

RAUMANALYSE UND KRANKENHAUSGESCHICHTE – TRADITIONELLE UND NEUERE PERSPEKTIVEN AUF DIE STATIONÄRE KRANKENVERSORGUNG.

Thorsten Halling & Arno Görgen

EINLEITUNG

Zum Ende des 19. Jahrhunderts avancierte das allgemeine kommunale Krankenhaus in Europa zu einem zentralen Ort medizinischen Handelns. Es entstanden repräsentative Gebäudekomplexe, die das neue Selbstbewusstsein insbesondere der Industriestädte zum Ausdruck brachten, den Einfluss und das Ansehen des ärztlichen Berufsstands beförderten, den Zugang zu medizinischen Leistungen und deren Finanzierung veränderten und zugleich einen Kulminationspunkt medizinischer und hygienischer Diskurse darstellten (Labisch und Spree 1995). Ähnliches gilt – trotz anderer Träger und unterschiedlichen Interessenlagen – auch für spezielle stationäre Einrichtungen, etwa für psychisch kranke Menschen. Im Verlauf des Ersten Weltkriegs und den darauf folgenden wirtschaftlichen Problemen gerieten diese Institutionen schnell unter zunehmenden Rationalisierungs- und Legitimationsdruck. Kostenminimierung bei gleichzeitiger Qualitätssicherung in der Krankenversorgung entwickelte sich zu einem prägenden Dilemma dieses medizinisch-sozialen, aber auch ökonomischen Handlungsraums. Die zunehmende Technisierung der Medizin nach Ende des Zweiten Weltkriegs und die neuen Großkrankenhäuser der 1970er und 1980er Jahre forcierten schließlich eine ambivalente Sicht der Krankenhauspatienten, die sich in kritischen Begriffe wie ‚Apparatemedizin‘ und ‚Gesundheitsfabrik‘ ausdrückt und von einer anhaltend großen medialen Aufmerksamkeit begleitet wird (Hübner 2004). Krankenhäuser sind also als Brennpunkte technischen, gesellschaftlichen und kulturellen Wandels zu verstehen, in denen dadurch entstehende Spannungen besonders stark hervortreten.

In der wissenschaftlichen Beschäftigung mit dem Thema ‚Krankenhaus‘ wird deutlich, dass in vielerlei Hinsicht der Raum eine zentrale Möglichkeit darstellt, diesen Brennpunkt effektiv zu ergründen. Mit der Topologie als analyseleitender Kategorie lässt sich eine so orientierte Wissenschaft des Krankenhauses insbesondere im Kontext des ‚Spatial Turn‘ und der *Space Studies* verorten. In aller Kürze zusammengefasst kann man den Spatial Turn als postmodernen Gegenentwurf zu den historisch orientierten Sozialtheorien der Moderne verstehen (Döring und Thielmann 2009: 8–9). Er ordnet sich damit in eine ganze Reihe von ‚Turns‘ ein, die alle, dem Vorbild des ‚Linguistic Turn‘ folgend, unter dem Sammelbegriff des ‚Cultural Turn‘ eine methodisch-theoretische Neuformulierung der Sozial- und Geisteswissenschaften anstrebten. Diese Wenden haben „Blickrichtungen geändert und neue Fokussierungen eingeführt. Damit haben sie durch alle Disziplinen hin-

durch bisher unbearbeitete Forschungsfelder quer zu den Disziplinen erschlossen und den etablierten Theorien- und Methodenkanon durch gezielte Forschungsanstöße aufgebrochen.“ (Bachmann-Medick 2009: 7). Gleichzeitig wird unter anderen von Jörg Döring und Tristan Thielmann kritisch eingewandt, dass es einen einheitlichen Spatial Turn nie gegeben habe. Ein solcher methodisch und theoretisch homogener und paradigmatischer Charakter werde jedoch immer wieder in einer selbstreferentiellen „Verweiskette mit Selbstverstärkereffekt“ behauptet (Döring und Thielmann 2009: 11). Man kann demnach von einer disziplinenorientierten Schwerpunktsetzung sprechen, die für sich den Anspruch der Transdisziplinarität erhebt. Um dieser umfassenden, durch den Gründungsmythos eines einheitlichen transdisziplinären Projektes hervorgerufenen Begründungslast des Spatial Turns zu entgehen, schlagen Laura Kajetzke und Markus Schroer vor, den negativen Implikationen des Spatial Turn durch die Verwendung des allgemeineren und weniger radikal klingenden Begriffes der ‚Space Studies‘ zu begegnen (Kajetzke und Schroer 2012: 198).

Anders als das ursprüngliche, exklusive Verständnis des Spatial Turn es vorgibt, kann zudem nach Meinung der Autoren dieses Beitrages ein topologisch orientierter transdisziplinärer Zugriff auf das Krankenhaus keine auf reinen topologischen Konstanten beruhende Analysen hervorbringen, ohne dabei auf die soziokulturellen, historischen Bedingtheiten der Räume des Krankenhauses zu verweisen. An diese Thesen anschließend skizziert dieser Beitrag – ausgehend von einer wissenschaftshistorischen Analyse zeitgenössischer Vorstellungen räumlicher Bedingtheit von Krankenhausmedizin im Verlauf des 19. und 20. Jahrhunderts – einerseits die bisherigen raumanalytischen Zugänge in der Krankenhausgeschichtsschreibung und versucht andererseits, die Erkenntnismöglichkeiten einer systematischen historischen Raumforschung mit Blick auf die stationäre Krankenversorgung auszuloten. Beide, zeitgenössische und geschichtswissenschaftliche Konjunkturen in der Analyse des Krankenhauswesens, stärken die These dieses Beitrages, dass der spezifische Blick auf den Raum schon seit der Entstehung der ersten Krankenhäuser prävalent war und sich *sui generis* durch eine gewisse Multidisziplinarität auszeichnete, gleichzeitig aber auch durch die jeweiligen fachspezifischen Schwerpunktsetzungen zu Komplexitätsreduktionen führte. Um dieses Dilemma auszuräumen, plädieren wir in einem dritten Schritt für einen transdisziplinären, über die Geschichte hinausgehenden analytischen Ansatz, der durch die kurzen Zusammenfassungen der Beiträge dieses Bandes in eine analytische Praxis überführt wird. Auf diese Weise kann ein zentrales Dilemma des Spatial Turn ausgeräumt werden, denn so wird verhindert, dass „er das Synchrones über das Diachrone stellt, das Systemische über das Geschichtliche, das Sprachsystem über den sukzessiven Redegebrauch.“ (Bachmann-Medick 2009: 285).

ZEITGENÖSSISCHE RELEVANZ RÄUMLICHER KATEGORIEN

Im Laufe des 19. Jahrhundert nahm im Zuge der großen Neubauten in vielen Städten Europas auch die die Zahl reflektierender Beiträge zu den Anforderungen an Lage und Bau der zu errichtenden Krankenhäuser zu. Bereits zu Beginn des 20. Jahrhunderts existierte allein im deutschen Sprachraum eine kaum noch zu überblickende Vielzahl von Studien zu bauplanerischen, aber auch organisatorisch-strukturellen oder rechtlichen Fragen, die beim Bau und Betrieb eines Krankenhaus zu beachten seien. Ausdruck dieser komplexen Betrachtungsweise ist das Themen- und Autorenspektrum in der 1905 gegründeten „Zeitschrift für Krankenanstalten: Fachblatt für Anlage, Bau, Einrichtung, Verwaltung von Apotheken, technischen und wirtschaftlichen Betrieb der Krankenhäuser, Kliniken, Lazarette, Irren- und Pflegeanstalten, Heilstätten, Sanatorien usw.“¹

Besonders verdichtet finden sich die zeitgenössischen Vorstellungen – wenn auch teilweise stark idealtypisch – in entsprechenden Handbüchern, deren Autoren zumeist selbst in verantwortlicher Stelle in Krankenhäusern tätig waren oder aber als Architekten beziehungsweise städtische Bauräte, Ingenieure oder Juristen unmittelbar an der Ausgestaltung dieser Institutionen beteiligt waren. Theorie und Praxis sind in diesen umfassenden und interdisziplinären Darstellungen somit eng verbunden. Im Folgenden werden wichtige deutschsprachige Handbücher auf die jeweilige Bedeutung räumlicher Kategorien für allgemeine Krankenhäuser hin untersucht. Für die psychiatrischen Anstalten liegen entsprechende Analysen bereits vor.²

„Räumliches Bedürfnis“: Lage und Bauprogramm

Eine frühe systematische Darstellung verfasste der Arzt und langjährige Verwaltungsdirektor der Charité Carl Heinrich Esse. In zwei Hauptabschnitten zur „Einrichtung“ und zur „Verwaltung“ von „Krankenanstalten“ erläutert er wesentliche raumplanerische Anforderungen an Lage und räumliche Struktur von Krankenhäusern (Esse 1857; Esse 1868). Im Sinne der heutigen Krankenhausbedarfsplanung stellt Esse die „Ermittlung [sic!] des räumlichen Bedürfnisses“ vor allem auch in Hinblick auf zukünftige Entwicklungen („eine längere Reihe von Jahren“) allen Überlegungen voran (Esse 1868: 1). Korreliert wird dieser Raumbedarf daher mit dem zu erwartenden Bevölkerungswachstum, insbesondere auch mit dem „sich vermehrenden Proletariat“, aber auch mit der Gestaltung und Organisation des Krankenhauses selbst: „[...] je humaner die Einrichtungen geschaffen werden“, je mehr schwinde „die Scheu der Armen vor öffentlichen Heilanstalten“ (Esse 1868: 1). Auch die Berücksichtigung des zu erwartenden Krankheitspanoramas und der sozialen Gliederung der Patienten mit den dazugehörigen räumlichen Anforderungen seien notwendig, um größere Veränderungen räumlicher Konstellationen zu

1 Erschien ab 1926 unter dem Titel „Zeitschrift für das gesamte Krankenhauswesen“.

2 Vgl. die Forschungsdiskussion im Abschnitt „Historische Perspektiven räumlicher Bedingtheit des Krankenhauses“.

vermeiden. Zu diesen gehören auch stadtgeographische Lage, Baugrund und Ausrichtung der Patientenzimmer in südlicher Himmelsrichtung (Esse 1868: 3–5). Die empfohlene städtische Randlage, möglichst in Verbindung mit unmittelbarer Nähe zu einem fließenden Gewässer, reflektiert dabei einerseits die im 19. Jahrhundert dominierende Vorstellung der ungesunden Stadt, andererseits die auch in Berlin erst beginnende Errichtung einer sanitären Infrastruktur (Vögele 2000).

Im Zentrum nahezu jeder zeitgenössischen Auseinandersetzung mit den räumlichen Bedingungen von Krankenhausmedizin steht die architektonische Ausgestaltung, das so genannte „Bauprogramm“. Bereits in der Planungsphase erfolgen hier wesentliche raumorientierte Aushandlungsprozesse, bei denen medizinisch-ärztliche, ökonomische und ästhetische Interessen miteinander konkurrieren. Als Hauptargument für das bis ins frühe 20. Jahrhundert weit verbreitete „Pavillon- oder Flügelsystem“ diente die Vorstellung von der ‚unreinen Luft‘ als „das eigentlich krankmachende Agens im Krankenhaus“ von Raum, obwohl sich zu diesem Zeitpunkt die Erkenntnisse der Bakteriologie längst durchgesetzt und die Methoden der Anti- und Asepsis Erfolge zeigten (Murken 1995: 142–143).

Schon 1868, als die ersten deutschen Pavillonkrankenhäuser errichtet wurden bzw. sich in Planung befanden (Murken 1979: 227–245), führte Esse kritisch den enormen Platzbedarf und die damit verbundenen höheren Kosten im Vergleich zu einer kompakteren bzw. mehrstöckigen Bauweise an (Esse 1868: 7).

Den Zusammenhang von Hierarchisierungen innerhalb des Bauprogramms und den jeweiligen medizinischen Möglichkeiten verdeutlicht die Erläuterung des Operationsaals zwischen den Kapiteln zu „Betsaal“ und „Badeanstalt“. Der Operationsaal eines Krankenhauses gewinne, so Esse, erst „an Bedeutung und erfordert besondere Einrichtungen, sobald das Krankenhaus zugleich als Unterrichtsanstalt benutzt wird. Für ein gewöhnliches Krankenhaus ist zu den vorzunehmenden Operationen jedes geräumige Zimmer geeignet, sobald es nur genügendes Licht hat“ (Esse 1868: 54).

Die Raumnutzung insgesamt unterliegt im Konzept Esses dabei wiederum sowohl medizinischen, betriebswirtschaftlichen als auch sozialen Konfigurationen, denen subjektive Raumansprüche unterzuordnen sind. Größere Patientenzimmer seien demnach vorzuziehen, da sie günstiger zu errichten, zu beleuchten und erwärmen seien und die Raumgröße auch die Krankenpflege erleichtere, auch wenn kleinere Krankenzimmer für die Patienten selbst angenehmer seien (Esse 1868: 10). Die Raumnutzung ist für alle Akteure durch zahlreiche „Instructionen“ und der Hausordnung einer strikten Normierung unterworfen. Dazu gehören unter anderem moralisch motivierte Restriktionen wie die Trennung der Geschlechter auf den Stationen, aber auch auf den „Erholungsplätzen“, definierte Arbeitsabläufe für die jeweiligen Funktionsräume – etwa die Essensausgabe in der Krankenpflege, die Organisation des Wäschereibetriebs oder aber die Pflicht einer regelmäßigen chefarztlichen Visite – sowie einen auf Personal und Patienten beschränkten Zugang, beispielsweise durch eng reglementierte Besuchszeiten (Esse 1868: 7–8, 255–257, 341–343, 193, 283).

Das von Esse zusammengefasste räumliche Anforderungsprofil einer möglichst optimalen Einbettung in die jeweilige städtische Topographie, einer bedarfsgerech-

ten zukunftsorientierten Dimensionierung und einer vor allem an hygienischen und organisatorischen Erfordernissen angepassten Strukturierung des Baukörpers erfährt im Laufe der 19. und 20. Jahrhunderts zahlreiche Ergänzungen und Schwerpunktverschiebungen, ohne grundsätzlich obsolet zu werden.

„Feingegliedeter Organismus“: Einrichtung und Kosten

Viele Krankenhausneugründungen der Jahrhundertwende trugen das „allgemein“ bereits in ihrem Namen und signalisierten damit die Abkehr vom traditionellen Armenhospital hin zu einem modernen, allen Bevölkerungsschichten offen stehenden Krankenhaus. Dieser Verallgemeinerung zuwiderlaufe, so die Kritik des Sozialhygienikers Alfred Grotjahns, „daß die bauenden Körperschaften sich in der technischen Ausstattung und der Opulenz der Bauausführungen zu überbieten suchen und die Kosten so hoch hinaufschrauben“ (Grotjahn 1908: 134). Der Krankenhausaufenthalt sollte gegenüber der häuslichen Bettlägerigkeit eine intensivere und damit rationellere ärztliche Therapie bei akuten inneren und chirurgischen Erkrankungen sicherstellen. Stationäre Behandlung kam insbesondere für chirurgische Eingriffe in Betracht, denn nur das Krankenhaus konnte den dafür notwendigen Apparat an Operationszimmern und Instrumentarien bereitstellen (Grotjahn und Kaup 1912: 643–649).

„Krankenanstalten sind Waffen der Gesellschaft im Kampfe gegen die gesundheitlichen Schäden des Volkskörpers: sie dienen der Heilung und Pflege der Kranken, dem Schutz gegen Seuchen. Sie nehmen einen wichtigen Anteil der Bevölkerung auf. Dank den fortschreitenden, kühneren und erfolgreicherer Leistungen der Heilkunde bedürfen ihrer immer mehr Kranke. Die soziale Gesetzgebung und der größere Wohlstand ermöglicht deren Unterbringung in steigendem Maße [...] Eine Krankenanstalt stellt heute – ob groß oder klein – einen feingegliederten Organismus dar, dessen eigenartiges Räderwerk genau ineinander greifen muß, um ihren Zweck zu erfüllen“ (Grober 1911: Vorwort).

In der militaristischen Rhetorik des frühen 20. Jahrhunderts sind diese einleitenden Bemerkungen von Julius Grober zu dem in drei Auflagen erschienenen Standardwerk zur Krankenhausorganisation (Grober 1911a; Grober 1922; Grober 1932a) Ausdruck eines anhaltenden technikzentrierten Fortschrittsoptimismus des späten 19. Jahrhunderts, wie er im Krankenhauswesen dann erneut in den 1970er Jahren verstärkt zu beobachten war (Murken 1995: 253–267). Darüber hinaus weisen sie auf grundsätzliche Weiterentwicklungen im zeitgenössischen Verständnis des Krankenhauses, mit denen eine zunehmende Verwissenschaftlichung einhergeht. Die Metapher eines „feingegliederten Organismus“ beschreibt die Ausdifferenzierung der Medizin ebenso wie die Vernetzung stationärer Krankenversorgung in die Ausweitung des Sozialstaates im späten Kaiserreich. Die Etablierung der Sozialversicherungssysteme, v. a. die Krankenversicherung für Arbeiter, erweiterte den Patientenkreis und verstärkte die Ausrichtung der Krankenhausmedizin auf eine schnelle Wiederherstellung der Arbeitsfähigkeit (Gottstein 1927: 4).

Bauplanung, besonders die Größe eines Krankenhauses und die strittige Frage der Bauform (Korridorform, Pavillonsystem und gemischte Bauformen), und Betrieb wurden 1911 in viel stärkerem Maße unter dem Aspekt der Wirtschaftlichkeit betrachtet, dennoch werden zumindest in der Theorie die Baukosten dem ausdifferenzierten Raumprogramm weiterhin untergeordnet. Als wichtige Kennziffer etablierte sich der „Bettenpreis“ als die anteiligen Baukosten je Bett. Grober identifizierte vor allem die gestiegenen Ansprüche an die „technisch-maschinelle Einrichtung“ als Teuerungsfaktor, während er die Ausweitung hygienischer Anforderungen an die räumlichen Gegebenheiten als überschätzt bezeichnet (Grober 1911b: 87). Zu Beginn des 20. Jahrhunderts gerieten neu gegründete Krankenhäuser, wie etwa die städtischen Krankenanstalten in Düsseldorf auch durch zu hohe Betriebskosten in finanzielle Schieflage, woraus die vermutlich erste vergleichende Kostenanalyse für Großkrankenhäuser im Deutschen Reich resultierte (Most 1910). Auch alle Kostenrechnungen zum Krankenhausbetrieb bezogen sich nun auf das einzelne Bett und den ihn umgebenden Raum (Pütter 1911: 831).

Parallel zu dieser betriebswirtschaftlichen Durchdringung hatte vor allem das Prinzip der Asepsis großen Einfluss auf die Bedeutung räumlicher Gestaltung im Krankenhaus. Es begründete ein völlig neues Raumkonzept für die Gestaltung von Operationsräumen. Aus dem beliebigen Raum mit „genügendem Licht“ bei Esse hatte sich ein Operationstrakt, teilweise auch ein separates Operationshaus mit einer spezifischen Anordnung von separaten Funktionsräumen (Perthes 1911) herausgebildet. Im Kapitel Bauausführung wird die Ausgestaltung der Räume mit glatten Wänden und abgerundeten Ecken angeführt (Boethke 1911: 168), die auf die Bestimmungen einer preußischen Verordnung von 1895 zurückging (Grober 1911c: 965). Diese sind als Pendant zur bereits erwähnten Normierung der Raumnutzung zu verstehen.

„Die Not der Zeit“: Vernetzung, Rationalisierung und Standardisierung

Während des Ersten Weltkriegs dienten viele Krankenhäuser in Nähe der jeweiligen Kriegsfront als Reservelazarette (vgl. Beitrag Ruff in diesem Band). Nach Kriegsende waren sie den Mangelerscheinungen der Zeit und einem zunehmenden Rationalisierungsdruck durch die kommunalen Träger ausgesetzt. Nach Ende des Krieges entwickelten die Vertreter des Krankenhauswesens nach einer kurzen Phase der Defensive eine umfassende Anpassungsstrategie an die Finanzlage der Kommunen, die sich an die Industrieparameter Normierung und Rationalisierung anlehnte und damit einen weiteren Modernisierungsschub des Krankenhauswesens markiert (Labisch 1994). Grundlage hierfür war eine personelle und institutionelle Vernetzung. Der 1922 gegründete Gutachterausschuss für das öffentliche Krankenhauswesen veranlasste zunächst eine umfassende Datenerhebung zur Ausgestaltung in Bau und Organisation der Krankenhäuser im Deutschen Reich (Alter 1927). Unter dem Eindruck der „Not der Zeit“ war das Ziel eine schrittweise Vereinheitlichung der räumlichen Bedingungen der stationären Krankenhausversorgung zum Zwecke der Rationalisierung von Arbeitsabläufen (Alter 1926, Alter 1929, Schop-

ohl 1932). Dazu zählten auch Vorschläge, Neu- und Umbauten von Krankenhäusern sollten den Prinzipien moderner Fabrikarchitektur folgen. Obwohl die Kritiker dieser Auffassung stets betonten, dass das Krankenhaus eben kein Fabrikbetrieb sei, verwendeten auch sie industriell geprägte Metaphern wie „Reparaturwerkstatt“ für das Krankenhaus (Lang 1931). Mit dem Rationalisierungsdiskurs gingen umfassende Standardisierungsbestrebungen einher (Berger 1994). Der Fachnormenausschuss Krankenhaus (Fanok) erstellte im Laufe der Zeit zu fast allen Gegenständen, Personal- und Dienstleistungen entsprechende Richtlinien (Hoffmann 1926). Im Operationsaal war beispielweise die Sterilisation der Verbandstoffe, Handschuhe und Operationswäsche normiert (Magnus 1932: 569).

Für die Überwindung systemischer Grenzen stehen die Bemühungen, sozialhygienische, d.h. vor allem auch präventive Gesundheitsstrukturen stärker mit der Krankenhausmedizin zu verbinden, beispielsweise in der „Säuglingsfürsorge“, „Krüppelfürsorge“ und auch in der „Schulgesundheitspflege“ (Gottstein 1927: 93, Arbeitsgemeinschaft der kommunalen Spitzenverbände für das Gesundheitswesen 1933). Den Anspruch des Krankenhauses als eines zentralen Knotenpunktes in diesem Netzwerk verdeutlicht die in den 1920er Jahren forcierte Krankenhausfürsorge (Alter 1932) (Abb. 1). Ein Beispiel für den Aspekt der Repräsentation des Krankenhauses, gleichsam Gegenbild, Idealisierung, auf jeden Fall aber prägend für populäre Vorstellungen vom Krankenhaus, sind die großen Gesundheitsausstellungen in der Zeit der Weimarer Republik. So etwa die Präsentation der bisherigen Erfolge der deutschen Krankenhausfürsorge auf der Gesolei (Grosse Ausstellung für Gesundheitspflege, soziale Fürsorge und Leibesübungen) in Düsseldorf 1926 oder die Sonderschau „Das Krankenhaus“ auf der Internationalen Hygieneausstellung Dresden 1930 (Temper 1930).

ber waren es denn auch zwei der bekanntesten Krankenhausforscher der Weimarer Republik, die sich und ihre Vorstellungen von der Verortung des Krankenhauses in der Gesellschaft der „Neuorganisation des öffentlichen Krankenhauswesens“ (Zeitler 1934) durch die Nationalsozialisten andienten. Dazu gehörten vor allem die Planwirtschaft im Krankenhauswesen und damit die Einbindung des Krankenhauses in ein ebenso planwirtschaftliches übergeordnetes Gesundheitswesen – in einen zentralisierten „Sturmlauf in die Gesundheit“ (Alter 1934: 362). Nicht mehr die Kommune, sondern der Staat als Ganzes, gegliedert in Regionen, solle nun die Bezugsgröße der Bedarfsplanung sein (Alter 1936). Diese Gliederung „muss nach gegebenen Verhältnissen geschehen: es kommen hier sowohl geographische Lage und die geographische Abgrenzung eines Gebietes, die Verkehrsverhältnisse [...] in Betracht; aber ebenso sehr sind wirtschaftliche Fragen von großer Bedeutung“ (Grober 1934: 75). Abweichend von seinem zwei Jahre zuvor erschienenen Aufsatz zum gleichen Thema (Grober 1932b) verknüpft Grober diesen ökonomischen nun mit dem eugenischen Diskurs. So seien es „bedeutungsvolle Umstellungen unserer allgemeinen Einsichten, die für die Forderung nach Planwirtschaft im Krankenhauswesen von Bedeutung sind. [...] es geht unmöglich mehr an, daß für eugenisch minderwertige Kranke ein Pflegemaß aufgewendet wird, wie es für schwerkranke Infektiöse oder für Lungenentzündungen, aufgewendet werden muß und darf“ (Grober 1934: 75). Das für die allgemeinen Krankenhäuser erst wenige Jahrzehnte zuvor durchgesetzte Prinzip der Inklusion einer möglichst großen Vielfalt von Kranken wurde zugunsten einer rassenhygienisch motivierten Exklusion aufgegeben.

Bereits 1923 hatte Grotjahn unter der Überschrift „Der soziale Wert des Krankenhaus- und Anstaltswesens“ den Gedanken der Fortpflanzungshygiene allerdings in Hinblick auf eine Asylisierung spezifiziert: „Die Nation, der es zuerst gelänge, das gesamte Krankenhaus- und Anstaltswesen in den Dienst der Ausjätung der körperlich und geistig Minderwertigen zu stellen, würde von Jahrzehnt zu Jahrzehnt wachsenden Vorsprung vor allen übrigen Völkern gewinnen“ (Grotjahn 1923: 463). Zu diesem frühen Zeitpunkt findet man in anderen sozialhygienischen Schriften die Inanspruchnahme des Krankenhaus- und Anstaltswesens für die Fortpflanzungshygiene in dieser Radikalität nicht.

Auf Grundlage des „Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ von 1934 wurden die Krankenhäuser Teil des „Kampfes um die Volksgesundheit“, die „Aufgabe der Krankenanstalten ist die technische Durchführung des Gesetzes; d. h. die Sterilisierung soll grundsätzlich in den Krankenhäusern vorgenommen werden“ (Klein 1934). Zugleich sollten an größeren Krankenhäusern besonderer Untersuchungsstellen zur Vererbungsforschung geschaffen werden (Curtius 1933: 512).

Bis 1933 hatte eugenisches Gedankengut in der Krankenhausforschung auffallend keine Rolle gespielt. Das Ziel der Krankenhäuser, zentraler Teil des nationalsozialistischen Gesundheits- und Fürsorgewesens zu werden, kann somit als ein wichtiger Hintergrund für die Befürwortung der Sterilisationsgesetze betrachtet werden (Ley 2004), zumal die allermeisten der beteiligten Chirurgen, Gynäkologen und Urologen nach 1945 – und die hier genannten Autoren – nicht zur Rechenschaft

gezogen worden. Im Gegenteil waren die Opfer und das ihnen widerfahrene Unrecht in der Bundesrepublik weitgehend verschwiegen worden (Westermann 2010).

„Zeitgerechter Krankenhausbau“: Zentralisierung,
Automatisierung und Differenzierung

Abgesehen von der Eugenik war die Krankenhausforschung nach Ende des Zweiten Weltkriegs von konzeptioneller Kontinuität geprägt. Auch wenn sich der Terminus Planwirtschaft in den nach 1945 erschienenen Publikationen zum Krankenhauswesen kaum noch findet, so wirkt vor allem die Idee von regionalen und überregionalen Generalplänen für das Krankenhauswesen (Abb. 2) (Hassenpflug 1962a: 21–24, Ritter 1954: 3–5) bis in die Gegenwart, so muss jedes Bundesland eine entsprechende Krankenhausbedarfsplanung vornehmen.³ Bis in die 1970er Jahre bildeten sich in Hinsicht auf Bettenzahl und Leistungsfähigkeit vier Kategorien von Krankenhäusern heraus (Grundversorgung, Regelversorgung, Zentralversorgung, Maximalversorgung).

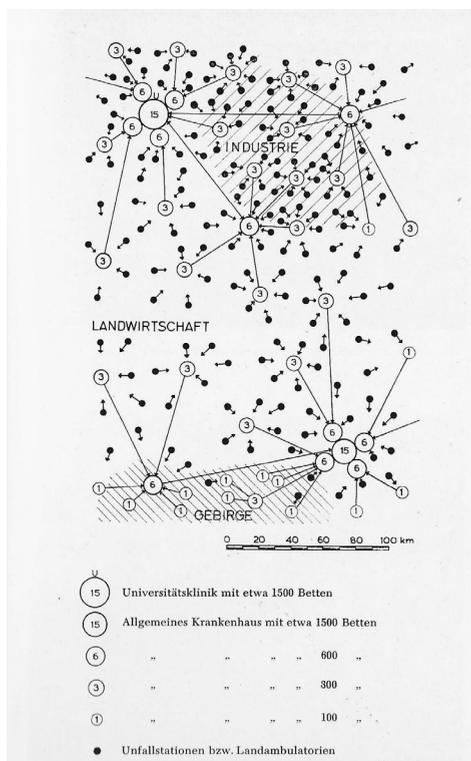


Abb. 2: Generalplan für das Krankenhauswesen eines großen Versorgungsgebiets (ca. 60000 qkm mit 2400000 Einwohnern). Quelle: Architekturmuseum der TU München.

3 Vgl. <http://www.gbe-bund.de/glossar/Krankenhausbedarfsplan.html> [15.01.2014].

Angeknüpft wurde auch an die am amerikanischen Taylorismus angelehnten Rationalisierungs- und Normierungsdiskurse der 1920er und 1930er Jahre (Hassenpflug 1962c), wobei insbesondere die organisatorische Zentralisierung, u. a. die „Entflechtung und Verkürzung der Wege“ (Hassenpflug 1962b: 12) und kompaktere Bauformen im Mittelpunkt standen. Dazu gehört – idealtypisch – die architektonisch-organisatorische Trennung in horizontal gegliederte Funktionsräume und vertikal angeordnete Patientenzimmer, d. h. Bettenhäuser in Form von Hochbauten (Hassenpflug 1962d). In diesem Zusammenhang beispielhaft für die Automatisierung der Bewegungen im Raum ist der Einsatz von Transportsystemen, etwa in Form von Aufzügen, Rohrpostanlagen und Transportbändern (Lewicki 1962).

Nicht ohne Widerspruch waren die gleichzeitigen Phänomene einer grundsätzlichen Zentralisierung von Versorgungsstrukturen im Krankenhaus und der medizinischen Differenzierung. Bis in die 1970er Jahre etablierten sich je nach Größe des Krankenhauses bis zu 12 fachärztliche Abteilungen. Die ursprüngliche Raumkonfiguration unterlag einem starken Wandel, der mit räumlichen Aneignungsprozessen verbunden war, über welche auch ein jeweils spezifisches räumliches Anforderungsprofil definiert wurde (Vgl. u. a. Kraatz 1962, Vogel 1962, Müller 1962). An Kulminationspunkten fachspezifischer Interessen wie beispielsweise dem Operationsbereich, werden räumliche Bedingungen für Fachdifferenzierungen besonders deutlich (Gohrbrandt 1962, Schneider 1962: 101) (Vgl. Beitrag Moll in diesem Band).

Auch wenn der Diskurs insgesamt weiterhin von Ärzten, aber noch sehr viel stärker von Architekten und Ingenieuren bestimmt wurde⁴, fanden nun auch soziologische Aspekte zumindest konzeptionell Berücksichtigung. Der Direktor der Universitätsklinik für natürliche Heilweisen an der Charité in Berlin forderte in seinem Plädoyer für einen „zeitgerechten Krankenhausbau“ auch die Einsicht in die „größeren Zusammenhänge und Zielsetzungen im Menschlichen“ (Vogler 1962: 1). Patienten und Mitarbeiter sind nach diesem Verständnis nicht mehr vorrangig Objekte von Verhaltensnormierung, wie dies in den zitierten „Instructionen“ und Hausordnungen zum Ausdruck kam, ihr Verhalten und ihre Interaktion unter den spezifischen Bedingungen der räumlichen und organisatorischen Struktur des Krankenhauses – also ihre Raumpraktiken – werden als zentrale Kategorien einer effizienten Krankenbehandlung identifiziert (Strotzka 1962). Dem Prinzip der Freiluftbaracken der 1920er Jahre folgend, sollten dem Patienten Bewegungsräume (z. B. Bewegungsbäder, zum Sport, zur Musik- oder Meditationsbehandlung) geschaffen werden. Auch wurde die Bedeutung des „Alleinseins des Patienten mit sich selbst“, des „zu-zweit-seins des Patienten mit einem Behandler“ und Stationsgröße für die Wirksamkeit therapeutischer Ansätze hervorgehoben (Derbolowsky 1962). In stärkerem Maße wurde auch die Relevanz von farbpsychologischen Wirkungen auf Genesungsprozesse reflektiert (Frieling 1962).

4 Die Spezialisierung von Architekten auf den Krankenhausbau dokumentiert auch der 1972 gegründete Arbeitskreis Krankenhausbau und Gesundheitswesen des BDA (Kuns 2007).

„Healing architecture“: Ausblick

Die Vorstellungen von Krankenhausmedizin wurden allerdings bis in die heutige Zeit weniger von dieser Patientenorientierung als vielmehr von den Großkrankenhäusern der 1970er Jahre geprägt, die Zentralisierung und Automatisierung zur obersten Maxime der Raumgestaltung erhoben (Siegrist 1992). Auch in kleineren Krankenhäusern bestimmten neue medizintechnische Großgeräte ganz wesentlich den Wandel räumlicher Strukturen.

Die Krankenhausforschung reagierte auf diesen beschleunigten Wandel von Raumbedürfnissen durch technische Innovationen mit der Forderung nach größerer Flexibilität in den Krankenhausstrukturen (Wischer et al. 2007). In den 1990er Jahren gewannen dann jene Vorstellungen an Bedeutung, die der Farbgestaltung (Venn et al. 2011) und dem architektonischen Raum an sich eine primäre Funktion bei der Genesung der Patienten zuschreiben (Carpman und Grant 2001, Leibrock und Harris 2011, Monz und Monz, 2001). Mit „Healing Architecture“ sind Grundprinzipien für den „heilenden“ Einfluss gebauter Umwelt auf die Wahrnehmung von Patienten gemeint (Nickl-Weller und Nickl 2013). Zu diesen aktuellen salutogenetischen Raumkonzepten im Krankenhaus vgl. die Beiträge von Artlich et al., Nickl und Schiendzielorz et al. und in diesem Band.

GESCHICHTSWISSENSCHAFTLICHE PERSPEKTIVEN RÄUMLICHER BEDINGTHEIT DES KRANKENHAUSES

In historischer Perspektive entwickelte sich also ein komplexes transdisziplinäres Geflecht an Fragen an die Medizin-, Architektur-, Institutionen-, Wirtschafts- und Sozial-, Patienten- und Mediengeschichte. Insbesondere die frühen Handbücher zum Krankenhauswesen folgten einem sehr komplexen räumlichen, sozialen, ökonomischen und rechtlichen Verständnis von Krankenhaus, das in medizinhistorischen Studien zunächst zugunsten baugeschichtlichen und medizinischen Fortschritts, später aufgrund sozial- und wirtschaftshistorisch orientierter Fokussierungen eingeeengt wurde (Stollberg und Vanja 2011).

Eine zentrale Kontroverse entspann sich vor allem an der Frage einer kontinuierlichen Entwicklungsgeschichte vom Hospital zum Krankenhaus (Dross 2004: 84–112). Das Wechselverhältnis zwischen räumlicher Organisation und medizinischer Praxis und somit auch zur Ausbildung medikaler Wissenskulturen wurde dabei, beispielsweise aufbauend auf etablierte soziologische Modelle zur sozialen Organisation von Raum, zunächst nur selten eingehend thematisiert (Prior 1988). Mit einem neuen, sozialhistorischen Forschungsprogramm seit Beginn der 1980er Jahre verschoben sich die methodischen, vor allem mit der Berücksichtigung von neuen Quellengattungen einhergehenden Schwerpunkte hin zu einer „Sozialgeschichte des Krankenhauses“. Berücksichtigung fanden in unterschiedlicher Ausprägung auch raumtheoretische Ansätze, vor allem in Hinblick auf das dynamische Verhältnis von sozialen Bedingungen und konkreten, diskursiven und symbolischen Handlungsräumen in der Medizin (Watzka 2011: 14–15).