

## 100 Jahre stationäre Kindermedizin in Greifswald

HEINZ-PETER SCHMIEDEBACH, Greifswald



Im Jahre 1877 erschien das von dem Würzburger Internisten Carl Gerhardt herausgegebene „Handbuch der Kinderkrankheiten“. Im ersten Band dieses Handbuchs wird auf rund 50 Seiten die Geschichte der Kinderkrankheiten abgehandelt. Der Autor dieses Abschnitts ist Carl Hennig, der seit 1855 in Leipzig als Leiter einer pädiatrischen Poliklinik wirkte und 1863 eine eigene Kinderheilstation begründete, die mit einer gynäkologischen Privatklinik verbunden war. Er leitete seinen Artikel mit folgenden Worten ein: „Die Heilkunde reicht mit geschichtlichen Anfängen in die graue Vorzeit hinauf. Ganz anders ist es mit der Geschichte der Kinderheilkunde. Obgleich sich nämlich in den vorhandenen ältesten Urkunden unter den Rathschlägen gegen allerhand örtliche, namentlich chirurgische Uebel bereits vereinzelte Vorschriften wegen Behandlung der Säuglinge und Lebensweise ihrer Mütter oder Ammen, auch wegen gewisser Beschwerden älterer Kinder vorfinden: so ist doch die eigentliche Geschichte der Kinderkrankheiten der späteste, letzte Theil der Geschichte vom Kranksein.“<sup>1</sup>

Beziehen wir seine Aussagen auf die Kinderheilkunde, d.h., auf das medizinische Spezialfach, so ist ihm recht zu geben. Betrachten wir allerdings die Geschichte der Kinderkrankheiten, oder besser die historischen Abhandlungen, die sich mit Kinderkrankheiten beschäftigen, so scheint Hennigs Pessimismus allerdings nicht ganz so begründet. Bereits aus den 1470er Jahren sind uns Schriften bekannt, in denen über Säuglingspflege, Brustnahrung, Ammenwahl, Krankheiten des Kindesalters und über die Erziehung vom 2. bis zum 7. Jahre geschrieben wurde.<sup>2</sup> Besondere Bücher und Veröffentlichungen über Krankheiten des Kindesalters sind also gar nicht so sehr spät in der Geschichte der Medizin verfaßt worden.

Dazu im Widerspruch steht allerdings die relativ späte Etablierung der Kinderheilkunde als anerkannte und gleichberechtigte Disziplin an den medizinischen Fakultäten. Betrachtet man den Zeitpunkt der Einrichtung eines Ordinariats an den deutschsprachigen Universitäten, was als Ausdruck der vollen akademischen Anerkennung dieses Faches durch die Fakultät zu bewerten ist, so zeigt sich, daß erst in den Jahren zwischen 1919 und 1921 an 15 von 30 Universitäten Ordinariate für Kinderheilkunde eingerichtet wurden. Die erste Etablierung eines solchen Lehrstuhls erfolgte in Wien 1885, die letzte in Erlangen 1939. Greifswald bekam 1921 dieses Ordinariat.<sup>3</sup> Natürlich ist schon lange vorher vieles für die Kinderheilkunde getan worden: angefangen von ersten Vorlesungen, bis hin zur Errichtung von besonderen Klinikbauten. Dennoch ist festzuhalten, daß die Kinderheilkunde erst sehr spät ihre akademische Anerkennung erfuhr.

Der erwähnte Hennig hat für diesen Umstand zwei Gründe angeführt: Zum einen sei das innige Verhältnis zwischen Mutter und Kind in den ersten Lebensjahren des Kindes dafür verantwortlich, daß Geburtshilfe und Kinderheilkunde als zusammengehörig aufgefaßt und im 19. Jahrhundert vielerorts

<sup>1</sup> Hennig (1877), S. 3

<sup>2</sup> Sudhoff (1925), S. VII-LIV

<sup>3</sup> Eulner (1970), S. 219

an demselben Lehrstuhl abgehandelt wurden. Zweitens bestehe die Schwierigkeit, bei jüngeren Kindern, die die Sprache noch nicht beherrschten, die „Art des Krankseins“ zu erkennen. Erst mit der Einführung der physikalischen Untersuchungsmethoden der Perkussion und Auskultation, die im deutschsprachigen Raum ab den 1840er Jahren verstärkt Anwendung gefunden haben, sie dieser Umstand teilweise zu überwinden gewesen.<sup>4</sup>

Ein weiterer Aspekt sollte in diesem Zusammenhang ebenfalls berücksichtigt werden. Während andere Spezialfächer sich mit umschriebenen Organen oder Organsystemen beschäftigen,<sup>5</sup> läßt sich die Kinderheilkunde in dieses Schema nicht einordnen. Denn bei dem Kind geht es um einen kleinen, noch wachsenden und sich verändernden Menschen, der aber bereits in seiner ganzen und gesamten Eigentümlichkeit existiert und sich primär in dieser sozialen Besonderheit vom Erwachsenen unterscheidet. Die Kinderheilkunde grenzt sich also von anderen medizinischen Spezialfächern nicht dadurch ab, daß sie sich auf bestimmte Organsysteme konzentriert; sie umfaßt vielmehr ein riesiges Spektrum von internistischen, chirurgischen und anderen Krankheitsbildern – und gerät deswegen auch mit anderen Fächern in Konkurrenz um die Behandlungskompetenz.

Diese Konkurrenz hat hier in Greifswald nicht nur die frühe Etablierung des Faches verzögert, sondern auch noch in den 20er Jahren unseres Jahrhunderts Anlaß zu Konflikten gegeben. Werfen wir zunächst einen Blick auf den Prozeß der Etablierung und fragen wir danach, wie sich die Fakultät zu dem Ansinnen äußerte, eine eigene Universitätskinderklinik zu errichten. Der zeitliche Rahmen für diesen Vorgang ist schnell genannt. Im Jahre 1865/66 war es Paul Krabler, der mit ersten Vorlesungen zur Kinderheilkunde begann und ab 1869 die Vorlesungen regelmäßig durchführte. Er war es auch, der aufgrund eigener Initiativen und auf eigene Kosten in Mietsräumen im Haus „Markt“ 21 eine private Kinderpoliklinik im Jahre 1875 eröffnete und es durch die Unterstützung der wohlhabenden Greifswalder Bürger Carl Witte und Carl Holst schaffte, 1896 eine Kinderklinik einzurichten, die 1898 als universitäre Kinderklinik anerkannt wurde. Krabler wurde der erste Direktor dieser Einrichtung. Sein Nachfolger Erich Peiper konnte 1913 den Neubau der Klinik in der Soldtmanstraße eröffnen, 1915 das Säuglingsheim in Dienst nehmen, 1917 die Ausbildung von Säuglingspflegerinnen beginnen und 1921 das erste Ordinariat bekleiden.

Ich möchte im folgenden einige Stationen der Entwicklung der Kinderheilkunde in Greifswald beleuchten. Dazu habe ich eine Reihe von Dokumenten und anderen Quellen ausgewählt, die schlaglichtartig sehr verschiedene Seiten dieses Prozesses erhellen sollen. Diese Dokumente werfen viele Fragen auf, die durch eine systematische analytische Bearbeitung zu klären wären. Eine solche Analyse, die auch eine umfassende methodische Reflexion erfordert, kann und möchte ich heute an dieser Stelle nicht liefern. Ich versuche lediglich, den historischen Alltag an der Fakultät und an der Kinderklinik punktuell zu rekonstruieren.

### I. Die Anfänge

Die erste Aussage der medizinischen Fakultät in Greifswald zur Einrichtung der Kinderheilkunde stammte vom 25. April 1874, ist also rund neun Jahre nach Krablers ersten Vorlesungen in diesem Gebiete erfolgt. Anlaß für diese Stellungnahme der Fakultät war ein Ersuchen des preußischen Kultusministeriums, das im Januar 1874 eine Denkschrift des Stettiner Arztes August Steffen erhalten hatte, in dem dieser die Einrichtungen von Kinderkliniken an den Universitäten verlangte. Steffen war nicht nur Betreiber einer eigenen Kinderklinik in Stettin, die er 1853 von seinem Vater über-

nommen hatte, sondern auch einer der aktivsten Personen im Hinblick auf die institutionelle Begründung des Faches Kinderheilkunde. Es war ihm 1868 gelungen, bei der renommierten „Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte“ eine eigene „Abteilung für Kinderheilkunde“ zu errichten, aus der 1883 die „Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde“ hervorging.<sup>6</sup> Steffen verkörperte den außerhalb der Universität tätigen Typus von Arzt, der sich in eigener Initiative um Finanzierungs- und Organisationsfragen kümmerte und von dem entscheidende Impulse für die Abgrenzung und die Etablierung neuer Spezialfächer ausgingen. Dieser innovative außeruniversitär tätige Typus war im übrigen nicht nur im Bereich der Kinderheilkunde, sondern auch bei der Herausbildung anderer klinischer Fächer in hohem Maße aktiv. Wie Georg Lilienthal erst vor kurzem herausgearbeitet hat, bildeten gerade diese auf privater Initiative eingerichteten Kinderkliniken einen ersten, außerhalb der Universitäten angesiedelten Grundpfeiler bei der Herausbildung der Disziplin „Kinderheilkunde“.<sup>7</sup>

Von Steffen angeregt, wandte sich das preußische Ministerium an die verschiedenen Medizinischen Fakultäten, und im März 1874 formulierte der damalige Dekan, der Internist Mosler einen Entwurf für eine Antwort an das Ministerium. Darin wird ausgeführt, daß bereits in dem „geburtshülflichen, ophthalmologischen und im Universitätskrankenhaus“ die Studierenden Gelegenheit hätten, sich umfassend mit den Kinderkrankheiten bekannt zu machen. Darüber hinaus würden auch in den diagnostischen Kursen die „besonderen physikalischen Zeichen der Krankheiten in den verschiedenen Altersperioden“ berücksichtigt.

In der Anlage zu diesen Ausführungen fügte Mosler eine Statistik bei, aus der die Zahl der behandelten Kinder in den Jahren 1869 bis 1873 hervorgeht. Täglich wurden etwa 10 bis 12 kranke Kinder im Universitätskrankenhaus, d.h., auf der inneren und chirurgischen Abteilung therapiert.<sup>8</sup> Basierend auf diesen Zahlen führte Mosler einen wichtigen quantitativen Grund gegen eine eigenständige Kinderheilkunde an: „Mit denselben Rechten, mit welchen die Krankheiten des kindlichen Alters zu einem Spezialfache erhoben werden sollen, könnten demnächst auch die einer anderen Altersstufe, wie des höheren Alters von der Chirurgie, Medicin und Ophthalmologie abgezweigt werden. Eine solche Zerstückelung würde dahin bei unseren hiesigen Verhältnissen führen, daß für die jetzt bestehenden Kliniken kein Material mehr bleiben würde.“<sup>9</sup> Kinder und Alte bildeten nach seinen Darlegungen die entscheidende Patientenklientel für die traditionellen Kliniken, deren Bestand ihm durch eine Abtrennung dieser beiden Patientengruppen gefährdet schien. Auch wenn man diese Argumentation als übertrieben ansehen mag, die Mehrheit der Fakultätskollegen stimmte Mosler zu, und in der offiziellen Stellungnahme an das Ministerium vom 25. April 1874 wird dargelegt, daß die Errichtung einer Kinderklinik mit 20 Betten nicht dringend notwendig, auf jeden Fall nicht wünschenswert sei. Die Operationen sollten weiter in der chirurgischen Klinik und nicht von den „ungeübten, ja vielleicht ungeschickten Händen eines sogenannten Kinderarztes“ vollzogen werden. Die Fakultät hielt es weiterhin nicht für nötig, einen ordentlichen oder außerordentlichen Professor für eine Kinderklinik anzustellen und ebensowenig war es nach ihrer Meinung erforderlich, die Kinderkrankheiten im Staatsexamen besonders zu prüfen.<sup>10</sup>

Die Fakultät hat damit ihre Ablehnung bezüglich der Etablierung einer eigenständigen Kinderheilkunde sehr deutlich zum Ausdruck gebracht. Krabler selbst verfaßte im Jahre 1905 eine „Denkschrift

<sup>4</sup> Hennig (1877), S. 3-4

<sup>5</sup> Schadewaldt (1975), S. 8

<sup>6</sup> Windorfer/Schenk (1978), S. 3-8

<sup>7</sup> Lilienthal (1995); auch Lilienthal (1990) S. 52-96

<sup>8</sup> UAG, MF 200, Statistik als Anlage zur Ausführung Moslers v. 12. 3. 1874, unpaginiert

<sup>9</sup> UAG, MF 200, Ausführung Moslers v. 12. 3. 1874, unpaginiert

<sup>10</sup> UAG, MF 200, Brief der Fakultät an das Kultusministerium v. 25. 4. 1874, unpaginiert

betreffend die Entstehung der Kinderklinik“, in der er die weitere Entwicklung schilderte. Ein Jahr nach der ablehnenden Antwort der Fakultät gründete er im Mai 1875 aus eigenen Mitteln eine Kinder-Poliklinik, die er bis zum Jahre 1891 ohne jeden Zuschuß von anderer Seite unterhalten hat. Erst in diesem Jahr war die Universität zu einer Unterstützung bereit, so daß er „ein Lokal in der alten Augenklinik“ in der damaligen Nikolai- und heutigen Caspar-David-Friedrich-Straße angewiesen bekam. Krabler hat seine Poliklinik von Beginn an genutzt, den Studierenden kranke Kinder in der Poliklinik selbst als auch „am Krankenbett in der Stadt“ vorzustellen. 1876/77 wurde 741 kranke Kinder behandelt, ab 1879 pendelte sich die jährliche Zahl zwischen 1.000 und 1.700 bei einer Einwohnerzahl Greifswalds von 23.000 ein. In der Kinderklinik wurden durchschnittlich täglich 12,3 Betten belegt.<sup>11</sup> Zwei Gründe führte Krabler für die Einrichtung einer eigenen Klinik und für die Etablierung der Kinderheilkunde an:

- 1) Kinderheilkunde sei nicht wie die Augen- oder HNO-Kunde ein Spezialfach, sondern ein „Hauptzweig der medizinischen Wissenschaften“, dessen Kenntnis von praktischen Ärzten als selbstverständlich verlangt werde.
- 2) Die Notwendigkeit beständiger wissenschaftlicher Beobachtung sei nur in einer stationären klinischen Pflege gegeben.<sup>12</sup>

Um sein auf diesen beiden Säulen basierendes Ziel durchzusetzen, suchte Krabler Verbündete und Geldgeber in der Bürgerschaft, die er in dem Rentner Carl Witte und dem Ratsherrn Carl Holst gefunden hat. Krabler wollte, wie er in einer Eingabe an das Kuratorium im Juni 1887 betonte, eine Klinik gründen, die sowohl als städtische wie auch als akademische Einrichtung dauernd erhalten bleiben sollte. Für die Universität war die Möglichkeit des Unterrichts in Aussicht gestellt und für die Stadt eine Einrichtung zur Unterbringung und Anstaltsbehandlung der kranken Kinder vorgesehen. Genau diesen Doppelcharakter der zu gründenden Kinderklinik unterstützten auch die beiden Geldgeber aus der Greifswalder Bürgerschaft. Nur, wenn diese Klinik als städtische und akademische benutzt werden konnte und wenn gewährleistet war, daß sie „dauernd“ erhalten bliebe, sollte das Geld aus den Kapitalvermögen der beiden Stiftungen bezahlt werden.

Dieser letztgenannte Punkt der „dauernden“ Erhaltung konnte aber durch Krabler allein natürlich nicht garantiert werden. Hier waren Universität und Ministerium gefordert. Aber erst im August 1894 setzte sich der Kultusminister wegen einer kontinuierlichen Finanzierung mit dem Finanzministerium in Verbindung. Schließlich war im Juli 1895 alles Notwendige geregelt, und der Magistrat gab die Stiftungsgelder frei. Krabler bekam das Haus Hunnenstraße 3, das sich bereits im Besitz der Universität befand, zugewiesen und kaufte das Haus Hunnenstraße Nr. 2 an, das er zur Kinderklinik umbaute und einrichtete. Am 30. März 1896 wurde die Poliklinik in die neuen Gebäude verlegt und am 1. 10. 1896 die Klinik in Betrieb genommen. Die Medizinische Fakultät war bereit, die Selbständigkeit des Instituts für alle Zeiten anzuerkennen. Aufgrund von weiteren Finanzierungsproblemen zwischen Ministerium und Magistrat wurde die Klinik als Universitätsklinik erst 1898 anerkannt und Krabler in diesem Jahr zum Direktor ernannt.

Doch bestand nach wie vor das Problem einer Abgrenzung hinsichtlich der Aufnahme der Patienten gegenüber der medizinischen und chirurgischen Klinik, wobei auch eine Rolle spielte, daß die neue Kinderklinik keine Räume für Kranke mit ansteckenden Krankheiten aufweisen konnte, die mit den Erwachsenen zusammen an anderen Örtlichkeiten untergebracht werden sollten. Endlich wurde im Schreiben des Ministeriums vom 13. Januar 1900 festgelegt, daß die innerlich kranken Kinder bis

<sup>11</sup> Grawitz (1906), S. 69

<sup>12</sup> UAG, K 456, Denkschrift betreffen die Entstehung der Kinderklinik und Poliklinik an der königlichen Universität Greifswald, verfaßt von Krabler vom 10. 9. 1905, unpaginiert

zum vollendeten zwölften Lebensjahre der Kinder-Poliklinik zu überweisen sind.<sup>13</sup> Krabler selbst betrachtete diesen ministeriellen Entscheid als die eigentliche Grundlage für die Trennung von der inneren Klinik und als Garantie für die Selbständigkeit der Kinderklinik.<sup>14</sup>

## II. Ausbau und Erweiterung

Paul Krabler hat die dritte preußische Kinderklinik nach Berlin und Breslau in Greifswald errichtet, konnte aber infolge seiner schweren Erkrankung nur eingeschränkt seinen Dienst ausüben.<sup>15</sup> Unter seinem Nachfolger Erich Peiper wurde nicht nur der Neubau in der Soldtmanstraße eröffnet, sondern auch der Blick der Universitätsmedizin vom kranken Kind auf die gesunden Säuglinge erweitert. Bereits 1905 richtete Peiper in der Poliklinik in der Hunnenstraße eine der ersten Säuglingsfürsorgestellen in Deutschland ein. Mit der Einweihung des Säuglingsheims im Oktober 1915 erfuhr die institutionelle Voraussetzung für eine Beschäftigung mit der nicht-pathologischen Entwicklung des Kindes im frühesten Lebensalter eine weitere Festigung.

In einem nachträglich verfaßten sehr lesenswerten Bericht hat die damalige Portierstochter Wiebke Hars uns viele Informationen zum Alltag in der Klinik geliefert. Über die Schwierigkeiten, Frauen zur Teilnahme an der Säuglingsfürsorge zu animieren, schrieb sie: „Trotzdem gelang es ihm nicht die Mütter dazu bewegen zur neu eingeführten Säuglingsfürsorge (!) zu kommen. Jetzt, so kurz vor dem Ziel wich der Prof. keinen Fussbreit, liess er sich von nichts mehr zurückschlagen. Kamen die Mütter nicht um ihrer Kinder willen, so musste man sie mit Geschenke (!) heran zu locken versuchen. Jetzt hiess es wohlhabene und für seine Sache interessierenden (!) Damen zu finden, und er fand sie. (...) Waren diese gefunden, so brauchten nur noch die Mütter zu kommen, aber die ersten mussetn fast an den Haaren heran gezogen werden. Sogar mein Vater, der durch die Poliklinik den Müttern bekannt und wegen seinem freundlichen und stets hilfsbereitem Wesen hoch geschätzt wurde, ging auf dem (!) Wall, den Anlagen und auf der Strasse und sprach die jungen Mütter an und bat sie mit Versprechungen in die Fürsorge zu kommen. Und dann kamen die ersten Mütter zwar noch vorsichtig, tastend; als ihnen dann aber jeden – allerdings nur denen, die selbst stillten – ¼ Pfd. Bohnenkaffee, 1 Pfd. Zucker und 1 Pfd. Gries überreicht wurde, da war der Bann gebrochen. Hier wurde das Kind untersucht, gewogen, genährt und nochmals gewogen und das Gewicht auf eine Karte geschrieben und in 14 Tagen sollte man wiederkommen und jedesmal gab es die gleichen Geschenke, nach einem viertel Jahr gab es die erste Prämie von M. 5 und nach einem ¼ Jahr die 2 Prämie.“<sup>16</sup>

Zunächst allerdings mußte die Fakultät gegenüber dem Ministerium gesondert darlegen, warum Erich Peiper die Kinderheilkunde in Greifswald vertreten sollte. Bereits am 7. Oktober 1907, acht Monate nach dem Tod Krablers, wandte sich die Fakultät an das Ministerium mit dem Vorschlag, Peiper zum Direktor der Kinderklinik zu ernennen, worauf das Ministerium rund neun Wochen später antwortete und bestätigte, Peiper ein etatsmäßiges Extraordinariat in der Medizinischen Fakultät übertragen zu wollen, aber in dem Schreiben darauf verwies, daß es notwendig sei zu überprüfen, ob dem Genannten der Lehrauftrag für Kinderheilkunde übertragen werden solle, da von verschiedenen Seiten darauf verwiesen worden sei, daß Herr Professor Peiper als eigentlicher Fachmann auf dem Gebiete der Pädiatrie nicht angesehen werden könne.<sup>17</sup>

<sup>13</sup> Ebenda, Schreiben des Kultusministeriums vom 13. 1. 1900

<sup>14</sup> Ebenda, Denkschrift betreffend die Entstehung der Kinderklinik und Poliklinik an der königlichen Universität Greifswald, verfaßt von Krabler vom 10. 9. 1905, unpaginiert

<sup>15</sup> Dittrich (1994), S. 10

<sup>16</sup> UAG, MF 237, Bericht Wiebke Hars, unpaginiert

<sup>17</sup> UAG, MF 200, Schreiben des Ministeriums vom 18. 12. 1907

Die Fakultät hielt in ihrem Antwortschreiben an Peiper fest, wobei sie bemerkte, daß er zwar nicht aus einer pädiatrischen Schule hervorgegangen sei, aber in der Praxis der Kinderheilkunde eine sehr große Erfahrung besitze, er als erster die Ursache des Tetanus der Neugeborenen als eine Infektion des Nabelstranges mit Tetanusbakterien durch ungeeignete Behandlung des Nabelschnurrestes nachgewiesen und auch in der „sozialen Fürsorge“ für das kindliche Alter mustergültige Einrichtungen getroffen habe. Außerdem habe er bereits seit fünf Jahren während der Krankheit Krablers die Kinderklinik zur vollsten Zufriedenheit der Fakultät geleitet. Tatsächlich wurde Peiper dann auch zum Direktor der Kinderklinik ernannt.

Peiper, der sich 1881 in Greifswald mit einer Arbeit über die Arzneimittelresorption in der Galle promoviert hatte, arbeitete nach dem Staatsexamen an der gynäkologischen Klinik und habilitierte sich 1884. Im Sommersemester 1886 übernahm er die Lehre in der „Unterweisung in die Impftechnik“ und blieb an der medizinischen Poliklinik bis Oktober 1890. Im August 1891 wurde er zum außerordentlichen Professor ernannt. Er arbeitete auch auf dem Gebiet der Haut- und Geschlechtskrankheiten und wurde im Sommersemester 1906 erstmals als Direktor der Poliklinik für dieses Fach erwähnt. Gleichzeitig wirkte er aber auch schon als Vertreter von Krabler in der Leitung der Kinderklinik. 1921 erhielt er das neu eingerichtete Ordinariat für Kinderheilkunde in Greifswald. Mauritz Dittrich hat aus seinen wissenschaftlichen Arbeiten fünf Forschungsschwerpunkte herausgefiltert:

- 1) Seine Studien an tierischen Parasiten,
- 2) seine Arbeiten zur Immunisierung,
- 3) die Aufgaben der Schulhygiene,
- 4) die Zielsetzungen der Säuglingsfürsorge und
- 5) ärztliche Berufs- und Standesfragen.<sup>18</sup>

Ohne Frage war Peiper zu Beginn des 20. Jahrhunderts als Fachmann auf dem Gebiet der Kinderheilkunde in hohem Maße anerkannt. Von 1914 bis 1921 war er Vorsitzender der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde, die 1920 425 Mitglieder zählte.<sup>19</sup>

Die schon erwähnte Portierstochter Wiebke Hars beschrieb Peiper als Mann mit einem „struppigen Vollbart und genau so struppig wie er aussah, genau so laut und polternd betrat und bewegte er sich auch in der Klinik. Ein jedermann wusste deshalb sofort wenn der „Alte“ anwesend oder fort war und verhielt sich dementsprechend leise oder verdrückte sich je nachdem“.<sup>20</sup> Sie selbst allerdings bewies durch mehrere Geschichten, daß sie sich durch Peipers Auftreten nicht beeindruckt ließ.

Über den Personalbestand der Klinik im Jahre 1910 gibt uns ein vom Direktor erstellter Verpflegungsplan Auskunft: Hiernach sind 2 Assistenten, 3 Schwestern, 3 Dienstmädchen, 1-4 Scheuerfrauen, 12-15 kranke Kinder und 2-3 Erwachsene als zeitweise Begleiter der Kinder zu verpflegen.<sup>21</sup> Interessant sind die in die Verpflegung aufgenommenen Begleitpersonen der Kinder.

In einer Mitteilung des Universitätskurators vom 4. Dezember 1911 wird der Fakultät bekanntgemacht, daß das Ministerium in den nächsten Staatshaushaltsetat 100.000 DM zum Neubau einer „Kinderklinik nebst Absonderungsbaracken als erste Baurate“ einstellen werde.<sup>22</sup> Die Baukosten betragen insgesamt 260.000 DM, wobei auch einiges Geld aus privaten Stiftungen aufgebracht werden konnte, so daß am 30. November 1913 die Klinik in Dienst genommen werden konnte, die in zwei Stock-

werken Räume für 21 kranke Kinder bereitstellte und in den „Absonderungsbaracken“ nochmals 20 Betten aufwies. Neben Einrichtungen für die Lehre, Operationen und Wohnungen gab es Tierstallgebäude, in denen die Milchkühe untergebracht waren, aber auch Laboratoriumsplätze.<sup>23</sup> Die wirtschaftliche Versorgung wurde zum Teil gemeinsam mit der 1906 bezogenen psychiatrischen- und Nervenklinik durchgeführt.

Nur zwei Jahre später konnte das Säuglingsheim eröffnet werden. Den Bauplatz stiftete die Universität, die Finanzierung wurde von den Landkreisen Greifswald, Franzburg und Grimmen und den Stadtkreisen Greifswald und Stralsund getragen.<sup>24</sup> Im April 1917 beantragte Peiper in Anbetracht der hohen Säuglingssterblichkeit in der Provinz Pommern und im Hinblick auf die Tatsache, daß abgesehen vom Kinderkrankenhaus Stettin keine sonstige Anstalt für einen solchen Zweck in Frage komme, die staatliche Anerkennung der „Universitäts-Kinderklinik gemeinsam mit dem Säuglingsheim als Krankenpflege- und Säuglingspflegeschool für Säuglingspflegeschülerinnen“.<sup>25</sup> Allerdings ging auch dieser Antrag nicht ohne Schwierigkeiten in die Realisierung. In der Antwort des Kultusministers vom 1. Juni 1917 wird zwar geäußert, daß keine Bedenken bestünden, eine Säuglingspflegeschool einzurichten. Ein entsprechender Antrag sei an das Ministerium des Innern zu richten. Doch würden die Anstalten nicht einer Anerkennung als „Krankenpflegeschool“ genügen. In Marburg seien die chirurgische, medizinische, Frauen- und Augenklinik zusammen als Ausbildungsstätte anerkannt worden; in Greifswald müßte in ähnlicher Weise geprüft werden, ob nicht mehrere Kliniken zur Krankenpflegeschool zusammenzuschließen sind.<sup>26</sup>

Das Innenministerium ordnete vor einer Anerkennung eine Inspektion durch den Fachreferenten an, der am 3. August 1917 Greifswald bereiste und einen detaillierten Bericht abliefern, in dem die Kinderklinik und das Säuglingsheim sehr gut beurteilt, allerdings die etwas zu engen Räume, das Fehlen einer Veranda im Säuglingsheim und das zu niedrig angebrachte Glasdach der offenen Liegehalle, das bei Sonnenbestrahlung zu einer zu starken Erwärmung der Halle führte, bemängelt wurden.<sup>27</sup> Am 15. August 1917 erfolgte dann die endgültige Anerkennung als Säuglingspflegeschool durch das Innenministerium. Darüber hinaus hatte der Minister auch keine Bedenken, den ersten halbjährigen Lehrgang in der allgemeinen Krankenpflege in Kinderklinik und Säuglingsheim ableisten zu lassen.<sup>28</sup> Die Lehrzeit betrug ein Jahr für die Kranken- und Säuglingspflege und ein halbes Jahr, wenn nur die Säuglingspflege erlernt werden sollte. Als Unterrichtshonorar waren 50 Mark für 3 Monate zu bezahlen. Daneben hatten die Schülerinnen auch noch einen Verpflegungssatz zu entrichten.

Im Sommer 1922 erhielten die beiden Einrichtungen der Kinderklinik von „amerikanischen Wohltätern“ eine Spende von 200.000 Mark, die jeweils zur Hälfte der Kinderklinik und dem Säuglingsheim für die Anschaffung von Wäsche, Ergänzungen des Röntgenlaboratoriums zugute kommen, zum Kauf eines Mikroskops und zum Ausbau der Kinderklinik benutzt werden sollten. In Anbetracht der schon beginnenden Inflation sah sich Peiper bei der mittelbar bevorstehenden Preissteigerung genötigt, um sofortige Bestellung zu bitten, wobei er für Wäsche 35.000 Mark und für ein Mikroskop 15.000 Mark veranschlagte.<sup>29</sup> Trotz dieser Zuwendung wurden die finanziellen Turbulenzen immer stärker, insbesondere im Zusammenhang mit dem Säuglingsheim, das vom „Zweckverband zur Errichtung und

<sup>18</sup> Dittrich (1994), S. 13-18

<sup>19</sup> Windorfer/Schlenk (1978), S. 183-184

<sup>20</sup> UAG, MF 237, Bericht Wiebke Hars, unpaginiert

<sup>21</sup> UAG, K 459, Schreiben der Direktion der Kinderklinik vom 9. 2. 1910

<sup>22</sup> UAG, MF 200, Schreiben des Kurators vom 4. 12. 1911

<sup>23</sup> Lucht (1930), S. 53

<sup>24</sup> Ebenda

<sup>25</sup> UAG, K 456, Antrag Peiper vom 24. 4. 1917

<sup>26</sup> Ebenda, Schreiben des Ministers vom 1. Juni 1917

<sup>27</sup> Ebenda, Bericht Krohne vom 3. August 1917, unpaginiert

<sup>28</sup> Ebenda, Schreiben des Ministers des Innern vom 15. August 1917

<sup>29</sup> Ebenda, Schreiben Peipers vom 26. Juli 1922

Unterhaltung von Wohlfahrtsanstalten im Regierungsbezirk Stralsund“ getragen wurde. Dieser Verband beschloß, das Säuglingsheim zum 1. November 1922 zu schließen. Die Medizinische Fakultät wandte sich in dieser Notlage an den Minister für Wissenschaft, Kunst und Volksbildung und bat um Erhaltung dieser wichtigen Unterrichtsstätte. Auch der Vorsitzende des Zweckverbandes blieb nicht inaktiv und erbat vom Oberbürgermeister der Stadt Greifswald einen Zuschuß.<sup>30</sup> Als dritte Kraft schalteten sich schließlich die Studenten ein, die ebenfalls in einer Petition an das Ministerium die besondere Bedeutung des Säuglingsheims für das „Volkswohl“ und die Ausbildung der praktischen und Fürsorgeärzte betonten.<sup>31</sup> Die vereinte Anstrengung sowie der Einsatz von Peiper konnten schließlich die drohende Schließung abwenden. Das Heim, das 1919 auf 35 Betten erweitert worden war und in dem zwischen 1915 und 1920 228, vor allem uneheliche Säuglinge, aufgezogen wurden,<sup>32</sup> existierte noch bis 1974. In diesem Jahr wurde es in eine Betriebskinderkrippe umgewandelt.<sup>33</sup>

Als Nachfolger von Peiper wurde im Jahr 1925 Rudolf Degkwitz, ein Schüler von Meinhard von Pfaundler aus München, berufen. Unter dem Direktorium von Degkwitz wurden verschiedene kleinere Umbauten sowohl an der Kinderklinik wie auch am Säuglingsheim vorgenommen. Sehr wichtig war der 1927/28 erstellte „Absonderungshausneubau“.<sup>34</sup> Degkwitz versuchte auf verschiedene Weise, das Fach der Kinderheilkunde zu stabilisieren, wobei er auch Konflikte mit anderen Klinikdirektoren nicht scheute. Im Dezember 1927 wandte er sich mit einem Schreiben an den Rektor, in dem er die Anregung gab, bei der Organisation der Fachausschüsse der Notgemeinschaft der Deutschen Wissenschaft auch ein eigenes Referat für Kinderheilkunde einzurichten, da ein „innerer Mediziner“ unmöglich die nötigen Sachkenntnisse besitze, um die „Unterstützungswürdigkeit“ eines Forschungsantrags beurteilen zu können.<sup>35</sup>

Die Auseinandersetzung mit dem Internisten Straub, die Degkwitz in den Jahren 1926 und 27 führte, macht uns auch mit den Problemen einer kleinen Universitätsklinik vertraut, in der der Pädiater befürchtete, nicht genug Patienten mit Masern, Diphtherie und Tuberkulose für den klinischen Unterricht zur Verfügung zu haben. Degkwitz beklagte sich bei der Fakultät darüber, daß die innere Klinik Patienten, die eigentlich zur Kinderklinik gehören würden, aufnehme und im Unterricht demonstriere. Die Fakultät schaltete das Ministerium ein, das wiederum dem Internisten His und dem Pädiater Czerny mit einer gutachterlichen Stellungnahme betraute. Czerny bezeichnete das, was in Greifswald „vorgefallen ist“, als kaum der Rede wert und meinte, daß die Befürchtungen von Degkwitz nicht zutreffend seien; eine erneute ministerielle Verfügung sei nicht notwendig und die Beteiligten sollten die Angelegenheit in kollegialer Weise ordnen.<sup>36</sup> In ähnlicher Weise äußerte sich auch His, so daß das Ministerium lediglich die alten Regelungen, nach denen Kinder bis zum 12. Lebensjahr in die Kinderklinik aufzunehmen waren, bestätigte, sich aber auch einverstanden erklärte, wenn in beiderseitigem Einverständnis davon in Einzelfällen abgewichen werde.<sup>37</sup>

Degkwitz war ein ausgewiesener Wissenschaftler, der sich sehr stark an der internationalen Diskussion orientierte und während seiner Greifswalder Zeit für neun Monate in den USA weilte. In dieser

<sup>30</sup> UAG, MF 200, Schreiben des Ministeriums vom 16. 1. 1923

<sup>31</sup> Ebenda, Schreiben der Klinikerschaft (cand. med. Koch) vom 5. 2. 1923

<sup>32</sup> Mannkopf/Brieger (1956), S. 402

<sup>33</sup> Dittrich (1994), S. 13

<sup>34</sup> Lucht (1930), S. 81

<sup>35</sup> UAG, MF 200, Schreiben von Degkwitz vom 3. 12. 1927, unpaginiert

<sup>36</sup> UAG, K 456, Schreiben Czernys vom 2. 4. 1927, unpaginiert

<sup>37</sup> Ebenda, Schreiben des Ministeriums vom 23. 7. 1927

Zeit vertrat ihn Albrecht Peiper. Die Arbeitsgebiete von Degkwitz betrafen die kindlichen Infektionskrankheiten, die Ätiologie und Prophylaxe der Rachitis, die physikalisch-chemischen Untersuchungen der Rolle der Lipide in Modellen, Einzelzellen, Organen und Gesamtorganismen und die Groß-Wassersterilisation.<sup>38</sup> Schon während seiner Zeit in München hatte er sich mit der Masernprophylaxe beschäftigt und in groß angelegten Tierexperimenten, die sich auch auf Affen erstreckten, versucht, ein tierisches Masernschutzserum zu erhalten.

Es waren gerade diese Versuche, die später sein Leben retten sollten. 1919 kämpfte er in München gegen die bayerische Räterepublik. Seit 1921 war er mit Hitler bekannt. Degkwitz gehörte damals ohne Frage der nationalsozialistischen Bewegung an. Nach der Machtübernahme der NSDAP geriet er aber zunehmend in Konflikt mit den neuen Machthabern. Die allgemeine Rechtsunsicherheit, das um sich greifende Denunziantentum, die Reglementierung der Wissenschaft, die Kultur- und Intellektuellenfeindlichkeit und der Antisemitismus verstärkten seine Gegnerschaft, aus der er weder an der Universität noch in der Klinik einen Hehl machte. Seit 1940 hatte er seine Auffassungen schriftlich festgehalten, auch in zahlreichen Briefen, u.a. an den Greifswalder Philosophen Günther Jacoby, geäußert. Schon einige Zeit stand er unter Beobachtung der Gestapo; wahrscheinlich aufgrund der Denunziation eines Hamburger Fakultätskollegen wurde er im September 1943 verhaftet. Im Februar 1944 fand die Hauptverhandlung vor dem Volksgerichtshof statt. Freisler führte in seinem Urteil aus, daß Degkwitz nur deshalb nicht mit dem Tode bestraft würde, weil er 40.000 deutschen Kindern durch seine Masernprophylaxe das Leben gerettet habe. Zu sieben Jahre Zuchthaus und sieben Jahre Ehrverlust wurde er statt dessen verurteilt.<sup>39</sup>

### III. Alltag im Nationalsozialismus und Kriegsereignisse

Degkwitz war 1932 einem Ruf nach Hamburg gefolgt und seine Stelle nahm der ebenfalls aus der Pfaundler-Schule stammende Bernhard de Rudder ein, der allerdings bereits Ende 1935 einen Ruf nach Frankfurt erhielt. De Rudder beschäftigte sich wissenschaftlich mit dem Einfluß von Wetter und Jahreszeit auf die Krankheitsentstehung und Verlauf und machte die winterliche Ultraviolettarmut für regressive Vorgänge im kindlichen Organismus verantwortlich, die durch die zunehmende Ultraviolettstrahlung von Januar an zur Umstimmung des Organismus führte. Er und seine Mitarbeiter prüften das Verhalten eosinophiler Zellen und konnten niedrige Werte im Winter und ein Ansteigen der Eosinophilen im Frühjahr feststellen. Weiterhin befaßte er sich mit der Epidemiologie von Infektionskrankheiten und mit dem Antikörperbildungsvermögen des Säuglings.<sup>40</sup>

Zwei Ereignisse sollen aus der Alltagswirklichkeit des Nationalsozialismus hier erwähnt werden. De Rudder berichtete im August 1935 über einen Verlagsvertreter, der mit Empfehlungen des Universitätskurators 4 Bände des Buches „Das dritte Reich“, von dem jeder Band 20 Mark kostete, in der Klinik absetzen wollte. Obwohl de Rudder wegen der hohen Kosten Bedenken kamen, nahm er den Verlagsbeauftragten die Bücher ab, weil dieser ein offizielles Empfehlungsschreiben des Kurators vorweisen konnte. De Rudder bittet daraufhin den Universitätskurator, beim Ministerium eine Entscheidung darüber herbeizuführen, „ob in Zukunft der Ankauf nationalsozialistischer Zeitungen und Bücher ohne Rücksicht auf die Kostenfrage ausgeführt werden darf und ob auf Empfehlung des Herrn Univ.-Kurators die Bücher ohne weiteres beschafft werden können“.<sup>41</sup>

<sup>38</sup> Bischoff (1938), S. 171-175

<sup>39</sup> Hochmuth/Meyer (1969), S. 300

<sup>40</sup> Bischoff (1938), S. 176-178

<sup>41</sup> UAG, K 461, Schreiben de Rudder vom 29. 8. 1935, unpaginiert

Außer diesem eher undramatischen Ereignis gab es im Zusammenhang mit der Regelung der Nachfolge de Rudders eine karriereschädigende Aktion gegen einen der gut platzierten Kandidaten. Mit einem Schreiben vom 25. Juli 1935 gab der Vertreter der Kinderheilkunde in Königsberg, Stoeltzner, seine Beurteilung über die sieben von der Fakultät in Erwägung gezogenen Kollegen ab. Nachdem er an erster Stelle Peiper genannt hat, ging er auf die weiteren Kandidaten ein. Über den an zweiter Stelle erwähnten Brock aus Marburg schrieb er sodann: „Er ist wissenschaftlich stark interessiert und gut befähigt; und spricht und schreibt gut. Er stammt aus der vorzüglichen Freudenbeg'schen Schule. Trotz alledem wundere ich mich, daß Brock genannt wird; denn meines Wissens ist er Jude. Ich habe ihn immer dafür gehalten; dem Namen und auch dem Aussehen nach. Es sollte mich für Brock freuen, wenn ich im Irrtum wäre; ich kann es mir aber kaum denken“.<sup>42</sup>

Die Fakultät zog aufgrund dieser Behauptung den auch in anderen Gutachten recht positiv beurteilten Brock gar nicht erst in Erwägung. In ihrem Schreiben an das Ministerium vom 13. September 1935 wurden nur fünf Kandidaten genannt,<sup>43</sup> von denen dann Bischoff berufen wurde.

Bischoffs wissenschaftliche Arbeitsgebiete betrafen die Therapie der Rachitis, insbesondere die Fragen der Wirkung moderner Vitamin D-Präparate, die Genese des Säuglingsekzems und ernährungsphysiologische Probleme unter besonderer Berücksichtigung des Vitaminstoffwechsels im Säuglingsalter. Bischoff allerdings war vorwiegend klinisch ausgerichtet. Sowohl die klinische Belegziffer als auch die poliklinischen Neuzugänge wuchsen stark an und erstmals wurden mehr als 3.000 kleine Patienten im Jahr in der Poliklinik versorgt. Dieses Anwachsen zwang Bischoff, verschiedentlich die Anstellung von neuem außerplanmäßigen Personal zu beantragen, da auch die Zahl der Schülerinnen der Säuglingspflegeschule, die den Pflegedienst mitunterstützten, ständig im Sinken begriffen sei, wie Bischoff im April 1938 an das Ministerium mitteilte.<sup>44</sup>

Ein Konflikt ergab sich 1941 mit dem Amtsarzt über die stationäre Aufenthaltsdauer von Diphtherie-Bazillenträgern. Auf Drängen des Amtsarztes, der auf den knappen Bettenbestand hinwies, erklärte sich Bischoff bereit, Diphtherie-Bazillenträger vorzeitig zu entlassen. Gleichzeitig lehnte er aber jede Verantwortung für die Folgen ab. Auch in Rostock würden die Bazillenträger sechs Wochen in der Klinik behalten. Klinisch sei die Diphtherie durchschnittlich in 14 bis 18 Tagen ausgeheilt, selten werde aber in dieser Zeit „Bazillenfreiheit“ erzielt. Die Anweisung zur frühzeitigen Entlassung hielt Bischoff auch deshalb für gefährlich, weil die Kassen verlangen könnten, grundsätzlich die Patienten nach 18 Tagen nach Hause zu schicken, was auch die Gefahr des Nichterkennens einer Spätlähmung erhöhe. Er schilderte dann noch einen Fall, in dem ein „Bazillenträger“, der nach sechs Wochen entlassen worden war, zwei Geschwister und die Mutter infiziert habe, wobei die Mutter an schwerer Diphtherie verstorben sei.<sup>45</sup>

Bischoff verstarb im Januar 1943 an einer tödlichen Hirnblutung. Bis Herbst 1943 wurde die Klinik von dem emeritierten Rostocker Ordinarius Hermann Brüning geleitet. Danach übernahm Albrecht Peiper für drei Jahre die Direktion der Kinderklinik, dem im Jahre 1946 für nur zwei Jahre Karl Stolte folgte. Die Kriegs- und Nachkriegssituation war durch starke Überbelegung und epidemische Erkrankungen gekennzeichnet bei gleichzeitig sehr knappen finanziellen Ressourcen und unzureichender personeller Ausstattung. Hinzu kam eine Unsicherheit hinsichtlich einer Verlegung der Klinik an geeignete Stellen in und außerhalb Greifswalds. Schon Ende 1942 wurde das Landjahrlager Lubmin als Ausweichstation für die Kinderklinik genehmigt und entsprechende Umbauarbeiten diskutiert.<sup>46</sup>

<sup>42</sup> UAG, MF 185, Schreiben Stoeltzners vom 25. 7. 1935, unpaginiert

<sup>43</sup> Ebenda, Schreiben der Fakultät vom 13. 9. 1935, unpaginiert

<sup>44</sup> UAG, K 461, Schreiben Bischoff vom 26. 4. 1938, unpaginiert

<sup>45</sup> UAG, K 461, Schreiben Bischoff vom 2. 10. 1941, unpaginiert

<sup>46</sup> UAG, MF 200, Schreiben des Kurators vom 30. 12. 1942, unpaginiert

Ein Jahr später – Peiper hatte bereits die Leitung der Klinik übernommen – wird erörtert, ob die Verlegung der Kinderklinik aus Gründen des Luftschutzes in das Gebäude Martin-Luther-Straße 7a in Frage komme, das sich aber nicht eigne, da es an drei Seiten freistehend sei.<sup>47</sup> Am 19. Februar 1944 beauftragte der Universitätskurator den Direktor Peiper, die Klinik zu räumen. Als Ausweichort sei das Schloß Karlsburg vorgesehen, wo allerdings nur 80 Kinder untergebracht werden könnten, was notwendigerweise zu einer Reduzierung der Bettenzahlen der Infektionsstationen führen müsse.<sup>48</sup> Am 2. März 1944 wird die Verfügung zur Räumung der Klinik allerdings wieder aufgehoben. „Die Abteilungen für infektionskranke Kinder sind in vollem Umfange wieder zu öffnen und Kinder mit ansteckenden Krankheiten in unbeschränktem Umfange wieder aufzunehmen“, heißt es in dem Schreiben. Die bereits nach Karlsburg verlegten Kinder sollten solange dort verbleiben, bis die ersten „Rundbauten“, die als Luftschutzräume dienen sollten, fertiggestellt sein würden.<sup>49</sup>

Eine erneute prekäre Notlage ist vom März 1945 überliefert. Peiper teilte mit, daß die Kinderklinik mit 420 Kindern belegt sei, zu deren Betreuung nochmals etwa 250 Erwachsene hinzuzuzählen seien. Diese Zahl sei deshalb so hoch, weil „verschiedene geflüchtete Anstalten mit ihren Pflegerinnen und Säuglingspflegeschülerinnen in die Univ.-Kinderklinik“ aufgegangen seien. Die Überführung der Universitätskinderklinik und des städtischen Kinderkrankenhauses Königsberg habe ungefähr 15% der überführten Säuglinge das Leben gekostet und die Ausbreitung von Seuchen unter den älteren Kindern begünstigt. Bei einer erneut bevorstehenden Räumung müsse garantiert werden, daß danach aller Voraussicht nach nicht mehr geräumt zu werden braucht; deswegen schlage er als Zielgebiet den „Gau Schleswig-Holstein“ oder den „Südgau“ vor.<sup>50</sup>

Die erwartete Räumung fand allerdings nicht statt. Am 25. Juni 1945 machte Peiper dem Kurator und dem Amtsarzt Mitteilung davon, daß er nicht mehr in der Lage sei, weitere Kinder aufzunehmen und zusätzliche Unterbringungsmöglichkeiten benötige.<sup>51</sup> Im August beantragte er in einem anderen Schreiben, daß die Krankenkassenkosten der Säuglingspflegeschülerinnen von der Anstalt übernommen werden sollen. Er wies auf die besondere gesundheitliche Gefährdung der Schwestern hin und teilte mit, daß in der letzten Zeit bereits zwei Schwestern der Anstalt an Typhus verstorben seien. „Es würde eine Härte bedeuten, wenn die Schwestern sich während ihrer dienstlichen Tätigkeit anstecken, ohne dass die Anstalt dann für sie sorgt.“ Weiter wünschte er, daß nicht vierzig, sondern fünfzig Säuglingspflegeschülerinnen angenommen werden, da es sonst nicht möglich sei, die vielen Aufgaben zu bewältigen. „Die Schwestern sind überarbeitet, haben kaum freie Zeit und keinen Urlaub, so das ihre Widerstandskraft gegenüber den ansteckenden Krankheiten ständig sinkt.“<sup>52</sup>

Die zuletzt ausgewerteten Quellen zeigen die schwer zu bewältigenden Alltagsprobleme in einer absoluten Ausnahmesituation. Die Kriegsverhältnisse haben nicht nur zu einer höheren Mortalität unter den Kinder geführt, sondern auch Situationen verantwortet, in denen das Personal in der Alltagsarbeit einer stärkeren Lebensgefährdung ausgesetzt war. Daß unter solchen Umständen nur das Nötigste für die Kinder unter Aufwendung aller Kräfte gewährleistet werden konnte, überrascht nicht. Ein systematisches Eingehen auf die Kinder, die Gestaltung einer kindergerechten Umgebung in der Klinik war nicht zu erwarten.

<sup>47</sup> Ebenda, Schreiben des Kurators vom 3. 12. 1943, unpaginiert

<sup>48</sup> Ebenda, Schreiben des Kurators vom 24. 2. 1944, unpaginiert

<sup>49</sup> Ebenda, Schreiben des Kurators vom 2. 3. 1944, unpaginiert

<sup>50</sup> UAG, K 461, Schreiben Peipers vom 22. 3. 1945, unpaginiert

<sup>51</sup> Ebenda, Schreiben Peipers vom 25. 6. 1945, unpaginiert

<sup>52</sup> Ebenda, Schreiben Peipers vom 18. 8. 1945, unpaginiert

#### IV. Stabilisierung und weitere Expansion

Erst in den Jahren 1948/49 setzte eine gewisse Stabilisierung der innerklinischen Verhältnisse ein. Mit dem Dienstantritt von Hubertus Brieger im Jahr 1948 begannen nicht nur die Renovierung und Vergrößerung der Klinik, sondern auch eine neue Ära in der Ausbildung der Schwestern und verstärkte Bemühungen um die Berücksichtigung der Besonderheiten des kindlichen Seins. 1951 wurde ein neues Isolierhaus (Stolte-Pavillon) errichtet. Gleichzeitig entstand ein neuer Verwaltungs- und Röntgenbau als Zwischenglied zwischen dem Haupthaus der Klinik und dem ehemaligen Säuglingsheim, das inzwischen als klinische Station eingerichtet worden war. 1953 konnte ein neues großräumiges Wirtschaftsgebäude bezogen werden, in dem u.a. auch Schwesternwohnungen und eine Frauenmilchsammelstelle untergebracht waren. Nach wie vor bestand aber noch ein Mangel an Isolierräumen, ebenso erwies sich auch der alte Hörsaal als zu eng für die gewachsenen Unterrichtsanforderungen.

Diesen Problemen wurde im Jahre 1955 abgeholfen, als der Neubau eines rechtwinklig angeordneten Klinikgebäudes begonnen wurde. In diesem Gebäude richtete man eine Virusstation ein, schuf eine Möglichkeit zur orthopädischen Behandlung gelähmter Kinder und baute einen Hörsaal ein. Ebenfalls 1956 eröffnete man eine chirurgische Säuglingsstation mit operativen Einrichtungen, die gemeinsam mit der Chirurgischen Klinik betrieben wurde. Die Zahl der kleinen Patienten nahm dabei natürlich deutlich zu. 1942 wurden 3.200 Kinder in der Poliklinik behandelt, Mitte der 50er Jahre waren es dann rund 10.000. Die Zahl der jährlichen Beratungen stieg von 4.000 auf über 20.000. Die neu eingerichtete Frühgeburtstation wuchs in nur kurzer Zeit auf 60 Betten an, so daß sie damals zu einer der größten der DDR gehörte.<sup>53</sup>

Ein weiteres Gebiet, das durch Brieger sehr stark erneuert und erweitert wurde, betraf die Ausbildung der Schwestern. Ursprünglich waren es die Oberschwester, wie die sehr bekannte Diakonisse Luise Kasten, die auch für die pflegerische Ausbildung der Schülerinnen verantwortlich waren. Brieger selbst führte den Fachunterricht durch, wobei er eine enge Verbindung von Theorie und Praxis anstrebte und es sehr gut verstand, bei der Beschäftigung mit einem Organ oder Organsystem auch wieder den Bezug zu dem Kind in seiner Ganzheit herzustellen. Während der letzten 50 Jahre gab es zahlreiche Änderungen in der Ausbildung der Krankenpflege, insbesondere 1950 mit der Gründung der Medizinischen Fachschule, 1974 mit der Umwandlung der Berufsausbildung für mittleres medizinisches Personal in eine dreijährige medizinische Fachschulbildung, in deren Folge die Kinderkrankenschwester zur Fachschwester qualifiziert wurde, und schließlich mit der Einführung neuer Lehrpläne 1979/80, in denen auch die psychische Seite des Kindes eine Berücksichtigung erfuhr.

Seit Mitte der 60er Jahre fanden für die Schwesternschülerinnen regelmäßige Lehrvisiten am Krankenbett durch Ärzte statt; den Schülerinnen waren während der Praktika auf den Stationen praxiserfahrenere Schwestern zur Seite gestellt, die zum größten Teil auch mit einem pädagogischen Grundwissen ausgerüstet waren, und schließlich gab es schriftlich formulierte Praktikums- und Übungsaufträge, deren Erfüllung unter Anleitung einer Lern-Schwester trainiert wurde.<sup>54</sup>

Auch wenn seit dem Wirken Briegers viele Änderungen in den Ausbildungsbedingungen vorgenommen wurden, die Nachfolger Herr Jährgig und Herr Wiersbitzky haben an den Grundlagen festgehalten. Die Einsatzbereitschaft der Schwestern und ihre Qualifikation wird von kompetenter Seite als lobenswert bezeichnet. Als Symbol dieser von Brieger angeregten Tradition in der Schwesternausbildung erfreuen

<sup>53</sup> Mannkopf/Brieger (1956), S. 404-405

<sup>54</sup> Schmidt (1994), S. 65-69

sich die klinikseigenen Broschen einer großen Beliebtheit. Die in diesem Jahr verstorbene Stationschwester Reta Günter hat es ermöglicht, daß einige dieser Silber-Broschen auch weiterhin an Schwestern nach 5jähriger ununterbrochener Angehörigkeit verteilt werden können. Neben dem Bestreben, sowohl in der Ausbildung wie auch im stationären Alltag dem Kind mit seinen altersentsprechenden Eigenheiten gerecht zu werden, hat die hiesige Ausbildung noch einen weiteren positiven Effekt: die Arbeitsatmosphäre und Kooperationsbereitschaft ist von einer solchen Qualität, daß auch diejenigen Schwestern, die für einige Zeit ausscheiden, immer wieder gerne an ihren alten Arbeitsplatz zurückkehren.

Noch eine weitere Einrichtung, die für die soziale Normalität des stationär lebenden Kindes von Bedeutung war, verdient Erwähnung: die Entwicklung der Klinikschule. Bereits 1954 wurden in der Kinderklinik kleine Patienten, bei denen sich die Erkrankung in der Regel über drei Monate erstreckte, unterrichtet. 1966 erfolgte die von Brieger sehr unterstützte Einrichtung einer eigenen Klinikschule; zunächst hielt man den Unterricht auf den Stationen ab, bald wurden eigene Räumlichkeiten zur Verfügung gestellt und später auch eine spezielle Schulstation eingerichtet. Ziel dieses Unterrichts war es zum einen, den durch die Erkrankung bedingten Schulausfall möglichst gering zu halten; andererseits aber hat die pädagogische Betreuung und Anregung besonders im Bereich der musischen Fächer einen therapeutischen Aspekt, der auch in Greifswald genutzt wurde. 1985 erfolgte die Einrichtung einer Tagesschule, in der für mindestens ein halbes Jahr Herzpatienten, querschnittsgelähmte Kinder oder Patienten mit Atmungskanüle, die zeitweise keine anderen Schulen besuchen konnten, aufgenommen wurden. Manche dieser Schüler wurden über drei oder vier Jahre auf diese Weise unterrichtet. Die 1991/92 vorgenommene Umstrukturierung im Schulwesen und die Eingliederung der Klinikschule in die Martin-Anderson-Nexö-Schule brachte keine vollständige Auflösung des Unterrichts in der Klinik, auch wenn er in der alten Form nicht mehr durchgeführt werden konnte.<sup>55</sup>

Alle diese sich um das Kind herumgruppierenden Aktivitäten sind von Brieger initiiert und mitgetragen worden. Zu Beginn seiner Greifswalder Tätigkeit arbeitete er wissenschaftlich über Entwicklungsmechanik, Vitamin C und Vitamin D, sowie über Sulfonamid-Therapie und Sulfonamid-schäden. Als Chef hat Brieger seinen Oberärzten in liberaler Weise selbstgewählte Themen eigenständig bearbeiten lassen und diese wissenschaftlichen Aktivitäten durch die Zuteilung eigener Forschungslaboratorien, in denen auch eigene Medizinisch-technische Assistentin für die Forschungsarbeiten zur Verfügung standen, gefördert. Sein Nachfolger Klaus Jährgig hat ab Mitte der 70er Jahre auf der einen Seite diese dezentralen Laboratorien in ein zentrales Forschungslaboratorium umgewandelt, in dem zum Neugeborenen-Bilirubinstoffwechsel und zur Blaulichttherapie geforscht wurde. Bis auf die EEG-Abteilung wurden die von den Oberärzten geleiteten Forschungslaboratorien geschlossen. Andererseits förderte er eine teilweise organbezogene Spezialisierung in der Pädiatrie. Er rekonstruierte die Neonatologie, die klinische Röntgenabteilung und die Intensivtherapiestation, unterstützte die Entwicklung der Neuropädiatrie. Es entwickelten sich Fachabteilungen für Bronchopneumologie/Allergologie, Gastroenterologie, Onkologie/Hämatologie, Nierenerkrankungen, Endokrinologie/Stoffwechselerkrankungen und andere.<sup>56</sup>

In den Jahren 1990 und '91 bereiteten der Pädiater Herr Wiersbitzky und der Kinderchirurg Herr Festge die Einrichtung des „Zentrums für Kinder- und Jugendmedizin“ vor. Die Fakultät unterstützte dieses Projekt. Diesem Antrag ging bereits eine seit langem bestehende Zusammenarbeit zwischen den bei-

<sup>55</sup> Gehler (1994), S. 62-64

<sup>56</sup> Dittrich (1994), S. 21

den Disziplinen voraus. 1969 wurde an der Klinik für Chirurgie eine Abteilung für Kinderchirurgie unter der Leitung von Wolfram Tischer gegründet; die kinderchirurgisch-pädiatrische Intensivtherapie-Station im alten Gartenhaus wurde von diesem Zeitpunkt an interdisziplinär betrieben. Dem erwähnten Ansinnen auf Errichtung eines Zentrums lagen eine Reihe von Überlegungen auf verschiedenen Ebenen zugrunde: Neben verschiedenen pragmatischen Aspekten, die eine Bündelung gemeinsamer Kräfte und Aktivitäten nahelegten, spielten auch Qualitätsgründe und besonders konzeptionelle Aspekte eine Rolle, die auch von der Erkenntnis bestimmt waren, daß eine kindergerechte Versorgung mit einer entsprechenden Berücksichtigung kindlicher Lebensart innerhalb der unterschiedlichsten Kliniken nicht angemessen umgesetzt werden kann. Dies ist in einer primär dem Kind zugedachten und entsprechend strukturierten Einrichtung leichter möglich. In einer solchen Einrichtung, in der das Kind im Mittelpunkt, im Zentrum, steht und wo sich um das Kind herum die medizinischen Spezialabteilungen und andere Einrichtungen gruppieren, sind die Voraussetzungen für eine patientenorientierte Versorgung und Betreuung gegeben.

Der historische Rückblick zeigt, wie in Greifswald zunehmend die verschiedenen Facetten des kindlichen Lebens zum Motor für die Schaffung verschiedenster Bereiche der Greifswalder Kinderklinik wurden, die von der speziellen Ausbildung der Säuglingspflegerinnen bis zur Errichtung einer eigenen Klinikschule reichten. Schließlich ist auch die Gründung des Zentrums für Kinder- und Jugendmedizin, das auf der Grundlage der Zusammenarbeit zweier eigenständiger Facharzttrichtungen fußt, ebenfalls im Rahmen dieses Konzepts einer integrierten Versorgung zu sehen, dem durch die Community Medicine eine weit über das eigentliche Zentrum hinausreichende Perspektive gegeben werden kann.

Für die Unterstützung und Hinweise von Herrn Wiersbitzky, Oberschwester Rita, Frau Peters und Herrn Herling vom Universitätsarchiv möchte ich herzlichen Dank sagen.

## Gedruckte Quellen und Literatur

- Bischoff, H.: Die Kinderheilkunde in Greifswald. In: Loeschke, H. und A. Terbrüggen (Hrsg.): 100 Jahre Medizinische Forschung in Greifswald. Festschrift zur Feier des 75jährigen Bestehens des Medizinischen Vereins, Greifswald 1938, S. 169-179
- Dittrich, Mauritz: 80 Jahre neue Universitäts-Kinderklinik Greifswald. In: Wiersbitzky, Siegfried und Otto-Andreas Festge (Hrsg.): Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald. 80 Jahre Neubau der Kinderklinik in der Soldtmannstraße, Greifswald 1994, S. 9-23 (=Wissenschaftliche Beiträge der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald)
- Eulner, Hans-Heinz: Die Entwicklung der medizinischen Spezialfächer an den Universitäten des deutschen Sprachgebietes, Stuttgart 1970 (=Studien zur Medizingeschichte des 19. Jahrhunderts, 4)
- Festge, Otto-Andreas: Kinderchirurgie – Spezialität und Integration. In: Wiersbitzky, Siegfried und Otto-Andreas Festge (Hrsg.): Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald. 80 Jahre Neubau der Kinderklinik in der Soldtmannstraße, Greifswald 1994, S. 40-42 (=Wissenschaftliche Beiträge der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald)
- Gehler, Walther: Die Entwicklung der Klinikschule. In: Wiersbitzky, Siegfried und Otto-Andreas Festge (Hrsg.): Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald. 80 Jahre Neubau der Kinderklinik in der Soldtmannstraße, Greifswald 1994, S. 62-64 (=Wissenschaftliche Beiträge der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald)
- Grawitz, Paul: Geschichte der Medizinischen Fakultät Greifswald 1806-1906, Greifswald 1906
- Hagemann, Karl: Zum Leben und Werk Erich Peipers (1856-1938). Ein Beitrag zur Geschichte der Kinderheilkunde. Med. Diss. Greifswald 1967
- Hennig, Carl: Geschichte der Kinderkrankheiten. In: Gerhardt, Carl (Hrsg.): Handbuch der Kinderkrankheiten, 1. Bd. Allgemeiner Theil, Tübingen 1877, S. 3-50
- Hochmuth, Ursel und Gertrud Meyer: Streiflichter aus dem Hamburger Widerstand 1933-1945, Frankfurt am Main 1969
- Jählig, Klaus: Zur Geschichte der Universitäts-Kinderklinik Greifswald. In: Universitäts-Kinderklinik Greifswald, Greifswald 1979, S. 7-13 (=Wissenschaftliche Beiträge der Ernst-Moritz-Arndt-Universität)
- Lilienthal, Georg: Die Entstehung der ersten Kinderkrankenhäuser in Deutschland und ihre Bedeutung für die Entwicklung der Kinderheilkunde. Eine medizin- und sozialgeschichtliche Untersuchung. Med. Habil.-Schrift Mainz 1990
- Lilienthal, Georg: Die ersten Kinderkrankenhäuser in Berlin – Motive und Strukturen. In: Schneck, Peter und Hans-Uwe Lammell (Hrsg.): Die Medizin an der Berliner Universität und an der Charité zwischen 1810 und 1850, Husum 1995, S. 124-151 (=Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften, 67)

- Lucht, Ernst: Die Universität Greifswald. Hundert Bilder von ihren Bauten, Geschichts- und Kunstdenkmälern aus der Stadt Greifswald und ihrer Umgebung, 2. Aufl., Düsseldorf 1930
- Mannkopf, Hans und Hubertus Brieger: Die Kinderheilkunde in Greifswald. In: Festschrift zur 500-Jahrfeier der Universität Greifswald, II. Band, Greifswald 1956, S. 400-406
- Metz, Bodo: Universitäts-Kinderkliniken im deutschen Sprachgebiet (1830-1930). Med. Diss. Köln 1988
- Morel, Marie-France: Die Konzeption des Kindes in der Medizin des 18. Jahrhunderts. In: Labisch, Alfons und Reinhard Spree (Hrsg.): Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel, Bonn 1989, S. 195-206
- Peiper, Albrecht: Chronik der Kinderheilkunde, 4. Aufl., Leipzig 1957
- Peiper, Albrecht: Erinnerungen eines Kinderarztes, Berlin 1967
- Schadowaldt, Hans: Die Anerkennung der Kinderheilkunde als selbständiges Fach. In: Kinderheilkunde. Einst und jetzt. Jubiläumstagung zum 75jährigen Bestehen der Rheinisch-Westfälischen Kinderärztereinigung Düsseldorf, 3. Mai 1975, München 1975, S. 7-20 (= Alete-Reihe 1, 75)
- Schmidt, Bärbel: Zur Ausbildung der Kinderkrankenschwestern an der Kinderklinik Greifswald. In: Wiersbitzky, Siegfried und Otto-Andreas Festge (Hrsg.): Zentrum für Kinder- und Jugendmedizin der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald, 80 Jahre Neubau der Kinderklinik in der Soldtmanstraße, Greifswald 1994, S. 65-69 (= Wissenschaftliche Beiträge der Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald)
- Schneck, Peter: Die Berufungs- und Personalpolitik an der Greifswalder Medizinischen Fakultät zwischen 1933 und 1945. In: Grau, Günter u. Peter Schneck (Hrsg.): Akademische Karrieren im „Dritten Reich“. Beiträge zur Personal- und Berufungspolitik an Medizinischen Fakultäten, Berlin 1993, S. 51-62
- Seidler, Eduard: Kinderheilkunde in Deutschland. In: Schweier, Paul und Eduard Seidler (Hrsg.): Lebendige Pädiatrie, München 1983, S. 13-85
- Seidler, Eduard: Zur historischen Typologie des Kinderkrankenhauses. In: Olbing, H. u.a. (Hrsg.): Kinderkrankenhäuser für die Zukunft, München Wien Baltimore 1982, S. 10-32
- Sudhoff, Karl: Erstlinge der pädiatrischen Literatur. Drei Wiegendrucke über Heilung und Pflege des Kindes, München 1925
- Wiesbauer, Elisabeth: Das Kind als Objekt der Wissenschaft, Wien München 1982
- Windorfer, Adolf und Rolf Schenk: Die Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde. Ihre Entstehung und historische Entwicklung, Berlin Heidelberg New York 1978

**Der Direktor**  
der Universitäts-Kinder-Klinik  
und Kinder-Poliklinik

J. Nr. 391

④ Greifswald, den 18. August 1945  
Goldmannstraße 15  
Fernruf 2161 u. 2162

Eingegangen  
21 AUG 1945  
Universitätskurator  
Greifswald

An den

Herrn Kurator der Universität  
Greifswald

Im Schreiben vom 4.8.1945 wird auf Grund der Finanzbesprechung vom 14.7. bestimmt, dass den Säuglingspflegeschülerinnen der Anstalt das Taschengeld entzogen wird. In der Finanzbesprechung war nicht die Frage besprochen worden, wer die Krankenkassenkosten der Säuglingspflegeschülerinnen zu tragen hat.

1) Ich beantrage, dass sie von der Anstalt übernommen werden. Unter den augenblicklichen Bedingungen sind die Schwestern besonders gefährdet, da sich die Anstalt zunehmend mit ansteckenden Kranken überfüllt. Es sind in der letzten Zeit bereits 2 Schwestern der Anstalt an Typhus gestorben. Es würde eine Härte bedeuten, wenn die Schwestern sich während ihrer dienstlichen Tätigkeit anstecken, ohne dass die Anstalt dann für sie sorgt. Ein Teil der Säuglingspflegeschülerinnen ist von ihren Eltern abgeschnitten, so dass sie von zu Hause keine Unterstützung empfangen können.

2) Ich beantrage weiter, dass nicht 40, sondern bis zu 50 Säuglingspflegeschülerinnen angenommen werden, da es sonst nicht möglich ist, die vielen Aufgaben zu bewältigen, die der Klinik unter ihrer erhöhten Belegungszahl gestellt sind. Die Schwestern sind überarbeitet, haben kaum freie Zeit und keinen Urlaub, so dass ihre Widerstandskraft gegenüber den ansteckenden Krankheiten ständig sinkt.

mit 1) und 2) aus versehen

*Peiper*  
Prof. Dr. Peiper

Schreiben des Direktors Peiper vom 18. August 1945, in dem er mitteilt, daß bereits zwei Schwestern an Typhus gestorben seien und beantragt, daß die Krankenkassenkosten von der Anstalt übernommen werden. Zudem möchte er nicht 40, sondern 50 Säuglingspflegeschülerinnen aufnehmen. Quelle: Universitätsarchiv Greifswald, K 461.

Universitäts-Kinderklinik  
und Poliklinik

Postscheckkonto: Königsberg Pr. Nr. 2271

Königsberg Pr., den 25. Juli 1935  
Telefon 36433

An  
den Dekan der Medizinischen Fakultät  
Seine Spectabilität Herrn Prof. Dr. L i n c k

G r e i f s w a l d

Hochverehrte Spektabilität,  
lieber Herr Kollege Linck !

Von den 7 in Ihrem Schreiben vom 23. Juli genannten Herren  
setze ich Peiper an die erste Stelle. Er ist derjenige, der jetzt  
an der Reihe ist, Ordinarius zu werden. Daß er es nicht schön ist,  
kann ich mir nur so erklären, daß der Umstand, daß sein Vater im  
selben Fach Ordinarius ist, ihm geschadet hat. A. Peiper ist  
literarisch ungemein fruchtbar; er kennt die Fachliteratur wie  
kaum ein anderer; und alles was er schreibt ist gut. Im übrigen war  
er sehr lange Assistent von Czerny; er ist zweifellos geeignet,  
die wichtige Greifswalder Stellung gut auszufüllen.

An zweiter Stelle nenne ich Brock und Stettner.  
Brock ist fachlich ausgezeichnet. Er ist wissenschaftlich stark  
interessiert und gut befähigt; und spricht und schreibt gut. Er  
stammt aus der vorzüglichen Freudenberg'schen Schule. Trotz alle-  
dem wundere ich mich, daß Brock genannt wird; denn meines Wissens  
ist er Jude. Ich habe ihn immer dafür gehalten; dem Namen und auch  
dem Aussehen nach. Es sollte mich für Brock freuen, wenn ich im  
Irrtum wäre; kann es mir aber kaum denken.

Stettner ist ein alter Bekannter von mir. Ich schätze ihn sehr  
und habe mich wiederholt bemüht, ihn unterbringen zu helfen. Ihm  
hat vielfach geschadet, daß er keiner anerkannten kinderärztlichen  
Schule angehört; er ist als Kinderarzt Autodidakt. Auch dürfte er  
über 50 Jahre alt sein; daß ist gewiß auch gegen eine erste Beru-  
fung keineswegs immer ein Einwand; aber es ist doch nötig,  
die Greifswalder Fakultät sich über das Lebensalter von Stettner  
klar ist.

An dritter Stelle nenne ich Bamberger, Bischoff und  
Wiskott.

SA-Mann Brock!!  
de!!  
de!!  
de!!

392 1/23

CH

Königsberg, d. 5. Febr. 1923

an den Kultusminister für Preußen,  
Königsberg, d. 5. Febr. 1923

um Unterstützung für die weitere Existenz  
des Sänglingsheims

dem Kultusminister  
in Königsberg

5. 2. 23.

Alte  
des  
Wegen

Chapman  
Brock

W.

Alte  
des

König  
Freudberg

Wiskott  
Bischoff

Repp

um Unterstützung für die weitere Existenz

des Sänglingsheims

um Unterstützung für die weitere Existenz  
des Sänglingsheims

um Unterstützung für die weitere Existenz  
des Sänglingsheims

um Unterstützung für die weitere Existenz  
des Sänglingsheims

1. Seite des Briefs vom Direktor der Universitätskinderklinik in Königsberg Wilhelm Stoeltzner im Zusammenhang mit der Nachfolge de Rudder. Die mit Ausrufezeichen am linken Rand angebrachte Marginalie lautet: „Eine unglaubliche Methode, einen abzusägen. SA-Mann Brock!! de R.“ Quelle: Universitätsarchiv Greifswald, MF 185.

1. Seite des Schreibens der Greifswalder Medizinstudenten („Klinikerschaft“) an den Kultusminister vom 5. Febr. 1923, in dem die Bedeutung des von der Schließung bedrohten Säuglingsheims dargelegt und um Unterstützung für die weitere Existenz des Heims gebeten wird. Quelle: Universitätsarchiv Greifswald, MF 200.

Pr. 141/00  
II. 66. d. 66

Der Minister  
der geistlichen, Unterrichts- und Medicinal-  
Angelegenheiten.

Berlin, den 13. Januar 1900.

WI Nr. 18549

Die auf dem Gesetz vom 29. Dec. 1890,  
der v. J. - I. 1890 - genehmigte in der Kreis-  
verwaltung des Orlaya, das Fortan auf  
die ambulanzweise und poliklinisch zu  
besuchen bedürftig innerlich kranken Kinder  
bis zum vollendeten zwölften Lebens-  
jahre der kranken Kinder, Poliklinik  
überweisen werden.

Im Auftrage  
Althoff

Greifswald den 14. 1. 00  
I. Au  
die Revision der medizinischen Kreis-  
für (an jats. Vorstand)

9. 2. 1890  
die Revision d. (ambulanzweise) Absicht zur Erweiterung  
in Greifswald

griff 157.00  
abgegeben am 10/11 00  
Wiederrück.

Im  
dem Herrn Universitäts-  
Fiskus

Greifswald.

Schreiben des Kultusministeriums, unterzeichnet von Althoff, in dem festgelegt wird, daß „innerlich kranke Kinder bis zum vollendeten zwölften Lebensjahre“ der Kinder-Poliklinik zu überweisen sind. Krabler betrachtete dieses Schreiben als die eigentliche Grundlage für die Selbständigkeit der Kinderklinik. Quelle: Universitätsarchiv Greifswald, K 456.

## Faszination Kinderradiologie – Von der Schädelröntgenaufnahme zur Magnetresonanztomographie des kindlichen Gehirns



1995 wurde weltweit der 100. Jahrestag der Entdeckung der Röntgenstrahlen gefeiert. Fast ebenso lange werden auch bei Kindern Röntgenaufnahmen angefertigt, und die Kinderradiologie ist immerhin die älteste Subspezialisierung der Radiologie.

Die Röntgendiagnostik des Schädels ist eines der schwierigsten Kapitel der Röntgendiagnostik, und in allen Lehrbüchern gibt es umfangreiche Kapitel über Befunde bei Verletzungen, Fehlbildungen, Normvarianten und Strukturveränderungen, z. B. der Nähte, der Gefäßzeichnung, der Sella und des Auftretens der physiologischen Verkalkungen in Abhängigkeit vom Alter des Patienten (Abb. 1).

In alten Lehrbüchern kommen dazu sehr diffizile Studien mit aufwendigen Meßmethoden, um aus einer Schädelaufnahme Zeichen einer Hirnschädigung ablesen zu können.

Tatsache ist, daß Wachstum und Konfiguration des Schädels durch das Hirnwachstum beeinflusst werden, aber nicht in dem Maße, wie es z. B. 1964 dargestellt wurde, daß mit einer verminderten Ausbildung von Impressionen eine geistige Entwicklungsverzögerung parallel gehen kann. Relativ sichere, allerdings indirekte Hinweiszeichen für eine Pathologie des Hirns sind Nahtsprengung, Aufweitung und Destruktion der Sella sowie vermehrte Impressionen beim erhöhten intracraniellen Druck, die eindeutige Schädelasymmetrie bei seitendifferenzierter Ausbildung des Gehirns und atypische Verkalkungen bei infektiösen und tumorösen Erkrankungen.

Seit 1920 gab es mit der Pneumencephalographie eine weitere bildgebende Methode zur indirekten Hirnuntersuchung (Abb. 2). Bei entsprechender Technik sind Fehlbildungen, Größen- und Lageveränderungen der Ventrikel und mit Einschränkung periventriculäre Strukturveränderungen erkennbar – die Ursachen der Hirnschädigung sind damit jedoch selten eruierbar, und schon SCHINZ, einer der Pioniere der Radiologie, mußte feststellen, daß hochgradige pneumographische Veränderungen mit verhältnismäßig geringfügigen Symptomen Hand in Hand gehen und umgekehrt.

Erst seit 1978 bzw. 1980 ist mit Sonographie und Computertomographie eine direkte in vivo-Darstellung des Gehirns möglich. Bei Früh- und Neugeborenen sowie Säuglingen können mit Hilfe des Ultraschalls ca. 90% der pathologischen Veränderungen des ZNS erfaßt werden. Die Untersuchung ist schnell und risikolos durchführbar, verlangt aber eine sorgfältige Befunderhebung und -interpretation, denn es gibt Grenzen der Methode, wie z. B. den Nachweis einer Ischämie oder einer subarachnoidalen Blutung und die Beurteilung des Balkens.

Deshalb gilt auch in der Pädiatrie heute noch:

Jeder Verdacht auf eine akute Blutung, die nicht sicher im Ultraschall erkennbar ist, und jeder nicht klassifizierbare Krampfanfall des Neugeborenen stellen eine Indikation für eine Computertomographie dar. Das Computertomogramm weist auch am sichersten ossäre Veränderungen und intracerebrale Verkalkungen nach und ist unverzichtbar beim Schädel-Hirn-Trauma und dem Verdacht auf eine akute intracranielle Drucksteigerung (Abb. 3 A und B).

Mit der klinischen Einführung der Magnetresonanztomographie 1984, in Greifswald 1994, beginnt eine neue Dimension in der bildgebenden Diagnostik des Gehirns. Die Methode gestattet ohne ionisierende Strahlung auf Grund ihres ausgezeichneten Gewebekontrastes erstmalig Studien zur Myelinisierung, also Reifung, des menschlichen Gehirns. Durch die multiplanare Technik gelingt selbst der Nachweis kleinster Strukturveränderungen, die z. B. Ursache eines fokalen Krampfanfalles sein

können. Fehlbildungen, infra- und supratentorielle Tumoren, Folgezustände nach Blutungen und Hypoxien, bestimmte Formen der Encephalitis und einige Stoffwechselstörungen des Gehirns sind problemlos darzustellen. Die differentialdiagnostische Abklärung eines Hydrocephalus wird wesentlich erleichtert (Abb. 4 und 5).

Patienten, Untersucher und klinische Partner profitieren heute von dem differenziert einsetzbaren Spektrum bildgebender Verfahren: Die konservative Behandlung kann gezielter erfolgen, operative Eingriffe sind besser planbar und prognostische Aussagen sicherer zu treffen.

Die Kinderradiologie ist natürlich fasziniert von den MRT-Bildern des kindlichen Gehirns, die morphologische Aussage kann durchaus mit einem anatomischen Präparat konkurrieren. Damit liegen jetzt Welten zwischen der Interpretation einer Schädelaufnahme auf der Suche nach einer Hirnschädigung und einem MRT mit MR-Angiographie.

In den 50er Jahren wurde in einer wissenschaftlichen Arbeit mit einer gewissen Enttäuschung mitgeteilt, daß die Sella von Idioten in Form und Größe nichts besonderes zeigte.

Trotz exzellenter Schnittbilder des Gehirns vom lebenden Menschen ist auch heute noch für uns die Funktion des normalen Gehirns, sind Funktionsstörungen und erst recht die Größe des menschlichen Geistes rätselhaft und sicher noch ein Betätigungsfeld für kommende Generationen.

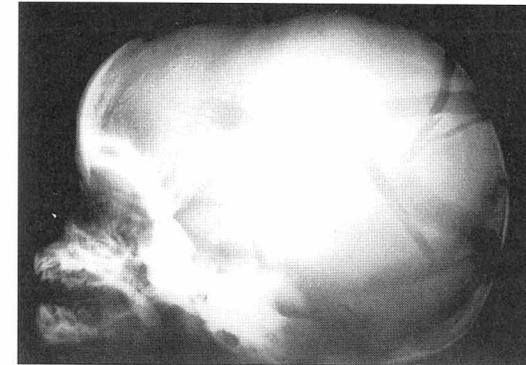


Abb. 1: Seitliche Schädel-Röntgenaufnahme: Multiple Schädel-Dachfrakturen nach Kindesmißhandlung

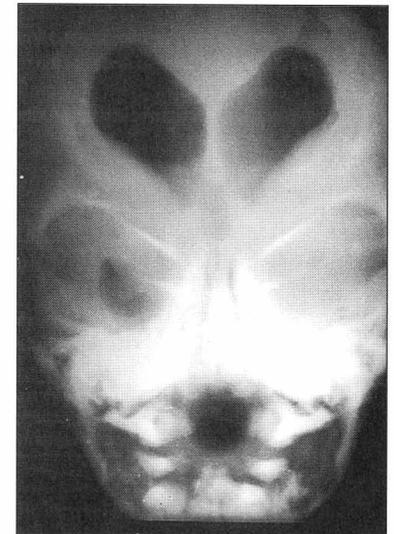


Abb. 2: Pneumenzephalogramm: Erweiterung beider Seitenventrikel

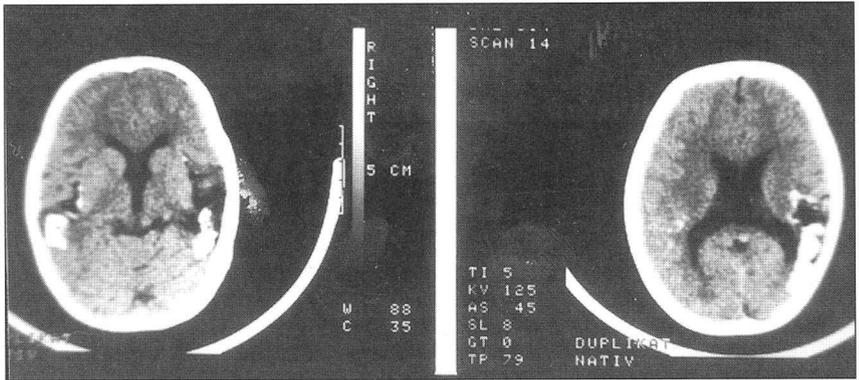


Abb. 3 A und B: Craniales Computer Tomogramm (CT): Intracranielle Verkalkungen

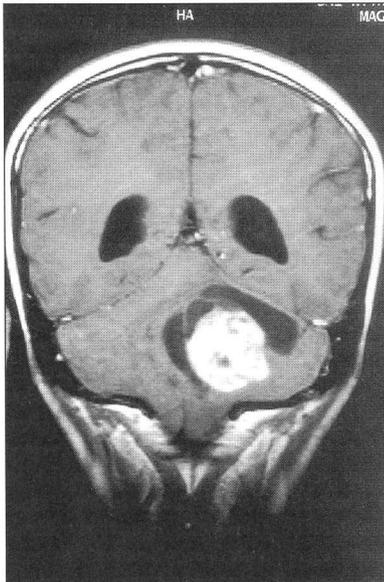


Abb. 4: Craniales Magnet-Resonanz-Tomogramm (MRT): Infratentorielle Raumforderung

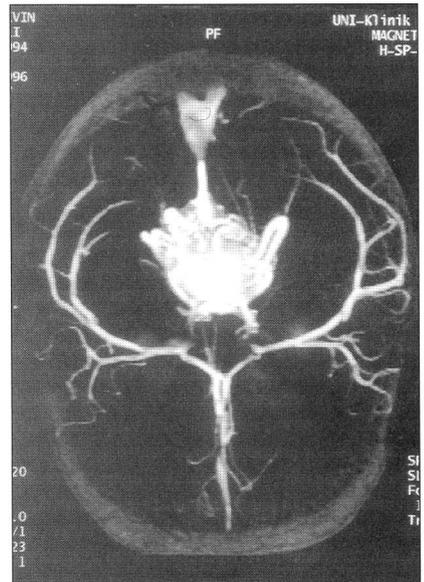


Abb. 5: Craniale MR-Angiographie: Darstellung einer arteriovenösen Malformation