

Monatsschr Kinderheilkd 2016 · [Suppl 1]: 164:1–120

DOI 10.1007/s00112-016-0057-3

© Springer-Verlag Berlin Heidelberg 2016

Pädiatrie nach 1945 in der Bundesrepublik Deutschland und der DDR

Im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)
herausgegeben von A. Hinz-Wessels und T. Beddies

E. Mayatepek

3 Editorial

J. Spranger

4 Grundzüge der Pädiatrie in Westdeutschland

M. Radke

7 Entwicklung der Kinder- und Jugendmedizin in der DDR. Medizinisch-wissenschaftliche Gesellschaften, Hochschul- und Berufungspolitik, Strukturen

A. Hinz-Wessels

14 Gründung der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR im Kontext der deutsch-deutschen Nachkriegsgeschichte

T. Beddies

21 Besetzung pädiatrischer Lehrstühle in den westlichen Besatzungszonen und in der Bundesrepublik nach dem Zweiten Weltkrieg

D. Bussiek

27 „Politisch einwandfreies Personal“. Neuordnung der Erlanger Universitäts-Kinderklinik nach dem Zweiten Weltkrieg

S. Topp

34 „Und jetzt nach Lambarene“. Hermann Mai – Direktor der Universitätskinderklinik Münster (1943) 1950–1970

V. Roelcke · S. Topp

41 Friedrich Hartmut Dost (1910–1985). Aspekte zu Tätigkeit und Haltung in Nationalsozialismus und Nachkriegszeit

P. Osten

46 Papierchromatographie, Kaseinhydrolysat und Neugeborenencreening. Horst Bickel und die Entwicklung von Diagnostik, Therapie und Prävention der Phenylketonurie

A. Oommen-Halbach

53 Über die akademische Pädiatrie in Bonn in der Nachkriegszeit (1945–1960) und den dortigen Beginn der humangenetischen Forschung

S. Doetz

59 Für „individuelle Gesundheit und Familienglück“. Humangenetische Beratung in der DDR



© Roland Wauer, mit freundl. Genehmigung

Intensivtherapiestation für Risiko-, Neu- und Frühgeborene an der Charité, Ende der 1970er-Jahre.

- S. Hahn*
64 **Pflege, Erziehung und Prophylaxe für Kinder.
Staatliche Aufgabe und kritische Verantwortung der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR**
- R. Eulitz*
69 **Erlebte soziale Pädiatrie in der DDR**
- E. Fukala · B. Meißner*
75 **Konfessionelle Kinderkliniken in der DDR**
- R. Wauer*
82 **Entwicklung der Neonatologie an der Charité 1960–1990 und das DDR-Forschungsprojekt Perinatalogie**
- V. Hofmann*
88 **Anfänge der Sonographie im Kindesalter und ihre Bedeutung
für die medizinische Ethik bei der pränatalen Diagnostik**
- K. Gdanietz*
92 **Kinderchirurgie in der DDR**
- F. Höpner*
98 **Kinderchirurgie in der Bundesrepublik nach 1945**
- L. Hottenrott*
103 **Lebenswege. Sonderakten des Geschlossenen Jugendwerkhofs Torgau (1964–1989)
und Rolle der Medizin in der DDR-Heimerziehung**
- S. Topp · K. Schepker · H. Fangerau*
109 **Querelle de compétence. Verhältnis von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Pädiatrie in der Nachkriegszeit**
- 117 **Bildnachweis**
- 119 **Impressum**

Freier Online-Zugang

Das Supplement „Pädiatrie nach 1945 in der Bundesrepublik Deutschland und der DDR“ der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin ist im Onlinearchiv der *Monatsschrift Kinderheilkunde* für alle Interessenten kostenlos zugänglich.

www.MonatsschriftKinderheilkunde.de

Ertan Mayatepek

Editorial

Liebe Kolleginnen und Kollegen,

zum dritten Mal seit 1994 widmet sich ein Sonderheft der *Monatsschrift Kinderheilkunde* der Geschichte der Kinder- und Jugendmedizin in Deutschland im 20. Jahrhundert. Fünf Jahre nach dem Mauerfall erschien zunächst eine, wie es damals hieß, Materialsammlung zur Geschichte der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR und ihrer Arbeitsgemeinschaften; 2011 wurde ein Begleitheft zur Potsdamer Gedenkveranstaltung „Im Gedenken der Kinder. Die Kinderärzte und die Verbrechen an Kindern in der NS-Zeit“ und zur gleichnamigen Ausstellung der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) herausgegeben.

Das jetzt vorliegende Heft „Pädiatrie nach 1945 in der Bundesrepublik Deutschland und in der DDR“ schließt thematisch an seine Vorgänger an, indem sich einzelne Beiträge noch mit den Nachwirkungen von Krieg und NS-Ideologie in der deutschen Kinderheilkunde befassen, indem aber auch die erwähnte Materialsammlung zur Pädiatrie der DDR weitergeführt und die pädiatrische Entwicklung in Westdeutschland vergleichend miteinbezogen wird.

Das Heft mit insgesamt 19 Beiträgen wird durch zwei Überblicksdarstellungen eingeleitet, die die unterschiedliche Entwicklung und Organisation der Kinderheilkunde in Ost- und Westdeutschland aufgrund der Zuordnung zu zwei miteinander konkurrierenden politischen Systemen erkennbar werden lassen. Weitere Artikel befassen sich mit der Genese und Entwicklung pädiatrischer Spezial- und Grenzgebiete wie beispielsweise der Kinder- und Jugendpsychiatrie oder der Kinderchirurgie, die den allgemeinen Trend zur Spezialisierung in der Medizin nach 1945 abbilden. Darüber hinaus enthält das Heft mehrere Beiträge, die einen in-

stitutionsgeschichtlichen oder biografischen Ansatz verfolgen. In der Rekonstruktion verschiedener Lebensläufe wie derjenigen von Hermann Mai, Hartmut Dost, Albert Viethen und Alfred Adam werden nicht nur Kontinuitäten und Brüche in Denkmustern und Karriereverläufen deutlich, es bildet sich darüber hinaus auch der schwierige Umgang mit der NS-Vergangenheit in der deutschen Nachkriegspädiatrie ab, der im Einzelfall bis heute nachwirkt.

Bei der Zusammenstellung des Sonderheftes erschien es nicht nur wichtig, die Beiträge zu ost- und westdeutschen Themen möglichst gleichgewichtig zu berücksichtigen. Vielmehr sollten sowohl Medizinhistoriker als auch Zeitzeugen – Kolleginnen und Kollegen aus der pädiatrischen Praxis – zu Wort kommen.

Zeitzeugen geben unmittelbar über die Atmosphäre und die Verhältnisse einer Zeit Auskunft; als Partner im Bemühen um eine möglichst vollständige Geschichtsbetrachtung ist es Aufgabe der Historiker, auf der Grundlage der überlieferten Quellen nach ihren Regeln ein Bild der Geschichte zu entwerfen und damit die mündliche Überlieferung zu ergänzen und zu rahmen. Vor diesem Hintergrund bietet das vorliegende Heft dem zeitgeschichtlich interessierten Leser eine lebendige Mischung aus „unmittelbaren“ Erfahrungsberichten aus der Kinderheilkunde und „mittelbaren“, mit dem distanzierten Blick des Historikers formulierten Analysen aus der Medizingeschichte.

Die Autorinnen und Autoren sind im Wesentlichen Kolleginnen und Kollegen aus der Pädiatrie und der Medizingeschichte, die im November 2013 und Februar 2015 bereits an zwei Arbeitstagen der Historischen Kommission der DGKJ zur Zeitgeschichte der Kinderheilkunde in der Bundesrepublik Deutschland und der DDR aktiv teilgenommen

haben. Darüber hinaus wurden zur inhaltlichen Abrundung und Ausbalancierung des Heftes weitere Kolleginnen und Kollegen aus der Pädiatrie und der Medizingeschichte eingeladen, sich zu beteiligen. Um die Einordnung zu erleichtern, werden die Autorinnen und Autoren am Ende ihrer Beiträge in biografischen Skizzen kurz vorgestellt.

Die DGKJ bedankt sich bei allen Autorinnen und Autoren, vor allem bei den Herausgebern Dr. Annette Hinz-Wessels und Prof. Dr. Thomas Beddies, die das Erscheinen dieses Supplements ermöglicht haben.

Wir wünschen Ihnen, liebe Leserin, lieber Leser, eine anregende und informative Lektüre.



Prof. Dr. Ertan Mayatepek
Präsident der DGKJ
Berlin, März 2016

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. E. Mayatepek
Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V.
Chausseestr. 128/129, 10115 Berlin,
Deutschland
info@dgkj.de

Jürgen Spranger

Grundzüge der Pädiatrie in Westdeutschland

Persönliche Erinnerungen

Meine erste bewusste Berührung mit der Pädiatrie geht in die unmittelbare Nachkriegszeit zurück, als mein Vater 1946 seine im Krieg verwaiste kinderärztliche Praxis in Baden-Baden wieder eröffnete. Im Wartezimmer geduldeten sich ausgemergelte Mütter mit ihren hungrigen Kindern. Fiebernde, schwer kranke Kinder mussten zu Hause besucht werden. Um dies in jedem Fall tun zu dürfen, bedurfte es einer Lockerung des Fraternalisierungsverbots, denn den Familien der französischen Besatzungsmacht war es untersagt, die Hilfe deutscher Ärzte in Anspruch zu nehmen. Erst mit der Lockerung konnten französische Mütter den deutschen Kinderarzt aufsuchen, dem sie offenbar mehr vertrauten als ihren Militärärzten. Und sie erwirkten die Freigabe eines konfiszierten Automobils für die kinderärztlichen Besuchsfahrten. Diese nahmen teilweise dramatischen Charakter an. Rettungsdienste, Krankenwagen und Notärzte gab es nicht. Ich erinnere mich an die rasende Fahrt meines Vaters aus einem umliegenden Dorf in die Praxis, ein stark dehydriertes Kleinkind im Arm seiner Mutter auf dem Rücksitz. Die lebensrettende Infusion in der Praxis erfolgte subkutan. Der unter der Flüssigkeitszufuhr anschwellende Bauch des schreienden Kindes hätte mich fast vom Medizinstudium abgehalten.

Die Stadt Baden-Baden stellte dann bald eine leer stehende Villa zur Verfügung, in der eine Kinderklinik eingerichtet wurde (Abb. 1). Der tägliche Pflegesatz betrug 2,70 DM für Säuglinge und Kleinkinder sowie 4,80 DM für ältere Kinder. Röntgenapparate und andere Geräte wurden angeschafft, allerdings mit der Maßgabe, für die Kinder preisgünstigere kleinere Geräte zu besorgen. Eltern zahlten ein Drittel der Behandlungskosten. Der Leiter der Klinik erhielt eine Aufwandsentschädigung. Erste

Austauschtransfusionen wurden durchgeführt; 45 Jahre später, im Jahr 1993, stand ein französischer Herr vor meines Vaters Tür und wollte sich über die seinerzeit durchgeführte Behandlung seiner neonatalen Rhesus-Inkompatibilität bedanken.

Im Jahr 1959 begann meine Facharztausbildung an der Universitätskinderklinik Heidelberg. Es war die Zeit der Chefarztvisiten mit weißem Schweiß aller Oberärzte und Assistenten. Der Chef beugte sich über den Patienten und empfahl seinen Oberärzten: „Schaut mal nach“. Wir Assistenten im hinteren Glied sahen nichts, verstanden wenig; Kollege Hartmann witzelte ob des dritten Kindes mit merkwürdigen Skelettfehlbildungen: „Es wird doch nicht Contergan sein“. Contergan (Thalidomid) war das zwischen 1957 und 1961 eingesetzte und überaus beliebte, weil praktisch nicht überzudosierende Beruhigungs- und Schlafmittel.

Es war auch die Zeit der Poliomyelitis-Station mit 15 gelähmten, teilweise in der „eisernen Lunge“ beatmeten Kindern auf der Station. Es war die Zeit, in der wir Diensthabenden hilflos vor dem nach Atem schnappenden Frühgeborenen standen und warten mussten, bis das Kind still war.

Die Poliklinik war Abbild der täglichen Praxis mit einer Fülle von Kindern und Eltern, die unter großen und kleinen Beschwerden litten. Ein Jahr in der Poliklinik tätig zu sein, garantierte eine umfassende Weiterbildung in allgemeiner praktischer Pädiatrie. Wir impften gegen Pocken, Tuberkulose, Diphtherie, Tetanus, noch nicht gegen Masern, Keuchhusten, Mumps, Röteln. Letztere galten als relativ gutartige Kinderkrankheiten, die jeder durchzumachen hatte. Systematische Vorsorgeuntersuchungen beschränkten sich auf behördliche Eingangsuntersuchungen in Kindergärten und Schule.

Als jüngster Assistent arbeitete man auf der „Aufnahmestation“, dem Vorläufer der Intensivstation, weil ihre 6 Betten unmittelbar neben dem Zimmer des Ersten Oberarztes platziert waren, der praktisch immer als Diagnostiker und Therapeut, Lehrer und Anreger bereitstand. Arbeitszeiten waren von 8 bis 13 und von 16 bis 19 Uhr, doch wer kümmerte sich um Arbeitszeiten? Man blieb in der Klinik, solange es notwendig war. Der Begriff der Überstunde war unbekannt. Im Nachtdienst arbeitete man mit einer Nachtschwester zusammen, die diese Funktion seit unvordenklichen Zeiten ausübte, von der man sehr viel lernen konnte und derer Gewogenheit man sich gern versicherte, um nicht unnötig in Anspruch genommen zu werden.

Zu den aufwendigeren Tätigkeiten gehörte die Austauschtransfusion – 10 ml rein, 10 ml raus – und die Pneumenzephalographie, mit der man Liquor aus dem Spinalkanal oder den Hirnventrikeln gegen Luft austauschte, um mit konventionellen Röntgenaufnahmen die Ventrikel oder die Hirnoberfläche im Kontrast erkennen zu können.

Die ärztliche Hierarchie war pyramidal; an der Spitze der Chef, allein verantwortlich für Budget, Personal, Strukturentwicklung der ganzen Klinik, ihrer Vertretung in den universitären Gremien. Gespräche mit ihm waren nicht immer einfach zu erreichen – ich erinnere mich an einen Kollegen, der zu nächtlicher Stunde über das offene Fenster des Sekretariats verzweifelt nach dem Verbleib seiner vor einem halben Jahr eingereichten Habilitationsschrift fahndete. Drei Oberärzte mit breitem pädiatrischem Allgemeinwissen, 2 davon mit Sonderinteressen in Stoffwechsel und Bakteriologie, waren verantwortlich für Patientenversorgung, klinische Weiterbildung, Forschung, wissenschaftliche Anleitung und innere Verwaltung. Erste Schwerpunkte zeichneten sich in der



Kinderklinik Hohenstein

Abb. 1 ▲ Villa Hohenstein, Baden-Baden, die 1947 zu einer Kinderklinik umgebaut wurde. (© J. Spranger, mit freundl. Genehmigung)

Kinderradiologie und der Epileptologie ab, die von habilitierten Kollegen in Assistenztarzfunktion geleitet wurden.

Mein Wechsel an die Universitätskinderklinik Kiel 1963 zeigte dort ähnliche, wenn auch hierarchisch flachere Strukturen, mit leichterem Zugang zum aufgeschlossenen, vielseitig interessierten und bestens informierten Chef, mit zunehmender Subspezialisierung, einem Aufbruch junger, klinisch und wissenschaftlich interessierter Kollegen, darunter nur wenige Frauen, einer ersten selbstständigen Abteilung in der Kinderklinik – der Kinderkardiologie – und 2 Assistenten in der sonst Ordinarien vorbehaltenen medizinischen Fakultät. Die mittlere Verweildauer der kranken Kinder betrug 14 Tage. Aus Sorge vor eingeschleppten Infektionen war die Besuchszeit ihrer Eltern auf 2 Stunden am Mittwoch und 2 Stunden am Sonntag begrenzt, am Mittwoch mit Gelegenheit zum Arztgespräch. Der studentische Unterricht beschränkte sich auf Frontalvorlesungen mit Vorstellungen von Patienten im Hörsaal.

Entwicklung der klinischen Pädiatrie

Solch persönliche Erinnerungen sind durch Zahlen und Fakten zu ergänzen. Im Jahr 1948 erkrankte beinahe jedes 100. Kind an Diphtherie mit einer Le-

talität von 8 % [1]. In Kliniken starben bis zu 30 % der dort aufgenommenen Neugeborenen und Säuglinge, viele davon an Magen-Darm-Krankheiten. Die allgemeine Säuglingssterblichkeit betrug fast 10 % [2]. Bis zum Jahr 1970 ging sie auf Werte um 25 % zurück; 2014 betrug sie 3,3 %. Der Grund für den raschen Abfall nach 1948 lag in der nachhaltigen Verbesserung der allgemeinen Lebensverhältnisse, der Hygiene, der Säuglingsernährung, der Verfügbarkeit neuer Medikamente und in Fortschritten der kinderärztlichen Versorgung [3].

Beispielhaft sollen hier die nach Kriegsende verfügbar gewordenen „neuen“ Medikamente wie Streptomycin, Kortison, Isoniacid, dann Breitspektrumpenicilline, erste Chemotherapeutika und neue Impfstoffe genannt werden. Mit flächendeckenden Impfungen verschwanden Poliomyelitis und Diphtherie, mit weiteren Impfungen weitgehend auch andere Infektionskrankheiten aus dem pädiatrischen Alltag. Industriell gefertigte Produkte ersetzen die von Hand zubereitete Kuhmilch/Getreideschleim-Mixturen, und damit sank die Zahl der Durchfallerkrankungen.

Mit dem Rückgang von Infektionskrankheiten konnten in den Kliniken ganze Infektionsstationen geschlossen werden. Chronische Krankheiten rückten in den Mittelpunkt der klinischen und der wissenschaftlichen Aktivität [4]. Es entstanden onkologische, kardiologische und neuropädiatrische Spezialstationen, auf denen verfeinerte elektrophysikalische Technologien – nicht zuletzt neue bildgebende Verfahren und biochemische Methoden – zur Verfügung standen. Aus der „Aufnahmestation“ entwickelte sich die allgemeine und die neonatologische Intensivstation, beide eng vernetzt mit den operativen Fächern, insbesondere der Kinderchirurgie sowie der Kardio- und Neurochirurgie.

Mit zunehmender Komplexität der diagnostischen und therapeutischen Verfahren stiegen die qualitativen und quantitativen Anforderungen an die spezialisierten Mitarbeiter. Eigene wissenschaftliche Gesellschaften und spezielle Weiterbildungsgänge wurden etabliert. In größeren Kliniken entstanden administrativ unabhängige Spezialabteilungen mit ge-

trennten Budgets, eigener Personalverwaltung und kollegialen Führungssystemen. Andere Kliniken behielten eine einheitliche Verwaltungsstruktur mit autonom und kollegial arbeitenden Spezialisten nach amerikanischem Vorbild.

Organisation und Entwicklung der ambulanten Pädiatrie

In Deutschland gab es 2015 mehr als 20.000 Kinder- und Jugendärzte sowie Kinder- und Jugendärztinnen. Die meisten von ihnen sind Mitglied der 1883 gegründeten Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde. Ihre Umbenennung zur Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKM) reflektiert die Ausweitung pädiatrischer Tätigkeit auf die gesamte Lebensphase von der Geburt bis zum Ende der körperlichen Entwicklung. Die Gründung der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie 1966 spiegelt die Entwicklung eines weiteren – mit dem Namen Theodor Hellbrügge (1919–2014) untrennbar verbundenen – Schwerpunkts der westdeutschen Pädiatrie wider, der sich auf äußere Einflüsse der kindlichen Entwicklung fokussierte. Der 1970 gegründete Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte konzentrierte sich ursprünglich auf die berufspolitischen Belange der Pädiatrie und vertritt bis zum heutigen Tag zunehmend gesundheitspolitische Aspekte der gesamten Kinder- und Jugendheilkunde. Zur Koordinierung der Tätigkeiten der 3 Gesellschaften wurde 1990 die Deutsche Akademie für Kinderheilkunde und Jugendmedizin gegründet, mit dem Ziel einer einheitlichen Bearbeitung, Vertretung und Durchsetzung gesundheitspolitischer Belange.

In den vergangenen 30 Jahren hat sich die kinderärztliche Praxis strukturell und inhaltlich verändert. Etwa 14.000 Pädiater sind beruflich tätig, mehr als 8000 in der ambulanten Versorgung. Die Zunahme ihrer Zahl und die geringere Zahl von Kindern und Jugendlichen führten dazu, dass gegenwärtig ein Kinder- und Jugendarzt ein Viertel weniger Kinder und Jugendliche zu versorgen hat als 1991 (■ Tab. 1). Arbeitsteilung in Praxisgemeinschaften, Gemeinschaftspraxen und medizinischen Versorgungszentren

Tab. 1 Zahl der Fachärzte und Fachärztinnen für Kinder- und Jugendmedizin [5] und der Personen unter 20 Jahren [6] in Deutschland

Fachärzte für Kinder- und Jugendmedizin	1991	2014	Veränderung
Gesamt	12.187	20.204	+8017 (+65 %)
Davon weiblich	6558 (54 %)	11.755 (58 %)	+5197 (+79 %)
Ambulant tätig	7356	8122	+766 (+10 %)
Stationär tätig	3463	5596	+2133 (+62 %)
Ohne Berufstätigkeit	2368	6486	+4118 (+174 %)
Kinder und Jugendliche < 20 Jahre	17,3 · 10 ⁶	14,6 · 10 ⁶	- 2,6 · 10 ⁶ (- 16 %)
Ein ambulant tätiger Pädiater für	2923 Kinder und Jugendliche	2241 Kinder und Jugendliche	- 683 (- 23,3 %) Kinder und Jugendliche
Ein stationär tätiger Pädiater für	6208 Kinder und Jugendliche	3252 Kinder und Jugendliche	- 2956 (- 48 %) Kinder und Jugendliche

reduzieren zusätzlich die Arbeitsbelastung des einzelnen Arztes. Hausbesuche sind nur noch selten nötig; mit ihnen verschwanden aber auch die familiäre Einbindung des Kinderarztes und der Einblick in die häusliche Umwelt der kindlichen Patienten. Der überproportionale Zuwachs stationär tätiger Fachärzte und -ärztinnen für Pädiatrie spiegelt die zunehmende Spezialisierung in diesem Fachgebiet wider, sagt aber auch etwas aus über die geringere Anwesenheitspflicht der um einen Ausgleich von Familie und Beruf besorgten Klinikärztinnen und -ärzte.

Inhaltlich bleibt die krankheitsbezogene Medizin Kern der ambulanten Pädiatrie. Gleichzeitig steigt jedoch die Bedeutung präventivmedizinischer Aufgaben und Tätigkeiten. Während sie schon immer eine Domäne der Kinderheilkunde, beginnend mit Erziehungshinweisen [7], Schuluntersuchungen, Vitamin-D-Prophylaxe und Impfungen, waren, rückten sie mit Einführung regelmäßiger Vorsorgeuntersuchungen in den 1970er-Jahren [8] verstärkt in das Blickfeld der Gesundheitspolitik. Früherkennung, Prävention und Behandlung kindlicher Entwicklungsstörungen wurden zentrale Themen. Kamen bis in die 1980er-Jahre die Eltern noch in die kinderärztliche Praxis, weil dem Kind etwas fehlte, kommt man jetzt ebenso häufig mit der Frage, ob ihm etwas fehlt.

Äußerer Markstein dieser Entwicklung sind die seit 1968 eingerichteten sozialpädiatrischen Zentren, also von ambulant und interdisziplinär arbeitenden

Institutionen zu Erkennung und Behandlung von Störungen der Entwicklung, des Verhaltens und der sozialen Interaktion. Konzeptionell beziehen diese Zentren das soziale Umfeld in ihre Intervention ein und ersetzen damit ein wenig die früher durch Hausbesuche vermittelte Nähe zur familiären Umgebung des Kindes. Sie stützen sich auf ein ausgedehntes Netzwerk nichtärztlicher Dienste wie Psychologen, Pädagogen, Logopäden, Beschäftigungstherapeuten, Sozialarbeitern und andere.

Neben präventiven, entwicklungsdiagnostischen und -therapeutischen Aufgaben rückt die Betreuung chronisch-kranker Kinder in den Fokus der heutigen Pädiatrie. Die Zahl jeweils seltener chronischer Krankheiten nimmt mit ihrer Beherrschbarkeit zu. Der Schwierigkeit, sie zu diagnostizieren und zu behandeln, begegnet die Pädiatrie durch die neuerliche Einrichtung von – oder die Teilhabe an – Zentren für seltene Krankheiten. In diesen Zentren finden betroffene Kinder und häuslich betreuende Pädiater ein breites Spektrum diagnostischer und therapeutischer Expertise aus den Subdisziplinen der Pädiatrie und Fachgebieten der Erwachsenenmedizin. Zu ihren Aufgaben gehört die Transition, die Sicherstellung der Weiterbetreuung chronisch-kranker junger Menschen durch die Erwachsenenmedizin. Eine weitere Aufgabe wird die Vernetzung der Zentren sein und mit ihr die Erweiterung der Datenbasis zur Krankheitserkennung, der Forschung und der Betreuung der Patienten. Für viele seltene Krankheiten wur-

den Selbsthilfeorganisationen gegründet. Die Zusammenarbeit mit diesen Organisationen ist ein weiterer Markstein der neuen Pädiatrie.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. J. Spranger

Im Fuchsberg 14, 76547 Sinzheim, Deutschland
j.a.spranger@gmx.de

Jürgen Spranger, Prof. Dr. med. (em.); ehem. Ärztlicher Direktor der Universitätskinderklinik Mainz. 1956/57 Sloan-Kettering Institute for Cancer Research New York; 1959–63 Kinderklinik Heidelberg; 1963–74 Kinderklinik Kiel; 1965 Forschungsstipendiat am Inst. für Humangenetik in Münster; 1968/69 Research Associate, Children's Hospital, Harvard University Boston; 1970/71 Visiting Prof., University of Madison Children's Hospital; seit 1974 in Mainz. U.a. Mitglied und ehem. Generalsekretär der Deutschen Akademie für Kinder- und Jugendmedizin e.V., des Dachverbands der pädiatrischen Gesellschaften Deutschlands (Dt.e Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V.; Berufsverband der Kinder- und Jugendärzte e.V., Dt.e Gesellschaft für Sozialpädiatrie und Jugendmedizin e.V.).

Literatur

1. Blanke FJ (1951) Die Durchseuchungspräzession bei Diphtherie und Scharlach in einer zerstörten Großstadt nach dem Kriege. Monatsschrift Kinderheilkd 99:165–168
2. Ratum O, Breckenkamp J (2007) Kindersterblichkeit und soziale Situation. Dtsch Arztebl 1104:2950–2956
3. Spiess H (1949) Ernährung und Gesundheitsverhältnisse bei Säuglingen der Nachkriegszeit. Monatsschrift Kinderheilkd 97:242–249
4. Spranger J (2000) Deutsche Pädiatrie von 1845–1999. Monatsschrift Kinderheilkd 148:573–577
5. Stichwort Kinder- und Jugendmedizin. <https://www.gbe-bund.de>. Zugegriffen: 11.3.2016
6. <http://de.stata.com>. Zugegriffen: 11.3.2016
7. Czerny A (1921) Der Arzt als Erzieher des Kindes. Deuticke, Wien, Hannover
8. Bundesausschuss der Ärzte und Krankenkassen (1976) Richtlinien des Bundesausschusses der Ärzte und Krankenkassen über die Früherkennung von Krankheiten bei Kindern bis zur Vollendung des 6. Lebensjahres. Banz 214 vom 26.4.1976 (Beilage Nr 28 vom 11.11.1976; letzte Änderung vom 16.12.2010, BAnz Nr 40 S 2013 vom 11.3.2011)

Michael Radke

Entwicklung der Kinder- und Jugendmedizin in der DDR

Medizinisch-wissenschaftliche Gesellschaften, Hochschul- und Berufungspolitik, Strukturen

Präambel

Fünfundzwanzig Jahre nach dem Mauerfall kann ein Rückblick auf die Entwicklung der Pädiatrie in der vormaligen Sowjetischen Besatzungszone (SBZ), später in der „Ostzone“ bzw. der DDR, Rückschlüsse darauf geben, welche Rolle gesellschaftspolitische Rahmenbedingungen hierbei spielten.

Wie wichtig die Berücksichtigung dieser Verhältnisse für unser Fach innerhalb der politischen Entwicklung im Deutschland des 20. Jh.s ist, lässt sich im Großen an der beispielgebenden Auseinandersetzung der DGKJ mit der Verstrickung von Kinderärzten in die Gesundheitspolitik des NS-Regimes von 1933 bis 1945 in Deutschland ablesen. Es zeigt sich aber auch im Umgang miteinander, wenn sich der Autor 1991 gegenüber einem Ordinarius für Kinderheilkunde einer (west-)deutschen Universität dafür rechtfertigen sollte, wie er sich als Kinderarzt am „Kinderaufzuchtssystem in den Kinderkrippen und Kindergärten der DDR“ und an den dort durchgeführten „Zwangsimpfungen“ beteiligen konnte.

Panta rhei: Heute plädiert die gesamtdeutsche Politik für den Ausbau von Kindertagesstätten, und gesundheitspolitisch Verantwortliche diskutieren mit Hinweis auf ein 2015 in Berlin an Maseren verstorbenes Kleinkind ernsthaft über die Einführung verpflichtender Schutzimpfungen.

Medizinisch-wissenschaftliche Gesellschaften und die Gesellschaft für Pädiatrie in der DDR

Gründung und Existenz einer jeden wissenschaftlichen Gesellschaft sind im Kontext der sie einbettenden gesellschaftspolitischen Verhältnisse zu sehen. Nach 12 Jahren Gleichschaltung des gesamten gesellschaftlichen Lebens, einschließlich der Wissenschaft, in den Jahren der Nazidiktatur und nach dem katastrophalen Ende des Deutschen Reiches entstanden 1949 zwei deutsche Staaten, die in unterschiedlichen politischen Bündnisssystemen verankert waren und miteinander im Wettbewerb standen.

In der DDR wurde – endgültig zementiert durch den Mauerbau 1961 – eine eigenständige Wissenschafts- und Gesundheitspolitik verfolgt, die sich wesentlich von der in der Bundesrepublik unterschied und erhebliche Auswirkungen auf die Existenz und Arbeit medizinisch-wissenschaftlicher Gesellschaften hatte. Anders als im Westen hatte sich die Gründung von Fachgesellschaften in der DDR an den geltenden politischen Rahmenbedingungen zu orientieren und konnte nicht etwa als „Privatinitiative“ von Fachexperten auf dem Boden geltenden Vereinsrechts erfolgen.

Juristische Voraussetzung für die Wiederaufnahme von Tätigkeiten medizinisch-wissenschaftlicher Gesellschaften nach 1945 in der SBZ war der Befehl Nr. 124 der Sowjetischen Militäradministration in Deutschland (SMAD) vom 21. Mai 1947.¹ Er gab den beabsichtigten

(Wieder-)Gründungen einen rechtlichen Rahmen für ihre künftige Tätigkeit.

Während das Ministerium für Gesundheitswesen der DDR noch 1950, d. h. ein Jahr nach Gründung beider deutscher Staaten 1949, die Bildung nationaler medizinisch-wissenschaftlicher Fachgesellschaften anstrebte, „... deren Organisationsform so aufgebaut werden sollte, dass eine spätere Vereinigung mit der entsprechenden westdeutschen Gesellschaft möglichst geringe Schwierigkeiten mit sich bringt“, änderte sich diese Haltung in den frühen 1950er (stalinistischen) Jahren erheblich: Als Zäsur ist die II. Parteikonferenz der Sozialistischen Einheitspartei Deutschlands (SED) 1952 anzusehen, in deren Anschluss das Ministerium für Gesundheitswesen das Konzept der Gründung einer „Medizinische(n) Ge-

¹ Dokumentensammlung: Befehle der Sowjetischen Militäradministration in Deutschland zum Gesundheits- und Sozialwesen, Berlin, Verlag Volk und Gesundheit, 1976 (Veröffentlichung des Koordinierungsrates der Medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften der DDR, 2); Göpel H (1977) Die Rolle und Bedeutung der Befehle der SMAD für das Gesundheitswesen. In: Kühn K (Hrsg) Ärzte an der Seite der Arbeiterklasse, Verlag Volk und Gesundheit, Berlin, S 260–275; Handel G, Köhler R (Hrsg) Dokumente der Sowjetischen Militäradministration in Deutschland zum Hoch- und Fachschulwesen, Zentralinstitut für Hochschulbildung, Berlin 1975, Studien zur Hochschulentwicklung, 57; Konitzer P (1946) Die Aufgaben der Deutschen Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen in der Sowjetischen Besatzungszone, Deutsches Gesundheitswesen 1(4); Schad G, Retzlaff M (1985) Zur Entstehung, Entwicklung und weiteren Vervollkommnung des Leitungssystems der Hochschulen der DDR, Zentralinstitut für Hochschulbildung, Berlin, Information für leitende Kader 4, S 4



Abb. 2 ▲ Heinrich Kirchmair, 1960er-Jahre. (© Universitäts-Kinderklinik Rostock, mit freundl. Genehmigung)

sellschaft der DDR“ formulierte, in der die Pädiatrie in Gestalt einer Sektion vorgesehen war.²

Im Gegensatz dazu hielten die meisten Ärzte und Wissenschaftler gegen den Willen der Staatsführung der DDR und insbesondere der Führung der SED bis weit nach dem Mauerbau am 13. August 1961 an ihrem Bemühen fest, ganz selbstverständlich am wissenschaftlichen Leben der jeweiligen Fachgesellschaft in „Gesamtdeutschland“ teilzuhaben und deren Mitglieder zu bleiben. Dies galt auch für die Mehrzahl der in der DDR tätigen Kinderärzte. Mit der sich verfestigenden Verankerung beider deutscher Staaten in ihre jeweiligen Bündnis-systeme wurde dies allerdings immer problematischer, um nach dem Bau der Mauer auf ein Minimum an Austausch zwischen Ost und West begrenzt zu werden.

Neben 5 weiteren war die Sektion Pädiatrie struktureller Bestandteil der 1962 gegründeten Deutschen Gesellschaft für Klinische Medizin, deren Vizepräsident der Direktor der Rostocker

cker Universitäts-Kinderklinik Heinrich Kirchmair (1906–1969; ■ **Abb. 2**) wurde. Im Jahr 1967 erfolgte die Umbenennung der Sektion in eine Gesellschaft für Pädiatrie der DDR (hierzu: Beitrag von A. Hinz-Wessels im vorliegenden Band). Ihre Mitgliederzahl nahm seit Ende der 1960er Jahre stark zu; 1985 betrug sie 2971.

Der Weg dahin war keineswegs frei von Widersprüchen, einerseits gekennzeichnet durch die Sichtweise des Staats, d. h. das Diktum eigenständiger nationaler medizinisch-wissenschaftlicher Fachgesellschaften der DDR, und andererseits durch das Interesse von Kinderärzten und Wissenschaftlern an einer Fortsetzung ihrer Mitgliedschaft oder zumindest Mitarbeit in der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde (damaliger Name) als gesamtdeutscher Fachgesellschaft. Die Eröffnungsreden der Präsidenten der Jahrestagungen der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde sind hierfür bezeichnend: Während Walter Keller (1894–1967) anlässlich der Jahrestagung 1955 in Freiburg noch „eine größere Anzahl von Kollegen aus der Ostzone“ begrüßen konnte und Gerhard Joppich (1903–1992) 1960 in Kassel „mit Freude feststellt, daß unsere Freunde aus Mitteleuropa in besonders großer Zahl erschienen waren“, bedauerte Philipp Bamberger (1898–1983) 1961 in Heidelberg, dass „zahlreiche angemeldete Kollegen aus der Ostzone nicht mehr zu uns kommen konnten, weil inzwischen die Trennmauer errichtet“ wurde.

In den Jahren nach dem Mauerbau gab es bis zur Teilnahme des bereits emeritierten Georg Oskar Harnapp (1903–1980) 1972 in Bad Pyrmont mit dem Vortrag „Zum Wirkungsmechanismus des Vitamin D“ keinerlei aktives Mitwirken von DDR-Kollegen an den Jahrestagungen der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde.

Regionalgesellschaften für Kinderheilkunde in der DDR

Im Bewusstsein und auch im praktischen Handeln der seinerzeit aktiven Persönlichkeiten existierten die Strukturen und Substrukturen der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde auf dem

Territorium der SBZ bzw. der DDR nach dem 8. Mai 1945 ganz selbstverständlich weiter. Es handelte sich insbesondere um die Nordwestdeutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde (s. o., Wiedergründung 1952 in Hamburg) sowie die Sächsisch-Thüringische Medizinisch-wissenschaftliche Gesellschaft für Kinderheilkunde. Sie wurde 1908 von Otto Soltmann gegründet sowie 1956 von Albrecht Peiper (Leipzig) und Erich Häßler (Jena) reaktiviert.

Die Sächsisch-Thüringische Medizinisch-wissenschaftliche Gesellschaft für Kinderheilkunde und auch die Nordwestdeutsche Gesellschaft erhielten auf der juristischen Grundlage des oben genannten SMAD-Befehls rückwirkend ihre Legitimation, da sie nach 1945 quasi pro forma existierten. Sie setzten ihre wahrnehmbare Tätigkeit allerdings erst nach den erfolgten Neu- bzw. Wiedergründungen (s. oben) fort.

Aufgrund des SMAD-Befehls Nr. 124 vom 21. Mai 1947 entstanden bis 1949 folgende Gesellschaften, die die Fortentwicklung der Kinderheilkunde forcierten:

- Deutsche medizinisch-wissenschaftliche Gesellschaft für Kinderheilkunde in Thüringen,
- Medizinisch-wissenschaftliche Gesellschaft für Innere Medizin und Kinderheilkunde jeweils an den Universitäten Rostock und Greifswald,
- Medizinisch-wissenschaftliche Gesellschaft für Innere Medizin, Neurologie, Kinderheilkunde und Grenzgebiete im Land Sachsen-Anhalt.

Wegen des Fehlens einer das gesamte Territorium der SBZ repräsentierenden Kinderärzte-Gesellschaft wurde der erste Pädiaterkongress nach dem Krieg, der Kinderärzte aus allen Zonen Deutschlands zusammenführen sollte, im Juni 1947 in Berlin unter der Leitung von Leonid Doxiades (1889–1969) von der Deutschen Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen (DZVG) organisiert.

Auch nach Gründung der DDR wirkte sich das Fehlen einer nationalen (DDR-eigenen) Pädiatargesellschaft aus Sicht des Staats negativ aus. Das Ministerium für Gesundheitswesen der DDR sah sich aus diesem Grund veranlasst, von sich

² Matthes T, Roland L, Spaar H (1981) Die medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften der DDR, Geschichte – Funktion – Aufgaben, Verlag Volk und Gesundheit, Berlin, Veröffentlichungen des Koordinierungsrates der medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften der DDR, 4, Teil 1 und 2

aus nationale Pädiartertagungen der DDR in den Jahren 1950, 1953 und 1956 zu organisieren.

In dieser Situation übernahm die Sächsisch-Thüringische Medizinisch-wissenschaftliche Gesellschaft für Kinderheilkunde (zuvor Regionalgesellschaft Süd der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR) nach ihrer Wiedergründung in der DDR de facto die Funktion einer „nationalen“ Fachgesellschaft – u. a. organisierte sie kontinuierlich wissenschaftliche Kongresse. In ihrer Satzung von 1962 (immerhin ein Jahr nach dem Mauerbau) geht sie aber weiter von der „Einheit der Wissenschaft“ aus und reflektierte damit ihre gesamtdeutsche Sichtweise.

Der politische Druck hatte aber bereits durch das Ärztekommuniqué des Politbüros vom September 1958 deutlich zugenommen, d. h. in einem Zeitraum, in dem etwa 25 % aller Absolventen medizinischer Fakultäten und Akademien der DDR in die Bundesrepublik übersiedelten und viele erfahrene Fachärzte – auch aus dem Hochschulbereich – bereits nach Westdeutschland übergesiedelt waren. Als Resultat des erhöhten politischen Drucks zeichneten sich auf der Weimarer Gesundheitskonferenz im Februar 1960 schärfere Konturen zur Etablierung der von der Politik geforderten nationalen medizinischen Fachgesellschaften ab.

Eine gewisse Sonderrolle nahm Berlin ein: Hier gab es in den 1950er-Jahren „Kinderärztliche Abende“, die alternierend von der Kinderklinik der Charité (DDR) und vom Kaiserin-Auguste-Viktoria-Haus (KAV) in Westberlin gestaltet wurden. Bis zum Mauerbau am 13. August 1961 war die gegenseitige Teilnahme im jeweils anderen politischen Sektor Berlins weitgehend komplikationslos möglich.

Die Sächsisch-Thüringische Medizinisch-wissenschaftliche Gesellschaft für Kinderheilkunde blieb aber bis etwa Mitte der 1960er-Jahre die dominierende kinderärztliche Fachgesellschaft in der DDR, was dem maßgeblichen Einfluss der Ordinarien Peiper, Häßler, Liebe und Weingärtner zu verdanken war. Gleichwohl blieben wesentliche Aspekte eines aktiven Lebens einer Fachgesellschaft bis zur Gründung einer nationalen

Kinderärztegesellschaft der DDR offen, z. B.:

- die Positionierung der Fachgesellschaft im und zum Staat (s. Satzung),
- die Übernahme der Rolle einer repräsentativen Vertreterin des Faches gegenüber staatlichen Entscheidungsgremien,
- die Organisation eines internationalen wissenschaftlichen Austausches und die Vertretung der Interessen der Pädiatrie der DDR im Ausland schlechthin,
- die Einflussnahme auf die Profilierung kommunikativer und kollektionierender Institutionen (Zeitschriften, Monografien, Lehr- und Handbücher),
- die Etablierung eines eigenen periodisch erscheinenden Organs der Fachgesellschaft,
- die Formulierung und Durchsetzung von Standards bzw. rechtsverbindlichen Normen für die Weiter- und postgraduale Ausbildung.

Diese das aktive Leben einer wissenschaftlichen Gesellschaft kennzeichnenden Merkmale und Aufgabenstellungen wurden erst in den späten 1960er-Jahren durch die Gesellschaft für Pädiatrie der DDR in Angriff genommen.

Arbeitsgemeinschaft „Gastroenterologie, Ernährung und Stoffwechsel“

Neben der Regionalisierung der Muttergesellschaft kam es in den 1970er-Jahren zu fachbezogenen Spezialisierungen in Arbeitsgemeinschaften (AG), die unter dem Dach der Muttergesellschaft agierten. Da der Autor Kindergastroenterologe ist, soll beispielhaft für andere „Tochter“-Gesellschaften auf die kindergastroenterologische AG verwiesen werden. Sie wurde anlässlich der Jahrestagung der Gesellschaft für Pädiatrie in der DDR 1971 in Leipzig zunächst als AG „Ernährung und Stoffwechsel“ gegründet. Im Jahr 1979 erfolgten eine Erweiterung und die Umbenennung in AG „Gastroenterologie, Ernährung und Stoffwechsel“. Im Jahr 1972 bestand die AG aus 25 Mitgliedern; sie wuchs bis 1989 auf 119 Mitglieder. Ab 1979 erfolgte eine Aufteilung der

AG in die Arbeitsgruppen Gastroenterologie, Ernährung und Diabetes mellitus. Vorsitzende waren zumeist wissenschaftlich ausgewiesene Hochschullehrer aus einer der 9 Hochschulkinderkliniken der DDR.

Das wissenschaftliche Leben wurde insbesondere durch Symposien geprägt, die im Jahres- bzw. Zweijahresrhythmus, später auch in größeren Abständen, durchgeführt wurden – teilweise unter Beteiligung von Ärzten aus den sozialistischen Ländern Osteuropas.

Die AG war federführend in der Formulierung von Empfehlungen zu Diagnostik und Therapie gastroenterologischer Krankheiten, zu Ernährungsfragen sowie zur Einrichtung und zum Betrieb von Frauenmilchsammelstellen (FMS). Diese gab es laut Gesetz in jedem Landkreis, womit in der DDR mehr als 50 derartiger Einrichtungen betrieben wurden.

Seit 1983 war aufgrund einer Verordnung der Akademie für ärztliche Fortbildung der DDR der Erwerb der postgradualen Subspezialisierung pädiatrische Gastroenterologie möglich – mehr als ein Jahrzehnt früher als in der (gesamtdeutschen) Bundesrepublik.

Die Forschungsthemen entsprangen vornehmlich klinischen Fragestellungen; hierbei wurde ernährungsmedizinischen Konzepten für kranke Säuglinge, Frühgeborene, Kinder mit Zöliakie oder Stoffwechselkrankheiten (z. B. Phenylketonurie, PKU) besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Zudem erfolgte vereinzelt – und vom Staat wegen der Devisenbeschaffung erwünscht – projektgebundene klinische Forschung für internationale (d. h. westliche) Unternehmen der Pharma- und Kindernahrungsindustrie. Besuche von Kongressen im westlichen Ausland bzw. Mitgliedschaften in internationalen Organisationen, z. B. der European Society for Pediatric Gastroenterology, Hepatology and Nutrition (ESPGHAN), waren nur unter Auflagen vereinzelt möglich. Die Möglichkeit, in den Westen zu reisen, war an den Status „Reisekader“ gekoppelt. Es versteht sich von selbst, dass die endgültige Entscheidung hierüber in jedem Einzelfall vom Ministerium für Staatssicherheit getroffen wurde.

Etwa ab Mitte der 1980er-Jahre verlor die DDR zunehmend den Anschluss an internationale Entwicklungen der Pharmaindustrie und insbesondere der Medizintechnik. Die Kindergastroenterologen der DDR waren daher in hohem Maß auf ihre klinische Ausbildung bei der Interpretation von Symptomen und der Formulierung von Diagnosen angewiesen – der Rückgriff auf hochentwickelte Medizintechnik (z. B. Sonographie, Endoskopie, CT) war nur in Universitätskliniken und großen Bezirkskrankenhäusern möglich. Dieses Manko wurde durch eine vom Staat verordnete, aber auch aus fachlichen Gründen selbstverständlich praktizierte mehrstufige Struktur der medizinischen Betreuung zumindest teilweise kompensiert. Da weder materielle Interessen die Krankenversorgung auf den unterschiedlichen Ebenen des Versorgungssystems bestimmten noch monetäre Stimuli existierten, wurden (schwer) kranke Kinder in jedem Fall und frühzeitig an die jeweils regional bzw. national geeignete Klinik transferiert.

Dieses Prinzip führte binnen weniger Jahre zur Entwicklung einer ausgewiesenen Expertise in der Behandlung bestimmter Krankheiten an entsprechenden Kliniken. Die dort tätigen Ärzte behandelten z. B. ihre Patienten mit chronisch-entzündlichen Darmerkrankungen (CED) oder Hepatopathien ganz selbstverständlich simultan stationär und ambulant – und zwar über Jahre. So wurde „Medizin aus einer Hand“, d. h. durch immer denselben Arzt zu einem Qualitätsmerkmal der medizinischen Betreuung. Patienten mit chronischen Krankheiten – Kinder und auch Erwachsene – wurden in einem System sog. Dispensaire-Sprechstunden aufgrund personeller Expertise sehr wirkungsvoll betreut.

Der Mangel an Innovation in der Arzneimittelforschung und Medizintechnik in der DDR, der sich in den 1980er-Jahren exponentiell verschärfte, lief der Wissenschaftsentwicklung zuwider. Die zumeist unbefristete Stellenbesetzung im Fach- und Oberarztbereich – auch an Universitätskliniken – konnte zwar als Qualitätsmerkmal der Patientenbetreuung angeführt werden, diente aber kaum dem kreativen wissenschaftlichen Wett-

bewerb und blockierte zudem die Nachwuchsförderung.

Im Prozess der politischen Wende 1989/1990 wurde eine turnusmäßige Neuwahl des Vorstands auf der Vollversammlung der AG am 11. April 1990 ausgesetzt. Nach der Vereinigung der beiden deutschen Staaten am 3. Oktober 1990 erfolgte am 10. April 1991 die formale Auflösung der AG „Gastroenterologie, Ernährung und Stoffwechsel“.³ Die Mehrzahl ihrer Mitglieder engagierte sich von diesem Zeitpunkt an in der Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung (GPGE).

Der Autor führte Anfang 1990 mit einem von der SPD-Landesorganisation Bremen geschenkten Pentax-Gastroskop endoskopische Untersuchungen an der Universitäts-Kinderklinik Rostock ein. Seinerzeit erfolgte dies noch mit einem „Lichthaus“ und einem winzigen „Guckloch“, auf das ein „Teaching“ gesetzt wurde, um Auszubildenden das Mitschauen zu ermöglichen. Die Ausleuchtung des Mageninneren und das Herstellen einer Diaphanoskopie zur Anlage einer perkutanen endoskopischen Gastrostomie (PEG) erinnerten an schummriges Kerzenlicht.

Viele von den auch heute noch in der GPGE organisierten Kolleginnen und Kollegen aus den sog. neuen Ländern erinnern sich dankbar daran, wie eine große Zahl von Kolleginnen und Kollegen aus den alten Ländern bereitwillig beim Aufbau und der Profilierung der Kindergastroenterologie im östlichen Landesteil Unterstützung leistete.

Heute haben wir bundesweit – unabhängig von der Himmelsrichtung – eine anspruchsvolle Herausforderung zu erfüllen: die flächendeckende Sicherstellung einer qualitätsgerechten Versorgung von Kindern mit gastroenterologischen Krankheiten, insbesondere mit chronischem Verlauf.

Es stimmt nachdenklich, dass nach der Wiedervereinigung 1990 nicht versucht wurde, die wissenschaftlich-innovative Potenz einer freiheitlich orientierten Gesellschaft mit einer sich in der Empirie bewährten Strukturqualität des

Medizinsystems (wie in der ehemaligen DDR) in Einklang zu bringen. Vielleicht gelänge es dann besser, gastroenterologisch-kranke Kinder – zumal solche mit chronischen Krankheiten – schnell und ausnahmslos an Kliniken und Ambulanzen zu verweisen, in denen engagierte GPGE-Mitglieder tätig sind. Letztlich ist gute Medizin nur in guten Strukturen möglich; diesen Leitspruch hat der Autor durch sein Berufsleben in 2 Gesundheitssystemen verinnerlicht.

Hochschul- und Berufungspolitik, Nachwuchsentwicklung

Die Wiederaufnahme bzw. Fortführung der Lehrtätigkeit der auf dem Gebiet der SBZ, einschließlich Ostberlins, existierenden medizinischen Fakultäten der Universitäten Berlin, Greifswald, Halle, Jena, Leipzig und Rostock in den Jahren 1945/1946 glich auf der Grundlage entsprechender SMAD-Befehle de facto Neugründungen, da das bisherige Rechtssystem vollständig ausgeblendet wurde. Bis 1949 bestimmte die SMAD als alleinige exekutive Gewalt auf dem Territorium Ostdeutschlands mit den weit über 500 Jahre alten Universitäten Leipzig, Rostock und Greifswald sowie den Universitäten in Halle und Jena sämtliche Entwicklungen im Hochschulwesen. Auch die Charité als Teil der Humboldt-Universität in Ostberlin unterlag den Regularien der SMAD. Die Wiederaufnahme von Lehrveranstaltungen – auch in der Medizin – konnte nur bei Erfüllung der von der SMAD aufgestellten „... politischen, ideologischen und kadermäßigen Voraussetzungen ...“ erfolgen. Dieses Faktum sollte sich nach Gründung der DDR fortsetzen und wurde im Sinne der politischen Machtstruktur in der DDR vervollkommenet – der Staat (die SED) bestimmte dirigistisch und zentralistisch die Besetzung sämtlicher Lehrstühle und Hochschullehrerpositionen.

In der Medizin und besonders in der Pädiatrie gab es nach dem Krieg erheblichen Mangel an berufungsfähigen Kandidaten für frei werdende oder bereits frei gewordene Lehrstühle. Er erklärt sich u. a. aus der Entwicklung im Naziregime von 1933 bis 1945 und deren Folgen

³ Protokoll der Mitgliederversammlung der AG vom 11. April 1990.

Tab. 2 Habilitationen an Hochschulkinderkliniken der DDR		
Medizinische Fakultät/Akademie ^a	Zahl der 1949–1960 abgeschlossenen Habilitationen	Habilitanten ^b
Berlin (Charité)	4	P. Habermann (1954) R. Damerow (1958) E. Schmidt-Kolmer (1958) I. Syllm-Rapoport (1959)
Dresden	0	–
Erfurt	0	–
Greifswald	2	H. Mannkopf (1957) W. Plenert (1960)
Halle	5	J. Grimm (1953) F. Gümel (1957) W. Ponsold (1957) R. Zuckermann (1957) G. Verron (1958)
Jena	3	B. Leiber (1950) H. Patzer (1952) H.-H. Wittig (1957)
Leipzig	7	L. Weingärtner (1952) J. Oehme (1954) H. Thomas (1957) J. Dittrich (1957) K. Bock (1959) V. Dietel (1959) H. Polster (1959)
Magdeburg	1	G. Schreiter (1960)
Rostock	2	H.-W. Ocklitz (1953) G. Erdmann (1956)

^aAlphabetische Reihenfolge
^bChronologische Reihenfolge

nach der bedingungslosen Kapitulation des Deutschen Reiches im Mai 1945:

- Dezimierung des Lehrkörpers durch Verfolgung von jüdischen Kollegen (besonders dramatisch in der Dermatologie und Kinderheilkunde) und durch Kriegseinwirkungen,
- Drängen wissenschaftlich befähigter Ärzte (kaum Ärztinnen) in militärmedizinisch verwendbare (d. h. chirurgische) Disziplinen,
- Ausschluss von Kandidaten, die nachweislich Anhänger des NS-Regimes und seiner Lehren gewesen waren und kein positives Votum von den sog. Entnazifizierungskommissionen bekamen.

Trotz aller ideologischen Prämissen ist in den 1950er-Jahren ein eindrucksvoller Pragmatismus in der Berufungspolitik erkennbar, der „bürgerliche“ Wissenschaftler und auch Kandidaten aus Westdeutschland bei der Erstellung von Be-

rufungslisten berücksichtigen ließ. Den Vorschlägen der Fakultäten folgten die staatlichen Stellen (notgedrungen) nahezu ausnahmslos.

In der SBZ bestand von Mai 1945 bis Oktober 1949 folgende Situation bei der Besetzung der pädiatrischen Lehrstühle:

- **Berlin:** Hier hatte der in der NS-Zeit verfolgte Wilhelm Stoeltzner die Klinik über die unmittelbare Nachkriegszeit gebracht; zum 9. Oktober 1947 wurde der Lehrstuhl durch Karl Klinke (1897–1972) besetzt (Umberufung aus Rostock).
- **Greifswald:** Hier war Albrecht Peiper im März 1946 entlassen worden; zum 1. September 1946 wurde der Lehrstuhl durch Karl Stolte (1881–1951; bis 1945 Breslau) und zum 30. Juni 1949 durch Hubertus Brieger (1909–1978) besetzt (Neuberufung).
- **Halle:** Hier folgte Alfred Nitschke im Oktober 1946 einem Ruf nach

Mainz; bis 1950 blieb der Lehrstuhl aus „Kadermangel“ unbesetzt.

- **Jena:** Lehrstuhlbesetzung durch Jussuf Ibrahim (1877–1953) von 1917 bis 1953.
- **Leipzig:** Hier war im November 1945 Werner Catel entlassen worden; zum 1. September 1948 wurde der Lehrstuhl durch Albrecht Peiper (1889–1968) besetzt.
- **Rostock:** Hier wechselte im September 1947 Karl Klinke nach Berlin; zum 1. September 1948 wurde der Lehrstuhl durch Karl Stolte (s. oben) besetzt (Umberufung aus Greifswald).

Die medizinischen Akademien in Erfurt, Dresden und Magdeburg wurden erst 1954 gegründet. Die Medizinische Akademie Magdeburg war die einzige der 3 Akademien mit vorklinischer Ausbildung; in Dresden und Erfurt beschränkte man sich auf die klinische Ausbildung.

Wegen des Mangels an berufungsfähigen Kandidaten wurde nach Gründung der DDR 1949 bis in die Mitte der 1960er-Jahre hinein jeder erfolgreich Habilitierte unmittelbar zum Hochschullehrer (Dozenten) berufen. Gegen Ende der 1950er-Jahre, auf dem Zenit der Abwanderungswelle von Akademikern aller Sparten in die Bundesrepublik, sah sich die Staatsführung genötigt, ähnliche Regelungen einzuführen, wie sie im Deutschen Reich vor 1933 bzw. in der Bundesrepublik galten. In der Anweisung Nr. 109 des Staatssekretariats für das Hoch- und Fachschulwesen (SHF) vom 27. Januar 1958 wurde die Ausschreibung freier Stellen für Assistenten und Oberassistenten an den medizinischen Fakultäten und Akademien geregelt. Die Anweisung Nr. 115 vom 1. November 1958 erlaubte jedem erfolgreich Habilitierten einer medizinischen Fakultät oder Akademie, den Titel außerordentlicher Dozent zu führen.⁴ Diese Aktionen des SHF belegen die problematische Gesamtsituation der Nach-

⁴ Staatssekretariat für Hoch- und Fachschulwesen: Anweisung Nr. 115 vom 1.11.1958, betr. Führen des Titels „außerordentlicher Dozent“ (a.o. Doz.), Berlin 1958, Archiv des Ministeriums für Hoch- und Fachschulwesen, Sachgebiet Medizin, nicht katalogisiert



Abb. 3 ▲ Albrecht Peiper, 1950er-Jahre. (© Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, mit freundl. Genehmigung)

wuchsentwicklung in den 1950er-Jahren. Sie traf in jeder Beziehung auch auf die Kinderheilkunde zu, wie die geringe Zahl der in den Jahren 1949–1960 erfolgten Habilitationen an Hochschulkinderkliniken der DDR verdeutlicht (■ **Tab. 2**).

Parallel zur internationalen Wissenschaftsentwicklung in der Kinderheilkunde konnten durch das Engagement wissenschaftlich aktiver Kinderärztinnen und Kinderärzte in der DDR vordringliche infektiologisch-epidemiologische Probleme erfolgreich angegangen und weitgehend gelöst werden (Bekämpfung der Tuberkulose, Poliomyelitis u. a. Infektionskrankheiten). Die sich hier eröffnenden Felder für pädiatrische Forschung (und sicher auch die Undurchlässigkeit der Mauer) führten ab Mitte der 1960er-Jahre zu einem sprunghaften Ansteigen der Habilitationen an den Hochschulkinderkliniken der DDR. Ihre Zahl verdoppelte sich im Vergleich der ersten mit der zweiten Hälfte der 1960er-Jahre. In gleicher Weise erhöhte sich auch der Zuwachs an Berufungen zum Dozenten im Fach Kinderheilkunde.

Eine weitere wesentliche Zäsur in der Nachwuchs- und Hochschullehrerentwicklung stellte die III. Hochschulreform 1967/1968⁵ dar. In ihrer Folge wurden an allen Hochschulkinderkliniken die

Optionen dafür geschaffen, weitere Lehrstühle (ordentliche Professuren) einzurichten. Durch die Einführung eines Diploms nach dem erfolgreich absolvierten Hochschulstudium der Medizin und erfolgter Approbation verließen die Absolventen die Hochschule als Diplom-Mediziner (Dipl.-Med.). Die entsprechenden wissenschaftlichen Arbeiten hierzu waren zwar mit den früheren Promotionen weitgehend identisch, verzögerten aber die akademische Graduierung nicht unerheblich. Der Titel Dr. med. (Promotion A) konnte ab Ende der 1960er-Jahre nur nach vorheriger Erlangung des Titels Dipl.-Med. erworben werden. Eine Habilitation (nach der III. Hochschulreform Promotion B) setzte also die Abfassung von 3 wissenschaftlichen Arbeiten voraus. Auch dies war ein Grund dafür, dass sich die Graduierungen in den 1970er-Jahren mehr als halbierten – von 33 im Jahr 1970 auf 14 im Jahr 1980.

In den 1980er-Jahren nahm die wissenschaftliche Graduierung zwar wieder „etwas Fahrt auf“, wurde durch den zunehmenden wirtschaftlichen Kollaps der DDR in der zweiten Hälfte der 1980er-Jahre aber immer schwieriger. Die Beschaffung von Fein- und Laborchemikalien oder innovativer Labor- und Medizintechnik als Voraussetzung wissenschaftlichen Engagements war an die Verfügbarkeit von Devisen gebunden und stellte damit sehr oft eine unüberwindliche Hürde dar.

Albrecht Peiper als früher Impulsgeber der Strukturierung der medizinischen Betreuung

Bereits 1945 waren vor dem Hintergrund einer Säuglingssterblichkeit von 26,3 % in der SBZ erste Strukturmaßnahmen zum (Wieder-)Aufbau einer funktionierenden Kinderheilkunde in Gestalt von „Gesundheitspolitische(n) Richtlinien“ des Zentralkomitees (ZK) der SED⁶ vom

31. März 1947 getroffen und folgende Ziele formuliert worden:

- „Einrichtung von genügend Entbindungs- und Säuglingskliniken, Säuglingsfürsorgestellen, Krippen, Kindergärten, Frauenmilchsammelstellen und Milchküchen ...“;
- „... ständige ärztliche Überwachung aller Kinder und Jugendlichen in den Schulen ...“;

Dominierende Persönlichkeit der Kinderkinderheilkunde in den Anfangsjahren der DDR wurde Albrecht Peiper (1889–1968; ■ **Abb. 3**), von 1948 bis 1958 Direktor der Universitätskinderklinik Leipzig, der seinerzeit in Ost-/Mitteldeutschland führenden Kinderklinik. In welchem Ausmaß Peiper neben seiner Tätigkeit als Direktor der Klinik und Lehrstuhlinhaber Einfluss auf die Klinikstruktur nahm, wird aus den Erinnerungen von Erich Häßler (1899–2005), von 1953 bis 1964 Direktor der Universitäts-Kinderklinik Jena, deutlich: „Peiper war wohl der Erste in der DDR, der in Leipzig ein besonderes Frühgeborenen-Haus errichtete ...“. Auch andere Lehrstuhlinhaber orientierten sich an der wissenschaftlichen Arbeit und dem Bemühen Peipers, funktionierende klinische Strukturen für die Kinderheilkunde zu etablieren.

Peiper engagierte sich zudem maßgeblich für die Infektionsprophylaxe durch Schutzimpfungen. Im Jahr 1955 schrieb er:

Zur Abwehr kindlicher Infektionskrankheiten sind Schutzimpfungen erfolgversprechend. ... Entsprechend dem Vorschlag meines Oberarztes H.-C. Hempel, wird jetzt in der DDR nach folgendem Impfkalender geimpft. ... Um alle Schutzimpfungen einheitlich zu überwachen ... wurde von Hempel für alle Impfungen ein Impfausweis vorgeschlagen und vom Ministerium für Gesundheitswesen eingeführt ...

Unter Peipers Direktorat diente die Leipziger Kinderklinik in der DDR als

⁵ Richter, H-J (1973) Politisch-ideologische Probleme bei der Entwicklung des sozialistischen wissenschaftlichen Nachwuchses für die Hochschullehrerschaft in der DDR in den Jahren 1958 bis 1961, Zentralinstitut für Hochschulbildung, Berlin, Studien zur Hochschulentwicklung, 43

⁶ Zentralkomitee der SED (1952) Gesundheitspolitische Richtlinien des ZK der SED, Beschluss vom 31.3.1947. In: Dokumente der SED, Dietz Verlag, Berlin, S359.

Referenzeinrichtung und Konsultationsstelle für zentrale staatliche administrative Einrichtungen des Gesundheitswesens. Hervorzuheben ist sein starkes sozialpädiatrisches Engagement. Im Jahr 1959 fordert er gegenüber staatlichen Stellen:

- den Ausbau der Schwangerenvorsorge und die Senkung der Rate der Frühgeburtlichkeit,
- die Einrichtung größerer Zentren für Frühgeborene, eine ausreichende Anzahl von Couveusen,
- die Schaffung von Zentren zur Behandlung der „hämolytischen Krankheit der Neugeborenen“,
- eine ausreichende Produktion von Trockenmilch, „... eine jede Mutter der Deutschen Demokratischen Republik hat ein Recht auf Trockenmilch ...“,
- den weiteren Kampf gegen Infektionskrankheiten.

Peiper verfocht in den 1950er-Jahren eine stark ausgeprägte interdisziplinäre Zusammenarbeit mit angrenzenden Disziplinen, aber auch mit scheinbar entfernteren Wissens- und Fachgebieten, wie z. B. der Milchwissenschaft, Tierzucht und Lebensmitteltechnologie, mit dem Ziel der Verbesserung von Säuglingsmilch. Im Sinne einer „wissenschaftlichen Schule“ setzten Peipers Mitarbeiter sein organisatorisches und wissenschaftliches Engagement fort, z. B. bezüglich:

- Infektionskrankheiten (Hempel: Entwicklung des Impfschemas),
- Tuberkulose- und Antibiotikatherapie (Weingärtner),

- Lues connata (Oehme: Entwicklung des „Leipziger Schema“ zur Behandlung der Erkrankung),
- Kardiologie (Bock und Gruner: EKG- und invasive kardiologische Diagnostik angeborener Herzfehler),
- Onkologie (Oehme: Aufgreifen der internationalen Entwicklung, Anwendung der „Drei-Mittel-Therapie“ der akuten Leukose).

Peiper war derjenige Hochschullehrer der Kinderheilkunde der 1950er-Jahre in der DDR, der seine Klinik am deutlichsten profilieren konnte, weit vor den Kliniken der Charité oder der Universität Halle.

Resümee

Nach mehr als 35-jähriger Tätigkeit als Kinderarzt, über 10 Jahre davon in einem zentralistisch dirigierten Gesundheitssystem an einer Universitätskinderklinik und mehr als 25 Jahre nach der Wende in leitender Position sowohl im kommunalen als auch im Hochschulbereich ist der Autor fest davon überzeugt, dass gute Medizin am ehesten in guten Strukturen möglich ist. Ob der zurzeit in Deutschland eingeschlagene Weg, Strukturqualität ganz wesentlich durch Lenkung von Geldströmen in Gestalt von diagnosebezogenen Fallgruppen (Diagnosis Related Groups, DRG) zu erreichen, der richtige ist, muss noch bewiesen werden. Die seit Einführung der DRG wohl weitgehend monetär zu begründende disproportionale Fehlentwicklung der Kinder- und Jugendmedizin in Richtung Neonatologie und damit zulasten wichtiger Spe-

zialbereiche, wie z. B. der Neuropädiatrie, Kinderrheumatologie und anderer, weckt jedenfalls Zweifel.

Die Überzeugung, dass wieder mehr Gewicht auf eine von einem Sozialstaat gesteuerte Daseinsvorsorge gelegt werden muss, greift zunehmend Platz. Welche Strategie am Ende die leistungsfähigere ist, wird sich insbesondere bei der notwendigen Sicherstellung der flächendeckenden medizinischen Versorgung kranker Kinder und Jugendlicher – einer demografisch sehr bedeutsamen Bevölkerungsgruppe – noch zeigen müssen.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. M. Radke

Universitätsmedizin Rostock, Kinder- und Jugendklinik
E.-Heydemannstr. 8, 18057 Rostock,
Deutschland

Michael Radke, Prof. Dr. med., geb. 1953 in Schwerin, Medizinstudium 1974–1980 in Magdeburg und Rostock, seit 1984 Weiterbildung zum Facharzt für Kinderheilkunde und Jugendmedizin an der Univ.-Kinderklinik Rostock; 1981 Promotion; 1988 Habilitation; 1995 Ernennung zum apl. Prof. an der Universitäts-Kinderklinik Rostock; seit 1997 Chefarzt der Klinik für Kinder und Jugendliche am Klinikum Ernst von Bergmann (Akademisches Lehrkrankenhaus der Charité); seit 2003 apl. Prof. für Ernährungsmedizin an der Universität Potsdam (Deutsches Institut für Ernährungsforschung); seit 2015 Direktor der Kinder- und Jugendklinik der Universitätsmedizin Rostock.

Annette Hinz-Wessels

Gründung der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR im Kontext der deutsch-deutschen Nachkriegsgeschichte

In der aktuellen zeithistorischen Forschung wird das Verhältnis zwischen den beiden deutschen Nachkriegsstaaten mit dem Begriffspaar „Abgrenzung und Verflechtung“ charakterisiert.^{1,2} Der vorliegende Beitrag greift diese Perspektive auf und untersucht, welche Aspekte dieses Dualismus in der Gründungsgeschichte der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR bis zu ihrer internationalen Anerkennung Anfang der 1970er-Jahre sichtbar werden.

Seit dem 19. Jh. übernehmen wissenschaftliche Gesellschaften als regionale, nationale und internationale Gelehrtenzusammenschlüsse bedeutende Funktionen bei der Etablierung und Entwicklung einer Fachdisziplin. Sie dienen – insbesondere durch die Organisation von Tagungen und Kongressen und die Herausgabe von Fachzeitschriften – nicht nur als Foren der wissenschaftlichen Meinungsbildung und des beruflichen Erfahrungsaustausches, sondern wirken als Interessenvertretung der jeweiligen Belange und als Ansprechpartner von Politik, Wirtschaft und Öffentlichkeit auch nach außen.³ Während des

Nationalsozialismus (NS) ließen sich die wissenschaftlichen Gesellschaften in Deutschland zumeist widerstandslos gleichschalten. Sie organisierten sich nach dem Führerprinzip und schlossen ihre jüdischen Mitglieder aus. Nach dem Sieg über das NS-Regime unterstanden sie den Bestimmungen des Alliierten Kontrollrats. In den westlichen Besatzungszonen konnten viele wissenschaftliche Gesellschaften noch in den 1940er-Jahren ihre Tätigkeit wieder aufnehmen, teilweise gründeten sie sich aufgrund der NS-Belastung ihrer Vorgängerorganisation neu. So genehmigte die britische Militärregierung auf Antrag des Göttinger Pädiaters Hans Kleinschmidt (1885–1977) im Februar 1948 die Wiedenzulassung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde (DGfK). Anschließend bat der Schriftführer Fritz Goebel (1888–1950) die früheren Mitglieder in allen 4 Besatzungszonen sowie im Ausland per Zeitschriftenaufwurf um Mitteilung ihrer Anschrift und warb zugleich um Neuanmeldungen.⁴ In der Sowjetischen Besatzungszone (SBZ) ließ die Sowjetische Militäradministration in Deutschland (SMAD) im Mai 1947 mit dem Befehl Nr. 124 die Konstituierung medizinisch-wissenschaftlicher Gesellschaften zunächst auf der Ebene der ostdeutschen Universitätsstädte zu.

Diese Gesellschaften mussten sich in den Länderministerien registrieren lassen und durften keine ehemals aktiven Mitglieder der Nationalsozialistischen Deutsche Arbeiterpartei (NSDAP) aufnehmen. Dem SMAD-Befehl war ein verbindliches Statut beigelegt, das als vordringliches Ziel die Fortbildung und den Erfahrungsaustausch beschrieb, aber auch „die Aufdeckung der faschistischen Ideologie im Bereich der Medizin und deren endgültige Ausrottung“.⁵ Bis 1949 wurden auf der Grundlage dieses SMAD-Befehls insgesamt 46 medizinisch-wissenschaftliche Gesellschaften registriert.

Regionale kinderärztliche Gesellschaften ab 1947 in der SBZ

Ab Ende 1947 kam es in Jena, Rostock, Greifswald, Leipzig und Halle auch zu lokalen bzw. regionalen Zusammenschlüssen von Pädiatern, die vereinzelt Zweigstellen in anderen Städten gründeten; gelegentlich bildeten sie aufgrund der geringen Mitgliederzahl auch gemeinsame Gesellschaften mit Vertretern anderer Fachgebiete. In Berlin gelang dies allerdings nicht. Hier veranstalteten die Kinderärzte lediglich zwanglose Vortragsabende, die abwechselnd in der Kinderklinik der Charité in Ostberlin und im Kaiserin-Auguste-Viktoria-Haus in Westberlin stattfanden. Angeblich, so die spätere Westberliner

¹ Der Beitrag entstand im Rahmen des von der Friede Springer Stiftung geförderten Forschungsprojektes „Pädiatrie in der SBZ und DDR 1945–1989/90“ (Projektleitung: Prof. Dr. Thomas Beddies) am Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin.

² Vgl. u. a. Wentker H (2005): Zwischen Abgrenzung und Verflechtung: deutsch-deutsche Geschichte nach 1945. In: Aus Politik und Zeitgeschichte 53, 1–2, S. 10–17; Kleßmann C (2005): Spaltung und Verflechtung – Ein Konzept zur integrierten Nachkriegsgeschichte 1945 bis 1990. In: ders., Lautzas P (Hg.): Teilung und Integration. Die doppelte deutsche Nachkriegsgeschichte, Bonn, S. 20–37.

³ Niederhut J (2007): Wissenschaftsaustausch im Kalten Krieg. Die ostdeutschen Naturwissenschaftler und der Westen, Köln, Weimar, Wien, S. 61.

⁴ Hans Kleinschmidt an Fritz Goebel, 19.2.1948, Archiv der DGfK, DGfK 62; Aktennotiz des Schriftführers vom 27.2.1948, abgedruckt in: Historische Kommission der DGfK (Hg.) (2008): 125 Jahre Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V., Berlin, S. 64.

⁵ SMAD-Befehl Nr. 124 vom 21.5.1947 und Statut abgedruckt in Matthes T, Rohland L, Spaar H (1981): Die medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften der DDR. Geschichte–Funktion–Aufgaben, 2 Teile, hier Teil 2, 2. überarb. Aufl., Berlin, S. 248–250.

Begründung, hatten die in Westberlin ansässigen Pädiater „mit Rücksicht auf die Ostberliner Ärzte“ auf eine „feste Organisation“ verzichtet.⁶

Bei dieser Form der lokalen und regionalen Vereinigungen blieb es zunächst auch nach Gründung der DDR, während in den westlichen Besatzungszonen bereits wieder medizinisch-wissenschaftliche Fachgesellschaften mit nationalem Anspruch agierten. Diese standen auch den ostdeutschen Ärzten offen; noch in der frühen DDR wurde die Mitgliedschaft in einer traditionellen deutschen Fachgesellschaft seitens der ostdeutschen Staatsführung durchaus als Wirken im Sinne der Völkerverständigung betrachtet. Entsprechend der Deutschlandpolitik der Bundesrepublik, die die DDR nicht als eigenständigen Staat anerkannte, traten die westdeutschen Fachgesellschaften auch auf internationaler Ebene mit einem gesamtdeutschen Anspruch auf, was umso einfacher war, als in der DDR in den 1950er-Jahren ein entsprechender nationaler Konkurrenzverband nur ausnahmsweise existierte. Der lokale bzw. regionale Aktionskreis der ostdeutschen Gesellschaften erschwerte die Durchführung von wissenschaftlichen Veranstaltungen im nationalen oder im internationalen Rahmen, die üblicherweise von nationalen Fachgesellschaften organisiert wurden. In Ermangelung solcher Träger beauftragten die ostdeutschen Machthaber einzelne Wissenschaftler mit der Planung und Leitung nationaler Tagungen. Bereits im Juli 1947 organisierte der Berliner Pädiater Leonid Doxiades (1889–1969) für die Deutsche Zentralverwaltung für Gesundheitswesen einen 6-tägigen Pädiaterkongress in Berlin. Auch die in den Jahren 1950, 1953 und 1956 mit Beteiligung westdeutscher und ausländischer Fachkollegen veranstalteten Kinderärztetagungen der DDR wurden vom dortigen Gesundheitsministerium

in Zusammenarbeit mit einzelnen Wissenschaftlern ausgerichtet.

Mutmaßlich befördert durch die Berufung des früheren Leipziger Pädiaters Erich Häßler (1899–2005) auf den Jenaer Lehrstuhl führten die pädiatrischen Gesellschaften in Leipzig und Jena ab 1954 gemeinsam wissenschaftliche Veranstaltungen durch, denen sich ab 1955 die Kinderärzte aus Halle anschlossen. Im Oktober 1955 entschlossen sich die Veranstalter dieser Treffen zu einem organisatorischen Zusammenschluss als Sächsisch-Thüringische Gesellschaft für Kinderheilkunde, deren offizielle Gründung im darauffolgenden Jahr stattfand. Geografisch und inhaltlich knüpfte die neue Gesellschaft an die 1908 gegründete Vereinigung Sächsisch-Thüringischer Kinderärzte an, deren 50-jähriges Bestehen dementsprechend im März 1958 mit einer großen Tagung in Leipzig gefeiert wurde. Wesentlicher Initiator des Zusammenschlusses war der Leipziger Pädiater Albrecht Peiper (1889–1968), ein auf nationaler und internationaler Ebene anerkannter Wissenschaftler mit engen Kontakten auch zu westdeutschen Kollegen. Laut Statut verfolgte die Gesellschaft den Zweck, „die wissenschaftlichen und fachlichen Aufgaben der Kinderheilkunde zu fördern, den persönlichen Verkehr und Erfahrungsaustausch der Kinderärzte untereinander zu vertiefen und für die Einheit der deutschen Wissenschaft auf demokratischer Grundlage einzutreten“.⁷ Die Gesellschaft veranstaltete jährlich 2 Tagungen mit rund 400 Teilnehmern, an denen sich regelmäßig auch westdeutsche Pädiater beteiligten. Bis 1961 stieg ihre Mitgliederzahl auf 350 an.⁸

DGfK mit gesamtdeutscher Ausrichtung

Für eine Gesellschaft, die sämtliche Pädiater auf dem Territorium der DDR erfasste, gab es aus Sicht der meisten ostdeutschen Kinderärzte bis in die 1960er-Jahre keinen Bedarf. Vielmehr wurde die

1883 gegründete und 1948 in den Westzonen wieder zugelassene DGfK auch von ihren ostdeutschen Mitgliedern weiterhin als Gesellschaft aller deutschen Pädiater betrachtet. Seit der ersten Mitgliederversammlung der Nachkriegszeit im August 1948 in Göttingen waren regelmäßig 2 ostdeutsche Pädiater im Gesamtvorstand der DGfK vertreten.⁹ Die Pädiater im Norden der DDR gehörten zudem traditionsgemäß der 1952 wieder gegründeten Nordwestdeutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde an, die 1957 auf ausdrücklichen Wunsch ihrer ostdeutschen Mitglieder ihre Jahrestagung in der DDR abhielt (Abb. 4).¹⁰

Wie eng die ostdeutschen Pädiater zu diesem Zeitpunkt mit der DGfK verflochten waren, verdeutlicht die 1955 vom Gesundheitsministerium erbetene Stellungnahme der Sektion für Geburtshilfe und Säuglingsfürsorge an der Deutschen Akademie der Wissenschaften zu Berlin zu einem möglichen Eintritt der ostdeutschen kinderärztlichen Gesellschaften in die International Pediatric Association (IPA). Die Sektion, der fast alle Lehrstuhlinhaber für Pädiatrie in der DDR angehörten, diskutierte die Anfrage und ließ das Gesundheitsministerium anschließend wissen, „daß die Frage eines solchen Eintrittes ... gegenstandslos sei, da die Kinderärzte beider deutscher Staaten gemeinsam durch die Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde bereits in der ‚Internationalen Vereinigung für Pädiatrie‘ repräsentiert sind“.¹¹

Zersplitterung der ostdeutschen Gesellschaften

Die Zersplitterung der wissenschaftlichen Gesellschaften war den DDR-Machthabern schon Anfang der 1950er-Jahre ein Dorn im Auge, da sich die

⁶ Gerhard Joppich an Kollegen, 9.10.1951, Archiv der Berlin-Brandenburgischen Akademie der Wissenschaften (ABBAW), Nachlass (NL) Albrecht Peiper 33. Vgl. auch: Geschichte der Berliner Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin in: <http://www.berliner-kinderarzte.de/>.

⁷ Statut der Sächsisch-Thüringischen Gesellschaft für Kinderheilkunde, Bundesarchiv (BArch) DQ 101/729.

⁸ Vgl. Mitgliederverzeichnis 1961, ebd.

⁹ Nach Auswertung der Geschäftsberichte bis Ende der 1960er-Jahre handelte es sich um die ostdeutschen Pädiater Karl Klinke, H.G. Huber (Chemnitz), Albrecht Peiper, Fritz Thoene, Hartmut Dost, Karl Nißler, Josef Dieckhoff, Siegfried Liebe, Helmut Patzer, Erich Häßler und Hans-Wolfgang Ocklitz.

¹⁰ Vgl. Reisebericht Dr. Hermann Pahnke, 2.4.1957, Landesarchiv Berlin C Rep 118 Nr. 1232.

¹¹ Mendel an Ministerium für Gesundheitswesen, 27.2.1956, BArch DQ 1/20332.

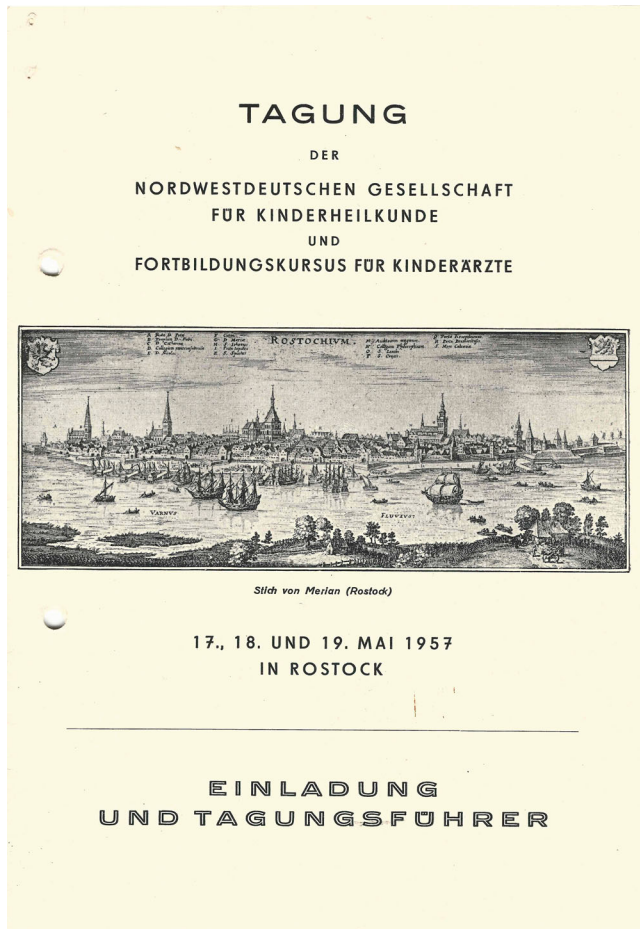


Abb. 4 ◀ Tagung der Nordwestdeutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde vom 17 bis 19. Mai 1957 in Rostock, Einladung und Tagungsführer. (© Universitätsarchiv Rostock, mit freundl. Genehmigung)

Gesellschaften in dieser Form nicht zur Unterstützung des staatlichen Gesundheitswesens, zur Planung der Forschungstätigkeit oder zur Organisation wissenschaftlicher Tagungen auf nationaler und internationaler Ebene heranziehen ließen. Unter dem Einfluss der zweiten Parteikonferenz der Sozialistischen Einheitspartei Deutschlands (SED) im Juli 1952 in Berlin, die die Bedeutung der Wissenschaft für den Aufbau des Sozialismus betont hatte, wurden im Gesundheitsministerium Pläne entwickelt, die zahlreichen medizinischen Gesellschaften an den Universitäten in verschiedenen nationalen Fachgesellschaften zusammenzufassen bzw. eine einzige medizinische Gesellschaft der DDR zu gründen, die sich in Sektionen für die verschiedenen Fachrichtungen gliedern sollte. Bei den lokalen Vereinigungen stießen solche Gedanken jedoch auf Widerstand. Lediglich in Fachgebieten, die nicht oder nur vereinzelt über lokale oder regionale Gesellschaften

verfügten, fand das Konzept einer nationalen Gesellschaft Zuspruch. Als erste nationale medizinisch-wissenschaftliche Gesellschaft gründete sich 1953 die Gesellschaft für Orthopädie der DDR.

Im Bereich der Kinderheilkunde hatte das Ministerium für Gesundheitswesen die Koordinierung des für 1953 angesetzten nationalen Pädiaterkongresses zum Anlass genommen, den Vorsitzenden der Kinderärztegesellschaften und Leitern der 6 Universitätskinderkliniken die Zusammenfassung der vorhandenen Gesellschaften unter einer Oberleitung bzw. die Gründung einer Pädiatriegesellschaft für die DDR vorzuschlagen.¹² Auf positive Resonanz stieß diese Anregung lediglich bei Josef Dieckhoff (1907–1977), der 1950 von Westdeutschland an die Universität Halle gewechselt war.¹³

¹² Koch an Brieger, Dieckhoff, Dölter, Peiper, Ibrahim, Brugsch jun., 24.4.1952, BArch DQ 1/20028.

Nachdem die DDR die Mitte der 1950er-Jahre von der Sowjetunion entwickelte Zwei-Staaten-Theorie als Grundlage ihrer Deutschlandpolitik übernommen und mit dem Mauerbau 1961 die deutsche Teilung zementiert hatte, galten die lediglich regional oder lokal agierenden Gesellschaften nicht nur als ein Hindernis für die wissenschaftliche Entwicklung, sondern auch für die Anerkennung der DDR in der internationalen Scientific Community. Leistungsfähige nationale Gesellschaften bildeten aus Sicht der DDR-Führung die Voraussetzung, um die wissenschaftliche Abhängigkeit von der Bundesrepublik abzubauen und selbstständige DDR-Vertretungen in internationalen Vereinigungen durchzusetzen.¹⁴

Schon der auf der Weimarer Gesundheitskonferenz im Februar 1960 diskutierte *Perspektivplan zur Entwicklung der medizinischen Wissenschaft und des Gesundheitswesens in der DDR* hatte zur Förderung des wissenschaftlichen Lebens und der internationalen Zusammenarbeit die Bildung weiterer medizinischer Gesellschaften im Republikausschuss vorgesehen.¹⁵ Für die Kinderheilkunde enthielt er die konkrete Empfehlung, „beim Bestehenbleiben der bisherigen regionalen Gesellschaften ... eine Arbeitsgemeinschaft der Pädiater der DDR im Verlauf des Jahres 1960“ zu gründen.¹⁶ Auch jetzt trat mutmaßlich nur der Hallenser Ordinarius Josef Dieckhoff für die Gründung einer DDR-Gesellschaft ein.¹⁷ Erst der Mauerbau 1961 führte zu einer grundlegenden Änderung der Einstellung oder – wie

¹³ Dieckhoff an Koch, 30.4.1952, BArch DQ 1/20028.

¹⁴ Matthes T, Rohland L, Spaar H (1981) [wie Anm. 5], Teil 1, S. 63; Vgl. auch Positionspapiere des Staatssekretariats für das Hoch- und Fachschulwesen, BArch DR3 Erste Schicht 1651.

¹⁵ Harmsen H (Hg.) (1962): Der Perspektivplan zur weiteren Entwicklung der medizinischen Wissenschaft und des Gesundheitswesens in Mitteldeutschland und in Ost-Berlin (1959/60), Hamburg, S. 58.

¹⁶ Ebd., S. 84.

¹⁷ Treffbericht mit GI Schmitts, 5.1.1961, Der Bundesbeauftragte für die Unterlagen des Staatssicherheitsdienstes der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik (BStU) AIM Arbeitsvorgang 19794/63, Bl. 35–38.

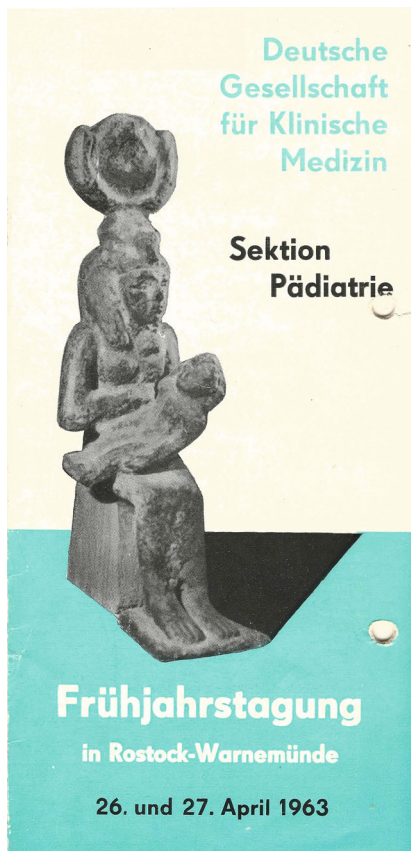


Abb. 5 ▲ Erste Tagung der Sektion Pädiatrie in der Deutschen Gesellschaft für Klinische Medizin, am 26. und 27. April 1963 in Rostock-Warnemünde, Programm. (© Universitätsarchiv Rostock, mit freundl. Genehmigung)

es in der DDR-Geschichtsschreibung heißt – zu einem „ideologischen Umdenkungsprozess“ besonders bei solchen Ärzten und Wissenschaftlern, „die bisher noch eine abwartende Haltung bzw. die Position eines ‚Wanderers zwischen den Fronten‘ eingenommen hatten“.¹⁸ Angesichts der Abriegelung der DDR erschien den ostdeutschen Pädiatern die Gründung einer eigenen Gesellschaft unvermeidbar.¹⁹ Beispielhaft für die mehrheitlich resignierte Haltung der Pädiatrie-Ordinarien erscheint die Äußerung des Magdeburger Lehrstuhlin-

¹⁸ Matthes T, Rohland L, Spaar H (1981) [wie Anm. 5], Teil 1, S. 62.

¹⁹ Vgl. Aussage von Lothar Weingärtner, o.D. In: Radke M (1987): Der Weg der Kinderheilkunde zur wissenschaftlich-medizinischen Disziplin in Deutschland und Studien zur Entwicklung der Pädiatrie in der DDR. Voraussetzungen, Tendenzen, Institutionen, Potentiale, Diss. med. B. Rostock 1987, S. 101.

habers Karl Nißler (1908–1987): „Wenn man eine Mauer durch Berlin baut, wird man es auch fertigbringen, die Gründung der wissenschaftlichen Gesellschaften der DDR durchzusetzen“.²⁰

Auf der Herbsttagung der Sächsisch-Thüringischen Gesellschaft 1961 wurde angesichts der gänzlich veränderten Situation seit dem 13. August 1961 über die Notwendigkeit einer DDR-Gesellschaft diskutiert und die Beratung dieser Frage mit dem Gesundheitsministerium beschlossen. Nach einer Vorbesprechung im Ministerium lud Lothar Weingärtner als aktueller Vorsitzender der Sächsisch-Thüringischen Gesellschaft alle Ordinarien im November 1961 zu einer Aussprache mit Ministeriumsvertretern ein und wies dabei auf die Dringlichkeit der Gesellschaftsgründung hin: „Nach Erklärung des Ministeriums für Gesundheitswesen sollen künftighin den einzelnen Gesellschaften der Fachgebiete besondere Aufgaben zugeteilt werden. Diese würden vermutlich von der Sächsisch-Thüringischen Gesellschaft für Kinderheilkunde allein nicht gelöst werden können. Ferner hängt die Frage der Kongressbesuche in der Zukunft weitgehend mit einer derartigen Gesellschaftsgründung zusammen“.²¹

Bei dem Treffen waren sich die Teilnehmer schnell über die Notwendigkeit einer nationalen DDR-Gesellschaft einig. Erheblichen Diskussionsbedarf gab es jedoch zur künftigen Stellung der Sächsisch-Thüringischen Gesellschaft. Hier musste sich der Ministeriumsmitarbeiter, der mit dem Ziel ihrer Auflösung ange-reist war, dem anhaltenden Widerstand beugen. Man einigte sich darauf, dass die Sächsisch-Thüringische Gesellschaft Bestandteil der neuen DDR-Gesellschaft werden solle. Den Wunsch nach einer weiteren Regionalgesellschaft für den Norden der DDR wies das Ministerium jedoch kategorisch mit dem Argument zurück, man wolle keine „Verewigung der landsmannschaftlichen Abgrenzung“ und halte die Zahl der potenziellen Mit-

²⁰ Nißler an Weingärtner, 21.11.1961, Universitätsarchiv (UA) Halle Rep 30c Nr. 34.

²¹ Weingärtner an alle Ordinarien der DDR, 14.11.1961, BArch DQ 1/23211.

glieder in Berlin und den nördlichen Bezirken für nichtausreichend.²²

Die Pädiatrie-Ordinarien und das Ministerium verständigten sich darauf, einen Gründungsaufwurf in den Zeitschriften *humanitas* und *Kinderärztliche Praxis* zu veröffentlichen. Die offizielle Gründung sollte auf der Frühjahrstagung der Sächsisch-Thüringischen Gesellschaft im Mai 1962 in Erfurt erfolgen.

Parallel zu diesen Initiativen in der Pädiatrie wurden im Gesundheitsministerium seit Herbst 1961 Vorbereitungen zur Gründung einer Deutschen Gesellschaft für klinische Medizin getroffen, die sich als Dachgesellschaft in verschiedene Sektionen nach Fachgebieten gliedern sollte. Ursprünglich hatte man die Pädiatrie nicht in dieses Konzept einbezogen, da die Pädiater augenscheinlich zu einer eigenständigen Gründung bereit waren. Die vorgesehene Veröffentlichung des Aufrufs verzögerte sich jedoch, da sich die Ordinarien und das Ministerium nicht über dessen Inhalt verständigen konnten. Aus Sicht des Ministeriums fehlte in dem Entwurf der Ordinarien v. a. die prinzipielle Feststellung der politischen Notwendigkeit einer derartigen Gründung.

Die stockenden Verhandlungen über den Gründungsaufwurf veranlassten das Ministerium im Frühjahr 1962 dazu, die Pädiater doch noch in die Vorbereitung der Deutschen Gesellschaft für Klinische Medizin einzubeziehen. Die offizielle Gründung dieser Dachgesellschaft fand am 5. Juni 1962 im Senatssaal der Humboldt-Universität in Berlin statt. Nach der Plenarsitzung berieten die anwesenden 150 Professoren nach Sektionen getrennt über den jeweiligen Vorstand. Den politischen Auftrag, Josef Dieckhoff, Lothar Weingärtner und Ingeborg Rapoport in den Vorstand zu bringen, konnte die teilnehmende Ministeriumsmitarbeiterin nur ansatzweise erfüllen. Die anwesenden Pädiater wählten zwar Dieckhoff zum Vorsitzenden, jedoch den aktuellen Vorsitzenden der Sächsisch-Thüringischen Gesellschaft Helmut Patzer zum Stellvertreter und Peter Großmann zum Sekretär.²³

²² Aktennotiz Misgeld, 24.11.1961, BArch DQ 1/23211.



Abb. 6 ◀ Verleihung des Nationalpreises II. Klasse an Josef Dieckhoff durch den Vorsitzenden des Staatsrates der DDR, Walter Ulbricht, 6. Oktober 1963. (Fotograf: Heinz-Junge, Bundesarchiv-Bildarchiv Bild 183-B1006-0007-012. © Bundesarchiv-Bildarchiv, mit freundl. Genehmigung)

Mit einer Frühjahrstagung im April 1963 (Abb. 5) in Rostock trat die Sektion erstmals öffentlich in Erscheinung. Die eigentliche Konstituierung und 1. Jahrestagung der Sektion fand im Herbst 1963 in Dresden statt. Hier wurde trotz kontroverser Diskussionen²⁴ über die Notwendigkeit der Gründung das zuvor mit dem Gesundheitsministerium abgestimmte Statut verabschiedet und der seit Juni 1962 vorläufig amtierende Vorstand bestätigt.

Trotz des kurzfristigen Zugeständnisses im Vorfeld der Sektionsgründung verfolgte das Ministerium intern von Anfang an den Plan, die Sächsisch-Thüringische Gesellschaft nach Gründung der DDR-Gesellschaft eingehen zu lassen.²⁵ Ihre bisherige Selbstständigkeit wurde durch eine Vielzahl an Vorgaben eingeschränkt. Als Untergruppe der Sektion Pädiatrie musste sie ihre Satzung dem Sektionsstatut anpassen, ihre Tagungsprogramme mit der Sektion abstimmen und an den Perspektiven des Ministeriums für Gesundheitswesen

ausrichten. Ausländische Redner sollten nur in Ausnahmefällen auf ihren Tagungen auftreten, die ohnehin immer stärker den Charakter von Fortbildungsveranstaltungen tragen sollten. Unter diesen Umständen ging die Aktivität der Sächsisch-Thüringischen Gesellschaft trotz aller Bemühungen seitens ihres Vorstands kontinuierlich zurück. Eine formale Auflösung erfolgte jedoch nicht, vielmehr wurde die Zustimmung der Mitgliederversammlung der DDR-Gesellschaft im November 1969 in Erfurt zur Gründung von Regionalgesellschaften als Einverständnis zum Aufgehen der Sächsisch-Thüringischen Gesellschaft in die Regionalgesellschaften gewertet.²⁶ Zu diesem Zeitpunkt gehörten der DDR-Gesellschaft bereits fast 1400 Mitglieder an, 1973 hatte sie 2177, 1980 3028 und 1989 3426 Mitglieder.²⁷

Gesellschaft für Pädiatrie der DDR 1967

Im Jahr 1967 erfolgte die Umbenennung der Sektion Pädiatrie in eine Gesellschaft für Pädiatrie der DDR. Die Initiative hierzu ging nicht von den Pädiatern, sondern vom Gesundheitsministerium und der Dachgesellschaft aus. Hier vertrat man

die Ansicht, dass sich Bezeichnungen wie „Sektion“ bzw. „Arbeitsgemeinschaft“ für den Auftritt auf internationaler Ebene nicht eigneten. Angeblich entschied man sich für den Namen Gesellschaft für Pädiatrie der DDR v. a. aufgrund des international bekannteren Begriffs „Pädiatrie“.²⁸ Möglicherweise wollte man sich mit der Bezeichnung auch deutlich von der westdeutschen Gesellschaft abgrenzen.

Trotz des Mauerbaus und der Gründung der Sektion Pädiatrie hatten viele DDR-Pädiater an ihrer Mitgliedschaft in der DGfK festgehalten. Diese verfügte 1966 über insgesamt 2890 Mitglieder, von denen 410 in der DDR lebten.²⁹ Aus Sicht der SED stützte dieser Zustand den Alleinvertretungsanspruch der westdeutschen Gesellschaften und erschwerte so die internationale Arbeit und die völkerrechtliche Anerkennung der DDR.³⁰ Auf der Vorstandssitzung der Sektion Pädiatrie im April 1967 machte der Ministeriumsmitarbeiter Lothar Rohland in einem Referat daher deutlich, dass der Alleinvertretungsanspruch Westdeutschlands seitens der Sektion Pädiatrie nicht gefördert werden dürfte. Allein auf der Grundlage der Gleichberechtigung beider Gesellschaften sei eine Zusammenarbeit möglich. Der Vortrag Rohlands war Ausdruck des schärferen Abgrenzungskurses der SED in der Deutschlandfrage, der auch die Wissenschafts- und Kulturbeziehungen zur Bundesrepublik bestimmte.³¹ Die im April bzw. Mai 1967 vom Zentralkomitee (ZK) der SED und vom Ministerrat der DDR beschlossenen „Richtlinien für die Gestaltung der Arbeit im Bereich Wissenschaft und Kultur der DDR nach Westdeutschland sowie nach Westberlin“

²³ Aktennotiz Hiltrud Sturmhöfel, o.D. [1962], BArch DQ 1/23211.

²⁴ Dietzsch H-J (1994): Zur Chronologie und Geschichte der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR 1962–1990. In: Monatsschrift Kinderheilkunde 142 (Suppl 2), S. 9–24.

²⁵ Aktenvermerk Fischers über Rücksprache Gen. Rohland, Gen. Dr. Schorr, Genn Fischer, 10.5.1962, BArch DQ 1/20788.

²⁶ Protokoll der Vorstandssitzung am 23.4.1970, Archiv DGfK, GfP Ordner 6 Vorstand 1970–1980.

²⁷ Dietzsch H-J (1994) [wie Anm. 24], S. 10.

²⁸ Bericht des Parteigruppenorganisors Günter Gudowski über die erw. Vorstandssitzung der Sektion Pädiatrie am 19.10.1967, BArch DQ 101/729.

²⁹ Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde (Hg.) (1966): Geschäftsbericht und Mitgliederverzeichnis, Stand 1.1.1966.

³⁰ Argumentationshinweise zur Frage der Mitgliedschaft von Bürgern der Deutschen Demokratischen Republik in medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften der westdeutschen Bundesrepublik, o.D. [um 1970], BArch DQ 101/233.

³¹ Niederhut J (2007) [wie Anm. 3], S. 52 ff.

sahen die Lösung der gesamtdeutschen Wissenschaftsverbindungen vor. Zu den beschlossenen Maßnahmen gehörte u. a. der Austritt der ostdeutschen Mitglieder aus den westdeutschen Gesellschaften. Da die DDR-Wissenschaftler trotz ideologischer Überzeugungsarbeit vielfach nicht freiwillig ihre Mitgliedschaft aufgaben, drohten die jeweiligen Vorgesetzten mit Disziplinarmaßnahmen oder beruflichen Nachteilen. Zudem wurden die wissenschaftlichen Gesellschaften in die Austrittskampagne eingebunden.³² Am 23. April 1970 stellten sich die Vorstandsmitglieder der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR offiziell hinter die Austrittsforderung und verpflichteten sich, diese in Mitgliederdiskussionen zu vertreten und die persönlichen Konsequenzen zu ziehen. Im Archiv der DGfK finden sich mehr als 100 Austrittserklärungen ostdeutscher Mitglieder. Einzelne Verfasser wie beispielsweise der Oberarzt der Kinderklinik im Kreis Zittau machten aus ihrer Zwangslage keinen Hehl: „Auf höhere Anweisung hin sehe ich mich hiermit leider veranlaßt, meinen Austritt aus der Gesellschaft für Kinderheilkunde der Bundesrepublik zu erklären“.³³

Internationale Anerkennung und deutsch-deutsche Annäherung

Der Weg der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR in die 1912 gegründete internationale Pädiatervereinigung IPA vollzog sich vor dem Hintergrund der allgemeinen weltpolitischen Entwicklung, die der DDR im Zuge der Ost-West-Entspannung zu Beginn der 1970er-Jahre zur staatlichen Anerkennung auf internationaler Ebene verhalf. Im November 1972 wurde sie in die United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization (UNESCO) und im Mai 1973 in die World Health Organization (WHO) aufgenommen.³⁴ Beiden Organisationen hatte die Bundesrepublik bereits seit 1951 angehört und die Aufnahme der DDR

lange Zeit bekämpft. Im September 1973 traten schließlich beide deutsche Staaten gleichzeitig der United Nations Organization (UNO) bei.

Vorkämpfer für die internationale Anerkennung der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR war erneut Josef Dieckhoff (Abb. 6), der sich schon früh für eine eigenständige DDR-Gesellschaft eingesetzt hatte. Bereits 3 Monate nach der offiziellen Gründung der Sektion Pädiatrie reiste eine 4-köpfige Delegation unter seiner Leitung mit dem Auftrag zum 10. Internationalen Kongress für Kinderheilkunde in Lissabon, bei ausländischen Fachwissenschaftlern für die Aufnahme der Sektion in die IPA zu werben.³⁵ Auch im Vorfeld und während des 11. Internationalen Kongresses für Kinderheilkunde in Tokio 1965 setzte Dieckhoff seine Sondierungsgespräche – allerdings ergebnislos – fort. Erst im Zuge der SED-Kampagne zur Lösung der deutsch-deutschen Wissenschaftsbeziehungen wurde die Aufnahme der DDR-Gesellschaft in die IPA ab 1968 systematisch vorbereitet, u. a. durch Abstimmung mit der Gesellschaft für Pädiatrie der Tschechoslowakischen Sozialistischen Republik (ČSSR) und durch vorbereitende Gespräche mit Funktionsträgern der IPA. Im Sommer 1971 zeigten die Bemühungen schließlich Erfolg, als die Gesellschaft für Pädiatrie der DDR mit Zustimmung des Vertreters der DGfK während des 13. Internationalen Kongresses für Kinderheilkunde in Wien in die IPA aufgenommen wurde.³⁶

Wesentlich schwieriger als die internationale Anerkennung gestalteten sich die Kontakte zur westdeutschen Pädiatervereinigung. Nach dem Mauerbau durften ostdeutsche Pädiater mehrere Jahre nicht an den Tagungen der DGfK teilnehmen.³⁷ In den Augen des SED-

Staats vertrat die DGfK die „Position der Bonner Alleinvertretungsanmaßung“ und erkannte die Existenz einer DDR-Gesellschaft nicht an. So war sie nach einer für das DDR-Gesundheitsministerium verfassten Darstellung nicht bereit, „zu ihren Tagungen Wissenschaftler der DDR als offizielle Vertreter der DDR-Gesellschaft einzuladen und diesen eine gleichberechtigte Teilnahme zu garantieren“.³⁸ Obwohl die DGfK im Zuge der einsetzenden Entspannungspolitik im Vorfeld der Jahrestagung 1970 in Wiesbaden ein Eingehen auf die ostdeutsche Forderung nach einer offiziellen Einladung einer DDR-Delegation signalisierte³⁹ und 1971 für die Aufnahme der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR in die IPA votiert hatte, kam es zu keiner Annäherung zwischen beiden Gesellschaften. Die offizielle Teilnahme einer DDR-Delegation an den Jahrestagungen der DGfK war erst 1978 möglich – nach Abschluss und Ratifizierung des deutsch-deutschen Gesundheitsabkommens.⁴⁰

Resümee

Die Gründungsgeschichte der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR unterlag wie die allgemeinen Wissenschaftsbeziehungen zwischen Ost- und Westdeutschland ab 1945 den Bedingungen der gesamtpolitischen Entwicklung. Trotz doppelter Staatsgründung blieb die enge Verflechtung auf dem Gebiet der Wissenschaft im Nachkriegsdeutschland zunächst bestehen. Auch die Kinderheilkunde war noch bis in die 1960er-Jahre von fachlichem Austausch und traditionellen Bindungen zwischen ost- und westdeutschen Pädiatern geprägt. Im Zuge ihrer Abgrenzungs- und Anerkennungs politik schränkte die DDR-Führung diese Verflechtung immer mehr ein und drang darauf, die Bindungen vollständig zu

³² Ebd., S. 87.

³³ Austrittserklärung Dr. Rudolph am 14.5.1970, Archiv der DGfK, DGfK Karton LXXVIII.

³⁴ Ludwig Mecklinger (1973): Die DDR ist Mitglied der WHO. In: *humanitas* 13, Heft 11.

³⁵ Treffbericht GI „Schmitz“, 1.10.1962. BStU AIM Arbeitsvorgang 19794/63, Bl. 68–70; Dieckhoff an Seffrin am 24.9.1962 (Abschrift). Ebd., Bl. 71 f.

³⁶ Bericht über den XIII. Internationalen Kongress für Pädiatrie in Wien vom 29.8. bis 4.9.1971, Archiv der Humboldt-Universität, DIB 2110.

³⁷ Vgl. Schriftwechsel im Nachlass Albrecht Peipers, z. B. Karl Nißler an Peiper, 27.6.67. ABBAW NL Albrecht Peiper 36. Ausweislich der Eröffnungsansprachen konnten ostdeutsche Pädiater vereinzelt an Jahrestagungen der DGfK teilnehmen.

³⁸ Erfassung der DGfK mit Formblatt (1967/68), BArch DQ 101/263a.

³⁹ Oehme an Patzer, 18.3.1970, Archiv der DGfK, Ordner LXXVIII.

⁴⁰ Bericht über den Aufenthalt der Delegation der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR auf der 75. Tagung der DGfK vom 4. bis 6.9.1978 in Freiburg, UA Greifswald, DIB 269, Bl. 189–192.

lösen. Die ostdeutschen Wissenschaftler fügten sich dem politischen Druck, gründeten zunächst eigene nationale Gesellschaften und traten später aus den gesamtdeutschen Gesellschaften aus. Im Zuge der Internationalisierung der Wissenschaft in den 1960er-Jahren löste die internationale Scientific Community die deutsch-deutschen Wissenschaftsbeziehungen als Bezugsrahmen der ostdeutschen Wissenschaftler ab.

Korrespondenzadresse

Dr. A. Hinz-Wessels

Institut für Geschichte der Medizin und Ethik
in der Medizin, Charité – Universitätsmedizin
Berlin
Thielallee 71, 14195 Berlin, Deutschland
annette.hinz-wessels@charite.de

Annette Hinz-Wessels, Dr. phil.; Studium der Geschichte, Politikwissenschaft und Staatsrecht in Heidelberg und Bonn, 1995 Promotion; wissenschaftliche Mitarbeiterin in verschiedenen Forschungseinrichtungen, Museen und Archiven; seit 2014 wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin an der Charité – Universitätsmedizin Berlin im Forschungsprojekt „Pädiatrie in der SBZ und DDR 1945–1989/90“ (Friede Springer Stiftung).

Thomas Beddies

Besetzung pädiatrischer Lehrstühle in den westlichen Besatzungszonen und in der Bundesrepublik nach dem Zweiten Weltkrieg

Im Folgenden handelt es sich um den Versuch, einen Überblick über die Geschichte der universitären Pädiatrie in den westlichen Besatzungszonen und der Bundesrepublik von 1945 bis zum Beginn der 1960er-Jahre zu geben. Der zeitliche Bezugsrahmen wird also durch das Ende des Zweiten Weltkriegs und die Zementierung der deutschen Teilung durch den Bau der Berliner Mauer gebildet. In der Sache geht es um die Reorganisation akademischer Strukturen und die Wiederaufnahme medizinischer Forschung und Lehre; es geht aber – in den Fakultäten und in der Fachgesellschaft – auch um „Entnazifizierungen“, „Seilschaften“ und „Persilscheine“; es geht um Aufbruch, Anpassung und Beharrung.

Auf dem Gebiet der westlichen Besatzungszonen existierten vor 1945 16 Universitätsstandorte mit pädiatrischen Kliniken; später traten noch Mainz (1946), Westberlin (1948) und Homburg (Saar; 1950) hinzu. Angesichts des zur Verfügung stehenden Raums kann vor diesem Hintergrund kaum mehr als ein cursorischer Überblick über die Ausgangssituation und die Entwicklung nach 1945 geboten werden. Exemplarische Einzelstudien werden im vorliegenden Heft jedoch für Bonn, Erlangen, Gießen und Münster geboten.

Der vorliegende Beitrag beruht im Wesentlichen auf gedrucktem Material, seien es medizinisch-historische Doktorarbeiten, seien es die in vergangenen Jahren vermehrt entstandenen Historiographien deutscher Universitäten, medizinischer Fakultäten und Fachgesellschaften. Eine mit Nachweisen versehene Fassung des Beitrags kann beim Autor angefordert werden.

Berlin (Freie Universität)

- Gerhard Joppich (1903–1992) – 1948–1954
- Adalbert Loeschke (1903–1970) – 1954–1970


In West-Berlin kam 1948 mit Gerhard Joppich ein Mann auf den pädiatrischen Lehrstuhl der neu gegründeten Freien Universität (FU), der aus heutiger Sicht im Hinblick auf die Zeit der Nationalsozialismus (NS) als „belastet“ zu gelten hat. Zeitgenössisch erwachsen ihm aus seiner führenden Rolle in der NS-geprägten Jugendmedizin jedoch keine Nachteile. Joppich war bereits seit 1944 Direktor des Kaiserin-Auguste-Viktoria-Hauses in Berlin-Charlottenburg gewesen und hatte das Haus einigermaßen unbeschadet über das Kriegsende gebracht. Es hätte geradezu eines Affronts bedurft, ihn dort abzulösen. Auch sein ehemaliger Chef an der Kölner Kinderklinik, Hans Kleinschmidt (nach 1945 in Göttingen), hatte sich dahingehend geäußert, dass der ehemalige hochrangige Funktionär in der „Gesundheitsführung der Hitlerjugend“ und designierte Leiter einer nationalsozialistischen „Akademie für Jugendmedizin“ auf Kongressen etc. durchaus wieder präsentiert werden könnte. In der „Frontstadt“ Berlin und an der „Gegenründung“ Freie Universität war sein Antikommunismus wahrscheinlich wichtiger als seine NS-Vergangenheit.


Als Joppich 1954 als Nachfolger Kleinschmidts nach Göttingen wechselte, gelang es ihm, seinen Mitassistenten der Kölner Kinderklinik, Adalbert Loeschke, als Nachfolger in Berlin zu etablieren. Loeschke, wie Joppich Jahrgang 1903, war 1942 in Köln zum außerplanmä-

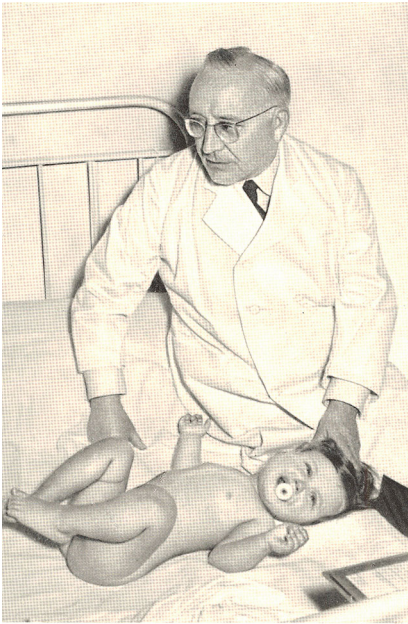
ßigen Professor ernannt worden; wahrscheinlich bereits kurz zuvor hatte er als Chefarzt die Kinderklinik in Łódź (damals Litzmannstadt) übernommen, die er nach Verlagerung und Flucht im April 1945 in Perleberg „abwickelte“. Bevor er nach Berlin berufen wurde, war er einige Jahre in Mannheim kinderärztlich tätig gewesen.

Im Jahr 1957 war es noch möglich, dass sowohl Adalbert Loeschke (FU, Westberlin) als auch Friedrich Hartmut Dost (Charité, Berlin – Hauptstadt der DDR) zu Mitgliedern der Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina in Halle gewählt wurden, und selbst nach dem Mauerbau nahm Loeschke, der auch „Ostverwandtschaft“ hatte, 1963 an einer kinderärztlichen Tagung in Halle teil. Er erstellte darüber, mutmaßlich für den Westberliner Verfassungsschutz, einen zweiseitigen Bericht, der in seiner Personalakte heute noch vorhanden ist.

Göttingen

- Hans Beumer (1884–1945) – 1927–1945
- Hans Kleinschmidt (1885–1977;  **Abb. 7**) – 1945–1954
- Gerhard Joppich (1903–1992) – 1954–1972

Adalbert Loeschke hatte noch bei Hans Beumer in Göttingen gelernt, bevor er nach Köln zu Kleinschmidt gegangen war. Beumer war im Februar 1945 gestorben; und es hatte sich – vielleicht zufällig – getroffen, dass Hans Kleinschmidt ( **Abb. 7**), damals zwischen Berlin und dem Rheinland pendelnd, 3 Tage vor dem Einmarsch der Amerikaner in Göttingen Station machte und



H. Kleinschmidt

Abb. 7 ▲ Hans Kleinschmidt (1885–1977). (© Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, mit freundl. Genehmigung)

die dortige Kinderklinik zunächst kommissarisch übernehmen konnte. Mitte 1946 erteilte die britische Militärregierung die Zustimmung zur Berufung.

Auf Kleinschmidt, der in Berlin als Nachfolger für den 1944 plötzlich verstorbenen Georg Bessau vorgesehen gewesen war und dort im Wintersemester 1944/1945 gelesen und geprüft hatte, geht 1948 die „Wiedergründung“ der „Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde“ (DGfK) mit Genehmigung der britischen Besatzungsmacht zurück. Außerdem wurde er Schriftleiter der *Monatsschrift für Kinderheilkunde*, die 1948/1949 wieder erscheinen konnte. Man kann wohl ohne Übertreibung sagen, dass Kleinschmidt in den Anfangsjahren der bundesdeutschen Universitätspädiatrie Ton und Richtung angegeben hat und auch die Linie der DGfK in Fragen des Umgangs mit der Vergangenheit bestimmte. So heißt es 1961 in der Rubrik „Tagesgeschichte“ der *Monatsschrift für Kinderheilkunde*: „Prof. Dr. Siegfried Rosenbaum in Tel Aviv (Israel), Schüler Bessaus, ehemals Privatdozent und a.o. Professor an der

Universität Leipzig, wurde von der deutschen Ärzteschaft durch Verleihung der Paracelsus-Medaille geehrt.“ Die Vertreibung Siegfried Rosenbaums (1890–1969) von der Leipziger Kinderklinik nach der Machtübernahme 1933 wurde nicht erwähnt.

In Göttingen fand im August 1948 auch der erste Nachkriegskongress der DGfK statt. Immerhin 400 Kinderärzte aus ganz Deutschland nahmen damals teil, wobei das Reisen von Ost nach West bereits erschwert war; außerdem war im Juni 1948 die D-Mark eingeführt worden.

Kleinschmidts Nachfolger in Göttingen wurde 1954 sein Schüler und früherer Mitarbeiter, der erwähnte Gerhard Joppich.

Köln

- Hans Kleinschmidt (1885–1977) – 1931–1944
- Carl-Gottlieb Bennholdt-Thomsen (1903–1971) – 1947–1970

Die Universitätskinderklinik Köln war bis 1944 von Hans Kleinschmidt geleitet worden. Im Oktober dieses Jahres waren die Klinikgebäude zerschlagen worden; bereits 1943 hatte man, wie vielerorts, große Teile der „Lindenburg“ evakuieren müssen.

Da Kleinschmidt nach dem Krieg keine Anstalten machte, an den Rhein zurückzukehren, wurde 1947 Carl-Gottlieb Bennholdt-Thomsen berufen, der bis 1945 die Deutsche Kinderklinik in Prag geleitet hatte und in Hamburg nicht zum Zuge gekommen war. Für Bennholdt-Thomsen begann eine schwierige Zeit im stark zerstörten Köln, als „Preis“ winkte dann jedoch eine neue und moderne Kinderklinik. Nur anzudeuten ist hier, dass Bennholdt-Thomsen aus seiner Prager Zeit als stark belastet in Bezug auf die Umsetzung der NS-Rassen- und NS-Gesundheitspolitik bis hin zur „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ zu gelten hat.

Bonn

- Theodor Gött (1880–1934) – 1915–1934

- Hans Knauer (1895–1952) – 1934–1940
- Georg Oskar Harnapp (1903–1980) – 1940–1943
- Otto Julius Ullrich (1894–1957) – 1943–1957
- Heinz Hungerland (1905–1987) – 1958–1973

In Bonn war 1934 gegen den Willen der Fakultät der „alte Kämpfer“ (Mitglied der Nationalsozialistischen Deutschen Arbeiterpartei, NSDAP, vor 1933) Hans Knauer aus Breslau auf den Lehrstuhl für Kinderheilkunde berufen worden. Als möglicher Grund für diese Wahl wird erwähnt, dass die Klinik in einem so schlechten Zustand war, dass man glaubte, keinen renommierten Fachvertreter gewinnen zu können. Knauer wurde 1943 entfernt (und nach 1945 als „entlastet“ eingestuft). Ihm folgte der fachlich besser beleumundete Georg O. Harnapp, der aber ebenfalls von der Fakultät nicht unterstützt wurde.

Otto Julius Ullrich, der 1943 mit dem Lehrstuhl auch eine völlig zerstörte Klinik übernahm, galt nach 1945 als unbelastet. Er gehörte sogar dem universitätsinternen Prüfungsausschuss an, der über die Weiterbeschäftigung von Universitätsangehörigen nach 1945 befand. Später wurde er u. a. Dekan der Medizinischen Fakultät (vgl. hierzu den Beitrag von Oommen-Halbach im vorliegenden Heft).

Düsseldorf

- Fritz Goebel (1888–1950) – 1937–1950
- Karl Franz Klinke (1897–1972) – 1951–1965

In Düsseldorf hatte Fritz Goebel, aus Halle kommend, 1937 Adalbert Czerny (1863–1941) abgelöst, der nach der Vertreibung Albert Ecksteins den Düsseldorfer Lehrstuhl vertreten hatte. Goebel, langjähriger Schriftführer der DGfK (und damit mitverantwortlich für die „Säuberung“ der Gesellschaft von „rassisch“ unliebsamen Mitgliedern nach 1933), richtete 1949 den zweiten Nachkriegskongress der Gesellschaft aus: In seiner Eröffnungssprache heißt es in



Abb. 8 ▲ Werner Catel. (© Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, mit freundl. Genehmigung)

Bezug auf eingeworbene Industriemittel: „[Damit] konnten wir allen Teilnehmern aus der Ostzone, die uns darum angingen, die Eisenbahnfahrt von Düsseldorf nach der Zonengrenze und ein Taschengeld von 25,- DM außerdem aushändigen. ... Mit besonderer Freude erfüllt uns der starke Besuch aus der Ostzone. Über 200 Anfragen haben uns erreicht und, wenn nicht alle Interessenten gekommen sind, so lag es nicht etwa an der Nichterteilung der Interzonenpässe, sondern an den Schwierigkeiten, die der Umrechnungskurs der Ostmark in die Westmark verursacht.“¹ Das war kurz vor Gründung der DDR am 7. Oktober 1949.

Goebel war 1945 als Rektor der Medizinischen Akademie eingesetzt worden. Im Jahr 1950 musste er sich mit der peinlichen Situation auseinandersetzen, dass eine Rückkehr Albert Ecksteins (1891–1950), des vormaligen Ordinarius für Pädiatrie in Düsseldorf, aus der Tür-

kei nach Deutschland denkbar wurde. Goebel äußerte sich also in eigener Sache gegenüber den britischen Behörden, als er feststellte, dass der Lehrstuhl für Pädiatrie, von dem Eckstein vertrieben worden war, besetzt sei (nämlich durch ihn, was er nicht erwähnte). Eckstein ging wie bekannt nach Hamburg, und es ist nicht ohne Ironie, dass Erich Rominger als Kongresspräsident in Kiel 1950 beider quasi in einem Atemzug zu gedenken hatte: „Besonders hart trifft uns der Tod zweier unserer besten Kliniker, Forscher und Lehrstuhlinhaber in so kurzem Abstand. Albert Eckstein, der erst ein halbes Jahr wieder in Deutschland war, hat durch seine nahezu fünfzehnjährige Tätigkeit in der Türkei das Ansehen unserer deutschen Kinderheilkunde im Ausland gestärkt und außerordentlich erhöht. Fritz Goebel, unser letztjähriger Vorsitzender, dem unsere Gesellschaft während seiner langjährigen Tätigkeit als Schriftführer soviel verdankt, ist stets eines unserer rührigsten und im In- und Ausland bekanntesten Mitglieder gewesen, der unser aller Vertrauen uneingeschränkt genoß.“²

Nachfolger Goebels in Düsseldorf wurde Karl Klinke, der dafür von der Ostberliner Charité an den Rhein wechselte.

Münster

- Hans Vogt (1874–1963) – 1924–1943
- Hermann Mai (1902–2001) – 1943–1970

In Münster war bis 1943 der lang gediente Hans Vogt tätig. Im Jahr 1943 übernahm dann, aus Prag kommend, Hermann Mai den Lehrstuhl, der über lange Jahre die Pädiatrie in Münster bestimmte (vgl. hierzu den Beitrag von Topp im vorliegenden Heft).

Kiel

- Erich Rominger (1886–1967) – 1925–1954
- Werner Catel (1894–1981; ■ **Abb. 8**) – 1954–1960
- Hans-Rudolf Wiedemann (1915–2006) – 1961–1980

Kiel weist in der Person Erich Romingers eine bemerkenswerte personelle Kontinuität auf dem pädiatrischen Lehrstuhl auf. Rominger kann, anders als sein Nachfolger, in Bezug auf irgendwelche Sympathien für den NS als unverdächtig gelten. In seiner Ansprache als Präsident des Kongresses 1950 führte er mit Bedacht aus: „Manche unserer Kritiker des In- und Auslandes, die – uns bedauernd – davon sprechen, dass wir die Führung in der internationalen Pädiatrie verloren hätten, scheinen mir zu übersehen, dass es heute nicht mehr zu erwarten ist, dass eine Nation auf einem wichtigen medizinischen Gebiet, wie es die Kinderheilkunde darstellt, führt. Vielmehr wünschen wir uns heute eine weltweite, internationale Zusammenarbeit, in der jede wichtige Beobachtung oder Entdeckung, gleichgültig in welchem Land sie erfolgt, unserem Sonderfach so schnell wie möglich zugute kommt ... Wir wissen ..., dass wir und die, die nach uns kommen, ein bereits bestelltes, zu einem großen Teil durch 10 Jahre Weltkrieg und eine etwa ebensolang dauernde üble Nachkriegszeit zerstörtes Land wieder zu beackern haben.“³

Nachfolger Romingers wurde Werner Catel (■ **Abb. 8**). Der Bessau-Schüler Catel hatte von der Vertreibung Siegfried Rosenbaums profitiert und 1933 den Leipziger Lehrstuhl übernommen. Seit 1939 war er Gutachter der sog. Kindereuthanasie, außerdem befand sich an seiner Klinik eine „Kinderfachabteilung“, in der Kinder aktiv getötet wurden. Er warb auch nach 1945 – wohl als einziger deutscher Kinderarzt – offensiv für die Legalisierung der „Vernichtung lebensunwerten Lebens“.

Nach Catels Ausscheiden 1960, zu dem auch studentische Proteste beigetragen hatten, kam die Kieler Pädiatrie

¹ Goebel F (1949) Eröffnungsansprache zur 49. ordentlichen Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde in Düsseldorf. In: Monatsschrift für Kinderheilkunde 98 (1950), S 1–2, S 1.

² Rominger E (1951): Eröffnungsansprache zur 50. ordentlichen Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde in Lübeck 1950. In: Monatsschrift für Kinderheilkunde 99, S 1–5, S 4.

³ Ebd., S 1–5, S 2.

mit Hans-Rudolf Wiedemann wieder in ruhigeres Fahrwasser.

Hamburg

- Rudolf Degkwitz (1889–1973) – 1932–1948
- Albert Eckstein (1891–1950) – 1950
- Karl-Heinz Schäfer (1911–1985) – 1951–1979

In Hamburg ging es nach 1945 in der Pädiatrie zunächst recht turbulent zu. Verbunden ist dies mit der Person – und der Persönlichkeit – von Rudolf Degkwitz, der, mit Widerspruchsgeist und lebhaftem Temperament ausgestattet, sich bereits mit der NS-Obrigkeit immer wieder angelegt hatte. Als er 1944/1945 eine Haftstrafe verbüßen musste, übernahm zunächst Carl-Gottlieb Bennholdt-Thomsen den Lehrstuhl, bis er seinem nach Kriegsende zurückkehrenden Vorgänger weichen musste. Degkwitz, der nach dem Krieg insbesondere gegen Catel und den Hamburger „Euthanasie“-Täter Wilhelm Bayer (1900–1972) zu Felde gezogen war, verzichtete 1948 jedoch resigniert und verärgert angesichts bundesdeutscher Restauration und ging in die USA. Als Lehrstuhlvertreter agierte zunächst sein Schüler und Oberarzt Johann Baptist Mayer. Nachdem Eckstein unmittelbar nach der Berufung 1950 gestorben war, übernahm, aus Göttingen kommend, Karl-Heinz Schäfer – wiederum ein Kleinschmidt-Schüler – den Lehrstuhl.

Marburg

- Ernst Freudenberg (1884–1967) – 1922–1938
- Alfred Wiskott (1898–1978) – 1938/1939
- Josef Becker (1895–1966) – 1939–1945
- Friedrich Linneweh (1908–1992) – 1946, 1949, 1951–1975

In Marburg war Josef Becker von der amerikanischen Besatzungsmacht entfernt worden; sein Nachfolger wurde 1946 Friedrich Linneweh, der seine Karriere einst als „HJ-Arzt“ (HJ: Hitler-Jugend) an der Berliner Charité bei Ge-

org Bessau begonnen hatte. Linneweh hatte sich u. a. noch mit der Vertreibung seines Vorgängers Ernst Freudenbergs (1884–1967) auseinanderzusetzen, der unter schwierigen und beschämenden Umständen als „jüdisch versippt“ – seine Frau war eine getaufte Jüdin – 1938 hatte in die Schweiz wechseln müssen. Freudenberg, um den man sich seitens der DGfK intensiv bemühte, kehrte zwar nicht nach Deutschland zurück, öffnete der deutschen Pädiatrie aber erste Wege zurück auf das internationale Parkett. Im Jahr 1954, dem Jahr seiner Emeritierung in Basel, besuchte er die Jahrestagung in Essen und hielt dort ein wissenschaftliches Referat. Seine aktive Teilnahme wurde von den Kollegen als „Geste der Versöhnung“ verstanden. Auf Betreiben Linnewehs wurde Freudenberg 1965 die Ehrenpromotion der Universität Marburg verliehen.

Gießen

- Hans Koeppel (1867–1939) – 1912–1933
- Johann Duken (1889–1954) – 1933–1938
- Walter Keller (1894–1967) – 1939–1945
- Fritz Koch (1909–1998) – interim. 1946–1951
- Heinz Hungerland (1905–1987) – 1951–1957
- Fritz Koch (geb. 1909) – interim. 1958–1960
- Friedrich Hartmut Dost (1910–1985) – 1960–1975

Auch in Gießen wurde der letzte Lehrstuhlinhaber des Dritten Reichs, Walter Keller, seines Amtes enthoben und sogar für 2 Jahre interniert. Keller hatte 1939 den nach Heidelberg wechselnden Johann Duken abgelöst. In der Beurteilung des NS-Dozentenbundes 1938 heißt es zu Keller: „Er war ein hervorragender Soldat und hat sich in der Systemzeit im Abwehrkampf gegen die Kommunisten bewährt. Wenn er auch der Partei früher nicht angehört hat, so zeigte er doch schon damals eine positive Einstellung zur nationalsozialistischen Bewegung und hat dies auch öffentlich be-

kannt. Im Frühjahr 1933 trat er in die SS ein“⁴ (SS: Schutzstaffel der NSDAP).

In dem stark zerstörten Gießen stabilisierte sich die pädiatrische Versorgung trotz unbestreitbarer Verdienste Fritz Kochs und Heinz Hungerlands erst mit der Übernahme des Lehrstuhls durch Dost, der 1960 von der Charité in den Westen wechselte. Er leitete die Gießener Universitäts-Kinderklinik bis 1975 (vgl. hierzu den Beitrag von Roelcke und Topp im vorliegenden Heft).

Heidelberg

- Ernst Moro (1874–1951) – 1911–1936
- Johann Duken (1889–1954) – 1937–1945
- Philipp Bamberger (1898–1983) – 1946–1966
- Hans Opitz (1888–1971) – interim.

In Heidelberg hatte Ernst Moro, der in einer „Mischehe“ lebte, nach 25 Jahren 1936 entnervt um seine Emeritierung gebeten. Auf ihn folgte bis 1945 Johann Duken, dessen unrühmliche Rolle im Rahmen der NS-Krankenmorde in Heidelberg inzwischen gut untersucht ist. Im Jahr 1945 wurde Duken interniert. In 2 Spruchkammerverfahren stufte man ihn zunächst als „unbelastet“, dann als „Mitläufer“ ein. Auf seinen Lehrstuhl kehrte er nicht mehr zurück; auch eine ordentliche Emeritierung erfolgte nicht.

Nachdem Ernst Freudenberg die Übernahme des Heidelberger Lehrstuhls abgelehnt hatte; gewann man Philipp Bamberger, der sich 1932 bei Rudolf Degkwitz in Greifswald habilitiert hatte und mit diesem nach Hamburg gegangen war, um 1935 dann nach Königsberg zu wechseln. Bamberger wurde in Heidelberg, ganz abgesehen von den allgemein schwierigen Verhältnissen, das Leben auch durch alte Strukturen und Seilschaften in der Klinik schwer gemacht. Ein Skandal im Zusammen-

⁴ Zitiert nach: Eckart WU (2010) Ernst Moro (1874–1951) und die „Goldenen Jahre“ der Heidelberger Pädiatrie. In: Hoffmann GF, Eckart WU, Osten P (Hrsg): Entwicklungen und Perspektiven der Kinder- und Jugendmedizin. 150 Jahre Pädiatrie in Heidelberg, Mainz, S57–74, S74.

hang mit unzureichenden Standards bei Bluttransfusionen an der Klinik kostete ihn fast Lehrstuhl und Karriere. Er wurde in dieser Zeit durch Hans Opitz vertreten.

Frankfurt am Main

- Bernhard de Rudder (1894–1962) – 1935 bzw. 1939–1962

Die Universitätskinderklinik Frankfurt am Main stand zwischen 1935 und 1962 für 25 Jahre unter der Leitung Bernhard de Rudders, der von Greifswald nach Frankfurt gewechselt war. Die Kinderklinik wurde während des Krieges schwer beschädigt. An einem Ausweichstandort starben bei einem Bombenangriff in einer Nacht 90 Kinder.

Nach 1946 lehnte de Rudder, ein Pfaundler- und Rietschel-Schüler, einen Ruf nach Tübingen, also von der amerikanischen in die französische Zone, ab. De Rudder, der bereits vor 1945 Dekan der Medizinischen Fakultät gewesen war, wurde nach dem Zusammenbruch als „Unbelasteter“ zusammen mit dem Physiologen Bethe und dem Orthopäden Hohmann von der Besatzungsmacht mit der Reorganisation der Medizinischen Fakultät betraut. Er starb, noch in Amt und Würden, unerwartet während eines Urlaubs 1962.

Erlangen

- Albert Viethen (1897–1978) – 1939–1945
- Alfred Adam (1888–1956) – 1945–1956
- Adolf Windorfer (1909–1996) – 1956–1977

Albert Viethen hatte Erlangen (via Freiburg und Heidelberg) zum 1. Oktober 1939 übernommen. Auch er (Mitglied von NSDAP und SS) wurde von den Amerikanern verhaftet, des Amtes enthoben und verbrachte 2 Jahre in Lagerhaft. Im Jahr 1949 beantragte er vergeblich die Wiedereinstellung und ging schließlich als Chefarzt an eine Kinderklinik in Berchtesgaden. Im Jahr 1963 wurde er im Ansbach-Prozess der „Beihilfe zum Mord in mehreren Fällen“ angeklagt. Letztlich

war ihm aber nicht nachzuweisen, dass er von den Morden in der „Kinderfachabteilung“ Ansbach gewusst hatte.

Bereits im Herbst 1945 war Alfred Adam mit der Vertretung des Lehrstuhls und der Übernahme der Klinikleitung beauftragt worden; im Frühjahr 1946 hatte er das Amt angetreten. Adam war bei Moro in Heidelberg und bei Kleinschmidt in Hamburg ausgebildet worden. Gegen erhebliche Widerstände versuchte er, der Klinik den „braunen Geist“ auszutreiben, sie zu demokratisieren und zu modernisieren. Auf Adam folgte 1956 Adolf Windorfer, der die Klinik mehr als 20 Jahre leitete. (vgl. den Beitrag von Bussiek im vorliegenden Heft).

Würzburg

- Hans Rietschel (1878–1970) – 1921–1945
- Heinrich Kirchmair (1906–1969) – komm. 1946/1947
- Josef Ströder (1912–1993) – 1948–1981

Hans Rietschel leitete die Würzburger Kinderklinik bereits seit 1917, zunächst als Extraordinarius, seit 1921 als Ordinarius für Kinderheilkunde. Er war auf Empfehlung Meinhard von Pfaunders als Nachfolger Jussuf Ibrahims (1877–1953) berufen worden. Von 1940 bis 1944 war er Dekan der Medizinischen Fakultät. Am 16. März 1945 zerstörte der verheerende Bombenangriff auf Würzburg auch die Kinderklinik.

Rietschel wurde Anfang 1946 von den Amerikanern aus dem Dienst entfernt; im Spruchkammerverfahren wurde er als Mitläufer eingestuft. Zum 1. Juli 1947 wurde der 69-Jährige in den Ruhestand versetzt, aber nicht emeritiert. Erst nach einem langen Rechtsstreit wurde er 1953 mit den Rechten eines entpflichteten Professors versehen. Sein erst 36-jähriger Nachfolger Josef Ströder – er kam von Goebel aus Düsseldorf an den Main – übernahm die Klinik 1948 für mehrere Jahrzehnte.

München

- Meinhard von Pfaundler (1872–1947) – 1906–1939

- Alfred Wiskott (1898–1978) – 1939–1967

In München hatte Meinhard von Pfaundler die Geschicke der dortigen Kinderklinik mehr als 30 Jahre gelenkt. Im Jahr 1939 wurde er von Alfred Wiskott abgelöst, der seine Professur, unbehelligt von den Zeitläuften, wiederum beinahe 3 Jahrzehnte innehatte (vgl. zu Wiskott und seiner Rolle im Rahmen der NS-Kindereuthanasie die Beiträge von Höpner und Topp [zu Hermann Mai] im vorliegenden Heft).

Tübingen

- Walter Birk (1880–1954) – 1919–1948
- Alfred Nitschke (1898–1960) – 1948–1960

Auch Walter Birk fehlte nicht viel Zeit bis zum 30-jährigen Dienstjubiläum an der Kinderklinik Tübingen, die er über den Zusammenbruch hinaus noch bis 1948 führte. Seine Nachfolge trat, nachdem mehrere Wunschkandidaten der Universität einen Korb gegeben hatten, Alfred Nitschke an. Er hatte lange Zeit in Berlin gearbeitet und war dort Chefarzt des Kinderkrankenhauses Lichtenberg gewesen. Im Jahr 1938 hatte er die Nachfolge Fritz Goebels in Halle angetreten; 1946 nahm er zunächst einen Ruf an die Universität Mainz an; 1948 wechselte er dann nach Tübingen. Dort war er u. a. Dekan und Rektor.

Mainz

- Alfred Nitschke (1898–1960) – 1946–1948
- Ulrich Köttgen (1906–1980) – 1949–1974

An der wieder gegründeten Universität Mainz hatte es Nitschke also nicht gehalten; vielleicht sah er dort, er hatte bereits in Halle nach der Position des Rektors gestrebt, keine ausreichenden Möglichkeiten. Ulrich Köttgen, sein Nachfolger in Mainz, soll in der NS-Zeit „politische Schwierigkeiten“ gehabt haben, hatte sich aber trotzdem in Münster habilitieren können. In Mainz leistete er verdienstvolle Aufbauarbeit und richtete dort 1969

die erste pädiatrische Intensivstation der Bundesrepublik ein.

Freiburg

- Carl Noeggerath (1876–1952) – 1913–1949
- Walter Keller (1894–1967) – 1952–1962

In Freiburg bestimmte Carl Noeggerath über Jahrzehnte nicht nur die dortige Universitatspadiatrie, sondern wirkte auch weit über die Stadt hinaus: Es ist wohl nicht übertrieben zu sagen, dass er in den Jahrzehnten seiner kinderartzlichen Tätigkeit maßgeblich zur Entwicklung der Kinderheilkunde in Deutschland beitrug und einen wesentlichen Beitrag auch zur internationalen Geltung der deutschen Pädiatrie leistete. Zu seinen Habilitanden zählen Rominger, Eckstein, Nitschke, Viethen und Hungerland. Weit in seinen Siebzigern trat er 1949 ab. Seine Nachfolgeregelung gestaltete sich freilich schwierig. Man einigte sich schließlich auf Walter Keller, der als Leiter der Gießener Kinderklinik nach 1945 zwei Jahre interniert gewesen war.

Homburg (seit 1950)

- Heinz Hungerland (1905–1987) – 1950–1951
- Johann Baptist Mayer (1907–1981) – 1952–1976

Heinz Hungerland blieb nur kurz im Saarland; er wechselte bereits 1951 nach Gießen und später als Nachfolger Otto Julius Ullrichs nach Bonn. Johann Baptist Mayer kam aus Hamburg; der Degkwitz-Schüler hatte sich dort in schwieriger Zeit vor und nach dem Ende des Krieges bewährt und sorgte in Homburg für personelle Kontinuität über annähernd 25 Jahre.

Resümee

Für die „Kinderkliniker im deutschen Trümmerfeld“⁵ (C. Noeggerath) stand 1945 Arbeit statt Aufarbeitung im Mittelpunkt; von einem geistig-moralischen Aufbruch angesichts der Vertreibung

von Kolleginnen und Kollegen und der Beteiligung an Medizinverbrechen ist nur wenig zu spüren. Als rühmliche Ausnahmen sollen Rudolf Degkwitz und Alfred Adam ausdrücklich erwähnt werden. Zwar hatte auf Drängen der britischen Militärregierung die in Göttingen tagende Hochschulrektorenkonferenz im September 1945 eine Resolution verabschiedet, in der die Wiedereinsetzung von aus „rassischen“ Gründen vertriebenen Professoren als „solidarische Ehrenpflicht“ bezeichnet wurde. Auf diese in der Folge an einzelnen Universitäten und Hochschulen wiederholten Erklärungen erfolgten allerdings in der Regel – auch in der Pädiatrie – keine praktischen Schritte. Versuche, verfolgte Pädiater zurückzuholen, ihnen „als Entschuldigung“ den früheren Lehrstuhl oder eine Alternative anzubieten, blieben Einzelfälle (Freudenberg, Eckstein).

Bei der halbherzigen „Entnazifizierung“ der Ärzteschaft spielte sicherlich auch die Besorgnis eine Rolle, die zu erwartenden Versorgungs- und Gesundheitsprobleme, zumal bei Kindern, nicht in den Griff zu bekommen, so dass die politische Säuberung vielerorts nicht konsequent betrieben wurde. Bemerkenswert ist immerhin, dass v. a. in der amerikanischen Zone – Heidelberg, Gießen, Marburg, Erlangen und Würzburg – die Lehrstuhlinhaber der NS-Zeit (vorübergehend) aus ihren Stellungen entfernt wurden. In der englischen Zone scheint man, wenn man an Kleinschmidt (Göttingen) oder Goebel (Düsseldorf) denkt, weniger energisch und „pragmatischer“ vorgegangen zu sein.

Hans Kleinschmidt kann als die zentrale Figur in der Reorganisationsphase der Westpadiatrie ausgemacht werden. Er nahm Einfluss auf die Besetzungen von Lehrstühlen, platzierte seine Schüler; er steuerte über die *Monatsschrift für Kinderheilkunde* Ton und Richtung der wissenschaftlichen und auch der standespolitischen Debatten. Noch lange nach sei-

ner Emeritierung 1954 wirkte er über seine Schüler und in verschiedenen Funktionen als graue Eminenz der bundesdeutschen Pädiatrie.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. T. Beddies

Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin
Thielallee 71, 14195 Berlin, Deutschland
thomas.beddies@charite.de

Thomas Beddies, apl. Prof. Dr. phil.; Studium der Geschichts- und Politikwissenschaften an der FU Berlin; Stellvertretender Leiter des Instituts für Geschichte der Medizin der Charité – Universitätsmedizin Berlin; Forschungsschwerpunkte im Bereich der Geschichte der Pädiatrie, der Psychiatrie sowie der Medizin im Nationalsozialismus; Stellvertretender Vorsitzender der Historischen Kommission der DGKJ.

⁵ Noeggerath CT (1951) Lebenserinnerungen eines Freiburger Kinderkliniklers im Deutschen Trümmerfeld, Manuskript. Universitätsarchiv der Albert-Ludwigs-Universität Freiburg (D0014/1)

Dagmar Bussiek

„Politisch einwandfreies Personal“

Neuordnung der Erlanger Universitäts-Kinderklinik nach dem Zweiten Weltkrieg

„Sie können schmutziges Wasser nicht wegschütten, wenn Sie noch kein frisches haben.“ Mit diesem – immer wieder zitierten – Satz soll Konrad Adenauer einmal die Frage nach der Besetzung von bedeutenden Positionen des öffentlichen Lebens durch ehemalige Nationalsozialisten beantwortet haben. Die Metapher des schmutzigen Wassers für die personelle Kontinuität in vielen Bereichen der jungen Demokratie drückte ein zeitgenössisches Dilemma aus: Wie sollte man ein neues Staatswesen aufbauen, wenn es an politisch unbelasteten Fachleuten in sämtlichen Bereichen mangelte? Ohne größere öffentliche Diskussion einigte sich die westdeutsche Nachkriegsgesellschaft darauf, das „schmutzige Wasser“ weiterhin zu nutzen: ob in der Administration, der Rechtspflege oder auch in der Medizin – überall wurden zwar einige prominente „Nazis“ abgesetzt, aber die Mehrheit der Mitläufer und Angepassten sowie auch etliche Täter blieben in Amt und Würden. Insofern ist der Vorgang, der sich an der Kinderklinik der Friedrich-Alexander-Universität im fränkischen Erlangen abspielte, bemerkenswert: Hier wurde nach dem Zweiten Weltkrieg der Klinikleiter Albert Viethen (1897–1978), SS-Mann und Mitglied der Nationalsozialistischen Deutschen Arbeiterpartei (NSDAP), von dem Kollegen Alfred Adam (1888–1956) abgelöst, der 1938 sein Ordinariat an der Universitätsklinik Danzig aus politischen Gründen verloren hatte. Christian A. Rexroth, der sich intensiv mit Leben und Werk Adams beschäftigt hat, würdigt ihn als einen der „wenigen politisch unbelasteten Pädiater“ seiner Zeit.¹ In Erlangen begnügte sich Adam nicht damit, an seine wissenschaftliche Arbeit der 1920er- und 1930er-Jahre anzuknüpfen,

sondern drängte darüber hinaus auf eine Demokratisierung der Kinderklinik in personeller Hinsicht.

Das kleine Erlangen, kaum 20 km von Nürnberg entfernt, war weitgehend von Bombenschäden verschont geblieben, erfuhr aber dennoch das Chaos und die Not der ersten Nachkriegsjahre in vollem Umfang. Nach dem Einmarsch der 3. US-Armee am 16. April 1945 wurde die ortsansässige Friedrich-Alexander-Universität, wie alle Bildungseinrichtungen in der amerikanischen Besatzungszone, zunächst geschlossen. Erst Ende Oktober 1945 ließ die Militärregierung Anträge auf Wiedereröffnung der bayerischen Hochschulen zu. Im Laufe des Wintersemesters 1945/1946 nahmen die Erlanger Fakultäten nach und nach ihre Arbeit wieder auf. Nachdem im Frühjahr 1945 der damalige Ordinarius für Kinderheilkunde Albert Viethen durch Verhaftung seines Amtes enthoben worden war, übernahm sein Vorgänger Friedrich Jamin (1872–1951) vorübergehend noch einmal die Leitung der Klinik.² Der Empfehlung des Berufungsausschusses in Wiedereinstellungsfragen der Universität Erlangen folgend, wurde Alfred Adam – von der Militärregierung bereits am 24. Juli 1945 bestätigt – zum 1. Oktober 1945 mit der Vertretung des Direktors der Kinder-

klinik beauftragt. Er sollte bis zu seiner Emeritierung 1956 in Erlangen bleiben und die Klinik entscheidend prägen. Der vorliegende Beitrag rekonstruiert diese Vorgänge, wobei zunächst die beiden Protagonisten Viethen und Adam im Mittelpunkt stehen, bevor im dritten Abschnitt die Neuausrichtung der Kinderklinik unter Adam skizziert wird. Der Aufsatz stützt sich auf Forschungsarbeiten, die in den Jahren 2002/2003 auf Initiative des derzeitigen Klinikleiters Wolfgang Rascher entstanden und 2005 veröffentlicht wurden.³

Albert Viethen, Direktor von 1939 bis 1945

Albert Viethen (Abb. 9) wurde am 23. November 1897 in Mönchengladbach als Sohn eines Architekten geboren und katholisch getauft; er hat stets seine enge kirchliche Bindung betont. Viethens Jugend fiel in die Zeit des Ersten Weltkriegs. Nach dem Abitur 1916 leistete er Kriegsdienst, wurde an der West- sowie auch an der Ostfront eingesetzt und 1917 zum Leutnant der Reserve befördert. Hoch dekoriert kehrte er nach Kriegsende in das Zivilleben zurück und nahm ein Medizinstudium an der Universität Bonn auf; hier bestand er

¹ Schreiben Adams an Dekan Konrad Schübel, 21.3.1946, zitiert nach: Rexroth C (2005): Wachsam und wägend, mutig und hart. Prof. Dr. med. Alfred Adam (1888–1956). In: Rascher W, Wittern-Sterzel R (Hg.): Geschichte der Universitäts-Kinderklinik Erlangen, Göttingen 2005, S. 213–298, hier S. 287.

² Zu Jamin vgl. Manuela Zapf (2005): Friedrich Jamin (1872–1951) – Leben und Werk. In: Rascher W, Wittern-Sterzel R [wie Anm. 1], S. 43–124.

³ Während Christian A. Rexroth sich intensiv mit Alfred Adam beschäftigt hat (vgl. Anm. 1), liegt von mir selber der grundlegende Beitrag zu Albert Viethen vor. Vgl. Bussiek D (2005): Albert Viethen, Direktor der Universitäts-Kinderklinik in Erlangen 1939–1945. In: Rascher W, Wittern-Sterzel R [wie Anm. 1], S. 125–211. Sämtliche Informationen zu Adam wie Viethen wurden diesen beiden Publikationen entnommen. Im Sinne der besseren Lesbarkeit wurden lediglich wörtliche Zitate gesondert im Rahmen von Fußnoten belegt.



Abb. 9 ▲ Albert Viethen (1897–1978). (© Universitätskinderklinik Erlangen, mit freundl. Genehmigung)

1920 die Vorprüfung. Seine klinische Ausbildung erfolgte in Köln und Freiburg. Im Dezember 1923 legte er in Freiburg das medizinische Staatsexamen ab und promovierte nur 10 Tage später mit einer Arbeit zum Thema: „Die prognostische Bedeutung der Kaverne bei der Lungenphthise“. Anschließend war er medizinischer Praktikant in der Medizinischen Klinik und in der Universitäts-Frauenklinik Freiburg, bevor er sich für eine Laufbahn in der Pädiatrie entschied und im Oktober 1924 an die Universitäts-Kinderklinik Freiburg wechselte. Hier fand er in Carl Noeggerath (1876–1952) seinen wissenschaftlichen Ziehvater. Nach der Approbation 1925 war er zunächst Volontärassistent, dann außerordentlicher Assistent und von 1928 bis 1933 ordentlicher Assistent in Freiburg. Im Alter von 34 Jahren habilitierte er sich mit der Studie „Klinische, röntgenologische und bakteriologische Untersuchungen an Kindern der Tuberkulose-Fürsorge für Freiburg und das Badische Oberland“ und dem Vortrag „Röntgendiagnose und Röntgenbild der Pneumonie im Kindesalter“. Er erhielt die *venia legendi* für Kinderheilkunde und Röntgenologie und wurde im Oktober 1933 zum Oberarzt befördert; seit April 1937 führte er den Titel des nicht-beamteten außerordentlichen Professors in Freiburg.

Viethens Karriere an der Medizinischen Fakultät Freiburg erfolgte wäh-

rend einer Blütephase des Hauses. Eduard Seidler bescheinigt den Freiburger Mediziner der Weimarer Zeit ein ausgeprägtes Selbstbewusstsein, das sich aus dem Wissen um ihre hohe Bedeutung in der akademischen Landschaft Deutschlands gespeist habe.⁴ Die politische Grundhaltung an der Fakultät beschreibt er als konservativ, teilweise völkisch-national, aber bis 1933 nahezu frei von offenen nationalsozialistischen Tendenzen. Nach der Machtübernahme habe sich allerdings ein „brüsker Wechsel“⁵ in der politischen Ausrichtung und insbesondere im Umgang mit jüdischen Kollegen vollzogen. Im Rahmen einer badischen Sonderregelung vom 5./6. April 1933, die – noch vor einer entsprechenden reichsweiten Gesetzgebung – die sofortige Beurlaubung „nichtarischer“ und politisch unliebsamer Beamter verfügte, wurden an der Medizinischen Fakultät 2 Ordinarien, 3 außerordentliche Professoren, 7 Privatdozenten und 21 Assistenten freigestellt. Viethen verdankte seine Ernennung zum Oberarzt der Entlassung eines Kollegen, des Privatdozenten Walter Heymann, der in die USA emigrieren konnte. Bedenken gegen die näheren Umstände dieser Beförderung scheint er nicht gehabt zu haben, denn kurz darauf, im November 1933, bewarb er sich um die Mitgliedschaft in der Allgemeinen SS, in die er am 15. Oktober 1934 aufgenommen wurde. Der NSDAP trat Viethen direkt nach der Aufhebung des Aufnahmestopps 1937 bei.⁶

Nach dem Krieg begründete Viethen seinen Eintritt in die SS mit beruflichen Motiven; er sei unter der Bedingung beigetreten, keinen Dienst machen zu müssen. Im Rahmen seines Entnazifizierungsverfahrens erklärte er 1947: „Für mich bedeutete die Mitgliedschaft

bei der SS eine Tarnung. Ich habe übrigens ein paar Mal versucht, aus der SS auszutreten, was mir aber nicht gelang. ... Wir Ärzte strebten nach Ruhe und schlängelten uns so durch.“⁷ Viethen machte Karriere – beruflich und auch in Hitlers Eliteorganisation: 1934 SS-Unterscharführer, 1935 Scharführer, 1936 Oberscharführer, 1942 Untersturmführer, 1944 Obersturmführer. Mit seiner jungen Familie siedelte er 1939 von Freiburg nach Erlangen über; seine Berufung zum ordentlichen Professor für Kinderheilkunde und Direktor der Universitäts-Kinderklinik Erlangen war von Listenplatz 3 erfolgt. Praktische Erfahrungen mit Leitungsfunktionen hatte er zuvor durch Vertretungen an den Universitäts-Kinderkliniken Heidelberg und Halle sammeln können.

In Erlangen trug Viethen die Verantwortung für die Klinik in schwierigen Zeiten. Der Zweite Weltkrieg stellte die ohnehin unter Platzmangel leidende Einrichtung vor große Herausforderungen; Ulrich Schamberger spricht von „bald einhundertachtzig Kranke[n] in der, für maximal fünfzig bis siebzig Kinder eingerichtete[n] Klinik“⁸, und Viethens Sekretärin betonte nach dem Krieg, dass der Chef die Behandlung und Betreuung der kleinen Patienten ohne Oberarzt, nur mithilfe von 3 Assistenzärztinnen übernommen habe. Die große Arbeitsbelastung in Kombination mit gesundheitlichen Problemen führte zu einer Einschränkung der wissenschaftlichen Produktivität, zumal Viethen zeitweise auch als Stabsarzt der Reserve zur Wehrmacht eingezogen war. Zu seinen großen Erfolgen gehörte 1941 die Einrichtung einer klinikeigenen Schule für Kinderkrankenschwestern. Mehrere Zeugen bescheinigten im Entnazifizierungsverfahren nach dem Krieg an Eides statt, dass er in den Jahren 1944/1945 ausländische Kinder stationär und ambulant behandelt habe.

⁴ Vgl. Seidler E (1989): Alltag an der Peripherie. Die Medizinische Fakultät der Universität Freiburg im Winter 1932/33. In: Bleker J, Jachertz N (Hg.): Medizin im „Dritten Reich“, Köln, S. 86–93, hier S. 86.

⁵ Seidler E (1989) [wie Anm. 4], S. 87.

⁶ Um den massenhaften Zustrom politischer Opportunisten zu stoppen, verhängte die NSDAP mit Wirkung vom 1.5.1933 einen Aufnahmestopp, der 1937 wieder gelockert und 1939 formal aufgehoben wurde. Insbesondere Beamte wurden nun zum Beitritt gedrängt.

⁷ Albert Viethen im Entnazifizierungsverfahren vor der Spruchkammer Forchheim, 5.11.1947, zitiert nach Bussiek (2005) [wie Anm. 3], S. 126.

⁸ Ulrich Schamberger (1964): Geschichte und Entwicklung der Kinderheilkunde an der Universität Erlangen, Diss. med., Erlangen-Nürnberg, S. 86.

Nach dem Einmarsch der US-Armee in Erlangen im April 1945 wurde Viethen aufgrund seiner Mitgliedschaft in der SS seiner Dienststellung enthoben. Es folgten 2 Jahre in verschiedenen Internierungslagern der amerikanischen Besatzungszone, wobei Viethen sich teilweise als Lagerarzt nützlich machen konnte. Nach seiner Haftentlassung musste er sich am 5. November 1947 vor der Spruchkammer im fränkischen Forchheim erklären und wurde im Zuge des Entnazifizierungsverfahrens in die Gruppe IV (Mitläufer) eingestuft. Über seinen Anwalt strengte Viethen eine Wiederaufnahme des Verfahrens an; Ziel war vermutlich die Wiedererlangung der entzogenen *venia legendi*, für die eine Einstufung in die Gruppe V (Entlastete) erforderlich war. Das Wiederaufnahmeverfahren am 21. September 1948 endete mit dem gewünschten Ergebnis; die Kosten des Verfahrens wurden der Staatskasse auferlegt. An seine wissenschaftliche Laufbahn hat Viethen dennoch nicht mehr anknüpfen können, was nicht zuletzt damit zu tun hatte, dass sein Erlanger Nachfolger Adam seine Bemühungen um eine Rückkehr an die Kinderklinik konterkarierte. Erst nach Adams Tod erhielt Viethen 1958 vom Bayerischen Staatsminister für Unterricht und Kultus die akademischen Rechte eines entpflichteten ordentlichen Professors der Universität Erlangen. Er war damit berechtigt, die Amtsbezeichnung „ordentlicher Professor“ mit dem Zusatz „emeritiert“ (em.) zu führen.

Albert Viethen hat 1948/1949 kurzfristig als niedergelassener Kinderarzt in Erlangen gearbeitet, bevor er im Mai 1949 als Chefarzt des Kinderkrankenhauses Felicitas in Berchtesgaden (Träger: Katholischer Jugendfürsorgeverein München) einen neuen Wirkungskreis fand. Im Sommer 1963 holte die Vergangenheit ihn jedoch wieder ein. Vor dem Landgericht Ansbach musste sich der Pädiater wegen Überweisung von bis zu 20 Kindern aus der Kinderklinik Erlangen an die „Kinderfachabteilung“ der Heil- und Pflegeanstalt Ansbach in den Jahren 1942–1944 verantworten. Die namentlich bekannten Kinder, 12 Jungen und 8 Mädchen im Alter bis zu 5 Jahren, waren in Ansbach verstorben.

Es bestand der dringende Verdacht, dass sie im Rahmen der NS-„Euthanasie“ ermordet worden waren. Die Anklage gegen Viethen lautete auf „Beihilfe zum Mord“. Viethen bestand darauf, von der Kindereuthanasie i. Allg. und den Vorgängen in Ansbach, wo 156 Kinder im Alter zwischen einer Woche und 16 Jahren starben, nichts gewusst zu haben. Dabei erhielt er Unterstützung durch einstige Klinikangestellte, die z. T. schon im Entnazifizierungsverfahren für ihn ausgesagt hatten. Am 4. Mai 1964 wurde er unter Überbürdung der Kosten auf die Staatskasse außer Verfolgung gesetzt. In der Begründung hieß es, dass die Erhebungen den gegen ihn formulierten Verdacht in keiner Weise bestätigt hätten. Die Vorgänge wurden 2002/2003 wissenschaftlich untersucht und sämtliche Fälle akribisch geprüft. Die Ergebnisse lesen sich in der Zusammenschau folgendermaßen:

Nach Auswertung aller vorhandenen Unterlagen ist insgesamt festzustellen, dass Albert Viethen im Falle von sechs Patienten ... eindeutig entlastet und im Falle von zwei weiteren Patienten ... bei lückenhafter Aktenlage als entlastet zu betrachten ist. In einem Fall ... ist eine Bewertung aufgrund der fehlenden Unterlagen nicht mehr möglich. Elf Mal ... ist Viethen für die Überweisung von Kindern in die Heil- und Pflegeanstalt Ansbach verantwortlich. Während vier dieser elf Kinder ... vermutlich eines natürlichen Todes starben, wurden sieben ... mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit mit Phenobarbital (Luminal) getötet. Der Erlanger Klinikleiter trägt damit indirekt die Mitverantwortung für ihren Tod. Sollte er von der Existenz der Kinderfachabteilung und von den dort durchgeführten Tötungen gewusst haben, so hätte er sich in mindestens sieben Fällen der Beihilfe zum Mord schuldig gemacht. Da jedoch kein Beweis existiert, dass Viethen über die Euthanasie im allgemeinen und die Vorgänge in Ansbach im besonderen unterrichtet war, ist er im juristischen Sinn als unschuldig zu betrachten. Es gilt der Grundsatz „in dubio pro reo“.*

Aber es bleiben Fragen und Zweifel. Zum einen hat sich Viethen bei drei Patienten ...

in einer in Ausmaß und Intensität kaum nachvollziehbaren Art und Weise für die Unterbringung in Ansbach engagiert; das gleiche gilt bei einem Patienten ... auch für die ihm unterstellte Ärztin Häußlein. Viethens Aussage vor Gericht, er habe nie Weisung erhalten, Kinder nach Ansbach zu verlegen, macht diese Eigenaktivität noch problematischer. Zum anderen war Viethen bei der Verlegung einer Patientin ... nicht nur in seiner Eigenschaft als Klinikleiter, sondern auch als Angehöriger der SS involviert und korrespondierte persönlich mit Schuch [dem Ansbacher Anstaltsleiter, DB]. ...

Leben und Werk Albert Viethens sollten nicht einseitig unter dem Gesichtspunkt seiner Anpassung an das NS-Regime betrachtet werden; seine Leistungen als Klinikleiter in schwierigsten Zeiten verdienen Anerkennung. Pauschalverurteilungen – gerade auch im Hinblick auf seine Verstrickung in die Ansbacher Patiententötungen – werden dem komplexen und schwer durchschaubaren Sachverhalt nicht gerecht.“⁹

Albert Viethen starb am 27. März 1978 in Berchtesgaden im Alter von 80 Jahren. Sein Sohn Dr. Jürgen Viethen erinnert sich, der Vater habe seinen 3 Kindern „den Rat gegeben, nie in eine Partei einzutreten.“¹⁰

Alfred Adam, Direktor von 1945/1946–1956

Alfred Adam (Abb. 10) wurde am 13. August 1888 in Dahmsdorf/Kreis Lebus (Neumark), heute: Regierungsbezirk Frankfurt (Oder), geboren und evangelisch getauft. Kindheit und Jugend verbrachte er in Königsberg, wo sein Vater als Stationsvorsteher des

⁹ Bussiek (2005) [wie Anm. 3], S. 203–205. Eine Kurzfassung dieser Forschungsergebnisse ist auch in der Monatsschrift für Kinderheilkunde erschienen. Vgl. Bussiek D, Castell R, Rascher W (2004): „Wir Ärzte strebten nach Ruhe und schlängelten uns so durch.“ Albert Viethen (1897–1978), Direktor der Universitätskinderklinik in Erlangen 1939–1945. In: Monatsschrift Kinderheilkunde 152, S. 992–1003.

¹⁰ Persönliche Auskunft Dr. Jürgen Viethen, zitiert nach Bussiek D (2005) [wie Anm. 3], S. 156.

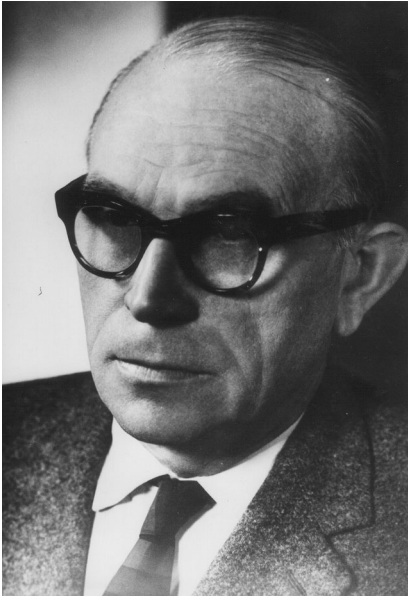


Abb. 10 ▲ Alfred Adam (1888–1956). (© Universitätskinderklinik Erlangen, mit freundl. Genehmigung)

großen Bahnhofs tätig war. Er studierte Medizin an der dortigen Albertus-Universität und legte im Februar 1909 die ärztliche Vorprüfung ab. Nach Stationen an der Universität München und erneut in Königsberg wechselte er im Sommersemester 1910 an die Friedrich-Wilhelms-Universität Berlin und bestand dort im Frühjahr 1912 die ärztliche Prüfung. Anschließend war er als Medizinalpraktikant an der Inneren Abteilung des Krankenhauses Bethanien in Berlin tätig und erhielt im Frühjahr 1913 die Approbation. Kurz darauf promovierte er mit der Arbeit „Nervus-recurrens-Lähmung bei Mediastinitis“ und wechselte als Volontärassistent an das Institut für Experimentelle Therapie am Allgemeinen Krankenhaus in Hamburg-Eppendorf zu Hans Much. Dieser entsandte Adam auf eine wissenschaftliche Expedition nach Jerusalem, wo er kurzfristig als Leiter der Tuberkuloseforschungsabteilung am dortigen Internationalen Gesundheitsamt tätig war. Die letzten Monate des Jahres 1914 verbrachte Adam an der Universitäts-Hautklinik in Berlin bei Edmund Lesser, dann begann für ihn der Krieg, den er von 1915 bis 1918 als Angehöriger der Balkanarmee mitmachte. Von August 1915 bis November 1918 leitete er ein bakteriologisches Laboratorium der

Kriegslazarett-Abteilung 54 in Üsküb (Mazedonien). Er wurde ausgezeichnet mit dem Eisernen Kreuz 2. Klasse und dem Hessischen Sanitätsorden.

Seine erste Stelle nach Kriegsende fand Adam im März 1919 als Volontärassistent am Institut für Vegetative Physiologie der Johann-Wolfgang-Goethe-Universität Frankfurt a. M. bei Gustav Embden. Nach insgesamt 7-jähriger Grundlagenforschung in den Bereichen Biologie, Pathologie und Bakteriologie wandte er sich ab 1920 der Kinderheilkunde zu und ging als planmäßiger Assistent an die Kinderklinik der Ruprecht-Karls-Universität in Heidelberg zu Ernst Moro. Nachdem er bereits 1920 die Anerkennung als Facharzt für Kinderkrankheiten erhalten hatte, wurde er 1922 im Alter von 34 Jahren mit der Arbeit „Die Biologie der Dünndarmcoli und ihre Beziehungen zur Pathogenese der Intoxikation“ sowie dem Vortrag „Zur Pathogenese und Therapie der Dyspepsie“ habilitiert und erhielt die *Venia legendi* für Kinderheilkunde. Von 1924 bis 1928/1929 war Adam an der Universitätsklinik Hamburg-Eppendorf tätig und seit 1927 Oberarzt bei Hans Kleinschmidt, der sein Interesse für Säuglingsernährung weckte; ebenfalls seit 1927 trug er den Titel des außerplanmäßigen Professors. Zum 5. Oktober 1928 berief die Regierung des Freistaats Danzig den Pädiater zum nichtbeamteten außerordentlichen Professor und Direktor der Kinderabteilung des Städtischen Krankenhauses Danzig; er trat dieses Amt vermutlich erst zum Sommersemester 1929 an und wurde gleichzeitig in das Beamtenverhältnis übernommen. Bereits zu Beginn seiner Danziger Zeit begründete Adam die Danziger Schule für Säuglings- und Kinderschwestern und war maßgeblich an der Einrichtung der Kinderseeheilstätte Zoppot beteiligt. Darüber hinaus erreichte er bald eine bauliche Erweiterung für die Danziger Klinik, die u. a. aufgrund einer damals in der Stadt grassierenden Diphtherie- und Scharlachepidemie dringend benötigt wurde. Mit Senatsbeschluss vom 4. Dezember 1934 wurde Adam für das Lehrfach „Kinderheilkunde einschließlich Säuglingspflege und Klimatherapie“ berufen und damit Ordinarius für Kinderheilkunde in Danzig. Nebenbe-

ruflich war er seit 1934 in der neu geschaffenen Position als „Gaufachbeauftragter der Reichsarbeitsgemeinschaft für Mutter und Kind“ und Staatlicher Kinderarzt in Danzig tätig. Letzteres bedeutete eine enge Zusammenarbeit mit staatlichen und parteiamtlichen Stellen und barg, wie sich bald herausstellen sollte, Konfliktpotenzial.

Alfred Adam stand nicht von vornherein im offenen Widerspruch zu den neuen Machthabern. In einem Referat zur Einführung des Reichsgesetzes „zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ in Danzig am 30. November 1933 vertrat er eugenische Standpunkte und forderte die Ausdehnung der in dem Gesetz vorgesehenen Sterilisation von körperlich oder geistig Erbkranken auch auf die schweren Fälle von sog. moralischem Schwachsinn (Psychopathie) mit erblicher Vorbelastung. Forciert werden solle die „Förderung der Vermehrung der Gesunden und Hochwertigen, damit die kranken, minderwertigen Erblinien mit der Zeit von diesen überwuchert werden.“¹¹ Adam lobte in diesem Zusammenhang die „geniale Staatsführung“ für ihre Politik im Einklang mit den modernen Naturwissenschaften. Noch im Mai 1937 betonte er auf der II. Tagung der „Reichsarbeitsgemeinschaft für Mutter und Kind“ in Bad Wildbad, dass der Hauptsinn jeder Fürsorge für Mütter und Kinder in der „Erhaltung und Förderung des gesunden deutschen Erbgutes“¹² liege. Eugenische Positionen waren schon vor 1933 in der deutschen und auch der internationalen Ärzteschaft weit verbreitet gewesen und können nicht als spezifisch nationalsozialistisch betrachtet werden. Nach dem Zweiten Weltkrieg berichtete Adam, dass er sich geweigert habe, in

¹¹ Alfred A (1933): Erbkrankheiten im Kindesalter vom bevölkerungspolitischen Standpunkte. Nach einem Referat im Auftrage des Vorstandes des Ärztlichen Vereins in Danzig, 1. Beiheft zum Danziger Ärzteblatt. Danzig, S. 45, zitiert nach Rexroth C (2005) [wie Anm. 1], S. 231. Dort auch das folgende Zitat.

¹² Alfred A (1937): Fürsorge für Mutter und Kind im Freistaat Danzig. In: Bericht über die II. Tagung der Reichsarbeitsgemeinschaft für Mutter und Kind am 21. und 22. Mai 1937 in Bad Wildbad, Berlin, S. 78, zitiert nach Rexroth C (2005) [wie Anm. 1], S. 229.

die Partei einzutreten oder an Parteiver-sammlungen teilzunehmen, und deshalb von dem Senator für Gesundheitswei-sen in Danzig „mit dauernden Schika-nen verfolgt“¹³ worden sei. Unter Druck habe er sich 1938 bereit erklärt, „för-derndes Mitglied“ der SS zu werden, aber schon nach 3 Monaten seinen Rückzug bekannt gegeben, da er die Organisation als latent verbrecherisch empfunden ha-be. Ebenso sei er 1938 genötigt worden, Anwärter des NS-Ärztbundes zu wer-den, habe aber auch diesem nach 3 Mo-naten aufgrund seiner Abneigung gegen die rassistischen Tendenzen der Vereini-gung den Rücken gekehrt. Der Austritt aus einer nationalsozialistischen Orga-nisation kann als große Mutleistung im totalitären Staat gewertet werden. Nach politischen Konflikten in Stadt und Kli-nik wurde Adam 1938 aller amtlichen Pflichten entbunden und aus dem Beam-tenverhältnis entlassen. In den folgenden Jahren arbeitete er als niedergelassener Kinderarzt in Danzig – schikaniert, über-wacht und mit Gerüchten konfrontiert, dass er im Fall des deutschen Sieges nach Russland verbracht oder in ein Konzen-trationslager verschleppt werden würde. Später berichtete er, er habe Maßrege-lungen durch die kassenärztliche Verei-nigung erfahren, weil er weiterhin jüdi-sche und polnische Patienten behandelt habe.

Im Krieg scheint Adam die Möglich-keit der Flucht aus Danzig bzw. sogar aus Deutschland erwogen zu haben; sein Sohn Dr. Hans Adam berichtete, „dass mein Vater die ganzen Jahre im Krieg ein Auto namens Wanderer ... in einer Riesengarage hinter Pappwän-den konserviert ..., gepflegt ... und mit Notvorräten gefüllt hatte, zum Weg-kommen. ... Einmal wurde überlegt, ob wir nach Dänemark auswandern soll-ten. Und da waren aber irgendwelche Schwierigkeiten.“¹⁴ Hans Adam erinnert sich ferner an Hausdurchsuchungen durch die Gestapo. Seine Schwester und er, beide im schulpflichtigen Alter, seien politisch im Bilde gewesen: „Wir ha-

ben mitbekommen, dass die Situation in der Klinik meinen Vater die Arbeit gekostet hat. Seine Lebensposition gekostet hatte. Wir haben erfahren, dass wir verunsichert waren, gesellschaft-lich, wirtschaftlich. Wir haben jüdische Freunde gehabt und haben gewusst, dass die haben fliehen müssen. Das Land verlassen mussten, weil sie ihres Lebens nicht mehr sicher waren. War alles bekannt. Das haben wir als Kinder gewusst. Das haben wir nicht später erfahren. ... Das ist also ergiebig dis-kutiert worden.“¹⁵ Eine derartig offene Gesprächsatmosphäre war zu dieser Zeit gewiss nicht oft anzutreffen.

Im Januar 1945 musste die 4-köpfi-ge Familie Adam aus Danzig nach Wes-ten fliehen. Man landete im fränkischen Coburg, wo Adam kurzzeitig die kin-derärztliche Praxis eines Kollegen über-nahm. Als politisch unbelasteter Pädia-ter erhielt er rasch Rufe nach Hamburg und Erlangen, später auch nach Olden-burg. Noch im Herbst 1945 gab er Erlan-gen den Vorzug und wurde im Einver-ständnis mit der Militärregierung vor-läufig mit der Vertretung des Direktors der Universitäts-Kinderklinik beauftragt. Am 1. Februar 1946 trat er das Amt an; er war 57 Jahre alt und unmittelbar zu-vor mit der Familie nach Erlangen um-gezogen. Mit Wirkung vom 16. Okto-ber 1946 wurde Adam durch das Baye-rische Staatsministerium für Unterricht und Kultus unter Berufung in das Beam-tenverhältnis auf die ordentliche Profes-sur für Kinderheilkunde und zum Direk-tor der Universitäts-Kinderklinik Erlan-gen berufen. Zum Beamten auf Lebens-zeit konnte er erst nach dem endgültigen Spruchkammerbescheid und der Be-stätigung durch die Militärregierung am 15. Februar 1947 ernannt werden. Die Verteidigung erfolgte am 16. Juli 1947. Das Urteil der Spruchkammer im Stadt-kreis Erlangen vom 20. Dezember 1946 war kurz und bündig ausgefallen: „Auf Grund der Angaben in Ihrem Meldebo-gen sind Sie von dem Gesetz zur Befrei-ung von Nationalsozialismus und Mili-tarismus vom 5.3.1946 nicht betroffen.“¹⁶

Die Berufung Adams zum Ordinari-us für Kinderheilkunde war für die Uni-versität Erlangen in jeder Hinsicht ein Gewinn. Adam engagierte sich nicht nur für den dringend notwendigen Neubau der Klinik, sondern verschaffte der Er-langer Pädiatrie auch internationale An-erkennung. In wissenschaftlicher Hin-sicht galt sein Hauptinteresse stets der Er-nährungsphysiologie des Säuglings. Sein Lebenswerk *Säuglings-Enteritis* von 1956 wurde weltweit rezipiert. Adam engagier-te sich in führender Position in der Deut-schen Gesellschaft für Kinderheilkunde (DGfK), aus der er 1939 kommentar-los ausgetreten war. Als Vorsitzender der DGfK organisierte er deren 52. Ordent-liche Tagung 1952 in Bayreuth. Darü-ber hinaus vertrat er 1953 das Fach auf dem VII. Internationalen Kongress für Kinderheilkunde in Havanna und beim 22. Annual Meeting der American Aca-demy of Pediatrics in Miami. Auf An-trag der Medizinischen Fakultät wurde Adam über das 65. Lebensjahr hinaus vom Bayerischen Staatsministerium für Unterricht und Kultus in München noch für weitere 2 Jahre mit der Leitung der Klinik betraut.

Nach der Emeritierung, die am 31. Au-gust 1956 erfolgte, wollte das Ehepaar Adam nach Hamburg zurückkehren, wo es sich in den 1920er-Jahren kennenge-lernt hatte. Ein Grundstück war gekauft, das Haus bezugsfertig, als Adam durch einen Herzschlag jäh aus dem Leben ge-rissen wurde. Er starb im Alter von 68 Jah-ren am 19. September 1956 und wurde in Blankenese beigesetzt.

Neuordnung in der Nachkriegs-zeit

Die Erlanger Friedrich-Alexander-Uni-versität wurde am 5. März 1946 als erste bayerische Hochschule förmlich wieder-eröffnet; Alfred Adam hatte sein Amt bereits einige Wochen zuvor offiziell angetreten. Die Verhältnisse, die er in der Klinik vorfand, waren außerordent-lich problematisch. Die Räumlichkeiten waren derartig überfüllt, dass sogar die Badezimmer als Krankenzimmer genutzt

¹³ Alfred A (o.D.): Meine politische Einstellung, zitiert nach Rexroth C (2005) [wie Anm. 1], S. 233.

¹⁴ Persönliche Auskunft Dr. Hans Adam, zitiert nach Rexroth C (2005) [wie Anm. 1], S. 241.

¹⁵ Persönliche Auskunft Dr. Hans Adam, zitiert nach Rexroth C (2005) [wie Anm. 1], S. 236.

¹⁶ Abschrift der Dienstsache vom 20.12.1946, zitiert nach Rexroth (2005) wie [Anm. 1], S. 253.

werden mussten. Adams Amtsnachfolger Adolf Windorfer hat beschrieben, dass „[e]ine auch nur leidliche Isolation infektiös-Kranker ... völlig ausgeschlossen [war]“, was dazu geführt habe, dass der neue Leiter „vordringlich Pläne zur Erweiterung der Klinik betreiben [musste].“¹⁷ Aber auch die Personalsituation bereitete Adam Kopfzerbrechen. In einem Schreiben an Rektor Brenner vom 1. September 1947 beklagte er u. a. einen Schlendrian unter den Mitarbeitern: „Ärzte, Schwestern und Verwaltungsangestellte suchten sich die Arbeit so bequem wie möglich zu gestalten, sodass die Belange der kranken Kinder nicht mehr gewahrt waren. ... Drei wissenschaftliche Assistenten, die 7–11 Jahre angestellt waren, hatten nicht mehr als ihre Doktorarbeit produziert. ... Im Laboratorium arbeiteten unkontrolliert technische Assistentinnen so unsauber und unzuverlässig, dass es zu häufigen Fehldiagnosen kam. ... In der Pforte versah ein, von der Oberschwester eingesetztes, ungeschultes 16-jähriges Mädchen den verantwortlichen Dienst der Neuaufnahmen“¹⁸. Adam berichtete von fehlender Inventarisierung in allen Bereichen einschließlich Instrumenten und Medikamenten, von häufigen Diebstählen aus Räumen, zu denen nur Angestellte die Schlüssel besaßen, von einer trotz ausreichender Kohlenzufuhr nicht funktionierenden Heizung und von verunreinigter Säuglingsnahrung. Zudem verwies er auf Schwierigkeiten, die mit der politischen Orientierung verschiedener Mitarbeiter verbunden waren. Hierbei sprach er explizit die Rolle „einer kommissarischen Oberschwester, die früher Partei- und Frauenschaftsmitglied war“¹⁹, an: Sie habe sich bei den politisch unbelasteten Schwestern nur schwer durchsetzen können, ihre Position durch die Einstellung

ehemaliger NS-Parteigenossen zu stärken versucht und „durfte deshalb nicht an der Leitung der Schwesternschule teilhaben.“ Die Frau wurde offenbar entlassen.²⁰

In Erlangen hatte Adam eine doppelte Herausforderung zu bewältigen: Auf der einen Seite musste er so schnell wie möglich einen funktionierenden Klinikbetrieb wiederherstellen, auf der anderen Seite wollte er so wenig wie möglich mit politisch belastetem Personal zusammenarbeiten. In einem Schreiben an Rektor Baumgärtel vom 6. Februar 1950 kam er auf das Thema zurück und sprach von „der früheren sog. ‚braunen Schwesternschaft‘ an der Kinderklinik“, die möglicherweise „einen gewissen Rückschluss auf Beeinflussung bzw. Duldung durch den ehemaligen Leiter der Klinik“ zulasse: „Es hat viel Mühe gekostet, einer demokratischen Gesinnung in dem massgeblichen Teil der Schwesternschaft Eingang zu verschaffen.“²¹ Der gesamte Umbruch, verbunden mit stärkerer Inanspruchnahme der Mitarbeiter, längeren Dienstzeiten und schnellem Personalwechsel, wurde von vielen so drastisch empfunden, dass sich die Gewerkschaft an die Universitätsleitung wandte und Adam Stellung beziehen musste. Nach der Wiedereröffnung der 1941 gegründeten und 1945 vorübergehend geschlossenen Schule für Kinderkrankenschwestern im Juli 1946 erklärte er, dass er sich auch hier um „politisch einwandfreies Personal“²² bemüht habe. In diesem Kontext ist auch Adams Widerstand gegen die Rückerteilung der *Venia legendi* an Albert Viethen zu verstehen, den er zudem mit pragmatischen Motiven wie der Größe des Hauses und den neu etablierten Forschungsschwerpunkten begründete.

Adams Kampf für eine Demokratisierung der Kinderklinik blieb nicht ohne persönliche Folgen; Intrigen und Denunziationen, Diffamierung und üble Nachrede machten ihm zeitweise das Leben schwer. Es wurde behauptet, der einstige Verfolgte des NS-Regimes wäre Jude und würde nur gut zahlende Patienten behandeln. Im Laufe der Zeit gab der Erfolg ihm jedoch recht: Der von ihm angestrebte Erweiterungsbau der Kinderklinik konnte in den 1950er-Jahren errichtet werden und galt bei Fertigstellung als einer der modernsten Klinikbauten in der Bundesrepublik, verbunden mit einer Mütterberatungsstelle, einem psychologischen Untersuchungsraum und einer in Kooperation mit dem Städtischen Jugendamt stehenden Erziehungsberatung für schwer erziehbare Kinder. Am 10. Januar 1956 wurde der erste eigene Hörsaal der Universitäts-Kinderklinik eingeweiht. Zu dieser Zeit besaß Erlangen im gesamten Bundesgebiet die niedrigste Säuglingssterblichkeit. Die Klinik erfuhr internationale Anerkennung und profitierte dabei von Adams Engagement in der DGfK sowie seinen Auftritten auf nationalen und internationalen Fachtagungen. Erlangen ist damit ein Musterbeispiel, dass die politische Neuausrichtung nach 1945 nicht unbedingt zu qualitativen Verschlechterungen durch Einbuße an erfahrenen Kräften führen musste, wie die stillschweigende Vereinbarung der bundesdeutschen Mehrheitsgesellschaft in der Ära Adenauer lautete. Mit dem Tod Alfred Adams 1956 verloren die fränkische Universitätsstadt und die pädiatrische Fachwelt einen couragierten Gestalter der Nachkriegsjahre.

¹⁷ Windorfer A (1985): Universitäts-Kinderklinik Erlangen von 1907–1977. In: *der Kinderarzt* 16, S.73–80, hier S.74.

¹⁸ Schreiben Adams an Rektor Brenner, 1.9.1947, zitiert nach Rexroth C (2005) [wie Anm. 1], S.246–248, hier S.246/47.

¹⁹ Schreiben Adams an Rektor Brenner, 1.9.1947, zitiert nach Rexroth C (2005) [wie Anm. 1], S.246–248, hier S.246. Dort auch das folgende Zitat.

²⁰ Wie Rexroth erläutert, war aufgrund einer Verfügung der Militärregierung bereits unter Jamins Leitung eine Oberschwester aus dem Dienst entlassen worden; die neu eingesetzte kommissarische Oberschwester, auf die sich Adam hier offensichtlich bezieht, sei jedoch auch Parteimitglied gewesen. Vgl. Rexroth C (2005) [wie Anm. 1], S.249.

²¹ Schreiben Adams an Rektor Baumgärtel, 6.2.1950, zitiert nach Rexroth C (2005) [wie Anm. 1], S.249.

²² Adam zitiert nach Rexroth C (2005) [wie Anm. 1], hier S.250.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. D. Bussiek

Institut für Geschichtswissenschaft &
Literarische Kulturen, Leuphana Universität
Lüneburg
Scharnhorststr. 1, C5.216, 21335 Lüneburg,
Deutschland
bussiek@uni.leuphana.de

Dagmar Bussiek, Prof. Dr. phil.; Studium der Geschichts- und Politikwissenschaft an der Universität Kassel, Promotion im Fach Neuere und Neueste Geschichte, 2001–2003 wissenschaftliche Mitarbeiterin der Universität Erlangen-Nürnberg (zunächst Kinder- und Jugendpsychiatrie, dann Kinderklinik), 2003–2007 wissenschaftliche Assistentin der Universität Kassel, Habilitation, ab 2007 Juniorprofessorin der Leuphana Universität Lüneburg; dort derzeit Gastprofessur für Sozial- und Kulturgeschichte.

Sascha Topp

„Und jetzt nach Lambarene“

Hermann Mai – Direktor der Universitätskinderklinik Münster (1943) 1950–1970

Das Leben des Kinderarztes Hermann Mai (1902–2001) deckt das gesamte 20. Jh. ab. Anhand dieser Arztbiografie lässt sich exemplarisch die Frage verfolgen, wie Sozialisation und generationelle Erfahrungen über die politischen Systemwechsel von 1918, 1933 und 1945 hinweg für die Entwicklung von Medizinern wirksam waren und auf welche Weise Persönlichkeit und individuelle Motive konformistisches, opportunistisches oder auch abweichendes, vielleicht unerwartetes Handeln begünstigen konnten.

Der Beitrag gliedert sich in 2 Teile. Der erste Abschnitt (ab 1950) greift die allgemein als positiv bewerteten Aspekte des Lebens von Hermann Mai zwischen Münster und Lambarene auf, die dem aktuellen, weitgehend ungetrübten Geschichtsbild von Mai in der deutschsprachigen Kinderheilkunde entsprechen. Mit dem zweiten Abschnitt (bis 1949) soll über dieses Bild ein anderes, noch nahezu unbekanntes projiziert werden, dessen problematische Bestandteile Anregungen für den aktuellen Prozess der historischen Reflexionsarbeit der Pädiatrie und der deutschen Medizin geben können.

Biografische Aspekte

Ab 1950: Mai zwischen Münster und Lambarene

Am 27. April 2001 druckte die Zeitschrift *Deutsches Ärzteblatt* einen Nachruf auf Hermann Mai ab, der wenige Tage nach Vollendung seines 99. Lebensjahres verstorben war. Folgende Würdigung wurde ihm zuteil:

Er war 27 Jahre lang Direktor der Universitätsklinik in Münster. ... Er beschäftigte sich mit Problemen bei Infektions- und rheumatischen Erkrankungen bei Kindern sowie mit der Säuglingssterblichkeit. Sein Schwerpunkt lag lange Zeit auf dem Gebiet der Rachitis und der Ultraviolett-Strahlung. Geomedizinische Studien zur UV-Strahlung gaben auch Anlass zum ersten Besuch des Urwaldhospitals Albert Schweitzers in Lambarene. ... Vorübergehend übernahm er in einer für das Hospital kritischen Zeit die Chefarztfunktion. Prof. Mai war Träger der Paracelsus-Medaille der deutschen Ärzteschaft, verliehen durch den Deutschen Ärztetag.¹

Wie im Nachruf beschrieben, hatte sich Mai zunächst Anerkennung für den Wiederaufbau der Münsterschen Kinderklinik verschafft. Bald galt er als angesehene Person innerhalb der deutschsprachigen Pädiatrie. Als Ordinarius wurde er in den Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde (DGfK, heute: DGKJ) gewählt und übte 1965 die Funktion des Vorsitzenden aus. Seit 1970 wurde Mai in der Liste der Ehrenmitglieder der DGfK aufgeführt, analog seit 1986 bei der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie (heute: DGSPJ). Im Jahr 1971 verlieh die Medizinische Fakultät der Universität Münster Mai die Ehrendoktorwürde. Anlässlich des bevorstehenden 100. Geburtstags im Jahr 2002 plante das Kinderärzte-Orchester der DGKJ ein Jubiläumskonzert, das nun 2001 in ein Gedenkkonzert umgewidmet werden musste. In der Vergangenheit waren unter Beteiligung Mais, der zu den Mitbegründern des Orchesters (1960, Geige)

gehörte, wiederholt Benefizkonzerte veranstaltet worden, deren Erlöse im Sinne des besonderen Arbeitsschwerpunkts Mais verwendet wurden: der sich in den 1980er-Jahren emanzipierenden Subdisziplin Tropenpädiatrie. Erstmals hatte die DGfK auf ihrer 77. Jahrestagung 1981 in Düsseldorf das Hauptthema „Tropenpädiatrie – Kinder der Dritten Welt“ festgelegt. Mai übernahm den Ehrenvorsitz. Im Nachklang der Tagung brachten die Kollegen Hans Joachim Bremer (Düsseldorf) und Hermann Olbing (Essen) den Antrag ein, eine Kommission „Pädiatrie in der Dritten Welt“ zu gründen, dem sich auch der Münchener Sozialpädiater Theodor Hellbrügge für die Deutsche Gesellschaft für Sozialpädiatrie anschloss. Mai unterstützte die Initiative. Nachfolgend kam es zur Durchführung tropenpädiatrischer Arbeitstagungen und der Einrichtung der gewünschten DGfK-Kommission (Sprecher: Jürgen R. Bierich [1921–1994], Tübingen); im Jahr 1989 wurde eine „Arbeitsgemeinschaft Tropenpädiatrie“ (ATP) gegründet. Bereits 1983 hatte die DGfK begleitend zu Jubiläumsfeierlichkeiten anlässlich ihres 100-jährigen Bestehens eine Stiftung zur Unterstützung pädiatrischer Einsätze in der sog. Dritten Welt ins Leben gerufen, die bis heute nach Hermann Mai benannt ist. Einer der damaligen Mitinitiatoren der Hermann-Mai-Stiftung, Helmut Wolf aus Gießen, würdigte Hermann Mai in seinem persönlichen Nachruf 2001 gar als „Vater der deutschen Tropenpädiatrie“ (Abb. 11).²

Worauf sich diese hohe kollegiale Anerkennung gründete, führt uns zurück in

¹ DÄbl. 98 (2001) 17, A 1143.

² Historische Unterlagen der Hermann-Mai-Stiftung, Michael B. Krawinkel Gießen.



Hermann Mai war in den Osterferien 1956, 1959 und 1961 in Lambarene.

Abb. 11 ▲ Kindersprechstunde in Lambarene, undatiert. (© Nachlass Günter Schellong, Münster, mit freundl. Genehmigung)

die 1950er-Jahre: Mai hatte sich seit Langem mit dem für die damalige Pädiatrie zentralen Problemfeld der Rachitiserforschung befasst. Über Jahrzehnte hinweg untersuchte er den Zusammenhang von UV-Strahlung, Lebensbedingungen von Kindern und dem Ausmaß dieser Mangelkrankung („englische Krankheit“). Er reiste im Rahmen seiner Forschungen vielfach in andere Länder, um systematisch Lichtmessungen durchzuführen und diese mit epidemiologischen Erhebungen zu korrelieren. Doch weshalb traf er dabei ausgerechnet auf Albert Schweitzer?

Schweitzers Engagement in Zentralafrika war seit den 1920er-Jahren über die Länder- und Kontinentalgrenzen hinweg bekannt und vorbildgebend. So behauptete Karl Brandt, Hitlers chirurgischer Begleitarzt, im Nürnberger Ärzteprozess, dass er sich nach Abschluss seiner Ausbildung 1932 darum bemüht hätte, Schweitzer in Lambarene zu helfen.³ Das internationale Renommee Schweitzers erfuhr in den 1950er-Jahren seinen Höhepunkt. Albert Einstein würdigte Schweitzer wohl zu dessen 75. Geburtstag (1950) mit der Formulierung: „Endlich ein großer Mensch in diesem

³ Schmidt U (2009): Hitlers Arzt Karl Brandt. Medizin und Macht im Dritten Reich, Berlin.



Hermann Mai Albert Schweitzer
Lambarene März 1956

Abb. 12 ◀ Albert Schweitzer und Hermann Mai bei dessen ersten Besuch im Urwaldspital, März 1956. (© Nachlass Günter Schellong, Münster, Foto: Clara Urquhart †, mit freundl. Genehmigung)

tragischen Jahrhundert“.⁴ Im Jahr 1953 wurde Schweitzer der Friedensnobelpreis verliehen, den er ein Jahr darauf entgegennahm.

Nachdem sich Mai im August 1955 an Schweitzer gewandt und ihm seine Studien zur UV-Strahlung und Rachitis erläutert hatte,⁵ erhielt er im darauffolgenden Jahr eine Einladung in das Urwaldspital in Lambarene. Romantisierend hieß es dazu 1993 nach einem Reportergespräch mit Mai über die erste Begegnung der beiden Ärzte am „rive droite“ des Flusses Ogooué (■ **Abb. 12**):

Hermann Mai erreicht das Hospital-Dorf auf einem Ruderboot und war überrascht über den unerwartet herzlichen Empfang: Schweitzer, der vielbeschäftigte Theologe und Mediziner aus dem Elsaß, und seine Frau hießen ihn schon am Ufer willkommen. ... Schweitzer machte seinen Gast aus Münster mit seiner Arbeit vertraut, ..., mit seiner Philosophie und seinem Lebenswerk. „Einige Zeit war ich

⁴ Albert Schweitzer, Theologischer und philosophischer Briefwechsel 1900–1965. Werke aus dem Nachlaß, München 2006; Teilnachlass Hermann Mai, Archiv Deutsches Albert Schweitzer Zentrum (im Folgenden: DASZ), Frankfurt am Main.

⁵ Teilnachlass Hermann Mai, Maison Albert Schweitzer Günsbach.

bewogen, dort zu bleiben“, erinnert sich Mai. Letztendlich jedoch entschied er sich zur Rückkehr nach Deutschland, ... Und doch erwuchs aus dieser Begegnung eine tiefe Freundschaft, die bedeutend werden sollte für das Hospital im gabonesischen Urwald.“⁶

Unbestreitbar war die Begegnung mit Schweitzer ein prägendes Erlebnis für viele Besucher in Lambarene, wie ein über Jahrzehnte funktionierendes globales System von hospitierenden oder dauerhaft engagierten medizinischen Fachkräften im Spital nahelegt.⁷ Auch Mai arbeitete in den nachfolgenden Jahren wiederholt in den Semesterferien im Urwaldspital.⁸ Umgekehrt kam auch Schweitzer zu Mai nach Münster, wo am 6. Oktober 1959 ein neues Gebäude der Universitätskinderklinik unter

⁶ Teilnachlass Hermann Mai, DASZ.

⁷ Aktuell findet am Institut für Medizingeschichte der Universität Bern ein historisches Forschungsprojekt statt unter dem Titel „Medical practice and international networks. Albert Schweitzer's Hospital Lambarene, 1913–1965“ (Prof. Hubert Steinke, Dr. Hines Mabika).

⁸ Universitätsarchiv Münster, u. a. Bestand 242 Personalakten der Professoren und sonstigen Beamten sowie wissenschaftlicher Mitarbeiter und Lehrkörpermitglieder; Bestand 52, Nr. 336 Personalakte Hermann Mai.



Abb. 13 ▲ Hermann Mai mit symbolischem Schlüssel bei der Einweihung des Albert-Schweitzer-Hauses (Erweiterungsbau der Universitätskinderklinik Münster), 6. Oktober 1959. Rechts von Albert Schweitzer: Oberarzt Wilhelm Kosenow (© MedAlum Münster e. V., mit freundl. Genehmigung)



Abb. 14 ▲ Albert Schweitzer erhält die Ehrendoktorwürde der Westfälischen Wilhelms-Universität Münster, 6. Oktober 1959; A. Schweitzer im Kreis der Ordinarien: hintere Reihe v.l.n.r. E. Wannenmacher (Zahnmedizin), W. Riehm (Ophthalmologie), H. Loebell (HNO), E. Schütz (Physiologie), H. Goecke (Gynäkologie), Frhr. v. Verschuer (Humangenetik), F. Mauz (Psychiatrie) vordere Reihe v.l.n.r: Prorektor W. Klemm (Chemie), Rektor W. Rudolph (evangelische Theologie), A. Schweitzer, H. Mai (Pädiatrie), Jeerer Stuhl: Dekan der Medizinischen Fakultät P. Jordan (Dermatologie), Emeritus F. Kehrer (Psychiatrie). (© MedAlum Münster e. V., mit freundl. Genehmigung)

Schweitzers Namen eingeweiht wurde (Abb. 13). Anlässlich seines Besuches verlieh die Medizinische Fakultät der Universität Münster dem weltbekannten Arzt einen Ehrendoktor der Medizin (Abb. 14).

Das intensive Engagement Mais setzte allerdings erst nach seiner Emeritierung ein. Die *Münstersche Zeitung* titelte am 11. Februar 1970: „Und jetzt nach Lambarene“. Gemeinsam mit seiner Ehefrau lebte Mai volle 2 Jahre in Gabun. In dieser Zeit wurde dort ein erstes Kinderhospital mit anfangs ca. 40 Betten – auch aus Spenden des Münsterschen Kirchenkreises finanziert – errichtet. Mais Engagement ist im breiteren Kontext eines damals notwendig erscheinenden Modernisierungsschubs des Klinikkomplexes nach Schweitzers Tod (1965) zu sehen. Während einer Krisenphase 1975/1976 sammelte Mai gemeinsam mit Schweitzers Tochter Rhena Schweitzer-Müller (1919–2009) Spenden, um das Überleben der Einrichtung zu sichern. Hierbei war er etwa 10 Jahre Vorsitzender des Deutschen Hilfsvereins des Albert-Schweitzer-Spitals.⁹ So führte er, wie es Zeitgenossen empfanden, das Erbe Schweitzers fort.

Kurzum, bis ins hohe Alter von 99 Jahren erklärte er, sich dem ärztlichen Ethos Schweitzers – der „Ehrfurcht vor dem Leben“ – verpflichtet zu fühlen. In einem für die *Westfälischen Nachrichten* von 2 Abiturientinnen geführten Interview am Sil-

vesterabend der Millenniumswende zur Bedeutung Schweitzers für den eigenen Blick auf die Welt befragt, antwortete er: „Die Begegnung mit ihm hat meine Augen für viel mehr Leben geöffnet. Mich hat es sehr getroffen, mit welcher Hingabe er sein Lebenswerk betrieb.“ Schweitzer habe, so Mai, die Formulierung „Ehrfurcht vor dem Leben“ nicht nur erfunden, sondern auch erfüllt und bestätigt. Auf die abschließende Frage: „Haben Sie ein Vorbild?“ antwortete er allerdings: „Nicht eins! Da sind zunächst meine Eltern, aber auch meine Lehrer. Und Albert Schweitzer ...“¹⁰

Bis 1949: München, Prag und Münster

Hinweise darauf, welche Personen (Eltern, Lehrer) und Einflüsse auf seine Entwicklung als junger Mann und Mediziner nachhaltig wirksam waren, bietet ein 60 Jahre zuvor handgeschriebener Lebenslauf Mais aus dem Frühjahr 1939. Das Dokument befindet sich in Mais Personalakte des Rasse- und Siedlungshauptamts. Der Lebenslauf wurde für die von ihm gewünschte Aufnahme in die SS benötigt, die im Kontext eines Beru-

fungsverfahrens an die Reichsuniversität Prag zu sehen ist. Mai war zu dem Zeitpunkt mit 37 Jahren bereits habilitiert und rechnete sich Chancen auf einen Lehrstuhl aus. Seinen Ausbildungs- und politischen Werdegang beschrieb er wie folgt (Abb. 15):

„Ich bin am 2. Januar 1902 in München geboren. ... Im letzten Kriegsjahr war ich – da mit 16 Jahren noch nicht kriegsdienstfähig – beim „vaterländischen Hilfsdienst“ als Landarbeiter tätig. Im Frühjahr 1919 trat ich als Freiwilliger dem Freikorps Epp bei und machte im Verbands dieses Freikorps die Unternehmungen in München und Hamburg und nach dem Kappputsch im März 1920 jene im Ruhrgebiet mit (Schützenbrigade 21). Seit meinem Studium (Chemie u. Medizin) in Würzburg, später in München, betätigte ich mich politisch nicht mehr, ... Gerade weil ich aber stets das Gedanken-gut der nationalsozialistischen Bewegung als das meine ansehend, weil ich von meinem fanatisch antisemitisch eingestellten Vater in diese Richtung erzogen war und ausnahmslos auch die Liste der NS Bewegung bei allen Wahlen gewählt hatte, schämte ich mich im März 1933 meiner bisherigen Zurückhaltung. Ich brachte es nicht über das Herz, unter die Massen der

⁹ Teilnachlass Hermann Mai, DASZ.

¹⁰ Teilnachlass Hermann Mai, DASZ.



Abb. 15 ▲ Hermann Mai in SA-Uniform, Truppführer, ca. Mitte der 1930er-Jahre. (© Bundesarchiv Berlin, mit freundl. Genehmigung)

jetzt in die NSDAP strömenden zu gehen, auch zur SA ging [ich] im Herbst 33 nur, weil ich sie als Ersatz für den fehlenden Wehrdienst auffasste. In der SA war ich als Adjutant u. Ausbilder, seit Nov. 36 als Sturmführer tätig u. wurde i. Mai 37 in die Partei aufgenommen.“

Wie viele seiner Altersgenossen der „Kriegsjugendgeneration“ (Detlev Peukert, Ulrich Herbert), die zu jung für den Einsatz im Ersten Weltkrieg waren, schloss sich Mai im Zuge der Novemberrevolution mit nur 17 Jahren dem Freikorps an. Dabei nahm er ein generationsprägendes Ideal in sich auf: Kameradschaft. Das Freikorps unter der Leitung von Franz Ritter Epp kam erstmals bei der Niederschlagung der Münchner Räterepublik zum Einsatz, ferner bei den Kämpfen gegen Kommunistenverbände in Hamburg sowie bei der Niederschlagung der roten Ruhrarmee. Epp wurde 1921 über seinen Vorgesetzten Ernst Röhm Vertrauter Hitlers. Weitere Mitglieder waren Rudolf Heß sowie die Brüder Gregor und Otto Strasser, die mit Joseph Goebbels eine wichtige Strömung in der NSDAP repräsentierten. Ebenfalls dem Freikorps Epp gehörte übrigens Johannes Duken (1889–1954) an, später Professor für Kinderheilkunde in Gie-

ßen und Heidelberg, der in der NS-Pädiatrie eine zentrale Rolle spielen sollte.¹¹ Hermann Mai wurde also in einer der Brutstätten der NS-Bewegung als junger Mann geprägt.

Ausweislich der Personalakte des Rasse- und Siedlungshauptamts (SSO-Führerpersonalakten) im Bundesarchiv gehörte Hermann Mai u. a. seit 1933 der SA, seit 1937 der NSDAP (Nr. 4458719) und seit 1939 der SS (Nr. 353219) an. Eine Notiz auf der parteistatistischen Erhebung von 1939 lautet: „in Übernahme in den SD der SS begriffen“. Demnach hatte sich Mai für den Sicherheitsdienst, d. h. den Geheimdienst der SS, anwerben lassen. Dafür spricht auch der Eintrag „S.D. H.Amt“ (Hauptamt) vom 20. April 1940; das Datum, unter dem Mai als SS-Untersturmführer eingruppiert wurde.¹² Laut einer Nachkriegsquelle war Mai als SS-Untersturmführer ehrenamtlicher Mitarbeiter des SD-Leitabschnitts Prag und Reichenberg.¹³ Mais Tätigkeit für den Sicherheitsdienst ist beim derzeitigen Wissensstand jedenfalls nicht auszuschließen.

Mais Entscheidung für ein Studium der Chemie und Medizin in Würzburg lässt auf väterliche Einflüsse schließen. Prof. Dr. Carl Andreas Mai (1865–1946) leitete in München die Untersuchungs-

anstalt für Nahrungs- und Genußmittel. Hermann Mai schloss sein Chemiestudium in Würzburg 1925 mit der Promotion ab und beendete das Medizinstudium 1928 in München (Abb. 16), doppelt promoviert. Nach seiner Approbation 1929 arbeitete er von 1930 bis 1939 ununterbrochen am überregional angesehenen Dr. von Haunerschen Kinderspital in München. Dort erfolgten 1936 die Habilitation und 1937 die Ernennung zum Dozenten. Damit einhergehend veröffentlichte er mehrere Beiträge in medizinischen Fachzeitschriften, darunter 1933 eine erste Arbeit zur körpereigenen UV-Strahlung in Verbindung mit der „englischen Krankheit“.¹⁴ Im Jahr 1937 erschien Mais Habilitationsschrift in den Beiheften zum *Jahrbuch für Kinderheilkunde* im Berliner Karger-Verlag.¹⁵ Mai nahm darin Bezug auf vielversprechende Forschungen des russischen Histologen Alexander G. Gurwitsch (1874–1954). Dieser hatte Ende der 1920er-Jahre postuliert, dass im Mitosevorgang der Zellteilung unter spezifischen Bedingungen ein Teil der Zellenergie in Form von UV-Strahlung abgegeben wird. Mai formulierte daran anschließend eine Hypothese, nach der von Gurwitschs kohärent verstandener „mitogenetischer Strahlung“ – die in den 1970er-Jahren unter dem Begriff der „Biophotonen“ erneut zur Diskussion gestellt wurde – eine antirachitische Wirkung im Sinne einer Selbstheilungskraft ausgehen könnte. Ziel seiner Untersuchung war es, Rückschlüsse auf konstitutionelle Unterschiede bei Kindern ziehen zu können. Um die komplexe Labormethode zum Nachweis der Strahlung zunächst an Hefekulturen und später auch im menschlichen Blut zu erlernen, war Mai an Gurwitschs Institut für experimentelle Medizin in Leningrad gereist. Seine Nähe zum Nationalsozialismus hielt ihn offenbar nicht davon ab, in die Sow-

¹¹ Rotzoll M, Hohendorf G (2010): Johann Duken und die Kinderklinik im Nationalsozialismus. In: Hoffmann GF, Eckart WU, Osten P (Hg.): *Entwicklungen und Perspektiven der Kinder- und Jugendmedizin. 150 Jahre Pädiatrie in Heidelberg, Mainz*, S. 77–101.

¹² Bundesarchiv Berlin-Lichterfelde, ehem. Berlin Document Center (BDC).

¹³ Bei der Urquelle, auf die sich die Einträge in einer Karteikarte aus dem Jahr 1946 stützen, handelt es sich um eine nach dem Kriegsende durch den tschechischen Staatssicherheitsdienst aufgefundene Mitarbeiterliste des ehemaligen SD-Leitabschnitts Prags. Security Services Archive (ABS) Prag, persönliche Karte von H. Mai, 1945–46. Die darin aufgeführte SS-Mitgliedsnummer stimmt mit der in den BDC-Akten überein. Vgl. Šimůnek M (2004): *Getarnt – verwischt – vergessen. Die Lebensgänge von Prof. Dr. med. Franz Xaver Luksch und Prof. Dr. med. Carl-Gottlieb Bennholdt-Thomsen im Kontext der auf dem Gebiet des „Protektorates Böhmen und Mähren“ durchgeführten NS-Euthanasie*. In: Bayer K, Sparing F, Woelk W (Hg.): *Universitäten und Hochschulen im Nationalsozialismus und in der unmittelbaren Nachkriegszeit*, Stuttgart, S. 125–146.

¹⁴ Mai H (1933): *Über die körpereigene Ultraviolettstrahlung (Gurwitsch-Effekt) im Kindesalter*. In: *Acta Paediatrica* 16, 1, S. 243–246.

¹⁵ Im selben Jahr verlegte das Verlagshaus seinen Sitz nach Basel, um der antisemitischen Verfolgung zu entgehen. Lennert T (1995): *Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde und der Karger-Verlag 1938/39*. In: *Monatsschrift für Kinderheilkunde* 143, S. 1197–1203.

A B C D E F G H I K L												N O P Qu R S Sch St T U V W X Z											
Anmelde-Nr.: 1474												Tag der Aufnahme: 29. 10. 26.											
Name: Mai Hermann												Studium: Med.											
Geburtsort: München												seit:											
Heimatsort: Oberbayern												H R O											
Halbjahr	Wohnung	Tag der Anmeldung bezu. Kartenerneuerung	Bemerkungen																				
W.H. 26/27	Jordanstr. 54/III																						
S.H. 27	Petersburgerstr. 24/II	Mat 1927 25.50.21.																					
W.H. 27/28	"	29. Okt. 27 21.25.50																					
S.H. 28	"	4. 11. 28 25.50.21	97b. Angell. Folg. 13.7.28.																				

Abb. 16 ▲ Studentenkarte Hermann Mai, LMU München, 1926–1928. (© Universitätsarchiv Ludwig-Maximilians-Universität München (UAM), mit freundl. Genehmigung)

jetunion aufzubrechen; Karriere- und Forschungsinteressen hatten für ihn zu dem Zeitpunkt Priorität. Ob ihm die jüdische Herkunft des russischen Kollegen¹⁶ bekannt war, wissen wir nicht. Noch um die Millenniumswende erinnerte sich Mai im erwähnten Interview lebhaft an die Reiseindrücke: „Zum ersten Mal bin ich 1928 geflogen, mit einem zweiseitigen offenen Flugzeug von Königsberg nach Petersburg. Ein Abenteuerflug mit Gewitter unterwegs, die Seitenruder mit Draht befestigt.“ WN: „Was haben Sie in Petersburg gemacht?“ H.M: „Da habe ich wissenschaftlich gearbeitet mit einem russischen Kollegen.“¹⁷

Nach München zurückgekehrt, wandte er Gurwitschs Methode seriell auf Blutproben von Kindern der Münchener Klinik an und versuchte, die Befunde mit verschiedenen Krankheitsbildern statistisch zu korrelieren.

Der leitende Pädiater des Dr. von Haunerschen Spitals galt damals schon als Begründer einer eigenen Schule:

¹⁶ Siehe den Beitrag von Gurwitschs Enkel: Belousov LV, and additional commentary by Opitz JM and Gilbert SF (1997): Life of Alexander G. Gurwitsch and his relevant contribution to the theory of morphogenetic fields. In: International Journal Developmental Biology 41, p. 771–779.

¹⁷ Teilnachlass Hermann Mai, DASZ.

Meinhard von Pfaundler (1872–1947).¹⁸ Von Pfaunders 8 Oberärzten wurden allein 6 später auf einen Lehrstuhl für Pädiatrie berufen, darunter Ernst Moro, Bernhard de Rudder, Rudolf Degkwitz, Carl-Gottlieb Bennholdt-Thomsen und Alfred Wiskott. Auch Hermann Mai wurde bereits früh auf 2 Berufungslisten geführt: Neben Prag finden wir seinen Namen für August 1939 in der Dreivorschlagsliste der Marburger medizinischen Fakultät, hierbei secundo loco hinter Joseph Becker (Bremen) und vor seinem Freund und Kollegen Carl-Gottlieb Bennholdt-Thomsen (Frankfurt). Es war Wiskott, der Mai im Zuge der Marburger Berufungsliste ein gefälliges Gutachten ausstellte. Darin formuliert Wiskott hinsichtlich Mais Nähe zur „Bewegung“: „Übernahme in die SS, ist bereits auf den Sicherheitsdienst des Reichsführers SS verpflichtet. Vertrauensmann der Dozentschaft. Seit 3 ½ Jahren beim Erbgesundheitsgericht tätig.“¹⁹ Neu ist an dieser Stelle der Hinweis auf Mais Beteiligung an Ver-

¹⁸ Locher W, mit Beiträgen von Hadorn HB und Joppich I (1996): 150 Jahre Dr. von Haunersches Kinderspital 1846–1996. Von der Mietwohnung zur Universitätsklinik, München.

¹⁹ Universitätsarchiv Marburg am Hessischen Staatsarchiv Marburg, 307c Nr. 5221.

fahren der Zwangssterilisation im Sinne des Gesetzes zur Verhütung erbkranken Nachwuchses (GVeN). Eine Publikation Mais, aus der seine Zustimmung oder programmatische Ausrichtung im Sinne der NS-Erb- und „-Gesundheitspolitik“ sprechen würde, ist nicht bekannt. Allerdings hatte er im August 1935 die sog. Führerschule der deutschen Ärzteschaft in Alt-Rehse besucht, in der Jungärzte gezielt gesundheitspolitisch geschult wurden.²⁰

Mai als Beisitzer der Kammer 2 am Erbgesundheitsgericht München

Mithilfe der erhaltenen Akten des Erbgesundheitsgerichts München lassen sich mindestens 24 Fälle im Zeitraum von April 1936 bis November 1939 identifizieren, in denen der Pädiater Mai als zweiter, nichtbeamteter ärztlicher Beisitzer an Entscheidungen über Zwangssterilisationen nach dem 1934 in Kraft getretenen GVeN beteiligt war.²¹ Neben zwei 1939 eingestellten Verfahren sowie einem weiteren, in dem die Sterilisierung eines „Mischlings I. Grades“ (im Sinne der Nürnberger Rassengesetze) abgelehnt wurde – bei dieser Beschlussfassung war Mai allerdings durch eine Beurlaubung nicht zugegen – entschied die Kammer in allen anderen Fällen für die Zwangssterilisation.

Auf eine Besonderheit soll hier hingewiesen werden: Im Jahr 1936 sprach sich Mai als Beisitzer in einem Verfahren gegen die 23-jährige Maria B., die aus Sicht der Ärzte an Schizophrenie litt, in einem Gutachten für ihre Unfruchtbarmachung aus. Damit überschritt er nicht nur in mehrfacher Hinsicht die Grenzen seiner Expertise als Spezialist für Kinderkrankheiten (Altersgrenze, Psychiatrie). Im Sinne des „Erbgesundheitsgesetzes“ und seiner Durchführungsbestimmungen waren auch Beisitzer bewusst nicht dafür vorgesehen, selbst Gutachten über

²⁰ Bayerisches Hauptstaatsarchiv München, Personalakte H. Mai, MK 43981.

²¹ Bayerisches Staatsarchiv München, Akten des Amtsgerichts München, Erbgesundheitsgericht in Sachen Städt. Gesundheitsamt München gegen ... Vgl. auch: Christians A (2013): Amtsgewalt und Volksgesundheit. Das öffentliche Gesundheitswesen im nationalsozialistischen München, Göttingen.

die betreffenden Personen zu verfassen, um nicht die Glaubwürdigkeit und damit die Legitimität der Erbgesundheitsgerichte infrage gestellt zu sehen.²² Etwa eine Woche nach der Fertigstellung des Gutachtens von Mai beschloss das Erbgesundheitsgericht die Zwangssterilisation von Maria B., die am 26. August 1936 durchgeführt wurde.²³ Allein dieser Fall dokumentiert, dass Mai und die 2. Kammer des Münchener Erbgesundheitsgerichts sogar unter Beugung der rechtlichen Grundlagen die eugenischen Maßnahmen am „Volkskörper“ vollzogen.

Dreizehn der eingesehenen Verfahrensunterlagen enthalten auch Dokumente aus der Zeit nach 1945. Während Hermann Mai bereits rund um den Globus seine wissenschaftlichen Forschungen betrieb und so 1956 auf das Ehepaar Schweitzer traf, kämpften die Betroffenen seiner rassenhygienisch/eugenisch begründeten Entscheidungen vergeblich um eine Anerkennung als Verfolgte des Nationalsozialismus.

Jenseits der NS-Kinder-euthanasie

Mai entkam 2-mal der prekären Situation, sich zu dem 1940 einsetzenden NS-Kindereuthanasieprogramm positionieren zu müssen: Im Herbst 1939 erreichte ihn der erhoffte Ruf an die Reichsuniversität Prag, wohin er Anfang 1940 nach einem Einsatz im sog. „Polenfeldzug“ aufbrach. Im Sommer 1940 traten die Organisatoren der NS-Kindereuthanasie aus der Berliner Kanzlei des Führers auf der Suche nach geeigneten Einrichtungen an Mais ehemalige Münchener Arbeitsstelle heran, die zwischenzeitlich von Alfred Wiskott geleitet wurde. Wiskott lehnte zwar eine Tötung behinderter Kinder im Dr. von Haunerschen Kinderspital ab, erklärte sich jedoch bereit, einen aus Berlin benannten Kinderarzt einzustellen, der

ein- bis zweimal wöchentlich in die Kindertötungsstation Eglfing-Haar (Leitung: Psychiater Hermann Pfannmüller) fuhr, um dort pädiatrischen Sachverstand bei der Beurteilung und Tötung der Kinder einzubringen. Mindestens zwei Dutzend Kinder wurden von diesem Arzt, Fritz Kühnke, getötet. Wiskott gab diese Absprache 1965 im Rahmen eines Ermittlungsverfahrens gegen Kühnke offen zu.²⁴ Zudem ist dokumentiert, dass mehrere Kinder aus Wiskotts Einrichtung nach Eglfing-Haar verlegt wurden, worunter einige in der dortigen „Kinderfachabteilung“ getötet wurden.²⁵ Ob Mai von diesen Vorgängen wusste, bleibt derzeit offen.

Aus bislang nur teilweise rekonstruierbaren Gründen bemühte sich Mai bereits nach 6 Monaten intensiv, aus Prag wieder wegzukommen. Er war nicht länger bereit, die auf 3 Standorte in der Stadt verteilte Kinderklinik mit insgesamt 600 Betten nebst Lehrstuhl zu leiten. Er forcierte einen Einsatz bei der Wehrmacht, der formal bis zum Kriegsende anhielt. So sah sich 1943 sein Stellvertreter in Prag, Carl-Gottlieb Bennholdt-Thomsen, mit der Kindereuthanasie konfrontiert; zumindest war er von der Kanzlei des Führers für die Leitung einer geplanten „Kinderfachabteilung“ in Prag vorgesehen. Ob in den von Bennholdt-Thomsen zusammengeführten Kliniken in Prag tatsächlich Tötungen von Kindern durchgeführt wurden, konnte die Forschung bislang nicht klären.²⁶

²⁴ Siehe u. a. Richarz B (1987): Heilen – Pflegen – Töten. Zur Alltagsgeschichte einer Heil- und Pflegeanstalt bis zum Ende des Nationalsozialismus, Göttingen; Krischer M (2006): Kinderhaus. Leben und Ermordung des Mädchens Edith Hecht, München.

²⁵ Hohendorf G, Koch J (2015): Sektionsbefunde von ermordeten Kindern aus der Kinderfachabteilung Eglfing-Haar, Vortrag gehalten im Rahmen der Tagung (Leitung: Paul Weindling): Hirnforschung im Nationalsozialismus, Euthanasie und die Frage der Opfer, 29.–30.11.2015, Leopoldina Research Center for History of Science and History of Academies, Halle.

²⁶ Šimůnek M, Schulze D (Hg.) (2008): Die nationalsozialistische „Euthanasie“ im Reichsgau Sudetenland und Protektorat Böhmen und Mähren 1939–1945, Prag.

Der lange Weg nach Münster

Zu dieser Zeit hatte Hermann Mai, noch im Felde stehend, bereits den Ruf an die Universität Münster erhalten (1943), den er nach einigem Zögern formal annahm. Bereits im Juli 1942 war er für den Lehrstuhl in Bonn (sowie Rostock) ins Spiel gebracht worden. Der Bonner Universitätsrektor wusste aus dem Ministerium für Wissenschaft, Erziehung und Volksbildung über Mai zu berichten, dass dieser in Prag den „grossen und vielseitigen Aufgaben ... nicht gewachsen sei“, „wissenschaftlich, menschlich, charakterlich und politisch“ aber „auf das beste beurteilt“ werde.²⁷ Mai hatte offenbar im Ministerium Unterstützer, wurde aber auch deshalb bevorzugt behandelt, weil sein Festhalten an der dienstrechtlichen Stellung in Prag eine von dort dringend geforderte Berufung und Direktoreinsetzung Bennholdt-Thomsens blockierte. Als sich Mai mit einer Berufung auf einen anderen Lehrstuhl (außer Erlangen) einverstanden erklärte, wurde er auf ministeriellen Druck hin schlicht auf die Liste in Münster gesetzt. Der nicht mehr voll einsatzfähige Münstersche Lehrstuhlinhaber Hans Vogt (1874–1963) reagierte entsprechend konsterniert über die Vorgabe aus Berlin und behauptete, einen Pädiater namens Mai nicht einmal zu kennen.²⁸

Mais Berufung nach Münster wurde schließlich vom Ministerium gegen die Interessen der Medizinischen Fakultät mit ihrem Wunschkandidaten Walter Keller (Gießen) durchgesetzt. Trotzdem gelang es bis zum Kriegsende nicht, Mai auf die Stelle zu bekommen. Im März 1944 argumentierte er zweifelnd, ob er nach nunmehr 4 Jahren Kriegsdienst überhaupt noch pädiatrische Klinik und Lehre übernehmen könne. Daraus schloss der Rektor der Westfälischen Wilhelms-Universität, bei Mai handele es sich „um eine selbstunsichere Persönlich-

²² Ley A (2004): Zwangssterilisation und Ärzteschaft. Hintergründe und Ziele ärztlichen Handelns 1934–1945, Frankfurt am Main/New York.

²³ Bayerisches Staatsarchiv München. Akten des Amtsgerichts München Erbgesundheitsgericht in Sachen Bez. Arzt bei der Polizeidirektion München gegen B. Maria, Dienstmädchen, 1936/396.

²⁷ Zit. nach: Forsbach R (2006): Die Medizinische Fakultät der Universität Bonn im „Dritten Reich“, München, S. 173.

²⁸ Universitätsarchiv Münster, u. a. Bestand 242 Personalakten der Professoren und sonstigen Beamten sowie wissenschaftlicher Mitarbeiter und Lehrkörpermitglieder; Bestand 52, Nr. 336 Personalakte Hermann Mai.

keit“, der sich „der ihm bevorstehenden Aufgabe nicht ganz gewachsen fühlt“.²⁹

Bei Kriegsende befand sich Mai zunächst in Kriegsgefangenschaft. Als er den Lehrstuhl antreten wollte, hatte ihn die britische Militärregierung zwischenzeitlich im Zuge der sog. Entnazifizierung vom Dienst an der Universität suspendiert und sofort interniert. Probleme bereitete ein gesondertes Untersuchungsverfahren gegen Mai. Ihm wurde vorgeworfen, in den auszufüllenden Fragebogen seine Mitgliedschaften in der Hitler-Jugend (HJ), dem Reichsarbeitsdienst (RAD), der SS sowie dem SD der SS verschwiegen zu haben. In einem Schreiben Mais vom 7. Oktober 1945 an den Universitätsrektor erläuterte er insbesondere zum unterlassenen Eintrag SS und SD, er habe diesen Organisationen nie angehört, ja während seiner Wehrmachtsdienstzeit gar nicht angehören dürfen. In diesem Zusammenhang kam er auch auf seinen Weggang aus Prag zu sprechen: „Dies entsprach umsomehr [sic] meiner Absicht, als ich in der sehr kurzen Zeit meines Aufenthalts in Prag als Unbeteiligter mit Entsetzen die von Deutscher Seite den Tschechen gegenüber angewandten Methoden kennen lernte, und deshalb auf gar keinen Fall der dortigen SS angehören wollte.“³⁰ Mais Äußerung ist mit großer Vorsicht aufzunehmen, da sie vor allem der Selbstentlastung dienen sollte. Anders als für Bennholdt-Thomson wird aber Mais damaliges Auftreten in Prag von tschechischen Pädiatern heute positiv bewertet.³¹

Seitens des Rektorats der Universität Münster fasste man im März 1948 Mais Verhalten trocken als opportunistisch auf. Handschriftlich wurde kom-

mentiert: „Daß er [Mai] die Angaben ... nicht auch schon im Fragebogen gemacht hat, der im Jahre 1945 der Militärregierung eingereicht werden musste, beruht ... auf derselben Charaktereigenschaft, die ihn bewog, sich [damals, d. Verf.] dem Curator mit einer Mitgliedschaft in der SS zu empfehlen.“

Drei Jahre nach Kriegsende war die Neuanstellung noch immer nicht erreicht. Der zuständige Universitäts-Officer der britischen Militärregierung hatte Mai weiterhin als „unsuitable“ für den Posten vermerkt. Erst als der Vorgang vor dem High Court der britischen Control Commission for Germany (Bielefeld) im Januar 1949 verhandelt und Mai vom Vorwurf der Fragebogenfälschung freigesprochen wurde, konnte die Universität seine Anstellung wieder ernsthaft aufgreifen. Im Juli 1949 erreichte Mai, unter vorausseilender Hilfe des Dekans der Medizinischen Fakultät, Karl Wilhelm Jötten, mithilfe eines Berufungsverfahrens beim Entnazifizierungshauptausschuss Detmold, von Gruppe IV in Gruppe V (Entlasteter) eingereiht zu werden. Damit war der Weg für seine Einsetzung als Ordinarius für Kinderheilkunde frei, worüber ihn der Kultusminister von Nordrhein-Westfalen mit Schreiben vom 26. Oktober 1949 informierte.³²

Resümee

Die hier vorgestellten Befunde erlauben noch keine umfassende historische Bewertung der Biografie Hermann Mais. Neben seiner dokumentierten Beteiligung an Zwangssterilisationen kann hier nicht nahegelegt werden, dass er an anderen Verbrechen der NS-Medizin oder im Kontext des Holocaust beteiligt war. Mais politischer und beruflicher Werdegang zeigt jedoch deutlich kollektivbiografische Parallelen zu den Vertretern der sog. Kriegsjugendgeneration, von denen viele – wie Hitlers Leibarzt Karl Brandt oder der Pädiater Johann Duken – im NS-Staat auffällig schnell Karriere machten. Aus dieser Generation rekrutierten sich besonders viele Vertreter der NS-„Funktionselite“. Der Vergleich zu

Brandt ist hierbei zusätzlich inspirierend angesichts dessen Schweitzer-Erzählung im Nürnberger Ärzteprozess.

„Und jetzt nach Lambarene“: Unter dieser auf Hermann Mai bezogenen Titelzeile wird mit größerer historischer Tiefenschärfe das Ergreifen einer Art zweiten Chance sichtbar. Mais Kontakt zu Schweitzer – zu der Ikone des „guten Arztes“ – wurde zu einer entscheidenden Weichenstellung in Mais zweiter Lebenshälfte; eine Chance, die er mit einem generationsspezifischen, aber nun positiv gewendeten „unbedingten“³³ Idealismus und persönlicher Hingabe zu Schweitzers Lebenswelt zu nutzen verstand.

Korrespondenzadresse

Dr. S. Topp

Institut für Geschichte der Medizin, Justus-Liebig-Universität Gießen
Jheringstr. 6, 35392 Gießen, Deutschland
sascha.topp@gmx.de

Sascha Topp, Dr. phil.; Studium 2005 der Geschichts- und Kulturwissenschaften, Politikwissenschaft und Wirtschaftswissenschaft an der FU Berlin; 2006–2014 am Institut für Geschichte der Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen; 2011 Promotion (Geschichte als Argument in der Nachkriegsmedizin; 2015 mit dem Herbert-Lewin-Preis ausgezeichnet). Seit 2014 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Geschichte und Ethik der Medizin des Uniklinikums Köln in einem Forschungsprojekt zur historischen Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie seit 1945 (DGKJP).

Danksagung. Mein ausdrücklicher Dank für die Unterstützung gilt Annemone Christians, Ursula Ferdinand, Kornelia Grundmann, Astrid Ley, Annette Hinz-Wessels, Michael B. Krawinkel und der Hermann-Mai-Stiftung, Volker Roelcke, Michal Šimůnek, Ary van Wijnen sowie Wolfgang Mai für seine freundliche Bereitschaft zu einem Gespräch über seinen Vater.

²⁹ Universitätsarchiv Münster, u. a. Bestand 242 Personalakten der Professoren und sonstigen Beamten sowie wissenschaftlicher Mitarbeiter und Lehrkörpermitglieder; Bestand 52, Nr. 336 Personalakte Hermann Mai; Bundesarchiv Berlin-Lichterfelde, ehem. Berlin Document Center (BDC).

³⁰ Universitätsarchiv Münster, u. a. Bestand 242, Nr. 283 Bd. 1. Personalakten der Professoren und sonstigen Beamten sowie wissenschaftlicher Mitarbeiter und Lehrkörpermitglieder; Bestand 52, Nr. 336 Personalakte Hermann Mai.

³¹ Historische Unterlagen der Hermann-Mai-Stiftung, Korrespondenz mit Jan Janda (Prag), Michael B. Krawinkel Gießen.

³² Wie Anm. 30.

³³ Wildt M (2003): Generation des Unbedingten. Das Führungskorps des Reichssicherheitshauptamts, Hamburg.

Friedrich Hartmut Dost (1910–1985)

Aspekte zu Tätigkeit und Haltung in Nationalsozialismus und Nachkriegszeit

Friedrich Hartmut Dost (1910–1985), Ordinarius für Kinderheilkunde an der Humboldt-Universität in Berlin (1953–1959) und an der Justus-Liebig-Universität Gießen (1960–1975), war nach Einschätzung seiner Kollegen aus der Pädiatrie ein hervorragender Wissenschaftler, Kliniker und Lehrer.¹ In einer 1999 verfassten Kurzbiografie für die Homepage des Fachbereichs Medizin der Universität Gießen wurde Dost darüber hinaus ausführlich als Begründer des Arbeitsgebiets der Pharmakokinetik gewürdigt; nach wie vor würde dort mit zentralen Begriffen gearbeitet, die von Dost geprägt worden seien.² Demnach war Dost ein exzellenter, aber gleichzeitig bescheidener Wissenschaftler und Arzt, den seine wissenschaftliche Karriere an die Kinderkliniken der Universitäten in Leipzig, Berlin und Gießen geführt hatte. Durch Kriegseinsatz und Gefangenschaft sei diese wissenschaftliche Tätigkeit unterbrochen worden; lediglich für die Fertigstellung seiner Habilitation in Leipzig sei Dost 1940 für 6 Monate von seinem Wehrmachtseinsatz beurlaubt gewesen.³ Die Kurzbiografie endete mit der Aufzählung einer Vielzahl von Ehrungen für Dost, darunter die Ehrenmitgliedschaft in der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und die Ehrendoktorwürde der Medizinischen Fakultät der Universität Frankfurt. Ebenso würden

ein Friedrich-Hartmut-Dost-Gedächtnispreis der Deutschen Gesellschaft für Klinische Pharmakologie und Therapie sowie ein Friedrich-Hartmut-Dost-Preis für besondere Leistungen in der akademischen Lehre am Fachbereich Medizin der Universität Gießen existieren.⁴

Bei dieser hohen Wertschätzung war es sehr irritierend, als 2003 ein Eintrag zu Dost im *Personenlexikon zum Dritten Reich* des Journalisten Ernst Klee publiziert wurde. Darin hieß es, Dost sei Oberarzt an der Leipziger Universitäts-Kinderklinik gewesen, einem „Zentrum der Kindereuthanasie“ mit dem Euthanasie-Protagonisten Werner Catel als Klinikdirektor; weiter wurden Dosts Mitgliedschaften in der Nationalsozialistischen Deutschen Arbeiterpartei (NSDAP), der Sturmabteilung (SA) der NSDAP und dem Nationalsozialistischen Deutschen Ärztebund (NSDÄB) aufgelistet.⁵

Dost als hochgeehrter Wissenschaftler und Kliniker einerseits, Dost als potenzieller Täter im Kontext der Krankentötungen im Nationalsozialismus andererseits – diese beiden widersprüchlichen Bilder waren der Ausgangspunkt unserer Recherchen.

Bei einer ersten orientierenden Durchsicht von Dosts Personalakte in Leipzig ergab sich noch eine zweite auffallende Diskrepanz: Im Habilitationsgutachten für Dost aus dem Jahr 1940 nannte sein Lehrer Werner Catel als eine besonders interessante wissenschaftliche Arbeit Dosts Untersuchungen zur intravenösen Infusion von art- und

gruppengleichem Plasma bei der alimentären Säuglingsintoxikation.⁶ Der zugehörige Aufsatz wurde 1940 in der *Monatsschrift für Kinderheilkunde* publiziert (Abb. 17).⁷ Erstaunlich ist nun, dass Dost 1950 in seiner Auskunftsüber die wichtigsten eigenen Publikationen für *Kürschners Deutscher Gelehrten-Kalender* zwar insgesamt 5 Aufsätze nennt, davon 3 aus der Zeit bis 1945 (von 1934, 1937, 1941), aber nicht den von Catel als besonders interessant bewerteten Aufsatz aus dem Jahr 1940.⁸ Das veranlasste uns, diesen Aufsatz genauer zu analysieren.

Im Folgenden werden daher 3 Fragenkomplexe angesprochen:

– War Dost während der Krankentötungen 1939 bis 1945 in der Leipziger Klinik anwesend? War er über die Tötungen informiert und möglicherweise sogar aktiv involviert?

– Wie verhielt sich Dost in der Nachkriegszeit zur Kindereuthanasie und zu seinem Lehrer Catel? Gibt es Anzeichen für eine kritische Selbstreflexion zur Euthanasiethematik?

– Was lässt sich über die Forschung mit Serum an Kindern bei der alimentären Säuglingsintoxikation herausfinden, die von Catel 1940 als wissenschaftlich sehr interessant bewertet wurde?

¹ Gladtko E (1986): Friedrich Hartmut Dost. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 111, S. 114–115.

² Brockmeier D (1999): Friedrich Hartmut Dost. In: Privatarchiv Volker Roelcke, Gießen.

³ So auch die Auskunft der Familie Dost vgl. Dost F [Leserbrief]: „Vater unbeteiligt. Nationalsozialistische Euthanasie an Kindern: K. und die vielen anderen“. Süddeutsche Zeitung, 28.5.2008.

⁴ Brockmeier D (1999): [wie Anm. 2]. Ähnlich auch: Gladtko E (1986) [wie Anm. 1].

⁵ Klee E (2003): Das Personenlexikon zum Dritten Reich. Wer war was vor und nach 1945? Frankfurt/M., S. 117.

⁶ Universitätsarchiv (UA) Leipzig, Personalakte (PA) F.-H. Dost.

⁷ Dost FH (1940): Erfahrungen bei der Behandlung der Intoxikation mit großen Plasmatransfusionen. In: Monatsschrift für Kinderheilkunde 81, S. 312–319.

⁸ Kürschners Deutscher Gelehrten-Kalender (1950), 7. Ausgabe, Berlin, S. 367.

(Aus der Universitäts-Kinderklinik Leipzig. Direktor: Prof. Dr. Catel.)

Erfahrungen bei der Behandlung der Intoxikation mit großen Plasmatransfusionen.

Von Dr. med. **F. H. Dost**, Assistent der Klinik.
Mit 1 Textabbildung.

(Eingegangen am 24. November 1939.)

Während die Behandlung der Säuglingsdyspepsie, solange die Störung auf den Magen-Darmtrakt beschränkt bleibt, keine prinzipiellen Schwierigkeiten mehr bietet, fehlt uns noch immer die entscheidende therapeutische Handhabe, wenn toxische Erscheinungen das Krankheitsbild komplizieren. Alle Versuche, ob sie auf pharmakologischen, toxikologischen oder physikochemischen Überlegungen beruhen, vermochten bisher nicht, uns dem Ziel der primären Entgiftung grundsätzlich näher zu bringen. Indessen hatten wir die Möglichkeit, die Lebensbedingungen für den toxischen Organismus zu verbessern, sofern es uns glückte, die Hauptsymptome der allgemeinen Vergiftung, wie Kreislaufschwäche, zentralnervöse Lähmungserscheinungen und besonders die Exsikkose auf ein erträgliches Maß zu reduzieren und damit dem Körper die Chance einer Selbstheilung zu bieten. In diesem Sinne haben die Analeptica sowie die Flüssigkeitszufuhr stets eine große Rolle gespielt. Bessau hat wiederholt darauf hingewiesen, daß die Normalisierung des Wasserstoffwechsels geradezu eine Vorbedingung für die allgemeine Entgiftung darstellt. Solange es uns noch nicht möglich ist, die Regulierung des Wasserhaushalts von kardinaler Stelle aus in die Hand zu nehmen — wir denken an die Zentren im Diencephalon —, bleibt daher das Problem der Intoxikationsbehandlung zugleich dasjenige der Wasserzufuhr. Ist der allein physiologische, perorale Weg gangbar, so sind bereits hierdurch optimale Vorbedingungen für den Ausgleich der Exsikkose und das Schwinden der Intoxikation gegeben. Leider gelingt es aber aus bekannten Gründen nur in einer Minderzahl von Fällen, ausreichende Wassermengen auf diese Weise anzubieten. Man ist daher meist auf den parenteralen Weg angewiesen, nimmt allerdings hierbei den Nachteil in Kauf, daß solches Wasser, da es den Pfortaderkreislauf umgeht, nicht ohne weiteres blut- und körperegerecht ist. Parenteral beigebrachtes Wasser vermag daher meist nicht, die Hydrostase (Bessau) in den ausgetrockneten Geweben zum Schwinden zu bringen, es bleibt vielmehr zu

Abb. 17 ◀ Erste Seite des Beitrags „Erfahrungen bei der Behandlung der Intoxikation mit großen Plasmatransfusionen“ von F.H. Dost in der *Monatsschrift für Kinderheilkunde*, 1939/1940

Dost an der Kinderklinik der Universität Leipzig, 1939–1945

Der Direktor der Leipziger Kinderklinik, Werner Catel, war von August 1939 bis Mai 1945 einer der Hauptverantwortlichen der Kindereuthanasie: Er war einerseits einer von 3 Gutachtern für die zentrale Dienststelle der Kindertötungen, den „Reichsausschuss zur wissenschaftlichen Erfassung von erb- und anlagebedingten schweren Leiden“ an der Kanzlei des Führers. Die 3 Gutachter urteilten über das Leben von reichsweit mindestens ca. 5000 Kindern und Jugendlichen in ca. 30 „Kinderfachabteilungen“. Andererseits wurde in der Leipziger Klinik selbst zwischen ca. 1941 und 1945 im Rahmen dieses Verfahrens eine Reihe von Kindern getötet. Zur genauen Zahl gibt es sehr unterschiedliche Angaben und Schätzungen; die nur unvollständigen Quellen erlauben keine endgültigen Aussagen. Neben Catel waren nachweis-

lich seine Sekretärin Charlotte Grohme, 2 Oberschwester und mindestens 4 weitere Ärzte der Klinik (Hans-Joachim Hartenstein, Hans-Christoph Hempel, Ernst Klemm, Hanna[h] Uflacker) für den „Reichsausschuss“ tätig. Die Leipziger Universitäts-Kinderklinik fungierte darüber hinaus als Schulungseinrichtung für Ärzte, die anschließend im „Reichsausschuss-Verfahren“ tätig wurden und in ihren Einrichtungen Kinder töteten.⁹

⁹ Petersen HC, Zankel S (2008): „Ein exzellenter Kinderarzt, wenn man von den Euthanasiedingen einmal absieht“: Werner Catel und die Vergangenheitspolitik der Universität Kiel, in: Lahm B, Seyde T, Ulm E (Hg.): 505 Kindereuthanasieverbrechen in Leipzig: Verantwortung und Rezeption, Leipzig, S. 165–219; Topp S (2004): Der „Reichsausschuss zur wissenschaftlichen Erfassung erb- und anlagebedingter schwerer Leiden“: Zur Organisation der Ermordung minderjähriger Kranker im Nationalsozialismus 1939–1945. In: Beddies T, Hübener K (Hg.): Kinder in der NS-Psychiatrie. Berlin, S. 17–54.

In der Leipziger Klinik war Dost von Oktober 1936 bis zum Kriegsende 1945 auf einer regulären Assistenzarztstelle tätig, unterbrochen von 18 Monaten in einer internistischen Abteilung am Diakonissenkrankenhaus Dresden.¹⁰ Er habilitierte sich im November 1940. Nach Abschluss der Facharzt Ausbildung wurde ihm im Juni 1943 die Dozentur verliehen.¹¹ Neben den ebenfalls habilitierten Kollegen Siegfried Liebe und Hartenstein hatte Dost somit eine deutlich hervorgehobene Position an der Klinik.

Formal war Dost von 1939 bis 1945 zur Wehrmacht einberufen. Allerdings gab es für Ärzte, wie oben bereits angedeutet und aus der medizinhistorischen Forschung bekannt, Zeiten der Beurlaubung aus dienstlichen Gründen. Relevant für die hier betrachtete Fragestellung (Kenntnis von, aktive Beteiligung an den Kindertötungen in der Leipziger Klinik) ist die konkrete Anwesenheit Dosts in Leipzig bzw. der Klinik. Da für die insgesamt fast 6 Jahre des Krieges ein lückenloser Nachweis des Aufenthaltsortes von Dost unrealistisch ist, haben wir uns aus pragmatischen Gründen darauf beschränkt, die aus den Quellen belegbaren Zeiten der Anwesenheit von Dost in Leipzig nach Kriegsbeginn zusammenzustellen.¹²

Neben dem in der Kurzbiografie auf der Gießener Homepage erwähnten 6-monatigen Aufenthalt 1940 ist ein weiterer 4-wöchiger Aufenthalt von Dost in der Leipziger Klinik im November 1940 nachweisbar. Ein dritter in der Personalakte und ebenfalls durch Dosts Nachkriegsaussagen dokumentierter Aufenthalt dauerte insgesamt 5 Monate, von Anfang November 1942 bis Ende März 1943.¹³ Vermutlich absolvierte Dost damit die erforderliche

¹⁰ UA Leipzig, PA F. H. Dost; Hessisches Hauptstaatsarchiv Wiesbaden (HHStAW), Abt. 520 BW Nr. 2478, Brief Dost an Medizinalabteilung des Innenministeriums v. 8.2.1949.

¹¹ UA Leipzig, PA F. H. Dost.

¹² UA Leipzig, PA F. H. Dost; Niedersächsisches Landesarchiv Hannover (NLA HA), Ermittlungsverfahren gegen Prof. Dr. Hans Heinze: Nds 721 Hannover Acc. 90/99 Nr. 33/8, Bd. 8; HHStAW, Abt. 520 BW Nr. 2478, Brief Dost an Medizinalabteilung des Innenministeriums v. 8.2.1949.



Abb. 18 ▲ Friedrich Hartmut Dost, um 1950. (© Bundesbeauftragter für die Unterlagen des Staatssicherheitsdienstes der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik; Zentralstelle Berlin, mit freundl. Genehmigung)

Restzeit für die Facharztausbildung und schuf so die Voraussetzung für die Dozentur.

Für mindestens 2 weitere Male ist nachweisbar, dass Dost auf „Heimaturlaub“ in Leipzig war: im Mai 1940 und im Oktober 1943. Außerdem ist dokumentiert, dass Dost zwischen 1940 und 1945 insgesamt 7 wissenschaftliche Aufsätze publizierte, davon allein 3 in den Jahren 1943 und 1944 – auch dies ein starkes Indiz dafür, dass Dost sich wiederholt an der Leipziger Klinik aufhielt, da er die notwendigen Forschungen nicht an der Front hätte durchführen können (▣ **Abb. 18**).

Im Kontext von staatsanwaltlichen Ermittlungen gegen Catel 1963 machte Dost selbst die folgende Aussage: „Ob ich schon während der Forschungsauftragsmonate in Leipzig [d. h., in der Zeit zwischen November 1942 und März 1943; Anm. d. Verf.] von Euthanasie-Maßnahmen gehört habe, halte ich für möglich und auch wahrscheinlich ...“¹⁴ Das stimmt mit der Aussage von mehreren anderen Beteiligten im gleichen Ermittlungsverfahren überein:

Dort erklärte Catel, er habe „gegenüber meinen Stationsärzten auch vom Reichsausschuss gesprochen“. Auch die Gastärztin an der Leipziger Klinik Hildegard Wesse (1911–1997) sagte 1964 aus, dass Catel bei einer Konferenz für alle ärztlichen Mitarbeiter offen vom „Reichsausschuss-Verfahren“ im Sinne der Möglichkeit einer Tötung von „idiotischen Kindern“ gesprochen habe. Das habe ihr imponiert.¹⁵

Insgesamt kann also davon ausgegangen werden, dass Dost während der Kindertötungen in der Leipziger Klinik dort anwesend war und auch von diesen Tötungen wusste. Für eine aktive Mittäterschaft gibt es auf der Grundlage der bisher zugänglichen Quellen keine Belege. Ebenso wenig lässt sich allerdings eindeutig belegen, dass Dost nicht aktiv in die Tötungen involviert war. Dass Dost die Tötungen billigte, geht aus verschiedenen Quellen der Nachkriegszeit hervor, auf die im Folgenden eingegangen wird.

Dosts Haltung zu den Krankentötungen in der Nachkriegszeit

Dosts Nachkriegshaltung zu den Krankentötungen lässt sich am ehesten über sein Verhältnis zu seinem Lehrer Werner Catel rekonstruieren. Die wichtigsten Quellen hierzu sind einerseits der Briefwechsel zwischen Dost und Catel, andererseits eine Rezension von Dost zu Catels Autobiografie.¹⁶

Schon in der unmittelbaren Nachkriegszeit, insbesondere aber ab 1960 war die Beteiligung von Catel an der NS-Kindereuthanasie in der Öffentlichkeit breit bekannt: So berichteten u. a. *Der Spiegel* sowie *Die Zeit* wiederholt und ausführlich über den „Fall Catel“. Catel selbst rechtfertigte die Durchführung aktiver Euthanasie in der NS- und der Nachkriegszeit öffentlich in einer gan-

zen Reihe von Publikationen und stellte selbst eine Kontinuität seiner Überzeugungen und der damit verbundenen Durchführung der Krankentötungen in der Zeit bis und ab 1945 her.¹⁷ Zentral für diese Rechtfertigung ist die Behauptung, dass die von ihm bis 1945 vorgenommenen Kindertötungen nach genau der gleichen sorgfältigen Abwägung stattgefunden hätten, wie er sie in der Nachkriegszeit in den Debatten um eine „begrenzte Euthanasie“ forderte, und dass er damit die moralische Zulässigkeit solcher Tötungen begründen könne.

Das 1962 eröffnete Ermittlungsverfahren der Staatsanwaltschaft Hannover gegen die an der NS-Kindereuthanasie beteiligten Mediziner kam zu dem Ergebnis, dass es sich bei den Tötungen von geistig und körperlich behinderten Kindern im Fall von Catel nicht um Mord, sondern um Totschlag gehandelt habe. Totschlag sei aber 15 Jahre nach der Tat verjährt; der Tatbestand der Kindertötungen selbst wurde vom Gericht als erwiesen betrachtet. Wegen der Verjährung wurde Catel jedoch im Dezember 1964 außer Strafverfolgung gesetzt.¹⁸

Die z. T. sehr umfangreichen und herzlichen Briefe von Dost an Catel aus der Nachkriegszeit zeigen bezüglich der Euthanasie eine auffällig ungebrochene Loyalität gegenüber dem akademischen Lehrer. In keinem der Briefe sind kritische Bemerkungen Dosts zu den Kindertötungen in der Leipziger Klinik zu finden. Auch fehlen distanzierende Bemerkungen zu seinen Leipziger Kollegen, die an der Tötung von „Reichsausschusskindern“ beteiligt waren.

Im Jahr 1962 erhielt Dost von Catel dessen neues Buch *Grenzsituationen des Lebens*,¹⁹ das im Kern eine Recht-

¹³ UA Leipzig, PA F. H. Dost; NLA HA, Ermittlungsverfahren gegen Prof. Dr. Hans Heinze: Nds 721 Hannover Acc. 90/99 Nr. 33/8, Bd. 8.

¹⁴ NLA HA, Ermittlungsverfahren gegen Prof. Dr. Hans Heinze: Nds 721 Hannover Acc. 90/99 Nr. 33/8, Bd. 8.

¹⁵ Ebd.

¹⁶ Sämtliche Zitate aus der Korrespondenz zwischen Dost und Catel finden sich im Nachlass Catel, Historisches Archiv der Dt. Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ), UA der Humboldt-Universität Berlin.

¹⁷ Topp S (2013): Geschichte als Argument in der Nachkriegsmedizin: Formen der Vergegenwärtigung der nationalsozialistischen Euthanasie zwischen Politisierung und Historiographie, Göttingen.

¹⁸ NLA HA, Ermittlungsverfahren gegen Prof. Dr. Hans Heinze: Nds 721 Hannover Acc. 90/99 Nr. 33/8, Bd. 8; Petersen HC, Zankel S (2008) [wie Anm. 9].

¹⁹ Catel W (1962): Grenzsituationen des Lebens – Beitrag zum Problem der begrenzten Euthanasie, Nürnberg.

fertigung zur Tötung schwer behinderter Kinder enthielt und gleichzeitig eine Rechtfertigungsschrift im Kontext der öffentlichen Debatte um seine Beteiligung an der Kindereuthanasie im Nationalsozialismus war.²⁰

Nach der Lektüre äußerte sich Dost in einem Brief vom 3. Mai 1962 umfassend zum Inhalt des Buchs: Es sei eine „Aufklärungsschrift im eigentlichen Sinne des Wortes“. „Von denjenigen Deiner sachlichen Gegner wird mancher den Hut vor ... Dir, ziehen müssen ..., der den Mut hat, in dieser Zeit der Kollektivangst und des Konformismus, das Thema mit Bekennermut anzupacken“. Dost schrieb weiter: „Ich glaube, wenn die Menschheit das Atomzeitalter meistern sollte, daß [sic] bei Binding angefangen und jetzt zunächst bei Dir aufgehört, in einer ferneren Zukunft das eine Notwendigkeit werden wird, wofür Du eintrittst [nämlich die Legalisierung der ‚Vernichtung lebensunwerten Lebens‘; Anm. d. Verf.]. Die menschliche Gesellschaft ist heute noch nicht reif für solche Entscheidungen, stattdessen morden sie sich gegenseitig in den ewigen Kriegen gerade und in teuflischer Selektion diejenigen hin, die eigentlich überleben sollten ...“²¹

Dost sieht damit eine positive Kontinuität von Bindings und Hoches Buch *Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens* aus dem Jahr 1920 zu Catels Plädoyer für die Legalisierung der Kindereuthanasie. Dosts inhaltliche Begründung ist das eugenisch-rassenhygienische und letztlich utilitaristische Argument einer unerwünschten „Kontraselektion“ durch Kriege, in denen die starken und wertvollen Menschen umkommen, während die Schwachen zu Hause bleiben und verschont werden. Dieser „Kontraselektion“ muss, so das Argument, durch eine gezielte Selektion und Vernichtung von „lebensunwertem Leben“ entgegengetreten werden.

Im Jahr 1974 verfasste Dost eine Rezension zu Catels Autobiografie mit dem Titel *Leben im Widerstreit: Bekenntnisse eines Arztes*.²² Darin wurde deutlich,

wie stark Dosts eigene medizinethische Position in der Begrifflichkeit und im kategorialen Denken von menschlichem „Lebenswert“ bzw. „Lebensunwert“ nach Binding und Hoche verhaftet war. Gleichzeitig verteidigte Dost auch öffentlich Catels Argumentationen: „Im Gegensatz zur heutigen Euthanasie, wie diese vom Bundestag als ‚Reform‘ des § 218 StGB eingeführt worden ist – und zwar unabhängig davon, ob ein geistig lebenswertes Kind zu erwarten wäre – hat sich Catel lediglich um [sic] die Auslöschung lebensunwerten Lebens eingesetzt“.²³

Dost parallelisiert also die Tötung von Kindern, die von Ärzten als „lebensunwert“ klassifiziert werden, mit der Legalisierung des Schwangerschaftsabbruchs, bei dem letztlich die Mutter über die Beendigung des Lebens des Embryos entscheidet, der sich noch in ihrem eigenen Körper und in organischer Verbindung mit diesem befindet. Die Perspektive der schwangeren Mutter findet in Dosts Bewertung des Schwangerschaftsabbruchs keine Berücksichtigung. Stattdessen wird implizit der Gesetzgeber für die Rücksichtnahme auf diese Perspektive kritisiert. Catel dagegen wird für seine Differenzierung von „lebenswertem“ und „lebensunwertem Leben“ gewürdigt. Dost benutzt dabei ohne jegliche Distanzierung den Begriff des „lebensunwerten Lebens“, der von Binding und Hoche 1920 geprägt und im Nationalsozialismus als Rechtfertigung für die Krankentötungsprogramme verwendet worden war. Er verschweigt auch wider besseres Wissen, dass Catel sich nicht nur für Tötungen „eingesetzt“ hat, sondern diese auch selbst durchführte und in seiner Funktion als Gutachter in vermutlich vielen weiteren Hundert Fällen mitzuverantworten hatte. Catel selbst sprach im Mai 1962 von ca. 1000 Begutachtungen pro Jahr, von denen er 10–20 % mit einem Pluszeichen versehen habe. Damit billigte Dost „die Auslöschung lebensunwerten Lebens“, und zwar ohne jegliche

Einschränkungen, die er z. B. mit Blick auf den Nationalsozialismus hätte formulieren können.

Noch in Dosts letzten Lebensjahren zeigte sich seine Übereinstimmung mit Catels Haltung zur aktiven Euthanasie bei Kindern: Im Januar 1981 informierte er Catel in einem Brief über die Anfertigung eines Manuskripts mit eigenen Überlegungen zur Euthanasie: „Werner: erschrick bitte nicht, aber ich befasse mich z. Zt. intensiv mit dem Komplex ‚Euthanasie‘, und natürlich in Deinem Sinne. Fragt sich nur, wer ein solches Manuskript annimmt. Ich denke aber, dass es sich um eine Frage der Formulierung handelt!“²⁴ Für eine differenzierte Bewertung der späten Reflexionen Dosts zur Euthanasie wäre das von ihm genannte Manuskript unverzichtbar; ob und ggf. wo es heute noch existiert, ist nicht bekannt.

Dosts Forschungen zu einer neuen Therapieform bei Säuglingsintoxikation

In den 1930er Jahren betrug die Letalität der Säuglingsintoxikation (so der zeitgenössische diagnostische Begriff) bei der Standardbehandlung um 50 %.²⁵ Die von Dost durchgeführte Intervention mit der Infusion von art- und gruppengleichem Plasma war der Versuch, eine kurz zuvor von Georg Bessau und dessen Oberarzt Wolfgang Uhse beschriebene neue Therapiemethode mit geringerer Letalität²⁶ bei klarer definierten Inklusionskriterien in Bezug auf Erfolgs- und Nebenwirkungsrate zu reproduzieren. Es handelte sich also um eine „neuartige Heilbehandlung“ im Sinne der Richtlinien zur Forschung am Menschen des Reichsinnenministeriums, die 1931 in Kraft getreten waren und die auch in der NS-Zeit durchgängig Gültigkeit hatten.²⁷

²⁴ UA der Humboldt-Universität zu Berlin, Historisches Archiv der DGKJ, Nachlass Werner Catel.

²⁵ Vgl. etwa Degkwitz R, Eckstein A, Freudenberg E et al. (1933): Lehrbuch der Kinderheilkunde, Berlin.

²⁶ Bessau G, Uhse W (1939): Die Plasmatherapie der Exsikkation. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 65, S. 1405–1410.

²⁰ Topp S (2013) [wie Anm. 17].

²¹ UA der Humboldt-Universität zu Berlin, Historisches Archiv der DGKJ, Nachlass Werner Catel.

²² Catel W (1974): Leben im Widerstreit – Bekenntnisse eines Arztes, Nürnberg; Dost FH (1974) [Rezension] Werner Catel: Leben im Widerstreit. In: Deutsche Medizinische Wochenschrift 99, S. 2136–2137.

²³ Dost FH (1974) [wie Anm. 22].

In den „Reichsrichtlinien“ heißt es unter Punkt 4: Es ist „sorgfältig zu prüfen und abzuwägen, ob die Schäden, die [durch die Anwendung einer neuartigen Heilbehandlung] entstehen können, zu dem zu erwartenden Nutzen im richtigen Verhältnis stehen...“; weiter heißt es unter Punkt 6, dies (und andere Kriterien) „ist mit ganz besonderer Sorgfalt zu prüfen, wenn es sich um Kinder und jugendliche Personen unter 18 Jahren handelt“. Daneben werden die Aufklärung und die schriftliche Einwilligung der Personen, an denen die Intervention durchgeführt wird, oder ihrer juristischen Vertreter als verpflichtende Voraussetzung für die Durchführung genannt.²⁸

Im Fall der von Dost durchgeführten Studie lässt sich die Frage der korrekt eingeholten Einwilligung aufgrund der lückenhaften Quellenlage nicht mehr eindeutig rekonstruieren. Deutlich ist aber aus den detaillierten Angaben in der Publikation selbst, dass Dost sich in Bezug auf die Punkte 4 und 6 der Richtlinien nicht angemessen verhalten hat. Da Dost selbst für die 11 von ihm mit der neuen Methode behandelten Probanden die Reihenfolge der stationären Aufnahme und den Tag der Intervention nach der Aufnahme angibt, lässt sich der Ablauf der Studie im Detail rekonstruieren. Dabei betrug die Letalität nach dem dritten behandelten Kind 66 % (war also bereits höher als bei der Standardtherapie), nach dem vierten Kind 75 % und nach dem fünften Kind 80 %. Die Gesamtlealität seiner Versuchsreihe betrug über 70 %. Dost war selbst der Auffassung, dass die Todesfälle (außer im Fall des siebten Kindes) eine Folge der Intervention waren. Auch nach den zeitgenössischen staatlichen Richtlinien hätte Dost die Studie spätestens nach dem dritten Todesfall, d. h., nach dem vierten Kind in der Versuchsserie, abbrechen müssen.

²⁷ Reichsrichtlinien für neuartige Heilbehandlung und für die Vornahme wissenschaftlicher Versuche am Menschen (1931). In: Reichsgesundheitsblatt 6 (55) 174–175.

²⁸ Ebd.

Resümee

Dost war auch während der Kindertötungen zeitweise in der Leipziger Klinik anwesend, ebenso ist es höchst wahrscheinlich, dass er schon zu dieser Zeit über die Tötungen informiert war. Für eine aktive Beteiligung an den Tötungen ergibt sich bei insgesamt unbefriedigender Quellenlage bisher kein Anhalt. In der Nachkriegszeit zeigt sich nicht nur die Übereinstimmung von Dosts Haltung mit derjenigen Catels zur Rechtfertigung der aktiven Euthanasie, sondern auch keinerlei Distanzierung von den durch Catel und weitere Leipziger Kollegen durchgeführten Tötungen im Kontext des „Reichsausschuss-Verfahrens“. In diesem Sinne konsequent, benutzte Dost in der Nachkriegszeit auch öffentlich die von Bindung und Hoche 1920 eingeführte Formulierung des „lebensunwertem Lebens“.

Weiter zeigt sich, dass für Dost in zumindest einem Fall von klinischer Forschung das Wohl der untersuchten Kinder nachrangig war gegenüber dem Versuch, neues Wissen zu erlangen. Zur Durchführung seiner Studie über die Behandlung der Säuglingsintoxikation nahm er eine gegenüber der Standardtherapie massiv erhöhte Letalität in Kauf. Damit verstieß er gegen die auch in der NS-Zeit gültige Rechtslage zur medizinischen Forschung am Menschen. Dies ist vermutlich auch der Grund, warum die zugehörige Publikation in der Selbstdarstellung von Dost in *Kürschners Deutscher Gelehrten-Kalender* von 1950 nicht genannt wird.

Diese Feststellungen ersetzen selbstverständlich keine umfassende Bewertung Dosts als Arzt, Forscher und Lehrer. Das Beispiel Dost bestätigt allerdings frühere Ergebnisse medizinhistorischer Forschung, wonach eine Tätigkeit als angesehener Arzt oder Wissenschaftler in der Nachkriegszeit keineswegs menschenverachtendes Denken oder Handeln in spezifischen politisch-sozialen Kontexten, wie etwa im Nationalsozialismus, ausschließt und umgekehrt. Die Herausforderung für die Medizin heute besteht gerade darin, mögliche Kontexte und Mechanismen zu identifizieren, aufgrund derer „normale“ Mediziner

bereit sind, die Grenzen von moralisch und juristisch akzeptablem Handeln zu überschreiten.²⁹

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. V. Roelcke

Institut für Geschichte der Medizin, Justus-Liebig-Universität Gießen
Jheringstr. 6, 35392 Gießen, Deutschland
volker.roelcke@histor.med.uni-giessen.de

Volker Roelcke, Prof. Dr. med.; Studium der Medizin, Ethnologie, Alten Geschichte und Philosophie; Facharzt für Psychiatrie; Direktor des Instituts für Geschichte der Medizin der Universität Gießen. Forschungsschwerpunkte: Geschichte der Psychiatrie, Medizin im Nationalsozialismus; Wechselbeziehungen zwischen Eugenik und Humangenetik; Geschichte und Ethik der Forschung am Menschen.

Sascha Topp, Dr. phil.; bis 2005 Studium der Geschichts- und Kulturwissenschaften, Politikwissenschaft und Wirtschaftswissenschaft an der FU Berlin; 2006–2014 am Institut für Geschichte der Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen; 2011 Promotion (Geschichte als Argument in der Nachkriegsmedizin; 2015 mit dem Herbert-Lewin-Preis ausgezeichnet). Seit 2014 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Geschichte und Ethik der Medizin des Uniklinikums Köln in einem Forschungsprojekt zur historischen Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie seit 1945 (DGKJP).

²⁹ Roelcke V (2012): Medizin im Nationalsozialismus – radikale Manifestation latenter Potentiale moderner Gesellschaften? In: Fangerau H, Polianski I (Hg.): Medizin im Spiegel ihrer Geschichte, Ethik, Theorie: Schlüsselthemen, Stuttgart, S. 35–50.

Philipp Osten

Papierchromatographie, Kaseinhydrolysat und Neugeborenencreening

Horst Bickel und die Entwicklung von Diagnostik, Therapie und Prävention der Phenylketonurie

Die erste wissenschaftliche Nachweismethode, mit der vor über 50 Jahren nahezu jeder in Ost- und Westdeutschland geborene Säugling wenige Tage nach der Geburt in Kontakt kam, war das Neugeborenencreening auf Phenylketonurie (PKU). Seine Entwicklung ist das Ergebnis medizinischer Forschung, privaten Engagements und politischer Einflussnahme. In ihr spiegelt sich die Entstehung mikrobiologischer Nachweismethoden ebenso wider wie die enge Kooperation zwischen Pädiatern und Eltern. Dieser Beitrag schildert die Geschichte der PKU in Westdeutschland am Beispiel der Arbeiten des Kinderarztes Horst Bickel (1918–2000; [Abb. 19](#)). In der DDR hatte Bickel in dem Ernährungswissenschaftler Alwin Knapp (Greifswald) sowie den Humangenetikern Herbert Theile (Leipzig), Gerhard Machill (Greifswald) und Günther Cobet (Berlin) kongeniale Mitstreiter. Gemeinsam inszenierten sie einen „Wettlauf der Systeme“ um die Einführung des Neugeborenencreenings. Der Dermatologe Klaus Schlenzka (Greifswald, später Magdeburg) leistete Lobbyarbeit bei der Parteiführung, während seine Kollegen ohne größere Rücksicht auf ideologische Schranken grenzübergreifend zusammenarbeiteten.¹

Im Jahr 1918 geboren, wurde Bickel noch zum Krieg eingezogen; seine wis-

senschaftliche Karriere begann erst in der Nachkriegszeit. Bereits als Medizinstudent hatte er versucht, der ideologischen Enge seines Heimatlands zu entkommen. Ein Auslandssemester hatte ihn 1938 in die Schweiz geführt; hier hatte auch die Beziehung zu seiner späteren Frau, der Britin Stella Margaret Hood Barrs, begonnen. So oft wie möglich traf sich das Paar in Deutschland und in Großbritannien,² bis der Beginn des Zweiten Weltkriegs jede Kontaktmöglichkeit unterband. Das Kriegsende erlebte Bickel als Schiffsarzt auf dem Minensuchboot „Ubena“. Am 1. Juni 1945 trat er seine erste zivile Stelle als Volontärarzt an der Hamburger Universitäts-Kinderklinik an. Sein Chef war Rudolf Degkwitz (1889–1973), der aufgrund der Erfahrungen mit dem Nationalsozialismus (NS) entschieden für eine radikale Umerziehung der deutschen Jugend eintrat.³ Der junge Bickel entsprach genau dem Bild einer von Degkwitz geforderten neuen, weltoffenen Ärztegeneration:

Pflichteifer, Fleiß, Verantwortungsfreudigkeit und nie erlahmendes Interesse zeichnen ihn aus. Sein weltgewandtes Wesen und seine Aufgeschlossenheit auch

nicht ärztlichen Fragen gegenüber war über das Fachliche hinaus stets anregend für den Kollegenkreis. Seine lebenswürdige Art ließ ihn bei Kindern, Eltern, Schwestern und Kollegen sehr beliebt sein. Durch sein sicheres Auftreten erwarb er sich das Vertrauen der Eltern. Dr. Bickel gehört ohne Zweifel zu den jungen Ärzten, deren Kenntnisse und Arbeitsfreudigkeit zu den größten Hoffnungen berechtigen.⁴

Knapp ein Jahr nach Beginn seiner Tätigkeit in Eppendorf zwang eine Tuberkulose Bickel, seine Ausbildung zum Kinderarzt für einen Kuraufenthalt zu unterbrechen. Nach seiner Genesung war der Weg zurück auf die Stelle an der Hamburger Kinderklinik versperrt. Degkwitz hatte sich mit der Medizinischen Fakultät überworfen, die seinen konsequenten Entnazifizierungskurs nicht mittrug. Während Degkwitz seine Übersiedelung in die USA vorbereitete, verschaffte er seinem Schüler eine Position an der Züricher Universitäts-Kinderklinik bei Guido Fanconi (1892–1979). Dort begann Bickels Karriere als Experte für angeborene Stoffwechselstörungen.

Die PKU ist eine autosomal-rezessiv vererbte Stoffwechselstörung, die in Deutschland heute etwa jedes 8000- bis 10.000ste Neugeborene betrifft. Die Krankheit beruht auf einem Gendefekt,⁵ der die Ausbildung eines bestimmten Enzyms (der Phenylalaninhydroxylase) verhindert. Dieses Enzym ist notwendig, um die in der alltäglichen Nahrung vorhandene Aminosäure Phenylalanin

Eine ausführliche Fassung dieses Beitrags erschien im Jahr 2010: Osten P (2010): Horst Bickel (1918–2000) und der Weg zur Therapie der Phenylketonurie. In: Hoffmann GF, Eckart WU, Osten P (Hg.): Entwicklungen und Perspektiven der Kinder- und Jugendmedizin. 150 Jahre Pädiatrie in Heidelberg, Mainz, S. 139–167.

¹ Vgl.: Theile H (2003): Erinnerungen an 35 Jahre Tätigkeit an der Universitätsklinik Leipzig (1959–1994): Eine ganz und gar subjektive Betrachtung. In: Kiess W, Riha O, Keller E (Hg.): 110 Jahre Universitätsklinik und Poliklinik für Kinder und Jugendliche in Leipzig, Basel, S. 78–90.

² Interview mit Susan Bickel am 4. Januar 2010.

³ Zu Degkwitz vgl. van den Bussche H (1999): Rudolf Degkwitz. Die politische Kontroverse um einen außergewöhnlichen Kinderarzt. In: Kinder und Jugendarzt 30, S. 425–443 und S. 549–556.

⁴ Zeugnis Degkwitz vom 14. Mai 1945, Universitätsarchiv Heidelberg.

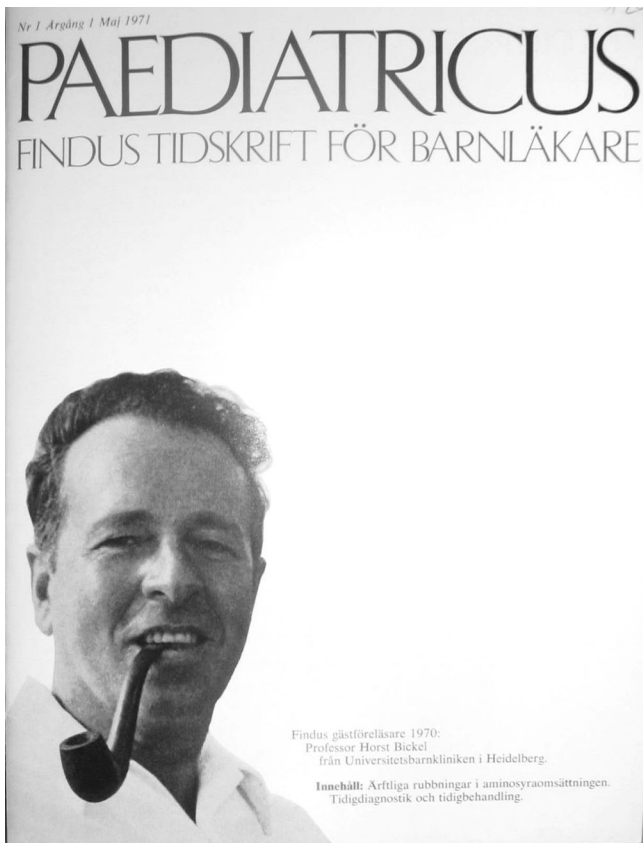


Abb. 19 ◀ Horst Bickel als Titelheld der Erstausgabe der schwedischen Zeitschrift *Paediatricus*, 1971. (© Nutricia GmbH, mit freundl. Genehmigung)

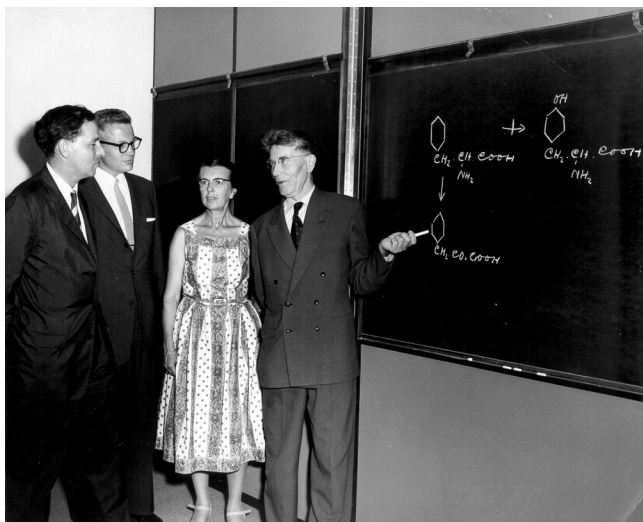


Abb. 20 ◀ Ivar Asbjørn Følling, der Erstbeschreiber der PKU (rechts) erklärt Horst Bickel (links) anhand von Strukturformeln, wie aus Phenylalanin Phenylbrenztraubensäure wird, weil die Umwandlung in Tyrosin blockiert ist. (© Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Heidelberg [Bildarchiv], mit freundl. Genehmigung)

in Tyrosin zu verwandeln. Zum einen fehlt den Patienten die lebenswichtige Aminosäure Tyrosin, zum anderen

⁵ Zum Mechanismus des Faltungsdefekts vgl.: Gersting SW, Kemter KF, Staudigl M, Messing DD, Danecka MK, Lagler FB, Sommerhoff CP, Roscher AA, Muntau AC (2008): Loss of Function in Phenylketonuria Is Caused by Impaired Molecular Motions and Conformational Instability. In: The American Journal of Human Genetics 83, S. 5–17.

sammelt sich Phenylalanin an, das zu Phenylbrenztraubensäure abgebaut wird (Abb. 20). Diese wiederum schädigt die Myelinscheiden des Nervengewebes so vehement, dass eine zunehmende geistige Retardierung bzw. eine Entwicklungsverzögerung eintritt, die die selbstständige Lebensgestaltung des Betroffenen unmöglich macht. Bickels Behandlungskonzept bestand darin, eine

Nahrung herzustellen, die kein Phenylalanin enthielt. Durch die Ausschaltung der schädlichen Noxe bzw. ihrer Vorläufersubstanzen sollte der Pathomechanismus der PKU umgangen werden. Der Weg dahin wurde jedoch erst durch wissenschaftliche Nachweismethoden und Vergleichsuntersuchungen geebnet, an deren Entwicklung Bickel erheblichen Anteil hatte.

Papierchromatographie

Bereits mit seiner dritten Publikation als Assistenzarzt in Zürich, eingereicht am 20. Juli 1949, hatte Bickel sein Forschungsfeld gefunden. Sie behandelte ein Verfahren zur Sichtbarmachung von Aminosäuren und trug den Titel „Einführung in die Papierchromatographie“.⁶

Dieses Nachweissystem, das Bickel mit großem Erfolg nutzen sollte, stammte aus der Bekleidungsindustrie. Das internationale Wollsekretariat, ein Zusammenschluss neuseeländischer, australischer und südafrikanischer Schafzüchter, sah sich durch die Neuentwicklung von Kunstfasern unter Druck gesetzt.⁷ Mit Stipendien förderte es deshalb seit 1938 die Entwicklung von Methoden, mit denen die Zusammensetzung von Wolle untersucht werden sollte. Mit der Papierchromatographie gelang es den Chemikern Richard L.M. Synge (1914–1994) und Archer J.P. Martin (1910–2002) 1941 erstmals, die Art und die annähernde Menge der in Wolle enthaltenen Aminosäuren zuverlässig zu typisieren – eine Grundlagenforschung, für die sie 1952 den Nobelpreis erhielten. Im Jahr 1947 machte der Londoner Arzt Charles E. Dent (1911–1976) die Methode durch die in der Zeitschrift *Nature* veröffentlichte Analyse einer Kartoffel populär; er führte vor, dass sich praktisch alle biologischen Materialien mithilfe der Methode typisieren ließen.⁸ Dent hatte mit seinen Arbeiten zum Stoffwechsel unmittelbar nach Ende

⁶ Herrmann F, Bickel H, Fanconi G (1949): Einführung in die Papierchromatographie. In: *Helvetica Paediatrica Acta* 5, S. 397–414.

⁷ Synge RL (1964): Applications of Partition Chromatography. In: *Nobel Lectures. Chemistry 1942–1962*. Amsterdam, S. 374–387.

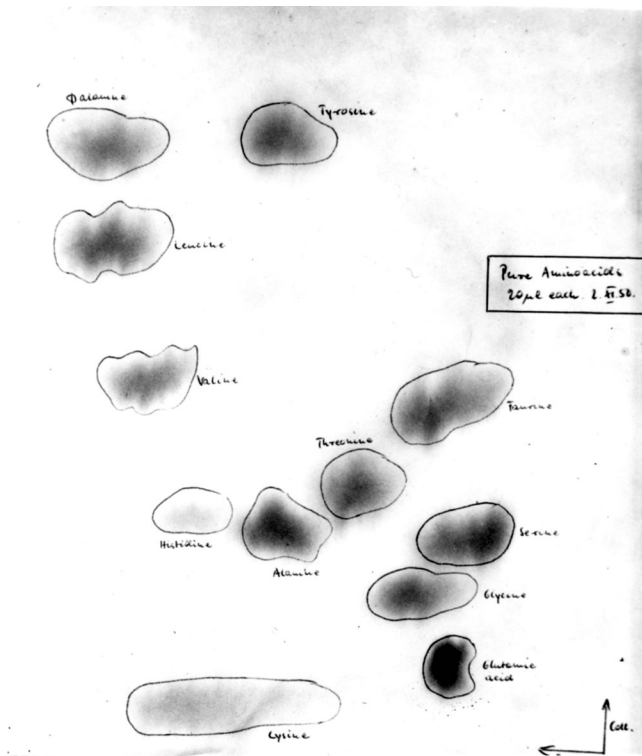


Abb. 21 ◀ Dents Fleckenkarte der häufigsten Aminosäuren, die Bickel für seine Untersuchungen nutzte. (© Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Heidelberg [Bildarchiv], mit freundl. Genehmigung)

des Zweiten Weltkriegs begonnen, als er als Experte für Mangelernährung die ehemaligen Insassen des Konzentrationslagers Bergen-Belsen betreute.⁹ Der wichtigste Schritt zur alltäglichen Anwendung im klinischen Labor war getan, als Dent eine Mustertafel erstellte, mit deren Hilfe Aminosäuren anhand ihrer Position auf dem Filterpapier identifiziert werden konnten.¹⁰ Mit dieser Karte (▣ **Abb. 21**), die sein Freund Bickel liebevoll „Fleckentafel“ nannte,¹¹ hatte Dent ein universelles Referenzsystem für die Papierchromatographie geschaffen und

das Verfahren zugleich standardisiert. Im selben Jahr führten Fanconi und Bickel seine Methode an der Züricher Kinderklinik ein.

Das Prinzip der Nachweismethode ist denkbar einfach: 1 Tröpf. der zu untersuchenden Flüssigkeit (Urin oder proteinfreies Blutplasmafiltrat) wird am Rand eines Filterpapiers aufgebracht. Der Rand des Papiers wird in ein Lösungsmittel (Phenol-Wasser-Gemisch) getaucht, das die in der Flüssigkeit enthaltenen Aminosäuren langsam über das Blatt transportiert. Jedes Molekül wandert seinem Gewicht und seiner Ladung entsprechend mit einer eigenen Geschwindigkeit. Nachdem der Prozess abgelaufen ist, wird das Papier getrocknet, und die Aminosäuren werden mithilfe eines Reagens (z. B. Ninhydrin) angefärbt. Eine weitere Trennung der Aminosäuren konnte in einem zweiten Lauf mit Collidin-Lutidin-Wasser erzwungen werden, das man im rechten Winkel zum ersten Lösungsmittel applizierte.

Ein Chromatogramm ist, darauf hat Hans-Jörg Rheinberger hingewiesen, kein Abbild wie etwa eine Fotografie oder ein Röntgenbild und kein Indikator wie ein sich färbendes Lackmuspapier,

sondern es ist ein Präparat. Es können hier nicht nur die Makromoleküle der Aminosäuren für das bloße Auge sichtbar gemacht werden, sondern die gesamte Technologie des Experiments befindet sich gemeinsam mit ihnen auf dem Filterpapier.¹²

Zeitgleich mit seiner Veröffentlichung zum Gebrauch der Papierchromatographie als Methode im klinischen Alltag überprüfte Bickel gemeinsam mit Fanconi ein Krankheitsbild, das Fanconi bereits in den frühen 1930er-Jahren als „nephrotische Form der renalen Glucosurie“ beschrieben hatte und das zu Erbrechen, Hepatomegalie und zu rachitischen Symptomen führte.¹³ Eine erbliche Komponente wurde diskutiert, die Familie des ersten untersuchten Kindes stammte aus einem entlegenen Bündner Dorf, und Bickel spürte in akribischer Anamnese die Verwandtschaftsbeziehungen der Eltern auf. Mithilfe der Papierchromatographie gelang die Klassifizierung der über den Urin ausgeschiedenen Aminosäuren. Bereits in den frühen 1960er-Jahren etablierte sich in Lehrbüchern und internationalen Publikationen der Name Fanconi-Bickel-Glykogenose für das äußerst seltene Krankheitsbild. Die Benennung mit dem Eponym Fanconi-Bickel macht deutlich, dass die Befunde der Papierchromatographie als hinreichende Kriterien für die Beschreibung einer Krankheitsentität anerkannt wurden.

Noch 1949 hielt Bickel das später nach Fanconi und ihm benannte Syndrom für „das einzige Krankheitsbild, bei dem es zu einer chronischen Aminoacidurie kommt.“¹⁴ Er irrte. Allein in den folgenden 3 Jahren sollten 17 weitere chronische Aminoacidurien beschrieben werden. Aminoacidurien, also die

⁸ Dent, CE, Stepka W, Steward FC (1947): Detection of the Free Amino-Acids of Plant Cells By Partition Chromatography. In: Nature 160, S.682–683.

⁹ Neuberger A (1948): Charles Enrique Dent. 25. August 1911–19. September 1976. In: Biographical Memoirs of Fellows of the Royal Society. Bd 24 (Nov. 1978), S. 15–31.

¹⁰ Dent, CE (1948): A study of the behaviour of some sixty amino-acids and other ninhydrin-reacting substances on phenol-collidine filter-paper chromatograms, with notes as to the occurrence of some of them in biological fluids. In: Biochemical Journal 43, S. 169–180.

¹¹ Bickel H (1955): Habilitationsschrift an der Universität Marburg vom 11. Mai 1955. Maschinenschriftliches Manuskript, S. 5. Bickel-Archiv der Firma SHS, Heilbronn.

¹² Rheinberger H-J (2006): Epistemologie des Konkreten. Studien zur Geschichte der modernen Biologie. Frankfurt, S. 346.

¹³ Fanconi G (1931): Die nicht diabetischen Glykosurien und Hyperglykämien des älteren Kindes. In: Jahrbuch für Kinderheilkunde und physische Erziehung 133, S. 257–300. Heute ist bekannt, dass die auch Glykogenose Typ 6 genannte Krankheit auf einem autosomal rezessiv vererbten, sekundären Phosphoglucomutase-Mangel beruht, der aus einem Defekt des Monosaccharid-Membrantransportes resultiert. 1996 wurde der Genlocus 3q26.1–q26.3 (Glut 2 Gen) identifiziert.

Ausscheidung von Aminosäuren über den Urin, sollten zum Gegenstand von Bickels Ph.D.-These, seiner Habilitationsschrift und zu seinem wichtigsten Forschungsgebiet überhaupt werden. Innerhalb von nur einer Dekade sollte die neu etablierte Methode der Papierchromatographie das Verständnis von angeborenen Stoffwechselkrankheiten vollkommen neu strukturieren und sowohl die Pädiatrie als auch die internationale Gesundheitspolitik vor neue Aufgaben stellen.¹⁵

Phenylketonurie

Der nächste Schritt seiner Karriere führte Bickel nach Birmingham. Mit seiner Verlobten, Stella Margaret Hood Barrs, mit der er seit seiner Tuberkuloseerkrankung in der Schweiz lebte, hatte er bereits 2 Kinder. „1949 siedelte ich mit meiner Familie nach England über, um Sprache und Land meiner aus England gebürtigen Frau kennen zu lernen“,¹⁶ schrieb er in einem Lebenslauf. Die Gruppe jener Biologen und Mediziner, die sich mit der Anwendung der Papierchromatographie auskannten, war klein und intim, und Bickel ging direkt dorthin, wo die Methode für die klinische Diagnostik zur Marktreife gebracht worden war: in Dents chromatographische Abteilung an der Universität London. Dent allerdings begann damals, sich intensiv mit dem Vitamin-D-Mangel und mit dem Kalziummetabolismus zu befassen und überließ das Feld der Aminoacidurien seinem Freund Bickel. In seinen biochemischen Vorarbeiten hatte Dent unterschiedliche Substanzen auf ihren Gehalt an Aminosäuren geprüft. Eine Bestandsaufnahme an gesunden Individuen, mit deren Hilfe Normwerte und eine daraus ableitbare

Schwelle für pathologische Aminosäurenspiegel in Blut und Urin hätte definiert werden können, lag zu diesem Zeitpunkt noch nicht vor.

Um diese aufwendige Untersuchung scheint sich Bickel in Birmingham ähnlich offensiv bemüht zu haben wie zuvor bei Fanconi in Zürich. Der bereits emerierte Sir Leonard Parsons (1879–1950) und sein Nachfolger James McClure Smellie (1893–1961) gaben ihm Gelegenheit, das Forschungsfeld eigenständig an der Universitäts-Kinderklinik Birmingham zu etablieren.

Die ersten 200 Probanden waren gesunde Kinder einer Freiluftschule in Birmingham, die Bickel und seinem Team Harnproben, die vor dem ersten Frühstück gewonnen worden waren, zur Untersuchung überließen.¹⁷ Fünfzig weitere Proben von Säuglingen und Kleinkindern sammelte er in Kindergärten und Privathaushalten.

Unter den Kindern mit starker Entwicklungsverzögerung und mentaler Retardierung, die an der Universitätsklinik Birmingham behandelt wurden, fanden Bickel und seine Kollegen, die pensionierte Biochemikerin Evelyn Hickmans (1883–1972)¹⁸ und der Kinderarzt John W. Gerrard (1916–2013),¹⁹ bei der Suche nach Aminoacidurien ein 2-jähriges Mädchen, bei dem das Papierchromatogramm einen dicken Phenylalaninfleck zeigte. Die kleine Tochter irischer Einwanderer, Sheila, zeigte kein Interesse an ihrer Umgebung, reagierte nicht auf die Ansprache der Mutter und hatte die für unbehandelte PKU-Patienten typi-

schon struppigen Haare, Gesichtsekzeme und den charakteristischen, von Phenylbenztraubensäure herrührenden Mäusegeruch. Die Mutter des Kindes teilte den Enthusiasmus der Forscher für den chromatographischen Befund nicht. Eine Diagnose ohne Aussicht auf eine Therapie erschien ihr nutzlos. Rückblickend schilderte Bickel seine Begegnungen mit der verzweifelten Frau: „She waited for me every morning before the laboratory door, making quite clear that treatment was what she wanted for her child, not fancy investigations.“²⁰

Dem von Erfolg verwöhnten Forscher wurde klar, dass er es nicht bei der papierchromatographisch bestätigten Diagnose (■ **Abb. 22**) belassen konnte.

Zunächst hielten Hickmans und Bickel die Herstellung einer phenylalanin-freien Nahrung für unmöglich, doch dann machte sie Louis I. Wolf vom Great Ormond Street Hospital in London auf ein Verfahren aufmerksam, bei dem Milcheiweiße (Kasein) mithilfe von Aktivkohle hydrolysiert wurden. Bei niedriger Umgebungstemperatur spalteten sich in einem langwierigen Prozess Phenylalanin, Tryptophan und Tyrosin ab: Das Verfahren stammte aus Forschungen zur Ernährungssubstitution bei Hungernden nach dem Zweiten Weltkrieg. Hickmans und Bickel waren in den folgenden Wochen an ihren dicken Wollpullovern und kohlegeschwärzten Laborkitteln zu erkennen,²¹ bis die Fa. Allen and Hanburys Ltd. ein phenylala-

¹⁴ Herrmann F, Bickel H, Fanconi G (1949): Einführung in die Papierchromatographie. In: *Helvetica Paediatrica Acta* 5, S. 397–414, dort S. 397.

¹⁵ Zu den politischen Implikationen, die sich aus der Erfassung und Therapie der Phenylketonurie im internationalen Kontext ergaben, vgl. Paul DB (1998): *The Politics of Heredity. Essays on Eugenics, Biomedicine, and the Nature-Nature Debate*, New York, S. 173–187.

¹⁶ Lebenslauf Horst Bickel vom 8. Dezember 1954. Universitätsarchiv Heidelberg.

¹⁷ Bickel H (1955): Aminoacidurien und Mellituriem im Kindesalter. *Med. Habilitationsschrift*, Marburg.

¹⁸ Hickmans galt als „eine wundervoll inspirierende Persönlichkeit, deren Laboratorium ein Ort war, an dem sich Menschen unterschiedlicher Fachrichtungen trafen, um zu reden und um neue Ideen zu entwickeln“. C.G.P (1972): Evelyn M. Hickmans (Obituary). In: *British Medical Journal* 5797, S. 449. Zu Hickmans, vgl. auch Rayner-Canham M; Rayner-Canham G (2008): *Chemistry was their life. Pioneering British women chemists, 1880–1949*, London, S. 198–199.

¹⁹ Gerrard zog 1955 nach Kanada, wo er zum Gründungsdirektor des Department of Pediatrics der neuen Medizinischen Fakultät der Universität Saskatchewan berufen wurde.

²⁰ Bickel H (1980): Phenylketonuria. Past, Present, Future. In: *Journal of Inherited Metabolic Disease* 3, S. 123–132, hier S. 124.

²¹ So schildert es Jean Koch in ihrem kurzweiligen Buch: Koch JH (1997): *Robert Guthrie. The PKU Story. A Crusade against Mental Retardation*. Pasadena (CA), S. 22. Ein weiteres populärwissenschaftliches Buch zum Thema: Schwartz Cowan R (2008): *Heredity and Hope. The Case for Genetic Screening*, Cambridge (Mass), S. 121. Zu PKU und Screening im Kontext der Diskursanalyse genetischer Diagnostik vgl. Waldschmidt A (1996): *Das Subjekt in der Humangenetik. Expertendiskurse zu Programmatik und Konzeption der genetischen Beratung 1945–1990*, Münster, S. 92. Vgl. auch Linde S (2005): *Moments of truth in genetic medicine*, Baltimore, S. 32. Sowie: Weingart P; Kroll J, Bayertz K (1988): *Rasse, Blut und Gene. Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland*. Frankfurt/M., S. 652.

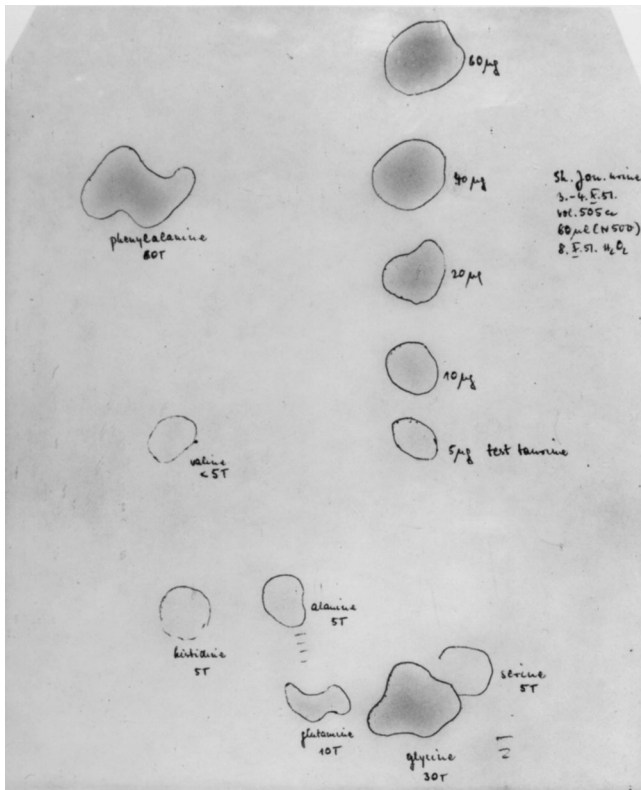


Abb. 22 ◀ Papierchromatogramm der ersten Patientin vor Beginn der Behandlung mit phenylalanin armer Nahrung, Oktober 1951. (© Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Heidelberg [Bildarchiv], mit freundl. Genehmigung)

ninarmes Hydrolysat nach ihrem Rezept herstellte.²² Einen Ausschnitt aus Bickels privater Sammlung phenylalanin armer Nahrung zeigt **Abb. 23**.

Die Methode, Kasein auf Aktivkohle zu hydrolysieren, reproduzierte das Prinzip der Papierchromatographie. Die Eiweiße trennten sich auf einem Trägermedium. Molekularbiologische Therapie und Diagnostik der PKU beruhten also auf ein und demselben Verfahren.

Nachdem die korrekte Menge der zu substituierenden Aminosäuren – Phenylalanin blieb auch für PKU-Patienten eine essenzielle Aminosäure, v. a. Tyrosin musste ersetzt werden – feststand, verbesserte sich der Zustand des Kindes. Und er verschlechterte sich rapide, als Bickel probeweise, ohne Wissen der Eltern, der Ersatznahrung erneut tagesübliche Phenylalanindosen hinzufügte. Die Mutter erkannte die Bedeutung der Versuche und willigte ein, das Kind für eine Versuchsreihe stationär aufnehmen zu lassen, bei der die phenylalaninarme Nahrung zu-

nächst verabreicht und dann mit drastisch sichtbaren Folgen 5 g Phenylalanin täglich addiert wurden. Die Verschlechterung war so dramatisch, dass Bickel den Versuch nach wenigen Tagen abbrach. Das Mädchen benötigte gut 3 Wochen, um wieder zu dem Status zurückzukehren, den es zuvor unter der phenylalanin armen Kost erreicht hatte. Stolz zitierte Bickel in seiner Ph.D.-Arbeit aus einem Brief der Mutter, in dem sie die Fortschritte schilderte:

*Since Sheila returned home from hospital, her eyes seem brighter and livelier than before. She makes noises, as if she wants to talk. She begins to notice when her name is called whereas before she seemed deaf. She is interested in all food, crawls to pick up a biscuit from the floor and puts it in her mouth. This is the first time she has done this.*²³

Für ihre Entdeckung erhielten Bickel, Hickmans und Gerrard die „John Scott Medal for contributions to the com-

fort, welfare and happiness of mankind“ (**Abb. 24**).²⁴

Das diätetische Behandlungsprinzip von Hickmans, Bickel und Gerrard eröffnete einen grundsätzlich neuen Weg zur Behandlung vieler Stoffwechselerkrankungen – nicht nur der PKU. Das macht dieses Prinzip zu einer generell bedeutsamen, therapeutischen Innovation.²⁵

Sheila Jones (1950–1999) sollte trotz der Behandlung, die ihren Zustand wesentlich verbesserte und den Krankheitsprozess stoppte, bleibende Schäden zurückbehalten. Bereits wenige Wochen nach der Geburt hatte die Ernährung mit Muttermilch ihr Nervengewebe unwiederbringlich zerstört. Die Arbeit der folgenden Jahre orientierte sich an 2 Zielen: Es musste ein diagnostisches Verfahren entwickelt werden, um Kinder mit PKU rechtzeitig zu erkennen, und die Herstellung der Ersatznahrung musste verbessert werden.

Bickel nahm diese Forschungsfelder mit nach Marburg, wo sich seine mittlerweile 6-köpfigen Familie 1955 niederließ. Der Ph.D.-Status hätte zur Folge gehabt, dass der Arzt Bickel in England nur für die Forschung und nicht in der Patientenversorgung hätte arbeiten können. Die an deutschen Universitäten gebotene Einheit von Forschung, Lehre und Klinikalltag schien ihm verlockender als die Aussicht, nur im Labor tätig zu sein. Den Wechsel aus England erkaufte er sich mit der Subordination unter einen autoritären Ordinarius. Immerhin gestattete ihm Friedrich Linneweh (1908–1992), sich noch 1955 zu habilitieren. Doch störten Linneweh das öffentliche Engagement für ein allgemeines Screeningprogramm und die rasch wachsende Bedeutung, die Bickel in gesundheitspolitischen Richtungsdebatten erhielt. Das Klima zwischen den beiden wurde nicht dadurch entspannt, dass ihre beiden Familien in unmittelbarer Nachbarschaft zu-

²² Bickel H, Gerrard J, Hickmans EM (1953): Influence of Phenylalanin Intake on Phenylketonuria. In: The Lancet 265 (1953), S. 812–813.

²³ Bickel H (1953): Aminoaciduria in Childhood (Ph.D. thesis), Birmingham, S. 43.

²⁴ Rayner-Canham M, Rayner-Canham G (2008) [wie Anm. 18], S. 199. Weniger klangvolle Auszeichnungen Bickels waren unter anderem das Bundesverdienstkreuz, die Mitgliedschaft im Royal College of Physicians und in der Leopoldina und der Heubnerpreis der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde.

²⁵ Mitteilung von Walter Nützenadel am 20. Januar 2010.



Abb. 23 ▲ Bickels private Sammlung phenylalanin armer Nahrung aus Ost- und West. (© Philipp Osten, mit freundl. Genehmigung)



Abb. 24 ▲ Gerrard, Hickmans und Bickel (*von li.*) bei der Verleihung des *John Scott Award*. (© Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Heidelberg [Bildarchiv], mit freundl. Genehmigung)

einander wohnten und steife gesellschaftliche Kontakte unumgänglich waren.²⁶

Eine glückliche Wendung nahm die Einführung der Frühdiagnose der PKU durch das Engagement des US-amerikanischen Mikrobiologen Robert Guthrie (1916–1995). Guthries Sohn litt an einer ungeklärten geistigen Behinderung, was seinen Vater bewog, sich für Selbsthilfefverbände zu engagieren. Zum dritten Mal in der Geschichte der PKU nahm ein Elternteil entscheidenden Einfluss auf die Diagnose und die Therapie der Krankheit. Bereits Ivar Asbjørn Følling (1888–1964) war bei seiner Erstbeschreibung der PKU in den 1930er-Jahren von Borgny und Harry Egeland, den Eltern erkrankter Kinder, angespornt worden. Ähnlich erging es Bickel, der von Laura Jones mit Nachdruck aufgefordert wurde, ihre Tochter zu behandeln. Guthrie entwickelte einen simpel zu verarbeitenden Test, mit dem die PKU bereits in den ersten Lebenstagen nachgewiesen werden konnte. Als Bakteriologe wusste er, dass 2-Thienylalanin wachstumshemmend auf Bakterienkulturen wirkt und dass die bakterizide Wirkung der Substanz durch die Zugabe von Phenylalanin aufgehoben wurde. Der 1963 eingeführte (und bis 2005 beispielsweise in der

Schweiz übliche) Guthrie-Test funktioniert wie folgt: Neugeborenen wird am 5. Lebenstag an der Ferse 1 Tröpf. Blut abgenommen, der auf ein Filterpapier gegeben wird, das sich nach dem Trocknen problemlos an ein zentrales Labor schicken lässt. Dort wird das Filterpapier auf einen Nährboden mit 2-Thienylalanin und *Bacillus subtilis* gegeben. Wenn im Blut Phenylalanin vorhanden ist, beginnen die Bakterien zu wachsen. In diesen Fällen wurde die einsendende Klinik informiert. Der einzelne Test war billig, doch ein flächendeckendes Screening aller Neugeborenen durchzusetzen, erforderte harte Überzeugungsarbeit. Im Jahr 1966 erklärten sich zuerst die Bundesländer Nordrhein-Westfalen und Hessen bereit, das Programm zu finanzieren. Der Kalte Krieg und die durch ihn beförderte Konkurrenz um eine soziale Gesundheitsversorgung förderte die Verbreitung des Neugeborenen Screenings in der Bundesrepublik (flächendeckend 1971) und in der DDR, wo es Anfang 1969 unter dem Namen „Massensiebtestung“ eingeführt wurde.²⁷

Im Frühjahr 1967, wenige Wochen vor Bickels Berufung nach Heidelberg, hatte die Zeitschrift *Deutsches Ärzteblatt* die Einführung des Neugeborenen scree-

nings auf PKU mit Hinweisen auf eine US-amerikanische Debatte noch einmal massiv gefährdet. Der republikanische Arzt Samuel P. Bessman (1921–2011) hatte behauptet, die Zahl der angeblichen PKU-Fälle hätte sich durch das Screening von 1:40.000 auf 1:10.000 erhöht. Er bezweifelte, dass der Guthrie-Test tatsächlich nur behandlungsbedürftige Kinder identifiziere. Bickel und Woolf antworteten in Leserbriefen auf diesen Vorwurf, der die Durchsetzung des Screenings in Europa infrage stellte. Tatsächlich konnte der Guthrie-Test falsch-positiv sein, und er reagierte auch auf nichtpathologische Formen der PKU. Doch jedes Kind wurde intensiv nachuntersucht, bevor über die Zusammensetzung seiner Nahrung entschieden wurde. Die World Health Organization (WHO) nahm die Debatte zum Anlass, sich mit der ethischen Zulässigkeit von Screeninguntersuchungen zu befassen. Ihr 1968 veröffentlichter Report gab Richtlinien vor, die heute nur eingeschränkt befolgt werden: Laut WHO muss ein Screening u. a. billig und zuverlässig (nie falsch-negativ und selten falsch-positiv) sein. Die Krankheit, auf die gescreent wird, muss tatsächlich auch behandelbar sein.²⁸ All dies war bei der PKU und beim Guthrie-Test gee-

²⁶ Interview mit Susan Bickel am 4. Januar 2010, ähnlich äußerten sich Hans Helge und Walter Nützenadel.

²⁷ Machill G; Knapp A (1976): Zur Populationsgenetik der Phenylketonurie in der DDR. In: *Humangenetik* 31, S. 107–111.

²⁸ Wilson, JMG (1968): Jungner, G.: Principles and practice of screening for Disease (WHO Public Health Papers 34), Genf.

ben, der zum Prototyp des Neugeborenen-screensings werden sollte.

Bedrohlicher als der Hinweis auf falsch-positive Tests schien Bickel eine Bemerkung Bessmans, die auf die zukünftigen Kinder erfolgreich behandelte PKU-Patienten anspielte. In der Tat musste davon ausgegangen werden, dass diese Kinder mit einem Hirnschaden auf die Welt kämen, aber eben nur, wenn die Mutter während der Schwangerschaft keine phenylalaninarme Diät einhielt. Es war Bickel unverständlich, wie dies als Argument gegen ein Screening angeführt werden konnte, das Menschen vor irreparablen Hirnschäden bewahrte.²⁹ Bickel drängte die Landesregierungen, den Guthrie-Test flächendeckend einzuführen, jede Verzögerung um ein Jahr bedeute mehr als 100 lebenslang leidende Kinder. In Heidelberg war die große deutschlandweit geführte PKU-Verbundstudie, die zunächst von der Volkswagenstiftung, dann vom Bundesministerium für Forschung und Technologie gefördert wurde, ein Herzenskind Bickels. Sie erlangte Vorbildcharakter für viele spätere Multizenterstudien.³⁰

Mit Guthrie verband Bickel eine enge Freundschaft.³¹ Als der unkonventionelle Mikrobiologe im Sommer 1969 mit seiner Familie in 2 VW-Bussen um die Welt reiste, besuchte er auch Heidelberg. Nur in einer Nacht ließen sich die überzeugten Camper, die ihr Lager vor dem Wohnhaus der Bickels an der Heidelberger Uferstr. 42 aufgeschlagen hatten, in ein festes Gebäude locken. Gemeinsam verfolgten die Familien vor dem Fernseher die erste Mondlandung.³²

Resümee

Die Biografie Bickels zeigt, welche übertragende Bedeutung dem konsequenten Einsatz neuer Nachweismethoden zukommen kann. Die Etablierung der

Papierchromatographie gelang dank Teamgeist, Weltgewandtheit und einer von Empathie mit den Betroffenen und ihren Familien angetriebenen Ausdauer. Die Einführung des Neugeborenen-screensings als notwendige Voraussetzung für eine rechtzeitige Therapie war nur im internationalen Verbund politisch durchsetzbar.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. P. Osten

Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf Martinistr. 52, 20246 Hamburg, Deutschland p.osten@uke.de

Philipp Osten; Prof. Dr. med.; 1990–1992 Studium Neuere und Neueste Geschichte, Philosophie und Rechtswissenschaften in Bonn; 1992–1999 Studium der Humanmedizin in Berlin; 1999–2003 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Berliner Institut für Geschichte der Medizin; 2003 Promotion über das Berliner Oskar-Helene-Heim; 2003–2008 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung, Stuttgart; 2007–2015 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Geschichte und Ethik der Medizin in Heidelberg; Habilitation, 2015 Fellow am Marsilius-Kolleg, Institute for Advanced Study der Universität Heidelberg. Seit Oktober 2015 Kommissarischer Leiter des Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin und Direktor des Medizinhistorischen Museums in Hamburg; Mitglied der Historischen Kommission der DGKJ.

²⁹ Bickel H (1967): Phenylketonurie. Untersuchungsprogramm umstritten. In: Deutsches Ärzteblatt 64, S. 583.

³⁰ Mitteilung von Walter Nützenadel am 20. Januar 2010.

³¹ Susan Bickel berichtet von zahlreichen Besuchen der Familie Guthrie in Marburg.

³² Koch JH (1997) [wie Anm. 21], S. 113.

Anne Oommen-Halbach

Über die akademische Pädiatrie in Bonn in der Nachkriegszeit (1945–1960) und den dortigen Beginn der humangenetischen Forschung

„Ärztliches Helfen und wissenschaftliches Forschen haben sich in dieser lauterer Persönlichkeit in edler Harmonie verbunden. Eben diese seine Persönlichkeit wird über den Tod hinaus segensreich wirken, und sein Werk wird bleibender Besitz unserer Wissenschaft sein“, schrieb der nationalsozialistische (NS)-Rassenhygieniker Otmar Freiherr von Verschuer (1896–1969) in seinem Nekrolog in der von ihm herausgegebenen *Zeitschrift für menschliche Vererbungslehre und Konstitutionsforschung* 1957¹ über den kurz zuvor verstorbenen Chefarzt der Bonner Universitätskinderklinik Otto Julius Ullrich (1894–1957).² Dieser war 1943 auf den Lehrstuhl für Pädiatrie in Bonn berufen worden, den er – ohne Unterbrechung – bis zu seinem frühen Tod im 64. Lebensjahr innehatte.

Stellt man die Frage nach der Gewichtung von personeller Kontinuität und Neuanfang in der akademischen Pädiatrie in Bonn nach 1945, fallen – insbesondere im Hinblick auf das Direktorat Ullrichs – v. a. Kontinuitäten ins Auge. Für das Verständnis dieser Entwicklung ist der Blick auf die Jahre vor und nach 1933 hilfreich, denn auch das Jahr 1933 verursachte an der Bonner Kinderklinik kaum personelle Brüche. Während für die Geschichte der akademischen Pädiatrie in Bonn im „Dritten Reich“ eine detaillierte Untersuchung von Ralf Fors-

bach vorliegt,³ ist über ihre Nachkriegsgeschichte weit weniger bekannt; über die dortigen humangenetischen Forschungen finden sich in der Literatur kaum Hinweise.⁴

Im vorliegenden Beitrag interessieren nicht nur die wissenschaftlichen Aktivitäten des Klinikdirektors Ullrich in den Nachkriegsjahren, sondern auch diejenigen seines Assistenten und späteren Oberarztes Karl-Heinz Degenhardt (1920–1994). Als Quellenmaterial dienen Archivalien aus den Universitätsarchiven Bonn und Frankfurt a. M. sowie den Archiven der Geschäftsstelle der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG) in Bad Godesberg, der Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina Halle und der Max-Planck-Gesellschaft in Berlin.

Rückblick auf die Entwicklung der Kinderklinik von 1924 bis 1943

Im Gründungsjahr 1924 standen dem ersten Chefarzt der Kinderklinik Bruno Salge (1872–1924) 40 pädiatrische Betten zuzüglich 20 Betten für Kinder mit Infektionskrankheiten im Gebäude eines ehemaligen Priesterseminars zur Verfügung. Nach Salges unerwartetem Tod wurde Theodor Gött (1880–1934) berufen, un-

ter dessen Leitung (1924–1934) die Kinderklinik derart rasch expandierte, dass die Raumnot zum anhaltenden Problem wurde. Dieses Problem sollte erst unter Ullrich in den 1950er-Jahren nachhaltig gelöst werden.

Als Gött 1933 der Nationalsozialistischen Deutschen Arbeiterpartei (NSDAP) beitrug, war er der erste Ordinarius der Medizinischen Fakultät Bonn, der Parteimitglied wurde. Nach seinem Tod 1934 erfolgte die Ernennung des Nachfolgers unter Missachtung der fakultätseigenen Berufungsliste nach rein parteipolitischen Kriterien. So wurde die Leitung der Klinik von Hans Knauer (1895–1952) übernommen, der in seiner Antrittsvorlesung „Über die Bedeutung sowie die Aufgabe der Kinderheilkunde im neuen Staat“ NS-Ideologie und pädiatrische Tätigkeitsfelder miteinander verquickte.⁵ Das nun folgende 9-jährige Direktorat Knauers wurde durch fakultäts- und klinikinterne Streitigkeiten dominiert, die 1940 zur vorläufigen, 1943 zur endgültigen Dienstsuspendierung Knauers führten.⁶ Auch unter den nun eingesetzten kommissarischen Vertretungen Knauers besserte sich die Situation an der Kinderklinik nicht.

¹ Verschuer O (1957/58): Otto Ullrich: 7.1.1894–22.10.1957. In: *Zeitschrift für menschliche Vererbungslehre und Konstitutionsforschung* 34, S. 335–339, hier S. 339.

² Zu Ullrich vgl. Lebenslauf Otto Ullrich, PA 9934 (1/2), UA Bonn; Weicker HW (1992): Otto Ullrich (1894–1957). In: *Bonner Gelehrte. Beiträge zur Geschichte der Wissenschaften in Bonn. Medizin, Bonn (= 150 Jahre Rheinische Friedrich-Wilhelms-Universität zu Bonn)*, S. 339–349.

³ Forsbach R (2006): Die Medizinische Fakultät der Universität Bonn im „Dritten Reich“, Bonn, S. 163–195. Siehe auch Höpfner H-P (1992): *Bonner Krankenhausgeschichte. 175 Jahre Universitätskliniken, Bonn*, S. 87–95.

⁴ Vgl. Lentze MJ (2000): *Kinderklinik und Poliklinik – Allgemeine Pädiatrie*. In: Schott H (Hg.): *Universitätskliniken und Medizinische Fakultät Bonn. Festschrift zum 50jährigen Jubiläum des Neuanfangs auf dem Venusberg, Bonn*, S. 243–246, hier: S. 244.

⁵ Knauer H (1935): Über die Bedeutung sowie die Aufgaben der Kinderheilkunde im neuen Staat, in: *Ziel und Weg* 4, S. 85–92, siehe auch: Höpfner H-P (1999): *Die Universität Bonn im Dritten Reich. Akademische Biographien unter nationalsozialistischer Herrschaft, Bonn*, S. 298–301.

⁶ Die farbliche Manipulation von Patienten und Körpersekreten für den Studentenunterricht führte zu einem Dienststrafverfahren gegen Knauer. Vgl. Personalakte (PA) 4181 Hans Knauer, Universitätsarchiv (UA) Bonn; Forsbach R (2006) [wie Anm. 3], S. 169–172.



Abb. 25 ▲ Otto Julius Ullrich. (© Universitäts-Kinderklinik Rostock, mit freundl. Genehmigung)

Als der pädiatrische Lehrstuhl 1943 neu besetzt werden sollte, wurde das Beförungsverfahren vonseiten der Fakultät mit besonderer Sorgfalt vorbereitet. Das Reichserziehungsministerium entschied in diesem Fall für den ersten Wunsch der Fakultät und berief Ullrich, obgleich er der einzige gelistete Kandidat war, der nicht der NSDAP angehörte. Seine Berufung trotz fehlender Parteizugehörigkeit verdankte Ullrich – abgesehen von seiner unbestrittenen klinischen und akademischen Qualifikation – allerdings nicht nur dem Versagen seiner parteitreuen Vorgänger im Amt, sondern auch einem bereits 1936 einsetzenden hochschulpolitischen Kurswechsel: Zunehmend waren die NS-Wissenschaftsfunktionäre zu der Erkenntnis gelangt, dass eine primär politisch geleitete Personalpolitik unter weitgehender Missachtung akademischer Qualifikationen dem Wissenschaftssystem langfristig schade.⁷ Auf diese Weise erhielt die Bonner Universitätskinderklinik mit Ullrich nicht nur einen Pädiater, der das Ver-

trauen der Bevölkerung in die Klinik zurückzugewinnen und die Bonner Pädiatrie langfristig in ruhigere Fahrwasser führen sollte, sondern auch einen Chef, der nach 1945 politisch haltbar war.⁸

Otto Julius Ullrich und die unmittelbare Nachkriegszeit an der Bonner Kinderklinik

Ullrich (▣ Abb. 25) ist den Pädiatern v. a. durch das (auch) nach ihm benannte „Ullrich-Turner-Syndrom“ ein Begriff.⁹ Er begann seine pädiatrische Laufbahn am Dr. von Haunerschen Kinderspital München unter Meinhard von Pfaundler (1872–1947),¹⁰ der ihn weit über die ersten Assistentenjahre hinaus klinisch und wissenschaftlich prägen sollte. Unter ihm wurde Ullrich im Alter von 31 Jahren Oberarzt und Stellvertretender Direktor der Universitätskinderklinik, an der er insgesamt 13 Jahre tätig war. Es folgten Chefarztpositionen in Berlin (1934), Essen (1934–1939) und an der Universitätskinderklinik Rostock; hier übernahm er etwa zeitgleich mit Kriegsausbruch den Lehrstuhl für Pädiatrie (1939–1943).

Zum 1. Oktober 1943 erhielt Ullrich den Ruf nach Bonn, den er annahm, trotz der zu diesem Zeitpunkt bereits sehr häufigen Luftangriffe, denen die Kinderklinik auch schon bald zum Opfer fallen sollte. Bereits im Vorjahr war sie von einigen Bomben getroffen worden, doch konnte der Brand rechtzeitig gelöscht werden. Die verheerenden Angriffe im Oktober und Dezember 1944 machten schließlich die Verlegung sämtlicher Patienten an 2 provisorische Unterkünfte in Bornheim und Bonn-Oberkassel notwendig.

Mit dem Kriegsende begannen die Planungen für eine neue Kinderklinik, an denen Ullrich nicht nur als Direktor, sondern auch als Mitglied des Stadtrats

1945 beteiligt war. Bereits im Herbst 1945 wurde über die sog. Villa Windthorst in der Koblenzer Straße 119 als Standort einer neuen Kinderklinik nachgedacht. Doch erst im Februar 1950 wurden die Pläne verwirklicht und der Umbau so weit abgeschlossen, dass die bis dahin an den provisorischen Standorten versorgten Patienten wieder zusammengeführt werden konnten. Das Gebäude in der jetzigen Adenauerallee 119 (▣ Abb. 26 und 27) beherbergt bis heute die Bonner Kinderklinik.

Klinische Schwerpunkte und Forschungsfelder

Das inhaltliche Spektrum der wissenschaftlichen Arbeiten Otto Ullrichs war breit und umspannte dermatologische, infektiologische, hämatologische, ernährungswissenschaftliche, neurologische, endokrinologische und die damals so genannten erbpathologischen Fragestellungen der Pädiatrie.

Im Folgenden wird beispielhaft ein Forschungsfeld hervorgehoben, das erstmals in einem Aufsatz aus dem Jahr 1930 Niederschlag fand: In jenem Jahr publizierte Ullrich „Über typische Kombinationsbilder multipler Abartungen“¹¹. Vermutlich von Pfaundler angeregt, dessen phänogenetischer Ansatz bereits bei der erstmaligen Beschreibung der später nach ihm und seiner Schülerin benannten Mukopolysaccharidose (Pfaundler-Hurler-Syndrom) zum Tragen gekommen war, streifte er damit ein wissenschaftliches Thema, das ihn bis zu seinem Lebensende beschäftigen sollte und ihn nach dem Krieg mit den dann „humanogenetisch“ genannten Forschungsfeldern in Berührung kommen ließen.

Unter dem Begriff des „Kombinationsmusters multipler Abartungen“ beschrieb Ullrich Fehlbildungssyndrome mit Flügelfellbildungen am Hals (Pterygium colli), deren molekulargenetische Grundlagen zu diesem Zeitpunkt noch nicht nachgewiesen werden konnten. Um die Pathogenese dieser Fehlbildung dennoch zu erklären, übertrug Ullrich

⁷ Grüttner M (2010): Nationalsozialistische Wissenschaftler: ein Kollektivporträt. In: Grüttner M, Hachtmann R et al. (Hg.): Gebrochene Wissenschaftskulturen. Universität und Politik im 20. Jahrhundert, Göttingen, S. 149–165, hier: S. 163.

⁸ Die Mitgliedschaft Ullrichs in einigen NS-Verbänden spricht dennoch für einen gewissen Grad der Systemanpassung.

⁹ Vgl. Kollmann F (1992): Die Entdeckungsgeschichte des Ullrich-Turner-Syndroms, hg. von Eckert I und Hövels O, Hildesheim (= Frankfurter Beiträge zur Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Bd. 13), S. 36–39.

¹⁰ Vgl. Schleaf G (1976): Die Biographie des Meinhard von Pfaundler, Diss. med. München.

¹¹ Ullrich O (1930): Über typische Kombinationsbilder multipler Abartungen. In: Zeitschrift für Kinderheilkunde, 49, S. 271–276.



Abb. 26 ▲ Universitätskinderklinik Bonn in der Koblenzer Straße (heute Adenauerallee), 1952. (Landesarchiv NRW Abt. Rheinland, RWB 25672/4, Fotografie: Käthe Augenstein, © Stadtarchiv und Stadthistorische Bibliothek Bonn, mit freundl. Genehmigung)

die tierexperimentellen Ergebnisse der norwegischen Biologin Kristine Bonnevie (1872–1948) auf die Embryonalentwicklung beim Menschen. Bonnevie, deren Studien internationales Aufsehen erregt hatten, hatte im Mausmodell entwicklungsphysiologische Vorgänge mit Genwirkungen korreliert.¹² Das 1938 auch durch den amerikanischen Endokrinologen Henry Hubert Turner (1892–1970) beschriebene typische äußere Erscheinungsbild pädiatrischer Patienten mit Ullrich-Turner-Syndrom ging infolgedessen zunächst als „symmetrischer Status Bonnevie-Ullrich“ in die Literatur ein.¹³ Die molekulargenetische Aufklärung des Ullrich-Turner-Syndroms 1959,¹⁴ die die pathogenetische Hypothese Ullrichs endgültig widerlegte, sollte er nicht mehr erleben.

Am 26. November 1943 hielt Ullrich in der alten Aula der Bonner Universität seine Antrittsvorlesung über „Genetisch-entwicklungsphysiologische Pro-

¹² Vgl. Schwerin A (2004): Experimentalisierung des Menschen. Der Genetiker Hans Nachtsheim und die vergleichende Erbpathologie 1920–1945, Göttingen, S. 232.

¹³ Vgl. Barlow JB, Levin SE (1955): The Symmetrical Form of Status Bonnevie-Ullrich (Turner's Syndrome). In: British Medical Journal, April 9, S. 890–892.

¹⁴ Ford CE, Jones KW, Polani PW, de Almeida JC, Briggs JH (1959): A sex-chromosome anomaly in a case of gonadal dysgenesis (Turner's syndrome), in: The Lancet, April 4, S. 711–713.

blemstellungen in der Erbpathologie des Menschen“. In dieser Vorlesung umriss er nicht nur sein eigenes Forschungsgebiet, namentlich den sog. Status Bonnevie-Ullrich, sondern eröffnete ein weites wissenschaftliches Feld der sog. Konstitutionsforschung, für dessen Erhellung er der Pädiatrie eine besondere Bedeutung beimaß: „Jedem Menschen wird nur das in die Wiege gelegt, was aus ihm werden kann. Was aus einem Neugeborenen geworden ist, wenn er als Erwachsener das Steuer des Lebensschiffes selbst in die Hand nehmen muss, hängt in hohem Ausmaße von der Prägung der Gesamtkonstitution ab, die sich im Wesentlichen während der Kindheit vollzieht. So ist zu verstehen, daß wertvolle Beiträge auf dem Gebiete der Konstitutionsforschung von paediatrischer Seite geleistet werden konnten und geleistet worden sind.“¹⁵

Vor diesem Hintergrund erscheint es folgerichtig, dass Ullrich – nachdem die entbehrungsreichen ersten Jahre in Bonn

überstanden waren – humangenetische Forschungen an seiner Kinderklinik förderte.

Beginn der humangenetischen Forschung an der Kinderklinik Bonn

In seinem Leopoldina-Wahlvorschlag für Ullrich vom 21. Januar 1952 resümierte Hans Kleinschmidt (1885–1977) über die wissenschaftliche Bedeutung des vorgeschlagenen Kandidaten: „Insgesamt kann gesagt werden, dass Herr Professor Ullrich die Humangenetik in der Kinderheilkunde in bester Form vertritt und speziell auf diesem Gebiete Naturforschung und Medizin durch sachkundige Arbeiten in aner kennenswerter Weise in Verbindung gebracht hat.“¹⁶

¹⁵ Ullrich O (1943): Über genetisch-entwicklungsphysiologische Problemstellungen in der Erbpathologie des Menschen, Bonn, S. 4.



Abb. 27 ▲ Universitätskinderklinik Bonn in der Koblenzer Straße (heute Adenauerallee), 1952. (Landesarchiv NRW Abt. Rheinland, RWB 25672/9, Fotografie: Käthe Augenstein, © Stadtarchiv und Stadthistorische Bibliothek Bonn, mit freundl. Genehmigung)



Abb. 28 ▲ Karl Heinz Degenhardt. (© Universitätsarchiv Frankfurt a. M. mit freundl. Genehmigung)

Das wissenschaftliche Interesse Ullrichs zeigte sich nicht nur in seinen Publikationen, sondern fand auch Niederschlag in seinem Engagement als Vorstandsmitglied der 1949 neu gegründeten „Gesellschaft für Konstitutionsforschung“.¹⁷ Zudem gehörte Ullrich dem Beirat der von Verschuer herausgegebenen *Zeitschrift für menschliche Vererbungs- und Konstitutionsforschung* an. Darüber hinaus bildete er mit Fritz Lenz (1887–1976), Hans Nachtsheim (1890–1979) und von Verschuer das deutsche Vorbereitungskomitee für den 1. Internationalen Kongress für Humangenetik 1956 in Kopenhagen, an dem er allerdings nicht mehr persönlich teilnehmen konnte. Dass es außer diesen fachpolitischen Beziehungen auch freundschaftliche Bande zu dem stark NS-belasteten von Verschuer¹⁸ gab, beschrieb Heinz Weicker (1918–1991) eindrücklich in seinem Rückblick auf Ullrichs Wirken in Bonn.¹⁹ Zu dieser persönlichen und fachlichen Nähe zu

¹⁶ Hans Kleinschmidt am 21.1.1952, Archiv der Deutschen Akademie der Naturforscher Leopoldina Halle, MM 4757.

¹⁷ Vgl. Koch G (1985): Die Gesellschaft für Konstitutionsforschung. Anfang und Ende 1942–1965, Erlangen, S. 60–66.

den führenden Erbpathologen vor und nach 1945 passt auch, dass Ullrich an der Rehabilitierung des Bonner Psychiaters und Neurologen Kurt Pohlisch (1893–1955)²⁰ mitwirkte: Pohlisch war vom 30. Juli 1940 bis zum 6. Januar 1941 als Gutachter im Rahmen der sog. „Euthanasie“-Aktion „T4“ tätig gewesen, die zu Massentötungen psychiatrischer Patienten führte.²¹

Doch sollte sich Ullrichs Interesse an der Humangenetik auch auf die Personalaufstellung und die hieraus resultierende Forschung der Bonner Kinderklinik auswirken. Dies belegen insbesondere die wissenschaftlichen Tätigkeiten seines Assistenten und späteren Oberarztes Karl-Heinz Degenhardt (Abb. 28).²² Dieser hatte bereits während seines Medizinstudiums in Bonn die Vorlesungen des Psychiaters, Neurologen und Rassenhygienikers Friedrich Panse (1899–1973)²³ gehört, der seit 1936 die Rheinische Provinzialanstalt für psychiatrisch-neurologische Erbforschung in Bonn leitete und

¹⁸ Zu Verschuers beispielloser „Rehabilitierung“ nach den von ihm verantworteten NS-Verbrechen vgl. z. B. Weiss SF (2010): After the Fall. Political Whitewashing, Professional Posturing, and Personal Refashioning in the Postwar Career of Otmar Freiherr von Verschuer. In: Isis 101, S. 722–758; Sachse C (2002): „Persilscheinkultur“. Zum Umgang mit der NS-Vergangenheit in der Kaiser-Wilhelm/Max-Planck-Gesellschaft. In: Weisbrod B (Hg.): Akademische Vergangenheitspolitik. Beiträge zur Wissenschaftskultur der Nachkriegszeit, Göttingen, S. 217–246.

¹⁹ Weicker H (1992) [wie Anm. 2], S. 347–8.

²⁰ Vgl. Schmuhl H-W (2016): Die Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater im Nationalsozialismus, Berlin, Heidelberg, S. 303; Forsbach R (2006) [wie Anm. 3], S. 195. Zu Kurt Pohlisch (1893–1955) vgl. Forsbach (2006) [wie Anm. 3], S. 200–213, 629–640; Klee E (2012): Was sie taten – was sie wurden. Ärzte, Juristen und andere Beteiligte am Kranken- oder Judenmord, Frankfurt/M., S. 165–166.

²¹ Vgl. bspw.: Rotzoll M, Hohendorf G, Fuchs P, Richter P, Mundt C, Eckart WU (2010): Die nationalsozialistische „Euthanasie“-Aktion „T4“ und ihre Opfer. Geschichte und ethische Konsequenzen für die Gegenwart, Paderborn.

²² Vgl. Hammerstein N (2012): Die Johann Wolfgang Goethe-Universität Frankfurt am Main, Bd. 2, Nachkriegszeit und Bundesrepublik 1945–1972, Göttingen, S. 442–444.

²³ Zu Friedrich Panse (1899–1973) vgl. Forsbach, 2006 [wie Anm. 3], S. 213–216, 640–645; Klee (2012) [wie Anm. 19], S. 168.

wie Pohlisch seit Frühjahr 1940 als T4-Gutachter tätig war. Panse wurde der Doktorvater Degenhardts, der mit einer Schrift *Über die ontogenetischen Grundlagen der Extremitätenmissbildungen* am 5. April 1947 in Bonn promoviert wurde.

Am 1. Juli 1947 begann der 26-jährige Degenhardt als Assistent seine pädiatrische Ausbildung unter Ullrich in der Kinderklinik, an der er in den kommenden 10 Jahren Patientenversorgung und Forschung miteinander verband. Im Jahr 1950 ermöglichte ihm Ullrich einen einjährigen Forschungsaufenthalt am erbbiologischen und erbpathologischen Institut der Deutschen Forschungshochschule (seit 1953: Max-Planck-Institut) bei Nachtsheim²⁴ in Berlin-Dahlem, für das er ein Forschungsstipendium der DFG²⁵ erhielt. Der Zoologe und Humangenetiker Nachtsheim hatte sich in den 1930er-Jahren auf sog. erbpathologische Fragestellungen spezialisiert, für die er umfangreiche Tierexperimente an Kaninchen durchführte, zu denen auch Sauerstoffmangelversuche zählten. Seine Zucht umfasste zeitweise 15.000 Kaninchen. Von 1941 bis 1945 stand er der Abteilung für experimentelle Erbpathologie am Kaiser-Wilhelm-Institut für Anthropologie, menschliche Erblehre und Eugenik (KWI-A) in Berlin-Dahlem vor. Nachtsheim, der nicht Mitglied der NSDAP geworden war, galt als politisch weitgehend unbelastet und konnte daher seine Hochschulkarriere nach Kriegsende ohne Unterbrechung fortführen. Seine Abteilung für experimentelle Erbpathologie war die einzige „humangenetische“ Forschungsstätte, die nach 1945 weiterexistierte.²⁶ Die

²⁴ Zu Hans Nachtsheim (1890–1979) vgl. Schwerin A (2004) [wie Anm. 4].

²⁵ Vgl. Karteikarte Karl-Heinz Degenhardt, Blatt 1, DFG-Archiv Bad Godesberg; siehe auch Cottebrune A (2008): Der planbare Mensch. Die Deutsche Forschungsgemeinschaft und die menschliche Vererbungswissenschaft, 1920–1970, Stuttgart, S. 283–291.

²⁶ Vgl. Cottebrune A (2012): Die westdeutsche Humangenetik auf dem Weg zu ihrer universitären Institutionalisierung nach 1945 – zwischen Neuausrichtung und Kontinuität. In: Cottebrune A, Eckart WU (Hg.): Das Heidelberger Institut für Humangenetik: Vorgeschichte und Ausbau (1962–2012). Festschrift zum 50-jährigen Jubiläum, Heidelberg, S. 28–55, hier: S. 31.

Beschreibungen der Unterdruckversuche, die Nachtsheim an epilepsiekranken Kindern der Landesanstalt Brandenburg-Görden durchführte, haben allerdings dazu beigetragen, dass das Bild des vermeintlich NS-unbelasteten Wissenschaftlers im Rückblick infrage gestellt wurde.²⁷

Unter Nachtsheim begann Degenhardt 1950 seine tierexperimentellen Untersuchungen zur Entstehung angeborener Fehlbildungen. Hierzu versuchte er zunächst, durch den Einsatz von Mitosegiften wie Colchicin angeborene Fehlbildungen bei Kaninchen experimentell zu erzeugen und zu reproduzieren. Nachdem die Versuche mit Mitosegiften wenig signifikante Ergebnisse erzielten, führte Degenhardt Sauerstoffmangelversuche durch. Hierbei wurden trächtige Kaninchen im Reihenversuch in der zweiten Woche der Gravidität in einer Unterdruckkammer einem mehrstündigen Sauerstoffmangel ausgesetzt. Die in der Folge bei den Jungtieren zu beobachtenden Fehlbildungen betrafen v. a. die Wirbelsäule.²⁸ Die in Berlin-Dahlem begonnenen umfangreichen Versuche zur Teratogenese im Tierversuch führte Degenhardt seit 1951, unterstützt durch Sachbeihilfe der DFG, an der Bonner Kinderklinik fort.²⁹ Hier ließ Ullrich eigens für ihn ein „Tierversuchslaboratorium“ einrichten, an dem Degenhardt von 1951 bis 1957 forschte. Nachdem für die ersten Studien (1950/1951) noch der von Ullrich und von Pfaundler geprägte

Begriff der „multiplen Abartungen“ im Projekttitel der DFG-Forschungsprojekte auftauchte, lautete der Studientitel seit 1953 „Untersuchungen auf dem Gebiet chemisch-physikalisch ausgelöster Teratogenesen“; seit 1957 erfolgten unter Degenhardts Projektleitung im Speziellen Untersuchungen zur „O₂-Mangel-Teratogenese“.³⁰

Im Sommersemester 1957 habilitierte sich Degenhardt für das Fach medizinische Genetik, obgleich dieses Fach nicht als eigener Lehrstuhl an der Universität Bonn existierte.³¹ Unmittelbar nach seiner Habilitation wechselte er an das Institut für Humangenetik Verschuers, der bereits in das Habilitationsverfahren in Bonn involviert gewesen war, wenn er auch nicht – wie von Ullrich ange-regt – als Korreferent fungiert hatte.³² Am Münsteraner Institut, der zu diesem Zeitpunkt größten humangenetischen Forschungsstätte der Bundesrepublik, führte Degenhardt mit DFG-Mitteln die in Bonn begonnene Forschung zur experimentellen Teratogenese fort. Darüber hinaus beteiligte er sich am DFG-Schwerpunktprogramm „Entwicklungsphysiologie“. Seine dortige Tätigkeit unterbrach er 1959 für einen weiteren einjährigen Forschungsaufenthalt, diesmal am Roscoe B. Jackson Memorial Laboratory in Bar Harbor (Maine), USA.

Degenhardts Forschungstätigkeiten in diesen Jahren erschließen sich nicht nur aus den überlieferten DFG-Gutachten, sondern auch aus seiner Korrespondenz mit Nachtsheim, die ihre enge Forschungs Kooperation zwischen 1953 und 1961 belegt.³³

Die Betrachtung des humangenetischen Schwerpunkts an der Universitätskinderklinik Bonn in den 1950er-Jahren wäre nicht vollständig ohne die Nennung Weickers: Er hatte seine pädiatrische Ausbildung an der Universitätskinderklinik Heidelberg absolviert und sich dort insbesondere mit Fragen der pädiatrischen Hämatologie beschäftigt. Nach seinem Wechsel nach Bonn wandte er sich humangenetischen Fragestellungen zu; hierzu zählten Studien zur Vererbung der Osteopetrose und der Fanconi-Anämie. Darüber hinaus war Weicker mit Widukind Lenz (1919–1995) an der Aufklärung der Thalidomidembryopathie beteiligt.³⁴ Weicker übernahm nach Ullrichs Tod kommissarisch den Lehrstuhl für Pädiatrie bis zu dessen Neubesetzung durch Heinz Hungerland (1905–1987) im Jahr 1958.

Die wissenschaftliche Bedeutung der humangenetisch ausgerichteten Kinderheilkunde in Bonn zeigte sich 1960, als der Wissenschaftsrat empfahl, an allen medizinischen Fakultäten der Bundesrepublik Institute für Humangenetik einzurichten.³⁵ Zu den insgesamt 3 Pädiatern, die auf neu geschaffene humangenetische Lehrstühle³⁶ berufen wurden, zählten neben dem Hamburger Widukind Lenz³⁷ Karl-Heinz Degenhardt, der 1961 den Ruf auf den Lehrstuhl für Genetik der Universität Frankfurt erhielt, sowie Heinz Weicker, der 1964 Gründungsdirektor des Humangenetischen Instituts der Rheinischen Friedrich-Wilhelms-Universität in Bonn wurde.

²⁷ Vgl. Weindling PJ (2003): Genetik und Menschenversuche in Deutschland, 1940–1950. Hans Nachtsheim, die Kaninchen von Dahlem und die Kinder vom Bullenhuser Damm. In: Schmuhl H-W (Hg.): Rassenforschung an Kaiser-Wilhelm-Instituten vor und nach 1933, Göttingen, S. 245–274; Schwerin A (2004) [wie Anm. 4], S. 281–328.

²⁸ Vgl. Ullrich O, Gutachten zur Habilitationsschrift des Herrn Dr. Karl-Heinz Degenhardt, 31.12.1956 (MF-PA 40: Karl-Heinz Degenhardt, UA Bonn). Siehe auch: Degenhardt K-H (1954): Durch O₂-Mangel bedingte Fehlbildungen der Axialgradienten bei Kaninchen, in: Zeitschrift für Naturforschung 9b, S. 530–536; ders., (1956): Mißbildungskorrelationen durch Sauerstoffmangel im Tierexperiment. In: Die Naturwissenschaften 43, S. 525–526.

²⁹ Vgl. hschr. Lebenslauf Karl-Heinz Degenhardt, 12.12.1956, MF-PA 40: Karl-Heinz Degenhardt, UA Bonn.

³⁰ Vgl. Karteikarte Karl-Heinz Degenhardt, Blatt 1–2, DFG-Archiv Bad Godesberg.

³¹ Vgl. das Schreiben Verschuers anlässlich der Habilitation Degenhardts vom 13.11.1956: „Herr Degenhardt möchte sich für das Fach der ‚Medizinischen Genetik‘ habilitieren. Solange diese Fach in Bonn nicht, wie hier in Münster, durch einen eigenen Lehrstuhl vertreten ist, möchte ich Herrn Ullrich als Vertreter meiner Wissenschaft ansehen – ...“, MF-PA 40: Karl-Heinz Degenhardt, UA Bonn.

³² Vgl. Otto Ullrich an Robert Janker, 26.11.1956, MF-PA 40: Karl-Heinz Degenhardt, UA Bonn.

³³ Archiv zur Geschichte der Max-Planck-Gesellschaft, Berlin, Nachlass Hans Nachtsheim, Abt. III, Rep. 20A. Eine weiterführende Untersuchung dieser Korrespondenz ist in Arbeit.

³⁴ Vgl. MF-PA 406 Heinz Weicker, UA Bonn.

³⁵ Empfehlungen des Wissenschaftsrates zum Ausbau der wissenschaftlichen Einrichtungen, Tübingen 1960.

³⁶ Zwischen 1961 und 1980 wurden insgesamt 21 Lehrstühle für Humangenetik an Hochschulen der BRD neugeschaffen. Vgl. Cottebrune A (2012) [wie Anm. 24], S. 49–50.

³⁷ Widukind Lenz (1919–1995), der Sohn des NS-Rassenhygienikers Fritz Lenz, arbeitete seit 1952 als Oberarzt an der Eppendorfer Kinderklinik Hamburg, bis er 1961 einen Ruf auf den Lehrstuhl für Humangenetik der Universität Hamburg erhielt. 1965 wurde er Verschuers Nachfolger am Institut für Humangenetik in Münster. Vgl. Klee E (2012): Das Personenlexikon zum Dritten Reich. Wer war was vor und nach 1945, Koblenz, S. 367.

Resümee

Die wissenschaftliche, personelle und räumliche Entwicklung der Bonner Kinderklinik in der Nachkriegszeit wurde durch ihren Direktor Otto Ullrich maßgeblich geprägt. Sein wissenschaftliches Interesse an humangenetischen Fragestellungen, das er bereits während seiner pädiatrischen Ausbildung am Dr. von Haunerschen Kinderspital in München entwickelte, führte nach 1945 zum Ausbau eines neuen wissenschaftlichen Schwerpunkts an der Bonner Kinderklinik. Ullrichs Schüler Degenhardt implementierte tierexperimentelle humangenetische Forschungen in Bonn, deren Methodik er bei Nachtsheim erlernt hatte, mit dem ihn seitdem eine enge Forschungskooperation verband. Für Degenhardts Reihenversuche am Kaninchen zur Erforschung der Missbildungsentwicklungen in der Gravidität, die von der DFG seit 1951 gefördert wurden, ließ Ullrich ein Tierversuchslabor in der Kinderklinik einrichten. Dies geschah zu einem Zeitpunkt, in dem die universitäre Disziplin „Humangenetik“ in Deutschland kaum in Erscheinung trat, da die Institute, die sich vor 1945 der NS-Rassenhygiene verschrieben hatten, nach dem Krieg ihre Daseinsberechtigung verloren hatten. An anthropologischen Instituten wurden nach dem Krieg mit eingeschränkten Mitteln dennoch humangenetische Forschungen durchgeführt. Daneben gab es auch andere klinische Einrichtungen, an denen die Schüलगeneration oftmals NS-belasteter Wissenschaftler genetische Forschungen betrieb und damit den Aufschwung der universitären Disziplin in den 1960er-Jahren in der BRD vorbereitete. Dies zeigt beispielhaft der wissenschaftliche Werdegang des Pädiaters und Humangenetikers Degenhardt. Eine weiterführende Untersuchung seiner Forschungsansätze, die sich thematisch auf der Schwelle von der Pädiatrie zur Humangenetik bewegen, erscheint damit nicht nur für die Nachkriegsgeschichte der akademischen Pädiatrie in Bonn von Interesse. Sie verspricht zugleich Einblicke in die Disziplinengeschichte der Humangenetik der frühen Bundesrepublik in einer „Übergangsphase“ zwischen

NS-überschatteter klassischer Eugenik und einer bis heute molekulargenetisch dominierten Humangenetik.³⁸ Ein erster Brückenschlag wurde hiermit versucht.

Korrespondenzadresse

Dr. A. Oommen-Halbach

Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Universitätsstraße 1, 40225 Düsseldorf,
Deutschland
anne.oommen-halbach@uni-duesseldorf.de

Anne Oommen-Halbach, geb. 1972 in Schwerte, Medizinstudium in Münster und Witten/Herdecke, Facharzt Ausbildung für Kinder- und Jugendmedizin in Bonn und Hamburg. Seit 2012 ist sie wissenschaftliche Mitarbeiterin am Medizinhistorischen Institut der Universität Bonn, seit 2016 am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.

Danksagung. Ich danke Frau Jutta Buchin, die mir die Einsichtnahme in die umfangreiche Korrespondenz zwischen Nachtsheim und Degenhardt im Archiv der Max-Planck-Gesellschaft durch Kopien ermöglicht hat. Für die Bereitstellung von Bildern danke ich Herrn PD Dr. Michael Maaser vom Universitätsarchiv Frankfurt, Herrn Tim Glander vom Stadtarchiv Bonn und Herrn Dr. Michael Meusch vom Landesarchiv Nordrhein-Westfalen. Für die Hilfe bei der Recherche danke ich Herrn Dr. Walter Pietrusiak (Archiv der DFG-Geschäftsstelle Bad Godesberg) und den Mitarbeitern des Bonner Universitätsarchivs.

³⁸ Kröner H-P (1997): Von der Eugenik zum genetischen Screening: Zur Geschichte der Humangenetik in Deutschland. In: Petermann F, Wiedebusch S, Quante M (Hg.): Perspektiven der Humangenetik, Paderborn [u. a.], S. 23–47, hier: S. 23–24.

Susanne Doetz

Für „individuelle Gesundheit und Familienglück“

Humangenetische Beratung in der DDR

Die Verfassung der DDR (vom 6. April 1968) postulierte „das Recht und die vornehmste Pflicht der Eltern, ihre Kinder zu gesunden und lebensfrohen, tüchtigen und allseitig gebildeten Menschen, zu staatsbewußten Bürgern zu erziehen.“¹ Im Folgenden möchte ich nicht die Erziehung zu „staatsbewussten Bürgern“ – zumal unter den Bedingungen einer Diktatur – problematisieren. Vielmehr soll die Frage nach den Folgen aufgeworfen werden, wenn Kinder nicht zu im landläufigen Sinn „gesunden“ Menschen erzogen werden konnten, weil sie eine chronische Krankheit oder eine geistige oder körperliche Behinderung hatten, oder wenn im Fall noch nicht geborener Kinder das Risiko dafür relativ hoch war.

„Geschädigte“ – so der damalige Terminus – Kinder und Jugendliche wurden in der DDR eingeteilt in „bildungsfähig“ und „bildungsunfähig“ – eine Differenzierung, die auf die „Allgemeine Anordnung über die Hilfsschulen in Preußen“ vom April 1938 zurückging. Während in den 1950er-Jahren als „bildungsfähig“

klassifizierte Kinder und Jugendliche speziellen Rehabilitationsmaßnahmen zugeführt wurden, um ihre Integration in den Arbeitsprozess zu gewährleisten, wurden als „bildungsunfähig“ Klassifizierte in gesonderten Pflegeheimen oder psychiatrischen Einrichtungen untergebracht. Letztere waren aus dem Schulsystem ausgeschlossen und erhielten keine spezielle Förderung.² Diese Praxis geriet Mitte der 1960er-Jahre verstärkt in die Kritik, ausgelöst nicht zuletzt durch Beschwerden und Eingaben betroffener Eltern. Nun differenzierte sich aus der Gruppe der „bildungsunfähigen“ Kinder und Jugendlichen die Gruppe der „schulbildungsunfähigen förderungsfähigen“ Kinder und Jugendlichen heraus,³ die laut Christoph Brückner (*1929), Vorsitzender des Ausschusses für Gesundheitswesen der Volkskammer der DDR, „nach zielgerichteter Förderung bei bestimmten ausgewählten Arbeiten und entsprechender Arbeitsorganisation zwischen 30 und 90 Prozent der

Arbeitsnormen zu erreichen vermögen und dadurch ihren Lebensunterhalt mindestens zum Teil selbst verdienen können.“⁴ Ihre Nichtförderung führe – so Brückner – zur Verkümmern ihrer Entwicklungspotenziale, und statt zu relativ selbstständigen Menschen, „die im Rahmen ihrer Möglichkeiten unter bestimmten Bedingungen am gesellschaftlichen Leben teilhaben können, werden diese jungen Bürger zeit ihres Lebens zu Pflegefällen, die eine große Belastung für die betroffenen Familien und den Staat darstellen.“⁵ Diese utilitaristische, in erster Linie auf die Mobilisierung der Arbeitskraft setzende Legitimierung erfuhr im Zuge der von Erich Honecker proklamierten „Einheit von Wirtschafts- und Sozialpolitik“ eine Transformation. Die Förderung „Geschädigter“ wurde nun als Zeichen eines sozialistischen Humanismus interpretiert und gefordert.⁶ Im Jahr 1981 – dem UNO-Jahr der Behinderten – schrieben der Biologe und Medizinethiker Uwe Körner (*1939), der Philosoph Rolf Löther (*1933) und der Medizinhistoriker Achim Thom (1935–2010): „Der Geschädigte ist für die sozialisti-

¹ Verfassung der Deutschen Demokratischen Republik vom 6. April 1968, Abschnitt II, Kap. 1, Artikel 38, <http://www.documentarchiv.de/ddr/verfddr1968.html#lk1>, 26.9.2015.

Der Beitrag ist im Rahmen des von der Deutschen Forschungsgemeinschaft geförderten Projektes „Die Etablierung humangenetischer Beratungsstellen in der DDR im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft, Politik und Öffentlichkeit“ entstanden. Ich möchte mich an dieser Stelle bei der DFG für die bereitgestellten Fördermittel bedanken. Außerdem möchte ich meinem studentischen Mitarbeiter Nils Weigt meinen Dank für seine Unterstützung bei der Zeitschriftenrecherche aussprechen.

Der Titel ist ein Zitat aus: Wittwer B (1973): Medizingenetische Beratung – Zielstellung und Probleme. In: Das Deutsche Gesundheitswesen 28, S. 436–444, hier S. 444.

² Boldorf M (2004): Rehabilitation und Hilfen für Behinderte. In: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung und Bundesarchiv (Hg.), Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945, Bd. 8: Deutsche Demokratische Republik 1949–1961. Im Zeichen des Aufbaus des Sozialismus. Bandherausgeber im Auftrag des Instituts für Zeitgeschichte München-Berlin: Hoffmann D, Schwartz M, Baden-Baden, S. 453–474, hier S. 464–466.

³ Wasem J, Mill D, Wilhelm J (2006): Gesundheitswesen und Sicherung bei Krankheit und im Pflegefall sowie Boldorf M: Rehabilitation und Hilfen für Behinderte. In: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung und Bundesarchiv (Hg.), Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945, Bd. 9: Deutsche Demokratische Republik 1961–1971. Politische Stabilisierung und wirtschaftliche Mobilisierung. Bandherausgeber: Kleßmann C, Baden-Baden, S. 377–428, hier S. 410–425 sowie S. 449–469, hier S. 466–467.

⁴ Brückner C (1968): Eine gesamt-gesellschaftliche Aufgabe. Zur Problematik „hirngeschädigtes Kind“. In: *humanitas* 8, Heft 20, S. 6.

⁵ Ebd.

⁶ Eßbach S (1979): Rehabilitationspädagogische Förderung schulbildungsunfähiger Kinder – Ausdruck des sozialistischen Humanismus. In: *humanitas* 19, Heft 18, S. 15. Vgl. auch Boldorf M (2008): Rehabilitation und Hilfen für Behinderte. In: Bundesministerium für Gesundheit und Soziale Sicherung und Bundesarchiv (Hg.), Geschichte der Sozialpolitik in Deutschland seit 1945, Bd. 10: Deutsche Demokratische Republik 1971–1989. Bewegung in der Sozialpolitik, Erstarrung und Niedergang. Bandherausgeber: Boyer C, Henke K-D u. Skyba P, Baden-Baden, S. 433–450.

sche Gesellschaft kein passives Objekt von Mitleid und Wohltätigkeit, sondern ein Mensch, dessen Würde zu respektieren und dessen Persönlichkeit zu entwickeln ist.“⁷ Die Kategorie der „bildungs- und förderungsunfähigen“ Kinder blieb jedoch weiterhin bestehen sowie damit einhergehend die Exklusion schwerstbehinderter Kinder und Jugendlicher aus dem Schulsystem und dem gesellschaftlichen Leben. Darüber hinaus konterkarierte der Mangel an materiellen und personellen Ressourcen häufig die eigentlich intendierte Verbesserung der Lebenswelt behinderter Menschen.⁸ Ein weiteres Manko bestand in der weitgehend fehlenden Interessenvertretung der betroffenen Personen. Da der sozialistische Staat davon ausging, dass die Interessen der sozialistischen Gesellschaft mit den Interessen der einzelnen Mitglieder der Gesellschaft übereinstimmten,⁹ erschienen Selbsthilfegruppen oder Betroffenenvertretungen nicht notwendig. Der Politiker Jürgen Demloff (1929–?), der selbst Rollstuhlfahrer war, äußerte sich nach dem Fall der Berliner Mauer hierzu in einem Interview: „Häufig sind Versuche, Selbsthilfegruppen zu bilden, gescheitert, weil die Behörden die dazu notwendige Unterstützung versagten. Auch das für uns zuständige Ministerium, das Ministerium für Gesundheitswesen, ist bis jetzt der Meinung gewesen, man würde sich genügend um die Probleme und Belange der Geschädigten kümmern.“¹⁰ Vor diesem Hintergrund kam es erst im Januar

1990 zur Gründung eines DDR eigenen Behindertenverbands.¹¹

Etablierung

Parallel zu der Entwicklung, zumindest einen Teil der Kinder und Jugendlichen mit einer Behinderung verstärkt in die Gesellschaft zu integrieren und Vorurteile gegen sie abzubauen, gab es Versuche, die Geburt von Kindern, deren Behinderung eine genetische Ursache hatte, zu verhindern. Möglich wurde dies durch die rasante Entwicklung der Molekulargenetik in den 1950er-Jahren. Neue Untersuchungsmethoden gestatteten sehr viel präzisere Vorhersagen über eine denkbare genetisch bedingte Beeinträchtigung, als dies noch in der ersten Hälfte des Jahrhunderts möglich gewesen war. Erste Chromosomenlabore wurden in der DDR in den 1960er-Jahren eingerichtet, z. B. an der Hautklinik der Charité in Berlin oder an der Kinderklinik in Rostock.¹² Im Zuge des vom Ministerium für Gesundheitswesen 1971 in Auftrag gegebenen Forschungsprojektes „Humangenetik“ wurde in den folgenden Jahren ein flächendeckendes Netz humangenetischer Beratungsstellen geschaffen. Im Jahr 1985 existierten 20 solcher Beratungsstellen; jeder Bezirk besaß mindestens eine. Diese waren entweder an einer Universitätsklinik oder an einem Bezirkskrankenhaus angesiedelt und mit humangenetischen Speziallaboren vernetzt.¹³ Der Jenaer Anthropologe und Humangenetiker Herbert Bach (1926–1996) beklagte noch 1974 den Rückstand der DDR auf diesem Gebiet gegenüber anderen sozialistischen Staaten.¹⁴ Etwa 10 Jahre später konstatierte er, dass durch das außerordentliche

Engagement einer relativ kleinen Gruppe von Wissenschaftlern die Humangenetik unter komplizierten Bedingungen in der DDR einen Entwicklungsstand erreicht habe, der im internationalen Vergleich auf dem Gebiet der humangenetischen Beratung vorbildlich sei. Hinsichtlich der Zytogenetik und der biochemischen Genetik entspräche die Entwicklung im Wesentlichen der in den fortgeschrittenen Ländern.¹⁵ Allerdings bestanden große Unterschiede zwischen den einzelnen Bezirken. Während in Berlin, Rostock und Gera ein relativ hoher Betreuungsgrad erreicht war, lagen die Bezirke Karl-Marx-Stadt, Suhl und Schwerin deutlich unter dem Durchschnitt. Im Jahr 1985 wurden für den Bezirk Leipzig 776 Fälle registriert, für den Bezirk Schwerin 50, und im Bezirk Suhl fand krankheitsbedingt überhaupt keine humangenetische Beratung statt.¹⁶

Das Beratungsangebot richtete sich v. a. an Familien, die bereits ein behindertes Kind hatten, aber auch an alle, die sich Gedanken über eine mögliche genetische Belastung in ihrer Familie machten oder um eine solche wussten und nun heiraten wollten.¹⁷ Die primäre Aufgabe einer Beratungsstelle lag in der Ermittlung des genetischen Befunds und „dessen Interpretation gegenüber dem Bürger oder den ihn vertretenden Familienangehörigen bzw. Arzt.“¹⁸ Ziel der humangenetischen Beratung war es – so die Biologen

⁷ Körner U, Löther R, Thom A (1981): Sozialistischer Humanismus und geschädigtes Leben. In: Autorenkollektiv u. Ltg. v. Presber W, Löther R (Hg.), Sozialistischer Humanismus und Betreuung Geschädigter, Jena, S. 11–33, hier S. 14.

⁸ Boldorf (2008) [wie Anm. 6], S. 446–448.

⁹ Vgl. hierzu Dietl H-M (1984): Zum Verhältnis von Eugenik und Humangenetik. In: Autorenkollektiv u. Ltg. v. Dietl H-M (Hg.): Eugenik. Entstehung und gesellschaftliche Bedingtheit, Jena, S. 79–95, hier S. 87.

¹⁰ Grienitz A (1989): Barrieren gemeinsam überwinden. Gegen Egoismus, Entmündigung und Sparsamkeit am falschen Platz. A. Grienitz sprach mit J. Demloff, Mitglied der Berliner Initiativgruppe zur Gründung eines Behindertenverbandes in der DDR. In: *humanitas* 29, Heft 24, S. 9.

¹¹ Grienitz A (1990): Auf dem Weg zur Integration. In: *humanitas* 30, Heft 2, S. 1.

¹² Witkowski R (1992): Das Wort Genetik haben wir sorgsam vermieden. In: Stein R (Hg.), *Die Charité 1945–1992. Ein Mythos von innen*, Berlin, S. 66–72; Universitätsarchiv Rostock, Personalakte Heinrich Kirchmair, Bl. 98.

¹³ Informationsvorlage: Stand und Probleme der humangenetischen Beratung in der DDR mit Schlußfolgerungen, Hauptabteilung Medizinische Betreuung, Ministerium für Gesundheitswesen, 23.12.1986, Bundesarchiv (BArch) DQ 1/26482/2, o.p.

¹⁴ Bericht über die Tagung „Probleme und Möglichkeiten der humangenetischen Beratung genetisch belasteter Personen“ vom 13. bis 17. Mai 1974 in Mühlhausen/Thüringen, BArch DQ 101/341/3, o.p.

¹⁵ Bach: 1. Entwurf. Konzeption für Weiterentwicklung der Humangenetik. Vorlage für das Ministerium für Gesundheitswesen, BArch DQ 1/26482/2, o.p.

¹⁶ Ebd.; Informationsvorlage: Stand und Probleme der humangenetischen Beratung in der DDR mit Schlußfolgerungen, Hauptabteilung Medizinische Betreuung, Ministerium für Gesundheitswesen, 23.12.1986, BArch DQ 1/26482/2, o.p.

¹⁷ Körner H, Grauel E (1974): Humangenetische Beratung. II. Praktische Gesichtspunkte der Beratung. In: *Zentralblatt für Gynäkologie* 96, S. 267–272; Steinbicker V et al. (1977): Inhalt und technisch-organisatorischer Aufbau des humangenetischen Beratungsdienstes in der DDR. In: *Das Deutsche Gesundheitswesen* 32, S. 179–181.

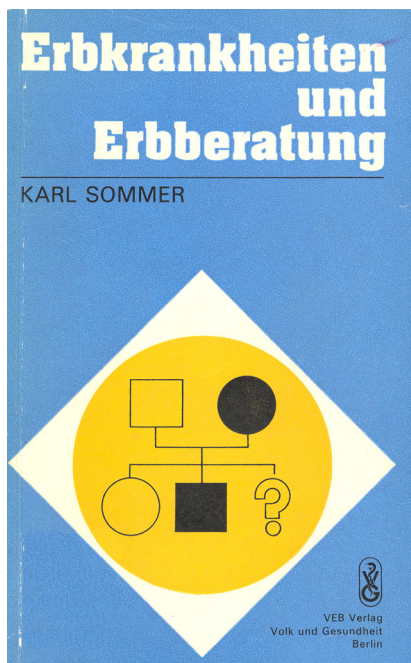


Abb. 29 ▲ Das von Karl Sommer, Oberassistent am Institut für Anthropologie und Humangenetik der Universität Jena, verfasste Buch richtete sich an eine breite Öffentlichkeit. (© Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, mit freundl. Genehmigung)

Hannelore Körner (*1941) und der Pädiater Ernst Ludwig Grauel (1935–2005) aus der Berliner Charité „Eltern, die grundlos mißgebildeten Nachwuchs fürchten, diese Angst zu nehmen, der Zeugung und Geburt genetisch kranker Kinder soweit als möglich vorzubeugen und alles zu tun, um belasteten Eltern zu gesundem Nachwuchs zu verhelfen. Es ist eine rein individuelle, ausschließlich die Familie betreffende Prophylaxe.“¹⁹ Die Argumentation, dass es sich bei der humangenetischen Beratung und der mit ihr eng verknüpften pränatalen Diagnostik v. a. um eine geburtenfördernde bzw. lebenserhaltende Maßnahme handelte, findet sich in vielen Texten der damaligen Zeit,²⁰ ebenso die Ablehnung jeglicher eugenischer

– auf die Verbesserung des Gen-Pools zielender – Absichten.²¹

Dabei hatten sich Wissenschaftler der DDR noch Ende der 1960er- und Anfang der 1970er-Jahre durchaus positiv auf den Begriff „Eugenik“ bezogen. So schrieb der Genetiker Hans Stubbe in seinem Geleitwort zur deutschen Ausgabe von Curt Sterns Klassiker *Grundlagen der Humangenetik*: „Wer die Verantwortung für die Gesundheit eines Volkes trägt, kann sich eugenischen Maßnahmen zur Verhütung und Vorbeuge erblicher Erkrankungen zum Wohle des Menschen und der Erhaltung seiner Leistungsfähigkeit nicht entziehen.“²² Auch in dem unter Leitung des Genetikers Jörg Schöneich (*1934) verfassten Entwurf für das Forschungsprojekt „Humangenetik“ finden sich eindeutig positive Bezüge zur Eugenik. Deren Ziel sei es, „die Kombination der im Genbestand der Population vorhandenen Gene zu beeinflussen und Genkombinationen zu vermeiden, die zu Erbkrankheiten führen.“²³ Dabei distanzieren sich die Autoren dezidiert von jeglichen Züchtungsutopien und erweiterten eugenischen Maßnahmen außerdem um die Mutationsprophylaxe. Mithilfe einer genetisch fundierten Familienberatung und intensivierter humangenetischer Aufklärung sollte erreicht werden, „daß Menschen, die als Träger oder potentielle Überträger von Erbkrankheiten freiwillig auf Nachkommen

verzichten wollen, auch die Möglichkeit dazu erhalten.“²⁴ Der positive Bezug auf den Terminus Eugenik, die hier v. a. als individuelle Gesundheitsprophylaxe und weniger als populationsgenetische Maßnahme verstanden wird, war keineswegs DDR-spezifisch, sondern findet sich beispielsweise auch unter westdeutschen Humangenetikern der damaligen Zeit.²⁵

Genetisch bedingte Erkrankungen bzw. Behinderungen galten in erster Linie als Leid sowohl für die Betroffenen als auch für ihre Familien, das es zu verhindern galt.²⁶ Die humangenetische Beratung erhielt somit das Potenzial zugeschrieben, die individuelle Gesundheit und das Familienglück zu fördern. „Das Glück des einzelnen steht“ – so der Humangenetiker und Anthropologe Karl Sommer in dem Buch *Erbkrankheiten und Erbberatung* (■ **Abb. 29**) – „im Vordergrund.“²⁷ Gleichzeitig wurden populationsgenetische Zielstellungen nicht völlig ausgeblendet. Zwar wandten sich Humangenetiker und -genetikerinnen explizit gegen eine Einteilung der Menschen in solche mit „hochwertigem“ und solche mit „minderwertigem“ Erbgut – angesichts der Tatsache, dass jeder Mensch wahrscheinlich 2 bis 3 Gene besitze, die sich im homozygoten Zustand nachteilig auswirken könnten, sei diese Vorstellung schlichtweg unwissenschaftlich. Ausführlich widerlegt wurden auch rassenhygienische Vorstellungen von der Verschlechterung des Gen-Pools über wenige Generationen hinweg.²⁸ Die angestrebte Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung und

²⁴ Ebd.

²⁵ Vgl. Cottebrune A (2012): Eugenische Konzepte in der westdeutschen Humangenetik, 1945–1980. In: *Journal of Modern European History* 10, S. 500–518.

²⁶ Vgl. u. a. Projektentwurf „Humangenetik“. Gezielte Analyse genetischer Informationsbestände des Menschen in ihren Wechselbeziehungen mit der Umwelt, 21.10.1970, BArch DQ 1/3358; Witkowski R, Prokop O (1974) [wie Anm. 21] S. 13; Körner H, Körner U (1981) [wie Anm. 20], S. 80; Sommer K (1978) [wie Anm. 21], S. 81–82.

²⁷ Sommer K (1978) [wie Anm. 21], S. 81.

²⁸ Witkowski R, Prokop O (1974) [wie Anm. 21], S. 12; Sommer K (1978) S. 49–66 u. S. 97–102 [wie Anm. 21].

¹⁸ Komplexes Überförungsprogramm „Humangenetischer Beratungsdienst“, 27.9.1977, BArch DQ 1/26482/2, o.p.; Vorstellungen zum Aufbau eines humangenetischen Beratungsdienstes, von V. Steinbicker, BArch DQ 109/35, o.p.

¹⁹ Körner U, Grauel E (1974) [wie Anm. 17], S. 269.

²⁰ Vgl. u. a. Pelz L, Mieler W (1972): *Klinische Zytogenetik*. Jena, S. 66; Gedschold J, Steinbicker V (1984): 10 Jahre genetische Beratung an der Kinderklinik der Medizinischen Akademie Magdeburg. In: *Pädiatrie und Grenzgebiete* 23, S. 409–412; Körner H, Körner U (1981): Medizinische und ethische Probleme in der humangenetischen Beratung und pränatalen Diagnostik. In: *Autorenkollektiv u. Ltg. V. Körner U, Seidel K, Thom A. (Hg.) Grenzsituationen ärztlichen Handelns*, Jena, S. 80–93, hier S. 81.

²¹ Witkowski R, Prokop O (1974): *Genetik Erblicher Syndrome und Missbildungen*. Wörterbuch für die Familienberatung. Berlin, S. 12–13; Sommer K (1978): *Erbkrankheiten und Erbberatung*. Berlin, S. 81; Körner H, Körner U (1981) [wie Anm. 20], S. 84.

²² Stubbe H (1968): Geleitwort. In: Stern C: *Grundlagen der Humangenetik*. 2. dt. Aufl., Jena.

²³ Projektentwurf „Humangenetik“. Gezielte Analyse genetischer Informationsbestände des Menschen in ihren Wechselbeziehungen mit der Umwelt, 21.10.1970, BArch DQ 1/3358.

die Senkung der Säuglingssterblichkeit dienten dennoch als Legitimierung für die Wichtigkeit der humangenetischen Beratung: „Da eine befriedigende symptomatische Therapie nur in wenigen Fällen möglich ist, kann eine Reduzierung der genetisch bedingten Morbidität nur über den Weg der Prophylaxe, also durch rechtzeitige humangenetische Beratung erreicht werden. Eine entscheidende Verbesserung der genetisch bedingten Morbidität unserer Bevölkerung wird nur dann zu erwarten sein, wenn genetisch belastete Personen unter Wahrung des Prinzips der Freiwilligkeit im eigenen Interesse und im Interesse der Gesellschaft ihre Familienplanung so gestalten, daß die Zeugung oder die Geburt schwer erbgeschädigter Kinder nach Möglichkeit verhindert wird,“²⁹ so die Mitarbeiter und Mitarbeiterinnen des Forschungsprojektes „Humangenetik“ Volker Steinbicker (*1939), Herbert Bach, Hans-Albrecht Freye (1923–1994), Regine Witkowski (*1934), Werner Göhler (1928–2009) und Jörg Schöneich 1977 in der Zeitschrift *Das Deutsche Gesundheitswesen*.

Der Verweis auf gesellschaftliche Interessen war nicht DDR-spezifisch. Wie die Historikerin Anne Cottebrune aufzeigen konnte, begründeten auch westdeutsche Humangenetiker den Bedarf an humangenetischer Beratung keineswegs allein nur mit der Verhinderung individuellen Leidens, sondern auch mit der Verantwortung gegenüber künftigen Generationen.³⁰

Gelegentlich ging die Argumentation auch noch einen Schritt weiter und bezog Kosten-Nutzen-Rechnungen ein. So verglich der Marburger Humangenetiker Gerhard Wendt (1921–1987) beispielsweise die finanziellen Mittel, die zur Errichtung einer humangenetischen Beratungsstelle benötigt wurden, mit den Kosten für die Pflege von Menschen mit einer Behinderung.³¹ Auch in der DDR existierten Verweise auf ökonomische Gründe. In einer 1987 erstellten „Konzeption zur schrittweisen Einführung

der genomischen Diagnostik“ stellten die Verfasser die Kosten für die Behandlung von Menschen mit Phenylketonurie, Duchenne-Muskeldystrophie und zystischer Fibrose, die pro Patient im 6-stelligen Bereich angesiedelt waren, den Kosten für die genomische Analyse einer Familie, einschließlich einer pränatalen genomischen Diagnostik, gegenüber. Letztere wurden mit ca. 1500 Valutamark (bundesrepublikanische DM) angegeben.³² Der Humangenetiker Bernhard Wittwer (1936–1989) hatte bereits 1973 darauf hingewiesen, dass von 500 Menschen mindestens einer mit der Betreuung eines Schwererkrankten befasst sei, woraus ersichtlich werde, „welch bedeutendes medizinisches, psychologisches, ethisches und nicht zuletzt ökonomisches Problem hier der Lösung harrt.“³³

Praxis

Wie gestaltete sich nun die humangenetische Beratung unter der Prämisse der Freiwilligkeit und dem gleichzeitigen Ziel, die Geburt behinderter Kinder möglichst zu vermeiden?

Die Mehrzahl der Ratsuchenden kam aufgrund einer ärztlichen Überweisung; andere wurden von Fürsorgeeinrichtungen sowie Ehe- und Sexualberatungsstellen überwiesen oder suchten die Beratungsstelle aus eigenem Antrieb auf. Dort erfolgten zunächst ein einführendes Gespräch, danach eine detaillierte genealogische Erhebung, und daran schloss sich eine ausführliche Diagnostik an. Dazu wurden ggf. auch Befunde früherer Untersuchungen des Ratsuchenden und seiner Familienangehörigen angefordert. In einigen Kliniken erörterte eine aus verschiedenen Fachärzten und Naturwissenschaftlern zusammengesetzte Beratungskommission den jeweiligen Fall. Anhand der

Befunde wurde den Ratsuchenden eine Empfehlung für die weitere Familienplanung mitgeteilt. Verschiedene zeitgenössische Untersuchungen kamen zu dem Schluss, dass die zuständigen Humangenetiker/innen in der Mehrzahl der Fälle nicht von eigenen Kindern abrieten. Die genetische Sprechstunde an der Kinderklinik in Magdeburg empfahl im Untersuchungszeitraum (1. Januar 1975 bis 31. Dezember 1979) in 29 von insgesamt 1110 Fällen (3,7 %) einen Schwangerschaftsabbruch. Die humangenetische Beratungsstelle in Jena riet in der Zeit von 1980 bis 1985 in 15 von insgesamt 1009 Beratungsfällen (1,5 %) zur Interruptio.³⁴ Die in den Untersuchungen verwandte Wortwahl „empfehlen“ und „(ab)raten“ lässt auf eine klassische paternalistische Arzt-Patient-Beziehung schließen. Auch in anderen damaligen Texten zur humangenetischen Beratung war von einer Empfehlung für die Ratsuchenden die Rede. Hierbei wurde jeweils betont, dass akzeptiert werden müsse, wenn die Ratsuchenden dieser Empfehlung nicht folgten.³⁵ Die Empfehlung orientierte sich am errechneten Risiko für das Auftreten der jeweiligen Erkrankung oder Behinderung und ihrem Krankheitswert. Ein Risiko um 1 % galt als niedrig, eines über 10 % als hoch, und der Krankheitswert richtete sich nach der Schwere der Erkrankung und ihrer mangelnden Therapierbarkeit.³⁶

³⁴ Steinbicker V, Gedschold J (1977): Genetische Familienberatung an der Kinderklinik in Magdeburg. In: *Das Deutsche Gesundheitswesen* 32, S. 235–238; Seidel E-M (1984): 5 Jahre genetische Beratung an der Kinderklinik Magdeburg – eine Analyse. Diss. med. Magdeburg; Janitzky E (1990): Analyse der humangenetischen Beratungsfälle der Beratungsstelle für Humangenetik am Institut für Anthropologie und Humangenetik der Friedrich-Schiller-Universität Jena von 1980–1985 und Nachbefragung ausgewählter Konsultantenkollektive – Aussagen über Vorstellungsmodus und Effektivität der Beratung. Diss. med. Jena.

³⁵ Vgl. beispielsweise Bach H (1974): Mögliche Humangenetische Maßnahmen und ihre Problematik. In: Geissler E et al. (Hg.), III. Kühlungsborner Kolloquium. Philosophische und Ethische Probleme der Molekularbiologie, 1974, S. 167–179, hier S. 175; Witkowski R, Prokop O (1974) [wie Anm. 21], S. 33–34; Sommer K (1978) [wie Anm. 21], S. 81–82.

²⁹ Steinbicker et al. (1977) [wie Anm. 17], S. 179.

³⁰ Cottebrune A (2012) [wie Anm. 25], S. 509–511.

³¹ Ebd. S. 515–516.

³² Entscheidungsvorlage: Konzeption zur schrittweisen Einführung der genomischen Diagnostik in die humangenetische Forschung und hochspezialisierte Betreuung, BArch DQ 1/26482/1, o.p.

³³ Wittwer B (1973) Medizingenetische Beratung – Zielstellung und Probleme. In: *Das Deutsche Gesundheitswesen* 28, S. 436–444, hier, S. 436.

Während sich die Humangenetiker der DDR mit ihrem Insistieren auf Freiwilligkeit im Einklang mit den 1969 veröffentlichten Richtlinien des WHO Expert Committee on Human Genetics befanden, wichen sie im Hinblick auf ihre in eine Empfehlung mündende Beratung hiervon ab. Das Expert Committee sprach sich für eine Beratung aus, die so neutral wie möglich sein sollte.³⁷ Wie jedoch die beiden US-amerikanischen Bioethiker Dorothy C. Wertz und John C. Fletcher in ihren beiden internationalen Studien zeigten, war die Vermittlung möglichst unverzerrter Informationen ein Ideal, das v. a. im angloamerikanischen Raum verbreitet war. Demnach war der Anteil an direktiv Beratenden sowohl in West- als auch Ostdeutschland höher als in den USA. Die beiden Autoren werteten auch die Weitergabe einseitig negativer oder positiver Informationen als direktiv. Wertz's und Flechters Umfragen ergaben außerdem eine höhere Anzahl an direktiv beratenden Humangenetikern und Humangenetikerinnen in Ost- als in Westdeutschland. Nimmt man ihre umfangreichere in den 1990er-Jahren – also nach der deutschen Wiedervereinigung – durchgeführte Studie als Grundlage, ergibt sich allerdings auch, dass ein direktiver Beratungsstil unter französischen oder auch griechischen Humangenetikern und -genetikerinnen noch verbreiteter war.³⁸ Somit greift es zu kurz, eine erhöhte Anzahl an direktiv Beratenden allein mit einer diktatorischen Staatsform erklären zu wollen, zumal sich auch in den USA das Paradigma der Nondirektivität, das heutzutage um die Idee der gemeinsamen Entscheidungsfindung erweitert wurde,³⁹ erst mit

der Zeit entwickelt hatte. Auch in der Bundesrepublik Deutschland verlief die Entwicklung nach 1945 „von einem eugenisch ausgerichteten Beratungskonzept über eine vorwiegend präventiv geprägte Beratung der einzelnen Familien hin zu einem Modell der nichtdirektiven Beratung“⁴⁰. Die stärkere Verankerung eines nondirektiven Beratungsansatzes in den USA dürfte v. a. professionelle Gründe gehabt haben. Hier existierte die eigenständige Berufsgruppe der „genetic counselors“, die humangenetische Beratung seit den 1970er-Jahren in erster Linie als Kommunikationsprozess definierte und sich dabei an dem klientenzentrierten Ansatz des Psychologen Carl Rogers orientierte.⁴¹

Allerdings, dies machen die Umfragen von Weitz und Fletcher auch deutlich, herrschte unter den befragten ostdeutschen Humangenetikern und Humangenetikerinnen keineswegs Konsens hinsichtlich der Frage der Direktivität und Nondirektivität. So gaben beispielsweise im Bezug auf das Down Syndrom 56 % an, in diesem Fall nondirektiv zu beraten; 5 % würden dagegen positiv und 39 % negativ beraten.⁴²

Neben diesen Fragen der internen Gestaltung beeinflussten auch externe Faktoren die humangenetische Beratung. Der allgegenwärtige Ressourcenmangel im DDR-Gesundheitswesen der 1980er-Jahre wirkte sich auch auf die humangenetische Beratung bzw. Diagnostik aus. So reichten die Laborkapazitäten bei Weitem nicht aus, um allen Frauen über 35 Jahren eine pränatale zytogenetische Diagnostik zu ermöglichen. Schon

für eine entsprechende Versorgung der über 38-jährigen Frauen hätte es eines Ausbaus der Labore bedurft.⁴³

Resümee

Hinsichtlich des Themas Behinderung in der DDR herrschte eine für moderne Staaten in der zweiten Hälfte des 20. Jh.s typische Ambivalenz. Einerseits wurde versucht Menschen mit Behinderung verstärkt am gesellschaftlichen Leben teilhaben zu lassen, wobei hier weniger mit Menschenrechten als mit sozialistischem Humanismus argumentiert wurde und eine „disability rights movement“, wie sie aus den USA oder auch aus der alten Bundesrepublik bekannt war, fehlte. Andererseits galt Behinderung als Leid, das sich schwer mit den Glücks- und Gesundheitsversprechen der – in diesem Fall – sozialistischen Gesellschaft vereinbaren ließ. Damit begann in den 1970er-Jahren in beiden deutschen Staaten eine Entwicklung, die heutzutage angesichts von Spätabbrüchen und pränatalen Bluttests zur Bestimmung von Trisomien weiterhin kontrovers diskutiert wird.

Korrespondenzadresse

Dr. S. Doetz

Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin
Thielallee 71, 14195 Berlin, Deutschland
susanne.doetz@charite.de

Susanne Doetz, Dr. med., Medizinstudium in Berlin, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin der Charité in Berlin. Derzeitiges Forschungsprojekt: Die Etablierung humangenetischer Beratungsstellen in der DDR im Spannungsfeld zwischen Wissenschaft, Politik und Öffentlichkeit (gefördert von der Deutschen Forschungsgemeinschaft).

³⁶ Witkowski R, Prokop O (1974) [wie Anm. 21], S. 33–34.

³⁷ WHO (1969): Genetic Counselling: Third Report of the WHO Expert Committee on Human Genetics. Wld Hlth. Org. techn. Rep. Ser., No. 416.

³⁸ Wertz D, Fletcher J (1989): Ethics and Human Genetics: A Cross-Cultural Perspective. Berlin/Heidelberg/New York, S. 26–31; Wertz DC, Fletcher JC (2004): Genetics and Ethics in Global Perspective, Dordrecht, S. 38–43 u. S. 366–374; Cohen P et al. (1997): Genetic Counseling Practices in Germany: A Comparison between East German and West German Geneticists. In: Journal of Genetic Counseling, Vol. 6, S. 61–80.

³⁹ Baty BJ (2009): Risk Communication and Decision-Making. In: Uhlmann W, Schuette J, Yashar B (Hg.), A guide to genetic counseling, 2. Aufl., Hoboken, S. 207–250, hier S. 235–236.

⁴⁰ Cottebrune A (2012): Von der eugenischen Familienberatung zur Genetischen Poliklinik. Vorgeschichte und Ausbau der Heidelberger Humangenetischen Beratungsstelle. In: Cottebrune A, Eckart WU (Hg.), Das Heidelberger Institut für Humangenetik: Vorgeschichte und Ausbau (1962–2012). Festschrift zum 50jährigen Jubiläum, Heidelberg, S. 170–207, hier S. 170.

⁴¹ Zur Geschichte der humangenetischen Beratung in den USA vgl. Stern A M (2012): Telling Genes. The Story of Genetic Counseling in America, Baltimore.

⁴² Cohen et al. (1997) [wie Anm. 38], S. 67.

⁴³ Herbert Bach an Edgar Harig (Stellvertreter des Gesundheitsministers), 10.2.1988, BArch DQ/26482/1, o.p.

Susanne Hahn

Pflege, Erziehung und Prophylaxe für Kinder

Staatliche Aufgabe und kritische Verantwortung der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR

Stärker noch als andere medizinische Fachdisziplinen war die Kinderheilkunde in der sozialistischen Gesellschaftsordnung a priori politisch determiniert und widerstreitenden Einflüssen unterworfen. Auf der einen Seite stellte die Pädiatrie die medizinische Absicherung des Kindeswohls in einem fortschrittlichen Gemeinwesen in den Fokus ihrer Bemühungen. Auf der anderen Seite war in der DDR auch die Gleichstellung der Frau ein wichtiges politisches Ziel, das verfassungsrechtlich und u. a. in dem bereits 1950 erlassenen Mutterschutzgesetz verankert war. Die Sicherung des Wohls der Kinder unter strenger Beachtung der Gleichberechtigung der Frau war auch für die Kinderärzte eine eminente Herausforderung. Galt es doch, diese sich häufig entgegenstehenden Ansprüche so zu erfüllen, dass letztlich beide gesichert waren und sowohl für die Frauen als auch für die Kinder eine Steigerung der Lebensqualität möglich werden konnte.

Entstehung der Gesellschaft für Pädiatrie

Korporativ waren die DDR-Pädiater bis 1961 in das Leben der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde integriert geblieben und hatten auch gemeinsam mit ihren westdeutschen Kollegen in der vom Verlag Georg Thieme, Leipzig, herausgegebenen Zeitschrift *Kinderärztliche Praxis* publiziert. Das Ministerium für Gesundheitswesen der DDR hatte mehrere Kinderärztetagungen initiiert, an denen Pädiater aus Ost- und Westdeutschland, dem Saarland, der Sowjetunion und anderen osteuropäischen

Staaten teilgenommen hatten – so 1950 in Leipzig unter dem Vorsitz von Albrecht Peiper (1889–1968), 1953 ebenfalls in Leipzig unter der wissenschaftlichen Leitung von Friedrich Hartmut Dost (1910–1985) und Albrecht Peiper sowie 1956 in Halle (Saale) unter der wissenschaftlichen Leitung von Josef Dieckhoff (1907–1977). Diese Versammlungen hatten noch die Hoffnung gestärkt, dass die „unnatürliche Trennung“ überwunden würde und der Tag nicht mehr fern sei, „an dem wir Kinderärzte aus Ost und West wieder friedlich vereint in einem deutschen Lande an unseren Kongressen teilnehmen können“. Stattdessen kam es, nachdem die Weimarer Gesundheitskonferenz 1960 die Bildung nationaler DDR-Medizingesellschaften gefordert hatte, im Juni 1962, ein knappes Jahr nach dem Bau der Berliner Mauer, in einem „Akt von oben“ zur Gründung einer Sektion Pädiatrie bei der Gesellschaft für Klinische Medizin. Aus dieser entstand dann 1967 die Gesellschaft für Pädiatrie der DDR. Zwei Jahre später gliederte sich ihr die von Eva Schmidt-Kolmer (1913–1991) geleitete Sektion „Kinder- und Jugendgesundheitschutz“ mit den Arbeitsgemeinschaften „Mütterberatung“ und „Krippen und Heime“ an. Im Jahr 1970 beschloss die Gesellschaft, ihre Mitglieder sollten aus der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde austreten. Erst danach kam es zu einer regelmäßigen Vorstandstätigkeit, und ab 1973 fungierte die *Kinderärztliche Praxis* als Organ der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR.

Wie alle medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften der DDR war auch die Gesellschaft für Pädiatrie dem Generalsekretariat der medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften, einer

nachgeordneten Einrichtung des Ministeriums für Gesundheitswesen der DDR, unterstellt. Das Generalsekretariat wurde geleitet von Lothar Rohland (geb. 1929), einem Gesellschaftswissenschaftler, auch dem Ministerium für Staatssicherheit verpflichtet, der die politisch-ideologische und personalpolitische Steuerung und Kontrolle wahrnahm. Wie schon anderenorts und in anderem Zusammenhang ausgeführt, geschah jedoch die ideologische Einflussnahme nicht nur in einer Richtung wie etwa Stempel und Abdruck, sondern drückte sich in einem vielschichtigen Beziehungsgeflecht zwischen Einzelpersonlichkeiten und institutionellen Ebenen aus, die – nicht selten gleichzeitig und in ein und derselben Handlung oder Äußerung – ideologischen Druck erzeugten, ausübten, aushielten oder sich ihm mehr oder weniger widersetzen. Die Mitglieder der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR sind in eben dieser Weise eingebunden gewesen, wobei hinsichtlich der wissenschaftlich-inhaltlichen Arbeit Freiräume existierten und eigenverantwortlich-kritisch genutzt wurden.

Methodische Herausforderung

Um zu einer Einschätzung zu gelangen, welche eigenverantwortete und kritische Haltung die Gesellschaft für Pädiatrie der DDR zu Pflege und Erziehung gesunder Säuglinge und Kleinkinder bezog, wurden schon in den 1990er-Jahren sämtliche, damals im Kaiserin-Auguste-Viktoria-Haus, heute im Archiv der Humboldt-Universität zu Berlin, aufgenommenen Vorstandsprotokolle von 1970 bis 1989 sowie die Jahrgänge 1950 bis 1989 der Zeitschrift *Kinderärztliche Praxis* durchgesehen, wobei bis 1961 nur die Beiträ-



Abb. 30 ◀ Wöchentlicher Routinebesuch des Bezirkskinderarztes in einer Kinderkrippe im Berliner Bezirk Prenzlauer Berg, Zentralbild (Franke), 18. März 1971. (© Bundesarchiv-Bildarchiv, mit freundl. Genehmigung)

ge ostdeutscher Pädiater berücksichtigt wurden. Die Fülle des gewonnenen Materials kann allerdings hier nur überblickartig aufgearbeitet werden.

Die systematische Gesamtschau, die durch dieses Vorgehen ermöglicht wird, steht dem methodischen Problem gegenüber, das sich aus der objektiven und der subjektiven Zensur allen gedruckten und mehr oder weniger für die Öffentlichkeit bestimmten Materials ergibt. Einige Themen kommen gar nicht oder nur in einer hinsichtlich ihrer kritischen Potenz abgeschwächten Form zum Tragen. Bis zu einem gewissen Grad mögen Erfahrungen ergänzend wirken, die die Verfasserin ab etwa 1965 mit dem Mütter- und Kinderschutz in der DDR gemacht hat, und zwar als Medizinerin, insbesondere Landärztin. Zu ihren Aufgaben in den 1980er-Jahren gehörten auch die Kindergarten- und schulärztliche Betreuung sowie die kinderärztliche Basisversorgung. Aber auch als Mutter in der eigenen kinderreichen Familie sammelte die Autorin entsprechende Erfahrungen.

Kinderkrippen in der DDR

Widerspruch zwischen Gleichberechtigung der Frau und Kindeswohl?

Die Pflege und Erziehung von Kindern in Gemeinschaftseinrichtungen ist ein zentraler Punkt, der den zunächst vorhandenen Widerspruch zwischen der Gleichberechtigung der Frau und dem Wohl des Kindes in besonderem Maß verdeutlicht. Während dieser Widerspruch im wissenschaftlichen Leben der Kinderärzte in den 1950er-Jahren noch keine Rolle einnimmt, spiegelt er sich ab den 1960er-Jahren in der Zeitschrift *Kinderärztliche Praxis* und in den Vorstandsprotokollen der Gesellschaft wider. Besonderes Augenmerk ist hierbei zu richten auf die Krippen für Kinder von 0 bis 3 Jahren, die dem Ministerium für Gesundheitswesen unterstanden und die gegen Ende der 1980er-Jahre 80 % der Kinder dieser Altersgruppe besuchten. Hinzu traten die Kindergärten für die Kinder bis zum Schuleintritt, die dem Ministerium für Volksbildung zugeordnet waren und in denen fast 98 % der Kinder ganztags betreut wurden. Zunächst war die Unterbringung der Kleinsten v. a. für Alleinerziehende, Schicht- und Saisonarbeiterinnen und beinahe ausschließlich in Wochenkrippen oder Dauerheimen

möglich. Ab den 1960er-Jahren wurden die Krippen quantitativ und qualitativ ausgebaut sowie kindgerecht optimiert. Für Betreuungsaufgaben, die zunächst von Krankenschwestern und Kinderkrankenschwestern wahrgenommen wurden, konnten seit Mitte der 1970er-Jahre Krippenerzieherinnen mit einem Fachschulstudium eingesetzt werden. Nun als Tagesbetreuung und dadurch mit der Familienerziehung kombiniert, ab 1985 mit einem „Programm für die Erziehungsarbeit in Krippen“ und Betreuungsschlüsseln von 1:5 bzw. 1:6, wirkten sich die Maßnahmen förderlich auf die Entwicklungsbedingungen der Kinder aus. In den Krippen konnten – unterstützt durch eine gesetzlich fixierte Impfpflicht – prophylaktische Aufgaben effektiv vorgenommen werden, ablesbar an hohen Durchimpfungsraten, Vorsorgeuntersuchungen, Vitamin-D-Prophylaxe, Screenings u. a. m. Nachweislich brachten sich Kinderärzte und die Gesellschaft für Pädiatrie der DDR in diesen Prozess immer wieder ein und sicherten u. a. auch die krippenärztliche Betreuung ab (Abb. 30).

Das war jedoch nicht reibungslos verlaufen. Wenn es sich aus den erwähnten Gründen auch nicht *expressis verbis* in der wissenschaftlichen Literatur und den Vorstandsprotokollen der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR nachweisen lässt, hat es zunächst erhebliche Vorbehalte seitens der Kinderärzte bis hin zur Ablehnung der Kinderkrippen gegeben. Offiziell gegen die Kinderkrippe Stellung zu nehmen, wäre politisch freilich nicht opportun gewesen. Doch wurden Mütter, die einen Krippenplatz in Anspruch nahmen und arbeiteten (arbeiten mussten), nicht selten – auch ärztlicherseits – diskreditiert.

Kindgerechte Optimierung der Betreuungsbedingungen

War in den 1950er-Jahren die Gemeinschaftseinrichtung für Kleinkinder noch kein Thema für die Kinderärzte, entwickelte sich in den 1960er-Jahren eine wissenschaftlich-pädiatrische Streitkultur, die die Kinderkrippen nicht weiter prinzipiell infrage stellte, sondern auf eine kindgerechte Optimierung der Be-

treuungsbedingungen abzielte. Gegen Ende der DDR war das Krippenwesen so gut entwickelt, dass es untrennbar zum Leben junger Familien in der DDR gehörte und nur noch in konkreten Details kritisiert wurde, zumal gerade unter den Pädiatern ein hoher Frauenanteil wirkte. In den letzten beiden Dekaden waren vielerorts Dreiviertel der Kinderärzte weiblich; diese Kolleginnen hätten ohne Kinderkrippe ihre berufliche Entwicklung nicht nehmen können. So heißt es im Vorstandsprotokoll der Gesellschaft vom Januar 1982: „Die sozialpolitische und pädagogische Bedeutung der Kinderkrippe in unserer sozialistischen Gesellschaft ist unbestritten. Die Kinderkrippen garantieren die Gleichberechtigung der Frau und ihre volle Entfaltung in Beruf und Familie.“

Nachdem in den 1960er-Jahren immer wieder auf die frühen Weckzeiten, die langen Anmarschwege und die damit verminderte Schlafdauer der Tageskrippenkinder aufmerksam gemacht worden war, richtete man später eine ausreichende Zahl von Kinderkrippenplätzen in den Wohngebieten oder in großen Betrieben ein. Andere Arbeiten wiesen nach, dass ein Teil der Kinder solcher Pflegeeinrichtungen im Längen- und Massenzwachsstum zurückblieben und als dystroph angesehen werden mussten. Der Eiweiß- und Eisenmangel dieser Kinder trage zu ihrer besonderen Infektionsanfälligkeit und Morbidität bei. Obwohl in den 1970er-Jahren durch das spätere Eintreten der Kinder in die Krippe infolge des „Babyjahrs“, die überwiegende Tagesbetreuung und gezielte Ernährungsprogramme diese körperlichen Auswirkungen gemindert wurden, bereitete die hohe Infektionsanfälligkeit der Kinder weiterhin große Sorgen. Die wesentlich höhere Morbidität der Krippen- gegenüber den Hauskindern zu senken, hatte auch eine ökonomische Dimension und wurde 1968 vom Generalsekretariat der medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften der DDR sowie 1983 und 1986 vom Ministerium für Gesundheitswesen der Gesellschaft für Pädiatrie als gesundheitspolitisches Ziel angetragen. Aber auch unabhängig davon kümmerte sich die Gesellschaft für Pädiatrie v. a. mit ihren Arbeitsgemeinschaften „Mor-

bidität und Mortalität im Kindes- und Jugendalter“ und „Infektiologie“ um diese Probleme. Die Infektdisposition und -exposition, zu niedrige Raumtemperaturen, zu frühe Bringe- und zu späte Abholzeiten der Kinder, der Schichtdienst der Mütter und weitere Faktoren wurden hervorgehoben.

Säuglingsernährung

Obwohl künstliche Ernährungsformen selbstverständlich immer wieder vorgestellt sowie in ihren Zusammensetzungen und Wirkungen untersucht, kritisiert und optimiert wurden, unterschätzten die Pädiater zu keiner Zeit den Wert der Frauenmilch und hoben die Wichtigkeit des Stillens stets hervor. Dabei ist anzunehmen, dass der international zu beobachtende Rückgang des Stillens auch die DDR erfasst hatte. Während der Stillrückgang bis etwa Mitte der 1970er-Jahre resignierend bedauert wurde, begann danach die aktive Beeinflussung des Stillens durch die Pädiater. Dies wurde durch die Zahlung von Stillprämien in den Mütterberatungen und andere sozialpolitische Erleichterungen für die Mütter unterstützt.

Im Jahr 1983 wurden die das Stillen favorisierenden Richtlinien der Europäischen Gesellschaft für Pädiatrische Gastroenterologie und Ernährung allen Pädiatern der DDR zur Kenntnis gegeben. Auch die Gesellschaft für Pädiatrie der DDR bekannte sich immer wieder zum Stillen; ihre Arbeitsgemeinschaft „Gastroenterologie, Stoffwechsel und Ernährung“ hatte bereits 1979 Empfehlungen herausgegeben, die von der Überlegenheit des Stillens ausgingen. Im Jahr 1985 wurden sie nochmals zu 16 Grundregeln der Säuglingsernährung zusammengefasst, von denen sich allein 8 damit beschäftigten, dass und wie das Stillen gefördert werden muss. Künstliche Ernährung wurde jetzt praktisch nur noch indiziert gesehen, „sollte ausnahmsweise keine Muttermilch gegeben werden können“. Diese Regeln brachen mit alt hergebrachten Praktiken: Aufklärung der medizinischen Wochenstationen und der jungen Mütter selbst, das Rooming-in-System, das Einschränken der Zufütterung, das Nachtstillen und das mindes-

tens 5-malige beidseitige Anlegen wurden allgemeine Postulate und brachten offenbar auch Erfolge.

Säuglingspflege

Etliche weitere pflegerische Themen wurden diskutiert und im ambulanten Bereich sowie v. a. auch in den Krippen und Mütterberatungen umgesetzt, so beispielsweise die Empfehlungen zum Anlegen des Spreizwindelhöschens zur Vorbeugung der Luxationshüfte. Kontroversen gab es, als der Dresdner Orthopäde Johannes Büschelberger (1909–1984) 1981 das Dyadetuch, mit dem das Tragen von Säuglingen auf der Hüfte erleichtert wurde, als „eine Möglichkeit zur Wiederherstellung des biologisch vorgesehenen Verhaltens bei der Pflege von Neugeborenen, Säuglingen und Kleinkindern“ empfahl. Klaus Jährg (1935–2011) aus Greifswald machte ihm den Vorwurf einer „formalen Biologisierung und Psychologisierung der Medizin“, weil er einem simplen Determinismus verhaftet sei sowie die schöpferische Seite der Persönlichkeit und ihre Rolle in der Entwicklung des Individuums ignoriere.

Säuglingssterblichkeit

Große Bedeutung hatte der durchaus erfolgreiche Kampf um die Senkung der Säuglingssterblichkeit: Sie konnte von 72,2 gestorbenen Säuglingen auf 1000 Lebendgeborene 1950 systematisch bis auf 7,3 im Jahr 1990 gesenkt werden. Ab 1960 untersuchten Fachkommissionen unter Leitung der Kreis- und Bezirksärzte jeden Todesfall eines Kindes unter 16 Jahren, wozu auch eine Melde- und Sektionspflicht gehörte. Das galt insbesondere für Fälle von plötzlichem Kindstod („sudden infant death“, SID).

Vor allem latente Infektionen wurden dafür als mögliche Ursache angesehen, woraus die Anordnung täglicher Temperaturmessung des Kindes vor der Aufnahme in die Kinderkrippe resultierte. In den 1970er-Jahren wurde auch die einst als eine „für die Förderung der neuromuskulären Fähigkeiten und die Entwicklung des aufrechten Ganges ... den Neu- und Frühgeborenen zumutbare natürliche Schlafhaltung“ angesehe-

ne Bauchlagerung für die Kinderkrippen nicht mehr empfohlen, weil sie möglicherweise für den SID mit verantwortlich sei.

Bedeutung der frühen Mutter-Kind-Beziehungen

In den letzten beiden Jahrzehnten der DDR wurde zunehmend die Bedeutung der frühen Mutter-Kind-Beziehungen für die Kindesentwicklung psychologisch erforscht. Die Ergebnisse westlicher Autoren dazu wurden rezipiert und praktische Konsequenzen gezogen, so z. B. durch die Einführung des Rooming-in-Systems in der Geburtshilfe, die bereits ausgeführte hohe und nicht nur ernährungsphysiologisch begründete Bewertung des Stillens, die liberale Handhabung der Besuchszeiten in Kinderkliniken oder die Möglichkeit einer stationären Mitaufnahme der Mütter. Diese wurde ab den 1980er-Jahren durch die Rahmenkrankenhausordnung zugesichert, v. a. aber durch das von staatlicher Seite gewährte „Babyjahr“.

Gesellschaftspolitische Probleme

In den 1970er- und 1980er-Jahren wurden weitere Probleme evident, die bis dato offiziell weitgehend tabuisiert oder als negative Hinterlassenschaften bzw. überschwappende Auswüchse des Imperialismus deklariert worden waren. In Wirklichkeit wurden diese Probleme aber ebenso von der real-existierenden sozialistischen Gesellschaft der DDR produziert: Alkoholismus, Selbstmorde Jugendlicher, sexueller Missbrauch, Vergewaltigung und die besondere Aufmerksamkeit der Pädiater erregenden Kindesmisshandlungen. Immer deutlicher trat auch zutage, dass sich mit der allgemeinen ökonomischen Misere und dem ökologischen Raubbau auch für die Kinder schädliche Lebensbedingungen ergaben, die die erfolgreichen Bemühungen um die Pflege und Erziehung sowie die Senkung von Morbidität und Mortalität konterkarierten und zu schweren gesundheitlichen Schädigungen führten. Hier erhoben die Pädiater kritisch ihre Stimme: Nitratverseuchung des

Trinkwassers, Asbestosen durch Puder, Schadstoffgehalt in der Nahrung, Mängel und Lücken in der Versorgung mit Pflegematerialien oder Luftverschmutzung und Strahlenbelastung wurden angeprangert. Das waren immer wieder auch Themen im Vorstand der Gesellschaft – 1982 wurde sogar eine Luftwarnanlage vorgeschlagen – und in Publikationen von *Kinderärztliche Praxis*. Diese Kritiken orientierten allerdings in erster Linie auf Schadensbegrenzung und Optimierung der bestehenden Situation. Sie zielten weder i. Allg. noch offiziell auf eine prinzipielle Änderung der den genannten Problemen zugrunde liegenden politischen und ökonomischen Verhältnisse. Im und nach dem Herbst 1989 wurde es jedoch offensichtlich, dass sich Forderungen nach einem demokratischen Umbau der Gesellschaft schon vorher angebahnt hatten.

Resümee

Die Tätigkeit der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR war im Hinblick auf die Pflege und Erziehung gesunder Säuglinge und Kleinkinder, die bei etwa vier Fünfteln von ihnen in der Woche tagsüber in den Krippen stattfand, auf folgende Schwerpunkte gerichtet:

- Förderung der physischen und psychischen Entwicklung jedes Kindes durch Optimierung der Lebensbedingungen in den Krippen (Ernährung, einschließlich Stillen, Schaffung von Bedingungen für das Ausleben von Mutter-Kind-Beziehungen, räumliche Ausstattung, Erziehungsprogramme, Beruf Krippenerzieherin, Krippenordnung),
- Prophylaxe von Erkrankungen (Impfschutz, Vorsorgeuntersuchungen, Screenings, Realisierung von medizinisch begründeten Pflege- und Beobachtungsmaßnahmen),
- Aufdeckung, Abwendung oder wenigstens Minderung schädlicher Einflüsse, die einem Kind in der Krippe oder seiner Familie und seinem weiteren Umfeld widerfahren können.

Die Erfüllung dieser Aufgaben diene eindeutig dem Wohl des Kindes. Gleich-

zeitig stellte sie eine wesentliche Komponente dar, im Zusammenhang mit einer Vielzahl sozialpolitischer Maßnahmen die Gleichberechtigung der Frau sowie ihre Berufstätigkeit und damit ein wichtiges Ziel sozialistischer Politik zu erreichen. Die Bildung einer eigenen Gesellschaft für Pädiatrie der DDR war ein sich aus der politischen Teilung Deutschlands ergebender Akt. Allerdings war sie auch von der ideologisch determinierten wissenschaftlichen Herausforderung bestimmt, die Gleichberechtigung der Frau mit dem Wohl der Kinder in die optimale Übereinstimmung zu bringen. Die dabei erbrachten, international anerkannten Leistungen erreichten die Mitglieder der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR nicht nur trotz oft widriger materieller Bedingungen und ideologischer Bevormundung. Vielmehr war die sozialistische Gesellschaftsordnung mit ihrer hohen Wertschätzung von Mutter und Kind, dem politischen Ziel der Gleichberechtigung der Frau und den zentralistischen Strukturen des Gesundheitswesens hierfür eine wichtige Voraussetzung. Dies wurde von den Kinderärzten und Kinderärztinnen im Verlauf der Zeit durchaus akzeptiert und konstruktiv mitgestaltet. Neben vielen fachlichen Leistungen brachten die Kinderärzte der DDR auch diese speziellen Kompetenzen und Erfahrungen in das wiedervereinigte Deutschland und in die wiedervereinigte Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin ein. Es ist schade, dass vieles davon nach der politischen Wende 1989 zunächst nicht im gebührenden Maß wertgeschätzt und kritisch aufgehoben wurde, sondern jetzt mit viel Mühen wieder neu aufgebaut werden muss. Denn die Gleichberechtigung der Frau ist auch in der freiheitlich-demokratischen Grundordnung der Bundesrepublik Deutschland ein hoher Wert und Anspruch und muss mit dem Wohl der Kinder optimal in Übereinstimmung gebracht werden.

Korrespondenzadresse

PD Dr. S. Hahn

Gohliser Str. 19, 04155 Leipzig, Deutschland
susannehahn@gmx.net

Susanne Hahn, Dr. med.; Medizinstudium in Leipzig, Fachärztin für innere Medizin und Fachärztin für Geschichte der Medizin, Zusatzstudium: Philosophie, 1985 Habilitation; praktische Erfahrungen als Landärztin, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Deutschen Hygiene-Museum Dresden, am Karl-Sudhoff-Institut für Geschichte der Medizin und Naturwissenschaften und Leiterin einer medizinischen Fachschule; Spezialgebiete: medizinische Ethik, insbesondere Sterbebegleitung, Medizin im Deutschen Kaiserreich, in der Weimarer Republik, im Nationalsozialismus und in der DDR, 5 Kinder, seit 2012 im Ruhestand.

Roland Eulitz

Erlebte soziale Pädiatrie in der DDR

Meine Gedanken gehen auf den Beginn eines Erlebniswegs ab der ersten Hälfte der 1960er-Jahre zurück, also in eine DDR-Zeit. Dazu hat mein Lehrer Helmut Patzer (1919–2009) formuliert: „Die DDR war auch ein Lebensraum mit vielen Einzelschicksalen, ein Lebensraum, in dem Menschen lebten, liebten, lernten, ihren Beruf ausübten.“ Und viele können stolz darauf sein, was sie unter den erschwerenden Bedingungen einer unflexiblen, uneffektiven und diktatorischen Staatsform in Familie und Beruf geleistet haben. Aber es muss auch klar bleiben, dass Erinnerung in mitunter „ostalgotischer“ Vergoldung nicht dazu führen darf, plötzlich auf die erschwerenden Bedingungen stolz sein zu wollen, wie es Richard Schröder einmal ausgedrückt hat.

Kinderheilkunde unter DDR-Bedingungen

Wollten wir damals beispielsweise Fachliteratur „von drüben“ lesen, so gelang das, wenn man nicht an einer Hochschule mit großer Bibliothek tätig war, nur über das von manchem von uns genannte „Sonderdruckwesen“. Hierzu musste der Autor der gewünschten Publikation freundlicherweise auf eine vorgegebene, mit einer DDR-Drucknummer registrierte „Sonderdruckanforderungspostkarte“ mit dem Separatum seiner Arbeit reagieren. Manchem war es trotz der deutsch-deutschen Grenze möglich, direkt an die Stelle seines Wunsches „nach drüben“ zu fahren. Lange Zeit waren dies aber nur vom Staat DDR bestimmte Leute. Wie viele andere, so war auch ich kein „NSW-Reisekader“ und für Reisen in das „nichtsozialistische Wirtschaftsgebiet“ (NSW) nicht zugelassen. „Diese Entscheidung bedarf keiner Begründung“, lautete der Bescheid des Volkspo-

lizei-Kreisamts mit unleserlicher Unterschrift.

Aber auch unter diesen Voraussetzungen und solchen Bedingungen wurde in Ostdeutschland Kinderheilkunde gelehrt und praktiziert. Für die Kinderheilkunde nach dem Zweiten Weltkrieg war im Ostteil Deutschlands, also zunächst in der Sowjetischen Besatzungszone (SBZ), dann in der DDR, die Entscheidung bereits im August 1945, also wenige Monate nach Kriegsende, gefallen. Ein Befehl der Sowjetischen Militäradministration (SMAD) legte den einzuschlagenden Weg hin zur Entwicklung eines staatlichen Gesundheitswesens fest. Damals wurde die Gründung einer Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen in der SBZ als Vorläufer des späteren Ministeriums für Gesundheitswesen angeordnet. Sie machte bereits das Prinzip konsequenter Zentralisierung deutlich.

Das reichte von der Organisation des stationären und des ambulanten Gesundheitswesens unter Einbeziehung der Kommunalhygiene über die Überwachung der Herstellung von Pharmaka und Impfstoffen bis hin zur Schaffung von Fachschulen, Forschungsinstituten und der Gründung medizinisch-wissenschaftlicher Gesellschaften, wie es Patzer ausführlich beschrieben hat. Danach kam im Dezember 1947, also fast 2 Jahre vor Gründung der DDR, der Befehl der SMAD über die „Errichtung von Ambulanzen und Polikliniken zur Sicherstellung der ärztlichen Versorgung der deutschen Bevölkerung in der SBZ“. Damit wurde bei den Abteilungen Gesundheits- und Sozialwesen der Kreise eine Abteilung „Pädiatrie“ sowohl für die kurative als auch für die präventive Betreuung der Kinder verantwortlich. Die Mütterberatung war extra ausgewiesen, ebenso wie die präventiv arbeitende Abteilung „Kinder- und Jugendgesundheitschutz“.

Sieben Jahre später, im Februar 1954, nunmehr in der DDR-Zeit, wurde eine gesetzliche „Anordnung über die laufende gesundheitliche Überwachung für Kinder und Jugendliche“ erlassen, die im April 1979 eine Ergänzung erfuhr. Hauptpunkte waren die regelmäßige Beurteilung des Gesundheits- und Entwicklungsstandes von der Geburt bis zum Abschluss des Schulbesuches durch Reihen- und Einzeluntersuchungen. Später wurde diese unterstützt durch einen inhaltlichen Leitfadens, der als „Standard-Programm“ unter der Begleitung durch das Institut für Hygiene des Kindes- und Jugendalters Berlin multidisziplinär ärztlich erarbeitet worden war. Ausführlicher als im „Gelben Heft“ in der Bundesrepublik wurde hier auch das Jugendalter einbezogen.

Zum Einschätzen der Effektivität eines solch engmaschigen Kontrollsystems konnten sehr verschiedene Parameter herangezogen werden. Wohl wissend, dass sich in der Säuglingssterblichkeit, besonders der Spätsterblichkeit, ökonomisches, soziales und gesundheitspolitisches Niveau eines Staats widerspiegelt, schenkte die DDR-Führung diesem Zusammenhang auch als Politikum besondere Aufmerksamkeit. Es gab die Sektionspflicht in jedem Kindertodesfall, und manche wichtigen Aufschlüsse zum Weiterführen ärztlicher und auch gesundheitspolitischer Arbeit haben sich ergeben.

Die Einführung der gesetzlichen Pflicht zur Bacille Calmette-Guérin (BCG)-Schutzimpfung in der DDR 1952 führte zu einer Impfquote von etwa 90 % der Kinder. Für Anfang der 1960er-Jahre konnte in den Berichten des Zentralinstituts für Hygiene, Mikrobiologie und Epidemiologie ein deutliches Absinken der Tbc-Erkrankungsraten festgestellt werden. Mit dem Rückblick auf den Impfkalender vom 18. September 1984 und dem Hinweis auf die seit 1961 beste-

Literatur beim Verfasser



Abb. 31 ▲ Spieltherapie in der Erfurter Kinderklinik, 1970er-Jahre. (© Roland Eulitz, mit freundl. Genehmigung)



Abb. 32 ▲ Kinderfest in der Kinderklinik Erfurt, Station 8 und 9 im Sommer 1970. (© Roland Eulitz, mit freundl. Genehmigung)

hende gesetzliche Pflicht zur Diphtherie-Pertussis-Tetanus(DPT)-Impfung lässt sich eine Aussage zum Rückgang der gemeldeten Infektionskrankheiten treffen. Nicht allein der Impfkaktivität ist dies zu verdanken, sondern auch der Verbesserung der Lebensverhältnisse. Viele stationäre Behandlungseinrichtungen, insbesondere für Kinder mit tuberkulöser Meningitis, konnten aufgrund sinkender Erkrankungszahlen anderen Zwecken – wie beispielsweise der rehabilitativen Medizin – zur Verfügung gestellt werden. Wenn man die Vorgeschichte von Rehabilitationskliniken, die aus Krankenhäusern oder -abteilungen hervorgegangen sind, betrachtet, wird man in ganz Deutschland auf ehemalige Tbc-Behandlungszentren stoßen, so auch in der DDR der 1960er-Jahre.

Kinderklinik der Medizinischen Akademie Erfurt

In der eigenen Erinnerung bleibt die stationäre Abteilung der Kinderklinik der Medizinischen Akademie Erfurt in der Gustav-Freytag-Straße sehr lebendig. Helmut Patzer hatte sie 1959/1960 in einer Villa mit Garten und Freiluftliegehallen zu einer von Anfang an interdisziplinär arbeitenden Stationsform mit 25 bis 30 Betten gestaltet. Die Liegehallen in Barackenform wurden zu Schul-, Diagnostik- und Therapieräumen umfunktioniert. Kinder mit zerebralen Bewegungsstörungen ab dem Einschulungsalter – kleinere, nur selten

in dringender Sozialsituation – wurden in einem quasi familiären Milieu betreut, behandelt, beschult, oft über sehr lange, mitunter jahrelange Zeit. Hierzu gehörten auch ausländische Patienten (Irak, Sowjetunion). Diese Behandlungsform erforderte ein Umdenken bei den Schwestern aus der Tbc-Zeit ebenso wie bei den Ärzten, die bei Patzer arbeiteten, bedeutete neue Formen des Zusammenwirkens mit den Familien, aber auch untereinander, bedeutete, den Gefahren eines Hospitalismus und der Deprivation entgegenzuwirken, bedeutete, auch für alle Physiotherapeuten, Vorschulpädagogen, Psychologen, Lehrer, den Mut zu behalten im Behandlungsprozess – damals und heute.

Es war aber auch eine Zeit des Lernens „nicht nur in den Fragen der Rehabilitation der Behinderung, sondern überhaupt der Umgang mit der Entwicklung des Kindes, also Entwicklungsdiagnose, Entwicklungsphysiologie“, wie Patzer in einem Interview mit dem Göttinger Medizinsoziologen Jürgen Wilhelm bereits in den 1990er-Jahren in einem Rückblick erklärte. Und weiter sagte Patzer:

Die Arbeitsatmosphäre in dieser Einrichtung war dadurch gekennzeichnet, dass therapeutische Resignation und Beschränkung auf rein caritative Betreuung keine Berechtigung mehr hatten, und dass jeder auf seinem Fachgebiet mit einer fast euphorisch zu nennenden Einstellung bemüht war, immer umfassender und sachkundiger auf die neuromotorische und

psychosoziale Entwicklung der uns anvertrauten Kinder einzuwirken.

Beim Ehepaar Bobath unmittelbar in die Lehre zu gehen, war uns damals leider nicht möglich. Unsere Physiotherapeutinnen erlernten deren Methode auf dem Umweg über Prag und Budapest, gelegentlich auch über den Besuch von Kolleginnen aus der damaligen Bundesrepublik im Marienstift Arnstadt, die bereits über die entsprechende Ausbildung verfügten. Ähnlich verhielt es sich mit anderen therapeutischen Methoden, (z. B. Vojta-Behandlung), die in der Folgezeit entwickelt und publiziert wurden.

Besonders wichtig erscheint mir aber im Rückblick, dass wir damals zu der Erkenntnis gelangten, dass bei beeinträchtigter Motorik die gesamte Kommunikation mit der Umwelt erschwert oder gestört ist, und dass tief greifende Auswirkungen auf die soziale, emotionale und mentale Entwicklung daraus resultierten. Wir erfuhren aber auch, welche Bedeutung das Verhalten der Umwelt dabei hat, deren Einfluss hemmend, ausgrenzend, aber auch fördernd, hilfreich, ermutigend sein kann.

Deshalb arbeiteten in diesem Haus in täglicher Abstimmung Ärzte und Kinderschwestern, Psychologen und Pädagogen der Sonderschule für Körperbehinderte, Physiotherapeuten zusammen (■ **Abb. 31 und 32**). „Integration-Inklusi-

on-Diskussionen“ haben uns also auch damals schon begleitet.

In diesen Jahren von 1960 bis 1969 lebten wir mit der ständigen Sorge um die zu geringe Bettenkapazität, die so vielen Familien die Aufnahme ihres Kindes in der „Gustav-Freytag-Straße“ verwehrt. Der Name dieser Straße wurde zu einem Synonym für die Arbeit mit zerebral bewegungsgestörten Kindern in der ehemaligen DDR. Wie gern hätten wir auch schon für jüngere Kinder Möglichkeiten der umfassenden Betreuung geboten.

Betreuungsmöglichkeiten für entwicklungsgestörte Kinder und ihre Familien

Aufbau und Förderung

Bereits Mitte der 1950er-Jahre war eine Debatte zwischen dem Ministerium für Gesundheitswesen und dem Ministerium für Volksbildung begonnen worden, die Entwicklung, Schulreife und Verhaltensauffälligkeit sowie die Bedeutung möglicher neurologischer Schädigung zum Thema hatte. Aufgrund dieser Debatte und parallel zu den oben genannten Sorgen entwickelte sich 10 Jahre später die Idee eines Zentrums, das über die bis dahin unterschiedlich ausgeprägten „Dispensaire-Sprechstunden“ hinausführen sollte.

Mit unserer Art der Zuwendung zum zerebral bewegungsgestörten Kind waren wir nicht lange allein geblieben. Als Thüringer möchte ich an das traditionsreiche Marienstift Arnstadt, das orthopädisch geführte Haus am Seeberg in Gotha, an die große stationäre Abteilung für Kinder mit Zerebralparese Egendorf bei Weimar, an die orthopädische Abteilung Eisenach und an die Krankenanstalten Sülzhayn im Harz erinnern. Anlaufpunkte für betroffene Familien gab es auch in den Bezirken Gera, Suhl, Chemnitz, damals Karl-Marx-Stadt, Halle, Leipzig, Rostock, Greifswald, Görlitz, Magdeburg und Dresden.

Die von Erfurt aus organisierten jährlichen Zusammenkünfte in der von Patzer seit 1977 geleiteten Arbeitsgemeinschaft „Neuropädiatrie“ der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR förderten den fachlichen Austausch unter den rund 50 Mit-

gliedern, die aus ganz unterschiedlichen Tätigkeitsbereichen kamen. Dabei zeigte sich, dass sich über alle 14 Bezirke der DDR verteilt engagierte Pädiater, aber auch Orthopäden, um den Aufbau und die Förderung von Betreuungsmöglichkeiten für entwicklungsgestörte Kinder und ihre Familien bemühten. Ich denke hier besonders an Werner Kressin in Berlin-Buch, Brigitte Schwarzbach, die Physiotherapeutin Frau Reuter in Leipzig, die Kinderärzte Ingrid Weinke, Helmut Rautenbach, den Neuropädiater Horst Todt sowie Jochen Martin, Christina Gertler-Fiedler und weitere.

Subspezialisierung „Kinderneuro-psychiatrie“

Der Leiter der Sektion Kinderneuro-psychiatrie an der Universität Rostock, Gerhard Göllnitz (1920–2003) hörte den Begriff „Neuropädiatrie“ gar nicht so gern. Wohl auch deshalb nahm er Aktivitäten der AG Neuropädiatrie fast nicht zur Kenntnis, er blieb aber in der Verbindung zu Patzer konzilient. Göllnitz hatte gute Aufbau-, Koordinations- und Fortbildungsarbeit geleistet und hatte auf jeden Fall bessere Beziehungen zum Ministerium. Er konnte so, im Gegensatz zu Patzer „mit seiner Neuropädiatrie“, über eine Sektion „Kinderneuro-psychiatrie“ seiner Gesellschaft für Psychiatrie und Neurologie der DDR eine Subspezialisierung „Kinderneuro-psychiatrie“ durchsetzen, die neuropsychiatrische Fachärzte erwerben konnten. Dank Patzers Einsatz konnten Pädiater diese Subspezialisierung ebenfalls erlangen, wenn auch mit wesentlich höherem Zeitaufwand.

Trotzdem gelang es uns, Mechthild Haupt, Ingrid Müller und mir, in Erfurt endlich den Respekt und die offizielle Anerkennung als „Subspezialist Kinderneuro-psychiatrie“ zu erhalten. Dies erreichten wir wohl auch durch aktives Mitwirken an Fortbildungskursen, die von Gerhard Göllnitz und Ursula Kleinpeter (1929–2013), Professorin für Kinderneuro-psychiatrie an der Universität Rostock, geleitet wurden, und durch Mitarbeit am von Rostock geführten Forschungsprojekt „Defektives Kind“ am 26. September 1980. Mitte 1983 ließ mich Patzer an

seiner Stelle zur Mitarbeit in die Zentrale Fachgruppe „Kinderneuro-psychiatrie“ der Akademie für Ärztliche Fortbildung der DDR unter der Leitung von Gerhard Göllnitz berufen. Dort habe ich auch Gerda Jun (*1935), Autorin des Buches *Kinder, die anders sind*, kennengelernt.

Abteilung für Entwicklungsfragen in Erfurt

Es war in den 1970er-Jahren, in denen die Eltern aktiv wurden und durch Eingaben an Kreis-, Bezirks- und DDR-Regierungsadressen Druck ausübten. Ein verzweifelter Unterbringungstourismus wurde immer deutlicher, der das Ministerium für Gesundheitswesen der DDR zwang, Tagesstätten und Pflegeheime statt geforderter Klinikbetten auszubauen. All das führte Patzer dazu, über eine ambulant arbeitende Einrichtung nachzudenken, die er „Abteilung für Entwicklungsfragen im Kindesalter“ nannte, auch um politisierende und fehldeutende Diskussionen zu vermeiden. Im Februar 1971 beauftragte er mich mit der Konzeption einer solchen Institution und ihrer Arbeitsweise.

Zielvorgaben für die „Abteilung für Entwicklungsfragen“ waren:

- Fortfall der Beschränkung auf den Bereich der zerebralen Bewegungsstörungen,
- möglichst zeitiger und enger Kontakt zur Familie des Kindes,
- Zuwendungszeit für die Familie und für eine größere Zahl von Familien gewinnen,
- soziale Arbeit der Fürsorgerin begünstigen und fördern,
- Einbeziehung von Forschung auf medizin-technischem Gebiet, damals Elektromyographie (EMG), Elektroenzephalographie (EEG) und somatosensorisch-evozierte Potentiale (SSEP).

Im Jahr 1974 erfolgte die erste Publikation in der *Zeitschrift für Ärztliche Fortbildung* im Gustav Fischer-Verlag, Jena, unter dem Titel „Abteilung für Entwicklungsfragen – Bericht zu einem Modell“. Im Jahr 1977 wurden erste Erfahrungen aus dieser Arbeit in der *Zeitschrift Kinderärztliche Praxis* zusammengefasst.



Abb. 33 ▲ Anthropometrie, 1970er-Jahre. © Roland Eulitz, mit freundl. Genehmigung)

Mütterschulkurse und Familienwochen bzw. -wochenenden

Zur Unterstützung der Patientenfamilien wurden seit den 1970er-Jahren Mütterschulkurse und Familienwochen bzw. -wochenenden angeboten (▣ Abb. 33). Jens Dreger schrieb hierzu in seiner 1997 erschienenen Dissertation über sozialpädiatrische Zentren in Ost und West:

Schon frühzeitig wurden in Erfurt (auch im Schloss Sondershausen) Familienwochenenden und Familienwochen durchgeführt und in Zusammenarbeit mit einer in der Nähe gelegenen Rehabilitationsklinik [gemeint ist die schon erwähnte Abteilung Egendorf bei Weimar; Anm. d. Verf.] wurden in den 70er-Jahren Mütterschulkurse, die zu Keimen von ansonsten in der DDR ungern gesehenen Elterngruppen wurden, angeboten. Man war bestrebt, die Eltern ... in die Arbeit einzubeziehen. Dabei wurden diese anfangs, das entsprach den damals gültigen Standards und war aus Gründen des Therapiemangels angezeigt, als Co-Therapeuten und ‚Trainer‘ (so Eulitz 1974 in seinem Bericht zum Erfurter Modell) ihrer Kinder geschult, der Therapieerfolg wurde in regelmäßigen Wiedervorstellungen mit Hilfe eines Hausaufgabenheftchens dokumentiert und kontrolliert.

Letzteres klingt recht doktrinär, es haben aber nach meinem Erleben die Eltern auch ihre Sorgen und Freuden sowie Fragen an die Behandler aufgeschrieben, und sie haben sich großenteils gern anhand der eigenen Aufzeichnungen in das Gespräch eingebracht.

Heute ist die Auffassung „Eltern als Kotherapeuten“ nicht mehr in dem Maß wie in der zweiten Hälfte der 1980er-Jahre vertreten. Vielmehr werden die Eltern nun stärker als zu gewinnendes Gegenüber in einer fürsorglichen Beratung und Betreuung gesehen. Inzwischen gibt es neue Diskussionen zu Formen der Elternmitarbeit auch in der Behandlung.

Die „Mütterschulkurse“, 23 an der Zahl, waren eine Art von Gruppenarbeit, die viele Elemente der in der DDR-Nomenklatur nichtvorkommenden Selbsthilfegruppen beinhaltete.

Sondergruppen in Kinderkrippen

Unmittelbar nach Erscheinen einer „Ordnung zur Förderung geschädigter Säuglinge und Kleinkinder in Krippen und Heimen“ vom 22. August 1975 (Verfügungen und Mitteilungen des Ministeriums für Gesundheitswesen der DDR Nr. 15/1975) wurden Lehrgänge für Krippenerzieherinnen zur Arbeit in „Sondergruppen von Kinderkrippen“ („100-Stunden-Programm“) begonnen, die im Wesentlichen von einer Erfurter Arbeitsgruppe unter der Leitung der Kinderärztin Waltraud Hotze initiiert wurden. Denn zumutbar war die Aufnahme so kleiner Kinder in eine solche Sondergruppe nur, wenn dort qualifizierte kleinkindpädagogische und -therapeutische Arbeit geleistet werden konnte.

Wir hatten zuvor in Diskussionen im Institut für Hygiene des Kindes- und Jugendalters Berlin unter Beteiligung von Anneliese Sälzler (1927–?), Gerda Niebsch (*1933), Christa Grosch (1931–2011) und anderen, erreichen können, dass der Gesetzgeber nicht auf die Reihenfolge separater „Sonderkrippen“ vor integrativen „Sondergruppen“ setzte. Wir vertraten den Standpunkt, dass die Unterbringung von Kindern mit Entwicklungsauffälligkeiten in einer besonderen Gruppe innerhalb einer

„normalen“ Kinderkrippe stärker zu Integration oder Inklusion in den Kreis entwicklungs gesunder Kinder beitragen würde.

Im Jahr 1975 hatte der Mainzer Pädiater Johannes Pechstein während seiner Arbeit als Mitglied einer Kommission des Zweiten Deutschen Bildungsrates der Bundesrepublik Deutschland erstmals den Begriff „Sozialpädiatrisches Zentrum“ in einer Gutachtenmonografie im Stuttgarter Klett-Verlag verwendet. Diesen Begriff aber konnten wir damals in die ehemalige DDR aus ideologischen Herkunftsgründen nicht importieren, wie von verschiedener Seite deutlich gemacht wurde. Aus der Erfurter Abteilung für Entwicklungsfragen ist später das Sozialpädiatrische Zentrum Erfurt hervorgegangen.

Abteilung für Entwicklungspädiatrie in Cottbus

Als Parteiloser hatte ich, wie man mich wissen ließ, zu dieser Zeit kaum Aussichten auf eine Hochschullaufbahn an meinem bisherigen Arbeitsort. Nachdem ich das Editorial „Entwicklungspädiatrie“ des Schweizer Kinderarztes Remo H. Largo (*1943) in der *Helvetica Paediatrica Acta* von 1979 gelesen hatte, entschloss ich mich im „Weltjahr der Behinderten“ 1981, einem Wunsch von Anno Dittmer (1926–2003) entgegenzukommen. Er bot mir an, an der von ihm geleiteten Kinderklinik des „Carl-Thiem-Klinikum Cottbus“ eine „Abteilung für Entwicklungspädiatrie“ aufzubauen. Im Jahr 1982, also 22 Jahre vor dem Erscheinen von Hans-Georg Schlacks *Entwicklungspädiatrie*, begann diese, meines Wissens erste in Deutschland so benannte Abteilung, ihre sozialpädiatrische Arbeit nach weiterentwickeltem Erfurter Vorbild unter meiner Leitung. Etwas Mut brauchten wir schon, um im Bewusstsein des anfänglichen Risikos einer Ablehnung durch mittlere politische und berufspolitische Funktionsträger diesen Weg zu nehmen. Wir fühlten uns argwöhnisch beobachtet, auch vom Ministerium für Gesundheitswesen der DDR. Wiederholt wurden wir von dort durch Besuche geprüft, z. T. auch von höheren politischen Funktionsträgern



Abb. 34 ◀ Ärz-
tefortbildung in
der Abteilung Ent-
wicklungspädiatrie
der Kinderklinik
im Carl-Thiem-Kli-
nikum Cottbus,
1980er-Jahre. (©
Roland Eulitz, mit
freundl. Genehmi-
gung)

ideologisch vereinnahmend gelobt. Dies kam besonders vor, wenn ausländische Gäste des SED-Parteitags aus Berlin angekündigt wurden – da spürten wir deutlich die Ambivalenz der Haltungen.

Ironisch wurde in *Kinderärztliche Praxis* (Heft 10/1983) vom damaligen Vorsitzenden der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR, Klaus Jährig (1935–2011), unser Bemühen als „nunmehr auch am Baume der Kinderheilkunde aufgebrochene ... Blüte einer ‚Entwicklungs-pädiatrie‘“ im Sinne einer Tautologie kommentiert und in ihrem Anliegen missverstanden. Man unterstellte uns die Etablierung eines Konkurrenzunternehmens zur Kinderneuropsychiatrie sowie zu den Abteilungen Kinder- und Jugendgesundheitschutz. Eine Erwiderung darauf von Patzer wurde im gleichen Heft von *Kinderärztliche Praxis* abgedruckt. Aus Stellungnahmen von Dittmer und Eulitz glaubte der Autor, eine von einer Abteilung „Entwicklungs-pädiatrie“ ausgehende Gefahr für die Kinderheilkunde zu erkennen. Als „Deus ex machina“ für die Kinderheilkunde bezeichnet, befanden wir uns damals in einer für erweiterte Neuorientierungen und Ideen in der DDR misstrauischen und für Inaugurationen problematischen Zeit. Das blieb uns über die Jahre des Wirkens dieser, von betroffenen Familien gesuchten und regelmäßig besuchten Abteilung „Entwicklungs-pädiatrie“ bewusst, wäre aber nie Grund zum Aufgeben gewesen.

Erst 20 Jahre nach der Wende erfuhr ich von einer Berliner Kollegin, dass genau zu dieser Zeit um 1980 an einer großen Berliner Kinderklinik Pläne zu

einer Institutionalisierung der Sozialpädiatrie mit entsprechender Abteilung bestanden hatten. Diese seien aber aus „ihr noch immer unerfindlichen Gründen“, wie sie mitteilte, „nach Einfluss von höheren Stellen“ auf Funktionen des Klinikleiters als Projekte plötzlich passé gewesen.

Christa Groschs Bemühungen, präventive Aufgaben, die mehr und mehr Eingang fanden in die Pädiatrie, auch in einer Arbeitsgruppe „Sozialpädiatrie“ mit der klinischen Arbeit zu verbinden, blieben erfolglos in der DDR, wie sie mir in einem Briefwechsel schrieb. Hierin hätte auch die Arbeitsgemeinschaft „Morbidität und Mortalität“ unter Kurt Lorenz (1919–2009), Dresden, aufgehen können.

Bis zu meinem Weggang aus der Lausitz 1990 waren die uns möglichen Grundsätze in der Betreuung von etwa 2500 Kindern mit Entwicklungsproblemen und ihren Familien stabilisiert. Nachsorge für junge Kinder mit vermehrten perinatalen Belastungen aus der Region, Familienbetreuung in der Adoptionsvorbereitung, Fortbildung für Kinderärzte, Krippenerzieherinnen und Kindergärtnerinnen gehörten dazu. Wir erkannten, dass sich viele Symptome mancher Entwicklungsabweichung unter guten Bedingungen für das Kind und für die Familie spontan normalisierten. Und es bleibt dabei, dass wir es nicht allein unserem therapeutischen Bemühen zuschreiben dürfen, wenn wir solches erfreut beobachten.

Vor einem Vierteljahrhundert (1984/1985) haben wir in der Kinderklinik Cottbus in sehr intensiven Diskussio-

nen einen natürlich viel zu kleinen Teil der Weiterbildungszeit zum Facharzt für Kinderheilkunde erfochten, der den Weiterbildungsassistenten die Teilnahme an den Sprechstunden der Abteilung für Entwicklungs-pädiatrie sicherte (Abb. 34). Davon wurde dort vom Weiterbildungsleiter, Anno Dittmer, bis 1990 die Annahme des Antrags von Weiterbildungsassistenten zum Facharzt-Kolloquium Pädiatrie abhängig gemacht.

Wir meinten, dass diese Gelegenheit gegen Ende des Werdens zum Kinderarzt liegen sollte, weil hier vieles unter anderem Blickwinkel und in höherer Sehschärfe wiedergesehen wird, dem der werdende Kinderarzt bereits während stationärer und ambulanter Arbeit begegnet ist. Besonders in diesem Stadium des Kinderarztwerdens beginnt für Entwicklungsfragen eine Faszination, die sich an den weitergeben lässt, der allgemeine Pädiatrie gelernt hat. Wir sind froh, dass die Weiterbildungsordnung nunmehr, in welcher Weise auch immer, solchen Anspruch offiziell ausfüllen soll, und hoffen, dass dazu auch sozialpädiatrische Zentren beitragen werden. Diese Abteilung für Entwicklungs-pädiatrie im Land Brandenburg wurde seit nun 25 Jahren als Sozialpädiatrisches Zentrum Cottbus bis heute weitergeführt.

Resümee

Im jetzt 26. Jahr nach der deutschen Vereinigung lese ich noch einmal Christoph Dieckmann (Jg. 1956, Filmvorführer, Studium der Theologie, seit 1991 Redakteur der Wochenzeitschrift *Die Zeit*), der in seinem Erzählband *Die Liebe in der Zeit des Landfilms* schreibt:

War der Osten wirklich so, wie Sie erzählen? fragen Westler manchmal, und Ostler: Wie kannst Du Dir bloß alles merken? – Alles nicht, nur manches. Viel mehr ging verloren – immer das Wichtige, ringsum Anerkannte ... [Erinnerung] bleibt ein Magazin des Sentiments. ... Wer ihre Auswahl achtet, dem dient die Erinnerung als getreue Archivarin höchsteigener Vergangenheit. ... Erinnerung ist weder praktisch noch komplett, nur wahr. Verallgemeinert, in Ämter gezerrt, aufgeputzt als Zeitgeist oder Theorie, verliert sie ihre

Wahrheit: die Einzelexistenz des Menschen, seine Bindung an die ungewählte Zeit.

Ich habe etwas ausgewählt aus dem erlebten Weg der Sozialpädiatrie in der ehemaligen DDR, weil auch solches in der Geschichtsschreibung nicht vergessen werden sollte.

Korrespondenzadresse

PD Dr. R. Eulitz

Kefferhäuser Str. 47, 37351 Dingelstädt,
Deutschland
dr.rolandeulitz@t-online.de

Roland Eulitz, PD Dr. med habil., geb. 1937 in Gera, Thüringen; 1957–1963 Studium der Humanmedizin an der Universität Leipzig und der Medizinischen Akademie Erfurt; 1969 Promotion und Facharzt für Pädiatrie; 1988 Habilitation; 1991 Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie/Psychotherapie; 1963–1982 tätig an der Medizinischen Akademie Erfurt, zuletzt als Oberarzt; 1982–1991 Oberarzt an der Kinderklinik des Carl-Thiem-Klinikums Cottbus; 1991–2002 Aufbau und Chefarzt des „Kinderzentrum im Eichsfeld – Sozialpädiatrisches Zentrum Reifenstein“

Konfessionelle Kinderkliniken in der DDR

Sonderfall Sowjetische Besatzungszone und DDR

In der Sowjetunion und in den unter ihrer Hegemonie stehenden Staaten Europas gab es bis auf eine Ausnahme keine kirchlichen Krankenhäuser. Nur in Ostdeutschland blieben nach dem Zweiten Weltkrieg, 1945 in der Sowjetischen Besatzungszone (SBZ) und ab 1949 in der DDR, konfessionelle Krankenhäuser bestehen. Dieser historische Sonderfall hat verschiedene Gründe: Unmittelbar nach dem Kriegsende hatte die Sowjetische Militäradministration in Deutschland (SMAD) „akzeptiert, dass die evangelische und katholische Kirche ... auch im sozialen Bereich tätig wurden“.¹ In der Anfangszeit sollen sowjetische Ortskommandanten sogar an Neugründungen von Caritas-Krankenhäusern Interesse gehabt haben.² Als 1945 die staatliche „Volkssolidarität“ unter Mitwirkung der Kirchen für die Betreuung von Kriegssopfern gegründet wurde, bestand in einer Zeit allgemeiner Not keine Konkurrenz zu den kirchlichen Sozialwerken. Auch setzte sich die Sozialistische Einheitspartei Deutschlands (SED) auf ihrem Vereinigungsparteitag 1946 für den Schutz des kirchlichen Eigentums ein.³ In der ersten Verfassung der DDR von 1949 wurden in Art. 45 „das Eigentum sowie andere Rechte der Religionsgemeinschaften an ihren für ... Wohltätigkeitszwecke bestimmten Anstalten ... gewährleistet“.

¹ Wilhelm G (2004): Die Diktaturen und die evangelische Kirche, Göttingen, S. 213.

² Kösters C, Tischner W (2001): Caritas in der SBZ/DDR 1945–1989 – Ergebnisse der Diskussion. In: Kösters C (Hg.): Caritas in SBZ/DDR 1945–1989, München, Wien, Zürich, S. 237–250.

³ Heise J (1982): Die Politik der SED unter Einbeziehung von Gläubigen in den Aufbau des Sozialismus und in den Kampf um den Frieden (von der Gründung der DDR im Oktober 1949 bis zur 2. Parteikonferenz der SED im Juli 1952). Diss. A, Humboldt-Universität Berlin.

Dadurch sind in Ostdeutschland kirchliche Rechtsträger Eigentümer von Klöstern, Krankenhäusern und verschiedenen Sozialeinrichtungen geblieben.⁴

Es mag eine Rolle gespielt haben, dass Christen im Widerstand gegen die faschistische Gewaltherrschaft gestanden haben. Willms⁵ hat darauf aufmerksam gemacht, dass auch diplomatische Rücksichten auf die Kirchenpolitik der DDR-Regierung Einfluss genommen haben könnten. Möglicherweise wollte man an der Westgrenze des Moskauer Machtbereichs und in der unmittelbaren Nachbarschaft aller Besatzungsmächte im geteilten Berlin unpopuläre Maßnahmen wie eine Schließung der beliebten kirchlichen Krankenhäuser vermeiden. Er hebt auch hervor, „dass das konsequente Eintreten der evangelischen und katholischen Bischöfe mit den entscheidenden Leitern von Caritas und Diakonie für eine möglichst unabhängige und ausschließlich christlich orientierte Sozialarbeit eine größere Rolle gespielt haben dürfte“.⁶ Ludwig Mecklinger (1919–1994), Gesundheitsminister der DDR von 1971 bis 1989, schrieb in seinen Erinnerungen unter der Überschrift „Die Kirchen hatten ihren Platz“: „Auch muß darauf hingewiesen werden, daß den Kirchen ... mit der Diakonie sowie dem Caritas-Verband ein beachtliches Feld an medizinischer Arbeit überlassen war“.⁷

Im Jahr 1989 wies das Statistische Jahrbuch der Deutschen Demokratischen

Republik 75 kirchliche Krankenhäuser aus.⁸ Die kirchlichen Krankenhäuser verfügten über insgesamt 11.076 Betten (ca. 6000 im evangelischen Diakonischen Werk und 5000 im katholischen Deutschen Caritasverband). Dies entsprach einem Anteil von 6,7 % an der gesamten Bettenzahl in Ostdeutschland.⁹ Insgesamt gab es 10 konfessionelle Kinderkliniken (KK) in der DDR, davon 8 in evangelischer und 2 in katholischer Trägerschaft.¹⁰

Die konfessionellen Kinderkliniken

Evangelisches Kinderhospital, Altenburg (Thüringen). Im Jahr 1886 gegründet. Nach 1946 Ausbau bis auf 115 Betten mit Belegbetten für Chirurgie, HNO, Augenheilkunde und Lungenkrankheiten. Im Jahr 1968 erfolgloser Versuch des Kreisarztes, Einweisungen zur stationären Behandlung zu unterbinden. Ab 1976 pädiatrische Subspezialisierungen, Ambulanz und Neonatologie. Ab 1989 mit Kinderchirurgie und Frauenklinik erstes Kinderzentrum in Thüringen.

⁷ Mecklinger L (1989): Zur Umsetzung der Gesundheitspolitik im Gesundheits- und Sozialwesen der DDR Teil 1: Einleitung, Gesundheitspolitik, Gesundheitszustand, Leitung. In: Ewert G, Rohland L (Hg): Veröffentlichungen/ Interessengemeinschaft Medizin und Gesellschaft e. V., Berlin, H. 13, S. 18–19.

⁸ Statistisches Jahrbuch der Deutschen Demokratischen Republik 1989, Berlin 1990, XXI. Gesundheits- und Sozialwesen, S. 321.

⁹ Spaar H (1999): Das Gesundheitswesen der DDR, Quellen, Entwicklungen und Wertungen. In: Das Gesundheitswesen der DDR – Eine historische Bilanz für zukünftige Gesundheitspolitik Ewert G, Rohland L (Hg): Veröffentlichungen/ Interessengemeinschaft Medizin und Gesellschaft e. V., Berlin, H. 23/24, S. 56; . Willms P (2001) [wie Anm. 5].

¹⁰ Meißner B (2007): Die besondere Situation konfessioneller Kinderkliniken in der Sowjetischen Besatzungszone/DDR (1945–1989), Dissertation, Halle, Univ., Med. Fak.



Abb. 35 ▲ Diakonisse und russisches Militärhospital, um 1980. (© Ernst Fukala, mit freundl. Genehmigung)



Abb. 36 ▲ St.-Barbara-Krankenhaus in Halle/Saale (1989). (© Ernst Fukala, mit freundl. Genehmigung)

Evangelisches Krankenhaus Lutherstift Frankfurt/Oder (Brandenburg).

Im Jahr 1891 allgemeines Krankenhaus, ab 1899 Kinderabteilung. Evakuierung im Zweiten Weltkrieg. Besetzung durch die Rote Armee, Militärhospital. Erweiterung bis auf 120 Betten 1946. Ungewöhnlich enge Verzahnung mit der staatlichen Kinderklinik des Bezirkskrankenhauses durch Raumvermietung, Ärzte, übergreifende Funktionen und Dienste, spannungsreiches „Frankfurter Modell“. Pädiatrische Subspezialisierungen, Ambulanz, Neonatologie, Genetik, Frauenmilchsammelstelle. Einmalig die langjährige Personalunion des Chefarztes der Kinderklinik des Lutherstiftes und der Kinderklinik des Bezirkskrankenhauses durch Heinrich Brückner.¹¹ Schließung 2003.

St.-Barbara-Krankenhaus Halle/Saale (Sachsen-Anhalt).

Im Jahr 1894 Gründung eines Säuglingsheimes mit „Kinderarzt“. Im Jahr 1904 Neubau eines modernen Kinderkrankenhauses mit 55 Betten, Lazarett im Ersten Weltkrieg. In der DDR Modernisierung, 75 Betten, Neonatologie, pädiatrische Subspezialisierungen, Kindernephrologie, Ambulanz. Der Versuch einer Umwid-

mung durch den Bezirksarzt konnte 1973 abgewehrt werden. Ab 1976 Ultraschalldiagnostik, 1977 Umwandlung der chirurgischen Abteilung in die selbstständige Kinderchirurgische Klinik, Kinderanästhesie, ab 1986 Kinderradiologie, Grundstrukturen eines Sozialpädiatrischen Zentrums (▣ Abb. 35).

Kinderabteilung im Diakonissenkrankenhaus Halle/Saale (Sachsen-Anhalt).

Im Jahr 1857 Gründung des Diakonissenhauses. Bau des Säuglingsheimes mit 50 Betten im Klinikkomplex 1911. Beschlagnahme/Verpachtung von 250 Betten 1945, Militärhospital der sowjetischen Streitkräfte bis zu deren Abzug 1991. Konfliktreiches, z. T. aber auch rücksichtsvolles Zusammenleben in einer durch Mauer und Zaun getrennten innerstädtischen Klinik (▣ Abb. 36).¹² Allgemeine Pädiatrie, Ambulanz. Schließung 1980.

Kinderklinik Martha-Maria, Halle/Saale (Sachsen-Anhalt).

Im Jahr 1947 Gründung der Kinderklinik mit 25, später 82 Betten. Allgemeinpädiatrie und Kin-

derorthopädie, Ambulanz. Schließung 1994.

Kinderklinik am St. Vincenz-Krankenhaus, Heilbad Heiligenstadt (Thüringen).

Im Jahr 1966 Gründung der Kinderabteilung mit 27 und später 35 Betten. Allgemeine Pädiatrie, Neonatologie, Ambulanz, Pflege der Kinder aus Chirurgie, Augenheilkunde und HNO.

Kinderklinik des Luise-Henrietten-Stiftes, Lehnin (Brandenburg).

Im Jahr 1945 Notkrankenhaus, hervorgegangen aus einem Kinderheim von 1911, mit 52 Betten Versorgung von Flüchtlingen, durch Tieffliegerangriffe verwundeten und an Tuberkulose erkrankten Kindern aus Berlin-Wedding. Allgemeine Pädiatrie, Langzeitaufnahme (Kur) von Kindern mit bronchopulmonalen Erkrankungen. Die Schließung der Ambulanz konnte 1972 durch energischen Protest der Oberin abgewehrt werden. Ab 1980 Neuropsychiatrie, Pflege operierter Kinder. Schließung 1993.

Kinderklinik des Stiftes Betlehem, Ludwigslust (Mecklenburg-Vorpommern).

Im Jahr 1851 Gründung eines Kinderhospitals mit 20 und später 60 Betten. In der DDR Funktion eines Kreiskrankenhauses. Kinderklinik mit 69 Betten, allgemeine Pädiatrie, pädiatrische Sub-

¹¹ Brückner H (2008): Gewundene Pfade der Hoffnung. 37 Jahre Kinderarzt- als Anwalt der Schwächsten, Jacobsdorf.

¹² Radbruch C, Koch E (2011): Die Besetzung durch die Sowjets. In: Von der Diakonissenanstalt zum Diakoniewerk Halle. Biografie einer kirchlichen Institution. Diakoniewerk Halle/Saale, S.188–201.

spezialisierungen, Bereich für entwicklungs-gestörte Kinder, Chirurgie und HNO. Eine spätere Chefärztin gehörte zu jenen Studenten, die wegen ihrer Mitgliedschaft in der evangelischen Studentengemeinde 1952 exmatrikuliert wurden. Nach Protesten „durfte“ sie ein Jahr später weiter studieren, versehen mit der offiziellen Erwartung, „das in sie gesetzte Vertrauen der Regierung zu rechtfertigen und ihr Studium in tiefem Verantwortungsbewußtsein gegenüber der Deutschen Demokratischen Republik erfolgreich zu beenden“.¹³ Schließung 2004.

Kinderklinik Anna-Hospital, Schwerin (Mecklenburg-Vorpommern). Im Jahr 1866 Gründung mit 15 Betten, 1883 Neubau. Erstes Kinderkrankenhaus in Mecklenburg. Diakonisches Werk. Röntgenanlage 1899. Enteignung im Dritten Reich, 1945 abgewehrter Versuch der Überführung in staatliche Trägerschaft. In der DDR 125 Betten, allgemeine Pädiatrie, pädiatrische Subspezialisierungen, Zöliakiezentrum, Ambulanz. Erfolgreiche Verhinderung der Schließung, als 1980 das Bezirkskrankenhaus eine neue Kinderklinik errichtete. Konflikt mit staatlichen Stellen, da anlässlich eines Honecker-Besuchs keine Fahnen gehisst wurden. Schließung unter heftigem Protest der Bevölkerung 1994.

Kinderabteilung des Paul-Gerhard-Stiftes, Lutherstadt Wittenberg (Sachsen-Anhalt). Ab 1948 Kinderärztin, Kinderstation. In der DDR das größte evangelische Krankenhaus. Funktion als Kreiskrankenhaus. Kinderabteilung mit 58 Betten, allgemeine Pädiatrie, pädiatrische Subspezialisierungen, Diabetologie. Neonatologie. Interdisziplinäre kinderchirurgische Station, Ambulanz. Der Umgang mit staatlichen Stellen war unkompliziert durch das international beachtete Lutherjahr 1983. Der Vorsitzende des Staatsrates der DDR, Erich Honecker (1912–1994), verfügte den Bau eines neuen Schwesternhauses, das kirchlichen Würdenträgern als Hotel diente und danach für die Krankenpfle-

geschule und ein Schwesterwohnheim übernommen wurde.

Anfänge der kirchlichen Kinderkrankenhäuser

Die Geschichte der ostdeutschen KK folgt in ihren Anfängen der Entwicklung der stationären Kinderheilkunde in Deutschland. Die ersten Hospitäler entstanden im 19. Jh., als die Sozialfürsorge weder als staatliche Aufgabe empfunden wurde noch institutionalisiert war. Im vorwiegend protestantischen Osten Deutschlands waren es besonders die evangelischen Diakonissen, die die Not von kranken und verwaisten Kindern erkannten und zur Tat schritten. Sie sammelten Geld, gründeten Vereine und bauten die Vorläufer der heutigen Kinderkliniken.

Alle Kinderkrankenhäuser haben durch die Weltkriege schwer gelitten. Sie wurden bis zum Beginn des Zweiten Weltkriegs ständig umgebaut, um sich dem wissenschaftlichen und technischen Fortschritt anzupassen. Ihre Bettenzahl folgte den medizinischen und demografischen Erfordernissen (Infektionskrankheiten und Geburtenzahl). Auf die ostdeutschen KK kam ab 1945 als „eigenes Aufgabengebiet“ der Kampf um das Fortbestehen in einem zunehmend atheistischen, sozialistischen Land mit staatlichem Gesundheitswesen hinzu.

Rahmenbedingungen

Kirche und Staat waren in der DDR getrennt. In ihrer Verfassung hat die DDR den Kirchen formal die Eigenständigkeit zugestanden und bei innerkirchlichen Entscheidungen zumeist auch anerkannt. Andererseits hatte der SED-Staat das erklärte Ziel, die gesamte gesellschaftliche Entwicklung bis in die letzten Einzelheiten zu planen und zu steuern. Da auch die Gesundheits- und Sozialpolitik staatlich geplant wurde, bestand hier über Jahrzehnte hinweg ein Spannungsfeld, in dem die Kirchen mit ihren Krankenhäusern ihre Rechte gegenüber dem Staat verteidigen mussten. Hierbei bestand kein Unterschied zwischen Kliniken für Kinder oder Erwachsene bzw. hinsichtlich der Konfession des

Trägers. Durch das Verbot der Alliierten hatten Diakonie und Caritas den eigenständigen Vereinsstatus verloren. Sie wurden darum organisatorisch an die Kirchen gebunden, womit sie unter bischöflichem Schutz standen und Handlungsspielräume in ihren Sozial-einrichtungen gewannen.¹⁴ Dazu gehörten neben den Krankenhäusern u. a. Heime, Kindergärten und die Schulen für Krankenpflege. Die Verhandlungen wurden auf zentraler Ebene von der Diakonie und der Caritas beim Ministerium für Gesundheitswesen sowie beim Zentralvorstand der Gewerkschaft Gesundheitswesen geführt. Auf örtlicher Ebene wurde die Außenvertretung durch die Geschäftsführung wahrgenommen.

Landkarte und Konfession

Die staatlichen Kinderkliniken standen flächendeckend in der DDR in jeder Kreis- und Bezirksstadt. Die KK waren dagegen unregelmäßig über das Staatsgebiet verteilt. Abgesehen von deren Rarität ist dieser Tatbestand wohl auch dadurch zu erklären, dass diese z. T. traditionsreichen Kliniken nur dort überlebten bzw. gegründet wurden, wo sie wirklich notwendig waren. Fünf der 10 KK wurden erst nach 1945 eingerichtet, als besonders dringender Bedarf bestand. Auch wenn der SED-Staat den Kirchen feindlich oder kritisch gegenüberstand, ließ er diese für die Bevölkerung wichtigen Maßnahmen zu. Die gleichen Gründe mögen erklären, dass sich die Hälfte der Kinderkliniken in Bezirksstädten befunden hat, in Halle/Saale allein 3 Kinderkrankenhäuser verschiedener Träger, und dass Großstädte wie Ostberlin, Dresden und Leipzig ausgespart blieben.

Nicht verwunderlich ist das Überwiegen evangelischer Krankenhausträger. Denn nach Gründung der DDR bekannten sich von den noch fast 90 % der Gläubigen nur 14,5 % der katholischen Kirche zugehörig. Dennoch gab es in Halle zwischen dem katholischen

¹³ Bahr J: Brief des Prorektors der Universität Rostock v. 19. Juni 1955.

¹⁴ Pilvousek J (2001): Strukturen und Alltag der Caritas in der DDR. In: Kösters C (Hg): Caritas in der SBZ/DDR 1945–1989, Paderborn, München, Wien, Zürich, S. 145–181.



Abb. 37 ▲ Baustelle während des laufenden Betriebs in der Kinderklinik des St.-Barbara-Krankenhauses Halle/Saale (1984). (© Ernst Fukala, mit freundl. Genehmigung)

St.-Barbara-Krankenhaus, den beiden evangelischen Kinderkliniken und den staatlichen Kinderkrankenhäusern keine ernstesten Zwistigkeiten oder zerstörende Konkurrenz. Man pflegte kollegiale Kontakte und arbeitete ökumenisch komplikationslos an der gemeinsamen Aufgabe. Zum atmosphärischen Hintergrund dieser Zeit gehört, dass man durch den ständigen Druck der Staatsmacht zusammengeschweißt wurde und sich die meisten Mitarbeiter der KK einig waren in ihrer ablehnenden Haltung gegenüber dem gemeinsamen Gegner, der in großen Teilen ungerechten und heuchlerischen SED-Diktatur.

Finanzierung und Bauen

Nach 1945 wurde in kirchlichen und in staatlichen Krankenhäusern das Gleiche verdient. Im Jahr 1967 gab es im staatlichen Bereich Lohnerhöhungen von 20 %, die den KK zunächst nicht zugestanden wurden. Es bedurfte hartnäckiger Verhandlungen, bis die existenzbedrohende Schlechterstellung durch eine Vergütungsregelung ausgeglichen wurde.¹⁵ Auch in der Altersversorgung wurden Ärzte benachteiligt. Wenn sie aus einer staatlichen Gesundheitseinrichtung

in ein KK wechselten, verloren sie die vorteilhafte „Intelligenzrente“. Auch hier bedurfte es langen Streitens, um eine Angleichung zu erreichen. Ähnliche Zurücksetzungen gab es bei der Finanzierung der Krankenhausleistungen. Die KK erhielten nur Pflegekostensätze (1966/1967 um 10 Mark) bewilligt, die auf den Kosten des Vorjahrs beruhten, was zu einer chronischen Unterfinanzierung führte. Es entstanden Defizite, weil nur das belegte Bett bezahlt wurde, weshalb Bettenzahl, Schwestern- und Arztstellen sehr hart kalkuliert wurden. Man konnte sich leer stehende Betten oder geschlossene Stationen nicht leisten. Ständiger Schwestern- und Ärztemangel waren eine allgemeine Begleiterscheinung des Berufslebens in den KK. Der verantwortliche Arzt stand immer unter dem Druck seiner Geschäftsführung, alle Betten zu belegen. Da dies in der Kinder- und Jugendmedizin aus hygienischen Gründen unmöglich ist, und sich die Ärzte der Beachtung einer fachlich klar begründeten Indikation zur stationären Aufnahme eines Kindes verpflichtet sahen, gab es innerbetrieblich einen unauflösbaren Dauerkonflikt zwischen ihnen und ihrer Verwaltung, der ausgehalten werden musste.¹⁶ Die ärztliche Forderung, dass es aus fachspezifischen Gründen in der allgemeinen Kinderheilkunde, anders als in anderen Fachgebieten, für 70 %ige Bettenauslastung 100 % Geld geben müsste, blieb unter den damaligen Verhältnissen eine Wunschvorstellung. Über viele Jahre war die Erhaltung der KK vor diesem Hintergrund dauernd gefährdet, und erst 1977 kam es zur Bewilligung kostendeckender Pflegesätze, ohne dass der kirchliche

¹⁵ Höser W (1999): Die Finanzierung des diakonischen Auftrags in der DDR – skizziert am Diakonischen Werk Thüringen. In: Hübner J, Kaiser JC (Hg.): Diakonie im geteilten Deutschland – Zur diakonischen Arbeit unter den Bedingungen der DDR und der Teilung Deutschlands, Stuttgart, S. 117–130.

¹⁶ Fukala E (1994): 90 Jahre St. Barbara-Krankenhaus in Halle/Saale – 100 Jahre Kinderheilkunde mit den Grauen Schwestern v. d. hl. Elisabeth. In: St. Barbara-Krankenhaus (Hg.): 90 Jahre St. Barbara-Krankenhaus Halle/Saale 1904–1994, Halle, S. 11–42.

Charakter und die Selbstständigkeit der Einrichtungen berührt wurden.¹⁷

Eine weitere finanzielle Benachteiligung bestand darin, dass die KK praktisch keine Zuweisung für Investitionen und Reparaturkapazitäten aus dem Staatshaushalt erhielten. Es gab so gut wie keine Bilanzanteile für medizinische Geräte, für Handwerker und Baumaterial, wodurch Instandhaltung, Modernisierung und Spezialisierung der KK nahezu unmöglich wurden.¹⁸ Manche Häuser waren über 100 Jahre alt, seit Kriegsbeginn hatten keine Reparaturen mehr stattgefunden, und der medizinische Dauerbetrieb hatte die Substanz aufgezehrt. Um diesen Mangel wenigstens teilweise zu beheben, wurde z. B. bei der Caritas in Berlin eine Beschaffungsstelle eingerichtet, die den Krankenhäusern helfen konnte. Auch unterhielten größere Häuser ein Baubüro und einen festen Stamm von hochgeschätzten Haushandwerkern. Bei größeren Baumaßnahmen konnte eine „Feierabendbrigade“ angestellt werden, die täglich nach der regulären Arbeit von 16 bis 20 Uhr und am Sonnabend arbeitete. Die Bauarbeiten haben den stationären Betrieb zwar erheblich gestört, waren zumeist aber die einzige Möglichkeit, ein Krankenhaus zu modernisieren (■ **Abb. 37**). Erst in den 1970er-Jahren gab es ein aus der Bundesrepublik finanziertes Valuta-Sonderbauprogramm der Kirchen, mit dem einige Krankenhäuser rekonstruiert wurden.

Medizintechnik, Verbrauchsmaterial und Medikamente

Die Versorgung mit moderner Medizintechnik und Verbrauchsmaterial war in der DDR aufgrund technischer Rückständigkeit und Devisenknappheit immer unzureichend. Man kann es vielleicht als einen ausgleichenden Gerechtigkeitsakt der Geschichte ansehen, dass

¹⁷ Stolte D (2001): Verhandlungen und Regelungen für die kirchlich-caritativen Einrichtungen im Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens. In: Christoph Kösters (Hg.) Caritas in der SBZ/DDR 1945–1989, Paderborn, München, Wien, Zürich, S. 72–85.

¹⁸ Willms P (2001) [wie Anm. 5].



Abb. 38 ◀ Stationsfäschung in der Kinderklinik des St.-Barbara-Krankenhauses, 1977. (© Ernst Fukala, mit freundl. Genehmigung)

Kinderkrankenschwestern und ihre Ausbildung

In den 2 Nachkriegsjahrzehnten gab es in den KK noch viele Diakonissen und Ordensschwwestern. Sie hatten das Krankenhaus durch den Krieg gebracht und bildeten mit den Schülerinnen der häufig angegliederten Kinderkrankenschwesternschule das unverzichtbare pflegerische Fundament. Sie hielten das Haus rein und lebten die Tradition der sich aufopfernden Krankenpflege noch, denn sie wohnten im Hause und waren immer verfügbar (▣ **Abb. 38**). Es herrschten klare Hierarchien, Autorität war unantastbar, alle Schwestern waren unter der Haube, die jahrgangältere Schülerin herrschte über die jüngere. Dabei wurde kaum wahrgenommen, dass zu viele beharrliche Elemente dem Zug der Zeit entgegenliefen. Das hat sich in den folgenden Jahren besonders im Osten Deutschlands gründlich gewandelt, durch die Gleichberechtigung der Frau, durch die Entchristlichung der Gesellschaft und die Sozialgesetzgebung. Die Diakonissen hatten Nachwuchssorgen, und eine Ordensoberin sprach ganz nüchtern vom beginnenden Aussterben ihrer Kongregation. Unter jungen Frauen war der Beruf der Krankenschwester unattraktiv geworden, besonders aufgrund der Schichtarbeit und der, verglichen mit einem Arbeitsplatz in der Produktion, schlechten Bezahlung (400 Mark). Konfessionelle Krankenhäuser bezahlten auch keine Prämien am „Tag des Gesundheitswesens“ und konnten, da sie vom Staat kein Wohnraumkontingent bekamen, dieses beliebte Personallockmittel nicht einsetzen. Ende der 1960er-Jahre herrschte ein Schwesternmangel, der sich erst nach dem Inkrafttreten der Vergütungsregelung und unter sehr hoher Beanspruchung der Schülerinnen und Schwestern allmählich besserte. Nach und nach wurden immer mehr „freie Schwestern“ eingestellt, von denen kein christliches Bekenntnis erwartet wurde, wohl aber die aktive Unterstützung des kirchlichen Auftrags der Krankenhäuser. An 5 KK wurden Kinderkrankenschwestern ausgebildet, in Halle am Diakonissen- und am St.-Barbara-Krankenhaus, in Lehnin, Ludwigslust und Schwerin.

die KK über die Diakonie oder Caritas die Möglichkeit hatten, als „Geschenk-Import“ mit staatlicher Genehmigung moderne Instrumente und Geräte zu erhalten. Die Ärzte sahen sich, da die allermeisten von ihnen nicht in das kapitalistische Ausland fahren durften, auf der Leipziger Messe die neuesten Geräte an, und man konnte einigermaßen sicher sein, dass in 1–2 Jahren z. B. eine neue Röntgenanlage geliefert wurde. Auf diesem Weg sind Ultraschallgeräte, Inkubatoren, Überwachungsmonitore, Beatmungs- und Narkosegeräte, OP-Instrumente, Endoskope u. v. a. mehr eingeführt worden. Diese für DDR-Verhältnisse märchenhafte technische Ausrüstung, die dennoch immer hinter den Erwartungen engagierter Ärzte zurückblieb, hat zweifellos mit zur Attraktivität der KK beigetragen. Nachdenkliche Kollegen haben diese „Geschenke des Himmels“ als unverdienten Vorteil empfunden, aber alle haben sie zum Nutzen ihrer Patienten und Kollegen eingesetzt. Das St.-Barbara-Krankenhaus z. B. verfügte schon 1976 über das erste Ultraschallgerät in Halle, an dem auch die Universitätskollegen die neue Ultraschalldiagnostik erlernten und ihre Patienten untersuchten.

Medizinisches Verbrauchsmaterial wie z. B. Spritzen und Verbandsmaterial konnte nicht über kirchliche Stellen importiert werden, und die KK befanden sich mit allen anderen Krankenhäusern permanent in der für die DDR typischen Mangelsituation. Die Schwestern haben noch immer Tupfer gedreht, Zellstoff geschnitten, Spritzen ausgekocht und Kanülen geschärft, als sich im Aus-

land schon längst die Einwegmaterialien durchgesetzt hatten. In dieser Situation hat sich das viel zitierte Improvisationsvermögen der DDR-Medizin entwickelt, allerdings aus einer Not geboren, die auch zum Schaden der Patienten werden konnte. Wofasept war das Desinfektionsmittel, nach dem alle Krankenhäuser in der DDR „geduftet“ haben. War es nicht lieferbar, fuhr die Oberin mit 2 Päckchen Westkaffee in das Werk nach Wolfen und kam mit einigen Wofasept-Kanistern im Kofferraum zurück.

Die Versorgung mit Medikamenten war in der DDR ausreichend und streng geregelt. Arzneimittel über kirchliche Wege zu beziehen, war i. Allg. nicht notwendig und wäre auch nicht möglich gewesen. Spezielle Pharmaka waren in der Nomenklatur C des Arzneimittelverzeichnisses hervorgehoben, konnten nur von benannten Spezialisten verordnet werden und wurden von der Bezirksapotheke geliefert. Auch wurde im klinischen Alltag streng auf eine rationelle und rationale Therapie geachtet. Zur Not rief der Bezirksapotheker in der Regierungsapotheke an, und am nächsten Morgen konnte ein Bote beim Schaffner des D-Zugs aus Berlin ein kostbares Päckchen in Empfang nehmen. Nach der Wiedervereinigung Deutschlands haben wir erfahren, dass in solchen Fällen ein Stasi-Mitarbeiter nach Westberlin geschickt worden war, um das Medikament in einer Apotheke zu kaufen.

Insgesamt gab es 80 Ausbildungsplätze; das St.-Barbara-Krankenhaus war die einzige katholische Schule für Kinderkrankenschwestern. Alle Schulen bekamen wegen des Bildungsmonopols des SED-Staats Schwierigkeiten. In Halle sollte beispielsweise 1949 eine Krankenschwesternschule schließen, und in den 1950er-Jahren sollte Krankenschwestern in staatlichen Kliniken gekündigt werden, wenn sie eine kirchliche Ausbildung abgeschlossen hatten. Bis 1973 konnte jedoch an allen alten Schwesternschulen ein staatlich anerkannter Facharbeiterabschluss erworben werden. Danach wurde die Berufsausbildung mittlerer medizinischer Fachkräfte in der DDR auf eine Fachschulausbildung angehoben, was das Ende der klassischen Ausbildung in den KK bedeutet hätte. In Verhandlungen mit dem Gesundheitsministerium erreichte man 1975 einen tragfähigen Kompromiss. Die KK stellten ihre selbst ausgewählten Schulabgänger für ein einjähriges Pflegepraktikum ein, dem sich ein 3-jähriges Fernstudium an einer staatlichen Medizinischen Fachschule anschloss. Dabei fanden der praktische und der theoretische Unterricht im KK mit dessen Lehrkräften statt. Nur das Fach Marxismus-Leninismus („ML“) wurde an der Fachschule unterrichtet, die auch die Fachschulenerkennung aussprach. Diese pragmatische Lösung war für den Staat vorteilhaft und erhielt den Kirchen die Möglichkeit, junge Menschen zu christlich geprägten Pflegekräften auszubilden. Wie die meisten Schüler und Studenten der DDR sahen die kirchlichen Absolventen den Unterricht in „ML“ als entbehrlich an, konnten dem Pflichtfach aber nicht aus dem Weg gehen. In der Praxis kam es bei offiziellen Anlässen der Fachschule allerdings zu skurrilen Situationen: Wenn der Fachschuldirektor in seiner Rede Lenin zitierte, reagierte der kirchliche Vertreter mit Papst- oder Bibelzitat. Die Ausbildung in einem KK dauerte zwar 4 Jahre, hatte jedoch einen starken Praxisbezug und deshalb einen guten Ruf.

Verbindung zum staatlichen Gesundheitswesen, Profilierung und Ambulanz

Im staatlichen Gesundheits- und Sozialwesen arbeiteten die kirchlichen Krankenhäuser und Sozialeinrichtungen einerseits in einem Zustand der Duldung, andererseits war der Staat auf sie angewiesen. In der Praxis hat sich auf örtlicher Ebene ein vielfältiges Miteinander entwickelt. Die systematische Verzahnung eines KK mit einer staatlichen Kinderklinik, wie in Frankfurt/Oder durch den gleichen Chefarzt, stellt eine Ausnahme dar. Andernorts, wie z. B. in Halle/Saale, war das St.-Barbara-Krankenhaus in den städtischen Aufnahmedienst (ein Wochentag) und in den Frühgeborenen-Holdienst des Bezirks eingebunden, der Chefarzt war Mitglied der Kommission zur Senkung der Säuglings- und Kindersterblichkeit beim Kreisarzt (amtliche Qualitätskontrolle), und mehrere Ärzte versorgten im Rahmen einer „Zusatzstelle“ (genehmigungspflichtig, Freizeit) eine staatliche Kinderkrippe oder Mütterberatung. Die Kinderärzte der verschiedenen Einrichtungen kannten sich und halfen sich z. T. wochenlang gegenseitig in Notlagen (Krankheit, Einberufung des einzigen Anästhesisten zur Nationalen Volksarmee, Grippeepidemie) in einem kollegialen Klima, in dem es keine Gebührenordnung gab und nur fachliche Konkurrenz herrschte.¹⁹ Viele leitende Ärzte der KK haben im Rahmen ihrer Möglichkeiten auch wissenschaftlich gearbeitet, waren in den wissenschaftlichen Gesellschaften, auf Kongressen und Weiterbildungsveranstaltungen aktiv und nutzten Spezialkenntnisse zur Profilierung ihrer Klinik. In allen KK konnten Kinderärzte weitergebildet werden. Da eine Einheitskrankenversicherung bestand, war die Krankenhausaufnahme unbürokratisch und unabhängig von der Konfession. Eine eigene und liebevoll betreute Klientel waren die Kinder der Offiziere der sowjetischen Streitkräfte, die z. B. gern in das St.-Barbara-Krankenhaus in

Halle gebracht wurden. Die schlichte Menschlichkeit war wichtiger als die innere Ablehnung der Besatzungsmacht.

Vier der zehn bei der Wiedervereinigung Deutschlands bestehenden KK wurden in der SBZ bzw. in der DDR errichtet; in Altenburg wurde hierfür sogar eine staatliche Kinderklinik geschlossen. Wie die Spezialisierungen in fast allen KK belegen, haben sich die Staatsideologen nicht immer gegen lösungsorientierte Funktionäre durchsetzen können. So ist im St.-Barbara-Krankenhaus 1977 eine allgemein-chirurgische Abteilung in eine Klinik für Kinderchirurgie umgewandelt worden und eine neonatologische Intensivtherapiestation der höchsten Versorgungsstufe D (Rahmen-Krankenhausordnung²⁰) mit hochspezialisierter Behandlung und Nachsorge entstanden. Die Grundstrukturen eines Sozialpädiatrischen Zentrums, das es in der DDR nicht gab, wurden geschaffen. Jedem staatlichen Krankenhaus in der DDR war eine Poliklinik oder ein Ambulatorium angeschlossen; es bestand die Einheit von stationärer und ambulanter medizinischer Betreuung. Von dieser sinnvollen Zusammenlegung waren KK zunächst ausgeschlossen, bis der Staat 1971 die Einrichtung von Fachambulanzen genehmigte. Die Mehrzahl der KK bot Dispensaire-Sprechstunden an, in denen pädiatrische Subspezialisten Kinder mit seltenen und chronischen Erkrankungen versorgten.

Alltag und Versuch einer Bilanz

Die ärztliche Arbeit in der Klinik war eine Konstante im Berufsleben; die äußeren Umstände waren oft ein Abenteuer. Neben dem gewohnten klinischen Alltag des Arztes, z. B. dem unangemeldeten Zugang eines schwer kranken Kindes, gab es immer wieder entbehrliche Überraschungen, wie Lieferschwierigkeiten, Personalmangel oder einen Wasserrohrbruch. Weil es sie im Handel nicht gab, wurden für die Kinderkliniken Bananen

¹⁹ Fukala E: (1994): Konkurrenz, Kollegialität und Kinderheilkunde. In: der Kinderarzt (1994) 25:797–798.

²⁰ Anordnung über die Rahmen-Krankenhausordnung vom 14. November 1979. Gesetzblatt der Deutschen Demokratischen Republik, Berlin, 15. Februar 1980, Sonderdruck Nr. 1032, C 8.

aus dem Zoo und Kalbfleisch aus einem Ausländern vorbehaltenen Interhotel abgezweigt. Ein widersinniger Zustand war das Abgeschnittensein von westdeutscher und internationaler Fachliteratur und Kongressbesuchen im kapitalistischen Ausland.²¹ So kamen medizinische Fortschritte immer erst mit deutlicher Verspätung in die DDR-Kinderheilkunde. Der Patenonkel aus Westdeutschland schickte das neueste Lehrbuch gemeinsam mit Blutzuckerpipetten und der Westfreund fadendünne Silikonschläuche für die Infusion bei Frühgeborenen. Dennoch funktionierte der Betrieb, und die KK hatten in der Bevölkerung einen geradezu unerklärlich guten Ruf. Er war sicher auf gute Arbeit zurückzuführen, beruhte aber z. T. auch auf ihrer Sonderstellung im Gesundheitswesen. Auf Wunsch der Eltern, was aber selten vorkam, war für die Seelsorge ein Pfarrer vor Ort, und in den Krankenzimmern hing selbstverständlich ein Kruzifix. Für die öffentliche Wahrnehmung der Kirchen in der DDR waren die kirchlichen Krankenhäuser und auch die Tracht von Diakonissen und Nonnen mindestens so wichtig wie die Gotteshäuser.

Für den Staat waren die KK nützlich und notwendig, denn sie waren stabile Leistungsträger mit besonders motivierten Mitarbeiterinnen und Mitarbeitern.²² Sie teilten mit allen Kliniken die positiven Seiten des Gesundheitsschutzes, wie Flächendeckung, Prophylaxeorientierung sowie Einheit von stationärer und ambulanter Behandlung. Sie waren aber auch der allgemeinen Mangelwirt-

schaft mit Innovationsbehinderung und wissenschaftlicher Isolation ausgesetzt.²³ Von einem Idealzustand waren die KK in der DDR weit entfernt, das Wirken der Kinderheilkunde war jedoch besser als der Staat, der ihr vom Lauf der Geschichte zugedacht worden war.²⁴

Bei der deutschen Wiedervereinigung 1990 brachten die KK ein widersprüchliches Erbe in die alte Bundesrepublik ein. Die Kinderärzte und -schwestern waren zwar gut ausgebildet und arbeitsbereit, ihre Krankenhäuser aber schlecht eingerichtet, viel zu klein und oft fast baufällig. Alle mussten sich auf die für sie neuen Rahmenbedingungen umstellen und, um weiterbestehen zu können, rekonstruiert oder neu gebaut werden. Das ist nicht immer gelungen, bis 2015 sind 6 KK geschlossen worden. Es arbeiten noch die KK in Altenburg, St. Barbara in Halle/Saale, Heilbad Heiligenstadt und Lutherstadt Wittenberg.

Korrespondenzadresse

Dr. E. Fukala

Dohlenweg 4, 06110 Halle/Saale, Deutschland
Ernst.Fukala@web.de

Ernst Fukala, Dr. med.; geb. 1939 in Mährisch-Ostrau, 1945 Vertreibung, aufgewachsen in Salzwedel und Sangerhausen, 1957–1963 Medizinstudium an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg. Assistenzarzt an der Uni-Kinderklinik Halle/Saale, 1976–2003 Chefarzt der Kinderklinik des St. Barbara-Krankenhauses Halle/Saale. Forscht und schreibt zu Themen aus der Kinder- und Jugendmedizin, Medizingeschichte, Ethik und Wandern. Mitglied der Historischen Kommission der DGKJ.

Barbara Meißner, Dr. med.; Studium der Medizin an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg 1988–1996, Stipendiatin der Studienstiftung Cusanuswerk, Assistenzarztausbildung an der Klinik und Poliklinik für Pädiatrische Kardiologie an der Universitätsklinik Halle und an der Kinderklinik des Krankenhauses St. Elisabeth- und St. Barbara in Halle/Saale, Facharztprüfung (Kinder- und Jugendmedizin), seit 2004 angestellte Ärztin, Leitung des Teams Kinder- und Jugendgesundheit des Fachbereiches Gesundheit der Stadt Halle/Saale, 2007 Promotion zur Thematik der professionellen Kinderkliniken in der DDR.

²¹ Fukala E (1992a): Ambulant und stationär-Stege und Brücken über die Kluft. Die Situation der Kinderheilkunde in den neuen Bundesländern (Teil 1). In: *der Kinderarzt* 23: 301–303; ders. (1992b): Ambulant und stationär-Stege und Brücken über die Kluft. Die Situation der Kinderheilkunde in den neuen Bundesländern (Teil 2). In: *der Kinderarzt* 23: 525–528.

²² Ernst AS (1997): Die beste Prophylaxe ist der Sozialismus. Ärzte und medizinische Hochschullehrer in der SBZ/DDR 1945–1961, Münster/New York/München/Berlin; Stolte D (2001): Verhandlungen und Regelungen für die kirchlich-caritativen Einrichtungen im Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens. In: Christoph Kösters (Hg.) *Caritas in der SBZ/DDR 1945–1989*, Paderborn, München, Wien, Zürich, S. 72–85.

²³ Fukala E (1994): Zur Situation der Kinderheilkunde und der Kinderärzte in der DDR. *Monatsschr Kinderheilkd* (1994) 142 (Suppl 2) S. 3–8; ders.: Kinderkliniken in den Neuen Bundesländern. In: *Kinder- und Jugendarzt* (2000) 31: 875–883.

²⁴ Fukala E (1992a) [wie Anm. 20]; ders. (1992b) [wie Anm. 20].

Roland Wauer

Entwicklung der Neonatologie an der Charité 1960–1990 und das DDR-Forschungsprojekt Perinatologie

Die Art. 35 und 38 der DDR-Verfassung sowie die frühzeitige Gesetzgebung zum Mutter- und Kinderschutz gestatteten zügige Strukturoptimierungen im Gesundheitswesen. In den 1950er- und 1960er-Jahren waren dies folgende Maßnahmen zur Senkung der Säuglings- und Kindersterblichkeit:

1. Aufbau eines umfassenden Systems der Schwangerenbetreuung,
2. Durchsetzung der Anstaltsgeburten,
3. Zentralisation der Entbindungen,
4. Schaffung von Fachkommissionen zur Bekämpfung der Mütter- und Säuglingssterblichkeit mit detaillierter Einzelfallanalyse von perinatalen Todesfällen,
5. Obduktionspflicht für alle Totgeborenen und verstorbenen Säuglinge,
6. Orientierung auf den perinatologisch tätigen Frauenarzt und auf die neonatologische Subspezialisierung des Kinderarztes.

Für Ostberlin sind zusätzlich folgende Aktivitäten hervorzuheben¹:

- Zentralisierung der Risikogeburten seit Mitte der 1970er-Jahre mit einem vorgeburtlichen Spezialtransport ins Perinatalzentrum seit 1984/1985,
- monatliche neonatologische Fortbildung für alle Ostberliner und Brandenburger Kinderkliniken,
- Tätigkeit des perinatologischen Forschungsprojektes, dessen Leitung seit Gründung 1969 bis 1990 an der Ostberliner Charité angesiedelt war.

Das Fachgebiet Neonatologie entstand in den Jahren 1955 bis 1970 in den USA, Westeuropa und in beiden Teilen Deutschlands. Drei wesentliche Gründe sind dafür zu nennen:

1. stagnierende Säuglingssterblichkeit (SST). Diese stieg in den Jahren 1969/1970 in Ostberlin bzw. 1969–1973 in Westberlin sogar wieder an (▣ [Abb. 39](#)),
2. „Frühgeburt“ und „Asphyxie“ als Hauptursachen der SST in Deutschland sowie
3. wissenschaftlicher Erkenntnisgewinn, neu verfügbare Diagnoseverfahren, Medizintechnik und Therapiemaßnahmen.²

Neonatologie an der Charité

Institutionalisierung

Schon Georg Bessau (1884–1944), Direktor der Charité-Kinderklinik von 1932 bis 1944, hatte in der Kinderklinik eine Frühgeborenenstation mit aseptischen Bedingungen und Wärmebetten eingerichtet. Nachdem große Teile der

Kinderklinik im Zweiten Weltkrieg zerstört worden waren, konnte zwischen 1955 und 1957 unter Friedrich Hartmut Dost (1910–1985; Direktor der Universitätskinderklinik (UKK) von 1951–1959) einer der 3 im Krieg völlig zerstörten Infektionspavillons zu einem 2-stöckigen Säuglingshaus wiederaufgebaut werden. In dessen unterem Stockwerk befanden sich eine Säuglingsstation mit 36 Betten und die Milchküche mit der Frauenmilchsammelstelle. Die zweite Etage beherbergte eine streng isolierte Station für Frühgeborene mit 24 Betten. Oberärztin dieses Bereichs war seit 1959 Ingeborg Rapoport (geb. 1912). Das Säuglingshaus bildete die Keimzelle der Neonatologie in der Charité. Aus den dort in den 1960er-Jahren ausgebildeten bzw. tätigen Kinderschwestern und Kinderärzten gingen fast alle Mitarbeiter der späteren Abteilung Neonatologie hervor.³

Bis 1970 lag die primäre Versorgung der Neu- und Frühgeborenen in der Charité-Frauenklinik (UFK) in der Tucholsky-, Ziegel- und Monbijoustraße in den Händen der dort tätigen Hebammen und Geburtshelfer. Kinderärzte wurden bei Problemen konsiliarisch hinzugezogen. Das änderte sich schrittweise, als mit der obligatorischen Tuberkuloseschutzimpfung jedes Neugeborene dem Kinderarzt vorgestellt wurde. Frühgeborene und kranke Neugeborene wurden aus der UFK in das Säuglingshaus der 1,5 km entfernten Kinderklinik transportiert. Nicht zuletzt die unzureichende Versorgung vor und während des Transports

¹ Wauer RR (2013): Inge Rapoport – Nestorin der deutschen Neonatologie. In: Sitzungsberichte der Leibniz-Sozietät der Wissenschaften zu Berlin 115; 37–59; ders. (2009): Die Entwicklung der Neonatologie als Teil der Perinatologie an der Universitätsfrauenklinik der Charité in Berlin-Mitte. In: David M, Ebert AD (Hg.): Geschichte der Berliner Universitäts-Frauenkliniken: Strukturen, Personen und Ereignisse in und außerhalb der Charité S. 88–130; ders. (2012): Säuglingssterblichkeit in Deutschland und Berlin – Unterschiede in Ost und West. In: Proceedingband 2012-10 interdisziplinärer SGA-Workshop. s.l.; ders. (in Vorbereitung): Säuglings- und Kindersterblichkeit in Deutschland und Berlin. Unterschiede in Ost und West. In: Holzgreve A, von Cossel G (Hg.): 300 Jahre Krankenversorgung in Berlin.

² Wauer (2009) [wie Anm. 1]; ders. (2012) [wie Anm. 1]; ders. (2013) [wie Anm. 1]; ders. (in Vorbereitung) [wie Anm. 1].

³ Wauer RR (2009) [wie Anm. 1]; Grauel L (2004): Die Universitätskinderklinik an der Berliner Charité. In: Monatsschrift Kinderheilkunde 152, S. 902–913.

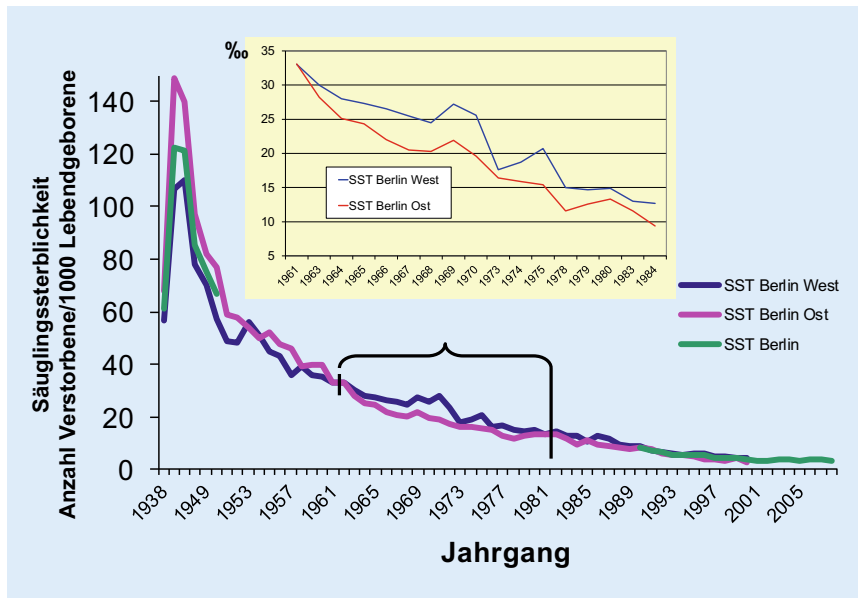


Abb. 39 ▲ Entwicklung der Säuglingssterblichkeit (SST) in Berlin nach dem Zweiten Weltkrieg

bedingte die hohe Frühgeborenensterblichkeit von damals mehr als 20 %.

Im Perspektivplan der Charité für die Jahre 1965–1970 wurden entsprechend den klinischen Notwendigkeiten, aktuellen wissenschaftlichen Entwicklungen und den eingetretenen Spezialisierungen Vorstellungen zur Neuprofilierung der Charité erarbeitet. Dieser Plan sah an der Kinderklinik 5 Extraordinariate, jedoch kein Extraordinariat „Neonatologie“ vor. Dafür waren am Lehrstuhl für Geburtshilfe und Gynäkologie 8 Extraordinariate geplant, davon einer für „geburtshilfliche Pädiatrie“.⁴ Es kam anders.

Im November 1968 legte Rapoport dem Ministerium für Hoch- und Fachschulwesen der DDR und der „Kollegiumssitzung“⁵ der Charité eine Konzeption über die „Realisierung einer Neonatologie an der Medizinischen Fakultät der Humboldt-Universität“ vor.⁶ Hauptziele des neuen Fachgebiets waren:

1. Prophylaxe, klinische Versorgung sowie Organisation der Betreuung von Früh- und Neugeborenen,
2. neonatologische Forschung,
3. studentische Lehre und
4. Weiterbildung von Pädiatern im Rahmen der Facharztausbildung und von Geburtshelfern.

Gleichzeitig forderte sie einen „selbständigen Komplex Neonatologie“ auf dem Gelände der damaligen UFK, um den lebensgefährlichen Transport von Risikokindern vom Kreißsaal der UFK in die Kinderklinik zu vermeiden. Rapoport's Konzept sah die Betreuung der gesunden reifen Neugeborenen auf der Wochenstation und die Errichtung eines Neubaus im Hof der UFK oder den Umbau des 3-stöckigen Ida-Simon-Hauses vor. Hier sollten die Frühgeborenenstation, die Station für pathologische Neugeborene, die Intensivtherapieeinheit sowie Labor- und Funktionsräume für Mitarbeiter, Dokumentation, Lehre und Forschung untergebracht werden. Außerdem wurden ein neonatologischer Forschungsbereich und ein DDR-weites perinatologisches Forschungsprojekt geplant und schrittweise realisiert (Abb. 40).⁷

⁷ Ebd.

Der damals einflussreiche Helmut Kraatz (1902–1983), Direktor der Universitätsfrauenklinik der Charité von 1951 bis 1970, begrüßte nach anfänglichem Widerstand Rapoport's Vorschlag.⁸ Das Fernziel Rapoport's, aus den neuen Strukturen heraus ein modernes Mutter-und-Kind-Zentrum zu entwickeln, musste mit dem Umzug in den Neubau des Chirurgisch orientierten Zentrums (COZ) an der Luisenstraße 1982 aufgegeben werden. Auch die Hoffnungen auf ein eigenes Gebäude für die Neonatologie zerschlugen sich schon bald aufgrund fehlender Baukapazität. Alternativ ergab sich nur die invasive Variante, die Abteilung Neonatologie in den bestehenden Räumlichkeiten der UFK und UKK zu gründen. Der dafür erforderliche Raumbedarf und Veränderungen in der Verantwortungsstruktur für die Neugeborenen riefen verständlicherweise zunächst erhebliche Widerstände der Kollegen der UFK hervor, auch seitens der Parteigruppe der UFK. Trotz aller Schwierigkeiten⁹ wurde schließlich die Abteilung offiziell am 1. Februar 1970 gegründet.

Aufbau

Wie bereits von Kraatz empfohlen, wurden nach seiner Emeritierung im Bereich der UFK 3 Lehrstühle mit 3 getrennten Bereichen errichtet: 1. Klinik für Geburtshilfe und Gynäkologie, Lehrstuhl Hans Igel (1918–2012) Leitung 1970–1973; 2. Abteilung Neonatologie, Lehrstuhl Ingeborg Rapoport, Leitung 1970–1973, 3. Abteilung Poliklinik, Klaus Tosetti (1916–2002), Lehrstuhl für ambulante Geburtshilfe und Gynäkologie unter besonderer Berücksichtigung der sozialen Frauenheilkunde, Leitung 1970–1980. Somit schuf man die Frühform eines Perinatalzentrums, in dem nach heutiger Auffassung nur die

⁴ David H (2004): ... es soll das Haus die Charité heißen..., Hamburg. S. 656–661. Bd. 2.

⁵ Seit 1959 bestehender Arbeitsausschuss, gebildet zur Entlastung der Medizinischen Fakultät; Mitglieder: Dekan, Prodekan, beide Prüfungsvorsitzende, ärztlicher Direktor, Verwaltungsleiter, SED Parteisekretär, Gewerkschaftsvertreter, vgl. David H (2004) [wie Anm. 4].

⁶ Wauer RR (2013) [wie Anm. 1].

⁸ Schneider N (2009): „Ist das Leben eines Frauenarztes sensationell?“ – eine kritische Würdigung des Frauenarztes, Hochschullehrers und Gesundheitspolitikers Prof. Dr. Helmut Kraatz (1902–1983) auf der Grundlage seiner Autobiographie; Diss. med. Berlin, http://www.diss.fu-berlin.de/diss/receive/FUDISS_thesis_00000010942

⁹ Wauer RR (2013) [wie Anm. 1].

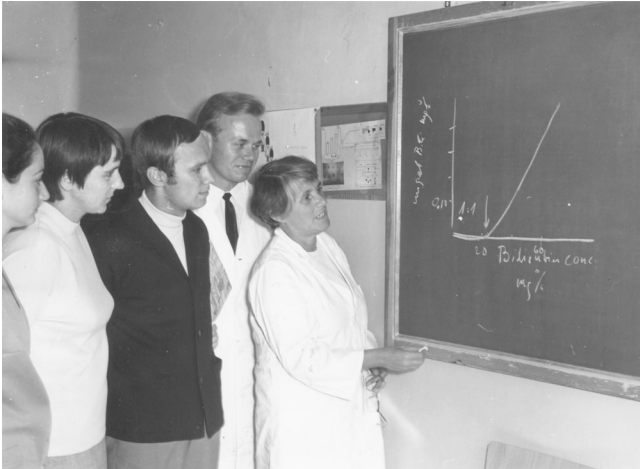


Abb. 40 ▲ Ingeborg Rapoport mit Forschungsstudenten, 1971. (© Roland Wauer, mit freundl. Genehmigung)



Abb. 41 ▲ Oberarzt Dr. Roland Wauer bei einer Blutaustauschtransfusion auf der Neointensivstation, Mitte der 1970er-Jahre. (© Roland Wauer, mit freundl. Genehmigung)

Kinderchirurgie fehlte. Die 3 Bereiche unterstanden einem Direktorium, die Leitung sollte in einem gleitenden Modus zwischen den 3 Lehrstuhlinhabern gehandhabt werden, was sich nicht bewährte. Ab 1973 wurde die Abteilung Neonatologie wieder in die Kinderklinik eingegliedert.¹⁰ In der weiteren Entwicklung der Abteilung Neonatologie sind mehrere markante Perioden zu unterscheiden.

Periode 1970–1982

Zunächst waren die Funktionseinheiten der Neonatologie in der UKK, UFK und im Institut für Biochemie untergebracht – Ursache für eine sich daraus ergebende konfliktreiche Leitungsstruktur des in der UFK neu geschaffenen Gebildes.¹¹ Die ärztliche Leitung der Abteilung Neonatologie bildete dagegen ein seit der Konzeptionsphase eng zusammenarbeitendes Team. Ihm gehörten neben Rapoport die beiden Oberärzte Ernst-Ludwig Grauel (1935–2005) und Dieter Gmyrek (geb. 1933) sowie ab 1974 Johann Gross (geb. 1939) und Roland Wauer (geb. 1942) an. Gross leitete das biochemische Forschungslabor der Neonatologie, das später zu einer Forschungsabtei-

lung erweitert und schließlich zum Forschungslabor der Kinderklinik wurde.

In der UFK befanden sich der Oberarztbereich I (Gmyrek) mit der Intensivtherapiestation (ITS; 6 Betten) und 2 Stationen für gesunde Neugeborene (76 Betten). Ein Teil dieser Betten wurde ab 1975 für die ITS-Nachsorgepatienten und für Risikoneugeborene genutzt. Diese Umwandlung war dringend erforderlich, weil ab 1974 die Zahl der Risikogeburten an der UFK stark zunahm. Die Intensivtherapie wurde anfänglich von dem Frauenarzt Ernst-Peter Issel, ab 1972 von Wauer aufgebaut. Der Oberarztbereich II (Grauel) befand sich in der UKK mit 27 Betten für Frühgeborene (Station 4), Frühgeborenen-Dispensaire und 18 Betten für pathologische Neugeborene (Station 5). Damit wurde die Neonatologie mit 127 Betten zur größten Abteilung der UKK, auf die mit 83 ein Drittel der 255 Planstellen der UKK entfiel. Prinzipiell blieb diese Verteilung auf 2 Bereiche, die in verschiedenen, weit voneinander entfernten Gebäudekomplexen lagen, auch nach dem Einzug in den Charité-Neubau an der Philippstraße 1982.¹²

Nach der Abteilungsgründung galt das Hauptaugenmerk dem Aufbau einer funktionierenden ITS im sog. Rundbau der Wochenstation I. Mit Beharrlichkeit und Improvisationsbereitschaft gelang

es, die wesentlichen Voraussetzungen für einen ITS-Betrieb durchzusetzen: zentralisierte Versorgung mit Sauerstoff und Pressluft, stabiler Dreischichtpflegedienst und qualifizierter ärztlicher Bereitschaftsdienst, apparative Ausstattung mit Monitoren, Beatmungs- und Wärmegeräten, Verfügbarkeit adäquater Labor- und Röntgendiagnostik usw.¹³

Für eine moderne wissenschaftlich orientierte Arbeit war ein neonatologischer Forschungsbereich essenziell. Neben systematischen klinischen Studien lagen die Schwerpunkte auf biochemischem und atemphysiologischem Gebiet. Die zentrale Fragestellung im Bereich Biochemie war die Hypoxie.¹⁴ Nach biochemischen Hypoxiekriterien, die eine quantitative Aussage über das Ausmaß eines prä- und intranatalen Sauerstoffmangels geben konnten, wurde vorwiegend an der roten Blutzelle gesucht.¹⁵ Das Atemfunktionslabor bestand aus dem klinischen Bereich für Lungenfunktionsuntersuchungen bei Früh- und Neugeborenen sowie

¹⁰ Wauer (2009) [wie Anm. 1]; ders. (2012) [wie Anm. 1], ders. (2013) [wie Anm. 1]; ders. (in Vorbereitung) [wie Anm. 1].


¹¹ Wauer RR (2009) [wie Anm. 1].

¹² Wauer (2009) [wie Anm. 1]; ders. (2012) [wie Anm. 1], ders. (2013) [wie Anm. 1]; ders. (in Vorbereitung) [wie Anm. 1].

¹³ Wauer RR (2009) [wie Anm. 1].

¹⁴ Rapoport I (1997): *Meine ersten drei Leben*, Berlin.

¹⁵ Gross J, Dirzus I (1989): Die Laborzentralisierung und die Entwicklung der Pathologischen und Klinischen Biochemie an der Charité. *Z. med. Lab. diagn.*, Bd. 30, S. 83–89; Syllm-Rapoport I, Grauel L (1979): Aus der Arbeit des Forschungsprojektes „Perinatalogie“ der Deutschen Demokratischen Republik. *Dt. Gesundheits-Wesen* 34, S. 1942–1947.

einem experimentellen Labor, in dem Messgeräte für die klinischen Lungenfunktionsuntersuchungen entwickelt, gebaut und validiert wurden. Geleitet wurden die Bereiche gemeinsam von Wauer und Gerd Schmalisch. In diesem Bereich wurde auch neue neonatologische Gerätetechnik begutachtet, da jedes neue Gerät für den klinischen Einsatz in der Neonatologie in der DDR erst nach umfangreicher Sicherheitsprüfung, klinischer Testung und Beratung in der Arbeitsgruppe „neonatologische Medizintechnik“ (Leiter Wauer,  **Abb. 41**) der Gesellschaft für Perinatale Medizin der DDR vom Minister für Gesundheitswesen zum Import freigegeben wurde.¹⁶

Periode 1982–1990

Mit dem Einzug in den Neubau des COZ 1982 entstand eine völlig neue Qualität der Neonatologie und klinischen Perinatalogie an der Charité. Die Unterbringung fast aller damals verfügbaren diagnostischen und therapeutischen Möglichkeiten unter einem Dach schuf die Voraussetzung für eine bis dahin nicht mögliche Interdisziplinarität. Sie eröffnete sich besonders in der radiologischen und sonographischen Diagnostik, in der Konsiliartätigkeit und in der interventionellen Therapie der Kinderchirurgie, Kardiologie, Kardiochirurgie, der Hals-Nasen-Ohren(HNO)-Heilkunde, der Neurochirurgie und der Augenheilkunde, die alle in den 5 Bauteilen des Neubaus über beispielhaft kurze Wege erreichbar waren.¹⁷

Die Abteilung Neonatologie besaß im Neubau 3 Oberarztbereiche. Bereich I (Leitung Wolf Ihle) umfasste Kreißsaal mit 8 Neugeborenenenerstversorgungsplätzen in jedem Entbindungsraum und 2 Reanimationsplätzen im zentral gelegenen Reanimationsraum und die Station Neo 2 für Intensivbeobachtung und Frühgeborenenpflege mit 24 Betten. Bereich II

(Leitung Wauer) bestand aus der Neo 1 (Neugeborenen-IST) mit 8 bis 10 Plätzen. Diese Station war in unmittelbarer räumlicher Nähe zum vorgeburtlichen und Kreißsaalbereich eingepasst. Beispielhaft waren kürzeste Transportwege zu diagnostischen Funktionseinheiten Röntgen, MRT, CT (gleiche Ebene), zur interventionellen Therapie (Herzkatheter) und zu den über der perinatologischen Ebene liegenden OP. Zum Bereich II gehörte auch die Neo 3 im Bettenhochhaus mit 40 bis 50 Betten für gesunde Neugeborene – eine von der Frauenklinik unabhängige, interdisziplinär arbeitende Einheit mit eigenem neonatologischem Arzt und Pflegepersonal. Der Bereich III (Leitung Grauel) umfasste die Frühgeborenenstation 4 im Säuglingshaus der Kinderklinik und die ambulante Frühgeborenennachsorge.

Mit dem Umzug wuchs die Bedeutung der Neonatologie innerhalb der Charité-Kinderklinik weiter. Ein Drittel der Betten gehörte zur Neonatologie, die Zahl der Arztstellen erhöhte sich auf 10 bis 12 und die der pflegerischen Mitarbeiter wuchs auf 90. Neonatologen wurden auch immer stärker in die Pflichtlehre einbezogen.

Wesentlich verbesserten sich die räumlichen und die apparativen Bedingungen für die neonatologische Lungenfunktionsdiagnostik, dagegen ging die biochemische Forschungsabteilung der Neonatologie in das „Institut für Pathologische und Klinische Biochemie“ über. Ihr Leiter, Gross, war zum Direktor dieses Instituts berufen worden. Das Forschungslabor, das sich nun zunehmend auf das Thema „biochemische Mechanismen der hypoxischen Hirnschädigung“ konzentrierte, blieb durch rege Kooperation mit der Abteilung Neonatologie eng verbunden.¹⁸

Seit 1986 wurden die in Ostberlin pränatal diagnostizierten Fehlbildungen zur Entbindung, zur präoperativen Diagnostik und zur postoperativen Intensivtherapie in das Perinatalzentrum der Charité gelenkt. Hier bildete sich nach 1983/1984 unter Rainer Bollmann die innovative Arbeitsgruppe „Pränatale Diagnostik und Therapie“, in der Geburts-

helfer, Neonatologen, Humangenetiker, Kinderchirurgen, Kinderradiologen u. a. interdisziplinär zusammenarbeiteten.¹⁹

In diese Periode fiel auch die „Öffnung“ der Neonatologie für Eltern. In einem langjährigen Überzeugungsprozess gelang es, die Besuchszeiten zu liberalisieren und die Hygienekleidung abzuschaffen, aber andererseits die strikte Händedesinfektion durchzusetzen.

Forschungsprojekt „Perinatalogie“ der DDR

Im Jahr 1968 begann das Ministerium für Gesundheitswesen der DDR aufgrund einer zentralen Vorgabe, Forschungsprojekte (FP) zu bilden, die den wissenschaftlichen Vorlauf für die Bekämpfung epidemiologisch wichtiger gesundheitspolitischer Probleme erarbeiten sollten. Frau Prof. Rapoport erhielt den Auftrag, ein neonatologisches FP zu konzipieren. Zur gleichen Zeit wurden 4 weitere pädiatrische FP gegründet: „Humangenetik“, „defektives Kind“, „menschliche Reproduktion“ und „Gesundheitsschutz des Kinds- und Jugendalters“. Vorgehensweisen und Ziele der FP waren von der Projektleitung zu erarbeiten und dann dem Ministerium vorzulegen.²⁰

Zielstellung des FP „Neonatologie“ (seit 1971 „Perinatalogie“) war es, einen Beitrag zur Senkung der perinatalen Mortalität und Morbidität zu leisten. Die Projektleitung bestand aus Rapoport, dem Sekretär Gmyrek und dem Projektrat. Nach Rapoport's Emeritierung 1973 ging die Projektleitung auf Gmyrek (1974–1977) und nach dessen Ruf an die Medizinische Akademie Dresden auf Grauel über. Sekretär des Projekts wurde 1974 Wauer. Das bis 1980 selbstständige FP wurde 1981 mit den 4 anderen pädiatrischen FP zu einer „Hauptforschungsrichtung 30“ (HFR) „Schwangerschaft und frühkindliche Entwicklung“ zusammengeschlossen. Bis zur Auflösung dieser HFR 1990 blieb die Abteilung Neonatologie der Charité

¹⁶ Wauer RR (2009) [wie Anm. 1].

¹⁷ Dellas G (1981) Charité – Leitungs- und betriebsorganisation des chirurgisch orientierten Zentrums (COZ) des Bereiches Medizin (Charité) der Humboldt-Universität zu Berlin. Erarbeitet vom Direktorat Neubau und Rekonstruktion. Als Manuskript gedruckt, Berlin.

¹⁸ Gross J, Dirzus I (1989) [wie Anm. 15].

¹⁹ Wauer RR (2009) [wie Anm. 1].

²⁰ Syllm-Rapoport I (o.D.): Basisdemokratie der DDR – erörtert am Beispiel der Perinatalogie. Quelle beim Verfasser.



Abb. 42 ◀ Ernst Ludwig Grauel, Ingeborg Rapoport, Johannes Gross und Roland Wauer anlässlich der Nationalpreisverleihung 1984. (© Roland Wauer, mit freundl. Genehmigung)

Sitz der Leitung der Forschungsrichtung „Perinatalogie“.²¹

Für die Projektleiterin Rapoport waren Interdisziplinarität bei der Zusammenarbeit, solide experimentell-theoretische Basis, Praxisbezug in den Zielsetzungen, Partnerschaft mit einer medizinischen Gesellschaft und systematische Prognosearbeit unerlässlich.²² Nach gründlicher Analyse der Mortalitäts- und Morbiditätsursachen in der DDR sowie im internationalen Vergleich, nach Erfassung bereits existierender Forschungen und nach Sammlung der Forschungskapazitäten entschied man sich, das FP Perinatalogie in 4 Teilkomplexe (TK) zu unterteilen. Diese orientierten sich an den Hauptursachen der perinatalen Morbidität und Mortalität in der DDR Ende der 1960er-Jahre.²³ Bedingung für die Mitarbeit war das Einreichen abrechenbarer, translationsorientierter Forschungskonzepte.²⁴

In einer 1973 von Rapoport und Gmyrek erarbeiteten Prognose wurde neben gesundheitspolitischen Zielen auch ein Stufenprogramm bis 1990 aufgestellt.²⁵ Es sah für die *Periode 1976 bis 1980* folgende Schritte vor:

- produktionsreife Entwicklung medizintechnischer Geräte zu Diagnostik, Überwachung sowie Behandlung der

Herz-Kreislauf- und Atemfunktion von Feten und Neugeborenen,

- Entwicklung von Surfactant-Induktoren,
- Entwicklung eines Geräts zur extrakorporalen Membranoxygenierung (ECMO),
- Entwicklung molekularbiologischer Methoden für die Perinatalogie.

Für 1981 bis 1990 war Folgendes geplant:

- Biochemie der Hirnschädigung,
- Diagnose des Surfactant-Mangels,
- klinische Studien zur Prävention des Atemnotsyndroms sowie
- Einsatz von ECMO bei Früh- und Neugeborenen.²⁶

Die 1973 formulierten gesundheitspolitischen Ziele für den Prognosezeitraum bis 1990 – Senkung der Frühsterblichkeit auf unter 8‰, die der Totgeborenenrate auf unter 7‰ und die der Säuglingssterblichkeit auf unter 10‰ – wurden wesentlich früher, nämlich 1977, 1980 resp. 1985 erreicht.²⁷ Für ihre Erfolge bei der Senkung der SST erhielten Rapoport und ihre „Söhne“ (wie sie sie nannte), Gmyrek, Grauel, Gross und Wauer, 1984 den DDR-Nationalpreis III. Klasse für Wissenschaft und Technik (▣ **Abb. 42**).²⁸

Nach einer weiteren Prognose 1978 durch Grauel und Jochen Frenzel (Jena)

wurden die Zielstellungen des FP vom Projektrat wie folgt aktualisiert:²⁹

- Senkung der Frühgeburtlichkeit durch frühzeitige Identifizierung von Risikoschwangerschaften, Optimierung der Wehenhemmung und rechnergestützte Geburtsüberwachung.
- Senkung der perinatalen Infektionen und
- Ausbau der kontinuierlichen Metaphylaxe und Rehabilitation von Risikoneugeborenen.

Die neuen inhaltlichen Zielstellungen machten eine Umstrukturierung des FP erforderlich, die bei seiner Eingliederung in die 1981 gegründete HFR (s. unten) wirksam wurde.³⁰

Die konkreten Forschungsprojekte der Abteilung Neonatologie waren selbstverständlich in den Teilkomplexen des FP („Hyperbilirubinämie“, „Hypoxie und Hypoxiekriterien“, „präinatale Lunggenreifeinduktion“, „Kardiorespirographie“ und „Atemfunktionsdiagnostik“) verankert.³¹

Hauptforschungsrichtung „Schwangerschaft und frühkindliche Entwicklung“

Mit Gründung der HFR „Schwangerschaft und frühkindliche Entwicklung“ 1981 wurde das FP Perinatalogie als Forschungsrichtung (FR) Teil des neuen Verbundes.³² Die FR Perinatalogie hatte der weiteren Entwicklung angepasste Schwerpunkte mit nun 7 Teilkomplexen; sie umfasste damals ca. 240 Mitarbeiter.

Nachdem die Säuglingssterblichkeit bis Mitte der 1980er-Jahre in beiden Teilen Deutschlands unter 10 ‰ gesenkt werden konnte, rückten gezielte und landesweite Maßnahmen zur Qualitätssicherung in der Perinatalogie in den Vordergrund. Seit 1987 wurde eine systematische Perinatalerhebung (Leitung

²¹ Wauer RR (2013) [wie Anm. 1]; Grauel EL (2004) [wie Anm. 3].

²² Syllm-Rapoport I., Grauel L (1979) [wie Anm. 15].

²³ Ebd.

²⁴ Wauer RR (2013) [wie Anm. 1]; ders. (2009) [wie Anm. 1].

²⁵ Wauer RR (2013) [wie Anm. 1].

²⁶ Wauer RR (2009) [wie Anm. 1].

²⁷ Wauer RR (2013) [wie Anm. 1].

²⁸ https://de.wikipedia.org/wiki/Liste_der_Traeger_des_Nationalpreises_der_DDR_III._Klasse_fuer_Wissenschaft_und_Technik_1980%char211989.

²⁹ Syllm-Rapoport I., Grauel L (1979) [wie Anm. 15].

³⁰ Wauer RR (2009) [wie Anm. 1]; Syllm-Rapoport, I (o.D.) [wie Anm. 20].

³¹ Wauer RR (2009) [wie Anm. 1].

³² Ebd.

Heinrich, Stralsund) betrieben, an der viele Kliniken der DDR sich beteiligten.³³

Alle Leitungsfunktionen waren ehrenamtlich und ohne zusätzliche Vergütung. Ihre Wahrnehmung beruhte allein auf dem Interesse an Forschung und Steigerung des wissenschaftlichen Niveaus der medizinischen Betreuung. Vom Projektrat wurden die Ergebnisse jährlich kritisch eingeschätzt, kondensiert und mit zusammenfassenden Bemerkungen, Empfehlungen und Forderungen an das Ministerium für Gesundheitswesen weitergeleitet. Neben diesen Ergebnisberichten musste die Leitung des FP Perinatalogie jährlich Planungen für das Folgejahr an das Ministerium erstellen, eine sehr zeitaufwendige Prozedur für alle Arbeitsgruppen, besonders aber eine die Leitung der Neonatologie belastende Aufgabe. Weiterhin wurden von ihr jährlich wissenschaftliche Veranstaltungen, so genannte Verteidigungen, organisiert, bei denen die Arbeitsgruppen die Ergebnisse ihrer Arbeit zur Diskussion stellten und einen Plan-Ist-Vergleich vornahmen.³⁴

In den 1970er-Jahren herrschte unter den im Verbund arbeitenden Ärzten und Wissenschaftlern eine Aufbruchstimmung, die viele Nachwuchswissenschaftler anzog. In der zweiten Hälfte der 1980er-Jahre sank der Enthusiasmus, angesichts der Schwierigkeiten der DDR-Wirtschaft und der allgemeinen Situation im Gesundheitswesen der DDR.³⁵

In einer kritischen Auseinandersetzung mit den Inhalten und Zielen bewertete Rapoport das FP Perinatalogie retrospektiv. „Es ist ein Wunder, dass es trotz der Mannigfaltigkeit der bearbeiteten Themen seine Funktion erfüllte. Neben einigen echten interessanten Ergebnissen, die auch vor internationalen

Gremien bestehen konnten, hatte das FP einen unzweifelhaften Qualifizierungseffekt, weckte Lust zur Forschung in der jüngeren Generation, erzog zur wissenschaftlichen Disziplin, förderte den interdisziplinären und kooperativen Arbeitsstil, hob ganz allgemein das methodische Niveau, führte zu einer stärkeren Annäherung der klinischen und experimentellen Fächer und erreichte durch die Einbeziehung nicht-universitärer Einrichtungen eine Anteilnahme an wissenschaftlichen Fragestellungen auch der sogenannten ‚Peripherie‘. Die Verschmelzung der Geburtshelfer und Neonatologen vollzog sich organisch in der Zusammenarbeit im FP Perinatalogie.“³⁶

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. R. Wauer

Klinik für Neonatologie, Charité –
Universitätsmedizin Berlin
10098 Berlin, Deutschland
Roland.Wauer@charite.de

Roland R. Wauer, Prof. Dr. med.; geb. 1942 in Treuenbrietzen/Brandenburg; Abitur 1960; Medizinstudium 1961–1963 in Sofia/Bulgarien und 1963–67 Charité/Berlin; Promotion 1969 (Pharmakolog Thema); FA-Ausbildung 1967–1971 in Zittau, Facharztprüfung in Pädiatrie 1971; seit 1972 Charité-Kinderklinik; 1974–1990 Sekretär des DDR-Forschungsprojektes „Perinatalogie“; 1980 Research-Grant Lund/Schweden; 1981 Habilitation (Das Atemnotsyndrom des Neugeborenen), 1982/83 und 1984 Hochschullehrer in Pädiatrie/Neonatologie an der Univ. Luanda/Angola; 1984 Dozentur, 1984 Nationalpreis der DDR III. Kl. im Kollektiv, 1991–94 Stellvertretender Direktor der Kinderklinik der Charité, seit 1993 Stellvertreter des Direktors und von 2001–2007 Direktor der Klinik für Neonatologie Campus Charité Mitte, 1993 Professor für das Fachgebiet Kinderheilkunde- Neonatologie/Intensivtherapie an der Charité, 1991–95 Sprecher des Forschungsverbundes „Risikoneugeborenes“ (BMBF), 1996–2001 Sprecher des Forschungsverbundes „FoSped“ (BMBF); 1999–2004 Mitglied des Fakultätsrates, 2001–2004 Prodekan f. wissenschaftl. Nachwuchs der Charité, 2005–2008 Beauftragter des Dekans für den wiss. Nachwuchs; Emeritierung 2007; Seitdem Gastprofessor in Armenien, Bulgarien, Belarus, China, Kasachstan, Kirgisien, Russland und Usbekistan.

³³ Wauer RR (in Vorbereitung) [wie Anm. 1].

³⁴ Syllm-Rapport I (o.D.) [wie Anm. 20].

³⁵ Analyse und Vorschläge, wie in Fortführung der Gesundheitspolitik der Partei durch höhere Qualität und Effektivität der Arbeit die medizinische und soziale Betreuung der Bevölkerung im Fünfjahrplanzeitraum bis 1995 gesichert wird, vom 11.8.1989 (BArch, DQ 1, 12097). Zitiert bei Roth H (2009): 1989/2009 – 20 Jahre Deutsche Einheit: Deutsch-deutsche Gesundheitspolitik im Einigungsprozess (I) Deutsches Ärzteblatt 2009; 106 (23): B-1019.

³⁶ Syllm-Rapport I (o.D.) [wie Anm. 20].

Volker Hofmann

Anfänge der Sonographie im Kindesalter und ihre Bedeutung für die medizinische Ethik bei der pränatalen Diagnostik

Die Ultraschalluntersuchung ist v. a. für Patienten im Kindesalter ein besonderer Glücksfall der modernen Medizin geworden: Ohne Strahlenbelastung, ohne Belästigung oder Gefährdung und zu vergleichsweise geringen Kosten ist inzwischen überall und ohne zeitliche Verzögerung die bildhafte Darstellung von Organen und Geweben, ganzer Körperareale sowie zunehmend auch funktioneller Abläufe möglich geworden. In einer Zeit der Ambivalenz technischen Fortschritts ist eine neue Methode mit hoher Aussagekraft und fehlender Gefährdung besonders wertvoll. Dabei handelt es sich ja nicht nur um irgendeine neue Arbeitsweise, sondern um die weltweit am häufigsten eingesetzte bildgebende Diagnostik, die inzwischen die Röntgendiagnostik weitgehend verdrängt hat, ohne dass dies wirklich wahrgenommen worden ist.

Der Weg von den kaum beurteilbaren „Wetterkarten“ der Anfangszeit über das erste schnelle B-Bild hin zu den modernen Hightech-Geräten war steil und faszinierend. Von Leonardo da Vinci stammt der Satz „Der Mensch – das Augenwesen – braucht das Bild“. Etwas abgewandelt könnte man sagen: „Der Arzt – das Augenwesen – braucht die bildhafte Darstellung“. Und diese Entwicklung hin zum Bild gehört ja zu den größten Errungenschaften der Medizin des 20. Jh.s, beginnend mit der Röntgendiagnostik, gefolgt von Ultraschall, Computer- und Magnetresonanztomographie.

Mit der Röntgendiagnostik war der spektakuläre Anfang gemacht. Aber dieses bildgebende Verfahren hatte seine engen Grenzen. Insbesondere war es nicht möglich, Weichteile, Gewebe und parenchymatöse Organe direkt abzubilden. Ich weiß nicht, ob sich heutige ärztliche Kollegen noch vorstellen können, dass es

z. B. bis Anfang der 1970er-Jahre nicht möglich war, die innere Struktur von Leber, Milz, Nieren oder Pankreas abzubilden. Oder umgedreht: welche Faszination denjenigen erfasste, der damals erstmals eines dieser Organe abbilden und beurteilen konnte.

Obwohl der Ultraschall für die Medizin bis zur Mitte des 20. Jh.s nur geringe Bedeutung hatte, fand unter dem Thema „Der Ultraschall in der Medizin“ erstaunlicherweise bereits 1949 eine Art Weltkongress im zerstörten Erlangen statt. Allerdings setzte man sich hier nur mit der Physik, den technischen und therapeutischen Möglichkeiten sowie v. a. den Grenzen der Methode auseinander. Unter den 73 Vorträgen gab es lediglich 2 Beiträge, die aus dem Rahmen fielen und sich mit der Durchschallung, ähnlich den Röntgenstrahlen, als diagnostische Möglichkeit beschäftigten. Zu diesen zählte ein Vortrag des Wiener Neurologen Karl Theo Dussik (1908–1968), der als Erster den Ultraschall als diagnostisches Werkzeug eingesetzt. Er wollte den Schädel durchschallen und die Ventrikel abbilden und nannte seine Methode „Hyperphonographie“. Aber dieser Weg der Durchschallung ohne Schallreflexion führte nicht weiter.

Gute Ergebnisse lieferte dagegen das eindimensionale Ultraschallechoimpulsverfahren, das sog. A-Bild (A: Amplitude), das schon aus der Materialprüfung bekannt war. Aus diesem eindimensionalen Echoimpulsverfahren entwickelten sich 2 wichtige neue Bereiche: die Echoenzephalographie und die Echokardiographie. Das große Problem bestand nun darin, die komplizierte Schallausbreitung im menschlichen Körper zu verstehen und richtig zuzuordnen. Und hier, am Übergang vom eindimensionalen A-Bild- zum 2-dimensionalen

B-Bild-Verfahren, müssen v. a. der Amerikaner Douglass Howry (1920–1969) mit seinem „cattle tank scanner“ und der schottische Gynäkologe Ian Donald (1910–1987) genannt werden. Letzterer entwickelte mit seinen Technikern aus einem Materialprüfgerät den ersten Kontakt-Compound-Scanner. Allerdings war die Untersuchung sehr zeitaufwendig; das Bild musste langsam über viele Minuten lang aufgebaut werden. Die Aussagen waren oft zweifelhaft und dem Spott der Kollegen ausgesetzt. Damals fand die Sonographie keinen Eingang in die klinische Routinediagnostik.

Die neuere Sonographie-Geschichte begann in Deutschland mit dem jungen Ingenieur Richard Soldner (1935–2012) bei Siemens in Erlangen. Im Jahr 1960 wurde ihm der Bereich Ultraschall in der Entwicklungsabteilung der Siemens-Reiniger-Werke übertragen. Er sollte die eigentlich längst bedeutungslos gewordenen Ultraschalltherapiegeräte weiterentwickeln, befasste sich aber stattdessen, nachdem er japanische Ultraschalluntersuchungen zum Brustkrebs kennengelernt hatte, mit der Ultraschalldiagnostik. Von Anfang an wollte er eine schnelle Abtastung der Schnittebenen mit hohen Wiederholungsraten erreichen und wurde so zum Begründer der heute ausschließlich angewandten Realtime-Technik. Bereits 1963 konnte er einen Prototyp des legendären Vidoson, des weltweit ersten schnellen B-Bildes, vorstellen. Die revolutionäre Scan-Technik bestand in 2 im Brennpunkt eines Parabolspiegels rotierenden Ultraschallrichtstrahlensendern. Damit wurden Schnittbilder vom menschlichen Körper in so kurzen Zeitintervallen und so schneller Aufeinanderfolge (15 Bilder/s) auf einem Bildschirm dargestellt, dass Bewe-

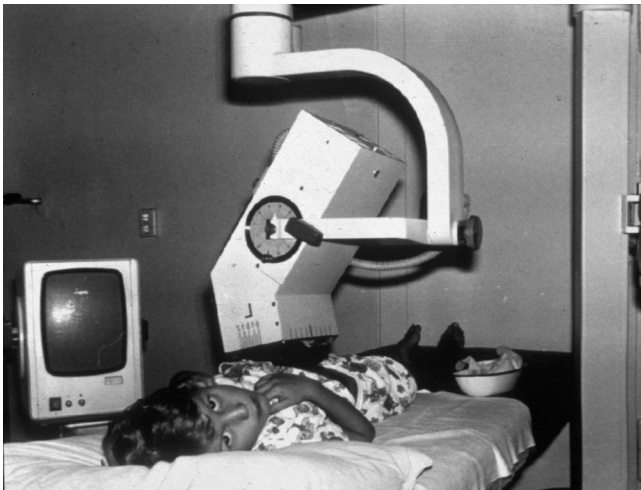


Abb. 43 ◀ Sonographie mit Vidoson im St. Barbara-Krankenhaus Halle/S., 1970er-Jahre. (© Volker Hofmann, mit freundl. Genehmigung)

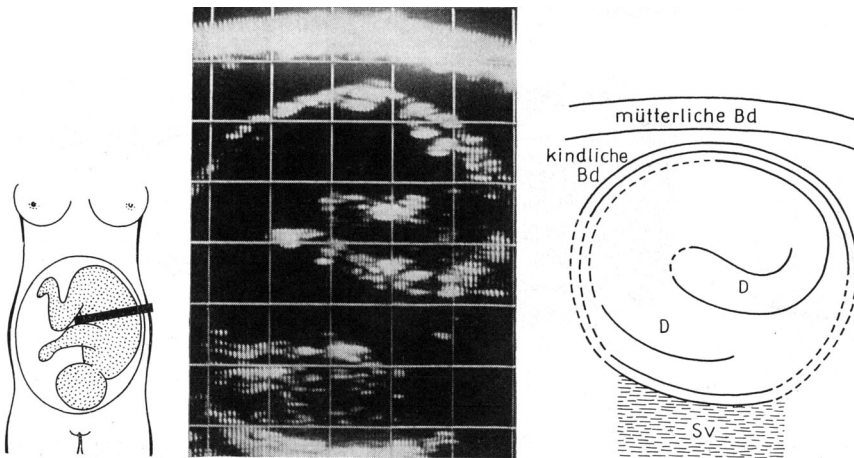


Abb. 44 ▲ Pränatale Diagnostik einer Darmatresie in der 34. Schwangerschaftswoche, dilatierte Dünndarmschlingen. Bd Bauchdecke. (© Volker Hofmann, mit freundl. Genehmigung)

gungsvorgänge direkt abgebildet werden konnten. Der wesentliche Vorteil aber war die Darstellung von Grauwerten im Gegensatz zu den bisherigen bistabilen Schwarz-Weiß-Bildern, die eine Gewebedifferenzierung nicht zuließen. Es war gelungen, minimale Impedanzunterschiede auszunutzen, um die verschiedenen Gewebe, Organe und Organgrenzen abzubilden. Soldner wurde so der Begründer der modernen Ultraschalltechnologie. Ich habe ihn beim Aufbau unseres Ultraschallmuseums noch kennengelernt. Er war als Einziger in der Lage, die alten Geräte zu ergänzen und wieder funktionsfähig zu machen.

Die ersten Untersuchungen mit dem Vidoson 635 wurden – wie zu erwarten – in der Geburtshilfe vorgenommen, und es war Hans-Jürgen Holländer in der Universitätsfrauenklinik Würzburg,

der das erste Gerät klinisch einsetzte. Mit dem Vidoson beginnt auch die Geschichte der Ultraschalldiagnostik im Kindesalter, denn erst mit dem schnellen B-Bild war man wirklich imstande, Neugeborene, Säuglinge und Kinder zu untersuchen. Das erklärt auch, warum die Sonographie von Patienten im Kindesalter ihren Ursprung v. a. in Deutschland hatte. Das St.-Barbara-Krankenhaus in Halle (Saale) konnte 1975 als eine der ersten Kliniken in der DDR in der gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilung mithilfe der Caritas-West ein Vidoson-Gerät aufstellen. Uns war schnell klar, dass eine derartige bildhafte Darstellung ohne Röntgenstrahlen nicht nur bei Ungeborenen während der Schwangerschaft, sondern erst recht bei Neugeborenen, Säuglingen und Kindern funktionieren musste (▣ Abb. 43).

Das gemeinsame Interesse zwischen Geburtshilfe, Pädiatrie und Kinderchirurgie war verständlicherweise zuerst die pränatale Fehlbildungsdiagnostik:

- in der Frühschwangerschaft im Zusammenhang mit der Diagnostik genetischer Defekte,
- im letzten Trimenon wegen der kindlichen Indikation zur Sectio und – das war neu! – der Planung chirurgischer Eingriffe bei korrigierbaren Fehlbildungen.

Besonders das Letztere war für den Kinderchirurgen von großer Bedeutung. Am häufigsten wurden anfangs Ventrikelerweiterungen erkannt, Anenzephalus und Myelomeningozele folgten. Eine besondere Rolle spielten Nierenfehlbildungen, Bauchwandspalten und Darmatresien. So konnten wir 1977 pränatal die Verdachtsdiagnose einer Dünndarmatresie stellen. Auffällig waren dabei die messbare Vergrößerung des Bauchumfangs, das Hydramnion und die gestauten Darmschlingen des Fetus (▣ Abb. 44). Mit diesen Möglichkeiten konnte die Prognose derjenigen Fälle verbessert werden, die durch zusätzliche postnatale Komplikationen, insbesondere durch einen risikoreichen Transport, gefährdet sind (▣ Abb. 45).

Nach der Geburt war anfangs die Niere das „dankbarste“ Organ in der Sonographie: Oberflächlich gelegen und mit dem riesigen Schallkopf im Querschnitt waren sogar beide Nieren auf einem Schnitt gut abzubilden (▣ Abb. 46). Dieter Weitzel in Mainz hatte bereits 1974 auf die Bedeutung der Sonographie in der Nierendiagnostik hingewiesen. Insbesondere Harnabflussstörungen, zystische Fehlbildungen, Steine und Tumoren konnten erkannt werden und veränderten die diagnostische Rangfolge. Wir mussten zur Kenntnis nehmen, dass es bereits im Kindesalter Gallensteine gab, und es stellte sich heraus, dass man völlig neue Einblicke in das Schädelinnere von Neugeborenen und Säuglingen gewinnen konnte. Damals gab es nur das Pneumenzephalogramm, eine invasive und sehr belastende Untersuchung.

Da dieses neue bildgebende Verfahren sofort und ohne besondere Vorbereitungen zu jeder Tages- und Nachtzeit



Abb. 45 ▲ „Compound scan“ einer pränatalen Omphalozele. (© Volker Hofmann, mit freundl. Genehmigung)

einsetzbar war und direkte Ergebnisse erbrachte, war es natürlich besonders bei allen akuten Erkrankungen, Notsituationen und Unfällen einsetzbar. Jetzt konnte man nach schweren Unfällen die Organverletzungen und ihre Folgen direkt abbilden, insbesondere das Ausmaß der Blutung. Dadurch wurde es möglich, dass z. B. eine Milzruptur nicht mehr in jedem Fall mit einer Milzentfernung einherging (bis zu diesem Zeitpunkt eine absolute Grundregel), sondern dass man abwarten und damit die Milz erhalten konnte. Ein anderes Beispiel für solche akuten Erkrankungen, die bis dahin nicht direkt diagnostiziert werden konnten, war die Invagination (▣ **Abb. 47**) mit der Möglichkeit der sofortigen Devagination – sozusagen „unter Sicht“. So veränderte sich in vielen Fällen der therapeutische Weg von der operativen zur konservativen Behandlung mit entsprechenden Vorteilen für das Kind. Und es bestand nun auch erstmals die Möglichkeit gezielter „unter Sicht“ ausgeführter Punktionen.

Nun könnte man annehmen, alle Welt sei begeistert gewesen über ein bildgebendes Verfahren auf ganz neuem Weg ohne Röntgenbelastung und andere negative Kriterien, aber das war keineswegs der Fall. Im Gegenteil: Die Sonographie hatte es in dieser Anfangszeit sehr schwer, sich durchzusetzen. Das hatte folgende Ursachen:

- Die Bilder glichen anfangs in der Tat eher Mondlandschaften oder Wetterkarten. Es war sehr kompliziert,

verständliche Bilder anzufertigen; uns stand noch keine Videotechnik zur Verfügung, und digitale Aufnahmen direkt vom Gerät waren noch unvorstellbar. Viele Kollegen waren daher eher belustigt als begeistert. Und der Spott unter ärztlichen Kollegen gehört ja seit Jahrhunderten zu den schönsten Emotionen.

- Man hatte damals auch kaum Chancen, die eigenen Untersuchungen zu präsentieren; Vortragsanmeldungen wurden nicht selten abgewiesen.
- Es gab keine Vergleichsmöglichkeiten, denn auch im englischen und amerikanischen Schrifttum existierten nur wenige Veröffentlichungen über die Anwendung der Sonographie im Kindesalter. So gesehen war es erstaunlich und ein gewisser Wendepunkt, dass sich der VEB-Georg-Thieme-Verlag in Leipzig schon 1979 entschloss, in der Reihe *Moderne Pädiatrie* eine Zusammenstellung auf teuer importiertem Glanzpapier zu drucken. Wir haben erst viel später erfahren, dass sie die weltweit erste zusammenfassende Darstellung der Ultraschalldiagnostik im Kindesalter war.

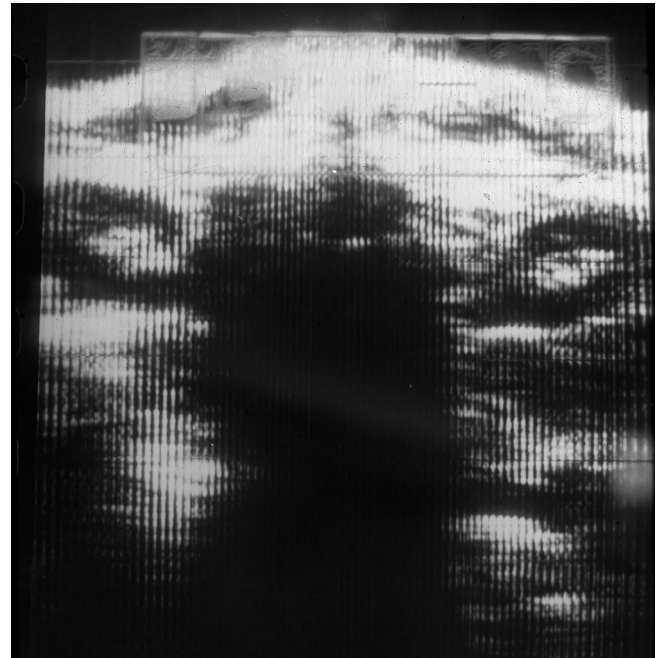


Abb. 46 ▲ Sonographieaufnahme einer Niere quer beidseits, Vidoson, 1977. (© Volker Hofmann, mit freundl. Genehmigung)

Durch die pränatale Fehlbildungsdiagnostik und ihre Konsequenzen entstand ein unerwartetes Problem ganz anderer Art. Was bis heute und immer wieder neu und kontrovers diskutiert wird – insbesondere die Frage des Schwangerschaftsabbruchs – nahm damals seinen Anfang. Ich will versuchen, dies an einem Beispiel zu erläutern. Unsere gynäkologischen Kollegen hatten pränatal bei einer Patientin in der 26. Schwangerschaftswoche einen Aneuphthalmus des Fetus diagnostiziert. Wir hatten uns in der gemeinsamen Beratung entschlossen, der Mutter diesen Befund nicht vorzuenthalten, angesichts des desolaten Zustands die Geburt vorzuziehen und das Neugeborene nicht intensivmedizinisch zu versorgen. Wir wollten die Mutter in dieser schwierigen Situation nicht allein lassen bzw. aus unserem katholischen in ein staatliches Krankenhaus verlegen. Eine Ordensschwester im Kreißsaal beobachtete die Geburt und meldete unser Verhalten an den zuständigen Bischof. Dieser nahm die Situation sehr ernst und gab sie fragend an den Vatikan weiter. Kurz darauf wurde im Priesterseminar in Erfurt konspirativ – die staatlichen Stellen der DDR sollten nichts von diesen Problemen erfahren – ein Treffen



Abb. 47 ▲ Invagination, Erstdarstellung 10/1979. (© Volker Hofmann, mit freundl. Genehmigung)

führender katholischer Moralthologen, von Kardinälen und philosophisch arbeitenden ranghohen Mitarbeitern des Vatikans und aus zahlreichen katholischen Ländern einberufen. Von unserer Seite nahmen der Pädiater Ernst Fukala und der Geburtshelfer Herbert Watzek an dieser Sitzung teil. Das Thema kam damals offenbar erstmals wegen seiner direkten praktischen Bedeutung auf den Tisch. Darf in einem solchen Fall bei einem nichtlebendigen Kind die vorzeitige Beendigung der Schwangerschaft erfolgen und, wenn ja, ist dies in einem katholischen Krankenhaus möglich bzw. erlaubt? Nach offenen und sehr ehrlichen, fairen und emotionalen Diskussionen einigten wir uns auf eine uns sinnvoll erscheinende Lösung: Wenn dieses intrauterine Leben sich nicht auf ein menschliches Leben hin entwickeln kann, dann, aber nur dann, sei der Abbruch auch bei uns zu verantworten. Menschliches Leben wurde dabei definiert durch die spätere Fähigkeit zur Kommunikation selbst in niedrigster Form, gebunden an die Entwicklung des Großhirns. Also gehörten zu den erlaubten Indikationen: extremer Hydrozephalus mit minimaler Hirnrinde und progressiv sich vergrößerndem Ventrikel und Kopfumfang, was eine Ge-

burt auf natürlichem Weg nicht zuließe (■ **Abb. 48**), Hydranenzephalus, Anenzephalus und ähnliche schwere zerebrale Fehlbildungen; nicht aber das Potter-Syndrom oder andere Organfehlbildungen. Es ging uns darum, diesen Müttern in ihren schwersten Stunden zu helfen und sie zu begleiten. Dieses Vorgehen galt für uns bis zum revolutionären Herbst 1989. Erst mit dem sich anschließenden Wandel der Verwaltungsstrukturen trat eine grundlegende Änderung ein.

Die weitere Entwicklung der Sonographie bis zu ihrem heutigen Stand war damals nicht voraussehbar: Immer wieder waren wir der Meinung, nun sei das Ende der technischen Möglichkeiten erreicht, und immer wieder gab es neue Dimensionen. Die Geräte selbst wurden kleiner, die Schallköpfe handlicher und hochfrequenter, ohne dass die Abbildung der tieferen Regionen verlorenging. Heute sind wir in der Routinediagnostik bereits bei 7 MHz und für spezielle Fragestellungen bei 14 MHz, sogar bis 20 MHz, angekommen. Die laterale Nahauflösung wird immer besser und liegt bereits unter 0,5 mm. Dazu kam die Einführung der farbcodierten Dopplersonographie mit der Möglichkeit, selbst feinste Gefäße abzubilden. Der alte Traum der Chirurgen,



Abb. 48 ▲ „Compound scan“ eines extremen Hydranenzephalus, pränatal in der 28. SSW. (© Volker Hofmann, mit freundl. Genehmigung)

eine beginnende Appendizitis auch bildhaft nachzuweisen, ist wahr geworden. Funktionelle Vorgänge können abgebildet werden und – um an den Anfang der Diagnostik zurückzukehren – die Schwangerschaftsdiagnostik ergibt früher unvorstellbare Einblicke bereits im ersten Trimenon der Schwangerschaft.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. V. Hofmann

Klinik für Kinderchirurgie, St.-Barbara-Krankenhaus
Halle (Saale), Deutschland
hofmann-halle@onlinehome.de

Volker Hofmann, Prof. Dr. med. (em.); geb. 1939 in Dresden, Kreuzchorschule und Abitur 1957, Studium der Humanmedizin 1957–1963 an der Karl-Marx-Universität Leipzig, Promotion A 1963 und Promotion B 1981 in Leipzig, Landarzt im Erzgebirge 1963–1965, anschließend Facharzt Ausbildung an der Klinik für Kinderchirurgie der KMU Leipzig, 1977 Aufbau der Klinik für Kinderchirurgie am St. Barbara-Krankenhaus Halle (Saale), dort tätig bis 2003.

Literatur

- Hofmann V, Kunze G (1979) Pränatale Diagnostik einer Jejunumatriesie durch Ultraschall. Z Kinderchir 26:205–210
- Hofmann V (1981) Ultraschalldiagnostik (B-Scan) im Kindesalter. VEB Georg Thieme Verlag, Leipzig
- Hofmann V, Watzek H, Klaube A (1983) Die pränatale Ultraschalldiagnostik von Fehlbildungen und ihre chirurgischen Konsequenzen – ein neues Kapitel Kinderchirurgie. Z Kinderchir 38:141–151
- Weitzel D, Tröger T, Straub E (1977) Renal Sonography in Pediatric Patients. Pediatr Radiol 6:19–26
- Weitzel D, Dinkel E, Dittrich MM (1984) Pädiatrische Ultraschalldiagnostik. Springer, Berlin

Kurt Gdanietz

Kinderchirurgie in der DDR

Kinderchirurgie in Deutschland und seinen Nachbarländern bis 1945

Die ältesten Spuren dessen, was wir heute als Kinderchirurgie bezeichnen, was aber als Entität noch gar nicht vorhanden war, führen in Deutschland zu dem Dresdner Arzt und Chirurgen Karl Joseph Oehme (1752–1783).¹ Als Zwanzigjähriger veröffentlichte er 1773 auf 64 Seiten die Arbeit *De morbis recens natorum chirurgicis*.² Zu Oehmes Zeit waren Operationen ein Wagnis. Den Chirurgen war bewusst, dass sie sich auf noch wenig erkundetem Terrain bewegten, ohne wirkliche Schmerzausschaltung, ohne Blut- und Flüssigkeitsersatz. Das änderte sich mit Einführung der Narkose 1846. Und so erfuhren Eingriffe bei Kindern Ende des 19. und zu Beginn des 20. Jh.s ihren ersten Qualitätssprung. Bücher, die der Kinderchirurgie allein gewidmet sind, zeugen davon, z. B. das Handbuch von Gerhardt von 1880 mit vielen kinderchirurgischen Kapiteln hervorragender zeitgenössischer Chirurgen.³ Im Jahr 1894 veröffentlichte der Arzt am Jüdischen Krankenhaus Berlin Ferdinand Karewski (1858–1923) das Buch *Die chirurgischen Krankheiten des Kindesalters* und zeichnete darin auf 762 Seiten ein umfassendes Bild vom Stand der Kinderchirurgie der Zeit.⁴ Manch Einzelerfolg hält bis heute an, z. B. die seit 1913 jedem Kinderchirurgen und Pädiater bekannte Pyloromyoto-

mie nach Weber-Ramstedt zur Behandlung der hypertrophischen Pylorusstenose des Säuglings.⁵ In Frankreich sind ähnliche Entwicklungen zu beobachten. Hier publizierte Édouard Francis Kirmisson (1848–1927), Professor für Kinderchirurgie und Orthopädie an der medizinischen Fakultät Paris, 1899 das 613 Seiten starke *Lehrbuch der chirurgischen Krankheiten angeborenen Ursprungs*.⁶ In Polen erschien 1901 das Buch *Choroby chirurgiczne wieku dziecięcego (Chirurgische Krankheiten im Kindesalter)* von Hilary Schramm (1857–1940), Dozent an der Universität Lwów. Lwów (Lemberg) gehörte zu den ersten Städten in Europa, die über ein Kinderkrankenhaus mit einer kinderchirurgischen Abteilung von ca. 45 Betten verfügten.⁷

Der Berliner Chirurg und Hochschullehrer Erwin Gohrbandt (1890–1965) veröffentlichte 1928 das Buch *Chirurgische Krankheiten im Kindesalter*⁸ und Richard Drachter (1883–1936) 1930 das weltweit erste kinderchirurgische Lehrbuch *Chirurgie des Kindesalters*,⁹ nach Karewskis Werk das zweite umfassende

Werk in Deutsch. Trotz dieser frühen Arbeiten wurde, um mit dem Nestor der deutschen Kinderchirurgie, Fritz Rehbein (1911–1991), zu sprechen, „das eigentliche Neuland der Kinderchirurgie erst Ende der 30er-Jahre und während des Zweiten Weltkrieges in den USA betreten“. Für deutsche Chirurgen war eine selbstständige Kinderchirurgie zu der Zeit noch nicht vorstellbar; sie fühlten sich gegenüber einer Aufsplitterung des Faches gefeit, „obwohl kleinere Gruppen von Sondergebieten der Chirurgie nach mehr Selbständigkeit riefen.“¹⁰

In der erstmals gelungenen End-zu-End-Anastomose einer Ösophagusatresie, die das Kind überlebte (Haight 1941)¹¹, sieht Rehbein die Geburtsstunde der modernen Kinderchirurgie. Im Jahr 1913 aber hatte Richter schon ein Kind operiert, bei dem er statt einer End-zu-End-Anastomose eine Ösophago- und Gastrostomie anlegte, und nach 26 Jahren, 1939, gelang Shaw bereits die End-zu-End-Anastomose. Jedoch hat keines der Kinder überlebt.¹²

Der Krieg in Europa ließ die Entwicklung der Kinderchirurgie stagnieren; die deutsche medizinische Wissenschaft war ins Stocken geraten, war isoliert.

¹ Klimpel V (1996): Zu den Anfängen der Kinderchirurgie in Dresden. In: Zentralblatt für Kinderchirurgie 5, S. 190–195.

² Oehme KJ (1773): *De morbis recens natorum chirurgicis*. Leipzig.

³ Gerhardt, C (1880 und 1887): *Handbuch der Kinderkrankheiten*, 6. Bd., I. und II. Abt., Die chirurgischen Erkrankungen I und II, Tübingen.

⁴ Karewski F (1894): *Die chirurgischen Krankheiten des Kindesalters*, Stuttgart, siehe <https://archive.org/details/diechirurgische00karewoog>.

⁵ Weber W (1910): Ueber eine technische Neuerung bei der Operation der Pylorusstenose des Säuglings. *BKW*, 47/17-Berlin August Hirschwald pp. 763–765 Quelle Internet; Ramstedt WC (1913): Die Operation der angeborenen Pylorusstenose. In: *Zentralblatt für Chirurgie* 40, S. 3–4; Borgwardt G (1992): Conrad Ramstedt (1867–1963). In: *Zentralblatt für Kinderchirurgie* 1, S. 185–187.

⁶ Kirmisson É (1899): *Lehrbuch der chirurgischen Krankheiten angeborenen Ursprungs*, Stuttgart.

⁷ Schramm H (1901): *Choroby chirurgiczne wieku dziecięcego*. Buchhandlung Altenberg Lwów. Pers. Mitteilung Prof Cz Stoba, ehem Direktor der Medizinischen Akademie Gdańsk.

⁸ Gohrbandt E, Karger P, Bergmann E (1928): *Chirurgische Krankheiten im Kindesalter*, Freiburg im Breisgau.

⁹ Drachter R, Grossmann JR (1930): *Chirurgie des Kindesalters*. (= von Pfaundler M, Schlossmann A (Hg.): *Handbuch der Kinderheilkunde* 9), 3. Aufl., Leipzig.

¹⁰ Steinau H-U, Bauer H (Hg.) et al. (2011): *Deutsche Gesellschaft für Chirurgie 1933–1945 Die Präsidenten*. Heidelberg, S. 246 linke Kolumne.

¹¹ Haight C, Towsley HA (1943): Congenital atresia of the esophagus with tracheoesophageal fistula: Extrapleural ligation of fistula and end-to-end-anastomosis of esophageal segments. In: *Surgery, Gynecology & Obstetrics* 76, S. 672–688.

¹² Richter HM (1988): Shaw R. In: *Ösophagus*. In: Tischer W, Gdanietz K (Hg.): *Kinderchirurgie für die klinische Praxis*, Leipzig, S. 99–105, hier S. 101; 323, 324.



Abb. 49 ▲ Fritz Meißner, um 1958. (© Kurt Gdanietz, mit freundl. Genehmigung)

Kinderchirurgie in der SBZ und der DDR

Die historischen Wurzeln der Kinderchirurgie liegen in der 1889 gegründeten chirurgischen Kinderabteilung der Leipziger Medizinischen Fakultät und in der 1956 gegründeten Kinderchirurgischen Klinik im Städtischen Hufeland-Krankenhaus Berlin-Buch (Berlin-Ost).¹³

Nach Ende des Zweiten Weltkriegs war die Kinderchirurgie in rascher Entwicklung begriffen. Vier Strömungen förderten ihre Gestaltung, die weder glatt noch dornenfrei verlief: der Anteil chirurgischer Erkrankungen an der Säuglings- und Kindersterblichkeit, der Vorsprung anderer Länder, die sich anbahnenden Spezialisierungen in der Chirurgie und das Recht des Kindes auf seinen Operateur.

In der Sowjetischen Besatzungszone (SBZ) wurden operative Eingriffe bei Kindern zunächst in hergebrachter Weise

¹³ Noack-Wiemers F (2005): Robert Hermann Tillmanns (1844–1927) ein Pionier der Kinderchirurgie in Leipzig. Diss. med. Leipzig; Meißner F (1965): Klinik und Ambulanz für Kinderchirurgie. In: Wissenschaftliche Zeitschrift der Karl-Marx-Universität Leipzig 14, S. 173–176; Bennek J (2014): Kinderchirurgie in Leipzig. Bilder Dokumente und Erinnerungen zur alten und neueren Geschichte, Leipzig; Gdanietz K (1997): Die Entwicklung der Kinderchirurgie in der DDR – 1949 bis 1990. In: Pädiatrie und Grenzgebiete 36, S. 95–106.



Abb. 50 ◀ Heinrich Klose bei der Visite im Krankenhaus Friedrichshain, links Ilse Krause, 10. Dezember 1956. (© Kurt Gdanietz, mit freundl. Genehmigung)

von Chirurgen vorgenommen, was sich erst Ende 1956 änderte. Ohnehin war bis Mitte der 1950er-Jahre nicht erkennbar, ob eine selbstständige Kinderchirurgie überhaupt einmal Wirklichkeit werden könnte.

Die unter der Leitung Fritz Meißners (1920–2004) am 1. Oktober 1958 in Leipzig gegründete eigenständige Kinderchirurgische Klinik (Abb. 49) entwickelte sich zur Leitklinik für den universitären Bereich, die am 10. Dezember 1956 in Berlin-Buch gegründete Kinderchirurgischen Klinik, Ilse Krause (1917–1984; Abb. 50), zur Leitklinik für den nichtuniversitären Bereich. Leipzig setzte eine Tradition fort; für Berlin-Buch war es ein Neubeginn. Beide Einrichtungen hatten Pädiater als Geburtshelfer. In Leipzig war es Johann Otto Leonhard Heubner (1843–1926), der 1888 mit Robert Hermann Tillmanns (1844–1927) einen „Verein zur Errichtung und Erhaltung eines Kinderkrankenhauses“ gründete. Das 1891 entstandene Haus hatte 132 Betten, in dem Tillmanns bis 1919 die chirurgische Kinderstation leitete.¹⁴ In Berlin-Buch war es Heinrich Robert Kirchmair (1906–1969), der 1956 von einem längeren Aufenthalt aus Bagdad mit der Idee zurückkehrte, in Berlin eine Kinderchirurgische Klinik ins Leben zu rufen. Darüber sprach er mit dem Leiter der Abteilung für Gesundheitswesen beim Magistrat von Groß-Berlin, der den Gedanken dem Direktor der Chirurgischen Klinik im Krankenhaus in Berlin-Fried-

¹⁴ Noack-Wiemers F (2005) [wie Anm. 13]; Bennek J (2014) [wie Anm. 13].

richshain, Heinrich Klose (1879–1968; Abb. 50), vortrug. Dieser erlegte seiner damals 39-jährigen Oberärztin Ilse Krause auf, den in der Kindermedizin neuen Weg zu gehen. Sie trat ihn am 1. Juni 1956 an: „die erste Kinderchirurgin in Deutschland, war ‚Marschallin der Medizin‘, aber nicht herrschend, sondern dienend“, beschrieb Waldemar Hecker (1922–2008, München) ihr Ansehen. Ihr Andenken bewahrt die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie im Ilse-Krause-Nachwuchspreis.

Fritz Meißner und Ilse Krause waren beide herausragende Chirurgen, inspirierende, dynamische Kliniker, Kinderchirurgen der ersten Stunde und Wegbereiter moderner Kinderchirurgie. Meißner gab auf der Jubiläumsveranstaltung anlässlich des 25-jährigen Bestehens der Klinik für Kinderchirurgie der Karl-Marx-Universität, Leipzig, zu erkennen, dass er ursprünglich nicht vorhatte, Kinderchirurg zu werden. Der für die Übernahme der Leitung der am 1. Oktober 1958 gegründeten Kinderchirurgischen Klinik „auserwählte Kollege beantwortete die ehrenvolle Berufung damit, dass er in den Zug stieg und nach Bremen fuhr. Dort ist er angekommen und geblieben. Mich ereilte dann das Schicksal“ und die Nachricht seines Chefs Herbert Uebermuth (1901–1986): „Lieber Herr Meißner, Sie machen ab sofort Dienst

¹⁵ Meißner F (1984): Festrede anlässlich der Jubiläumsveranstaltung 25 Jahre Klinik für Kinderchirurgie Leipzig. In: Bennek J: Kinderchirurgie in Leipzig. Bilder Dokumente und Erinnerungen zur alten und neueren Geschichte, Leipzig, S 27–35.



Abb. 51 ▲ Ilse Krause bei einer Operation, Ende der 1960er-Jahre. (© Kurt Gdanietz, mit freundl. Genehmigung)

in der Oststr.“ (Klinikstandort).¹⁵ Krause erging es ähnlich, sie folgte dem väterlichen Rat ihres Chefs, den man auch Befehl nennen könnte: „Mein gutes Kind, das machst du.“

Weitere kinderchirurgische Einrichtungen entstanden 1958 und 1959 am Bezirkskrankenhaus in Karl-Marx-Stadt (Chemnitz) unter Wolfgang Popp (1923–2011) und an der Universität Rostock unter Walter Schmitt (1911–2005). Damit erhöhte sich die Wahrscheinlichkeit, ein mit kinderchirurgischer Gestaltungskompetenz ausgestattetes Fach als diagnostisch-therapeutische Einheit erschaffen zu können. Für dieses Ziel suchte der praxiserfahrene Direktor der Chirurgischen Universitätsklinik Rostock, Walter Schmitt, 1958 Chirurgenkollegen zu gewinnen: „Wenn man dem Neugeborenen, Säugling und Kleinkind das Recht auf beste chirurgische Behandlung zubilligt, muss man feststellen, dass hier vielerorts bis heute eine therapeutische Lücke klafft. Man kann die Säuglings- und Kleinkinderchirurgie nicht auf irgendwelchen chirurgischen Abteilungen ‚so nebenbei‘ von irgendwelchem Operateur mit erledigen lassen. Das bringt dem Operateur Nackenschläge und die kleinen Patienten recht häufig auf den Friedhof“.

Weimarer Konferenz – Arbeitsgemeinschaft Kinderchirurgie 1964–1968

Im Jahr 1960 fand in Weimar eine Gesundheitskonferenz statt, auf der ein Perspektivplan zur Entwicklung der medizinischen Wissenschaft und des Gesundheitswesens in der DDR beraten und der Beschluss gefasst wurde, neue fachspezifische medizinische Gesellschaften, Sektionen und Arbeitsgemeinschaften (AG) zu gründen. Was die Kinderchirurgie betrifft, war dies sicherlich auch der Tatsache geschuldet, dass in Polen ein das ganze Land überziehendes Netz von etwa 30 kinderchirurgischen Abteilungen und Polikliniken errichtet worden war und es in der Union der Sozialistischen Sowjetrepubliken (UdSSR) seit 1932 einen Lehrstuhl für Kinderchirurgie gab. Es galt also, die günstige Stunde der Beschlussfassung von Weimar zu nutzen und kinderchirurgisch tätige Ärzte zu einen. Das dauerte 4 Jahre. In abgesprochener Gemeinsamkeit mit Leitern bereits funktionierender kinderchirurgischer Einrichtungen – Fritz Meißner (Leipzig), Ilse Krause (Berlin-Buch; **Abb. 51**), Walter Schmitt (Rostock), Günther Bellmann (1921–1974, Dresden) – etablierte Meißner am 4. Juni 1964 die AG für Kinderchirurgie, die 2 Jahre später, am 21. und 22. Oktober 1966 in Reinhardsbrunn, Thüringen, ihr erstes Symposium ausrichtete. Cassandra rufe haben nicht gefehlt, wie schon auf der 61. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie 1937, wo vor „von immer wieder zutage tretender Sucht, die Chirurgie in kleinste Einzelkünste zu spalten“, gewarnt wurde.¹⁶ Dass Kinder von Geburt an den für sie kompetenten Chirurgen brauchen, wurde nur allmählich verstanden. Meißner sollte recht behalten: „... und wir werden noch viele Unterredungen haben, um die traditionsgebundenen Chirurgen von den Vorzügen einer um ihrer selbst willen betriebenen Kinderchirurgie zu überzeugen.“

Im Jahr 1966 existierten an den Universitäten Leipzig und Rostock, an der Medizinischen Akademie Dresden sowie an den Bezirkskrankenhäusern Berlin-Buch und Karl-Marx-Stadt kinderchirurgische

Einrichtungen. Nachwuchs wurde ausgebildet. Da erschreckte die Nachricht, dass laut eines Beschlusses vom 17. November 1966, der Facharzt für Kinderchirurgie abgeschafft sei.¹⁷ Aus eigenem Erleben musste zur Kenntnis genommen werden, dass die neue Facharztordnung am 1. Februar 1967 ohne Berücksichtigung der Kinderchirurgie erlassen worden war. Das bedeutete eine Abkehr vom Geist der Weimarer Konferenz. Obwohl die weitere Entwicklung nicht abzusehen war, richteten Helmut Richter 1967 am Bezirkskrankenhaus Potsdam und Werner Fritz 1968 an der Universität Halle kinderchirurgische Abteilungen ein. Ihr Voranschreiten ermöglichten letztendlich ihre vorgesetzten chirurgischen Ordinarien, die überzeugt waren, dass ohne Spezialisierung die Chirurgie ihren hohen Ansprüchen nicht mehr gerecht werden konnte.

Aus den genannten 7 Einrichtungen waren bis dato über 200 wissenschaftliche Arbeiten und ebenso viele Vorträge hervorgegangen, die, mit bereits gewonnenen diagnostischen, pathophysiologischen und innovativen operativen Erkenntnissen, Pessimismusszenarien entgegentraten. Das blieb ministeriellen Stellen nicht verborgen und führte zu einem neuerlichen Konferenzprogramm.

Berliner Konferenz – Sektion Kinderchirurgie 1968–1985

Der nächste Abschnitt im zeitlichen Ablauf der Entwicklung der Kinderchirurgie in der DDR beginnt mit der am 22. November 1968 gegründeten Sektion im Rahmen der Gesellschaft für Chirurgie der DDR. Zeitgleich fand die Berliner Konferenz statt, an der ein Vertreter des Ministeriums für Gesundheitswesen, Vertreter des Vorstands der Gesellschaft für Chirurgie und Pädiatrie teilnahmen. Besprochen wurde die Situation der Kinderchirurgie mit folgenden Ergebnissen:

- Das Ministerium für Gesundheitswesen ist am Ausbau einer qualifizierten

¹⁷ Eisenberg U (2013): Facharzt für Neurochirurgie in der DDR – ein Politikum? In: Schriftenreihe der Deutschen Gesellschaft für Geschichte der Nervenheilkunde 13, S. 146.

spezialisierten chirurgischen Versorgung von Kindern interessiert und erwartet Vorschläge von den Kinderchirurgen.

- Die Gesellschaft für Chirurgie schließt sich der Forderung an, sofern noch nicht geschehen, endlich an allen chirurgischen Universitäts- und Akademiekliniken und an allen Bezirkskrankenhäusern kinderchirurgische Fachabteilungen zu errichten, die von Fachkinderchirurgen zu leiten sind.
- Die Gesellschaft für Pädiatrie fordert die Wiedereinführung des „Facharztes für Kinderchirurgie“ und erwartet eine kontinuierliche Versorgung der in den Kinderkliniken und -abteilungen liegenden chirurgisch zu behandelnden Patienten durch den Facharzt.¹⁸

Damit hatten die Kinderchirurgen Verbündete auf dem Weg zur Selbstständigkeit. Die Ungewissheit darüber, ob der Facharzt für Kinderchirurgie erworben werden könne, hielt die Mediziner nicht davon ab, die Ausbildung in einer der bisherigen 7 Einrichtungen fortzusetzen bzw. zu beginnen. Die Ergebnisse der Berliner Konferenz (1968) wurden mit Leben erfüllt. Im Jahr 1969 errichtete die Universität Greifswald den zweiten Lehrstuhl für Kinderchirurgie in der DDR und besetzte ihn mit Wolfram Alfred Jochen Tischer (1930–2015). Im darauffolgenden Jahr ernannte die Medizinische Akademie Magdeburg Karl-Heinrich Römer (1920–2010) zum Professor mit Lehrstuhl für Kinderchirurgie, und 1977 folgten die Berufungen von Eckart Gottschalk zum Professor mit Lehrstuhl an die Medizinische Akademie Erfurt sowie von Herbert Schickedanz zum Professor mit Lehrstuhl an die Universität Jena. In den 1970er-Jahren entstanden 17 weitere kinderchirurgische Einheiten, womit die Forderung der Gesellschaft für Chirurgie auf der Berliner Konferenz erfüllt war: Endlich waren an allen Chirurgischen Universitäts- und Akademiekliniken und an allen Bezirkskrankenhäusern kinderchirurgische Fachabteilungen

errichtet, die von Fachkinderchirurgen geleitet wurden.

Parallel zur Kinderchirurgie entwickelte sich die Kinderanästhesie. Sie erst verschaffte dem „Neuland Kinderchirurgie“ endgültige Entfaltungsmöglichkeiten. Seit Beginn der 1960er-Jahre haben beide Entitäten eine gemeinsame Medizingeschichte. Auf Initiative von Krause war am 1. April 1969 in Berlin-Buch die erste Kinderintensivtherapiestation der DDR unter Leitung der Anästhesistin Ingeborg Schneider mit ihren beiden Mitarbeiterinnen Hannelore Dege und Ursula Bieniošek gegründet worden – nur 8 Tage später als die erste Einrichtung dieser Art in der Bundesrepublik an der Universität Mainz. Das Ministerium für Gesundheit hinkte diesen Initiativen gewaltig hinterher, erst 7 Jahre später wurde der Beschluss gefasst, „die medizinische Spezialbehandlung und -betreuung auf dem Gebiet der Intensivtherapie, ... der Kinderchirurgie durch Profilierung vorhandener Kapazitäten voranzutreiben.“¹⁹ Von 3 Klinikleitern wurde daraufhin ein Netz- und Strukturplan erstellt, der die Forderungen der Berliner Konferenz umsetzte und die flächendeckende kinderchirurgische Versorgung verwirklichte. Dazu beigetragen hat auch die von Anbeginn gepflegte interdisziplinäre Zusammenarbeit, besonders mit Pädiatern, die z. B. am 30. März 1981 zum Zentrum für Kindermedizin in Leipzig führte.

Facharztaus- und Weiterbildung

Seit 1955 war die Ausbildung zum Facharzt durch das Ministerium für Gesundheitswesen gesetzlich geregelt.²⁰ Facharztanwärter durchliefen eine einjährige Pflichtassistentenzeit, anschließend eine 5-jährige fachspezifische Ausbildung und erhielten auf Antrag, später erst nach bestandener Prüfung, die Fach-

arztanerkennung. Das galt für bereits etablierte Fächer; eine Kinderchirurgie war ja erst im Entstehen. Im Ausnahmeverfahren wurde den Chirurgen Krause und Meißner die Anerkennung als Facharzt für Kinderchirurgie erteilt, da sie in eigener Verantwortung die Kinderchirurgie in der DDR initiiert hatten und zur Ausbildung künftiger Kinderchirurgen die staatliche Legitimation benötigten, in Berlin ab 1958. Die 1966 verordnete facharztlose Zeit dauerte 8 Jahre. Durch die Berliner Konferenz 1968 bekräftigt, erhielt der Facharzt schließlich 6 Jahre später mit § 3 der Anordnung Nr. 1 vom 23. Mai 1974 über die Weiterbildung der Ärzte und Zahnärzte Gesetzeskraft. Seit 1974 oblag die Organisation der Facharztaus- und Weiterbildung der „Akademie für ärztliche Fortbildung der DDR“ mit Sitz in Berlin-Lichtenberg. Unmittelbar nach Wiedereinführung des Facharztes wurde hier die „Zentrale Fachkommission für Kinderchirurgie“ gebildet. Sie bestand aus dem Vorsitzenden Tischer (Greifswald) und den Mitgliedern Meißner (Leipzig), Krause und Gdanietz (beide Berlin-Buch), Isa Poppe (Rostock), Schickedanz (Jena), Gottschalk (Erfurt) und Winrich Mothes (Schwerin), dem späteren ersten Gesamtdeutschen Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (DGKCH). Am 13. Dezember 1974 fand die erste Facharztprüfung statt. Sie war notwendig, denn mehrere Ärzte warteten darauf, ihre Facharztanerkennung erwerben zu können. Die Weiterbildung erfolgte an ausgewählten Einrichtungen mit Voll- bzw. Teilberechtigung.

Zur Ausbildung gehörten Weiterbildungslehrgänge, die darauf abzielten, theoretisches und praktisches Wissen zu vertiefen. Die einwöchigen Lehrgänge fanden jährlich statt und wurden, der Weiterbildungszeit entsprechend, von jedem Facharztkandidaten durchlaufen. Die Themen waren so gewählt, dass der Teilnehmer annähernd den gesamten Stoff der Kinderchirurgie einmal hörte und ihm internationale Kenntnisse weitergegeben wurden. Die Teilnahme war kostenlos, es erfolgte eine Freistellung vom Klinikdienst; Übernachtungs- und Fahrtkosten wurden erstattet. Diese Lehrgänge rief Meißner ins Leben, der

¹⁸ Gdanietz K (1997) [wie Anm. 13].

¹⁹ Fischer E, Rohland L, Tutzke D (1979): Für das Wohl des Menschen Bd. II: Dokumente zur Gesundheitspolitik der Sozialistischen Einheitspartei Deutschlands, Berlin, S. 176.

²⁰ Schickedanz H (1982): Gegenwärtige und künftige Aspekte der Kinderchirurgie. In: Wissenschaftliche Zeitschrift der Friedrich Schiller Universität Jena, Math Nr R 31. Jg. H 3, S. 525–530.



Abb. 52 ◀ Vierte Tagung der Kinderchirurgen der DDR in der Kongresshalle am Berliner Alexanderplatz, September 1969. (© Kurt Gdanietz, mit freundl. Genehmigung)

erste fand vom 6. bis 11. Juni 1966 in Leipzig und in der Folge unter seiner Ägide bis 1986 ohne Unterbrechung statt. Nach seiner Emeritierung gingen 1987 Organisation und Leitung an Gdanietz (Berlin-Buch) mit Lehrstuhl an der Akademie.

Einen anderen Charakter der Weiterbildung hatte das von Meißner am 13. Dezember 1972 angeregte Konsultationstreffen. Auf ihm wurden schwierige oder schwer lösbare Fälle diskutiert. Das Treffen fand an wechselnden Orten einmal jährlich statt und wurde nach der politischen Wende 1989 von Gottschalk bis 1999 alle 2 Jahre in Erfurt fortgesetzt.

Kinderchirurgie ist Alterschirurgie, die sich den Lebensabschnitten anzupassen hat. Diagnostische Verfahren gleichen sich nicht immer, Operationstechniken variieren. Im „Neuland Kinderchirurgie“ gab es Probleme zu lösen, wofür AG gegründet wurden. Es gab eine AG, die sich mit Tumoren befasste, eine mit der Chirurgie des Harntrakts, der Kindertraumatologie, dem Hospitalismus und der Zukunft der Kinderchirurgie als AG Prognose. Die AG haben die Entwicklung vorangetrieben und waren eine Grundlage des fachlichen Fortschritts.

Gesellschaft für Kinderchirurgie der DDR 1985 – Ziel der Entwicklung

Am 26. Oktober 1982 beauftragten die Mitglieder den Vorstand der Sektion Kinderchirurgie, die Teil der Chirurgie war, einen Antrag auf Umwandlung der Sekti-

on in eine Gesellschaft zu stellen. Dieser wurde auf der Vorstandssitzung der Gesellschaft für Chirurgie am 31. Oktober 1983 vom Vorsitzenden der Sektion begründet. Nach eineinhalbstündiger Diskussion beendete zur Verblüffung aller der sich bis dahin zurückhaltende Vorsitzende der Chirurgischen Gesellschaft Prof. Dr. Dr. h.c. Helmut Wolff (Charité) die Debatte: „Nachdem wir die Begründung von Herrn Gdanietz gehört haben, sollten wir die Kinderchirurgie in die Selbständigkeit entlassen. Ich werde dem Präsidenten der Gesellschaft für Klinische Medizin unseren Beschluss mitteilen.“ Am 19. Oktober 1985 fand die Gründungsversammlung im Kongresszentrum des Berliner Palasthotels unter der Leitung von Schickedanz (Jena) statt. Meißner wurde erster Vorsitzender der Gesellschaft für Kinderchirurgie der DDR.

Wissenschaftliche Tätigkeit

Für die ersten 8 Jahre seit Gründung der DDR liegen nur wenige Publikationen vor. Erst im neunten Jahr fanden am 26. und 27. September 1958 ein kinderchirurgisches Symposium mit internationaler Beteiligung in Rostock statt, das vom Ordinarius der Chirurgischen Universitätsklinik, Walter Schmitt, organisiert und wissenschaftlich geleitet wurde. Die Grenzen zur Bundesrepublik und zu Berlin-West waren noch offen. Aus der Bundesrepublik haben u. a. Anton Oberniedermayr (München) und Rehbein (Bremen) teilgenommen, ferner Vertreter aus Schweden, England, Österreich, Ungarn,

Tschechoslowakei, Bulgarien. Es kamen 33 Vorträge zu Gehör, 13 aus der Bundesrepublik, 10 aus der DDR.²¹ Tagungen (Abb. 52), Symposien und Kongresse folgten.

An Universitäten und Akademien wurden Vorlesungen gehalten und Kurse durchgeführt. Krause führte die kinderchirurgische Vorlesungstätigkeit in der Berliner Charité ein. Innovationen in der Kindermedizin waren die „Fachschwester für Intensivmedizin im Kindesalter“, wofür Ausbildungsprogramme in Leipzig erarbeitet worden sind, und ambulante Operationen im Kindesalter, die ihren Anfang in der Kinderchirurgischen Klinik in Berlin-Buch 1966 nahmen. Während am 13. Januar 1979 auf der wissenschaftlichen Sitzung in Mainz noch über „Gesichtspunkte zum ambulanten Operieren“, zum „Stellenwert“, zu „denkbaren Indikationen“, zu „Schwerpunkten“ und zu anderen Themen vorgetragen und diskutiert wurden, konnte bereits über eine 13-jährige Erfahrung mit ambulanten Operationen durch Kinderchirurgen der DDR berichtet werden. Ärzte unterrichteten in Fachschulen und bildeten Operationsschwestern aus.

Resümee

Seit 1957/1958 gab es in Kreisen und Bezirken Kommissionen zur Bekämpfung der Säuglings- und Kindersterblichkeit. Betrug die Säuglingssterblichkeit bei Gründung der DDR 78,3 %, so lag sie 1989 bei 7,6 %.²² Daran hat auch die Kinderchirurgie mitgewirkt. Nicht immer war die Arbeit leicht, besonders infolge des Fortgangs von Ärzten und medizinischem Personal bei offenen Grenzen bis zum 13. August 1961. In der Frühe wusste man oft nicht, wer im Laufe des Tages noch kam. Atraumatisches Naht- und Einwegmaterial hätte den Kindern gutgetan; Ultraschallgeräte, CT und MRT waren

²¹ Schmitt W (1959): Kinderchirurgisches Symposium am 26./27.9.1958 in Rostock, Berlin.

²² Syllm-Rapoport I (1974): 25 Jahre Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit in der DDR – Ergebnisse und Aufgaben. In: Kinderärztliche Praxis 42, S. 433–438.

nicht überall verfügbar. Fachzeitschriften ausländischer Verlage konnten nur in umständlichen und zeitaufwendigen Verfahren über Bibliotheken ausgeliehen werden. Der Mangel traf auch das Gesundheitswesen, im Gegensatz zur Bundesrepublik, deren Wirtschaft sich schneller entwickelte, „bedingt durch geringere Reparationsleistungen und durch den Marshallplan, während der wirtschaftliche Neuaufbau in der DDR durch erhebliche Reparationsleistungen an die im Krieg schwer zerstörte Sowjetunion erschwert wurde.“²³ Doch hatte der Mangel nicht zu anderen Behandlungsergebnissen geführt als in Ländern mit freier Marktwirtschaft. Und eines war während der 34-jährigen kinderchirurgischen Tätigkeit in den 41 Jahren des zentral und straff organisierten Gesundheitswesens erreicht: die flächendeckende Versorgung der 15 Bezirke durch Kinderchirurgen. Dazu äußerte sich Hecker (München – Ehrenpräsident der DGKCH 2004–2008) 1997 Meißner gegenüber (Ehrenpräsident der DGKCH 1990–2004): „Die Entwicklung der Kinderchirurgie bei euch war viel zielstrebig, viel planmäßiger als bei uns. Bei euch war das so, wenn man die Administration überzeugt hat, dann haben die eine Verordnung erlassen, jeder Bezirk richtet eine kinderchirurgische Abteilung ein, und sie wurde eingerichtet!“²⁴

Nach der Wiedervereinigung Deutschlands trat die Gesellschaft für Kinderchirurgie der DDR am 17. November 1990 der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie bei.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. K. Gdanietz

Gudvanger Str. 21, 10439 Berlin, Deutschland
kurt.gdanietz@gmx.de

Kurt Gdanietz, Prof. Dr. med.; geb. 1928 in Danzig; 1950–1955 Medizinstudium an der Humboldt-Universität Berlin, Facharzt für Chirurgie und Kinderchirurgie, ehemaliger Direktor der Kinderchirurgischen Klinik im Klinikum Berlin-Buch.

²³ Werkentin F (2014): 1952 – Ein Schicksals- und Schlüsseljahr der DDR – Geschichte. In: Querschnitt einer Diktatur Die DDR 1952–1962–1972–1982. Landesbeauftragter für die Unterlagen des Staatssicherheitsdienstes der ehemaligen DDR Schriftenreihe 33, S. 6.

²⁴ Hecker WCh (1997): Interview. In: Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie – Mitteilungen, Heft 1–2. S 33.

Frank Höpner

Kinderchirurgie in der Bundesrepublik nach 1945

Kurt Gdanietz hat zu Beginn seines Beitrags über die Kinderchirurgie in der DDR bereits Allgemeines zur Entwicklung unseres Fachgebiets gesagt. Daher kann sich der Autor in seinem Bericht über die Aspekte in der Bundesrepublik auf folgende 3 einleitende Bemerkungen beschränken:

1. Mit der Frage, wer denn die Kinder operieren sollte, ging man früher durchaus unterschiedlich um. August von Hauner (1811–1884), Gründer des Dr. von Haunerschen Kinderspitals in München, operierte bis 1849 selbst: Abszesse, Hautaffektionen, inkarzerierte Leistenhernien, Hydrozelen und Nabelbrüche. Aus Hamburg und Köln wird Ähnliches berichtet. Die meisten Kinder aber wurden in der „vorkinderchirurgischen“ Zeit naturgemäß von Chirurgen operiert, entweder in chirurgischen Kliniken oder in einer Kinderklinik, in die ein Chirurg „abgestellt“ war oder in die ein Chirurg zum Operieren kam. Ottmar von Angerer (1850–1918), der chirurgischen Poliklinik zugehörig, hatte an der Dr. von Haunerschen Kinderklinik von 1886 bis 1891 eine chirurgische Oberarztstelle inne und stritt sich dort heftig mit dem Pädiater Ranke, der seinerseits Kinder in eine chirurgische Praxis überwies. Später geriet er mit seinem Nachfolger Wilhelm Herzog (1850–1931; Inhaber des ersten Extraordinariats für Kinderchirurgie 1910) in Konflikt, weil er trotz anderslautender Abmachung weiterhin Kinder in der chirurgischen Klinik operierte. Es hat einen gewissen Reiz, dass Dinge, die uns heute gelegentlich beschäftigen, unseren Altvorderen keineswegs fremd waren.
2. In Deutschland gab es zwar auch vor 1945 eine Reihe von kinderchirurgischen Abteilungen mit z. T. ehrwürdiger Geschichte. Bemühungen um eine Strukturierung, um wissenschaftliche Gesellschaften, um Kongresse und Tagungen oder um einen Facharzt für Kinderchirurgie fanden aber erst nach 1945 statt. Es fehlten Strukturen. Wer nun die voranstehende Darstellung von Gdanietz mit den vorliegenden Ausführungen vergleicht, wird feststellen, dass zeitgleich oder nur leicht zeitversoben in West und Ost im Prinzip dieselben Dinge abliefen. Denn die Zeit war reif dafür.
3. Für die DDR hat Gdanietz bereits 1997 eine umfassende Darstellung der Geschichte der Kinderchirurgie nach 1945 vorgelegt. Wolfgang Haße, der seit den Anfängen dabei war, hat dies 2013 für Westberlin getan. Die vorliegenden Ausführungen können zu einer Chronik für die Geschichte der Kinderchirurgie in der Bundesrepublik nach 1945 nur beitragen. Denn sie sind vom Erleben der beschriebenen Personen bestimmt, also subjektiv und keinesfalls vollständig.

Grenzen und Kinderchirurgen

Gdanietz hat das Treffen in Rostock 1958 erwähnt, an dem westdeutsche Kinderchirurgen noch teilnehmen konnten. Dann wurden die offiziellen Möglichkeiten immer geringer; die Mauer wurde gebaut. Einige Kinderchirurgen in der DDR erhielten den begehrten Reisekaderstatus und konnten noch ins kapitalistische Ausland fahren. Heute darf man sagen: Auf legale und auf illegale Weise gelang es den Kinderchirurgen in West- und Ostdeutschland nicht nur, per Post und Telefon in Verbindung zu bleiben, sondern auch gemeinsame Treffen zu organisieren und Literatur auszutauschen.

Da gab es schon mal einen im Kofferraum versteckten Kinderchirurgen und Märsche durch den verschneiten Wald über Österreichs Grenzen hinweg. Lange blieben Obergurgl in Österreich und Pécs, Budapest oder Szeged in Ungarn unsere Treffpunkte. Diejenigen, die ihre kinderchirurgische Karriere nur nach Westen ausrichteten, haben etwas versäumt.

Die „AG“ und Oberniedermayr

In der 1964 genehmigten Satzung der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie der Bundesrepublik lautet die Präambel: „Am 17. April 1963 wurde die Arbeitsgemeinschaft Deutscher Kinderchirurgen in der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie in eine selbstständige Gesellschaft umgewandelt.“ Das hatte eine Vorgeschichte. Am 21. September 1957 hatte Anton Oberniedermayr (1899–1986; [Abb. 53](#)), Leiter der Kinderchirurgie im Dr. von Haunerschen Kinderspital, zu einem „Treffen westdeutscher Kinderchirurgen“ eingeladen. Neben „OB“, wie er genannt wurde, waren Fritz Rehbein (1911–1991; [Abb. 54](#)), Waldemar C. Hecker (1922–2008) und Wolfgang A. Maier (1927–2011) dabei. Über alle wird noch zu reden sein. Es entstand die in der Präambel erwähnte „AG“, deren Mitglieder sich unter Leitung Oberniedermayrs in der Folge mehrmals trafen.

An verschiedenen Kinderkliniken und chirurgischen Kliniken etablierten sich mittlerweile kinderchirurgische Abteilungen, oft ohne offiziellen Charakter. Im Jahr 1963 landete Oberniedermayr auf der Präsidiumssitzung der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie einen Überraschungscoup und verkündete ohne jede vorherige Absprache mit Kollegen die Gründung einer selbstständigen Gesellschaft für Kinderchirurgie. Die

Literatur beim Verfasser

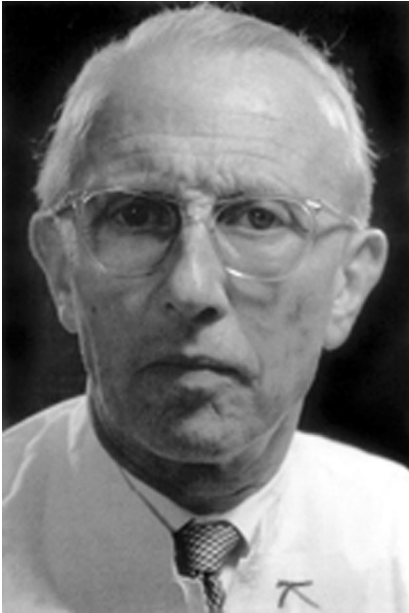


Abb. 53 ▲ Anton Oberniedermayr (1899–1986).
(© Frank Höpner, mit freundl. Genehmigung)

Verblüffung war so groß, dass sich kein Widerspruch regte.

Seitdem war „OB“ der Gründungspräsident. Erneut lud er nach München ein, und es kam zu der denkwürdigen Sitzung vom 3. April 1964, die Hecker laut einer Aufzeichnung als Gründungsversammlung der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie bezeichnete. „OB“ wollte, dass ein Vorsitzender durch Wahl bestimmt würde, und schlug den abwesenden Fritz Rehbein aus Bremen vor, der einstimmig gewählt wurde.

Ein Ausschuss hatte die erste Satzung – sie war von erfrischender Kürze – vorbereitet. Sie wurde einstimmig verabschiedet. In ihr ist festgehalten, die Verbindung zur Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und zur Deutschen Gesellschaft für Chirurgie pfleglich zu behandeln. Unterzeichnet ist sie neben den beiden Protagonisten Oberniedermayr und Rehbein auch von den späteren Präsidenten Singer (*1920) und Maier.

Anton Oberniedermayr, 1899 geboren, einer deutschnational gesonnenen Familie entstammend, war erst Assistenz-, dann Oberarzt von Richard Drachter (1883–1936) an der chirurgischen Abteilung des Dr. von Haunerschen Kinderspitals. Als Drachter an einer nicht-erkannten Appendicitis perforata starb,



Abb. 54 ▲ Fritz Rehbein (1911–1991). (© Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie Bremen, mit freundl. Genehmigung)

wurde OB sein Nachfolger. Er setzte sich stets für die gute Zusammenarbeit mit Kinderärzten und Chirurgen ein. Er realisierte seine Vorstellung von einer Kinderchirurgie mit breitem Spektrum, das auch die Kinderorthopädie umfasste.

Oberniedermayr wurde 1945 seines Amtes enthoben, weil er der Nationalsozialistischen Deutsche Arbeiterpartei (NSDAP) und verschiedenen NS-Organisationen angehört hatte. Von der Spruchkammer wurde er als Mitläufer eingestuft und zur Zahlung von 2000 Reichsmark Sühngeld verurteilt. Erst eine neue Untersuchung legt den Verdacht sehr nahe, dass er ebenso wie sein Kollege Alfred Wiskott (1898–1978) über die Tötungsanstalt Eglfing-Haar, wohin Kinder auch aus seiner Abteilung überwiesen wurden, Bescheid gewusst hat.

Im Jahr 1954 wurde er als Leiter der Kinderchirurgie der Dr. von Haunerschen Kinderklinik wieder eingesetzt. Er hat sich sehr um behinderte Kinder gekümmert und seine Klinik zu einem Zentrum der Hydrozephalus- und Spina-bifida-Chirurgie gemacht. Die Zerrissenheit seiner Generation kommt in zwei Auszeichnungen zum Ausdruck, die er erhielt: 1935 das Ehrenkreuz für Frontkämpfer und 1970 das Bundes-

verdienstkreuz 1. Klasse. Im Jahr 1959 hatte er eine a.o.-Professur, 1966 das persönliche Ordinariat für Kinderchirurgie erhalten.

Mitarbeiter haben ihn als äußerst korrekt, streng, distanziert, aber auch fürsorglich erlebt. Seine Autorität war unbestritten; undenkbar, dass er einen Kollegen geduzt hätte. Die Kinderchirurgen haben ihn 1967 zum ersten Ehrenpräsidenten ernannt und ihn mit der Oberniedermayr-Ehren-, später Gedächtnisvorlesung gewürdigt. Sie wurde ab 1999 nicht mehr fortgeführt, als die Diskussion um seine Person begonnen hatte. Anton Oberniedermayr emeritierte 1968 und starb 1986 in Starnberg.

Erster gewählter Präsident: Fritz Rehbein

Neben Stuttgart (1882), Köln (1883) und München (1886) gehörte auch Bremen zu den Städten im Westen Deutschlands, die bereits im späten 19. Jh. über kinderchirurgische Einrichtungen verfügten. Im Jahr 1882 wurde hier ein „chirurgischer Pavillon“ innerhalb der Kinderklinik erbaut. Die Operationen führten Ärzte der Chirurgischen Klinik aus. Weltgeltung erlangte die Kinderchirurgie in Bremen nach dem Zweiten Weltkrieg durch Fritz Rehbein, den ersten gewählten Präsidenten der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie nach dem Gründungspräsidenten Oberniedermayr. Oberniedermayr und Rehbein waren 2 völlig unterschiedliche Persönlichkeiten, die aber bewiesen, wie man loyal und in gegenseitigem Respekt gemeinsam ein Ziel, nämlich in Westdeutschland die Kinderchirurgie zu etablieren, erreichen kann.

Rehbein war 1946 in Göttingen Facharzt für Chirurgie und Orthopädie geworden, und sein Mentor, der Leiter der Göttinger Chirurgischen Klinik und ehemals überzeugte Nationalsozialist Rudolf Stich (1875–1960), hatte ihm die zu operierenden Kinder anvertraut.

Auch Rehbein war Mitglied der NSDAP gewesen, durfte aber nach dem Krieg in Göttingen ohne Unterbrechung weiterarbeiten, weil er sich offensichtlich nicht parteipolitisch betätigt hatte. Von 1951 bis 1976 leitete er die Kinderchir-



Abb. 55 ◀ Fritz Rehbein (3. von links) bei einer Operation. (© Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie Bremen, mit freundl. Genehmigung)

urgie in Bremen Mitte. Nach West und Ost knüpfte er ein – so würde man heute sagen – kinderchirurgisches Netz, und seine Klinik wurde ein Mekka für Kinderchirurgen aus aller Welt. Im Jahr 1964 gründete er zusammen mit Gerhard Joppich (1903–1992) und Karl-August Bushe (1921–1999) die *Zeitschrift für Kinderchirurgie und Grenzgebiete*, deren Schriftleitung er 1983 nach 19 Jahren an Alexander Holschneider weitergab. Zeichen internationaler Anerkennung war die Ausrichtung des Kongresses der „British Association of Paediatric Surgeons“ 1967 in Bremen, damals der Eliteclub der europäischen Kinderchirurgen. Die erste erfolgreiche Operation eines Kindes mit Ösophagusatresie in Deutschland ist ebenso mit seinem Namen verknüpft wie die Inauguration neuer Operationsmethoden, z. B. beim Megakolon.

Rehbein, geb. 1911 in Westuffeln bei Kassel, war bescheiden, nie laut. Die Zahl seiner Auszeichnungen zu nennen, würde den gegebenen Rahmen sprengen. Genannt sein sollen nur die Paracelsus-Medaille als höchste Auszeichnung der Deutschen Ärzteschaft (1978) und die Ehrenmedaille der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie (1976), die als höchste Ehrung unserer Gesellschaft 1992 in „Fritz-Rehbein-Ehrenmedaille“ umbenannt wurde. Rehbein ist der einzige deutsche Kinderchirurg, der die Ehrenmitgliedschaft der Deutschen Gesellschaft für Chirurgie erhielt. Er und Oberniedermayr waren die beiden Kinderchirurgen, die sich der Ehrenmit-

gliedschaft der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde erfreuen konnten.

Es gibt nichts, was Rehbeins Buch *Operationen im Kindesalter* (1976) gleichkommt. Wenn andere von einer Naht sprechen, beschreibt Rehbein die Art des Fadens, der Nadel, des Einstichs, des Ausstichs, des Knotens, wie dieser zu knüpfen und der Faden abzuschneiden ist (▣ **Abb. 55**). Wohl dem, der ein Exemplar des vergriffenen Buchs hat und auch weitergibt. Fritz Rehbein starb 1991 in Bremen.

Nachfolger

Rehbeins Nachfolger auf dem Präsidentenstuhl war von 1970 bis 1973 sein Schüler Werner Armin Herbert Axel von Ekesparre (1919–1998). Der pommerische Edelmann hatte zu festigen und zu institutionalisieren, was die beiden Überväter erdacht hatten. Das machte seine Amtszeit weniger spektakulär, aber nicht weniger erfolgreich. Von 1958 bis 1984 leitete er die Kinderchirurgie des Kinderkrankenhauses Walddörfer in Hamburg-Duvenstedt. Er war der Philosoph unter den Präsidenten. Sein 1981 in Warschau auf dem Kinderchirurgenkongress gehaltener Vortrag „Die Zeit – der Raum in dem wir leben“ hätte wohl auch auf einer Tagung von Geisteswissenschaftlern bestanden.

Im Jahr 1972 hielten die Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde und die Deutsche Gesellschaft für Kinderchirurgie ihren gemeinsamen Jahreskongress in Bad Pyrmont ab. Bis auf eine Stallwache musste sich die Mannschaft der



Abb. 56 ▲ Waldemar Hecker (1922–2008). (© Frank Höpner, mit freundl. Genehmigung)

Dr. von Haunerschen Kinderchirurgie, soweit die bzw. der Einzelne stimmfähig war, auf den Weg machen: Es stand die Wahl an, und Hecker (▣ **Abb. 56**) hatte beschlossen, Präsident der Gesellschaft zu werden. Er wurde es. Hecker, erster Inhaber eines ordentlichen Ordinariats für Kinderchirurgie in Westdeutschland, war unermüdlich in Sachen Standespolitik für die Kinderchirurgie tätig. Er verfolgte seit Langem einen Plan. Der Facharzt für Kinderchirurgie musste geschaffen werden. Bisher war nur der Erwerb einer Zusatzbezeichnung „Kinderchirurgie“ zum Facharzt für Chirurgie möglich. Den Marsch durch die Institutionen hatte er schon früh begonnen, und nach wenigen Jahren war er Delegierter beim Deutschen Ärztetag. Er blieb es über fast zwei Jahrzehnte. Unermüdlich war er dabei, die Weichen für den Facharzt für Kinderchirurgie zu stellen, und 1992 erfolgte der entsprechende Beschluss.

Selbst kein Forscher, hat Hecker gleichwohl die AG „Kinderchirurgische Forschung“ initiiert und die Reihe *Progress in Pediatric Surgery* mitbegründet.

Was sich Hecker vorgenommen hatte, setzte er, meist mit Erfolg, durch. „Ihre Bemühungen interessieren mich nicht, mich interessiert nur Ihr Erfolg“, war einer seiner gefürchteten Sprüche. Um Ziele zu erreichen, schloss der Taktiker alle möglichen Allianzen. Er war oft unbeherrscht und auch nicht immer



Abb. 57 ◀ Präsidenten im Hörsaal (1971): Andreas Flach, Anton Oberniedermayr (1. Reihe v. links) Heinz Singer, Wolfgang Maier (2. Reihe v. links). Dazwischen Ilse Coerd und Theodor Hockerts. (© Frank Höpner, mit freundl. Genehmigung)

gerecht, griff sogar, wie weiland Sauerbruch, in Familienplanungen ein, wenn er das für nötig erachtete. Mit Klaus Hermann Betke, dem pädiatrischen Partner, der ihm die vollständige Selbstständigkeit beschafft hatte, gab es keinerlei Dissonanzen. Betke, von sanfter und dennoch konsequenter Autorität, nie laut werdend, Heckers chirurgische Kompetenz bewundernd, wusste ihn zu nehmen, und Hecker wusste es zu danken. Dem Autor ist wichtig, hinzuzufügen: Hecker war morgens der Erste in seiner Klinik und abends der Letzte. Er kannte jedes Kind. Jeden schwierigen Fall, wenn er innerhalb seines Vermögens lag, machte er zur Chefsache. Er gab den Vertretern der Teilgebiete Selbstständigkeit. Er nahm von den Reichen viel und operierte andere umsonst. Er führte zum Unwillen anderer Ordinarien als Erster ein Pool-System ein, das die Mitarbeiter an den Erlösen beteiligte. Dass er nach dem Tod von Fritz Meißner 2004 Ehrenpräsident der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie wurde, bezeichnete er als einen der Höhepunkte seines Lebens. Schwach und hilflos geworden, musste er in den letzten Lebensjahren erkennen, dass bis auf wenige Ausnahmen seine vermeintlichen Freundschaften Zweckbündnisse gewesen waren. Er vereinsamte; wenige kümmerten sich um ihn. Hecker, der so viel für die Kinderchirurgie getan hatte, starb am 27. Mai 2008.

So wie auf Rehbein mit von Eke-sparre ein Mann folgte, der stabilisierte und bewahrte, folgte auf den Himmels-

stürmer Hecker der zurückhaltende, aber dennoch bestimmte Heinz Singer (geb. 1920; **Abb. 57**). Er war erster Sekretär der Gesellschaft gewesen, hatte also stille Kärnerarbeit geleistet. Als Präsident (1976–1979) dachte er weit über den Tellerrand hinaus. Er war Schriftführer und Vorstandsmitglied der Arbeitsgemeinschaft der Wissenschaftlichen Medizinischen Fachgesellschaften e. V. (AWMF), war im Gründerkreis der Internationalen Gesellschaft der Urologen und anderer fachübergreifender Institutionen. Mit seiner Mitgliedschaft im Arbeitskreis „Ärzte-Juristen“ betrat er für die Kinderchirurgen Neuland.

Singer war von 1965 bis 1982 Leiter der Kinderchirurgie in München Schwabing. Er folgte Helmut Simon, der 1963 mit zwei Zimmern in der Chirurgischen Abteilung begonnen hatte und 1964 gestorben war.

Singers Nachfolger war von 1979 bis 1983 der ehemals erste Facharzt für Anästhesie Schleswig-Holsteins, Andreas Flach (1921–2006; **Abb. 57**), der bei Max Grob in Zürich das Fach gelernt und dann in Tübingen eine kinderchirurgische Abteilung aufgebaut hatte. Die Übernahme des neu geschaffenen Lehrstuhls für Kinderchirurgie in Tübingen 1966 verstand Flach weniger als Anerkennung für sich selbst als vielmehr für das von ihm vertretene Fachgebiet. Als Präsident war ihm stets die Pflege der Kinderchirurgie als akademisches Fach wichtig. Ohne die Partnerschaft mit den Kinderärzten zu vernachlässigen,

lag ihm die Zusammenarbeit mit den Chirurgen besonders am Herzen. Eine Ausbildung zum Kinderchirurgen, ohne die Chirurgie am Erwachsenen gelernt zu haben, hielt er für falsch.

Der Bayer würde sagen, Flach war ein „Grantler“; aber dahinter verbarg sich ein großes Herz v. a. für die Kinder und ihre Eltern, aber auch für die Mitarbeiter. Flach starb nach schwerer Krankheit am 30. Oktober 2006. Kurz zuvor war er noch mit der höchsten Ehrung, die die deutsche Kinderchirurgie zu vergeben hat, der Fritz-Rehbein-Medaille, ausgezeichnet worden.

Auf Flach folgte Wolfgang A. Maier (1927–2011; **Abb. 57**). Von 1983 bis 1987 war er Präsident der Fachgesellschaft. Die Verbindung mit den Freunden und Kollegen in der DDR war ihm stets ein wichtiges Thema. Er reiste gerne und schuf Verbindungen in zahlreiche Länder. Das führte 1992 zur Präsidentschaft des Weltverbandes der Kinderchirurgen. Dem von ihm mitgegründeten, damals noch eigenständigen Berufsverband – später schloss man sich den Chirurgen an – stand er jahrelang vor. Auf seine charmante Weise erreichte er viel. Die Kinderchirurgie des Stadtklinikums Karlsruhe, als deren Geburtsjahr 1920 gilt, hat er von 1964 bis 1992 geleitet. Seine besondere Fürsorge galt behinderten Kindern. In München waren es die Opfer der Contergankatastrophe, in Karlsruhe die Kinder mit Spina bifida und Hydrozephalus.

Der geprüfte Skilehrer, parkettsichere Charmeur, umsichtige Schlichter bei Differenzen innerhalb der Gesellschaft, erfolgreiche Präsident, glänzende Redner und Schreiber, der begnadete Stehgreifdichter starb am 26. Januar 2011.

Hier endet unsere Chronik vorläufig, denn in die Amtszeit des nächsten Präsidenten, Roland Daum (1929–2009), fällt die Wiedervereinigung auch der Kinderchirurgen am 17. November 1990. Nicht mehr getrennt in Bundesrepublik und DDR wird sie eine gemeinsame Fortsetzung zu finden.

Resümee und Ausblick

Die anfängliche Bemerkung, in den beiden deutschen Staaten sei die Entwick-

lung im Prinzip gleich abgelaufen, bedarf einer Ergänzung. Nie hat es in der Bundesrepublik im Gegensatz zur DDR eine Weisung von oben gegeben, kinderchirurgische Abteilungen einzurichten, was dort die flächendeckende Versorgung sehr begünstigt hat. So war man hier, noch mehr als dort, neben der Initiative Einzelner auf Partnerschaften angewiesen. Dabei zeigte sich, dass die Partnerschaft mit der Kinderheilkunde für die Kinderchirurgie von existenzieller Bedeutung war und ist.

Neben der für bestimmte Behandlungen notwendigen Zentralisierung und den heute so wichtigen Maßnahmen der Qualitätssicherung und den Fragen der Ausbildung bleibt die noch unbefriedigende Flächendeckung eine zentrale Aufgabe. Dabei spielen die niedergelassenen Kinderchirurginnen und Kinderchirurgen, von denen bisher nicht die Rede war, eine erhebliche Rolle. Niederlassungen von Ärzten, die sich ausschließlich der Chirurgie am Kind widmeten, hat es schon Ende des 19. Jh.s gegeben. In München bestanden 1960 drei kinderchirurgische Praxen. Heute zählt der Berufsverband der niedergelassenen Kinderchirurgen 85 Praxen. Vierzehn weitere, die mit chirurgischen Praxen liiert sind, kommen hinzu. Von manchen Klinikleitern wurden die Niederlassungen lange kritisch beäugt. Das ist vorbei; Zusammenarbeit ist gefragt.

Es gibt heute 84 kinderchirurgische Abteilungen und zusätzlich 64 klinische kinderchirurgische Einheiten unterschiedlicher Größe. Die Kinderchirurgie ist 32-mal an Universitäten vertreten, 16-mal in Form von C4-, C3-, W3- oder W2-Professuren. Die Leitung ist 48-mal Frauen anvertraut bei einem weiblichen Mitgliederanteil von 37 %. Es wird Zeit für eine Präsidentin. Die Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin macht es uns nach 64 Männern gerade vor.

Die Entwicklung der Kinderchirurgie wird weitergehen. In erster Linie mit unserem Partner Kinderheilkunde, aber auch mit unserem Partner Chirurgie. Kinderheilkunde mit chirurgischen Mitteln zu betreiben, ist weiter das Ziel.

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. F. Höpner

Reismühlerstr. 41, 82131 Gauting, Deutschland

Frank Höpner, Prof. Dr. med.; geb. 1939 in Pirna bei Dresden; Abitur 1958 am Humanistischen Gymnasium in Aschaffenburg; 1958–1961 Studium der evangelischen Theologie und Germanistik in Heidelberg, 1961–1966 Studium der Medizin in Heidelberg und München, 1967 Promotion am Max-Planck-Institut für Medizinische Forschung in Heidelberg, 1967–1970 am Marienstift Braunschweig und der Evangelischen Kinderklinik Lippstadt, 1970–1982 am Dr. von Hauner'schen Kinderspital München; Habilitation; 1982–2004 Leitung der Kinderchirurgie München-Schwabing.

Laura Hottenrott

Lebenswege

Sonderakten des Geschlossenen Jugendwerkhofs Torgau (1964–1989) und Rolle der Medizin in der DDR-Heimerziehung

Fürsorgediskurs

Die Heimerziehung gilt in der neueren sozialgeschichtlichen Forschung als ein Paradebeispiel der Sozialdisziplinierung.¹ Dabei waren es v. a. unter dem Sammelbegriff der „Verwahrlosung“ subsumierbare Verhaltensweisen von Jugendlichen, die seit 1876 die Anordnung von „Zwangserziehung“ begründeten und den Diskurs um „Devianz“ und „Schwererziehbarkeit“ bis weit in die zweite Hälfte des 20. Jh.s hinein charakterisierten.² Spezialdiskurse der Sozialpolitik, der Pädagogik, der Psychiatrie und der Justiz bestimmten die Fürsorgepraxis und insbesondere die Heimerziehung. Lehrer und Jugendfürsorger, Ärzte und Heimerzieher übersetzten diese in den Alltag und griffen dadurch „erheblich und mit nachhaltigen Folgen in das Leben von Familien und Individuen“ ein.³ Dabei fanden „Sozialpolitik, Fürsorgeerziehung und deren besonderes Instrument der Heimerziehung ... vorwiegend gegenüber denjenigen statt, die als ‚sozial schwach‘, ‚materiell arm‘ und/oder ‚kulturell benachteiligt‘ galten.“⁴ Gleichzeitig variierte der Refe-

renzrahmen für die Legitimierung der Eingriffe und wurde von den vorherrschenden politischen Ideologien und Programmen bestimmt.⁵

Geschlossener Jugendwerkhof Torgau im DDR-Heimsystem

In der DDR waren die Jugendhilfe und die Heimerziehung nach sowjetischem Vorbild dem Ministerium für Volksbildung unterstellt. Lediglich die Säuglingsheime und die Einrichtungen für „bildungsunfähige schwachsinnige“ Kinder unterstanden dem Ministerium für Gesundheitswesen.⁶ In den Jugendhilfeheimen richtete sich die Erziehung an denselben staatlichen Vorgaben aus, die auch für allgemeinbildende Schulen galten. Höchstes Ziel war die Erziehung zur „sozialistischen Persönlichkeit“,⁷ die zugleich als Bezugsgröße für die Normierung abweichenden Verhaltens diente.

Die Heimerziehung orientierte sich am Konzept der „Kollektiverziehung“, das der sowjetische Pädagoge Anton Semjonowitsch Makarenko (1888–1939) entwickelt hatte. Bereits in der Heimerverordnung von 1951 wurde dieses als grundlegendes Prinzip der Heimerziehung verankert.⁸

Die Heime der Jugendhilfe gliederten sich in Normalkinderheime, Jugendwohnheime für „elternlose“ und „erziehungsgefährdete“ sowie Spezialheime für „schwer erziehbare“ Minderjährige. Neben durchschnittlich etwa 30.000 Heimplätzen in Normalkinderheimen gab es rund 7000 Plätze in Spezialheimen der Jugendhilfe. Das Gesundheitswesen verfügte 1989 dagegen nur über etwa 5000 Heimplätze.⁹

In den Spezialheimen der Jugendhilfe sollten „fehlentwickelte“ Kinder und Jugendliche umerzogen werden.¹⁰ Dazu zählten die Spezialkinderheime für Kinder und Jugendliche von der 1. bis zur 10. Klasse, die Jugendwerkhöfe für jugendliche Schulabgänger, die Aufnahmeheime, die Durchgangsheime der Bezirke, die Sonderheime für „stark

⁵ Ebd.S. 13.

⁶ Bundesarchiv (BArch) DR 2/60997: Erste Durchführungsbestimmung zur Verordnung über Heimerziehung von Kindern und Jugendlichen, 27. November 1951, darin wurde zwischen „bildungsfähigen schwachsinnigen“ (Volksbildung) und „bildungsunfähigen schwachsinnigen“ (Gesundheitswesen) Minderjährigen unterschieden. Vgl. dazu Barsch S (2007): Geistig behinderte Menschen in der DDR. Erziehung – Bildung – Betreuung. Lehren und Lernen mit behinderten Menschen, Bd 12, Oberhausen.

⁷ Die „allseitig entwickelte sozialistische Persönlichkeit“ sollte sich durch „revolutionäres Kämpfertum, durch hohes sozialistisches Bewußtsein, durch die volle Entfaltung ihrer produktiven und intellektuellen, ihrer sozialen, politischen und moralischen, ihrer künstlerischen und physischen Beziehungen und Betätigungsweisen und durch eine dadurch mögliche Individualität“ auszeichnen. Zitiert nach Laabs, H-J u. a. (Hg.): Pädagogisches Wörterbuch, Berlin 1987, S. 18 f.

⁸ Wapler F (2012): Rechtsfragen der Heimerziehung in der DDR, Expertise 1. In: Der Beauftragte der Bundesregierung für die neuen Bundesländer (Hg.): Aufarbeitung der Heimerziehung in der DDR. Die Expertisen, Berlin März, S. 5–123 (83).

⁹ Krause, H-U (2004): Fazit einer Utopie. Heimerziehung in der DDR – eine Rekonstruktion, Freiburg im Breisgau, S. 157.

¹⁰ „Die Pädagogen der Spezialheime haben das humanistische Anliegen in den Mittelpunkt ihrer Arbeit zu rücken, alle Minderjährigen, die sich fehlentwickeln umzuerziehen“, BArch DR 2/28162, Zusammenfassung der Ergebnisse eines Seminars der Zentralstelle Spezialheime über die Fehlentwicklung Minderjähriger, Tagungs-Protokoll am 25.2.1965.

¹ Frings B, Kaminsky U (2012): Gehorsam – Ordnung – Religion. Konfessionelle Heimerziehung 1945–1975, Münster, S. 4.

² Korzilius S (2005): „Asoziale“ und „Parasiten“ im Recht der SBZ/DDR: Randgruppen im Sozialismus zwischen Repression und Ausgrenzung. In: Diestelkamp B, Eckert, J u. a. (Hg.): Arbeiten zur Geschichte des Rechts, Bd 4, Köln, S. 33; vgl. auch Eilert J (2012): Psychologie der Menschenrechte. Menschenrechtsverletzungen im deutschen Heimsystem 1945 bis 1973, Göttingen, S. 44.

³ Sieder R, Smioski A (2012): Gewalt gegen Kinder in Erziehungsheimen der Stadt Wien. Endbericht, im Auftrag der Stadt Wien, Wien 2012, S. 12.

⁴ Ebd.



Abb. 58 ▲ Geschlossener Jugendwerkhof Torgau, Verwaltungsgebäude mit Schleusungsbereich, um 1978. Das Foto hat die Untersuchungskommission während der Begehung des GJWH im Jahr 1990 zusammen mit weiteren Fotos im Spind eines Erziehers gefunden. Die Aufnahmen stammen vermutlich aus den 1970er Jahren (anhand von Kleidung, Frisuren und Wachhütten auf der Mauer ermittelt). Es sind die einzigen Fotos, die den Originalzustand des GJWH dokumentieren. (© Archiv Dokumentations- und InformationszentrumTorgau, mit freundl. Genehmigung)

verhaltensauffällige“ Minderjährige und der Geschlossene Jugendwerkhof Torgau (GJWH Torgau, [Abb. 58](#)) als Disziplinareinrichtung.

Der GJWH Torgau war als Einrichtung für „Dauerausreißer“ konzipiert. Im Jahr 1964 nahm er in einem fluchtsicheren Gebäude, das 1901 als Militärarrestanstalt errichtet worden war und nach Gründung der DDR als Jugendgefängnis gedient hatte, seinen Betrieb auf. Bis zu seiner Auflösung im November 1989 durchliefen 4000 Jugendliche im Alter von 14 bis 18 Jahren den GJWH Torgau, nicht wenige von ihnen mehrmals.¹¹

Mit seiner Schleuse, der hohen Mauer und vergitterten Fenstern glichen Gebäude und innere Struktur einer Haftanstalt. Eingewiesen wurden jedoch keine verurteilten Straftäter, sondern Jugendliche, die gegen die Regelkataloge in anderen Spezialheimen der DDR-Jugendhilfe verstoßen oder sich dort auf sonstige Weise unangepasst verhalten hatten. Die Direktoren der Spezialheime beantragten ihre Verlegung nach Torgau direkt beim Ministerium für Volksbildung, dem der GJWH Torgau unmittelbar unterstellt war. Für die Aufnahme der Jugendlichen genügte die ministerielle Zustimmung;

¹¹ Insgesamt sind 4058 Einweisungen zwischen Gründung und Auflösung im Belegungsbuch verzeichnet, allerdings sind Zweit- und Dritteinweisungen mitgezählt.

einer richterlichen Verfügung bedurfte es nicht.¹² Die Unterbringung war auf sechs Monate begrenzt, wobei der Zeitpunkt der Entlassung im Ermessen der Heimleitung lag und vom Verhalten der Jugendlichen abhängig gemacht wurde.

Eine Einweisung nach Torgau war bewusst als „schockartige Unterbrechung des Lebensweges“ angelegt.¹³ Mit seinen lediglich 60 Plätzen (40 Jungen, 20 Mädchen) diente der GJWH Torgau zugleich der Abschreckung: Eine drohende Einweisung wirkte als erzieherisches Druckmittel in allen anderen Spezialheimen fort. In seiner speziellen Funktion als Disziplinareinrichtung galt der GJWH Torgau – etwa vergleichbar mit dem Erzie-

¹² Die Zustimmung konnte formlos, auch telefonisch erfolgen, vgl. Formblätter Sonderakten GJWH, Archiv der Gedenkstätte GJWH Torgau.

¹³ BArch DR 2/23477/Kopie Archiv Gedenkstätte GJWH Torgau: Schreiben der Zentralstelle für Spezialheime an die Ministerin der Justiz Dr. Hilde Benjamin am 11.5.1964: „Die Erfahrung besagt, daß es eine Kategorie von Jugendlichen gibt, bei denen es auf eine schockartige Unterbrechung ihres Lebensweges und nicht auf den zwangsweisen Neubeginn ankommt...“

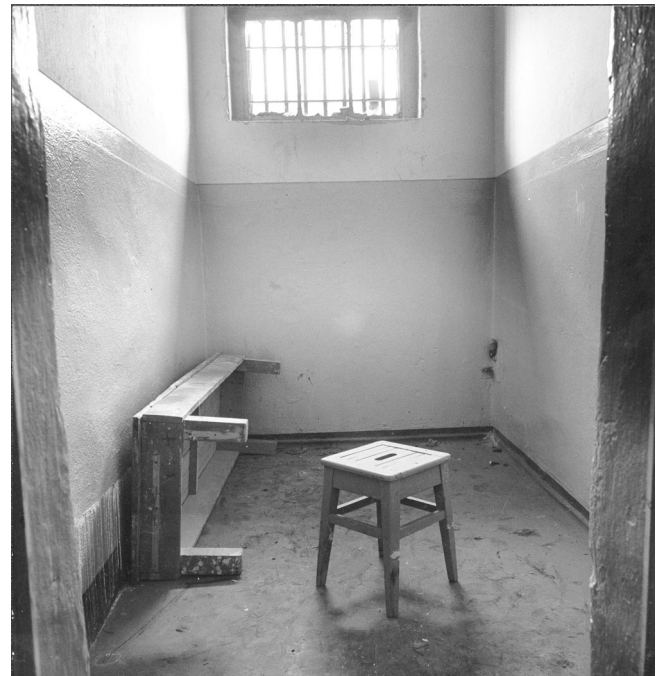


Abb. 59 ▲ Arrestzelle des Geschlossenen Jugendwerkhof Torgau, 1990. Während der Begehung der Untersuchungskommission 1990 dokumentierte die Fotografin Erdmute Bräunlich u. a. eine Einzelarrestzelle im GJWH. (Gabriele Beyler, Vorstandsvorsitzende Initiativegruppe GJWH Torgau e. V., © Stiftung Fotoarchiv Erdmute Bräunlich, mit freundl. Genehmigung)

hungsheim Freistatt¹⁴ in der Bundesrepublik – als „Endstation“ im DDR-Erziehungssystem.

DDR-Heimerziehung – medizinische Aspekte

Die bisherige Forschung zur DDR-Heimerziehung fokussierte überwiegend die politische Grundausrichtung der Erziehungstheorie und -praxis in den Heimen der Jugendhilfe. Als letzte Etappe im Umerziehungsprozess wurde v. a. der rigide Alltag in den Spezialheimen beleuchtet ([Abb. 59](#)). Dabei ging es insbesondere um die Frage nach systembedingter, struktureller und institutioneller Gewalt. Die repressiven Strukturen der DDR-Heimerziehung können deshalb mittlerweile als vergleichsweise umfassend erforscht gelten.¹⁵ Auch die alltäglichen Abläufe, die Lebensbedingungen, die materielle Versorgung und Ausstattung der Heime wurden

¹⁴ Aktuell besonders bekannt geworden durch den gleichnamigen Kinofilm „Freistatt“ von Marc Brummund, Deutschland 2015.

im Zuge exemplarischer Regionalstudien detailliert untersucht,¹⁶ Aspekte der medizinischen Versorgung blieben dabei allerdings weitgehend unbeachtet. Und auch über die Heime des Gesundheitswesens wissen wir vergleichsweise wenig. Punktuell aufgegriffen wurde die Frage nach der Verabreichung von Psychopharmaka in Jugendhilfeheimen; systematische Untersuchungen folgten jedoch bislang nicht.¹⁷ Einflussbereiche und Handlungsfelder der Medizin in der Heimerziehung waren allerdings vielschichtig und wurden bestimmt von Entwicklungen in angrenzenden Feldern (Kinder- und Jugendpsychiatrie, Rehabilitationspädagogik und Pädiatrie).¹⁸ Dies zeigt sich beispielsweise bei den Erklärungsmustern für „normabweichendes Verhalten“: Erscheinungsformen der „Verwahrlosung“ oder „Schwererziehbarkeit“ wurden offiziell als „dem Sozialismus wesensfremd“ deklariert und galten zunächst als „Relikt der bürgerlichen Gesellschaft“ („Rudimentthese“), später als Folge „westlicher Einflüsse“

¹⁵ Vgl. zum Forschungsstand Laudien K, Sachse C (2012): Erziehungsvorstellungen in der Heimerziehung der DDR. In: Beauftragter der Bundesregierung für die neuen Bundesländer (Hg.): Aufarbeitung der Heimerziehung in der DDR. Expertise 2, Berlin, S. 224–297.

¹⁶ Vgl. zu den Lebensbedingungen der Kinder in Heimen der DDR-Jugendhilfe insbesondere Sachse C, (2010): Der letzte Schliff. Jugendhilfe im Dienst der Disziplinierung von Kindern und Jugendlichen (1945–1989), Schwerin; ders. (2013): Ziel Umerziehung. Spezialheime der DDR-Jugendhilfe 1945–1989 in Sachsen, Leipzig, S. 59 ff.

¹⁷ Laudien K, Sachse C, (2012) [wie Anm. 15], S. 248 ff; Hottenrott L (2012): „Roter Stern – Wir folgen deiner Spur“. Umerziehung im Kombinat der Sonderheime für Psychodiagnostik und pädagogisch-psychologische Therapie (1964–1987). Eine Bestandsaufnahme. In: Initiativgruppe Geschlossener Jugendwerkhof Torgau e. V., Torgau, S. 21 ff.

¹⁸ Die bisherigen Monographien behandeln überwiegend die Zeit bis zum Mauerbau. Vgl. zur Kinder- und Jugendpsychiatrie Castell R et al. (2003): Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland in den Jahren 1937 bis 1961, Göttingen; vgl. auch zu den Entwicklungen in der psychiatrisch-pädagogischen Ausrichtung des Erziehungshilfesystems der DDR Methner A (2014): Die Wurzeln des DDR-Erziehungshilfesystems unter besonderer Berücksichtigung des Zeitraums 1945–1952, Berlin.

(„Infiltrationsthese“). Diese Erklärungsmuster wurden bis zum Mauerfall gepflegt, allerdings bald durch medizinische Erklärungsansätze ergänzt.¹⁹ In den Jugendhilfeakten wird häufig eine „frühkindliche Hirnschädigung“ als Ursache einer Fehlentwicklung genannt. Anfang der 1950er-Jahre erschienen europaweit zahlreiche Publikationen zum Psychosyndrom nach leichtem frühkindlichem Hirnschaden in Ost und West.²⁰ Für die DDR waren insbesondere die Arbeiten von Gerhard Göllnitz (1920–2003) einschlägig, der 1958 in Rostock den ersten Lehrstuhl für Kinder- und Jugendneuropsychiatrie in der DDR erhielt.²¹ Wissenschaftlich befasste er sich v. a. mit der Bedeutung der frühkindlichen Hirnschädigung in der Kinderpsychiatrie. Sein Konzept der „minimalen cerebralen Dysfunktion“ (MCD) wies in der Symptomatik deutliche Übereinstimmungen mit Erscheinungsformen auf, die auch der „Schwererziehbarkeit“ zugeschrieben wurden.²²

Die Zusammenarbeit zwischen den Ministerien für Volksbildung und für Gesundheitswesen bei der Betreuung von psychisch entwicklungsgestörten Kindern und Jugendlichen wurde u. a. durch das Gesetz über das einheitliche sozialistische Bildungssystem vom 25. Februar 1965 geregelt: „Das Ministerium für Volksbildung gewährleistet in Zusammenarbeit mit dem Ministerium für Gesundheitswesen die Bildung und Erziehung der physisch bzw. psychisch Geschädigten. Dazu gehört u. a. eine systematische Früherfassung der Geschädigten.“ Seit Ende der 1960er-Jahre erfolgte der DDR-weite Ausbau „der ambulanten psychiatrischen Betreuung

¹⁹ Korzilius S (2005) [wie Anm. 2], S. 329 ff.

²⁰ Neumärker K-J (2007): Struktur und Funktion. Die Rolle des Nervensystems in der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie. In: Kinze, Wolfram (Hg.), Entwicklungslinien in der Kinder- und Jugendpsychiatrie, Schriftenreihe zur Medizingeschichte, Bd. 14, Berlin-Brandenburg, S. 67–82 (77).

²¹ Göllnitz G (1981): Stand und Entwicklung der Kinderneuropsychiatrie. In: Psychiat. Neurol. Med. Psychol., Leipzig 33, 10, S. 606–609 (606).

²² Neumärker K-J (2007) [wie Anm. 20], S. 78; vgl. auch Castell R (2003) [wie Anm. 18], S. 126 ff.

zur Prophylaxe, Diagnostik, Therapie, Rehabilitation und Nachsorge psychisch entwicklungsgestörter Kinder und Jugendlicher“, der bereits in den 1950er-Jahren angeordnet worden war.²³ Die Leitung der Einrichtungen auf Kreisebene lag jeweils bei einem Kinderneuropsychiater. Die Überweisung erfolgte nach Kriterien, die sich gleichfalls in den Jugendhilfeakten widerspiegeln. Erfasst und betreut wurden u. a. „Kinder mit dem Verdacht auf eine Hirnschädigung im Säuglings-, Kleinkind-, Vorschulalter“, „Schulkinder mit Verhaltensstörungen und Leistungsminderungen bei Verdacht auf eine hirnorganische Ätiologie“, ferner „suizidgefährdete, Kinder mit dem Verdacht der Entwicklung eines epileptischen Anfallsleidens.“ Da es sich aus Sicht der Ärzte um Kinder mit „Verwahrlosungstendenzen und Kriminalitätsgefährdung“ bzw. um Kinder aus „sozial insuffizienten Familien“ handelte, bestand eine enge Zusammenarbeit mit dem Referat Jugendhilfe.²⁴

Parallel zu dieser Entwicklung kam Kritik an der schulpolitischen Festlegung der „Bildungsunfähigkeit“ auf. Rehabilitationspädagogische Programme für „bildungsunfähige, aber förderfähige“ Kinder und Jugendliche wurden auf den Weg gebracht. Für die rehabilitative Bildung gab es zunächst Kompetenzstreitigkeiten zwischen dem Ministerium für Volksbildung und dem Ministerium für Gesundheitswesen.²⁵ Ein Ministerratsbeschluss von 1969 über die „Maßnahmen zur Förderung, Beschulung und Betreuung geschädigter Kinder und Jugendlicher sowie psychisch behinderter Erwachsener“ führte zum Auf- und Ausbau eines Systems rehabilitationspädagogischer

²³ „Anordnung über die Durchführung der psychiatrischen Betreuung von Kindern und Jugendlichen“ vom 15. Mai 1954. Entsprechend der prophylaktischen Grundausrichtung des DDR-Gesundheitswesens sah die Anordnung eine Erfassung und ambulante Betreuung „psychisch fehlentwickelter“ Kinder und Jugendlicher in jedem Kreis der DDR vor, vgl. dazu Barsch S (2007) [wie Anm. 6], S. 154 ff.

²⁴ Jun G (1979): Erfahrungen der Dispensaire-Betreuung in der Kinder- und Jugendneuropsychiatrie. In: Zeitschrift für die gesamte Hygiene, 25 (1979), Heft 6, S. 476–480 (478).

²⁵ Vgl. auch Sachse C (2013) [wie Anm. 16], S. 107.

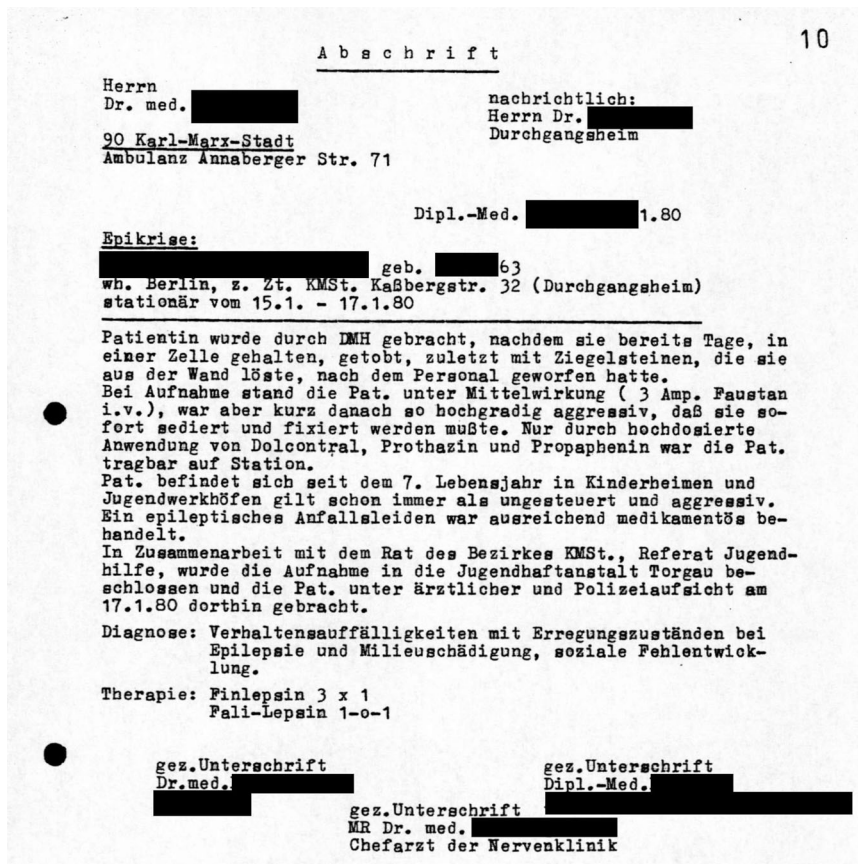


Abb. 60 ▲ Exemplarisch: Epikrise, medikamentöse Behandlung und Heimstationen einer Jugendlichen im GJWH Torgau, 29. Januar 1980. (© Bundesarchiv, mit freundl. Genehmigung)

gischer Förderstätten im Gesundheits- und Sozialwesen.²⁶ Dazu gehörten Tagesstätten, rehabilitationspädagogische Wochen- und Dauerheime sowie rehabilitationspädagogische Abteilungen an Fachkrankenhäusern für Neurologie und Psychiatrie.²⁷

Weg durch die Heime – Sonderakten des GJWH Torgau

Das Zusammenwirken von Jugendhilfe und Medizin zeigt sich auf der Mikroebene der Heimakten. Die ab 1970/1971 regelhaft angelegten Sonderakten des GJWH Torgau liefern nicht nur einen tiefen Einblick in die Einweisungspraxis der DDR-Jugendhilfe, sondern spiegeln neben dem sozialdisziplinierenden Zugriff auch die Rolle der Medizin in der Heimerziehung wider. Pädagogische und medizinische Sammelbegriffe („verwahrlost“, „schwer erziehbar“, „schwachsinnig“, „hirngeschädigt“), die eine Heimeinweisung begründen konnten, brachten immer auch Unschärfen hervor, die sich auf die Lebenswege der Kinder auswirkten: Viele Jugendliche im GJWH Torgau hatten zuvor über Jahre zahlreiche Heime und Einrichtungen der Volksbildung und des Gesundheitswesens durchlaufen. Mitbestimmend blieben in der Einweisungspraxis nicht

zuletzt die Kapazitäten vorhandener Einrichtungen, sodass es immer wieder auch zu Auseinandersetzungen über Zuständigkeiten zwischen Volksbildung und Gesundheitswesen kam.²⁸ Die Bedeutung medizinischer Aspekte in der Heimkarriere wird im Folgenden an 2 Einzelfällen aufgezeigt.

Kinder und Jugendliche, die sich aus Sicht von Eltern, Lehrern, Ärzten oder Heimerziehern besonders auffällig verhielten, wurden häufig vor einer Heimeinweisung oder Verlegung in einer kinderpsychiatrischen Einrichtung stationär untersucht. Im Jahr 1976 hielt sich die damals 13-jährige Sandra (Name geändert) aus dem Spezialkinderheim Halle-Kröllwitz für mehrere Monate zur stationären Diagnostik in der kinderneuropsychiatrischen Aufnahmestation im Bezirkskrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Eberswalde auf. In der dort verfassten Epikrise (Abb. 60) hieß es: „Sandra ist ein einfach debiles, hirngeschädigtes Mädchen aus sehr ungünstigen sozialen Verhältnissen. ... Ihre größte Schwäche ist ihre Unbeherrschtheit. Deshalb und wegen ihres Schwachsinnns, kommt sie schnell in Situationen, in denen sie nicht durchsieht, sodass sie sich angegriffen fühlt und dann ... mit starkem Affekt reagiert. Es ist in solchen Situationen völlig falsch, streng und hart auf sie zu reagieren ... Sie leidet darunter, dass sie kein Zuhause hat.“²⁹ Auf Empfehlung des Ärztlichen Direktors in Eberswalde erfolgte anschließend ihre Einweisung in das Spezialkinderheim Stolpe, wo sie weitere zwei Jahre blieb. Nach kurzzeitiger Entlassung wurde erneut Heimerziehung angeordnet, dieses Mal im Jugendwerkhof Gebesee. Von Gebesee aus erfolgte 1979 ihre Einweisung in den GJWH Torgau, in den sie bis 1981 noch zwei weitere Male aufgenommen wurde. Insgesamt verbrachte sie 16 Monate in Torgau. Sie erhielt laut Sonderakte Prothazin® (Promethazin) und Tisercin® (Levomepromazin). Das Krankenblatt in ihrer Son-

²⁶ Becker K-P, Große K-D (2007): 60 Jahre Pädagogik für Behinderte. An der Humboldt-Universität zu Berlin. Ein geschichtlicher Abriss, Münster, S. 56.

²⁷ Eßbach S und Autorenkollektiv (1981): Ein Kind kann keine Schule besuchen – hat es überhaupt eine Entwicklungschance? Eine Information zur Bildung und Erziehung schulisch nicht mehr bildbarer, rehabilitationspädagogisch jedoch noch förderungsfähiger hirngeschädigter Kinder, Berlin, S. 44 f; Poore C (2007): Disability in the Twentieth-Century German Culture, Ann Arbor, S. 258ff.

²⁸ Sachse C (2013) [wie Anm. 16], S. 107.

²⁹ Archiv Gedenkstätte GJWH Torgau – Sammlungsbestand Sonderakten/Kopie BArch DR 203: Bericht Bezirkskrankenhaus für Psychiatrie und Neurologie Eberswalde an Spezialkinderheim Stolpe, 1976.

[REDACTED]

Medikamentöse Behandlung==

8.7.75	3x 25mg Sonapax
B. 8.11.78	3x7 Tropfen Haloperidol 2x1 Norakin
B. 5.12.79	3x1 Prothazin 3x1 Propaphenin 1x1 Radedorm abends
28.11.80	3x2 Melleril
11.6.82	2x5 Tropfen Aolept
27.9.83	Aolept
19.3.84	8-8-10 Aolept 2-2-2 Prothazin
lt. Antrag auf Verlegung 1985	Prothazin Propaphenin Aolept

Weiterbetreuung dch. Kreispsychiater, Dr. med. [REDACTED]

medikamentöse Einstellung vor Einweisung in den
geschlossenen Jugendwerkhof Torgau: (14.10.86)

Propaphenin : 2 / 2 / 2

Abb. 61 ▲ Medikamentöse Einstellung eines Jugendlichen vor seiner Einweisung in den GJWH Torgau, 1986. (© Archiv Gedenkstätte GJWH Torgau, mit freundl. Genehmigung)

derakte enthält genaue Angaben zur Verordnung und zur Dosierung der Medikamente. Dazu hieß es, dass sie sich „bei mehrmaliger Einnahme zeitweilig ruhig“ verhielt. Die Erzieher in Torgau isolierten das Mädchen dennoch mehrmals im Arrest: 3 Tage „wegen Störung des Gruppenablaufs“, 5 Tage „wegen Verstoßes gegen den Arbeitsschutz im Wiederholungsfall“, 4 Tage wegen „Medikamentenmissbrauch“. Sie hatte offenbar ihre Tabletten nicht genommen.³⁰

Der 1970 geborene Andreas (Name geändert) verbrachte seine ersten drei Lebensjahre in einer Wochenkrippe, kam anschließend in den Kindergarten und in den Schulhort. Im Vorschulalter

wurde der Junge laut Akte zu Hause misshandelt. Seine Einschulung erfolgte ein Jahr verspätet. Aufgrund seines „auffälligen Verhaltens“ wurde er ein Jahr später zur stationären Diagnostik in das „Kombinat der Sonderheime für Psychodiagnostik und pädagogisch-psychologische Therapie“³¹ eingewiesen, nachdem er zuvor schon in der psychiatrischen Klinik Berlin-Buch begutachtet worden war. Im Jahr 1982 verlegte ihn die Jugendhilfe in ein Spezialkinderheim für Hilfsschüler. Wegen „Unbeherrschtheit, Hang zur Pyromanie, Diebstählen

³¹ Das Kombinat der Sonderheime war ebenfalls 1964 als zentrale Einrichtung der Volksbildung für Kinder und Jugendliche mit starken Verhaltensstörungen eingerichtet worden. Es bestand aus vier Heimen und einem Aufnahmeheim in Berlin.

und Verhaltensauffälligkeiten“ folgten bald seine Ausschulung und Einweisung in den Jugendwerkhof Hennickendorf, einen Jugendwerkhof mit Hilfsschule. Hier wurde er in eine JWH-eigene Werkstatt integriert. Weil er mehrmals von dort flüchtete, wurde er in den GJWH Torgau verlegt. Dort blieb er über 3 Monate, wurde anschließend wieder zurückverlegt und schließlich ins Elternhaus entlassen. Er erhielt laut Akte das Neuroleptikum Sinophenin® (*Promazin*) und das Antiepileptikum Finlepsi® (*Carbamazepin*). In einem Gutachten in der Sonderakte hieß es, dass es sich „bei dem Jugendlichen um ein Zustandsbild nach frühkindlicher Hirnschädigung bei Verdacht auf Entwicklung eines epileptischen Anfallleidens“ handele und deshalb „eine medikamentöse Einstellung mit Antiepileptika“ erfolgt sei.³² Im GJWH Torgau erhielt er keine Medikamente. Die Begründung dafür lautete, dass die im „Jugendwerkhof [Hennickendorf] geschilderten Verhaltensweisen ... im Jugendwerkhof Torgau nur sehr gedämpft“ aufgetreten wären und der Junge „... im wesentlichen unauffällig“ gewesen sei. Dazu hieß es weiter, „daß ihm auf Grund des hier [in Torgau] herrschenden strengen inneren Regime auch oft die Entscheidung, ob er gewillt [sei], die Norm einzuhalten oder nicht, abgenommen“ worden wäre.³³ Eine medizinische Begründung für das Absetzen der Medikamente findet sich nicht. Das erwähnte „innere Regime“ in Torgau spiegelt sich ausgesprochen zynisch in den Meldungen der Erzieher wider: Der Jugendliche „... macht keinen guten Eindruck. Wimmert herum und geht einem auf die Nerven“, hieß es da beispielsweise. Wegen „Störungen des Produktionsablaufs“ erhielt er eine Arreststrafe. Der Erzieher vermerkte dazu: „Bei der Arrestierung machte er ‚ein Faß auf‘.“³⁴

Die Auswertung einer größeren Stichprobe überlieferter Sonderakten ergab für den Zeitraum von 1970 bis 1989

³² BArch DR 203 Sonderakten GJWH Torgau: Pädagogisch-psychologisches Gutachten, 1986.

³³ Ebd.

³⁴ Archiv Gedenkstätte GJWH Torgau; BArch DR 203 Sonderakten GJWH.

³⁰ Archiv der Gedenkstätte GJWH Torgau – Sammlungsbestand Sonderakten (Kopie BArch DR 203).

zahlreiche vergleichbare Fälle (Abb. 60 und 61).³⁵ Der langjährige Leiter des GJWH, Horst Kretzschmar (1938–1989), beklagte Ende der 1970er-Jahre die Einweisung von „verhaltensgestörten Jugendlichen“, die „im Gruppenprozess keinerlei Einordnungsbereitschaft“ zeigten, „sich gegen jegliche disziplinarische Forderung“ sperrten, ferner durch „unmotivierter Tobsuchtsanfälle [und] totale Ausfälle des Risikogefühls Jugendliche und Erwachsene“ gefährdeten und „selbst suizidgefährdet“ waren. Die Störungen beschrieb Kretzschmar als „psychologisch nicht erfassbar“.³⁶ In einer Arbeitsgruppe mit 2 weiteren Erziehern entwarf er eine pädagogische Konzeption zur Arbeit mit verhaltensgestörten Jugendlichen, die ihre Unterbringung in geschützten Unterkünften und Werkstätten vorsah. Sie sollten außerdem von der Gruppe isoliert, aber keinesfalls mehr arretiert werden.³⁷ Die Konzeption wurde bis zur Auflösung des GJWH Torgau nicht umgesetzt.

Ende des GJWH Torgau

Im November 1989 veranlasste das Ministerium für Volksbildung telefonisch und ohne Angabe von Gründen die Auflösung des GJWH Torgau; eine schriftliche Anweisung erfolgte nicht.³⁸ Die Insassen wurden in ihre Stammju-

gendwerkhöfe verlegt; der letzte Jugendliche verließ den GJWH Torgau am 17. November 1989.³⁹ Nach Aussagen damaliger Erzieherinnen folgten unmittelbar Umbaumaßnahmen: Gitter und Sichtblenden an den Fenstern wurden entfernt, die alten Gefängnistüren ausgewechselt.⁴⁰ Auf Drängen örtlicher Repräsentanten der Bürgerbewegung konstituierte sich im August 1990 aus Mitgliedern des Kreistags und der Stadtverordnetenversammlung Torgau sowie Vertretern von Schule, Polizei und Kinder- und Jugendpsychiatrie ein unabhängiger Untersuchungsausschuss zum GJWH Torgau. Der Abschlussbericht bewertete die Erziehungspraxis im GJWH Torgau als schweren Verstoß gegen die Menschenrechte, da „aus dem Selbstverständnis sozialistischer Pädagogik heraus Umerziehung und politisch-ideologische Indoktrination als geeignete Mittel der Erziehung“ gegolten hätten, um faktisch besonders fürsorgebedürftige Jugendliche einer Gesellschaft zu disziplinieren und zu unterdrücken. Den Jungen und Mädchen sei eine angemessene psychologische Betreuung und Sozialfürsorge verweigert worden, den Pädagogen und Erziehern habe es an einer entsprechenden Spezialausbildung gefehlt.⁴¹

Heute steht der GJWH Torgau symbolisch für die repressive Seite des DDR-Erziehungssystems. Darüber hinaus spiegelt er als Erziehungsort gewissermaßen zeitlos die Grenzen der Sozialdisziplinierung wider.⁴²

Korrespondenzadresse

L. Hottenrott

Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin
Thielallee 71, 14195 Berlin, Deutschland
laura.hottenrott@charite.de

Laura Hottenrott, M.A., Historikerin in Berlin, wissenschaftliche Mitarbeiterin am Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin, Charité, Forschungs-, Ausstellungs- und Zeitzeugenprojekte zur NS- und DDR-Geschichte, u. a. Koautorin der Dauerausstellung der Gedenkstätte GJWH Torgau, zuletzt wissenschaftliche Mitarbeiterin im Forschungsprojekt „Klinische Arzneimittelforschung in der DDR, 1961–1989“, promoviert zum Thema DDR-Heimerziehung, speziell zum GJWH Torgau sowie dem Zusammenwirken von Jugendhilfe und Psychiatrie.

³⁵ Ebd.

³⁶ BArch DR 2/12295 Bd. 2 v. 2: Schreiben Horst Kretzschmar an Ministerium für Volksbildung, 4.12.1978.

³⁷ BArch DR 2/12295 Bd. 2 v. 2: Entwurf einer pädagogischen Konzeption zur Arbeit mit verhaltensgestörten Jugendlichen, GJWH Torgau, etwa 1978; vgl. auch erste Ansätze therapeutischer Maßnahmen in: Zimmermann V (2005): Den neuen Menschen schaffen. Die Umerziehung von schwererziehbaren und straffälligen Jugendlichen in der DDR (1945–1990), Köln, Weimar, Wien, S. 234–237.

³⁸ Dienstakte 7916-23/3-1, Abschlußbericht des LKA Sachsen zur Problematik des „Geschlossenen Jugendwerkhofs Torgau ...“ Juni 1996, S. 14, S. 28/29. In: Wiedorn, H (2002): Stellung und Aufgaben des Geschlossenen Jugendwerkhofs Torgau, Bundesarchiv Berlin, S. o. A.

³⁹ Hottenrott L (2013): „Ich will als Mensch entlassen werden“. In: DAMALS 7/2013, S. 45 f (46).

⁴⁰ Archiv Gedenkstätte GJWH Torgau (1990): Abschlußbericht des unabhängigen Untersuchungsausschusses zu Vorgängen im ehemaligen Geschlossenen Jugendwerkhof Torgau, S. 9f.

⁴¹ Ebd.

⁴² Vgl. Gatzemann A (2009): Der Jugendwerkhof Torgau. Das Ende der Erziehung. In: Voigt, Dieter (Hg.), Studien zur DDR-Gesellschaft, Bd 11, Berlin, S. 165 ff.

Querelle de compétence

Verhältnis von Kinder- und Jugendpsychiatrie und Pädiatrie in der Nachkriegszeit

Ich weiß, Sie sind kein Freund der bösen Kinder- und Jugendpsychiater. Aber ich glaube, wir haben sehr viele Berührungspunkte, die es uns ermöglichen würden, uns gelegentlich zusammenzufinden. Als alter Pfaundler-Schüler stehe ich der Pädiatrie innerlich sehr nahe und würde gerne mich einmal mit Ihnen unterhalten, zumal es uns ja sr. Zt nicht gelungen ist, Sie hierher zu bekommen. ... [Ich bin] seit Jahrzehnten kinder- und jugendpsychiatrisch tätig, immer neben der allg. Psychiatrie und Neurologie und immer mit Blick auf Vererbung, Konstitution und Erziehung (das letztere im Anschluss an unsere grossen Pädagogen), ... (Werner Villingner am 18. August 1959 an Werner Catel)¹

Dem Schreiben des Marburger Kinder- und Jugendpsychiaters Werner Villingner (1887–1961) an den Kieler Ordinarius für Pädiatrie Werner Catel (1894–1981) sind hinsichtlich der Frage nach dem Verhältnis beider Disziplinen nach 1945 folgende Anhaltspunkte zu entnehmen: 1. Die Beziehung zwischen beiden Fächern entwickelte sich offenbar nicht konfliktfrei; ursächlich dafür waren Kompetenzstreitigkeiten über die professionelle Zuständigkeit für das „Grenzobjekt“ des kranken und normabweichenden Kindes. 2. Villingner umriss mit den genannten wissenschaftlichen Schwerpunkten „Vererbung, Konstitution und Erziehung“ ein fortgesetzt eugenisch begründetes Profil der Kinder- und Jugendpsychiatrie, das im Kern auch wei-

terhin einen „Minderwertigkeitsgedanken“ enthielt.² 3. Das Schreiben führt uns zudem personelle Nachwirkungen der NS-Zeit vor Augen: Catels Berufung auf den Marburger Lehrstuhl für Pädiatrie war 1950 vom Hessischen Kultusministerium wegen seiner Verantwortlichkeit im NS-Kindertötungsprogramm abgelehnt worden,³ und für Villingner ist die gutachterliche Beteiligung an der Tötung von Psychiatriepatienten im Rahmen der sog. Euthanasie-Aktion „T4“ dokumentiert. Zwar konnte Villingner 1953 als Vorsitzender der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater (GDNP) noch unwidersprochen behaupten, diese Fachgesellschaft habe „stets und eindeutig“ die NS-Euthanasie abgelehnt.⁴ Doch 1960 wurden die Justizbehörden auf ihn aufmerksam, woraufhin es zu Anhörungen kam. Im Jahr darauf verunglückte er nahe Innsbruck tödlich. Bergungsglück oder Suizid? Die Frage wurde schon damals in Kollegenkreisen aufgeworfen und blieb seitdem unbeantwortet.

² Holtkamp M (2002): Werner Villingner (1887–1961). Die Kontinuität des Minderwertigkeitsgedankens in der Sozial- und Jugendpsychiatrie, Husum.

³ Grundmann K (2006): „Vergangenheitsbewältigung“ nach dem 2. Weltkrieg – zur Berufungspraxis an der Marburger Medizinischen Fakultät. Werner Catel als Bewerber um den Marburger Lehrstuhl für Kinderheilkunde. In: Benno Hafener, Wolfram Schäfer (Hg.), Marburg in den Nachkriegsjahren, 3. Entwicklungen in Politik, Kultur und Architektur, Marburg, S. 47–68.

⁴ Topp S (2013): Geschichte als Argument in der Nachkriegsmedizin. Formen der Vergewärtigung der nationalsozialistischen Euthanasie zwischen Politisierung und Historiographie, Göttingen; Schmuhl H-W (2016): Die Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater im Nationalsozialismus, Berlin u. a.

Die Kinder- und Jugendpsychiatrie erlebte jedenfalls nach 1945 einen bemerkenswerten Aufschwung. Unter maßgeblicher Beteiligung Villingners als Marburger Ordinarius für Psychiatrie und Neurologie wurde eine neue Fachgesellschaft (1950), die Deutsche Vereinigung für Jugendpsychiatrie (DVJ) gegründet. Ein bundesweit erstes Extraordinariat für Kinder- und Jugendpsychiatrie (1954 Villingners Mitarbeiter Hermann Stutte, 1909–1982, Ordinariat 1963) wurde eingerichtet und ein wissenschaftliches Periodikum, das *Jahrbuch für Jugendpsychiatrie und ihre Grenzgebiete*, herausgegeben. Zudem gelang es, den durch Nationalsozialismus (NS) und Krieg verloren gegangenen Anschluss an die internationale „scientific community“ wiederherzustellen. Dabei vollzogen sich diese Professionalisierungs- und Institutionalisierungsschritte⁵ unter fachlich-verbandsorganisatorischer Ablösung von den beiden „Mutterwissenschaften“ (Stutte, 1982)⁶ Pädiatrie und Psychiatrie/Neurologie.

Der vorliegende Beitrag geht der Frage nach, wie sich im Detail dieser historische Prozess bezüglich der genannten Bezugssysteme gestaltete. Zwei Jahrestagungen der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde (DGfK) unter Einbin-

⁵ Fangerau H, Imhof C (2015): Medizinische Spezialisierung. Wege der Urologie in beiden deutschen Staaten und die Gründung der Deutschen Gesellschaft für Urologie der DDR. In: Halling T, Moll F, Fangerau H (Hg.): Urologie 1945–1990. Entwicklung und Vernetzung der Medizin in beiden deutschen Staaten, Berlin u. a., S. 21–34.

⁶ Stutte H (1982): Die fachgeschichtliche Bedeutung des 1. Kinderpsychiatrie-Kongresses 1937 in Paris. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie 10, S. 275–285.

¹ Villingner an Catel, 18.8.1959, Archiv der DGfK im Universitätsarchiv der Humboldt-Universität Berlin, Nachlass Catel, Karton VIII, Briefwechsel Buchstabe A–Z. Unterstreichungen im Original, Urheber nicht sicher.

derung kinder- und jugendpsychiatrisch arbeitender Kollegen, die in den 1950er-Jahren stattfanden, dienen als Beispiel: die Kongresse 1950 in Lübeck (Vorsitz: Erich Rominger, 1886–1967) sowie 1954 in Essen (Vorsitz: Otto Bossert, 1887–1968). Hiervon ausgehend wird die Entwicklung bis in die 1960er-Jahre nachgezeichnet.

Erster Versuch der Annäherung

DGfK-Tagung in Lübeck 1950

Hinsichtlich der Motive für einen intensiveren wissenschaftlichen Austausch zeigt sich beim ersten Treffen in der gemeinsamen Sektion „Psychopathologie des Kindesalters“, anlässlich der 50. Jahrestagung der Kinderärzte in Lübeck im Juni 1950, bereits jenes Muster, das sich auch 4 Jahre später in Essen wiederfinden lässt: Beide „Seiten“ hatten das Interesse, mit solch einer Sektion das jeweils eigene Profil zu stärken. Seitens der DGfK konnte mithilfe neuester Forschungsbeiträge der eigene Kompetenzanspruch bezüglich Minderjähriger mit psychischen Störungen bekräftigt werden. Für die teilnehmenden Kinder- und Jugendpsychiatern bot sich die Gelegenheit, eine breitere wissenschaftliche Öffentlichkeit zu erreichen. Die ausgewachsene Verbandsstruktur der weitaus älteren (1883) und größeren DGfK (1950: 888 Mitglieder; 1954: 1432 Mitglieder)⁷ erschien hierfür besonders geeignet, während die DVJ 1954 erst 103 Mitglieder zählte.

Das Programm zeugt davon, dass Zahl und Auswahl der Vorträge nahezu paritätisch unter beiden Fachvertretergruppen aufgeteilt wurden. Die 2 Hauptvorträge übernahmen der Frankfurter (a. M.) Ordinarius für Pädiatrie Bernhard de Rudder (1894–1962) sowie Villinger. Ersterem als Repräsentanten der einladenden Fachgesellschaft kam die Eröffnung unter dem Titel der gemeinsamen Sektion zu. Villinger gab einen Überblick über „Abnorme seelische Reaktionen im Kindesalter“ (Untertitel der Druckfassung:

„Zum Problem Psychopathie – Neuropathie – Neurose“). Darin brachte er ein mediatorisches Moment ein, wie es uns auch in seinem Schreiben an Catel begegnet. Strategisch vermittelnd formulierte er: „1. Ohne Psychologie des Kindesalters keine Kinderpsychiatrie: aber wir meinen: auch keine Pädiatrie. ... 2. Ohne Pädiatrie keine Kinderpsychiatrie. ... Die Erfüllung dieser Forderung ... ist nur möglich durch eine enge und verständnisvolle Zusammenarbeit von Pädiatrie und Psychiatrie. Wir bedürfen dringend der gegenseitigen Hilfe und Ergänzung.“⁸

Der Eröffnungsrede des DGfK-Tagungspräsidenten Rominger sind dagegen Hinweise zum Selbstverständnis der Pädiatrie zu entnehmen. Der Feststellung, dass die Kinderheilkunde eines der 4 klinischen Hauptfächer sei, folgte die Erläuterung, dass sie „die oft geforderte und viel im Munde geführte Ganzheitsbetrachtung immer als selbstverständlich geübt hat und Spaltungen etwa in somatische und psychosomatische Kreise bei uns nicht aktuell sind ...“ Bezüglich schwer erziehbarer Kinder hätten die Eltern „ein Recht zu fordern, daß der erfahrene Fachkinderarzt zugezogen wird.“ Unter Verweis auf die fortschrittliche Versorgungsstruktur in den USA formulierte er: „Nach unseren modernen Erfahrungen und Anschauungen genügt es nicht mehr, die pädagogische und ärztliche Betreuung unserer Kinder allein solchen Personen anzuvertrauen, die gewissermaßen im Blitzkurs in der Kinder-Psychologie, der Kinder-Psychiatrie und der Kinderheilkunde nur oberflächlich ausgebildet sind.“ Und: Allein in den „Kinderanstalten wird der Kinderarzt die erste wichtige Untersuchung durchführen und entscheiden, ob das Kind gesund oder krank ist, und wird die Rücküberweisung an den Pädagogen, eine Erziehungsanstalt, ein Landschulheim oder an den Kinder-Psychiater vornehmen.“⁹

⁸ Villinger W (1951): Abnorme seelische Reaktionen im Kindesalter. (Zum Problem Psychopathie, Neuropathie, Neurose). In: Monatsschrift für Kinderheilkunde 99, 3, S. 93–102, teilweise zit. in Castell R, Nedoschill J, Rupp M, Bussiek D (2003): Geschichte der Kinder- und Jugendpsychiatrie in Deutschland in den Jahren 1937 bis 1961, Göttingen.

Wie die kleine Delegation um Villinger die Ereignisse in Lübeck untereinander bewertete, wissen wir nicht. In der Nachlese der Lübecker Sektion hielt Moritz Tramer (1882–1963) aus Bern, Nestor der europäischen Kinderpsychiatrie, allerdings fest: „Die Pädiater blieben überwiegend bei der Bezeichnung Psychopathologie und scheinen meist noch die Kinderpsychiatrie zu scheuen. ... Die Kinderpsychiatrie findet ... bei den deutschen Pädiatern und anscheinend auch den österreichischen [gemeint war der Wiener Pädiater und Förderer der Heilpädagogik Hans Asperger (1906–1980); Anm. d. Verf.] nicht die volle Anerkennung als Sondergebiet der Medizin im Gegensatz zu ihren Fachkollegen in zahlreichen anderen Ländern. Das haben wir zur Kenntnis zu nehmen.“ Dennoch werde, so Tramer, die Kinderpsychiatrie „zeigen, daß ihre Selbstständigkeit vollauf begründet ist.“¹⁰ Nur knapp 2 Wochen nach der Lübecker Tagung wurde die nächste Stufe der Etablierung der bundesdeutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie eingeleitet.

Deutsche Vereinigung für Jugendpsychiatrie

Und: strategischer Brückenschlag zur Pädiatrie (C.-G. Bennholdt-Thomsen)

Die DVJ kann als *Ausgründung* aus dem Interessenverband der Erwachsenenpsychiatern (GDNP) gedeutet werden. Die Pädiatrie spielte dabei zunächst eine unbedeutende Rolle. Im Rahmen der dritten GDNP-Nachkriegstagung in Göttingen brachte Villinger den Antrag ein, einen Arbeitskreis „Jugendpsychiatrie“ einzurichten,¹¹ der am 23. September 1949 in der Sitzung des erweiterten Vorstands der GDNP gebilligt wurde.¹²

⁹ Rominger E (1951): Eröffnungsansprache. Verhandlungen der 50. ordentlichen Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde in Lübeck 1950. In: Monatsschrift für Kinderheilkunde 99, 1, S. 1–5.

¹⁰ Castell Ret al. (2003) [wie Anm. 8], S. 89.

¹¹ Ehrhardt H (1972): 130 Jahre Deutsche Gesellschaft für Psychiatrie und Nervenheilkunde, Wiesbaden, S. 18.

⁷ Historische Kommission der DGfKJ (Hg.) (2008): 125 Jahre Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e. V. 1883–2008. Jubiläumspublikation der DGfKJ, Berlin.

Zeitgleich kam am Rande dieser Veranstaltung ein Treffen von Gleichgesinnten in der Privatwohnung des Göttinger Landesjugendheimleiters Walter Gerson (1899–1971) zustande.¹³ Im kleinen Kreis in der Göttinger Bürgerstr. 25 wurde der Schritt einer Fachgesellschaftsgründung in den Blick genommen. Wenn auch die Gästerunde im Hause Gerson noch unbekannt ist, so ist doch anzunehmen, dass sie sich im Wesentlichen mit dem Personenkreis deckte, der im darauffolgenden Jahr in Marburg die Gründung der Fachgesellschaft vollzog. Das Protokoll vom 21. und 22. Oktober 1950 weist ein „Jugendpsychiater-Treffen“ mit 19 Teilnehmern (sowie 6 zeitweiligen wissenschaftlichen Gästen aus der Marburger Klinik) unter Villingers Leitung aus. Laut Mitschrift sollte der Verband „Gesellschaft für Jugendpsychiatrie, Heilpädagogik und Jugendpsychologie“ genannt werden.¹⁴ Wie der Titelentwurf erkennen lässt, war zu diesem Zeitpunkt ein ausgeprägter programmatischer Rückbezug zur 1940 in Wien unter Paul Schröder (Leipzig, 1873–1941) gegründeten Vorläuferorganisation, der „Deutschen Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik“ (DGKH), im Gespräch.¹⁵ Dazu hieß es in der Selbsthistorisierung Stuttes aus dem Jahr 1982 unter Vernachlässigung der tatsächlichen Ereignisabfolge: „Als sie [die DGKH; Anm. der Verf.] sich 1950 unter W. VILLINGER wieder formierte, geschah dies – ohne Liaison mit der inzwischen ebenfalls weitgehend universitär verselbständigten Heilpädagogik – als ‚Deutsche Vereinigung für Jugendpsychiatrie‘. (Die Weglassung der Kinderpsychiatrie im Titel war ein Ent-

gegenkommen gegenüber den pädiatrischen [Wieder-]Gründungsmitgliedern.)“¹⁶

Sollte hierin ein wahrer Kern enthalten sein, kann er sich nur auf eine Person auf der Marburger Gründungsmitgliederliste bezogen haben. Denn neben Villingers eigenen – übrigens nur 2 je vierteljährigen – pädiatrischen Weiterbildungen 1922/1923 in München bei Karl Seitz und Meinhard von Pfaundler,¹⁷ hatte nur Anna Leiter (1901–1990, wahrscheinlich Gründungsmitglied DGKH 1940) zusätzlich zum Facharzt für Psychiatrie und Neurologie auch einen Titel für Kinderheilkunde vorzuweisen. Ihr Name findet sich denn auch in der DGfK-Mitgliederliste von 1949 bis 1954. Daneben wird nur noch Franz Günther von Stockert (1899–1967) ab 1948/1949 als Mitglied der DGfK aufgeführt, obwohl ein pädiatrischer Facharztstitel für ihn nicht belegt ist.¹⁸ Der ebenfalls in Marburg anwesende Berliner Jugendpsychiater Gerhard Kujath (1908–1978) erlangte die Facharztanerkennung für Pädiatrie erst 1958.¹⁹

Am 26. September 1951, wiederum im organisatorischen Rahmen einer GDNP-Jahrestagung (Stuttgart), verabschiedete die Mitgliederversammlung unter Villinger im Stuttgarter Schloss-Café die zwischenzeitlich vorbereitete Satzung unter dem endgültigen Namen „Deutsche Vereinigung für Jugendpsychiatrie“.²⁰ Damit war auch der in Marburg noch diskutierte namentliche Bezug zur Heilpädagogik und zur Psychologie fallen gelassen worden. Der GDNP-Vorsitzende Ernst Kretschmer (1888–1964) hieß die junge Fachgesellschaft trotzdem süffisant als „Fähnlein der Heilpädagogik“ unter dem Dach der GDNP willkommen.²¹ Durch

die forcierte Gründung der DVJ waren Fakten geschaffen worden, mit denen die pädiatrische Fachgesellschaft DGfK nun umzugehen hatte.

Nachhaltig bedeutsam für die bilaterale Beziehung wurde der Aspekt pädiatrischer Expertise innerhalb der frisch gegründeten DVJ. Einige Mitglieder waren durchaus gewillt, Kinderärzten die Aufnahme in die DVJ zu ermöglichen. Gründungsmitglied Max Eyrich (Ebingen, 1897–1962) sprach sich unverblümt dagegen aus, mit der Begründung, dass „bei einer generellen Einbeziehung ... die Gefahr der zahlenmässigen Überfüllung der Gesellschaft mit Pädiatern bestünde.“²² Eyrichs disziplinäre Überfremdungsangst ist möglicherweise als Reminiszenz an die DGKH-Gründung 1940 in Wien aufzufassen, bei der neben vielen Heil- und Sonderpädagogen weitaus mehr Pädiater als Kinderpsychiater anwesend gewesen waren.²³ Es war nun von Stockert, der während der Stuttgarter Schloss-Café-Sitzung deshalb vorschlug, „einen an den Zielen der Gesellschaft interessierten Pädiater“ in den Vorstand zu kooptieren.²⁴ Als einziger Kandidat wurde der Ordinarius Carl-Gottlieb Bennholdt-Thomsen (1903–1971), Direktor der Universitätskinderklinik Köln-Marienburg (1947), benannt. Bennholdt-Thomsen, in der akademischen Schule Pfaunders und de Ridders ausgebildet, gehörte seit 1947 dem Deutschen Ausschuss für Erziehungs- und Bildungsfragen sowie seit 1948 dem Vorstand der Deutschen Gesellschaft für Konstitutionsforschung an.²⁵ Für seine Kooptierung in den DVJ-Vorstand dürften seine wissenschaftlichen Arbeiten zur Chorea minor und die seriellen Untersuchungen zum Problem der „Acceleration“ und „Retardierung“ Minderjähriger ausschlaggebend gewe-

¹² Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater Tagung in Göttingen vom 22.–25. September 1949. In: Zentralblatt für die ges. Neurologie und Psychiatrie, 108 (1950) 6/7, S. 332.

¹³ Castell et al. (2003) [wie Anm. 8], S. 88.

¹⁴ Castell et al. (2003) [wie Anm. 8], S. 91.

¹⁵ Zur Entstehung der DGKH: Castell et al. (2003) [wie Anm. 8]; Schepker K, Fangerau H (2016): Die Gründung der Deutschen Gesellschaft für Kinderpsychiatrie und Heilpädagogik. Der Weg von Paul Schröder zum Gründungsvorsitzenden. In: Zeitschrift für Kinder- und Jugendpsychiatrie und Psychotherapie 44, S. 1–9.

¹⁶ Stutte H (1982) [wie Anm. 6], S. 281.

¹⁷ Holtkamp M (2002) [wie Anm. 2].

¹⁸ Archiv der DGKJ im Universitätsarchiv der Humboldt-Universität Berlin, Karton LXIII, Geschäftsberichte 1949–55, Karton DGKJ e. V. CCXXXVIII.

¹⁹ Archiv der DGKJ im Universitätsarchiv der Humboldt-Universität Berlin, Karton KAVH Kujath.

²⁰ Castell Ret al. (2003) [wie Anm. 8], S. 98.

²¹ Stutte H (1967): Soziale Aufgaben der Kinder- und Jugendpsychiatrie. In: Jahrbuch für Jugendpsychiatrie, V, S. 175–185.

²² Protokoll über die Versammlung der „Deutschen Vereinigung für Jugendpsychiatrie“ am 26.9.1951 in Stuttgart (Schloss-Café) anlässlich der Jahreshauptversammlung der Gesellschaft Deutscher Neurologen und Psychiater, Archiv der DGKJP.

²³ Castell Ret al. (2003) [wie Anm. 8]; Schepker/Fangerau, (2016) [wie Anm. 15].

²⁴ Protokoll 26.9.1951 [wie Anm. 22].

²⁵ Personalakte Bennholdt-Thomsen, Universitätsarchiv Köln, Zug. 571 Nr. 8.



Professor Dr.
Carl Bennholdt-Thomsen



Direktor der



Abb. 62 ◀ Plattenhülle: Carl Bennholdt-Thomsen spricht zur seelischen Führung kranker Kinder. (© Archiv der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin [DGKJ], mit freundl. Genehmigung)

sen sein, die für Kinder- und Jugendpsychiater z. B. bezüglich der „Pubertas praecox“ (Stutte) von Interesse waren. Er nahm die Wahl an.²⁶ Mit diesem Schritt war eine personelle „Brücke“ im Grenzbereich beider Disziplinen geschlagen. Bennholdt-Thomsen entwickelte sich neben Villinger, von Stockert und de Rudder mittelfristig zu einem zentralen Knotenpunkt in der pädiatrisch-kinderpsychiatrischen Verflechtungsstruktur (▣ Abb. 62).

Gemeinsame Tagung in Essen 1954

Verhandlungen mit Konfliktpotenzial

Die Bestrebungen der Kinder- und Jugendpsychiater blieben den Pädiatern nicht verborgen. Im Geschäftsbericht 1953 (Jahreskongress Bad Kissingen: Bernhard de Rudder) hieß es: „Es wird über die Stellung unseres Faches zur Kinderpsychiatrie gesprochen. Wir meinen: Der Kinderarzt ist für das ganze Kind da. Mit Besorgnis beobachten wir die Bemühungen einzelner psychiatri-

scher Stellen, die Diagnostik und Therapie geistiger und seelischer Störungen bei Kindern in ihren Aufgabenbereich einzubeziehen.“²⁷ Die Diskussion über die disziplinäre Abgrenzung entzündete sich konkret an der Fach- und Weiterbildung. Von der noch in Lübeck vertretenen selbstbewussten Position war nicht mehr die Rede, was sich auch in der neuen Begriffsverwendung „Kinderpsychiatrie“ ausdrückt.

Als Stutte sich 1953 bei de Rudder erkundigte, ob für das Jahr 1954 weiterhin Interesse an einer bereits vorbesprochenen gemeinsamen Jahrestagung bestünde, zeigte sich dieser überzeugt, „dass unsere Gesellschaft durchaus zu einer engen Zusammenarbeit mit der Deutschen Vereinigung für Jugendpsychiatrie jederzeit bereit“ sei. De Rudder musste aber die Anfrage an den für das Geschäftsjahr 1954 designierten Tagungspräsidenten Otto Bossert weiterleiten.²⁸ Zur konkreten Abstimmung trafen sich Anfang 1954 Bossert, Villinger und Bennholdt-Thomsen in dessen Kölner

²⁷ Archiv der DGKJ im Universitätsarchiv der Humboldt-Universität Berlin, Geschäftsbericht 1953, Karton LXIII, Karton DGKJ e. V. CCXXXVIII.

²⁸ Stutte an de Rudder, 12.8.1953, de Rudder an Stutte, 14.8.1953, Universitätsarchiv Marburg (UAM), Teilnachlass H. Stutte (TNL), 309/54, Nr. 1: Kongress Essen 6.-7.9.54 u. Mitgl.-Versammlung v. 7.9.54.

Privatwohnung. Das Verhältnis beider Fachgesellschaften war dort dezidiert Inhalt der Verhandlungen. Villinger hielt für sich als Notiz fest: „Die Pädiateer [sic] legen besonderen Wert darauf, dass dieser erste Tag eine eindrucksvolle Bekundung ihres Bestrebens darstelle, mit der Kinderpsychiatrie zusammenzuarbeiten und zu einem fruchtbaren Austausch zu kommen. Bei den Verhandlungen kam zwischen den Zeilen das Bestreben zum Vorschein, zwar die Kinder- und Jugendpsychiatrie als eine besondere Disziplin anzuerkennen, aber doch zu betonen, dass die Pädiateer auf diesem Gebiete gleichfalls etwas zu bieten hätten. Ausserdem liess man auch gelegentlich durchblicken, dass es für unsere zahlenmässig so kleine Vereinigung ein Vorteil sei, unsere Tagung mit der der Kinderärzte zusammenzulegen und gewissermassen den Auftakt [sic] für die Gesamtagung bilden zu können.“²⁹

Die Verhandlungsdetails umfassten a) den thematischen Zuschnitt in Form der Referate, b) die Räumlichkeiten, c) die Finanzierungsfrage sowie d) die anschließende Publikation der Beiträge. Für die bereits ausgehandelten Themenschwerpunkte 1. Der Einfluss der Präpubertät auf die Entwicklung des Kindes und 2. Die Bedeutung der Kriegs- und Nachkriegszeit für die Entwicklung des Kindes war man übereingekommen, diese mit einer personellen Doppelung abzudecken. Bosserts Essener Oberarzt Karl-Heinz Bleckmann und Stutte übernahmen die Feinabstimmung. So schrieb Bleckmann an den Marburger Kollegen, dass man sich im eigenen Referat (Bossert und Bleckmann) auf vergleichende Zahlen für die Altersstufen von 0 bis 14 Jahren konzentrieren werde. Bezüglich des Schwerpunkts Kriegs- und Nachkriegsauswirkungen definierte er: „Die körperlichen Entwicklungsstörungen würden wir nur am Rande erwähnen, desgleichen würden wir auf rein psychiatrische Fragen nicht eingehen (u. a. würden wir nicht näher eingehen auf die Frage der organischen cerebralen Schädigung nach längerer Dystrophie, ferner würden wir nicht eingehen auf die ganze Problematik der Pubertät.

²⁹ UAM, TNL Stutte, 309/54, Nr. 1.

54. TAGUNG
DER DEUTSCHEN GESELLSCHAFT
FÜR KINDERHEILKUNDE

6. BIS 9. SEPTEMBER 1954

(Am 6. September gemeinschaftliche Sitzung mit der Deutschen Vereinigung für Jugendpsychiatrie e. V.)



IM STÄDTISCHEN SAALBAU, HUYSSENALLEE 53/57
ESSEN

Abb. 63 ◀ Programm der 54. Tagung der DGfK 1954 in Essen. (© Archiv der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin [DGKJ], mit freundl. Genehmigung)

(Auch spezielle Ausführungen über Jugendkriminalität möchten wir dem psychiatrischen Sektor zuweisen).³⁰

Allgemein war man seitens der DVJ unzufrieden mit der Gewichtung der Programmanteile zwischen den beiden Kooperationspartnern. Ein Postskriptum in einem Brief Stuttes an Eyrich lautet: „Dass unsere Vereinigung in dem Programm etwas stiefmütterlich behandelt worden ist von Seiten der Pädiater habe ich bereits Professor Bennholdt-Thomsen, der in unserem Vorstand und im Ausschuss des Vorstandes der Gesellschaft für Kinderheilkunde ist, ziemlich deutlich geschrieben. Leider lässt es sich nachträglich nicht wieder gutmachen.“³¹ Zwei Wochen später wurden auch die Essener pädiatrischen Kongressorganisatoren von Stutte kritisiert: „Wir bedauern natürlich die optische Beschneidung unserer jugendpsychiatrischen Vereini-

gung auf dem Kongress-Programm. ...“ (Abb. 63). Aber: „Selbstverständlich soll dadurch die Kordialität auf unserer ersten gemeinsamen Tagung nicht leiden.“³²

Nach der Tagung versuchte Stutte, die Wogen wieder zu glätten, indem er versöhnlich auf das Ereignis zurückblickte. Gegenüber Bossert hob er die „wertvolle und vortreffliche Vorbereitung“ hervor. Die Etikette blieb gewahrt, und er erklärte: „Das Echo unserer gemeinsamen Veranstaltung war überall ein äußerst erfreuliches, und uns Jugendpsychiatern ist vor allem evident geworden, daß wir im Grunde doch die gleiche Sprache sprechen und sehr viele gemeinsame Aufgaben haben, die eine immer weitere Intensivierung der Zusammenarbeit rechtfertigt.“³³

Bezüglich des „Echos“ hatte ein von der DVJ eingebrachter Beitrag die wohl

größte Resonanz in Essen hervorgerufen (Abb. 64): der öffentliche Abendvortrag unter dem Titel „Die Bedeutung der Massenmedia (Comic books, Radio und Fernsehen) für das Entstehen der kindlichen Neurose.“ Die Kinderpsychologin und spätere Kinderpsychiaterin Hilde Lachmann-Mosse (1912–1982, Oberärztin in der Lafargue Clinic, New York, Leiter: Dr. Fredric Wertham) hatte 1953 den Kontakt zur GDNP (Schriftführer: Helmut E. Ehrhardt [1914–1997], Vorsitz: Villinger) gesucht und sich für deren Tagungen in Vorschlag gebracht. Lachmann-Mosse entstammte einer Berliner Bankier- und Verlegerfamilie. Ihr Bruder, der Historiker George Lachmann-Mosse, wurde in der Bundesrepublik durch seine Arbeiten zur Geschichte des Nationalsozialismus bekannt. Sie selbst war 1933, um der Verfolgung zu entgehen, mit ihrer Mutter in die Schweiz (Basel) emigriert, wo sie ihr Medizinstudium beendete. Im Jahr 1938 siedelte sie, ein Jahr vor ihrem Bruder, in die USA über.³⁴

In ihrem Vortrag illustrierte Lachmann-Mosse das Phänomen der Gewaltverherrlichung in dem seit Mitte der 1930er-Jahre zunehmend verbreiteten Genre der Comic-Heftserien und legte ursächliche Zusammenhänge zu neurotischen Entwicklungen minderjähriger Konsumenten bis hin zu gesteigerter Kriminalität nahe. Ihre Erläuterungen lösten in Essen derartiges Interesse und Bestürzung aus, dass es als Nachklang des Kongresses zu einer gemeinsamen Stellungnahme beider Fachgesellschaften kam. Bossert und DGfK-Schriftführer Johannes Jochims (1899–1965) vereinbarten umgehend die Thematik für die Pädiatrie und sandten einen Entwurf an die DVJ zur Unterzeichnung. Man sei, so der Wortlaut der Erklärung, vom „unheilvolle[n] Einfluss ... der sich auch bei uns stetig ausbreitenden sogenannten Comic books auf Verrohung und Kriminalität von Kindern und Jugendlichen überzeugt“, weshalb

³⁰ Bleckmann an Stutte, 1.5.1954, UAM, TNL Stutte, 309/54, Nr. 1.

³¹ Stutte an Eyrich, 9.8.54, UAM, TNL Stutte, 309/54, Nr. 1.

³² Stutte an Bleckmann, 24.8.54, UAM, TNL Stutte, 309/54, Nr. 1.

³³ Stutte an Bossert, 9.9.1954, UAM, TNL Stutte, 309/54, Nr. 1.

³⁴ Kraus E (1999): Die Familie Mosse. Deutsches jüdisches Bürgertum im 19. und 20. Jahrhundert, München; Bresges W (2000): Hilde L. Mosse (1912–1982). Leben und Werk, Köln Univ.-Diss.; sowie: <http://www.rodagroup.com/hilde.html> (19.11.2015).



Abb. 64 ◀ Presseartikel zum Vortrag von Hilde Lachmann-Mosse

man die Bundesregierung bitte, „alle ihr zweckmässig erscheinenden Schritte zur Ausschaltung dieser Jugendlektüre zu ergreifen.“³⁵ Die Erklärung wurde an verschiedene Ministerien und (Fürsorge-)Verbände versandt.

Daneben blieben die Beteiligung der DVJ an den Kongresskosten und der Abdruck der Beiträge der gesonderten DVJ-Sektion am zweiten Kongresstag in der *Monatsschrift für Kinderheilkunde* zunächst offen. Als Letzteres von Jochims infrage gestellt wurde, konterte Stutte mit dem Argument, welches Befremden wohl die Nichtübernahme unter den DVJ-Mitgliedern auslösen würde

– „nicht zuletzt auch im Hinblick auf den ... von beiden Seiten immer wieder bekundeten Willen zu engerer wissenschaftlicher Zusammenarbeit in der Zukunft.“ Von Stockert, der über Stuttes Schreiben informiert war, fand dieses „ausgezeichnet“. Es sei „genau richtig, daß man nicht nur die Hyperaesthesie der Pädiater dauernd berücksichtigt, sondern ihnen klarmacht, daß sie sich auch kollegial verhalten sollen, wenn sie eine Symbiose so dringend wünschen.“³⁶ Jochims, Hans Kleinschmidt (1885–1977) als Hauptherausgeber der *Monatsschrift für Kinderheilkunde* und Stutte einigen sich darauf, der DVJ ihren noch

ausstehenden Kongresskostenanteil zu erlassen, sofern diese für die Veröffentlichung ihrer 4 Referate – darunter auch ein Beitrag des Rostocker Kinderpsychiaters Gerhard Göllnitz (1920–2003) – aufkommen würde.³⁷

Nachwirkungen

„Gesicht der Kinderpsychiatrie“ und Facharztfrage

Nach Essen setzte sich innerhalb der DVJ die Debatte über das Verhältnis von Psychiatrie und Pädiatrie fort. Villingers Postulat „Kompetenzdifferenzen

³⁵ Jochims an Villinger, 26.9.1954, UAM, TNL Stutte, 309/54, Nr. 1.

³⁶ Stutte an Jochims, 24.9.54 und von Stockert an Stutte, 6.10.54, UAM, TNL Stutte, 309/54, Nr. 1.

³⁷ *Monatsschrift für Kinderheilkunde* 103 (1955) 2, S. 91–96.

seien heute ... inopportun“, so in der Vorstandssitzung am 6. Januar 1955, konnte dabei nicht über die Divergenzen hinweghelfen. Bennholdt-Thomsen kritisierte, dass in der DVJ die Pädiatrie noch immer unterrepräsentiert sei. Die Kinderpsychiatrie habe noch „kein eigenes Gesicht“, was Villingen wiederum dazu herausforderte, an die längere Tradition der Methoden, theoretischen Grundlagen sowie Institutionen zu erinnern, die sehr wohl der Kinderpsychiatrie „den Charakter einer selbstständigen medizinischen Disziplin“ verleihen würden. Abschließend kam er allerdings unter dem Eindruck äußerer Anfechtungen erneut zu einer vermittelnden Position: „Im Interesse einer engen Zusammenarbeit mit der deutschen Kinderheilkunde, die nicht zuletzt wegen der Einmischung nicht-ärztlicher Wissenschaftszweige in die Aufgaben der Kinderpsychiatrie erforderlich sei, soll dem gegebenenfalls auf Seiten der Pädiater bestehenden Wunsch nach stärkerer Vertretung in unserer Vereinigung durchaus entgegengekommen werden.“³⁸

Seit Längerem debattierte man über die mögliche Etablierung eines Facharztes für Kinder- und Jugendpsychiatrie. Einigkeit bestand insoweit, als dass Letzterer im Sinne der Qualitäts- und Interessensicherung notwendig sei. Doch der Teufel steckte im Detail, nämlich in der konzeptionellen Ausbalancierung pädiatrischer und (kinder- und jugend-) psychiatrischer Ausbildungsteile. Man beschloss 1955, mithilfe eines DVJ-Ausschusses gemeinsame Richtlinien für die Ausbildung zum Kinder- und Jugendpsychiater zu entwerfen, „um damit der ubiquitären, für das Ansehen des Faches und auch der Sache abträglichen Tendenz, daß sich mangelhaft vorgebildete und qualifizierte Ärzte als Kinder- und Jugendpsychiater ausgeben, entgegen zu treten.“³⁹

Dem Geschäftsbericht der DGfK zur Jahrestagung in Graz 1958 (Vorsitz:

Ernst Lorenz, 1901–1975) ist zu entnehmen, dass Kinder- und Jugendpsychiater bereits einen ersten Vorstoß unternommen hatten, bis zur Etablierung des gewünschten Facharztes wenigstens ein von der DVJ zu vergebendes „Prädikat“ anerkennen zu lassen. Mit diesem Ansinnen hatten sie „an die ständige Konferenz der Facharztausschußvorsitzenden der Landesärztekammern den Antrag gestellt, in den § 35 (Praxis schilder) ... der Berufsordnung für die deutschen Ärzte die Zusatzbezeichnung ‚Kinder- und Jugendpsychiatrie‘ aufzunehmen.“⁴⁰ Der Antrag vom 19. September 1956 war allerdings aus der Marburger Universitätsnervenklinik Villingers und damit ohne Abstimmung mit Bennholdt-Thomsen oder der DGfK erfolgt, was dieser in der DVJ-Vorstandssitzung im Januar 1957 monierte. Villingen verwies auf den angeblich hohen Zeitdruck, der eine Rücksprache nicht mehr zugelassen habe.⁴¹ Die DGfK erklärte ihrerseits nun gegenüber der ständigen Konferenz: „Gegen die ... Zusatzbezeichnung ‚Kinder- und Jugendpsychiatrie‘ an praktizierende Ärzte werden ... nur dann keine Einwendungen erhoben, wenn der ... Bewerber ... über eine der psychiatrischen mindestens ebenbürtige pädiatrische Ausbildung verfügt. ... Des Weiteren muß gefordert werden, daß, ebenso wie es Fachärzten für Neurologie und Psychiatrie gestattet werden soll, ... mit gleichem Recht auch Fachärzten für Kinderkrankheiten diese Zusatzbezeichnung zugebilligt werden muß, falls sie über eine entsprechende Ausbildung in Neurologie und Psychiatrie verfügen.“⁴²

Ein Jahr darauf beim Kasseler DGfK-Jahreskongress (Vorsitz: Gerhard Jop-

pich, 1903–1992) erging eine weitere Stellungnahme. Man konstatierte, dass sich die Kinderpsychiatrie in manchen Ländern bereits von der Kinderheilkunde getrennt habe; diese Entwicklung schien unumkehrbar zu sein. Zudem ließen sich aber auch nichtärztliche Kinderpsychologen als Psychotherapeuten nieder, woran sie niemand hindern könne, so Joppich: „Dagegen dürfen weder Psychiater noch Kinderärzte eine solche Fachbezeichnung führen. Die Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde hat sich daher ... der Vereinigung für Jugendpsychiatrie [sic!] angeschlossen, welche durch die Bundesärztekammer eine Änderung der Vorschriften herbeiführen soll.“⁴³ Der gemeinsame „Gegner“ zwang zur Allianz, bei allen – teils bis heute – fortbestehenden Kompetenzstreitigkeiten. Bis zur Anerkennung eines Facharztstitels 1968 sollten noch einige Jahre vergehen.

Kooperative Jahrestagungen kamen nach Essen vorerst nicht mehr zustande. Villingen verunglückte – wie erwähnt – bei Innsbruck, wo die DVJ 1961 auf Einladung Aspergers ihre wissenschaftliche Tagung abhielt. Eine Annäherung neuer Qualität lässt sich erst für die zweite Hälfte der 1960er-Jahre nachweisen. Noch 1965 hielt die DGfK unter dem Vorsitzenden Hermann Mai (Münster) ihren Kongress auf Norderney mit dem Themenschwerpunkt „Kinderpsychiatrie“ ohne Beteiligung der DVJ ab. Aber für das Jahr 1966 unter Adalbert Loeschke (Berlin, 1903–1970) wurde wieder ein kombinierter Kongress vorbereitet. Bei der Begrüßung der Gäste behauptete Loeschke, dass sich die DVJ, wie andere Nachbargesellschaften auch, aus der Kinderheilkunde heraus entwickelt habe.⁴⁴ Zudem brachte er in Berlin, übrigens auf Wunsch der DVJ, den Antrag ein, diese als „außerordentliches Mitglied“

³⁸ Protokoll Vorstandssitzung der DVJ vom 6.1.1955, Marburg, UAM, TNL Stutte, Nr. 12.

³⁹ Stutte an Mitglieder des Ausschusses und die Vorstandsmitglieder, 12.1.55, UAM, TNL Stutte, Nr. 12.

⁴⁰ DGfK Geschäftsbericht über die 57. Tagung in Graz und Mitgliederverzeichnis (Stand: 16.9.1959), Archiv der DGKJ im Universitätsarchiv der Humboldt-Universität Berlin. Karton LXIII, Geschäftsberichte 1949–55, Karton CCXXXVIII.

⁴¹ Protokoll, 10.1.1957, nebst Antrag vom 19.9.1956, UAM, TNL Stutte, Nr. 15.

⁴² DGfK Geschäftsbericht über die 57. Tagung in Graz und Mitgliederverzeichnis, (Stand: 16.9.1959), Archiv der DGKJ im Universitätsarchiv der Humboldt-Universität Berlin. Karton LXIII, Geschäftsberichte 1949–55, Karton DGKJ e. V. CCXXXVIII.

⁴³ DGfK Geschäftsbericht über die 59. Tagung in Kassel und Mitgliederverzeichnis (Stand: 15.2.61) Archiv der DGKJ im Universitätsarchiv der Humboldt-Universität Berlin. Karton LXIII, Geschäftsberichte 1949–55, Karton DGKJ e. V. CCXXXVIII.

⁴⁴ Windorfer A, Schlenk R (1978): Die Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde. Ihre Entstehung und historische Entwicklung, Berlin u. a.

in die DGfK aufzunehmen. So band sich die DVJ korporativ an den pädiatrischen Fachverband.⁴⁵ Bennholdt-Thomsen wurde 1963 zum Ehrenmitglied der DVJ und Hermann Stutte im Gegenzug 1979 zum Ehrenmitglied der DGfK gewählt.

Resümee

In der „querelle de compétence“ zwischen Pädiatrie und Kinder- und Jugendpsychiatrie über die disziplinären Grenzbereiche waren nicht nur die konträren Kompetenzansprüche und beiderseitigen strategischen Ausrichtungen ineinander verwoben. Allgemein charakteristisch ist auch eine dialektische Dynamik aus fachlich-institutioneller Abgrenzung einerseits und Kooperationsbemühungen andererseits. Kooperative Manöver wie die gemeinsamen Kongresse in Lübeck und Essen konnten allerdings die Konfliktpotenziale kaum abschwächen. Komplementäre Vereinbarungsversuche, personelle Brücken, Inkorporationen, temporäre Allianzen oder symbolische Anerkennung des Gegenübers – diese Elemente waren Ausdruck der disziplinspezifischen, mal verbindenden, mal trennenden Selbstkonstitution und Identitätsstiftung.⁴⁶ Sie begleiteten in den 1950er-Jahren den Prozess der innermedizinischen Diversifizierung, hier in Gestalt der „Sonderdisziplin“ (Stutte, 1982) Kinder- und Jugendpsychiatrie. Im Rückblick erweist sich insbesondere die konfliktbeladene Frage nach dem Facharzt als Objekt komplexer Überschneidungen. Trotz zunehmender Vernetzung blieb es aber – neben der Kulturkritik an den Massenmedien (Comics) – primär bei einer Interessengemeinsamkeit: dem berufsständischen Schulterschluss gegen nichtärztliche Akteure, die zusätzlich in

das Betätigungsfeld der Therapie minderjähriger Patienten drängten.

Korrespondenzadresse

Dr. S. Topp

Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf
Universitätsstr. 1, 40225 Düsseldorf,
Deutschland
sascha.topp@gmx.de

Sascha Topp, Dr. phil.; 2005 Studium der Geschichts- und Kulturwissenschaften, Politikwissenschaft und Wirtschaftswissenschaft an der FU Berlin; 2006–2014 am Institut für Geschichte der Medizin der Justus-Liebig-Universität Gießen; 2011 Promotion (Geschichte als Argument in der Nachkriegsmedizin; 2015 mit dem Herbert-Lewin-Preis ausgezeichnet). Seit 2014 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Geschichte und Ethik der Medizin des Uniklinikums Köln in einem Forschungsprojekt zur historischen Entwicklung der Kinder- und Jugendpsychiatrie seit 1945 (DGKJP).

Klaus Schepker, Studium der Sprachwissenschaft, Pädagogik und Politikwissenschaft an der Leibniz-Universität-Hannover. Seit April 2014 Promovend am Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der Universität Ulm. Seit Oktober 2014 Projektleiter des von der DGKJP geförderten Forschungsprojektes zur Geschichte der Fachgesellschaft mit 2-jähriger Laufzeit (DGKJP). In dieser Funktion freier Mitarbeiter des Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin der Universität Köln, seit Januar 2016 des Instituts für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.

Heiner Fangerau, Prof. Dr. med.; Studium der Medizin an der Ruhr-Universität Bochum. Im Jahr 2000 Promotion mit einer Arbeit zur Geschichte der Rassenhygiene/Eugenik; nach kurzer klinischer Tätigkeit in der Neurologie und Psychiatrie 2002/2003 wissenschaftlicher Mitarbeiter am Institut für Ethik und Geschichte der Medizin der Georg-August-Universität Göttingen; 2003–2008 wissenschaftlicher Assistent am Institut für Geschichte der Medizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf. Habilitation 2007; 2008–2014 Direktor des Instituts für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der Universität Ulm, bis Dezember 2015 in gleicher Funktion am Kölner Institut für Geschichte und Ethik der Medizin tätig. Seit Januar 2016 Direktor des Instituts für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf.

⁴⁵ Archiv der DGKJ im Universitätsarchiv der Humboldt-Universität Berlin, Karton KAVH/DGKJ: Kongress 1966 in Berlin.

⁴⁶ Fangerau H (2011): Urologie im Nationalsozialismus. Eine medizinische Fachgesellschaft zwischen Professionalisierung und Vertreibung. In: Krischel M, Moll F, Bellmann J u. a. (Hg.), Urologen im Nationalsozialismus. Zwischen Anpassung und Vertreibung, Berlin, S. 13–21.

Bildnachweis:

Soweit nicht gesondert ausgewiesen, liegen die Bildrechte bei den jeweiligen Autoren der Beiträge.

Archiv der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin, Berlin: Topp/Schepker/Fangerau Abb. 62+63 | Archiv Gedenkstätte GJWH Torgau/ Jugendhilfe-Akten Bestand 101: Hottenrott Abb. 61 | Bundesarchiv: Topp Abb. 15 (SA 400002818); Hottenrott Abb. 60 (Bestand DR 203) | Bundesarchiv-Bildarchiv: Hinz-Wessels (Bild 183-B1006-0007-012, Heinz Junge), Abb. 6, Hahn (Bild 183-K0318-1005-002, Klaus Franke) Abb. 30 | Bundesbeauftragter für die Unterlagen des Staatssicherheitsdienstes der ehemaligen Deutschen Demokratischen Republik: Roelcke/Topp Abb. 17 | Dokumentations- und Informationszentrum Torgau: Hottenrott Abb. 58, Abb. 59 (Stiftung Fotoarchiv Erdmute Bräunlich) | Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin: Radke Abb. 3, Beddies Abb. 7+8, Doetz Abb. 29 | Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Heidelberg (Bildarchiv): Osten Abb. 20, 21, 22, 24 | Klinik für Kinderchirurgie und Kinderurologie, Bremen: Höpner Abb. 54+55 | MedAlum e.V., Münster: Topp Abb. 13+14 | Monatsschrift für Kinderheilkunde: Roelcke/Topp Abb. 18 | Nachlass Günther Schellong, Münster: Topp Abb. 11+12 | Nutricia GmbH, Erlangen: Osten Abb. 19 | Roland Wauer, Berlin: Cover-Foto | Stadtarchiv und Stadthistorische Bibliothek Bonn/Landesarchiv Nordrhein-Westfalen: Oommen-Halbach Abb. 26+27 | Universitätsarchiv Frankfurt/M.: Oommen-Halbach Abb. 28 | Universitätsarchiv Ludwig-Maximilians-Universität München: Topp Abb. 16 | Universitätsarchiv Rostock: Hinz-Wessels Abb. 4+5 | Universitätskinderklinik Erlangen: Bussiek Abb. 9+10 | Universitäts-Kinderklinik Rostock (Ltg.: Prof. Dr. Michael Radke): Oommen-Halbach Abb 25, Radke Abb. 2

Organ der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ)
Organ der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde (ÖGKJ)

Federführende Schriftleiter / Editors-in-chief

Prof. Dr. G. Hansen, Zentrum Kinderheilkunde und Jugendmedizin,
 Klinik für Pädiatrische Pneumologie, Allergologie und Neonatologie,
 Medizinische Hochschule Hannover
Prof. Dr. R. Kerbl, LKH Leoben-Eisenerz,
 Abteilung für Kinder und Jugendliche
Prof. Dr. F. Zepp, Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin,
 Universitätsmedizin, Johannes-Gutenberg-Universität Mainz

Rubrikherausgeber / Section editors

Leitthema / Main topic (Review articles)

Prof. Dr. G. Hansen, Hannover • **Prof. Dr. R. Kerbl**, Leoben
Prof. Dr. F. Zepp, Mainz

**Originalien (Kasuistik, Klinik und Forschung)/
 Original articles (Case reports, clinic and research)**

Prof. Dr. B. Koletzko, München • **Prof. Dr. T. Lücke**, Bochum
Prof. Dr. E. Mayatepek, Düsseldorf • **Prof. Dr. N. Wagner**, Aachen
Prof. Dr. S. Wirth, Wuppertal • **Prof. Dr. F. Zepp**, Mainz

Konsensuspapiere / Consensus papers

Prof. Dr. A. Borkhardt, Düsseldorf • **Prof. Dr. S. Wirth**, Wuppertal

Handlungsempfehlungen / Clinical pathways

Prof. Dr. A. Borkhardt, Düsseldorf • **Prof. Dr. S. Wirth**, Wuppertal

Bild und Fall / Photo essay

Prof. Dr. L.T. Weber, Köln

Arzneimitteltherapie / Drug therapy

PD Dr. F. Lagler, Salzburg
Prof. Dr. Dr. h.c. W. Rascher, Erlangen
Prof. Dr. M. Schwab, Stuttgart

Notfälle im Kindes- und Jugendalter

Dr. O. Heinzl, Tübingen • **Dr. F. Hoffmann**, München
Prof. Dr. T. Nicolai, München

**CME Zertifizierte Fortbildung /
 Continuing medical education**

Prof. Dr. R. Berner, Dresden • **Prof. Dr. B. Koletzko**, München
Prof. Dr. W. Sperl, Salzburg

Pädiatrie aktuell / Trends in pediatrics

Prof. Dr. J. Freihorst, Aalen • **Prof. Dr. R. Kerbl**, Leoben
Dr. G. Krandick, Oberhaching • **Dr. P. Voitl**, Wien

Für die DGKJ

Prof. Dr. E. Mayatepek, Düsseldorf (Präsident)
Prof. Dr. M. Weiß, Köln (Mitteilungen)

Für die ÖGKJ

Prof. Dr. W. Sperl, Salzburg (Präsident)
Prof. Dr. R. Kerbl, Leoben (Mitteilungen)

Wissenschaftlicher Beirat / Advisory board

Prof. Dr. C. Bühner, Berlin • **Prof. Dr. K.-M. Debatin**, Ulm
Prof. Dr. J. Dötsch, Köln • **Prof. Dr. J. Fuchs**, Tübingen
Prof. Dr. M. Gahr, Dresden • **Prof. Dr. J. Gärtner**, Göttingen
Prof. Dr. A. Grüters, Berlin • **Prof. Dr. E. Hamelmann**, Bielefeld
Prof. Dr. F. Heinen, München • **Prof. Dr. G. F. Hoffmann**, Heidelberg
Prof. Dr. P.F. Hoyer, Essen • **Prof. Dr. H.-I. Huppertz**, Bremen
Prof. Dr. W. Kiess, Leipzig • **Prof. Dr. C. Klein**, München
Prof. Dr. M. Knuf, Wiesbaden/Mainz
Prof. Dr. I. Krägeloh-Mann, Tübingen • **Prof. Dr. H.-H. Kramer**, Kiel
Prof. Dr. H. Krude, Berlin • **Prof. Dr. J. Liese**, Würzburg
Prof. Dr. M.A. Mall, Heidelberg • **Prof. Dr. E. Mayatepek**, Düsseldorf
Prof. Dr. A.C. Muntau, Hamburg • **Prof. Dr. C. Niemeyer**, Freiburg
Prof. Dr. H. Omran, Münster • **Prof. Dr. C. Poets**, Tübingen
Prof. Dr. J. Riedler, Schwarzach • **PD Dr. B. Rodeck**, Osnabrück
Prof. Dr. H. Schroten, Mannheim
Prof. Dr. M. Schulte-Markwort, Hamburg
Prof. Dr. F. H. Sennhauser, Zürich • **Prof. Dr. C.P. Speer**, Würzburg
Prof. Dr. U. Spiekorkötter, Freiburg
Prof. Dr. R. Trollmann, Erlangen • **Prof. Dr. K. Ullrich**, Hamburg
Prof. Dr. B. Urlesberger, Graz • **Prof. Dr. D. von Schweinitz**, München
Prof. Dr. U. Wahn, Berlin • **Prof. Dr. M. Weiß**, Köln
Prof. Dr. K.-P. Zimmer, Gießen

Begründet 1903 und herausgegeben von

Prof. Dr. H. Ashby, Manchester • **Prof. Dr. A. Czerny**, Breslau •
Prof. Dr. A. Johannessen, Kristiania/Oslo • **Prof. Dr. A. Marfan**, Paris •
Prof. Dr. G. Mya, Florenz • redigiert von **Prof. Dr. A. Keller**, Bonn

Zielsetzung der Zeitschrift

Monatsschrift Kinderheilkunde ist ein international angesehenes Publikationsorgan. Die Zeitschrift bietet aktuelle Fortbildung für alle niedergelassenen und in der Klinik tätigen Pädiater. Inhaltlich werden alle Bereiche der Kinderheilkunde und Jugendmedizin praxisnah abgedeckt. Im Vordergrund stehen Prävention, diagnostische Vorgehensweisen und Komplikationsmanagement sowie moderne Therapiestrategien.

Umfassende Übersichtsarbeiten zu einem aktuellen Schwerpunktthema sind das Kernstück jeder Ausgabe. Im Mittelpunkt steht dabei gesichertes Wissen zu Diagnostik und Therapie mit hoher Relevanz für die tägliche Arbeit. Der Leser erhält konkrete Handlungsempfehlungen und kann seinen Kenntnisstand anhand eines Fragenkatalogs überprüfen.

Frei eingereichte Originalien ermöglichen die Präsentation wichtiger klinischer Studien und dienen dem wissenschaftlichen Austausch.

Beiträge der Rubrik „CME Zertifizierte Fortbildung“ bieten gesicherte Ergebnisse wissenschaftlicher Forschung und machen ärztliche Erfahrung für die tägliche Praxis nutzbar. Nach Lektüre der Beiträge kann der Leser sein erworbenes Wissen überprüfen und online CME-Punkte erwerben. Die Rubrik orientiert sich an der Weiterbildungsordnung des Fachgebiets.

Die Rubriken „Bild des Monats“, „Pädiatrie aktuell“, „Arzneimitteltherapie“ und ein „Leserforum“ runden das redaktionelle Konzept ab.

Aims & Scope

Monatsschrift Kinderheilkunde is an internationally respected journal covering all areas of pediatrics and juvenile medicine. The focus is on prevention, diagnostic approaches, management of complications, and current therapy strategies. The journal provides information for all pediatricians working in practical and clinical environments and scientists who are particularly interested in issues of pediatrics.

Freely submitted original papers allow the presentation of important clinical studies and serve scientific exchange.

Comprehensive reviews on a specific topical issue focus on providing evidenced based information on diagnostics and therapy.

Review articles under the rubric “Continuing Medical Education” present verified results of scientific research and their integration into daily practice.

Review: All articles of *Monatsschrift Kinderheilkunde* are reviewed. Original papers and case reports undergo a peer review process.

Declaration of Helsinki: All manuscripts submitted for publication presenting results from studies on probands or patients must comply with the Declaration of Helsinki.

Indexed in Science Citation Index Expanded, EMBASE and Scopus.

Verlag: Springer-Verlag GmbH, Tiergartenstraße 17, 69121 Heidelberg, Tel. +49 6221/487-0, www.springer.com

Geschäftsführer: Derk Haank, Martin Mos, Petrus W. J. Hendriks

Director Journals & ePublishing: Dr. Paul Herrmann (v.i.S.d.P.)

Head of Journals & ePublishing 3: Natasa Djordjevic

Director Editorial Processes: Dr. Frank Sommerauer

Head of Educational Publishing: Martina Siedler

Managing Editor „Monatsschrift Kinderheilkunde“: Christine Braun,

Tel. -8931, Fax -68931, christine.braun@springer.com

Editorial Assistant: Susanne Wegener, Tel. -8953, Fax -68953,

susanne.wegener@springer.com

Project Coordinator: Claudia Kehl, Tel. -8182, Fax -68182,

claudia.kehl@springer.com

Gesamtleitung Corporate Publishing: Ulrike Hafner
(Adressdaten jeweils wie Verlag)

Anzeigen: Jens Dessin (Leitung Sales & Advertising);

Kornelia Echsel (Anzeigenleitung, verantwortlich), kornelia.echsel@springer.com,

Tel. +49 89/203043-1358, www.mediadaten.springermedizin.de

Druck: Stürtz GmbH, Alfred-Nobel-Straße 33, 97080 Würzburg, Printed in Germany

Erscheinungsweise: monatlich

Papierausgabe: ISSN 0026-9298, gedruckt auf säurefreiem Papier.

Elektr. Ausgabe: ISSN 1433-0474.

Die elektronische Version finden Sie unter: www.MonatsschriftKinderheilkunde.de.

Eigentümer & Copyright: © Springer-Verlag GmbH, Berlin, Heidelberg 2016.

Die Springer-Verlag GmbH ist Teil der Fachverlagsgruppe Springer Nature.

Die Zeitschrift sowie alle in ihr enthaltenen einzelnen Beiträge und Abbildungen sind urheberrechtlich geschützt. Jede Verwertung, die nicht ausdrücklich vom Urheberrechtsgesetz zugelassen ist, bedarf der vorherigen schriftlichen Zustimmung des Verlags. Das gilt insbesondere für Vervielfältigungen, Bearbeitungen, Übersetzungen, Mikroverfilmungen und die Einspeicherung und Verarbeitung in elektronischen Systemen.

Für die in dieser Zeitschrift als Sonderteil enthaltenen Mitteilungen des DGKJ und des ÖGKJ sind die Springer-Verlag GmbH und die oben angegebenen Personen nicht verantwortlich. Die diesbezüglichen Verantwortlichkeiten ergeben sich aus dem gesonderten Impressum in den Mitteilungen des DGKJ und ÖGKJ.

Bezugspreise:

Einzelheftpreis 2016: EUR 39,- (unverb. Preisempfehlung inkl. gesetzlicher MwSt.) zzgl. Versandkosten.

Preis für persönliche Abonnenten inkl. Online-Basis-Lizenz 2016: (12 Hefte) EUR 375,- (unverb. Preisempfehlung inkl. gesetzlicher MwSt.) zzgl. Versandkosten (Deutschland: EUR 32,-, Ausland: EUR 73,-).

Für Studierende und für Ärzte in der Facharzt Ausbildung beträgt der ermäßigte Bezugspreis jährlich EUR 225,- (unverb. Preisempfehlung inkl. gesetzlicher MwSt., Nachweis über Studium/Ausbildung erforderlich) zzgl. Versandkosten (Deutschland: EUR 32,-, Ausland: EUR 73,-).

Institutspreis inkl. Online-Basis-Lizenz 2016: (12 Hefte) EUR 784,45 (unverb. Preisempfehlung inkl. gesetzlicher MwSt.) zzgl. Versandkosten (Deutschland: EUR 32,-, Ausland: EUR 73,-). Der Bezugspreis ist im Voraus zu zahlen. Das Abonnement kann bis 30 Tage vor Ende des Bezugszeitraums gekündigt werden.

Kontakt

Haben Sie Fragen, Anmerkungen, Lob oder Kritik?

So erreichen Sie den Verlag:

Fragen zum Abonnement/Adressänderungen/Online-Zugang

Springer Customer Service Center GmbH

Haberstraße 7, 69126 Heidelberg

Tel.: +49 (0)6221/345-4303, Fax: +49 (0)6221/345-4229,

Montag bis Freitag, 8.00 Uhr bis 18.00 Uhr

E-Mail: Leserservice@springer.com

Wichtiger Hinweis: Zeitschriften werden nicht automatisch im Rahmen eines Nachsendeantrags berücksichtigt. Bitte informieren Sie unseren Kundenservice daher frühzeitig über Adressänderungen.

Verlagsredaktion Springer Medizin:

Christine Braun

Springer-Verlag GmbH, Tiergartenstraße 17, 69121 Heidelberg,

Tel.: +49 (0)6221/487-8931, E-Mail: christine.braun@springer.com



Foto: Jorge Figueiredo, fotolia.com

Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin und der Österreichischen Gesellschaft für Kinder- und Jugendheilkunde erhalten die Zeitschrift im Rahmen ihrer Mitgliedschaft. Der Bezugspreis ist im Mitgliedsbeitrag enthalten.

Allgemeiner Hinweis zur gesetzlichen Mehrwertsteuer: Gedruckte Zeitschriften unterliegen grundsätzlich dem ermäßigten Steuersatz von 7 %, digitale Produkte (wie z. B. die Online-Version einer Zeitschrift) hingegen dem allgemeinen Steuersatz von 19 %. Die detaillierte Aufteilung der einzelnen Mehrwertsteuer-Beträge entnehmen Sie bitte Ihrer Rechnung.

Bestellungen oder Rückfragen nimmt jede Buchhandlung oder der Verlag entgegen.

Springer Customer Service Center GmbH, Haberstraße 7, 69126 Heidelberg,

Tel. +49 6221/345-4303, Fax +49 6221/345-4229, Leserservice@springer.com

(Mo.–Fr. 8.00 Uhr bis 18.00 Uhr)

Autoren können unter bestimmten Voraussetzungen an der Ausschüttung der Bibliotheks- und Fotokopiertantiemen teilnehmen. Einzelheiten bei VG WORT, Abt. Wissenschaft, Goethestraße 49, 80336 München.

Angaben über Dosierungsanweisungen und Applikationsformen sind anhand anderer Literaturstellen oder der Packungsbeilage auf ihre Richtigkeit zu überprüfen. Der Verlag übernimmt keine Gewähr.



LA-MED
geprüft Facharzt-Studie 2014

T. Beddies¹, D. Bussiek², S. Doetz¹, R. Eulitz³, H. Fangerau⁴, E. Fukala⁵, K. Gdanietz⁶, S. Hahn⁷, A. Hinz-Wessels¹, V. Hofmann⁸, F. Höpner⁹, L. Hottenrott¹, B. Meißner¹⁰, A. Oommen-Halbach⁴, P. Osten¹¹, M. Radke¹², V. Roelcke¹³, K. Schepker⁴, J. Spranger¹⁴, S. Topp^{4, 13}, R. Wauer¹⁵

¹Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Berlin, Deutschland

²Institut für Geschichtswissenschaft & Literarische Kulturen, Leuphana Universität Lüneburg, Lüneburg, Deutschland

³Dingelstädt, Deutschland

⁴Institut für Geschichte, Theorie und Ethik der Medizin, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Düsseldorf, Deutschland Kinderklinik

⁵Halle/Saale, Deutschland

⁶Berlin, Deutschland

⁷Leipzig, Deutschland

⁸Klinik für Kinderchirurgie, St.-Barbara-Krankenhaus, Halle (Saale), Deutschland

⁹Gauting, Deutschland

¹⁰Halle/Saale, Deutschland

¹¹Institut für Geschichte und Ethik der Medizin, Zentrum für Psychosoziale Medizin, Universitätsklinikum Hamburg-Eppendorf, Hamburg, Deutschland

¹²Universitätsmedizin Rostock, Kinder- und Jugendklinik, Rostock, Deutschland

¹³Institut für Geschichte der Medizin, Justus-Liebig-Universität Gießen, Gießen, Deutschland

¹⁴Sinzheim, Deutschland

¹⁵Klinik für Neonatologie, Charité – Universitätsmedizin Berlin, Deutschland

Erratum zu: Pädiatrie nach 1945 in der Bundesrepublik Deutschland und der DDR

Im Auftrag der Deutschen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) herausgegeben von A. Hinz-Wessels und T. Beddies

In diesem Beitrag wurden an zwei Stellen Fotos und Bildlegenden fehlerhaft zugeordnet.

Abb. 9, S. 28, zeigt Alfred Adam. Abb. 10., S. 30, zeigt Albert Viethen.

Abb. 35 zeigt das St.-Barbara-Krankenhaus in Halle/Saale (1989). Abb. 36 zeigt eine Diakonisse sowie ein russisches Militärhospital, um 1980.

Wir bitten, diese Fehler zu entschuldigen, und die korrekten Angaben zu berücksichtigen.

Die Redaktion

Korrespondenzadresse

Prof. Dr. T. Beddies

Institut für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin,

Charité – Universitätsmedizin Berlin

Thielallee 71, 14195 Berlin, Deutschland

thomas.beddies@charite.de