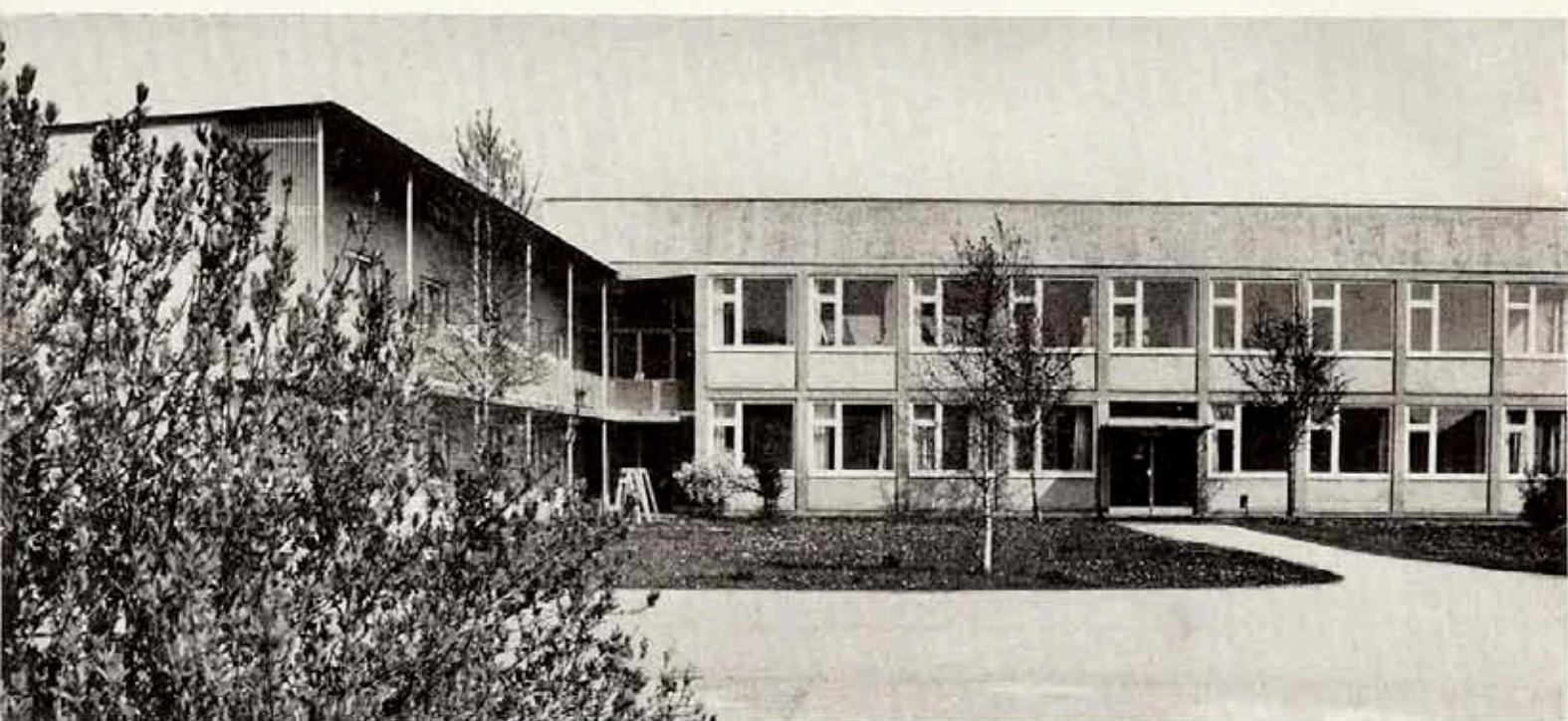


CHRONIK

von Dr. Hans Haßler

des heutigen Zentralkrankenhauses Gauting der Landesversicherungsanstalt Oberbayern





Südlich der Straße Gauting—Unterbrunn wurde auf einer 38,3 ha großen bewaldeten Fläche im Jahr 1938 mit dem Bau einer Flakscheinwerferkaserne begonnen, die 1940 bezogen wurde. Neben fünf großen, massiven, zweistöckigen Häusern, die die Unterkünfte der Truppe beherbergten, waren an Massivbauten noch ein Wachgebäude, ein Offiziersheim sowie vier große Gerätehallen und eine Anzahl Baracken und Wellblechhallen erstellt worden. Alle Massivgebäude waren zentralbeheizt. Etwa 600 m vom Kasernenbereich abgesetzt war eine moderne biologische Kläranlage zur Aufnahme der Abwässer und Fäkalien gebaut worden. Die Truppenküche und die vielen erforderlichen Wirtschafts- und Büroräume waren in Holzbaracken untergebracht. Die damalige Luftwaffe hatte für ihr im Bereich des Luftgases VII an Tuberkulose erkrankten Angehörigen in Bad Kohlgrub und am Eibsee sowie für extrapulmonale Tbc in Isny während des Krieges Lazarette errichtet. Als die Zahl der Tuberkuloseerkrankungen im Winter 1942/43 angestiegen und die Kapazität der drei Häuser erschöpft war, beauftragte der damalige Luftflottenarzt, Generalarzt Dr. Engelbrecht, seinen Tuberkulose-Fachberater, Oberstabsarzt Dr. Cra-

mer, ein geeignetes, ausbaufähiges Objekt südlich der Donau ausfindig zu machen. Auf seiner Erkundungsfahrt besuchte dieser auch die Kaserne in Gauting und bat den Chronisten, der damals, gerade aus Rußland zurückgekehrt, als Truppenarzt in Gauting eingesetzt war, einen Bericht über Eignung des Kasernengebietes als Tuberkulose-Lazarett abzugeben. Durch die günstige Versorgungslage bei engmaschigem Straßennetz der Umgebung, den hygienischen Voraussetzungen durch die vorhandene eigene Kläranlage, die Größe des Terrains inmitten eines geschlossenen Waldgürtels sowie die solide Bauweise der Kasernen schien dieses Objekt für den geplanten Zweck sehr geeignet. Der Vorschlag des Chronisten wurde angenommen, und Mitte 1943 konnten bereits unter Mitwirkung des Flottenhygienikers, Oberstarzt Prof. Dr. Knorr von der Universität Würzburg, die adaptierten Gebäude ihrer neuen Bestimmung als Luftwaffenlazarett 5/VII mit 500 Betten für Tuberkulosekranke übergeben werden. Unter der Leitung von Stabsarzt Dr. Schnell und der Oberstärzte Dr. Schilling, Dr. Pagels und Dr. Stein konnte die Bettenzahl auf 720 und zuletzt auf 1200 erhöht werden.

Behandlung tuberkulosekranker Soldaten aller Waffengattungen bis Kriegsende

Das Lazarett gliederte sich in drei Krankenabteilungen: A, B und C – mit je fünf Stationen –, die von den Abteilungsärzten selbständig geleitet wurden. Diesen unterstanden je fünf Stationsärzte. Wegen Überbelegung mußte in der Volksschule in Gauting bald eine vierte Krankenabteilung als Teillazarett errichtet werden. Im A-Bau war die thoraxchirurgische Abteilung untergebracht, die von Prof. Dr. Scheicher, dem damaligen Chefarzt des Nymphenburger Krankenhauses, als Konsiliarius betreut wurde. Der beratende Internist war Oberfeldarzt Prof. Dr. Herbst der Universität Würzburg. Das Laboratorium wurde von Dr. Germer, dem jetzigen Direktor des Wenckebach-Krankenhauses Berlin, geleitet.

Um den Konsolidierungsgrad des tuberkulösen Prozesses nach vorsichtiger Arbeitsbelastung zu beurteilen, wurden die Patienten in das Reizklima unseres Teillazarettes Eibsee verlegt. Dieses Haus wurde von Stabsarzt Dr. Schnell geführt. Erst von dort erfolgte die Entlassung der meisten unserer Patienten.

Während anfangs die pflegerische Betreuung unserer Soldaten allein in den Händen freier Schwestern lag, übernahmen später die in Aachen ausgebombten Franziskanerinnen die Schlüsselstellungen in unserem Hause, bis sie nach Kriegsende wieder zum Aufbau ihres alten Wirkungskreises zurückgerufen wurden.

Bei dem häufig unterernährten, körperlich und seelisch erheblich belasteten Krankengut war unseren damals noch recht eingeschränkten Behandlungsmöglichkeiten nicht immer der gewünschte Erfolg beschieden. Dazu mußten die Schwerkranken mehrmals am Tage in die Luftschutzkeller getragen werden, da das Lazarett auf der Einflugschneise der feindlichen Bomberverbände nach München lag. Dank der Sicherheitsmaßnahmen hatten wir nur bei einem Flächenwurf von Splitterbomben ein Menschenleben zu beklagen.

Die ärztliche Fortbildung, Lenkung der Diagnostik und Therapie lag in den Händen von Dr. Cramer und Prof. Dr. Scheicher. Der Pneumothorax mit seiner oft recht eingreifenden kaustischen Komplettierung, das Pneumoperitoneum und die zeitweise oder dauernde Ausschaltung des Phrenicus gehörten noch zu den meist geübten konservativen Maßnahmen. Dem Chirurgen oblagen

neben der Durchführung des temporären Kollapses, der Pneumolyse, die Decortication sowie die zahlreichen Modifikationen der Thoracoplastik. Die Monaldi-Drainage wurde bei Riesenkavernen gelegt. Gegen Kriegsende war die Versorgung unserer Soldaten sehr erschwert, da Untersuchungen und Behandlungen nur in den immer kürzer werdenden Luftangriffspausen durchgeführt werden konnten.

Übernahme des Lazaretts durch die amerikanische Armee für tuberkulosekranke DP's

Bald nach der Kapitulation im Mai 1945 und der Übernahme des Lazaretts durch die amerikanische Armee unter dem Namen DP-Hospital 2002 wurden alle nicht entlassungsfähigen deutschen Soldaten nach Sonthofen (Allgäu) verlegt und Tbc-kranke DP's an ihrer Stelle aufgenommen.

Die ersten, am 10. 10. 1945 eingelieferten Patienten stammten aus dem KZ Dachau und einem Verlegungstransport eines KZ, der bei seiner Fahrt in Feldafing von den Amerikanern angehalten wurde. Neben ehemaligen Insassen des Lagers Dachau wurden nach Deutschland verschleppte Fremdarbeiter vieler Nationalitäten sowie DP's aller Besatzungszonen aufgenommen.

Unter diesen betrug die Zahl ehemaliger KZ-Insassen 60–70 Prozent. Die restlichen 30–40 Prozent rekrutierten sich aus zwangsverschleppten Zivilarbeitern. Die überwiegende Mehrheit der KZ-Opfer bildeten ehemals in Polen und im Balkan beheimatete Juden, der Rest wurde vorwiegend von Polen, Ukrainern, Balten und Angehörigen anderer slawischer Völker gestellt. Unter den Zwangsverschleppten fanden sich – abgesehen von der polnischen Hauptgruppe – Vertreter verschiedener europäischer und außereuropäischer Völker und Religionen. Die aus der Unfreiheit kommenden Kranken, die alle ein ähnlich geartetes Lagertrauma hinter sich hatten und die langersehnte Freiheit wegen ihrer Tuberkuloseerkrankung nicht genießen konnten, fanden sich nun wieder in einer geschlossenen Anstalt, zunächst ausschließlich deutschen Ärzten und deutschem Pflegepersonal gegenüber. Wenn auch die meisten Patienten unsere internationale und interkonfessionelle Einstellung anerkannten, so blieb doch lange ein verständliches Mißtrauen gegenüber jedem Deutschen im Krankenhaus bestehen, und es entlud sich bei manchem die seit Jahren aufgespeicherte Wut gegen die für sie greifbare Gruppe helfender Menschen. Was in

dieser Zeit an ideeller und praktischer Wiedergutmachung für all das erlittene Leid von deutschen Ärzten und Pflegepersonal geleistet wurde, muß hoch angerechnet werden. Für diese im Krankenhaus Tätigen wog der gegenwärtige Zustand meist schwerer als der Krieg. Mit der ärztlichen Leitung wurde von den Amerikanern ein deutscher Arzt, Dr. Sochaczewski, betraut, der mit seiner motorisierten Sanitätseinheit — eben vom Militär entlassen — in Feldafing sich aufgehalten hatte, während unser Lazarettchef, Oberstarzt Dr. Stein, in ein Kriegsgefangenenlager gebracht wurde.

Fortführung der Betreuung der DP's durch die Internationalen Flüchtlingsorganisationen UNRRA und IRO

Im März 1946 übergab die amerikanische Armee das Haus der Internationalen Flüchtlingsorganisation, der UNRRA, und setzte als Medical-Direktor Dr. Weiß ein. Neben der deutschen Ärzteschaft und dem deutschen Pflegepersonal wurden mittlerweile auch Ausländer verschiedener Nationen beschäftigt.

Erste Tuberkulosekonferenz nach dem Krieg

Am 12. 9. 1946 lud die Leitung des Hauses erstmalig nach dem Kriege zu einer Tuberkulosekonferenz ein, auf der Vorträge über folgende Themen gehalten wurden:

1. *Das psychologische Bild der Kranken im UNRRA-Sanatorium Gauting von Rudolf Hielscher,*
2. *Die Tuberkulose und ihre Behandlung in Konzentrationslagern von Marek Kaplan,*
3. *Akklimatisation und Pneumothoraxbehandlung von Hans Hassler,*
4. *Kindertuberkulose im UNRRA-Sanatorium Bad Wörishofen von Roman Fillipowitsch,*
5. *Der Einfluß interner Erkrankungen und externer Schäden auf die Tuberkulose bei KZ-Opfern von Alfred Hecht,*
6. *Erfahrungen und Behandlung bei Knochentuberkulose von Winand Lehmacher,*
7. *Das Pneumoperitoneum in der Behandlung der Lungentuberkulose von Erik Sedlaczek,*
8. *Das Problem der Reinfektion von Saarse,*
9. *Das Labor und Tuberkulosedagnostik von Wolfgang Büttgen.*

(Tuberkulosearzt 1. Jhrg. 1947, Heft 1 und 2.)

Zur Diskussion sprachen neben Prof. Dr. Lydtin, Prof. Dr. Scheicher, Dr. Weiß, Dr. Szor, Dr. Mayer aus Palästina, Dr. Beeh und Dr. Roloff auch mehrere Kollegen westlicher Länder. Bei der gut besuchten Tagung, bei der wir seit Kriegsende erstmals unsere Behandlungsmethoden und -erfolge mit denen anderer Länder vergleichen konnten, wurde uns die Erweiterung der Therapiepalette durch Tuberkulostatika gezeigt, durch die sich unsere Pneumothorax- und Plastikindikation in der Zukunft erheblich änderte. Als erstes Haus in der amerikanisch besetzten Zone konnten wir Erfahrungen mit dem uns zur Verfügung gestellten Streptomycin sammeln.

Nach dem Ausscheiden von Dr. Weiß und nach Auflösung der UNRRA im November 1947 übernahm die IRO unser Haus. Durch Auswanderung wechselten im weiteren Verlauf die Medical-Direktoren mehrmals. Es hatten diese Stelle die Herren Dr. Siegfried, Dr. Rosenkranz, Dr. Lewis, Dr. Zawadski, Dr. Fischer und Dr. Smythe inne. Die internationale Flüchtlingsorganisation strebte an, kleinere Häuser, die durch die laufende Auswanderung ihrer Insassen unterbelegt waren, aufzulösen und deren Patienten nach Gauting zu überführen. So wurde als erstes das DP-Hospital Wörishofen geschlossen, später Merxhausen.

Einführung der Arbeitstherapie

Die IRO hatte erstmals in Gauting mit einer größeren Zahl sogenannter Occupational therapists eine Arbeitstherapie aufgezo-gen und deutsche Handwerksmeister und Lehrkräfte mit deren Aufgaben und Zielen vertraut gemacht. Der durch seine Ansteckungsfähigkeit von der Gesellschaft gemiedene, an das Krankenhaus gebundene Patient sollte durch eine von ihm gewählte Beschäftigung von dem ständigen Denken an seine Erkrankung abgelenkt und durch die allmähliche Leistungssteigerung auf die Wiedereingliederung in den Arbeitsprozeß nach Krankenhausentlassung vorbereitet werden. Für den Arzt bedeutet der Grad dieser Belastungsfähigkeit eine der Möglichkeiten, den Stabilisierungsgrad eines tuberkulösen Prozesses abzuschätzen. Außerdem war diese Beschäftigungstherapie als Vorstufe für die Errichtung einer späteren Umschulung gedacht. Es war Gelegenheit gegeben, in folgenden Fachgebieten zu arbeiten: Herren- und Damenschneiderei, Weberei, Kunstgewerbe, Hand-

arbeiten, fotografische Ausbildung, Sprachkurse, Radiotechnik, Maschinenschreiben und Stenografie.

Mit dem allmählichen Rückzug der Besatzungsmächte aus den verschiedenen Gebieten des öffentlichen Lebens sollte auch die IRO ihre Tätigkeit im Bundesgebiet nach Übertragung ihrer bisherigen Aufgaben an deutsche Nachfolgeinstitutionen beenden. Deshalb sandte sie im Sommer 1950 als ihren Vertreter Tbc-Konsulent Dr. Gellner zu Reg.-Dir. Peschel der Landesversicherungsanstalt Oberbayern, damit er sich orientiere, ob diese bereit sei, IRO-Nachfolgerin in Gauting zu werden.

Das Haus wieder in deutscher Verwaltung

In der amerikanischen Besatzungszone lebten im Frühjahr 1951 insgesamt 1200 Erwachsene und 140 Kinder als heimatlose Ausländer, die an einer stationär behandlungsbedürftigen Lungentuberkulose litten. Es bestand der Plan, bei Beendigung der Tätigkeit der IRO alle Erwachsenen in Gauting zu konzentrieren und die kranken Kinder auf deutsche Heilstätten zu verteilen.

Voraussetzung für die Durchführung war die Vergrößerung der Bettenkapazität Gautings und der Bau einer Großküche zur optimalen Ernährung des vermehrten Krankengutes. Zur Realisierung stellte der Chef der Hauptverwaltung der IRO, Mr. Donald Kingsley, zwei Millionen DM zur Verfügung. Daraufhin willigte die Landesversicherungsanstalt Oberbayern ein, die Verwaltung Gautings zu übernehmen. Am 9. 8. 1951 kam es zum Abschluß eines Staatsvertrages zwischen dem bayerischen Ministerpräsidenten Ehard und dem US-Hochkommissar MacCloy, in dem der Freistaat Bayern die Verantwortung für die gesamte Betreuung tuberkulöser heimatloser Ausländer übernahm. Durch einen Verwaltungsvertrag übertrug der Staat seine Verpflichtungen der Landesversicherungsanstalt Oberbayern. Das vormalige IRO-Sanatorium führte vom 1. 5. 1951 ab die Bezeichnung: Staatliches Tbc-Sanatorium und Krankenhaus Gauting in Verwaltung der LVA Oberbayern.

Zum Chefarzt wurde der an Jahren älteste Abteilungsarzt des Hauses, Dr. Hubert Tuczek, ernannt. Der ruhige, ausgeglichene Arzt hatte die Voraussetzungen für die Leitung eines Sanatoriums mit Patienten 28 verschiedener Nationalitäten. Als Verwaltungsdirektor wurde Dr. jur.

Karl Resenberg eingesetzt, der zuletzt als Legationsrat in der deutschen Botschaft in Spanien vor Kriegsbeginn tätig war.

Bau einer Großküche und des 350-Betten-Krankenhauses D

Die Landesversicherungsanstalt stand nun vor der großen Aufgabe, in enger Zusammenarbeit mit der von ihr eingesetzten Krankenhausverwaltung die geplanten Um- und Neubauten so voranzutreiben, daß nach der vertraglichen Festlegung die Patienten des aufzulösenden DP-Hospitals Amberg und des Rehabilitation Centers Luttensee bei Mittenwald so bald als möglich in Gauting aufgenommen werden konnten. Bereits während der Verhandlungszeit über das Zustandekommen der Verträge wurden die Architekten, Dipl.-Ing. Ingeborg Triemer und Reg.-Baumeister Dipl.-Ing. Herbert Weißbach, mit Planung und Bauleitung einer Großküche und eines zusätzlichen Krankenhauses beauftragt. In der Nähe des Krankenseinganges wurde längs der Straße zwischen den beiden Krankbauten A und C die 65 m lange und 17 m breite erdgeschossige Großküche voll unterkellert gebaut. Das Pavillonsystem des Krankenhauses bedingt eine zentrale Essensbereitung aller Kostformen und den Transport der fertigen Speisen zu den einzelnen Bauten mit Fahrzeugen. Dieser Umstand wurde bei der Planung berücksichtigt. An der Ostseite befindet sich in der Mitte des Gebäudes die Hauptküche mit einer 20 m langen Laderampe zur Essensausgabe an die Beförderungsfahrzeuge. In Verbindung mit dieser Hauptküche stehen Tee- und Kaffeeküche, Kalkküche, Diätküche, Gemüsevorbereitungs- und Tagesvorratsraum, daneben je ein Kühl- und Tranchierraum. Durch einen Korridor getrennt liegen Bäckerei, Konditorei, Personal- und Büroräume. Am Südende befindet sich ein Speisesaal für das gesamte Krankenhauspersonal. In den umfangreichen Kellerräumen sind Wasch- und Umkleideräume mit Toiletten für das Personal sowie ausreichender Vorrats- und Kühlraum geschaffen worden. Der südliche und nördliche Teil des Dachgeschosses enthält Personalzimmer.

In Anbetracht der beschränkt vorhandenen Mittel bot sich zur Lösung der zweiten Aufgabe, dem Bau eines 350-Betten-Hauses, ein Umbau zweier vorhandener ehemaliger Kraftfahrzeughallen im Westen des Krankenseinganges an. Durch

einen die nördlichen Enden der beiden aufgestockten Fahrzeughallen verbindenden Neubau entstand ein geschlossener, hufeisenförmiger Komplex, der an den Sonnenseiten mit Liegeterrassen ausgestattet wurde, so daß jedes Krankenzimmer mit Südlage seinen Liegebalkonanteil besitzt. Durch diese Art der Ausstattung des neuen D-Krankenhauses wurde erstmals die Heliotherapie von Knochentuberkulose möglich. Analog den bestehenden Krankenhäusern wurden zentral eine Röntgenstation mit Behandlungs-, Untersuchungs- und Schreibzimmer eingerichtet.

Übernahme der Patienten des DP-Hospitals Amberg

Bereits am 19. 12. 1951 konnten die 250 Patienten des DP-Hospitals Amberg in dem neuen Krankenhaus Aufnahme finden. Nun ging es an die Realisierung der dritten vertraglich übernommenen Verpflichtung, nämlich der Fortführung des Rehabilitation Centers Luttensee in Gauting, allerdings in einem großzügigeren Rahmen. Dabei war geplant, neben der erweiterten Beschäftigungstherapie eine Umschulungsstätte zu gründen. Es sollte dem Patienten, der seinen Beruf nicht mehr würde ausüben können, während seiner Erkrankung die Möglichkeit gegeben werden, seine Eignung für einen ihm artverwandten oder neuen Beruf testen zu lassen und sich auf diesen in der Beschäftigungstherapie vorzubereiten. Damals setzten sich die Patienten aus heimatlosen Ausländern zusammen, die nach Behandlungsabschluß nur dann in den Arbeitsprozeß wieder eingegliedert werden konnten, wenn sie einen Beruf erlernt hatten. Bei der Planung der Lehrwerkstätten — wie bereits bei dem Ausbau des Krankenhauses — bestand aus Rentabilitätsgründen die Absicht, jeden von den heimatlosen Ausländern nicht benötigten freistehenden Platz mit einem Deutschen zu besetzen. Die in Luttensee von der IRO durchgeführten sechsmonatigen Lehrgänge waren für alle dort gelehrten Berufszweige zu kurz. Bei Aufstellung des Rehabilitationsprogramms für die geplanten Lehrwerkstätten Gauting wurde daher eine bis zu zwei Jahren dauernde Facharbeiterausbildung mit amtlicher Abschlußprüfung vorgesehen.

Bau der Lehrwerkstätten

Im Laufe des Jahres 1952 wurde — finanziert von dem Bayerischen Staatsministerium für Arbeit und soziale Fürsorge und den Bayerischen Lan-

desversicherungsanstalten — der erste Bauabschnitt der Lehrwerkstätten im südlichen Teil des Krankenhausterrains in Fertigbauweise errichtet. Am 1. 1. 1953 konnte mit den Ausbildungskursen begonnen werden. Ausbildungszweige waren: Dreherei und Mechanikerhandwerk, technisches Zeichnen für Maschinenbau, Elektronik, Mechanik mit Spezialisierung auf Rundfunk-, Fernseh- und Fernsprechwesen erweitert. Die Voraussetzung hierfür wurde durch Neubauten geschaffen. Durch das Zusammenwirken des Umschulungsleiters, Herrn Last, mit einem ausgezeichneten Lehrkörper von Ingenieuren und Handwerksmeistern wurden die Lehrwerkstätten das Musterinstitut in der Bundesrepublik und daher von zahlreichen Gästen und Kommissionen des In- und Auslandes laufend besucht. Wenn uns auch wegen Geldmangels die Realisierung vieler Verbesserungs- und Vergrößerungswünsche bisher versagt blieb, so ist doch der Zweck, die Vermittlung einer soliden, bestmöglichen Fachausbildung für ehemalige Tuberkulosekranke, unberührt geblieben. Der Berufserfolg der meisten unserer ehemaligen Lehrlinge, mit denen wir laufend in Kontakt sind, hat uns dies bewiesen.

Nach Bauvollendung der Großküche und des D-Krankenhauses ging Dir. Dr. Resenberg trotz äußerst geringer Geldmittel daran, die mit einem Tarnanstrich versehenen Gebäude und alle Neubauten einheitlich im Ockerton der bayerischen Königsschlösser streichen zu lassen. Das gesamte, teils recht trostlose Krankenhausgelände ließ er in einen großzügigen Park verwandeln und die durch Windbruch entblößten Randgebiete wieder aufforsten.

Bei der Übernahme des Hauses in deutsche Hände war die Kasse leer, und es mußte erst eine gut funktionierende Verwaltung aufgebaut werden, um von jedem Patienten den Kostenträger ermitteln und so in Besitz seiner Behandlungskosten gelangen zu können. Für die nun erforderliche Hauptbuchhaltung stand als Leiter der ehemalige Verwalter des aufgelösten DP-Hospitals Amberg, Herr Böhm, zur Verfügung. Aus dem fetsgesetzten Tagessatz von 8,— DM mußte nicht nur alles für den Patienten selbst, sondern mußten auch die Kosten für die Erhaltung der Krankenhausbauten mit ihrem gesamten Inventar einschließlich der Betriebskosten bestritten werden. Außerdem hatte sich der Zustand wartungsbedürftiger Einrichtungen so verschlechtert, daß

zur vorschriftsmäßigen Führung des Krankenhauses größere Reparaturen und Erneuerungen unumgänglich waren; so standen je nach Dringlichkeit mehrere Projekte auf einer „Warteliste“. Durch Verschlammung der Sickerbecken und der Tropfkörper der Kläranlage bestand Gefahr der Verseuchung des umgebenden Geländes, was sofortige Instandsetzung forderte. Die Maschinen der Wäscherei waren so abgenutzt, daß die laufenden Reparaturen den normalen Ablauf des Waschprozesses verhinderten. An acht verschiedenen Plätzen im Gelände mußten Feuerstellen als Zentralheizungsanlagen bedient werden, die überaltert waren und unrationell arbeiteten. Schwestern und Hauspersonal wohnten zum Teil in Baracken aus dem Jahre 1938, die auf Pfählen standen und deren faulende Fußböden sich senkten und nicht mehr repariert werden konnten. Bei sparsamster Bewirtschaftung und doch optimaler Betreuung der Patienten wurde versucht, mit einem möglichst niedrigen Personalstand das Krankenhaus zu führen. So wurden z. B. die fünf Stationen zählenden Krankbauten so unterteilt, daß sie nur noch aus vier Stationen mit dem entsprechend reduzierten Personal bestanden. Von den nur noch vier benötigten Ärzten mußte — den sonst üblichen Gepflogenheiten entgegen — der Ober- und Abteilungsarzt eine zusätzliche Station selbst betreuen. Auf diese Weise konnten pro Abteilung zwei Ärzte und nahezu das Personal für eine Station eingespart werden. Zu dieser Maßnahme war das Haus aus Selbsterhaltungsgründen gezwungen, und das gesamte Personal hat sich bemüht, sein Bestes für den neuen Start zu geben. Die Umstellung erforderte auf allen Sektoren Geduld, Einfühlungsvermögen, Fleiß und Vertrauen in die Leitung. All dies erschütterte in keiner Weise den Zusammenhalt der großen Personalfamilie in dem bekannt guten Betriebsklima.

Die Zusammensetzung der Kranken veränderte sich immer mehr zugunsten der Deutschen, so daß die heimatlosen Ausländer bald in der Minderzahl waren. Nur durch den engen persönlichen Kontakt mit den von uns zur Besichtigung unseres Krankenhauses öfters eingeladenen Ärzten und Fürsorgerinnen der Gesundheitsämter konnten wir deren positive Einstellung gewinnen. Der Chronist als Fürsorgearzt des Kreises Starnberg, zu dem auch Gauting gehört, konnte über ein Jahrzehnt viele Patienten der Umgebung veranlassen, sich im Gautinger Krankenhaus be-

handeln zu lassen. In der Zeit, in der wir von der Hand in den Mund lebten und es niemanden gab, der für auftretende Schulden hätte einspringen können, war die Sorge um die Rentabilität des eben aus der Taufe gehobenen Regiebetriebes sehr groß. An ihm hing neben der Betreuung der Patienten die Erhaltung des Arbeitsplatzes von rund 400 Betriebsangehörigen, denen gegenüber wir nach den harten Jahren nach 1945 eine Verpflichtung hatten. Durch eine enge Zusammenarbeit der ärztlichen und Verwaltungsleitung wurde im Bedarfsfall die Kapazität des Hauses durch eingeschobene Betten vergrößert und nach Möglichkeit ein längerer Überhang an leeren Betten vermieden.

Übernahme der Patienten des aufgelösten Tbc-Krankenhauses Herrsching

Außer unserem Lungenanatorium bestanden in näherer Umgebung noch Herrsching, Kempfenhausen und Planegg. Weil das Bundesfinanzministerium seine während des Krieges als Tbc-Lazarett zweckentfremdete Finanzschule zur Ausbildung seines Nachwuchses wieder benötigte, wurde das Krankenhaus Herrsching am 25. 1. 1954 aufgelöst und alle noch behandlungsbedürftigen Patienten auf Wunsch in unser Haus verlegt.

Suche nach einem Krankenhausträger

Angesichts der Schwierigkeit, mit den geringen abzweigbaren Geldmitteln in absehbarer Zeit die notwendigen Erneuerungen im Hause durchzuführen, hoffte Dir. Dr. Resenberg einen Krankenhausträger zu finden. Als ehemaliges Wehrmachtseigentum gehörte das Haus der Bundesvermögensverwaltung, die es an das Land Bayern abgetreten hatte. Nachdem die Bundeswehr auf das als Kaserne weitgehend zweckentfremdete Objekt verzichtet hatte, wurde das Bayerische Finanzministerium mit dessen Verkauf betraut. Dr. Resenberg schwebte vor, eine Stiftung zu gründen oder die Landesversicherungsanstalt Oberbayern dafür zu interessieren, da diese der Kostenträger der meisten im Haus befindlichen Patienten ist. Letztere Lösung schien für beide Teile die günstigste, doch sollte bis zu ihrer Verwirklichung noch ein weiter Weg sein. Das Patronat über unser Haus in dieser schwierigen Zeit hatte Dir. Ankenbrand der Landesversicherungsanstalt Oberbayern übernommen, dessen unbeirrbares Wirken und schützender Hand wir

in den folgenden Jahren so viel zu verdanken hatten. Nach seiner Pensionierung führte sein Nachfolger, Dir. Lang, mit der gleichen Hingabe dessen Werk fort. Mitten in all diesen Verhandlungen und Bemühungen um den Aufbau und die Konsolidierung unseres Hauses verstarb am 29. 1. 1955 unser mit so viel Verantwortungsfreudigkeit, Improvisations- und Verhandlungstalent ausgestatteter Dr. Resenberg an einer akuten Gehirnblutung. Weil der Leiter der Lehrwerkstätten, Herr Last, von dem Verstorbenen mit vielen Zweigen der Bautätigkeit bekannt gemacht war, wurde diese in keiner Weise unterbrochen, als die Landesversicherungsanstalt ihn als Nachfolger berief und Dipl.-Ing. Knoblauch mit der freigewordenen Leitung der Lehrwerkstätten betraute. Auf dem medizinischen Sektor war die Zäsur durch die Übernahme des Hauses in deutsche Hände nicht so groß wie bei der Verwaltung. Nach der bereits erwähnten Reduzierung des Ärztekollegiums wurden für die einzelnen Fachgebiete Konsiliarärzte verpflichtet. Die übernommenen beiden Psychotherapeuten setzten die psychagogische Vortragsfolge für Ärzte und Pflegepersonal fort. Ebenso behandelten sie in Einzel- und Gruppenbesprechungen die Patienten weiter. Ihnen wurde ein Facharzt für Psychiatrie und Neurologie beigegeben. Die Pathologie wurde Prof. Singer und später seinem Nachfolger Prof. Langer übertragen. Als Ophthalmologen konnten wir den emeritierten Prof. Dr. Passow der Universitätsaugenklinik München gewinnen sowie als HNO-Arzt Dr. Berg vom Krankenhaus Nymphenburg. Dieser übernahm die Einweisung unserer Ärzte in die Bronchoskopie und -graphie, die immer mehr an Bedeutung gewannen.

Ärztliche Fortbildung und wissenschaftliche Veröffentlichungen

Um die ärztliche Fortbildung bemühte sich bis zu seinem Tode Dozent Dr. Zothe, der letzte deutsche Oberarzt unter Prof. Rühl der Universität Prag, der, in unserem Hause angestellt, regelmäßige Vorlesungen über ausgewählte Kapitel aus der Inneren Medizin hielt. Von seinem früheren Chef, Prof. Nonnenbruch, hörten wir über „das hepatorenale Syndrom“ und von Rudolf Brauer „über die Geschichte der Tuberkulose von Robert Koch bis heute unter Berücksichtigung der gegenwärtigen Therapieformen“. Von allen abkömmlichen Kollegen wurden die süddeutschen

und österreichischen Tuberkulosekongresse sowie die Internistenkongresse in Wiesbaden regelmäßig besucht, wobei auch Herren unseres Hauses Referate hielten und zu Themen und Diskussionen sprachen.

Aus der Fülle der gewonnenen Erfahrungen aus einem 1000-Betten-Haus wurden viele Aufzeichnungen und Veröffentlichungen gemacht, von denen hier nur ein Teil aufgezählt werden soll: Huebschmann et. al. „Die menschliche Seite der Tbc und Rehabilitation im engeren und weiteren Sinne“ [Hippokrates 29. Jhg., Heft 4 v. 28. 2. 1958]. Janz, der neben den im Hause befindlichen Empyemfällen auch alle Empyeme der Chirurgischen Universitätsklinik München vereinbarungsgemäß zuverlegt bekam, arbeitete ein eigenes Behandlungsverfahren, die „intrathoracale Unterdruckbehandlung“ aus, wozu er eine spezielle Saugapparatur und ein eigenes Instrumentarium konstruierte, das er „Thoracostom“ nannte. Bei geeigneten Fällen gelang ihm ohne Operation die Ausheilung des Empyems und Liquidation der Höhle. Er schrieb: „Über Pneumoperitoneum bei Lungentuberkulose“, München 1948, Dissertation. „Die Behandlung der Eiterungen des Brustraumes mit Antibiotica unter Verwendung von Streptokinase-Stretodornase“ [Der Tuberkulosearzt 6/1952, 25–28]. „Zur Behandlung pleurogener Beschwerden bei Tuberkulösen“ [Fortschr. d. Med. 23/24–1952, 531–532]. „Die therapeutische Wertigkeit einer Penicillin-Streptomycin-Kombination bei Tuberkulose“ [Münchener med. Wschr. 95 (1953), 174–175]. „Gesetzliche Maßnahmen zur Zwangsabsonderung behandlungsunwilliger Tuberkulosekranker“ [Bayer. Ärzteblatt 3 (1957), 57–61]. „Organisation und Funktion der Tuberkulosefürsorgestellen in der Bundesrepublik Deutschland“, Verf. R. Griesbach und Hj. Janz [Bull. or. Int. Union against Tubercul. (1957), 12–16], englisch und französisch. „Strahlungsgefährdung und Röntgenreihenuntersuchung“ [Neue jur. Wschr. 11 (1958), 2098–20–99]. „Kritische Betrachtung der Rehabilitation Tuberkulöser“ [Der Tuberkulosearzt, 1959]. Handbuch der gesamten Arbeitsmedizin, Herausgeber Prof. Dr. med. Dr. med. h. c. E. W. Baader, Kap.: „Der Tuberkulose im Berufsleben“ (Band III), Verf. R. Griesbach und Hj. Janz, im Verlag Urban und Schwarzenberg, Berlin, München, Wien, 1961. Er redigierte als verantwortlicher Schriftleiter auf Veranlassung von Dir. Peschel der LAV Obb. ab

Januar 1952 die Zeitschrift „Der Tbc-Kranke“, später „Heilstätten-Kurier“ genannt, mit einer Auflage von 5000 Exemplaren, die neben Abonnenten in der Bundesrepublik auch von Heilstätten und Organisationen der Schweiz, des Saarlandes, Skandinaviens und Finnlands bezogen wurde. A. Mahr „*Mediastinalhernien*“, Dissertation. F. Mahr „*Klinische Erfahrungen mit dem Inhalationspräparat Inhalopen*“ [Der Tuberkulosearzt, 1955, Heft 1]. Marteneyi „*Über 700 intracavitäre Instillationen von Tuberkulosatica als vorbereitende Maßnahme vor chirurgischer Behandlung*“. Nesswetha und Hohenschutz „*Die Bauchspeicheldrüse bei Tbc im Lichte direkter Untersuchungsmethodik*“ [Der Tuberkulosearzt]. W. Schmidt „*Verhalten der 17-Ketosteroide und des Serumeiweißbildes der Tuberkulosekranken während der Behandlung mit IHN*“ [Zeitschr. f. Tbc. (1953), 308]. „*Klinische Erfahrungen in der Behandlung von rheumatischen Begleiterscheinungen bei Tuberkulosekranken*“ [Med. Welt (1961), 1942]. „*Die lokale Behandlung von Arthrosen bei Tuberkulosekranken*“ [Landarzt (1962), 1510]. Sedlaczek „*Indikation und Erfolgsaussichten des Pneumoperitoneums mit und ohne temporäre Phrenicusausschaltung*“. Stein „*Temporäre Phrenicusausschaltung und Pneumoperitoneum*“ (Dissertation, 1947). Tuzcek „*Rehabilitation Tbc-Kranker und ihre gesetzlichen Grundlagen*“ [Med. Monatsschrift (Juli 1957), Heft 7]. „*Die Bedeutung der Festigkeit der Tuberkelbakterien bei der Chemotherapie der Tbc.*“ [Med. Monatsschrift (Juli 1955), Heft 7]. Walther und Dylong „*Die Beeinflussbarkeit vegetativer Störungen bei Tbc-Kranken im doppelten Blindversuch*“ [Ärztl. Praxis, 15. Jhg. v. 8. 6. 1963]. Wellano „*Lungentuberkulose als Arbeits- und Dienstunfall*“ in Buchform.

Schwierigkeiten der Führung chronisch Kranker

Mit der Entwicklung der tuberkulostatischen Behandlung wechselten der Verlauf der Tuberkulose und ihre Behandlungszeit. Während früher der schicksalsmäßige Ablauf einer schweren Tuberkulose meist verhältnismäßig kurz war, wuchs durch die Chemotherapie die Zahl der chronisch Kranken in den Heilstätten. Die Gefahr für die außerhalb der Familie, der Gesellschaft und des Arbeitsprozesses stehenden Patienten, ins Asoziale abzugleiten, ist groß. So versuchte die Leitung des Hauses, gegen die zunehmende Zahl der Alkoholiker, starken Raucher und Behandlungs-

unwilligen strenge Maßnahmen zu ergreifen. Bald zeigte sich, daß die laufende Aufklärung über die Schädlichkeit von Alkohol und Nikotin bei Tuberkulose im Hausrundfunk wirkungslos blieb. Wenn auch das Radio ein ausgezeichnetes Aufklärungsmittel für unsere Patienten ist, eine Minderung des Alkohol- und Nikotinverbrauches konnte es nicht bewerkstelligen. Daß der Versuch erfolglos sein würde, den Bier- und Zigaretteneinkauf zu erschweren, war von vornherein klar. Eine Erweiterung von Bestrafungsmöglichkeiten fühlbar pekuniärer Art bei Rentenempfängern ist aus gesetzlichen Gründen nicht möglich. So blieb als einziger Ausweg der Versuch, die für die Gemeinschaft unzumutbaren, asozialen, ansteckungsfähigen Kranken in einem geschlossenen Haus zu asylisieren. Wir wandten uns an den damaligen Leiter der Gesundheitsabteilung der Regierung von Oberbayern, RMD Dr. Aub, der mit dem Chronisten in Oberbayern geeignete leerstehende Objekte für diesen Zweck erkundete.

Bevor man an die sicher sehr schwierige personelle Besetzung eines solchen Hauses herantrat, wurde die Frage aufgeworfen, aufgrund welchen Gesetzes man einen asozialen Potator nach einem schwerwiegenden Verstoß in ein geschlossenes Haus einweisen könne. Bisher sahen wir, daß bei Beantragung einer polizeilichen Verfügung so viel Zeit verging, daß für den Patienten und seine Umgebung kein Zusammenhang zwischen Vergehen und Bestrafung mehr zu erkennen war.

Sehr häufig fehlte dann die Voraussetzung für die Durchführung dieser Maßnahme, da nach der mittlerweile durchgeführten Behandlung keine Bakterien mehr ausgeschieden wurden. Zur Gesetzesänderung einer solch unpopulären Maßnahme konnte sich keine Partei entschließen, zumal der Kreis der Interessenten nicht groß ist.

So blieb alles beim alten, und es werden die asozialen Offentuberkulösen von Heilstätte zu Heilstätte gereicht, was allerdings immer schwerer wird, je mehr Heilstätten aufgelöst werden. Der nicht heimasylisierungsfähige Offentuberkulöse weiß, daß irgendein Haus ihn aufnehmen muß, ganz gleich, wie auch immer er sich benimmt.

„Bestraft“ werden also nur die Mitpatienten, die behandelnden Ärzte und das Pflegepersonal, die solchen Patienten ausgeliefert sind. Unzählige Versuche, dieses unerfreuliche Kapitel in der Betreuung Tuberkulöser zu ändern, mißlangen bisher.

Sehr am Herzen lag der Anstaltsleitung die Lärmbelästigung unserer Patienten durch den Dornier-Flugplatz in Oberpfaffenhofen. Nach genauen Phonmessungen als Basis berechtigter Beschwerden erklärte sich die Betriebsleitung des Flugzeugwerkes bereit, schallschirmende Mauern und Boxen zu bauen. Das Krankenhausgelände besitzt nur nach dem Westen, wo es aus klimatischen, Geruchs- und Geräuschgründen am wichtigsten wäre, keinen schützenden Waldgürtel. Dies könnte leicht geändert werden. Bei der Vorplanung des ehemaligen Kasernengeländes wurde der Gemeinde Unterbrunn ein Landstreifen zuviel abgekauft, der dann, da nicht benötigt, nicht in die Umzäunung einbezogen wurde. An diesem staatseigenen Landgürtel ist niemand interessiert, es sei denn, der Eigentümer des Krankenhauses. Dort wäre durch Aufforstung eine Abschirmung des Geländes möglich, und außerdem könnte der durch geplante Neubauten sich verkleinernde Erholungspark für Patienten wieder vergrößert werden. Das Schöne am Gautinger Krankenhausgelände ist ja, daß bei einem Spaziergang der Blick nicht immer von Gebäuden begrenzt wird, so daß sich die Kranken an der Natur erfreuen können. Wie wichtig wäre es bei baulichen Planungen, in der Zukunft diesen Zustand zu erhalten!

Die Besetzung des Hauses mit einem einzigen Schwesternverband war unmöglich, da kein Verband über 100 Schwestern verfügte. So arbeiteten wir mit verschiedenen Verbänden, was sich in der Vergangenheit gut bewährt hat. Der Schwestern-Fortbildung dient eine Vortragsreihe, die von unseren Ärzten abgehalten wird. Interessenten ohne Schwesterndiplom wird die Möglichkeit gegeben, nach vorheriger Schulung das Staatsexamen nachzuholen. Während die katholische Seelsorge unserer Patienten nahezu kontinuierlich von den Hausgeistlichen, Pfarrer Mayer und Jäger, ausgeübt wurde, übernahmen die Geistlichen Gautings, Pfarrer Schützka, Burkert und Preuss, die Betreuung der evangelischen Kranken.

Bau des Fernheizwerkes

Neben der Fortführung der Außenarbeiten, der Erneuerung der Fußbodenbeläge in sämtlichen Gängen, Treppenhäusern und auf den Vorplätzen der Krankenhausbauten war es nun die Aufgabe von Dir. Last, die acht Feuerstellen im Gelände in einem großen Fernheizwerk zu vereinigen.

Auch hier war wieder die Geldbeschaffung das schwierigste. Nach langen Verhandlungen fand sich in dankenswerter Weise die Landesversicherungsanstalt Oberbayern bereit, den erforderlichen Betrag von 1,3 Mill. DM mit der Auflage zu geben, daß zur Befeuerung vorwiegend bayerische Kohle verwendet wird. So konnte am Nordwestrand des Geländes mit eigener Zufahrt von außen ein modernes Fernheizwerk mit einem 30 m hohen Schornstein zum störungsfreien Abführen von Rauch und Abgasen gebaut und im Dezember 1957 in Betrieb genommen werden.

An dieser Stelle können nur die größeren Projekte Erwähnung finden, obwohl beim Ausbau eines Krankenhauskomplexes solcher Dimensionen ungezählte Neuerungen und Erweiterungen erforderlich sind. Weil diese zum größten Teil von hauseigenen Handwerkern durchgeführt werden mußten, kam der Sache das gute Einvernehmen zwischen Dir. Last und seinen Betriebsangehörigen sehr zustatten. Mitten in seinem Wirken verstarb er am 16. 3. 1959 an einer Apoplexie. Wegen seiner menschlichen Qualitäten wird er uns unvergeßlich bleiben.

Als sein Nachfolger wurde Herr Böhm ernannt, der durch die Organisation unserer Buchhaltung und seine kalkulatorischen Fähigkeiten der Landesversicherungsanstalt wohlbekannt ist. Bei der Übernahme der Verwaltungsdirektion stand ihm die Erneuerung der Anstaltswäscherei, die Erweiterung der Umschulung und die Vergrößerung der Gärtnerei bevor, außerdem die Bauvorbereitung eines Personalhauses, das die Barackenunterkünfte ersetzen sollte. Auch sollte in seiner Wirkungszeit der lang vorbereitete Kauf unseres Hauses durch die Landesversicherungsanstalt Oberbayern getätigt werden.

Auf dem medizinischen Sektor gab es mit dem Inkrafttreten der freien Niederlassung erstmals seit einem Jahrzehnt personelle Veränderungen. Da alle Ärzte ihre lungenfachärztliche Ausbildung abgeschlossen hatten und das Haus weder Verbindliches über eine Altersversorgung durch eine evtl. Verbeamtung noch über Wohnungsbeschaffung in Form von Dienstwohnungen für die Zukunft versprechen konnte, wanderte ein Dutzend gut qualifizierter Fachkollegen unseres ärztlichen Stammes in die freie Praxis und den Staatsdienst ab. Dieser Aderlaß wirkt sich bis in unsere Tage aus. — Auf therapeutischem Gebiet wurde aus unserem Haus über Resistenzprobleme der Tbc-Bakterien bei Mono- und Kombinations-

behandlung mit verschiedenen Tuberkulostatica berichtet, sowie über die Kombination mit Corticosteroiden. Wie in anderen Häusern gehörte in der Chirurgie die Resektionsbehandlung zu den meist geübten Lungenoperationen, nachdem vorher ein Lungenfunktionslabor sowie eine cardiologische Station eingerichtet worden waren. Durch die Neuausstattung der zentralen Röntgenstation und Dunkelkammereinrichtung konnte dort eine erhebliche Leistungssteigerung erzielt werden. Die angeschaffte Sterilisationsgroßanlage im Operationssaal entlastet die Stationen.

Umbau der Wäscherei und Vergrößerung der Lehrwerkstätten

Weil die gesamte Wäsche eines so großen Krankenhauses einen beachtlichen Wert darstellt, wurde durch die Durchführung eines neuartigen Waschverfahrens deren Gebrauchsdauer erheblich verlängert. Hierzu waren Umbau und Modernisierung der gesamten Wäscherei erforderlich.

Als nächstes wurde die Planung und der Bau eines fehlenden Lehrgebäudes zur Umschulung für technisches Zeichnen, Radiotechnik und Elektronik mit einem Verwaltungs- und Wohntrakt durchgeführt. Während die Kaufverhandlungen unseres Hauses sich dem Abschluß näherten, war die Landesversicherungsanstalt Oberbayern bereit, das von unserer Verwaltungsleitung vorgeplante Personalhaus in ihren Finanzierungsplan aufzunehmen und den Bau zu verwirklichen.

Ankauf des Krankenhauses durch die Landesversicherungsanstalt Oberbayern

Inmitten dieser großen Projektierung kam es am 26. 6. 1965 zum Abschluß des Kaufvertrages zwischen dem Bayerischen Finanzministerium und der LVA Obb. Das gesamte Objekt—38,3 ha Grund mit allen darauf befindlichen Gebäuden— wurde zum Preis von 8 Mill. DM erworben. Damit ist unser seit 14 Jahren gehegter Wunsch nach einem Krankenhausträger in Erfüllung gegangen, die Zeit der unklaren rechtlichen Verhältnisse und der Entwicklungshemmungen beendet. Durch die Leistungen in der schweren Übergangszeit seitens der Ärzte und der Verwaltung wurden dem bayerischen Staat und somit jetzt der LVA große Werte erhalten. Nach Wegfall der personellen Zwangseinsparungen für Ärzte und Pflegepersonal kann nun der Bettenschlüssel wie in anderen gleichgearteten Krankenhäusern angewendet werden.

Wunsch an den neuen Hausherrn und Dank allen im Krankenhaus Beschäftigten

Zum Abschluß erbittet der Chronist vom neuen Hausherrn, der Landesversicherungsanstalt Oberbayern, im Namen aller im Krankenhaus Gauting Tätigen, er möge die Entwicklung unseres Hauses nach Kräften zum Wohle unserer Patienten fördern. Und allen, die dem Haus seit seiner Entstehung ihre Arbeitskraft zur Verfügung gestellt haben, sei hiermit herzlich gedankt.