www.uks.eu

ISBN: 978-3-940147-04-2

Wissenschafft Gesundheit

Festschrift

1909-2009

Von der Pfälzischen Heil- und Pflegeanstalt zum Universitätsklinikum des Saarlandes UKS

100 Jahre

Universitätsklinikum des Saarlandes

Inhaltsverzeichnis

Dr. Wolfgang Müller
Die Pfälzische Heil- und Pflegeanstalt 1909 – 1922 ..... S. 3

Dr. Gisela Tascher
Nationalsozialismus und Landeskrankenhaus ..... S. 15

Prof. Dr. Gernot Feifel
Militärische Nutzung im Ersten und Zweiten Weltkrieg ..... S. 25

Prof. Dr. Diether Breitenbach
Universitätsklinikum des Saarlandes 1947 bis heute ..... S. 31

Marlen Dittmann
Vom Pavillon zum Masterplan – Ein Abriss der hundertjährigen Baugeschichte des Homburger Universitätscampus ..... S. 43

Christiane Roos
Entwicklung der Pflege ..... S. 55

Esther Massar
Zeit für Mitmenschlichkeit – „Ich bin krank gewesen, und ihr habt mich besucht“ – Seelsorge am Klinikum Homburg ..... S. 61

Erhard Domay
Verstörte und wiedergefundene Harmonie – Ein Gang durch die Homburger Klinikkirche ..... S. 63

Vorstand des Universitätsklinikums des Saarlandes
Leitbild und Perspektiven des UKS ..... S. 69

Impressum ..... S. 76

Vorwort

Von der Pfälzischen Heil- und Pflegeanstalt zum Universitätsklinikum des Saarlandes UKS 1909 – 2009

Vor 100 Jahren, am 1. Juni 1909, wurde nach Frankenthal und Klingenmünster die dritte pfälzische Heil- und Pflegeanstalt in Homburg eröffnet. Aus dieser hat sich 1922 das Landeskrankenhaus Homburg (LKH) und später das Universitätsklinikum des Saarlandes entwickelt. Zwischen 1909 und heute liegt ein bewegtes Jahrhundert, wie auch der Blick in die Entwicklung dieser Homburger Einrichtungen der Krankenversorgung zeigt. Denn bewegt verlief in diesem Jahrhundert gerade die Geschichte an der Saar mit zwei Weltkriegen, den beiden leidenschaftlichen Volksabstimmungen 1935 und 1955 und dem Wechsel verschiedener politischer Systeme: zunächst das im Ersten Weltkrieg endende Wilhelminische Kaiserreich, die folgende 15jährige Völkerbundverwaltung, die zehn Jahre NS-Diktatur mit dem Zweiten Weltkrieg, der Aufbruch zum teilautonomen Saarland und dann 1957 der politische Beitritt zur Bundesrepublik Deutschland. Diese bewegte Geschichte mit ihren vielfältigen Umbrüchen spiegelt sich auch in dieser Festschrift wider, die in verschiedenen Beiträgen den Weg von der Pfälzischen Heil- und Pflegeanstalt über das Landeskrankenhaus zum heutigen Universitätsklinikum Revue passieren lässt. Es war unser Ziel, gerade diese Zeit, beginnend mit den Anfängen, mit ihren Herausforderungen und Widersprüchen aufzuzeigen. Demgegenüber soll der Schwerpunkt unserer Festschrift nicht in einer detaillierten Darstellung des heutigen Universitätsklinikums liegen, da ein aktueller Überblick mit der Sonderausgabe des UKS Reports zum 60jährigen Jubiläum des Universitätsklinikums „60 Jahre UKS 1947-2007“ bereits vorliegt. Gegenstand der Festschrift sind in erster Linie die Anfänge und der Weg, der zum heutigen UKS geführt hat und der gleichzeitig dessen Entwicklungspotential erkennen lässt. Autoren unterschiedlicher Profession haben die einzelnen Beiträge verfasst und ihr Themenfeld aus verschiedenen Perspektiven erarbeitet. Sie stellen sich mit Porträt und biographischen Informationen zum Beginn ihres jeweiligen Beitrages vor.

Einführend zeichnet der Archivar der Universität des Saarlandes, Wolfgang Müller, die Gründung und frühe Geschichte der Heil- und Pflegeanstalt nach. Hier wird bereits die Symbiose zwischen der Stadt Homburg und der neuen Anstalt deutlich, die im beiderseitigen Bewusstsein verankert ist und bis heute täglich gelebt wird. Ohne das intensive, auch finanzielle Engagement der Stadt Homburg wäre die viele Jahre im Volksmund so bezeichnete „Anstalt“ nie an dieser Stelle errichtet worden. Im Standortwettbewerb unter 32 Bewerbungen hatten die Stadtväter recht früh dem zuständigen Landrat der Pfalz die Bereitschaft signalisiert, durch großzügige Überlassung von Grundstücken und günstige Energiepreise die Errichtung der Heil- und Pflegeanstalt entscheidend zu unterstützen. So illustrieren die zeitgenössischen Ratsprotokolle einerseits eindrucksvoll die „überaus großen Opfer“ der Stadt, man erhoffte andererseits aber auch „für alle Zeiten ...große Vorteile“ für die Geschäftswelt. Ebenso erwartete der „Kreis Pfalz“ als Träger der Anstalt finanzielle Erträge und prophezeite schon damals „wichtige wirtschaftliche Impulse für die pfälzische Wirtschaft“. So ist das UKS heute nicht nur der überregionale Leuchtturm der Forschung, Lehre und Krankenversorgung, sondern auch ein zentraler Arbeitgeber und Wirtschaftsfaktor der Region.

Infolge der politischen Veränderungen nach 1918 und der Gründung des „Saargebiets“ unter Völkerbundverwaltung wurde die Heil- und Pflegeanstalt in ein Landeskrankenhaus für das Saargebiet umgewandelt. Im Herbst 1921 wurden die letzten noch verbliebenen Patienten aus der Pfalz in die beiden pfälzischen Heil- und Pflegeanstalten Klingenmünster und Frankenthal und die aus dem neuen Saargebiet stammenden Patienten in die ehemals preußische Anstalt Merzig überwiesen. Mit der Einrichtung des Landeskrankenhauses 1922 begann eine neue Ära der medizinischen Entwicklung. Auch das Landeskrankenhaus Homburg blieb in den folgenden Jahren nicht von der nationalsozialistischen Diktatur und Rassenideologie verschont. Dies wurde von Christoph Braß in seiner 2004 erschienenen Dissertation „Zwangssterilisation und Euthanasie im Saarland 1935-1945“ bereits dokumentiert. Die Einbindung des LKH als Teil unserer Geschichte wird von Gisela Tascher, die gerade eine materialreiche Studie zur Entwicklung des Gesundheitswesens im Saargebiet und Saarland zwischen 1920 und 1956 abgeschlossen hat, in dieser Festschrift auf bedrükkende Weise dargestellt.

Gernot Feifel erweitert unsere Sicht auf diese so ereignisreiche und widersprüchliche Zeit, indem er u.a. auf die militärische Nutzung des Landeskrankenhauses im Ersten und Zweiten Weltkrieg eingeht. Diether Breitenbach, der das Universitätsklinikum über Jahrzehnte begleitet hat, stellt anschließend dessen Entwicklung von den universitären Anfängen in Homburg 1946/47 bis zur Gegenwart dar und verweist auf die hohen Standards in Forschung, Lehre und Krankenversorgung. Seit 1947/48 erlebte das neue Universitätsklinikum eine stete Aufwärtsentwicklung von anfangs 20 auf heute 50 Kliniken und Institute. „In allen Fällen basierte die Schaffung neuer Kliniken und Institute auf neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen und daraus entwickelten neuen diagnostischen und/oder therapeutischen Verfahren und Geräten. Sie waren jeweils Ergebnis eines umfangreichen evidenzbasierten Innovationsprozesses.“

Unter dem Motto „Vom Pavillon zum Masterplan“ bietet Marlen Dittmann einen interessanten Abriss über ein Jahrhundert Baugeschichte auf dem Homburger Universitätscampus. Christiane Roos´ Impressionen zur Entwicklung der Pflege zeigen unter anderem auch den tiefgreifenden Wandel von den Wärtern der Heil- und Pflegeanstalt zu den heutigen Krankenpflegeberufen. Pfarrerin Esther Massars Reflexionen unterstreichen die Bedeutung der Seelsorge auch und gerade in einem Klinikum des 21. Jahrhunderts, und Erhard Domay lädt mit „Verstörte und wiedergefundene Harmonie“ zu einem architektonischen Spaziergang durch die Klinikkirche ein.

Medizin und Ethik sind untrennbar miteinander verbunden. Dies zeigt die Vergangenheit, aber auch die Gegenwart. Jede Zeit hat ihre eigenen Herausforderungen. So sind es heute vor allem die wirtschaftlichen Zwänge, deren Ursachen in der demografischen Entwicklung und dem rasanten medizinischen Fortschritt liegen. Diese Fragen werden im Beitrag des Klinikumsvorstandes „Leitbild und Perspektiven des UKS“ aufgegriffen. Neben der Präsentation dieses Leitbildes werden sowohl die zentralen Herausforderungen unserer Zeit aufgezeigt als auch die Wege, ihnen zu begegnen. Der Leser dieser Festschrift wird geringfügige Überschneidungen der einzelnen Beiträge finden. Diese wurden bewusst belassen, um die Geschlossenheit des jeweiligen Beitrages zu erhalten. Wir sind allen dankbar, die sich für die Entwicklung von der Pfälzischen Heil- und Pflegeanstalt zum Universitätsklinikum des Saarlandes eingesetzt haben, und danken auch denjenigen, die das UKS und seine stetige Weiterentwicklung konstruktiv in die Zukunft begleiten.

Im Sommer 2009

Der Vorstand

Prof. Dr. Hans Köhler, Ärztlicher Direktor
Ulrich Kerle, Kaufmännischer Direktor
Paul Staut, Pflegedirektor
Prof. Dr. Michael Menger, Dekan

Dr. Wolfgang Müller
Archivar der Universität des Saarlandes

Dr. Wolfgang Müller,
Archiv der Universität des Saarlandes

Die Pfälzische Heil- und Pflegeanstalt 1909 – 1922

Prolog

„Als dem Verfasser dieses vom 1ten August 1904 ab die Projektierung und Bauleitung der neu zu errichtenden Kreisirrenanstalt übertragen wurde, lag bereits ein von dem kgl. Direktor der Kreisirrenanstalt Klingenmünster ausgearbeitetes allgemeines Programm für die künftige Anstalt, sowie der Beschluß des ständigen Landratsausschusses vor, wonach das von der Stadtgemeinde Homburg angebotene Terrain für die Errichtung der Kreisirrenanstalt bestimmt worden war.

Es wurde nun zunächst im Benehmen mit der kgl. Direktion der Kreisirrenanstalt Klingenmünster ein detailliertes Bauprogramm für die einzelnen Gebäude aufgestellt und die allgemeine Gruppierung der Gebäude im steten Anhalte an die gegebenen Terrainverhältnisse.

Zur weiteren Information über die Anlagen und Einrichtungen anderer Irrenanstalten wurde dem Verfasser von der Kgl. Regierung ein Kommissarium zum Besuche der Irrenanstalten in Ansbach, Eglfing, Gabersee, Konradstein, Uchtspringe, Altscherbitz und Weinsberg erteilt.

Nach Beendigung der Informations-Reisen und nach vollzogener Einrichtung eines Baubureaus in Homburg konnte anfangs September l. Js. mit der Projektierung der Anlagen begonnen werden, die in der außerordentlich kurzen Zeit von 6 Wochen zu bewältigen war.“

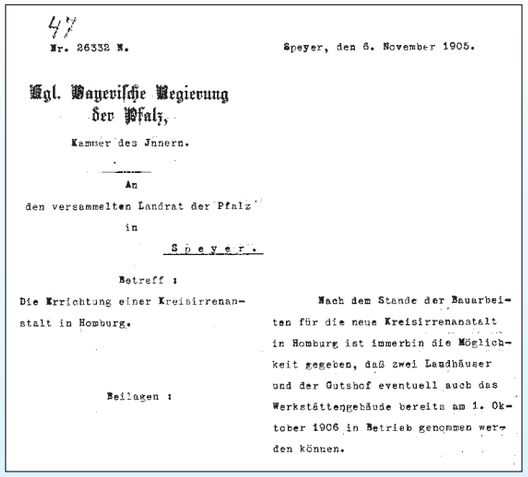
Dieser informative Auszug aus dem am 8. Oktober 1904 abgeschlossenen Projektbericht „Neubau einer II. Pfälzischen Kreisirrenanstalt in Homburg“ des pfalzbayerischen königlichen Bau-Amtmanns Heinrich Ullmann mag den folgenden Beitrag eröffnen, der sich der Gründung der „Kreisirrenanstalt in Homburg/Pfalz“ und ihren frühen Jahren zuwendet. Da weder umfangreiche Vorstudien noch moderne Untersuchungen vorliegen, sich vor Ort im Universitätsklinikum aus welchen Gründen auch immer keine Akten mehr aus der bayerischen Ära befinden und die archivische Überlieferung zerstört bzw. zersplittert ist, kann die Darstellung nur kursorisch in einigen Streiflichtern erfolgen.

Die Pfälzische Heil- und Pflegeanstalt Homburg, Festsaalgebäude

Die Pfälzische Heil- und Pflegeanstalt 1909 – 1922

Der Weg zur dritten pfälzischen Kreisirrenanstalt

Nach einer zeitgenössischen, zur Eröffnung der Homburger Einrichtung publizierten Dokumentation über „Die Entwicklung des Irrenwesens in der Pfalz bis zur Entstehung der Heil- und Pflegeanstalt Homburg (Pfalz)“ war übrigens „das im Jahr 1811 bezogene allgemeine Armenhaus in Frankenthal, das „Dépôt de Mendicité“ für das Département du Mont-Tonnerre, ... auch die erste öffentliche Anstalt zur Verwahrung der Irren in der Pfalz“. Diese Einrichtung wurde dann in der bayerischen Zeit baulich in eine geschlossene“, 1821 92 Kranke beherbergende Irrenanstalt umgestaltet, in „welcher jetzt in einigermaßen menschenwürdiger Weise eine Behandlung, nicht bloß eine Verwahrung der Irren stattfinden konnte“. Bildeten zunächst „Ordnung, Zucht, Arbeit und Hunger“ die Maximen der „erzieherischen Behandlung“, so wurden sie 1835 durch „Ordnung, Milde, Reinlichkeit und Arbeit“ ersetzt. Doch bald waren in Frankenthal durch personelle Überbelegung und sanierungsbedürftige Gebäude die Zustände unhaltbar geworden, und nach langen Verhandlungen wurden schließlich die Weichen zum Bau einer neuen, im Dezember 1857 bezogenen Anstalt „in einer der freundlichsten Gegenden der Pfalz“ bei Klingenmünster gestellt. Auch wenn dort in den folgenden Jahren durch „Neubauten, Umbauten, Erweiterungen und Verbesserungen wieder Platz in genügender und guter Weise“ geschaffen worden war, musste schließlich nach der Jahrhundertwende angesichts steigender Patientenzahlen „die Herstellung einer ganz neuen Anstalt erwogen werden“.


47

Nr. 26332 M. Speyer, den 6. November 1905.

Kgl. Bayerische Regierung der Pfalz,
Kammer des Innern.

An
den versammelten Landrat der Pfalz
in
Speyer.

Betreff:
Die Errichtung einer Kreisirrenanstalt in Homburg.

Beilagen:

Nach dem Stande der Bauarbeiten für die neue Kreisirrenanstalt in Homburg ist immerhin die Möglichkeit gegeben, daß zwei Landhäuser und der Gutshof eventuell auch das Werkstätteggebäude bereits am 1. Oktober 1906 in Betrieb genommen werden können.

Landesarchiv Speyer H 3, Nr. 8041

Nachdem dann „bei der Versammlung des ständigen Landratsausschusses in Frankenthal am 25. Mai 1903 die Errichtung einer neuen Kreisanstalt für Irre zur Sprache gebracht“ worden war und der Landrat „in seiner Sitzung vom 20. November 1903“ das Projekt gebilligt hatte, gab die Kammer des Innern der Königlichen Regierung am 22. Dezember 1903 bekannt, dass „zur Errichtung einer neuen Kreisirrenanstalt mit Landwirtschaftsbetrieb im westlichen oder nördlichen Teil der Pfalz ein möglichst arrondiertes Gutsanwesen von zusammen mindestens ca 200-300 Morgen Wald-, Wiesen- und Ackerland in der Nähe einer Stadt oder eines größeren Ortes mit Bahnstation erworben werden“ solle. Insbesondere forderte man „gutes und sehr reichliches Trink- und Nutzwasser (täglich etwa 300 cbm)“ sowie die Möglichkeit,„die Gebrauchsabwasser in nahegelegene Bach- oder Flußläufe wegzuleiten. Den Offerten ist außer dem Kaufpreis und einer kurzgedrängten Schilderung der Boden- und sonstigen maßgebenden Verhältnisse, namentlich der Wasserverhältnisse, auch ein Lageplan (Steuerkatasterblatt) mit kenntlich gemachten Grenzen derselben beizufügen. Die Angebote sind bis längstens 1. März 1904 bei der unterfertigten Stelle portofrei in Einlauf zu bringen. Bemerkt wird, daß die endgiltige Bestimmung des Bauplatzes erst der Landrat im nächsten Jahr treffen wird, dessen Beschluß sodann der Allerhöchsten Genehmigung unterliegt.“ Das schließlich erstellte „Verzeichnis der angebotenen Bauplätze zur Errichtung einer neuen Kreisirrenanstalt 1904“ umfasste insgesamt 32 Plätze in den Bezirksämtern Frankenthal, Kirchheimbolanden, Rockenhausen, Kaiserslautern, Kusel, Homburg, St. Ingbert, Zweibrücken und Pirmasens. Während beispielsweise aus dem Bereich des Bezirksamts St. Ingbert drei Baukomplexe bei Blieskastel, der Breiterhof und der Höhhof bei Lautzkirchen und der Glashütterhof bei Rohrbach genannt wurden, waren aus dem Bezirksamt Homburg der Webseilerhof der Gemeinde Jägersburg, der Bruchhof bei der Gemeinde Homburg, der Obermohrer Hof in der gleichnamigen Gemeinde, der Bildschacher Hof bei Landstuhl und unter Nr. 18 ein „von der Gemeindeverwaltung Homburg empfohlener „Baukomplex bei Homburg“ vorgeschlagen worden.

„Es soll an hohe königliche Regierung ein Gesuch eingereicht werden, diese Irrenanstalt in hiesige Stadt zu verlegen.“

Interessanterweise hatte der Homburger Stadtrat bereits in seiner Sitzung vom 13. November 1903 dafür grundsätzlich die Weichen gestellt: „Wie aus den z(ur) Z(ei)t stattfindenden Landratsverhandlungen zu entnehmen ist, ist die Erbauung einer 2. Kreisirrenanstalt in der Pfalz in Aussicht genommen. Es soll an hohe k(önigliche) Regierung ein Gesuch eingereicht werden, diese Irrenanstalt in hiesige Stadt zu verlegen. Der Stadtrat erklärt sich bereit, das hiezu erforderliche Gelände dem Kreise unentgeldlich zur Verfügung zu stellen.“ Zwei Monate später schlug der Rat „als Gelände für die zu errichtende Irrenanstalt dasjenige rechts der Kirrbergerstraße von der Rennbahn bis zum Webersberg“ vor und stellt(e) das Gelände, soweit es Eigentum der Stadt ist, k(öniglicher Regierung) unentgeldlich zur Verfügung. Ferner“ erbot „sich die Stadtverwaltung den Ankauf der übrigen Ländereien zu besorgen“ und bildete zur Schätzung der Grundstücke eine Kommission, der neben Stadträten auch der Forstmeister und Bezirksbaumeister angehörten. Nach fünf Tagen nannte die Kommission als Ergebnis ihrer Sichtung einen durchschnittlichen Preis zwischen 200 und 300 Mark pro Morgen“ und forderte das Bürgermeisteramt auf, der Regierung ein „begründetes Gesuch“ mit einem Lageplan vorzulegen.

In einer geheimen Sitzung beschloss der Stadtrat am 27. Juni 1904 das bereits erörterte, mehrere Punkte umfassende Angebot an die Kreisgemeinde. Demnach sollten die „nach dem neuesten Übersichtplan des Bezirksbaumeisters in das Gesammt-Gelände fallenden gemeindlichen Grundstücke ... an die Kreisgemeinde unentgeldlich abgetreten“, das Privatgelände erworben „und der Kreisgemeinde um einen ... Einheitspreis von 300 M pro Morgen = 25 ar überlassen“ werden. Außerdem übernahm die Stadt die Kosten für diverse Infrastrukturmaßnahmen wie den „zwischen dem Bahnhofe und der Umgehung des Weichbildes der Stadt notwendige(n) Verbindungsweg“ oder die „etwa notwendige Verlegung der Kirrberger Distriktsstraße“. Man bot die Lieferung des für die Anstalt erforderlichen Wassers zum Preis von 5 Pfennigen pro Kubikmeter aus dem städtischen Wasser- sowie „die zur Beleuchtung und für Kraftquelle notwendige elektrische Energie“ für 2,1 Pfennig pro Hektowattstunde aus dem städtischen Elektrizitätswerk sowie die Übernahme der Kosten der jeweiligen Versorgungsleitungen an. Angesichts der kalkulierten Kosten in Höhe von 201 100 M, wobei allein der Wert des städtischen Geländes mit 111 100 Mark veranschlagt wurde, sprach man von einem „überaus großen Opfer, welches hier die Stadt Homburg leisten will. Jedoch glaubt der Stadtrat angesichts der großen Vorteile, welche diese Anstalt der Stadt insbesondere der Geschäftswelt für alle Zeiten bringen wird, sich diese günstige Gelegenheit nicht entgehen lassen zu dürfen und alles aufbieten zu müssen, was nur irgendwie die Stadt zu leisten im Stande ist.“

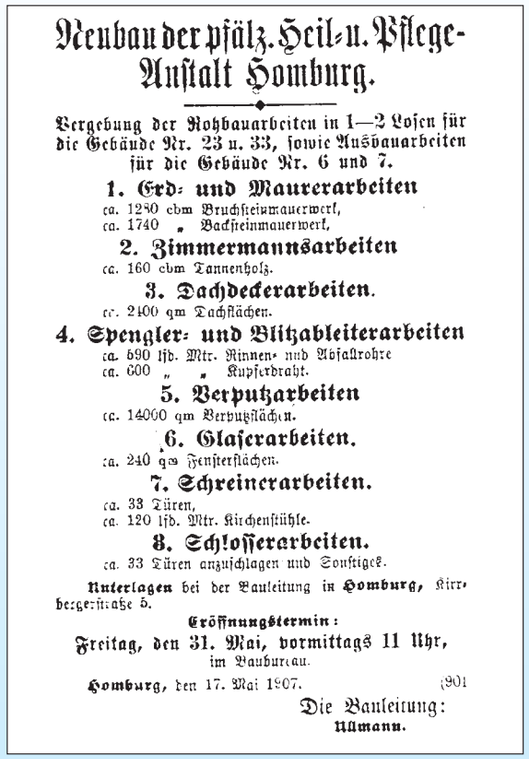
Festschrift 1909-2009

Universitätsklinikum des Saarlandes

Die Pfälzische Heil- und Pflegeanstalt 1909 – 1922

Die Entscheidung zugunsten Homburgs und weitere umfassende Planungen zur Gas-, Elektrizitäts- und Wasserversorgung

Wohl aufgrund dieses besonderen finanziellen Engagements, der günstigen Bahnverbindungen sowie der stadtnahen Lage und Topographie der neuen Anstalt fiel dann im Sommer 1904 die Entscheidung zugunsten Homburgs. Nachdem ferner der Direktor der Anstalt Klingenmünster ein Bauprogramm skizziert hatte, übernahm ab 1. August 1904 Heinrich Ullmann die Planung und Bauleitung. Das Stadtrats-Protokoll vom 14. Oktober 1904 enthielt erstmals den konkreten Ortsbezug beim recht ausführlichen Tagesordnungspunkt „Errichtung einer neuen Kreisirrenanstalt in Homburg“. Der Stadtrat verwies auf die entsprechenden Entschließungen der Regierung vom 25. Juli und 12. August und verpflichtete sich zur Realisierung der bisherigen Angebote hinsichtlich des Grunderwerbs einschließlich des „für die Herstellung eines Industriegeleises von der Hauptbahn, bezw. dem Bahnhofe Homburg bis auf das Terrain der Kreisirrenanstalt erforderliche(n) Gelände(s)“. Zwar sah man aus verschiedenen Gründen von der Anlage einer neuen Straße vom Bahnhof zur Anstalt ab. Die Stadt gab auch umfassende Zusagen zur Energieversorgung und verpflichtete sich, für alle Zeiten sowohl das „erforderliche Trink- und Nutzwasser der neuen Kreisirrenanstalt aus dem städtischen Wasserwerke“ als auch „die zur Beleuchtung und für Kraftzwecke notwendige elektrische Energie aus ihrem Elektrizitätswerke“ und „das für Beleuchtung, Kraft- und Nutzungszwecke erforderliche Gas“ zu liefern, wobei man interessanterweise nach der Eröffnung der Anstalt für die Dauer von 30 Jahren einen Strompreis von zwei Pfennig pro Hektowattstunde garantierte und beim Gas „einen noch zu vereinbarenden billig bemessenen Einheitspreis“ anpeilte. Für die Abwässer stellte die Stadt „unentgeldlich“ die möglicherweise noch auszubauende Kanalisation bereit und verpflichtete sich abschließend „ferner für alle Zeiten, die Errichtung und bezw. den Betrieb der neuen Kreisirrenanstalt nach Tunlichkeit zu fördern“. Die erforderlichen Kosten in Höhe von 80.000 M sollten durch eine Anleihe aufgebracht „und innerhalb 40 Jahren aus besonderen Überschüssen bezw. aus Erübrigungen des Elektrizitäts- und Wasserwerkes wieder zurückbezahlt werden.“


Neubau der pfälz. Heil- u. Pflege-Anstalt Homburg.

Vergebung der Rohbauarbeiten in 1—2 Losen für die Gebäude Nr. 23 u. 33, sowie Ausbauarbeiten für die Gebäude Nr. 6 und 7.

1. Erd- und Maurerarbeiten
ca. 1280 cbm Bruchsteinmauerwerk,
ca. 1740 „ Backsteinmauerwerk,

2. Zimmermannsarbeiten
ca. 160 cbm Tannenholz.

3. Dachdeckerarbeiten.
ca. 2400 qm Dachflächen.

4. Spengler- und Blitzableiterarbeiten
ca. 690 lfd. Mtr. Rinnen- und Abfallrohre
ca. 600 „ „ Kupferdraht.

5. Verputzarbeiten
ca. 14000 qm Verputzflächen.

6. Glaserarbeiten.
ca. 240 qm Fensterflächen.

7. Schreinerarbeiten.
ca. 33 Türen,
ca. 120 lfd. Mtr. Kirchenstühle.

8. Schlosserarbeiten.
ca. 33 Türen anzuschlagen und Sonstiges.

Unterlagen bei der Bauleitung in Homburg, Kirrbergerstraße 5.

Eröffnungstermin:
Freitag, den 31. Mai, vormittags 11 Uhr,
im Baubureau.

Homburg, den 17. Mai 1907. (901

Die Bauleitung:
Ullmann.

Am 16.November 1904 hatte dann auch der Landrat der Pfalz die „Errichtung der neuen Kreisirrenanstalt bei Homburg“ und die Aufnahme eines Darlehens in Höhe von maximal 5.175.000 M beschlossen und später in München genehmigt. Auch in den folgenden Sitzungen widmete sich der Stadtrat verschiedentlich dem Projekt und der Urbarmachung einer Waldparzelle, billigte die Planungen zur Wasserversorgung und verfügte im April 1905 zunächst, den Besitzern des Erbacher Gaswerkes Erben Schulde aus Dudweiler „die Gaslieferung für die Kreis-Irrenanstalt um den Preis von fünfzehn Pfennig pro Cubikmeter zu überlassen“, und ihnen „für diesen Teil der Gasleitung die Concession auf 25 Jahre“ einzuräumen. Da aber letztlich im September keine Einigung mit diesen Betreibern erzielt werden konnte, beschloss der Stadtrat „zunächst die Errichtung eines eigenen Gaswerkes“, stimmte aber vorläufig einem späteren Gesuch der Erben Schulde zu, die Lieferung zu einem Preis von 16 Pfennig pro cbm zu übernehmen, „wenn die Stadt Homburg ... die Röhrenleitung vom Rondell bis zur Anstalt auf ihre Kosten ausführen läßt. Erben Schulde hingegen verpflichten sich, das Kapital für Ausführung der Leitung mit fünf Prozent zu verzinsen unter der Bedingung, daß ihnen erlaubt wird, an die betr. Leitung Hausanwesen anzuschließen“. Wegen des Bezugs verschiedener Gebäude „drang“ die Bauleitung der Heil- und Pflegeanstalt im November 1907 „auf Lieferung von Gas“, wobei sich die Stadt erkundigte, „wie hoch sich der jährliche Gasverbrauch der Heil- und Pflegeanstalt beläuft, damit die Rentabilität des zu erbauenden Gaswerkes festgestellt und auch der Preis des Gases bestimmt werden kann.“ Zwar konnte der voraussichtliche Gasverbrauch der Anstalt „nur schätzungsweise und ohne jede Verbindlichkeit angegeben werden“, und die Stadt ersuchte darum, „von der Bedingung zur Lieferung von Gas an die Heil- und Pflegeanstalt entbunden (zu) werden“. Doch die Regierung bestand „unter allen Umständen darauf, daß die Stadt Homburg das zum Betriebe der Heil- und Pflegeanstalt benötigte Gas beschafft, gleichviel auf welche Art.“ Daraufhin vereinbarte der Stadtrat „nach längerer und eingehender Beratung der Errichtung eines Gaswerkes auf städtische Kosten näher zu treten“ und beschloss dann im Mai 1908 „mit allen gegen 1 Stimme auf Kosten der Stadt“ eine von der „Cölnischen Maschinenbau-Aktiengesellschaft Cöln-Bayenthal“ zu errichtende „Gasanstalt zu erbauen und hieraus der Heil- und Pflegeanstalt das erforderliche Gas um einen noch zu vereinbarenden Preis zu liefern“. Den Preis setzte man höher als bei Privatabnehmern auf 18 Pfennig pro cbm

Die Pfälzische Heil- und Pflegeanstalt 1909 – 1922

fest, da „die Rohrleitung nach der Anstalt eine sehr lange wird, was einen bedeutenden Mehraufwand an Kapital und Zinsen erfordert“. Zur Errichtung des Gaswerkes beschloss der Landrat der Pfalz dann Ende November 1908 einen Zuschuss von 8.000 Mark.

Im September 1905 genehmigte man auch den an das königliche Bezirksamt gestellten Antrag des „Pensionswirts Philipp Lohr, ... in dem Baugelände der neuen Kreis-Irrenanstalt für die Neubau-Periode eine Kantine zu errichten“. Zwei Monate später peilte die Regierung der Pfalz aufgrund des Baufortschritts die Aufnahme des Betriebs in zwei Landhäusern und auf dem Gutshof bereits für Oktober 1906 und die Einstellungen des Direktors, des Verwalters und des Gutsinspektors für Juni 1906 an, beauftragte die Direktion der Anstalt Klingenmünster mit den Planungen des Homburger Etats und übertrug dabei „bis auf Weiteres“ die für Klingenmünster geltenden Satzungen und Instruktionen auf Homburg.

„Die Stadtgemeinde Homburg hat so große Opfer gebracht, daß ihr wohl weitere Opfer nicht mehr zugemutet werden können.“

Pikanterweise verwahrte sich der Stadtrat im Mai 1906 gegen die Abtretung dreier weiterer Grundstücke an die Kreisgemeinde der Pfalz. Denn „die Stadtgemeinde Homburg hat so große Opfer gebracht, daß ihr wohl weitere Opfer nicht mehr zugemutet werden können. Der Stadtrat kann sich daher mit dem Abtreten weiterer gemeindlicher Ländereien nicht einverstanden erklären, im vorliegenden Fall um so weniger als die oben bezeichneten Grundstücke keineswegs zur Arrondierung der Heil- und Pflegeanstalt dienen“, sondern „der „schwer in Mitleidenschaft gezogenen Stadtgemeinde Homburg als Baugelände, das ihr einen wertvollen Besitz bildet und ein Aequivalent für das in erheblicher Weise bis jetzt Geleistete.“ Ohnehin habe sich das Gelände gegenüber der ursprünglichen Planung erheblich auf über 1300 Morgen erweitert: „In Folge dieser großen Ausdehnung des Anstalts-Geländes sind die Liegenschaftswerte in hiesiger Gemarkung derart gestiegen, daß der für die Stadt seinerzeit normierte Einheitspreis von 300 M pro Morgen heute weit überholt ist.“ Allerdings

Neubau der Pfälzischen Heil- u. Pflegeanstalt
Homburg (Pfalz).

Vergebung der Arbeiten des innern Ausbaues für die Gebäude Nr. 17/18, 19/20, 21/22, 23/24, 25/26 und 33; jede Arbeitsgattung in 1 bis 6 Losen.

1. Glaserarbeiten ca. 1860 qm Fenster und Sonstiges.
2. Schreinerarbeiten: 450 Türen, 440 Heizkörperverkleidungen und Sonstiges.
3. Schlosserarbeiten: 500 Türen anzuschlagen, 4000 lfd. Meter Sockelleisten und Sonstiges.
4. Tüncherarbeiten: 26 800 qm Wasserfarbanstrich, ca. 29 000 qm Oelfarbanstrich und Sonstiges.
5. Linoleumlieferung: ca. 8000 qm samt Verlegen.

Unterlagen bei der Bauleitung in Homburg, Kirrbergerstraße 5.

Eröffnungstermin:
Mittwoch, den 5. Februar 1908,
vormittags 11 Uhr,
im Bauburean.

Homburg, den 22. Januar 1908. 211

Die Bauleitung:
Ullmann.

erhob der Stadtrat im September 1906 keine Einwände gegen den von der Kreisgemeinde der Pfalz geplanten Bau einer Kläranlage „auf dem Gelände der Heil- und Pflegeanstalt Kirrberger Bannes ..., in welche alle Abwässer der Anstalt eingeleitet und von da aus in den Kirrbach weitergeführt werden sollen“. Auf eine entsprechende Anfrage der Heil- und Pflegeanstalt zur Entwässerung des Geländes erklärte der Stadtrat im Mai 1907, „daß an einen Ausbau des städtischen Kanalnetzes in der Richtung nach dem Gelände der Heil- und Pflegeanstalt vorerst nicht zu denken ist und daß Pläne über ein Erweiterungsprojekt noch nicht erstellt sind“. In jener Zeit stand auch nochmals die Elektrizitätsversorgung auf der Tagesordnung. Die Bauleitung der Heil- und Pflegeanstalt setzte sich mit ihrer Forderung durch, falls Störungen „nicht in angemessener kürzester Frist“ behoben würden, so könne „die Direktion der Anstalt mit Genehmigung der k(öniglichen) Regierung der Pfalz auf Kosten der Stadt die Ausführung von Einrichtungen verlangen, welche derartige häufige Unterbrechungen zu vergüten im Stande sind. Als Störung im obigen Sinne werden nicht angesehen Unterbrechungen, welche durch außergewöhnliche Naturereignisse (Orkane, Überschwemmung, Streik und dergl(eichen) verursacht sind.“ Dementsprechend beschloss der Stadtrat im Mai 1907 „die Aufstellung einer Drehstrom-Maschine mit den erforderlichen Transformatoren“ für über Kredit finanzierte 10.000 M.

Kurz vor der Eröffnung der Anstalt, am 22. April 1909 behandelte der Stadtrat den Tagesordnungspunkt „Herstellung einer erhöhten Fußbank längs der Kirrbergerstraße nach der Heil- und Pflegeanstalt“. Die Kreisgemeinde lasse

Kgl. Direktion der Heil- und Pflegeanstalt Homburg.
Neubau der Pfälz. Heil- und Pflegeanstalt
Homburg.

Herstellung eines erhöhten Fußweges von der Stadt bis zur Anstalt.

Los I. Erd-, Grundbau- und Befestigungsarbeiten für den rd. 600 m langen Fußweg.
Los II. Lieferung der Grundbausteine aus Melaphyr ca. 17 Wagg.
Lieferung der Pflastersteine ca. 7 Waggons.
Unterlagen im Tiefbaubureau der Bauleitung: Verwaltungsgebäude Zimmer Nr. 4.
Eröffnungstermin: Ebendaselbst Montag, den 8. März 1909, vormittags 11 Uhr.

Homburg, den 22. Februar 1909. 517

Die Bauleitung:
Ullmann
k. Regierungs- und Bauassessor.

gegenwärtig „vom Pförtnerhaus bis zur nördlichen Grenze der Heil- und Pflegeanstalt eine erhöhte Fußbank herstellen“. Der Stadtrat lehnte die vom Bezirksamt übermittelte Anregung einer „Weiterführung dieser Fußbank bis zur Einmündung der Storchenstraße“ auf Kosten der Stadt ab. Der Stadtrat erklärte einstimmig, „daß die Stadt keinerlei Veranlassung hat, die fraglichen Kosten zu übernehmen. Die Stadt Homburg hat für die Heil- und Pflegeanstalt schon so große Opfer gebracht, daß ihr weitere Ausgaben nicht mehr zugemutet werden können.“

Die Kreisgemeinde erwarb dann auch „das alte Schießhausgebäude der Homburger Schützengesellschaft“ zum Preis von 4500 M als „Dienstwohnungen“ für die Heil- und Pflegeanstalt, und es folgten dann noch mehrere, in einem Kompromiss endende Beratungen über Abschlagszahlungen für die im Anstaltsgelände liegenden Steinbrüche. Die Schlusszahlung in Höhe von 18.315 M wurde von der Stadt dann 1912 auf Kredit an die Kreisgemeinde bezahlt. Auch weiterhin wurde gelegentlich über Stromlieferungen und Preise für die Heil- und Pflegeanstalt diskutiert. Beim Thema „Fleischlieferung für die Heil- und Pflegeanstalt“ erklärte sich der Stadtrat zwar nicht für die eingereichten Beschwerden der freien Fleischer-Innung Homburg-Waldmohr und der Pfälzischen Handwerkskammer zuständig, bedauerte aber, „daß es nicht möglich war, die Fleischlieferung pfälzischen Metzgern zukommen zu lassen“.

Ein Blick in die Tagespresse. Ausschreibungen, Stellenangebote und auch Kritik

Während sich der Homburger Stadtrat vornehmlich mit den vielfältigen finanziellen und infrastrukturellen Herausforderungen des Projekts beschäftigte, informierten auch gelegentlich Inserate und Meldungen der „Homburger Zeitung“ die Bevölkerung über den „Neubau der Kreisirrenanstalt“. In der vermutlich ersten Anzeige am 10. Juni 1905 teilte die „Bauleitung“ die Termine zur „Verpachtung der Wiesengrundstücke“ auf dem Homburger und Kirrberger Bann mit und kündigte im Dezember jenes Jahres die Vergabe der „Erd-, Chaussierungs- und Pflasterarbeiten“ sowie diverser Rohbau- und Ausbauarbeiten im Mai 1907 und im Februar 1908 an.

Gleichwohl schien das Projekt nicht unumstritten gewesen zu sein, wie die am 17. September 1906 in der „Homburger Zeitung“ veröffentlichte Parole „Homburg Garnisonstadt“ zeigt. Ein Anonymus beschäftigte sich mit der Untätigkeit von Bürgermeister- und Bezirksamt, beim Kriegsministerium deshalb vorstellig zu werden. Auch wenn Homburg in den 1840er Jahren ein entsprechendes Angebot ausgeschlagen habe, seien inzwischen sieben Jahrzehnte vergangen: „Was den Kostenpunkt angeht, so würde die Kaserne mit samt dem Terrain für ein ganz (sic!) Regiment Kavallerie der Stadt noch lange nicht so viel kosten, als uns bis heute schon die Irrenanstalt gekostet hat und noch kosten wird. Die Vorteile, die sich künftig für den Stadtsäckel sowie dem wirtschaftlichen Gemeinwesen unserer Stadt aus der Irrenanstalt ergeben, sind so minimal bzw. aussichtslos, daß es Menschenalter kostet, bis die Stadt und seine (sic!) Steuerzahler wieder zu „ihrer Sach´ " kommen. Anders ist das mit einer Garnison. Von dieser hat in erster Linie das Handwerk und Gewerbe etwas davon und so ein bischen Militaria bringt auch „Leben in die Bude“.“ Bei solchen Überlegungen spielten wohl auch der Lokalpatriotismus und die Rivalität zu Zweibrücken eine Rolle, das bereits über Militär verfügte „und noch mehr will“, obwohl man sich dort aus der Sicht des Beobachters in einer ungünstigeren strategischen Lage befand als das „vorzügliche Bahnverbindungen nach allen Seiten“ auch zur Festung Metz, ein „vorzügliches Manövergelände“ sowie günstige „klimatische und vegetarische (sic) Verhältnisse für die Pferde“ aufweisende Homburg. Die mögliche Verlegung der 3. Chevauleger aus Dieuze biete auch für Homburg eine entsprechende Chance. Aber „von nichts wird nichts.“

Eine Ausschreibung betraf im Juli 1908 „200 Roßhaarmatratzen nebst Keilkissen“ und „eine größere Partie fertiger Hemden, Bettücher, Handtücher, Taschentücher, Strümpfe, Halstücher, Unterkleider, Matratzenschoner, Schläuche für Wolldecken. Dann Federkopfkissen mit Füllung nebst Keilkissen“.

Im Februar 1909 widmete sich die Regierung in Speyer intensiv der Rekrutierung des Personals. So waren von Regierungsseite unter anderem ein

Heil- u. Pflegeanstalt Homburg, Pfalz

bedarf:

1. **200 Roßhaarmatratzen nebst Keilkissen** hiezu, teilweise einteilig und teilweise dreiteilig.

2. Eine größere Partie **fertiger Hemden, Bettücher, Handtücher, Taschentücher, Strümpfe, Halstücher. Unterkleider, Matratzenschoner, Schläuche für Wolldecken,** dann **Federkopfkissen mit Füllung.**

Die Vergebung dieser Artikel kann auch in kleineren Teilen geschehen.

Die weiteren Lieferungsbedingungen liegen hier zur Einsicht auf. Dieselben sind getrennt für Matratzen und Wäsche gehalten. Gegen Einsendung des Betrages von je 20 Pfennig werden diese Bedingungen an Reflektanten übersandt.

Warenproben und Preisofferten sind bis **längstens 7. August 1908** verschlossen mit der Aufschrift „Matratzenlieferung“ bezw. „Wäschelieferung“ portofrei bei der Kgl. Direktion der Heil- und Pflegeanstalt Homburg (Pfalz) einzureichen. Der Preis versteht sich franko Anstalt Homburg.

Die Eröffnung der Offerten erfolgt am **8. August 1908.** Die Genehmigung des Zuschlags, der an das Mindestgebot nicht gebunden ist, bleibt der Kgl. Regierung der Pfalz vorbehalten. Die Bewerber sind bis zum Ablaufe der Zuschlagsfrist, **31. August 1908,** an ihre Gebote gebunden.

Homburg, den 6. Juli 1908. 1425

Kgl. Direktion der pfälzischen Heil- und Pflegeanstalt.

Ober- und ein Anstaltsarzt, ein Rechnungsführer, zwei Hilfsärzte, ein Sekretär, zwei Oberpfleger, eine Oberpflegerin und nicht zuletzt ein „Werkmeister und Monteur für elektrische Anlagen“ zu ernennen, der auch „unsere Anstaltsfeuerwehr“ leiten sollte. Zahlreiche weitere Mitarbeiter und Hilfskräfte mussten von der Anstaltsdirektion ernannt werden. Ab 1. März 1908 war dann die Stelle eines „Bureaudieners“ zu besetzen, wobei „Zivilanwärter nur dann Aussicht auf Anstellung haben, wenn sich geeignete Militäranwärter nicht melden sollten“. In der Kirche der Heil- und Pflegeanstalt wurde in jener Zeit auch eine von Bautechniker Jäger in Waldmohr erfundene und bereits „gesetzlich geschützte“ neue Wasserspülvorrichtung eingebaut. Während man beispielsweise im März 1909 die Lieferung von 800 Wolldecken, Wasserleitungsarbeiten in der Gärtnerei und die „Herstellung eines erhöhten Fußweges von der Stadt bis zur Anstalt“ ausschrieb, im April 1909 auch fünf Pianinos von der traditionsreichen Königlich Bayerischen Pianoforte-Fabrik Berdux in München bezog, wurden in einer weiteren Anzeige im zweiten Quartal 1909 ein Ochsen- und ein Pferdeknecht, 1 Schweizer, 1 Schweinefütterer und 2 Mägde für den Gutshof“ gesucht. Am 26. April stellte auch der in Homburg tagende ständige Landratsausschuss wichtige Weichen und regelte provisorisch die Aufnahmebezirke der Anstalten Klingenmünster und Homburg. Demnach war „die Heil- und Pflegeanstalt Homburg, deren Zweck die Heilung und Verpflegung Geisteskranker ist, für Angehörige der Bezirksämter Homburg, St. Ingbert, Kaiserslautern, Kirchheimbolanden, Kusel, Pirmasens, Rockenhausen und Zweibrücken bestimmt.“ Klingenmünster blieb nicht nur für die anderen pfälzischen Bezirksämter, sondern auch „für die gemeingefährlichen Geisteskranken aus der ganzen Pfalz“ zuständig.

Mai 1909 Offene Tür vor der Eröffnung

Mitte Mai 1909 öffnete die neue Anstalt dann für Besucher ihre Pforten und führte insbesondere zahlreiche auswärtige Besucher nach Homburg, zumal dazu auch „Sonderzüge aus Ludwigshafen“ und mehrere hundert Mitglieder des dortigen Gewerbevereins eintrafen. Mit spürbarer Genugtuung würdigte die „Homburger Zeitung“ am 17. Mai 1909 zum Abschluss der öffentlichen Besichtigung die überwältigende Resonanz: Denn „der gestrige Sonntag führte eine solche Unmasse Menschen hierher, wie je wohl kaum gesehen worden ist. Schon mit den Frühzügen kamen Fremde,

Die Pfälzische Heil- und Pflegeanstalt 1909 – 1922

um die neue Heil- und Pflegeanstalt zu besichtigen. Bis in den späten Nachmittag dauerten die Massenbesuche in der Anstalt an, so daß die Zahl der Besucher in die Tausende ging. Mit dem heutigen Tag ist der Fremdenbesuch gänzlich aufgehoben; die innere Einrichtung wird nunmehr forciert werden, damit die Inbetriebnahme der Anstalt, wie vorgesehen, am 1. Juni vor sich gehen kann.“ Außerdem notierte der zeitgenössische Chronist „manche lustige Begebenheit“ vom „gestrigen Massenbesuch in unserer Stadt“. Demnach hatten „wiederholt Besucher unfreiwilligen Aufenthalt in den Krankensälen und Zellen genommen, indem sie hinter sich die Tür zumachten und die Drücker und schlüssellosen Schlösser sich nicht wieder öffnen ließen.“ Wegen des Andrangs gingen dann abends am Bahnhof die Fahrkarten aus und „geängstigte Frauen“ hoben „bei dem Kolossal-Andrang ihre Kinder über die Bahnsteigsperre, um ja noch mitzukommen. Zum Schreck der besorgten Mutter fuhr schließlich der Zug ab mit den Kindern und die Mutter fuhr mit dem „letzten“ nach.“ Solche Ereignisse seien der beste Beweis dafür, „daß die Station Homburg von dem Verkehrsministerium in ihrer eminenten Bedeutung verkannt" werde.

1. Juni 1909 Eröffnung

Unter der Rubrik „Lokale und pfälzische Nachrichten“ berichtete die „Homburger Zeitung“ dann am 2. Juni 1909 über die Eröffnung der Heil- und Pflegeanstalt: „Nach mehrjähriger intensiver Tätigkeit der Anstaltsbauleitung und aller mitwirkenden Faktoren konnte gestern die nach den Plänen des Regierungs- und Bauassessors Herrn H. Ullmann mit einem Kostenaufwand von 5 ½ Millionen Mark erbaute Heil- und Pflegeanstalt Homburg ihrer Bestimmung übergeben werden. Die Eröffnung erfolgte ohne jede besondere Förmlichkeit. Das auf etwa 200 Personen berechnete Pflege- und Dienstpersonal ist bereits eingetreten, um das Haus oder vielmehr die 45 Häuser aus welchen die Anstalt besteht, zweckentsprechend einzurichten. Aus den bis jetzt bestehenden gleichen Anstalten in Frankenthal und Klingenmünster, die schon seit langer Zeit überfüllt sind, werden dann nach und nach 500 Kranke nach der hiesigen Anstalt gebracht, welche 1000 Kranke aufnehmen kann. Die Anstalt ist im Pavillonsystem erbaut und hat eine Gesamtlänge von 850 Meter und eine Breite von 500 Meter. Der Gesamtflächeninhalt beträgt 400 Hektar. 9000 Meter Straßenanlagen und 1500 Meter Fußwege verbinden die auf das modernste eingerichteten Gebäude miteinander. ... Möge diese nach neuzeitlichem Stile erbaute Anstalt zum Wohle und Segen der leidenden Menschheit beiragen und möge auch der Stadt und seiner Bewohner (sic!), welche ebenfalls zum Gelingen dieses groß angelegten Projekts ihr redlich Teil beigetragen, der erhoffte lebhaftere Geschäftsverkehr nicht ausbleiben.“ In einer mehrseitigen illustrierten Extra-Beilage beschrieb der Redakteur Paul Meinig „Zur Eröffnung am 1. Juni 1909“ die Baugeschichte und Lage der An-

Heil- und Pflege-Anstalt
Homburg (Pfalz).
Zur Eröffnung am 1. Juni 1909.

stalt, erläuterte ausführlich Ansicht, Ausstattung und Funktion der verschiedenen Gebäude und des Gutshofs und zog eine positive Bilanz des Erreichten: „Wer jetzt die Originalität und den malerischen Wechsel der Anstaltsgebäude, ihren Formenreichtum, die Verschiedenartigkeit ihrer Zwecke, ihre innere Einrichtung und Ausstattung, sowie die Raschheit und Exaktheit und die ruhige Entwicklung des Ganzen ohne Friktionen und ohne alle Aufregung vor sich sieht, erkennt sofort, daß hervorragende Kräfte dabei die Geistesarbeit leisteten.

... Die wohltuende Silhouette aller Anlagen im Zusammenhang und in ihren Beziehungen wird besonders dann vollauf zur Geltung kommen, wenn einmal die gärtnerischen Anlagen zur vollen Entfaltung kommen und ihren Eindruck des Ganzen stimmungsvoll beitragen.“ Insgesamt beliefen sich die Baukosten auf rund 5.400 000 Mark, wobei für den Grunderwerb 400 000 Mark und für die Hochbauten 3 500 000 Mark ausgegeben wurden und sich ohne Grunderwerb die seinerzeit überaus kostengünstige Relation von 5000 M pro Krankenbett ergab. Ohnehin hatte die Baumaßnahme der pfälzischen Wirtschaft wichtige Impulse verliehen, zumal von den Baukosten 4 Millionen M auf pfälzische Firmen, davon 950 000 M auf „Homburger Geschäftsleute“ und nur 100 000 M auf außerpfälzische Firmen entfielen. Abschließend würdigte der Chronist nochmals das „großartige Werk, auf der Höhe der Neuzeit stehend, als Denkmal der Pflege und Fürsorge für geistesumnachtete Kranke. Sind auch die Kosten groß und die Anspannung der Steuerkraft des Kreises infolge dieses Gebäudekomplexes eine erhöhte, so darf diese Belastung doch mit dem Bewußtsein getragen werden, daß ein Werk geschaffen wurde, wie in der Pfalz und weithin kein zweites steht, eine Ruhmeszierde für den Kreis und die Stadt Homburg, ein Ehrendenkmal der Architektur und Technik, ein Markstein neuzeitlicher Entwicklung auf dem Gebiet der Wohlfahrtspflege und ein Asyl der Liebe mit der Bereitwilligkeit, alles aufzubieten, was ein hartes Los erleichtern und versüßen kann. ... Zu ihrer heutigen Eröffnung wünschen wir der neuen Anstalt Glück und Segen, Kraft und Erfolg – Ehre und Ruhm, Gedeihen und Wachstum und besonders Gottes Schutz und Gnade.“

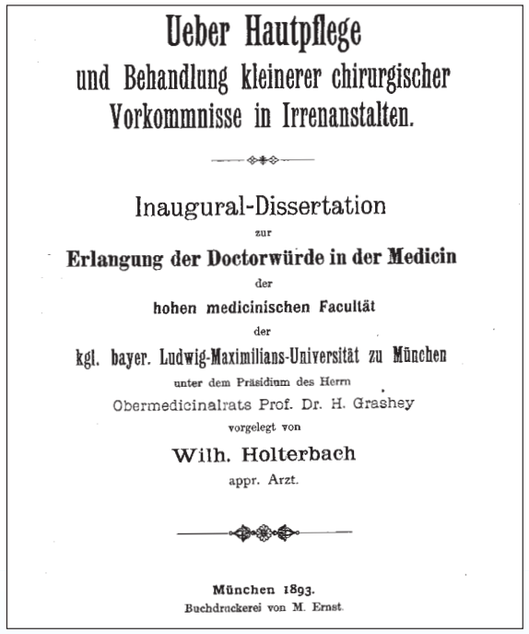
Bald nach der Eröffnung erschienen auch in der Zeitschrift „Bayernland“ und in der Sonntagsbeilage „Zeitbilder“ der „Pfälzischen Presse“ ausführliche Betrachtungen insbesondere über die Architektur der neuen Anstalt, und die Regierung in Speyer publizierte 1910 eine weit verbreitete, vornehmlich als Baubeschreibung dienende umfassende „Denkschrift zur Errichtung der pfälzischen Heil- und Pflegeanstalt Homburg“.

Der Start

Während die Architektur fast detailverliebt dokumentiert wurde, hat sich die Personal-, Verwaltungs- und Patientenregistratur aus welchen Gründen auch immer nicht erhalten. So fehlen leider umfassende Informationen über die innere Organisation und Administration und den Anstalts-Alltag mit seinen Binnenstrukturen und potentiellen Konflikten, das Profil der Ärzteschaft, die Rekrutierung des Personals, die exakte Zahl, die regionale, soziale und konfessionelle Herkunft und die Krankheitsbilder der Patientinnen und Patienten, die angewandten Therapieverfahren und die frühe Anstaltsseelsorge. Gleiches gilt für die Beziehungen der Anstalt zur Stadt Homburg und für ihre Position im Ensemble der übrigen bayerischen Einrichtungen. Aufgrund dieser gravierenden Quellendefizite wird eine moderne Darstellung der Entwicklung der Heil- und Pflegeanstalt wohl immer Desiderat bleiben und kann auch in diesem Rahmen leider nur Mosaiksteine präsentieren.

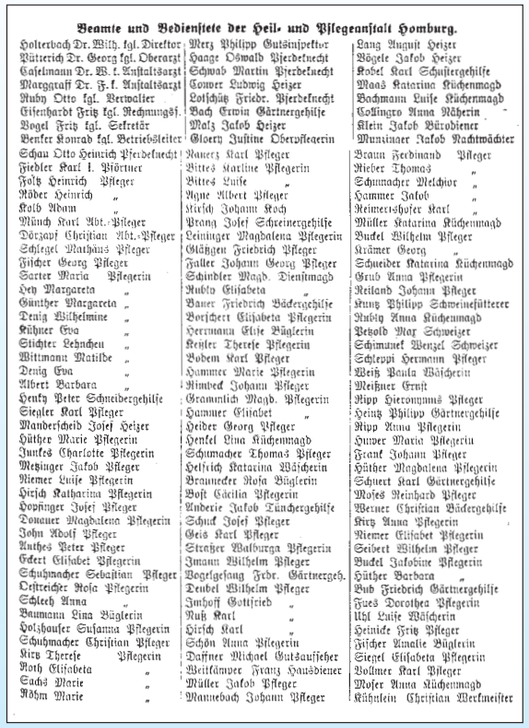
Als Direktor agierte der bisher als Oberarzt an der „Irrenanstalt“ in Eglfing tätige und bereits zum 1. Juni 1906 für Homburg ernannte Dr. Wilhelm Holterbach, der 1893 an der Ludwig-Maximilians-Universität in München mit seiner Studie „Über Hautpflege und Behandlung kleinerer chirurgischer Vorkommnisse in Irrenanstalten“ promoviert worden war. Als Oberarzt

Die Pfälzische Heil- und Pflegeanstalt 1909 – 1922


Ueber Hautpflege
und Behandlung kleinerer chirurgischer
Vorkommnisse in Irrenanstalten.

Inaugural-Dissertation
zur
Erlangung der Doctorwürde in der Medicin
der
hohen medicinischen Facultät
der
kgl. bayer. Ludwig-Maximilians-Universität zu München
unter dem Präsidium des Herrn
Obermedicinalrats Prof. Dr. H. Grashey
vorgelegt von
Wilh. Holterbach
appr. Arzt.

München 1893.
Buchdruckerei von M. Ernst.


Beamte und Bedienstete der Heil- und Pflegeanstalt Homburg.

Holterbach Dr. Wilh. kgl. Direktor
Pütterich Dr. Georg kgl. Oberarzt
Caselmann Dr. W. k. Anstaltsarzt
Mangraff Dr. F. k. Anstaltsarzt
Ruby Otto kgl. Verwalter
Eisenhardt Fritz kgl. Rechnungsf.
Vogel Fritz kgl. Sekretär
Benker Konrad kgl. Betriebsleiter
Schau Otto Heinrich Pferdeknecht
Fiedler Karl k. Pförtner
Folz Heinrich Pfleger
Röder Heinrich „
Kalb Adam „
Münch Karl Abt.-Pfleger
Dörzapf Christian Abt.-Pfleger
Schlegel Mathäus Pfleger
Fischer Georg Pfleger
Sarter Maria Pflegerin
Hey Margareta „
Günther Margareta „
Denig Wilhelmine „
Kühner Eva „
Stichter Lehnchen „
Wittmann Matilde „
Denig Eva „
Albert Barbara „
Henly Peter Schneidergehilfe
Siegler Karl Pfleger
Manderscheid Josef Heizer
Hüther Marie Pflegerin
Junkes Charlotte Pflegerin
Meßinger Jakob Pfleger
Riemer Luise Pflegerin
Hirsch Katharina Pflegerin
Hopfinger Josef Pfleger
Donauer Magdalena Pflegerin
John Adolf Pfleger
Anthes Peter Pfleger
Eckert Elisabet Pflegerin
Schuhmacher Sebastian Pfleger
Oestreicher Rose Pflegerin
Schleeh Anna „
Baumann Lina Büglerin
Holzhauser Susanna Pflegerin
Schuhmacher Christian Pfleger
Kirz Therese Pflegerin
Roth Elisabeta „
Sachs Marie „
Röhm Marie „

Merz Philipp Gutsinspektor
Sauge Oswald Pferdeknecht
Schwab Martin Pferdeknecht
Gower Ludwig Heizer
Lotschütz Friedr. Pferdeknecht
Bach Erwin Gärtnergehilfe
Matz Jakob Heizer
Glorth Justine Oberpflegerin
Bauer Karl Pfleger
Bittes Karline Pflegerin
Bittes Luise „
Ayne Albert Pfleger
Hirsch Johann Koch
Prang Josef Schreinergehilfe
Leininger Magdalena Pflegerin
Glätzgen Friedrich Pfleger
Faller Johann Georg Pfleger
Schindler Magd. Dienstmagd
Rubly Elisabeta „
Bauer Friedrich Bäckergehilfe
Borschert Elisabeta Pflegerin
Herrmann Elise Büglerin
Keisler Therese Pflegerin
Bodem Karl Pfleger
Hammer Marie Pflegerin
Rimbed Johann Pfleger
Gramnlich Magd. Pflegerin
Hammer Elisabet „
Heider Georg Pfleger
Henkel Lina Küchenmagd
Schumacher Thomas Pfleger
Helfrich Katarina Wäscherin
Braunecker Rose Büglerin
Bost Cäcilia Pflegerin
Anderie Jakob Tünchergehilfe
Schuck Josef Pfleger
Geis Karl Pfleger
Strasser Walburga Pflegerin
Jmann Wilhelm Pfleger
Vogelgesang Frdr. Gärtnergeh.
Deubel Wilhelm Pfleger
Imhoff Gottfried „
Ruß Karl „
Hirsch Karl „
Schön Anna Pflegerin
Daffner Michael Gutsaufseher
Weitkämper Franz Hausdiener
Müller Jakob Pfleger
Mannebach Johann Pfleger

Lang August Heizer
Bögele Jakob Heizer
Kobel Karl Schullergehilfe
Maas Katarina Küchenmagd
Bachmann Luise Küchenmagd
Collingro Anna Näherin
Klein Jakob Bürodiener
Munninger Jakob Nachtwächter
Braun Ferdinand Pfleger
Rieber Thomas „
Schumacher Melchior „
Hammer Jakob „
Reimersbofer Karl „
Müller Katarina Küchenmagd
Bückel Wilhelm Pfleger
Krämer Georg „
Schneider Katarina Küchenmagd
Grub Anna Pflegerin
Reiland Johann Pfleger
Kunz Philipp Schweinefütterer
Rubly Anna Küchenmagd
Petzold Max Schweizer
Schimunek Wenzel Schweizer
Schleppi Hermann Pfleger
Weiß Paula Wäscherin
Weißner Ernst „
Ripp Hieronymus Pfleger
Heintz Philipp Gärtnergehilfe
Ripp Anna Pflegerin
Huwer Maria Pflegerin
Frank Johann Pfleger
Hüther Magdalena Pflegerin
Schuert Karl Gärtnergehilfe
Moses Reinhard Pfleger
Werner Christian Bäckergehilfe
Kirz Anna Pflegerin
Riemer Elisabet Pflegerin
Seibert Wilhelm Pfleger
Bückel Jakobine Pflegerin
Hüther Barbara „
Bub Friedrich Gärtnergehilfe
Fues Dorothea Pflegerin
Uhl Luise Wäscherin
Heinicke Fritz Pfleger
Fischer Amalie Büglerin
Siegel Elisabeta Pflegerin
Bollmer Karl Pfleger
Moser Anna Küchenmagd
Kühnlein Christian Werkmeister

Stadtarchiv Homburg Adreßbuch für die Westpfalz, 11. Auflage 1911 / 12

wirkte der aus Bayreuth stammende, bisherige Kutzenberger Anstaltsarzt Dr. Georg Pütterich und als dritter Arzt der aus der Deggendorfer Anstalt kommende Dr. Wilhelm Caselmann. Bald erweiterte sich der Kreis der Ärzte um den gebürtigen Augsburger Dr. Fritz Marggraff. Seit Oktober 1916 zählte dazu auch Hermann Pfannmüller, der 1920 von der Regierungskommission ausgewiesen wurde und sich 1922 der NSDAP anschloss. Der nach einem autobiographischen Zeugnis „überzeugte Nationalsozialist“ und Rassenideologe fungierte dann seit November 1939 als T4- Gutachter und hatte bereits 1938 die Direktion der Anstalt Eglfing-Haar übernommen. Bis Kriegsende hatte Pfannmüller, der Haupttäter der Eglfinger Kindereuthanasie, nach der Studie Bernhard Richarz „als Gutachter über den Tod von über 4000 Menschen mitentschieden“ und eine „wissenschaftliche Absicherung der Euthanasie“ angestrebt.

Als Verwalter wirkte der bisherige Homburger Rentamtssekretär Otto Ruby, als Rechnungsprüfer der bisherige Sekretär der Frankenthaler Anstalt Friedrich Eisenhardt und als Gutsinspektor der frühere Zweibrücker Landwirtschaftslehrer Philipp Merz. Das „Adreßbuch für die Westpfalz“ verzeichnete 1911/12 insgesamt 150 „Beamte und Bedienstete der Heil- und Pflegeanstalt Homburg“ und erwähnte dabei neben Pflegerinnen und Pflegern, Mägden, Büglerinnen, Wäscherinnen und verschiedenen Handwerksgehilfen auch einen Bürodiener, Hausdiener, Heizer, Pferdeknecht, Nachtwächter, Pförtner und Werkmeister.

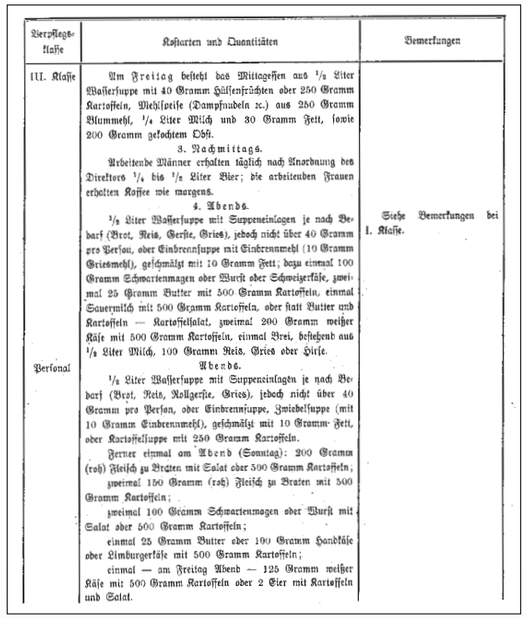
Satzungen „bis auf Weiteres auch giltig für die Pfälzische Heil- und Pflegeanstalt Homburg“

Aufgrund der Gründungsgeschichte war es sicher kein Zufall, dass die 1911 veröffentlichten „Satzungen für die Pfälzische Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster“ nach dem in Klammern beigefügten Titelzusatz „bis auf Weiteres auch giltig für die Pfälzische Heil- und Pflegeanstalt Homburg“ sein sollten. Auch wenn fraglich ist, ob die Norm der Satzung der tatsächlichen Wirklichkeit im Anstalts-Alltag entsprach und ob nicht auch Unterschiede zwischen der seit 1857 bestehenden eingeführten Einrichtung in Klingenmünster und der gerade gegründeten Institution in Homburg existierten, bietet die Satzung mit ihren acht Kapiteln und insgesamt 54 Paragraphen doch recht aufschlussreiche Informationen. Als „Zweck und Bestimmung der Anstalt“ definierte sie die „Heilung und Verpflegung heilbarer und unheilbarer Geisteskranker beiderlei Geschlechts. Auf diesen Zweck ist sowohl die gesamte räumliche Einrichtung der Anstalt in ihren verschiedenen Abteilungen und Bestandteilen als auch die Verwendung der ihr gehörenden Grundstücke, sowie die ganze Verwaltung der Anstalt und die innere Anordnung des Dienstes ausschließlich gerichtet und fortwährend gerichtet zu erhalten.“ Als „Kreisanstalt“ hatte sie „die Mittel zu ihrer Unterhaltung aus Kreisfonds zu schöpfen. Dagegen“ fielen „dem Kreisfonde zu: der Ertrag der Wirtschaft dieser Anstalt, namentlich der zu ihr gehörenden Grundstücke und Arbeiten der Pfleglinge und der von den Gemeinden und von den Patienten zu leistenden Kostenbeiträge.“ Unter der Oberaufsicht des Staatsministeriums des Innern übte die Kammer des Innern der Regierung der Pfalz „die höhere Beaufsichtigung und Leitung“ aus. „Die unmittelbare Leitung der Anstalt geschieht durch eine aus zwei Beamten, dem Direktor und dem Verwalter, bestehende Behörde, welche den Namen führt: K(öni)gl(iche) Direktion der Pfälzischen Heil- und Pflegeanstalt.“ Als Vorstand der Anstalt fungierte der Direktor. „Er ordnet und leitet nach den Statuten und Instruktionen ... die Behandlung der Kranken, die gesamte Polizei der Anstalt mit Inbegriff der Dienstdisziplin und den ökonomischen Dienst

der Anstalt, diesen unter Mitwirkung des Verwalters. Ihm sind zur Krankenbehandlung und Leitung des Krankendienstes nach Maßgabe der Bedürfnisse Oberärzte, Anstalts- und Hilfsärzte beigegeben.“ Als „zweiter Beamter der Anstalt“ agierte ein „Verwalter“, der sich der ökonomischen Administration der Anstalt zu widmen hatte. Die Gottesdienste und die Seelsorge sollten die katholischen und protestantischen Geistlichen und der Bezirksrabbiner übernehmen, wobei ein Lehrer nicht nur den „Orgeldienst seiner Konfession“ zu versehen hatte, sondern auch „Elementar- und Zeichenunterricht“ erteilte, die „Musikübungen“ leitete und „Bibliothekar der Anstaltsbibliothek“ war. Als weiteres Personal erwähnte die Satzung als Stellvertreter des Verwalters „einen Rechnungsführer,“ sowie „einen Sekretär und die nötige Anzahl von Kanzlei-(Verwaltungs)-Assistenten. Nach § 9 waren „Oberpfleger und eine Oberpflegerin zur näheren Beobachtung der Kranken und zur Beaufsichtigung der ihnen zugegebenen

Pfälzische Landesbibliothek Speyer

Pfleger und Pflegerinnen, zur Aufsicht auf die Vollziehung der vom Arzte für die einzelnen Kranken getroffenen Anordnungen, auf die Versorgung derselben mit ihren verschiedenen Bedürfnissen und auf die Befolgung aller Punkte der Haus- und Tagesordnung angestellt.“ Jährlich sollte die Zahl des zur Pflege der Kranken erforderliche(n) Pflege- und“ des „zur Besorgung des Hauswesens“ notwendige(n) Dienstpersonal(s)“ vereinbart werden. Nach diesen recht knappen, vor allem die Administration betreffenden Angaben regelte das umfangreichere Kapitel IV „Grundsätze und Verfahren für die Aufnahme von Kranken“. Demnach war „die Anstalt vorzugsweise für Angehörige des Kreises Pfalz bestimmt. .... In Kollisionsfällen“ haben „die als heilbar anzunehmenden Kranken den Vorzug vor den anerkannt unheilbaren; unheilbare Kranke, welche außerhalb einer Anstalt die öffentliche Ruhe und Sicherheit gefährden oder ganz hilflos sind, werden bezüglich



Verpflegs-klasse	Kostarten und Quantitäten	Bemerkungen
III. Klasse Personal	Am Freitag besteht das Mittagessen aus 1/2 Liter Wasserfuppe mit 40 Gramm Hülsenfrüchten oder 250 Gramm Kartoffeln, Mehlspeise (Dampfnudeln 2c.) aus 250 Gramm Blummehl, 1/4 Liter Milch und 30 Gramm Fett, sowie 200 Gramm gekochtem Obst. 3. Nachmittags. Arbeitende Männer erhalten täglich nach Anordnung des Direktors 1/4 bis 1/2 Liter Bier; die arbeitenden Frauen erhalten Kaffee wie morgens. 4. Abends. 1/2 Liter Wasserfuppe mit Suppeneinlagen je nach Bedarf (Brot, Reis, Gerste, Gries), jedoch nicht über 40 Gramm pro Person, oder Einbrennsuppe mit Einbrennmehl (10 Gramm Griesmehl), geschmälzt mit 10 Gramm Fett; dazu einmal 100 Gramm Schwartenmagen oder Wurst oder Schweizerkäse, zweimal 25 Gramm Butter mit 500 Gramm Kartoffeln, einmal Sauermilch mit 500 Gramm Kartoffeln, oder statt Butter und Kartoffeln — Kartoffelsalat, zweimal 200 Gramm weißer Käse mit 500 Gramm Kartoffeln, einmal Brei, bestehend aus 1/8 Liter Milch, 100 Gramm Reis, Gries oder Hirse. Abends. 1/2 Liter Wasserfuppe mit Suppeneinlagen je nach Bedarf (Brot, Reis, Rollgerste, Gries), jedoch nicht über 40 Gramm pro Person, oder Einbrennsuppe, Zwiebelsuppe (mit 10 Gramm Einbrennmehl), geschmälzt mit 10 Gramm Fett, oder Kartoffelsuppe mit 250 Gramm Kartoffeln. Ferner einmal am Abend (Sonntag): 200 Gramm (roh) Fleisch zu Braten mit Salat oder 500 Gramm Kartoffeln; zweimal 150 Gramm (roh) Fleisch zu Braten mit 500 Gramm Kartoffeln; zweimal 100 Gramm Schwartenmagen oder Wurst mit Salat oder 500 Gramm Kartoffeln; einmal 25 Gramm Butter oder 100 Gramm Handkäse oder Limburgerkäse mit 500 Gramm Kartoffeln; einmal — am Freitag Abend — 125 Gramm weißer Käse mit 500 Gramm Kartoffeln oder 2 Eier mit Kartoffeln und Salat.	Siehe Bemerkungen bei I. Klasse.

der Aufnahme den Heilbaren gleichgestellt; Unheilbare, welche weder gefährlich noch hilflos sind, werden nur dann aufgenommen und verpflegt, wenn und solange Raum vorhanden ist.“ Für den Personenkreis mit den folgenden Krankheiten war allerdings nicht Klingenmünster, sondern Frankenthal zuständig: „Kretins, Idioten (d.s. Blödsinnige von Kind an), Blödsinnige höchsten Grades; epileptische, es sei denn, daß die Epilepsie sich erst aus der Seelenstörung herausgebildet hat und die letzte die vorwaltende Krankheit ist; Seelengestörte, welche mit äußerlichen in hohem Maße entstellenden und Abscheu erregenden Übeln, als offenem Krebs, allgemeiner Syphilis u.s.w. behaftet sind.“ Die folgenden Paragraphen bestimmten die administrativen Voraussetzungen zur Aufnahme der „Geisteskranken“, wobei Regelungen für „freiwillig eintretende“ Kranke und vom Gericht oder der „Distriktspolizeibehörde“ angeordnete Aufnahmen existierten. Wichtig war dabei natürlich auch ein „Beleg für Sicherstellung des an die Anstalt zu entrichtenden Kostenersatzes.“ Falls „der Kostenersatz nicht aus den Mitteln des Kranken oder seiner alimentationspflichtigen Verwandten bestritten werden kann, hat die Verwaltungsbehörde für die Zusicherung und Leistung desselben durch die Heimatgemeinde oder die öffentlichen Kassen besorgt zu sein.“ Nach einer Prüfung und einem Gutachten der Direktion entschied die Kammer des Innern endgültig über die Aufnahmegesuche. Für „pfälzische Kranke“ betrug das zu erstattende Verpflegungsgeld pro Tag in der ersten Klasse auf 4,10 M, in der zweiten Klasse 2,50 bis 2,80 M und in der dritten Klasse 2 M. Die vierte Klasse war vornehmlich für „notorisch arme, von den Heimatgemeinden zu verpflegende Kranke“ bestimmt. Angesichts der „Wohltaten der Anstalt“ erschien es auch selbstverständlich, die Aufnahme der Geisteskranken zu bescheunigen und die Angehörigen solcher unglücklichen Kranken ... zu belehren, daß ein methodisches Heilverfahren um so mehr Aussicht auf einen günstigen Erfolg gewährt, je zeitiger dasselbe nach dem Ausbruche der Krankheit eintritt, und je früher der Kranke dem Einflusse seiner bisherigen Verhältnisse entzogen und einer Anstalt übergeben wird.“ Dementsprechend widmete sich Kapitel V der „Verbringung in die Heil- und Pflegeanstalt“. Unter anderem war demnach „das Wenigste, was ein armer Kranker mitzubringen hat, ...

ein vollständiger und guter Anzug mit einfacher Kopf- und Fußbekleidung, dazu weiter zwei Hemden, zwei Paar Strümpfe und zwei Taschentücher“. Beim Transport der Kranken waren Ärzte und Behörden verpflichtet, das Anwenden „roher Bändigungsmittel“ „zu verhüten. Hinsichtlich der Sicherung der Einzuliefernden gegen ungebührliche Behandlung auf der Reise und gegen Fluchtversuche haben die Polizeibehörden das Erforderliche vorzukehren.“ Das sechste Kapitel widmete sich der „Behandlung in der Anstalt“. Dabei hatten „die Kranken aller Verpflegungsklassen gleichen Anteil an den vorhandenen Mitteln zur Bewirkung ihrer Heilung, und auf alle soll der Fleiß und die Aufmerksamkeit der Beamten, insbesondere der Ärzte, in gleichem Maße gerichtet sein.“ So formulierte man „die möglichst sorgfältige, menschenfreundliche Behandlung der Kranken“ als „erste Pflicht der Beamten und Bediensteten der Anstalt. Die Anwendung von Beschränkung und Zwang soll streng nach dem erkannten unumgänglichen Bedürfnisse zum Zwecke bemessen und mit der möglichsten Schonung und Heilighaltung der Würde der Menschennatur stattfinden. Jede körperliche oder geistige Mißhandlung ist auf das strengste untersagt. Dagegen gehört zu den wesentlichen Mitteln, durch welche die Anstalt heilsam auf die Kranken einzuwirken suchen wird, eine den gesamten Dienst, die häuslichen Einrichtungen und alle inneren Bewegungen des Instituts beherrschende strenge Gesetzmäßigkeit und Ordnung, sodann eine angemessene, den verschiedenen Zuständen und Verhältnissen der Patienten entsprechende Beschäftigung derselben, welche der Direktor durch Aufmunterungsgeschenke ... und durch passende Abwechslung mit Erholung und erheiternder Unterhaltung zu befördern bestrebt sein wird." Ferner sollte „auf körperliche Reinlichkeit der Verpflegten, auf Reinlichkeit in Kleidung und Bettung, sowie in allen Räumen der Anstalt, desgleichen auf gehörige Reinigung der Luft in Schlaf- und Wohnzimmern sorgfältig Bedacht“ genommen werden. „Zerrissene und zerlumpte Kleidungsstücke werden nicht geduldet.“ Der Zutritt von Fremden unterlag der „Erlaubnis des ärztlichen Vorstandes. Diese darf nie zur bloßen Befriedigung der Neugierde gegeben, wird aber solchen, welche ein höheres, wissenschaftliches, humanes oder Berufs-Interesse herzuführt, nicht erschwert werden.“ In Abstimmung mit dem Direktor konnten sich die Angehörigen über die Kranken informieren und sie besuchen. Insgesamt unterlag aber „der Verkehr der Kranken, mit ihren Angehörigen und überhaupt mit der Außenwelt durch Briefe, Geschenke u.s.w. der Beaufsichtigung und Gutheißung durch den Direktor.“

Der Direktor verfügte auch die Entlassung der Patienten, die „nicht länger als erforderlich ... in der Anstalt zurückgehalten“ werden sollten, und erteilte „zur Sicherung der Genesung der Kranken“ Ratschläge an die entsprechenden weiterbehandelnden Ärzte. Im „Fall der Entweichung von Kranken“ hatte „die Verwaltung für deren Wiedereinbringung Sorge zu tragen und sich zu diesem Ende nötigenfalls an die Polizeibehörden zu wenden.“ Weitere Regelungen betrafen den Todesfall und die Beerdigung, wobei der Verstorbene in das Totenhaus gebracht und nach 48 Stunden – sofern er nicht andernorts bestattet werden sollte – „auf dem Begräbnisplatze der Anstalt ... nach dem Stande, sowie nach dem Ritus und durch den Geistlichen seiner Konfession“ seine letzte Ruhe finden sollte. In der nur einen Paragraphen umfassenden Schlussbestimmung wurde „die Kontrolle über den Betrieb und das Wirken der Anstalt“ durch „geeignete Monats- und Jahresberichte“ sowie durch „jährlich öftere unvermutete Visitationen“ ausgeübt.

Schließlich enthält die Satzung noch ein vermutlich auch in Homburg angewandetes detailliertes „Kost- und Wohnungsregulativ“ sowie den vom Bürgermeisteramt zu beantwortenden „Fragebogen“ „bei Aufnahme von Patienten in die Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster“ sowie weitere Formulare.

Fragebogen

durch das Bürgermeisteramt zu beantworten

bei Aufnahme von Patienten

in die

Heil- und Pflege-Anstalt Homburg.

Aerztliches Zeugnis

zur Begründung der Aufnahme in ~~die Kreis-Kranken- und Pflege-Anstalt~~ zu ~~Frankenthal.~~ Homburg

Landesarchiv Speyer H 3, Nr. 1033

Seelsorge-Fragen

Wendet man sich nach der Betrachtung der normativen Vorgaben wieder der Entwicklung der Homburger Anstalt nach der Eröffnung zu, so wurden in der Homburger Tagespresse beispielsweise Mitte Juli 1909 tägliche Fleischlieferungen von rund 40 kg ausgeschrieben und im September 1909 „ledige unbescholtene Pfleger und Pflegerinnen“ gesucht. Interessanterweise beobachtete auch die einflussreiche katholische „Augsburger Postzeitung“ die Entwicklung der neuen Anstalt, in die am 8. Juli rund 110 Kranke aus der überfüllten Anstalt Klingenmünster und am 30. Juli 28 Patienten aus Frankenthal verlegt worden waren und mit weiterem Zugang aus Klingenmünster zu rechnen war. „Zur ärztlichen Behandlung der Kranken wirken zur Zeit außer dem Direktor ein Ober- und ein Assistenzarzt. Unseres Wissens sind noch weitere Ärztestellen in Aussicht genommen. Natürlich fungiert in der Anstalt ein zahlreiches Warte- und Pflegepersonal, außerdem mehrere Handwerker, Gärtner und zum im großen Maßstab angelegten Ökonomiebetrieb notwenige Leute. Zur Befriedigung der religiösen Bedürfnisse steht inmitten der Anstalt auf einer natürlichen Erhöhung eine im romanischen Stile erbaute Simultankirche. Dieselbe ist vollständig fertig im Bau, in der Dekoration und in der inneren Einrichtung. Drei Glocken hängen im Turm, eine neue Orgel von der Firma Steinmayer schmückt die Empore, Kanzel, Altar, Stühle, Lampen etc., alles ist in schönster Ausführung vorhanden. Die Ausstattung an Paramenten und Sakristei-Utensilien ist eine geradezu vollständige, hübsche und zweckentsprechende.“ „Vollständig ungelöst“ sei aber die „Personenfrage“, und insbesondere die katholischen Kranken entbehrten „jeder geistlichen Pflege, jeden Besuches und Zuspruches, und am Sonntag selbst sind die Glocken stumm und die Kirchtüren verschlossen.“ Zwar wollte der Kommentator nicht die „lauten Stimmen der Unzufriedenheit und der berechtigten Klagen“ erheben, fragte aber nach der Fortdauer dieses unbefriedigenden Zustandes und forderte die in den anderen bayeri-

schen Anstalten übliche Regelung der religiösen Versorgung ein. Immerhin ist bereits im Haushaltsplan der Heil- und Pflegeanstalt 1909 eine Besoldung für den katholischen und protestantischen Hausgeistlichen sowie eine jährliche Remuneration des Rabbiners veranschlagt. Die katholische und protestantische Seelsorge wurde dann wohl seit 1909 in der Anstalt durch die jeweiligen Homburger Geistlichen wahrgenommen. Seit Mitte der 20er Jahre ist hauptamtlich der katholische Kaplan Josef Glaser ebenso bezeugt wie sein seinerzeit ebenfalls tätiger protestantischer Kollege Joseph Custor, der vermutlich nebenamtlich tätig war und dann 1935 erster Inhaber der neuen Pfarrstelle am Landeskrankenhaus war.

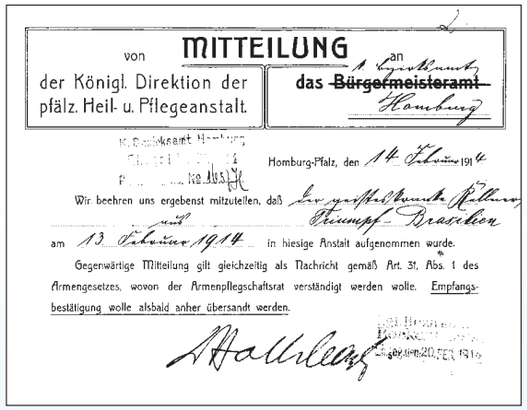
Transport-Fragen

Aus den Akten des Bezirksamts Homburg erfahren wir übrigens, dass am Samstag, dem 22. Januar 1910, zwei Männer „eine geisteskranke Frau ... vom Bahnhofe aus mitten durch die Hauptstraßen der Stadt Homburg transportierten ... Die Frau war, wie ich höre, an den Händen gefesselt, sie schrie laut und erregte dadurch einen großen Auflauf; eine große Schar schulpflichtiger Kinder gab dem Transporte das Geleite. Da derartige Aufzüge auf alle Fälle vermieden werden sollten“, bat das Bezirksamt die Direktion der Anstalt Klingenmünster, „die Kranken mittelst des vorhandenen Transportwagens künftig am Bahnhofe in Empfang zu nehmen.“ Die Direktion in Klingenmünster schloss eine „Mitwirkung der Anstalt bei der Verbringung der Kranken“ aus, die seit der Eröffnung der Bahnstrecke Rohrbach-Klingenmünster ebenfalls am Bahnhof ankamen. „Der Weg vom Bahnhof zur Anstalt führt durch einen Teil des Dorfes. Es sind schon aufgeregte und lärmende Kranke zu Fuß durch das Dort verbracht worden und es ist auch hin und wieder ein Auflauf verursacht worden; die Einwohner des Dorfes sind aber schon an derlei Dinge gewöhnt und die Weg-Strecke ist eine viel kürzere als jene durch die Stadt Homburg.“ Da in Homburg etliche Lohnkutschergeschäfte bestehen, könne man ja „alle Verwaltungsbehörden in den für die Anstalt Homburg zuständigen Ortschaften“ anweisen, „die Verbringung unruhiger Kranker vom Bahnhof Homburg durch die Stadt zur Anstalt mittels geschlossenen Wagens zu veranlassen.“ Möglicherweise könne auch das Bürgermeisteramt Homburg mit den verschiedenen Geschäften einen allgemeinen Fahrpreis vereinbaren, der in Klingenmünster 3 M betrage.

Für den vom Bezirksamt Homburg aufgegriffenen Fall könne der Homburger Anstalt „keine Verantwortung aufgebürdet werden“, betonte der Homburger Direktor Holterbach in seiner Antwort. Denn es „war uns keine Meldung zugegangen, zu welcher Zeit die Kranke hier eintrifft und dass ein Wagen notwendig sei.“ Bereits vor der am 17. Dezember 1909 verfügten Öffnung der Homburger Anstalt für Neuaufnahmen seien 10 Kranke neu aufgenommen und bei einem Transport wunschgemäß der Anstaltswagen eingesetzt worden. Bis Juni 1910 waren „86 Neuaufnahmen incl. der vereinzelten Überführungen von Klingenmünster zu verzeichnen“, wobei 16 Patienten mit dem Krankenwagen abgeholt wurden. In Absprache mit den Angehörigen wurden seit Ende Februar die Ankunft und Transportfrage geklärt. Ohnehin wurde „der Krankenwagen s.Zt. nach den speziellen Angaben des Kgl. Direktors gebaut in der Voraussetzung und in der ganz bestimmten Absicht, ihn zum Transport jeder Art von Geisteskranken zu benützen. Bei dem Besuch der Verwaltungsbeamten in der Anstalt am 18. April 1910 wurde als erstes Objekt der Krankentransportwagen den Herren Bezirksamtmännern vom Anstaltsdirektor vorgeführt mit genauer Erläuterung des Zwecks.“ Nach weiteren Angaben über die Situation in Ansbach und Kutzenberg bat Holterbach, „es für Homburg bei dem bis jetzt eingeführten Modus belassen zu wollen. Für den Transport schlagen wir 2 M pro Kopf vor.“

Einblick in die Statistik

Vielfältige statistische Informationen über das erste Jahr bietet auch der einzige, in den Akten des Innenministeriums im Bayerischen Hauptstaatsarchiv erhaltene „Fragebogen für den Verwaltungsausweis“ der Homburger Anstalt. Demnach befanden sich am 31. Dezember 1909 218 Patienten und 222 Patientinnen in der Anstalt, und es waren für jedes Geschlecht 275 Plätze eingerichtet und insgesamt jeweils 516 Plätze möglich. Neben den drei Ärzten wirkten 44 Pfleger und 43 Pflegerinnen, 4 höhere Verwaltungsbeamte, 61 Personen Dienstpersonal (davon 46 männlich, 15 weiblich). Den Einnahmen in Höhe von 497.632 M standen Ausgaben von 452.512 M und damit insgesamt eine positive Bilanz von 45.120 M gegenüber. Die Patientinnen und Patienten waren seinerzeit alle Kreisangehörige. Sozialgeschichtlich recht aufschlussreich ist auch die gravierende



von **MITTEILUNG** an

der Königl. Direktion der pfälz. Heil- u. Pflegeanstalt

das ~~Bürgermeisteramt~~ Homburg

Homburg-Pfalz, den 14. Februar 1914

Wir beehren uns ergebenst mitzuteilen, daß der geisteskranke Wilhelm Trumpf – Brasilien

am 13. Februar 1914 in hiesige Anstalt aufgenommen wurde.

Gegenwärtige Mitteilung gilt gleichzeitig als Nachricht gemäß Art. 31, Abs. 1 des Armengesetzes, wovon der Armenpflegschaftsrat verständigt werden wolle. Empfangsbestätigung wolle alsbald anher übersandt werden.

Landesarchiv Speyer H 3, Nr. 1033

Dominanz der – niedrigsten – IV. Verpflegungsklasse mit 420 Personen, während niemand in der I. Klasse und nur 13 Personen in der II. Klasse sowie 28 Personen in der III. Klasse verpflegt und insgesamt 47846 Verpflegungstage gezählt wurden. Im März 1911 sind 489 Kranke bezeugt, wobei man mit einer Erhöhung auf 690 zum Jahresende 1911 und einer Überführung von 50 Kranken aus Klingenmünster „in nächster Zeit“ rechnete. Bei vier besetzten Arztstellen (einschließlich des Direktors) und bei zwei unbesetzten Hilfsarztstellen betreute ein Arzt somit 122 Kranke. Falls auch die beiden vakanten Hilfsarztstellen besetzt werden sollten, würde sich die Relation auf ein Arzt für 81 Kranke verbessern. Im März 1911 waren 111 Pflegepersonen und sechs Stellen vakant, woraus sich ein Verhältnis von einem Pflegenden für 4,18 Patienten ergab. Vorsorglich hatte man in Homburg „mit Rücksicht auf die in Aussicht stehende Krankenüberführung und den großen Wechsel im Pflegepersonal ... jetzt bereits mehr Pfleger und Pflegerinnen eingestellt, als nach dem damaligen dortigen Krankenstande notwendig gewesen wäre“.

Wenige Tage nach Ausbruch des Ersten Weltkrieges meldete Direktor Holterbach der vorgesetzten Behörde unter dem Betreff „Fürsorge für Geisteskranke außerhalb der Anstalten“, dass zum 1. Juli 1914 insgesamt 660 Patienten (347 Männer / 313 Frauen) „vorhanden waren“.

Festschrift 1909-2009

Universitätsklinikum des Saarlandes

Die Pfälzische Heil- und Pflegeanstalt 1909 – 1922

Der Erste Weltkrieg und seine Folgen

Welche Konsequenzen der Kriegsausbruch, die folgenden Kriegsjahre, der sprichwörtliche Steckrübenwinter, das Ende des Kaiserreiches, die französische Besatzung, der Wandel des politischen Systems und die territorialen Veränderungen zum neu geschaffenen Saargebiet unter Völkerbundverwaltung auf den Alltag der Heil- und Pflegeanstalt hatten, lässt sich aufgrund der schwierigen Quellenlage kaum näher rekonstruieren. Immerhin wissen wir, dass auch während des Krieges weiterhin Patienten und Patientinnen aufgenommen, betreut und entlassen wurden, und Gernot Feifel konnte immerhin die teilweise Nutzung der Anstalt für Lazarette beleuchten. Ein im Stadtarchiv Homburg verwahrter Artikel der „Homburger Zeitung“ vom 10. Mai 1920 präsentiert eine überaus aufschlussreiche, von Alois Thum unterzeichnete „Erklärung“ des Personals der Anstalt Homburg: „Anläßlich des Besuches der Heil- und Pflegeanstalt Homburg durch Herrn Regierungs-Präsident Rault und zweier Herren der Saar-Regierung wurde festgestellt, auf welche Weise und welche Veranlassung unschuldige Deutsche über den Rhein geschoben wurden. Es stellte sich heraus, daß am 11. Januar 1920 für Herrn Verwalter Fritz Vogel der Anstalt bereits ein Ausweisungsbefehl für über den Rhein geschrieben wurde, auf Veranlassung des Dr. Holterbach, der lediglich aus Rache gegen Herrn Vogel dem Herrn Kontrolloffizier einen verdrehten Sachverhalt unterschob. Als Herr Verwalter Vogel sich der Kommission gegenüber damit rechtfertigen wollte, daß er Offiziere und Truppen loyal behandelt habe, erklärte Dr. Holterbach der hohen Kommission folgendes: „Wie loyal der Verwalter die Franzosen behandelte, will ich erzählen: Über den ersten französischen Offizier, der die Anstalt betrat, sagte Herr Vogel folgendes: Der dreckige Jude will mir Vorschriften machen und sich über mich stellen.“ Dies die Verleumdung seitens eines deutschen höheren Beamten, der vor dem Einzug der Franzosen ein Hurrapatriot war, anfangs September 1914 zur Feier der voraussichtlich vollständigen Vernichtung der Franzosen ein „Riesen-Feuerwerk“ bestellt hatte und der einem Arzte gegenüber zu Anfang des Krieges, als dieser ihm sagte, er habe bei einem Bahntransport einem schwerverletzten Franzosen eine schmerzlindernde Einspritzung gegeben, äußerte: „Hätten sie ihn doch verrecken lassen.“

> *„Dem Vernehmen nach besteht die Absicht, in der Heil- und Pflegeanstalt Homburg, deren bisherige Bestimmung aufgehoben wird, ein Landeskrankenhaus zu errichten.“*

Während des Ersten Weltkrieges und in der politisch bewegten unmittelbaren Nachkriegszeit schweigen die Stadtratsprotokolle über Situation und Entwicklung der Heil- und Pflegeanstalt. Im Herbst 1921 beschäftigte sich der Stadtrat erstmals mit der Absicht „der Saar-Regierung, ... die Heil- und Pflegeanstalt in ein allgemeines Landeskrankenhaus umzuwandeln. Es müßten dann die in der Anstalt wohnenden Zollbeamten-Familien in der Stadt untergebracht werden“. „Mit Rücksicht auf die in Homburg bestehende drückende Wohnungsnot“ übermittelte der Stadtrat der Regierungskommission folgende Entschließung: „Dem Vernehmen nach besteht die Absicht, in der Heil- und Pflegeanstalt Homburg, deren bisherige Bestimmung aufgehoben wird, ein Landeskrankenhaus zu errichten. So sehr anerkannt wird, daß ein solches Projekt dem Allgemeinwohl der Bevölkerung des Saargebietes dienen soll, so bittet doch der Stadtrat Homburg die Regierungskommission eindringlich bei ihrer Beschlußfassung folgende Momente in Betracht ziehen zu wollen.

Bei der seinerzeitigen Errichtung der Heil- und Pflegeanstalt hat die Stadtgemeinde Homburg im Interesse des allgemeinen Wohles unentgeldlich städtisches Gelände von hohem Werte zur Verfügung gestellt und auch auf andere Art noch große finanzielle Opfer gebracht. Da in den letzten Jahren die Anzahl der Kranken in dieser Anstalt zurückgegangen ist, beherbergt sie die hiesigen Garnisonstruppen und zahlreiche Familien von Zollbeamten.“ Bei der geplanten Einrichtung eines Krankenhauses „müßten voraussichtlich die dort untergebrachten Familien anderweitig Wohnung erhalten. Die drückende Wohnungsnot in der Stadt Homburg, die in bedeutendem Maße in der großen Anzahl der daselbst wohnenden Beamten begründet ist, ist der Regierungscommission wohl bekannt. Wenn auch noch die in der Anstalt wohnenden Zollbeamten-Familien – es sind dies dem Vernehmen nach 33 Haushaltungen – in der Stadt untergebracht werden sollten, so wäre dies völlig unmöglich und würde zu katastrophalen Zuständen führen. Die Stadt Homburg hat sich bisher der Hoffnung hingegeben, daß bei einer Umwandlung der Anstalt nicht nur die bislang dort wohnenden Familien dort bleiben, sondern auch noch eine Anzahl von weiteren Wohnungen für die übrige Bevölkerung bereit gestellt werden könnte.“ Schließlich billigte der Stadtrat ein Abkommen mit der Regierungskommission, genehmigte die „Aufnahme eines Anlehens von 1 ½ Millionen Mark zur Bekämpfung der Wohnungsnot“. „Die durch die Wegverlegung der Zollbeamten in die Anstalt in der Stadt frei werdenden Wohnungen sowie die in der Anstalt auf Kosten der Stadt hergerichteten Wohnungen soweit letzte nicht zur Unterbringung der Zollbeamten benötigt werden, werden zur freien Verfügung des städt(ischen) Wohnungsamtes gehalten.“ Im Januar 1922 erklärte sich die Stadt dann bereit, „die beiden Landhäuser der ehemaligen Heil- und Pflegeanstalt auf ihre Kosten zu Wohnzwecken herrichten zu lassen, falls sie über die daselbst erstellten Wohnungen zur Unterbringung wohnungssuchender Einwohner frei verfügen darf. Der Frage einer Umwandlung des Bezirkskrankenhauses in Wohnungen kann zur Zeit noch nicht näher getreten werden, da dieses Gebäude noch nicht frei ist und auch noch nicht feststeht, in wessen Eigentum es allenfalls übergehen wird.“

Nach einer zeitgenössischen Aufzeichnung nahm „der Kreis Pfalz die nicht saarländischen Kranken bis längstens 1. November 1921 aus der Anstalt Homburg heraus“ und überließ „Nießbrauch und Verwaltung“ der Regierungskommission, wobei die saarländischen Patienten dann nach Merzig verlegt wurden.

Epilog

Auch wenn die pfälzische Heil- und Pflegeanstalt Homburg dann im Herbst 1922 in ein Landeskrankenhaus für das durch den Versailler Vertrag neu geschaffene Saargebiet unter Völkerbundverwaltung umgewandelt worden war und eine neue Grenze bei Homburg existierte, so überliefern die im Landesarchiv Speyer verwahrten Akten noch drei abschließend zu erwähnende interessante Ereignisse. In der Klinikkirche „mit Orgelspiel und Gesang“ begrüßt, besuchte beispielsweise im Herbst 1924 der protestantische Kirchenpräsident Dr. Fleischmann das Krankenhaus, das er „als mustergültige Anstalt zur Gesundung der leidenden Menschheit“ würdigte und den ihm „entgegenwehenden“ „paritätischen Geist“ rühmte. Die Kammer des Innern der Regierung der Pfalz aktualisierte im Oktober 1925 in einer umfangreichen Aufzeichnung die „Saarschäden“ und erörterte auch die Frage der „Entschädigung des Kreises Pfalz für den Verlust der Heil- und Pflegeanstalt Homburg“, und weitere Dossiers dokumentierten im März 1927 die neue Verwendung und den Zustand der Gebäude.

Die Pfälzische Heil- und Pflegeanstalt 1909 – 1922

In einer ausführlichen Denkschrift sollte sich dann auch nach dem Zweiten Weltkrieg und im Umfeld des politischen Beitritts des Saarlandes zur Bundesrepublik am 1. Januar 1957 die Verwaltung des Bezirksverbandes Pfalz als Rechtsnachfolger der früheren Kreisgemeinde Pfalz mit der Vermögensauseinandersetzung um die „Pfälzische Heil- und Pflegeanstalt des Bezirksverbandes Pfalz in Homburg/Saar“ beschäftigen.

Autor
Archivoberrat Dr. Wolfgang Müller leitet seit 1991 das Archiv der Universität des Saarlandes.

Quellen
Stadtarchiv Homburg
Programm, Erläuterungsbericht und Kostenvoranschlag für den Neubau einer II. Pfälz. Kreisirrenanstalt bei Homburg, 1904. Erläuterungsbericht S. 1-2
Sitzungen des Stadtrates 1903 –1922
Auswertung der Homburger Tagespresse

Landesarchiv Speyer
Bestände H 3, Nr. 8024 ; H 3, Nr. 8041; H 42, Nr. 1410; T 21 Nr. 719

Bayerisches Hauptstaatsarchiv München
MInn 61 935 C.

Denkschrift zur Errichtung der pfälzischen Heil- und Pflegeanstalt Homburg, Speyer 1910
Satzungen für die Pfälzische Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster, Speyer 1911

Fotonachweis
Stadtarchiv Homburg (2)

Dr. Gisela Tascher

Nationalsozialismus und Landeskrankenhaus

Die Umstrukturierung der pfälzischen Heil- und Pflegeanstalt Homburg zum Landeskrankenhaus des Saargebietes – die Zeit von 1920 bis 1935

Die verwaltungsrechtliche Einbindung nach 1920

Mit der Gründung des autonomen Saargebietes in der Folge des Ersten Weltkrieges und mit den Bestimmungen des Saarstatuts, das am 10.01.1920 als Anlage zum Friedensvertrag von Versailles in Kraft trat, änderte sich auch die verwaltungsrechtliche Einordnung der pfälzischen Heil- und Pflegeanstalt Homburg, die ab diesem Zeitpunkt neben der preußischen Provinzial- Heil- und Pflegeanstalt Merzig zu den beiden „staatlichen“ Anstalten des Saargebietes gehörte. Die international besetzte Regierungskommission des Saargebietes hatte nach den Bestimmungen des Saarstatuts (§ 19, Abs. 2) bei der Homburger und Merziger Anstalt das alleinige Recht der Verwaltung und Nutznießung, ohne dass hierdurch das Eigentumsrecht der Rheinprovinz und des bayerischen Pfalzkreises berührt worden wäre. Beide Anstalten waren der Direktion Volkswohlfahrt, Landwirtschaft und Forsten innerhalb der Zentralverwaltung der Regierungskommission unter Aufsicht des Mitgliedes der Regierungskommission für Volkswohlfahrt, Landwirtschaft und Forsten, Arbeitsamt und Sozialversicherung (Bartholomäus Koßmann) unterstellt. Innerhalb der Abteilung Volkswohlfahrt hatte das Referat für das Gesundheitswesen die Aufsicht über die Krankenanstalten in Merzig und Homburg sowie über die Kreisärzte (Medizinalräte) und die Apotheken. Vom 01.01.1926 bis zur Rückgliederung des Saargebietes an das Deutsche Reich im Jahr 1935 war Dr. Max Obé als leitender Ministerialdirektor des Referates für das Gesundheitswesen tätig und nach Koßmann der ranghöchste Medizinalbeamte des Saargebietes. Die Heil- und Pflegeanstalt in Merzig diente als Landesirrenanstalt vorwiegend der Durchführung der erweiterten Armenpflege. Die 1922 zum Landeskrankenhaus umstrukturierte pfälzische Heil- und Pflegeanstalt Homburg und ihre Einrichtungen dienten vor allem der Wohlfahrtspflege der staatlichen Einrichtungen. Dazu gehörten das Hauptwohlfahrtsamt, die Fürsorgeerziehungsbehörde, der Landarmenverband, die Hauptfürsorgestelle, die Wohlfahrtsämter der Kreise und Gemeinden

Das Landeskrankenhaus in den 20er Jahren

und die Versorgungsbehörden. Das Landeskrankenhaus wurde aber auch von den Sozialversicherungsträgern des Saargebietes und von Selbstzahlern genutzt.

Die Umstrukturierung zum Landeskrankenhaus

Die pfälzische Heil- und Pflegeanstalt Homburg war zwischen 1905-1909 vom bayrischen Pfalzkreis erbaut worden, da die beiden anderen pfälzischen Kreis-Irrenanstalten in Frankenthal und in Klingenmünster weit überbelegt waren. In der für 1000 Geisteskranke konzipierten Anstalt in Homburg kam es aber nie zur Vollbelegung. Im 1. Weltkrieg wurde ein Teil der Gebäude als Reservelazarett genutzt und nach 1918 vor allem Besatzungstruppen und französische Zollbeamtenfamilien einquartiert. Da die Merziger Anstalt als Landesirrenanstalt für das Saargebiet ausreichte, beschloss die Regierungskommission des Saargebietes die Homburger Anstalt 1922 in ein modernes Landeskrankenhaus mit verschiedenen Fachabteilungen umzuwandeln und gliederte ihr eine Reihe von anderen Einrichtungen an, womit langfristig eine wichtige Grundlage für die heutige Medizinische Fakultät geschaffen wurde.

Die ca. 450 Geisteskranken der Homburger Anstalt wurden im Herbst 1921 in die Heil- und Pflegeanstalten Merzig und Klingenmünster überführt. Der Umbau der Homburger Anstalt, in der außerdem ein katholisches und ein evangelisches Knabenerziehungsheim eingerichtet wurden, erfolgte aus den laufenden Mitteln der Regierungskommission des Saargebietes. In den Knabenerziehungsheimen wurden Jungen im Alter zwischen 14 und 21 Jahren betreut und im Rahmen einer halboffenen Heimerziehung schulisch und beruflich ausgebildet. Die durchschnittliche Belegstärke des katholischen Knabenerziehungsheimes betrug 80 Jungen und die des evangelischen Heimes 54 Jungen. Dem Direktor standen für die Betreuung und Erziehung der Jungen Erzieher, Handwerksmeister und Verwaltungsbeamte zur Verfügung. In jedem Jahr bestanden mehrere Jungen ihre Gesellenprüfung vor der Handwerkskammer in Saarbrücken oder den zuständigen Prüfungsausschüssen des Gewerbevereins oder der Innungen in Homburg. Im Juli 1925 wurde auf dem Gelände des Landeskrankenhauses ein neues Gebäude für die speziellen Bedürfnisse eines Krüppelheimes errichtet. Dieses Krüppelheim diente der Berufsausbildung von inoperablen Krüppeln und verfügte über 50 Betten (30 Knaben und 20 Mädchen), und als Personal waren 1 Lehrer als Leiter, 1 Schwester, 1 Erzieher, 2 Handwerksobermeister und 1 Hausmädchen eingestellt. Außerdem standen für die Berufsausbildung der Jungen und Mädchen die zahlreichen Werkstätten des Landeskrankenhauses und der Knabenerziehungsheime zur Verfügung. Das Homburger Landeskrankenhaus arbeitete wie die Merziger Anstalt kostendeckend und erhielt keine Zuschüsse. Das Grundeigentum der Anstalt betrug insgesamt 350 Hektar, wovon für den Arbeitsbereich der Patienten, dem Gutshof, 220 Hektar Wald, 76 Hektar Acker, 20 Hektar Wiesen und 4 Hektar für die Gärtnerei zur Verfügung standen mit einem Viehbestand von 11 Pferden, 4 Ochsen, 3 Stieren, 54 Kühen und 279 Schweinen. Im Gutshof wurden nach Bedarf auch Saisonarbeiterinnen und Minderjährige der Knabenerziehungsheime beschäftigt. Von 1930 bis 1934 erzielte die Anstalt sogar Überschüsse. Die Bettenzahl steigerte sich von 450 Betten im Jahr 1923 auf 866 Betten im Jahr 1933 fast auf das Doppelte. Vergleichsweise dazu waren in den Krankenanstalten des Saargebietes 1923 insgesamt 4551 Betten vorhanden, deren Anzahl 1933 auf 6693 Betten stieg.

Das 1922 neu strukturierte Landeskrankenhaus hatte mehrere Fachabteilungen: Chirurgisch-Gynäkologische Abteilung (1932: 46 Betten für Männer, 51 für Frauen und 16 Privatbetten; 4 Ärzte, 3 Operationsschwestern, 7 Krankenschwestern und 4 Krankenwärter), Orthopädische Abteilung (1932: 19 Betten für Knaben und 19 für Mädchen; 1 Arzt und 3 Krankenschwestern), Innere Abteilung (1932: 50 Betten für Männer, 50 für Frauen und 16 Privatbetten; 5 Ärzte, 7 Krankenschwestern und 3 Krankenwärter), Abteilung für Lungenkranke (1932: 24 Betten für Männer und 26 für Frauen; 2 Ärzte, 3 Krankenschwestern und 1 Krankenwärter), Röntgenabteilung, Abteilung für Nervenkranke (1932: Frauenabteilung mit 148 Betten, und am 12.08.1932 eröffnete Männerabteilung mit 32 Betten; 3 Ärzte, 1 Oberin, 1 Oberpfleger, 5 Ordensschwestern, 20 Pflegerinnen und 5 Pfleger), Säuglings- und Kinderabteilung (1932: 121 Betten; 3 Ärzte, 6 Krankenschwestern, 1 Schenkamme und 11 Schülerinnen der Säuglingspflegeschule), Isolierabteilung für Erwachsene (1932: 20 Betten für Männer und 13 für Frauen; ärztliche Betreuung durch die Innere Abteilung, 1 Krankenschwester und 1 Krankenpfleger) und Geburtshilfliche Abteilung (1932: 30 Betten und 2 Geburtsbetten; 1 Arzt, 1 Krankenschwester, 1 Oberhebamme, 2 Hebammen und 1 Schülerin der Säuglingspflegeschule). Dazu kam noch das Verwaltungspersonal (23), das Wirtschaftspersonal (58), das Technische Personal (27), das Gutshofpersonal (23) und das Gärtnereipersonal (4).

Ein Beispiel für die Sozialfürsorge der damaligen Zeit: Im Jahr 1922 erholen sich 60 bedürftige Kinder aus dem ganzen Saarland in Bau 10. Die Namen des Arztes und der Schwestern sind nicht überliefert.

Ferner waren im Landeskrankenhaus 1932 ein hauptamtlicher katholischer Seelsorger und nebenamtlich ein evangelischer Seelsorger, ein israelitischer Seelsorger, ein katholischer und ein evangelischer Organist angestellt. Im Vergleich dazu waren 1926 19 Ärzte und 114 Krankenpflegekräfte beschäftigt. Dazu kam noch das Verwaltungspersonal (12), das Wirtschaftspersonal (31), das Technische Personal (16), das Gutshofpersonal (12) und das Gärtnereipersonal (4).

Zum ärztlichen Direktor wurde 1922 Dr. med. Oskar Orth ernannt, der diese Funktion bis zu seiner Emeritierung im Jahr 1947 ausführte. Orth war während dieser Zeit auch Chefarzt der Chirurgischen Abteilung. Chefarzt der Inneren Abteilung war bis September 1936 Dr. med. Hans Dietlen, der am 01.10.1936 zum leitenden Arzt und ärztlichen Direktor des Bürgerhospitals Saarbrücken ernannt wurde. Zu seinem Nachfolger als Chefarzt der Inneren Abteilung wurde am 01.10.1936 Dr. med. Friedrich Doenecke ernannt. Als weitere Ärzte waren 1931 neben Prof. Dr. med. Oskar Orth und Prof. Dr. med. Hans Dietlen noch Dr. med. Hans Heinrich Heene, Dr. med. Ludwig Schall, Dr. med. Richard Stoffel und Dr. med. Albert v. Brochowski am Landeskrankenhaus tätig. Heene leitete als Facharzt für nervöse und seelische Leiden die 1929 neu geschaffene Abteilung für Nervenkranke, Schall war als Facharzt für Kinderheilkunde leitender Chefarzt der Kinderabteilung, Stoffel war als Facharzt für Chirurgie Oberarzt der chirurgisch-gynäkologischen Abteilung, und v. Brochowski leitete als Facharzt für Röntgenologie die Röntgenabteilung.

529

Reichsgesetzblatt

Teil I

1933	Ausgegeben zu Berlin, den 25. Juli 1933	Nr. 86

Inhalt: Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Vom 14. Juli 1933 ..... S. 529
Fünfte Verordnung zur Durchführung der Verordnung über die Devisenbewirtschaftung. Vom 20. Juli 1933 ..... S. 531
Verordnung über die Errichtung einer vorläufigen Filmkammer. Vom 22. Juli 1933 ..... S. 531
Verordnung über Zolländerungen und Ausfuhrscheine. Vom 24. Juli 1933 ..... S. 533
Verordnung zur Durchführung des Gesetzes über die Aufhebung der im Kampf für die nationale Erhebung erlittenen Dienststrafen und sonstigen Maßregelungen. Vom 25. Juli 1933 ..... S. 535

Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses. Vom 14. Juli 1933.

Die Reichsregierung hat das folgende Gesetz beschlossen, das hiermit verkündet wird:

§ 1

(1) Wer erbkrank ist, kann durch chirurgischen Eingriff unfruchtbar gemacht (sterilisiert) werden, wenn nach den Erfahrungen der ärztlichen Wissenschaft mit großer Wahrscheinlichkeit zu erwarten ist, daß seine Nachkommen an schweren körperlichen oder geistigen Erbschäden leiden werden.

(2) Erbkrank im Sinne dieses Gesetzes ist, wer an einer der folgenden Krankheiten leidet:

1. angeborenem Schwachsinn,
2. Schizophrenie,
3. zirkulärem (manisch-depressivem) Irresein,
4. erblicher Fallsucht,
5. erblichem Veitstanz (Huntingtonsche Chorea),
6. erblicher Blindheit,
7. erblicher Taubheit,
8. schwerer erblicher körperlicher Mißbildung.

(3) Ferner kann unfruchtbar gemacht werden, wer an schwerem Alkoholismus leidet.

§ 2

(1) Antragsberechtigt ist derjenige, der unfruchtbar gemacht werden soll. Ist dieser geschäftsunfähig oder wegen Geistesschwäche entmündigt oder hat er das achtzehnte Lebensjahr noch nicht vollendet, so ist der gesetzliche Vertreter antragsberechtigt; er bedarf dazu der Genehmigung des Vormundschaftsgerichts. In den übrigen Fällen beschränkter Geschäftsfähigkeit bedarf der Antrag der Zustimmung des gesetzlichen Vertreters. Hat ein Volljähriger einen Pfleger für seine Person erhalten, so ist dessen Zustimmung erforderlich.

(2) Dem Antrag ist eine Bescheinigung eines für das Deutsche Reich approbierten Arztes beizufügen, daß der Unfruchtbarzumachende über das Wesen und die Folgen der Unfruchtbarmachung aufgeklärt worden ist.

(3) Der Antrag kann zurückgenommen werden.

§ 3

Die Unfruchtbarmachung können auch beantragen

1. der beamtete Arzt,
2. für die Insassen einer Kranken-, Heil- oder Pflegeanstalt oder einer Strafanstalt der Anstaltsleiter.

§ 4

Der Antrag ist schriftlich oder zur Niederschrift der Geschäftsstelle des Erbgesundheitsgerichts zu stellen. Die dem Antrag zu Grunde liegenden Tatsachen sind durch ein ärztliches Gutachten oder auf andere Weise glaubhaft zu machen. Die Geschäftsstelle hat dem beamteten Arzt von dem Antrag Kenntnis zu geben.

§ 5

Zuständig für die Entscheidung ist das Erbgesundheitsgericht, in dessen Bezirk der Unfruchtbarzumachende seinen allgemeinen Gerichtsstand hat.

§ 6

(1) Das Erbgesundheitsgericht ist einem Amtsgericht anzugliedern. Es besteht aus einem Amtsrichter als Vorsitzenden, einem beamteten Arzt und einem weiteren für das Deutsche Reich approbierten Arzt, der mit der Erbgesundheitslehre besonders vertraut ist. Für jedes Mitglied ist ein Vertreter zu bestellen.

(2) Als Vorsitzender ist ausgeschlossen, wer über einen Antrag auf vormundschaftsgerichtliche Genehmigung nach § 2 Abs. 1 entschieden hat. Hat ein beamteter Arzt den Antrag gestellt, so kann er bei der Entscheidung nicht mitwirken.

Nationalsozialismus und Landeskrankenhaus

Seit dem Ende der 20er Jahre wurde das Landeskrankenhaus allmählich zum Zentrum der wissenschaftlichen ärztlichen Fortbildung des Saargebietes, da Dr. Oskar Orth als erster Vorsitzender des „Saarbrücker Ärztevereins“ die Durchführung der „Sommertagungen“ und die Sitzungen dieses Vereins nach Homburg holte und damit eine enge Zusammenarbeit zwischen den Ärzten von Homburg und Saarbrücken begann. Im Mittelpunkt dieser Zusammenkünfte standen neben standespolitischen Themen vor allem wissenschaftliche Vorträge und Demonstrationen aus allen Fachgebieten der Medizin, die überwiegend von leitenden Ärzten des Saargebietes gehalten wurden. Orth holte aber auch akademische Lehrer von fast allen reichsdeutschen Medizinischen Fakultäten nach Homburg. Als Anerkennung für seine Tätigkeit im Rahmen des „Saarbrücker Ärztevereins“ wurde ihm von der Regierungskommission des Saargebietes der Professorentitel verliehen, der einzige, den diese Regierung während ihres 15jährigen Bestehens (1920-1935) verliehen hat.

Orth hat mit seinem Engagement für die wissenschaftliche ärztliche Fortbildung während dieser Zeit aber auch die Grundlage für die wissenschaftliche Forschung und Lehre der heutigen Medizinischen Fakultät geschaffen. Umso bedauerlicher ist es, dass sich der „Saarbrücker Ärzteverein“, wie auch alle anderen Ärztevereine des Saargebietes, schon nach 1933 im vorauseilenden Gehorsam mit dem Nationalsozialistischen Deutschen Ärztebund (NSDÄB) (der ärztlichen „Kampforganisation“ innerhalb der NSDAP) „gleichschaltete“ und sich auch an den Hetzkampagnen gegen jüdische Ärzte und Juristen des Saargebietes beteiligte.

Das Landeskrankenhaus in der Zeit des Nationalsozialismus – 1935-1945

Die verwaltungsrechtliche Einbindung während der NS-Diktatur

Nach der Volksabstimmung am 13.01.1935 im Saargebiet, bei der sich 477089 Saarländer (90,73 %) für eine Rückkehr in das seit 1933 inzwischen nationalsozialistische Deutschland entschieden, kam es sehr schnell zu einer staats- und verwaltungsrechtlichen Gleichschaltung des Saarlandes mit dem Deutschen Reich. Dabei wurde das Landeskrankenhaus sofort in die rassenpolitischen Maßnahmen der NS-Diktatur mit eingebunden. Voraussetzung dafür waren die nach der Machtergreifung Hitlers am 30.01.1933 sofort einsetzenden umfangreichen Veränderungen von Staat und Gesellschaft, die 1935 weitgehend abgeschlossen waren. Diese Veränderungen lassen sich mit den Schlagwörtern „Gleichschaltung“, „Zentralisation“ und „Ausrichten nach dem Führerprinzip“ beschreiben. Ziel von Hitler und der NSDAP war es, die vorhandenen gesellschaftlichen und staatlichen Organisationen zu übernehmen und entsprechend ihrer Ideologie auszurichten, mithin Staat und Gesellschaft verschmelzen zu lassen. Diese wurden dann nach dem Prinzip der Parteigliederungen der NSDAP gestaltet. Nach diesen Prinzipien wurde auch das gesamte deutsche Gesundheits- und Sozialwesen neu geordnet. Federführend bei dieser Umgestaltung war der „Nationalsozialistische Deutsche Ärztebund“ (NSDÄB) als ärztliche „Kampforganisation“ innerhalb der NSDAP. Er setzte sich zum Ziel, nicht nur die Ärzteschaft, sondern das gesamte Gesundheitswesen dem nationalsozialistischen Führungsanspruch zu unterwerfen und dabei auch „nicht arische“ und regimekritische Ärzte von der Berufsausübung auszugrenzen. In der nationalsozialistischen Ideologie spielte die Berufsgruppe der Ärzte zusammen mit der wissenschaftlichen Medizin eine tragende Rolle. Die Rechtfertigung antisemitischer Politik beruhte auf der Überzeugung einer biologischen wie geistigen Überlegenheit der „arischen Rasse“. Als „Wächter der Rassenreinheit“ kamen den Ärzten in der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik und bei der Gestaltung einer neuen „rassisch und völkisch“ orientierten Solidarität zentrale Aufgaben zu. Die Einrichtung von „Erbkarteien“, die Zwangssterilisationen im Rahmen der „Verhütung erbkranken Nachwuchses“ und die „Euthanasie-Maßnahmen“ waren Teil einer ideologisch instrumentalisierten Medizin, die nach 1933 von einer übergroßen Mehrheit der Ärzte mitgetragen und ausgeführt wurde. So waren nach der Auswertung der Mitgliederkartei der Reichsärztekammer vom Gau Westmark 76% der Ärzte der Bezirksvereinigung Saar und 78 % der Ärzte der Bezirksvereinigung Pfalz (aus welchen Gründen auch immer, ob aus Überzeugung, Opportunismus, Karrierestreben oder Anpassung) Anwärter oder Mitglied der NSDAP oder Mitglied in den der NSDAP angeschlossenen Verbänden. Auch die meisten Ärzte am Landeskrankenhaus waren Mitglied der NSDAP und des NSDÄB. Bis auf Dr. v. Brochowski, der wegen seiner jüdischen Ehefrau und seiner regimekritischen Ansichten entlassen wurde, blieben nach 1935 alle leitenden Ärzte am Landeskrankenhaus in ihren Funktionen. Auch der höchste Medizinalbeamte des Saarlandes, Dr. med. Max Obé, in dessen Entscheidungsbefugnis das Landeskrankenhaus fiel, blieb bis 1945 auch in den erweiterten Verwaltungszuständigkeiten von Gauleiter Bürckel („Saarpfalz“, „Westmark“ mit Lothringen) leitender Regierungsdirektor. In seinen Verantwortungsbereich fielen ab 1935 außerdem die Heil- und Pflegeanstalt Merzig, ab April 1940 die Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster und Frankenthal und ab März 1941 die Heil- und Pflegeanstalt Lörchingen (Lothringen). In diesen Anstalten wurden wie im Landeskrankenhaus Homburg während der NS-Diktatur „Verbrechen gegen die Menschlichkeit“ begangen.

Die Einbindung in die Rassenideologie der NSDAP

Die Grundlage für die Durchsetzung der Rassenideologie der NSDAP war die erbbiologische Bestandsaufnahme aller Bürger. Dabei gab es eine

Beispiel der nationalsozialistischen Propaganda

Nationalsozialismus und Landeskrankenhaus

enge Verzahnung zwischen der Ministerialbürokratie des Gesundheitswesens, den ärztlichen Organisationen innerhalb der NSDAP, den neu ausgerichteten Standesorganisationen der Ärzte und den neu geschaffenen Gesundheitsämtern, die dabei eine Schlüsselposition einnahmen und die von eigens dafür ausgebildeten und geschulten „linientreuen“ Amtsärzten geleitet wurden. In die Erstellung dieser „erbbiologischen Bestandsaufnahme“, bei der man im Saarland ab 1936 nicht nur die „Erbkranken“, sondern auch ihre Angehörigen und Verwandten registrierte und stigmatisierte, wurden auch die Schulräte, die Polizeibehörden, die Bürgermeister, die Standesämter, die Jugendämter, sämtliche Fürsorgestellen, die Hebammen, die Fürsorgerinnen, die niedergelassenen Ärzte, die Anstaltsleiter und die Kommunalärzte einbezogen. Für die NSDAP stand im Mittelpunkt ihrer Ideologie die These, dass der wahre Reichtum einer Nation die Volksgesundheit und diese die praktische Grundlage des Handelns von Staat und Partei sei. Das staatliche Gesundheitswesen gewann damit eine nie gekannte Bedeutung, da es neben dem Gesundheitsschutz der Bevölkerung die neue Aufgabe der „Erb- und Rassenpflege“ nach der Maßgabe des am 14.07.1933 erlassenen „Erbgesundheitsgesetzes“ zu betreiben hatte. Im Mittelpunkt dieser Aufgaben standen die „Ausschaltung Erbuntüchtiger von der Fortpflanzung“, die Bekämpfung der „Rassenmischung“ und die „bewusste Förderung wertvoller gesundheitlich und rassisch erbtüchtiger kinderreicher Familien“. Diese neuen Aufgaben sollten für die Zukunft auch eine außerordentliche Entlastung für die deutsche Volkswirtschaft bringen. Im Mittelpunkt dieser Argumentation standen vor allem die steigenden finanziellen Ausgaben des Deutschen Reiches für „erblich Belastete, Trinker, Psychopathen, erblich belastete Verbrecher und Asoziale“ und der „steigende Ausfall an Verbrauchern“ durch eine zu

Propagandaplakat

geringe Geburtenrate. Als größte wirtschaftliche Belastung für das deutsche Volk wurden aber innerhalb dieser Argumentation die „anstaltsmäßig untergebrachten Geisteskranken“ dargestellt. Zu den „erblich Belasteten“ rechnete die NSDAP vor allem „Erbkrüppel“, Blinde, Taubstumme, geistig Gebrechliche, Schwachsinnige und Hilfsschüler. Die Einordnung der „Schwachsinnigen leichterer Form“ in diesen Personenkreis öffnete der Willkür Tür und Tor, da eine Nichteinordnung in „traditionelle“ Lebensformen des NS-Staates auch schon als „leichter Schwachsinn“ ausgelegt werden konnte. Die „Erbgesundheitsgerichte“, die überwiegend mit Amtsärzten besetzt waren, hatten die „eugenische“ Indikation einer Zwangssterilisation ihrer Patienten zu entscheiden. Zur Beobachtung und zur Erstellung eines „fachärztlichen Gutachtens“ konnte der Amtsarzt den „Erbkranken“ auch in eine dafür vorgesehene Anstalt einweisen. Die Antragstellung der Sterilisation von Anstaltsinsassen an das Erbgesundheitsgericht erfolgte durch die Anstaltsleiter selbst, die auch die fachärztlichen Gutachten über diesen Personenkreis zu erstellen hatten. Die Sterilisation der Betroffenen wurde dann in den dafür bestimmten Anstalten durchgeführt. Wie die 2004 erschienene Studie von Christoph Braß gezeigt hat, wurden im Saarland von November 1935 bis Ende 1939 diese Sterilisationen in der Heil- und Pflegeanstalt Merzig und im Landeskrankenhaus Homburg durchgeführt. Das Bürgerhospital in Saarbrücken war während dieser Zeit nur für die Sterilisation durch Strahlenbehandlung vorgesehen. Da nach 1940 die Heil- und Pflegeanstalt Merzig und das Landeskrankenhaus Homburg wegen ihrer militärischen Nutzung nicht mehr zur Verfügung standen, wurden diese Sterilisationen ab diesem Zeitpunkt im Bürgerhospital in Saarbrücken durchgeführt und im Städtischen Krankenhaus in Ludwigshafen.

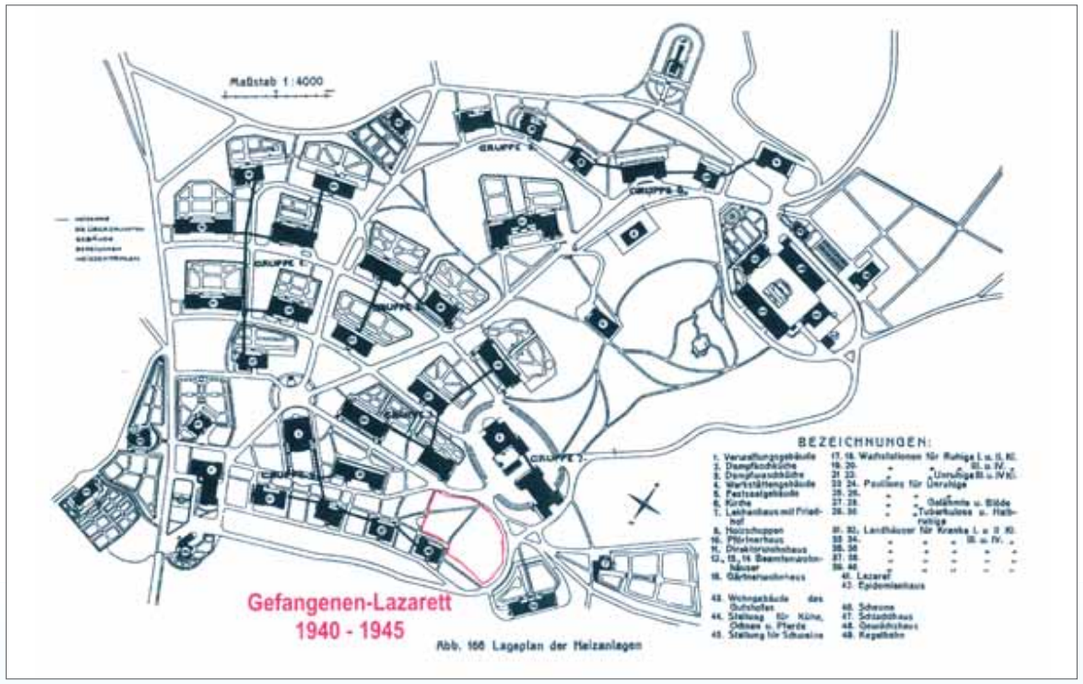
Die meisten ärztlichen Berichte über die Unfruchtbarmachung von „Erbkranken“ im Bereich des Erbgesundheitsgerichtes Saarbrücken (mehr als 1400) waren vom Leiter des Landeskrankenhauses, Prof. Dr. med. Oskar Orth, unterschrieben. Im Saarland wurden von November 1935 bis Januar 1944 nachweislich 2886 Sterilisationsanträge an das Erbgesundheitsgericht in Saarbrücken gestellt. Von 1936 bis 1939 wurden die meisten Anträge (ca. 2530) gestellt, da man die Sterilisation der fortpflanzungsfähigen „Erbkranken“, die in der Erbgesundheitskartei der Gesundheitsämter und in den Anstalten des Saarlandes registriert waren, bis dahin einigermaßen „abgearbeitet“ hatte. Von 1940 bis 1944 wurden dann aber immer noch, auch während der Kriegszeit, regelmäßig Anträge auf „Unfruchtbarmachung“ gestellt. Ab 1941 wurden auch vereinzelt in Lothringen wohnende so genannte „zeugungsfähige Erbkranke“, die im Saarland bei den Gesundheitsämtern als „Erbkranke“ registriert waren, mit Polizeigewalt in den Wirkungsbereich des Erbgesundheitsgerichts von Saarbrücken gebracht.

Für diese und nicht näher beschriebene Zwecke (wie z.B. die „Behandlung“ von psychisch kranken Zwangsarbeitern und Soldaten) stand ab Mitte 1941 die neu errichtete neurologisch-psychische Beobachtungsstation des Landeskrankenhauses zur Verfügung. Leiter dieser Abteilung und Leiter der im Juli 1940 am Landeskrankenhaus eingerichteten Fachabteilung für Gehirn- und Nervenschußverletzte war der stellvertretende ärztliche Direktor des Landeskrankenhauses, Oberstabsarzt Dr. med. Hans Heene.

Die militärische Nutzung während des 2. Weltkrieges und die Einbindung in das „Euthanasieprogramm“ der NS-Diktatur

Christoph Braß hat im dritten Kapitel seiner bereits erwähnten Monographie das Schicksal saarländischer Psychiatriepatienten als Opfer des nationalsozialistischen Krankenmordes ausführlich dokumentiert. Demnach erfolgte die Vernichtung der saarländischen Psychiatriepatienten im Rahmen des „Euthanasieprogramms“ in 2 Phasen. Die erste Phase der Vernichtung begann mit der „kriegsbedingten“ Räumung der Heil- und Pflegeanstalt Merzig und des Landeskrankenhauses Homburg im September 1939, um diese Krankenhäuser für eine militärische Nutzung frei zu machen. Zu diesem Zeitpunkt waren in diesen Anstalten zwischen 1200-1600 Psychiatriepatienten untergebracht. Die Patienten aus Merzig wurden in die Anstalten Scheuern und Weilmünster und die Patienten der Nervenabteilung des Landeskrankenhauses in die Anstalten Eichborn, Weilmünster, Herborn und Uchtspringe gebracht. Ein Drittel dieser Patienten wurde in der Tötungsanstalt Hadamar umgebracht. Die zweite Phase der Vernichtung erfolgte ab 1941 im Rahmen der „planwirtschaftlichen Maßnahmen“ bei der Unterbringung von Geisteskranken, denen die Neuordnung der „Krankenhausverhältnisse in Lothringen und eine Neuplanung des Krankenhauswesens im Gau Saarpfalz (später Gau Westmark)“ vor-

Nationalsozialismus und Landeskrankenhaus



Lageplan der Heil- und Pflegeanstalt von 1909 mit rot markierter Ergänzung von Dr. Claus Doenecke

ausging. Die zweite Phase war dadurch charakterisiert, dass immer neue Menschengruppen in den Kreis derer, die selektiert und dann getötet werden sollten, hineingestellt wurden: Tuberkulosekranke, Alte und Schwache, wohnungslose „Streuner", Arbeitsunwillige, schwache und kränkliche KZ-Insassen, sowjetische Kriegsgefangene, Sinti und Roma und viele andere mehr. Diese Phase mündete unmittelbar in die „Endlösung der Judenfrage", die auf der „Wannseekonferenz" am 20. Januar 1942 besiegelt wurde und die von der Krankenmordaktion im Rahmen des „Euthanasieprogramms" nicht zu trennen ist.

Für die „Euthanasie" im Saarland und im Gau Westmark lieferte die systematische „Erfassung" der erbkranken und geistig Behinderten eine wichtige Voraussetzung und Grundlage. Als saarländischer Gutachter im Rahmen der Krankenmordaktion „T4" war Dr. med. Hans Heene vom Landeskrankenhaus verantwortlich. Die verwaltungstechnische Vorbereitung und Koordination der späteren Verlegung der „erbkranken" Anstaltsinsassen im Rahmen des „Euthanasieprogramms" erfolgte im Saarland von Regierungsdirektor Dr. med. Max Obé, der als höchster Medizinalbeamter für alle Fragen der Volksgesundheit verantwortlich war. Von 1940 bis Kriegsende war er in dieser Funktion noch zusätzlich für die Pfalz und Lothringen tätig. Eingebunden in die Vorbereitung und Durchführung der „Euthanasiemaßnahmen" im Saarland und im Gau Westmark waren auch die Anstaltsleiter der Heil- und Pflegeanstalten von Merzig, Lörchingen (Lothringen), Frankenthal, Klingenmünster und des Landeskrankenhauses Homburg, die für die erbbiologische Erfassung, Begutachtung und „Beobachtung" der saarländischen „Erbkranken" innerhalb ihrer Anstalten, für die Koordination der Verlegung und damit auch für die spätere Ermordung dieser Patienten im Rahmen des „Euthanasieprogramms" mit verantwortlich waren. Nach der weitgehenden Zerstörung der Frankenthaler Anstalt bestand im Homburger Landeskrankenhaus wohl zeitweise auch eine Abwicklungsstelle der Heil- und Pflegeanstalt Frankenthal.

Während der Zeit der militärischen Nutzung des Landeskrankenhauses wurde ab Juli 1940 ein Reservelazarett der Wehrmacht und in diesem Rahmen eine Abteilung für Gehirn- und Nervenschussverletzte eingerichtet, dessen Leiter Oberstabsarzt Dr. med. Hans Heene war. Dieses Lazarett unterstand dem Stab des Wehrkreises Wiesbaden. In den Räumen des Landeskrankenhauses wurde Ende 1939 auch die Oberbauleitung der Organisation Todt und ein Festungspionierstab der Wehrmacht eingerichtet, wo bald auch die ersten Kriegsgefangenen und Zwangsarbeiter eingesetzt wurden. 1942 wurden auf dem Gelände des Landeskrankenhauses auch mehrere Baracken für sowjetische Kriegsgefangene gebaut, dessen Lagerleiter auch Oberstabsarzt Dr. med. Hans Heene war. Die Kapazität der Krankenabteilung wurde in den letzten Kriegsmonaten von 600 auf 850 Betten angehoben. Die einigermaßen arbeitsfähigen Kriegsgefangenen wurden zum Bunkerbau und zu Schanzarbeiten eingesetzt oder an die heimische Industrie ausgeliehen. In kurzer Zeit starben in diesem Lager eine große Anzahl von Kriegsgefangenen an Unterernährung, Krankheit und Verletzungen. Viele Gefangene wurden auch „auf der Flucht" (in der Sprache der NS-Diktatur) erschossen. Ein Teil der Toten wurde auf dem städtischen Friedhof in Homburg beerdigt, z. T. vier bis fünf Leichen in einer Grabstelle. Auch auf dem Gelände des Landeskrankenhauses befindet sich in der Nähe des Gebäudes der experimentellen Neurochirurgie noch heute ein kleiner Friedhof mit verwitterten Holzkreuzen und an der Hauswand ein Stein mit kyrillischer Schrift. Wie viele Tote hier ruhen, ist nicht genau zu sagen. Etwa 250 Tote aus dieser Zeit wurden 1960 von Homburg nach Besch (Gemeinde Perl) umgebettet. Am 21.03.1945 wurde Homburg von den Amerikanern befreit.

Nationalsozialismus und Landeskrankenhaus

Grabstein auf dem Friedhof des UKS an der rückwärtigen Hauswand von Gebäude 30. Die kyrillische Inschrift lautet: „1941-1945 Hier wurden 29 sowjetische Märtyrer der deutschen Gefangenschaft begraben".

Zusammenfassend ist festzustellen, dass „das Selbstverständnis der Medizin als eine eigentlich auf Fürsorge, Heilung und den „Dienst am Menschen" verpflichtete Disziplin während des Nationalsozialismus mehr als gefährdet war. Überlieferte ethische Grundsätze wurden pervertiert, die bereitwillige Aufnahme, Propagierung und Umsetzung nationalsozialistischer Ideologieelemente im Gesundheitswesen drohte den Sinn von Medizin zum Teil völlig umzukehren. Eines der Handlungsfelder, die unter diesen Vorzeichen zu einem Prüfstein der Medizin in Deutschland werden musste, war – neben den Zwangssterilisationen und der „Euthanasie" – die medizinische Versorgung der ausländischen Zwangsarbeitenden. Die Dominanz einer ökonomisch auf kurzfristige und maximale „Verwertbarkeit" ausgerichteten Handlungsorientierung stand überlieferten Grundsätzen der medizinischen Ethik ebenso entgegen wie der Rassismus und die Ideologie vom „Volkskörper"."

Nachkriegsjahre, Wiederaufbau und personelle Kontinuitäten – Das Landeskrankenhaus als „Gründungszelle" der Universität des Saarlandes

Einführung

Alle Entscheidungen (auch alle personalpolitischen Entscheidungen), die nach 1945 zunächst vom Regierungspräsidium Saar, dann von der Verwaltungskommission und schließlich von der Regierung des Saarlandes im Gesundheits- und Sozialwesen getroffen wurden, mussten vor dem 10.07.1945 mit den amerikanischen und nach dem 10.07.1945 mit den französischen Militärbehörden abgesprochen werden. Die französische Militärregierung installierte für diese Zwecke innerhalb ihrer Verwaltung eine Abteilung Gesundheits- und Wohlfahrtsdienst („Section Santé Publique"), deren Leitung ab August 1945 Oberst Dr. med. René Springer übernahm. Springer, der sich nach der nationalsozialistischen Machtübernahme aus Heidelberg in seine Heimatstadt Straßburg zurückgezogen hatte, war in alle Entscheidungen der saarländischen Behörden innerhalb des Gesundheits- und Sozialwesens einbezogen und hat schon vor 40 Jahren in einem autobiographischen Bericht über seine Aktivitäten berichtet. Da es kurz nach dem Krieg vor allem auch an Ärzten für die medizinische Betreuung der saarländischen Bevölkerung fehlte, wurden auf Springers Anregung hin am 15.01.1946 Hochschulkurse für Medizinstudenten der klinischen Semester am Landeskrankenhaus eingerichtet, um vor allem den saarländischen Studenten ein Studium, das ihnen an anderen deutschen Universitäten verwehrt wurde, zu ermöglichen. Diese Kurse, die vorwiegend von den Chefärzten des Landeskrankenhauses abgehalten wurden, waren an den deutschen Hochschulen umstritten, weshalb sie auch keine Anerkennung fanden. So entstand im März 1947 das „Centre Universitaire d'Études Supérieures de Hombourg" und im November 1947 das „Institut d'Études Supérieures de Hombourg". Die ersten philosophischen, naturwissenschaftlichen und juristischen Lehrveranstaltungen fanden in Homburg im Februar 1948 statt. Um nicht zuletzt die weitere Abwanderung der saarländischen Studenten an deutsche Hochschulen zu verhindern, wurde am 09.04.1948 in Paris die Umwandlung des Hochschulinstituts in eine Universität des Saarlandes beschlossen. Die nicht-medizinischen Fakultäten zogen danach nach Saarbrücken um, und die Universität des Saarlandes nahm Mitte November 1948, einen Monat vor dem Abschluss des französisch-saarländischen Kulturabkommens, ihren Lehrbetrieb auf dem Saarbrücker und dem Homburger Campus auf.

Zustand nach 1945

Ende Mai 1945 waren im Landeskrankenhaus durch kriegsbedingte Zerstörungen nur noch 600 Betten vorhanden, die für die medizinische Betreuung der Zivilbevölkerung, der Alliierten und der ehemaligen russischen und polnischen Zwangsarbeiter genutzt wurden. Dabei war dieses Krankenhaus eines der wenigen noch betriebsfähigen Krankenhäuser des Saarlandes. Die Zahl der betriebsfähigen Krankenhausbetten im Saarland war kriegsbedingt von ca. 7000 vor 1945 auf 2000 nach dem Krieg herabgesunken. Hinzu kam der Mangel an Ärzten, Pflegepersonal und Arzneimitteln. Da im September 1939 das Landeskrankenhaus evakuiert und später militärisch genutzt wurde, war kurz vor Kriegsende ein Teil des Inventars in das Heeresdepot nach Mainz gebracht worden.

Regierungspräsident Neureuter versuchte, mit Hilfe der Militärregierung die notwendigste Ausstattung für dieses Krankenhaus wieder zu beschaffen. Ziel war es, bis Ende 1945 die Bettenzahl im Landeskrankenhaus Homburg wieder auf 1250 Betten zu erhöhen und auch die Struktur des Krankenhauses wieder einer zivilen Krankenbehandlung anzupassen. Hierzu war es wichtig, die kriegsbedingten Schäden in kurzer Zeit zu reparieren und das nötige Pflegepersonal zu beschaffen. Auch die Wiedereinrichtung einer „psychiatrischen Abteilung" war notwendig geworden, da bedingt durch die „Krankenhausplanung" im Rahmen der „Euthanasiemaßnahmen" im ehemaligen „Gau Westmark" für diese Patienten kein Anstaltsraum mehr zur Verfügung stand. Für die Neugründung dieser Abteilung war der Pavillon 3 für Männer mit 40 Betten und der Pavillon 6 für Frauen mit 35 Betten vorgesehen. Die nötigen Instrumente für die Behandlung dieser Patienten einschließlich eines Elektroschockapparates waren im Landeskrankenhaus noch von der 1941 errichteten „Psychiatrischen Beobachtungsstation" vorhanden. Das nötige Pflegepersonal für diese neue „psychiatrische Abteilung" sollte von der Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster zur Verfügung gestellt werden.

Personelle Kontinuitäten

Die personelle Besetzung des Landeskrankenhauses nach 1945 zeigt, dass auch weiterhin die ehemaligen Funktionsträger der NS-Diktatur innerhalb der Ärzteschaft leitend tätig waren, wobei sie die wissenschaftliche Fortbildung und Lehre an der Medizinischen Fakultät der Universität des Saarlandes maßgeblich beeinflussten. Diese Entwicklung war nur möglich, weil die französische Militärregierung die 1946 in allen Bereichen des Saarlandes durchgeführte „Entnazifizierung" innerhalb der Ärzteschaft, die

Nationalsozialismus und Landeskrankenhaus

die medizinischen Hochschulkurse am Landeskrankenhaus vorbereitete und leitete, außer Kraft setzte. Die Rehabilitation der Opfer der NS-Diktatur und eine Wiedergutmachung wurden dadurch weitgehend verhindert und vor allem die Ärzte wieder benachteiligt, die der NS-Diktatur kritisch gegenüber standen.

An der personellen Besetzung der Leitung des Landeskrankenhauses sowie der leitenden Chefarztstellen der Chirurgie, der Inneren Abteilung und der Neurologischen Abteilung wurde nach 1945 vom Abteilungsleiter der „Abteilung Soziale Angelegenheiten und Gesundheitswesen“ innerhalb des „Regierungspräsidiums Saar“, Dr. med. Max Obé, nichts geändert, da dieser ja vor 1945 als ranghöchster Medizinalbeamter in der Behörde des „Reichsstatthalters in der Westmark und Chefs der Zivilverwaltung in Lothringen“ auch schon für das Anstaltswesen im „Gau Westmark“ verantwortlich war. Als ehemaliger Funktionsträger der NS-Diktatur verfügte Obé im September 1945 kurz nach seinem Amtsantritt, dass alle Neueinstellungen von Ärzten und Personal im Landeskrankenhaus wie früher der Abteilung Anstaltswesen innerhalb „seiner“ Behörde vorzulegen seien, und dass keine Ärztinnen mehr eingestellt werden. Diese Entscheidungen blieben gültig, obwohl Obé wegen seiner NS-Belastung schon am 01.02.1946 auf Druck der amerikanischen Militärbehörden vom Dienst suspendiert wurde. So blieb der Direktor und Chefarzt der Chirurgischen Abteilung, Prof. Dr. med. Oskar Orth, unter der Protektion der französischen Militärregierung, ohne Unterbrechung auch nach dem Krieg im Amt. Dass Orth trotz mehrerer gegen ihn gerichteter Anklagen wegen „Verbrechen gegen die Menschlichkeit“ nicht verhaftet und verurteilt wurde, hatte er vor allem dem Schutz der französischen Militärregierung und da besonders Oberst Dr. med. René Springers zu verdanken. Springer begründete seine Nachsicht damit, dass er angeblich beweisen konnte, dass die Opfer der Zwangssterilisationen überwiegend aus medizinischen Gründen sterilisiert worden wären. Nach seinem schon in den 60er Jahren publizierten autobiographischen Bericht wollte er damit wahrscheinlich die Durchführung der Kurse für die Medizinstudenten nicht gefährden, die von Orth organisiert und geleitet wurden. Auch bei der Besetzung der Chefarztstellen der Inneren und der Neurologischen Abteilung änderte sich nichts. Leitender Chefarzt der Inneren Abteilung blieb auch weiterhin Privatdozent Prof. Dr. med. Friedrich Doenecke und leitender Chefarzt der Neurologischen Abteilung sowie stellvertretender Direktor der ehemalige „T4“-Gutachter Dr. med. Hans Heene. Zum leitenden Chefarzt der Röntgenabteilung wurde Dr. med. Franz Sommer, zum leitenden Chefarzt der Kinderabteilung Dr. med. Paul Schulz-Schmittborn und zum leitenden Chefarzt der Geburtshilfeabteilung Dr. med. Hans Klinkenberg bestimmt. Hinzu kamen 15 angestellte Ärzte, 4 Volontärassistenten, 2 Apotheker, 3 Technische Assistenten und 3 Hebammen. Das Pflegepersonal wurde aus dem Personalbestand der Schwesternschaft Saar des DRK geordert, für die die Oberin Flick aus Saarbrücken zuständig war.

Zum Leiter der ersten medizinischen Hochschulkurse, die vom 15.01.1946 bis zum 15.08.1946 auf Initiative des Leiters der „Section Santé Publique“ der französischen Militärregierung, Dr. med. René Springer, stattfanden, wurde Prof. Dr. med. Oskar Orth bestimmt, der auch Vorsitzender der „Medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaft des Saarlandes“ war und diese Hochschulkurse im Auftrag der französischen Militärregierung vorbereitet hatte. Diese Hochschulkurse wurden am Anfang vorwiegend von den Chefärzten des Landeskrankenhauses abgehalten. Unterstützt wurden sie dabei vom Leiter und von den Abteilungsleitern des Institutes für Hygiene und Infektionskrankheiten in Saarbrücken (Prof. Dr. med. Fritz Bach, Prof. Dr. med. Werner Rotter, Prof. Dr. med. Alfred Koehn, Prof. Dr. med. Werner Ullrich), vom früheren Oberarzt der Hautklinik Bonn (Prof. Dr. med. Rudolf Strempel), vom Leiter der Augenabteilung des Knappschaftskrankenhauses Sulzbach (Dr. med. Oskar Wiedersheim) und von einem Facharzt für HNO aus Homburg (Dr. med. Ludwig Ullrich). In seinen bereits erwähnten autobiographischen Betrachtungen hat René Springer auch berichtet, dass es bereits im Januar 1946 Schwierigkeiten gab, da alle Dozenten und Studenten der Medizinischen Hochschulkurse der durch die französische Militärregierung vorgeschriebenen „Entnazifizierung“ unterzogen werden mussten, wovon er aber keine Nachricht erhielt. Da die Dozenten Orth, Heene, Doenecke, Schulz-Schmidtborn, Rotter, Klinkenberg, Dick, Strempel, Wiedersheim und Ullrich im Rahmen der „politischen Säuberung“ wegen „politischer Unzuverlässigkeit“ sofort entlassen werden sollten, erließ Regierungspräsident Neureuter in Absprache mit Springer und Militärgouverneur Gilbert Grandval am 27.04.1946 eine Verfügung, die bestimmte, dass das Landeskrankenhaus seiner unmittelbaren Aufsicht unterstand, und dass Ernennungen und Entlassungen ausschließlich durch ihn zu erfolgen hatten, auch dann, wenn eine Einstellung oder Entlassung von der Militärregierung gefordert wurde. Zur Zeitgewinnung wurde die Angelegenheit bis vor den „Conseil Supérieur d'Épuration“ in Rastatt gebracht. Man wollte erreichen, dass die „belasteten“ Dozenten die Hochschulkurse bis zum Ende des Sommerkurses am 31.07.1946 noch durchführten. Neureuter sprach zwar im Auftrag von Grandval die Entlassung der vorher aufgeführten Dozenten am 31.07.1946 aus, jedoch konnten die meisten Dozenten ihre Lehrtätigkeit später wieder unbehelligt fortführen.

Prof. Dr. Rudolf Wilhelm 1893-1959

Orth musste die Leitung des Landeskrankenhauses und die Leitung der Kurse an den unbelasteten Prof. Dr. med. Rudolf Wilhelm abgeben. Zum stellvertretenden Leiter des Landeskrankenhauses und zum Leiter der Urologischen Klinik wurde Dr. med. Carl-Erich Alken bestimmt. Um Zeit zu gewinnen und allem „Ärger“ erst einmal aus dem Weg zu gehen, beauftragte Regierungspräsident Neureuter den Vorsitzenden der „Ärztekammer Saar“, Dr. med. Albert v. Brochowski, unbelastete Dozenten für die Homburger

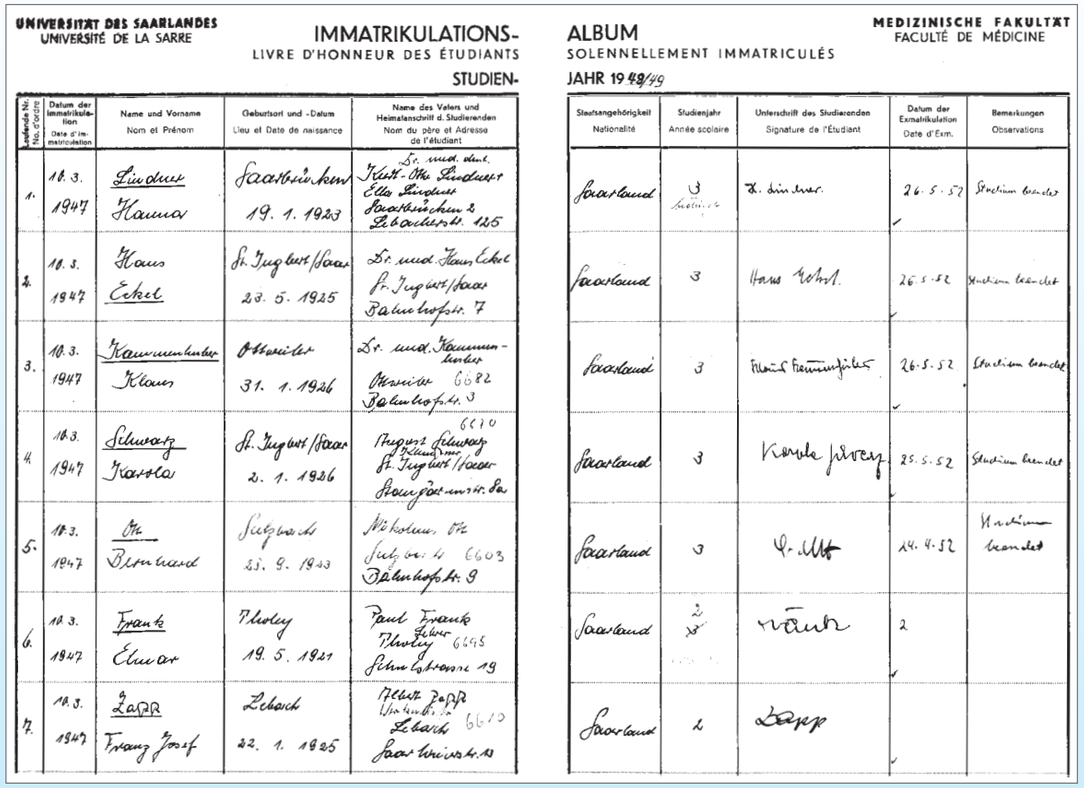
Nationalsozialismus und Landeskrankenhaus

Hochschulkurse zu finden, was aber sehr schwierig war und letztlich erfolglos blieb. Die Entnazifizierung der Studenten wurde auch sehr „milde“ durchgeführt. Die Zahl der Studierenden in Homburg war mittlerweile auf 120 gestiegen, und die Anmeldungen für die für Herbst geplanten, aber nicht realisierten Hochschulkurse stiegen noch weiter an.

Im März 1947 wurde dann unter der Ägide der Universität Nancy das Homburger Hochschulinstitut aus der Taufe gehoben, wobei am Anfang Dozenten und Professoren der Medizinischen Fakultät der Universität Nancy den propädeutischen Unterricht übernahmen. Als Gastgeber würdigte Prof. Dr. med. Rudolf Wilhelm die Eröffnung des Instituts als „ersten Schritt zu einer Wiedervereinigung französischen und saarländischen Geistes auf dem Gebiete der Medizin und der Kultur“. Außerdem beschwor er den Eid des Hippokrates und prangerte die „Herabwürdigung ärztlicher Heilkunst zur Dirne“ des NS-Staates an.

Die Entwicklung der Psychiatrischen Abteilung

Wegen schwerer Erkrankung des Chefarztes der Neurologischen Abteilung, Dr. med. Hans Heene, und der Nichtbesetzung der Oberarztstelle dieser Abteilung, wurden auf Anweisung der französischen Militärregierung ab Juli 1947 im Landeskrankenhaus keine Geisteskranken mehr aufgenommen. Aufnahmeanstalt für Geisteskranke (akute Fälle) aus den Kreisen Merzig-Wadern und Saarlouis waren ab diesem Zeitpunkt nur noch die Heil- und Pflegeanstalt Merzig und für alle übrigen Kreise des Saarlandes (Homburg, Saarbrücken-Stadt und Saarbrücken-Land, St. Ingbert, Ottweiler, St. Wendel) die Heil- und Pflegeanstalt Klingenmünster, in der ebenfalls wie in Homburg alle ehemaligen Funktionsträger der NS-Diktatur innerhalb der Ärzteschaft im Amt blieben. Die Oberarztstelle der neurologischen Abteilung des Landeskrankenhauses wurde dann am 01.09.1947 mit dem ehemaligen Amtsarzt („Gau Niederdonau“ in Österreich) MR Dr. med. Hermann Witter besetzt, der im Saarland aufgewachsen war und seit Oktober 1946 als Amtsarzt beim Fürsorgeamt für Kriegsopfer in St. Wendel arbeitete. Seine Anerkennung als Neurologe und Psychiater erhielt er von der „Ärztekammer Saar“ am 01.09.1949. Nach dem Tod des Leiters und Chefarztes der Neurologischen Abteilung, Dr. Heene, am 13.04.1948, wurde Witter vorübergehend kommissarischer Leiter der Neurologischen Abteilung und war maßgeblich an der Berufung von Prof. Dr. Klaus Conrad, der österreichischer Staatsbürger war, an die Medizinische Fakultät Homburg beteiligt. Witter habilitierte sich 1953 unter Conrad und baute eine Abteilung für forensische Psychiatrie an der Medizinischen Fakultät der Universität des Saarlandes auf. Conrad, der in Wien aufwuchs und seine psychiatrische Ausbildung (wie Witter) bei Prof. Dr. med. Otto Pötzl an der Universitätsnervenklinik in Wien begann, war einer der führenden NS-Psychiater, der sich vor allem mit der angeblichen Erblichkeit der Epilepsie beschäftigte und seine Forschungsergebnisse als Autor im „Handbuch der Erbkrankheiten“ (Gütt) und im „Handbuch der Erbbiologie des Menschen“ (Just) veröffentlichte. Diese „wissenschaftlichen“ Veröffentlichungen waren die Grundlage des Rassenwahns, der während der NS-Diktatur epidemische Ausmaße erreichte und dem viele Menschen zum Opfer fielen.



UNIVERSITÄT DES SAARLANDES
UNIVERSITÉ DE LA SARRE

IMMATRIKULATIONS-
LIVRE D'HONNEUR DES ÉTUDIANTS
STUDIEN-

Laufende Nr. / No. d'ordre	Datum der Immatrikulation / Date d'immatriculation	Name und Vorname / Nom et Prénom	Geburtsort und -Datum / Lieu et Date de naissance	Name des Vaters und Heimatanschrift d. Studierenden / Nom du père et Adresse de l'étudiant
1.	18. 3. 1947	Lindner Hanna	Saarbrücken 19. 1. 1923	Dr. med. dent. Kurt-Otto Lindner Elly Lindner Saarbrücken 2 Lebachstr. 125
2.	18. 3. 1947	Haus Ekel	St. Ingbert/Saar 23. 5. 1925	Dr. med. Hans Ekel St. Ingbert/Saar Bahnhofstr. 7
3.	18. 3. 1947	Kaumenhuber Klaus	Ottweiler 31. 1. 1926	Dr. med. Kaumenhuber Ottweiler 6682 Bahnhofstr. 3
4.	18. 3. 1947	Schwarz Karola	St. Ingbert/Saar 2. 1. 1926	Rupert Schwarz Klempner St. Ingbert/Saar 6610 Bergstr. nr. 8a
5.	18. 3. 1947	Ok Bernhard	Sulzbach 23. 9. 1923	Nikolaus Ok Sulzbach 4 6603 Bahnhofstr. 9
6.	18. 3. 1947	Franke Elmar	Völklingen 19. 5. 1921	Paul Franke Schlosser Völklingen 6645 Schulstraße 19
7.	18. 3. 1947	Zapp Franz Josef	Lebach 22. 1. 1925	Peter Zapp Lebach 6612 Saarbrückerstr. 13

ALBUM
SOLENNELLEMENT IMMATRICULÉS
JAHR 19 48/49

MEDIZINISCHE FAKULTÄT
FACULTÉ DE MÉDICINE

Staatsangehörigkeit / Nationalité	Studienjahr / Année scolaire	Unterschrift des Studierenden / Signature de l'Étudiant	Datum der Exmatrikulation / Date d'Exm.	Bemerkungen / Observations
Saarland	3 Medizin	K. Lindner	26. 5. 52	Studium beendet
Saarland	3	Hans Ekel	26. 5. 52	Studium beendet
Saarland	3	Klaus Kaumenhuber	26. 5. 52	Studium beendet
Saarland	3	Karola Schwarz	25. 5. 52	Studium beendet
Saarland	3	[illegible]	24. 4. 52	Studium beendet
Saarland	2	[illegible]	2	
Saarland	2	Zapp		

Nationalsozialismus und Landeskrankenhaus

Entsprechend den damaligen Zeitumständen war eine gewisse personelle Kontinuität nicht überraschend. Dementsprechend bieten neuere Studien über für viele Mitglieder der späteren Medizinischen Fakultät sowohl teils detaillierte, teils knappe Erkenntnisse über die frühere Laufbahn, über die auch in Verbindung zur NS-Medizin stehenden wissenschaftlichen Aktivitäten und über ihre Zugehörigkeit zu NS-Parteiorganisationen. Eine mit umfassenden biographischen Recherchen und einer vollständigen Analyse der Publikationen verbundene systematische Dokumentation bleibt aktuelle Herausforderung. Aufgrund der spezifischen Gründungsgeschichte der Universität des Saarlandes gehörten übrigens der Medizinischen Fakultät – im Gegensatz zu den meisten anderen deutschen Fakultäten – auch einige Professoren und Dozenten aus der Schweiz, Ungarn und Frankreich an, wie z.B. der aus Straßburg stammende Chirurg Adolphe Michel Jung, der im Berlin der Kriegsjahre geheime nachrichtendienstliche Tätigkeiten für die Westalliierten durchführte.

Ausblick

So hat dieser Beitrag versucht, die wechselvolle Geschichte des Landeskrankenhauses von der Völkerbundszeit über die NS-Diktatur bis zur Nachkriegszeit zu skizzieren und gezeigt, wie das Landeskrankenhaus in die NS-Politik involviert war und welche Auswirkung diese Entwicklungen auch nach 1945 hatten. Obwohl der politisch unbelastete neue Direktor Rudolf Wilhelm die Eröffnung des Hochschulinstituts im März 1947 als „ersten Schritt zu einer Wiedervereinigung französischen und saarländischen Geistes auf dem Gebiete der Medizin und der Kultur“ gewürdigt, den Eid des Hippokrates beschworen und die „Herabwürdigung ärztlicher Kunst zur Dirne“ des NS-Staates angeprangert hatte, sollten noch 4 Jahrzehnte vergehen, bis erste regionale Forschungen zur Rolle des Landeskrankenhauses während der NS-Diktatur begannen. Einen wegweisenden Beitrag leistete dafür die Veröffentlichung der Studie über „Zwangssterilisation und „Euthanasie“ im Saarland“ von Dr. Christoph Braß im Jahr 2004, in der Braß auch die Einbindung des Landeskrankenhauses Homburg in die Medizinverbrechen der NS-Diktatur thematisierte. Daraufhin veranstaltete die Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie unter der Ägide von Prof. Dr. Peter Falkai und Privatdozent Dr. Günther Heinz im Homburger Universitätsklinikum am 22.05.2005 ein Symposium zur „Psychiatrie im Nationalsozialismus – Auswirkungen im Saarland“. Prof. Dr. Falkai stellte dabei nicht nur das würdige Gedenken an die damaligen Opfer in den Mittelpunkt, sondern auch die aktuelle Frage nach dem ethisch korrekten Handeln des Arztes. Im Mittelpunkt der Diskussion stand dabei auch die Bedeutung der Wissenschaftsethik für den Bereich der Lehre und Forschung innerhalb der Medizin.

So sollte gerade die Pervertierung der Medizin im Nationalsozialismus über die Erinnerung an die Opfer zeigen, wie wichtig es ist, dass sich Mediziner schon während des Studiums (im Zeitalter ständiger Ethikdebatten) mit der Rolle der Medizin während der NS-Zeit auseinandersetzen, um das Bewusstsein ethischer Grenzen im medizinischen Handeln zu schärfen.

Autorin
Dr. Gisela Tascher wurde mit dem Thema "Die Entwicklung des Gesundheitswesens im Saargebiet und Saarland von 1920-1956 im Spiegel der machtpolitischen Verhältnisse" 2007 am Institut für Geschichte der Medizin der Medizinischen Fakultät der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg bei Prof. Dr. W. U. Eckart promoviert. Die ergänzte und überarbeitete Fassung ihrer Promotionsarbeit wird Anfang 2010 bei Schöningh veröffentlicht werden. Sie arbeitet auch weiterhin an verschiedenen Projekten zu dieser Thematik. Zurzeit erarbeitet sie im Auftrag der Ärztekammer des Saarlandes eine Denkschrift für die jüdischen Ärzte des Saarlandes, die während der NS-Diktatur ausgegrenzt, vertrieben oder umgebracht wurden.

Quellen
Tascher, Gisela: „Die Entwicklung des Gesundheitswesens im Saargebiet und Saarland von 1920-1956 im Spiegel der machtpolitischen Verhältnisse“, erweiterte Fassung der Promotionsarbeit 2007 am Institut für Geschichte der Medizin der Ruprecht-Karls-Universität Heidelberg, Referent Prof. Dr. W. U. Eckart

Fotonachweis
Stadtarchiv Homburg; Dr. Claus Doenecke (Privatbesitz) (4); Archiv der Universität des Saarlandes (3); Thom A Caregorodcev GI, Medizin unterm Hakenkreuz, Verlag VEB Volk und Gesundheit, Berlin 1989 (2)

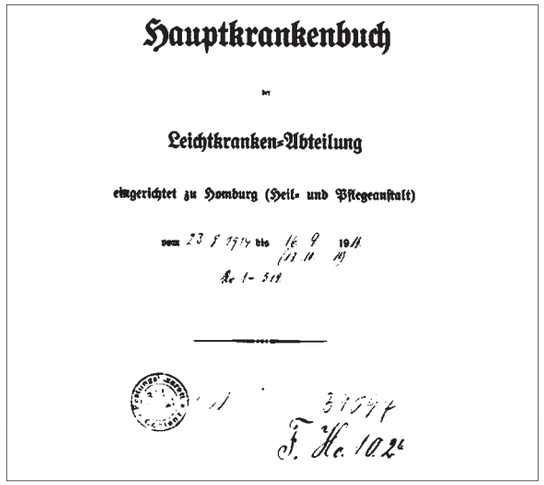
Prof. Dr. Gernot Feifel

Militärische Nutzung im Ersten und Zweiten Weltkrieg

In den ersten 50 Jahren seines Bestehens wurde das Landeskrankenhaus mehrfach zu sanitätsdienstlichen, militärischen bzw. paramilitärischen Zwecken herangezogen. Während des Ersten Weltkrieges waren dort zwei Lazarette untergebracht. Zunächst wurde nach der Mobilmachung am 1. August 1914 ein Etappenlazarett des XVI. Armeekorps unter militärischer Leitung eingerichtet, und zwar vom 16. August bis 19. Oktober 1914. Es umfasste zwei Innere Stationen mit erkrankten Soldaten, eine sogenannte gemischte Station für ansteckende Krankheiten und eine Äußere Station für chirurgische Patienten. Die Gesamtzahl der hier behandelten Soldaten betrug im genannten Zeitraum 282. Dazu kamen stationäre Aufnahmen bis 13. Oktober 1914 in eine Leichtkranken-Abteilung. Auch sie war in vier Sälen untergebracht und versorgte insgesamt 519 Patienten.

Wir wissen darüber so gut Bescheid, weil sich eines der wenigen Zeugnisse aus dieser Zeit, die Hauptkrankenbücher mit allen wichtigen Daten, im Krankenbuchlager Berlin erhalten haben. In ihnen sind Erkrankte und Verwundete aus den ersten Kriegswochen 1914, die in Homburg aufgenommen worden sind, dokumentiert.

Offensichtlich sind aber alle weiteren Unterlagen, die damals ans Festungslazarett Koblenz abgegeben worden sind, verloren gegangen.



Hauptkrankenbuch

der

Leichtkranken-Abteilung

eingerichtet zu Homburg (Heil- und Pflegeanstalt)

vom 23 8 1914 bis 16 9 1914
(13 11 19)

Lr 1- 518

37594

F. Kr. 102

Landeskrankenhaus zur Zeit des Saargebietes

Militärische Nutzung im Ersten und Zweiten Weltkrieg

Die Heil- und Pflegeanstalt beherbergte auch ein Vereinslazarett. Das Direktorium der Anstalt hatte dem Rot-Kreuz-Verein bereits am 5. August 1915 das gesamte Anstaltslazarett zur Verfügung gestellt, soweit es nicht belegt war. Als Aufnahmekapazität wurden 100 Betten veranschlagt. Ein Kontingent von 20 Betten wurde für geisteskranke Soldaten vorgehalten. Die Errichtung und der Betrieb von Vereinslazaretten war durch die Kriegssanitätsordnung geregelt. Ihre Aufgabe bestand in der Unterstützung des staatlichen Kriegs-Sanitätsdienstes in der Krankenpflege. Berechtigt für diese freiwillige Krankenpflege waren die Landesvereine vom Roten Kreuz bzw. die mit ihnen verbündeten Orden (Malteser, Johanniter u.a.). Erkrankte und verwundete Soldaten wurden aus den jeweils benachbarten Reservelazaretten überwiesen, deren Chefärzte auch die Aufsicht über die Vereinslazarette ausübten. Die ärztliche Betreuung erfolgte durch Privatärzte bzw. Krankenhausärzte.

Das Vereinslazarett war dem Reservelazarett Homburg unterstellt, das vom Militärpersonal geleitet wurde und dem II. Bayerischen Armeekorps in Würzburg unterstand. Mitte August 1914 trafen die ersten Verwundeten, meist in Güterwagen transportiert und von Helfern des Roten Kreuzes am Bahnhof empfangen, in Homburg ein. Heute ist es kaum mehr vorstellbar, dass für den Transport der vielen Verwundeten kein Kraftwagen zur Verfügung stand. In der sechsten Kriegswoche berichtete die Homburger Zeitung, dass die Krankenziffern im Heer anzuschwellen begannen: „Fußkranke, Überanstrengte, Erkältete aber auch Schwerverwundete werden jetzt im Lazarett der Heil- und Pflegeanstalt Aufnahme finden, da die Betten der übrigen Homburger Lazarette voll besetzt sind“. Wegen der großen Zahl regionaler Vereinslazarette lag die Belegungsziffer jedoch nur zwischen 60 und 70 Prozent. Die Bevölkerung nahm großen Anteil am Schicksal der Verwundeten und wurde häufig zu Spenden aufgerufen. Im Festsaal der „Anstalt“ fanden regelmäßig Konzerte statt, unter anderem auch mit der „Kriegsrekonvaleszenten-Kapelle der Leichtkranken-Abteilung“. Was die Ausstattung der Lazarette betrifft, so waren die Reservelazarette in der Regel bevorzugt; nicht so in Homburg. Durch einen Schriftwechsel von Prof. Spuler, Chefarzt des Homburger Reservelazaretts, mit dem Sanitätsamt in Würzburg (2. August 1918), erfahren wir: „Ich bitte berichten zu dürfen, dass eine Verwechslung mit dem vorzüglich eingerichteten Operationssaal des Lazarett-Baus der Heil- und Pflegeanstalt vorliegen dürfte. Der kleine Operationsraum des Reservelazaretts im Volksschulhaus ist als den Ansprüchen gerade genügende Einrichtung zu bewerten, dessen Verbesserung zu beantragen ... ich in Aussicht genommen habe“.

Das wesentlich größere Problem stellte der Mangel an Ärzten, insbesondere an Chirurgen dar, der sich im Verlauf des Krieges dramatisch verschärfte. Das Lazarett wurde am 21. November 1918 aufgelöst. Mit der Demobilmachung Anfang 1919 war die militärische Nutzung der Heil- und Pflegeanstalt jedoch noch nicht beendet. Im Gegenteil, die Jahre zwischen

Jahresfeier 1941: Sanitätsärzte mit den Anstaltsgeistlichen. Im Hintergrund die Mikrobiologie (damals Bau 5), links Hautklinik (Bau 1).

Militärische Nutzung im Ersten und Zweiten Weltkrieg

den Weltkriegen, vor allem aber die Kriegszeit 1939 bis 1945, war von tief greifenden Veränderungen baulicher und organisatorischer Art geprägt und schließlich von dramatischen Eingriffen für Patienten und Personal gekennzeichnet.

Eine Ahnung davon vermittelt die kurze Chronik des Landeskrankenhauses von Oskar Orth aus dem Jahre 1943: „Vier Gebäude mussten für ein französisches Truppendetachement von 240 Mann zur Verfügung gestellt werden, das allmählich auf etwa 80 Mann reduziert wurde und erst 1927 die Anstalt wieder verließ. Drei weitere Gebäude waren als Notwohnungen für etwa 30 französische Zollbeamtenfamilien in Anspruch genommen. Diese Zollbeamten verschwanden erst kurz nach erfolgter Saarabstimmung. In der Zeit vom 15. Juni 1938 bis 30. Juni 1941 war in zwei Gebäuden des LKH die Oberbauleitung Homburg des Generalinspektors für das deutsche Straßenbauwesen (Organisation TODT) untergebracht.

Aufgrund einer Verfügung des Armeeoberkommandos wurde das Landeskrankenhaus ab 15. September 1939 für Heereszwecke in Anspruch genommen und musste infolgedessen frei gemacht werden um zum Kriegsbeginn zwei Hauptverbandsplätze aufzunehmen. Die frei gewordenen Krankenstationen wurden in den ersten Kriegstagen für die Unterbringung von Rückgeführten benutzt. Auch bekam das Haus täglich Einquartierung von durchmarschierenden Truppen. Während des Winters 1939/40 beherbergte das LKH neben zwei Divisionsstäben zahlreiche Pionierstäbe. Auch die Verwaltung der Heil- und Pflegeanstalt Merzig und das Reichsbauamt Saarland-West hat mehrere Monate im LKH Unterkunft gefunden. Mit dem Beginn der Frankreich-Offensive rückten die beiden Hauptverbandsplätze weiter vor und das Haus wurde mit einem Kriegslazarett belegt. Nach erfolgtem Durchbruch durch die Maginot-Linie wurde auch das Kriegslazarett nach Lothringen verlegt. Das LKH beherbergte seit Juli 1940 ein Reservelazarett, das fast sämtliche Gebäude des LKH mit Ausnahme der Verwaltung und der technischen Betriebe in Nutzung hatte".

Die Kameradschaft
HOMBURGER SOLDATENBRIEF

Welche Schwierigkeiten zu überwinden waren und worunter die Patienten des Reservelazaretts zu Kriegsbeginn zu leiden hatten, wird aus dem Erfahrungsbericht des beratenden Internisten des Wehrkreises XII vom 17. Juni 1940 deutlich: „Mit dem Beginn der Offensive entstanden erhebliche Belastungen des Wehrkreises und seiner Lazarette. Von allen Frontstellungen, in großer Zahl auch von der Kanalfront, trafen Transporte mit Verwundeten und Kranken ein. In kurzer Zeit waren die meisten Lazarette belegt. Immer neue Rücktransporte mussten eingeleitet und durchgeführt werden, um die überbelegten Lazarette rechtzeitig zu räumen. Oft kamen die Verwundeten mit dem ersten Verband in das Reservelazarett, und nicht selten lagen diese Notverbände 6 – 10 Tage ohne Erneuerung und ohne ärztliche Wundkontrolle. Meist lagen die Verwundeten in Güterzügen und leeren Munitionszügen auf dünner Strohschicht, ohne jede weitere Versorgung. Es übernehmen also die Reservelazarette, besonders an der

Im Pflegelazarett

Reichsgrenze, die Funktionen von Hauptverbandsplätzen und Feldlazaretten selbst für solche Verwundete, die aus dem Raum von Calais kamen.“ Der Wehrkreis XII erstreckte sich von Remagen bis Speyer und von Metz bis Ludwigshafen. Er besaß Reservelazarette an über 40 Standorten mit nahezu 60.000 Betten. Homburg nahm in dieser Planung mit 1.609 Betten den Rang 9 der Standorte ein. Diese Richtzahl für die Kapazität wurde Ende 1942 sogar überschritten.

Im Dezember 1942 hatte das Reservelazarett mit den Gefangenenbaracken und dem Personal etwa 1.300 Insassen, das Landeskrankenhaus etwa 160. Für zivile Kranke standen noch 248 Betten zur Verfügung, vor allem für Tbc-Asylierung, neurologische Kranke und innere Fälle. Nach einem Kommandanturbefehl vom 21. Dezember 1942 sollten alle der Lazarettbehandlung bedürftigen sowjetrussischen Kriegsgefangenen in die Reservelazarette Bolchen oder Homburg eingewiesen werden. Nach Dokumenten des Militärarchivs in Freiburg waren im Reservelazarett Homburg, das zum Wehrkreiskommando XII (Wiesbaden) gehörte, im Mai 1944 1.434 Betten, davon 300 für Kriegsgefangene, ausgewiesen.

Das Reservelazarett verfügte über eine sogenannte Heereszahnstation, die mit vier Sanitätsoffizieren und sechs Dienstgraden besetzt war. Im August 1944 wird über ein Sonderlazarett für Hirnverletzte in Homburg berichtet, das über einen eigens eingestellten Sprachlehrer verfügte. Außerdem besaß das Lazarett eine Lungenfachabteilung mit 100 Betten, die von besonders geschultem Personal geleitet wurde. Zur Aufnahme kamen Patienten mit aktiver Tuberkulose sowie Beobachtungsfälle. Als Heilmittel wurden Liegekuren, Pneumothorax- und die sogenannte mittlere Lungenchirurgie angewandt. Größere thorax-chirurgische Eingriffe wurden in Heidelberg-Rohrbach vorgenommen.

Sanitätsoffiziere 1943

Im Wehrkreis XII standen für die Tuberkulose-Behandlung 10 Lazarette für ca. 900 bis 1.000 Patienten, darunter Homburg, zur Verfügung. Nach den Erfahrungsberichten der beratenden Tuberkulose-Fachärzte waren die Tbc-Abteilungen ständig überfüllt. Allein zwischen Oktober und Dezember 1943 waren 363 Tbc-Kranke in die Lazarette eingewiesen und 1.777 behandelt worden. Röntgen-Reihenuntersuchungen wurden regelmäßig durchgeführt. Im genannten Zeitraum wurden z. B. über 44.000 Soldaten und Gefangene im Wehrkreis XII geröntgt und dabei 87 (0,3 %) frische Erkrankungen bei Wehrmachtsangehörigen und 180 (1 %) bei Kriegsgefangenen entdeckt.

Mit der ärztlichen und pflegerischen Versorgung war in Homburg eine Heeressanitätsstaffel mit 18 Sanitätsoffizieren und 83 Sanitätsdienstgraden beauftragt, die teils der Sanitätsabteilung Heidelberg, teils der Sanitätsersatzabteilung XII Bad Kreuznach zugeordnet war. Als Lazarettkommandant fungierte Oberst Dr. Wallau, ärztlicher Leiter war Oberfeldarzt Dr. Hemme. Die Chefärzte des Landeskrankenhauses waren in Personalunion auch Militärärzte und dadurch mit der Versorgung der Soldaten und Gefangenen betraut. Ein Zeitzeuge erinnert sich: „Neben den uniformierten Ärzten und den zur Verwaltung des Reservelazaretts zählenden unterschiedlichen Mannschaftsdienstgraden in ihren graugrünen Uniformen bestimmten damals die zahlreichen Verwundeten und Genesenden mit ihren Krücken das Bild im LKH-Gelände“.

Von Jahr zu Jahr wurde die Personalnot deutlicher. Die Einsparungen betrafen auch die Sanitätsdienste, bei denen es nach Ausrufung des totalen Krieges nur noch 35 Prozent Planstellen geben sollte. Soldaten wurden zunehmend durch Personal der freiwilligen Krankenpflege ersetzt. Wenn man sich vor Augen führt, dass der tägliche Anfall von Verwundeten 1944 sprunghaft zunahm, lässt sich erahnen, was Personalnot in diesen letzten Jahren für Patienten und Betreuer bedeutete. Im April 1944 wurden im Wehrkreis XII 17 Prozent offene Arztstellen registriert. Auch die ärztliche Versorgung der Bevölkerung wurde immer schwieriger. Deshalb wurden Ambulatorien eingerichtet und Sanitätsoffizieren, auch den Homburger Chefärzten, gestattet, nebendienstlich für die Bevölkerung tätig zu sein.
Durch Kennzeichnung der Dächer des Reservelazaretts mit dem Roten Kreuz war das Gelände vor direkten Luftangriffen geschützt. Dennoch kam es im Rahmen von Luftkämpfen über Homburg bzw. von Bombardierungen der Stadt zu Beschädigungen, wie uns ein Augenzeuge berichtet: „Das Flugzeug war in geringer Höhe in nordwestlicher Richtung quer über das Krankenhausgelände gerast und hatte jede Menge Brandbomben, Sprengbomben und Phosphorbomben abgeworfen, die aber glücklicherweise nicht alle explodiert waren. Die Spur der Verwüstung begann direkt vor Bau 6. Die Rauchsäule, die wir von unserem Haus aus gesehen hatten, stammte vom Dach von Bau 13, das in Brand geraten war und auf dem nun Soldaten den Brand löschend herumturnten, die dort selbst als Patienten untergebracht waren, während die Schwestern ihnen Wassereimer aus

den Dachluken reichten. Eine der Phosphorbomben hatte zwischen der Kochküche und der Waschküche einen ca. drei Meter großen Krater in den Asphalt geschmolzen. In dem schmalen Wäldchen zwischen der Waschküche und dem Friedhofsgebäude schliesslich waren zwei große Sprengbomben explodiert, die dort Bäume zersplittert und mehrere Meter im Durchmesser große Bombentrichter hinterlassen hatten."

Im September 1944 befand sich die 3. Amerikanische Armee unter General Patton in der Umgebung von Nancy. Diese zunehmend bedrohlicher werdende militärische Lage führte schließlich dazu, alle links-rheinischen Reservelazarette zu räumen. Das Lazarett des Landeskrankenhauses wurde nach Geisenheim bei Rüdesheim verlegt. In dem erst vor einigen Jahren aufgefundenen Tagebuch des damaligen Leiters der Rheingau-Schule in Geisenheim ist die Ankunft der Homburger Patienten dokumentiert. Am 16. September 1944 wurde die Schule beschlagnahmt und für die Bedürfnisse des Lazaretts eingerichtet. Am 27. September 1944 besichtigte Oberstabsarzt Dr. Wallau das Behelfslazarett, und am 4. Oktober 1944 trafen die Kranken und Verwundeten des Reservelazaretts Homburg mit drei großen Lazarettzügen in Geisenheim ein. Patienten, die einen größeren Eingriff benötigten, wurden im Operationssaal des Krankenhauses Maria-Hilf versorgt. Die Pflege wurde u.a. von Ursulinen-Schwestern durchgeführt. Wie aus Aufzeichnungen des Krankenbuchlagers Berlin hervorgeht, waren Soldaten aus Homburg auch im Teillazarett des Ursulinenklosters und des Lazaretts in der Volksschule Geisenheim untergebracht.

Mit dem Abzug der Sanitätsdienste aus dem Landeskrankenhaus gingen praktisch sämtliche Unterlagen aus dieser Zeit verloren. Lediglich einige wenige Aufzeichnungen der im Heeressanitätsdienst in Homburg tätigen Ordensschwestern werfen ein Licht auf die enorme Versorgungsleistung, die damals bewältigt wurde: Von Kriegsbeginn bis 1. Oktober 1944 sind im Reservelazarett Homburg 13.473 Soldaten stationär betreut worden. Außerdem wurden über 44.000 ambulante Dienste geleistet.

Kurz vor dem Ende des Krieges kam es zum schlimmsten Bombenangriff auf Homburg, und zwar am frühen Abend des 14. März 1945. Ein Zeitzeuge erlebte im Luftschutzkeller von Haus Nr.12 „das Krachen und Beben als nicht enden wollendes Inferno, wie wir es bis dato noch nicht gekannt hatten... Nachdem die Bombeneinschläge auf weniger als 100 m an unser Haus heranrückt waren, fühlten wir uns nicht mehr sicher genug und zogen nach Haus 16 um, in dessen unmittelbarer Nähe ein großer Bunker in den Buntsandsteinfelsen gesprengt worden war. Auch wir waren für kurze Zeit im Bunker untergebracht, flüchteten aber vor dem dort herrschenden Chaos (dicht gedrängte Menschenmassen, Kindergeschrei, Gemenge von Essengerüchen verschiedenster Art, Schweißgeruch, Ausdünstungen aus feuchtwarmer, seit Tagen nicht gewechselter Kleidung, gemischt mit Urin- und Fäkaliengestank, Kälte und Feuchtigkeit etc.) in die wesentlich angenehmere Atmosphäre des Klinikkellers von Haus 16, wo wir mit Schwestern und Patienten gemeinsam bis zum Kriegsende ausharrten.“

Die Bevölkerung überbringt „Liebesgaben“ an die Verwundeten. Im Hintergrund rechts Bau 7 (heutige Rechtsmedizin)

Militärische Nutzung im Ersten und Zweiten Weltkrieg

In den letzten Kriegsmonaten mussten im Landeskrankenhaus immer mehr erkrankte Kriegsgefangene aufgenommen werden, da zahlreiche Sammellager in die rückwärtigen Gebiete verlegt wurden. Die Bettenzahl wird mit 600 bis 800 angegeben. Allerdings sind exakte Angaben wegen fehlender Unterlagen nicht möglich. Die oft widersprüchlichen Daten, und vor allem die angeblichen Fakten über das Schicksal der Gefangenen, rührt nicht zum geringsten Teil daher, dass nicht zwischen Kriegsgefangenen und Zwangsarbeitern differenziert wurde. Auf der Grundlage einer Gräberliste der Stadt Homburg, die 1959 erstellt worden ist, kann davon ausgegangen werden dass im Zeitraum 1941 bis 1945 483 überwiegend russische Kriegsgefangene in Homburg verstorben und beerdigt worden sind. Wie viele von ihnen im Gefangenenlazarett des Landeskrankenhauses verstorben sind, lässt sich nicht mehr klären. Dagegen kann mit einiger Sicherheit ausgesagt werden, dass ca. 300 in einem Massengrab am Rossberg, etwa 160 auf dem städtischen Friedhof und 23 auf dem Friedhof des Landeskrankenhauses beerdigt worden sind. Nur bei einem Drittel von ihnen sind die Namen, das Alter und das genaue Sterbedatum bekannt. Ein relativ hoher Anteil der Todesfälle (ca. 15 Prozent) ist in den ersten Monaten nach der Befreiung zu verzeichnen. Bei den wenigen Verstorbenen, deren Todesursache dokumentiert worden ist, steht die Lungentuberkulose mit Abstand an erster Stelle.

Am 21. März 1945 erreichten die ersten amerikanischen Soldaten das Klinikgelände. Die Arbeit der Sanitätsdienstgrade wurde unter amerikanischer Aufsicht weitergeführt. Über die Situation im Landeskrankenhaus wenige Wochen nach Kriegsende informiert ein Lagebericht des Landrates vom 22. Mai 1945: „Schwerkranke Ausländer werden im Landeskrankenhaus in Homburg verpflegt. Es befinden sich dort 178 Russen und sechs Italiener, die an Tuberkulose erkrankt sind. Außerdem sind dort 54 Fremdarbeiter, die an anderen Krankheiten leiden. Zur ärztlichen Versorgung der Russen im LKH stehen drei russische Ärzte zur Verfügung, außerdem sind die im Landeskrankenhaus befindlichen deutschen Ärzte an der Versorgung der Ausländer beteiligt. Sieben Russen sind aus dem Lager der Höfer-Kaserne wegen Fleckfieber in das LKH eingeliefert worden. Sie wurden dort auf der Isolierabteilung gepflegt. Große Schwierigkeiten bereitet die Arzneimittelversorgung für die Zivilbevölkerung..."

Am 10. Juli wurde die amerikanische von der französischen Besatzungsmacht abgelöst. Das Landeskrankenhaus musste noch über viele Monate erkrankte ausländische Rückwanderer und zunehmend auch erkrankte deutsche Heimkehrer aus den Gefangenenlager der Alliierten aufnehmen und versorgen.

Autor

Prof. Dr. Gernot Feifel war von 1982 bis 2001 Abteilungsdirektor der Chirurgischen Universitätsklinik in Homburg.

Quellen

Stadtarchiv Homburg, Saarländisches Landesarchiv Saarbrücken; Krankenbuchlager Berlin, Bayerisches Staatsarchiv Abtl. IV Kreigsarchiv; Militärarchiv (Bundesarchiv Freiburg; Dr. Claus Doenecke, „Die Aaanstalt“ (unveröffentl. Manuskript) und persönliche Mitteilung

Fotonachweis

Stadtarchiv Homburg, Privatarchiv Dr. Claus Doenecke (3), Rudolph Mallmann

Prof. Dr. Diether Breitenbach

Universitätsklinikum des Saarlandes 1947 bis heute

Im Rahmen einer Festschrift über das 100-jährige Gründungsjubiläum des ersten Homburger Klinikums kommt auch ein Bericht über die Entwicklung des Universitätsklinikums nicht umhin, sich zunächst mit der Frage zu befassen, welche Bedeutung die „Pfälzische Heil- und Pflegeanstalt Homburg“ und das daraus entstandene „Landeskrankenhaus Homburg“ für die späteren „Universitätskliniken des Saarlandes“ gehabt haben. Die Frage ist in der Tat von erheblichem Belang, da mit Gründung des Homburger Hochschulinstituts am 8. März 1947 in Homburg die Pfälzische Heil- und Pflegeanstalt Homburg „formal aufgelöst wurde“ und die späteren Universitätskliniken den Nutzen von Grundbesitz und Gebäuden der früheren Heil- und Pflegeanstalt hatten. Sie blieben jedoch als „Universitätskliniken im Landeskrankenhaus Homburg (Saar)“ ohne eigene Rechtspersönlichkeit und wurden – als einzige Universitätsklinika in Deutschland – nicht dem Geschäftsbereich des Wissenschaftsministers zugeordnet, sondern verblieben in der Trägerschaft des Gesundheitsministers. Diese Regelung hat in der Folgezeit dazu geführt, dass die Krankenversorgung im Homburger Universitätsklinikum – im Vergleich mit anderen deutschen Universitätsklinika – einen höheren Stellenwert hatte als die Landesausgaben für Forschung und Lehre, und dass die erforderliche Abstimmung zwischen der Universität, ihren Kliniken, dem Gesundheitsministerium und dem für die Universität zuständigen Kultusministerium über Jahrzehnte mit erheblichen Spannungen und „Reibungsverlusten“ verbunden war. Rechtsverordnungen über das „Zusammenwirken“ der Beteiligten änderten daran wenig. Erst auf massives Drängen des Wissenschaftsministers wurde 1990 auch der Krankenhausbetrieb der Universitätsklinika dem Wissenschaftsminister unterstellt, so dass 1994 die Universitätskliniken in Gänze als „Universitätskliniken des Saarlandes“ in die Universität des Saarlandes integriert werden konnten.

Fotocollage von Gebäuden aus 100 Jahren Geschichte des Homburger Klinikums

Landeskrankenhaus Homburg: ein schwieriges Erbe für die Universitätskliniken

Ein zweites schwieriges „Erbe“, das die Universitätskliniken bei ihrer Gründung 1947 zu übernehmen hatten, waren die in einem sog. „Pavillonsystem“ errichteten Gebäude der Pfälzischen Heil- und Pflegeanstalt Homburg, die während der Weltkriege weitgehend unzerstört geblieben waren und für den Betrieb des Landeskrankenhauses Homburg genutzt wurden. Für diese Pavillons sprach nach Ansicht der Fachleute Anfang des vorigen Jahrhunderts, dass sie sich – im Vergleich mit den andernorts bestehenden geschlossenen „Irrenanstalten“ – durch „verhältnismäßige Ruhe“ auszeichneten und „in ihrem ganzen Gepräge dem Zustande der Freiheit am Nächsten kamen“. Allerdings war den Planern schon damals bewusst, dass „die Betriebskosten einer derartigen Anstalt etwas höher sein werden“[1]. Diese Einschätzung war aus heutiger Sicht eher euphemistisch, denn seit Gründung der Universitätskliniken mussten fortan Jahr für Jahr erhebliche Beträge für Um-, Erweiterungs- und Neubauten aufgewandt werden, von den hohen laufenden Transportkosten innerhalb des Klinikums und den Beschwernissen für Patienten und Personal ganz zu schweigen.

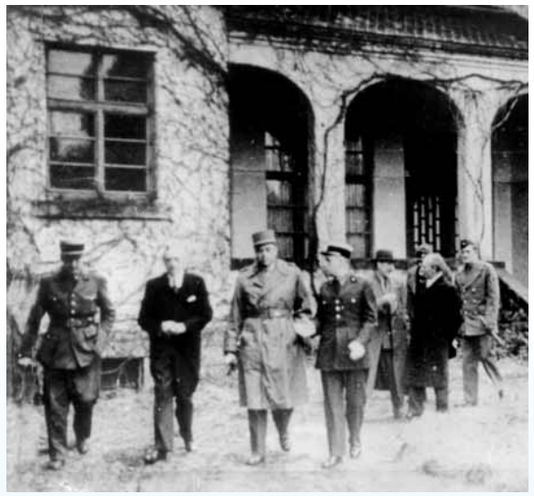
Die Pfälzische Heil- und Pflegeanstalt Homburg

Die Universitätskliniken: eine große Leistung der Nachkriegszeit

Ungeachtet der genannten Probleme und weiterer Anfangsschwierigkeiten war die Gründung der Universitätskliniken für die Entwicklung des Saarlandes insgesamt von außerordentlicher Bedeutung. Das Universitätsklinikum ist heute nicht nur als Gesundheitszentrum und biomedizinische Forschungsstätte, sondern auch als Wirtschaftsunternehmen mit ca. 5.000 Arbeits- und 600 betrieblichen Ausbildungsplätzen für die Eigenständigkeit des Saarlandes von konstitutiver Bedeutung. Die Gründung dieses Klinikums war ohne Zweifel eine große gesundheits-, kultur- und wirtschaftspolitische Leistung der damaligen französischen Militärverwaltung und der ersten saarländischen Landesregierung.

Die „Gründerjahre“ 1946/47 bis 1956

Wie kam es zur Gründung der Universität des Saarlandes und ihrer Kliniken? Die französische Militärregierung unter Leitung von Militärgouverneur Gilbert Grandval, die am 10. Juli 1945 die Militärverwaltung des Saargebiets von den Amerikanern übernommen hatte, lehnte zunächst die Gründung einer selbständigen Universität im Saarland entschieden ab. Die Ziele der französischen Regierung schwankten vielmehr zwischen Annexion des Saargebietes einerseits und seiner wirtschaftlicher Angliederung und kulturellen Assimilation an Frankreich andererseits. Vorrangig war ohne Zweifel zunächst die Wiederherstellung der Montanindustrie an der Saar, die für den Wiederaufbau in Frankreich dringend benötigt wurde. Die Genehmigung der Militärregierung für das Landeskrankenhaus Homburg, ab Januar 1946 klinische Fortbildungskurse für aus dem Krieg zurückgekehrte saarländische Medizinstudenten durchzuführen, verfolgte deshalb auch zunächst keinerlei hochschulpolitische Absichten, sondern ergab sich vor allem aus dem damals erheblichen Mangel an ärztlicher Versorgung und der Tatsache, dass die Studenten aus dem Saargebiet an deutschen Hochschulen wegen der überall begrenzten Zahl an Studienplätzen nicht aufgenommen wurden.



Militärgouverneur Gilbert Grandval bei der Eröffnung der Homburger Hochschulkurse Januar 1946 (3. von links)

Grandval hatte bei Eröffnung der Kurse am 15.1.1946 versprochen, sich für ihre Anerkennung durch deutsche Universitäten einzusetzen, erhielt dafür jedoch in der französischen Besatzungszone weder in Freiburg und Tübingen noch in der gerade gegründeten Universität Mainz eine Zusage. Er wandte sich in dieser Situation mit der Bitte um Anerkennung und Unterstützung an den ihm gut bekannten Rektor der Universität Nancy, die daraufhin am 8. März 1947 ein „Institut d’Etudes Supérieures de l’Université de Nancy en Territoire Sarrois“ als Außenstelle der Universität Nancy einrichtete, das nach französischem Vorbild propädeutische Kurse für Studienanfänger der Medizin anbot. Diese propädeutischen und vorklinischen Lehrveranstaltungen wurden vor allem von Hochschullehrern der Universität Nancy getragen und erfolgten dementsprechend in französischer Sprache, während die klinischen Veranstaltungen vor allem von Ärzten des Landeskrankenhauses in deutscher Sprache angeboten wurden.

Das „Institut d’Études Supérieures de l’Université de Nancy en Territoire Sarrois“ als Vorläufer der Universität des Saarlandes

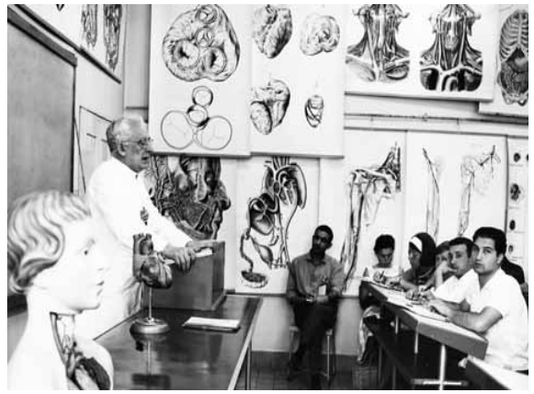
Zu diesem Zeitpunkt hatte Grandval jedoch bereits Pläne, die über die Ausbildung der Medizinstudenten hinausgingen. Da Zulassungsprobleme für saarländische Studierende an deutschen Hochschulen in allen Fächern bestanden, erklärte er seine Absicht, eine „Universität im Saarland“ schaffen zu wollen, „wo alle Fächer gelehrt werden und welche eine Etappe bilden würden zwischen dem Unterricht in den saarländischen Oberschulen und dem Unterricht in den französischen Hochschulen, zu welchem die Studenten nach zweijährigem Studium in dieser Universität überführt werden“. Dieser Plan wurde im Laufe des Jahres 1947 mehrfach verändert und mündete schließlich in das Konzept einer am 9. April 1948 in Paris beschlossenen eigenständigen saarländischen Universität unter maßgeblichem französischem Einfluss.

Ohne hier detailliert auf die weitere, in der universitätsgeschichtlichen Literatur ausführlich dokumentierte Entwicklung eingehen zu können[2], ist doch darauf hinzuweisen, dass es in den Anfangsjahren der Universität und ihrer Kliniken sowohl bei der Finanzierung und Personalisierung als auch hinsichtlich ihrer Rechtsbasis und ihrer Anerkennung in der allgemeinen Öffentlichkeit und in der Wissenschaft zu erheblichen Problemen kam. Vor allem die Medizinische Fakultät stand „unter dauerndem Rechtfertigungsdruck“, da es angeblich „bereits genug Ärzte“ gab. Der „Vertreter der Jungärzteschaft des Saarlandes“ habe deshalb verlangt, „dass die Ausbildung von Medizinern weitgehend reduziert und alle Stipendien gestrichen würden“.

Schwierige Gründerjahre

Ausgangspunkt für die Gründung der Universitätskliniken war zunächst das Landeskrankenhaus Homburg mit sieben Klinischen Abteilungen, deren Leiter – unterstützt von Kollegen aus Quierschied, Saarbrücken, Saarlouis und Sulzbach – das Lehrprogramm in den klinischen Fächern übernahmen.

ABTEILUNGEN DES LANDESKRANKENHAUSES HOMBURG 1947	INSTITUTSGRÜNDUNGEN 1948-1956
Chirurgie Dermatologie Frauenheilkunde Innere Medizin Orthopädie Psychiatrie / Neurologie Urologie	Institut für Anatomie Institut für Arbeitsmedizin Institut für Histologie Institut für Hygiene & Bakteriologie Institut für Medizinische Physik Institut für Pathologie Institut für Pharmakologie Institut für Physiologie Institut für Physiologische Chemie Institut für Radiologie
KLINIKGRÜNDUNGEN 1948-1956	
Augenklinik Hals-Nasen-Ohren-Klinik Kinderklinik Robert-Koch-Abt. (Lungenklinik)	Universitätsklinikum des Saarlandes



Anatomievorlesung bei Prof. Dr. Ernst Rolshoven

Nachdem die Fächer der Theoretischen Medizin 1947 zunächst von Hochschullehrern der Universität Nancy betreut worden waren, erfolgte nach der Konstituierung der Medizinischen Fakultät im Oktober 1948 die Berufung neuer Professoren in diesem Bereich. In rascher Folge wurden dann in den Jahren 1948-56 insgesamt 10 Institute der Theoretischen und der Klinischen Medizin sowie die Klinik für Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, die Kinderklinik, die Augenklinik und innerhalb der Medizinischen Klinik eine Robert-Koch-Abteilung vornehmlich für Tuberkulosekranke eingerichtet.

Als das Saarland am 1.1.1957 in die Bundesrepublik Deutschland eingegliedert wurde, entsprach das Fächerspektrum der saarländischen Universitätskliniken mit insgesamt elf Einzelkliniken bzw. Klinischen Abteilungen und neun Instituten der Theoretischen oder Klinischen Medizin durchaus dem damaligen Stand anderer deutscher Universitätsklinika. Bemerkenswert sind dabei auch das damals in Deutschland einzigartige Institut für Arbeitsmedizin sowie die Tuberkulose-Klinik, die ihre Existenz wohl vor allem dem besonderen Behandlungsbedarf der Arbeiter in der Montanindustrie verdankten.

Eine systematische Analyse der archivischen Überlieferung der Medizinischen Fakultät ist im Rahmen dieses Beitrags, der sich vornehmlich den Klinika widmet, leider nicht möglich. Es können hier lediglich einige Mosaiksteine vorgelegt werden. Ganz offensichtlich gab es bei dem raschen Aufbau der Kliniken und der Medizinischen Fakultät erhebliche Personalprobleme, so dass die Ärzte des Landeskrankenhauses teilweise ungeachtet des Ergebnisses ihres „Entnazifizierungsverfahrens“ sowohl im Krankenhausbetrieb als auch in der Lehre eingesetzt wurden. Während in den anderen Fakultäten der neuen Universität zahlreiche vom Pariser Außenministerium abgeordnete französische Dozenten und Professoren lehrten, führten entsprechende Bemühungen im Fall der Medizinischen Fakultät lediglich zur Gewinnung der französischen Professoren Pallot (Histologie), Jung (Chirurgie) und Roucayrol (Biophysik). Außerdem gelang es, den bekannten Schweizer Pharmakologen Domenjoz und den Physiologen Stämpfli für die Medizinische Fakultät zu gewinnen.

Schwierig war offensichtlich auch die räumliche Unterbringung der neu errichteten Institute und Kliniken, die zahlreiche Erweiterungsbauten sowie den Neubau der Tuberkulose-Klinik und sonstige Neubauten im Bereich Technik mit einem erheblichen Kostenaufwand erforderte.

Neue Chancen für die gesamte Region

Andererseits bot der Ausbau der Universitätskliniken in den Gründerjahren 1946/47 – 1950 der saarländischen Bevölkerung eine gesundheitliche Versorgung, wie sie vorher nie bestanden hatte. Sie ermöglichte darüber hinaus den jungen Saarländerinnen und Saarländern, die 1955 immerhin 65% aller Studenten der Medizinischen Fakultät ausmachten, Berufschancen, die ihnen sonst wegen des Numerus clausus an deutschen Universitäten und nach der Währungsreform auch aus finanziellen Gründen versperrt geblieben wären. Dies alles berechtigt durchaus zu der schon getroffenen Aussage, dass die Errichtung der Universitätskliniken des Saarlandes eine der größten gesundheits-, kultur- und wirtschaftspolitischen Leistungen sowohl der damaligen saarländischen Landesregierung unter Johannes Hoffmann als auch der französischen Militärverwaltung unter Gilbert Grandval war und die Entwicklung des Saarlandes insgesamt positiv beeinflusst hat.

Große Leistungen der Gründer

Für eine Bewertung der Gründungszeit des Universitätsklinikums bieten sich auch die Urteile der heutigen Klinik- und Institutsleiter an, die sie in der Schrift des Universitätsklinikums anlässlich des 60. Jubiläums seiner Gründung vorgenommen haben[3]. Viele von ihnen haben dabei ausdrücklich auf die besonderen Leistungen ihrer Vorgänger verwiesen, die in den 50er und 60er Jahre viele der heute bestehenden Einrichtungen des Universitätsklinikums gegründet und weiter entwickelt haben. Wie bei vielen erfolgreichen Unternehmen, die in der Zeit des sog. „Wirtschaftswunders“ gegründet wurden, war auch der Erfolg der neuen Universitätseinrichtungen in besonderem Maße geprägt von solchen Führungspersönlichkeiten und von einem kreativen Team von Mitarbeitern, die sich weit über die normale Arbeitsverpflichtung hinaus für „ihre Klinik“ und „ihr Institut“ eingesetzt haben.

Die Entwicklung nach der Eingliederung des Saarlandes am 1.1.1957 in die Bundesrepublik Deutschland [4]

Auch nach der Eingliederung des Saarlandes in die Bundesrepublik Deutschland sind die Universitätskliniken weiter gewachsen. Die Zahl der Planbetten hat sich von 952 im Jahr 1958 später nahezu verdoppelt und liegt jetzt mit 1.355 im Durchschnitt der deutschen Universitätsklinika.

Haupteinzugsgebiet der Kliniken war und ist das Saarland mit etwa 60%, gefolgt von den angrenzenden Gebieten in Rheinland-Pfalz mit 36%, während aus dem restlichen Bundesgebiet und dem Ausland lediglich 4% der Patienten stammen. Diese Verteilung hat sich seit der ersten zugänglichen Patienten-Statistik des Jahres 1968 nicht geändert.

Steigerung der Fallzahl stationärer Patienten von 19.955 im Jahr 1968 auf 51.299 im Jahr 2007 bei deutlicher Verringerung der Verweildauer

Erheblich gestiegen ist allerdings die Fallzahl der stationären Patienten von 19.955 im Jahr 1968 über 41.504 im Jahr 1987 auf 51.299 im Jahr 2007, d.h. auf das 2 ½-fache des Jahres 1968. Die Universitätskliniken hatten dabei als Krankenhaus der Maximalversorgung von Anfang an mit dem Problem zu kämpfen, vor allem für schwerkranke Patienten verantwortlich zu sein.

Neurochirurgie, Gebäude 90

Bereits im Geschäftsbericht 1975 wird darüber geklagt, dass „die Arbeit des Klinikums immer schwieriger wird, weil infolge der Auswirkungen des Krankenhausfinanzierungsgesetzes immer mehr Schwerkranke eingewiesen werden. Dies ist auf die Tatsache zurückzuführen, dass die festgesetzten Pflegesätze anderen Krankenhäusern eine aufwendigere, personalintensivere Behandlung nicht im gewünschten Umfang erlauben.“ Die Direktion leitete daraus die Erwartung ab, „dass sich wegen der zunehmenden Massierung von Schwerstkranken in den Universitätskliniken die Verweildauer im Gegensatz zu den allgemeinen Krankenhäusern verlängern wird.“[5] Tatsächlich betrug die durchschnittliche Verweildauer in den Universitätskliniken 1968 22,9 Tage und 1975 immerhin noch 17,9 Tage. Dank verbesserter Behandlungsmethoden und wohl auch aufgrund der 2004 eingeführten Diagnosebezogenen Fallgruppenpauschal-Abrechnung DRG beträgt die durchschnittliche Verweildauer im Universitätsklinikum heute nur noch 7,6 Tage – eine große therapeutische Leistung ebenso wie ein erheblicher wirtschaftlicher Erfolg des Klinikums.

Wachstum von 20 auf heute 50 Kliniken und Institute

Das rasche Wachstum der Universitätskliniken in den letzten 50 Jahren wird am deutlichsten dokumentiert durch ihren außergewöhnlichen Zuwachs an neuen Instituten und Kliniken, deren Zahl sich von 1957–1987 sehr rasch von 20 auf 46 und bis 2007 dann nur noch auf 50 Einrichtungen steigerte. Die Entwicklungsgeschichte der heute bestehenden Kliniken und Institute, die im Anhang zu diesem Bericht aufgelistet sind, ist ausführlich in der bereits genannten „Sonderausgabe 60 Jahre UKS 1947–2007“ dokumentiert worden und soll deshalb hier, so interessant sie auch ist, nicht ausführlich behandelt werden. In vielen Fällen handelt es sich dabei um Ausgründungen oder Aufteilungen von bereits bestehenden Einrichtungen, so z.B. im Bereich der Chirurgie, der Inneren Medizin, der Psychiatrie / Neurologie, der Radiologie oder der Zahnmedizin. In wenigen Fällen – wie z.B. dem des Fraunhofer-Instituts für Biomedizinische Technik – erfolgte eine Neugrün-dung auch auf Wunsch der Landesregierung. In allen Fällen basierte die Schaffung neuer Institute und Kliniken allerdings auf neuen wissenschaftlichen Erkenntnissen und daraus entwickelten neuen diagnostischen und/oder therapeutischen Verfahren und Geräten.

Festschrift 1909-2009
Universitätsklinikum des Saarlandes
Universitätsklinikum des Saarlandes 1947 bis heute

Sie waren jeweils Ergebnis eines umfangreichen evidenzbasierten Innovationsprozesses.

Die jeweiligen Neugründungen folgten keinem einheitlichen Schema, sondern verliefen in Abhängigkeit von den handelnden Personen und den institutionellen Rahmenbedingungen von Fall zu Fall verschieden. Sie erstreckten sich – wie z.B. im Fall der Gründung des Instituts für Klinisch-Experimentelle Chirurgie – von den ersten Anfängen bis zur erfolgreichen Institutionalisierung über einen Zeitraum von mehreren Jahren oder vollzogen sich – wie z.B. im Fall anderer Abteilungen der Chirurgischen Klinik innerhalb eines Jahres. Grundsätzlich ist festzustellen, dass Klinische Fächer bei der Realisierung von Neuerungen eher zur äußeren Differenzierung und zu institutionellen Neugründungen tendierten, während die Theoretischen Fächer eher zur Bildung von internen Arbeitsgruppen oder zur Bildung von interdisziplinären Sonderforschungsbereichen und Graduiertenkollegs neigten, um der Komplexität neuer Wissensgebiete gerecht zu werden. Insgesamt zeigt die Geschichte der Neugründungen im Universitätsklinikum ein hohes Maß an Flexibilität bei der Reaktion auf neue wissenschaftliche und praktische Herausforderungen und wäre für jeden Innovationsforscher ohne Zweifel ein äußerst lohnendes Objekt.

Auch die Hochschulreformen der 70er Jahre blieben nicht ohne Wirkung

Auffallend an der Chronik der Neugründungen ist vor allem die Tatsache, dass diese gehäuft in den 70er Jahren in Form der Aufteilung von größeren Kliniken in mehrere Abteilungen vollzogen wurden. Es spricht einiges für die in einem Bericht der Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie geäußerte Meinung, dass „ein neues Hochschulgesetz aus dem Jahre 1971 der Diversifizierung der großen medizinischen Fächer Raum gab, unter einem geschäftsführenden Direktor spezialisierte Abteilungen mit gleichberechtigten Abteilungsleitern zu schaffen“. Forderungen, unterhalb der Ebene der Ordinarien (= Klinikchefs) neue Planstellen der Besoldungsgruppe C-3 für Professoren (= Abteilungsleiter) zu schaffen, waren zu dieser Zeit jedenfalls weit verbreitet und wurden in den Universitätskliniken offensichtlich intensiv diskutiert, wie deren Geschäftsbericht 1969 feststellt: „Die Mitarbeiter diskutierten eifrig über die Probleme der Universitätsreform, durch die auch die Struktur der Universitätskliniken berührt wird.“ Jedenfalls resultiert der erhebliche Innovationsschub, den die Universitätskliniken in den 70er Jahren erfahren haben, nicht allein und wohl auch nicht in erster Linie aus fachimmanenten Motiven, sondern auch aus neuen berufs- und hochschulpolitischen Rahmenbedingungen und Motiven.

Chirurgische Klinik, Gebäude 57

Alle Neugründungen gingen verständlicherweise einher mit entsprechenden Baumaßnahmen und Geräteausstattungen. Seit 1969 enthalten deshalb alle Geschäftsberichte ein mit dem Titel „Klinikerweiterung“ oder „Bauliche Entwicklung“ versehenes Kapitel, in dem jeweils die Geschichte der baulichen Entwicklung ebenso dargestellt wird wie die aktuell abgeschlossenen oder geplanten Maßnahmen. Auf eine hinreichend stimmige chronologische Darstellung dieser Bautätigkeit muss deshalb angesichts ihres Umfangs verzichtet werden.

Nervenklinik, Gebäude 90

Starke Förderung des Klinikbaus im Rahmen eines kooperativen Föderalismus: das Hochschulrahmengesetz

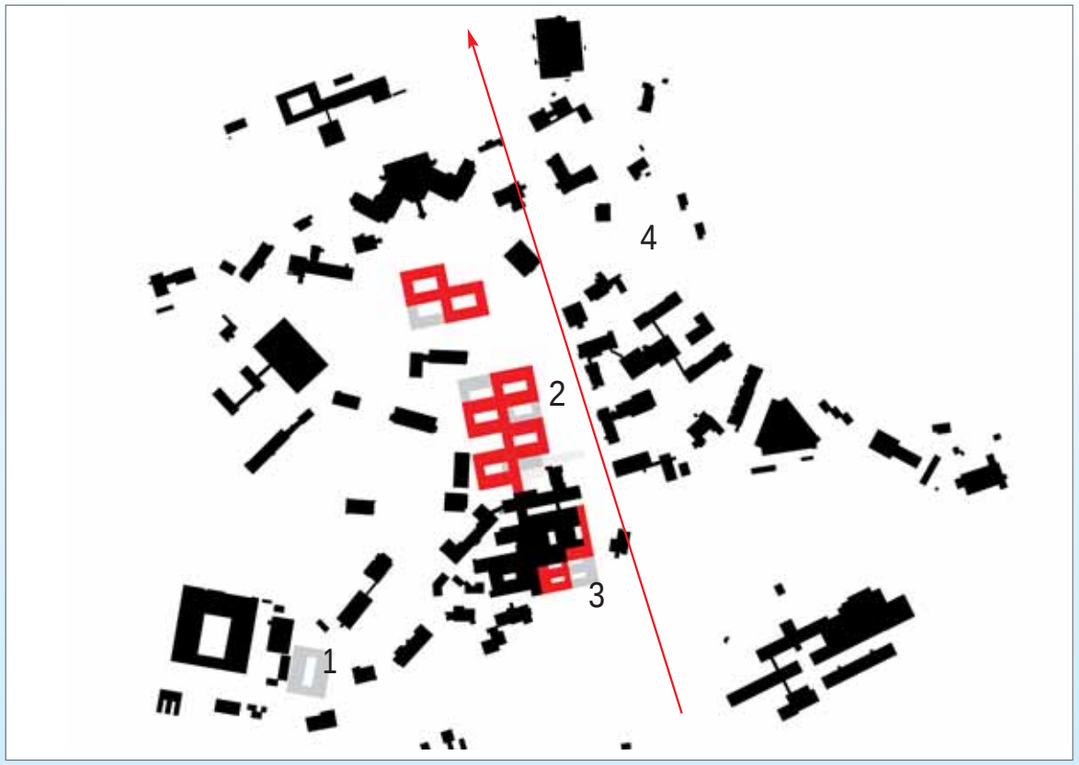
Besonders gefördert wurde die Bautätigkeit durch das am 1.9.1969 beschlossene „Hochschulbauförderungsgesetz (HBFG)“, aufgrund dessen der Bund und die Länder jeweils hälftig die Kosten für Maßnahmen des Hochschulbaus sowie von Großgeräten für die Forschung übernahmen. Von diesem Programm hat das Saarland seit 1987 überproportional profitiert. Vorsichtig geschätzt betrug der Finanzumfang der von 1969 – 2007 auf der Basis des HBFG geförderten Bau- und Einrichtungsmaßnahmen des Klinikums mehr als 300 Millionen Euro. Im Rahmen der Föderalismusreform wurde das bisherige Förderungsverfahren dann leider zum 1.1.2007 abgeschafft. Bis Ende 2013 werden den Ländern zwar die durchschnittlichen Förderbeiträge der Jahre 2002-2005 weiter mit der bisherigen Zweckbestimmung zugewiesen, die Ländermitfinanzierung bleibt aber offen, und ab 2014 entfällt auch die bisherige Zweckbestimmung für die vom Bund an die Länder überwiesenen investiven Mittel. Mit Recht hat der Generalsekretär des Wissenschaftsrates Wedig von Heyden am 16.3.2007 bei einer sog. „Kanzlertagung“ leitender Verwaltungsbeamter der Universitäten auf die verhängnisvollen Folgen der Föderalismusreform für die Universitätsmedizin hingewiesen, die vor 2007 mit jährlich 880 Millionen Euro (= 40% aller Fördermittel) an der Hochschulbauförderung teilnahm[6]. Es bleibt insbesondere mit Blick auf die ehrgeizigen Baupläne des Universitätsklinikums zu hoffen, dass es in dieser Frage zu einer neuen Verständigung zwischen den politischen Parteien kommen wird.

Frauenklinik, Gebäude 9

Neue Entwicklungsperspektiven des Universitätsklinikums durch Änderung seiner Rechtsform zum 1.1. 2004

Wie bereits zu Beginn dieses Beitrags dargestellt, wurden die Universitätskliniken zunächst als Landesbetrieb ohne eigene Rechtspersönlichkeit unter der Bezeichnung „Universitätskliniken im Landeskrankenhaus Homburg (Saar)“ gegründet und der Rechts- und Fachaufsicht des Gesundheitsministers unterstellt. Die Universitätskliniken führten über lange Zeit ein von der Fakultät in vieler Hinsicht getrenntes Leben, das sich auch in den Geschäftsberichten der Universitätskliniken zeigt, die bis in die 90er Jahre kaum Hinweise auf die Medizinische Fakultät enthalten. Erst 1990 konnte eine erste Zusammenführung der beiden Bereiche insoweit erreicht werden, als das Wissenschaftsministerium auch die Verantwortung für den Krankenhausbetrieb erhielt. Durch eine Novelle des Saarländischen Universitätsgesetzes vom 1.6.1994, der alle Fraktionen des Saarländischen Landtags zustimmten, wurden die „Kliniken und klinischen Institute“ des Universitätsklinikums dann auch formal in die Universität des Saarlandes integriert, bildeten dort aber weiterhin eine „rechtlich unselbständige Anstalt“. Diese Lösung führte zu einer deutlichen Intensivierung der Beziehungen zwischen Universität und Medizinischer Fakultät einerseits und den Kliniken andererseits, konnte aber auf Dauer nicht befriedigen.

Die saarländische Landesregierung hat deshalb 1997 den Wissenschaftsrat um ein Gutachten zur Strukturreform der Universitätskliniken gebeten, der 1998 in Übereinstimmung mit der Kultusministerkonferenz „die wirtschaftliche Verselbständigung der Universitätsklinika“ vorschlug. Der Landtag des Saarlandes hat daraufhin in einer Novelle des Saarländischen Universitätsgesetzes von 1999 das zuständige Ministerium für Bildung, Kultur und Wissenschaft „ermächtigt, zur Weiterentwicklung der Strukturen der Hochschulmedizin und zur Verbesserung ihrer Wirtschaftlichkeit (...) zu bestimmen, dass die Universitätskliniken des Saarlandes als öffentlich-rechtliche Anstalt der Universität mit eigener Rechtspersönlichkeit geführt werden“. Diesem Auftrag ist das Ministerium mit einem Hochschulmedizinreformgesetz zum 1.1.2004 nachgekommen, durch welches das „Universitätsklinikum des Saarlandes“ (erstmals unter dieser Bezeichnung) eine rechtlich selbständige Anstalt des öffentlichen Rechts in der Gewährsträgerschaft des Saarlandes geworden ist[7]. Der Vorstand des Klinikums hat weit reichende Geschäftsbefugnis für alle Belange der Klinikeinrichtungen sowie für die Gründung eigener Unternehmen und regelt seine Zusammenarbeit mit der Universität des Saarlandes auf der Basis eines Vertrags. Diese Regelung bietet ohne Zweifel eine stabile Rechtsgrundlage für die künftige Autonomie und Entwicklung des Klinikums auch bei einem sich in Zukunft möglicherweise noch verschärfenden Wettbewerb.



Bauliches Konzept der Zukunft: Der Masterplan; links: klinisch orientierte Gebäude, rechts: theoretische Gebäude (Neubauten rot und grau eingezeichnet)

Perspektiven für die Zukunft

Zukunftsprognosen sind, wie uns gerade die jetzige wirtschaftliche Situation lehrt, oft eine sehr fragwürdige Angelegenheit. Gleichwohl ist es durchaus gerechtfertigt, die aktuelle Leistungsfähigkeit eines Unternehmens kritisch zu bewerten und daraus seine Chancen im Vergleich mit den Mitbewerbern einzuschätzen.

Wege zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit

Die wichtigste Frage für die Zukunft des Universitätsklinikums ist zunächst die nach seiner Wirtschaftlichkeit. Angesichts der seit Gründung des Universitätsklinikums bestehenden baulichen Probleme ist es nicht erstaunlich, dass der Vorstandsvorsitzende und Ärztliche Direktor des Klinikums, Prof. Dr. Hans Köhler, auf die Frage nach einer möglichen Steigerung der Wettbewerbsfähigkeit die „Optimierung der baulichen Strukturen“ als „entscheidende Voraussetzung“ nennt[8]. Zu diesem Zweck hat das Klinikum „in einem kooperativen Verfahren mit allen Beteiligten“ einen sog. „Masterplan“ (siehe S. 36, Abb. links) entwickelt, der für die kommenden Jahrzehnte Baumaßnahmen mit einem erheblichen Finanzvolumen vorsieht. Erste Kostenschätzungen des Klinikums beliefen sich auf 150 Millionen € für den Zeitraum bis 2050. Mit diesen Bauten sollen vor allem „die zentralen Dienstleister, wie Innere Medizin, Chirurgie, Anästhesie, Radiologie und Labormedizin näher beieinander liegen, um die Voraussetzungen für eine intensive und prozessorientierte Zusammenarbeit zu schaffen und um lange Transportwege und Wartezeiten für Patienten zu vermeiden.“ Innerhalb der nächsten fünf Jahre soll nach Errichtung eines Verfügungsgebäudes (1) in einem weiteren Schritt das Zentralgebäude für Innere Medizin (2) in enger Anbindung an die Chirurgie entstehen, der darüber hinaus ein neues Gebäude für die Orthopädie (3) angeschlossen werden soll. Als weiteres Großbauprojekt ist in den nächsten Jahren schließlich noch ein Hörsaalgebäude (4) geplant, das neben einem Hörsaal mit mehr als 500 Sitzplätzen auch zahlreiche Seminarräume, die Bibliothek und weitere Service-Räume umfassen soll.

Prozessoptimierung als strategisches Programm

Insgesamt arbeitet der Klinikumsvorstand derzeit an 130 Einzelprojekten zur Steigerung der Wirtschaftlichkeit des Klinikums, die unter dem Oberbegriff „Prozessoptimierung“ folgende Ziele verfolgen:

- unwirtschaftliche kleine Pflegestationen zusammenfassen,
- die Unterbringung der Patienten attraktiv und zeitgemäß gestalten,
- die Betriebsabläufe im Klinikum wirtschaftlicher und patientenfreundlicher machen,
- für die häufigsten Krankheitsbilder sog. „Behandlungspfade“ erarbeiten, die optimale diagnostische und therapeutische Abläufe vorgeben,
- Ärzte und Pflegekräfte durch Teamassistenten und Stationssekretäre entlasten,
- Leistungen in den ambulanten Bereich verlagern, soweit sie dort kostengünstiger erbracht werden können.

Diagnostische und interventionelle Radiologie im UKS

Das Konzept des Klinikumsvorstands zur weiteren Steigerung der Leistungsfähigkeit bei gleichzeitiger Kostensenkung ist durchaus überzeugend, beantwortet aber noch nicht die Frage nach der Finanzierung aller im Masterplan vorgesehenen Investitionen, da die HBFG-Finanzierung ja künftig entfällt, wie bereits dargelegt. Der Generalsekretär des Wissenschaftsrats Wedig von Heyden hat zur Behebung der dadurch zu erwartenden Investitionsdefizite folgende Alternativen aufgezeigt:

- Prioritätensetzung des Landes zugunsten der Universitätsmedizin
- Finanzierung ggf. über Kredite durch die Kliniken selbst
- Einbeziehung privaten Kapitals
- Schließung/Privatisierung einzelner Kliniken oder Klinika
- verstärkte Kooperation mit anderen Klinikträgern.

Die Landesregierung bekennt sich zu ihrer Verantwortung für das Universitätsklinikum

Auf die Frage, welche Pläne die Landesregierung derzeit in dieser Hinsicht verfolgt, hat der für das Universitätsklinikum zuständige Wirtschafts- und Wissenschaftsminister des Saarlandes Joachim Rippel im Frühjahr 2008 erklärt, dass es „einen Verkauf des UKS mit dieser Landesregierung nicht geben“ werde. Und weiter: „Das schließt allerdings die Suche nach strategischen Partnern nicht aus, die in der Lage sind, in enger Kooperation mit dem Klinikum infrastrukturelle Serviceleistungen anzubieten. (...) Wir begrüßen Kooperationen mit anderen Krankenhäusern – auch überregional – überall dort, wo sie möglich erscheinen und sich für beide Partner eine Win-Win-Situation ergibt.“ Nach Einschätzung von Minister Rippel liegt hinsichtlich der Zukunftschancen „ein schwer zu kalkulierendes Risiko darin, dass die ‚Halbwertzeit' der Gesundheitsgesetzgebung inzwischen bei ca. 5 Jahren liegt und damit Planungssicherheit kaum mehr gegeben ist.“ Deshalb, so folgert er, „muss es in den kommenden Jahren darum gehen, dass sich das UKS am Markt entsprechend positioniert und flexibel reagiert.“[9]

Wedig von Heyden hat in dem schon erwähnten Vortrag als eine besonders erfolgversprechende Form künftiger Marktpositionierung von Universitätsklinika die „Profilbildung und Schwerpunktsetzung in Forschung, Lehre und Krankenversorgung“ identifiziert. Während die oben genannten finanz- und organisationspolitischen Optionen auf der Ebene der Politik zu entscheiden sind und dort sicherlich auch in Zukunft noch weiter streitig diskutiert werden, liegt die Option „Profil- und Schwerpunktbildung“ im Gestaltungsbereich des Universitätsklinikums selbst und soll deshalb hinsichtlich ihrer Perspektiven kurz erörtert werden.

KURZBEZEICHNUNG	LISTE DER LAUFENDEN GROSSFORSCHUNGSPROJEKTE IN MEDIZINISCHER FAKULTÄT UND KLINIKUM DER UNIVERSITÄT DES SAARLANDES
SFB 530	„Räumlich-zeitliche Interaktionen zellulärer Signalmoleküle“, Sprecher: Prof. Dr. Flockerzi
Trans Regio SFB	“Organfibrosen: Von den Mechanismen der Schädigung zur Modulation der Erkrankung”, Projektpartner: Prof. Dr. Lammert
FOR 967-Forschergruppe	„Funktionen und Mechanismen von Liganden des ribosomalen Tunnelausgangs“ , Sprecher: Prof. Dr. Zimmermann
KFO 129 Klinische Forschergruppe	„Mechanismen der Resistenzentwicklung und Optimierung antiviraler Strategien bei Hepatitis C Virusinfektion unter Einbeziehung integrativer Modelle der Biomathematik und Bioinformatik“, Sprecher: Prof. Dr. Zeuzem
KFO 196 Klinische Forschergruppe	„Signaltransduktion bei adaptiven und maladaptiven kardialen Remodeling-Prozessen“, Sprecher: Prof. Dr. Böhm
GK 377	Zelluläre Regulation und Wachstum
GK 845	„Molekulare, physiologische und pharmakologische Analyse von zellulärem Membrantransport“, Sprecher: Prof. Dr. Neuhaus
GK 1326	„Calcium-Signaling and Cellular Nanodomains”, Sprecher: Prof. Dr. Bruns
DFG SPP 1267	Sphingomyelin SPP 1267, Alzheimer, MS, Sprecher: Prof. Dr. Hartmann
DFG PAK 296	„Infection Biology and Epidemiology of Staphylococci and Stphylococcal Diseases in South and Central Afrika“, Sprecher: Prof. Herrmann
BMBF	„Second generation LIPID-based AD prevention and therapy”, Sprecher: Prof. Hartmann
BMBF	„Alzheimer- Functional genomics“, Sprecher: Prof. Dr. Hartmann
BMBF “iShunt”	“iShunt” – intelligentes mechatronisches Implantat zur Therapie des Hydrozephalus”. Sprecher: Prof. Dr. Steudel
EU-CellPROM	“Cell Programming by nanoscaled devices”, Sprecher: Prof. Dr. Fuhr
EU-ContraCancrum	“Clinically Oriented Translational Cancer Multilevel Modelling”, Sprecher: Dr. Marias
EU-ACGT	“Advancing Clinico Genomic Trials on Cancer”, Projektpartner: Prof. Dr. Graf
EU-“NEUROPROMISE”	„Neuroprotectice strategies for multiple sclerosis”, Projektpartner: Prof. Dr. Faßbender
EU- “NEURAD”	“Neurodegeneration as Alzheimer's disease – mechanisms, consequences and therapy”, Projektpartner: Prof. Dr. Rettig
EU- “LipiDiDiet”	„Therapeutic and Preventive Impact of Nutritional Lipids on Neuronal and Cognitive Performance in Aging, Alszheimer's disease and Vascular Dementia”, Projektkoordinator: Prof. Dr. Hartmann
EU-“EUROSTORKE”	„European Storke Research Network”, Projektpartner: Prof. Dr. Laufs
EU- “CASCADE”	„Cultivated Adult Stem Cells as Alternative for Damaged tissue”, Projektpartner: Prof. Dr. Eichler
EU-“EUCO-Net”	„Network for European/third countries cooperation in the field of HIV & TB”, Projektkoordinator: Prof. Dr. Meyerhans
Bill Gates Foundation Grant Number 38580	„GHAVE Consortium on GHRC (Global HIV Vaccine Research Cryorepository)” Bill and Melinda Gates Foundation, Sprecher: PD Dr. von Briesen
Kompetenzzentrum Molekulare Medizin	„Kompetenzzentrum Molekulare Medizin”, Sprecher: Prof. Dr. Zimmermann
CRC AO Foundation	„Early angiogenesis in unions and non-unions“, Sprecher: Prof. Dr. Menger / Prof. Dr. Pohlemann

Beginnen wir zunächst mit der Profilbildung im Bereich Forschung und Lehre. Aufgrund seiner Gründungsgeschichte hatte das Universitätsklinikum hier, wie bereits berichtet, einen historischen Nachteil, denn der Landeszuschuss für Forschung und Lehre war und ist immer noch im Fall des saarländischen Universitätsklinikums deutlich niedriger als bei allen anderen Universitätskliniken vergleichbarer Größenordnung.[10] Das Universitätsklinikum war vor allem in der Forschung eindeutig unterfinanziert und hatte deshalb erhebliche Schwierigkeiten bei der Einwerbung von Drittmitteln. Hinsichtlich der öffentlichen Drittmittel (z.B. DFG, BMBF) lag es 2002 in der Schlussgruppe der Universitätsklinika. Darüber hinaus waren und sind die Professoren und wissenschaftlichen Mitarbeiter des Homburger Klinikums in weitaus stärkerem Maße durch Patientenbetreuung belastet, als dies bei anderen Universitätsklinika der Fall ist, was wiederum die Forschungsaktivitäten einschränkt.

Das Homburger Forschungsprofil

Trotz dieser Schwierigkeiten hat das Universitätsklinikum gerade in den letzten Jahren erhebliche Fortschritte im Forschungsbereich aufzuweisen. In Zusammenhang mit einem Sonderforschungsbereich und drei Graduiertenkollegs im Bereich der Molekular- und Zellbiologie wurde 2005 ein interdisziplinäres Kompetenzzentrum „Molekulare Medizin“ (KOMM) eingerichtet, das vor allem die Forschung im Bereich der Theoretischen Medizin vernetzt. Die Klinische Forschung wird durch zwei von der Deutschen

Forschungspreisträgerinnen und -preisträger 2007

Forschungsgemeinschaft geförderte Klinische Forschungsgruppen unterstützt, die Arbeiten sowohl aus den Kliniken als auch aus den Instituten der Theoretischen Medizin miteinander verbinden. Hier geht es in erster Linie um molekulare Therapiestrategien, die ein wesentliches Profilmerkmal der Homburger Forschung sind. Darüber hinaus werden sowohl in den Instituten als auch den Kliniken zahlreiche weitere Studien durchgeführt, wobei insbesondere die große Zahl „Klinischer Studien“ für die Bildung neuer Behandlungsprofile von großer Bedeutung ist. Klinische Studien sind nach dem Prinzip der „Guten Klinischen Praxis (GCP)“, d.h. nach internationalen Qualitätsstandards durchzuführen und sind für die Umsetzung von Ergebnissen der Grundlagenforschung in die angewandte Medizin unerlässlich. Sie unterliegen besonders strengen ethischen und wissenschaftlichen Kontrollen. Deutlicher Bezug zur klinischen Praxis besteht auch bei einer Vielzahl von Drittmittelprojekten mit Industriekooperationen, welche die öffentlichen Drittmittel (EU, Bund, Land, Deutsche Forschungsgemeinschaft etc.) in erheblichem Umfang ergänzen, so dass Medizinische Fakultät und Universitätsklinikum derzeit neben den Technik- und Naturwissenschaften zu den stärksten Forschungsträgern in der Universität des Saarlandes zählen. Die folgende Liste der laufenden Forschungsprojekte zeigt in beeindruckender Weise, welchen Umfang und welche Bedeutung die Drittmittelforschung in Homburg inzwischen gewonnen hat.

Wie bei allen innovativen, forschungsbasierten Unternehmen wird auch das Innovationspotential des Universitätsklinikums vor allem bestimmt von den kreativen Leistungen seiner jungen Wissenschaftlerinnen und Wissenschaftler, die – oft neben ihren normalen Dienstaufgaben in der Krankenversorgung – zum wissenschaftlichen Fortschritt ihres Fachs beitragen. Mehr als 190 Forschungsprojekte von ihnen, die sich seit 1999 um den Forschungspreis der Freunde des Universitätsklinikums beworben haben, zeigen die Breite und Qualität dieses Forschungspotentials.

Prägnantes Profil in der Lehre

Eine der wichtigsten Voraussetzungen für die Qualität der Forschung liegt in der Qualität der Lehre.[11] Die Medizinische Fakultät in Homburg hat hierzu das Programm der vorklinischen Ausbildung neu gestaltet und stärker mit der klinischen Ausbildung verzahnt. Klinisch tätige Ärzte verdeutlichen bereits in den vorklinischen Veranstaltungen an konkreten Fallbeispielen den Bezug der theoretischen Grundlagenfächer auf die klinische Praxis. Ein sog. „Skills-Lab“ soll Schlüsselqualifikationen für die spätere ärztliche Tätigkeit vermitteln, und in einem „CIP-Pool“ stehen den Studierenden Computer-Arbeitsplätze mit entsprechenden Lernprogrammen und Krankheitsbildern zur Verfügung.

Aus der Erkenntnis heraus, dass neue Informationstechnologien die Lernkultur auch im Bereich der Gesundheitsberufe nachhaltig verändern werden, hat die Medizinische Fakultät in einem eigens gegründeten

Begrüßung der Studierenden im Anatomie-Hörsaal

„Coordination Center Homburg E-Learning in Medicine (CHELM)“ ein Schulungskonzept für elektronisches Lernen entwickelt, das nicht nur mit dem „best practice award“ des Competence Centers VISU der Universität des Saarlandes ausgezeichnet wurde, sondern überregionale Beachtung gefunden hat. Für die didaktische Weiterbildung der Dozenten der Medizinischen Fakultät ist auf hohem Niveau ein eigenes Programm „Teach the Teacher“ (TtT) entwickelt worden, welches den saarländischen Landespreis für Hochschullehre erhielt.

CHELM und TtT haben dem Medizinstudium in Homburg ein viel beachtetes Profil verliehen.

Die neue Ausbildungsordnung für Ärzte sieht verstärkt den Unterricht in Kleingruppen vor. Zu diesem Zweck soll das bereits genannte Hörsaalgebäude mit Kosten in Höhe von ca. 18 Mio. Euro errichtet werden, das neben zwei Hörsälen auch 25 Seminarräume enthalten soll.

Besonderen Wert legt die Homburger Fakultät auch darauf, dass die Studierenden frühzeitig in die an Klinikum und Fakultät existierenden Forschergruppen einbezogen werden und einen Teil ihres Studiums im Ausland absolvieren. Die Homburger Fakultät steht mit ihrem internationalen „Studentenaustausch bundesweit an erster Stelle und ist schon aus diesem Grund sehr attraktiv“. Insgesamt ist deshalb festzustellen, dass Forschung und Lehre in Homburg trotz ungünstiger Ausgangsvoraussetzungen ein prägnantes Profil gewonnen haben, das ihnen gute Entwicklungschancen für die Zukunft garantiert.

Akzentuierung von Schwerpunkten in der Krankenversorgung

Das Universitätsklinikum des Saarlandes ist das einzige Universitätsklinikum des Landes und hat darüber hinaus Aufgaben der Grund- und Regelversorgung zu erfüllen. Dies hat zur Folge, dass ein breites Fächerspektrum vorgehalten wird, um eine qualitativ hochwertige Krankenversorgung, Aus- und Weiterbildung zu gewährleisten. Klinische und wissenschaftliche Schwerpunkte haben sich nach Auskunft der Klinikumsleitung vor allem im Bereich der Tumorerkrankungen, der Herz-Kreislauf-Nierenerkrankungen, der Nervenkrankheiten und der Transplantationsmedizin entwickelt. Außerdem tragen einzelne Kliniken zur internationalen Sichtbarkeit des UKS bei.

Intraoperatives CT in der Neurochirurgie

Die Krankenversorgung profitiert dabei in besonderer Weise von der medizinischen Forschung, wie der Verein der Freunde des Universitätsklinikums feststellt: „Ohne die Erkenntnisse der medizinischen Forschung wären die immensen Fortschritte in ärztlicher Diagnostik, Therapie und Pflege nicht zu erzielen gewesen. Viele Krankheiten, die früher unweigerlich tödlich endeten, sind heute heilbar.“[12]

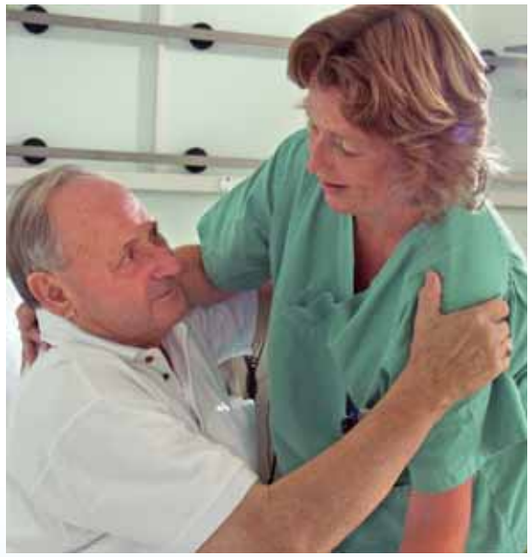
Besonders deutlich wird dieser Zusammenhang im Bereich der bereits erwähnten „Klinischen Studien“, bei denen im Rahmen international festgelegter Qualitätsstandards neue Diagnoseverfahren und Behandlungsformen zum Einsatz kommen. Auch die Ausstattung des Universitätsklinikums mit hochleistungsfähigen Geräten wie Positronen-Emmissions-Tomographen (PET), Linearbeschleunigern, Operations-Navigations-Systemen etc. bieten den Patientinnen und Patienten besondere Vorteile, die neben der breiten fachlichen Spezialisierung des Universitätsklinikums in 30 Fachkliniken und 20 Instituten der klinischen und theoretischen Medizin zur Profilbildung in der Krankenversorgung beitragen. Das Universitätsklinikum ist mit seinen jährlich ca. 50.000 stationären und 150.000 ambulanten Patienten und seinen 5.000 Mitarbeitern – darunter ca. 570 Ärzte und 2.000 Pflegekräfte – nicht nur ein Gesundheitszentrum der „Maximalversorgung“, sondern auch ein international vernetztes „Referenzzentrum der Hochleistungsmedizin“.

Besonders bemerkenswert ist schließlich in diesem Zusammenhang, dass das Klinikum trotz seiner unwirtschaftlichen baulichen Strukturen bereits jetzt schon besonders wirtschaftlich arbeitet und seine Leistung „günstiger als das Durchschnittskrankenhaus im Saarland“ erbringt.

Die Pflege als wichtiger Partner der Medizin

Dieser Erfolg beruht neben der ärztlichen Leistung und der Wirtschaftlichkeit der Verwaltung vor allem auf dem besonderen Einsatz des Pflegedienstes. „Die Pflege“ ist im Homburger Universitätsklinikum bereits 1987 als wichtiger Teil der Medizin in der Krankenversorgung anerkannt worden und seither durch den Pflegedirektor in der Leitung des Klinikums vertreten. Die Anforderungen an die ca. 2.300 Pflegekräfte im Klinikum sind aufgrund der überwiegend schweren Krankheitsbilder hoch.[13] Leistung und Qualität ihrer Arbeit müssen in entsprechenden Qualitätsberichten dokumentiert werden, die auch Angaben darüber enthalten, was jeweils zur Qualitätssicherung getan wurde. Dazu gehört vor allem die ständige pflegefachliche, aber auch medizinische und administrative Fort- und Weiterbildung der Pflegekräfte, die von einem speziellen Referat im Schulzentrum des Klinikums organisiert wird und teilweise von der Initiative Krankenpflege, einer 1994 gegründeten Vereinigung im Bereich der Homburger Krankenpflege getragen wird.

Der Nachwuchs für den Pflegedienst sowie für eine Reihe von gesundheitlichen Assistenzberufen wird im Schulzentrum des Universitätsklinikums mit zehn staatlich anerkannten Schulen für Gesundheitsfachberufe und insgesamt 651 Ausbildungsplätzen ausgebildet. Von dieser Ausbildung, bei der auch das bereits geschilderte elektronische Lernprogramm CHELM zum Einsatz kommt, profitieren auch andere Krankenanstalten und Praxen.



Das Leitbild des Universitätsklinikums

Die Krankenpflege orientiert sich vor allem an dem 2006 formulierten Leitbild des Universitätsklinikums: „Wir handeln so, wie wir selbst behandelt werden wollen, und orientieren uns konsequent an den Bedürfnissen unserer Patienten.“

Damit schließt sich der Kreis von den Zielen der Gründer der Pfälzischen Heil- und Pflegeanstalt Homburg 1909, eine Anstalt zu errichten, die „dem Zustande der Freiheit am Nächsten kam“, hin zu einer verantwortungsvollen Ethik, die den „aktiven Patienten als Partner der Ärzte und Pflegekräfte“ versteht und sich über die Krankenhausbehandlung hinaus mit Selbsthilfegruppen um stabile Netzwerke in den Fällen bemüht, in denen der Patient besondere externe Hilfe benötigt.

Medizinischer Fortschritt ist vor Machtmissbrauch und wirtschaftlicher Ausbeutung nicht geschützt. Medizinische Forschung und Krankenversorgung bedürfen deshalb besonderer ethischer Kriterien und Kontrollen,[14] um dem hohen Anspruch des hippokratischen Eides gerecht zu werden. Auch dies ist neben den wissenschaftlichen und wirtschaftlichen Aufgaben eine der großen Verpflichtungen des Universitätsklinikums.

Autor
Prof. Dr. phil. Diether Breitenbach war von 1985 bis 1996 der für das Universitätsklinikum zuständige Minister der saarländischen Landesregierung. Er gründete 1997 den Verein der Freunde des Universitätsklinikums e. V. , der durch jährliche Preise die medizinische Forschung am Universitätsklinikum fördert und durch Herausgabe der Zeitschrift „UKS-Report“ und eines „Medizin-Lexikons“ über aktuelle Entwicklungen der Medizin und des Universitätsklinikums informiert.

Quellen

1 Denkschrift zur Errichtung der Pfälzischen Heil- und Pflegeanstalt Homburg. Speyer: Verlag der Kgl. Regierung der Pfalz, 1910, S. 38/39

2 Die Ausführungen über die Entwicklung in den Jahren 1945-48 basieren vor allem auf folgenden Publikationen:
– Armin Heinen, Sachzwänge, politisches Kalkül, konkurrierende Bildungstraditionen. Die Geschichte der Universität des Saarlandes 1945-1955. In: Universität des Saarlandes 1948-1988. 2. Aufl. Saarbrücken 1989
– Paul Fritsche, Historische Entwicklung: Dozenten, Fachdisziplinen, Abteilungen, Institute, Kliniken. In: Steudel, W. (Hrsg.), 50 Jahre Lehre. St. Ingbert: Röhrig Universitätsverlag, 1997
– Wolfgang Müller (Hrsg.), Unter der Ägide der Universität Nancy – Streifzüge zur Gründung des Homburger Hochschulinstituts vor 60 Jahren. Saarbrücken 2007
Nach der Einrichtung des Archivs der Universität des Saarlandes sind seit 1991 zahlreiche weitere Publikationen entstanden, die verzeichnet sind unter: www.uni-saarland.de/de/profil/geschichte

3 Sonderausgabe 60 Jahre UKS 1947-2007, UKS-Report, Homburg April 2007

4 Es standen Geschäftsberichte der Universitätskliniken des Saarlandes aus folgenden Jahren zur Verfügung: 1963, 1968, 1969, 1974 und 1978-2007

5 Geschäftsbericht 1975 der Universitätskliniken im Landeskrankenhaus Homburg, Vorwort

6 Wedig von Heyden, Auswirkungen der Föderalismusreform auf die Universitätsmedizin. Vortrag auf der Kanzlertagung „Deutsche Hochschulmedizin – Müssen wir uns anders aufstellen?“, Münster 16.3.2007

7 Gesetz Nr. 1540 über die Reform der Hochschulmedizin. Amtsblatt des Saarlandes vom 11.12.2003

8 Die baulichen Strukturen optimieren. Gespräch mit Prof. Dr. Hans Köhler. In: UKS-Report, Heft 1, 2008, S. 4ff.

9 Gespräch mit Joachim Rippel, Minister für Wirtschaft und Wissenschaft und Aufsichtsratsvorsitzender des UKS. In: UKS-Report Heft 1, 2008

10 Wissenschaftsrat, Stellungnahme zu Leistungsfähigkeit, Ressourcen und Größe universitätsmedizinischer Einrichtungen. Drs. 6913-05. Bremen, 11.11.2005

11 Studium und Lehre in Homburg. Gespräch mit Prof. Dr. Norbert Graf. In: Die Zukunft gestalten. UKS-Report Heft 1, 2008

12 www.uniklinikum-saarland.de/de/profil/freunde

13 Krankenpflege im Universitätsklinikum. UKS-Report Heft 3, 2004.

14 Hermann-Josef Schieffer, Ethikkommission: Sachwalter der Patienteninteressen. UKS-Report Heft 1, 2005

Fotonachweis
Rüdiger Koop (10), © Nickl & Partner Architekten AG, Archiv der Universität des Saarlandes, Stadtarchiv Homburg

Universitätsklinikum des Saarlandes 1947 bis heute

Kliniken und Institute im Universitätsklinikum des Saarlandes 2009

Klinik für Anästhesiologie, Intensivmedizin und Schmerztherapie

Klinik für Augenheilkunde

Kliniken und Institute für Chirurgie
- Klinik für Allgemeine Chirurgie, Viszeral-, Gefäß- und Kinderchirurgie
- Klinik für Unfall-, Hand- und Wiederherstellungschirurgie
- Klinik für Thorax- und Herz-Gefäßchirurgie
- Institut für Klinische Hämostaseologie und Transfusionsmedizin
- Institut für Klinisch-Experimentelle Chirurgie

Klinik für Frauenheilkunde, Geburtshilfe und Reproduktionsmedizin

Klinik für Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde

Klinik für Dermatologie, Venerologie und Allergologie

Kliniken für Kinder- und Jugendmedizin
- Klinik für Allgemeine Pädiatrie und Neonatologie
- Klinik für Pädiatrische Kardiologie
- Klinik für Pädiatrische Onkologie und Hämatologie

Medizinische Kliniken
- Klinik für Innere Medizin I - Onkologie, Hämatologie, Klinische Immunologie und Rheumatologie
- Klinik für Innere Medizin II - Gastroenterologie, Hepatologie, Endokrinologie, Diabetologie und Ernährungsmedizin
- Klinik für Innere Medizin III - Kardiologie, Angiologie und internistische Intensivmedizin
- Klinik für Innere Medizin IV - Nieren- und Hochdruckkrankheiten
- Klinik für Innere Medizin V - Pneumologie, Allergologie, Beatmungs- und Umweltmedizin

Institute für Infektionsmedizin
- Institut für Medizinische Mikrobiologie und Hygiene
- Institut für Virologie

Kliniken und Institute für Neurologie und Psychiatrie
- Klinik für Neurologie
- Klinik für Psychiatrie und Psychotherapie
- Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie
- Institut für Psychoanalyse, Psychotherapie und Psychosomatische Medizin

Klinik für Neurochirurgie

Klinik für Orthopädie und Orthopädische Chirurgie

Institute für Pathologie
- Institut für Allgemeine und Spezielle Pathologie
- Institut für Neuropathologie

Kliniken für Radiologie
- Klinik für Diagnostische und Interventionelle Radiologie
- Klinik für Strahlentherapie und Radioonkologie
- Klinik für Nuklearmedizin
- Klinik für Diagnostische und Interventionelle Neuroradiologie

Klinik für Urologie und Kinderurologie

Kliniken für Zahn-, Mund- und Kieferheilkunde
- Klinik für Kieferorthopädie
- Klinik für Mund-, Kiefer- und Gesichtschirurgie
- Klinik für Zahnärztliche Prothetik und Werkstoffkunde
- Klinik für Zahnerhaltung, Parodontologie und Präventive Zahnheilkunde

Institut für Medizinische Biometrie, Epidemiologie und Medizinische Informatik

Saarländische Krebszentrale – Tumorzentrum

Theoretische Fachrichtungen der Medizinischen Fakultät der UdS
- Anatomie und Zellbiologie
- Physiologie
- Medizinische Biochemie und Molekularbiologie
- Experimentelle und Klinische Pharmakologie und Toxikologie
- Biophysik
- Humangenetik

Weitere klinische Fachrichtungen der Medizinischen Fakultät der UdS
- Forensische Psychologie und Psychiatrie
- Rechtsmedizin
- Sport- und Präventivmedizin
- Biomedizinische Technik (IBMT)
- Arbeitsmedizin

Marlen Dittmann

Vom Pavillon zum Masterplan – Ein Abriss der hundertjährigen Baugeschichte des Homburger Universitätscampus

Im Juli 1909 nahm die „Pfälzische Heil- und Pflegeanstalt Homburg“ die ersten psychisch Kranken auf. Zunächst kamen nur Patienten aus den bestehenden, aber überfüllten „Irrenanstalten“ Frankenthal und Klingenmünster hierher, am Ende des Jahres auch erste neu eingewiesene Patienten aus der Nord- und Westpfalz. Dass der Irre ein Kranker sei, diese Erkenntnis war nur allmählich in das Bewusstsein von Ärzten und Bevölkerung gedrungen. Bis zum Ende des 18. Jahrhunderts wurden Geisteskranke weggesperrt, vegetierten in den „Zuchthäusern“ dahin, oftmals angekettet und psychisch verwahrlost, gemeinsam mit Armen, Landstreichern, Straftätern oder Prostituierten. Ärzte gab es dort nicht. Sie begannen jedoch, Verhaltensstörungen als medizinisches Problem anzusehen und psychische Krankheitsbilder präzise zu beschreiben, um daraus mögliche Heilungsmethoden zu entwickeln. 1784 wurde in Wien die erste Irrenanstalt Europas errichtet. Der „Narrenturm“ stand auf dem Gelände des Allgemeinen Krankenhauses. Für den hiesigen Raum bezeichnet sowohl das medizinisch-therapeutische als auch das architektonische Konzept der Homburger Anstalt einen Wendepunkt in der Versorgung psychisch Kranker. Ein kurzer Rückblick auf die Entwicklung der Irrenanstalten in der Pfalz verdeutlicht dies. Ich beziehe mich dabei auf eine 1910 in der Denkschrift „Pfälzische Heil- und Pflegeanstalt Homburg“ veröffentlichte Abhandlung des Kgl. Regierungs- und Medizinalrats Dr. Demuth. Ihr sind auch die folgenden Zitate entnommen.

Ab 1811 wurden psychisch kranke Menschen im Allgemeinen Armenhaus zu Frankenthal eingesperrt, das in einem ehemaligen Kapuzinerkloster untergebracht war. Dies geschah wohl weniger zum Schutz der Kranken, als zu dem der Bevölkerung. Teile dieser Anlage wurden 1821 zu einer in sich geschlossenen Irrenanstalt umgebaut. Die Patienten sollten nach dem

Vom Pavillon zum Masterplan – Ein Abriss der hundertjährigen Baugeschichte des Homburger Universitätscampus

Prinzip „Ordnung, Zucht, Arbeit und Hunger“ geheilt werden, entworfen von einem Arzt ohne praktische Erfahrung und ohne medizinisches Vorbild. Es wurde von ihm bald abgeschwächt in die Devise „Ordnung, Milde, Reinlichkeit und Arbeit“. Die Unzulänglichkeit auch dieses Heilplanes zeigte sich jedoch an den ausbleibenden Heilerfolgen. Sie wurde verstärkt durch bauliche Missstände, fehlende Arbeitsmöglichkeiten und Wächtermangel. Daher errichtete man 1857 eine weitere Heil- und Pflegeanstalt in Klingenmünster und glaubte, „in einer der freundlichsten Gegenden der Pfalz, in einer völlig abgerundeten und gegen äußere Störungen abgeschlossenen Lage, den unglücklichsten Gliedern der Gesellschaft ein Asyl geschaffen zu haben, worin sich ihnen gegründete Aussicht bietet, das dem Menschen Teuerste wieder zu finden, oder so ferne dies nicht mehr möglich, einer Pflege teilhaftig zu werden, die selbst in dem geistig Verwirrtesten schonend noch den Menschen ehrt und das ihn betroffene Unglück des Irrseins im Geiste der Humanität und Milde zu erleichtern bestrebt ist.“ Dennoch bestimmte ein Gefängnischarakter auch die Frankenthaler Bauten. Erweiterungen, Umbauten und technische Verbesserungen in beiden Häusern kennzeichneten die nächsten fünfzig Jahre. In Frankenthal verlagerte sich der Schwerpunkt zudem auf die Heilung körperlich kranker Menschen. Dabei stieg die Zahl hilfsbedürftiger psychisch Kranker ständig an. So beschäftigte sich ab 1903 die Kreisregierung der Pfalz mit dem Bau einer weiteren Anstalt; eine Abordnung besichtigte mehrere, im neuen Pavillonsystem errichtete Häuser. Diese Bauweise wurde schließlich zur Auflage gemacht. Sie kam „in ihrem ganzen Gepräge dem Zustand der Freiheit am Nächsten“. Man übernahm damit ein System, dass im Allgemeinen Krankenhausbau die Regel geworden war. Eindeutiger konnte sich die Anerkennung der Irren als Kranke nicht zeigen.

Nicht nur „Irrenhäuser“ auch Allgemeine Krankenhäuser wurden vom letzten Drittel des 19. Jahrhunderts bis weit hinein ins 20. Jahrhundert in Deutschland im Pavillonsystem errichtet. Es setzte sich aus einer Vielzahl von ein-, zwei- oder dreigeschossigen Bauten zusammen. Man versuchte damit hygienische Erkenntnisse, ärztliche Ansprüche und sozialpolitische Interessen baulich zu verwirklichen. Charakteristisch wurden große, von Außenwand zu Außenwand gehende Krankensäle, die nicht mehr in ihrer Längsachse geteilt wurden, mit hohen und breiten, weit zu öffnenden Fensterbändern und vorgelagerten Veranden, Terrassen, Liegewiesen. Vom Krankenbett aus kamen die Patienten in den Genuss einer heilenden Licht- und Lufttherapie. Die Pavillonbauten veränderten das Bild der Krankenanstalten entscheidend. Vorher waren sie vom „Korridorbau“, von Dreiflügelanlagen oder langgestreckten Bauten mit mehreren Geschossen bestimmt. Lange Korridore erschlossen aneinander gereihte kammerartige Krankenzimmer. Im Pavillonsystem wurde der Pflegebetrieb stationsweise entflochten. Infektionen durch umherfliegende Keime sollten durch günstige Licht- und Luftverhältnisse ausgeschaltet werden. Dass die im Krankenhaus gefürchteten tödlichen Entzündungen nach Operationen vor allem durch Kontaktinfektionen ausgelöst wurden, entdeckten die Mediziner erst, nachdem sich das Pavillonsystem bereits durchgesetzt hatte. Als weiterer Vorteil des Systems galt die ebenerdige Unterbringung. Die Patienten konnten der frischen Luft ausgesetzt werden, deren heilbringende Wirkung in Lazarett-Zelten erfahren worden war. Die Anlagen mit ihren kleinen flachen Pflegestationen wirkten vielfach wie Sommerfrischen. Auf die Entwicklung dieses Systems nahmen anerkannte Mediziner entscheidenden Einfluss, insbesondere mit ihren Entdeckungen und Untersuchungen hygienischer oder bakteriologischer Zusammenhänge.

Für die so konzipierte Heil- und Pflegeanstalt fand man in der Nähe der aufstrebenden Stadt Homburg den geeigneten Bauplatz, ein 350 ha großes hügeliges Gelände von anmutigem landschaftlichen Charakter mit ausreichender Baufläche und umgeben von einem „zusammenhängenden Komplex für die Guts,- Garten- und Waldwirtschaft.“ Die Be- und Entwässerung war unproblematisch, und es gab ausreichende Straßen- und Bahnanbindungen. Die Suche nach dem Gelände und die Standortanalyse erwiesen sich als fortschrittlich. Die Größe des Geländes erlaubte in den nächsten 100 Jahren die ständige bauliche Anpassung an neue Erfordernisse.

Bauamtsassessor Heinrich Ullmann 1872-1953

1904 beauftragte der Landrat den Kgl. Bauamtsassessor Heinrich Ullmann in Speyer mit der Projektierung und der Bauleitung einer „Heil- und Pflegeanstalt“ bei Homburg. Dieser benötigte fünf Jahre, um sie zu errichten. Das vorhandene Wegesystem diente Ullmann als Grundlage seines städtebaulichen Planes, der mit kleinen, in das Gelände geschmiegten Häusern und den geschwungenen Wegen an eine Gartenstadt erinnert, während die Pavillonsysteme der meisten Krankenanstalten auf einer geometrischen Grundlage entstanden, wie beispielsweise das damals weltweit als vorbildlich anerkannte Krankenhaus in Hamburg-Eppendorf. Das Wegenetz aus vegetabil anmutenden Symmetrieachsen folgte dem natürlichen Lauf der alten Feldwege im Kirrbergertal. Auf dem hügeligen, „der Sonne frei zugänglichen und geschützten Gelände“ umgeben von Wald-, Felder- und Wiesenflächen, baute Ullmann insgesamt 49 Häuser, davon 24 Krankenpavillons mit 1000 Betten, die nie vollständig belegt wurden. Die Pavillons standen beidseits einer Ost-West-Achse, der so genannten Geschlechterachse. Jeweils zwei von ihnen, der eine für Frauen, der andere für Männer, bezogen sich bezüglich Baumasse, Geschosszahl, Grundriss und Gestaltung des Umfeldes aufeinander und waren nahezu identisch.

„Im Interesse des erleichterten Betriebes wurden die Abstände zwischen den einzelnen Gebäuden nicht übermäßig reichlich angenommen; durch staffelförmige Anordnung der Gebäude wurde trotzdem überall eine gute Lichtzufuhr und ein freier Ausblick aus den Pavillons erzielt.“ In den sorgsam angelegten parkartigen Gärten, die zu den einzelnen Pavillons gehörten, luden Ruhebänke zum Aufenthalt im Freien ein. Kleine Laufbrunnen, Gartenhäuser und Laubengänge vermittelten Besuchern wie Kranken freundliche Eindrücke. Nur ein Brunnen vor dem Verwaltungsgebäude hat sich bis heute bewahrt.

Weitere, für das Funktionieren der Anstalt unerlässliche Bauten kamen hinzu: die Verwaltung unmittelbar am Eingang, Wohnhäuser für Direktor, Ärzte und Beamte, ein Lazarett, die Kirche und das Leichenhaus. Ein Gesellschaftshaus, auch eine Kegelbahn, Küche und Wäscherei fehlten nicht, zudem Werkstätten und ein Gutshof mitsamt einer Gärtnerei. Die möglichst einfachen, übersichtlichen und geschlossenen Grundrissformen aller Bauten entwickelte Ullmann konsequent aus dem jeweiligen Raumprogramm. Die Massen der im allgemeinen zweigeschossigen Bauten haben ruhige Formen; große geschlossene Dachflächen unterstreichen die Ruhe, betonen die Wohnlichkeit der Häuser. Dachaufbauten oder Giebel finden sich nur, wenn das Raumprogramm den Ausbau des Dachbodens forderte. Bei der Fassadengestaltung vermied Ullmann historische Stilformen. Ausnahmen sind das Gesellschaftshaus, die Simultankirche und das Leichenhaus. Dennoch musste nicht auf Formenvielfalt verzichtet werden. Ullmann erreichte sie durch schräg zugeordnete oder asymmetrisch angeschlossene Gebäudetrakte und architektonische Gliederungselemente. Sie verleihen den auf Sandsteinsockeln errichteten, grob verputzten Gebäuden ein jeweils anderes Aussehen: Risalite, Zwerchhäuser, Türme, Dachreiter, hohe Kamine, gedeckte Veranden, Pergolen oder Lauben sowie herausgehobene Eingänge und Vorhallen unterscheiden sich in ihren Baumaterialien vom Kernbau.

Türme und Dachreiter

Diese Bauformen waren um 1900 im Wohnungsbau weit verbreitet und werden heute mit den Begriffen Reformarchitektur und Heimatstil bezeichnet. Die Auswahl gerade dieser Bauformen charakterisiert Ullmanns Baukonzept, in dem die Krankenpavillons an Wohnhäuser erinnern. Finden hier doch die Kranken eine – wenn auch zeitlich begrenzte – Heimat. Baudetails des Jugendstils schmücken nur das Gesellschaftshaus, das Festsaalgebäude. Dessen herausgehobene Position im Gesamtkomplex

Festsaal-Gebäude

wurde betont durch einen sorgsam gestalteten Vorplatz, auf dem sich die Hauptstraßen vereinten, und durch die Schrägstellung des Gebäudes in der lockeren Reihung der Pavillons. Damit besitzt das Gebäude vier unterschiedlich gestaltete Schauseiten. Keine von ihnen ist durch Monumentalität ausgezeichnet, wie sie üblicherweise diesen Bautyp kennzeichnete, in einer Irrenanstalt aber keineswegs angebracht wäre. Das Gebäude scheint aus einzelnen Baukörpern zusammengesetzt. Eine niedrige, quergelagerte Vorhalle wird überragt von dem ruhigen, mit einem Türmchen bekrönten Walmdach des Festsaales, an den flachgedeckte Veranden ankoppeln. Die Platz- und Eingangsseite akzentuierte Ullmann mit einem durchfensterten dreigeteilten Blendportikus, den ein geschwungener Blendgiebel krönt und den beidseitig Eingänge begleiten. Damit trug er dem psychiatrischen Grundkonzept, der Trennung von Männern und Frauen, Rechnung. Das rückseitige Pendant erhielt eine Betonung durch angebaute Veranden, die sich in Laubengängen fortsetzten und eine Gartenterrasse einschlossen. Diese wiederum endete in einer leider nicht mehr vorhandenen Brunnen- und Treppenanlage. Ein rundum laufender Scrafitto-Fries unterhalb der Dachtraufen im farbigen, ein wenig schwerfälligen Jugendstildekor – Girlanden, Kränze und Rauten – rahmt bis heute die Fenster. Das Innere des vollkommen symmetrischen Grundrisses beherrschte der große, zentrale Festsaal mit Bühne, Büfett und Empore.

Innenansicht Festsaal

Tageslicht fiel über acht hochliegende ovale Fenster in den Saal, während sich die umliegenden Nebenräume mit großen Fenstern in den Garten öffneten. Die Saalwände waren reichhaltig dekoriert mit geradlinigen oder geschwungenen Bändern, mit Medaillons. Der Festsaal wird seit langem als Bibliothek genutzt. Durch die eingestellten Bücherregale ging der Raumcharakter verloren.

Vom Pavillon zum Masterplan – Ein Abriss der hundertjährigen Baugeschichte des Homburger Universitätscampus

Auf dem höchsten Punkt des Baugeländes, von Wald umgeben, errichtete Ullmann die Simultankirche: ein Gotteshaus beider Konfessionen, außerdem wieder nach Geschlechtern getrennt. Im Gegensatz zum Festsaalgebäude beherrscht Asymmetrie den Kirchenbau, hervorgerufen durch Zweischiffigkeit, einem aus der Mitte verschobenen, jedoch auch nicht seitlich angegliederten Turm. Dem Festsaalgebäude vergleichbar jedoch ist die Zusammensetzung aus verschiedenen Gebäudeteilen – einer halbrund das höhere Hauptschiff abschließenden Choranlage, dem niedrigen Seitenschiff, einer vorgelagerten Loggia sowie dem hohen, fast quadratischen Turm, an den die Schiffsdächer mit ihren unterschiedlichen Neigungen anbinden. Die Kirche erhebt sich auf einem hohen Sandsteinsockel, Sandstein rahmt die Rundbogenfenster, gliedert die Chorwand in sieben durch Rundbogen und Lisenen begrenzte Streifen. Den Innenraum charakterisieren die erwähnten vielfach unterschiedenen Raumsegmente; ihn bestimmen Tonnendach und Choranlage. Es gibt keine eindeutige Ausrichtung auf den Altar, der Gläubige muss sich seinen Weg erst suchen. In einer großen Konche stand der katholische Altar, daneben, in einer übergiebelten Rundbogennische der evangelische. Seit einer grundlegenden Restaurierung 1989 wird der in den Triumphbogen der Apsis versetzte evangelische Altar gemeinsam von beiden Konfessionen genutzt. Paul Schneider entwarf einen Ambo, den der Bildhauer Willi Bauer ausführte. Die farbig gefassten Chorwände tragen Fresken, die der Ikonographie der Heilsgeschichte entnommen sind. Fensterrahmungen und Scheidbögen der Pfeiler zieren geometrische Malereien aus Mäandern, Schleifen und Rauten.

Als dritter Bau hob sich das Leichenhaus vom einheitlichen Stilvokabular ab. Die Vorhalle war durch eine Bemalung reich geschmückt.

In dieser völlig autonom konzipierten Heil- und Pflegeanstalt waren sämtliche Versorgungseinrichtungen vorhanden. Die Großartigkeit und Großzügigkeit der Anlagen unterstützten modernste technische Hilfsmittel. Den „bedauernswerten Kranken“ sollte damit die „bestmögliche Unterkunft und Verpflegung“ geboten werden, und es sollte alles geschehen, „was zur Heilung dienlich oder geeignet war, um das Los der Kranken zu mildern.“ Es darf aber nicht vergessen werden: Auch in dieser fortschrittlichen Heil- und Pflegeanstalt mussten viele Kranke in geschlossenen Häusern mit vergitterten Fenstern leben. Die heilenden Kräfte der Natur wurden bei ihnen nicht wirksam.

Ehemaliges Leichenhaus, Vorhalle, Gebäude 30

Die sozial motivierte spezielle Therapie der Heil- und Pflegeanstalt beruhte also nicht nur auf den Heilungsmöglichkeiten der Ärzte. Sie wurden unterstützt durch die architektonische Gestaltung der Umgebung und die Heilkräfte der Natur. Auch die unheilbar Kranken sollten ein menschenwürdiges und zufriedenes Leben führen, zu dem neben der Arbeit auch der Müßiggang und Freizeitvergnügungen gehörten. Damit symbolisiert diese Krankenanlage die Fortschritte in der Medizin und die Anerkennung auch psychisch kranker Patienten als schutzbedürftige menschliche Wesen. Seine würdige Unterbringung liegt in der Verantwortung der Gesunden.

Die mit dem Pavillonsystem verbundenen Schwierigkeiten hatte man bereits damals erkannt; für ihre bauliche Unterhaltung, Ausstattung und Betriebsführung brauchte man mehr finanzielle Mittel und mehr Personal. Der therapeutische Ansatz wurde und wird keineswegs in Frage gestellt. Heute ist es bei Krankenhausneubauten selbstverständlich, nicht nur die funktionalen Anforderungen der Medizin und Pflege zu erfüllen, sondern eine Umgebung zu schaffen, deren bauliche Gestaltung auch Chancen für Heilung und Wohlbefinden eröffnet.

Im Ersten Weltkrieg diente die Anlage als Reservelazarett und Truppenquartier. 1921 wurden die verbliebenen Geisteskranken in die Heil- und Pflegeanstalten Merzig und Klingenmünster verbracht und Homburg 1922 in ein modernes Landeskrankenhaus mit verschiedenen Fachabteilungen umgewandelt. Damals wurden Knabenerziehungsheime beider Konfessionen angegliedert und 1925 auf dem Gelände in einem neuen Gebäude ein Krüppelheim errichtet. Ab September 1939 wurden die Bauten wieder militärisch genutzt, überstanden den Krieg aber ohne Schäden. Allerdings mussten große Teile des Inventars aus dem Heeresdepot in Mainz zurückgefordert werden, als unmittelbar nach Kriegsende der Betrieb in dem einzigen unzerstörten Krankenhaus des Saarlandes wieder aufgenommen wurde. Die finanzielle und wirtschaftliche Lage des damaligen Saargebietes, der Mangel an Baumaterialien und Arbeitskräften ließ auch gar keine andere Wahl.

Doch hatten sich während der letzten fünfzig Jahre kaum neue Erkenntnisse im Krankenhausbau herausgestellt. Zwar verlor das Pavillonsystem in den 1920er Jahren seine maßgebende Bedeutung; bis zum Zweiten Weltkrieg blieb jedoch eine aufgelockerte Bauweise üblich, mit vier- bis fünfgeschossigen Häusern und nach Süden ausgerichteten Krankensälen. Man sorgte für Terrassen, Veranden und Grünflächen vor den Pflegestationen, um auf die optimale Durchlüftung der Krankenzimmer und die bewährte Freiluftherapie nicht verzichten zu müssen.

Spätestens seit den 1930er Jahren lässt sich eine sprunghafte Zunahme klinischer Dienstleistungen und die immer schnellere Aufgliederung der medizinischen Disziplinen beobachten. Ihre bauliche Zentralisation im Krankenhaus schien erstrebenswert, um damit Funktionsabläufe zu konzentrieren, verwandte Bereiche zusammen zu fassen. Für die immer zahlreicheren technischen Geräte, die die ständig erweiterten diagnostischen und therapeutischen Verfahren benötigten, brauchte man zusätzliche Räume. Lange Wege von den Pflegestationen zu den Operationssälen, den

Vom Pavillon zum Masterplan – Ein Abriss der hundertjährigen Baugeschichte des Homburger Universitätscampus

Laboratorien oder Röntgenabteilungen wurden sowohl für die Patienten wie für das Pflegepersonal als nachteilig empfunden. Gleichzeitig hatten Eisenbetonkonstruktion und Fahrstuhltechnik die statischen wie technischen Bedingungen für den Bau hoher Häuser verbessert. So stand nach Kriegsende die Streitfrage: „Flach- oder Hochbau?“ im Brennpunkt, wobei unter Flachbau bis zu dreigeschossige Gebäude verstanden wurden. Der Hochbau versprach wirtschaftliche Vorteile, hatte aber den gesundheitlichen Nachteil des fehlenden Bezugs zur natürlichen Umgebung. Einigkeit aber bestand darin, die Pflegezimmer nach Süden auszurichten.

Erst mit diesem kurzen Rückblick auf die grundsätzliche bauliche Entwicklung von Krankenhäusern wird die Homburger Baugeschichte verständlich.

Die erste Nachkriegszeit

Eine Orthopädische Klinik gab es im gesamten Saarland nicht, die Betreuung der zahlreichen Kriegsversehrten machte sie jedoch dringend erforderlich. Daher erhielt schon das Landeskrankenhaus eine Orthopädische Abteilung. Auch wurde 1946 mit dem Aufbau einer Urologischen Klinik und Poliklinik begonnen. Orthopädie und Urologie kann man als Keimzelle der Medizinischen Fakultät der Saaruniversität bezeichnen, deren Entstehungsgeschichte an anderer Stelle dargelegt wird. Damit waren alle an einer Universitätsklinik notwendigen klinischen Fächer vorhanden. Im Sommersemester 1947 bestand sie bereits aus zwölf Instituten und Kliniken, die sich aus den sieben Kliniken des Landeskrankenhauses entwickelt hatten. Alle arbeiteten weiterhin, jeweils nach Fachrichtungen getrennt, in den vorhandenen Gebäuden. Wie für alle deutschen Universitäten charakteristisch, wurde auch in Homburg die Entwicklung eines Universitätsklinikums aus einem bestehenden Krankenhaus vollzogen. Das ehemalige Landeskrankenhaus entwickelte sich im Laufe der Jahrzehnte zu einer universitären Stätte intensiver Forschung und Lehre und zum Großklinikum.

Die parallel dazu laufende bauliche Umstrukturierung sei im folgenden dargestellt.

Die fünfziger Jahre

In den ersten Jahren wurden vor allem die bestehenden Häuser den Anforderungen angepasst, erweitert oder umgebaut. Dazu gehörten die Medizinische Klinik, die Urologie, die Frauen- und die Kinderklinik. Letztere nutzte seit 1951 die weit auseinander gerissenen Häuser 60 und 69. Auch die Hautklinik, seit 1945 im Landeskrankenhaus ansässig, residierte weit verstreut in Altbauten. In Haus 18 befindet sich bis heute die Klinikambulanz. Die Klinik erhielt 1957 einen neuen Labor- und Hörsaaltrakt. Diesen eher bescheidenen Baumaßnahmen folgten bald größere Neubauten, die nötig wurden, damit die Kliniken den modernsten medizinischen Anforderungen gerecht werden konnten.

Pneumologie, 50er Jahre

Der erste Neubau galt 1953 der Pneumologischen Abteilung der Inneren Medizin (91). Sie hatte sich 1947/48 als Lungenklinik, Robert-Koch-Abteilung genannt, etabliert, um den unzähligen Tuberkulose-Kranken zu helfen. Dem Architekten August Weber aus Homburg gelang unter der Oberaufsicht eines französischen Planers ein weit über die Landesgrenzen hinaus als mustergültig beachteter wohlproportionierter Bau. Er wurde dreißig Jahre später durch den Architekten Hanns Schönecker erweitert und erhielt 2002 einen Ambulanz-Anbau. Heute mutet dieses langgestreckte, dreigeschossige Haus sehr traditionell an, mit Sattel- und Walmdächern, mit Seitenrisaliten und Mittenbetonung. Weber errichtete 1952 auch das Körperbehindertenheim, heute Staatliche Schule für Körperbehinderte. Beide Häuser wurden jedoch außerhalb des eigentlichen Klinikgeländes auf einem bewaldeten Südhang mit herrlichem Blick in die Landschaft gebaut und stellten keinen Eingriff in die bestehenden Klinikstrukturen dar.

Die sechziger Jahre

Während in den sechziger Jahren überall in der Bundesrepublik neue Universitätskliniken nach Masterplänen auf der „grünen Wiese“ errichtet wurden, blieb es in Homburg bei einzelnen Neubauten oder Erweiterungen.

Chirurgie, 60er Jahre

1963 legte die Staatliche Hochbauverwaltung einen für den Gesamtausbau des Klinikums verbindlichen Generalbebauungsplan vor, der die für den Endausbau vorgesehenen Bauvorhaben einschließlich der Versorgungseinrichtungen berücksichtigte und Spielraum ließ für künftige, damals noch nicht voll überschaubare Entwicklungen. Das Straßensystem wurde geändert. Die Hauptstraße, die vor dem Festsaal nach Süden abzweigte, verschwand unter dem Neubau der Medizinischen Klinik. Auch die so genannte „Geschlechterstraße“ ist seitdem nur noch partiell vorhanden.

Vom Pavillon zum Masterplan – Ein Abriss der hundertjährigen Baugeschichte des Homburger Universitätscampus

Alle Baumaßnahmen schieben sich mit wenigen Ausnahmen als lange, schmale Baukörper in die Tiefe der Grundstücke, hielten einen gewissen Abstand zu den Altbauten und wurden „als Staatsbauten unter der Oberleitung der Staatlichen Hochbauverwaltung von freischaffenden Architekten“ erstellt. Dies betrifft beispielsweise die 1961 bezogene Augenklinik (22) mit damals 105 Betten. Oder die den Maßstab der Altbauten sprengende Neue Chirurgie (57), durch einen Gang mit der „alten Chirurgie“ im früheren Lazarett verbunden und ebenfalls im Büro Weber von dem jungen Peter Johannsen geplant. Er vertrat als Eiermann-Schüler eine konsequente, streng-sachliche Formensprache. Insbesondere aus wirtschaftlichen Gründen hatten sich auch in Homburg vielgeschossige Häuser durchgesetzt. Da der langgestreckte Bau senkrecht in einen Hang gestellt wurde, überbrückt er diesen mit sieben bzw. fünf Geschossen. Er hat eine glatte Rasterfassade mit eingestellten Fenster- und Brüstungselementen. Umlaufende Betonbänder sind sichtbarer Ausdruck der Konstruktion, betonen das Aufeinandergeschichtete der einzelnen Ebenen und die Längsrichtung des Baus, während die wohlausgewogene Detaillierung der Fenster in ihrer Reihung ein vertikales Gegengewicht bildete. Lediglich die nach Süden ausgerichteten Krankenzimmer entsprachen noch dem früheren Heilungsbestreben durch eine „Lufttherapie“. Sonnenbalkone oder Terrassen spielten keine Rolle mehr. Durch viele An- und Umbauten in den folgenden Jahrzehnten und einer kürzlichen grundlegenden Modernisierung ist diese Fassade nicht mehr zu erkennen.

Biophysik, Gebäude 76

Die Physiologie (58) erhielt 1962 eine bescheidene, sich vom Altbau absetzende Erweiterung (59) durch den späteren Kaiserslauterer Hochschullehrer, den Architekten Gerd Volker Heene. Ebenfalls 1962-63 errichtete er die Medizinische Biologie und Biophysik (76) auf dem Gelände eines alten Holzschuppens, der abgerissen wurde. Das dreigeschossige Gebäude charakterisieren verklinkerte Stirnwände und durchfensterte Längsseiten mit vorgehängten Brüstungen. Umgeben vom alten Baumbestand strahlt es Harmonie aus. Und wenige Jahre später, 1965-1969, überbaute Heene die alte Hauptstraße mit dem Neubau der Inneren Medizin, in den ein Hörsaal integriert wurde. Dieses lange, schmale Gebäude verbindet zwei Altbauten; der unmittelbare Anschluss zur Radiologie wurde gewonnen. Zwei eng zusammen arbeitende Disziplinen bekamen so auch eine räumliche Verbindung. Das architektonische Bild des mehrgeschossigen Hauses mit der Andeutung einer Dachterrasse charakterisiert wie einst bei der Chirurgie bis heute eine vorgehängte Rasterfassade.

Auch im Institutsbereich wurden freistehende Pavillons durch Neubauten zu einer Funktionseinheit verbunden. 1966 und 1967 erhielten die Pharmakologie und ihr verwandte Fächer ein zwischengeschaltetes Labor und Hörsaalgebäude auf annähernd quadratischem Grundriss.

Zum Ende des Jahrzehnts wurden die Baukörper größer und kompakter. Die Verdichtung im inneren Klinikbereich war nicht mehr abzuwenden. Am Ostrand, auf einem bisher nicht bebauten Wiesengrundstück, entstand

Anatomie, Gebäude 61

bis 1968 das Anatomische Institut (61), in enger Zusammenarbeit mit den Institutsleitern geplant von den Architekten Konny Schmitz und Walter Schrempf. Die Grundrissform, ein an den Spitzen ausgezacktes Dreieck, schreibt die Grenzen des Geländes nach. So erhielt dieser Bau den Spitznamen Trigonum Vesalii. Der Wechsel von abgeschrägten Waschbetonbrüstungen und Fensterbändern verleiht ihm plastische Prägnanz; dazu tragen auch übereck gestellte Balkone und großzügige Doppeltreppen bei. Sowohl die Form als auch die verwendeten Materialien waren in der damaligen Zeit für den Krankenhausbau außergewöhnlich. Dennoch ergab sich aus dieser Dreiecksform ein überzeugendes Raumkonzept. An den drei Seiten liegen die jeweiligen Institute, im Kern der Hörsaal für mehr als 400 Studierende, darunter im Kellergeschoss Sektionsräume, Leichenhalle und andere Funktions- und Technikräume. Treppenhäuser in allen drei Ecken sowie umlaufende, breite Flure sind holzverkleidet. Heute stellt dies ein Feuerschutzproblem dar, und auch die fehlende natürliche Beleuchtung in den Fluren wird als Manko empfunden. So wie der Grundriss ohne große Eingriffe in die Baustruktur den Einbau zusätzlicher Labore für neue Institute ermöglichte, lässt sich auch Tageslicht über das Dach in die Flure holen. Der Architekt Manfred Schaus hat dafür ein Umbaukonzept entwickelt.

Und ein weiterer maßstabsprengender Bau entstand ab 1968: das Versorgungszentrum (79), in dem die bis dato im Klinikum verstreuten Ver- und Entsorgungsanlagen gebündelt wurden. Die Gebäude des ehemaligen Gutshofes wurden abgerissen, um Werkstätten, Wäscherei und Magazinräumen Platz zu machen. Der Architekt Günter Follmar hatte einen zweigeschossigen kubischen Baukörper auf konsequent quadratischem Raster entwickelt, das sich in den Fassaden durch die Reihe der Betonstützen abzeichnet. Die Außenhaut dazwischen schließen transparente Bauglaselemente oder vorgehängte Gasbetonplatten, die den Wänden eine leichte Struktur geben. Die Nutzflächen gruppieren sich um einen rechteckigen Innenhof. 1986 kamen in einem zweiten Bauabschnitt KFZ-Hallen und weitere Werkstätten hinzu.

Der bisherige Außenbereich wird nun immer stärker eingebunden. Als der im Büro August Weber wieder von Peter Johannsen konzipierte Neubau für Neurologie und Psychiatrie (90), Fachrichtungen, die aus der ursprünglichen Nervenklinik hervorgingen, 1962 eröffnet wurde, galt diese

Vom Pavillon zum Masterplan – Ein Abriss der hundertjährigen Baugeschichte des Homburger Universitätscampus

Klinik als eine der modernsten Europas. Die Psychiatrie nahm keine Ausnahmestellung mehr ein, sie war als gleichberechtigtes Fach innerhalb der medizinischen Disziplinen anerkannt. Dies fand architektonischen Ausdruck in einer funktional konzipierten Anlage, deren einzelne Stationen sich von denen anderer Stationen nicht unterschieden. Vier langgestreckte Scheiben sind durch schmale Gänge verbunden und staffeln sich hinter- und nebeneinander am Südhang des Klinikgeländes. Während der durch eine überdachte Rampen-Vorfahrt herausgehobene Eingangsbau die Höhe von 6 Geschossen mit zusätzlich zurückgesetztem Dachgeschoss erreicht, zeichnet die weiteren Scheiben pavillonartige Zweigeschossigkeit aus.

Kombiklinik HNO / Urologie, Gebäude 6

Im nördlichen Waldstreifen, der das Gelände von der Stadt Homburg trennt, entstand die Pathologie (26) und nicht weit davon entfernt das erste richtige Hochhaus des Klinikums. 1967 konnten die Hals-Nasen-Ohrenklinik und die Urologie (6) endlich ihre Provisorien in alten Gebäuden verlassen und hierher umziehen. Für diesen Bau zeichneten im Staatlichen Hochbauamt die Herren Kolb, Wingertszahn und Düsterhöft verantwortlich. Ein dreigeschossiges Ambulanzgebäude umschließt einen rechteckigen Innenhof und ragt weit über die Front der dreizehngeschossigen Kombi-Klinik hinaus. Beiden Bauteilen gemeinsam ist die großzügige Eingangshalle, die sich auf den Innenhof öffnet. Eine Brücke führt hinüber in den Hörsaal, der sich vor die Nordfassade schiebt. Über den beiden Operationsetagen folgen die Bettengeschosse dem „klassischen“ Schema einer zweihüftigen Anlage, das heute bei Neubauten vermieden wird. Damals jedoch war es Standard. Ein langer Flur erschließt die Krankenzimmer – Zwei- und Vierbett-Zimmer – auf der Südseite und die Funktionsräume gegenüber. Das oberste Geschoss war für Schwesternwohnungen vorgesehen. Horizontal auskragende Leichtmetall-Lamellen übernahmen den Sonnenschutz und charakterisierten die Außenfassade des Hochhauses, das als Stahlbetonskelett-Konstruktion errichtet wurde, im Gegensatz zu den massiven Flachbauten. Die Brüstungsfelder am Bettenhaus, Betonfertigteile mit eingelegten keramischen Fliesen, waren auf der Nordseite in das Skelett eingestellt, auf der Südseite dagegen vorgehängt. Diese Konstruktionsweise unterstrich die verschiedenen Funktionen im Haus, wie sich auch die gebündelten vertikalen Erschließungsbereiche – Treppen und Fahrstühle – an den beiden Schmalseiten durch geschlossene Wandstreifen absetzten. Das nach einer kürzlich erfolgten Sanierung aus grau-weißen Platten und leuchtendblauen Brüstungs- - elementen gefügte neue Fassadenkleid verwischt allerdings den beschriebenen ursprünglichen Eindruck.

Die Kombi-Klinik, bis weit in die Stadt hinein sichtbar, wurde zum Erkennungszeichen der Klinik. Nachts angestrahlt, mit dem Kliniklogo hoch oben unter der Traufe, ist der Bau ein weithin wirksames Signal. 1967 entsprach er in Konzeption, Planung und Ausführung dem damals modernsten Stand. Die Vorteile dieses vertikal gegliederten Hauses mit seinem „Breitfuss“, so der terminus technicus, waren nicht nur die bauliche Konzentration und die Einsparung von Baukosten durch die Kombination und Doppelnutzung von Räumen, sondern auch die Befreiung von starren Raumhöhen, die mögliche direkte Belichtung und Belüftung aller Räume und schließlich auch die Erweiterungsfähigkeit sowie die abschnittweise Bauerrichtung. Und erstmals wurde mit dieser Kombi-Klinik auf dem Gelände des UKS das Prinzip, jedem Fach sein Haus, aufgegeben.

Zusammenfassend lässt sich erkennen: Alle neu errichteten Bauten sind lange, schmale Baukörper, nur in der Höhe unterschieden. Sie beruhen auf der damals typischen Konstruktionsweise des Skelettbaus mit vorgehängter Fassade, die nicht nur bei Krankenhäusern zu finden ist, sondern auch bei Verwaltungsbauten, Rathäusern, Schulen etc., aber den großen Vorteil der inneren Wandlungsfähigkeit besaß. Ihre ästhetischen Qualitäten gewannen sie aus dem Material, der Farbgebung und der Detaillierung der Fassaden. Zur Unverwechselbarkeit dieser Bauten trägt die so genannte „Kunst am Bau“ bei. Sie wurde erstmals 1963 bei der HNO- und Urologischen Klinik eingesetzt und seither in allen größeren Baumaßnahmen beachtet. Die Mitarbeiter des damaligen Staatlichen Hochbauamtes hatten deren Bedeutung erkannt. Die ästhetische Begegnung mit Kunst im Krankenhaus geschieht zumeist in einer Ausnahmesituation der körperlichen und auch seelischen Versehrtheit und kann daher keine ausführliche Betrachtung verlangen. Doch ein Kunstwerk ist auch im Vorübergehen, im Verwundern zu entdecken, gibt Gelegenheit, sich vielleicht für einen Moment nur zu verlieren.

Der Weg in das Gebäude der Kombi-Klinik führt vorbei an einer Skulpturengruppe von Leo Kornbrust, bevor in der Halle der Blick auf ein Natursteinrelief von Karl-Heinz Grünewald fällt, das die gesamte Wand der Eingangshalle einnimmt. Im Innenhof kann man dann den „Baum“-Brunnen von Oswald Hiery entdecken.

Am Zugang zur Inneren Medizin kragt gewichtig ein Beton-Wandrelief von Max Mertz hervor. Die Lamellen eines zweigeschossigen Wandreliefs aus Aluminium von Wolfgang Huschens reflektieren das einfallende Licht und bestimmen ihre Umgebung in der Eingangshalle. Eine Keramik-Arbeit von Brigitte Schuller befindet sich im Hörsaalfoyer. Brigitte Schuller schuf auch in enger Absprache mit dem Architekten des Hauses, Gerd Volker Heene,

Innere Medizin, Hörsaalfoyer, Gebäude 40, Keramik von Brigitte Schuller

eine Wandgestaltung im Hörsaalfoyer der Biophysik. In leuchtenden Farben glasierte Keramikplatten sind in die graue Betonwand eingelassen. Aus dem spannungsvollen Miteinander so unterschiedlicher Materialien,

Vom Pavillon zum Masterplan – Ein Abriss der hundertjährigen Baugeschichte des Homburger Universitätscampus

aus ihrer Farbigkeit, gewinnt diese Wand ihre ästhetische Aussagekraft. Anders ging Robert Sessler vor. Auch er schuf eine Wandgestaltung, eine Beton-Lichtwand in der Eingangshalle der Physiologie nach einer Idee des damaligen Institutsleiters: Lichtbänder, die in grafischer Vereinfachung die Vernetzung einer Nervenzelle darstellen. In den nächsten Jahrzehnten schufen Bildende Künstler viele weitere Kunstwerke für die einzelnen Häuser, für bestimmte Räume oder für die Außenanlagen. Sie sind in einer eigenen Publikation festgehalten. In diesem Beitrag können nur einige erwähnt werden.

Kommen wir auf die Bauten zurück: Zwanzig Jahre nach der Gründung von Universitätsklinikum und Medizinischer Fakultät fand man im ursprünglichen Klinikbereich Neubauten nur sehr verstreut. Möglich war dies, weil sich auch im Außenbereich Kliniken ansiedelten. Nahezu alle Altbauten wurden durch Umbau oder Erweiterung den neuen Erfordernissen angepasst und blieben dennoch häufig nur Provisorien. Das Bild aber bestimmten die Neubauten. Immer eindringlicher stellte sich das vorhandene Pavillonsystem hinsichtlich der zurückzulegenden langen Wege wie auch der hohen Betriebskosten als nachteilig heraus.

Die siebziger Jahre

In den siebziger Jahren dann begann die Verdichtung endgültig. Auf dem freien Gelände zwischen Chirurgie und Innerer Medizin entstand 1970 der Bestrahlungsbunker (49) und 1973 ein Isotopengebäude (50). Das Hochbauamt zeichnete verantwortlich. Und 1975 wurde die Innere Medizin um eine von Gerd Volker Heene geplante Poliklinik erweitert. Seither schob sich vor den achtgeschossigen Rechteckflügel ein zweiter niedriger in das Parkgelände und bildet mit den zugehörigen Altbauten einen weitverzweigten Gebäudekomplex.

Ähnlich kompakt entwickelte sich die Orthopädie. Die Altbauten wurden vom Staatlichen Hochbauamt zu Bettenhäusern umgebaut, ein neuer OP-Ambulanztrakt 1971 dazwischen geschoben und 1974 mit einem Unterrichts- und Labortrakt erneut erweitert. So sind Alt und Neu ab 1974 zu einer größeren Funktionseinheit zusammengefasst, nachdem bereits 1965-1967 eine Bäder- und Massageabteilung entstanden war. (37) Zehn Jahre später sanierte und erweiterte der Architekt Konny Schmitz diesen Komplex dann erneut. Er hatte einen Neubau vorgeschlagen, konnte sich aus finanziellen Gründen aber nicht durchsetzen. Das Ergebnis: die Sanierung wurde erheblich teurer. Seitdem schmückt das Hörsaalfoyer ein Wandbild, eine Fotographik von Monika von Boch. Es zeigt das allgemein bekannte Symbol der Orthopädie und steht damit in inhaltlichem Zusammenhang zu seinem Ort. Brigitte Schuller interpretiert dieses Symbol auf neue Weise mit einer keramischen Skulpturengruppe: Säulen, die an Bäume erinnern, und schirmt damit den offenen Warteraum in der Eingangshalle ab. Im Innenhof steht wieder ein Brunnen von Oswald Hiery.

1976 erhielt die Mund-Kiefer-Chirurgie durch das Staatliche Hochbauamt einen Erweiterungsbau (71), um damit die Ausbildungskapazität für die Studierende zu erhöhen. Ein Anbau an den Pavillon 90,7 der Neurologie trägt die Handschrift des Architekten Norbert Köhl. Nicht nur die Kliniken, auch Institute, etwa Biochemie (45) und Virologie (47), wurden mit Erweiterungsbauten den neuesten Anforderungen gerecht.

Wieder mussten alte Gebäude weichen; Dampfkochküche und Dampfwaschküche, die der Generalbebauungsplan 1963 noch unangetastet ließ, wurden abgerissen, damit auf diesem für die Versorgung des Klinikums zentral, für die Andienung jedoch peripher gelegenen Gelände die neue Zentralküche entstehen konnte. 1973 begannen die Bauarbeiten für Küche und Personalcasino (32). 1977 konnte das von Günter Follmar geplante kompakte, zweigeschossige Gebäude an die Nutzer übergeben werden. Durch die Hanglage des Geländes entstand eine überdeckte Warenanlieferung, hinter der sich im Kellergeschoss Lager- und Kühlräume ausbreiten konnten. Die Küchenhalle im Hauptgeschoss wird von oben belichtet, während sich der rundum verglaste Speisesaal wie ein Schiffsdeck über die Anlieferung im Untergeschoss hinausschiebt. Das Stützensystem, eine breite Dachtraufe, und die auskragenden, als Gestaltungsmoment herausgehobenen Deckenträger, sowie die auffällige Farbgebung tragen zum interessanten Eindruck dieses Gebäudes bei. Die lichte Architektur der Speisesäle nahm der Künstler Gero Koellmann mit seinem dreiteiligen, in die Wand integrierten Lichtrelief auf.

Personalcasino, Gebäude 32

Im Außenbereich erweiterte der Architekt Konny Schmitz bis 1980 die Neurochirurgie um einen reinen Operationstrakt (90,5) mit Unfallaufnahme, Intensivstation, neuroradiologischer Ambulanz und weiteren Funktionsräumen. Es war der erste Versuch innerhalb des Klinikums, große Betriebsstellen als in sich geschlossene Baukasteneinheiten zu verwirklichen. Schmitz entwickelte ein Konstruktionssystem, das auch den späteren Einbau umfangreicher Installationen oder betriebstechnischer Anlagen ermöglichte.

Die achtziger Jahre

Als 1978 das saarländische Denkmalschutzgesetz verabschiedet wurde, war die ehemalige Heil- und Pflegeanstalt noch nicht im Fokus der Denkmalpflege. Sie schaltete sich erst 1985 ein. Nach einer genauen Bestandsaufnahme wurden noch im selben Jahr drei Einzeldenkmale – das Festsaalgebäude, die Simultankirche und das ehemalige Leichenhaus – und ein Denkmalensemble festgelegt. Das Ensemble am nördlichen Klinikeingang setzt sich zusammen aus dem Festsaalgebäude, dem Verwaltungsgebäude (11), dem ehemaligen Wohnhaus des Oberarztes (12) sowie dem Wohnhaus des Direktors (17), die heute beide von der Verwaltung genutzt werden. Nur hier kann man noch einen Eindruck der ursprünglichen, in die weite Parklandschaft eingefügten Anlage erahnen.

1989 wurde der Funktionstrakt der Chirurgie eingeweiht. Er entstand nach den Vorgaben eines von Prof. Dr. Hans Ulrich Riethmüller, Tübingen, entwickelten Funktions- und Raumkonzeptes. Dieses wurde von Konny Schmitz in seiner Planung umgesetzt und sprengte den Maßstab der alten

Festschrift 1909-2009
Universitätsklinikum des Saarlandes
Vom Pavillon zum Masterplan – Ein Abriss der hundertjährigen Baugeschichte des Homburger Universitätscampus

Anstalt nun endgültig. Parallel hintereinander geschaltete Bauteile sind durch Querflügel untereinander verbunden und fügen sich zu einem großvolumigen, funktional komprimierten Baukörper. In der Außenansicht stellt er sich als ein Gebäude mit hohen Vor- und niedrigeren Rücksprüngen mit Innenhöfen dar. Es dockt an die Südseite des Bettenhauses an und nimmt große Teile der damals noch vorhandenen Parkanlagen ein. Der Besucher- und Patienteneingang in den Gesamtkomplex war weiterhin im Bettenhaus zu finden. Auf den Fassaden des Funktionstraktes sind beige-blaue Keramikplatten nach einem Entwurf des Architekten Schmitz in einem geometrischen Muster und wechselndem Rhythmus verlegt und beleben die Wandflächen des ausschließlich funktional ausgerichteten Gebäudes. Seither wurden weitreichende Veränderungen vorgenommen, u.a. ein Annexbau an die Pflegestationen angeschlossen, diese um ein Geschoss erhöht, ein neuer Eingang geschaffen. Auf die grundlegende Sanierung mit einem blaugrün schimmernden Fassadenkleid wurde bereits hingewiesen. Für diese Umbaumaßnahmen zuständig war die Incopa.

Es kristallisierte sich immer mehr eine Folge von Klinikgebäuden in einem kompakten Nord-Südstreifen in der Mitte des Geländes heraus, während sich Institute und Forschungseinrichtungen in den Randbereichen ansiedelten. Mittelpunkt des Klinikums wurde die Verbindung Innere Medizin und Chirurgie. In diesem, auf dem hiesigen Campus architektonisch wenig gestalteten Zusammengehen unterschiedlicher medizinischer Bereiche findet eine neue Sichtweise in der Medizin ihren Ausdruck. Waren bis dahin die einzelnen Bereiche, Innere Medizin und Chirurgie, – um nur von diesen beiden zu sprechen – strikt voneinander getrennt, dazu noch in einzelne Spezialdisziplinen aufgefächert, werden jetzt die Gemeinsamkeiten gesucht. Dieser neu entstandene Kernbereich ist nicht nur die zweckgerichtete, Tag und Nacht besetzte medizinisch-technische und logistische Zentrale. Er verdeutlicht auch den Wandel im Bewusstsein der Ärzte. Im Gegensatz zum bisherigen disziplinären Denken wurde die „Problemorientierung“ in Krankenversorgung, Lehre und Forschung immer wichtiger. Teamwork und konsiliare Beratung sind unerlässlich. Denn im Mittelpunkt ihrer Heilkunst stehen nicht Teile des menschlichen Körpers, sondern der ganze Mensch, den die Ärzte während des gesamten Lebenszyklus, vom Kleinkind bis ins höchste Lebensalter, hilfreich begleiten sollen.

Der Architekt Konny Schmitz plante auch die neue Frauen- und Kinderklinik (9). Seit 1995 schiebt sie sich am westlichen Haupteingang vor das Hochhaus der Urologie. Erneut opferte man zwei frühere Landhäuser der Heil- und Pflegeanstalt. Auf Empfehlung des Wissenschaftsrates wurden ursprüngliche Überlegungen, die bestehenden Kliniken zu modernisieren, aufgegeben. Um alle geforderten Bereiche – medizinische Aufgaben, Forschung und Lehre – um einen gemeinsamen Eingangsbereich zu konzentrieren, entstand die W-förmige – der Architekt nennt sie „elchgeweihartige“ – Grundrissform, „die einerseits jedem Klinikteil die notwendige und spezifische Eigenentwicklung garantierte und andererseits die gemeinsamen Betriebsstellen unmittelbar zur Verfügung stellen bzw. andienen konnte.“ Es entstanden zwei in sich geknickte Bauflügel. Jeweils in ihrem Zentrum liegt der Arbeitskern mit sämtlichen Ver- und Entsorgungseinrichtungen; Treppen und Aufzüge sind hier zu finden. Dieser Gebäude-Grundriss verhindert lange Flure und erspart dem Pflegepersonal unnötige Wege. Schmitz löste die Schwierigkeit, zwei Kliniken mit ihren sehr unterschiedlichen Ansprüchen unter einem Dach zusammen zu fügen, sparsam und überzeugend. Gemeinsam zu nutzende Raumeinheiten – z.B. Operationssäle, Labors – sind austauschbar und flexibel, jedoch so organisiert, dass sich keine Überschneidungen ergeben. Während die Pflegestation der Frauenklinik auf dem üblichen Zweispänner aufbaut, entwickelte der Architekt für die Kinderklinik aus jeweils drei zusammengeschlossenen Räumen Kleinstpflegeeinheiten, die je nach Bedarf variabel sind.

Wesentlich für die Gestaltung war die Vorgabe von höchstens fünf Geschossen, um sich der bestehenden Struktur des Klinikums anzupassen. So plante Schmitz ein teilweise vergrabenes Untergeschoss, ein Erdgeschoss mit einladend geöffnetem Eingangsbereich, darüber zwei Operations- und Pflegegeschosse sowie ein zurückgesetztes Dachgeschoss. Es setzt sich aus Hausgruppen mit unterschiedlich geneigten Satteldächern zusammen und schiebt sich mit einer gerundeten Glasfront über den Eingang. Erkerartige Vorsprünge und Eckbalkone brechen die Fassaden auf. Material und Farbe wurden vom Architekten bewusst als Gestaltungselemente der Außenhaut einbezogen und damit auch auf die unterschiedlichen Bereiche im Innern hingewiesen. Vorgehängte Sandsteinplatten und Putz kennzeichnen wie in den alten Pavillons die Pflegegeschosse, Alublechelemente die technischen Bereiche sowie den Funktionsbauteil. Im Innern wurde bewusst auf das übliche sterile Weiß verzichtet und warme und wohnliche Farben, viel Holz und Naturstein verwendet. Für den Eingangsbereich, die Cafeteria und die anschließenden Wartebereiche entwarfen Studierende der HBK unter der Leitung der Professoren Harald Hullmann und Andreas Brandolini eine eigene Möblierung und die farbige Gesamtgestaltung. Die unvermeidliche Schwellenangst beim Betreten eines Krankenhauses sollte damit abgebaut werden. Im Außenraum entstand ein Brunnen, besser: eine Wasser-Erlebnislandschaft, von der Künstlerin Margret Lafontaine „Die Wasserequilibristen in ihrem hoffnungsfrohen Kreislauf“ genannt. Stege überspannen eine trapezförmige flache Wasserfläche, kinderfreundliche „Wächter“ säumen sie, fordern zum Spielen auf.

Brunnen, Frauen- und Kinderklinik, Gebäude 9

Vergleicht man die drei Bauten: Chirurgie von 1961, Hals-Nasen-Ohren-Klinik und Urologie von 1967 sowie diese Kombi-Klinik von 1995, dann wird der Wandel im Krankenhausbau offensichtlich. Und weitere Forderungen sind hinzu gekommen. Heute steht nicht mehr nur der hilfsbedürftige Mensch im Mittelpunkt, dem allein sich Ärzte und Pflegepersonal zu widmen haben, sondern immer drängender treten technische Aspekte und deren Wirtschaftlichkeit in den Vordergrund. Das Krankenhaus wurde zu einem komplexen „Arbeitsplatz“, dessen architektonische Gestaltung sich nicht mehr allein am Patienten ausrichten kann. Eingangssituationen, Funktionsbereiche, Krankenzimmer müssen Patienten wie Personal gerecht werden, indem sie den einen ihre Arbeit erleichtern, den anderen Chancen für Heilung und Wohlbefinden eröffnen.

Nachdem das Staatliche Hochbauamt in einer zweijährigen Sanierungsphase Psychiatrie und Neurologie den heutigen medizinischen wie bautechnischen Anforderungen genügend modernisiert hatte, erhielt der

Vom Pavillon zum Masterplan – Ein Abriss der hundertjährigen Baugeschichte des Homburger Universitätscampus

Carreras-Zentrum, Gebäude 45.3

Architekt Dieter Lothschütz 1996 den Auftrag, die geschlossene Abteilung im Pavillon Kraepelin umzubauen – Kranken- und Personalzimmer, Flure, Treppenhaus und Aufenthaltsbereich – sowie einen neuen Verbindungsgang mit heutigen Materialien – Stahl, Glas – zu errichten. Der Architekt sollte mit seiner Baumaßnahme die Umwelt der Patienten so gestalten, dass ein Klima der Geborgenheit entsteht. Dies war allein mit architektonischen Mitteln nicht zu erreichen. Lothschütz suchte die Hilfe des Künstlers Rolf Viva, der ein durchgehendes Farbkonzept entwickelte, das sich auf farbtheoretischer Grundlage aus hellen, warmen Farben und ihren Komplementären harmonisch zusammenfügt. Den für die Kranken wichtigen Wiedererkennungs-Effekt unterstützt eine bildkünstlerische Arbeit von Stefan Groß. Er schuf eine ovale Emailgrundform, mit der sämtliche Fenster und die Glaselemente in Flur und Treppenhaus individuell gestaltet wurden.

Carreras-Zentrum, Treppenhaus, gestaltet von Alex Gerns

Den Abschluss bilden zwei Institutsgebäude, die erst im neuen Jahrhundert entstanden.

2001 gewannen die Architekten Focht und Partner den Realisierungswettbewerb für ein Forschungsgebäude (61,4) mit zwölf eigenständigen Laboreinheiten. Sie konnten ihn bis 2004 umsetzen.

Um den alten Baumbestand zu schonen, erstreckt sich der zweigeschossige Baukörper unmittelbar am Straßenrand, verengt damit den Außenraum vor der Anatomie. Die Straßenseite mit den zentral genutzten Nebenräumen der zweibündigen Anlage wird vom haushohen, verglasten Eingang geprägt, während die Gartenfassade die Reihe harmonisch proportionierter, erkerartig hervortretender Laborräume bestimmen.

Forschungs- und Laborgebäude 61.4

Nicht weit davon entfernt baute 2006 der Architekt Manfred Schaus das José Carreras-Zentrum (45,3), ein Labor- und Leukämie-Forschungsinstitut, als Massivbau aus Betonfertigteilen und mit Fassaden aus Sandwichelementen in Sichtbeton. Aus den grauen Tafeln sticht eine knallrote hervor, die die Aufmerksamkeit auf den Eingang lenkt und die Bedeutung des Hauses unterstreicht. Im Gegensatz zur hermetisch strengen Straßenfront steht die holzverkleidete Gartenseite. Erst sie verrät die winkelförmige Anlage, mit der Schaus seinen Bau in die Campusstruktur harmonisch einfügt und die bestehende Grünfläche respektiert. Er nahm Rücksicht auf zwei alte Bäume, die beim Blick aus den Fenstern Anziehungspunkt sind. Ein schmaler Steg zieht den Besucher in das allgemein zugängliche Foyer hinein. Im Treppenhaus dieses wohlgeformten Baus überraschen ihn Alex Gerns Reihen aus kleinen Farbplatten, charakterisiert durch Ähnlichkeiten oder Unterschiede, Farbnuancen oder Pointierungen, die sich zu geschlossenen Kompositionen zusammenfügen.

In diesem Überblick wurden viele Bauten nicht erwähnt, – es hätte den Rahmen gesprengt. Aber alle Gebäude, alte wie neue, wurden, um den sich wandelnden Ansprüchen und Aufgaben zu genügen, umgebaut, erweitert, verändert, saniert und modernisiert, teilweise auch mehrfach. In manchem, heute architektonisch modern anmutendem Haus steckt im Kern noch der ursprüngliche Pavillonbau. Die ehemalige Heil- und Pflegeanstalt aber ist nicht mehr zu erkennen.

Vom Pavillon zum Masterplan – Ein Abriss der hundertjährigen Baugeschichte des Homburger Universitätscampus

Ausblick

Heute zeigt sich der Campus der Medizinischen Fakultät und des Universitätsklinikums des Saarlandes als ein teilweise ungeordnetes Konglomerat von alten und neuen Bauten, beachtenswerten und unschönen, großvolumigen und kleinteiligen, einigen auch maroden, mit wenigen zusammenhängenden Parkanlagen und meist zerrissenen Grünflächen, mit vollgestopften Parkflächen und engen Straßen und den wertvollen denkmalgeschützten Bauten sowie dazwischen eingestreuten Kunstwerken. Die starke Zergliederung erschwert die Orientierung. Benachbarte Disziplinen stehen häufig in keinem räumlichen und funktionellen Zusammenhang, diagnostische und therapeutische Abläufe werden erschwert. Die zukünftigen Anforderungen an medizinische Qualität, Effizienz und Wirtschaftlichkeit können so nicht erfüllt werden.

Um die weitere bauliche und funktionelle Entwicklung des Klinikums in geordnete, längerfristig umzusetzende Bahnen zu lenken, wurde ein Masterplan erstellt. Er enthält Visionen, Strategien, Ziele und konkrete Projekte.

2007 wurden drei im Krankenhausbau ausgewiesene Planerteams zur Teilnahme an einem Wettbewerb eingeladen. Ihre Aufgabe war die Ausarbeitung eines „Masterplans zur baulichen und funktionellen Entwicklung des Universitätsklinikums des Saarlandes und der Medizinischen Fakultät der Universität des Saarlandes am Campus Homburg“. Die hochkarätig besetzte Jury erklärte die Arbeitsgemeinschaft der Architekten Nickl & Partner, dem Landschaftsarchitekten Rainer Schmidt und dem Ingenieurbüro Dr. Ressel, alle in München ansässig, zum Sieger. Dieser Masterplan wurde inzwischen überarbeitet und der Öffentlichkeit vorgestellt.

Wie auf einer Perlenkette sind in einer mittigen Nord-Südstruktur einzelne Module, die Kompetenzzentren, aufgefädelt. Sie verläuft parallel zur zentralen Erschließungsstraße und wird begleitet von einem langgestreckten „grünen Anger“, der eine Platzanlage vor der Festhalle einschließt und den Baumhaine räumlich klar gliedern. Die Baumhaine schaffen Raumkanten für die unterschiedlich gestalteten Garten- und Platzräume, sorgen für menschliche Proportionen und laden Patienten, Besucher und Angestellte gleichermaßen zum Aufenthalt ein. Auch von außen werden Baumhaine in den Campus einfließen und ihn mit dem umgebenden Wald verbinden. Im Norden liegt an dieser Perlenkette die Frauen- und Kinderklinik; die Kette nimmt die bestehende Achse der Chirurgie auf und endet auf dem „Nervenberg“ im Süden. In diesem Streifen wird mit Ausnahme der drei genannten nach und nach die gesamte Altbausubstanz abgerissen.

Der Plan ermöglicht eine stufenweise Umsetzung, die noch 2009 mit dem Bau eines Verfügungszentrums beginnen soll. Dahin wird übergangsweise als erstes die Innere Medizin umziehen, um abgerissen und am alten Ort neu errichtet zu werden. Im Süden rundet ein orthopädisches Zentrum die Chirurgie ab, an die Innere Medizin schließt das Diagnose-Zentrum an. Das nächste Modul könnte beispielsweise ein Kopfzentrum sein. Und so geht es weiter. In diese schrittweisen Veränderungen könnten durchaus auch heute noch unbekannte Anforderungen einfließen.

Fotovision der neuen Klinik für Innere Medizin

Vom Pavillon zum Masterplan – Ein Abriss der hundertjährigen Baugeschichte des Homburger Universitätscampus

Beidseitig der Perlenkette konzentrieren sich die Institute und vorklinischen Forschungseinrichtungen. Für ein zentrales Hörsaalgebäude und eine Bibliothek soll ein Wettbewerb ausgeschrieben werden. Physiologie und Anatomie bekommen neue Gebäude, die Forschungsinstitute der theoretischen Medizin werden in einem Zentrum zusammengefasst. So sieht es jedenfalls der Masterplan vor.

„Was die Zukunft wirklich bringt, das wissen wir nicht, aber dass wir handeln müssen, wissen wir.“ Dieses Zitat von Friedrich Dürrenmatt haben der Architekt Prof. Hans Nickl und seine Partner ihrem Masterplan-Entwurf vorangestellt. Handeln wollen auch die Verantwortlichen von Universitätsklinikum und Medizinischer Fakultät, um für die nächsten 100 Jahre erneut eine erfolgreiche Campusgeschichte einzuläuten.

Autorin
Marlen Dittmann arbeitete nach dem Studium der Architektur in Aachen zunächst in einem Planungsbüro, um dann ab 1982 als Architekturpublizistin tätig zu sein. Sie veröffentlichte zahlreiche Beiträge in Tageszeitungen, Fachzeitschriften und wissenschaftlichen Publikationen über Architektur, Städtebau, Denkmalpflege und Kunst im öffentlichen Raum. Außerdem ist sie Autorin mehrerer Bücher.

Quellen

Denkschrift zur Errichtung der Pfälzischen Heil- und Pflegeanstalt Homburg. Hrsg. Kreis Pfalz, Speyer 1910. Nachdruck durch die Universitätskliniken des Saarlandes 1989

Kunst im öffentlichen Raum Saarland. Band 2 Universität des Saarlandes 1945 bis 1999, Campus Saarbrücken, Campus Homburg/Universitätskliniken des Saarlandes, Aufsätze und Dokumentation, Hrsg. Jo Enzweiler, Saarbrücken 1999

Kunst im öffentlichen Raum. Universitätskliniken Homburg / Medizinische Fakultät. Dokumentation der Kunstwerke im öffentlichen Raum nach 1945, Hrsg. Jo Enzweiler, Saarbrücken 2007

Martin Klewitz, Gedanken zur neuzeitlichen Entwicklung der Hospitalbauten am Beispiel des Universitätsklinikums in Homburg / Saar. In: Festschrift für J.A. Schmoll genannt Eisenwerth zum 90. Geburtstag. Hrsg. Winfried Nerdinger und Norbert Knopp, München 2005

Rudolf Leppien, Das Landeskrankenhaus Homburg-Saar. In: Saarheimat 1975, S. 149f.

Die Medizinische Fakultät im Grünen der Universität des Saarlandes in Homburg / Saar. Supplement 6 Annales Universitatis Saraviensis Medicinale, Hrsg. Prof. Dr. med. Paul Fritsche und Heinz Weinkauf, Homburg / Saar, o.J.

Universität des Saarlandes 1948 – 1973. Hrsg. der Präsident der Universität des Saarlandes, Saarbrücken 1973

UKS Report, Sonderausgabe 60 Jahre UKS 1947 – 2007, April 2007

Friedrich Ahammer, Staatliches Bauen im Saarland, München 1959

Klinikkirche (Gebäude 55). Hrsg. Universitätsklinikum des Saarlandes in Kooperation mit der ökumenischen Klinikseelsorge, Homburg /Saar, Januar 2008

Hals-Nasen-Ohren- und Urologische Universitätsklinik im Landeskrankenhaus Homburg 1968. Hrsg. Ministerium des Inneren – Oberste Landesbaubehörde, Saarbrücken 1968

Neubauten des Saarlandes. Hrsg. der Minister für Umwelt, Raumordnung und Bauwesen, Saarbrücken 1978

Frauen- und Kinderklinik der Universitätskliniken des Saarlandes Homburg / Saar. Hrsg. Ministerium für Wirtschaft und Finanzen des Saarlandes, Hochbauabteilung, Saarbrücken, April 1999

Masterplan zur baulichen und funktionellen Entwicklung des Universitätsklinikums des Saarlandes und der Medizinischen Fakultät der Universität des Saarlandes am Campus Homburg. © Nickl & Partner Architekten AG, München 2007

Konny Schmitz, Dipl.-Ing. Architekt AKS, BDA, dwb, Werkbericht 1954 bis 1985, Dillingen.

Axel Hinrich Murken, Vom Armenhospital zum Großklinikum. Die Geschichte des Krankenhauses vom 18. Jahrhundert bis zur Gegenwart, Köln 1995

Hubert Ritter, Der Krankenhausbau der Gegenwart, Stuttgart 1954

Robert Wischer, Hille Rau, Das Friesenkonzept für das Krankenhaus und das Gesundheitswesen von morgen, Stuttgart 1988

Robert Wischer, Hans-Ulrich Riethmüller, Zukunftsoffenes Krankenhaus. Fakten, Leitlinien, Bausteine, Wien 2007

Krankenhäuser, Architektur und Wettbewerbe 184, Stuttgart 2000

Nie mehr krank sein – von der Klinik zum Dienstleistungshotel.
In: Baumeister 5, 2005.

Fotonachweis
Stadtarchiv Homburg (5), Fotosammlung Erika Böhm, Rüdiger Koop (11),
© Nickl & Partner Architekten AG

Christiane Roos

Entwicklung der Pflege

Wer im Jahre 2009 Pflegekräfte auf den Stationen des UKS beobachtet, braucht eine Menge Phantasie, um sich vorzustellen, wie Patienten zu Beginn des 20. Jahrhunderts gepflegt wurden. Denn kaum ein anderes Berufsbild im Bereich des Gesundheitswesens hat in den vergangenen 100 Jahren eine solche Entwicklung erfahren, wie das des Pflegepersonals.

Diejenigen, die sich 1909 um die Psychiatrie-Patienten der neu gegründeten Heil- und Pflegeanstalt kümmerten, wurden noch als Wärter bezeichnet. Sie hatten vor allem die Aufgabe, Patienten zu beobachten, sie zu bewachen, in der Heil- und Pflegeanstalt für Ordnung und für den geregelten Arbeitseinsatz der Insassen zu sorgen. In der Regel wurden diese Stellen mit einfach strukturierten Persönlichkeiten besetzt, die wenig soziales Ansehen genossen und einer strengen Aufsicht der Anstaltsleitung unterstanden. „Zu einem guten Wärter gehören Geduld, Gutmütigkeit, sogar etwas Beschränktheit (. . .). Mit gelehrten Wärtern riskieren wir, psychiatrische Pfuscher zu erziehen, die (. . .) nur Unheil stiften“ – so stand es in einem Leitfaden der Krankenwartung für die königliche Charité (1), die die damals übliche Einstellung gegenüber dem Personal in der Psychiatrie beschreibt.

Als sich in der Behandlung psychiatrischer Patienten zunehmend therapeutische Möglichkeiten eröffneten und durchsetzten, trat ihre Bewachung eher in den Hintergrund. Das betreuende Personal erfuhr eine Aufwertung, die sich sowohl in der Erweiterung der Aufgaben als auch in der Berufsbezeichnung niederschlug: Wärter wurden durch Pfleger und Pflegerinnen ersetzt, die in der Gesamthierarchie der Einrichtung nochmals einer eigenen Rangordnung unterstanden. Es gab Pfleger/innen und Oberpfleger/innen. In den einzelnen Pavillons waren eigene Zimmer für das Pflegepersonal eingeplant.

Entwicklung der Pflege

Kinderpflege 1962

Die Arbeit der Pflegenden und ihre Arbeitsbedingungen während der Gründungszeit der Pfälzischen Heil- und Pflegeanstalt sind kaum dokumentiert. Dies wirft ein bezeichnendes Licht auf den Stellenwert dieser Berufsgruppe innerhalb des Gesundheitssystems, auf ihr Sozialprestige, aber auch auf das fehlende Selbstbewusstsein und das fehlende Bedürfnis der Selbstdarstellung dieses Berufsstandes.

Verwertbare schriftliche Äußerungen liegen erst seit der Arbeitsaufnahme der Schwestern vom Heiligen Geist im Jahre 1922 vor, als die Heil- und Pflegeanstalt zum Landeskrankenhaus ausgeweitet wurde. So ist etwa dokumentiert, dass damals für jede Schwester eine monatliche Vergütung von 800 Mark gezahlt wurde, und dass die Ordensleute ein hohes Ansehen genossen. Über die ethischen Grundsätze ihrer Pflege und die zeitliche Entwicklung bis zum Ausscheiden der Schwestern im Jahre 1960 – als längst auch weltliches Pflegepersonal auf den Stationen arbeitete – geben die Satzungen und Chroniken des Ordens Auskunft.

Die Dokumentation außerhalb des Ordens bleibt auch bis in die Mitte des 20. Jahrhunderts mangelhaft. Umso wertvoller ist die Erinnerung einer Zeitzeugin, die von ihrer Arbeit in Zeiten von Chaos, Zerstörung, Aufbau und Neubeginn nach 1945 berichtet. Heute 87 Jahre alt, begann sie direkt nach Kriegsende ihre Arbeit als ausgebildete Schwesternhelferin am Landeskrankenhaus und beendete 1948 die damals noch zweijährige Ausbildung zur Krankenschwester. Sie erzählt von den Bedingungen, unter denen Pflege 1945 funktionieren musste: „Die Zerstörungen an den Gebäuden waren gering, aber die gesamte Infrastruktur lag darnieder.“ Die Wasserversorgung, die elektrischen Leitungen, Telefonanlagen und Verkehrswege waren weitgehend unbrauchbar. „Das Kochwasser für die Küche musste per Pferdefuhrwerk vom Brunnen in Kirrberg herbeigekarrt werden. Die Wäscherei musste ihren Betrieb völlig einstellen, und in vielen Stationen türmte sich die Schmutzwäsche bis an die Zimmerdecke.“ Wo heute Patienten mit Krankenwagen transportiert werden, bot sich 1945 ein völlig anderes Bild: „Alles musste getragen oder zu Fuß geschoben werden“, erinnert sich unsere Zeitzeugin. „Die Patienten konnten nur per Bahre verlegt werden; das Essen wurde mit Körben, Kannen und Töpfen von der Zentralküche zu den einzelnen Stationen gebracht – tagaus, tagein, bei jeder Witterung.“

Ein normaler Ablauf der Patientenversorgung war kaum möglich, denn es fehlte an allem. Zu wenig Personal, kaum Medikamente, Verbandsmaterial, Instrumente.

Bis Mitte der 1950er Jahre hatten sich die äußeren Bedingungen wesentlich verbessert, und mit der Gründung der Krankenpflegeschule (1955) und der Kinderkrankenpflegeschule (1958) wurde eine fachgerechte Ausbildung für das Pflegepersonal eingeführt. Am Bild der Pflege in der öffentlichen Wahrnehmung hatte sich dagegen nichts geändert. Noch immer war die Arbeit der vornehmlich weiblichen Pflegekräfte auf eine dienende, aufopferungsbereite Assistenzfunktion reduziert. Beispielhaft sei hier die heimische Presse zitiert.

60er Jahre

Unter der Überschrift „Schwesterndienst ist Opferdienst“ erschien 1958 ein Artikel, nachdem zwei Schülerinnen das Krankenschwesterexamen mit „sehr gut“ bestanden hatten: „Schwesterndienst ist Opferdienst, sollte es jedenfalls immer sein (. . .). Mühevolle Nachtwachen, harte Tagesarbeit, ein gutes Herz im mitfühlenden Sinne und doch die Stärke, viel Elend anzusehen, ohne dabei selber zugrunde zu gehen, (. . .) das ist die Aufgabe, (. . .) die (sic!) sich jede Krankenschwester von neuem jeden Tag stellen muß.“ Und weiter: „Wer durchhalten will im Dienste an der leidenden Menschheit, muß in erster Linie dienen wollen (. . .) (2).

50 Jahre später: Krankenschwestern und –pfleger heißen 2009 Gesundheits- und Krankenpfleger/in. Aber nicht nur die Berufsbezeichnung hat sich geändert – das Berufsbild und die Arbeitsweise von heute sind mit

Die Schwestern vom Heiligen Geist

denen von vor 100, vor 50, selbst vor 20 Jahren nicht mehr zu vergleichen. War der Pflegeberuf früher ausschließlich ein Assistenzberuf der Medizin fast ohne Entscheidungsbefugnis, so ist das Pflegepersonal heute ein wesentlicher Teil der modernen Hochleistungsmedizin. Die Pflegekräfte des UKS nehmen regelmäßig an Fort- und Weiterbildungen teil, um den ständig wachsenden Ansprüchen gerecht zu werden. Sie benötigen medizinisches, pharmakologisches und technisches Fachwissen, müssen immer mehr verwaltungstechnische und bürokratische Aufgaben übernehmen und neben all diesen Anforderungen doch genügend Zeit finden, den Patienten die so wichtige Aufmerksamkeit und Zuwendung entgegenzubringen.

Bei allen Fortschritten – einiges hat sich bis heute kaum geändert. Vor allem weibliche Pflegekräfte kämpfen noch immer gegen das Bild, das in der Öffentlichkeit über den Berufsstand vorherrscht: das Bild der selbstlos dienenden Krankenschwester, die bewundernd zu den Ärzten aufschaut. Es ist ein Bild, das von Fernsehserien und Arztromanen gefördert wird und mit der Wirklichkeit nichts zu tun hat. Es entspricht nicht der Realität des Berufsstandes, der am nächsten am Patienten ist, der eine eigene große Verantwortung trägt, Veränderungen bei den Patienten rechtzeitig erkennen und selbständig darauf reagieren muss. Das öffentliche Bild berücksichtigt noch nicht die Tatsache, dass Pflege und Medizin in der Patientenversorgung zunehmend zu gleichberechtigten Partnern geworden sind.

Die Schwestern vom Heiligen Geist

Sr. Rosa, Gründungsoberin der Heilig-Geist-Schwestern

Sie hatten außergewöhnliche Namen: Lidwina, Leokadia, Aquilina, Gorgonia, Cassilda, Makaria oder Alfonsa. Und sie leisteten auch unter schwierigen Umständen ausgezeichnete, fachgerechte Arbeit. Ordensschwestern vom Heiligen Geist aus dem Mutterhaus Marienhof in Koblenz übernahmen mit der Eröffnung des Landeskrankenhauses die Krankenpflege, die Haus- und die Küchenverwaltung der Einrichtung. Am 15. Juli 1922 traten sieben Ordensschwestern ihren Dienst am LKH an – 1938 arbeiteten hier mehr als 60 Schwestern.

Offenbar arbeiteten sie gerne in Homburg, denn – so steht es in der Chronik des Ordens – sie nannten ihren Arbeitsplatz „das Paradies“. Wegen „der schönen Lage der als Pavillonsystem geschaffenen Bauten inmitten der gut gepflegten Parkanlagen, fern von der Unruhe des Städtchens“.

Als das LKH mit Beginn des Zweiten Weltkrieges geräumt wurde, begleiteten einige Schwestern die Patiententransporte in Krankenhäuser außerhalb der Region. Andere blieben in Homburg und betreuten im Dienst der Wehrmacht das auf dem Gelände des LKH eingerichtete Lazarett. Als nach Kriegsende der Krankenhausbetrieb wieder aufgenommen

Das Gräberfeld der Schwestern vom Heiligen Geist auf dem Friedhof des Klinikums

wurde, waren neben dem kirchenunabhängigen Pflegepersonal zunächst noch etwa 30 Ordensschwestern an den bald gegründeten Universitätskliniken beschäftigt. Wegen fehlenden Nachwuchses schieden die Schwestern vom Heiligen Geist 1960 endgültig aus dem Krankenpflegedienst in Homburg aus.

Die Schwestern waren bei den Patienten beliebt, ihre Arbeit wurde von den Ärzten und der Verwaltung geschätzt und respektiert. Ihre konfessionelle Bindung hatte keine einschränkende Wirkung – ihre Satzung forderte: „nicht katholische Kranke sollen mit gleicher Liebe gepflegt werden“.

Die Schwestern vom Heiligen Geist

Während der Zeit des Nationalsozialismus' bezogen die Ordensschwestern klar Stellung. Sie lehnten die Zwangssterilisation von Patienten ab, die als erbkrank eingestuft worden waren, und verweigerten die Mitwirkung an entsprechenden Operationen. Zwar pflegten sie die Operierten, aber sie betraten weder den Operationssaal, noch halfen sie bei den Vorbereitungen zu solchen Operationen – aus dieser konsequenten Haltung erwuchsen den Schwestern keinerlei politische und disziplinarische Nachteile.

Prof. Dr. Gernot Feifel / Christiane Roos

Die Initiative Krankenpflege

Im Jahre 1994 von engagierten Pflegekräften gegründet, ist die Initiative Krankenpflege (IK) eine von Medizin und Politik als wesentlicher Teil des Gesundheitsbetriebes anerkannte Einrichtung, die Pflegenden aus dem UKS, aus den Kliniken der Region und aus ambulanten Pflegediensten offen steht. Sie verfolgt berufspolitische Ziele, übernimmt Aufgaben der beruflichen Qualifizierung und unterstützt kulturelle und soziale Projekte. Anlässlich des 10-jährigen Jubiläums nannte der saarländische Ministerpräsident Peter Müller die IK ein Element aktiver Bürgergesellschaft, das die Stärkung der Pflege und ihre Anerkennung in der Öffentlichkeit vorangetrieben habe.

„Wir haben uns in der Gewerkschaft und den Berufsverbänden nicht ausreichend vertreten gefühlt und wollten erreichen, dass die Pflege mit einer Stimme spricht", erklärt Staut, IK-Vorsitzender und Pflegedirektor des UKS. Mit der IK solle erreicht werden, dass Pflege nicht fremdbestimmt werde und zwischen Medizin und Verwaltung eine eigene Rolle spielen könne. Die IK meldet sich als Sozialpartner immer dann zu Wort, wenn es um Arbeitsbedingungen der Pflege geht.

Überregionale Bedeutung hat die Initiative mit ihren Bildungsveranstaltungen erreicht. Sie veranstaltet regelmäßig Pflegekongresse und Symposien und fördert dadurch neben der qualifizierten Arbeit der Pflegenden auch den innerberuflichen Erfahrungsaustausch. Darüber hinaus, „zeigen wir nach außen, dass wir eine Berufsgruppe sind, die für die Qualität ihrer Arbeit selbst aktiv wird", betont Staut.

Um die Motivation von Mitarbeitern in der Pflege zu fördern und ihre Arbeit zu unterstützen, verleiht die IK seit 2004 jährlich den mit 2500 Euro dotierten Homburger Pflegepreis. Ausgezeichnet werden neue pflegerische Konzepte, bei denen der Patient und seine Bedürfnisse im Mittelpunkt stehen. Um den Preis können sich Einzelpersonen, Stationen oder Kliniken aus allen Bereichen der Pflege bewerben.

Kulturell engagiert sich die IK mit der Reihe „Kunst und Kultur im Krankenhaus". Sie organisiert Konzerte, kunsthistorische Vorträge und Kabarettabende. Die Veranstaltungen richten sich an Mitarbeiter des UKS, an Patienten, deren Angehörige und an die Bevölkerung der Region. Darüber hinaus übernimmt die IK auch eine soziale Verpflichtung – vor allem gegenüber Kindern. Die in diesem Zusammenhang bis heute größte Veranstaltung fand vor zehn Jahren statt. Gemeinsam mit verschiedenen Elterninitiativen und der Stadt Homburg lud die IK zum großen Kinderfest unter dem Motto „Hier kommt die Maus". Einen Tag lang hatten 12 000 Gäste auf dem Klinikgelände Spaß und Unterhaltung. Während dieses Fest eine einmalige Veranstaltung blieb, unterstützt die IK seit mehr als zehn Jahren auch eine dauerhafte Einrichtung: jeden Donnerstag ist der Klinik-Clown auf den Stationen der Universitäts-Kinderklinik unterwegs. Auch bei diesem Projekt arbeitet die IK mit verschiedenen Elterninitiativen zusammen. Der Klinik-Clown, so Staut, „macht den Kindern das Leben im Krankenhaus ein bisschen leichter und bunter und leistet damit einen wichtigen Beitrag zur Therapie".

Christiane Roos

Pflege in Homburg gestern und heute

Stellung der Pflege

1909 hatten Wärter oder Pfleger eine untergeordnete Stellung. Bei ihrer Arbeit stand die Beobachtung und Bewachung der Patienten im Vordergrund. Später hatten Pflegende zwar umfassendere Aufgaben, behielten jedoch gegenüber Medizinern eine reine Assistenzfunktion. Sie waren weisungsabhängig und hatten kaum eigene Entscheidungsbefugnisse.

Heute hat die Pflege einen hohen Stellenwert innerhalb der Medizin. Sie hat eigene Kompetenzen innerhalb derer sie eigenverantwortlich und selbständig arbeitet. Innerhalb der Verwaltung wird dies dadurch deutlich, dass die Pflege von einem eigenen Pflegedirektor mit eigenem Geschäftsbereich vertreten wird.

Mit der Änderung der Berufsbezeichnung – aus Krankenschwestern/-pflegern wurde Gesundheits- und Krankenpfleger/innen – soll die Bedeutung von Prävention und Gesundheitserhaltung für das Berufsbild deutlich gemacht werden.

Arbeitszeiten

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts waren 14-Stunden-Dienste keine Ausnahme, was zu einer Wochenarbeitszeit von knapp 100 Stunden führen konnte. Heute gilt für Pflegekräfte die 38,5-Stunden-Woche. Ehemals starre Diensteinteilungen im Drei-Schicht-Betrieb werden abgelöst von flexiblen Diensten.

Ausbildung

Wärter waren in der Regel angelernte Kräfte ohne spezielle Ausbildung. Später eingestelltes Pflegepersonal hatte eine meist einjährige, ab Mitte des 20. Jahrhunderts eine zweijährige Ausbildung.

In Homburg wird 1955 die Krankenpflege-, 1958 die Kinderkrankenpflegeschule gegründet.

Heute dauert die Ausbildung drei Jahre und schließt mit einer staatlichen Prüfung ab. Nach Abschluss der Ausbildung sind Pflegekräfte verpflichtet, regelmäßig an Fortbildungen teilzunehmen, um ihre dauerhafte Qualifikation sicherzustellen.

Aufstiegsmöglichkeiten

Bis in die 1970er Jahre gab es im Pflegeberuf kaum Aufstiegsmöglichkleiten. Mit Weiterbildungen und Qualifizierungsmaßnahmen stehen Pflegekräften heute dagegen verschiedene Möglichkeiten offen. Sie können sich beispielsweise in bestimmten Bereichen als Fachpfleger/in qualifizieren, Leitungs- und Managementfunktionen übernehmen oder ein Pflegestudium absolvieren.

Schwestern in der Apotheke des Landeskrankenhauses

Pflege in Homburg gestern und heute

Autorin
Christiane Roos, geboren in Homburg, aufgewachsen in Kaiserslautern, lebte von 1974 bis 1996 in München. Sie studierte Rechtswissenschaften an der Ludwig-Maximilians-Universität und war nach ihrem 2. Staatsexamen bei einer Bank und in der Arbeitsverwaltung beschäftigt. Sie lebt seit 1996 wieder in Homburg, arbeitet als Kommentatorin für mehrere juristische Handbücher und als freie Journalistin unter anderem für den UKS-Report, die Klinikzeitung des UKS.

Quellen
(1) Hilde Schädle-Deininger, „Fachpflege Psychiatrie“, 2006, S. 38
(2) Pfälzischer Merkur, 5. September 1958
Zeitzeugen (siehe Impressum)

Fotonachweis
Rüdiger Koop (3), Cilly Baltes (2), Archiv der Krankenpflege-Genossenschaft der Sr. v. Hl. Geist im Marienhof in Koblenz (3)

Esther Massar

Zeit für Mitmenschlichkeit „Ich bin krank gewesen, und ihr habt mich besucht“ Seelsorge am Klinikum Homburg

Pflegerische und seelsorgerliche Aufgaben waren in den Anfangszeiten des Klinikums Homburg eng miteinander verbunden. Dies zeigt ein Zitat aus den Satzungen der katholischen Ordensgemeinschaft vom Heiligen Geist, deren Schwestern 38 Jahre lang (bis 1960) am Landeskrankenhaus tätig waren:

„... die Lesung aus einem nützlichen Buche, sowie die Gespräche müssen so eingerichtet werden, daß diese (die Kranken) dadurch erbaut, erheitert, an Leib und Seele erquickt werden; die dürfen nicht allzu häufig, nicht zu lang dauernd sein, nicht belästigen, noch allzu sehr zerstreuen. Nicht katholische Kranke sollen mit gleicher Liebe gepflegt werden.“

Die Krankenseelsorge in Form von Gottesdienst und Sakramentsverwaltung lag zeitweise in der Zuständigkeit der Pfarrer der Stadt Homburg.

1932 waren im Landeskrankenhaus ein hauptamtlicher katholischer Seelsorger, ein nebenamtlicher evangelischer Seelsorger, ein israelitischer Seelsorger, ein katholischer und ein evangelischer Organist angestellt.

Heute sind bei der katholischen Klinikseelsorge zwei Priester, ein Pastoralreferent und eine Gemeindereferentin sowie ein nebenamtlicher Diakon tätig. Bei der evangelischen Klinikseelsorge arbeiten drei Pfarrerinnen mit jeweils halbem Dienstauftrag sowie ein Pfarrer und eine Pfarrerin mit jeweils ganzer Stelle.

Als Räume der Stille und für die persönliche Andacht stehen die Klinikkirche (Gebäude 55) mit der sie umgebenden Ruhezone und die Kapelle (Gebäude 51) zur Verfügung. In der Klinikkirche werden die Gottesdienste beider Konfessionen gefeiert (Simultankirche).

Bis vor etwa 20 Jahren wohnten Ärzte, Pflegepersonal und andere Mitarbeiter mit ihren Familien im Klinikgelände – ebenso wie die „Anstaltspfarrer“ selbst. Daher fanden Veranstaltungen, wie z.B. Frauenkreis, Kindergruppe, Kirchenfest, auf dem Gelände statt. Da die im Klinikum Beschäftigten heutzutage außerhalb wohnen, gibt es diese Formen kirchlicher Gemeindearbeit nicht mehr.

Eingang Klinikkirche, Gebäude 55

Zeit für Mitmenschlichkeit – Seelsorge am Klinikum Homburg

Manche der im Gelände Beschäftigten, auch Ehemalige und ihre Familien, fühlen sich der Klinikkirche verbunden. Sie feiern dort ihre kirchliche Trauung oder Jubiläumstrauung und die Taufen ihrer Kinder.
„Die Krankenhausseelsorge ist ein besonderer Dienst der Kirche in der speziellen Erlebens- und Arbeitswelt der Klinik. Sie richtet sich an
– die PatientInnen und ihre Angehörigen
– an die MitarbeiterInnen im Krankenhaus
– an die Institution selbst (Menschenbild, Ethik, Betriebsklima).
Krankenhausseelsorge wird erfahrbar durch Begegnung und Beziehung. Sie geschieht durch Kommunikation und Begleitung. Sie ist offen für unterschiedliche Lebens- und Glaubensorientierungen. Sie respektiert die je eigene Lebensdeutung und unterstützt die persönliche Selbstbestimmung. Sie begleitet Menschen im Sterben und weicht der Endlichkeit nicht aus.“
(siehe Leitlinien der Ev. Krankenhausseelsorge vom 15. März 2006)

Die katholischen und evangelischen SeelsorgerInnen haben die Stationen des Klinikums untereinander aufgeteilt. Dort bieten sie sich den Patienten und ihren Angehörigen – ungeachtet, welcher Konfession oder Religion sie angehören – als Gesprächspartner an. Die Gespräche stehen unter besonderem Vertrauensschutz und unbedingter Verschwiegenheit (Beichtgeheimnis).

Der Inhalt des Gespräches wird von den Patienten bzw. den Angehörigen selbst bestimmt: Manche sprechen sich aus über ihre Krankheit und die damit verbundenen Belastungen und Ängste. Andere reden sich ihre beruflichen oder familiären Probleme von der Seele. Auch Trauer über Verstorbene oder über zerbrochene Beziehungen wird zuweilen thematisiert. Klagen und die Frage nach dem Warum und Wozu finden ebenso Raum wie Hoffnung und Dankbarkeit. Und manchmal wird auch einfach entspannt erzählt.

Die SeelsorgerInnen bringen für diese Gespräche vor allem Zeit und ein offenes Ohr mit. So versuchen sie, in dem großen, hochspezialisierten und technisierten Medizinbetrieb des heutigen Universitätsklinikums die Gedanken von Individualität und Mitmenschlichkeit wach zu halten.
Wenn das seelsorgerliche Gespräch für die existentiellen Fragen der Patienten offen ist, wird es – auch von nicht kirchlich Gebundenen – gerne in Anspruch genommen.

Krankenhausseelsorge sieht im Patienten nicht nur den Kranken, sondern hat den ganzen Menschen mit all seinen Lebensvollzügen und Beziehungen im Blick. Sie setzt dem weitverbreiteten Denken, dass Gesundheit „das Normale“, Krankheit dagegen entweder eine selbstverschuldete „Strafe“ oder ein böses Schicksal sei, eine andere Sichtweise entgegen: Kranksein und Leiden gehören zum Menschsein dazu. Das Fragmentarische hat seinen Sinn bei Gott – auch wenn die Patienten diesen Sinn (noch) nicht entdecken können.

Sterben und Tod sind Bestandteile des menschlichen Lebens, denen Raum und Zeit zu geben ist. Deshalb setzten und setzen sich die KlinikseelsorgerInnen ein für die Einrichtung bzw. Neugestaltung würdiger Verabschiedungsräume für verstorbene Patienten. Die Errichtung einer Palliativstation im Klinikum wird von ihnen ausdrücklich befürwortet. Die KrankenhausseelsorgerInnen begleiten Sterbende und ihre Angehörige mit Gebet und Segnung, Krankensalbung, Nottaufe, Aussegnung, in manchen Fällen auch durch die Gestaltung von Trauerfeiern und Beerdigungen.
Sie beteiligen sich an der alljährlichen akademischen und ökumenischen Trauerfeier für die KörperspenderInnen des Institutes für Anatomie. Die jährlichen Trauerfeiern für die „zu früh gegangenen Kinder“ am 1. Advent und für die an Krebs verstorbenen Kinder am 2. Advent werden – in Zusammenarbeit mit den jeweiligen Elternvereinen – von Klinikseelsorgerinnen gestaltet.

Die SeelsorgerInnen suchen die Kooperation mit den medizinischen und pflegerischen Diensten. Auf manchen Stationen nehmen sie an den Stationsbesprechungen teil. Wegen der physisch und psychisch belastenden Arbeit brauchen auch die im Klinikum Beschäftigten selbst gelegentlich seelsorgerliche Begleitung.

In den Ethikunterricht an der Schule für Gesundheits- und Krankenpflege und an der Hebammenlehranstalt werden die KlinikseelsorgerInnnen bei Themen wie „Sterben und Tod“, „Schwangerschaftsabbruch“, „Pränataldiagnostik“ einbezogen. An der Staatlichen Förderschule für körperliche und motorische Entwicklung (Schule am Webersberg) erteilen SeelsorgerInnen Religionsunterricht und gestalten die Gottesdienste zur Feier der Erstkommunion und der Konfirmation.

Die Krankenhausseelsorge nimmt mit ihren vielfältigen Aufgaben den seelsorgerlichen Auftrag der christlichen Gemeinde in der Nachfolge Jesu wahr: „Ich bin krank gewesen, und ihr habt mich besucht.“
(Matthäus 25,36)

Christusmonogramm, Innenbereich Klinikkirche

Autorin
Für das Team der Evangelischen und Katholischen Klinikseelsorge schrieb Pfarrerin Esther Massar. Sie ist seit 1995 für das Team der Evangelischen Klinikseelsorge am Universitätsklinikum Homburg tätig.

Quellen
Prof. Dr. Gernot Feifel / Christiane Roos, Die Schwestern vom Heiligen Geist (siehe Seite 58)
Dr. Gisela Tascher, Landeskrankenhaus und Nationalsozialismus (siehe Seite 15 ff.)
Leitlinien der Krankenhausseelsorge, Konvent der Krankenhausseelsorgerinnen und -seelsorger im Bereich der Evangelischen Kirche der Pfalz (Protestantische Landeskirche), Speyer 15. März 2006

Fotonachweis
Rüdiger Koop (2)

Erhard Domay

Verstörte und wiedergefundene Harmonie – Ein Gang durch die Homburger Klinikkirche

Wer sich der Kirche von Südosten aus nähert, wird von ihrem wuchtigen, schutzburgartigen Äußeren beeindruckt sein, wie es insbesondere z.B. für romanische Kirchen typisch ist. Das Gebäude erscheint als ein Ort, der Zuflucht und Sicherheit bietet. Dafür stehen die großen Mauerflächen und die verhältnismäßig kleinen Fenster. Die auffallende halbrunde Apsis steht nicht in der Mitte, sondern schließt an die Südwand an. Daneben gibt es eine niedrigere Vorhalle, hinter der die Ostwand steil nach oben steigt. Das Dach des Schiffes verlängert die Firsthöhe im Turmbereich und klettert sozusagen an diesem ein Stück hoch. Darüber erscheint unverputzt der Turm mit Zwillings-, bzw. Drillingsfenstern, unmittelbar romanische Fensterformen aufnehmend. Dasselbe gilt für die klare Gliederung der Apsisaußenwand: Es gibt sieben schmale, durch Rundbögen und Lisenen begrenzte Mauerstreifen. Darüber sind bis zum Dach keine Gliederungselemente mehr vorhanden.

Das alles wirkt so, als hätten Jahrhunderte das Konzept immer wieder einmal mit An- und Umbauten verändert. Das Gegenteil ist der Fall: Diese Form folgt dem Gesamtkonzept ihres Architekten Heinrich Ullmann. Sie ist also gewollt. Der Auftrag war: Planung und Bau einer Krankenhaus-Kirche für zwei Konfessionen. Vom heutigen Standpunkt aus gesehen war das ein äußerst zukunftsfähiges und nachhaltiges Programm (auch wenn in späteren Zeiten andere Gestaltungsmöglichkeiten realisiert werden konnten und wurden).

Der Bau der Kirche war 1909 beendet: Der originale Stil jener Zeit, der Jugendstil, ist von außen nicht zu erahnen. Die damals verbreiteten und im Kirchenbau als deutsche Bauform beliebten neoromanischen Elemente bestimmen den Bau, wenn auch in einer Weise, die romanische Bauten nicht einfach kopiert.

Der Architekt geht frei mit der Tradition um, er zitiert sie lediglich. Die Asymmetrie des Baus macht neugierig auf das Innere der Kirche. Wird dieser sich als eine Komposition mit ungewohnten Klängen erweisen oder eher nahtlos an gewohnte traditionelle Räume anschließen? Gibt es dort einen Ort für stilistisch Neues? Und schließlich: Welcher Spiritualität gibt das Innere Raum?

Klinikkirche, Gebäude 55

Verstörte und wiedergefundene Harmonie – Ein Gang durch die Homburger Klinikkirche

Das Innen-Erleben

Besucherinnen und Besucher, die die Kirche durch die südlich liegende Tür der Westseite betreten, haben einen Raum vor sich, der im Ganzen von den weißen Wänden, der rötlich übermalten Natursteinfärbung und dem dunkel gestrichenen Holz der Bänke geprägt wird: ein dreifacher Klang vom hellen Weiß zum dunklen Braun. Der Blick nach oben erfasst das Tonnendach, das den Kirchensaal überspannt und ihm einen eigenen Charakter gibt. Das niedrigere nördliche Seitenschiff mit seiner flachen Decke ist durch weite Bogenstellungen zum Kirchensaal hin geöffnet.

Wandert der Blick nach vorne, nimmt er wiederum zwei Räume im Raum wahr, einen großen und einen kleinen. Der große Raum liegt direkt vor den am südlichen Eingang Stehenden und zieht den Blick durch seine schmucke Ausstattung auf sich, die viele Personen vielleicht gar nicht erwartet haben, die sich vom eher schlichten Äußeren der Kirche haben faszinieren lassen. Es ist der Chorraum mit seinen beiden Altären. Daneben ragt die Vorderfront eines kleinen Hauses in den Raum, eine Aedicula. Im Erdgeschoss beherbergt sie eine hinter einem verzierten Rundbogen geöffnete Nische mit einer eindrucksvollen Bemalung; ihr Obergeschoss besteht aus einem Giebel mit drei Rundbogennischen: ein weiterer Dreiklang im Raum.

Dieser vielfach gegliederte Raum ist insofern eine besondere Herausforderung, weil im Unterschied zu vielen anderen Kirchen keine „Hauptstraße“ erkennbar ist, die direkt zu einem räumlichen Zentrum führt. Der Chor liegt nicht in der Mittelachse des Hauptraumes; die Aedicula liegt am Rande des großen Blocks mit den Sitzbänken und befindet sich zwar im Mittelbereich des Raumes, aber nicht in seinem Bedeutungszentrum.

Die einzelnen Raumteile zeigen wie die Teile aller gegliederter Kirchen eine Ordnung, die hierarchisch ist: in diesem Fall tonnengedeckter Hauptraum, flach gedeckter Nebenraum; großer Chor, kleine Aedicula. Dabei hat der Chorraum die Tendenz, sich mit seinem Schmuck als Hauptsache zu erkennen zu geben. Das entspricht dem gewohnten Ordnungsprinzip der Sprache, die Haupt- und Nebensätze einander zuordnet und so eine gewisse Spannung und Farbigkeit ermöglicht. Trotzdem wirkt die Struktur dieses Raumes nicht wie die Struktur eines Satzes, der mit seinen Teilen und Spannungsbögen wie Musik in den Ohren klingt, sondern wie ein Satz, in welchem klangliche und grammatikalische Störungen angelegt sind.

Anders gesagt: Der Raum ist nicht gleichgewichtig, nicht harmonisch im von vielen traditionellen Kirchenräumen her vertrauten Sinn. Das wird besonders deutlich an der Art, wie die Trennwand zwischen Haupt- und Seitenschiff den Giebel der Aedicula abschneidet und ihr jeglichen Freiraum nach links hin nimmt. Dieser Schnitt wirkt wie ein abrupt abgebrochener Satz oder eine plötzlich verstummende Melodie.

Was sich durch seine Form als wichtig präsentiert und zur Betrachtung geradezu auffordert, liegt also am Rand des Raumes und nicht in seinem Zentrum. So entspricht das Innere der äußeren Erscheinung des Baus. Der Raum zwingt zu kleineren und größeren Umwegen. Diese Tatsache macht die Orientierung zunächst nicht leicht.

Verstörte und wiedergefundene Harmonie – Ein Gang durch die Homburger Klinikkirche

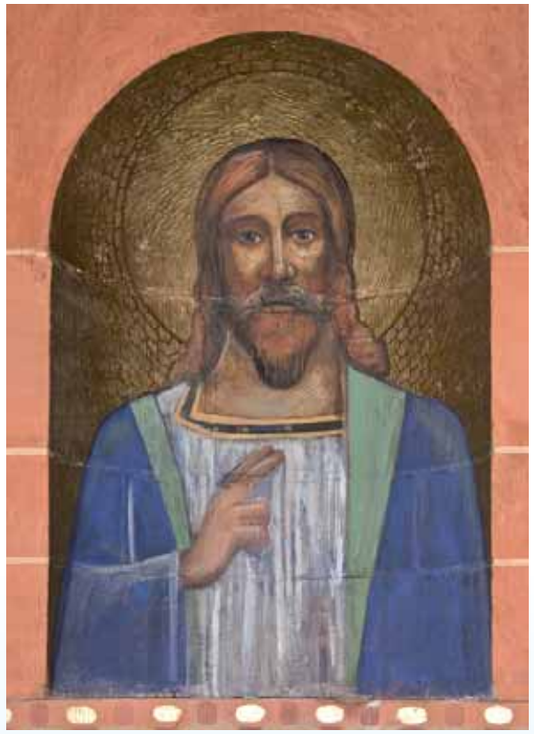
Es gibt jedoch zusammenhaltende Kräfte, die das Raumerleben im Ganzen ermöglichen. Diese Kräfte wirken in und hinter der Architektur. Es sind spirituelle und theologische Botschaften.

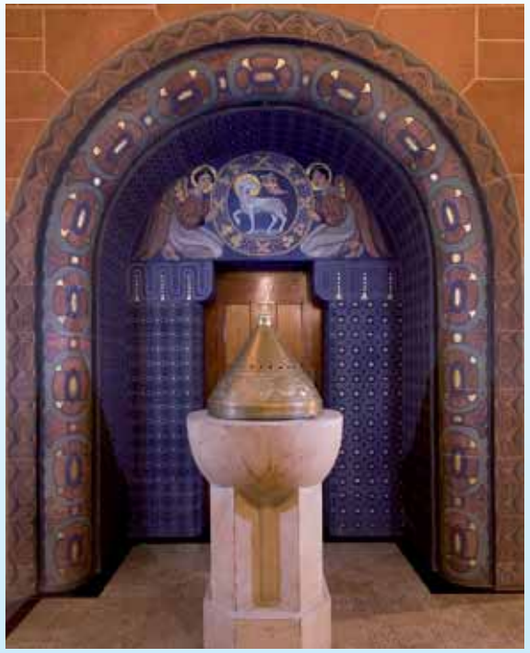
Die Botschaften im Raum

Diese Botschaften klingen in den Raum hinein. Sie kommen hauptsächlich von „vorne“, von Osten. Vom Eingang aus betrachtet, erscheinen geordnete Bilderfolgen – leiser und konzentrierter in der Aedicula, lauter und vielfältiger im Chorraum. Sie sind sehr „anziehend“ und locken zum Nähertreten; sie möchten sich mitteilen und niemanden unberührt lassen.

Im ursprünglichen Zustand der Kirche befanden sich die beiden Stimmen der Aedicula und des Chors in einem etwas anderen Verhältnis zueinander. Vor der Aedicula befand sich der protestantische Altar, wodurch das Nebeneinander zweier Kirchen in einem Kirchenraum sichtbar wurde. Erst bei der Renovierung in den späten 1980er Jahren wurde der evangelische Altar vor den Triumphbogen der Chorapsis gerückt, womit der Raum ein einziges liturgisches Zentrum bekam. Es ähnelt vielen heutigen Simultankirchen und auch rein katholischen Kirchen, die einen Gemeindealtar und einen Hochalter (oft verbunden mit dem Tabernakel für die geweihten Hostien) in einer Achse haben. Der unzentrierte Raum hat also nun eine theologisch-liturgische Zentrierung erhalten. Dass das Taufbecken vor der Aedicula steht, bedeutet nicht eine Unterordnung unter das theologische Zentrum. Seine Position neben oder vor einem Altar ist die am weitesten verbreitete. Durch die Taufe „betreten“ Menschen ja in einem spirituellen Sinn die Kirche, bevor sie sie auch körperlich und bewusst betreten.

Daher ist es sinnvoll, zunächst einmal die Aedicula zu betrachten und ihre Stimme zu hören und dann den Weg zum Chor fortzusetzen.





Die Wand der Nische ist mit einem schlichten, sich wiederholenden grafischen Motiv verziert, das in seiner Stilisierung in die Zeit des Jugendstils weist. Diese Elemente gehören zum Neuen im traditionellen Raum. Darüber ist in einem kranzartigen Medaillon das Lamm Gottes dargestellt; es hat die Osterfahne hinter sich und ist mit seinem Nimbus als der auferstandene Christus zu deuten. „Siehe, das ist Gottes Lamm.“ Es läuft nach links und schaut nach rechts zurück – auf einem Weg vom Tod ins Leben, den es den Menschen vorangegangen war. Das Medaillon wird von zwei knienden Engeln gehalten, deren Blick in den Kirchenraum gerichtet ist. Ihre Augen sagen: „Seht her und schaut das Geheimnis.“

Darüber im Giebel blickt Christus denen segnend entgegen, die zu ihm aufschauen. In den Nischen neben ihm florale Motive und Symbole des Abendmahls, der Eucharistie – Hinweise darauf, dass Leben nicht nur aus körperlicher, sondern auch aus geistiger und geistlicher Nahrung kommt.

Die Christusdarstellung und das Lamm setzen einen unübersehbaren theologischen Akzent, dem die Theologie des Chorraums folgt.

Dort entfaltet sich eine vielgestaltigere Welt. Es ist die Welt derer, die sich von Christus haben anrühren und auf den Weg bringen lassen. Die Apsis ist in der Vertikalen dreigliedrig gestaltet. Wieder begegnet uns also ein Dreiklang, der in dem komplizierten Raumgefüge eine Art cantus firmus, eine Grundmelodie, bereithält. Unten eine Reihe gemalter Rundbogennischen; die sieben Nischen im Chorrund entsprechen den sieben Gliederungselementen der Apsisaußenwand. Das Dekor ist verhalten stilisiert und tritt nicht in den Vordergrund. Das gilt auch für den Triumphbogen,

Verstörte und wiedergefundene Harmonie – Ein Gang durch die Homburger Klinikkirche

der an dem den Chor umschließenden Gesims ansetzt. Hier sind die Symbole der vier Evangelisten dargestellt: Lukas (Stier), Matthäus (Engel), Johannes (Adler) und Markus (Löwe). Die Geschichten von Leben, Tod und Auferstehung Jesu bilden also den theologischen Rahmen für die Bilderwelt des Chors. Das Christuszeichen im Zenit des Bogens weist unübersehbar, verbindend und verbindlich darauf hin.

Die Siebenzahl erscheint noch einmal in den zweimal drei Kerzen auf dem hinteren Altar, die das Kreuz als Siebtes in ihrer Mitte haben.
In der Höhe der Evangelistensymbole läuft ein Fries vom Bogenanfang zum Bogenende, das in die Wölbung der Chor-Decke übergeht und somit eine Verbindung zwischen Erde und Himmel darstellt. Die abgebildeten Personen sind Heilige, also Menschen, die am himmlischen Leben in besonderer Weise Anteil haben. Ihre Namen sind angeführt; damit bekommen sie einen konkreten Bezug zu ihren Legenden, zu ihrer regionalen Verehrung und zu ihrer liturgischen Vergegenwärtigung.

Vierzehn von ihnen wurden und werden als Nothelferinnen und Nothelfer angerufen und erinnern damit an erlebten Trost in bedrängenden Lebenslagen. Sie bieten in spiritueller Hinsicht, was das Bauwerk körperlich bietet: Schutz.

Unmittelbar in der Nähe von Maria befinden sich St. Barbara und St. Katharina. Die Hl. Barbara wird in der Sterbestunde angerufen und ist darin Maria verwandt: Im zweiten Teil des Ave Maria heißt es ja: „Heilige Maria, Mutter Gottes, bitte für uns Sünder jetzt und in der Stunde unseres Todes.“ Die Hl. Katharina (links, von vorne betrachtet) wie die Hl. Margaretha (rechts von Maria) sind Helferinnen von Stillenden und Gebärenden. Zu diesen weiblichen Schutzsphären gesellt sich rechts unter den ersten vier, die um Maria gruppiert sind, der Hl. Georg, der den männlich-universalen Schutz bietet. Die ersten drei Personen von links außen gehören nicht zu den 14 Nothelferinnen und Nothelfern, sind also nicht für allerlei konkrete Nöte der Menschen „zuständig“, sondern gehören zur Familie der Maria, bzw. zur Familie der Glaubenden: Petrus als erster Bischof und Papst; die Hl. Anna als Bild der Unbefleckten Empfängnis und der Hl. Josef mit der Lilie als Bild für die Keuschheit. Anna und Josef flankieren Petrus und weisen auf das Geheimnis Jesu als Sohn Gottes hin, den zentralen Glaubenssatz der christlichen Kirchen.

Die in der Mitte thronende Maria präsentiert den Jesusknaben, der mit den Fingern ihrer rechten Hand spielt. Sie sitzt auf dem Thron der Weisheit vor einem blühenden Himmel – ein hierarchisches Symbol für die die ganze Welt umfassende Kirche.

Im Zentrum der Decke fliegt inmitten eines den Raum füllenden Strahlenkranzes die Taube des Heiligen Geistes; sie befindet sich über allem und erscheint als Bild für die alles und alle erleuchtende und erhellende Wahrheit des Evangeliums. Die Strahlkraft, die von diesem rein geistigen Ereignis ausgeht, transzendiert das Bild der thronenden Gottesmutter und weist auf schöpferische Kräfte des Heiligen Geistes, die starre Strukturen erneuern und Auseinanderstrebendes verbinden können.

Die Stimmen, die einerseits aus der Aedicula und andererseits aus dem Chorraum kommen, zeigen deutlich unterschiedliche theologische Akzente: dort der alles überragende Christus, da im Zentrum der Heiligen die Gottesmutter, die zusammen mit dem Kruzifixus, dem Christuszeichen und der Taube die bildnerischen Höhepunkte des Chorraums darstellt. Die theologischen Botschaften der Aedicula und des Chors sind also in einen umfassenden Kontext gestellt, so dass sie einander nicht in Frage stellen.

Anders würde eine ökumenisch genutzte Kirche auch nicht „funktionieren“.

Der gemeinsame Altar führt die Unterschiede der Konfessionen zusammen im Erleben der Nähe Christi; hier ist das Erlebniszentrum dieses Kirchenraumes. Ohne Gottesdienste wäre dieses Zentrum nicht sichtbar. Was für alle Räume gilt, gilt in ganz besonderem Maße für diesen Raum: Er wird definiert durch das, was in ihm geschieht. Für eine Weile ist die Asymmetrie des Raumes in Lied, Gebet, Verkündigung und Sakrament aufgehoben.

Der Nachklang

Manche Besucher werden den Eindruck mitnehmen, eine ungewöhnliche Kirche gesehen zu haben. Im Vergleich mit ähnlichen asymmetrisch ausgestatteten Kirchenbauten ist sie tatsächlich etwas Besonderes in der Art, wie sie die Asymmetrie eingesetzt hat. Die 1908 vollendete Erlöserkirche der Evangelischen Kirchengemeinde Stuttgart/Nord von Theodor Fischer z.B. wird gelegentlich als verwandter Bau beschrieben. Das ist auch in der Außengestaltung der Fall; der Innenraum zeigt aber trotz seines asymmetrischen Grundrisses eine größere Geschlossenheit und eine deutliche Zentrierung. Die Homburger Klinikkirche verlässt, dazu wohl auch aufgrund ihres ökumenischen Konzeptes gezwungen, einen Grundsatz, der den gesamten mittelalterlichen Kirchenbau und die Bauten weit darüber hinaus bestimmte. Der römische Architekt Vitruv (gestorben ca. 20 v.Chr.) legte fest: „Die Formgebung der Tempel beruht auf Symmetrie, an deren Gesetze sich die Architekten peinlichst zu halten haben“. (In: Zehn Bücher über

Festschrift 1909-2009
Universitätsklinikum des Saarlandes

Verstörte und wiedergefundene Harmonie – Ein Gang durch die Homburger Klinikkirche

Evangelist Lukas

Evangelist Johannes

Evangelist Matthäus

Evangelist Markus

Verstörte und wiedergefundene Harmonie – Ein Gang durch die Homburger Klinikkirche

Architektur, Wiss. Buchgesellschaft Darmstadt 1991, S.137) Vitruv bezog sich dabei auf die Proportionen des menschlichen Körpers, die für ihn das Maß vorgaben.

In diesem formalen Sinn folgt der Homburger Bau nicht konsequent der Tradition, sondern er sucht ihr gegenüber neue Wege. Er entfaltet sich aus einer neuen, „verstörten“ Harmonie heraus – aber: Er lebt und findet neue Harmonien.

Dieses kräftige und hoffnungsvolle „Aber“ ist nicht nur im Blick auf die Ökumene ein Hoffnungszeichen, sondern es entspricht in mancher Hinsicht auch der Situation kranker Menschen, für die diese Kirche konzipiert ist und für die der Kirchenraum einen Ort der Besinnung und der Stärkung bieten soll.

Kranke Menschen sind ja aus ihrem Gleichgewicht, aus ihrer Normalität gebracht und sehen sich unter dem Einfluss von Faktoren, die sie nicht selbst ändern können. Sie sind auf fremde Hilfe angewiesen. Für eine Weile ist nichts für sie im Lot. Sie leben in großer Abhängigkeit und müssen auf ihrem Weg der Heilung die Ganzheit von Körper und Seele wieder austarieren. Sie müssen sich selbst in dem wiederfinden und bejahen lernen, was mit ihnen, an ihnen und in ihnen geschieht. Kurz: Sie müssen ihre ureigene Form der Harmonie suchen, ihren Ort und ihr Gleichgewicht im Leben neu bestimmen.

Wo „äußerlich“ ein Ungleichgewicht herrscht, können innere Gegenkräfte lebendig werden, die zusammenführen, was gegeneinandersteht oder auseinanderstrebt. So kann es geschehen, dass sich ein kranker Mensch in einer bisher nicht für möglich gehaltenen Harmonie geborgen sieht und daraus Lebensmut und Hoffnung schöpft.

Mit dieser Vorstellung noch einmal durch die Kirche zu gehen, lässt aufmerksamer werden auf die Stimmen hinter dem, was in Stein und Bild zu sehen ist.

Vielleicht nimmt ein mehr auf das Geistige gerichteter Durchgang dann auch wahr, dass die Chorbreite und die Breite des gesamten anschließenden Gebäudeteils annähernd den Goldenen Schnitt wiedergeben. Dieser zeigt sich ebenfalls im Verhältnis der Außenlänge vom Chorscheitel bis zur Westmauer einerseits, zur Innenlänge des Seitenschiffes andererseits. Das sind unsichtbare Maßstäbe, die geeignet sind, Chaos zu ordnen, und die wohltuend auf Menschen wirken.

Autor
Erhard Domay, Pfarrer i. R., war bis 2003, nach mehrjährigem Gemeindepfarramt, Leiter der theologischen Fort- und Weiterbildung in der Evangelischen Kirche der Pfalz. Zuletzt leitete er das Projekt „Vermittlung von Kunst in den Gemeinden“. Erhard Domay lebt in Landau.

Quellen
Flyer Klinikkirche, Universitätsklinikum des Saarlandes, Februar 2009
Ansprache von Architekt Dieter Wingertszahn zur Wiederindienststellung der Klinikkirche am 1. Oktober 1989

Fotonachweis
Rüdiger Koop (9)

Vorstand des Universitätsklinikums des Saarlandes

Leitbild und Perspektiven des UKS

Das Leitbild des UKS wurzelt tief in seiner Geschichte

Als die Pfälzische Heil- und Pflegeanstalt vor 100 Jahren eröffnet wurde, galt sie als die modernste und innovativste Einrichtung der damaligen Zeit.

Sie war zukunftsweisend, was die Betreuung von Patienten anging, und trug dieser neuen Haltung zu psychisch Erkrankten durch eine offene Bauweise Rechnung, um den Eindruck des Eingesperrtseins nicht aufkommen zu lassen. Sie sah sich in ihrer Konzeption von Anfang an nicht als „Verwahranstalt“, sondern als Einrichtung, die den Kranken auf unbestimmte Zeit ein Heimatersatz sein sollte. In maßvoller Arbeit sollten die Kranken darüber hinaus auf dem Gutshof oder in den Gärten sinnvollen Beschäftigungen nachgehen können, soweit es ihre jeweilige Konstitution erlaubte. Die Patienten der Pfälzischen Heil- und Pflegeanstalt wurden als Menschen wahrgenommen – Menschen, denen man helfen konnte, ihr Los zu erleichtern oder doch zumindest zu tragen.

In der damaligen Satzung war von „sorgfältiger, menschenfreundlicher Behandlung der Kranken“ die Rede, die unter „möglichster Schonung und Heilighaltung der Würde der Menschennatur“ zu behandeln seien. Sogar Kontrollen im Rahmen „unvermuteter Visitationen“, wie sie ganz aktuell für heutige Pflegeeinrichtungen diskutiert werden, sah diese Satzung vor.

Der damalige Evangelische Kirchenpräsident der Pfalz, Fleischmann, bezeichnete die Pfälzische Heil- und Pflegeanstalt 1924 nach ihrer Umwandlung in ein Landeskrankenhaus als „mustergültige Anstalt zur leidenden Menschheit“. Heute sprechen wir nicht nur von „Patientenzufriedenheit“, sondern erwarten auch „Mitarbeiterzufriedenheit“.

Diese war offensichtlich gegeben, denn die Schwestern vom Marienhof in Koblenz, die ab 1922 im Landeskrankenhaus tätig waren, schreiben in der Chronik „Die schöne Lage der als Pavillonsystem geschaffenen Bauten inmitten der gut gepflegten Parkanlagen, fern von der Unruhe des Städtchens, gaben der Filiale im Schwesternmund den Namen ‘das Paradies’.“

Von links nach rechts: Prof. Dr. Hans Köhler (Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender), Ulrich Kerle (Kaufmännischer Direktor), Prof. Dr. Michael Menger (Dekan der Medizinischen Fakultät), Paul Staut (Pflegedirektor)

Leitbild und Perspektiven des UKS

Nie wieder Medizin ohne Menschlichkeit

Bereits der Erste Weltkrieg hatte diese ehemalige „Musteranstalt“ durch die Umwandlung in ein Lazarett, in dessen Verlauf viele der Psychiatriepatienten evakuiert wurden, verändert. Der Zweite Weltkrieg vor dem Hintergrund der nazistischen Rassenideologie verwandelte die ehemals innovative Einrichtung in einen Ort der praktischen Anwendung des „Gesetzes zur Vermeidung erbkranken Nachwuchses“. Die Menschen, die hier zum angeblichen Wohl der nationalen Volksgesundheit sterilisiert wurden, hatten den Status der Menschenwürde in den Augen der behandelnden Ärzte offenbar verloren. Nicht alle dachten so, und von den Pflege-Schwestern vom Heiligen Geist wissen wir, dass sie auf Anordnung des Generalvikars vom 30. November 1935 die sterilisierten Kranken nach der Operation pflegen sollten, im Operationssaal selbst aber in keiner Weise mitwirken durften. Nachteilige Folgen für die Schwesternschaft sind ihnen durch diese ablehnende Haltung gegenüber den Sterilisationsoperationen nicht entstanden. Das Landeskrankenhaus war für die meisten Patienten auch in dieser Zeit ein Ort der Heilung und Zuwendung, gleichzeitig wurde es aber ein Ort einer „Medizin ohne Menschlichkeit“, wie es der Philosoph Alexander von Mitscherlich in seinem bekannten Werk formuliert. Die enge Verwobenheit von Medizin und Ethik gebietet es, diesen Aspekt als Teil unserer Geschichte gebührend zu beleuchten, um zukünftige Fehlentwicklungen rechtzeitig zu erkennen und ihnen begegnen zu können.

Zeit des Wiederaufbaus

Die Gründungsväter widmeten sich nach dem Zweiten Weltkrieg dem Wiederaufbau des Landeskrankenhauses, dessen Bedeutung die französische Militärregierung würdigte, indem sie sehr rasch seinen Weg zum Universitätsklinikum ebnete. Die stürmischen, schaffensfreudigen und ereignisreichen Jahre der Entwicklung zu einem leistungsfähigen und angesehenen Universitätsklinikum sind in dem Band „60 Jahre Universitätsklinikum 1947-2007“ festgehalten. Zeitzeugen der frühen Aufbaujahre bestätigen, dass es eine ernsthafte Auseinandersetzung mit der Vergangenheit kaum gab; diese setzte erst Jahrzehnte später ein. „Wir waren naiv“, stellt ein Zeitzeuge heute kritisch fest. Die Aufbaujahre waren geprägt von Ärzte-Persönlichkeiten, die sich mit ihrer Arbeit vollkommen identifizierten, wenn nicht aufopferten. Ärztliche Genialität ging dabei nicht selten mit einem autoritären Stil einher. So wie sich die Gesellschaft in den letzten 60 Jahren demokratisch gewandelt hat, hat sich auch das Selbstverständnis der Ärzte und der Angehörigen der Pflegeberufe gewandelt. Die Teamarbeit gewann zunehmend an Bedeutung, ungeachtet der Tatsache, dass die Verantwortung für den Patienten unteilbar und die Arzt-Patientbeziehung Grundlage für eine qualifizierte und menschliche Medizin ist. Der Wandel des ärztlichen Selbstverständisses kommt auch durch ethische Standortbestimmungen (wie z.B. der Deklaration von Helsinki als einer Art globaler ärztlicher Ethikverpflichtung) oder die Etablierung demokratischer Kontrollgremien (Einrichtung von Ethikkommissionen, Patientenmitbestimmung) zum Ausdruck.

Ethische Fragen unserer Zeit

Ökonomische Zwänge berühren zunehmend unser ärztlich-ethisches Handeln. Wir haben in den letzten Jahrzehnten einen dramatischen Fortschritt an medizinischen Möglichkeiten erfahren. Wir haben gelernt, dass nicht alles medizinisch Mögliche und Wünschenswerte auch finanzierbar ist. Daher ist die Verteilung der Ressourcen (Allokation), die im Gesundheitswesen inzwischen begrenzt sind, ein zentrales Problem. Es ergeben sich hieraus Fragen der Rationalisierung, Rationierung, Priorisierung und Verteilungsgerechtigkeit. Die ärztliche Ethik wird heute durch dieses „gesundheitsökonomische Fundamentalproblem“ auf die Probe gestellt. Dieses beruht auf der zunehmenden Scherenentwicklung zwischen Ausgaben und Einnahmen im Gesundheitswesen. Die Hauptursachen für die Ausgabensteigerungen liegen in der demographischen Entwicklung in Richtung einer zunehmend älteren und polymorbiden Gesellschaft, dem explodierenden medizinisch-technischen Fortschritt, den zunehmenden Kapazitäten und Möglichkeiten der medizinischen Versorgung sowie einer hohen Anspruchshaltung innerhalb der Bevölkerung, alles Machbare auch nutzen zu wollen. Demgegenüber hält die Einnahmenseite, bzw. die ökonomische Entwicklung mit Wirtschaftswachstum, Beschäftigungsgrad, Parameter der Finanzierung (Koppelung an Lohn) sowie einer Erweiterung des Leistungskataloges nicht stand. Die Folge ist eine immer weiter klaffende Schere zwischen Ausgaben- und Einnahmenseite mit entsprechend zunehmender Verknappung der Mittel. Dies hat bereits jetzt zu einem Zustand der verdeckten Rationierung geführt. Es ist klar, dass die Mittel für das Gesundheitssystem nicht unbegrenzt sind. Deshalb ist ein unbegrenztes Leistungsversprechen bei Begrenzung der Mittel nicht tolerabel. An die Stelle einer verdeckten Rationierung, die auf dem Rücken der Ärzte und Patienten ausgetragen wird, muss Transparenz treten, die einen politischen, gesellschaftlichen und medizinischen Konsens herstellt und aufzeigt, was die Allgemeinheit in das Gesundheitswesen investieren will und kann. Diese Forderung nach „Priorisierung“, wie sie u.a. in skandinavischen Ländern gelebt wird, wird zunehmend artikuliert. Gleichzeitig ist Mut, Kompetenz und Entscheidungswillen von allen Entscheidungsträgern im Gesundheitswesen einzufordern, dass nicht alles gemacht wird, was machbar ist, sondern das für die einzelne Patientenpersönlichkeit Optimale zu tun. Dies ist sowohl eine ökonomische als auch eine ethische Forderung, der wir uns stellen müssen.

Weitere Probleme, die die ärztliche und pflegerische Ethik im Alltag heute auf den Prüfstand stellen, sind die reine Kommerzialisierung (Gesundheit als Ware), die Grenzen der Gentechnik und der Apparatemedizin oder auch die immer wieder aufflammende Debatte um die Sterbehilfe. Viele Ärzte fühlen sich heute darüber hinaus durch strukturbedingte Vermehrung von Verwaltungstätigkeiten (Überbürokratisierung) mehr als Manager denn als Heiler; sie befürchten, dass immer weniger Zeit für den Menschen als direktem Gegenüber bleibt.

Leitbild 2006

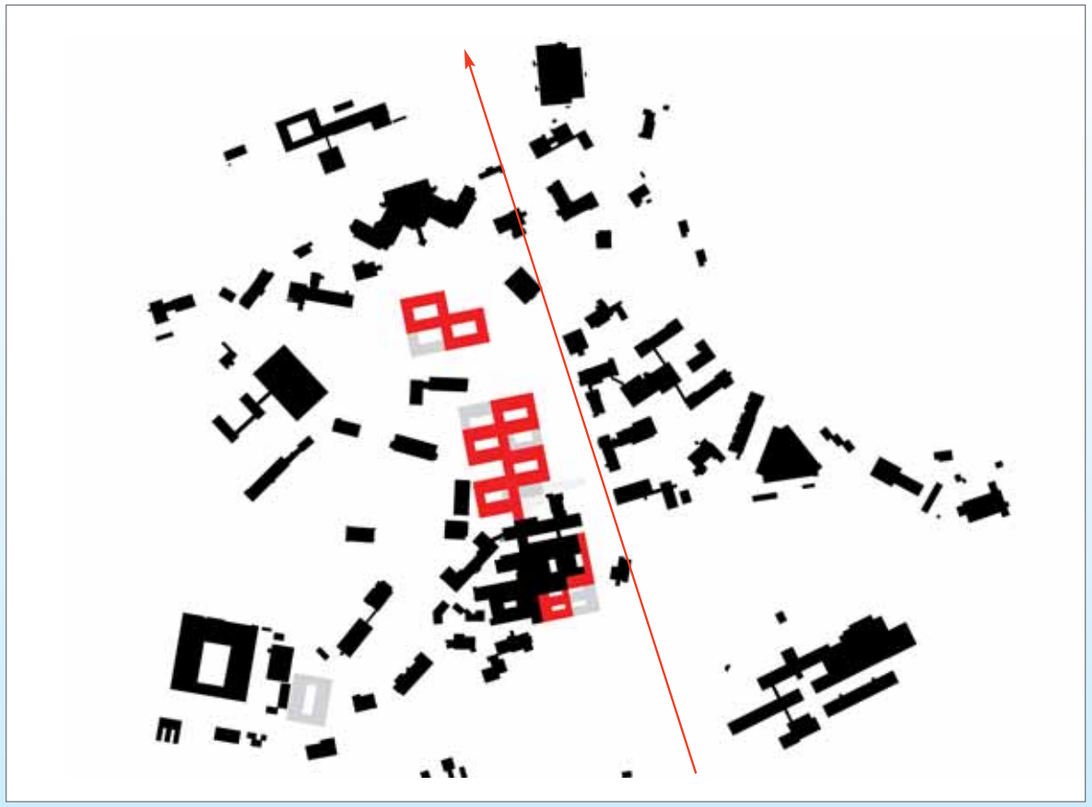
Um sich gegenüber diesen Problemen zu positionieren, hat sich das UKS Anfang des Jahres 2006 nach einem internen, mehrmonatigen Entwicklungsprozess, an dem alle Mitarbeiter beteiligt waren, ein Leitbild als Richtschnur für gemeinsames Denken und Handeln gegeben. Leitbilder sind seit einigen Jahren ein Führungsinstrument zur Unternehmenskultur, sichern die Qualität und stärken die Identifikation aller Mitarbeiter. Im Leitbild drücken sich die Normen, Werte und die Ziele eines Unternehmens aus. Je mehr Mitarbeiter in den Leitbildprozess einbezogen werden und ihn aktiv mitgestalten dürfen, umso stärker wird die Identifikation mit dem Unternehmen. Leitbilder vermitteln Visionen und Handlungsaufforderungen für die Zukunft. Das moderne Leitbild des UKS fasst auch in Worte, was viele Mitarbeiter des UKS schon seit Generationen beherzigen und wonach sie handeln. Ein Leitbild muss immer wieder, zusammen mit allen Mitarbeitern, auf den Prüfstand gestellt werden, denn die Vorhaben der Zukunft sind nur gemeinsam zu meistern – das gleiche gilt für alle Projekte und das tägliche Handeln; auch dies ist mit dem Leitbild abzugleichen und an diesem auszurichten. Trotz der Leitbildforderung einer am Markt orientierten, zukunftsfähigen Unternehmensstruktur bleiben auch zukünftig die Menschen – Patienten und Mitarbeiter – im Mittelpunkt aller Bemühungen des UKS. Dies getreu unserem Leitspruch: „Wir handeln so, wie wir selbst behandelt werden wollen“. Das gesamte Leitbild des UKS findet sich am Ende dieses Beitrages.

Herausforderungen und Perspektiven

Das UKS, seit 2004 eine selbständige Anstalt des öffentlichen Rechtes mit hoher, auch wirtschaftlicher Eigenverantwortung, sieht sich vor allem vor die folgenden Herausforderungen gestellt: Bauliche Erneuerung, Schärfung des Profils in Versorgung, Forschung und Lehre, Stärkung der Kooperationen, Wirtschaftlichkeit bei gleichzeitigem Aufzeigen der Grenzen einer Ökonomisierung.

Heute, nach 100 Jahren, hat das UKS 30 Fachkliniken und 20 Institute, 1.355 Betten, rund 45.000 stationäre und rund 180.000 ambulante Patienten pro Jahr. Es arbeiten über 5.000 Mitarbeiter im Klinikum, darunter etwa 570 Ärzte und 2.000 Pflegekräfte, zusätzlich 800 Universitätsbedienstete. Außerdem haben wir etwa 600 Schüler, Auszubildende und Praktikanten und 2.000 Studierende der Medizin, Zahnmedizin, Biologie und Informatik, und all dies in 120 Gebäuden, die überwiegend in einer Pavillonstruktur angeordnet sind. Wir sind wie früher das „Uniklinikum im Grünen“ mit über 3 km² Fläche, viel Wald und 12 km Straßennetz.
Insgesamt bewegen wir uns jedoch in einer baulichen Struktur, die 1909 vorgegeben wurde und damals patientenfreundlich und medizinisch richtungweisend war. Es ist offenkundig, dass ein Klinikum mit einer derartigen baulichen Struktur im Jahr 2009 nur noch bedingt wettbewerbsfähig sein kann. Ein hieraus resultierendes zentrales, bisher nicht befriedigend gelöstes Problem ist u.a. das Transportwesen, das mit einem hohen Personalbedarf und belastenden Wartezeiten einhergeht. Eine moderne patienten- und personalfreundliche Medizin erfordert kurze Wege, um die intensive, an zahlreiche hochtechnisierte Geräte gebundene Diagnostik zügig zu ermöglichen, ohne Patienten langen Wartezeiten auszusetzen.

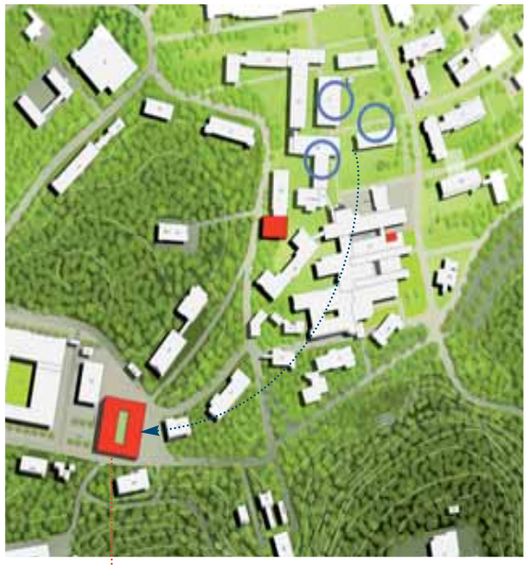
Die bauliche Erneuerung ist die Voraussetzung für Qualität, Wirtschaftlichkeit und Wettbewerbsfähigkeit. 2006 wurde im Rahmen eines Wettbewerbs ein von Prof. Hans Nickl, München, entwickelter Masterplan für das UKS verabschiedet, nach dem sich das Klinikum auf der historischen Planungsachse schrittweise von Süden nach Norden in Form einer „Perlenkette“ entwickelt. Auf der westlichen Seite liegen die klinisch orientierten, auf der östlichen Seite die theoretischen Gebäude.



Links:
klinisch orientierte Gebäude

Rechts:
theoretische Gebäude

Leitbild und Perspektiven des UKS



1.Schritt Verfügungsgebäude

2. Schritt: Baufeldfreimachung durch Umzug ins Verfügungsgebäude

3. Schritt: Bau der Inneren Medizin in 2 Abschnitten

Integration der Orthopädie in das Zentralgebäude für Chirurgie

Als erste Großbaumaßnahme wird das Zentralgebäude für Innere Medizin entstehen, das 14 über den Campus verstreute Gebäude der Inneren Medizin zusammenführt. Der Spatenstich hierfür ist im Frühjahr 2009 erfolgt. In einem ersten Schritt wird ein Verfügungsgebäude entstehen, in das die Gebäude der Klinik für Innere Medizin II-Gastroenterologie und die Klinik für Radiologie ausgelagert werden, damit das Baufeld für den Neubau frei wird.

In einem weiteren Schritt wird in der Achse des chirurgischen Zentralgebäudes ein gemeinsamer Eingang für Chirurgie und Innere Medizin entstehen und sich die Innere Medizin in zwei Bauabschnitten entwickeln. Gleichzeitig wird die Klinik für Orthopädie im Süden der Chirurgie integriert . Dadurch wird erreicht, dass zentrale Einrichtungen, wie Innere Medizin, Chirurgie, Radiodiagnostik, Labor- und Transfusionsmedizin, in das Zentrum des Klinikums rücken und auch räumlich eng kooperieren können. Folgende Baumaßnahmen sind in Planung bzw. in Realisierung: Zentralgebäude Innere Medizin, klinisches Verfügungsgebäude, Neubau der Orthopädie am Zentralgebäude Chirurgie, Sanierung Chirurgie, Sanierung Bau 6, Umbau Mund-Kiefer-Gesichtschirurgie, Neubau Strahlentherapie, Neugestaltung Experimentelle Chirurgie, Neubau Tagesklinik und Klinik für Kinder- und Jugendpsychiatrie, Umbau Augenklinik, Neubau Zentrales Hörsaalgebäude, Neubau Institut für Physiologie und Biophysik, Neubau Anatomie-Pathologie-Rechtsmedizin. Unser Ziel ist es, eine Synthese aus traditionellen Gebäuden und patienten- und prozessorientierten Neubauten zu erreichen.

Operatives Zentrum

Neubau Innere Medizin

Leitbild und Perspektiven des UKS

Eine bleibende Herausforderung des UKS ist die weitere Schärfung des Profils. Es ist unstrittig, dass die Spezialisierung Voraussetzung für den Fortschritt in der Medizin war und auch bleiben wird. Kein Ernstzunehmender sieht sich in der Lage, das gesamte Fach, beispielsweise der Inneren Medizin oder Chirurgie zu vertreten. Gleichzeitig ist es jedoch dringend erforderlich, eine gemeinsame Wissensgrundlage zu haben und zu vermitteln, damit sich der Patient nicht zahlreichen Spezialisten ausgesetzt sieht, die kein Verständnis für ihn als ganze Persönlichkeit haben. Für die Forschung ist klar und allgemein akzeptiert, dass nur die Spezialisierung und thematische Fokussierung eine ausreichende Tiefe und Qualität ermöglicht. Auch in der klinischen Medizin muss die Spezialisierung weitergehen, um Höchstleistungen zu erzielen. Diese unsere Stärken müssen wir vermehrt sichtbar machen und auch attraktive Schwerpunkte bilden. Dies kann in Form von Zentren geschehen, wenn sie mit entsprechenden Strukturen, Abläufen und Kooperationen hinterlegt sind. Demgegenüber ist die alleinige Benennung von Zentren, die keine Struktur aufweisen und überwiegend das Ziel haben, Patienten zu generieren, wertlos, auch wenn sie dem Zeitgeist entspricht. Unsere Verantwortung liegt neben der Hochleistungsmedizin eines Universitätsklinikums zusätzlich in der Grund- und Regelversorgung. Dieses breite Angebot ist aufgrund unserer regionalen Verpflichtung erforderlich, außerdem um unsere Patienten ganzheitlich zu betreuen, um eine komplette Weiterbildung zu gewährleisten, und um eine wirtschaftliche Grundlage zu schaffen, auch Patienten mit komplizierten Erkrankungen betreuen zu können.

Wenn Forschung und Krankenversorgung in ihrer Entwicklung von der weitergehenden Spezialisierung geprägt sind, so gilt dies gerade nicht für die studentische Lehre. Wir dürfen die Studierenden nicht mit einer Summe von Spezialkenntnissen überlasten, sondern wir müssen ihnen eine allgemeingültige Basis vermitteln und gleichzeitig den durch immer neue Studienordnungen überfrachteten Lehrplan entrümpeln.

Unstrittig ist, dass wir bei steigenden Kosten im Gesundheitswesen effizienter und wirtschaftlicher werden müssen. Im jetzigen Vergütungssystem werden Prozeduren, wie Operationen, Katheteruntersuchungen, bepreist und bezahlt. Es finden sich aber noch kein Preis und keine DRG für Patientenzuwendung, für die Arzt-Patientenbeziehung, ohne die es keine zufriedenen Patienten und keine zufriedenen Ärzte und Pflegekräfte geben wird. Darüber hinaus ist es eine nicht bewiesene Hypothese, dass eine dominierende Ökonomisierung in der Medizin zu einer besseren Effizienz, Qualität und Wirtschaftlichkeit führt. Selbst die postulierte erhöhte Wirtschaftlichkeit wird man mittelfristig mit einem Fragezeichen versehen müssen, denn die Kostenerstattung von teuren Prozeduren wird zu einer Zunahme solcher teuren Leistungen führen.
Überregulierung, Bürokratisierung und eine dominante Ökonomisierung und als Folge der fehlende Freiraum für die eigentlichen ärztlichen Aufgaben sind zentrale Ursachen für die Unzufriedenheit im Arztberuf – eine Situation, die vor 20 Jahren noch völlig unbekannt war. Gehalt und Regelung der Arbeitszeit sind besser denn je und können das Phänomen der Unzufriedenheit nicht erklären. Diese Fehlentwicklung geht weiter und verschärft das Problem des Ärztemangels, das gesundheitspolitisch noch nicht ausreichend erkannt wird und sich in den zahlreichen, auch neueren Gutachten zur Versorgung noch nicht entsprechend wiederfindet. Seitens der Gesundheitspolitik ist es dringend erforderlich, der Medizin und der Patientenpflege ausreichend Spielraum zu belassen, damit die Arzt-Patientenbeziehung und die Zuwendung durch die Pflegekräfte erhalten blei-

Leitbild und Perspektiven des UKS

ben. Dies bedeutet die Finanzierung eines ausreichenden Personals und die Entlastung von Ärzten und Pflegepersonal von Tätigkeiten, die nicht zu ihren eigentlichen Aufgaben gehören.

Das UKS sieht sich weiterhin gewaltigen Herausforderungen gegenüber. Es hat jedoch die Chancen der neuen Rechtsform mit der entsprechenden Eigenverantwortlichkeit wahrgenommen und sich diesen Herausforderungen gestellt. Das UKS ist stolz auf das Geleistete und wird weiterhin mit hohem Einsatz und Optimismus die Zukunft gestalten.

Fotonachweis
© Nickl & Partner Architekten AG, Universitätsklinikum des Saarlandes, Rüdiger Koop, Fotostudio Duppe

Wissen*schafft* Gesundheit – Leitbild des UKS

Das UKS – Universitätsklinikum des Saarlandes – wurde 1947 unter der Patenschaft der Universität Nancy auf dem Gelände der ehemaligen Pfälzischen Heil- und Pflegeanstalt in Homburg gegründet. Heute wird hier auf einem harmonisch ins Grüne eingebetteten Campus das gesamte Spektrum der Medizin angeboten.

Wir sind das Klinikum des Saarlandes.

Das UKS nimmt weit über das Saarland hinaus eine führende Rolle in medizinischer Lehre, Forschung und Krankenversorgung wahr. Wir bieten unseren Patienten eine wissenschaftlich basierte und innovative Spitzenmedizin. Auf ethische und soziale Kompetenz legen wir besonderen Wert.

Unsere Lehre und Ausbildung ist praxisorientiert, interdisziplinär und durch internationale Kooperation geprägt.

Für unsere Patienten wollen wir eine Versorgung auf höchstem Niveau. Deshalb verbessern wir kontinuierlich unsere Arbeit, Infrastruktur und alle Abläufe. Wir übernehmen aufgrund unseres Leistungspotenzials eine steuernde Funktion in der vernetzten medizinischen Versorgung der Region.

Durch fächerübergreifende Profil- und Schwerpunktbildung schaffen wir internationale Spitzenforschung in den Kernbereichen und den angrenzenden Gebieten der Medizin.
Wir wollen Excellenz in der Lehre, Aus- und Weiterbildung in Medizin, Zahnmedizin, Humanbiologie und Gesundheitsfachberufen.

Wir wissen, dass wir unsere Ziele und die notwendigen Zukunftsinvestitionen nur mit wirtschaftlichem Erfolg erreichen.

Wir handeln so, wie wir selbst behandelt werden wollen!

- Wir orientieren uns konsequent an den Bedürfnissen unserer Patienten.
- Wir alle sind der Schlüssel zum Erfolg; deshalb fördern und fordern wir hohe Fach- und Sozialkompetenz jedes Einzelnen.
- Wir pflegen und vertiefen Teamarbeit und Kooperation.
- Wir stehen zu einer transparenten Leistungs- und Wettbewerbsorientierung.

Impressum

Herausgeber
Der Vorstand des Universitätsklinikums des Saarlandes:
Prof. Dr. Hans Köhler (Ärztlicher Direktor und Vorstandsvorsitzender), Ulrich Kerle (Kaufmännischer Direktor), Paul Staut (Pflegedirektor), Prof. Dr. Michael Menger (Dekan der Medizinischen Fakultät)

Redaktion
Dr. Wolfgang Müller (Archiv der Universität des Saarlandes)
Karin Richter (Presse- und Öffentlichkeitsarbeit des UKS)
Christiane Roos (freie Mitarbeiterin)

Layout, Satz, Druck
One Vision Design, Saarbrücken, www.ovd.eu

Umschlaggestaltung
Svetlana Gurtii / Rüdiger Koop

Wir bedanken uns bei folgenden Personen und Institutionen für ihre freundliche Unterstützung
Herbert Anna, Joseph Britz und Markus Emser, Stadtarchiv Homburg; Cilly Baltes; Pascal Bellaire; Erika Böhm, Schloss Inching; Nikolaus Braun, München; Dr. Claus Doenecke; Dr. Wolfgang Burgmair, Max-Planck-Institut für Psychiatrie, München; Ella Hamm; Norbert Heine, Landesarchiv Speyer; Sr. Hildegard vom Marienhof in Koblenz; Barbara Juen; Katharina Giesler; Rudolph Mallmann; Helene Rafflenbeul; Dr. Petra Roscheck; Saarländischer Rundfunk; Andrea Schiermeier, Staatsarchiv München; Marlene Schneider; Reinhard Süß; Stefan Thiery, Bayerisches Hauptstaatsarchiv München.

Alle Rechte vorbehalten.
Das Werk einschließlich aller seiner Teile ist urheberrechtlich geschützt.

© 2009, Homburg und Saarbrücken

ISBN: 978-3-940147-04-2