Vgl. Ursula Merkel: Grabmal für die 1870/71 an Kriegsfolgen gestorbenen französischen Soldaten, in: Gerlinde Brandenburger/Manfred Grobkinsky/Gerhard Kabierske/Ursula Merkel/Betrice Vierneisel: Denkmäler, Brunnen und Freiplastiken in Karlsruhe 1715–1945, Karlsruhe 1987, S. 300-303, S. 300 (= Veröffentlichungen des Karlsruher Stadtarchivs Band 7), und Ursula Merkel: Grabmal für die 1870/71 an Kriegsfolgen gestorbenen französischen Soldaten, in: ebenda, S. 328-331, S. 328. Dazu wurde am Ertlinger Tor beim alten Bahnhof ein weiteres, reines Kriegerdenkmal von der Stadt Karlsruhe errichtet, das heute ebenfalls im Alten Friedhof an der Kapellenstraße steht (vgl. S. 318).
- ¹⁰⁹ Vgl. Matzel (wie Anm. 52), S. 34f.
- ¹¹⁰ Vgl. Bericht 1890 (wie Anm. 37), S. 7ff.
- ¹¹¹ Vgl. ebenda, S. 6f.
- ¹¹² Vgl. Chronik der Haupt- und Residenzstadt Karlsruhe für das Jahr 1885, Karlsruhe 1886, S. 69f.
- ¹¹³ Vgl. Bericht 1897 (wie Anm. 11), S. 8.
- ¹¹⁴ Zitiert nach StadtAK 1/H-Reg. 2023 (wie Anm. 55), S. 3.

REBEKKA MENGES

Das neue städtische Krankenhaus an der Moltkestraße 1907–1930

Seite 132-163

- ¹ Vgl. Ludwig Stumpf: Städtische Krankenanstalten Karlsruhe. Biographiensammlung, Karlsruhe 1965, S. 19-21.
- ² Stadtarchiv Karlsruhe (StadtAK) 1/POA2 1127.
- ³ Vgl. Stumpf (wie Anm. 1), S. 137.
- ⁴ Karlsruher Tagblatt vom 14. September 1907.
- ⁵ Zitiert nach Ludwig Stumpf: Die Geschichte der Städtischen Krankenanstalten Karlsruhe. Hrsg. aus Anlaß des 50jährigen Bestehens des Krankenhauses Moltkestraße 14, Karlsruhe 1957, S. 47.
- ⁶ StadtAK 1/POA2 1127.
- ⁷ StadtAK 1/H-Reg 2019, 3038. Vgl. auch Stumpf (wie Anm. 5), S. 238-242.

- ⁸ StadtAK 1/POA2 1126, 1127.
- ⁹ StadtAK 1/H-Reg 2053.
- ¹⁰ Vgl. Verwaltungsbericht der Landeshauptstadt Karlsruhe für das Wirtschaftsjahr 1928.
- ¹¹ Vgl. Stumpf (wie Anm. 1), S. 79.
- ¹² Vgl. ebenda, S. 69.
- ¹³ Vgl. Wilhelm Strieder: Das Allgemeine Krankenhaus der Haupt- und Residenzstadt Karlsruhe, Karlsruhe 1909, S. 67-74.
- ¹⁴ Vgl. Stumpf (wie Anm. 1), S. 73.
- ¹⁵ Vgl. Stumpf (wie Anm. 5), S. 52.
- ¹⁶ StadtAK 1/H-Reg 2036.
- ¹⁷ Vgl. Stumpf (wie Anm. 1), S. 125f.
- ¹⁸ StadtAK 1/H-Reg 2020.
- ¹⁹ Vgl. Strieder (wie Anm. 13), S. 94-96, sowie Stumpf (wie Anm. 5), S. 50f.
- ²⁰ Vgl. Stumpf (wie Anm. 5), S. 117.
- ²¹ Vgl. Stumpf (wie Anm. 1), S. 113.
- ²² Vgl. Strieder (wie Anm. 13), S.88-94.
- ²³ Vgl. Stumpf (wie Anm. 1), S. 23-26.
- ²⁴ StadtAK 1/H-Reg 2036.
- ²⁵ Vgl. Stumpf (wie Anm. 1), S. 91.
- ²⁶ StadtAK 1/H-Reg 2059.
- ²⁷ StadtAK 1/H-Reg 2036.
- ²⁸ Vgl. Strieder (wie Anmerkung 13), S. 128f., Stumpf (wie Anm. 5), S. 48.
- ²⁹ StadtAK 1/H-Reg 2046.
- ³⁰ Vgl. Stumpf (wie Anm. 1), S. 119.
- ³¹ Vgl. StadtAK 7/NL Gierke 626.
- ³² Vgl. und zitiert nach StadtAK 7/NL Gierke 626 sowie StadtAK 1/H-Reg 2172. Vgl. auch Stumpf (wie Anmerkung 5), S.62f.
- ³³ Vgl. Stumpf (wie Anm. 1), S. 133.
- ³⁴ Vgl. und zitiert nach Stumpf (wie Anm. 5), S.124f, sowie Verwaltungsberichte 1928–1930, StadtAK 1/H-Reg 2023.
- ³⁵ StadtAk 1/H-Reg 2025.
- ³⁶ Vgl. und zitiert nach Stumpf (wie Anm. 5), S. 44 und 48f., sowie StadtAK 1/H-Reg 2053.
- ³⁷ Vgl. Stumpf (wie Anm. 5), S. 49.
- ³⁸ StadtAK 1/H-Reg 2036.
- ³⁹ Vgl. Stumpf (wie Anm. 5), S. 51.
- ⁴⁰ Vgl. ebenda S. 154-158, sowie StadtAK 1/H-Reg 3039.
- ⁴¹ Vgl. Stumpf (wie Anm. 5), S. 158f.
- ⁴² Vgl. Frank Schindera (Hrsg.): 75 Jahre Kinder- und Kinderchirurgische Klinik Karlsruhe 1920–1995. Vom

großherzoglichen Viktoria-Pensionat zur Franz-Lust-Kinderklinik, Karlsruhe 1995, S. 12, sowie Stumpf (wie Anm. 5), S. 158.

- ⁴³ Vgl. Schindera (wie Anm. 42), S. 91-94.
- ⁴⁴ Vgl. ebenda, S. 103-107.
- ⁴⁵ Vgl. ebenda, S. 107-111.
- ⁴⁶ Vgl. ebenda, S. 13-15.
- ⁴⁷ Vgl. ebenda, S. 15-17, und Stumpf (wie Anmerkung 5), S. 163f.

MANFRED KOCH

Zwischen Aufbruch und Zusammenbruch Das Städtische Krankenhaus 1931–1945

S. 164-208

- ¹ Ausführlich dazu Ernst Otto Bräunche: Residenzstadt, Landeshauptstadt, Gauhauptstadt. Zwischen Demokratie und Diktatur 1914–1945, in: Karlsruhe. Die Stadtgeschichte, Karlsruhe 1998, S. 402-413.
- ² Vgl. die Darstellung von Ludwig Stumpf: Die Geschichte der Städtischen Krankenanstalten Karlsruhe. Hrsg. aus Anlaß des 50jährigen Bestehens des Krankenhauses Moltkestraße 14, Karlsruhe 1957, S. 51-83, und die eher als Materialsammlung gedachte Publikation: Aus der Chronik der Ärzteschaft Karlsruhe 1715–1977. Nach alten Aufzeichnungen, aktuellen Berichten, Biographien und Presseveröffentlichungen, zusammengestellt und verfasst von Günter Diercksen, Karlsruhe 1978.
- ³ So der damalige Mitarbeiter der Krankenhausverwaltung Ludwig Stumpf: Städtische Krankenanstalten Karlsruhe. Biographiensammlung, Karlsruhe 1965, S. 20.
- ⁴ So Hans von Pezold, Leiter der Hautklinik, in einem Nachruf im „Karlsruher Tagblatt“ vom 31. Dezember 1930, zitiert nach Stumpf (wie Anm. 3), S. 19.
- ⁵ Stumpf (wie Anm. 3), S. 49.
- ⁶ Vgl. die Kurzbiographie in: Stumpf (wie Anmerkung 3), S. 23-26, und die Personalakte Stadtarchiv Karlsruhe (StadtAK) 1/POA1 4279.
- ⁷ Vgl. die Kurzbiographie in: Stumpf (wie Anmerkung 3), S. 47-50.
- ⁸ So sein letzter Oberarzt Dr. Theo Deglmann in seinem Nachruf 1956, zitiert nach ebenda, S. 26.
- ⁹ So die Erinnerung dess., in: Aus der Chronik der Ärzteschaft Karlsruhe (wie Anm. 2), S. 275.
- ¹⁰ Vgl. die Kurzbiographie in: Stumpf (wie Anm. 3), S. 139, und die Personalakte Theurer StadtAK 1/POA1 4151.
- ¹¹ StadtAK 1/H-Reg 2042.

- ¹² StadtAK, 1/Klinikum 2600, Bd.1, Hugo Starck: Denkschrift. Die Erneuerung des Städtischen Krankenhauses vom 17. November 1938.
- ¹³ Das hatte auch eine Überprüfung der Räume laut einem Bericht vom 29. November 1937 ergeben, StadtAK 1/H-Reg 2052.
- ¹⁴ Vgl. Starck (wie Anm. 12), S. 6.
- ¹⁵ Dazu und zum Folgenden StadtAK 1/H-Reg 2041 und 2042.
- ¹⁶ Stumpf (wie Anm. 2), S. 52, vgl. dort auch zum Folgenden und StadtAK 1/H-Reg 2041, 2042.
- ¹⁷ Dazu und zum Folgenden Stumpf (wie Anm. 2), S. 59f. und StadtAK 1/H-Reg 2020, 2021, 2044, 3069.
- ¹⁸ Nach Angelika Uhlmann: Die Freiburger Krankengymnastik-Schule: Von der Schulgründung 1935 bis zum Ende des Dritten Reiches, in: Bernd Grün/Hans Georg Hofer/Karl-Heinz Leven (Hrsg.): Medizin und Nationalsozialismus. Die Freiburger Medizinische Fakultät und das Klinikum in der Weimarer Republik und im „Dritten Reich“, Frankfurt a. M. 2002, S. 262-285, S. 263.
- ¹⁹ Vgl. Stumpf (wie Anm. 2), S. 60ff. und StadtAK 1/H-Reg 2043, vgl. dort auch zum Folgenden.
- ²⁰ Stumpf (wie Anm. 5), S. 63.
- ²¹ So v. Gierke, StadtAK 7/NI Gierke 626, Nachtrag (geschrieben 1943).
- ²² Zum Raumprogramm vgl. Stumpf (wie Anm. 2), S. 64f., und StadtAK 1/H-Reg 2172.
- ²³ Vgl. v. Gierke (wie Anm. 21).
- ²⁴ Ebenda.
- ²⁵ StadtAK 1/H-Reg 2043.
- ²⁶ Vgl. Starck (wie Anm. 12), S. 12.
- ²⁷ StadtAK 1/H-Reg 2018.
- ²⁸ Starck (wie Anm. 12), dort auch das folgende Zitat.
- ²⁹ Zum Folgenden StadtAK 1/H-Reg 2094.
- ³⁰ Zum Folgenden Starck (wie Anm. 12) und Stumpf (wie Anm. 2), S. 127f.
- ³¹ So auch das externe Prüfergebnis (wie Anm. 13).
- ³² Nach StadtAK 1/H-Reg 2090 plante man bereits 1927 den Bau eines Schwesternheims, allerdings weniger aufwendig, als Stumpf es schildert.
- ³³ Zum Folgenden Cécile Mack: Die badische Ärzteschaft im Nationalsozialismus, Frankfurt a. M. 2001, S. 20-36.
- ³⁴ Ebenda, S. 23-29.
- ³⁵ Ebenda, S. 105-109.
- ³⁶ Vgl. zum Folgenden ebenda.
- ³⁷ Zitiert nach ebenda, S. 144.
- ³⁸ Vgl. generell zur Zwangssterilisation in Baden Gunther Link: Eugenische Zwangssterilisation und Schwangerschaftsabbrüche im Nationalsozialismus. Dargestellt am Beispiel der Universitätsklinik Freiburg, Frankfurt a. M. 1999, Abdruck der Anordnungen S. 104.
- ³⁹ Der Bestand GLA 572 – Zugang 1988–10 enthält die Akten des Erbgesundheitsgerichts Karlsruhe, aus denen von Link (wie Anm. 38), S. 146 die genannten Zahlen errechnet wurden. Der Einzelfall ist zitiert nach Arbeitsgemeinschaft sozialdemokratischer Frauen Karlsruhe (Hrsg.): Erlebte Geschichte. Karlsruher Frauen berichten aus der Zeit des Nationalsozialismus, 1983, S. 17.
- ⁴⁰ Link (wie Anm. 38), S. 167-170.
- ⁴¹ Vgl. dazu Ernst Klee: Deutsche Medizin im Dritten Reich. Karrieren vor und nach 1945, Frankfurt a. M. 2001, S. 46-49.
- ⁴² Zitiert nach Mack (wie Anm. 33), S. 113.
- ⁴³ Zitiert nach ebenda, S. 185, vgl. auch Klee (wie Anmerkung 41), S. 46.
- ⁴⁴ Zitiert nach Birgit Breiding: Die Braunen Schwestern. Ideologie, Struktur, Funktion einer nationalsozialistischen Elite, Stuttgart 1998, S. 28. Vgl. zum Folgenden auch Nils Kessel und Katja Kriegel: „Nicht mitzuleiden, mitzukämpfen sind wir da“. Krankenpflege im Nationalsozialismus, in: Grün/Hofer/Leven (wie Anm. 18), S. 245-261.
- ⁴⁵ Zu Sanders vgl. StadtAK 1/Klinikum 4000, Liste vom 28. November 1946.
- ⁴⁶ Vgl. Josef Werner: Hakenkreuz und Judensterne. Das Schicksal der Karlsruher Juden im Dritten Reich, Karlsruhe 1988, S. 59ff. (=Veröffentlichungen des Karlsruher Stadtarchivs Band 9).
- ⁴⁷ Zum Schicksal Lusts vgl. ebenda, S. 154f. und 204.
- ⁴⁸ Prof. v. Gierke benutzt in seinem Rückblick auf die Geschichte der Karlsruher Prosektur die Schreibweise Grschebin, StadtAK 7/NI Gierke 626, S. 48.
- ⁴⁹ Vgl. Werner (wie Anm. 46), S. 222.
- ⁵⁰ Zu v. Gierke s. StadtAK 7/NI Gierke und Klaus-Peter Hoepke: Edgar Otto Konrad von Gierke, in: Heinz Schmitt/Ernst Otto Bräunche/Manfred Koch (Hrsg.): Juden in Karlsruhe. Beiträge zu ihrer Geschichte bis zur nationalsozialistischen Machtergreifung, Karlsruhe 1988, S. 441f. (=Veröffentlichungen des Karlsruher Stadtarchivs Band 8).
- ⁵¹ StadtAK 1/POA1 903 (Personalakte v. Gierke), vgl. dort auch zum Folgenden.
- ⁵² StadtAK 1/POA2 502.
- ⁵³ Durch Mehrfachnennungen liegt die Zahl über der der Ärzte.
- ⁵⁴ Wenn die Feststellung von Stumpf korrekt ist, dass im April 1945 nur noch ein Chefarzt verblieben sei, dann wären bis auf diesen alle leitenden Ärzte NS-Belastete gewesen, Stumpf (wie Anm. 3), S. 28.

- ⁵⁵ Stumpf (wie Anm. 3), S. 27.
- ⁵⁶ StadtAK 1/POA2 502 und 1/POA1 4151 (Personalakte Theurer). Ludwig Stumpf wurde nach seiner Eingruppierung als Mitläufer durch die Spruchkammer wieder beschäftigt und stieg 1956 zum Verwaltungsdirektor des Klinikums auf.
- ⁵⁷ Stadt Karlsruhe Registratur Personal- und Organisationsamt, Personalakte Böhmig.
- ⁵⁸ Dazu StadtAK 1/POA1 4279 (Personalakte Starck)
- ⁵⁹ Zu Pychlau vgl. Mack (wie Anm. 33).
- ⁶⁰ StadtAK 1/POA1 4279 (Personalakte Starck), Schreiben vom 18. Mai 1943.
- ⁶¹ Vgl. ebenda die Auszüge aus den Ratsprotokollen vom 1. September 1936, 10. Juni 1937 und 16. September 1937.
- ⁶² Ebenda, Schreiben vom 6. September 1937.
- ⁶³ Ebenda, Der ärztliche Dienst, von H. Starck, Karlsruhe, in: Jahrbuch für das gesamte Krankenhauswesen, Bd. II (1931–1935), Berlin 1936, S. 166–175.
- ⁶⁴ Ebenda, S. 167.
- ⁶⁵ StadtAK 1/H-Reg 2025, Auszug aus der Niederschrift des Ratsprotokolls vom 11. März 1937.
- ⁶⁶ StadtAK 1/H-Reg 2016, Antrag zum Haushalt 1938/39 vom 5. November 1937.
- ⁶⁷ So der jüdische Kinderarzt Dr. Julius Ullmann in einem Interview, in: Aus der Chronik der Ärzteschaft Karlsruhe (wie Anm. 2), S. 271.
- ⁶⁸ „Der Führer“ vom 14. Oktober 1937.
- ⁶⁹ StadtAK 1/H-Reg 2052, Ausschnitt aus „Der Führer“ vom 19. April 1938 und Verwaltungsbericht der Landeshauptstadt Karlsruhe 1935, Karlsruhe 1936, S. 94.
- ⁷⁰ Stumpf (wie Anm. 2), S. 217.
- ⁷¹ Vgl. die Kurzbiographie in Stumpf (wie Anm. 3), S. 81.
- ⁷² Vgl. die Kurzbiographie von Speierer ebenda, S. 93f.
- ⁷³ Vgl. die Kurzbiographie von Böhmig ebenda, S. 27–29, und Stadt Karlsruhe, Registratur Personal- und Organisationsamt, Personalakte Böhmig.
- ⁷⁴ Vgl. die Kurzbiographie von Diebold ebenda, S. 51f.
- ⁷⁵ Vgl. die Kurzbiographie von Beck ebenda, S. 103.
- ⁷⁶ Vgl. die Kurzbiographie von Unshelm ebenda, S. 105.
- ⁷⁷ Zum Folgenden vgl. StadtAK 1/Klinikum 2623, Band 1, 1/H-Reg 3039, Stumpf (wie Anm. 2), S. 164–173, und Frank Schindera (Hrsg.): 75 Jahre Kinder- und Kinderchirurgische Klinik Karlsruhe 1920–1995. Vom großherzoglichen Viktoria-Pensionat zur Franz-Lust-Kinderklinik, Karlsruhe 1995, S. 19ff.
- ⁷⁸ So Stumpf (wie Anm. 2), S. 165.
- ⁷⁹ Vgl. Lisa Sterr: Aufbrüche, Einschnitte und Kontinuitäten – Karlsruher Frauen in der Weimarer Republik und im „Dritten Reich“, in: Susanne Asche/Barbara Guttman/Olivia Hochstrasser/Sigrid Schambach/Lisa Sterr: Karlsruher Frauen 1715–1945. Eine Stadtgeschichte, Karlsruhe 1992, S. 293–390, S. 328–332 (=Veröffentlichungen des Karlsruher Stadtarchivs Band 15).
- ⁸⁰ Vgl. Bräunche (wie Anm. 1) S. 497f.
- ⁸¹ StadtAK 1/H-Reg 3039, darin Zeitungsausschnitt „Der Führer“ vom 31. März 1939.
- ⁸² Ebenda.
- ⁸³ StadtAK 1/H-Reg 3042. Die Orgel war nach Hagsfeld verkauft worden.
- ⁸⁴ Starck (wie Anm. 12), Seite 11, und StadtAK 1/POA2 1810.
- ⁸⁵ Starck (wie Anm. 12), S. 10f.
- ⁸⁶ Verwaltungsbericht der Landeshauptstadt Karlsruhe für das Jahr 1938, S. 64.
- ⁸⁷ Die Tabelle basiert auf den Zahlen von Stumpf (wie Anm. 2), S. 200. Eingeschlossen sind hier aber nicht, wie Stumpf angibt, die Zahlen des Kinderkrankenhauses vor oder nach 1939.
- ⁸⁸ Verwaltungsbericht (wie Anm. 86).
- ⁸⁹ StadtAK 1/H-Reg 3039.
- ⁹⁰ StadtAK 1/H-Reg 3039, 3042 und Stumpf (wie Anm. 2), S. 174.
- ⁹¹ Aus den Verwaltungsberichten der Landeshauptstadt Karlsruhe für die Jahre 1928/29–1938/39, Karlsruhe 1929–1939.
- ⁹² Vgl. dazu und zum Folgenden StadtAK 1/H-Reg 3048 und 3049.
- ⁹³ StadtAK 1/H-Reg 3048.
- ⁹⁴ StadtAK 1/H-Reg 3039.
- ⁹⁵ StadtAK 1/H-Reg 2090.
- ⁹⁶ Die Tabellen basieren auf den Zahlen der Verwaltungsberichte der Landeshauptstadt Karlsruhe 1928–1938 (wie Anm. 91).
- ⁹⁷ StadtAK 1/H-Reg 2055, Protokollauszug der Stadtratsitzung vom 17. März 1932. Dort auch zum Folgenden.
- ⁹⁸ Zu Ludwigshafen vgl. Wolfgang von Hippel: Zum Wohle der Kranken: vom Hospital zum Klinikum der Stadt Ludwigshafen am Rhein; 100 Jahre Städtisches Krankenhaus, 1892–1992, Ubstadt-Weiher 1992, S. 300ff.
- ⁹⁹ Vgl. zu Letzterem StadtAK 1/H-Reg 2016 und Verwaltungsberichte (wie Anm. 91).
- ¹⁰⁰ StadtAK 1/H-Reg 2016.
- ¹⁰¹ StadtAK 1/H-Reg 3000, Sonderdruck aus: NOSKOMEI-ON, IX/4 – 1938, Hugo Starck: Die Methode und die Praxis der Zusammenarbeit von Verwaltung und Arzt in dem Krankenhaus, S. 313–320.
- ¹⁰² Starck (wie Anm. 63), S. 171.

- ¹⁰³ StadtAK 1/H-Reg 3049, Schreiben Prof. Starck an den Oberbürgermeister vom 23. März 1938.
- ¹⁰⁴ Auch zum Folgenden Stumpf (wie Anm. 2), S. 66f.
- ¹⁰⁵ Bräunche (wie Anm. 1), S. 489f., und ders. 1940: „... sind hier die Führerbilder unbeschädigt“: Zum Karlsruher Herrschaftsaltag im „Dritten Reich“, in: Heinz Schmitt/Ernst Otto Bräunche (Hrsg.): Alltag in Karlsruhe, Karlsruhe 1990, S. 229-268, S. 256f. (= Veröffentlichungen des Karlsruher Stadtarchivs Band 10)
- ¹⁰⁶ Stumpf (wie Anm. 2), S. 174 und StadtAK 1/H-Reg 3039.
- ¹⁰⁷ StadtAK 1/H-Reg 2016, 3000.
- ¹⁰⁸ StadtAK 1/H-Reg 2094.
- ¹⁰⁹ StadtAK 1/H-Reg 3032 auch zum Folgenden.
- ¹¹⁰ StadtAK 1/POA2 1584.
- ¹¹¹ StadtAK 1/H-Reg 3069, Schreiben vom 12. Dezember 1941.
- ¹¹² StadtAK 1/H-Reg 3069.
- ¹¹³ StadtAK 7/NI Gierke 626.
- ¹¹⁴ StadtAK 1/POA2 1584.
- ¹¹⁵ StadtAK 1/H-Reg 2056, Schreiben vom 11. Mai 1942. Prof. Drevermann war 1940 wegen der Einziehung aller Karlsruher Chirurgen als Kassenarzt zugelassen worden, StadtAK 1/H-Reg 2055, Schreiben vom 1. Juli 1940.
- ¹¹⁶ StadtAK 1/POA2 1810.
- ¹¹⁷ Zum Folgenden Stumpf (wie Anm. 3).
- ¹¹⁸ Stumpf (wie Anm. 3), S. 51.
- ¹¹⁹ StadtAK 1/H-Reg 2056, Schreiben vom 17. April 1942.
- ¹²⁰ StadtAK 1/H-Reg 3039 und 1/Klinikum 2632.
- ¹²¹ Schindera (wie Anm. 77), S. 25.
- ¹²² StadtAK 1/Klinikum 4322.
- ¹²³ Zahlen sind den Akten nicht zu entnehmen.
- ¹²⁴ StadtAK 1/Klinikum 4322 und 1/H-Reg 3049.
- ¹²⁵ Zum Folgenden StadtAK 1/POA2 1940 und 1/H-Reg 3032.
- ¹²⁶ StadtAK 1/Klinikum 2632.
- ¹²⁷ Z. B. StadtAK 1/POA2 1940.
- ¹²⁸ StadtAK 1/Klinikum Leitzordner ohne Signatur, Aufschrift Personal und 1/H-Reg 3032.
- ¹²⁹ Vgl. die Liste in StadtAK 1/Klinikum 2632.
- ¹³⁰ v. Hippel (wie Anm. 98), S. 365ff.
- ¹³¹ StadtAK 1/H-Reg 2056.
- ¹³² v. Hippel (wie Anm. 98), S. 370.
- ¹³³ StadtAK 1/H-Reg 2996.
- ¹³⁴ Ebenda.
- ¹³⁵ StadtAK 1/H-Reg 2017.
- ¹³⁶ Bräunche: 1940: „... sind hier die Führerbilder unbeschädigt“ (wie Anm. 105), S. 256f.
- ¹³⁷ v. Hippel (wie Anm. 98), S. 374 und 376.
- ¹³⁸ StadtAK 1/H-Reg A 3000.
- ¹³⁹ Stumpf (wie Anm. 2), S. 67f., vgl. auch Erich Lacker: Zielort Karlsruhe. Die Luftangriffe im Zweiten Weltkrieg, Karlsruhe 2005, S. 53-89 (= Veröffentlichungen des Karlsruher Stadtarchivs Band 18).
- ¹⁴⁰ Stumpf (wie Anm. 2), S. 69 und Lacker (wie Anm. 138), S. 115-129 und 132-141.
- ¹⁴¹ StadtAK 1/H-Reg 2027.
- ¹⁴² Vgl. Stumpf (wie Anm. 2), S. 176f., und Lacker (wie Anm. 139), S. 113f.
- ¹⁴³ Vgl. v. Hippel (wie Anm. 98), S. 381.
- ¹⁴⁴ Stumpf (wie Anm. 2), S. 174, spricht irrtümlich von Luftangriffen. Solche hat es aber in dem Zeitraum nicht gegeben, vgl. Lacker (wie Anm. 139), S. 156.
- ¹⁴⁵ Soweit nicht anders vermerkt, stützt sich die Darstellung der Hilfskrankenhäuser auf Stumpf (wie Anmerkung 2), S. 70-83.
- ¹⁴⁶ StadtAK 1/H-Reg 3040, Schreiben vom 14. Dezember 1944.
- ¹⁴⁷ Dazu auch StadtAK 1/H-Reg 2027.
- ¹⁴⁸ Hierzu mit Recht kritisch gegenüber Stumpf (wie Anm. 2), S. 80-83, Jürgen Schuhladen-Krämer: Zwangsarbeit in Karlsruhe 1939-1945. Ein unbekanntes Kapitel Stadtgeschichte, Karlsruhe 1997, S. 53-55 (= Forschungen und Quellen zur Stadtgeschichte. Schriftenreihe des Stadtarchivs Karlsruhe Band 3).
- ¹⁴⁹ StadtAK 1/POA2 2016.

KATJA FÖRSTER

Die Baugeschichte des Städtischen Krankenhauses 1907-1945

S. 209-240

- ¹ Im Jahr 1788 betrug die Gesamtbevölkerung 7.214 Einwohner. Vgl. Manfred Koch: Karlsruher Chronik. Stadtgeschichte in Daten, Bildern, Analysen, Karlsruhe 1992, S. 311 (= Veröffentlichungen des Karlsruher Stadtarchivs Band 14).
- ² Im Bahnhofsviertel, später Südstadt genannt, waren bereits 1858 die ersten Arbeiterwohnungen entstanden. 1860 kam es zur Gründung der Firma Haid & Neu etc.
- ³ Nicht nur der desolate Zustand des Hauses, sondern auch seine ungünstige Lage inmitten der dicht besiedelten Altstadt, in der vor allem die sozial minderbemittelte

- Bevölkerung hauste, hätten einen solchen dringend notwendig gemacht.
- ⁴ Wilhelm Strieder: *Das Allgemeine Krankenhaus der Haupt- und Residenzstadt Karlsruhe*, Karlsruhe 1909, S. 3.
- ⁵ Axel Hinrich Murken spricht in seiner 1979 erschienenen Publikation, die sehr ausführlich den deutschen Krankenhausbau im 19. Jahrhundert behandelt, von einer Vergrößerung von anfangs 350 Betten auf 996 Betten im Jahr 1896. Vgl. Axel Hinrich Murken: *Die bauliche Entwicklung des deutschen Allgemeinen Krankenhauses im 19. Jahrhundert*, Göttingen 1979. In der dritten veränderten Auflage (1995) des 1988 erschienenen Bandes „Vom Armenhospital zum Großklinikum“, in dem das Thema viel knapper dargelegt ist, heißt es dagegen, dass sich die Anlage von 1870 bis 1890 „von anfangs 350 auf 1357 Betten verdreifachte“. Es muss wohl „auf 1057 Betten“ heißen. Vgl. Axel Hinrich Murken: *Vom Armenhospital zum Großklinikum. Die Geschichte des Krankenhauses vom 18. Jahrhundert bis zur Gegenwart*, Köln ³1995, S. 150.
- ⁶ Die Stadtgemeinde erwarb in Hinblick auf diese Erweiterung der Anstalt „mehrere Häuser in der Schwanenstraße“. Vgl. Strieder (wie Anm. 4), S. 3.
- ⁷ 1885 lebten 56.972 Personen in Karlsruhe; vgl. *Karlsruher Chronik* (wie Anm. 1), S. 312.
- ⁸ Strieder (wie Anm. 4), S. 4.
- ⁹ Der Bauplatz im nordöstlichen Teil des Friedrichshains, einer der schönsten Parkanlagen des damaligen Berlin, hatte zu Beginn der Planung nur 47.400 qm umfasst und wurde noch vor Baubeginn auf 95.500 qm erweitert; vgl. Murken 1979 (wie Anm. 5), S. 231.
- ¹⁰ Vgl. Murken 1979 (wie Anm. 5), S. 239 und 241.
- ¹¹ Vgl. Ebenda, S. 269f.
- ¹² Strieder (wie Anm. 4), S. 6.
- ¹³ Die Entwässerung des Geländes wäre „nur mittels eines Pumpwerkes“ möglich gewesen; vgl. Strieder (wie Anm. 4), S. 6.
- ¹⁴ Strieder (wie Anm. 4), S. 7.
- ¹⁵ Ebenda, S. 97.
- ¹⁶ Vgl. Murken 1995 (wie Anm. 5), S. 147.
- ¹⁷ Der Wiener Mediziner Theodor Billroth verurteilte bereits 1890 ein weiteres Festhalten an der großflächig dezentralisierten Bauweise.
- ¹⁸ Hans Pfeifer: *Die Gebäude der neuen herzoglichen Krankenanstalt von Braunschweig*, in: *Braunschweig im Jahre 1897. Festschrift den Teilnehmern an der 69. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte*, Braunschweig 1897, S. 238-275, hier S. 239.
- ¹⁹ Ebenda.
- ²⁰ Strieder (wie Anm. 4), S. 10.
- ²¹ So das Städtische Krankenhaus in Düsseldorf (1904–07), das Städtische Krankenhaus in München-Schwabing (1901–11) und die Neubauten der Berliner Charité (1897–1916).
- ²² Der „Pavillon“ im engeren Sinne wird in der Architekturtheorie folgendermaßen definiert: „ein- bis dreigeschossiges massives Gebäude, welches einen oder zwei Krankensäle auf jeder Etage besitzt, die von beiden Längsseiten Tageslicht erhalten, und ein Sockelgeschoss aufweist. Die Krankenbetten stehen mit dem Kopfteil in der Regel an der Außenwand.“ Vgl. Murken 1979 (wie Anm. 5), S. 229.
- ²³ Vgl. Ludwig Stumpf: *Die Geschichte der Städtischen Krankenanstalten Karlsruhe*. Hrsg. aus Anlaß des 50-jährigen Bestehens des Krankenhauses Moltkestraße 14, Karlsruhe 1957, S. 50f.
- ²⁴ Vgl. ebenda, S. 51-54.
- ²⁵ Vgl. ebenda, S. 54-60.
- ²⁶ Vgl. ebenda, S. 60-62.
- ²⁷ Vgl. ebenda, S. 62-65.
- ²⁸ Operiert wurde in einem kleinen Raum unter dem septischen Operationszimmer, sterilisiert in einem daneben gelegenen Raum, in dem bereits zu Beginn des Krieges ein alter Autoklav für den Notfall aufgestellt worden war; vgl. Stumpf (wie Anm. 23), S. 66-70.

VOLKER STECK

Vom Städtischen Krankenhaus zu den Städtischen Krankenanstalten – Der Neubeginn nach dem Zweiten Weltkrieg

S. 241-260

- ¹ Vgl. Stadtarchiv Karlsruhe (StadtAK) 1/Klinikum 3701, Bericht der Wirtschafts- und Versorgungsverwaltung vom 22. November 1945
- ² Vgl. ebenda, Bericht des Pathologisch-Bakteriologischen Instituts des Städtischen Krankenhauses vom 11. Dezember 1945.
- ³ Vgl. ebenda, Bericht der Strahlenabteilung des Städtischen Krankenhauses vom 18. Dezember 1945.
- ⁴ Der in diesem Abschnitt behandelte Zeitraum wurde bereits von Ludwig Stumpf: *Die Geschichte der Städtischen Krankenanstalten Karlsruhe*. Herausgegeben aus Anlaß des 50-jährigen Bestehens des Krankenhauses Moltkestraße 14, Karlsruhe 1957, ausführlichst abgehandelt. Im Rahmen der vorliegenden Publikation können hingegen nur die wichtigsten Aspekte angeschnitten werden.

- Als detailreiche Materialsammlung, allerdings in der Regel ohne Quellenangaben, ist die Arbeit von Stumpf als Basis für die weitere Beschäftigung mit dem Thema unverzichtbar.
- ⁵ StadtAK 8/StS 17, 107, Das Städt. Krankenhaus im April 1945 (Bericht von Dr. Otto Ebbecke, Mai 1982, S. 4f.)
- ⁶ Vgl. Stumpf 1957 (wie Anm. 4), S. 73f.
- ⁷ Vgl. StadtAK 1/AGA 11124.
- ⁸ Vgl. StadtAK 1/Klinikum 097 (alt), (Rückverlagerung des Städt. Krankenhauses), passim.
- ⁹ Vgl. Stumpf 1957 (wie Anm. 4), S. 132.
- ¹⁰ Vgl. StadtAK 1/Klinikum 0300, Protokolle über die Sitzungen des Krankenhausausschusses in den Jahren 1946–1950. Sitzung vom 18. November 1948, S. 6f.
- ¹¹ Vgl. Stumpf 1957 (wie Anm. 4), S. 132f.
- ¹² Vgl. StadtAK 1/Klinikum 2700, Schreiben der Krankenhausdirektion vom 21. Nov. und 13. Dez. 1946.
- ¹³ Vgl. StadtAK 1/Klinikum 2116, 7. Juni 1946.
- ¹⁴ Vgl. StadtAK 1/Klinikum 3701, passim.
- ¹⁵ Vgl. hierzu Stumpf 1957 (wie Anm. 4), S. 103-109.
- ¹⁶ Vgl. Ludwig Stumpf: Städtische Krankenanstalten Karlsruhe. Biographiensammlung, Karlsruhe 1965, S. 141f.
- ¹⁷ Vgl. StadtAK 1/H-Reg 2880 (Krankenhausausschuss 1946–1954)
- ¹⁸ Vgl. hierzu und zum Folgenden StadtAK 1/Klinikum 2632 passim.
- ¹⁹ Aus seiner Rede anlässlich der 50-Jahrfeier der Kinderklinik 1970, zit. nach 75 Jahre Kinder- und Kinderchirurgische Klinik Karlsruhe 1920–1995. Vom großherzoglichen Viktoria-Pensionat zur Franz-Lust-Kinderklinik. Herausgegeben von Prof. Dr. Frank Schindera, Karlsruhe 1995, S.31.
- ²⁰ Vgl. StadtAK ZGS 42b, Bericht über die schulärztliche Tätigkeit vom 16. Dezember 1947.
- ²¹ Vgl. Badische Neueste Nachrichten (BNN) vom 31. August 1950.
- ²² Vgl. StadtAK 1/Klinikum 2116, Pressemeldung vom 14. April 1947.
- ²³ Vgl. StadtAK 1/Klinikum 060a (alt), Krankenhauserweiterungsbau Band I, Bettenbilanz Stand 1.1.1955.
- ²⁴ StadtAK 1/Klinikum 2611, Bericht der Klinikdirektion „Die Kaserne als Krankenhaus“ vom 15. Mai 1950.
- ²⁵ Vgl. ebenda, 27. August 1953, Brief von Bürgermeister Dr. Gurk an die Krankenhausdirektion.
- ²⁶ Vgl. ebenda, 18. Januar 1955, Bettenbilanz der Karlsruher Krankenhäuser 1955–1965.
- ²⁷ Vgl. StadtAK 1/Klinikum 0300, Protokolle über die Sitzungen des Krankenhausausschusses in den Jahren 1946–1950. Sitzung vom 3. Oktober 1946, S. 5.
- ²⁸ Vgl. Stumpf 1957 (wie Anm. 4), S. 256f.
- ²⁹ Vgl. StadtAK 1/Klinikum 4000, Schreiben der Verwaltungsdirektion vom 24. April 1946.
- ³⁰ Vgl. ebenda, Schreiben der Verwaltungsdirektion vom 26. März 1947
- ³¹ Vgl. StadtAK 1/Klinikum 4301, Brief der Verwaltung des Städtischen Krankenhauses vom 6. Dezember 1945.
- ³² Vgl. StadtAK 1/Klinikum 4301, Liste vom 24. August 1945 und Liste vom 20. Mai 1948.
- ³³ Vgl. ebenda, Brief der Verwaltungsdirektion vom 27. Oktober 1947.
- ³⁴ Vgl. 1/POA 2 1710, Brief von Böhmig an die Militärregierung, Abt. Public Health, 30. Oktober 1945.
- ³⁵ Vgl. Personal- und Organisationsamt, Personalakte Böhmig.
- ³⁶ Vgl. StadtAK 1/POA 2 1710, Brief von Böhmig an den Oberbürgermeister, 21. November 1945.
- ³⁷ Vgl. StadtAK 1/POA1 4279, Vertrag mit Prof. Starck vom 1. Juli 1946.
- ³⁸ Zu den Biographien der Chefarzte vgl. Stumpf 1965 (wie Anm. 16), passim, sowie die Personalakten im Stadtarchiv und im Personal- und Organisationsamt der Stadt Karlsruhe.
- ³⁹ Vgl. StadtAK 1/Klinikum 0300, Protokolle über die Sitzungen des Krankenhausausschusses in den Jahren 1946–1950. Sitzung vom 7. Oktober 1947.
- ⁴⁰ Vgl. Stumpf 1957 (wie Anm. 4), S. 119.
- ⁴¹ Vgl. StadtAK 1/Klinikum 4200, 3. August 1945 (Zahlen ohne Kinderklinik).
- ⁴² Vgl. StadtAK 1/POA2 2268, 20. Oktober 1947.
- ⁴³ Vgl. ebenda, Mitteilung des Oberbürgermeisters vom 9. Februar 1948.
- ⁴⁴ Vgl. ebenda, 15. Februar 1949.
- ⁴⁵ Vgl. ebenda, 7. August 1951.
- ⁴⁶ Vgl. StadtAK 1/POA2 1710.
- ⁴⁷ Vgl. StadtAK 1/Klinikum 3701, Bericht des Städtischen Krankenhauses, Abt. Sybelheim, vom 4. Januar 1946.
- ⁴⁸ Vgl. StadtAK 1/Klinikum 6000, Brief des Landesernährungsamts vom 3. Mai 1946.
- ⁴⁹ Vgl. ebenda, Brief der Verwaltungsdirektion vom 11. Juli 1949.
- ⁵⁰ Vgl. ebenda, Schriftwechsel vom 21. Juli 1949ff.
- ⁵¹ Vgl. zu den Problemen der Versorgung mit Wäsche und Bettwäsche S. 244.
- ⁵² Vgl. StadtAK 1/Klinikum 2116, Pressemeldungen vom 25. Juli 1953 und vom 6. September 1956.
- ⁵³ Vgl. StadtAK 1/Klinikum 0300, Protokolle über die Sitzungen des Krankenhausausschusses in den Jahren 1946–1950. Sitzung vom 3. Oktober 1946, S. 2.

- ⁵⁴ Vgl. ebenda, S. 3.
- ⁵⁵ Vgl. StadtAK 1/Klinikum 3701, 15. Dezember 1945.
- ⁵⁶ Vgl. ebenda, 11. Dezember 1945.
- ⁵⁷ Vgl. hierzu und zum Folgenden StadtAK 1/Klinikum 2630.
- ⁵⁸ StadtAK 1/H-Reg 2961, Vermerk des Polizeipräsidenten vom 28. Februar 1947.
- ⁵⁹ Vgl. ebenda, Brief von Dr. Geiger an das Amtsgericht vom 11. November 1946.
- ⁶⁰ Vgl. StadtAK 1/Klinikum 2630 (Hautklinik) passim.
- ⁶¹ Vgl. StadtAK 1/Klinikum 3701, 8. Januar 1946.
- ⁶² Vgl. StadtAK 1/Klinikum 0300, Protokolle über die Sitzungen des Krankenhausausschusses in den Jahren 1946–1950. Sitzung vom 3. Oktober 1946, S. 2.
- ⁶³ Vgl. Stumpf 1957 (wie Anm. 4), S. 248.
- ⁶⁴ Vgl. ebenda, S. 200.

JÜRGEN SCHUHLADEN-KRÄMER

Von den Städtischen Krankenanstalten zum Städtischen Klinikum gGmbH

S. 261-384

- ¹ Vgl. Stadtarchiv Karlsruhe (StadtAK) 1/POA2 1743, Oberbürgermeister Töpfer an Personalamt, 28. Sep. 1949.
- ² Vgl. Verwaltungs- und Rechenschaftsbericht der Landeshauptstadt Karlsruhe 1938.
- ³ Vgl. Verwaltungsbericht Städtische Krankenanstalten für das Jahr 1967.
- ⁴ Vgl. StadtAK 1/Klinikum 2600 (Errichtung von Kliniken, allgemein), Denkschrift über die erforderlichen Verbesserungen in den Städt. Krankenanstalten in Karlsruhe nach dem Stand vom 1. April 1962.
- ⁵ Vgl. ebenda, Erhebungsbeschluss Stumpf, 4. Juni 1955.
- ⁶ Vgl. Michael Simon: Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland. Historische Entwicklung und Probleme der politischen Steuerung stationärer Krankenversorgung, Opladen, Wiesbaden 2000, S. 42ff. (Studien zur Sozialwissenschaft Band 209).
- ⁷ Vgl. StadtAK 1/Klinikum 2600 (Errichtung von Kliniken, allgemein), Protokoll über Besprechung der Stadtspitze über Sanierungsmaßnahmen am 26. März 1962.
- ⁸ StadtAK 1/H-Reg 2880, Denkschrift Dr. Kappes, undatiert [Mai 1955].
- ⁹ Vgl. StadtAK 1/Klinikum 2600 (Errichtung von Kliniken, allgemein), Oberarzt Dr. Reich an Verwaltungsdirektion, 17. Februar 1955.
- ¹⁰ Vgl. StadtAK 1/Klinikum 6004 (Lebensmittel, Speiseabfälle), Anfrage Metzgermeister, 9. August 1933; Aufgabe der Mast, indirekt aus Schreiben Polizeipräsident, 2. Juni 1964.
- ¹¹ Vgl. Denkschrift (wie Anm. 4); Verwaltungsbericht Städtische Krankenanstalten 1961 für Wirtschaftsjahr 1.1.1962–31.12.1962; StadtAK 1/H-Reg 2880, Krankenhausausschuss, Protokoll, 11. Dezember 1949.
- ¹² Vgl. zum Folgenden Krankenhausausschuss, Protokoll, 14. Oktober 1955, 10. Mai 1957 und 5. November 1958 (StadtAK 1/Klinikum 0300, gebunden). Denkschrift (wie Anm. 4); StadtAK 1/H-Reg 5133, Krankenhausausschuss, Protokoll, 2. Februar 1962.
- ¹³ Zur Vita von Prof. Spohn vgl. Chirurgie am Städtischen Klinikum Karlsruhe. 1960–1984. Herrn Prof. Dr. K. Spohn zum 65. Geburtstag gewidmet von seinen Mitarbeitern. Hrsg. von Hans-Friedrich Kienzle, Hans Kroczeck, Ulrich Lange, Karlsruhe 1984.
- ¹⁴ Vgl. Badische Neueste Nachrichten (BNN) vom 15. Februar 1967. Siehe auch: Festschrift zur Einweihung am 15. Februar 1967. Die neue Urologische und Chirurgische Klinik der Städtischen Krankenanstalten Karlsruhe. Hrsg. von der Stadt Karlsruhe, Karlsruhe 1967.
- ¹⁵ Vgl. StadtAK 1/Klinikum 2632 (Chirurgische Klinik), Aufstellung über Beschaffungsmaßnahmen, Spohn an Verwaltungsdirektor, 16. August 1965.
- ¹⁶ Vgl. zum Folgenden StadtAK 1/H-Reg 5133, Krankenhausausschuss, Protokolle 29. Juli 1960, 2. Februar 1962 und 27. September 1962.
- ¹⁷ § 15 des Vertrages zwischen der Stadt Karlsruhe und der Stadt Durlach zur Eingemeindung zum 1. April 1938 lautet: „Der von der Stadt Karlsruhe geplante Krankenhausneubau soll im Stadtteil Durlach errichtet werden. Bis zum Bezug dieses Krankenhauses soll das im Städt. Altersheim eingerichtete Krankenhaus aufrecht erhalten bleiben.“ Vgl. zur Eingemeindung Susanne Asche/Olivia Hochstrasser: Durlach. Staufergründung, Fürstenresidenz, Bürgerstadt, Karlsruhe 1996, S. 409ff. (Veröffentlichungen des Karlsruher Stadtarchivs Band 17).
- ¹⁸ Vgl. StadtAK 1/Klinikum 2600 (Errichtung von Kliniken, allgemein), Protokoll über Besprechung der Stadtspitze über Sanierungsmaßnahmen am 26. März 1962; Franz Gurk: Moderne Krankenhausplanungen als kommunalpolitische Aufgaben, in: Karlsruher Wirtschaftsspiegel, 1964, S. 32-35.
- ¹⁹ Vgl. Laufende Hauptregistratur, Krankenhausausschuss (023.112), Protokoll, 13. Juli 1965; vgl. StadtAK 1/Klinikum 2600 (Errichtung von Kliniken, allgemein), Denkschrift über das Bau- und Investitionsprogramm der Städt. Krankenanstalten nach dem Stand vom 1.6.1965.
- ²⁰ Vgl. StadtAK 8/ZGS 42.
- ²¹ Vgl. Denkschrift (wie Anm. 4). Vgl. dort auch zum Folgenden.
- ²² Ebenda.

- ²³ Vgl. ebenda, Denkschrift über das Bau- und Investitionsprogramm der Städt. Krankenanstalten nach dem Stand vom 1.6.1965.
- ²⁴ Vgl. ebenda, Dezernat IV, Aufstellung über die Neubau- und Sanierungsmaßnahmen in dem Krankenhausanwesen Moltkestraße 14, 26. Februar 1962.
- ²⁵ Vgl. Denkschrift (wie Anm. 4).
- ²⁶ Manuskript zur Inbetriebnahme neue Fernsprechzentrale am 22. Juli 1965 in StadtAK 8/ZGS BO 10a.
- ²⁷ Vgl. StadtAK 1/Klinikum 2600 (Errichtung von Kliniken, allgemein), Dezernat IV, Aufstellung über die Neubau- und Sanierungsmaßnahmen in dem Krankenhausanwesen Moltkestraße 14, 26. Februar 1962; Protokoll über Besprechung der Stadtspitze über Sanierungsmaßnahmen am 26. März 1962.
- ²⁸ Vgl. Verwaltungsbericht Städtische Krankenanstalten für das Jahr 1968.
- ²⁹ Vgl. StadtAK 1/POA2 1879, Offenlage Gemeinderat 5. Dezember 1967; Direktion an Dezernat II, 4. Oktober 1968.
- ³⁰ Vgl. BNN vom 11. Dezember 1970.
- ³¹ Vgl. BNN vom 26. Oktober 1966.
- ³² Vgl. Verwaltungsbericht Städtische Krankenanstalten für das Jahr 1970.
- ³³ Vgl. Laufende Hauptregistratur, Krankenhausausschuss (023.112), Krankenhausausschuss, Protokolle 13. Juli 1965 und 4. Oktober 1966; vgl. BNN vom 1. Juli 1971.
- ³⁴ Vgl. die Druckschrift einschließlich Festansprachen: Einweihung des Neubaus der II. Medizinischen Klinik mit Apotheke, Medizinisch-diagnostischem Institut, Staatl. anerkannter Lehranstalt für med.-techn. Laboratoriums- und Radiologie-Assistentinnen. Städt. Krankenanstalten Karlsruhe, den 12.12.1975. Hrsg. von der Stadt Karlsruhe, Karlsruhe 1975. [StadtAK 8/Ds F VII Nr. 16]
- ³⁵ Vgl. Laufende Hauptregistratur, Krankenhausausschuss (023.112), Krankenhausausschuss, Protokoll, 21. Mai 1969.
- ³⁶ Vgl. Laufende Hauptregistratur, Krankenhausausschuss (023.112), Protokolle, 6. März 1979 und 18. Dezember 1979; Städtisches Klinikum Karlsruhe, Jahresbericht 1979 [Hrsg. 1981] und Städtisches Klinikum Karlsruhe. Jahresbericht 1980 [Hrsg. 1982]. Vgl. zur Konzeption „Kopf-klinik“ auch BNN vom 21. Dezember 1974.
- ³⁷ Vgl. Verwaltungsbericht Städtische Krankenanstalten 1959 für Wirtschaftsjahr 1.4.1959–31.3.1960 und Verwaltungsbericht Städtische Krankenanstalten 1962 für Wirtschaftsjahr 1.1.1962–31.12.1962. Dezernat IV, Bericht über die Städtischen Krankenanstalten Karlsruhe, 1967.
- ³⁸ Vgl. BNN vom 1. Juli 1971 und 18. April 1963.
- ³⁹ Vgl. Laufende Hauptregistratur, Krankenhausausschuss (023.112), Stellungnahme Dezernat IV zum Krankenhausbedarfsplan Baden-Württemberg Stufe I vom 21. Juni 1977 (Staatsanzeiger 5. Oktober 1977), Vorlage für Sitzung 26. Mai 1981.
- ⁴⁰ Vgl. Laufende Hauptregistratur, Krankenhausausschuss (023.112), Vorlage für Sitzung 18. Oktober 1977.
- ⁴¹ Vgl. ebenda, Protokoll 18. Dezember 1979.
- ⁴² Vgl. Städtisches Klinikum Karlsruhe. Jahresbericht 1984; Druckschrift: Städt. Klinikum Karlsruhe: Inbetriebnahme des Operationstraktes mit Intensivpflegestation für die Chirurgie, Neurochirurgie und Gynäkologie (StadtAK 8/Ds FVII 11).
- ⁴³ Vgl. Städtisches Klinikum Karlsruhe. Jahresbericht von 1988.
- ⁴⁴ Vgl. Manfred Plagens: Innovationsprozesse in der Medizintechnik in Deutschland, Diss. Würzburg 2001, S. 17.
- ⁴⁵ Vgl. Laufende Hauptregistratur, Krankenhausausschuss (023.112), Dullenkopf an Schäfer, 19. Dezember 1984.
- ⁴⁶ Vgl. ebenda, Protokoll, 16. Oktober 1986.
- ⁴⁷ Vgl. dazu und zum Folgenden die Geschäftsberichte des Städt. Klinikums, 1994–2000.
- ⁴⁸ Vgl. Laufende Hauptregistratur, Städt. Klinikum Aufsichtsrat (510.010), Vorlage KAPEG für Sitzung 30. April 1997 (Broschüre).
- ⁴⁹ Vgl. StadtAK 1/H-Reg 5133, Krankenhausausschuss, Protokoll, 13. Februar 1959.
- ⁵⁰ Vgl. Laufende Hauptregistratur, Krankenhausausschuss (023.112), Protokoll, 2. Januar 1983.
- ⁵¹ Vgl. ebenda, Vorlage Organisationsstruktur Chirurgische Klinik für Sitzung 6. Oktober 1982.
- ⁵² Vgl. Laufende Hauptregistratur, Städt. Klinikum Aufsichtsrat (510.010), Protokoll, 27. März 1996. zu den Widrigkeiten in der Bauphase vgl. BNN vom 24. November 1993, 10. Dezember 1993, 4. Februar 1994; vgl. auch Amtsblatt der Stadt Karlsruhe vom 11. Februar 1994
- ⁵³ Vgl. dazu Verwaltungsbericht Städtische Krankenanstalten 1961 für Wirtschaftsjahr 1.4.1960–31.3.1961, hier Zahlenvergleich 1959–1961; Verwaltungsbericht Städtische Krankenanstalten für das Jahr 1971; Städtisches Klinikum Karlsruhe. Jahresbericht 1989; Städtisches Klinikum Karlsruhe. Geschäftsbericht 1994 (Hrsg. von der Geschäftsleitung des Städt. Klinikums Karlsruhe gGmbH).
- ⁵⁴ Vgl. Krankenhaus-Information 4/1982, S. 31.
- ⁵⁵ Vgl. Daten des Gesundheitswesens, Ausgabe 2001. Hrsg. das Bundesministerium für Gesundheit, Baden-Baden 2001, S. 25; Häufigkeit der Krankenhausbehandlung S. 54.
- ⁵⁶ Vgl. StadtAK 1/H-Reg 2880, Krankenhausausschuss, Protokoll, 30. März 1953.
- ⁵⁷ Vgl. Laufende Hauptregistratur, (023.112), Krankenhausausschuss, Protokolle, 11. Mai 1965 und 19. Juli 1966.

- ⁵⁸ Vgl. Laufende Hauptregistratur, Städt. Klinikum Aufsichtsrat (510.010), Protokolle, 20. September 1995 und 15. Januar 1997.
- ⁵⁹ Vgl. Ludwig Stumpf: Die Geschichte der Städtischen Krankenanstalten Karlsruhe. Herausgegeben aus Anlaß des 50jährigen Bestehens des Krankenhauses Moltkestraße 14, Karlsruhe 1957, S. 122ff.
- ⁶⁰ Vgl. StadtAK 1/H-Reg 2880, Krankenhausausschuss, Protokoll, 16. März 1951 und 19. Juli 1951.
- ⁶¹ Vgl. ebenda, Bericht Prof. Riechert 12. September 1952, 26. Juni 1953 und 30. Juli 1953.
- ⁶² Vgl. Laufende Hauptregistratur, Krankenhausausschuss (023.112), Protokoll, 5. Mai 1981.
- ⁶³ Vgl. StadtAK 1/Klinikum 2600 (Errichtung von Kliniken, allgemein), Äztl. Direktor Weißbecker an Dezernat IV, 14. Februar 1961; Dezernat IV, Aufstellung über die Neubau- und Sanierungsmaßnahmen in dem Krankenhausanwesen Moltkestraße 14, 26. Februar 1962. Verwaltungsbericht Städtische Krankenanstalten 1963 für Wirtschaftsjahr 1.1.1963–31.12.1963.
- ⁶⁴ Vgl. Laufende Hauptregistratur, Städt. Klinikum Aufsichtsrat (510.010), Protokoll, 21. Dezember 1994.
- ⁶⁵ Vgl. ebenda, 24. Januar 1996 und 18. September 1996.
- ⁶⁶ Vgl. StadtAK 1/H-Reg 2880, Krankenhausausschuss, Protokoll 30. Juni 1954. Oktober 1950 Einrichtung der Blutbank für die Chirurgische Klinik, StadtAK 1/Klinikum 2751 (Hygiene, Blutbank), Schreiben Prof. Laqua und Dr. Merkel an Ärztlichen Direktor Prof. Schoen, 6. Juni 1951.
- ⁶⁷ Vgl. Laufende Hauptregistratur (023.112), Manuskript des Berichts Dr. Merkel für Sitzung 18. Mai 1976; Vgl. StadtAK 1/Klinikum 2632 (Chirurgische Klinik), Stellungnahme Direktion für Verselbständigung, 29. Juni 1964.
- ⁶⁸ Vgl. Laufende Hauptregistratur, Krankenhausausschuss (023.112), Protokoll, 3. März 1967.
- ⁶⁹ Vgl. Laufende Hauptregistratur, Krankenhausausschuss (023.112) und der Aufsichtsrat (510.010), Protokolle 13. November 1984 und 25. Juli 2001.
- ⁷⁰ Vgl. Laufende Hauptregistratur, Krankenhausausschuss (023.112), Protokoll, 13. November 1985; Städtisches Klinikum Karlsruhe. Jahresbericht 1987; Städtisches Klinikum Karlsruhe. Geschäftsbericht 1997.
- ⁷¹ Vgl. StadtAK 1/H-Reg 5133, Krankenhausausschuss, Protokolle und Vorlagen, 13. Februar 1959, 10. April 1959 (mit Vita Dr. Peter), 9. Oktober 1959, 22. Dezember 1960 und 29. Juli 1960.
- ⁷² Vgl. StadtAK 1/Klinikum 2633 (Chirurgische Klinik), Abschrift der Vereinbarung zur Aufteilung der Klinikressourcen zwischen Spohn und Peter, 11. März 1960; Petition der Ober- und Assistenzärzte der Chirurgischen Kliniken zur Wiedervereinigung beider Kliniken vom 15. September 1964; Bericht Spohn, 13. Oktober 1964.
- ⁷³ Vgl. Laufende Hauptregistratur, Krankenhausausschuss (023.112), Protokoll, 3. November 1964.
- ⁷⁴ Vgl. StadtAK 1/H-Reg 5133, Krankenhausausschuss, Protokoll, 6. Oktober 1961.
- ⁷⁵ Vgl. Städtisches Klinikum Karlsruhe. Jahresbericht 1984.
- ⁷⁶ Vgl. StadtAK 1/POA2 1745, Bericht, 7. Januar 1955; Laufende Hauptregistratur, Krankenhausausschuss (023.112), Protokoll, 13. Juli 1965.
- ⁷⁷ Vgl. StadtAK 1/Klinikum 2600 (Errichtung von Kliniken, allgemein), Äztl. Direktor Weißbecker an Dezernat IV, 14. Februar 1961; Laufende Hauptregistratur, Krankenhausausschuss (023.112), Protokoll, 15. November 1967.
- ⁷⁸ Verwaltungsbericht Städtische Krankenanstalten für das Jahr 1968; Verwaltungsbericht Städtische Krankenanstalten für das Jahr 1970; Die Umwidmung der Landesfrauenklinik in eine Psychiatrische Klinik des Städtischen Klinikums Karlsruhe. Ein Beitrag zur bedarfsgerechten klinischen Versorgung in Karlsruhe. Hrsg. Stadt Karlsruhe, Dezernat V, Februar 1981. (Broschüre)
- ⁷⁹ Vgl. die Umwidmung (wie Anm. 78).
- ⁸⁰ Zur öffentlichen Berichterstattung vgl. BNN vom 22. September 1982 und 15. Juli 1983.
- ⁸¹ Vgl. Frank Schindera (Hrsg.): 75 Jahre Kinder- und Kinderchirurgische Klinik Karlsruhe (1920–1995). Vom großherzoglichen Viktoria-Pensionat zur Franz-Lust-Kinderklinik, Karlsruhe 1995, S. 35–39 und S. 111ff.
- ⁸² Vgl. StadtAK 1/POA2 1879, Offenlage Gemeinderat, Chefarzt Maier an Dezernat IV, 2. März 1968.
- ⁸³ Vgl. Verwaltungsbericht Städtische Krankenanstalten für das Jahr 1977.
- ⁸⁴ Vgl. BNN vom 27. Oktober 1978.
- ⁸⁵ Laufende Hauptregistratur, Krankenhausausschuss (023.112), Protokolle, 25. Februar 1975 und 20. November 1975. Städtisches Klinikum Karlsruhe. Jahresbericht 1979. (1981 hrsg.).
- ⁸⁶ Laufende Hauptregistratur, Krankenhausausschuss (023.112), Protokoll, 9. Oktober 1985 und 4. Dezember 1985.
- ⁸⁷ Vgl. Stumpf 1957 (wie Anm. 59), S. 54–60.
- ⁸⁸ Vgl. StadtAK 1/POA2 1743, Antrag Schoen, 10. Mai 1949.
- ⁸⁹ StadtAK 1/H-Reg 5133, Krankenhausausschuss, Protokolle, 26. Juni 1958.
- ⁹⁰ Vgl. Denkschrift (wie Anm. 4).
- ⁹¹ Vgl. Laufende Hauptregistratur, Krankenhausausschuss (023.112), Protokoll, 6. Mai 1971.

- ⁹² Vgl. Verwaltungsbericht Städtische Krankenanstalten für das Jahr 1977.
- ⁹³ Vgl. Städtisches Klinikum Karlsruhe. Geschäftsbericht 1994 (Hrsg. von der Geschäftsleitung des Städt. Klinikums Karlsruhe gGmbH).
- ⁹⁴ Vgl. StadtAK 1/Klinikum 2632 (Chirurgische Klinik), Spohn an Staatl. Gesundheitsamt, 6. August 1968.
- ⁹⁵ Vgl. Städtisches Klinikum Karlsruhe. Jahresbericht 1980. (hrsg. 1982).
- ⁹⁶ Vgl. Laufende Hauptregistratur, Krankenhausausschuss (023.112), Protokoll, 6. März 1979.
- ⁹⁷ Vgl. Stumpf 1957 (wie Anm. 59), S. 111ff.
- ⁹⁸ Vgl. Laufende Hauptregistratur, Krankenhausausschuss (023.112), Vorlage zu Sitzung 30. Januar 1985.
- ⁹⁹ Vgl. Städtisches Klinikum Karlsruhe. Jahresbericht 1985; Städtisches Klinikum Karlsruhe. Jahresbericht 1988.
- ¹⁰⁰ Vgl. Empfehlungen für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Schwestern. Beschluss des Vorstandes der DKG, in: Das Krankenhaus. Zentralblatt für das deutsche Krankenhauswesen. Hrsg. Deutsche Krankenhausgesellschaft, 1951, S. 134f., und Empfehlungen für den Schwesterndienst im Krankenhaus, ebenda S. 136-138.
- ¹⁰¹ Problematik und Ansätze zur Lösung der Belastung im Pflegebereich und Ungleichheit gegenüber anderen Branchen fasst der Oberarzt der Chirurgie und spätere Chefarzt in den Städt. Krankenanstalten PD Dr. Kurt Spohn zusammen: Schwesternprobleme, in: Das Krankenhaus, 1957, S. 229-234.
- ¹⁰² Vgl. Susanne Kreuzer: Vom „Liebesdienst“ zum modernen Frauenberuf. Die Reform der Krankenpflege nach 1945. Frankfurt a. M., New York 2005, S. 8ff.
- ¹⁰³ Vgl. z. B. Gestellungsvertrag in der Fassung vom 15. Dezember 1956 in StadtAK 1/POA2 1878.
- ¹⁰⁴ Vgl. Stumpf 1957 (wie Anm. 59), S. 164.
- ¹⁰⁵ Vgl. Laufende Registratur POA 052.06./540.9, Nachruf der Badischen Schwesternschaft zu ihrem Tod am 26. August 1984.
- ¹⁰⁶ Vgl. StadtAK 1/H-Reg 3000, Bettenaufstellung und Personal für städtische Heime, hier Krankenanstalten, vom 25. März 1948. Zur gewerkschaftlichen „Freien Schwesternschaft“ vgl. Kreuzer (wie Anm. 102), S. 88f. und S. 275.
- ¹⁰⁷ Vgl. StadtAK 1/POA2 1876, Wegel an OB 18. Mai 1946; Beschluss 13. Juni 1946; Aktenvermerk 18. Juni 1947; Wegel an Personalamt 12. Juli 1947.
- ¹⁰⁸ Vgl. StadtAK 1/POA2 1876, Aktennotiz 5./9. August 1947.
- ¹⁰⁹ Vgl. StadtAK 1/H-Reg 2880, Krankenhausausschuss, Protokoll 16. März 1951 und 9. Mai 1951.
- ¹¹⁰ Vgl. StadtAK 1/POA2 1876, Wegel an Personalamt, 24. Oktober 1950.
- ¹¹¹ Vgl. StadtAK 1/POA2 1743, Prüfungsbericht, 5. Februar 1950.
- ¹¹² Vgl. StadtAK 1/H-Reg 5133, Protokoll 13. Februar 1959.
- ¹¹³ Vgl. Laufende Registratur POA 052.06./540.9, Schwesterngestellungsvertrag vom 8. Juni 1964, Kopie.
- ¹¹⁴ Vgl. Verwaltungsbericht Städtische Krankenanstalten 1963 für Wirtschaftsjahr 1.1.1963–31.12.1963.
- ¹¹⁵ Vgl. StadtAK 1/POA2 1878, Verwaltungsdirektion auf Nachfrage Stadtrat Volm, 18. Januar 1954.
- ¹¹⁶ Stumpf 1957 (wie Anm. 59), S. 187.
- ¹¹⁷ Vgl. StadtAK 1/POA2 1878, Aktenvermerk zur Anpassung 1953, 6. November 1953; Bewertung der Unterrichtsräume in der Kinderklinik, 26. November 1953. Detail der Ansprache von OB Klotz anlässlich Einweihung des E-Baus, BNN vom 15.2.1967; bundesweite Umfrage des Leitenden Arztes des Hamburger Säuglingsheimes zu Arbeitsbedingungen der Kinderkrankenschwestern vom 15.7.1952, unverzeichnetes Konvolut Krankenpflegeschule; StadtAK 1/POA2 1876, Beschwerde der ÖTV an Personalamt, 22.9.1953.
- ¹¹⁸ BNN vom 13.5.1955.
- ¹¹⁹ Vgl. StadtAK 1/Klinikum 2600 (Errichtung von Kliniken, allgemein), auf Anfrage Stadtrat Nürnberg an Wegel, 13. Dezember 1955.
- ¹²⁰ Vgl. StadtAK 1/H-Reg 5133, Krankenhausausschuss, Protokoll 10. April 1959 und 9. Oktober 1958; Laufende Hauptregistratur, Krankenhausausschuss (023.112), Protokolle 13. Juli 1965, 21. Mai 1969; Verwaltungsbericht Städtische Krankenanstalten 1959 für Wirtschaftsjahr 1.4.1959–31.3.1960.
- ¹²¹ Vgl. Verwaltungsbericht Städtische Krankenanstalten 1963 für Wirtschaftsjahr 1.1.1963–31.12.1963.
- ¹²² Vgl. Laufende Hauptregistratur, Krankenhausausschuss (023.112), Protokoll 26. Oktober 1965.
- ¹²³ Vgl. BNN vom 18. März 1973 und 27. November 1974.
- ¹²⁴ Vgl. BNN vom 12. Februar 1981; Laufende Registratur Aufsichtsrat Städt. Klinikum gGmbH (510.010), Protokoll 17. Juli 1996 und Protokoll 25. September 2002.
- ¹²⁵ StadtAK 1/H-Reg 5133, Krankenhausausschuss, Protokoll 19.12.1962.
- ¹²⁶ Vgl. StadtAK 1/POA2 1876, StadtAK 1/H-Reg 5133 Krankenhausausschuss, Protokoll 7. Oktober 1960.
- ¹²⁷ Vgl. StadtAK 1/POA2 1878, Direktion an Dezernat II und Personalamt, 20. Februar 1956; Direktion an Dezernat II und Personalamt, 31. Juli 1956.
- ¹²⁸ Vgl. Verwaltungsbericht Städtische Krankenanstalten 1961 für Wirtschaftsjahr 1.4.1960–31.3.1961.
- ¹²⁹ Vgl. Verwaltungsbericht Städtische Krankenanstalten 1962 für Wirtschaftsjahr 1.1.1962–31.12.1962.

- ¹³⁰ Vgl. StadtAK 1/H-Reg 5405, Schreiben Spohn und Stumpf an Krankenhausdezernent, 29.7.1964.
- ¹³¹ Vgl. zum Thema insgesamt Klaus J. Bade: Einheimische Ausländer: „Gastarbeiter“ – Dauergäste – Einwanderer, in: Klaus J. Bade (Hrsg.): Deutsche im Ausland. Fremde in Deutschland. Migration in Geschichte und Gegenwart, München 1992, S. 393-401.
- ¹³² Vgl. Kreuzer (wie Anm. 102), S. 30ff., vgl. zur Frage von Anwerbungen: StadtAK 1/Klinikum 4301 (Schwestern), 1967ff.
- ¹³³ Vgl. Verwaltungsbericht Städtische Krankenanstalten für das Jahr 1967; Verwaltungsbericht Städtische Krankenanstalten für das Jahr 1968; StadtAK 1/POA2 1878, Aktenvermerk 15. August 1966. Eigene Akte „Inderinnen“, StadtAK 1/Klinikum 4331.
- ¹³⁴ Vgl. Laufende Registratur POA 052.06./540.7, Bitte Personalamt an Arbeitsamt Karlsruhe, sich für die Belange der Inderinnen einzusetzen, 15. März 1977. Resultat liegt nicht vor.
- ¹³⁵ Vgl. StadtAK 1/POA2 1878, Direktion an Dezernat II und Personalamt, 26. Juni 1956. Ebenda gesonderte Listen der nicht vollbeschäftigten Schwestern ab 12/1956.
- ¹³⁶ Vgl. Stumpf 1957 (wie Anm. 59), S. 131.
- ¹³⁷ StadtAK 1/Klinikum 4301 (Schwestern allgemein), Stumpf an Dezernat II, 20. Mai 1965.
- ¹³⁸ Vgl. Verwaltungsbericht Städtische Krankenanstalten 1961 für Wirtschaftsjahr 1.4.1960–31.3.1961; StadtAK 1/POA2 1877, Verwaltungsdirektion an Dezernat II und IV, 17. Januar 1966; Personalamt 2. Februar 1961; Personalrat an Dezernat II, 3. März 1961.
- ¹³⁹ Vgl. Verwaltungsbericht Städtische Krankenanstalten für das Jahr 1974.
- ¹⁴⁰ Vgl. ebenda.
- ¹⁴¹ Vgl. Städt. Klinikum Karlsruhe. Jahresbericht 1993.
- ¹⁴² Interview mit Stationspfleger Günther Häfele, 18. Juli 2006.
- ¹⁴³ Vgl. StadtAK 1/Klinikum 4301 (Krankenpfleger), Verwaltungsdirektor Bertsch an Ärtzl. Direktor Prof. Pfister, 24. November 1971.
- ¹⁴⁴ Vgl. Denkschrift (wie Anm. 4).
- ¹⁴⁵ Vgl. StadtAK 1/Klinikum 4301 (Krankenpfleger), Verwaltungsdirektor Bertsch an Prof. Zeh, 6. Mai 1971.
- ¹⁴⁶ Vgl. StadtAK 1/POA2 1878, Prof. Laqua an Verwaltungsdirektion, 3. Oktober 1955; Beschluss 5. Januar 1956.
- ¹⁴⁷ Vgl. ebenda, Betriebsrat an Verwaltungsdirektion und Personalamt, 7. September 1956 mit beigegeführtem Protokoll der Pflegerversammlung 6. Mai 1956; Stellungnahme Stumpf, 10. September 1956.
- ¹⁴⁸ StadtAK 1/Klinikum 4301 (Krankenpfleger), Prof. Spohn und Oberpfleger Galow an Verwaltungsdirektor Bertsch, 24. September 1974.
- ¹⁴⁹ Vgl. Stadt Karlsruhe, Frauenbeauftragte: Bericht der Frauenbeauftragten an den Aufsichtsrat der Städt. Klinikum gGmbH, April 1997. (Broschüre)
- ¹⁵⁰ Vgl. StadtAK 1/POA2 1878, Aktenvermerke 12. Juni 1957 und 14. August 1957.
- ¹⁵¹ Vgl. StadtAK 1/Klinikum 4301 (Schwestern), Verwaltungsdirektor Bertsch an Bürgermeisteramt, 7. Mai 1968.
- ¹⁵² Vgl. Verwaltungsbericht Städtische Krankenanstalten für das Jahr 1967; Verwaltungsbericht Städtische Krankenanstalten für das Jahr 1972; Laufende Hauptregistratur, Krankenhausausschuss (023.112), Protokoll 17. September 1971 und 1. Februar 1972.
- ¹⁵³ Vgl. Laufende Registratur POA 052.06./540.9.
- ¹⁵⁴ Vgl. StadtAK 1/Klinikum 2632 (Chirurgische Klinik), Stumpf an Spohn, 3. November 1964.
- ¹⁵⁵ Vgl. StadtAK 1/H-Reg 3000, Direktion an Dezernat IV, 4. August 1958, Bezug auf „Das Krankenhaus“, 1958, S. 206.
- ¹⁵⁶ Vgl. zum „Pflegetotstand“ BNN vom 21. Dezember 1990 und zum Streik BNN vom 12. Mai 1989.
- ¹⁵⁷ Zusammenstellung Gustav Schaber, Fachkrankpfleger Intensiv- und Anästhesiemedizin und Fachwirt für Alten- und Krankenpflege, 18. Juli 2006.
- ¹⁵⁸ Vgl. StadtAK 1/POA2 1877, Verwaltungsdirektion an Krankenhausdezernent, 3. März 1961.
- ¹⁵⁹ Vgl. StadtAK 1/H-Reg 10356, Mitteilung vom 12. März 1991.
- ¹⁶⁰ Vgl. Claudia Bischoff: Frauen in der Krankenpflege. Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert, Frankfurt a. M., New York ²1992, S. 208ff.
- ¹⁶¹ Vgl. StadtAK 1/POA2 1878, Direktion an Dezernat II und Personalamt, 31. Juli 1956.
- ¹⁶² Vgl. Maßnahmen zur Entlastung der Krankenschwestern und Krankenpfleger, in: Das Krankenhaus, 1957, S. 269-277.
- ¹⁶³ Vgl. Laufende Hauptregistratur, Krankenhausausschuss (023.112), Protokoll, 9. Oktober 1985.
- ¹⁶⁴ Vgl. Laufende Registratur POA (052.06/540.7), Stellungnahme Gesundheitsdezernat für Gemeinderatssitzung zu „Situation der Pflegekräfte im Städt. Klinikum“, 14. September 1988, und Bürgermeisteramt zu Anfrage im Gemeinderat, 9. Mai 1989.
- ¹⁶⁵ Genehmigung durch Gemeinderat, 18. Februar 1987. Vgl. Laufende Registratur POA (052.06/540.7, 29. Januar 1987 und 24. Februar 1987; vgl. BNN vom 15. März 1988.
- ¹⁶⁶ Vgl. Anhaltszahlen für die Besetzung der Krankenhäuser mit Pflegekräften, in: Das Krankenhaus, 1969, S. 420f., hier noch mit Bezug auf Betten.
- ¹⁶⁷ 21. Dezember 1992, vgl. BGBl I, S. 2318.

- ¹⁶⁸ Vgl. Simon (wie Anm. 6), S. 242f.
- ¹⁶⁹ Vgl. Ulrike Thielhorn: Zum Verhältnis von Pflege und Medizin. Bestandsaufnahmen und Handlungsalternativen, Stuttgart 1999, S. 89f.
- ¹⁷⁰ Vgl. Martin Albert: Krankenpflege auf dem Weg zur Professionalisierung. Eine qualitative Untersuchung mit Studierenden der berufsintegrierten Studiengänge „Pflegedienstleitung/Pflegemanagement“ und „Pflegepädagogik“ an der Katholischen Fachhochschule Freiburg, Diss. Freiburg 1998, S. 10f.
- ¹⁷¹ Das Konzept des „Liebedienstes“ wurde bis in die Gegenwart theoretisch tradiert, vgl. Liliane Juchli: Sein und Handeln. Ein ABC für Schwestern und Pfleger, Basel 1983, insbesondere S. 90ff. und S. 130ff.
- ¹⁷² Zur Vita der leitenden Ärzte 1789 bis 1964 siehe Ludwig Stumpf: Städtische Krankenanstalten Karlsruhe. Biographiensammlung. Karlsruhe 1965. Ebenso Ludwig Stumpf: Bildsammlung der einstigen und jetzigen Oberbürgermeister, der Dezernenten, Chefärzte und Verwaltungsleiter der Städt. Krankenanstalten Karlsruhe. Karlsruhe 1964. [StadtAK 8/Ds F VII Nr. 5 und Nr. 6]
- ¹⁷³ StadtAK 1/H-Reg 10279, Stellungnahme Justitiar des Dt. Chefarztverbandes Dr. jur. Schmelcher an Ärztl. Direktor Prof. Schoen, 30. November 1948.
- ¹⁷⁴ Vgl. StadtAK 1/H-Reg 10279, Marburger Bund an OB, 6. Dezember 1948.
- ¹⁷⁵ §§ 6–8 der Verwaltungsordnung für die Städt. Krankenanstalten der Stadt Karlsruhe, vom Gemeinderat am 8. November 1949 beschlossen, löste das Ortsstatut von 1908 ab, abgedruckt in: Stumpf 1957 (wie Anm. 59), S. 220f.
- ¹⁷⁶ Vgl. StadtAK 1/H-Reg 2880, Krankenhausausschuss, Protokoll, 2. März 1950.
- ¹⁷⁷ Vgl. ebenda, Protokoll, 26. November 1947.
- ¹⁷⁸ Vgl. ebenda, sämtliche Protokolle 1948, Regelung 28. Januar 1949.
- ¹⁷⁹ Vgl. StadtAK 1/Klinikum 4240, Aufstellung für Baden-Württembergische Krankenhausgesellschaft vom 8. Februar 1968.
- ¹⁸⁰ Abgedruckt in: Der Krankenhausarzt, 5, 1957.
- ¹⁸¹ Vgl. StadtAK 1/Klinikum 4220, Memorandum vom 11. Februar 1965.
- ¹⁸² Vgl. ebenda, Aufstellung vom 25. März 1968.
- ¹⁸³ Vgl. „Das Arzthonorar dem Arzt, die Unkosten dem Krankenhaus“!, in: Das Krankenhaus, 1965, S. 219-222.
- ¹⁸⁴ Vgl. Laufende Hauptregistrator (023.112), Krankenhausausschuss, Niederschrift 49. Sitzung Gemeinderat, 9. Juli 1968, nichtöffentliche Sitzung.
- ¹⁸⁵ Vgl. StadtAK 1/Klinikum 4220, Gemeinsame Besprechung zwischen OB Klotz, Bürgermeister Hofheinz, Verwaltungsdirektor Bertsch, einer Gemeinderatsdelegation und einer Gruppe von Chefärzten, 11. Juni 1968.
- ¹⁸⁶ Vgl. Gemeinderatsbeschluss vom 4. November 1969; StadtAK 1/H-Reg 10326, Schreiben aller Chefärzte zu unterzeichneten neuen Dienstverträgen, Dezember 1969 bis Februar 1970.
- ¹⁸⁷ Vgl. StadtAK 1/H-Reg 10279, Sachverhalt durch Bürgermeister Hofheinz an Rechtsreferat, 19. Februar 1969.
- ¹⁸⁸ Vgl. Hans-Ulrich Deppe: Zur sozialen Anatomie des Gesundheitswesens. Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland, Frankfurt a. M. 2005, S. 40.
- ¹⁸⁹ Vgl. StadtAK 1/H-Reg 5133, Krankenhausausschuss, Protokoll, 24. März 1962.
- ¹⁹⁰ Ablauf der Chefarztvisite 1982 nach Erinnerung des Autors als Krankenpflegeschüler.
- ¹⁹¹ Vgl. Chefärzte, Spagat zwischen Medizin und Management, in: Deutsches Ärzteblatt, Jg. 103, Heft 31/32, August 2006, S. A2124f.
- ¹⁹² Vgl. Kr.T. § 3 Abs. 1, abgedruckt in Tarifbestimmungen 1951, S. 231f.
- ¹⁹³ Vgl. StadtAK 1/Klinikum 4200, Stellungnahme Stumpf an Dezernat IV, 22. Januar 1959.
- ¹⁹⁴ Vgl. StadtAK 1/H-Reg 3000, Auszug des Protokolls der 3. Stadtratssitzung, 29. Juni 1951. Zu der dem Krankenhausausschuss bereits 1950 bewussten Problematik auch StadtAK 1/H-Reg 2880, Krankenhausausschuss, Protokoll 8.8.1950 und (abweichend zum Protokoll vom 29.6.1951 in 1/H-Reg 3000) Protokoll 19. Juli 1951.
- ¹⁹⁵ Vgl. StadtAK 1/H-Reg 2880, Krankenhausausschuss, Protokoll 28. Januar 1949.
- ¹⁹⁶ Vgl. StadtAK 1/H-Reg 5133, Krankenhausausschuss, Protokoll, 10. Januar 1958.
- ¹⁹⁷ Vgl. ebenda, Protokoll, 2. Februar 1962, 5. April 1963 und 17. Mai 1963; vgl. auch StadtAK 1/Klinikum 4200, Dezernat V an Verwaltungsdirektion, 28. Februar 1964; Direktion an Dezernat IV, 19. Dezember 1966; Direktion an Dezernat IV, 10. März 1966.
- ¹⁹⁸ Beide Flugschriften in StadtAK 1/Klinikum 4200; dazu auch Verwaltungsbericht Städtische Krankenanstalten 1961, für Wirtschaftsjahr 1.4.1960–31.3.1961.
- ¹⁹⁹ Abgedruckt in: Das Krankenhaus, 1961, S. 147.
- ²⁰⁰ Vgl. StadtAK 1/Klinikum 4200, Kammeranwalt an Weißbecker, 14. März 1961.
- ²⁰¹ Vgl. StadtAK 1/H-Reg 2880, Krankenhausausschuss, Protokoll, 28. Juli 1949.
- ²⁰² Vgl. StadtAK 1/Klinikum 4200, Assistenzärzte über Prof. Laqua an Klinikverwaltung, 1. Oktober 1957.
- ²⁰³ Vgl. ebenda, Ergebnisprotokoll Besprechung Stumpf mit MB-Vertretern Dr. Spürkel, Dr. Schöffler, Dr. Schmerbeck, 10. September 1957; Personalamt an Verwaltungsdirektion auf Gemeinderatsbeschluss vom gleichen Tag, 11. März 1958; vgl. auch Anhaltszahlen für die Besetzung der Krankenhäuser mit Ärzten, Empfehlung der Deut-

- schen Krankenhausgesellschaft vom 19. September 1969, in: *Das Krankenhaus*, 1969, S. 419f.
- ²⁰⁴ StadtAK 1/H-Reg 10327, Beschluss Hofheinz, 19. Mai 1972.
- ²⁰⁵ Vgl. StadtAK 1/H-Reg 10327, Aktenvermerk 5. Juli 1973, Zustimmung ärztl. Vertreter vom 4. Juli 1973.
- ²⁰⁶ Vgl. StadtAK 1/H-Reg 2880, Krankenhausausschuss, Protokoll, 30. März 1953; StadtAK 1/H-Reg 5133, Protokoll, 15. Januar 1960.
- ²⁰⁷ Vgl. StadtAK 1/H-Reg 5133, Krankenhausausschuss, Protokoll, 19. Dezember 1962.
- ²⁰⁸ Vgl. StadtAK 1/Klinikum 4200, Dienstanweisung Stumpf und Laqua, 23. Juni 1958. Die vom Bonner Ministerialrat Dr. Georg Schwalm in *Der Krankenhausarzt*, Heft 4, April 1960 abgedruckten Thesen zur ärztlichen Aufklärungspflicht waren den Chefärzten und ihren Assistenzärzten von der Direktion verbindlich vorgeschrieben; Vgl. StadtAK 1/Klinikum 2000 (Organisation), Aktennotiz 12. April 1972.
- ²⁰⁹ Vgl. StadtAK 1/Klinikum 4200, Schreiben der Ärzte Dr. Pippert, Dr. Gross, Dr. Jordan, 17. Januar 1959; Stellungnahme Stumpf an Dezernat IV, 22. Januar 1959, Stumpf zur Bereitschaft Laquas an Dezernat IV, 3. März 1959.
- ²¹⁰ Vgl. StadtAK 1/H-Reg 10342, Spohn an Hofheinz, 29. April 1974.
- ²¹¹ Vgl. ebenda, Gesamtassistentenschaft an Hofheinz, 6. Februar 1974; Beschlussvorlage für Krankenhausausschuss, 28. Mai 1974.
- ²¹² Vgl. StadtAK 1/H-Reg 10342, Gusek an Hofheinz, 20. Mai 1974.
- ²¹³ Vgl. den Überblick über die Entwicklung der gesetzlichen Vorschriften seit 1869/1872 bei Heinz Haage: *Das neue Medizinstudium. Medizinisches Ausbildungsrecht, mit Bundesärzteordnung und Approbationsordnung*, Aachen 2003, S. 1-7.
- ²¹⁴ Zitiert nach Eduard Seidler: *Geschichte der Medizin und Krankenpflege*, Stuttgart 1993, S. 209.
- ²¹⁵ Vgl. Badisches Gesetz- und Verordnungsblatt vom 13. Oktober 1919, S. 495.
- ²¹⁶ Vgl. Erste Verordnung über die berufsmäßige Ausübung der Krankenpflege und die Errichtung von Krankenpflegeschulen (Krankenpflegeverordnung), 28. September 1938. In: *Reichsgesetzblatt Teil I*, S. 1310ff.
- ²¹⁷ Vgl. zur gedachten Logopädienschule: Bemühungen der CDU-Fraktion, nach Laufende Hauptregistratur 023.112, Krankenhausausschuss, Protokoll 21. November 1978; auf Antrag Klinikum, Antwort Sozialministerium Baden-Württemberg an OB, 7.6.1985; Laufende Hauptregistratur 510.010, Klinikum gGmbH Aufsichtsrat, Protokoll 8.12.1999. BNN 13.6.1984 [dort muss es 1978 statt 1973 heißen].
- ²¹⁸ Vgl. StadtAK 1/H-Reg 5404, Schoen an OB vom 21. Oktober 1946; Wegel an OB vom 2. Dezember 1946.
- ²¹⁹ Vgl. „Gesetz über die Ausübung des Berufes der medizinisch-technischen Assistentinnen“, 21.12.1958, *Bundesgesetzblatt* S. 981, Nr. 47.
- ²²⁰ Vgl. StadtAK 1/H-Reg 5404, Schulordnung, Entwurf 27. November 1947.
- ²²¹ Vgl. ebenda, Offenlage Stadtrat, 21. März 1950.
- ²²² Herbert Schoen (Hrsg.): *Medizinische Röntgentechnik. Lehrbuch für medizinisch-technische Assistentinnen, Ärzte und Studierende*, Stuttgart 11951. [3. unveränderte Auflage 1961]
- ²²³ Vgl. StadtAK 1/H-Reg 5404, diverse Berichte Riecherts an den Krankenhausdezernenten 1955–1965.
- ²²⁴ Vgl. ebenda, Prof. Böhmig an Prof. Riechert, 26. Juni 1957; Regierungspräsidium an Stadtverw., 12. Juli 1957.
- ²²⁵ Vgl. StadtAK 1/H-Reg 10350, Aktennotiz 13. April 1973, Marginalie: „es wurde kein Mann zurückgewiesen.“
- ²²⁶ Vgl. ebenda, revidierte Schulordnung von 1967; Beschluss 14. Januar 1970; Prof. Haubrich an Dezernat IV, 2. Juli 1970.
- ²²⁷ Vgl. Laufende Hauptregistratur, 023.112, Krankenhausausschuss, Protokoll 5. Mai 1981.
- ²²⁸ Vgl. die Gesetze über technische Assistenten in der Medizin vom 8. September 1971 (BGBl, 1971, S. 1515) und 1. Juli 1972 (BGBl, 1972, S. 1155).
- ²²⁹ Vgl. StadtAK 1/H-Reg 10350, Umbildung der staatlich anerkannten Lehranstalt für MTA, 5. September 1972.
- ²³⁰ Vgl. MTA-Gesetz vom 2. August 1993, BGBl I, 1993, S. 1402.
- ²³¹ Nach Verwaltungsbericht Städtische Krankenanstalten 1961 für Wirtschaftsjahr 1.4.1960–31.3.1961.
- ²³² StadtAK 1/H-Reg 2880, Krankenhausausschuss, Protokoll 28. Juli 1949. Niederschrift 26. Sitzung des Stadtrates, 2. August 1949.
- ²³³ StadtAK 1/H-Reg 2880, Krankenhausausschuss, Protokolle 24. Oktober 1949 und 23. März 1950. Vgl. dagegen die verkürzte Darstellung bei Stumpf 1957 (wie Anm. 59), S. 93.
- ²³⁴ Vgl. Stumpf 1957 (wie Anm. 59), S. 172f. und 179.
- ²³⁵ StadtAK 1/POA2 1878, Stellungnahme Verwaltungsdirektor Stumpf auf Beschwerde gegen Ober- und Lehrpfleger Kurz, 10. September 1956.
- ²³⁶ Vgl. StadtAK 1/POA2 1878, Beschlussvorlage 3. Mai 1955, Taschengeld 1.–4. Halbjahr 20-50 DM.
- ²³⁷ Vgl. ebenda, (Hausinterne) Richtlinien für die Ausbildung der Krankenpfleger, hektographiert ohne Datum [1955].
- ²³⁸ Vgl. Prof. Hugo Starck, *Denkschrift „Die Erneuerung des Städtischen Krankenhauses“*, 17. November 1938, in

- StadtAK 1/Klinikum 2600 (Errichtung von Kliniken, allgemein).
- ²³⁹ Vgl. StadtAK 1/Klinikum 8510, Aktennotiz 16. Januar 1961; StadtAK 1/H-Reg 5411, Aktenvorgänge Juni bis Dezember 1961; auch das Folgende danach.
- ²⁴⁰ Vgl. Denkschrift des Staatsministeriums über das Krankenhauswesen in Baden-Württemberg mit Vorschlägen zu seiner Neuordnung und Sanierung. Beilage 1725 3. Landtag von Baden-Württemberg 1960–1964, 18. Januar 1962, S. 3113–3173 (Verzeichnis zu den Beilagen, Band IV).
- ²⁴¹ Vgl. StadtAK 1/H-Reg 2880, Krankenhausausschuss, Protokoll 23. Januar 1964.
- ²⁴² Vgl. Verwaltungsbericht Städtische Krankenanstalten 1961.
- ²⁴³ Vgl. ebenda.
- ²⁴⁴ Vgl. StadtAK 1/H-Reg 5133, Krankenhausausschuss, Protokoll 23. März 1961.
- ²⁴⁵ Vgl. Schulordnung vom 1. Dezember 1961 in StadtAK 1/Klinikum 8510.
- ²⁴⁶ Vgl. Manuskript Ausbildungsablauf 17. März 1959, in Konvolut Kinderkrankenpflegeschule in den Schulen für Krankenpflegeberufe.
- ²⁴⁷ Vgl. Kreuzer (wie Anm. 102), S. 234ff.
- ²⁴⁸ Vgl. StadtAK 1/POA2 1879, Verwaltungsdirektion an Dezernat II, 28. September 1966.
- ²⁴⁹ Vgl. StadtAK 1/H-Reg 5411, Niederschrift Fachgruppenausschuss „Kranken- und Pflegeanstalten“ der Baden-Württembergischen Krankenhausgesellschaft, 23. März 1966; wie auch das Folgende.
- ²⁵⁰ Vgl. StadtAK 1/POA2 1879, Direktion an Dezernat II, 26. Juni 1967.
- ²⁵¹ Vgl. Statistischer Bericht für das Jahr 1978. Städtisches Klinikum Karlsruhe, akademisches Lehrkrankenhaus der Universität Freiburg.
- ²⁵² Vgl. Laufende Hauptregistratur, 023.112, Krankenhausausschuss, Protokoll 5. Mai 1981.
- ²⁵³ Vgl. Verwaltungsbericht Städtische Krankenanstalten für das Jahr 1968.
- ²⁵⁴ Zu einem instruktiven Blick auf die „Heidelberger Schule“ vgl. Kreuzer (wie Anm. 102), S. 128ff.
- ²⁵⁵ Vgl. StadtAK 1/POA2 1879, Zeh an Ärtzl. Direktor Spohn, 13. Dezember 1965; Stumpf und Spohn an Dezernate IV und II, 22. Dezember 1965.
- ²⁵⁶ Vgl. StadtAK 1/H-Reg 5411, passim.
- ²⁵⁷ Interview mit Krankenschwester Waltraud Stempfle, 29. August 2006.
- ²⁵⁸ Vgl. StadtAK 1/H-Reg 10355 nahezu ausschließlich zu den politisch motivierten Vorfällen, insus die Ausgaben der inkriminierten linksradikalen Flugschrift „die spritze“.
- ²⁵⁹ Vgl. ebenda, Beschluss Dezernat III an Verwaltungsdirektion, 1. Februar 1977.
- ²⁶⁰ Vgl. StadtAK 1/H-Reg 5411, Verwaltungsdirektor Bertsch an Schulleiter Prof. Müller, 28. Februar 1972.
- ²⁶¹ Vgl. BNN vom 1. September 1977.
- ²⁶² Vgl. Laufende Hauptregistratur 023.112, Krankenhausausschuss, Vorlage für 26. Januar 1983.
- ²⁶³ Vgl. 75 Jahre Kinder- und Kinderchirurgische Klinik (wie Anm. 81), S. 89.
- ²⁶⁴ Vgl. Gegendruck, März 1987 (StadtAK Ze 38); laufende Hauptregistratur, Krankenhausausschuss (023.112), Protokolle und Vorlagen 18. März und 23. Juni 1987; Vgl. BNN, Leserbrief in 31. Januar 1987, 3. Februar 1987 und 26. Juni 1987; vgl. auch Empfehlungen der Deutschen Krankenhausgesellschaft zur Struktur und Organisation des pflegerischen Dienstes im Krankenhaus, in: Geschäftsberichte der DKG 1984/85, S. 103.
- ²⁶⁵ Vgl. Laufende Hauptregistratur, Klinikum gGmbH Aufsichtsrat, Protokoll 22. Oktober 1997.
- ²⁶⁶ Vgl. Krankenpflegegesetz vom 21. Juli 2003, BGBl I, S. 1442.
- ²⁶⁷ Vgl. Birgit Vosseler: Krankenschwester ade – das neue Gesicht der Pflege, in: www.PrinterNet.info, Die Zeitschrift für Pflegewissenschaft, 11/2006, S. 596–605.
- ²⁶⁸ Vgl. Vorläufiger Landeslehrplan Baden-Württemberg für die Ausbildung zur „Gesundheits- und Krankenpflegerin“ oder zum „Gesundheits- und Krankenpfleger“ und zur „Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin“ oder zum „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger“. Hrsg. vom Sozialministerium Baden-Württemberg, Stuttgart 2004.
- ²⁶⁹ Vgl. Städt. Klinikum Karlsruhe. Geschäftsbericht 2000.
- ²⁷⁰ Vgl. StadtAK 1/H-Reg. 5405, Ärtzl. Direktor Spohn und Verwaltungsdirektor Stumpf an Dezernat, 29. Juli 1964 und 18. Juli 1966.
- ²⁷¹ Vgl. StadtAK 1/POA2 1879, Dezernat I an Personalamt, 10. August 1966.
- ²⁷² Vgl. Bestallungsordnung für Ärzte vom 15. September 1953, BGBl I, S. 1334.
- ²⁷³ Vgl. Bundesärzteordnung vom 4. Februar 1970, BGBl I, S. 237, sowie Approbationsordnung für Ärzte vom 28. Oktober 1970, BGBl I, S. 1458.
- ²⁷⁴ Zu grundsätzlichen Überlegungen zur Arztausbildung vgl. Norbert Frickhofen/Franz Porzsolt/Axel Fetzer (Hrsg.): Die Ausbildung zum Arzt. Rahmenbedingungen, Ziele, Elemente. Bericht über ein Symposium aus Anlass der Emeritierung von Professor Dr. Hermann Heimpel am 17. und 18. November 1995 in Ulm, Stuttgart, New York 1998.
- ²⁷⁵ Vgl. StadtAK 1/H-Reg 54503, Personaldezernent an Hofheinz, 27. April 1970.

- ²⁷⁶ Vgl. StadtAK 1/H-Reg 5133 Krankenhausausschuss, Protokoll, 17. Mai 1963; Durchschlag der Denkschrift vom 12. Mai 1963 in StadtAK 1/Klinikum 2680 (Akademisches Lehrkrankenhaus).
- ²⁷⁷ Vgl. BNN vom 12. Juli 1967.
- ²⁷⁸ Vgl. StadtAK 1/H-Reg 5403, Erklärung Krankenhausdezernent an die Karlsruher Landtagsabgeordneten, 27. Juli 1970; Aktenvermerk zu den Verhandlungen, 14. Juli 1971.
- ²⁷⁹ Vgl. StadtAK 1/H-Reg 5403, Niederschrift interministerielle Verhandlungskommission, 6. März 1974; Aktenvermerk: Zusammenfassung Stand März 1974 (ohne Datum); Schreiben der „Vereinigung der Oberärzte der Städtischen Krankenanstalten und Gesamtassistentenschaft der Städtischen Krankenanstalten Karlsruhe“ an Bürgermeister Hofheinz, 14. März 1974, sowie Stellungnahme Hofheinz dazu, 9. April 1974; Ärztlicher Direktor Prof. Haubrich an Bürgermeister Hofheinz, 8. April 1974).
- ²⁸⁰ Vgl. BNN vom 17. Oktober 1978.
- ²⁸¹ Vgl. Laufende Hauptregistratur, 023.112, Krankenhausausschuss, Protokoll 29. Januar 1980.
- ²⁸² Vgl. ebenda, Krankenhausausschuss 1980–1981 und 1982–1983, Denkschrift: Die Umwidmung (wie Anm. 78); Vorlage 6. Juli 1983.
- ²⁸³ Vgl. Städtisches Klinikum. Jahresbericht 1983; Geschäftsbericht 1998; Geschäftsbericht 1999.
- ²⁸⁴ Vgl. BNN vom 12. März und 16. Juni 1983; Anstoß aus der SPD-Gemeinderatsfraktion.
- ²⁸⁵ Angaben des Leitenden Physiotherapeuten Peter Philipp. Zur Abteilungsentwicklung vgl. StadtAK 1/Klinikum 4532 (Bademeister/Heilgymnasten/Masseur).
- ²⁸⁶ Vgl. Dorothea Greven: Mit Erfolg zugunsten Eigenregie entschieden, in: „GVmanager“ 6–7/1997.
- ²⁸⁷ Vgl. StadtAK 1/POA2 1745, Direktion an Personalamt, 29. November 1955.
- ²⁸⁸ Vgl. Stumpf 1957 (wie Anm. 59), Statistik S. 200; Verwaltungsbericht Städtische Krankenanstalten für das Jahr 1970; Städtisches Klinikum Karlsruhe. Jahresbericht von 1989.
- ²⁸⁹ Vgl. dazu Andreas Mielck: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten, Bern 2000.
- ²⁹⁰ Vgl. StadtAK 1/Klinikum 2632 (Chirurgische Klinik), Aufstellung 21. April 1960.
- ²⁹¹ Vgl. Stumpf 1957 (wie Anm. 59), S. 129f.; vgl. auch BNN vom 30. Juli 1953.
- ²⁹² Vgl. Laufende Hauptregistratur, Krankenhausausschuss (023.112), Protokoll, 19. April 1977; vgl. auch BNN vom 20. September 1969.
- ²⁹³ Vgl. BNN vom 5. Juli 2005.
- ²⁹⁴ Vgl. StadtAK 1/Klinikum 0420 (Krankenhausvorschriften/Hausordnung).
- ²⁹⁵ Krankenhausordnung von 1789 und Hausordnung von 1949 zit. nach Stumpf 1957 (wie Anm. 59), S. 206 und S. 225ff.; StadtAK 1/Klinikum 2000 (Organisation), Aktennotiz Stumpf, 25. Januar 1960.
- ²⁹⁶ Vgl. Laufende Hauptregistratur, Krankenhausausschuss (023.112), Protokoll, 6. Mai 1971.
- ²⁹⁷ Vgl. ebenda, Protokoll, 18. Oktober 1977 und 27. Januar 1978.
- ²⁹⁸ Vgl. ebenda, Protokoll, 18. August 1982.
- ²⁹⁹ Führend darin in den 1950er- und 1960er-Jahren konservative und liberale Vertreter aus den Sozialwissenschaften wie Helmut Schelsky, Arnold Gehlen oder Karl Popper.
- ³⁰⁰ Vgl. BNN vom 8. und 13. August 1970 sowie 21. Dezember 1974.
- ³⁰¹ Vgl. Laufende Hauptregistratur, Krankenhausausschuss (023.112), Protokoll, 22. Juni 1973; vgl. BNN vom 16. Januar 1974.
- ³⁰² Vgl. BGH vom 4. August 2000, Az.: III ZR 158/99.
- ³⁰³ Vgl. Laufende Hauptregistratur, Krankenhausausschuss (023.112), Protokoll, 5. Juni 1974.
- ³⁰⁴ Vgl. Verwaltungsbericht Städtische Krankenanstalten für das Jahr 1976.
- ³⁰⁵ Vgl. StadtAK 1/Klinikum 4200, Stellungnahme Stumpf an Dezernat IV, 22. Januar 1959.
- ³⁰⁶ Vgl. StadtAK 1/Klinikum 4301 (Schwestern), Protokoll Stationsschwesternbesprechung 27. November 1967.
- ³⁰⁷ Vgl. ebenda, Protokoll Stationsschwesternbesprechung, 18. November 1968.
- ³⁰⁸ Vgl. Laufende Hauptregistratur, Krankenhausausschuss (023.112), Protokoll, 8. Oktober 1980; Städtisches Klinikum Karlsruhe. Jahresbericht 1980.
- ³⁰⁹ Vgl. Laufende Hauptregistratur, Krankenhausausschuss (023.112) bzw. Aufsichtsrat (510.010), Protokolle, 26. Juli 1995, 18. Juni 1997, 24. April 2002 und 7. Mai 2003.
- ³¹⁰ Vgl. Laufende Hauptregistratur, Aufsichtsrat (510.010), Protokoll, 27. November 1996; vgl. auch Amtsblatt der Stadt Karlsruhe vom 3. Januar 1986.
- ³¹¹ Vgl. StadtAK 1/Klinikum 8595 (Krankenhausseelsorge), Abschrift Generalintendanz, 17. Oktober 1906.
- ³¹² Vgl. ebenda; vgl. BNN vom 22. Dezember 1950, 22. März 1951 und 26. Mai 1976.
- ³¹³ Zur Klinikseelsorge insgesamt vgl. StadtAK 1/Klinikum 8595 (Krankenhausseelsorge); Anweisung Dullenkopf 19. Juni 1980.
- ³¹⁴ Vgl. StadtAK 1/Klinikum 8596 (Kulturelle Angelegenheiten/Bücherei), passim, insbesondere Berichte der „Krankenhausfürsorgerin“, 22. März und 4. April 1962; Niederschrift Evangelisches Klinikpfarramt III, 31. Juli

- 1991 mit fälschlicher Annahme, die ev. Seelsorge trage die Patientenbibliothek insgesamt schon seit 1951.
- ³¹⁵ Vgl. Verwaltungsbericht Städtische Krankenanstalten 1961 für Wirtschaftsjahr 1.4.1960–31.3.1961.
- ³¹⁶ Vgl. Städtisches Klinikum Karlsruhe. Jahresbericht 1981 und 1982. (hrsg. 1983); vgl. auch BNN, 19. März 1997.
- ³¹⁷ Vgl. Verwaltungsbericht Städtische Krankenanstalten für das Jahr 1968: 1950: 44,9%, 1960: 50,6%, 1966: 50,7%, 1970: 53,3%.
- ³¹⁸ Vgl. StadtAK 1/H-Reg 3000, Auszug Sitzung Stadtrat, 29. Juni 1951; StadtAK 1/H-Reg 2880, Krankenhausausschuss, Protokoll, 16. März 1951.
- ³¹⁹ Vgl. Verwaltungsbericht Städtische Krankenanstalten 1963 für Wirtschaftsjahr 1.1.1963–31.12.1963; vgl. auch Stumpf 1957 (wie Anm. 59), S. 165-173.
- ³²⁰ Vgl. Simon (wie Anm. 6), S. 41ff.
- ³²¹ Vgl. StadtAK 1/Klinikum 2600 (Errichtung von Kliniken, allgemein), „Denkschrift über das Bau- und Investitionsprogramm der Städt. Krankenanstalten nach dem Stand vom 1.6.1965“.
- ³²² Vgl. Stumpf 1957 (wie Anm. 59), S. 254f; vgl. BNN vom 21. Oktober 1972.
- ³²³ Vgl. Verwaltungsbericht Städtische Krankenanstalten 1963 für Wirtschaftsjahr 1.1.1963–31.12.1963.
- ³²⁴ Vgl. Badische Allgemeine Zeitung vom 30. Juli 1954.
- ³²⁵ Vgl. StadtAK 1/H-Reg 3000, Verwaltungsdirektion an Dezernat IV, 31. Oktober 1957.
- ³²⁶ Vgl. Verwaltungsbericht Städtische Krankenanstalten für das Jahr 1969.
- ³²⁷ Vgl. Laufende Hauptregistratur, Krankenhausausschuss (023.112), Niederschrift Referat Seiler für Sitzung 12. November 1969.
- ³²⁸ Vgl. BNN vom 16. Februar 1967 und 21. Juli 1967.
- ³²⁹ Vgl. zur zeitgenössischen Krankenhausproblematik Konrad Elsholz: Krankenhäuser, Stiefkinder der Wohlstandsgesellschaft. Zur Problematik der Krankenhausfinanzierung, Baden-Baden 1969.
- ³³⁰ Vgl. Bundestagsdrucksache 6/1874, 9 zitiert nach Simon (wie Anm. 6), S. 72.
- ³³¹ Vgl. KHG vom 29. Juni 1972, BGBl I, S. BGBl. I, S. 1009.
- ³³² Vgl. Verwaltungsbericht Städtische Krankenanstalten für das Jahr 1972.
- ³³³ Vgl. Laufende Hauptregistratur, Krankenhausausschuss (023.112), Protokoll, 19. Dezember 1974.
- ³³⁴ Vgl. Verwaltungsbericht Städtische Krankenanstalten für das Jahr 1974; vgl. auch BNN vom 8. August 1974.
- ³³⁵ Vgl. Deppe (wie Anm. 188), S. 165-169.
- ³³⁶ Vgl. Hermann Berié/Ulf Fink: Grundlohnentwicklung und Ausgaben der GKV. Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes, Berlin 2003.
- ³³⁷ Zitiert nach BNN vom 1. Juli 1971.
- ³³⁸ Vgl. Simon (wie Anm.6), S. 102ff. und S. 108-114.
- ³³⁹ Vgl. Verwaltungsbericht Städtische Krankenanstalten für das Jahr 1977.
- ³⁴⁰ Vgl. Städtisches Klinikum Karlsruhe. Jahresbericht 1978.
- ³⁴¹ Vgl. Städtisches Klinikum Karlsruhe. Jahresbericht 1988; vgl. BNN vom 6. September 1982; Laufende Hauptregistratur, Krankenhausausschuss (023.112), Dullenkopf an Sozialministerin Schäfer, 19. Dezember 1984.
- ³⁴² Vgl. dazu den Befund des Sachverständigenrats für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Gesundheitswesen in Deutschland. Kostenfaktor und Zukunftsbranche. Bd. II, Sondergutachten 1997, Baden-Baden 1998, Punkt 417.
- ³⁴³ Vgl. Laufende Hauptregistratur, Krankenhausausschuss (023.112), Krankenhausausschuss, Protokoll, 20. Februar 1984; vgl. BNN vom 16. April 1984.
- ³⁴⁴ Vgl. Städt. Klinikum Karlsruhe. Jahresbericht 1985.
- ³⁴⁵ Vgl. Laufende Hauptregistratur, Krankenhausausschuss (023.112), Protokoll, 11. Juni 1986; Bericht Bürgermeister Eidenmüller, 3. September 1986; vgl. BNN vom 27. November 1986 und 14. Januar 1987.
- ³⁴⁶ Vgl. Amtsblatt für den Stadtkreis Karlsruhe, 16. August 1985.
- ³⁴⁷ Vgl. Laufende Hauptregistratur, Krankenhausausschuss (023.112), Protokoll, 22. Januar 1986 und 4. Februar 1987; Schreiben Frauenbeauftragte Theresia Riedmaier, Referat für Recht und Umwelt, an Krankenhausausschuss, 29. Januar 1987; vgl. BNN vom 5. Februar 1987 und 14. April 1988.
- ³⁴⁸ Vgl. das programmatische Vorwort Eidenmüllers in: Städtisches Klinikum Karlsruhe. Jahresbericht 1988.
- ³⁴⁹ Vgl. Hartmut Krukemeyer: Entwicklung des Krankenhauswesens und seiner Strukturen in der Bundesrepublik Deutschland. Analyse und Bewertung unter Berücksichtigung der gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen und der gesundheitspolitischen Interventionen, Bremen 1988, S. 223f.
- ³⁵⁰ Vgl. Simon (wie Anm. 6), S. 229-242, zit. nach S. 230.
- ³⁵¹ Vgl. Deppe (wie Anm. 188), S. 50.
- ³⁵² Vgl. Städt. Klinikum Karlsruhe. Jahresbericht 1992.
- ³⁵³ Vgl. Städtisches Klinikum Karlsruhe. Geschäftsbericht 1994. Vgl. BNN vom 29. Januar 1993, 30./31. Januar 1993, 28. April 1993, Sonderseite 22./23. Januar 1994; zum Gutachten vgl. 10. Februar 1994 und 15. Februar 1994
- ³⁵⁴ Vgl. Amtsblatt der Stadt Karlsruhe vom 10. März 1995.
- ³⁵⁵ Vgl. BNN vom 5. Mai 1995.
- ³⁵⁶ Vgl. zur in der Öffentlichkeit diskutierten Geschäftsführerfindung, BNN vom 13. Januar 1995, 1. Dezember 1995,

17. Januar 1996, Leserbrief Vollmar in BNN vom 3. Februar 1996. Wegen der Bedeutung ausnahmsweise per Gemeinderatsbeschluss vom 16. Januar 1996 mit Wirkung ab 15. Februar 1996.
- ³⁵⁷ Vgl. Verwaltungsbericht Städtische Krankenanstalten für das Jahr 1977.
- ³⁵⁸ Vgl. Laufende Hauptregistratur, Städt. Klinikum Aufsichtsrat (510.010), 20. September 1995, 22. Dezember 2004.
- ³⁵⁹ Vgl. ebenda, 26. Oktober und 21. Dezember 1994.
- ³⁶⁰ Vgl. ebenda, Vorlage 3. Juli 2001.
- ³⁶¹ Vgl. BNN vom 19. März 2003.
- ³⁶² Vgl. die jeweiligen Jahresberichte bzw. Geschäftsberichte des Städtischen Klinikums.
- ³⁶³ Vgl. Laufende Hauptregistratur, Städt. Klinikum Aufsichtsrat (510.010), Protokoll, 21. Januar 1998.
- ³⁶⁴ Vgl. Städt. Klinikum Karlsruhe. Jahresbericht 1991.
- ³⁶⁵ Vgl. Städtisches Klinikum Karlsruhe. Jahresbericht 1993, gemäß Feststellungsbescheid 13. Juli 1993.
- ³⁶⁶ Vgl. Laufende Hauptregistratur, Krankenhausausschuss (023.112), Protokoll, 22. Februar 1984.
- ³⁶⁷ Vgl. BNN vom 11. April 1984.
- ³⁶⁸ Vgl. Laufende Hauptregistratur, Städt. Klinikum Aufsichtsrat (510.010), Jahresbericht 1998.
- ³⁶⁹ Vgl. Städt. Klinikum Karlsruhe. Geschäftsbericht 1998.
- ³⁷⁰ Vgl. SGB V § 137.
- ³⁷¹ Laufende Hauptregistratur, Städt. Klinikum Aufsichtsrat (510.010), Strategisches Zielsystem, Stand 2002.
- ³⁷² Vgl. Kreuzer (wie Anm. 102), S. 158-163, zit. nach S. 162.
- ³⁷³ Vgl. BGBl I, S. 1412 (23. April 2002).
- ³⁷⁴ Vgl. Ernst Bruckenberger/Siegfried Klaue/Hans-Peter Schwintowski : Krankenhausmärkte zwischen Regulierung und Wettbewerb, Berlin, Heidelberg, New York 2006, S. 162f.
- ³⁷⁵ Vgl. ebenda, S. 29. Zum „Lissabon-Prozess“ der EU vgl. „Die Bundesregierung-online“ Nr. 047, 01/2007.
- ³⁷⁶ Brief der Geschäftsführer Schäfer und Daub an die Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter des Städtischen Klinikums, in: medikuss, 1/1999, S. 12.
- ³⁷⁷ Vgl. ebenda.

WOLFGANG GERSTBERGER

Eine Chronologie der Baugeschichte seit 1958

S. 390-435

- ¹ Vgl. Die neue Urologische und Chirurgische Klinik der Städtischen Krankenanstalten Karlsruhe. Festschrift zur Einweihung am 15. Februar 1967, o.O. o. J. [Karlsruhe 1967].
- ² Vgl. Verwaltungsbericht Städtische Krankenanstalten Karlsruhe 1959.
- ³ Vgl. Die neue Urologische (wie Anm. 1).
- ⁴ Hierzu und zu den folgenden drei Abschnitten vgl. Verwaltungsbericht 1959 (wie Anm.2).
- ⁵ Vgl. Die neue Urologische (wie Anm. 1).
- ⁶ Vgl. Verwaltungsbericht Städtische Krankenanstalten Karlsruhe 1960.
- ⁷ Vgl. Die neue Urologische (wie Anm. 1) sowie Verwaltungsbericht Städtische Krankenanstalten Karlsruhe 1962.
- ⁸ Vgl. Einweihung des Neubaus der II. Med. Klinik mit Apotheke, Med.-diagnostischem Institut, Staatl. anerkannter Lehranstalt für med.-techn. Laboratoriums- und Radiologie-Assistenten. Karlsruhe 1975.
- ⁹ Vgl. Strahlentherapie im Städtischen Klinikum auf dem Weg ins Jahr 2000, o.O. o. J. [Karlsruhe 1998].
- ¹⁰ Vgl. Wäscherei und Zentrallager, Städt. Klinikum, o.O. o. J. [Karlsruhe 1998].
- ¹¹ Vgl. Einweihung 1975 (wie Anm. 8).
- ¹² Vgl. Verwaltungsbericht Städtische Krankenanstalten Karlsruhe 1967.
- ¹³ Vgl. Die neue Urologische (wie Anm. 1).
- ¹⁴ Vgl. Verwaltungsbericht Städtische Krankenanstalten Karlsruhe 1968.
- ¹⁵ Vgl. Festschrift zur Einweihung der Psychiatrischen Klinik. Karlsruhe 1988.
- ¹⁶ Vgl. Hierzu und zum folgenden Abschnitt vgl. Verwaltungsbericht 1968 (wie Anm. 14).
- ¹⁷ Hierzu und zum folgenden Abschnitt vgl. Einweihung 1975 (wie Anm. 8).
- ¹⁸ Vgl. Verwaltungsbericht 1968 (wie Anm. 14).
- ¹⁹ Vgl. Verwaltungsbericht Städtische Krankenanstalten Karlsruhe 1969.
- ²⁰ Vgl. Frank Schindera (Hg.): 75 Jahre Kinder- und Kinderchirurgische Klinik Karlsruhe 1920–1995. Vom großherzoglichen Viktoria-Pensionat zur Franz-Lust-Kinderklinik, Karlsruhe 1995.

- ²¹ Vgl. Einweihung 1975 (wie Anm. 8).
- ²² Vgl. hierzu und zu den folgenden zwei Abschnitten Verwaltungsbericht Städtische Krankenanstalten Karlsruhe 1970.
- ²³ Vgl. Einweihung 1975 (wie Anm. 8).
- ²⁴ Vgl. hierzu und zum folgenden Abschnitt Verwaltungsbericht Städtische Krankenanstalten Karlsruhe 1972.
- ²⁵ Vgl. Die neue Urologische (wie Anm. 1).
- ²⁶ Vgl. hierzu und zu den folgenden beiden Abschnitten Verwaltungsbericht Städtische Krankenanstalten Karlsruhe 1974.
- ²⁷ Vgl. Einweihung 1975 (wie Anm. 8).
- ²⁸ Vgl. Verwaltungsbericht 1974 (wie Anm. 26).
- ²⁹ Vgl. Verwaltungsbericht Städtische Krankenanstalten Karlsruhe 1976.
- ³⁰ Vgl. Verwaltungsbericht Städtische Krankenanstalten Karlsruhe 1977.
- ³¹ Vgl. Strahlentherapie (wie Anm. 9).
- ³² Vgl. Jahresbericht Städtisches Klinikum Karlsruhe 1979.
- ³³ Vgl. Kinder- und Kinderchirurgische Klinik (wie Anm. 20).
- ³⁴ Vgl. Jahresbericht 1979 (wie Anm. 32).
- ³⁵ Vgl. Jahresbericht Städtisches Klinikum Karlsruhe 1980.
- ³⁶ Vgl. hierzu und zum folgenden Abschnitt Jahresbericht Städtisches Klinikum Karlsruhe 1981/82.
- ³⁷ Vgl. Strahlentherapie (wie Anm. 9).
- ³⁸ Vgl. Jahresbericht Städtisches Klinikum Karlsruhe 1984.
- ³⁹ Vgl. Jahresbericht Städtisches Klinikum Karlsruhe 1985.
- ⁴⁰ Vgl. Festschrift 1988 (wie Anm. 15).
- ⁴¹ Vgl. Jahresbericht Städtisches Klinikum Karlsruhe 1985.
- ⁴² Vgl. hierzu und zum folgenden Abschnitt Jahresbericht Städtisches Klinikum Karlsruhe 1986.
- ⁴³ Vgl. hierzu und zum folgenden Abschnitt Jahresbericht Städtisches Klinikum Karlsruhe 1987.
- ⁴⁴ Vgl. hierzu und zu den folgenden drei Abschnitten Jahresbericht Städtisches Klinikum Karlsruhe 1988.
- ⁴⁵ Vgl. Jahresbericht Städtisches Klinikum Karlsruhe 1989.
- ⁴⁶ Vgl. hierzu und zum folgenden Abschnitt Jahresbericht Städtisches Klinikum Karlsruhe 1990.
- ⁴⁷ Vgl. hierzu und zu den folgenden sechs Abschnitten Jahresbericht Städtisches Klinikum Karlsruhe 1991.
- ⁴⁸ Vgl. hierzu und zu den folgenden drei Abschnitten Jahresbericht Städtisches Klinikum Karlsruhe 1992.
- ⁴⁹ Vgl. hierzu und zu den folgenden sechs Abschnitten Jahresbericht Städtisches Klinikum Karlsruhe 1993.
- ⁵⁰ Vgl. Geschäftsbericht Städtisches Klinikum Karlsruhe gGmbH 1994.
- ⁵¹ Vgl. „Neues Zentrum“ Zentralinstitut für Bildgebende Diagnostik, 1996.
- ⁵² Vgl. hierzu und zu den folgenden vier Abschnitten Geschäftsbericht 1994 (wie Anm. 50).
- ⁵³ Vgl. hierzu und den folgenden zwei Abschnitten Geschäftsbericht Städtisches Klinikum Karlsruhe gGmbH 1995.
- ⁵⁴ Vgl. hierzu und den folgenden fünf Abschnitten Geschäftsbericht Städtisches Klinikum Karlsruhe gGmbH 1996.
- ⁵⁵ Vgl. Strahlentherapie (wie Anm. 9).
- ⁵⁶ Vgl. Geschäftsbericht 1996 (wie Anm. 54).
- ⁵⁷ Vgl. hierzu und zum folgenden Abschnitt Geschäftsbericht Städtisches Klinikum Karlsruhe gGmbH 1997.
- ⁵⁸ Vgl. Wäscherei (wie Anm. 10).
- ⁵⁹ Vgl. hierzu und zu den folgenden zwei Abschnitten Geschäftsbericht Städtisches Klinikum Karlsruhe gGmbH 1998.
- ⁶⁰ Vgl. Strahlentherapie (wie Anm. 9).
- ⁶¹ Vgl. Geschäftsbericht 1998 (wie Anm. 59).
- ⁶² Vgl. hierzu und zu den folgenden vier Abschnitten Geschäftsbericht Städtisches Klinikum Karlsruhe gGmbH 1999.
- ⁶³ Vgl. hierzu und zu den folgenden zwei Abschnitten Geschäftsbericht Städtisches Klinikum Karlsruhe gGmbH 2000.
- ⁶⁴ Vgl. hierzu und zu den folgenden drei Abschnitten Geschäftsbericht Städtisches Klinikum Karlsruhe gGmbH 2001.
- ⁶⁵ Vgl. hierzu und zu den folgenden zwei Abschnitten Geschäftsbericht Städtisches Klinikum Karlsruhe gGmbH 2002.
- ⁶⁶ Vgl. hierzu und zum folgenden Abschnitt Geschäftsbericht Städtisches Klinikum Karlsruhe gGmbH 2003.
- ⁶⁷ Vgl. hierzu und zu den folgenden vier Abschnitten Geschäftsbericht Städtisches Klinikum Karlsruhe gGmbH 2004.
- ⁶⁸ Vgl. hierzu und zum folgenden Abschnitt Geschäftsbericht Städtisches Klinikum Karlsruhe gGmbH 2005.

Quellen und Literatur (Auswahl)

UNGEDRUCKTE QUELLEN

Generallandesarchiv Karlsruhe (GLA)
 Stadtarchiv Karlsruhe (StadtAK)
 Stadt Karlsruhe, Laufende Hauptregistratur
 Stadt Karlsruhe, Personal- und Organisationsamt,
 Registratur

GEDRUCKTE QUELLEN

Aerztlicher Bericht über die Wirksamkeit am städtischen Krankenhause der Haupt- und Residenzstadt Karlsruhe im Jahre 1897, Karlsruhe 1898.
 Aerztlicher Bericht über die Wirksamkeit am städtischen Krankenhause der Haupt- und Residenzstadt Karlsruhe im Jahre 1898, Karlsruhe 1899.
 Amtlicher Bericht über die vier und dreissigste Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte im September 1858, hrsg. v. Eisenlohr und Volz, Karlsruhe 1859.
 Approbationsordnung für Ärzte vom 28. Oktober 1970, BGBl I, S. 1458.
 Baden-Durlacher Staats- und Adresse Calender auf das Jahr 1766, Karlsruhe 1766.
 Badenscher Hof- und Staatskalender auf das Jahr 1792, Karlsruhe 1792.
 Bericht des Oberarztes über das städtische Krankenhaus in Karlsruhe für 1883, o. O. „[Karlsruhe], o. J.“
 Berichte über die Wirksamkeit des Städtischen Krankenhauses zu Karlsruhe in den Jahren 1886-1891, Karlsruhe 1888 ff.
 Berié, Hermann/Fink, Ulf: Grundlohnentwicklung und Ausgaben der GKV. Gutachten im Auftrag des AOK-Bundesverbandes, Berlin 2003.
 Bestallungsordnung für Ärzte vom 15. September 1953, BGBl I, S. 1334.

Bundesärzteordnung vom 4. Februar 1970, BGBl I, S. 237.
 Chronik der Haupt- und Residenzstadt Karlsruhe für das Jahr 1885, Karlsruhe 1886.
 Daten des Gesundheitswesens, Ausgabe 2001. Hrsg. das Bundesministerium für Gesundheit, Baden-Baden 2001.
 Dezernat IV, Bericht über die Städtischen Krankenanstalten Karlsruhe, 1967.
 Die Hochfürstliche Markgräflin=Badische Hebammen=Ordnung oder Instruction, Karlsruhe 1795.
 Die Umwidmung der Landesfrauenklinik in eine Psychiatrische Klinik des Städtischen Klinikums Karlsruhe. Ein Beitrag zur bedarfsgerechten klinischen Versorgung in Karlsruhe. Hrsg. Stadt Karlsruhe, Dez. V, Februar 1981. (Broschüre)
 Empfehlungen für den Schwesterndienst im Krankenhaus, in: Das Krankenhaus. Zentralblatt für das deutsche Krankenhauswesen. Hrsg. Deutsche Krankenhausgesellschaft, 1951, S. 136-138.
 Empfehlungen für die Verbesserung der Arbeitsbedingungen der Schwestern. Beschluss des Vorstandes der DKG, in: Das Krankenhaus. Zentralblatt für das deutsche Krankenhauswesen. Hrsg. Deutsche Krankenhausgesellschaft, 1951, S. 134f.
 Erste Verordnung über die berufsmäßige Ausübung der Krankenpflege und die Errichtung von Krankenpflegeschulen (Krankenpflegeverordnung), 28. September 1938, in: Reichsgesetzblatt Teil I, S. 1310ff.
 Gerstlacher, Karl Friedrich: Sammlung aller Baden-Durlachischen ... Anstalten und Verordnungen, 3 Bände, Frankfurt a. M., Leipzig, Karlsruhe 1773-1774.
 Geschäftsberichte der DKG 1984/85.
 Gesetz über die Ausübung des Berufes der medizinisch-technischen Assistentinnen, 21.12.1958, Bundesgesetzblatt S. 981, Nr. 47.
 Hochfürstlich-Markgräflicher Badischer Hof- und Staatskalender auf das Jahr 1775, Karlsruhe 1775.

- Jahres-Bericht des Städtischen Krankenhauses der Haupt- und Residenzstadt Karlsruhe für 1900, Karlsruhe 1901.
- Jahres-Bericht des Städtischen Krankenhauses der Haupt- und Residenzstadt Karlsruhe für 1904, Karlsruhe 1905.
- Stadt Karlsruhe, Frauenbeauftragte: Bericht der Frauenbeauftragten an den Aufsichtsrat der Städt. Klinikum gGmbH, April 1997.
- Verwaltungsberichte der Landeshauptstadt Karlsruhe 1928-1938. Karlsruhe 1929 ff.
- Verwaltungsberichte Städtische Krankenanstalten 1959-1977/Städtisches Klinikum Karlsruhe. Jahresberichte 1978-1993/Städtisches Klinikum Karlsruhe. Geschäftsberichte 1994-2005.
- Vorläufiger Landeslehrplan Baden-Württemberg für die Ausbildung zur „Gesundheits- und Krankenpflegerin“ oder zum „Gesundheits- und Krankenpfleger“ und zur „Gesundheits- und Kinderkrankenpflegerin“ oder zum „Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger“. Hrsg. vom Sozialministerium Baden-Württemberg, Stuttgart 2004.

Zeitungen und Zeitschriften

- Aerztliche Mittheilungen aus Baden.
- Aerztliche Mittheilungen aus und für Baden.
- Amtsblatt der Stadt Karlsruhe.
- Amtsblatt für den Stadtkreis Karlsruhe.
- Annalen für die gesammte Heilkunde, hrsg. v. der Großherzoglich Badischen Sanitätskommission.
- Badische Allgemeine Zeitung.
- Badische Neueste Nachrichten.
- Der Führer.
- Der Krankenhausarzt.
- Deutsches Ärzteblatt.
- Gegendruck.
- Jahrbuch für das gesamte Krankenhauswesen.
- Karlsruher Tagblatt.
- Karlsruher Wirtschaftsspiegel.
- Krankenhaus-Information.
- Medikuss.
- Mittheilungen des badischen ärztlichen Vereins.

Literatur

- 150 Jahre Evangelische Diakonissenanstalt Karlsruhe-Rüppurr. Dokumente und Ausstellung zur Jubiläumsfeier, Karlsruhe 2001.

- 150 Jahre Evangelische Diakonissenanstalt Karlsruhe-Rüppurr, Festschrift, o. O. [Karlsruhe] 2001.
- Ackerknecht, Erwin: Geschichte und Geographie der wichtigsten Krankheiten, Stuttgart 1963.
- Albert, Martin: Krankenpflege auf dem Weg zur Professionalisierung. Eine qualitative Untersuchung mit Studierenden der berufsintegrierten Studiengänge „Pflegedienstleitung/Pflegemanagement“ und „Pflegepädagogik“ an der Katholischen Fachhochschule Freiburg, Diss. Freiburg 1998.
- Alltag in Karlsruhe. Vom Lebenswandel einer Stadt durch drei Jahrhunderte. Hrsg. von Heinz Schmidt unter Mitwirkung von Ernst Otto Bräunche, Karlsruhe 1990 (= Veröffentlichungen des Stadtarchivs Karlsruhe Band 10).
- Arbeitsgemeinschaft sozialdemokratischer Frauen Karlsruhe (Hrsg.): Erlebte Geschichte. Karlsruher Frauen berichten aus der Zeit des Nationalsozialismus, Karlsruhe 1983.
- Asche, Susanne/Bräunche, Ernst Otto/Mehldau, Jochen Karl (Red.): Straßennamen in Karlsruhe, Karlsruhe 1994 (= Karlsruher Beiträge Band 7).
- Asche, Susanne/Bräunche, Ernst Otto/Koch, Manfred/Schmitt, Heinz/Wagner, Christina: Karlsruhe. Die Stadtgeschichte, Karlsruhe 1998.
- Asche, Susanne/Hochstrasser, Olivia: Durlach – Staufergründung, Fürstenresidenz, Bürgerstadt, Karlsruhe 1996, S. 15-146 (= Veröffentlichungen des Karlsruher Stadtarchivs Band 17).
- Baas, Karl: Mittelalterliche Gesundheitspflege im heutigen Baden, Heidelberg 1909 (= Neujahrsblätter der Badischen Historischen Kommission 12).
- Bade, Klaus J.: Einheimische Ausländer: „Gastarbeiter“ – Dauergäste – Einwanderer, in: Ders. (Hrsg.): Deutsche im Ausland. Fremde in Deutschland. Migration in Geschichte und Gegenwart, München 1992, S. 393-401.
- Baumgärtner, Karl Heinrich: Kranken-Physiognomik, Stuttgart, Leipzig 1839.
- Bialek, Paul: Wilhelm Jeremias Müller. Der Baumeister des Louis XVI. in Karlsruhe, Karlsruhe 1955.
- Bischoff, Claudia: Frauen in der Krankenpflege. Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert, Frankfurt a. M. 21992.
- Bräunche, Ernst Otto: Die Karlsruher Ratsprotokolle des 18. Jahrhunderts. Teil 1: 1725-1763, Karlsruhe 1995 (= Forschungen und Quellen zur Stadtgeschichte. Schriftenreihe des Stadtarchivs Karlsruhe Band 2).
- Brandenburger, Gerlinde/Großkinsky, Manfred/Kabierske, Gerhard/Merkel, Ursula/Vierneisel, Beatrice: Denkmäler, Brunnen und Freiplastiken in Karlsruhe 1715-1945, Karlsruhe 1987 (= Veröffentlichungen des Karlsruher Stadtarchivs Band 7).
- Breiding, Birgit: Die Braunen Schwestern. Ideologie, Struktur, Funktion einer nationalsozialistischen Elite, Stuttgart 1998.

- Breitkopf, Bernd: Eine Zierde unserer Stadt. 100 Jahre Fürst-Stirum-Klinik Bruchsal, Ubstadt-Weiher 2006 (= Beiträge zur Geschichte des Landkreises Karlsruhe Band 6).
- Bruckenberger, Ernst/Klaue, Siegfried/Schwintowski, Hans-Peter: Krankenhausmärkte zwischen Regulierung und Wettbewerb, Berlin, Heidelberg, New York 2006.
- Brunn, Friedrich Leopold: Briefe über Karlsruhe, neu hrsg. von Gerhard Römer, Karlsruhe 1988.
- Chirurgie am Städtischen Klinikum Karlsruhe. 1960–1984. Herrn Prof. Dr. K. Spohn zum 65. Geburtstag gewidmet von seinen Mitarbeitern. Hrsg. von Hans-Friedrich Kienzle, Hans Kroczeck, Ulrich Lange, Karlsruhe 1984.
- Civiale, Jean: De la lithroite broiement de la pierre dans la vessie, Paris 1827.
- Deppe, Hans-Ulrich: Zur sozialen Anatomie des Gesundheitswesens. Neoliberalismus und Gesundheitspolitik in Deutschland, Frankfurt a. M. 2005.
- Die Familie Maler im Großherzogtume Baden. Eines der ältesten altbadischen bürgerlichen Geschlechter nach historisch-genealogischen Nachrichten von Wilhelm Maler, Ettlingen 1864.
- Die Grossherzoglich Badische Haupt- & Residenz-Stadt Karlsruhe in ihren Massregeln für Gesundheitspflege & Rettungswesen. Bei Veranlassung der Internationalen Ausstellung für Rettungswesen und Gesundheitspflege zu Brüssel 1876 im Auftrage des Stadtrathes bearbeitet, Karlsruhe 1876.
- Die Grossherzoglich Badische Haupt- & Residenzstadt Karlsruhe in ihren Massregeln für Gesundheitspflege & Rettungswesen. Bei Veranlassung der Allgemeinen Deutschen Ausstellung auf dem Gebiete der Hygiene und des Rettungswesens zu Berlin 1882, vom Ortsgesundheitsrat bearbeitet, Karlsruhe 1882.
- Die neue Urologische und Chirurgische Klinik der Städtischen Krankenanstalten Karlsruhe. Festschrift zur Einweihung am 15. Februar 1967, o. O., o. J. [Karlsruhe 1967].
- Die Residenzstadt Karlsruhe, ihre Geschichte und Beschreibung, Festgabe der Stadt zur 34. Versammlung deutscher Naturforscher und Aerzte, Karlsruhe 1858.
- Die St. Vincentius-Krankenhäuser in Karlsruhe. Eine Dokumentation hrsg. zum 125jährigen Bestehen des St. Vincentius-Vereins Karlsruhe, Karlsruhe 1976.
- Diercksen, Günter: Aus der Chronik der Ärzteschaft Karlsruhe 1715–1977, Karlsruhe 1978.
- Dross, Fritz: Krankenhaus und lokale Politik 1770–1950. Das Beispiel Düsseldorf, Essen 2004 (= Düsseldorf Schriften zur Neueren Landesgeschichte und zur Geschichte Nordrhein-Westfalens Band 67).
- Ehrenfried, Adalbert: Die Kapuziner in Karlsruhe. Einst und jetzt, Karlsruhe 1962.
- Einweihung des Neubaus der II. Med. Klinik mit Apotheke, Med.-diagnostischem Institut, Staatl. anerkannter Lehranstalt für med.-techn. Laboratoriums- und Radiologie-Assistenten, Karlsruhe 1975.
- Eisholz, Konrad: Krankenhäuser, Stiefkinder der Wohlstandsgesellschaft. Zur Problematik der Krankenhausfinanzierung, Baden-Baden 1969.
- Everke, Gerhard: Christoph und Friedrich Arnold – Zwei Architekten des Klassizismus in Baden, Diss. Freiburg 1991.
- Fecht, Karl Gustav: Geschichte der Haupt- und Residenzstadt Karlsruhe, Karlsruhe 1887.
- Fecht, Karl Gustav: Geschichte der Stadt Durlach, Heidelberg 1896.
- Festschrift zur Einweihung am 15. Februar 1967. Die neue Urologische und Chirurgische Klinik der Städtischen Krankenanstalten Karlsruhe. Hrsg. von der Stadt Karlsruhe, Karlsruhe 1967.
- Festschrift zur Einweihung der Psychiatrischen Klinik, Karlsruhe 1988.
- Fiedler, Siegfried: Der Markgraf, in: Carl Friedrich und seine Zeit, Ausstellungskatalog, Karlsruhe 1981, S. 17-30.
- Frickhofen, Norbert/Porzolt, Franz/Fetzer, Axel (Hrsg.): Die Ausbildung zum Arzt. Rahmenbedingungen, Ziele, Elemente. Bericht über ein Symposium aus Anlass der Emeritierung von Professor Dr. Hermann Heimpel am 17. und 18. November 1995 in Ulm, Stuttgart, New York 1998.
- Fritz, Eberhard: Badstuben im Konstitutionsprozess der ländlichen Gemeinde in Südwestdeutschland an der Wende zur frühen Neuzeit, in: Zeitschrift für württembergische Landesgeschichte, 65. Jahrgang, 2006, S. 11-35.
- Geschichte des Badischen Frauenvereins. Festschrift zur Feier der silbernen Hochzeit Ihrer Königlichen Hoheiten des Großherzogs Friedrich und der Großherzogin Luise und der Vermählung ihrer Großherzoglichen Hoheit der Prinzessin Victoria mit Seiner Königlichen Hoheit dem Kronprinzen Oscar Gustav Adolf von Schweden und Norwegen am 20. September 1881, Karlsruhe 1881.
- Geschichte des Badischen Frauenvereins. Zweite umgearbeitete und stark vermehrte Ausgabe, zugleich Festschrift zur Feier der goldenen Hochzeit Ihrer Königlichen Hoheiten des Großherzogs Friedrich und der Großherzogin Luise am 20. September 1906, Karlsruhe 1906.
- Goldschmit, Robert: Die Stadt Karlsruhe. Ihre Geschichte und ihre Verwaltung, Karlsruhe 1915.
- Grmek, Mirko D.: Die Geschichte des medizinischen Denkens. Antike und Mittelalter, München 1996.
- Grün, Bernd/Hofer, Hans Georg/Leven, Karl-Heinz (Hrsg.): Medizin und Nationalsozialismus. Die Freiburger Medizinische Fakultät und das Klinikum in der Weimarer Republik und im „Dritten Reich“, Frankfurt a. M. 2002.
- Gurk, Franz: Moderne Krankenhausplanungen als kommunalpolitische Aufgaben, in: Karlsruher Wirtschaftsspiegel, 1964, S. 32-35.

- Haage, Heinz: Das neue Medizinstudium. Medizinisches Ausbildungsrecht, mit Bundesärzterordnung und Approbationsordnung, Aachen 2003.
- Hartleben, Theodor: Statistisches Gemälde der Residenzstadt Karlsruhe und ihrer Umgebungen, Karlsruhe 1815.
- Hippel, Wolfgang von: Zum Wohle der Kranken: vom Hospital zum Klinikum der Stadt Ludwigshafen am Rhein; 100 Jahre Städtisches Krankenhaus, 1892–1992, Ubstadt-Weiher 1992.
- Hirsch, Fritz: 100 Jahre Bauen und Schauen, 2 Bände, Karlsruhe 1928, 1932.
- Hygienischer Führer durch die Haupt- und Residenzstadt Karlsruhe. Festschrift zur XXII. Versammlung des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege, Karlsruhe 1897.
- Imhof, Arthur E.: Das Krankenhaus in der Stadt des 18. Jahrhunderts, in: Zeitschrift für Stadtgeschichte 2/1977, S. 215–242.
- Jetter, Dieter: Geschichte des Hospitals. Band 1. Westdeutschland von den Anfängen bis 1850, Wiesbaden 1966.
- Jetter, Dieter: Grundzüge der Hospitalgeschichte, Darmstadt 1973.
- Juchli, Liliane: Sein und Handeln. Ein ABC für Schwestern und Pfleger, Basel 1983.
- Juden in Karlsruhe – Beiträge zu ihrer Geschichte bis zur nationalsozialistischen Machtergreifung, hrsg. von Heinz Schmitt, Ernst Otto Bräunche und Manfred Koch, Karlsruhe 1988 (= Veröffentlichungen des Karlsruher Stadtarchivs Band 8).
- Kaiser, Gert (Hrsg.): Der tanzende Tod, Frankfurt a. M. 1982.
- Klee, Ernst: Deutsche Medizin im Dritten Reich. Karrieren vor und nach 1945, Frankfurt a. M. 2001.
- Kluge, Friedrich: Adolf Kußmaul 1822–1902. Arzt und Forscher – Lehrer der Heilkunst, Freiburg 2002.
- Koch, Manfred: Karlsruher Chronik. Stadtgeschichte in Daten, Bildern, Analysen, Karlsruhe 1992 (= Veröffentlichungen des Karlsruher Stadtarchivs Band 14).
- Krauß, Martin: Armenwesen und Gesundheitsfürsorge in Mannheim vor der Industrialisierung 1750–1850/60, Sigmaringen 1993.
- Kreutzer, Susanne: Vom „Liebesdienst“ zum modernen Frauenberuf. Die Reform der Krankenpflege nach 1945. Frankfurt a. M., New York 2005.
- Krukemeyer, Hartmut: Entwicklung des Krankenhauswesens und seiner Strukturen in der Bundesrepublik Deutschland. Analyse und Bewertung unter Berücksichtigung der gesamtwirtschaftlichen Rahmenbedingungen und der gesundheitspolitischen Interventionen, Bremen 1988.
- Labisch, Alfons/Spree, Reinhard (Hrsg.): Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett, Frankfurt a. M. 1996.
- Lacker, Erich: Zielort Karlsruhe. Die Luftangriffe im Zweiten Weltkrieg, Karlsruhe 22005, S. 53–89 (= Veröffentlichungen des Karlsruher Stadtarchivs Band 18).
- Lauts, Jan: Caroline Luise von Baden. Ein Lebensbild aus der Zeit der Aufklärung, Karlsruhe 1980.
- Leiber, Gottfried: Vom Jagdsitz zur Stadtanlage. Die städtebauliche Entwicklung Karlsruhes bis zum Ende des 18. Jahrhunderts, in: Klar und lichtvoll wie eine Regel. Planstädte der frühen Neuzeit vom 16. bis zum 18. Jahrhundert, Ausstellungskatalog, Karlsruhe 1990, S. 297–312.
- Link, Gunther: Eugenische Zwangssterilisation und Schwangerschaftsabbrüche im Nationalsozialismus. Dargestellt am Beispiel der Universitätsklinik Freiburg, Frankfurt a. M. 1999.
- Loetz, Franziska: Vom Kranken zum Patienten. Medikalisierung und medizinische Vergesellschaftung am Beispiel Badens 1750–1850, Stuttgart 1993 (= Medizin, Gesellschaft und Geschichte Beiheft 2).
- Lutzer, Kerstin: Der Badische Frauenverein 1859–1918. Rotes Kreuz, Fürsorge und Frauenfrage. Stuttgart 2002 (= Veröffentlichungen der Kommission für geschichtliche Landeskunde in Baden-Württemberg Reihe B, Forschungen, 146. Band)
- Mack, Cécile: Die badische Ärzteschaft im Nationalsozialismus, Frankfurt a. M. 2001.
- Maler, Friedrich Wilhelm: Historisch-Genalogische Nachrichten von der Familie Maler, Karlsruhe 1819.
- Matzel, Oskar: Die Pocken im Deutsch-Französischen Krieg 1870/71, Düsseldorf 1977.
- Mayer-Steinegg, Theodor/Sudhoff, Karl/Herrlinger, Robert: Illustrierte Geschichte der Medizin, Paderborn 2006.
- Mielck, Andreas: Soziale Ungleichheit und Gesundheit. Empirische Ergebnisse, Erklärungsansätze, Interventionsmöglichkeiten, Bern 2000.
- Mührenberg, Anke/Rastetter, Corinna: Berufe rund um's Wasser, in: Maier, Matthias/Mührenberg, Anke (Hrsg.): Wasser. Geschichte der Wasserversorgung in Durlach, Karlsruhe 2006, S. 57–67 (= Häuser- und Baugeschichte. Schriftenreihe des Stadtarchivs Karlsruhe Band 5).
- Müller, Christina: Karlsruhe im 18. Jahrhundert. Zur Genese und sozialen Schichtung einer residenzstädtischen Gesellschaft, Karlsruhe 1992 (= Forschungen und Quellen zur Stadtgeschichte. Schriftenreihe des Stadtarchivs Karlsruhe Band 1).
- Murken, Axel Hinrich: Die bauliche Entwicklung des deutschen Allgemeinen Krankenhauses im 19. Jahrhundert, Göttingen 1979.
- Murken, Axel Hinrich: Vom Armenhospital zum Großklinikum. Die Geschichte des Krankenhauses vom 18. Jahrhundert bis zur Gegenwart, Köln 1995.
- Nauck, Ernst Theodor: Karl Heinrich Baumgärtner, Freiburg 1961.

- Nauck, Ernst Theodor: Aus der Geschichte der Freiburger Wundärzte und artverwandter Berufe, Freiburg 1965 (= Veröffentlichungen aus dem Archiv der Stadt Freiburg im Breisgau 8).
- „Neues Zentrum“ Zentralinstitut für Bildgebende Diagnostik und weitere Funktionsstellen, o. O., o. J. [Karlsruhe 1997].
- Obser, Karl: Ein Tagebuch des Markgrafen Karl Friedrich vom Jahre 1764. Im Auszuge mitgeteilt, in: Neues Archiv für die Geschichte der Stadt Heidelberg und der rheinischen Pfalz 9, 1911, S. 224-246.
- Oelenheinz, C(arl) F(riedrich): Notizen meistens aus dem zweiten Decenio seit Erbauung der Residenz Karlsruhe anno 1715, gesammelt 1835, hrsg. von Karl Freiherr von Neuenstein, Karlsruhe 1901.
- Pezold, Hans von: Zur Geschichte der Prostitution in Karlsruhe, Karlsruhe 1926.
- Pfeifer, Hans: Die Gebäude der neuen herzoglichen Krankenanstalt von Braunschweig, in: Braunschweig im Jahre 1897. Festschrift den Teilnehmern an der 69. Versammlung Deutscher Naturforscher und Aerzte, Braunschweig 1897, S. 238-275.
- Plagens, Manfred: Innovationsprozesse in der Medizintechnik in Deutschland, Diss. Würzburg 2001.
- Porter, Roy: Die Kunst des Heilens. Eine medizinische Geschichte der Menschheit von der Antike bis heute, Heidelberg, Berlin 2000.
- Pretsch, Peter: Lidellplatz, in: Stadtplätze in Karlsruhe, hrsg. vom Stadtarchiv Karlsruhe durch Manfred Koch, Karlsruhe 2003, S. 192-197 (= Veröffentlichungen des Karlsruher Stadtarchivs Band 26).
- Residenz im Kaiserreich. Karlsruhe um 1890. Bearbeitet von Konrad Krimm und Wilfried Rößling, Karlsruhe 1990.
- Röschner, Matthias: Hospital und Residenz. Kranken- und Armenversorgung in Darmstadt, Wiesbaden und Karlsruhe vom Ende des 18. bis in die Mitte des 19. Jahrhunderts, Aachen 2002.
- Salaba, Marie: Das jüdische Bettelhaus und das Hospital in: Juden in Karlsruhe. Beiträge zu ihrer Geschichte bis zur nationalsozialistischen Machtgreifung, hrsg. von Heinz Schmitt unter Mitwirkung von Ernst Otto Bräunche und Manfred Koch, Karlsruhe 1988, S. 296-300 (= Veröffentlichungen des Karlsruher Stadtarchivs Band 8).
- Sander, Sabine: Bader und Barbieri in: Reith, Reinhold: Lexikon des alten Handwerks. Vom späten Mittelalter bis ins 20. Jahrhundert, München 21991, S.17-22.
- Sarwar, Irfan: Malaria am Oberrhein, Diss. Heidelberg 2002.
- Schambach, Sigrid: Eigenständigkeit und Abhängigkeit - Karlsruherinnen in einer Zeit des Übergangs (1806-1859), in: Asche, Susanne/Guttman, Barbara/Hochstrasser, Olivia/Schambach, Sigrid/Sterr, Lisa: Karlsruher Frauen 1715-1945. Ein Stadtgeschichte, Karlsruhe, 1992, S. 102-159 (= Veröffentlichungen des Karlsruher Stadtarchivs Band 15).
- Schindera, Frank (Hrsg.): 75 Jahre Kinder- und Kinderchirurgische Klinik Karlsruhe 1920-1995. Vom großherzoglichen Viktoria-Pensionat zur Franz Lust-Kinderklinik, Karlsruhe 1995.
- Schipperges, Heinrich: Die Kranken im Mittelalter, Minden 1990.
- Schott, Heinz: Die Chronik der Medizin, Dortmund 1993.
- Schuhladen-Krämer, Jürgen: Zwangsarbeit in Karlsruhe 1939-1945. Ein unbekanntes Kapitel Stadtgeschichte, Karlsruhe 1997 (= Forschungen und Quellen zur Stadtgeschichte. Schriftenreihe des Stadtarchivs Karlsruhe Band 3).
- Schulze, Ursula (Hrsg.): Jost Ammann: Das Ständebuch, Köln 2006.
- Schweickhard, Christian Ludwig: Über den Zustand des Wundarzneiwesens im Badischen, Karlsruhe 1787.
- Seidler, Eduard: Geschichte der Medizin und Krankenpflege, Stuttgart 1993.
- Simon, Michael: Krankenhauspolitik in der Bundesrepublik Deutschland. Historische Entwicklung und Probleme der politischen Steuerung stationärer Krankenversorgung, Opladen, Wiesbaden 2000 (= Studien zur Sozialwissenschaft Band 209).
- Spohn, Kurt: Schwesternprobleme, in: Das Krankenhaus, 1957, S. 229-234.
- Stadt Münsingen (Hrsg.): Arzt und Patient im Mittelalter. Zum 600. Geburtstag von Dr. Heinrich Münsinger, Münsingen 1997 (= Schriftenreihe des Stadtarchivs Münsingen Band 5).
- Städtisches Klinikum. Wäscherei und Zentrallager, o. O., o. J. [Karlsruhe 1998].
- Stein, Johannes: Aus der Geschichte der Straßburger Medizin, in: Zur Geschichte der deutschen Universität Straßburg, Straßburg 1941, S. 151-211.
- Steinhilber, Wilhelm: Das Gesundheitswesen im alten Heilbronn (1281-1871), Heilbronn 1956.
- Steinmetz, Karl: Kleine Chronik von Durlach, Durlach 1933.
- Stiefel, Karl: Baden 1648-1952, 2 Bände, Karlsruhe 1977.
- Strahlentherapie im Städtischen Klinikum. Auf dem Weg ins Jahr 2000, o. O., o. J. [Karlsruhe 1998].
- Strieder, Wilhelm: Das Allgemeine Krankenhaus der Haupt- und Residenzstadt Karlsruhe, Karlsruhe 1909.
- Stumpf, Ludwig: Die Geschichte der städtischen Krankenanstalten, hrsg. aus Anlaß des 50jährigen Bestehens des Krankenhauses Moltkestraße 14, Karlsruhe 1957.
- Stumpf, Ludwig: Bildsammlung der einstigen und jetzigen Oberbürgermeister, der Dezernten, Chefärzte und Verwaltungsleiter der Städt. Krankenanstalten Karlsruhe. Karlsruhe 1964.

- Stumpf, Ludwig: Städtische Krankenanstalten Karlsruhe. Biographiensammlung, Karlsruhe 1965.
- Thielhorn, Ulrike: Zum Verhältnis von Pflege und Medizin. Bestandsaufnahmen und Handlungsalternativen, Stuttgart 1999.
- Tripps, Christine: Robert Wilhelm Volz (1806–1882). Biographie und Ergographie eines Arztes im Übergang von der Naturhistorischen Schule zur Naturwissenschaftlichen Medizin, Diss. Heidelberg 1989.
- Unter dem Greifen. Altbadisches Militär von der Vereinigung der Markgrafschaften bis zur Reichsgründung 1771–1871, bearb. v. Sabina Hermes und Joachim Niemeyer, Rastatt 1984.
- van de Zande, Johan: Die Tugend der Selbstachtung. Schlossers Verhältnis zu Karl Friedrich von Baden, in: Johann Georg Schlosser (1737–1799), Ausstellungskatalog, Karlsruhe 1989, S. 33-51.
- Vasold, Manfred: Pest, Not und schwere Plagen. Seuchen und Epidemien vom Mittelalter bis heute, Augsburg 1999.
- Volz, Robert: Das Spitalwesen und die Spitäler des Großherzogthum Badens, Karlsruhe 1861.
- Vom Markgräflichen Armenhaus zur Hauptschwerpunkt-Klinik. Die Chirurgische Klinik des Städtischen Klinikums, Karlsruhe o. J.
- Vosseler, Birgit: Krankenschwester ade – das neue Gesicht der Pflege, in: www.PrinterNet.info. Die Zeitschrift für Pflegewissenschaft, 11/2006, S. 596-605.
- Weech, Friedrich von: Karlsruhe. Geschichte der Stadt und ihrer Verwaltung, 3 Bände, Karlsruhe 1895–1904.
- Werner, Josef: Hakenkreuz und Judensterne. Das Schicksal der Karlsruher Juden im Dritten Reich, Karlsruhe 1988 (= Veröffentlichungen des Karlsruher Stadtarchivs Band 9).
- Windelband, Wolfgang: Die Verwaltung der Markgrafschaft Baden zur Zeit Karl Friedrichs, Leipzig 1916.
- Zier, Hans Georg: Johann Gottfried Tulla. Ein Lebensbild, in: Badische Heimat, 50. Jahrgang 1970, Heft 4, S. 441-446.

Bildnachweis

- Vorsatz Wilhelm Strieder: Das allgemeine Krankenhaus der Haupt- und Residenzstadt Karlsruhe, Karlsruhe 1909, Lageplan nach S. 139
- 19 StadtAK 8/PBS XVI 1, Ausschnitt
- 20/21 StadtAK 8/PBS XIIIa 12
- 21 Jost Amman: Das Ständebuch, Köln 2006, S. 29
- 22 Ammann (wie Abb. S. 21), S. 113
- 25 Ammann (wie Abb. S. 21), S. 31
- 26 StadtAK 8/PBS oXVI 15
- 29 GLA G Baupläne Karlsruhe Nr. 1074
- 31 GLA 206 Nr. 551
- 36 StadtAK 8/PBS XVI 109, Ausschnitt
- 38 StadtAK 8/PBS III 1964
- 40 GLA G Baupläne Karlsruhe Nr. 1079
- 48 Fritz Hirsch: 100 Jahre Bauen und Schauen, Bd. 1, Karlsruhe 1928, nach S. 120, Ausschnitt
- 49 Ludwig Stumpf: Städtische Krankenanstalten Karlsruhe, Biographiensammlung, Karlsruhe 1965, S. 3
- 51 oben: StadtAK 8/PBS III 987
- 51 unten: Fritz Hirsch: 100 Jahre Bauen und Schauen, Bd. 2, Karlsruhe 1932, S. 402
- 52/53 GLA G Baupläne Karlsruhe Nr. 106
- 54 GLA G Baupläne Karlsruhe Nr. 161
- 56 Hirsch (wie Abb. S. 51 unten), S. 331
- 58 StadtAK 8/PBS XV 670
- 60 Bildstelle Stadt Karlsruhe, Foto: Müller-Gmelin
- 64 StadtAK 8/PBS oXIVa 1647
- 65 StadtAK 8/PBS XV 668
- 66 Die Großherzoglich Badische Haupt- & Residenzstadt Karlsruhe in ihren Massregeln für Gesundheitspflege & Rettungswesen, Karlsruhe 1876, S. 149
- 68 Leipziger Illustrierte Zeitung, Band 10 (1848), S. 323
- 69 Axel Hinrich Murken: Vom Armenhospital zum Großklinikum, Köln 1988, S. 100
- 71 StadtAK 8/PBS XV 670
- 72 oben: StadtAK 8/PBS III 1027
- 72 unten: Regierungspräsidium Karlsruhe, Referat 25 – Denkmalpflege
- 75 oben links: StadtAK 8/PBS III 1466
- 75 oben rechts: StadtAK 8/PBS III 1053
- 75 unten links: StadtAK 8/PBS III 655
- 75 unten rechts: StadtAK 8/PBS III 1467
- 78 StadtAK 8/PBS XIIIb 54
- 81 vier Abbildungen, Karl Friedrich Baumgärtner: Krankenphysiognomik, Freiburg 1839, Tafelband
- 86 StadtAK 8/PBS III 50
- 87 Jean Civiale: Traité pratique et historique de la lithotritie, Paris 1847, planche 4
- 90 StadtAK 8/PBS XIVa 6
- 92 StadtAK 8/PBS XIVa 230
- 94/95 StadtAK 8/PBS XVI 194
- 96 StadtAK 8/PBS XV 689
- 97 StadtAK 8/PBS oXIVa 463
- 100 StadtAK 8/PBS XV 709
- 101 StadtAK 8/PBS XV 693
- 102 StadtAK 8/PBS oXIVa 467
- 103 StadtAK 8/PBS XV 704
- 104 oben: StadtAK 8/PBS oXIVa 457
- 104 unten: Foto: Feitenhansl
- 105 oben: StadtAK 8/PBS oVI 316
- 105 unten: StadtAK 8/Bildstelle I 3982, Neg. 58
- 107 StadtAK 8/PBS oXIVa 451
- 110 StadtAK 8/Alben 328, 212

- 112 GLA 69 Baden Sammlung 1995 F1/1859
- 124 StadtAK 8/PBS oXIVa 450
- 125 Axel Hinrich Murken: Vom Armenhospital zum Großklinikum. Die Geschichte des Krankenhauses vom 18. Jahrhundert bis zur Gegenwart, Köln 31995, S. 121
- 129 StadtAK 8/PBS VI 246
- 132 StadtAK 8/Alben 328, 71
- 133 Stumpf (wie Abb. S. 49), S. 19
- 134 Stumpf (wie Abb. S. 49), S. 137
- 138 StadtAK 8/Alben 328, 114
- 139 links: Stumpf (wie Abb. S. 49), S. 69
- 139 rechts: Stumpf (wie Abb. S. 49), S. 73
- 140 StadtAK 8/Alben 328, 55
- 142 Stumpf (wie Abb. S. 49), S. 125
- 143 Stumpf (wie Abb. S. 49), S. 113
- 146 oben: Stumpf (wie Abb. S. 49), S. 91
- 146 unten: StadtAK 8/PBS X 5834
- 148 unten: StadtAK 1/H-Reg A 2046
- 150 links: Stumpf (wie Abb. S. 49), S. 119
- 150 rechts: Stumpf (wie Abb. S. 49), S. 121
- 151 StadtAK 8/Alben 328, 148
- 152 Stumpf (wie Abb. S. 49), S. 133
- 154 StadtAK 8/PBS oVI 212
- 157 StadtAK 11/DigA 8, 1
- 159 StadtAK 8/Alben 326, 32
- 160 StadtAK 8/Alben 325, 5
- 161 links: StadtAK 11/DigA 8, 9
- 161 rechts: StadtAK 11/DigA 8, 11
- 162 StadtAK 8/Alben 325, 7
- 163 privat
- 164 Ludwig Stumpf: Die Geschichte der Städtischen Krankenanstalten Karlsruhe, Karlsruhe 1957, S. 312 unten
- 166 oben: Stumpf (wie Abb. S. 49), S. 23
- 166 unten links: Stumpf (wie Abb. S. 49), S. 139
- 166 unten rechts: Stumpf (wie Abb. S. 49), S. 47
- 168 Stumpf (wie Abb. S. 49), S. 291 oben
- 169 Chirurgie am Städtischen Klinikum Karlsruhe 1960–1984, Karlsruhe 1984, S. 24
- 170 StadtAK 1/H-Reg A 2052
- 174 StadtAK 1/H-Reg A 2090
- 178 Frank Schindera (Hrsg.): 75 Jahre Kinder- und Kinderchirurgische Klinik Karlsruhe 1920–1995. Vom großherzoglichen Viktoria-Pensionat zur Franz-Lust-Kinderklinik, Karlsruhe 1995, S. 12
- 179 9/Tondokumente IV 35
- 184 StadtAK 8/Alben 5, 200
- 185 Stumpf (wie Abb. S. 49), S. 81
- 186 oben links: Stumpf (wie Abb. S. 49), S. 93
- 186 oben rechts: StadtAK 11/DigA 4, 19
- 186 mitte rechts: Schindera (wie Abb. S. 178), S. 25 oben rechts
- 186 unten links: Stumpf (wie Abb. S. 49), S. 51
- 188 Schindera (wie Abb. S. 178), S. 18
- 194 Verwaltungsbericht der Landeshauptstadt Karlsruhe 1936, Abbildungsteil dritte Seite oben
- 198 StadtAK 8/Alben 5, 586a
- 200 Schindera (wie Abb. S. 178), S. 25 oben links
- 202 StadtAK 8/Alben 5, 586b
- 204 Foto: Fotostudio Bauer, Karlsruhe
- 206 Schindera (wie Abb. S. 178), S. 20
- 210/211 StadtAK 8/PBS XV 716
- 212 Murken (wie Abb. S. 125), S. 123
- 213 Murken (wie Abb. S. 125), S. 144
- 218 StadtAK 8/Alben 328, 8
- 219 StadtAK 8/Alben 328, 39
- 220/221 Strieder (wie Vorsatz), Tafel 7
- 222/223 Strieder (wie Abb. S. 220/221), Tafel 12
- 224 StadtAK 8/Alben 328, 139
- 226 StadtAK 8/Alben 328, 158
- 228 StadtAK 8/Alben 328, 146
- 229 StadtAK 8/Alben 328, 192
- 230/231 Axel Hinrich Murken: Die bauliche Entwicklung des deutschen Allgemeinen Krankenhauses im 19. Jahrhundert, Göttingen 1979, Abb. 154
- 234 Hans Pfeifer: Die Gebäude der neuen herzoglichen Krankenanstalt von Braunschweig, in: Braunschweig im Jahre 1897, Tafel I (zu S. 239)
- 236/237 wie Abb. S. 234 Pfeifer, Tafel III (zu S. 242), Abbildung oben
- 242 StadtAK 1/Klinikum 2710 (alt)
- 245 StadtAK 8/PBS oVI 322, 7
- 251 oben links: Stumpf (wie Abb. S. 49), S. 27
- 251 oben rechts: Stumpf (wie Abb. S. 49), S. 31
- 251 unten links: Stumpf (wie Abb. S. 49), S. 33
- 251 unten rechts: Stumpf (wie Abb. S. 49), S. 63
- 252 oben links: Stumpf (wie Abb. S. 49), S. 65
- 252 oben rechts: Stumpf (wie Abb. S. 49), S. 71
- 252 unten links: Stumpf (wie Abb. S. 49), S. 75
- 252 unten rechts: Stumpf (wie Abb. S. 49), S. 83

- 253 oben links: Stumpf (wie Abb. S. 49), S. 95
 253 oben rechts: Stumpf (wie Abb. S. 49), S. 107
 253 unten links: Stumpf (wie Abb. S. 49), S. 115
 253 unten rechts: Stumpf (wie Abb. S. 49), S. 141
 256 StadtAK 1/Klinikum 2116 (alt)
 258 StadtAK 8/PBS X 2675
 261 StadtAK 8/Bildstelle, Foto: Förster
 262 StadtAK 8/Bildstelle, Foto: Förster
 263 oben: StadtAK 11/DigA 4, 2
 263 unten: StadtAK 8/Bildstelle, Foto: Förster
 265 StadtAK 8/BA Schlesiger A4 128/2/8A
 267 StadtAK 8/Bildstelle
 268 StadtAK 8/Bildstelle, II 671/1A
 270 StadtAK 8/BA Schlesiger A9 92/6/7A
 272 StadtAK 8/ZGS BO 10a, BNN 11.8.1971
 273 StadtAK 8/Ds FVII 8,1 S. 209
 274 StadtAK 8/Bildstelle, Foto: Förster
 275 StadtAK 8/Bildstelle, Foto: Förster
 277 StadtAK 8/Bildstelle
 282 StadtAK 8/Bildstelle, Foto: Förster
 284 StadtAK 8/BA Schlesiger A10 6/2/23A
 286 StadtAK 8/BA Schlesiger A3 78/7/4
 288 StadtAK 8/Bildstelle, Foto: Förster
 293 StadtAK 8/Bildstelle
 294 StadtAK 8/Bildstelle
 296 StadtAK 8/Bildstelle
 298 StadtAK 8/Bildstelle, Foto: Holzmann
 299 StadtAK 8/Bildstelle, Foto: Förster
 300 StadtAK 8/Bildstelle, III Nr. 1365
 302 StadtAK 1/Klinikum 4331 (alt), Bad. Volkszeitung
 8.12.1966
 304 StadtAK 8/BA Schlesiger A14 270/1/12
 310 StadtAK 8/Bildstelle
 317 links: Stumpf (wie Abb. S. 49), S. 37
 317 rechts: Stumpf (wie Abb. S. 49), S. 127
 322 links: Stumpf (wie Abb. S. 49), S. 87
 330 StadtAK 8/Bildstelle, II Nr. 1308
 334 StadtAK 1/H-Reg 5410
 337 StadtAK 8/BA Schlesiger A13 144/1/34
 343 StadtAK 1/H-Reg 5403
 345 StadtAK 8/Ds FVII 30, Geschäftsbericht 2001,
 S. 20
 347 StadtAK 8/Alben 328, 78
 352 StadtAK 8/Bildstelle, Foto: Förster
 354 StadtAK 1/Klinikum 0420 (alt)
 355 StadtAK 1/Klinikum 0420 (alt)
 356 StadtAK 1/Klinikum 0420 (alt)
 361 StadtAK 8/Alben 328, 14
 366 StadtAK 8/Bildstelle
 368 StadtAK 8/Alben 328, 30a
 369 StadtAK 8/Bildstelle, I Nr. 3315
 371 StadtAK 8/Bildstelle, II Nr. 1308
 396 Luftaufnahme C. Ilg
 402 Foto: Wolfgang Pankoke
 Nachsatz Karlsruher Planungsgesellschaft für Einrichtungen
 des Sozial- und Gesundheitswesens (KAPEG)
- Fotos Städtisches Klinikum:**
 www.gettyone.de, www.photocase.de, Städtisches Klinikum
 Karlsruhe, Cornelia Vogel & Alexander Rosenbaum projekt-
 ART
 279, 280, 281, 303, 308, 311, 322re., 323, 329, 349re., 350,
 351, 374o., 374u., 380, 390, 400, 405, 408, 421, 422, 423,
 426, 427, 429, 430, 435, 437 (2), 438 (3), 440, 441 (3), 442,
 443, 444 (2), 445 (2), 446, 448, 449 (2), 450, 451, 452, 453,
 454 (2), 455 (2), 457, 458, 459, 460, 461 (2), 462 (2), 463
 (2), 464, 465, 466, 467 (3), 468/469, 470 (4), 471, 472 (2),
 473 (2), 474 (2), 475 (12), 476 (2), 477 (2), 482 (2), 483
 (2), 484

Orts- und Sachregister

bearbeitet von Ulrike Deistung und Volker Steck

Alphabetisch eingereihte

Überbegriffe

- Ämter und Institutionen (kommunal und staatlich)
- Arzneimittel, Behandlungsmethoden und Medizintechnik
- Berufe/Titel in der Medizin und im Klinikum
- Drittes Reich
- Einrichtungen des Klinikums
- Hochschulen und Schulen
- Krankheiten, Schädigungen
- Medizinische und Sozialeinrichtungen (außer Klinikum)
- Parteien
- Straßen und Plätze (in Karlsruhe)
- Vereine und Verbände
- Zeitschriften und Zeitungen

Ämter und Institutionen

(kommunal und staatlich)

- Amt für Volksgesundheit 173, 176
- Amt für Volkswohlfahrt 183
- Armenhaus 30, 351
- Armenrat 98, 123
- Bürgerausschuss 216, 384
- Bürgermeister 19, 23, 25, 30, 61, 91, 134, 153, 243, 266, 267, 286, 287, 312, 316, 317, 318, 321, 324, 325, 342, 353, 357, 364, 370, 373, 374, 378, 389, 398, 422
- Dienstboteninstitut 44, 45, 46, 62, 99
- Fürsorgeamt 188
- Gemeindeprüfungsanstalt Baden-Württemberg 370
- Gemeinderat 97, 107, 108, 117, 118, 269, 278, 280, 287, 292, 315, 316, 334, 341, 353, 364, 368, 374, 375, 376, 384, 392-395, 400, 404, 406, 410, 414, 428, 478

- Gesundheitsamt 173, 176, 257
- Großherzogliche Domänen-direktion 215
- HandwerksgeSELLenInstitut 47, 57, 63
- Hospitaldeputation 41, 46, 55, 56, 57, 62, 65, 73, 77
- Hospitalfonds 34, 35, 39, 44, 63
- Hospitalkommission 62, 66, 82, 97-99, 107, 107, 111
- Hospitalverein 62
- Krankenhausausschuss 244, 250, 254, 264, 266, 267, 269, 273, 275, 283, 284, 287, 289, 291, 293, 301, 312, 315, 316, 317, 318, 321, 324, 359, 360, 364, 366, 392-395, 397, 402
- Krankenhauskommission 97, 134, 364
- Kreiskrankenhaus 394, 429
- Kultusministerium 342
- Landesregierung 255, 275, 336, 342, 344
- Ministerium des Innern 117, 173
- Oberamt 17, 30, 51
- Oberbürgermeister 62, 97, 133, 143, 156, 173, 183, 201, 203, 205, 246, 249, 250, 255, 267, 278, 299, 318, 329, 341, 362, 364, 372, 374, 375, 392, 396, 422, 423
- Ortsgesundheitsrat 215
- Physik 61, 62, 70, 73, 74
- Pfründnerhaus 43, 63, 91, 95
- Regierungspräsidium 330, 404, 415
- Sanitätskommission 52, 61, 62, 70, 73, 74, 85
- Spitalfonds 63, 64, 69
- Stadtmosenfonds 56
- Stadtamt 61, 108
- Stadtarchiv 73, 83, 105
- Städtischer Krankenverein 62, 64, 99

- Stadtrat 28, 32, 41, 54, 61, 97, 98, 118, 131, 134, 142, 143, 157, 167, 169, 172, 182, 199, 214-216, 239, 246, 254, 264, 287, 290, 321, 323, 324, 330, 332, 361, 363-365
- Stadtverwaltung 158, 165, 168, 173, 180, 187, 190, 192, 193, 199, 207, 214, 215, 238, 241, 246, 280, 297, 316, 341, 364, 369, 372, 395
- Studentenwerk 394
- Tuberkulose-Fürsorgestelle 238
- Vereinigung kommunaler Arbeitgeber 299
- Amerika 84
- Approbation 61, 160, 185, 341
- Artilleriekaserne 65, 243, 246-248, 257, 259, 260, 305
- Arzneimittel, Behandlungsmethoden und Medizintechnik**
- Acetylsalicylsäure 125
- Aderlass 16, 21, 22, 24, 49, 114, 116, 119
- Amputation 23, 441
- Aneurysmcoiling 465
- Angiographie 282, 423, 450, 459, 465
- Angioplastische Verfahren 282
- Antibiotika 115
- Antimon 121
- Antisepsis 11, 86, 125, 126, 231
- Apparatemedizin 104
- Arsen 114, 121
- Arzneien 25, 37, 74, 89, 116, 119
- Asepsis 11, 126, 231, 268, 287
- Aspirin 125
- Äther 124, 285
- Äthermarkose 133
- Autoanalysegerät 284
- Autoklav 232
- Babcock-Operation 439
- Balneophototherapie 443

- Balneophysikalische Therapie 454
- Beckenkampunktionen 454
- Bewegungsübungen 171
- Bezugspflege 312
- Blepharoplastik 449
- Bluteigel 22
- Blutgruppenuntersuchung 151
- Bluttransfusion 126
- Bor-Salicyllösung 120
- Botulinumtoxin 444, 449
- Bronchoskopie 453, 456
- Brustrekonstruktion 441
- Brustvergrößerung 441
- Brustverkleinerung 441
- Carotis Thrombendarteriektomie (Carotis-TEA) 439
- Carotisstenversorgung 465
- Cervicalplexus Anästhesie 439
- Chemotherapie 439, 442, 457
- Chinin 85, 116, 117
- Chlor 116
- Chlorgas 117
- Chlorkalk 117, 126, 232
- Chloroform 88, 116, 124, 285
- chlorsaures Kali 119
- Chlorwasser 119
- Cimino-Fisteln 454
- CO₂-Laser 444
- Cochlea-Implantat 443
- Codein 241
- Coil 457
- Coiling 459
- Computernavigation 440
- Computer-Tomograph (CT) 278, 461, 465
- CT- und MRT-Stereotaxie 465
- CT-Angiographie 459
- CT-gesteuerte diagnostische Punktion 465
- Darmspülung 118
- Dauerdialyse-Katheter 454
- Defibrillatorimplantation 455
- Desaga'scher Induktionsapparat 127
- Desinfektion 79, 113, 117, 121, 126, 131, 138, 232
- Dialyse 293, 304, 309, 321, 367, 401, 411, 412, 416, 465
- Diät 47, 67, 74, 85, 114, 167, 173, 255, 359, 401
- Diathermie 138, 171
- Distractionsosteogenese 449
- Distractionsverfahren zur Augmentation des Alveolarfortsatzes 448
- Dopplersonographie 459
- Dubois-Reymond'scher Induktionsapparat 127
- Duplexsonographie 453, 454, 456
- Durchflusszytometrie 456
- Durchleuchtungsgerät „Ultra-Statoskop Z“ 206
- Dysgnathiechirurgie 448
- Echo-/Dopplerechocardiographie 454, 455
- EEG-Gerät 283
- Eisenvitriol 117
- EKG-Gerät 283
- Elektrisches Lichtbad 222
- Elektroakupunktur 127
- Elektroanwendungen 171
- Elektronenmikroskop 464
- Elektrophysiologische Diagnostik 436
- Elektrotherapie 127
- Endoskopie 196, 277, 321, 414, 415, 427, 43-434, 437, 453, 456
- endoskopische Perorantendissektion 439
- endoskopische Verfahren 282
- endovaskuläre Therapie 457
- Erbium-Yag-Laser 444
- Ergotherapie 329, 412, 459
- essigsaures Blei 116
- Eversionsendarteriektomie (EEA) 439
- Facelift 443, 449
- Farbduplexsonographie 459
- Farbstofflaser 444
- Fasziektomie 439
- Faszienzügelplastik 460
- Fasziotomie 439
- Feinnadelpunktion 456
- Fettsaugung 449
- Funktionspflege 312, 339
- Gallenblasenoperation 141
- Galvanismus 127
- Gastroskopie 453, 456
- Gefäßdilatation (PTA) 439
- Gehirnbioptie 474
- Gelenkersatz 440
- Gerbsäure 118
- Glaskörperoperation 436
- Gruppentherapie 448
- Gummihandschuhe 126
- H₂-Atemtests (Glucose/Lactose/Lactulose) 453
- Halsplastiken 449
- Hämodialyse 439, 454
- Hämoerfusion 454
- Heilgymnastik 239
- Heißluftanwendungen 171
- Heißluftbad 144
- Herzkathetermessplatz mit 3D-Navigation 473
- Herz-Lungen-Maschine (HLM) 438
- Hochdosischemotherapie 456
- Höhensonnenbehandlung 138
- Homöopathie 85
- Hornhautendothelfotografie 436
- Hornhautpachymetrie 436
- Hornhautverpflanzung 436
- Hyaluronsäure 449
- Impfung 47, 56, 84, 115, 119, 121, 130
- Impingementoperation 440
- Implantat 448
- Implantationstechnik 440
- Implantologie 448
- Infekt-Dialyse 453
- Insulin 241, 245, 453
- intensitätsmodulierte Radiotherapie (IMRT) 452
- Intensiv-Reform-Bestrahlungsapparat 142
- intraoperatives elektrophysiologisches Monitoring 458
- Intubationsnarkose 285
- Jod 126
- Jodoformdauerverbände 120
- Kalk-Schwefel 123
- Kanülen 307
- Karbolsäure 117, 126, 231
- Katheter 307
- Katheterablation 456
- Kernspintomograph 278, 279, 410, 413, 461, 474
- Klistier 49
- Knopflochchirurgie 460
- knorpelchirurgische Verfahren 440
- Kochsalzlösung 126
- Kohlensäurebad 222
- Kokain 124, 155, 156
- Koloskopie 453, 456
- Körpertherapie 448
- Krampfaderchirurgie 439
- Kraniale Computertomographie 459
- Krankengymnastik 329, 454, 459, 460
- Kreosot 121
- künstliches Schließmuskelsystem 460
- Kunsttherapie 448
- Lachgas 124
- Langzeit-pH-Metrie 453
- Laser-Therapie 439
- Leibumschläge 118
- Linearbeschleuniger 278, 283, 404, 406, 419, 422
- Lokalanästhesie 124

- Luftröhrenschnitt 22, 119, 120
- Lumbalpunktion 459
- Lymphknotensonographie 444
- Magnetresonanztomographie 465
- Makrobiotik 85
- Mammographie 465
- Manometrie 453
- Massagen 171
- matrixassoziierte autologe Chondrozytentransplantation (ACT) 440
- Metallotherapie 127
- Microfracturing 440
- mikrochirurgischer Gewebetransfer 448
- minimalinvasiv(e Chirurgie) 282, 437, 439, 440, 442, 444, 457, 458, 473, 475
- Miniphlebektomie 439
- Monopan-Röntgen-Apparat 142
- Morphin (Morphium) 85, 121, 125, 156
- Moschus 117
- MRT-Angiographie 459
- Naphthol 123
- Narkose 88, 123, 124, 138, 285, 286, 309, 333, 437, 446, 462
- Neodyn-Yag-Laser 444
- Neuromonitoring 439
- Neuronavigation 458
- Neuroradiologische Untersuchung 465
- Nierenarterienstenosen 454
- Nierenlithotripter 278
- Nierenpunktionen 454
- Novocain 124
- Nukleoplastie 465
- Obduktion 150, 151, 239, 333, 463, 464
- Operationsroboter 458
- Opiate 121
- Opium 125, 241
- Optische Kohärenz-Tomographie (OCT) 436
- osteochondrale Stanzzylinder (OATS-Plastik) 440
- Osteoplastische Kreuzsteißbein-resection 133
- Palliativpflege 466
- Peeling 444
- Penizillin 119
- Peritoneal-Dialyse 293, 453
- Phosphorsäure 117
- Photodynamische Therapie 436
- Physikalische Therapie 268, 278
- Physiotherapie 329, 349
- Pin-Distraktor, Karlsruher 448
- Plasmapherese-Behandlung 454
- plastische Gesichtschirurgie 443
- Polymilchsäure 449
- Portkathetersystem 439
- Positronenemissionstomograph 378, 449
- Profilplastik 449
- Projektionsradiographie 465
- Prothesen 440
- Punktion 120, 333, 453
- Quecksilber 114
- Quecksilberchlorid 114
- Radiofrequenzablation 439, 465
- Radioiodtherapie 450
- Radiopharmaka 449
- Reinst-Germanium-Spektroskopie-messplatz 450
- Röntgenapparat 127, 128, 141, 142, 143, 159, 170, 171, 202, 206, 238, 291
- Röntgenphotographie 128
- Röntgenstrahlung 128, 142
- Röntgenuntersuchungen 137, 171, 197, 268, 277, 291, 426
- Röntgenverfahren 123
- Sakroplexie 460
- salicylsaures Natron 119
- Salicylspiritus 119
- Schaumsklerosierung 439
- Schlafgas 124
- Schlaganfallprophylaxe 439
- Schmalspektrum UVB-Therapie 443
- Schmerztherapie 439
- Schrittmacherimplantation 455
- Schröpfen 21, 22, 23
- Schröpfkopf 122
- Schwefelalkalisalbe 123
- Schwefeläther 116
- Selektive interne Radiotherapie, SIRT 450
- Sentinel-Node Entfernung (Entfernung des Wächterlymphknotens) 441
- Shunts 439
- Siemens-Röntgenkugel 206
- Silbernitrat 117
- Silikonplombe 436
- Skalpelle 87
- Sodalösung 126
- Sondierung 197
- Sonographie 453, 456, 465
- sonographische Verfahren 282
- Soziotherapie 451
- SPECT- und Ganzkörperfähige Gammakamera 450
- Stammzelltransplantation 456
- Stent 439, 457, 459
- Sterilisation 307
- Stethoskop 85
- Stickstoff 121
- Strahlentherapie 142, 277, 278, 282, 291, 386, 403, 404, 410, 419, 422, 437, 452, 480
- Sublimat 231
- Telecobaltgerät 283
- Terpentinöl 122
- Tiefentherapieapparat „Müller Super T“ 206
- Tracheotomie 223
- Transanale endoskopische Mikrochirurgie (TEM) 437
- Transfusionsmedizin 387, 466
- transkranielle Dopplersonographie 459
- Treutler'scher Apparat 121
- TVT-Band 460
- Ultradünnschnitt 464
- Ultraschallgerät 459
- Umstellungsosteotomien 440
- Unterwassermassage 171
- UVA1-Kaltlichttherapie 443
- UV-Lampe 273
- Vakuum-Stanzbiopsiesystem 465
- Ventrikulozisternostomie 458
- Verbandsmaterial 50, 227, 244, 245, 307
- Vertebroplastie 465
- Videomikroskopie 456
- Visite 49, 50, 196, 197, 309, 320, 462
- Vollnarkose 124
- Wadenpackungen 118
- Wassermansche Reaktion 151
- Wasserstoffgas 116
- Weinstein 114, 116
- Werktherapie 448
- Aufklärung 32-35, 325, 327
- Baden 18, 20, 23, 59-62, 70, 73, 74, 79, 83-85, 97-99, 106, 115, 117-120, 123, 128, 147, 157, 158, 162, 176, 181, 183, 327, 328, 332, 333, 344, 361
- Baden-Baden 35, 144, 179, 205, 242, 246
- Baden-Württemberg 259, 260, 327, 331, 340, 344, 364, 369, 370, 379, 380, 394, 407, 411
- Badestube 22-24
- Balacava (Krim) 71
- Bannwald 215

- Basler Tor 15
 Bayern 79, 315
 Beiertheim 32, 215
 Bergwald 269
 Berlin 49, 56, 79, 121, 127, 144, 149, 229, 267, 296, 330, 336, 365
- Berufe/Titel in der Medizin und im Klinikum**
- Amtsarzt 62, 73, 80, 82, 83, 88
 - Apotheker 152, 153, 155
 - Arzt im Praktikum 326
 - Ärztlicher Direktor 11, 73, 88, 108, 133, 134, 135, 137, 144, 156, 165, 181, 196, 209, 216, 246, 249, 250, 254, 255, 261, 287, 291, 301, 315, 316-318, 323, 325, 329, 337, 364, 375, 387, 403
 - Assistenzarzt 72, 73, 76, 99, 107, 108, 134, 136, 137, 139, 140, 142, 144, 149, 150, 159, 160, 188, 196, 197, 207, 218, 221, 223, 254, 255, 285, 288, 299, 309, 316, 320-325, 342, 344, 350, 381
 - Aufsichtsratsvorsitzender 373, 389
 - Bäcker 46
 - Bademeister 136, 295, 329
 - Bader 18, 20, 22, 23, 24, 25, 28, 50
 - Barbier 20, 22, 23, 24, 25, 28, 49, 50, 61, 123
 - Bauinspektor 38
 - Beiköchin 136
 - Bewegungstherapeut 451
 - Biologielaborant 329
 - Chefarzt 108, 129, 179, 180, 182, 183, 185, 188, 196, 197, 200, 239, 242, 246-250, 254, 257, 262, 264, 266, 268, 270, 273, 280, 282-289, 291, 292, 293, 297, 306, 315-321, 323-325, 327, 329, 332, 334, 341, 342, 353, 357, 358, 362, 364, 366, 377, 378, 381, 385, 394, 471, 472, 482
 - Chirurg 11, 22, 23, 25, 27, 28, 33, 56, 72, 76, 123, 124, 126, 133, 140, 161, 165, 167, 188, 199, 211, 231, 232, 285, 287, 292
 - Desinfektor 136
 - Diätassistentin 173, 332, 350
 - Diätköchin 136
 - Dirigierender Arzt 72, 98
 - Ergotherapeut 451
 - Famulus 197
 - Feldscherer 22, 52
 - Gastarzt 254
 - Gesundheits- und Kinderkrankenpfleger/in 314, 340
 - Gesundheits- und Krankenpfleger/in 314, 340
 - Grüne Engel 363
 - Hausdiener 136
 - Hausmädchen 136
 - Hebamme 22, 24, 28, 35, 47, 205, 328, 344
 - Hebammenmeister 47, 51, 54
 - Hebarzt 54
 - Heilgymnastin 171
 - Hospitalverwalter 41, 62, 64, 71, 76
 - Hospitalvorsteher 41
 - Inspektor 97, 98, 110
 - Intensiv- und Anästhesiefachpflegekraft 310
 - Jungärzte 254, 321
 - Kassen- und Bureaudiener 136
 - Kinderkrankenschwestern 161, 445
 - Koch 329
 - Kranken- und Gesundheitspfleger/in 466
 - Krankengymnast/in 188, 199, 349, 445, 456
 - Krankenhausdezernent 266, 268, 271, 276, 289, 299, 324, 331, 332, 344, 364, 367, 374, 389
 - Krankenpflegehelferin 341
 - Krankenpfleger 34, 110, 111, 171, 197, 200, 295, 300, 304-306, 308, 311, 314, 340
 - Krankenschwester 11, 12, 17, 73, 89-91, 98, 106, 109-113, 117, 136, 137, 138, 147, 152, 167, 174, 175, 177, 183, 187, 192, 193, 197, 200, 203-205, 207, 218, 238, 248, 249, 271, 290, 291, 293-309, 314, 320, 327, 333-335, 338, 340, 341, 376, 392, 397
 - Barmherzige Schwester vom Orden vom Hl. Vinzenz von Paul 90, 91, 98, 106, 327, 376
 - Diakonisse 89, 106, 111, 327
 - Luisenschwester 112, 295, 297
 - Rotkreuzschwester 129, 152, 187, 200, 249, 302, 295, 296, 300, 301, 306, 333
 - NSV-Schwester 188
 - Schwesternschaft 11, 12, 74, 83, 98, 100, 106, 109, 190, 304, 327, 340
 - Stationsschwester 297, 298, 306, 307, 309, 320, 353, 359
 - Krankenschwesternschülerin 137, 174, 175, 192, 193, 200, 249, 303
 - NS-Schwesternschülerinnen 175, 200
 - Krankenwärter 32, 49, 50, 55, 71, 74, 89, 109, 305
 - Küchenmädchen 136, 137
 - Kunsttherapeut 451
 - Laboratoriumsdiener 136
 - Leibarzt 18, 20, 36, 52, 84
 - Lernschwestern 295, 297, 333-336
 - Masseur/in 329
 - Materialienbeamter 136
 - Medientechniker 367
 - Medizinalassistent 207, 299, 341
 - Medizinalpraktikant 188, 197, 254, 255
 - Medizinalrat 47, 62, 69, 73, 88, 107, 108
 - Medizinalreferent 108
 - Medizinisch-technische Assistentin (MTA) 329, 330, 336
 - Metzger 46
 - Musiktherapeut 451
 - Oberamtsphysikus 36, 41, 47, 51
 - Oberarzt 97, 98, 99, 107, 108, 134, 136, 137, 140, 144, 160, 178, 179, 182, 185, 186, 197, 199, 254, 255, 264, 287, 288-290, 316, 319-322, 324, 325, 333, 342, 362, 381, 456
 - Oberin 98, 106, 110, 113, 134, 136, 137, 184, 187, 196, 249, 297, 300, 301, 304-306, 309, 312, 313, 327, 334, 338, 339, 359, 360, 388
 - Oberköchin 136
 - Obermedizinalrat 108, 288, 324, 329
 - Oberpfleger 304, 305, 333
 - Oberschwester 249, 306, 309, 388
 - Onkologiefachpflegekraft 310
 - Operationstechnische Assistentin/en 340
 - Pathologe 88, 114
 - Patientenführer 360
 - Pfarrer 34, 41, 49, 89, 302, 362
 - Pflegedirektor 13, 313, 375, 388
 - Pflegefachkraft für Psychiatrie 345
 - Pflichtassistenten 254, 255
 - Physiklaborant 329
 - Physikus 47
 - Prosektor 137, 149, 150, 180, 227, 239
 - Psychiatriefachpflegekraft 310
 - Psychologe 451, 456
 - Putzfrau 136
 - Rettungsassistent 463
 - Röntgenassistentin 136, 137, 199, 328, 329
 - Röntgenfacharzt 238
 - Säuglingspflegerinnen 156, 159, 333
 - Säuglingspflegeschülerin 188

- Sozialarbeiter 451, 456
- Spitalmeister 18, 109
- Stadt- und Landchirurg 49, 61
- Stadt- und Landphysikus 51
- Stadtamtsarzt 97
- Stadtphysikus 27, 28, 72, 73, 78, 82
- Tagelöhner 11, 50
- Technischer Baudirektor 375
- Totengräber 32
- Unterchirurg 50
- Verwaltungsassistent 136
- Verwaltungsdirektor 134, 135, 153, 167, 196, 201, 211, 242, 246, 269, 271, 276, 296, 297, 300, 301, 305, 307, 315, 316, 322, 325, 329, 332, 335, 336, 337, 342, 357, 358, 362, 363, 364, 368, 371, 372, 375, 388, 391
- Volontärarzt 321
- Volontärassistent 246, 254, 255
- Wärter 11, 12, 50, 71, 74, 76, 111, 113, 136, 224, 248
- Wirtschafterin 136, 225
- Wundarzt 22, 39, 41, 47, 49, 50, 61, 68, 74, 76
- Zahnarzt 88
- Zahnarzthelferin 329
- zahnmedizinische Fachangestellte 329
- Beschwerdemanagement 360
- Bevölkerungswachstum 12, 60, 63, 66, 100, 103, 137, 209
- Birmingham 179
- Blutgruppen 127
- Bodensee 73
- Bologna 20
- Bonn 302
- Bonndorf 122
- Borneo 144
- Boston 88
- Breisgau 327
- Breslau 149
- Bretten 206, 207, 242, 243, 394
- Bruchsal 36, 37, 73, 198
- Budapest 133
- Bühl 185
- Bulach 119
- Bundesrepublik Deutschland 293, 301, 365, 380, 381, 396, 435, 459

- Cleveland/Ohio 186

- Danzig 133
- Dardanellen 71
- Darmstadt 313

- Deutsche Demokratische Republik (DDR) 310, 322
- Deutsches Reich 145
- Deutschland 84, 85, 106, 109, 121, 126, 128, 130, 133, 176, 179, 184, 197, 207, 208, 209, 211, 229, 242, 257, 264, 276, 280, 285, 287, 290, 299, 301, 302, 307, 315, 357, 365, 366, 369, 377, 379-381, 419, 423, 452, 457, 459, 474
- Diagnosis related Groups 381, 480, 481, 483
- Diedenhofen 246
- Dörfle 60, 77, 82, 83, 95
- Dresden 30, 185, 214, 250
- Drittes Reich**
 - Erbgesundheitsgericht 177
 - Gesetz zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums 178
 - Kameradschaft Karlsruhe der Nationalsozialistischen Kriegsoffiziersversorgung 173
 - Konzentrationslager Dachau 179
 - NSDÄB (Nationalsozialistischer Deutscher Ärztebund) 173, 176, 181, 182
 - NSDAP (Nationalsozialistische Deutsche Arbeiterpartei) 180, 181, 249
 - NSDStB (Nationalsozialistischer Deutscher Studentenbund) 181
 - NSKK (Nationalsozialistisches Kraftfahrkorps) 180, 181
 - NS-Schwesternschaft 177, 183, 187, 193
 - NS-Studentenkampfhilfe 181
 - NSV (Nationalsozialistische Volkswohlfahrt) 180, 183, 187, 193, 206, 295, 328, 333
 - RAD-Krankenbaracken 207
 - Reichsärztekammer 176, 181
 - Reichsbund der Kinderreichen 181
 - Reichsbund freier Schwestern 306
 - Reichskolonialbund 181
 - Reichsluftschutzbund 181
 - SA 180, 181
 - SS 180
 - Zwangssterilisierung 176, 177, 208
- Dublin 144
- Durlach 13, 15-25, 27, 30, 51, 60, 61, 70, 79, 115, 167, 177, 208, 242, 265, 269, 270, 272, 364
- Friedhof 15
- Gasthaus Roter Löwe 19
- Spitaläcker 19
- Spitalkirche 19

- Turmberg 15, 264, 290
- Durlacher Wald, heute Oberwald 115, 118, 130
- Düsseldorf 267, 321

- Eichstetten bei Freiburg 144
- Einrichtungen des Klinikums (einschl. Vorgängerinstitutionen)**
 - Absonderungshaus 147, 225
 - Abteilung für Haut- und Geschlechtskrankheiten 243
 - Abteilung für medizinische Onkologie 437
 - Akademie für ärztliche Fortbildung 255
 - Akademie für Führungskräfte im Gesundheitswesen 346
 - Akademisches Lehrkrankenhaus 276, 319, 327, 341, 342, 344, 460
 - Allergielabor 443
 - Allergologie 443
 - Ambulatorische Klinik 130
 - Anästhesie 11, 268, 278, 280, 285, 286, 287, 309, 319, 344, 367, 407, 439, 440, 462, 463, 466
 - Anatomie 47, 49, 51, 89, 149
 - Angiologie 385, 439, 455, 456
 - Apotheke 71, 74, 136, 152, 192, 217, 243, 244, 266, 270, 271, 275, 311, 368, 369, 387, 398, 401, 461, 462
 - Armenspital 32
 - Atemphysiologie 443
 - Audiologie 329, 443
 - Aufsichtsrat 364
 - Augenabteilung 135, 139
 - Augenklinik 139, 230, 245, 246, 250, 259, 262, 277, 279, 282, 292, 305, 309, 353, 362, 377, 386, 398, 399, 411, 413, 424, 430, 436, 437, 450, 461, 482
 - Ausländerkrankenhaus 208
 - Bakteriologie 86, 149, 150, 214, 223, 232, 239, 284
 - Bakteriologisches Institut 271, 285
 - Bakteriologisch-serologisches Institut 273, 284, 397, 399
 - Betsaal 107, 153, 217, 218, 271, 361
 - Bildungs- und Beratungszentrum 313, 346, 378
 - Blatternanstalt 55
 - Blutbank 283, 285, 287, 393, 411, 413, 433
 - Blutspendezentrale 387, 466
 - Bürgerhospital 37, 54, 55, 56, 65, 67, 70, 79, 89, 90, 116, 214

- Chirurgie 16, 21, 22, 39, 47, 49, 72, 73, 76, 115, 123, 141, 143, 161, 167, 170, 171, 172, 173, 177, 184, 185, 199, 202, 203, 204, 216, 218, 219, 221, 222, 223, 224, 230, 233, 238, 239, 240, 243, 248, 250, 262, 266, 267, 268, 269, 270, 272, 276, 277, 282, 287, 288, 289, 292, 309, 310, 319, 323, 330, 333, 342, 349, 357, 362, 367, 377, 393, 394, 396, 405, 437, 438, 439, 442, 444, 448, 452, 457
- Chirurgische Abteilung 38, 99, 108, 125, 134-136, 136, 138, 140, 141, 143, 144, 153, 165, 166, 168, 171, 172, 178, 184, 188, 205, 206, 213, 217, 220, 230, 232, 233, 238, 239, 291
- Chirurgische Klinik 199, 246, 248, 250, 254, 259, 262, 266-268, 270, 276, 277, 280, 285, 287, 288, 292, 298, 305, 309, 319, 321, 323-325, 377, 385, 393, 394, 395, 396, 409, 435, 454
- Dentoalveoläre Chirurgie 448
- Dermatologische Abteilung (s.a. Hautabteilung) 185, 199
- Desinfektionsanstalt 227
- Diabetologie 439, 446, 453
- Dialysestation 293, 407, 412, 416
- Diätküche 168, 173, 174, 350, 400
- Doecker'sche Krankenbaracke 154, 155, 190
- endokrine Chirurgie 437
- Entbindungsstation 37, 52, 206
- Epidemiehaus 136
- Erik-Homburger-Erikson-Haus 291
- Ersatzkinderkrankenhäuser 247
- Frauenklinik 246, 250, 252, 259, 262, 266, 267, 270, 277, 278, 280, 283, 290, 291, 305, 315, 321, 323, 326, 358, 385, 393, 406, 412, 416, 428, 430, 431, 440-442, 444, 446, 461
- Friedrichs-Baracken-Lazarett 115, 129
- Frigidarium 144
- Gastro- und Endokrinologie 293
- Gastroenterologie und Diabetologie 385, 452
- Geburtshilfe 28, 33, 47, 51, 53, 126, 139, 167, 221, 233, 412, 429, 441, 442
- Gefäßchirurgische Klinik 282, 288, 385
- Gefäßzentrum 282
- Gemüsedarre 154
- Gemüsegarten 59, 154
- Geschäftsführung 280, 339, 346, 360, 364, 375, 376, 388, 417, 420, 421, 484
- Geschwulstklinik 246, 250, 259
- Gynäkologische Abteilung 135, 140, 167, 173, 221, 243
- Gynäko-Onkologie 441
- Hals-Nasen-Ohren-Abteilung 135, 136, 139, 167, 173, 178, 181, 184, 199, 202
- Hals-Nasen-Ohren-Klinik 243, 246, 250, 259, 262, 277, 282, 292, 297, 305, 319, 323, 353, 386, 398, 399, 401, 404, 424, 442, 450, 461, 482
- Hämatologie 293, 385, 456
- Hämodialyse-Station 453
- Haus der Gesundheit 163, 188, 204
- Hautabteilung (s.a. Dermatologische Abteilung) 136, 172, 173
- Hautklinik 167, 173, 246, 247, 248, 250, 257, 258, 259, 269, 277, 306, 308, 386, 391, 410, 443, 461, 462
- Hebammenschule 344, 406
- Heilanstalt für Kinder 68
- Herzchirurgie 280, 411, 414, 416
- Herzkatheterlabor 279, 281, 282, 420, 455
- Hilfskinderkrankenhaus 204, 205
- Hilfskrankenhaus 189, 197, 198, 204-208, 240, 241, 243, 244, 260
- Histopathologie 464
- Hubschrauberlandeplatz 279, 414
- Immunologie 443
- Impfabteilung 55
- Infektionsbau 167
- Infektionsepidemiologie 466
- Infektionsgebäude 397
- Infektionskranken-Klinik 266
- Infektionsstation 33
- Inhalatorium 223
- Inkontinenzzentrum 460
- Institut für Anästhesiologie 285, 377, 387, 462
- Institut für Betriebliche Fortbildung (IBF) 346
- Institut für Mikrobiologie und Immunologie 285, 387
- Intensivmedizin 446, 473
- Intensivstation 268, 278, 286, 290, 309, 313, 398, 401, 403, 405, 406, 411, 416, 423, 424, 428, 446, 456, 457, 458, 459, 463
- Intermediate-Care-Station 455, 457
- Isolierabteilung für Geschlechts-, Haut- und Geistesranke 224, 225, 239
- Isolierabteilung für Scharlach und Diphtherie 143, 155, 223
- Isolierstation 187
- Isotopenabteilung 277, 291
- KAPEG (Karlsruher Planungsgesellschaft für Einrichtungen des Sozial- und Gesundheitswesens mbH) 13, 339, 375, 376, 417, 418, 419, 421, 479
- Kardiologie 293, 385, 439, 455, 473
- Karlsruher Versorgungsdienste im Sozial- und Gesundheitswesen GmbH (KVD) 351, 376
- Kesselhaus 136, 217, 226, 228, 266
- Keuchhustenbalkon 160
- Kinder- und Frauenklinik 278, 280, 283, 298, 299, 340, 360, 376, 377, 410, 411-415, 417, 418, 420, 422-425, 427, 428, 431, 432, 447, 482
- Kinderabteilung 68, 111, 119, 139, 221, 222
- Kinderchirurgische Klinik 290, 386, 398, 444, 445, 457, 461
- Kindergarten 93
- Kinderinfekstation 247
- Kinderklinik 159-163, 203, 246, 249, 250, 254, 257, 259, 262, 264, 277, 278, 280, 283, 288, 290, 295, 297-300, 306, 309, 313, 317, 322, 333, 336, 340, 357, 360, 363, 365, 386, 388, 392, 393, 398, 403, 404, 408, 409, 412, 414, 416, 417, 428, 445, 448, 457, 462
- Kinderklinik, Kinderchirurgische Abteilung 161, 288
- Kinderklinik, onkologische Station 417
- Kinderklinik, Röntgenabteilung 159
- Kinderkrankenhaus 156, 157, 158, 160, 163, 165, 178, 180, 183, 185, 187, 188, 190, 198, 200, 201, 203-206, 246, 333, 392, 393
- Kinderkrankenhaus, Chirurgisch-Orthopädische Abteilung 161
- Kinderkrankenpflegeschule 333, 336, 339, 428
- Kindermotfallambulanz 447
- Klinik für Allgemein-, Viszeral- und Thoraxchirurgie 437
- Klinik für Anästhesie und Intensivmedizin 462, 463
- Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe 412

- Klinik für Gefäßchirurgie 438
- Klinik für Kinder- und Jugendmedizin 290, 446, 461, 465
- Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie 276, 290, 291, 386, 398, 447
- Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Tagesklinik 291, 418, 429, 446
- Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie (MKG-Klinik) 276, 277, 279, 329, 386, 409, 413, 419, 424, 448, 461, 482
- Klinik für Nuklearmedizin 291, 292, 386, 449
- Klinik für Psychiatrie 289, 373, 386, 450, 451
- Klinik für Psychiatrie, Abteilung für Kinder- und Jugendpsychiatrie 403
- Klinik für Psychiatrie, Station für psychotherapeutische Medizin 377
- Klinik für Strahlentherapie 291, 292, 386, 410, 419, 422, 452
- Klinik für Unfall-, Hand- und Orthopädische Chirurgie 289, 439
- Klinikbaubüro 375, 402, 406, 407, 409
- Klinikschule (in der Kinderklinik) 360
- Kohlensäurebad 222
- Kompetenzzentrum Kopf 433, 434, 482
- Kopfklinik 275, 277-279, 283, 292, 398, 399, 404, 424, 425, 430-434
- Krankenbaracken für Zwangsarbeiter 207
- Krankenhausbibliothek 172, 183, 218, 227, 228, 363
- Krankenhauskapelle 89, 90, 131, 160, 188, 190, 204, 271, 361, 362, 397
- Krankenpflegehilfeschule 340, 341
- Krankenpflegeschule 274, 299, 302, 307, 314, 328, 332-334, 336, 338, 339, 397, 398, 402, 403, 462
- Krankensaal 55, 67, 68, 113, 121, 131, 138, 143, 147, 153, 159, 167, 212, 221-223, 225, 230, 237, 353
- Krankenzimmer 12, 37, 38, 67, 68-70, 76, 89, 102, 120, 173, 199, 203, 214, 221, 223, 255, 297, 353, 392, 402
- Kreißsaal 270, 321
- Küblerhaus 299, 360
- Küche 39, 50, 55, 65, 67, 98, 100, 147, 167, 200, 203, 205-208, 225, 226, 228, 266, 271, 274, 298, 329, 332, 350, 359, 376, 397, 400, 401, 403, 414, 433, 434
- Laboratoriumsmedizin 466
- Landesanstalt zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit 162
- Leichenhalle 71
- Leichenhaus 70, 102, 217, 227, 228, 233, 235, 239
- Leichenkammer 55, 67, 90, 227
- Leichenkeller 239
- Logopädie 329, 459
- Marmeladenfabrik 154
- Massageraum 144
- Medikomechanischer Behandlungsraum 239
- Medikomechanisches Institut 220
- Medizinisch-diagnostisches Institut 266, 275, 283, 285, 322, 329, 387, 398, 401, 466
- Medizinische Abteilung 99, 108, 136, 141, 144, 166, 172, 184, 199, 206, 207, 213, 216, 217, 221, 223, 230, 237, 238, 243
- I. Medizinische Klinik 246, 248, 250, 254, 257, 259, 266, 271, 276, 277, 283, 289, 293, 309, 317, 321, 349, 353, 362, 385, 397-399, 401, 410, 413, 416, 435, 452, 453
- II. Medizinische Klinik 244, 246, 247, 250, 254, 257, 259, 260, 264, 266-269, 274, 276, 277, 279, 283, 284, 289, 290, 292, 293, 305, 313, 323, 324, 332, 356, 357, 362, 363, 367, 369, 370, 373, 385, 391, 395, 397-401, 406, 410, 416, 455, 456
- Medizinische Versorgungszentrum GmbH (MVZ) 376, 482
- Medizintechnik 349
- Mikrobiologie 466
- Milchküche 162
- Mosterei 154, 155
- MTA-Schule 199, 302, 331, 401
- MTL-/MTR-Schule 275, 329, 332, 398
- Neonatologie 278, 416, 429, 446
- Nephrologie 439
- Nephrologie und Rheumatologie 293, 385, 453
- Neugeborenen-Station 446
- Neurochirurgische Ambulanz 420
- Neurochirurgische Klinik 275-277, 280, 282, 287, 292, 386, 398, 399, 407, 409, 418, 445, 457, 458, 474, 480
- Neurologie 277, 439, 480
- Neurologische Intensivstation 416
- Neurologische Klinik 289, 290, 386, 398, 409, 412, 416, 458, 459
- Neurologische Abteilung 271
- Neurologisch-psychiatrische Klinik 289, 292, 386, 397, 399
- Neuropädiatrie 445, 446
- Notarzdienst 463
- Notaufnahme 267, 277, 278, 459, 461, 465
- Obduktionssaal 149
- Onkologie 293, 385, 456
- Pädaudiologie 443
- Palliativstation 457
- Pathologie 85, 167, 171, 199, 230, 243, 250, 254, 262, 266, 271, 400, 414, 464
- Pathologisch-bakteriologisches Institut 246, 284, 387
- Pathologisches Institut 204, 227, 240, 249, 284, 387
- Perinatalogie 410
- Personalspeisesaal 274
- Pflegedienstleitung 306, 310, 313, 344, 364, 388, 417, 466
- Pflegedirektion 364, 388
- Pflegerinnenschule zur Ausbildung von Säuglings- und Kleinkinderpflegerinnen bzw. -schwestern 162
- Pharmazie 16
- Phoniatrie 329, 404, 443
- Phoniatrich-pädaudiologische Abteilung 348
- Planungs- und Entwicklungsgesellschaft (PEG) 376
- Pneumologie 293, 447
- Pockenbaracke 284, 285
- Proktologische Sprechstunde 288
- Prosektur 136, 149, 150, 171, 172, 243, 245, 246, 262
- Prostatazentrum 460
- Psychiatrische Klinik 276, 278, 289, 308, 312, 344, 377, 398, 406-408
- Psychiatrische Tagesklinik 433
- Psychotherapeutische Medizin 432
- Radiologie 439
- Radioonkologische Station 430
- Radiumbehandlungsraum 238, 291
- Reservelazarett (Zweiter Weltkrieg) 199, 200
- Rettungsdienst 463
- Röntgenabteilung 168, 206, 238
- Röntgeninstitut 135, 139, 141-143, 170, 199, 220, 250, 254, 270, 282, 291, 317, 329, 334, 387, 393-395, 398, 403

- Sattlerei 271
- Säuglings- und Mütterheim 162
- Säuglingspflegerinnenschule 333
- Scharlach-Abteilung 136
- Scharlachbau 171, 173, 184, 204, 216, 235, 238, 240, 245, 262
- Schlafmedizinisches Zentrum 443
- Schlafsaal 39, 174, 188, 218, 226, 297
- Schlosserei 271
- Schmerzümbulanz 377, 420
- Schmerzzentrum Mittlerer Oberrhein 463
- Schreinerei 271
- Schule für Diätassistentinnen 332
- Schule für Pflegeberufe 340
- Schweinemästerei 265
- Schweinestall 154
- Schwesternschülerinnenwohnheim 398, 393
- Schwesternspeisesaal 190, 271
- Schwesternwohnheime 12, 175, 271, 298, 299, 392, 393, 414
- Seelsorge 41, 89, 153, 183, 360-363
- Sektion 47, 49, 85, 150, 457
- Sektionsraum 102
- Serologie 239
- Seuchenlazarett 141, 144
- Sozialer Dienst 349
- Sozialpädiatrisches Zentrum 447
- Spital 12, 13, 18, 19, 25, 32, 34, 36, 37, 39-42, 46, 50, 54-56, 59, 62, 63, 83, 88, 97, 98, 103, 104, 106, 111, 115, 123, 135, 198, 208, 360, 361
- Sterilisationsanlage 206
- Sterilisationsraum 140
- Strahleninstitut 246, 266
- Strahlenklinik 262, 291, 292, 317, 334, 393-395, 403, 404, 406, 450, 460
- Stroke Unit 377, 423, 424, 458, 459
- Technische Bau- und Betriebsdirektion 364, 375
- Thorax- und Allgemein Chirurgie 385
- Thoraxchirurgie 287, 288, 385
- Traumatologie 442, 448, 449
- Tuberkulose-Station 269
- Tunnelsystem 274, 395, 403, 421, 425, 426, 428
- Umweltmedizin 443
- Unfallchirurgische Klinik 264, 287, 288, 385, 409
- Urologische Abteilung 135, 143, 184
- Urologische Klinik 135, 246, 248, 250, 254, 259, 267, 270, 273, 276-278, 289, 291, 305, 319, 377, 386, 391, 393-395, 396, 427, 459, 469
- Vereinigte Entbindungsanstalt Karlsruhe in Baden-Baden 205, 206
- Vereinslazarett (Erster Weltkrieg) 137, 153
- Verwaltungsgebäude 152, 153, 204, 216-219, 225, 233, 235, 238, 271, 276, 330, 334, 400, 401, 432, 434
- Wachstation 278, 309, 394, 405
- Wäscherei 64, 71, 110, 203, 225, 266, 271, 273, 274, 280, 307, 338, 350, 376, 395, 421, 425
- Wirtschaftsgebäude 203, 216-218, 223, 225, 226, 228, 232, 235, 240, 245, 262, 271, 274, 276, 338, 346, 359, 395, 397-403
- Wohnhaus des Ärztlichen Direktors 228, 235, 245
- Zahn-, Mund- und Kieferklinik (ZMK) 273, 275, 292, 305, 397-399, 416
- Zahnklinik 246, 250, 254, 266, 289, 386
- Zentrale Notaufnahme 278, 420, 427, 461
- Zentralendoskopie 283
- Zentrales Röntgenarchiv 401
- Zentralinstitut für Bildgebende Diagnostik 279, 291, 387, 407, 409-411, 413-418, 420, 424, 439, 450, 455, 459, 461, 465, 480
- Zentrallabor 270, 283-285
- Zentrallager 415, 421, 425
- Zentralröntgeninstitut 278, 291, 292, 393-395, 403, 414, 424
- Zentralsterilisation 267, 396, 406, 420
- Zentrum für Labormedizin, Mikrobiologie und Transfusionsmedizin 283, 285, 387, 465
- Zertifiziertes Brustzentrum am Städtischen Klinikum 441
- ZIBID 279, 282, 291, 377, 387, 415, 419, 423, 465
- Zytopathologie 464
- Ellwangen 185
- Elsass 197
- England 18, 32, 33, 130, 179, 278, 307, 416
- Epidemie 71, 77, 115-119, 130, 134, 137, 247
- Erhardisches Haus 70
- Ernst & Whinney AG 372
- Ettlingen 19, 70, 80, 204, 394
- Europa 15-18, 84, 115, 117, 120, 268, 416
- Exerzierplatz 216, 269
- Fasanenschlösschen 128
- Festhalle 154
- Flehingen 206, 207, 242, 243
- Flugplatz, Alter 172, 173, 269, 275, 398
- Frankfurt 39, 68, 127, 160
- Frankreich 17, 32, 42, 56, 79, 130, 172, 197
- Freiburg 79, 85, 87, 90, 99, 106, 133, 144, 149, 152, 287, 292, 327, 330, 342, 344, 366, 376, 407, 455, 460
- Friedhof, Alter 130, 215
- Gasthaus Zum kleinen Ketterer 59
- Gasthaus Zum König von Preußen 59
- Gasthaus Zum weißen Hirsch 32
- Gebührenordnung 137, 143, 194
- Geigersberg 264
- Generalaufbauplan der Stadt Karlsruhe 1954 248
- Generalaufbauprogramm für die Städtischen Krankenanstalten 1950 266
- Gestellungsvertrag 111, 294-297, 301, 306, 333
- Gesundheitsmodernisierungsgesetz 376
- Gesundheitsschein 79
- Gesundheitsstrukturgesetz 312, 370, 373, 374, 377, 378, 476, 478
- Gewann Am Schalterweg 215
- Gewann Herrenfeld 215
- Gewann Mittlerer See 215
- Gewann Eisenhafengrund 269
- Gewerbehau 90, 93, 95
- Gotenhafen 250
- Grenadierkaserne 216, 410-412, 414, 415
- Großer Exerzierplatz 216
- Großflughafen 269
- Grötzingen 17, 19, 20, 363
- Halle-Mersburg 176
- Hamburg 68, 118, 181, 185, 296, 376, 379
- Hauptbahnhof 128
- Heidelberg 62, 79, 85, 88, 117, 127, 128, 133, 139, 142, 144, 149, 152, 160, 176, 179, 185, 230, 284, 287, 288, 290, 292, 302, 327, 330, 337, 342, 366, 372
- Hessen-Kassel 30
- Hochschulen und Schulen**
- Gymnasium 35, 47, 49, 51, 52, 57
- Hochschule Karlsruhe – Technik und Wirtschaft 129

– Lessingschule 243
 – Polytechnikum 128
 – Schulhaus 32
 – Schulhaus in der Spitalstraße 116
 – Schullehrerseminar 128, 129
 – Sophienschule 93, 95
 – Technische Hochschule Karlsruhe (siehe auch Universität Karlsruhe) 118, 187, 284, 298, 341, 394
 – Universität Karlsruhe (siehe auch Technische Hochschule Karlsruhe) 70, 263, 298, 344
 – Viktoria-Pensionat 392
 Hofbibliothek 30
 Hofgartengelände 101, 214
 Hohenzollern 176
 Holland 32
 Hornberg 122
 Hospitalordnung 74, 76

 Indien 302
 Infanteriekaserne 70
 Inflation 63, 143, 153, 155
 Innerbetriebliche Fort- und Weiterbildung (IBFW) 346
 Iran 122
 Irvington 245
 Italien 118, 179

 Jena 51, 70, 72, 84
 Jöhlingen 206
 Juden 30, 32, 73, 88, 178, 181, 208

 Kadettenhaus 179
 Kaiserswerth 68, 89, 327
 Karlsruher Modell 196, 287, 290
 Karlsruher 90, 93, 95
 Kiel 231
 Klapper 16
 Klein-Karlsruhe (s. a. Dörfle) 36
 Kloster Herrenalb 23
 Knielingen 80, 115, 119
 Köln 143
 Kolpinghaus 207
 Konstantinopel 108
 Konstanz 99, 160
 Krankenhausfinanzierungsgesetz 276, 299, 368-370, 372, 373, 399, 400
 Krankenhaushygiene 466
 Krankenhauskostendämpfungsgesetz 370
 Krankenhausneuordnungsgesetz 370
 Krankenhausreformgesetz 278
 Krankenkasse 44, 62, 130, 153-155, 175, 179, 194, 312, 327, 331, 336, 357, 368, 370-373, 440, 444, 477
 Krankenpflegegesetz 314, 339, 340

Krankenversicherung 12, 99, 101, 211, 358, 370, 381, 476
Krankheiten und Schädigungen
 – AIDS 457
 – Akne 443
 – akute Venenthrombose 439
 – Alkoholmissbrauch 147, 155
 – altersbedingte Makuladegeneration (AMD) 436
 – Angina 119
 – Angiom 457
 – Angst- und Zwangsstörung 447
 – Antoniusfeuer 17
 – Aortenaneurysma 438, 457
 – Aussatz 16
 – Ausschlag 43, 122, 123, 142
 – autistische Störung 447
 – Bakterie 86
 – Basaliom 444
 – Basedow'sche Krankheit 142, 450
 – Blasenstein 86
 – Blattern 56, 68, 100, 115, 130
 – Blinddarmentzündung 123
 – Brandwunde 42
 – Cholera 79, 115, 117, 118, 223
 – chronisch venöse Insuffizienz 439
 – Colitis ulcerosa 453, 457
 – Darmverstopfung 116
 – depressive Erkrankung 447
 – Diabetes mellitus 352
 – Diphtherie 119, 143, 144, 155, 159, 167, 198, 216, 223-225, 228, 233, 235, 238, 240, 241, 247, 257, 258
 – Divertikulitis 437
 – Doppelbilder 436
 – Durchblutungsstörung 438
 – Embolie 88
 – Englischer Schweiß 18
 – Entwicklungsstörung 447
 – Epilepsie 16, 147, 446, 458
 – Fehlsichtigkeit 436
 – Fieber 17, 42, 43, 77, 80, 115, 125, 126
 – Fleckfieber 18
 – Gasbrand 125
 – Gefäßanomalie 444
 – Gefäßverschluss der Netzhaut 436
 – Geschwulst 42, 142
 – Geschwür 22, 42, 82, 437
 – Gicht 16
 – Glaskörperprozess 436
 – Glykogenspeicherungskrankheit 149
 – Gonorrhoe 145-147, 259
 – grauer Star 436
 – Grippe 144, 155
 – grüner Star 436

– Harninkontinenz 442
 – Hautausschlag 119
 – Hepatitis 42, 453, 457
 – Herz- und Kreislaferkrankung 352
 – Herzinfarkt 455
 – Herzklappenerkrankung 455
 – Herzrhythmusstörung 455
 – Hodgkinsche Krankheit 142
 – Hornhauterkrankung 436
 – Hospitalbrand 125
 – hyperkinetische Störung 447
 – Hypertonie 454
 – Hysterie 147
 – Infektionskrankheit 16, 116, 120
 – infektiöse Durchfallerkrankung 457
 – Ischias 127
 – Keuchhusten 160
 – Kindbettfieber 126
 – Kinderlähmung 190
 – Kleiderläuse 123
 – Knochenbruch 42, 99, 204, 440
 – Knochenmetastase 449
 – Kollagenose 454
 – Kopflaus 123
 – Kopfschmerz 17
 – Krampfadern 439
 – kraniofaziale Fehlbildung 448
 – Krätze 71, 76, 80, 82, 99, 122, 123, 138, 247
 – Krebs (alle Formen) 43, 80, 81, 100, 142, 156, 405, 419, 441, 442, 452, 464, 475
 – Kropf 144, 156
 – Kuhpocken 56, 84, 115
 – Lepra 16
 – Leukämie 88, 142, 456
 – Lidfehlstellung 436
 – Lidtumor 436
 – Lippen-, Kiefer-, Gaumen- und Segelspalten 448
 – Lues 146
 – Lungenentzündung 17, 116, 205, 257
 – Lymphom 456
 – Lyse 439
 – Magengeschwür 241
 – Magenverstimmung 116
 – Makulaforamen 436
 – Malaria 79, 80
 – Masern 18, 77, 167
 – Melanom 444
 – Meningitis 457
 – Milbe 122
 – Milzbrand 86, 115
 – Morbus Crohn 437, 453
 – Muskellähmung 127

- Nervenkrankheit 83
- Netzhautablösung 436
- Neuralgie 127
- Neurodermitis 443
- Nierenentzündung 119
- Nosokomialfieber 214
- Paratyphus 258
- Parkinson-Syndrom 458
- Pest 16, 17, 18, 120
- Pigmentstörung 444
- Pocken 18, 55, 80, 84, 100, 115, 155
- Polyneuropathie 459
- postthrombotisches Syndrom 439
- Präcancerose 444
- Pseudomembran 119, 120
- Psychose 147, 447
- Puerperalfieber 71
- Rheuma 16, 82, 86
- Ruhr 77, 78, 118, 144, 154, 258
- Schädel-Hirn-Trauma 275, 292, 457
- Schanker 145
- Scharlach 43, 86, 119, 143, 147, 159, 184, 198, 216, 223-225, 228, 233, 235, 238, 240, 247, 262
- Schielen 436
- Schilddrüsenerkrankung 449
- Schlafstörung 443
- Schlaganfall 42, 47, 439, 459
- Schleimhautentzündung 119
- Schmerzsyndrom 459
- Schnarchen 443
- Schuppenflechte 443
- Schüttelfrost 17
- Sehnervenerkrankung 436
- Sepsis 125
- Seuche 24, 118, 119, 130
- Spanische Grippe 150, 151
- Speichelsteine 442
- Speiseröhrenausstülpung 437
- Speiseröhrenerkrankung 166, 250
- Spinaliom 444
- Stoffwechselerkrankung 352
- Störung des Sozialverhaltens 447
- Syphilis 18, 23, 68, 71, 145-147, 331
- Thyreotoxikose 144
- Tinnitus 443
- Tränenwegserkrankung 436
- Tripper 145
- Tropenkrankheit 457
- Tuberkelbazillus 86
- Tuberkulose 80, 115, 119-121, 141, 144, 147, 149, 155, 156, 158, 171, 241, 247, 255, 257, 264, 457
- Typhus 77, 78, 80, 86, 116, 117, 144, 167, 241, 257, 258
- Ulcus cruris 439
- Varikosis 439
- Variolavirus 55
- Vasculitide 454
- Verschlufhydrocephalus 458
- Viruspapillom 444
- Vorhofflimmern 456
- Wechselfieber 79, 80, 85
- Wundfieber 71
- Wundinfektion 115
- Wurmbefall 247
- Kurpfalz 327
- Landgraben 36, 38, 39, 52, 54, 55, 59, 77, 101
- Landkreis Karlsruhe 365
- Langensteinbach 17
- Leiden 84
- Leipzig 185, 214, 229
- Leopoldshafen 118
- Lidell-Stiftung 56, 63, 69, 91, 137
- Liquidation 317
- London 149
- Löschwasserbecken 197
- Ludwigshafen 192, 196, 202, 280, 333
- Luftangriff 164, 165, 202-208, 240, 242, 246
- Luftschutzraum 188, 197, 203-205, 239, 242
- Mainz 30
- Malterdingen bei Emmendingen 49
- Mannheim 30, 34, 50, 53, 97, 99, 117, 127, 140, 260, 286, 292, 298, 321, 327, 330, 333, 365, 366
- Marburg 145
- Märchenviertel 266
- Markgräfliches Palais 103
- Markthalle 201
- Maxau 118
- Medizinalordnung 23, 24, 61
- Medizinische und Sozialeinrichtungen (außer Klinikum)**
- Allg. Krankenhaus Bamberg 39
- Allgemeines Krankenhaus St. Georg Hamburg 69
- Alterskrankenhaus 243, 264, 265
- Alters- und Pflegeheim Klosterweg 265
- Alters- und Pflegeheim Parkschlössle 265
- Apotheke des Akademischen Krankenhauses Heidelberg 152
- Bettelhaus, jüdisches 30
- Charité Berlin 33, 68, 185, 211, 212, 443
- Charité Paris 37
- Christliches Hospiz zum Herzog Berthold 207
- Diakonissenanstalt 89, 95, 98, 106, 107
- Diakonissenhaus Straßburg 89
- Diakonissenkrankenhaus Berlin 212
- Diakonissenkrankenhaus Kaiserswerth 68, 89
- Diakonissenkrankenhaus Pforzheim 139
- Diakonissenkrankenhaus Rüppurr 139, 174, 276, 336, 342, 344, 368, 377, 378
- Diakonissenkrankenhaus Sophienstraße 89, 106
- Einhornapotheke Durlach 25
- Fürst-Styrum-Spital Bruchsal 198
- Garnisonslazarett 66, 129
- Großlazarett, amerikanisches 243
- Gutleutehaus Durlach 16, 18, 19, 20
- Heil- und Pflegeanstalt Pforzheim 108
- Herzogliches Allgemeines Krankenhaus Braunschweig 225, 231, 233-237
- Hofapotheke 30
- Juliussthal Würzburg 39
- Krankenhaus der Barmherzigen Brüder Bruchsal (siehe auch Fürst-Styrum-Spital) 36
- Krankenhaus Hannover 70
- Krankenhaus im Friedrichshain Berlin 213, 225
- Landesfrauenklinik 276, 278, 289, 299, 328, 344, 406, 408
- Landeshebammenanstalt 328
- Lazarett 31, 32, 55, 66, 104, 105, 128-130, 141, 142, 144, 150,
- Lazarett, amerikanisches (1945/46) 243, 244
- Lazarett, französisches (1945) 242, 243
- Lazarett Rebkiol (Dardanellen) 71
- Löwenapotheke Durlach 25
- Mädchenheim der Inneren Mission Bretten 206
- Marienklinik 276
- Militärhospital 36, 54, 65, 66, 70-73, 79, 95, 124
- Mönchshoff-Lazarett Heidelberg 160, 179
- Normalkrankenhaus Berlin 68
- Ordenskrankenhaus der Barmherzigen Schwestern vom heiligen Vinzenz von Paul Freiburg 376
- Paracelsusklinik Durlach

(siehe auch Richt-Klinik) 276
 – Prüfnderhaus 43, 91, 92, 95, 152
 – Privatklinik Gustav Adolf Neuber
 Kiel 231
 – Psychiatrisches Landeskrankenhaus
 397
 – Reservelazarett Pilsen 199
 – Rhönklinik 280, 465
 – Richt-Klinik Durlach (siehe auch
 Paracelsusklinik) 269
 – Rudolf-Virchow-Krankenhaus
 Berlin 232, 233
 – Spinn- und Arbeitshaus 33
 – Spinnhaus Durlach 19
 – Spital Durlach 18, 19, 208
 – Stadtapotheke 30
 – Stadtapotheke Durlach 25
 – Stadtkrankenhaus Dresden 214
 – Stadtkrankenhaus St. Jakob Leipzig
 213-215
 – Stadtkrankenhaus Wiesbaden
 39, 160, 214
 – Städtische Krankenanstalten
 Mannheim 97, 286, 321, 359
 – Städtische Krankenanstalten
 Nürnberg 268
 – Städtisches Erholungsheim
 (der Stadt Karlsruhe in)
 Baden-Baden 135
 – Städtisches Krankenhaus
 „Am Urban“ Berlin 225
 – Städtisches Krankenhaus Durlach
 177
 – Städtisches Krankenhaus Hamburg-
 Eppendorf 215
 – Städtisches Krankenhaus Ludwigs-
 hafan 192, 196
 – Suppenanstalt 93, 95, 104
 – Sybelheim 243, 257, 258, 273, 290
 – Tuberkulose-Krankenhaus 248
 – Universitätskinderklinik Rostock
 186
 – Universitätsklinik Freiburg 79, 342,
 366, 407
 – Universitätsklinik Heidelberg 108,
 133, 152, 160, 185, 225, 229, 230,
 290, 337, 342, 366, 372
 – Universitätsklinik München 167,
 171, 185
 – Universitätsklinik Tübingen 186
 – Universitätsklinik Ulm 372
 – Vincentiushaus 90, 91, 95
 – Vincentiuskrankenhaus 91, 250,
 276, 378
 – Waisenhaus 93, 95
 – Wichernstift Weingarten 206

– Zinkernagelsche Apotheke
 Durlach 30
 Militärregierung 244, 255, 257,
 292, 391
 Militärschießstände 215
 Mittelmeerraum 16, 17
 Mittenwald 79
 Montpellier 20, 21
 Mühlburg 115
 Mühlburger Feld 215
 München 47, 68, 130, 133, 142, 145,
 160, 167, 185, 290, 365
 Multimorbidität 282, 352
 Murg 56

 Neuffen 28
 New York 246
 Niedersachsen 379
 Nobelpreis 119, 127
 Nordrach, 122

 Oberrhein 80, 463, 472
 Oberrheinebene 269
 Österreich 79
 Offenburg 69
 Oppeln 250
 Orden vom Heiligen Vinzenz von
 Paul 90
 Osnabrück 310
 Oststadt 267

 Padua 20
 Palästina 179
 Paris 73, 79, 84-86, 144
Parteien
 – Christlich Demokratische Union
 (CDU) 363, 374, 375, 389
 – Die Grünen 375
 – Freie Demokratische Partei (FDP)
 367, 374, 375, 389
 – Grüne Liste 374
 – Nationalliberale Partei 108
 – Sozialdemokratische Partei
 Deutschlands (SPD) 333, 367, 370,
 374, 375, 389, 476
 Pavia 73, 84
 Pavillonbauweise 232-234
 Pavillonkrankenhaus 225, 229, 232,
 236
 Pavillonssystem 134, 209, 229, 230,
 232, 233, 236
 Persönlichkeitsstörungen 447
 Pflegeklasse 12, 255, 257, 357, 358
 Pflegenotstand 294, 300, 302, 308,
 312, 373

Pflegesatz 143, 155, 159, 187, 192,
 194, 299, 365, 367-370, 372, 377,
 480
 Pfinztal 269
 Pforzheim 47, 51, 56, 79, 108, 139,
 197, 365, 441
 Pfullendorf 73
 Prag 108, 133
 Praktisches Jahr 341, 342
 Presse 268, 353, 357
 Preußen 33, 59, 112, 130, 328
 Primavesischer Garten 35
 Privathonorare 316
 Privatpatienten 43, 135, 137, 139,
 144, 159, 221, 222, 257, 316, 317,
 318, 319, 358

 Quarantäne 17, 79

 Rangierbahnhof 115
 Rathaus 30, 102, 130
 Rauhe (Schwäbische) Alb 79
 Reformierte Kirche 35
 Rehabilitation 466
 Rhein 80
 Rheintal 77, 79
 Rhesus-Faktor 127
 Riga 145
 Rittnerthof 269
 Rohrpostanlage 268, 271
 Rostock 149, 185, 186
 Rüppurr 115

 Salem 73
 Salerno 21
 Salzburg 47
 Santiago-Chile 143
 Schloss Flehingen 206
 Schömberg 122
 Schopfheim 134
 Schützenhaus 215
 Schulgeld 329-332, 335
 Schwäbisch Hall 197, 198
 Schwarzwald 79, 83
 Schweiz 286
 St. Blasien 116, 122
 St. Louis 245
 Siechenhaus 16, 88, 265
 Sozialversicherung 101, 103, 351
 Spitalkleidung 40
 Spitalrechnungen 83
 Spritzen 307
 Spruchkammerverfahren
 181-183, 250
 Stadterweiterung 35, 59, 77
 Städtisches Weingut in Istein 135

- Stiftung 32, 34, 39, 57, 63, 68, 91, 98, 103
 Stiftungsbrief 34, 35
 Stiftungskapital 32, 63
 Straßburg 30, 37, 47, 49, 51, 52, 56, 57, 79, 87, 130, 142, 149
Straßen und Plätze (in Karlsruhe)
 – Adlergasse (heute Adlerstraße) 28, 36
 – Adlerstraße 59, 68, 98, 104, 135, 189, 207, 242
 – Adlerstraße in Durlach (heute Ochsentorstraße) 19
 – Bachstraße 179
 – Bahnhofstraße 215
 – Blücherstraße 216, 217, 339, 402, 410, 416
 – Blumenstraße 243, 248, 257, 258
 – Durlacher Tor 36, 482
 – Ebertstraße 215
 – Eisenlohrstraße 215
 – Eugen-Richter-Straße 299
 – Erbprinzenstraße 36
 – Franz-Lust-Straße 339
 – Guntherstraße 298
 – Herrenstraße 173
 – Jägerstraße 19
 – Josef-Schofer-Straße 299
 – Kaiserallee 278, 289, 328, 406
 – Kaiserstraße 139, 178
 – Kapellenstraße 130
 – Karl-Friedrich-Straße 59
 – Karlstraße 91, 207, 215
 – Karl-Wilhelm-Straße 156, 157, 180, 204, 247, 295, 306, 333
 – Klosterweg 265
 – Knielinger Allee 276, 298, 299
 – Kochstraße 334, 338, 398
 – Kriegsstraße 66, 70, 95, 106
 – Kußmaulstraße 154, 216, 217, 227, 299, 400-402, 413, 421, 428
 – Kreuzgasse (heute Kreuzstraße) 27
 – Lameyplatz 298
 – Lange Straße (heute Kaiserstraße) 35
 – Leopoldstraße 95
 – Lidellplatz 103, 287
 – Linkenheimer Landstraße 215
 – Ludwig-Windthorst-Straße 298
 – Markgrafenstraße 65, 68, 103, 209
 – Marktplatz 25, 52, 59
 – Marktplatz Durlach 25
 – Moltkestraße 13, 108, 128, 131, 133, 135, 180, 187, 190, 197, 198, 200, 204, 207, 208, 216, 217, 228, 241-249, 260, 262, 264, 266, 267, 269-271, 274, 276, 277, 280, 283, 290-292, 295, 302, 306, 309, 332, 337, 356, 377, 391, 392, 403, 404, 410-413, 415, 420, 421
 – Mühlburger Tor 30, 32, 36, 39, 55, 63, 89, 91, 95
 – Querallee 36
 – Reichardtstraße 269
 – Rondellplatz 59, 103
 – Ruppurrer Tor 88
 – Schlossplatz 128
 – Schwanenstraße 98, 102, 104, 214
 – Seldeneckstraße 298
 – Sophienstraße 89, 95, 106, 107, 156
 – Spitalgasse 54, 55
 – Spitalplatz 38-40, 59, 65, 103
 – Spitalstraße 19, 36,
 – Sportplatz der Freien Turnerschaft 215
 – Sportplatz des Karlsruher Fußballvereins (KFV) 215
 – Steinstraße 59, 101, 104
 – Stößerstraße 154
 – Teutschneureuter Allee 215
 – Welschneureuter Allee 215
 – Yorckstraße 156
 – Zähringerstraße 36,
 – Zirkel 27, 28, 30, 38, 47, 56
 Studentenwohnheim 394
 Stupferich 242
 Stuttgart 27, 146, 197, 278, 279, 292, 310, 342, 344, 366, 372, 407, 411, 413
 Süddeutschland 118
 Südfrankreich 118
 Suppenanstalt 93, 95, 104
 Tagessatz 43, 44, 46
 Tarif 12, 43, 99, 115
 Tannenbuckel 269
 Telegraphenkaserne 243, 244
 Thomashof 207, 242, 243
 Todtmoos 122
 Toledo 21
 Totentanz 17
 Tübingen 142, 185, 186, 327
 Überlingen 73
 Ulm 327
 Unteroffiziersheim 271
 Unterwörisheim 32
Vereine und Verbände
 – Agnes-Karll-Schwesternschaft 295, 296
 – Aktion Gemeinsinn e. V. 363
 – Ärztekammer Baden 181
 – Badische Röntgensellschaft 142
 – Badische Schwesternschaft vom Roten Kreuz 11, 110, 112, 129, 137, 174, 249, 294-296, 300, 306, 313, 314, 328, 333, 334, 338, 361, 388, 398
 – Badische Verein/Badische Heimathilfe in Irvington 245
 – Badischer Frauenverein 100, 104, 107, 110-113, 120, 129, 130, 154, 156, 187, 328, 388
 – Badischer Landesausschuss für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge 156, 158, 392
 – Badischer Landeshilfsverein 130
 – Badischer Landesverband für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge 163, 187, 246, 333
 – Badischer Landesverband zur Bekämpfung des Krebses 142
 – Badischer Verband der Krankenhausärzte 181
 – Bezirksärztekammer Karlsruhe 181
 – Bund freier Schwestern in der ÖTV 295
 – Bundesärztekammer 322
 – Bundesverband deutscher Fachärzte für Mund- und Kieferchirurgie 273
 – Deutsche Angestelltengewerkschaft (DAG) 308, 381
 – Deutsche Diabetesgesellschaft 453
 – Deutsche Gesellschaft für Chirurgie 438
 – Deutsche Gesellschaft für Ernährung 359
 – Deutsche Gesellschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten 146, 147
 – Deutsche Krankenhausgesellschaft 293, 311, 318-320, 357, 363
 – Deutscher Berufsverband für Pflegeberufe 295
 – Deutscher Chefarztverband 318
 – Deutscher Frauenverein 108
 – Deutscher Städtetag 299
 – Deutscher Verein für öffentliche Gesundheitspflege 130
 – Deutsches Krankenhausinstitut 276, 392, 395, 398, 415
 – Ev. Kranken-Frauenverein 89
 – Forschungsinstitut für Gebäudereinigungstechnik (FIGR) 376
 – Frauenverein (Sophienverein) 91, 93
 – Freie Schwesternschaft Württemberg-Baden 295

– Gewerkschaft 295, 300, 308, 335, 341, 379, 381
 – Kassenärztliche Vereinigung 199, 319
 – Lebensbedürfnisverein Karlsruhe 432
 – Männerhilfsverein 130
 – Marburger Bund 315, 321, 323, 324, 381
 – Nordbadische Krankenhausgesellschaft 246
 – ÖTV 305, 379
 – Rotes Kreuz 112, 192, 193, 200, 249, 295, 296, 306, 335, 336
 – Verband der Deutschen Krankenhausärzte 181, 182
 – ver.di 379, 380, 381
 – Vincentiusverein 89

Vereinigte Staaten von Amerika (USA) 186, 245, 285, 291, 381, 480
 (Verpflegungs)-Klasse 82, 99, 115, 135, 137-139, 143, 144, 182, 194, 208, 220, 257, 316, 325, 353, 357-359, 365, 372
 Versailles 128

 Wagenhalle des Bahnhofs 128
 Waldstadt 267
 Wasserwerk 130
 Weingarten 206, 242, 243, 259
 Welschneureut 115
 Wien 47, 70, 73, 84, 86, 124, 126, 133
 Wiesloch 289, 302
 Wirtschaft Zur Sirene 47
 Woerth 128

Würzburg 39, 70, 84, 127

Zeitschriften und Zeitungen

– Aertzliche Mittheilungen aus Baden 98
 – Aertzliche Mittheilungen aus und für Baden 128
 – Badische Presse 203
 – Der Führer 188
 – Mittheilungen des badischen ärztlichen Vereins 98
 – Zentralblatt für Bakteriologie 150
 Zellkulturen 456
 Ziegelhausen 176
 Zolleräcker (heute Mühlburger Feld) 215
 Zoologischer Garten 215
 Zwangsarbeiterlager Alb-Ufer-Anlagen 207

Personenregister

bearbeitet von Katja Schmalholz

- Amman, Jost 20, 24
 Arnold, Friedrich 66, 67, 70
 Arnsperger, Leopold 108, 121
 Augusta, deutsche Kaiserin 112
 Augustin, Albert 386
- Baader, B. 89
 Baas, Karl 18, 19
 Baden, von
 – Christoph I., Markgraf 18
 – Friedrich I., Großherzog 108, 111, 118, 128, 133, 214, 215
 – Karl Friedrich, Markgraf/
 Großherzog 32-35, 41, 47, 49, 55-57, 59, 61, 62, 65
 – Luise, Großherzogin 110-113, 120, 156-158, 160, 214, 217, 361, 392
 – Sophie, Großherzogin 91
 Baden-Durlach, von
 – Augusta Maria, Markgräfin 25
 – Karl August, Markgraf 33
 – Karl Wilhelm, Markgraf 28, 32
 – Magdalena Wilhelmine, Markgräfin 32
 Bähr, Rainer 287-289, 319, 323, 385
 Baisch, Bernhard 159, 161, 162
 Battlehner, Theodor 108, 121, 146
 Baumann, Maria 159
 Baumgärtner, Karl Heinrich 79, 83, 85, 86
 Baur, Fidel 73, 86
 Beck, Bernhard von 108, 133-136, 140, 143, 144, 147, 156, 157, 165, 166, 209, 216, 223, 233
 Beck, Otto 183, 185, 186
 Becker, Volker 387
 Behring, Emil von 119
 Beickert, Paul 358, 386, 442
 Bentz, Martin 385
 Berggötz, Heinrich 269
- Bergmann, Ernst von 121, 232
 Bertsch 342, 358, 359, 368, 371, 388
 Betz, Richard 179
 Bingen, Hildegard von 22
 Bismarck, Otto von 211, 351
 Blankenstein, Hermann 212, 232
 Boeninghaus, Hans-Georg 386, 442
 Böhmig, Richard 171, 172, 180, 181, 185, 199, 245, 249, 250, 251, 284, 291, 387
 Bonaparte, Napoleon 59
 Boulogne, Duchenne de 127
 Brandeis, Hofrat 88
 Brands, Wulf 386
 Brandt, Heidi 306, 313, 388
 Brunner, Gerald 288
 Brunst, Hermine 306
 Brüssow, Horst 306
 Buch, Johann Christoph 36
 Buchenau, Ruth 360, 363
- Cander, Jacob 30, 32
 Civiale, Jean 86
 Common, Manfred 371, 375, 388
 Courtin, Wolfgang 247, 250, 253, 288, 290, 386
 Crefeld, Hildegard 284, 387
 Curschmann, Heinrich 232
 Czerny, Vincenz 108, 133
- Daub, Dieter 287, 319, 374, 375, 387, 388, 474, 476
 Debatin, Hubert 302
 Degen, Lisel 295
 Deglmann 182, 199
 Desaga, P. 127
 Diebold, Otto 185, 186, 199, 203
 Dietz, Julie 89
 Doll, Karl 121, 122
 Dördelmann, Paul 385
- Drais von Sauerbronn, Karl Wilhelm
 Friedrich Ludwig von 46
 Dreßler, Rudolf 476
 Drevermann, Paul 166, 168-171, 182, 184, 185, 199
 Drinneberg, Hans 217
 Druschky, Karl-Ferdinand 386
 Dullenkopf, Otto 278, 362
 Dunsche, Anton 386
 Durlach, Wernharus de 21
- Ebbecke, Otto 242
 Eberle 89
 Egle 150
 Eichrod, Ernst Ludwig 51
 Eichrod, Johann Andreas 27, 50
 Eichrod, Johannes Andreas Ludwig 51
 Eichrod, Philipp Andreas 50
 Eidenmüller, Ullrich 312, 339, 353, 373, 374, 375, 378, 389, 422
 Eikermann, Bernd 386
 Eisenlohr, Wilhelm 88
 Eppele, Rudolf 340
 Erb, Christian 150
 Erikson, Erik Homburger 291
 Ermel, Ludwig 32
 Esse, Karl Heinrich 211-213
- Faraday, Michael 127
 Fecht, Karl Gustav 25
 Feer 160
 Fellmeth, Georg Karl 54
 Fellmeth, Jakob Friedrich 54
 Fenrich, Heinz 423
 Fernholz, Hans-Joachim 292, 387, 388
 Fink, Philipp 88
 Fischer, Jörg-Thomas 293, 385
 Fliedner, Theodor 89, 327
 Franco, Francisco, spanischer General und Diktator 179

- Frank, Herfried 290, 291, 386
 Franzmann, Carl 64, 76
 Frenzel, Hartmut 387
 Friedl, Gustav 273, 386
 Friedrich I., der Große, König von
 Preußen 32
 Fritz, Eberhard 22-24
 Frohneberg, Detlef 319, 386
 Frommel, Henriette 89
- Galvani, Luigi 127
 Gehring, Wolfgang 386
 Geiger, Alois 250, 253, 257-259, 386
 Geiger, Siegfried 273, 386
 Geißler, Oswald 147
 Geist, Gustav 271, 387
 Gemmingen, Reinhardt von 33
 Giannitsis, Demetrios 387
 Giercke, Edgar von 136, 149-151,
 172, 178-181, 185, 199
 Giebin, Jakob 178
 Gloor, Max 386
 Glück, Dorothee 387
 Goethe, Johann Wolfgang von 37
 Görck, Christian 88
 Göring, Hermann 183
 Gofßner, Liebwin 385
 Götz, Krankenpfleger 305
 Gräse, Hofschreiner 45
 Greber, Apotheker 30
 Grieselich, Ludwig 68, 85
 Gropius, Martin 213
 Gugler, Roland 293, 385
 Günther, Lydia 106
 Gurk, Franz 267, 271, 287, 324, 325,
 331, 353, 389
 Gusek, Wilfried 325, 326, 342, 387
 Gutenkunst, Emil 266, 316, 317, 321,
 332, 389
 Gutmann, Wilhelm 269
 Gutsch, Georg Adam 73
- Haes, Anton de 84
 Häfele, Günther 306
 Hahnemann, Samuel 85
 Harsch, Gertrud 362
 Hartleben, Theodor 80
 Haubrich, Richard 291, 317, 331,
 334, 342, 386, 387
 Haupt, Otto 394
 Hebel, Johann Peter 57
 Heck, Otto 324
 Heinrich, Joseph 243
 Heinrich, Ludwig 65, 76
 Heinze, Heinz-Georg 292, 386
 Henle, Jacob 85
- Heppt, Werner 386
 Herbst, Ernst Friedrich 41, 49, 61,
 72, 73, 80
 Hienerwadel, Adalbert 362
 Hilgenfeldt, Erich 177, 183
 Hochstädter, Isaak 73, 75, 77, 89
 Hoffmann, Ludwig 233
 Hofheinz, Kurt 268, 276, 286, 299,
 318, 324, 325, 342, 357, 367, 370,
 389, 398
 Hoger, Artur 136, 152
 Höll, Franz Xaver 90, 106
 Hönig, Gertrud 300-302, 306, 359,
 388
 Horn, Adeline von 136
 Horny 362
 Hübsch, Heinrich 89, 91
 Hufeland, Christoph Wilhelm 84, 85
 Hug, Josef 313, 374, 388
 Hügel, Ernst Freiherr von 89
 Hügel, Marie Freifrau von 89
 Huh, Klaus Dieter 338
 Hutten, Franz Christoph von 34
- Iltz, Josef 155
 Isert, Anne Marie 297, 300, 306, 388
- Jägerschmidt, Gustav Friedrich 47, 51
 Jakobi, Karl 134, 135, 153, 167
 Jenner, Edward 56, 84
 Joseph II., Kaiser 84
- Kaiser, Franz 108
 Kammerer, Gabriele 339, 340
 Kander, Ludwig 135, 139, 178, 179,
 184
 Kappes, Friedrich 264, 290
 Katz, Adolf 108
 Katz, Karl 135, 139
 Kaufmann, Johann Ernst 30
 Keller, Hilda 153
 Kerler, Friederike 89
 Keßlau, Albrecht Friedrich von 38
 Kienle, Franz 250, 252, 283, 332, 385
 Kindt, Hildburg 386
 Klotz, Günther 267, 299, 318, 341,
 392, 396
 Koch, Robert 86, 115, 117, 119, 121,
 232
 Kohler, Joachim 423
 Kölle, Eduard 69
 König 177
 Kosian, Ingrid 363
 Kößler, Ferdinand 64
 Krause, Helga 306, 338, 388
 Krause, Horst 306
- Krumm, Heinz 288
 Kühn, Karl Wilhelm 293, 385
 Kühr, Joachim 386
 Kusel, Carl 91
 Kußmaul, Adolf 84, 85, 115
- Laennec, René 85
 Laqua, Kurt 250, 251, 262, 280, 287,
 305, 319, 325, 385, 387
 Lautenbach, Ernst 273, 386
 Lauter, Walli von 206
 Lidell, Christoph Friedrich 56, 63,
 103
 Lidell, Dorothea Sophie 57
 Liesegang, Jürgen 386, 388
 Limburg-Styrum, August Graf von 36
 Link, Maria 338, 339
 Linsenmeier 177
 Lister, Joseph 86, 126, 231
 Lobenstein 37
 Löffler, Friedrich 119
 Lorsch, Anna Maria Eva 43
 Ludowigs, Caspar Heinrich 135, 143,
 144, 184
- Lust, Franz 156, 159-161, 178, 185,
 290
- Mach, Hans 182
 Maier, Wolfgang 290, 386
 Maler, Friedrich Wilhelm 51-53
 Maler, Jakob Friedrich 51
 Malsch, Jakob 62
 Mangold, Birgit 313
 Maria Theresia, Kaiserin 32, 84
 Markert, Rudolf 181, 185, 199
 Matouschek, Erich 291, 319, 386
 Matteucci, Carlo 127
 Maul, Heinrich 375
 Maul, Frank-Dieter 285, 292, 386
 Mayer, Lydia 136
 Mehmel, Helmuth 293, 385
 Meier, Eduard 88
 Meier, Wilhelm 67, 70, 72, 77, 88, 89
 Merkel, Heinrich 285-287, 319, 387
 Meyer, Hans-Joachim 387
 Mittermaier, Richard 250, 252, 386
 Molitor, Eduard 62, 73, 75, 78, 82, 98
 Molitor, Franz 108
 Möller, Alex 333
 Moro, Ernst 160
 Morowietz, Edeltraud 360
 Morton, William 88
 Mrochen, Helmut 313, 339, 388
 Müller 394
 Müller, Christof A. 288, 385

- Müller, Norbert 290, 292, 386, 388
Müller, Wilhelm Jeremias 37-39, 47,
55, 59, 209
Müller-Jensen, Kai 362, 386
Mussolini, Benito 179
- Nast, Philipp 47
Neuber, Gustav Adolf 231
Neubronn, Freiherr Carl von 62
Nightingale, Florence 71, 112
- Obermeyer, Johanna 338
Odenwald, Anna 334
Oelenheinz 45
- Pankoke, Willi 266
Pasteur, Louis 115
Patscheke, Heinrich 285, 387
Peter, Robert 287, 288, 385
Pezold, Hans von 136, 145, 146, 185
Pfeifer, Hans 233, 235, 237
Pfeiffer, Irmgard 285
Pfeufer, Karl von 85
Pfister, Rudolf 386
Pfister, Ulrich 288, 385
Pitzer, Martina 386, 447
Preßle, Christof 32
Pychlau, Waldemar 181
- Rehberger, Horst 289, 344, 378, 389
Reich, Julius 264
Reimer, Peter 387
Reinhardt, Johann Jakob 33, 34
Reitzenstein, Sigismund Karl Johann
Freiherr von 61
Reus 45
Rheinboldt, Josef 362
Ribstein 177
Richt, Robert 269
Riechert, Willi 284, 330, 331, 387
Riedinger, Berthold 295, 389
Riedner, Peter 199
Rinck, Heinrich Wilhelm 89
Ringelmann, Ronald 387
Röder, Mathilde 336
Roemer, Hans 250, 252, 262, 385
Röntgen, Wilhelm Conrad 127
Rüdiger, Thomas 387
Runge, Friedrich 88
- Salzer, Karl Theodor 64
Sanders, Arthur 178
Sandhas 79
Sauerbruch, Ernst Ferdinand 185, 199
Sautter-Bihl, Marie-Luise 292, 322,
386
- Schäfer, Peter 278, 374, 375, 388,
474, 476
Schelling, Friedrich Wilhelm 84
Schelling, Johann Friedrich 28, 30
Schenk, Ludwig 88
Schimmelbusch, Curt 126, 232
Schindera, Frank 386
Schirmeister, Joachim 289, 293, 342,
385, 387
Schmidt, Martin 387
Schmieden, Heino 213
Schmitt, Bernhard 470
Schmitt, Claus 385
Schmittenebecher, Peter 386
Schneider, Hermann 250, 253, 254,
319, 386
Schneider, Peter Joseph 69
Schoen, Herbert 250, 251, 254, 255,
262, 291, 316, 317, 329, 330, 386,
387
Schön, Michael R. 385
Schönle, Johanna 136
Schröckel, Johann Friedrich Andreas
51-53, 55, 89
Schröckel, Wilhelm Jakob Joseph
Philipp 52
Schuberg, Elise 108
Schuberg, Wilhelm 107, 108
Schubert, Franz 166
Schulz, Herbert 362
Schumacher, Günter 338
Schwalbe, Ernst 136, 149, 150
Schwank, Maria Rave 386
Schwarz, Max 386
Schweickhard, Christian 47
Schweickhard, Christian Ludwig 21,
36, 37, 41, 47, 49-51, 61, 72, 73,
84
Seehofer, Horst 476
Seiler, Gerhard 366, 367, 378, 422
Sammelweis, Ignaz 86, 126
Senckenberg, Johann Christian 39
Seubert, Karl 88
Seubert, Karl August 72, 73, 75, 79,
84
Seubert, Maximilian 73, 75, 108
Siegrist, Karl 133
Späth, Magdalena 89
Speierer, Karl 185, 186, 199
Spetzger, Uwe 386, 457, 474
Spohn, Kurt 268, 269, 286-288, 292,
301, 318-320, 324, 337, 342, 385,
387
Stahl, Georg Friedrich 28
Stange, Günter 114, 386, 388, 442,
472
- Starck, Hugo 108, 136, 141-144, 166-
168, 172-175, 181-183, 185, 188,
192, 193, 196-198, 250, 261
Steiner, Adolf 88
Stengel, Hanfried 178, 179
Stern, Wilhelm 89
Stiebeling, Holger 474
Storck, Martin 282, 288, 385
Streich, Elisabeth 362
Strieder, Wilhelm 101, 209, 214, 216,
217, 223, 225, 233, 235, 237
Stumpf, Ludwig 169, 172, 174, 175,
181, 187, 189, 198, 208, 269, 271,
276, 297, 300, 301, 302, 303, 305,
306, 307, 320, 322, 325, 335, 336,
337, 357, 359, 363, 388, 391
Swieten, Gerhard van 84
- Tebbert, Barbara 280
Theurer, Karl 166, 167, 181, 201
Thiessen, Peter 270, 385
Tiedemann, Friedrich 61, 85
Tietze, Hans Friedrich 250, 386
Tigges, Monika 329, 348
Timmermann, Bernardo 143
Töpfer, Friedrich 250
Treusch, Rudolf 153
Troxel von Sauerberg, Franz Matthias
36
Tulla, Johann Gottfried 86
- Ulmer, Hans-Ulrich 385
Unselm, Egon 186
- Vester, Quirin 23
Vetter, Erwin 422
Virchow, Rudolf 84, 88, 114, 232,
233, 328
Vivell, Oskar 290, 386
Volhard, Ernst 250, 251, 289, 385
Volkman, Richard 126
Volz, Robert 88, 98, 128
Voss, Ernst-Ulrich 288, 385
Vüllers, Theodor 250, 252, 319, 386
- Wagner, Hermann 135, 139, 140, 168
Wagner, Richard 166
Wassermann, August Paul von 145
Weber, Moritz 297, 319, 322, 386
Weech, Friedrich von 77, 88
Wegel, Josef Georg 246, 253, 296,
329, 332, 362, 363, 388
Weinbrenner, Friedrich 59, 77
Weiß, Kurt 135, 142, 143, 171, 291
Weißbecker, Ludwig 323, 385, 387
Welsch, Kurt 177

Wenck, Johann Adam 32
 Wilhelm I., deutscher Kaiser 128
 Wolff, Heinrich 73, 79
 Worch, Willi 180, 181
 Wulf, Elfriede 339
 Wüst, Heinz 342, 387

 Zachmann, Johann Philipp 25
 Zande, Johan van de 33
 Zandt, Johann Josef 47, 51, 54
 Zandt, Karl Joseph 54, 70
 Zeh, Erich 293, 337, 338, 342, 385,
 387
 Ziegler, Theodor 153
 Ziemssen, von 130
 Zimmermann, Karl 89
 Zinknagel, Paul Anton 25
 Zollikofer, Hermann 89
 Zweibrücken, Pfalzgraf Maximilian
 Joseph von 57

Veröffentlichungen des Karlsruher Stadtarchivs

Susanne Asche, Ernst Otto Bräunche, Manfred Koch, Heinz Schmitt, Christina Wagner: Karlsruhe. Die Stadtgeschichte, 1998, 792 Seiten.

Band 1 · Ernst Schneider: Die Stadtgemarkung Karlsruhe im Spiegel der Flurnamen, 1965, 210 Seiten.

Band 2 · vergriffen

Band 3 · Das Pfinzgaumuseum in Karlsruhe-Durlach, Akzente seiner Neugestaltung, 1976, 80 Seiten.

Band 4 · vergriffen

Band 5 · Ernst Schneider: Durlacher Volksleben 1500–1800, Volkskundliches aus archivalischen Quellen, zugleich ein Beitrag zur Geschichte der ehemaligen Stadt Durlach, 1980, 239 Seiten.

Band 6 · Industriearchitektur in Karlsruhe, Beiträge zur

Industrie- und Baugeschichte der ehemaligen badischen Haupt- und Residenzstadt bis zum Ausbruch des Ersten Weltkrieges, 1987, 2. überarbeitete Auflage 1993, 200 Seiten.

Band 7 · Denkmäler, Brunnen und Freiplastiken in Karlsruhe 1715–1945, 1987, Neuauflage 1990, 720 Seiten.

Band 8 · Juden in Karlsruhe – Beiträge zu ihrer Geschichte bis zur nationalsozialistischen Machtergreifung, 1988, 2. Auflage 1990, 640 Seiten.

Band 9 · Josef Werner: Hakenkreuz und Judensterne. Das Schicksal der Karlsruher Juden im Dritten Reich, 1988, 2. überarbeitete Auflage 1990, 560 Seiten. vergriffen

Band 10 · Alltag in Karlsruhe – Vom Lebenswandel einer Stadt in drei Jahrhunderten, 1990, 304 Seiten.

Band 11 · Ernst Otto Bräunche, Angelika Herkert und Angelika Sauer: Geschichte und Bestände des Stadtarchivs Karlsruhe, 1990, 224 Seiten.

Band 12 · Gerhard Linder: Eintausend Jahre Hagsfeld. Die Geschichte eines Dorfes, 1991, 440 Seiten.

Band 13 · Susanne Asche: Eintausend Jahre Grötzingen. Die Geschichte eines Dorfes, 1991, 400 Seiten.

Band 14 · Manfred Koch: Karlsruher Chronik. Stadtgeschichte in Daten, Bildern, Analysen, 1992, 356 Seiten. vergriffen

Band 15 · Susanne Asche, Barbara Guttmann, Olivia Hochstrasser, Sigrid Schambach, Lisa Sterr: Karlsruher Frauen 1715–1945, 1992, 456 Seiten.

Band 16 · Peter Pretsch:
 "Geöffnetes Narren-Turney",
 Geschichte der Karlsruher
 Fastnacht im Spiegel gesell-
 schaftlicher und politischer
 Entwicklungen, 1995,
 208 Seiten

Band 17 · Susanne Asche,
 Olivia Hochstrasser: Durlach
 – Stauffergründung, Fürsten-
 residenz, Bürgerstadt, 1996,
 560 Seiten.

Band 18 · Erich Lacker:
 Zielort Karlsruhe –
 Die Luftangriffe im Zweiten
 Weltkrieg, 1996,
 232 Seiten.

Band 19 · Barbara Gutmann:
 Hopfen & Malz. Die Geschich-
 te des Brauwesens in Karls-
 ruhe, 1998, 184 Seiten.

Band 20 · Unter Strom.
 Geschichte des öffentlichen
 Nahverkehrs in Karlsruhe,
 Hrsg. durch Manfred Koch
 2000, 336 Seiten.
 vergriffen

Band 21 · Barbara Gutmann:
 Den weiblichen Einfluss
 geltend machen ... Karlsruher
 Frauen in der Nachkriegszeit
 1945 bis 1955, 2000,
 248 Seiten

Band 22 · Karlsruher
 Rheinhafen 1901–2001,
 Hrsg. durch Ernst Otto
 Bräunche 2001, 408 Seiten.

Band 23 · Ute Grau, Barbara
 Gutmann: Gegen Feuer und
 Flamme. Das Löschwesen
 in Karlsruhe und die Berufs-
 feuerwehr, 2001, 256 Seiten.

Band 24 · Karl Zahn: Gräber,
 Grüfte, Trauerstätten. Die Ge-
 schichte des Karlsruher Haupt-
 friedhofs, 2001, 224 Seiten

Band 25 · Jürgen Spanger:
 Aus der Schulstube ins Leben.
 Die Karlsruher Volksschulen
 1716– 1952, 2002, 304 Seiten.

Band 26 · Stadtplätze in Karls-
 ruhe, Hrsg. durch Manfred
 Koch, 2003, 424 Seiten.

Band 27 · Susanne Asche,
 Konstanze Ertel, Anke Müh-
 renberg: Industrie und Ge-
 werbe in Durlach. Fabrik im
 Museum, 2003, 159 Seiten

Band 28 · Sport in Karlsruhe –
 Von den Anfängen bis Heute,
 hrsg. durch Ernst Otto
 Bräunche und Volker Steck:
 2006, 456 Seiten

Band 29 · Vom Spital zum
 Klinikum – Gesundheitsver-
 sorgung in Karlsruhe, hrsg.
 durch Ernst Otto Bräunche
 und Volker Steck: 2007,
 544 Seiten

Forschungen und Quellen zur Stadtgeschichte

Band 1 · Christina Müller: Karlsruhe im 18. Jahrhundert. Zur Genese und zur sozialen Schichtung einer residenzstädtischen Bevölkerung, 1992, 464 Seiten.

Band 2 · Ernst Otto Bräunche: Die Karlsruher Ratsprotokolle des 18. Jahrhunderts, Teil 1: 1725–1763, 1995, 340 Seiten.

Band 3 · Jürgen Schuhladen-Krämer: Zwangsarbeit in Karlsruhe 1939–1945. Ein unbekanntes Kapitel Stadtgeschichte, 1997, 170 Seiten.

Band 4 · Wolfgang Erb: Hagsfelder Familienbuch, 1998, 198 Seiten

Band 5 · Rainer Gutjahr (Hrsg.): Eduard Koelle. Drei Tage der Karlsruher Bürgerwehr 1849, 1999, 170 Seiten.

Band 6 · Wolfgang Erb: Rintheimer Familienbuch, 1999, 178 Seiten.

Band 7 · Birgit Bublies-Godau: "Dass die Frauen bessere Demokraten, geborene Demokraten seyen ...". Henriette Obermüller-Venedey. Die Tagebücher und Lebenserinnerungen 1817–1871, 1999, 278 Seiten.

Band 8 · Monika Pohl: Ludwig Marum. Ein Sozialdemokrat jüdischer Herkunft und sein Aufstieg in der badischen Arbeiterbewegung 1882–1919, 2003, 520 Seiten

Band 9 · Wolfgang Seidenspinner: Durlach, (=Archäologischer Stadtkataster Bd. 24), 2003, 214 Seiten (Gemeinsame Herausgabe mit dem Landesdenkmalamt Baden-Württemberg mit Unterstützung von Vermessen, Liegenschaften, Wohnen der Stadt Karlsruhe).

Häuser- und Baugeschichte

Band 1 · Ute Grau: Schloss Augustenburg, 2000, 64 Seiten.

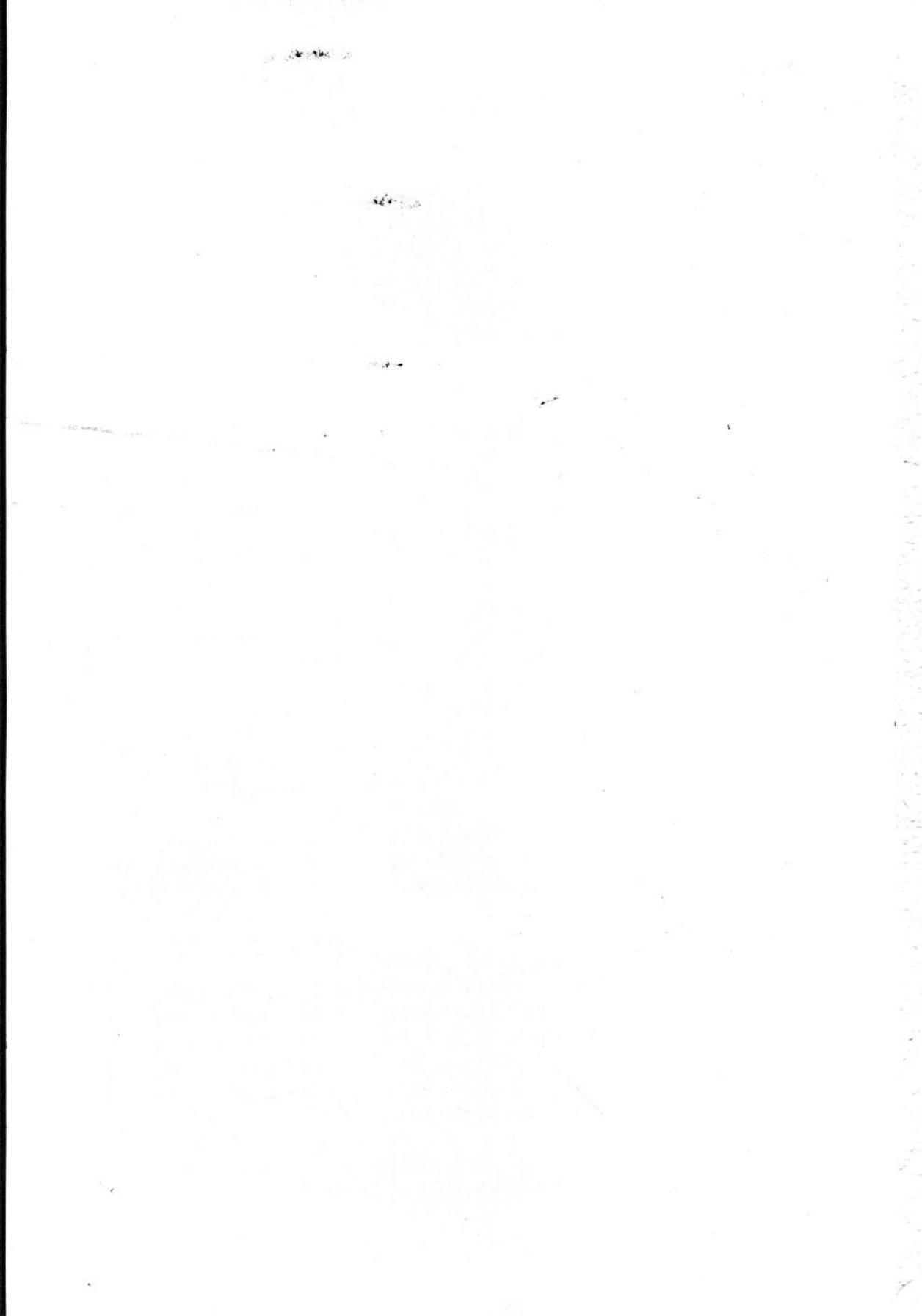
Band 2 · Ernst Otto Bräunche/Holger Reimers (Hrsg.): Das Seilerhäuschen – Ein Karlsruher Modellhaus von 1723, 2001, 144 Seiten.

Band 3 · Peter Pretsch (Hrsg.): Vom Gulden zum Euro. 175 Jahre Münzstätte in Karlsruhe, 2002, 80 Seiten.

Band 4 · Katja Förster: Heimerziehung in Karlsruhe. Von der Waisenanstalt zum Kinder- und Jugendhilfeezenrum, 2004, 128 Seiten.

Band 5 · Mirko Felber, Matthias Maier, Anke Mührenberg: Wasser. Geschichte der Wasserversorgung in Durlach, 2006, 72 Seiten.

Band 6 · Uta Schmitt: Der Stadtgarten in Karlsruhe, 2007, 132 Seiten.





Seit 100 Jahren versorgt das Städtische Klinikum Karlsruhe an der Moltkestraße die Bevölkerung aus Stadt und Region mit einem breiten Angebot medizinischer Dienstleistungen. Dieses Jubiläum ist Anlass, einen weit ausgreifenden Blick auf die Geschichte der kommunalen Gesundheitsversorgung in Karlsruhe zu werfen. Diese begann lange vor dem Bau des Klinikums – bezieht man die heutigen Karlsruher Stadtteile mit ein – bereits im Mittelalter. So startet dieser historische Streifzug in Durlach, um dann die Entwicklung in der 1715 gegründeten Fächerstadt nachzuzeichnen. Hier wurde 1788 am heutigen Lidellplatz ein Spital eröffnet, das Mitte des 19. Jahrhunderts vom Staat auf die Stadt überging und 1907 an die Moltkestraße verlegt wurde. Dort entstand ein neuer, nach modernsten Erkenntnissen geplanter, vorbildlicher Krankenhauskomplex. Seine Geschichte steht im Zentrum mehrerer Beiträge dieses Buches, das außerdem zwei vertiefende baugeschichtliche Beiträge und eine aktuelle Darstellung des Klinikums enthält. Über 295 Abbildungen ergänzen die Texte und gestatten einen umfassenden Einblick in das Klinikleben einst und heute.