

## 260. Krankenhausbau und Milieuveränderung im Wandel der Geschichte

H. Goerke

Klinikum Großhadern, Marchioninistraße 15, D-8000 München 70

### **Hospital Construction and Environment in Light of History**

**Summary.** Changes in hospital construction at the beginning of the nineteenth century came about chiefly to prevent hospital infections; later the requirements of special medical fields and technical installations had to be considered. At the same time, the number, specialization, and education level of hospital personnel increased. The hospital environment has always been strongly molded by the prevalent architectural situation. Various, unused possibilities present themselves to better conditions for the patients.

**Key words:** Hospital construction – Environment – History.

**Zusammenfassung.** Die Veränderungen im Krankenhausbau seit Beginn des 19. Jahrhunderts bezweckten anfangs vor allem das Auftreten von Hospitalinfektionen zu verhüten, später mußten die Bedürfnisse der medizinischen Spezialfächer und technischer Anlagen berücksichtigt werden. Gleichzeitig nahm die Zahl, die Spezialisierung und das Ausbildungsniveau des Krankenhauspersonals zu. Das Milieu des Krankenhauses wird schon immer stark von der baulichen Situation geprägt. Es bieten sich jedoch Möglichkeiten, dem Kranken die äußeren Umstände stationärer Betreuung zu verbessern.

**Schlüsselwörter:** Krankenhausbau – Krankenhausmilieu – Geschichte.

In den heutigen Diskussionen über das moderne Krankenhaus, seine bauliche Ausgestaltung, seine durch den hohen Grad an technischer Ausstattung geprägte innere Atmosphäre, die personelle Besetzung und das Verhalten der Mitarbeiter untereinander und gegenüber dem Patienten klingt eigenartigerweise immer wieder ein nostalgischer Ton an. Es wird dabei in den Köpfen vieler Menschen der Wunsch nach einem »Zurück zur guten alten Zeit« ausgelöst, als es im Krankenhaus noch schön, nett, behaglich, menschlich oder wie man es auch nennen mag, auf jeden Fall besser als heute gewesen sei. Nichts ist weniger zu verstehen und weniger gerechtfertigt als eine solche Einstellung. Daß sie aufkommen konnte und entstanden ist, läßt sich kaum erklären, allenfalls damit, daß viele unangenehme Dinge demjenigen schnell aus dem Gedächtnis entschwanden, dem es inzwischen gut geht und so reagiert offensichtlich auch der Mensch in der Gruppe und über längere Zeiträume. Jede fortschrittsgläubige Zeit weckt von sich aus mit Sicherheit die Skeptiker, denen es nicht darauf ankommt, allein aus der ihnen präsentierten Situation zu be- und verurteilen, und die nicht instande zu sein scheinen, historische Tatsachen zu ermitteln, zu werten und zu verwenden. Dazu gehören auch die persönlichen Erfahrungen und Erlebnisse älterer Mitmenschen, die sich noch an die Krankenhausverhältnisse vor dem Zweiten Weltkrieg und vielleicht sogar noch kurz nach der Jahrhundertwende erinnern können. Dies rechtfertigt es, diesen kurzen Rückblick als Einleitung zu einem Seminarthema zu geben, das unlösbar zur Medizin gehört, insbesondere zur Krankenhausmedizin.

Man braucht in der Krankenhausbaugeschichte nicht einmal allzuweit zurückzugehen, um die Anfänge von spezifischen Baukonzepten für die klinische Medizin aufzufinden. Die großen Krankenhäuser, die im 18. Jahrhundert entstanden sind – einige hatten bereits weit über 1000 Betten – standen baugeschichtlich in der Tradition der Hospitalbauten des Mittelalters mit den großen kirchenschiffartigen Sälen, sowie der repräsentativen Schloß- und Kasernenbauten. Große Sorgen bereiteten die Hospitalfieber mit ihrer hohen Sterblichkeit, Wundinfektionen, die in den Krankenhäusern auftraten, in denen die Chirurgen tätig waren, die außer in Frankreich überall fast

ohne Ausnahme dem Handwerkerstand angehörten, wobei doch nicht wenige an Tüchtigkeit ihre Kollegen überragten. Wenn einmal das Hospitalfieber in einem Krankenhaus herrschte, war es nicht mehr auszurotten. Nicht weniger verheerend wirkten Seuchen, die auch nach den großen Pestepidemien in regelmäßigen Schüben auftraten. Kranke mit Typhus, Ruhr, Fleckfieber und Diphtherie, aber auch Malaria füllten die Säle und verursachten eine hohe Sterblichkeit. Krankenhäuser waren deshalb in aller Regel auch Sterbehäuser. Wer einmal eingeliefert war, hatte geringe Aussichten, lebend wieder in seine Behausung und zu seinen Angehörigen zurückzukehren. Bis ins 19. Jahrhundert hinein bestand in vielen großen Krankenhäusern ein Neben- und Ineinander von Altenheim, Siechen- und Krüppelheim, Irrenhaus und auch Räumen mit wirklichem Krankenhauscharakter, also Zimmern für Krätzekranke, Syphilitiker, Verletzte und gelegentlich auch bedürftige Schwangere und Wöchnerinnen, dazu solche, die an inneren Krankheiten im weitesten Sinne litten, darunter auch Fiebernde aller Art einschließlich Infektionskranke. Die Aufgliederung des Krankenhauses nach Fachgebieten hat sich langsam, aber stetig erst seit der Mitte des vorigen Jahrhunderts entwickelt als ein Ausdruck der zunehmenden Spezialisierung. Das Krankenhaus hatte bis gegen Ende des vorigen Jahrhunderts auch eine besondere soziale Stellung; denn es war in erster Linie für die Armen geschaffen. Die Angehörigen der gehobenen Stände blieben auch im Krankheitsfall in ihren Wohnungen, hatten ihre Familienangehörigen oder Bedienstete als Pfleger, der Arzt und der Chirurg wurden ins Haus geholt. Als die ersten technischen Sondereinrichtungen notwendig wurden, wie z. B. antiseptische Operationssäle, entstanden für diesen Personenkreis allgemeine und spezialisierte Privatkliniken.

Das Auftreten des Hospitalfiebers, aber auch der epidemischen Krankheiten veranlaßte Ärzte und Bauleute dazu, sich Gedanken darüber zu machen, wie sich durch bauliche Veränderungen die »unreine« Luft – als Ursache der Massenerkrankungen im Sinne der Miasmenlehre der Antike angeschuldigt – beseitigen ließ. Dies führte zur aufgelockerten Bauweise und schließlich zum Pavillon-Krankenhaus. Diese Anlagen, deren prominenteste Vertreter in Deutschland bis kurz vor dem Ersten Weltkrieg entstanden sind, beispielsweise das Allgemeine Krankenhaus Eppendorf in Hamburg, das Rudolf-Virchow-Krankenhaus in Berlin und bereits modifiziert das Krankenhaus Schwabing in München, waren allerdings zur Zeit ihrer Errichtung bereits von der technischen Entwicklung und dem Wissenszuwachs in der Medizin überholt. Die Erkenntnisse der bakteriologischen Forschung, insbesondere die Ergebnisse der Untersuchungen Robert Kochs über die Wundinfektionskrankheiten (1878), hatten den Weg zu wirksamen Gegenmaßnahmen bereitet. Man lernte, wie man die ursächlich für die Hospitalfieber verantwortlichen Erreger abtöten konnte. Mit der aseptischen Operationssaaltechnik war eine neue Zeit angebrochen. Die ersten Versuche, eine spezielle Klimatechnik im Krankenhaus zu entwickeln, wurden in München zu Beginn des vorigen Jahrhunderts in dem 1752 vor dem Sendlinger Tor errichteten Krankenhaus der Barmherzigen Brüder unternommen, aus dem sich das traditionsreiche alte Münchener Klinikviertel entwickelt hat. Der leitende Arzt dieses Krankenhauses Franz Xaver Häberl (1759 – 1846) hatte bahnbrechende Vorstellungen [1], deren Realisierung jedoch auf erhebliche Schwierigkeiten gestoßen ist, so daß die Anlagen praktisch zu keiner Verbesserung der Verhältnisse geführt haben. Gegen Ende des Jahrhunderts wurden diese Versuche vielerorts neu belebt. Jedoch erst in den Jahren vor dem Zweiten Weltkrieg konnten wirksame und zuverlässige Installationen geschaffen werden.

Neben den Operationssälen, deren spezifische Anforderungen, z. B. die Notwendigkeit hinreichenden Einfalls von Tageslicht, die Bauformen der Krankenhausneubauten beeinflußt haben, stellten auch die um die Mitte des vorigen Jahrhunderts geschaffenen Laboratorien für klinisch-chemische Diagnostik [2] und die Arbeitsräume für die Aufnahme der Apparate und Geräte zur Röntgendiagnostik und für die Strahlentherapie bald Einrichtungen dar, die von den Architekten eigene Lösungen hinsichtlich der Lage, des Raumzuschnitts, der Ausstattung und der Schutzmaßnahmen verlangten. Mit diesen neuen Anlagen hielt die medizinische Technik ihren Einzug ins Krankenhaus. Auch die Krankenhausapotheken müssen hier erwähnt werden, in denen vielfach bis in unser Jahrhundert hinein sogar die klinisch-chemische Diagnostik für die stationären Patienten ausgeführt worden ist. Mehr und mehr wurden auch die Infektionsabteilungen und die Entbindungsstationen in baulicher Beziehung als Sondereinrichtungen behandelt. Beim Einbau von großen Küchen und Wäschereien in neue Krankenhäuser konnte man sich auf Erfahrungen an anderen Orten, vorwiegend beim Bau von Kasernen stützen. Die Übermittlung von Mitteilungen

innerhalb der Krankenhäuser erfolgte bis zu Beginn des 20. Jahrhunderts vorwiegend persönlich, d. h. mündlich, zuweilen schriftlich. Auch der Kontakt mit den einweisenden Ärzten und den Angehörigen wurde auf die gleiche Weise unterhalten. Fernsprechanlagen kamen um 1880 in Gebrauch und ein Jahr später gab es im Deutschen Reich bereits 1400 Sprechstellen in 9 Ortsvermittlungsbereichen. Zu den ersten Anschlußnehmern gehörten Ärzte und Krankenhäuser. Hausinterne Telefonanlagen wurden jedoch erst nach dem Ersten Weltkrieg in Krankenhäusern üblich und selbstverständlich.

Die Zunahme der Zahl der Krankenhausbetten im Deutschen Reich läßt sich besonders deutlich an zwei Zahlen ablesen. Im Jahre 1877 kamen auf 10 000 Einwohner 25 Krankenhausbetten, 1910 dagegen bereits 64 [3]. Die Aufgliederung der klinischen Medizin in Fachdisziplinen, deren Tätigkeit die stationäre Aufnahme der Kranken voraussetzte, war einer der Gründe für die Zunahme der Krankenanstalten, wobei die operativen Gebiete, in Sonderheit aber doch die Allgemeinchirurgie im Vordergrund standen. Noch mehr Bedeutung gewann jedoch das am 31. März 1883 im Reichstag verabschiedete Gesetz über die »Krankenversicherung der Arbeiter«, wodurch die Zahl der Anspruchsberechtigten schlagartig in die Höhe ging und auch stationäre Versorgung in viel höherem Maße erforderlich wurde [4].

Ein weiterer Faktor war die Bevölkerungszunahme. Auf dem Gebiet des Deutschen Reiches hatte sich die Bevölkerung von 1816 bis 1933 verdreifacht (1880: 20 Mio., 1900: 50 Mio. und 1933: 66 Mio. Einwohner), wofür der Rückgang der Säuglingssterblichkeit und die Abnahme der Letalität an epidemischen Erkrankungen in erster Linie verantwortlich waren [5]. So starben an Diphtherie im Jahre 1893 im Deutschen Reich noch 75 000, 1910 nur noch 14 000 und 1931 sogar nur 4 126 Menschen. Über die Bedeutung, die in diesem Zusammenhang der Einführung des Diphtherieheiserums und später der Schutzimpfung zukommt, ist viel diskutiert worden.

Es fehlt nicht an literarischen Quellen über Mißstände in Krankenhäusern: Überbelegung, schlechte Einzugslage, unausgebildetes, schlechtes Personal, das über die völlig unzureichende Entlohnung klagte und sich durch Verkauf von entwendeten teuren Arzneimitteln, wie z. B. Opiumtinktur, schadlos zu halten versuchte. Die Strohlager in den Patientenbetten waren verrotten, die hölzernen Bettgestelle und die Dielen verwandt und es herrschte »überall ein unbeschreiblicher Schmutz«, wie Ernst Horn (1774–1848) in seiner »Öffentlichen Rechtfertigung über die Zustände in der Berliner Charité« für das Jahr 1806 festgestellt hat [6].

Diese Mißstände in den äußeren Umständen, unter denen die Kranken in den Krankenhäusern in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts noch leben mußten, wurden in den folgenden Jahrzehnten systematisch beseitigt. Dennoch begegnet man immer wieder Klagen. Vor allem die Überbelegung und die Unzulänglichkeiten, die das Pflegepersonal boten, wurden beanstandet. Die Ausstattung der Krankenhäuser besserte sich nachweisbar parallel zu den Verbesserungen auf dem Gebiet der allgemeinen Wohnhygiene. Dazu gehörte der Anschluß an Wasserversorgungs- und Kanalisationsanlagen, die Beleuchtung durch Gas, später durch elektrisches Licht, der Einbau von zentralen Warmluft- und Warmwasserheizungen sowie die Vergrößerung der Wohnflächen. Wie bescheiden dabei verfahren wurde, zeigt die Forderung, die der Architekt Franz von Gruber und der Hygieniker Max Gruber (1853–1927) in ihrer Schrift »Anhaltspunkte für die Verfassung neuer Bau-Ordnungen« [7], einem Bericht der im Auftrag des Wiener k.k. Obersten Sanitätsrates 1893 vorgelegt wurde, aufgestellt haben. Danach hielten sie eine Mindestwohnfläche von 4 qm pro Person in Wohnräumen für erforderlich, Küchen sollten wenigstens 6 qm und Aborte 1,17 qm Fläche aufweisen. Eine solche Forderung läßt den Rückschluß zu, daß in Wien zu dieser Zeit die Behausungsdichte wesentlich größer gewesen sein muß.

Ermittelt man die Nutzflächen pro Bett in Krankenhäusern, die in der Zeit vor dem Ersten Weltkrieg gebaut worden sind, so kommt man auf recht unterschiedliche Werte. Es entfielen beispielsweise im Krankenhaus Lindenburg in Köln in dem 1898 erbauten dreigeschossigen Pavillon, der ein echtes Bettenhaus in heutigem Sinne darstellt, auf 1 Bett 8 qm. Im gleichen Krankenhaus lagen in 3 Baracken aus dem Jahre 1896 die Flächen pro Bett zwischen 15,3 und 18,6 qm [8]. In diesen Baracken waren allerdings auch Funktionsräume, vor allem Laboratorien untergebracht. In dem ersten in Berlin als Neubau errichteten Städtischen Krankenhaus im Friedrichshain, das in den Jahren 1870–1886 bis auf eine Bettenzahl von 680 gebracht worden war, entfiel auf 1 Bett eine Nutzfläche von 18 qm [9]. Rechnet man für dieses Krankenhaus übrigens die Baukosten bezogen auf die Betten, so ergibt sich bei Gesamtkosten in Höhe von 4,7 Mio Mark ein

Betrag von 6 900, — Mark pro Bett. Im Inselspital in Bern stand nach einer Untersuchung aus dem Jahre 1885 im alten Gebäude eine Fläche von 6 qm pro Bett, im Neubau dagegen von 8,5 qm zur Verfügung. Diese Zahl von 8,5 qm wurde als dem Durchschnitt der zu dieser Zeit errichteten Krankenhäuser entsprechend bezeichnet und dabei das Fehlen von Nebenräumen als fühlbarer Mangel beklagt [10]. Vergleicht man die heutigen Nutzflächenwerte im reinen Pflegebereich und der Kliniken insgesamt, so liegen sie, bei allen Vorbehalten, mit denen man derartigen Gegenüberstellungen begegnen muß, mindestens beim Dreifachen dessen, was um die Jahrhundertwende zur Verfügung stand. Dabei darf man nicht übersehen, daß auch heute noch in solchen Bauten klinische Medizin betrieben wird, und betrieben werden muß und dies selbst von Universitätskliniken in der Bundesrepublik Deutschland, aber auch in anderen Industriestaaten Mittel- und Westeuropas.

Für das Gesamtmilieu eines Krankenhauses, vor allem einer großen Anlage, spielt heute die Farbgestaltung der Räume, Einrichtungsgegenstände und medizinischen Apparaturen eine mehr und mehr diskutierte Rolle. Der Mut zur Farbe und Vielfarbigkeit beginnt bei den Krankenhausarchitekten, denen vom Krankenträger in der Regel auch die künstlerische Oberleitung und damit die Verantwortung zugestanden wurde, zu wachsen. Bis in die vierziger Jahre unseres Jahrhunderts war weltweit in den Krankenhäusern »weiß« die allein anzutreffende Flächenfarbe. Der Grund dafür lag in den Regeln aus der Zeit der Antiseptik, in der die Schutzkleidung eingeführt wurde und die Bedeutung der Sauberkeit für die Verhinderung von Hospitalfebern erkannt worden war. Jegliche Verunreinigung war auf weißen Flächen sofort zu erkennen. Unter dem Einfluß der aseptischen Operationstechnik fanden diese Bestrebungen dann erst recht überall uneingeschränkte Anerkennung.

Einige statistische Angaben sind noch vonnöten, um die Situation für die Jahrzehnte um die letzte Jahrhundertwende etwas anschaulicher zu machen. Im Deutschen Reich gab es 1876 insgesamt 13 728 Ärzte und 1934 die Zahl von 47 275 Ärzten [11]. Im gleichen Zeitraum hatte sich die Einwohnerzahl verdoppelt, die der Ärzte auf das Dreieinhalbfache vermehrt. Heute gibt es in der Bundesrepublik bei etwa der gleichen Einwohnerzahl, wie sie 1934 im Deutschen Reich vorhanden war, gut die dreifache Anzahl von Ärzten. Bei den Angaben für 1876 darf man allerdings nicht außer Acht lassen, daß nur die auf Universitäten ausgebildeten Ärzte statistisch erfaßt wurden, nicht jedoch die Wundärzte niedriger Kategorien, die bis zum Beginn unseres Jahrhunderts bis auf wenige Ausnahmen ausgestorben waren. Für die Versorgung der Patienten im Krankenhaus spielte schon immer die Anzahl der zur Verfügung stehenden Betreuer, d. h. Ärzte, Schwestern, Wärter und Wärterinnen sowie des übrigen Personals eine entscheidende Rolle. Vergleichbare Zahlen darüber zu finden, ist schwer. Einige Beispiele mögen jedoch die Veränderungen erkennbar machen, die sich seit etwa 100 Jahren abgespielt haben. Im Krankenhaus links der Isar in München gab es 1877 auf 750 Betten 19 Ärzte, somit 1 Arzt auf 40 Betten. Das Krankenhaus Lindenburg in Köln verfügte 1908 bei 546 Kranken über 16 Ärzte, d. h. 1 Arzt auf 34 Betten. Im Kölner Bürgerspital mit 535 Betten waren im gleichen Jahr 25 Ärzte angestellt, also 1 Arzt auf 29 Betten. Wir kennen auch die Zahl der Pflegekräfte im Bürgerspital. Es kam dort auf 7 Betten 1 Pflegekraft und auf 9,5 Betten eine ausgebildete Krankenpflegerin. Insgesamt waren im Bürgerspital in Köln 203 Köpfe Personal beschäftigt, pro Bett also 0,4 Personen. Wer sich etwas eingehender mit der pflegerischen Versorgung in den Krankenhäusern früherer Zeiten beschäftigt, kommt um die Feststellung nicht herum, daß es um die fachliche Ausbildung des Krankenpflegepersonals nicht sehr gut bestellt war. Anfang des Jahrhunderts, in Preußen 1907, wurden die staatlichen Prüfungen für Krankenpflegepersonen eingeführt. Ohne Prüfung erhielten im Rahmen der Übergangsbestimmungen diejenigen die staatliche Anerkennung, die schon über Berufserfahrung verfügten. Aufschlußreich sind vielleicht auch noch einige Angaben aus dem Krankenhaus Schwabing in München, das im Jahre 1910 mit anfangs 300 Betten eröffnet wurde, ein vom klassischen Pavillontyp bereits weiterentwickelter Krankenhausbau mit mehrgeschossigen Gebäuden die durch Verbindungsgänge teilweise zusammengeschlossen waren. Bei 2020 Betten verfügte das Krankenhaus im Jahre 1929 über 648 Köpfe Personal. Darunter waren 42 Ärzte und 24 Volontärärzte und Medizinalpraktikanten. Es gab 270 Schwestern, 36 Kranken- und Badewärter, 174 Mägde, 34 Verwaltungsbeamte, 5 Apotheker und 56 Personen im technischen Dienst, um nur die wichtigeren Funktionen zu erwähnen. Es entfielen auf einen Arzt immerhin 48 Betten, wenn man noch einen Teil der Volontärärzte mit einbezieht, bleiben es immer noch über 35, die zu versorgen waren. Bei den Pflegekräften kam auf 7,5 Betten eine Pflegekraft (Schwester), nimmt man die weiteren

Personen hinzu, die für eine Betreuung auf den Stationen in Betracht kamen, so stand schließlich 1 Betreuungsperson für mehr als 5 Betten zur Verfügung [12].

Erhebliche Schwierigkeiten bereitet die Frage nach der Verweildauer in den Krankenhäusern früherer Zeiten. Die Statistiken werden erst in den dreißiger Jahren unseres Jahrhunderts aussagekräftig. So betrug 1932 die Verweildauer in Allgemeinen Krankenhäusern, also solchen mit Abteilungen für Chirurgie, Innere Medizin und Gynäkologie, im Durchschnitt 25 Tage, in Kinderkliniken 36, in Hautkliniken 33 und in Augenkliniken 21 Tage [13].

Die jüngste Geschichte des Krankenhauses in baulicher Hinsicht beginnt in den zwanziger Jahren unseres Jahrhunderts. Das General County Hospital in Los Angeles war der erste Großbau, in dem die Erfahrungen des Wolkenkratzerbaues, also die in USA als dem Zeichen der Zeit entsprechende Bauform, die sich für Geschäftshäuser, Hotel- und Wohnbauten bereits durchgesetzt hatte, auf den Krankenhausbau übertragen wurde. Die Spezialisten arbeiteten in größter Nähe zueinander, die wechselseitige Konsultation war erleichtert wie nie zuvor. Man konnte das gesamte Krankenhaus durch zentrale Versorgungseinrichtungen auch in medizinischer Beziehung betriebswirtschaftlich günstiger gestalten, den heute so bezeichneten und so gern angestrebten Optimierungseffekt erzielen.

In Europa wurden diese Gedanken in den dreißiger Jahren aufgegriffen. Das Södersjukhus in Stockholm mit 1500 Betten, das 1944 seinen Betrieb aufnahm, kennzeichnet den Beginn einer neuen Zeit im europäischen Krankenhausbau. Im kriegszerstörten Deutschland wurde erst 1969 mit dem Klinikum der Freien Universität in Berlin-Steglitz, der Medizinischen Hochschule Hannover, das ein Jahr später die Patientenversorgung aufnahm und dem Allgemeinen Krankenhaus Altona in Hamburg-Othmarschen (1971) den neuen Grundsätzen im Krankenhausbau gefolgt. Dabei wurde in struktureller Hinsicht eine Synthese zwischen den Besonderheiten der bislang autonomen Fachkliniken und den Folgen ihrer dichten Aneinanderbindung unter gemeinsamer Nutzung bestimmter zentraler medizinischer Dienste versucht. Für die dieser Umstellung unterworfenen Personen war dies fast immer ein schwerwiegender Umstellungsprozeß, ein menschliches Problem. Dabei wurden Gewinn und Verlust vielfach nur einseitig vom Personal aus, nur selten auch unter Anerkennung verbesserter Umstände für den Patienten gesehen.

Wie man beim Bau von Wohnhochhäusern anfangs ganz dem funktionalen Gesichtspunkt gefolgt ist, so wiederholte sich dies auch im Krankenhausbau. Die Skandinavier haben zuerst in den fünfziger Jahren der Milieugestaltung, wie sie es genannt haben, einen wichtigen Rang eingeräumt und dies nicht allein im Wohnungsbau, sondern auch beim Krankenhausbau. Die Ergänzung einer Architektengruppe durch Milieugestalter wurde mehr und mehr üblich. Das Bekenntnis zur Buntheit kam schnell und das bisher übliche »weiß« wurde verpönt, was in einem Lande leichter fällt, in dem das Land lange Monate des Jahres durch eine unerbittlich beständige Schneedecke ganz in weiß lebt und dies bei ständig gedämpftem Tageslicht. So findet man heute die besten Beispiele für farbige Innengestaltung von Krankenhäusern in Schweden. Nur langsam haben sich die Krankenhausarchitekten anderer Länder diesem Vorbild angeschlossen.

Das Milieu eines Krankenhauses, sein Betriebsklima, wird aber auch, und dies in ganz erstaunlichem Maße, vom Verhalten des dort tätigen Personals bestimmt. Vermehrte Aufgaben, vor allem solche medizinischen Inhalts, Mitwirkung bei der klinischen Dokumentation, kontinuierliche Überwachungsaufgaben bei Schwerkranken haben die Zahl der auf den Stationen tätigen Pflegekräfte erheblich ansteigen lassen. In den 50 Jahren, in denen sich die Verweildauer des Patienten auf die Hälfte verkürzt hat, wurde die Arbeitszeit des Personals um mindestens ein Viertel, in manchen Einrichtungen noch drastischer reduziert. Wer rechnen kann, wird leicht die natürliche Folge erkennen, daß der Kranke immer weniger Aussichten hat, eine bestimmte Pflegekraft immer wieder um sich zu haben, zu ihr ein durch gehäufte Begegnung gewachsenes Vertrauensverhältnis zu gewinnen. Andererseits wäre der Wunsch nach mehr persönlichen Kontakten zwischen Patient und Pflegeperson und Ärzten auch dann zu erfüllen, wenn man die Personalausstattung erhöhen könnte. Hier sind wir aber bereits an der Grenze dessen angelangt, was wir uns volkswirtschaftlich leisten können.

Ist man, was gelegentlich vorkommt, von Amts wegen genötigt, in die Vergangenheit analysierend zurückzublicken und gleichzeitig in die Zukunft planend vorauszudenken, so kann man für unser heutiges modernes Krankenhaus feststellen, daß es hinsichtlich der Unterbringung und auch der medizinischen Leistungen, des Einsatzes einer großen Zahl spezialausgebildeter

Fachkräfte in den verschiedensten Sparten, sowohl der Medizin als auch in anderen Bereichen, besser dasteht als zu jeder Zeit in der Vergangenheit. Wer denkt denn, auch von den Älteren unter uns, an die Zeiten zurück, als jedes Krankenhaus noch einen spezifischen Geruch hatte, ein Gemisch von Desinfektionsmitteln, stinkenden Wundabsonderungen, Küchendünsten und offenen Abfalltonnen, als selbstherrliche Stationschwwestern ein strenges Regiment führten, dem sich nicht allein die Patientem, auch sogar die Stationsärzte und selbst die Chefs unterzuordnen hatten, und manches liebe sich noch hinzufügen.

In Kenntnis der Möglichkeiten, auch die heutigen Verhältnisse noch weiter zu verbessern, müssen alle, die im Krankenhaus an verantwortlicher Stelle tätig sind, jede Anregung aufgreifen und alle Hinweise beachten. Oft sind allerdings auch ihren Bemühungen Grenzen gesetzt. Aber stets sollte man sich die Frage stellen: möchtest Du Dir selbst oder einem nahen Angehörigen diese oder jene Mißhelligkeit zugemutet sehen, wie unvorsichtige ärztliche Aufklärung, lange Wartezeiten auf Transporte innerhalb des Krankenhauses oder vor Eingriffen, Fehlen einer Person, die sachkundig ist und zuhören kann, Erfüllung eines Wunsches, der den medizinischen Erfordernisvorstellungen widerspricht u. ä. Wer in dieser Weise seine Aufgaben ergänzt, der wird dem Krankenhaus unter den baulichen und technischen Bedingungen der heutigen Zeit noch mehr Menschlichkeit geben können. Voraussetzung aber ist doch wohl, daß den Menschen Nächstenliebe noch etwas bedeutet. Dies gilt ausschließlich aber nicht nur für das Verhalten im Krankenhaus und Kranken gegenüber.

### Literatur

1. Häberl, F. X.: Abhandlung über öffentliche Armen- und Krankenpflege mit einer umständlichen Geschichte der in dem ehemaligen Krankenhaus zum heil. Max bei den barmherzigen Brüdern gemachten Erweiterungs- und Verbesserungsversuchen und der hiervon im neuen allgemeinen Krankenhaus zu München gemachten Anwendungen. München 1813 – Goerke, Heinz: Münchener Medizin im 19. Jahrhundert. In: Fünfhundertjahrfeier der Medizinischen Fakultät der Ludwig-Maximilians-Universität München 28. Juni 1972, S. 11. München-Gräfelfing 1972
2. Goerke, H.: Entwicklungen und Wandlungen der medizinischen Laboratoriumsdiagnostik. Dtsch. Ärztebl. 63, 1977–1980; 2043–2046 (1966)
3. Gottstein, A.: Das Heilwesen der Gegenwart. Gesundheitslehre und Gesundheitspolitik, 3. Aufl., S. 346. Berlin 1929
4. Goerke, H.: Großstadtmedizin und Kassenarzt. In: Medizin, Naturwissenschaft, Technik und das Zweite Kaiserreich. Hrsg.: Mann, G., Winau, R., S. 113. Göttingen 1977
5. Gesundheitsstat. Auskunftsbuch für das Deutsche Reich, S. 59. Berlin 1936
6. Horn, E.: Öffentliche Rechtfertigung über meine zwölfjährige Dienstzeit als zweiter Arzt des Königl. Charité-Krankenhauses zu Berlin, S. 62. Berlin 1818
7. Gruber, Fr. v., Gruber, M.: Anhaltspunkte für die Verfassung neuer Bau-Ordnungen in allen die Gesundheitspflege betreffenden Beziehungen, S. 42. Wien 1893
8. Naturwissenschaft und Gesundheitswesen in Köln. Festschrift für die Teilnehmer an der 80. Versammlung der Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte in Köln, S. 351. Köln 1908
9. Die Anstalten der Stadt Berlin für die öffentliche Gesundheitspflege und für den naturwissenschaftlichen Unterricht. Festschrift dargeboten den Mitgliedern der 59. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte von den städtischen Behörden, S. 122. Berlin 1886
10. Rennefahrt, H., Hintzsche, E.: 600 Jahre Inseletpital, S. 426. Bern 1954
11. Gesundheitsstat. Auskunftsbuch 1. c., S. 23
12. Schachner, R.: Das städtische Krankenhaus München-Schwabing 1929, S. 40. Düsseldorf 1929
13. Gesundheitsstat. Auskunftsbuch 1. c., S. 33