

Aus dem Institut für Geschichte der Medizin  
der Medizinischen Fakultät Charité – Universitätsmedizin Berlin

# DISSERTATION

## Die Kinderklinik der Charité im Spiegel der Krankenakten von 1941-1948

zur Erlangung des akademischen Grades  
Doctor medicinae (Dr. med.)

vorgelegt der Medizinischen Fakultät  
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von  
Sophie Rohr  
aus Berlin

Gutachter/in:           1. Prof. Dr. V. Hess  
                              2. Prof. Dr. med. E. Seidler  
                              3. Prof. Dr. med. Th. Schnalke

Datum der Promotion: 23. Juni 2013

# Inhaltsverzeichnis

<b>Tabellenverzeichnis</b>	<b>ii</b>
<b>Abbildungsverzeichnis</b>	<b>iii</b>
<b>1 Einleitung</b>	<b>1</b>
1.1 Fragestellung . . . . .	1
1.2 Stand der Forschung . . . . .	3
1.3 Material . . . . .	11
1.4 Gang der Darstellung . . . . .	13
<b>2 Methode und Datenerhebung</b>	<b>19</b>
2.1 Generelle Gesichtspunkte bei der Datenerhebung . . . . .	19
2.1.1 Datenschutz . . . . .	19
2.1.2 Anonymisierung . . . . .	21
2.1.3 Einschränkungen der Genauigkeit . . . . .	22
2.2 Aktenbearbeitung . . . . .	25
2.2.1 Das Hauptblatt . . . . .	25
2.2.2 Der Innenteil . . . . .	28
2.3 Datenerfassung . . . . .	30
2.4 Diagnosen und Therapieformen . . . . .	35
2.4.1 Diagnosen . . . . .	35
2.4.2 Diagnostische Methoden . . . . .	46
2.4.3 Therapieformen . . . . .	47
<b>3 Krieg und Klinikalltag im Spiegel der Krankenakten</b>	<b>49</b>
3.1 Entwicklung der Kinderheilkunde an der Charité . . . . .	49
3.2 Gesundheitspolitik im nationalsoz. Deutschland während des Krieges . . . . .	57
3.3 Ärzte und ihre Beschäftigungszeit an der Kinderklinik der Charité . . . . .	60
3.4 Aufnahmeanzahl und Aufenthaltsdauer der Patienten . . . . .	72
3.5 Wohnorte der Patienten . . . . .	83
3.6 Mortalität und Letalität . . . . .	91
3.7 Zusammenfassung . . . . .	105
3.7.1 Versuche an Kindern an der Kinderklinik der Charité . . . . .	112

<b>4 Gesamtfazit</b>	<b>115</b>
<b>Literaturverzeichnis</b>	<b>117</b>
<b>Lebenslauf</b>	<b>129</b>
<b>A Anhang</b>	<b>133</b>
A.1 Charité - Geschichte im Überblick tabellarisch. . . . .	133
A.2 Direktoren der Kinderklinik der Charité. . . . .	134
A.3 Fehlende Aktenbestände pro Jahrgang. . . . .	135
A.4 Teilprojekte innerhalb von „Kulturen des Wahnsinns“. . . . .	138
A.5 Erfasste Merkmale. . . . .	139
A.6 Stationen der Kinderklinik der Charité. . . . .	141
A.7 Diagnoseschlüssel der Kinderklinik der Charité. . . . .	142
A.8 Ärzte an der Kinderklinik der Charité. . . . .	146
A.9 Relative Aufnahmezahlen differenziert nach Jahr, Geschlecht und Alter. . . . .	150
A.10 Klinische Kindereinrichtungen in Berlin um 1941. . . . .	152
A.11 Herkunftsorte der aufgenommenen Patienten. . . . .	153
A.12 Mittlere Verweildauer der gestorbenen und geheilten Patienten. . . . .	154
A.13 Briefe an die Direktion der Charité. . . . .	155

## Tabellenverzeichnis

1.1 Nicht mehr verfügbare Akten je Jahrgang. . . . .	12
2.1 Einteilung der Krankheiten in Klassen/Gruppen. . . . .	38
3.1 Ärzte der Kinderklinik und deren Beschäftigungstage. . . . .	69
3.2 Anzahl der Ärzte/Ärztinnen der Kinderklinik aufgeschlüsselt nach Jahr. . . . .	72
3.3 Patientenaufnahmen bzgl. Aufnahmejahr und Verhältnis der Geschlechter. . . . .	73
3.4 Aufnahmezahlen differenziert nach Jahr, Geschlecht und Altersgruppe. . . . .	75
3.5 Durchschnittliche Aufenthaltsdauer bzgl. Jahr, Geschlecht und Altersgruppe. . . . .	80
3.6 Herkunftsorte der Patienten im Jahr 1941 (außerhalb Berlins). . . . .	87
3.7 Herkunftsorte der Patienten im Jahr 1946. . . . .	88
3.8 Absolute Sterbezahlen differenziert nach Jahr und Geschlecht. . . . .	94
3.9 Absolute Sterbezahlen bzgl. Sterbejahr und Altersgruppe. . . . .	95
3.10 Relative Sterbezahlen bzgl. Sterbejahr und Altersgruppe aller gestorbenen P. . . . .	97
3.11 Relative Sterbezahlen bzgl. Sterbejahr und Altersgruppe aller Patienten. . . . .	99
3.12 Relative Letalität bei ausgewählten Diagnosegruppen über die Jahre. . . . .	102
3.13 Mittlere Verweildauer der gestorbenen und geheilten Patienten in Tagen. . . . .	104



A.1	Eckdaten der Geschichte der Charité. . . . .	133
A.2	Direktoren der Kinderklinik der Charité . . . . .	134
A.3	Fehlende Aktenbestände pro Jahrgang. . . . .	135
A.4	Erfasste Merkmale (horizontale Einteilung der Excel-Tabelle). . . . .	139
A.5	Station-Kodierung. . . . .	141
A.6	Mutmaßliche Diagnosen nach Diagnoseschlüssel der Kinderklinik der Charité. . . . .	142
A.7	Verwendete Krankheitsgruppen-Kodierung. . . . .	144
A.8	Ärzte der Kinderklinik und deren Beschäftigungstage. . . . .	146
A.9	Beschäftigung der Ärzte bzgl. Jahr und Beschäftigungsdauer. . . . .	149
A.10	Relative Aufnahmezahlen differenziert nach Jahr, Geschlecht und Alter. . . . .	150
A.11	Klinische Einrichtungen für kranke Kinder 1941 in Berlin. . . . .	152
A.12	Herkunftsorte der aufgenommenen Patienten, differenziert nach Jahr. . . . .	153
A.13	Mittlere Verweildauer der gestorbenen und geheilten Patienten in Tagen. . . . .	154

## Abbildungsverzeichnis

2.1	Lesbarkeit von handschriftlich geführten Akten. . . . .	23
2.2	Ansicht des Deckblattes einer repräsentativen Akte. . . . .	26
2.3	Die Stadt Berlin und dessen Bezirke im Jahr 1943. . . . .	32
2.4	Vermerk in der Krankenakte zum Wohnort. . . . .	33
2.5	Kartothek: Diagnoseschlüssel für die Haupt- und Nebendiagnose. . . . .	37
3.1	Häuser der Kinderklinik und das Haupthaus in Flammen (1944). . . . .	54
3.2	Anzahl der Ärzte in der Kinderklinik im Zeitverlauf. . . . .	65
3.3	Anzahl der gleichzeitigen Ärzte bzgl. zeitlichem Verbleib in der Kinderklinik . . . . .	66
3.4	Anzahl der Ärzte in der Kinderklinik bezogen auf die Beschäftigungsdauer. . . . .	71
3.5	Belegte Betten differenziert nach den Standorten. . . . .	79
3.6	Durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten bzgl. Jahr und Geschlecht. . . . .	81
3.7	Wohnorte der Patienten, differenziert nach den Aufnahmequartalen. . . . .	85
3.8	Relative Sterbezahlen bzgl. Sterbejahr und Altersgruppe aller gestorbenen P. . . . .	98
3.9	Relative Sterbezahlen bzgl. Sterbejahr und Altersgruppe aller Patienten. . . . .	100
3.10	Sterberate je Monat und im gleitenden 3-Monatsdurchschnitt. . . . .	101
3.11	Sterberate im Vergleich zur mittleren Monatstemperatur. . . . .	102
3.12	Relative Letalität bei ausgewählten Diagnosegruppen. . . . .	103
A.1	Relative Aufnahmezahlen differenziert nach Jahr, Geschlecht und Alter. . . . .	151
A.2	Brief von Dr. Stöckel an die Direktion der Charité (1. April 1941). . . . .	155
A.3	Brief von Prof. Dr. Bessau an die Direktion der Charité (1. Juli 1941). . . . .	156



# 1 Einleitung

## 1.1 Fragestellung

Grundlage der vorliegenden Dissertation ist die Auswertung der Krankenakten der Kinderklinik der Charité im Zeitraum 1941 bis 1948. Eine solche Auswertung ist aus mehreren Gründen interessant, da Krankenakten ein unmittelbares Produkt der ärztlichen Behandlungssituation sind. Die ordnungsgemäße Dokumentation aller wesentlichen diagnostischen und therapeutischen Behandlungen und deren Ergebnisse ist seit langem Usus.<sup>1</sup> Dies findet durch Führen einer patientenbezogenen Krankenakte statt.<sup>2</sup> Die Dokumentation unterliegt der ärztlichen Schweigepflicht sowie gegebenenfalls den Auflagen anderer Rechtsnormen wie zum Beispiel der Bundes- und Landesdatenschutzgesetze. So spiegelt die Krankenakte alle aus ärztlicher Sicht relevanten Angaben wieder: die Anamnese, Angaben zu Krankheitsursachen, deren Verlauf und medizinische Maßnahmen. Krankenakten vergangener Jahrzehnte geben damit auch die medizinische Situation dieser Zeit wieder. An ihnen lassen sich unmittelbar Rückschlüsse auf Diagnosen und Behandlungen der Krankheiten, deren Vorkommen und den medizinischen Verlauf ziehen. Zweitens haben Krankenakten eine administrative Funktion. So erlauben die Angaben zur Herkunft der Patienten, des Wohnortes und die Familienstandsangaben durchaus Rückschlüsse auf die sozialen Verhältnisse. Drittens spiegelt eine Krankenakte aber auch den Lebensabschnitt eines Menschen wider. Zum Teil ist es möglich, von den überlieferten Krankengeschichten auf die Lebensumstände der Patienten, auf ihr soziales Umfeld und ihren Umgang mit der Krankheit zu schließen. Medizinisch gesehen kann man aus der Akte lesen, ob die Behandlung der Krankheit erfolgreich war, welche Diagnostik

---

1 Vgl. Hess 2010

2 Verordnung über Führung, Inhalt und Aufbewahrung von Krankengeschichten in Krankenhäusern (Krankengeschichtenverordnung - KgVO) vom 24. Oktober 1984 (GVBl. S. 1627)

betrieben und welche Schlüsse daraus gezogen wurden. Zusammenfassend kann man also festhalten: die Krankenakte ist eine Quelle für die Alltagsgeschichte der Krankenversorgung. Die vorliegende Arbeit wird allerdings nur einen Teil des möglichen Fragenspektrums beleuchten. Die Auswertung umfasst neben den obligatorischen Vorarbeiten des Säuberns das Ordnen der Akten, die Entzifferung der meist handschriftlichen Aufzeichnungen, deren Transkription sowie Erhebung als quantifizierbare Daten und schließlich deren Eingabe und Auswertung. Die eigentliche Arbeit, nämlich die Interpretation der dabei erhobenen Befunde, kann erst nach diesen sehr umfangreichen Vorarbeiten beginnen. Die gesamte Aufgabe hat sich eine Arbeitsgruppe aus 3 Doktorandinnen geteilt. Jede der daraus hervorgehenden Arbeiten widmet sich einem anderen Schwerpunkt. Als erste Arbeit dieser Reihe stehen in meiner Dissertation die Beschreibung des Materials, die Methode der Auswertung und die genaue Beschreibung der Datenverarbeitung im Mittelpunkt. Die zu diesem Zweck entwickelte Eingabemaske und Auswertungsmodelle der relationalen Datenbank sind wesentlich mein Werk, welches in den folgenden Kapiteln ausführlich dargestellt wird. Darüber hinaus habe ich die Bearbeitung und Auswertung der personenbezogenen Angaben zu Alter, Geschlecht und Herkunft der Patienten sowie der behandelnden Stationsärzte übernommen. Ich betrachtete dies unter der leitenden Fragestellung:

Welche Auswirkungen hatte der Zweite Weltkrieg auf den Betrieb der Kinderklinik der Charité?

Dabei bin ich insbesondere auf folgende Fragen näher eingegangen:

- Wie viele Jungen und Mädchen wurden in diesem Zeitraum insgesamt und in einzelnen Zeitabschnitten aufgenommen?
- Veränderte sich mit dem Fortschreiten des Krieges im betrachteten Zeitraum die Alters- und Geschlechterverteilung?
- Gibt es Hinweise auf eine geschlechtsspezifische Behandlung?
- Im Hinblick auf die untersuchte Zeitspanne war von ganz besonderem Interesse, ob die Aufenthaltsdauer eines Patienten im Zusammenhang mit dem Krieg stand. Wurden beispielsweise die Kinder kriegsbedingt eher entlassen?
- Wie veränderte sich der Einzugsbereich der Kinderklinik der Charité beim Näherkom-

men der Front?<sup>3</sup>

- Wie veränderte sich die personelle Situation der Ärzteschaft an der Kinderklinik der Charité während des Krieges?
- Welche Hinweise auf Versuche an Kindern lassen sich während des betrachteten Zeitraumes aufzeigen?
- Wie hat sich die Mortalität und Letalität während des zu untersuchenden Zeitraums verändert und kann man den Krieg als eine Ursache dafür benennen? Sind mehr Kinder im Zeitraum des Krieges an sonst nicht tödlich verlaufenden Krankheiten verstorben?

Weitere Themenkomplexe bleiben hier ausgespart, die von anderen Mitgliedern meiner Forschungsgruppe intensiv behandelt werden. Es sind die detaillierte Auswertung der Diagnosen, der Erkrankungshäufigkeit, der diagnoseabhängigen Sterblichkeit sowie die Analyse der Behandlungsmethoden, des therapeutischen Spektrums und der Entwicklung spezieller Behandlungsformen.

## 1.2 Stand der Forschung

Die Überlieferung geschlossener Krankenaktenbestände außerhalb der Psychiatrie gilt heute als Glücksfall für die geschichtliche Aufarbeitung. Aufgrund fehlender Richtlinien, unzureichender Lagerungsmöglichkeiten für eine dauerhafte Aufbewahrung und Kriegsverlusten sind nur wenige Bestände an Krankenakten in Deutschland komplett erhalten geblieben. Erst in den vergangenen Jahren wurden historische Akten als Quellen erschlossen und der Forschung zur Verfügung gestellt. An erster Stelle ist hier das Krankenblattarchiv der Wittener Heilstätten (Berlin) zu nennen, welches von der Arbeitsgruppe um Thomas Beddies Ende der 1990er Jahre ausgewertet wurde.<sup>4</sup> Die hierbei entwickelte Methode ist vielfach übernommen worden. Es kam eine Stichprobe zum Einsatz, da der Gesamtbestand von rund 40.000 Akten (1919-1960) nicht vollständig ausgewertet werden konnte. Die Auswertung

---

<sup>3</sup> Es gab zwei Fronten im Osten (von Polen aus) und im Westen (von Frankreich aus kommend). Berlin befand sich, insbesondere gegen Kriegsende, genau dazwischen. Es bestand demnach eine Zwangssituation, in der eine Verlegung von Patienten keinen Sinn machen konnte.

<sup>4</sup> Beddies 1999

beinhaltete psychiatrische Krankenakten. Laut meiner Recherche laufen bzw. liefen mehrere große Krankenaktenprojekte. Das Projekt Euthanasie-Aktion T4<sup>5</sup> wurde gemeinschaftlich von der Deutschen Forschungsgemeinschaft (DFG)<sup>6</sup>, der Boehringer Ingelheim Stiftung und der Medizinischen Fakultät der Universität Heidelberg gefördert, um die erhaltenen Krankenakten<sup>7</sup> der Opfer der ersten zentral organisierten Massenvernichtungsaktion<sup>8</sup> im Nationalsozialismus zu analysieren. Am Institut für Geschichte der Medizin der Charité liefen weitere Arbeiten zur Analyse von Krankenakten. Eine Studie beschäftigte sich mit dem Alltag psychiatrischer Patienten und damit ihre Versorgung in Berlin von 1920-1945.<sup>9</sup> Diese Arbeit wurde nicht beendet. Ein weiteres Projekt befasst sich mit den Krankengeschichten des Sanatoriums Bellevue.<sup>10</sup> Von der Universität Tübingen wurden 1986 das Verwaltungsschriftgut und die Ärztebibliothek des ehemaligen Sanatoriums Bellevue, Kreuzlingen sowie der Nachlass von Ludwig Binswanger käuflich erworben. Die Ärztebibliothek wird heute noch von der Universitätsbibliothek verwahrt. Das Binswanger-Archiv beinhaltet die übrigen Unterlagen einschließlich der Krankengeschichten.<sup>11</sup> Das Projekt mit dem Titel „Die Wahr-

---

5 Hohendorf 2002

6 Projektnummer HO-2208/2-1, Erste Ergebnisse dieses Projektes sind erschienen in der Zeitschrift: Der Nervenarzt, Bd. 73, Nr. 11 (2002), S. 1065-1074

7 30 000 von ursprünglich 70 000 Akten der „Aktion T4“ sind noch erhalten geblieben.

8 Ein zentrales Verzeichnis steht in Form eines Gedenkbuches online zur Verfügung. (<http://www.bundesarchiv.de/gedenkbuch/>, 23.10.2011)

9 DFG-Projekt „Die Versorgung der Patienten an der Universitätsnervenklinik der Charité von 1920-1945“ Projektleiter Rolf Winau, Mitarbeiterin Julia Dautz

10 Die Sanatorium Bellevue in Kreuzlingen bei Konstanz wurde 1857 von Ludwig Binswanger (1820-1880) zur Behandlung von Nerven- und Gemütskrankheiten gegründet und stand später unter der Leitung seines Sohnes Robert (1850-1910) und seines Enkels Ludwig Binswanger (1881-1966). Sie wurde 1980 geschlossen.

11 Projektleiter Albrecht Hirschmüller und Wissenschaftliche Mitarbeiterin Annett Moses

nehmung psychischen Krankseins in den Krankenakten der Berliner Charité 1880-1900“,<sup>12</sup> welches im Jahr 2005 begonnen wurde, ist vor kurzem abgeschlossen worden.<sup>13</sup> Mit der Erfassung der Berliner jüdischen Kassenärzte aus dem Reichsarztregister (RAR) beschäftigte sich ein Datenbank-Projekt von Rebecca Schwoch. Daraus resultieren zwei Bücher: „Berliner jüdische Kassenärzte und ihr Schicksal im Nationalsozialismus“<sup>14</sup> (Gedenkbuch) und „Anpassung und Ausschaltung: Die Berliner Kassenärztliche Vereinigung im Nationalsozialismus.“<sup>15</sup> Derzeit laufen mehrere Projekte. Eines beschäftigt sich unter anderem mit Krankenakten von Soldaten des Ersten Weltkrieges,<sup>16</sup> um seelische Erkrankungen und körperliche Überlastungssymptome von Soldaten aufzuzeigen. Seit 2007 befasst sich eine Forschergruppe mit Krankenakten um 1900 aus der psychiatrischen Universitätsklinik Gießen. Dabei wird analysiert, wie auffallendes Verhalten von Personen durch zum Beispiel Angehörige, Hausarzt oder Pflegepersonal wahrgenommen wurde.<sup>17</sup>

Im Rahmen des Verbundprojekts „Kulturen des urbanen Wahnsinns (1870-1930)“ geht es in dem Teilprojekt H unter anderem um geisteskranke Rückwanderer aus Amerika zwischen 1898-1914 und ihre Behandlung in der Hamburger Irrenanstalt Friedrichsberg.<sup>18</sup> Darüber gibt es mehrere Publikationen.<sup>19</sup> Das Teilprojekt D befasst sich mit Psychiatrischen Diagnosen

---

12 DFG HE 2220/6-2

13 Tagungsbericht Psychiatrische Krankenakten als Material der Wissenschaftsgeschichte. Methodisches Vorgehen am Einzelfall. 17.05.2007-19.05.2007, Berlin.

14 Schwoch 2009

15 Hahn 2009

16 DFG-Projekt „Krieg und medikale Kultur. Patientenschicksale und ärztliches Handeln im Zeitalter der Weltkriege (1914-1945)“ Projektleiter Michael Wirsching

17 DFG-Projekt „Normal oder verrückt? Aushandlungsprozesse und Grenzziehungen zwischen gesund und psychisch krank in Gießen und Oberhessen, 1895-1932“ Projektleiter Volker Roelcke

18 DFG-Projekt „Wahnsinn in Hamburg-psychische Devianz im Kontext kolonial-maritimer Urbanität (ca. 1890-1930)“ Projektleiter Heinz-Peter Schmiedebach

19 Zum Beispiel im *Medizinhistorisches Journal* 43 Heft 3+4 (Doppelheft), 2008 Die „geisteskranken Rückwanderer“ aus Amerika in der Hamburger Irrenanstalt Friedrichsberg 1909.

der Berliner Universitätsnervenklinik zwischen 1880 und 1930.<sup>20</sup> Und im Teilprojekt A geht es um den Umgang mit Kindern im Schwellenraum zwischen „gesund“ und „geisteskrank“ in Berlin und Brandenburg 1918-1933 mit dem Titel „Die Breite des Normalen“. Geleitet wird dieses Projekt von Thomas Beddies. Die Verbundprojekte betrachten den Zeitraum 1870-1930 in Hinblick auf Gesundheit und psychisch krank in einzelnen Gesellschaftsgruppen mit ihrer Wirkung auf die gesamt Bevölkerung. Die derzeit aktuellste Veröffentlichung dazu ist das Buch „Am Rande des Wahnsinns. Schwellenräume einer urbanen Moderne.“<sup>21</sup> Im Anhang A.4 befindet sich eine Liste aller Teilprojekte.

Im Hinblick auf die nur wenig publizierten deutschen Erfahrungen in der Bearbeitung und Auswertung von Krankenakten besteht ein Mangel an Vergleichszahlen.

Neben der Untersuchung und Auswertung der Krankenakten ist es auch erforderlich sich die Kinderklinik der Charité jener Zeit und ihre Vorgeschichte genauer anzusehen, um die Charité mit ihren Veränderungen besser einordnen zu können.

Wer hat die Kinderklinik der Charité zu dem gemacht, der sie damals war und heute ist? Es waren die einzelnen Mitarbeiter. Aber in der Öffentlichkeit standen die jeweiligen Direktoren. Unter Artikeln und in Büchern stand ihr Name. Also ist es sinnvoll sich die einzelnen Direktoren und ihre wissenschaftlichen Veröffentlichungen anzusehen. Eine Auflistung aller Kinderklinikdirektoren mit ihrer Wirkungszeit an der Charité befindet sich im Anhang A.2 Die beiden ersten Direktoren Stephan Friedrich Barez (1790-1856) und Hermann Friedrich Ludwig Ebert (1814-1872) traten wissenschaftlich wenig in Erscheinung.<sup>22</sup> Barez gab mit Heinrich Romberg (1795-1873) das „Journal für Kinderkrankheiten“ erstmals 1843 heraus.<sup>23</sup> Über Ebert findet man eine mehrbändige Mitschrift seiner Vorlesungen in der Berliner Universitätsbibliothek.<sup>24</sup> Eduard Henoeh<sup>25</sup> (1820-1910) veröffentlichte ein Buch „Beiträge

---

20 DFG-Projekt „Psychopathologische Grenzzustände als kultureller Schwellenraum“ Projektleiter Volker Hess.

21 Hess 2012

22 Grauel 2004, S. 902

23 Lennert 2005, Poster 1

24 Zweigbibliothek für Geschichte der Naturwissenschaften und Medizin der Berliner Universitätsbibliothek

25 Dunn, P.M.: Dr. Eduard Henoeh (1820-1910) of Berlin. Pioneer of German paediatrics. Archives of Disease in Childhood, 74 (1996). S. 149-150



zu Kinderheilkunde“ 1881.<sup>26</sup> Weiter publizierte er über die Purpura Schönlein-Henoch,<sup>27</sup> die er 1868 veröffentlichte und 1874 erweiterte. Zwischen 1881 und 1903 erschienen in elf Auflagen die „Vorlesungen über Kinderkrankheiten“, die man als sein Hauptwerk bezeichnen kann.<sup>28</sup> Dieses Lehrbuch wurde auch ins Englische, Französische und ins Italienische übersetzt. Die eigentliche naturwissenschaftlich orientierte Pädiatrie begann erst mit Otto Heubner<sup>29</sup> (1843-1926). Er veröffentlichte wichtige Ergebnisse zur Wirksamkeit des Diphtherieantitoxin-serums<sup>30</sup>, den Nachweis von Meningokokken, Arbeiten über Tuberkulose (Tbc), Scharlach und Keuchhusten. Weiterhin beschäftigte er sich mit umfangreichen Untersuchungen zum Stoffwechsel und Energieumsatz bei gesunden und kranken Säuglingen.<sup>31</sup> Dieses Forschungs-

---

26 Henoch 1881

27 Laut Pschyrembel ist die Purpura Schönlein-Henoch (Synonym für rheumatoide Purpura, Immunkomplexpurpura, hämorrhagischer Typ der Purpura anaphylactoides) eine Vaskulitis der kleinen Blutgefäße von Haut und Magen-Darm-Trakt mit Erkrankungsbeginn im Kindesalter. In den meisten Fällen heilt die Erkrankung folgenlos aus. Benannt ist sie nach den deutschen Ärzten Johann Lukas Schönlein (1793-1864) und Eduard Heinrich Henoch (1820-1910).

28 Ein Handbuch für Studierende

29 Gerhard Jaeckel: Die Charité. Die Geschichte eines Weltzentrums der Medizin. Ullstein, Frankfurt/M 1994.

Seidler 1972

30 Der Wirkungsmechanismus der passiven Impfung war damals nicht bekannt. Vgl. Hess 2008a, Heubner 1888, Throm 1995

31 Lennert 2005, Poster 3: Die Anfänge der Kinderheilkunde in Berlin

feld wurde von Adalbert Czerny<sup>32</sup> (1863-1941) fortgeführt. Er veröffentlichte mit Arthur Keller (1868-1934) das zweibändige Werk „Des Kindes Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie“<sup>33</sup> im Jahr 1906. Seine Auffassung zur Rachitis als Allgemeinerkrankung war zu dieser Zeit bahnbrechend. Darüber hinaus widmete er sich auch erzieherischen Problemen.<sup>34</sup> Von Adalbert Czerny ist ebenfalls eine Sammlung klinischer Vorlesungen über Kinderheilkunde überliefert, welche nach dem Zweiten Weltkrieg neu aufgelegt wurde.<sup>35</sup> Die Ernährung von Säuglingen machte Georg Bessau (1884-1944) zu seinem Forschungsgegenstand.<sup>36</sup> Seine Hauptaufgabe sah er darin, eine der Muttermilch adäquate Nahrung zu entwickeln. Während des Zweiten Weltkrieges und in der Nachkriegszeit konnte man an der Kinderklinik die Forschung nicht fortsetzen, da man damit beschäftigt war, den Stationsalltag aufrechtzuerhalten und eine fachgerechte Versorgung zu gewährleisten. Deshalb denke ich, dass man erst ab 1947 unter Karl Klinke<sup>37</sup> (1897-1972) wieder von Forschung<sup>38</sup> sprechen kann, da in den Kriegsjahren der wissenschaftliche Betrieb mit Zunahme der Kriegsschäden immer mehr beeinträchtigt wurde. Unter Karl Klinke erschienen die Monographien/Sammelwerke: „Probleme der ersten Lebensstage“<sup>39</sup> und „Diagnose und Klinik der angeborenen Herzfehler“<sup>40</sup>.

---

32 Stürzbecher, Manfred, „Czerny, Adalbert Marianus“, in: Neue Deutsche Biographie 3 (1957), S. 460 [Onlinefassung]; URL: <http://www.deutsche-biographie.de/pnd119061201.html>, 26.04.2011

33 Czerny 1907, Ein Handbuch für Ärzte.

34 Czerny 1908

35 Czerny 1942

36 Professorenkatalog der Universität Leipzig/Catalogus Professorum Lipsensis, Herausgegeben vom Lehrstuhl für Neuere und Neueste Geschichte, Historisches Seminar der Universität Leipzig. Link: [http://www.uni-leipzig.de/unigeschichte/professorenkatalog/leipzig/Bessau\\_15](http://www.uni-leipzig.de/unigeschichte/professorenkatalog/leipzig/Bessau_15) Datum: 12.04.2011

37 Grauel 2004, S. 907

38 Die methodische Suche nach neuen Erkenntnissen, ihre systematische Dokumentation und der damit verbundenen Veröffentlichung in Form von wissenschaftlichen Arbeiten, wird als Forschung bezeichnet.

39 Klinke 1961

40 Klinke 1950

Mit Fragen zur Immunhämatologie befasste sich Hartmut Dost (1910-1985).<sup>41</sup> Er publizierte unter anderen die Bücher: „Der Blutspiegel“<sup>42</sup> und „Grundlagen der Pharmakokinetik“<sup>43</sup>.

Seit dem 19. Jahrhundert beschäftigten sich zwei Einrichtungen mit der pädiatrischen Forschung: die Charité und das Kaiserin Auguste Viktoria Haus<sup>44</sup>. Vielfach tauschte man sich über die Ergebnisse aus oder arbeitete gemeinsam an Projekten. Nach dem Krieg wurde Berlin geteilt. Die Charité lag bekanntlich im sowjetischen Sektor und das Kaiserin Auguste Viktoria Haus (KAVH) im westlichen Sektor Berlins. Zum sowjetische Sektor gehören die Bezirke Pankow, Weißensee, Prenzlauer Berg, Mitte, Friedrichshain, Lichtenberg, Köpenick und Treptow. Und unter dem westlichen Sektor sind drei Sektoren zusammen gefasst. Zum amerikanischen Sektor zählen die Bezirke Neukölln, Kreuzberg, Tempelhof, Schöneberg, Steglitz und Zehlendorf. Der britische Sektor bestand aus den Bezirken Charlottenburg, Spandau, Tiergarten und Wilmersdorf. Und der französische Sektor beinhaltet die Bezirke Wedding und Reinickendorf. Aus politischen Gründen wurde infolge der Teilung eine Zusammenarbeit immer schwerer. Mit dem Bau der Mauer im Jahr 1961 brach der Kontakt fast vollständig ab.

Ende der 1960er Jahre gelang unter Josef Dieckhoff<sup>45</sup> (1907-1977) der Kinderklinik in Zusammenarbeit mit der Greifswalder Hautklinik die Entwicklung der ersten phenylalaninarmen Nahrung. Des Weiteren publizierte Josef Dieckhoff: „Kurzgefasstes Lehrbuch der Pädiatrie“<sup>46</sup>, „Pädiatrie und ihre Grenzgebiete“<sup>47</sup> und das „Lehrbuch der Pädiatrie“<sup>48</sup>.

Die Patientenversorgung und die Lehre standen letztendlich mehr im Vordergrund als die Forschung, was sich aus der geringen Zahl der Veröffentlichungen ableiten lässt. Es gab zwar

---

41 Grauel 2004, S. 907

42 Kinetik der Konzentrationsabläufe in der Kreislaufflüssigkeit; Dost 1953

43 Dost 1968

44 Ballowitz 1989

45 Professorenkatalog der Universität Leipzig/Catalogus Professorum Lipsensis, Herausgegeben vom Lehrstuhl für Neuere und Neueste Geschichte, Historisches Seminar der Universität Leipzig. Link: [http://www.uni-leipzig.de/unigeschichte/professorenkatalog/leipzig/Dieckhoff\\_1155](http://www.uni-leipzig.de/unigeschichte/professorenkatalog/leipzig/Dieckhoff_1155), 26.04.2011; Gladtske, E., Prof. Dr. Josef Dieckhoff verstorben, in: Monatsschrift Kinderheilkunde 126 (1978), S. 102.

46 Dieckhoff 1963

47 Dieckhoff 1965

48 Dieckhoff 1966

gute Ansätze, wie zum Beispiel ein Forschungsstudium für geeignete Studenten, welches auf eine wissenschaftliche Laufbahn als Arzt vorbereiten sollte, aber dies wurde in den 1980er Jahren im Zuge von Reformen abgeschafft. Acht Jahre nach dem „Mauerfall“ fusionierte die medizinische Fakultät der Humboldt-Universität und das Virchow-Klinikum der Freien Universität zum „Universitätsklinikum Charité, Medizinische Fakultät der Humboldt-Universität zu Berlin“. Durch das Vorschaltgesetz<sup>49</sup> zum Gesetz über die Umstrukturierung der Hochschulmedizin<sup>50</sup> im Land Berlin im Jahr 2003 wurde auch das „Universitätsklinikum Benjamin Franklin“ der Freien Universität in die Fusion einbezogen, so dass die „Charité - Universitätsmedizin Berlin“ entstand, eine der größten Kliniken Europas. Neben den strukturellen und personellen Veränderungen wurde auch der Hauptsitz der Kinderklinik neu festgelegt. Der Grundstein für ein neues modernes Zentrum für Kinderheilkunde wurde im Dezember 1989 im Rudolf-Virchow-Klinikum gelegt. Es sollten die Kinderkliniken des traditionsreichen Kaiserin Auguste Viktoria Hauses und des ehemaligen Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Krankenhauses<sup>51</sup> zusammengefügt werden. Durch das Hinzukommen der Kinderkliniken der Charité reichte der Platz nicht mehr aus. So verblieb die Klinik für Neonatologie noch für einige Jahre am Standort der Charité. Es war zu erwarten, dass die Zusammenfügung von Kliniken so unterschiedlicher Traditionen, verbunden mit Schließungen und Kündigungen, nicht ohne Reibungen verlaufen würde. Auch heute wird dort geforscht. Beispiele sind die Partizipation am Nationalen Genomforschungsnetzwerk (NGFN2) des BMBF (Adipositas) und die Beteiligung an der Nachwuchsgruppe Megakaryopoese.<sup>52</sup>

---

49 laut Gabler Wirtschaftslexikon: „Bezeichnung für ein Gesetz, in dem ein Teil eines größeren Gesetzgebungsvorhabens vorweg geregelt wird, z.B. bei bes. Dringlichkeit.“

50 Gesetz- und Verordnungsblatt, 59. Jahrgang, Nr. 20 vom 31.Mai 2003, A3227A, Vorschaltgesetz zum Gesetz über die Umstrukturierung der Hochschulmedizin im Land Berlin (HS-Med-G) vom 27. Mai 2003, „Ziel dieses Gesetzes ist es, im Land Berlin die medizinischen Fakultäten beziehungsweise Fachbereiche der Hochschulen neu zu ordnen. Dabei sind wissenschaftliche und medizinische Exzellenz sowie wirtschaftliche Krankenversorgung und ein effektiver Einsatz der Mittel für Lehre und Forschung zu sichern. Es trat am 01.06.2003 in Kraft.“

51 Reinickendorfer Strasse in Berlin Wedding

52 Mehr ist auf der Internetseite <http://www.ohc-charite.de/forschung.shtml> nachzulesen. Webseite zuletzt besucht am 21. Januar 2011

## 1.3 Material

Die hier untersuchten Akten wurden im Frühjahr 2003 beim Umzug der Kinderklinik der Charité auf das Rudolf-Virchow-Gelände und dem anschließenden Renovierungsbeginn des alten Hauses der Kinderklinik im Heizungskeller gefunden und vor der Aktenvernichtung bewahrt.<sup>53</sup> Nach erster Sichtung wurden diese in das Archiv des Kaiserin Auguste Viktoria Hauses (KAVH) in Berlin überführt.<sup>54</sup> Das KAVH-Archiv ist inzwischen in das Universitätsarchiv der Humboldt-Universität zu Berlin integriert.

Die Krankenakten der Jahrgänge von 1941 bis 1948 wurden analysiert und in einer relationalen Datenbank erfasst. Um Aussagen darüber zu treffen, wie viele Akten (entspricht aufgenommenen Patienten) es im betrachteten Zeitabschnitt gab und wie viele von diesen nicht mehr vorhanden sind, wurde wie folgt vorgegangen:

Als Ordnungsmerkmal konnte man jeweils das Abschlussjahr in Verbindung mit einer aufsteigenden Abschlussnummer je Akte heranziehen, da dieses Paar in aller Regel nur einmal vergeben wurde.<sup>55</sup> In den Jahren 1942 bis 1948 wurden die Abschlussnummern stetig in chronologischer Weise bis jeweils Ende Dezember vergeben. Dabei fällt auf, dass zum Jahresende Abschlussnummern bei Akten vergeben wurden, die aufgrund des Entlassungsdatums sich hätten niedriger „einreihen“ müssen. Vermutlich wurden alle Akten (Bearbeitungsrückstände) zum Jahresende einsortiert. Im Jahr 1941 enden die Akten am 25.10.1941 Die bis dorthin stetig vergebene Abschlussnummer lautet 1010. Extrapoliert man dies bis zum Jahresende (unter der Annahme gleichverteilter Patientenaufnahmen) so kommt man rechnerisch auf eine zu erwartende Zahl an Patienten von 1241.<sup>56</sup>

Die letzte Abschlußnummer korreliert also mit der Anzahl der in diesem Jahr aufgenommenen Kinder, wenn man die Anzahl der zum Jahreswechsel behandelten Kinder als gleichbleibend annimmt. Die Tabelle 1.1 zeigt die mutmaßliche Zahl der pro Jahr archivierten Akten, die

---

53 Herr Grauel wurde dadurch auf sie aufmerksam.

54 Heubnerweg 6, D-14059 Berlin

55 Als Abschlußnummer bezeichne ich den vom Archiv der Kinderklinik vergebenen Numerus Currens, nach dem die Akten vermutlich abgelegt wurden (vgl. hierzu das Archiv der Psychiatrischen Nervenlinik, Hess-Ledeber 2011). Dafür spricht auch, dass im Jahr 1945 verhältnismäßig viele Akten ohne Abschlußnummer blieben.

56  $1241 \text{ Akten} = 1010 \text{ Akten} * 365 / 297$ ; der 25. Oktober ist der 297. Tag in einem Jahr (Ausnahme: Schaltjahre; dann ist es der 298. Tag)

Anzahl der heute überlieferten und der sich daraus ergebenden fehlenden Akten. Ein Schwund bis zu 20 Prozent gilt als „normal“.<sup>57</sup> Es gibt mehrere Erklärungen für fehlende Akten (siehe Kapitel 2.1.3). Wie man aus der Tabelle 1.1 entnehmen kann, sind die Akten aus den Jahren

**Tabelle 1.1:** Nicht mehr verfügbare Akten je Jahrgang.

<b>Jahr</b>	<b>Höchste Abschlussnummer</b>	<b>Erhaltene Akten</b>	<b>Fehlende Akten</b>	<b>Relativer Bestand der vorhandenen Akten</b>
1941	1010 (1241*)	719	-522	57,9%
1942	1473	1075	-398	73,0%
1943	1161	1133	-28	97,6%
1944	763	752	-11	98,6%
1945	751 (806**)	806	0	100%
1946	437	424	-13	97,0%
1947	553	534	-19	96,6%
1948	657	574	-83	87,4%
<b>Summe</b>	<b>7091</b>	<b>6017</b>	<b>-1074</b>	<b>84,9%</b>

\* die erhaltenen Akten für das Jahr 1941 enden am 25.10.1941 bei der Anschlussnummer 1010; rein rechnerisch ergeben sich damit 1241 anzunehmende Akten  
 \*\* da insgesamt 806 Akten für 1945 vorhanden sind, wurde die zur erwartende Abschlussnummer auf 806 „festgesetzt“

1943 bis 1947 nahezu vollständig erhalten geblieben; dagegen fehlte etwas weniger als die Hälfte der Akten aus dem Jahr 1941. Auffällig ist das Jahr 1945: dort gibt es 85 Akten ohne Abschlussnummer.<sup>58</sup> Bei genauer Betrachtung fiel auf, dass die Mehrzahl dieser Akten den Monat März mit 21 Akten betraf, gefolgt von Februar mit 13, Januar und April mit jeweils zehn Akten. Von den 85 Patienten lagen 54 in der Außenstelle Buch, bei 30 weiteren Patienten ist die Unterbringung unbekannt (ob in der Charité in Mitte oder Buch) und bei einem Patienten ist es sicher, dass er in der Charité gelegen hat. Warum die Abschlussnummern fehlen, darüber kann man nur spekulieren. Laut einem Gespräch mit Ludwig Grauel (1935-2005) vermutete er bei 10 Akten im Jahr 1945, dass es an diesen Patienten Versuche

57 Beddies 2010

58 Nur das Abschlussjahr ist vermerkt.

gegeben haben könnte. Diese Akten wurden von ihm persönlich bearbeitet.<sup>59</sup> Er leitete dieses Projekt bis zu seinem Tode im Jahr 2005.

Nach der vollständigen Aufnahme der vorhandenen Akten in die Datenbank und der Feststellung des relativen Anteils der vorhandenen Akten von etwa 85 Prozent liegt hier eine sehr gute Ausgangsbasis für eine statistische und quantifizierende Auswertung vor. Mit Blick auf die Quellenbasis anderer Projekte, wie beispielsweise dem DFG Projekt über die Krankenakten der Wittenauer Heilstätten mit einem relativen Anteil erhaltener Akten von 70,1 Prozent (Beddies 1999, S. 31), kann hier von einem gut erhaltenen Bestand gesprochen werden.

## 1.4 Gang der Darstellung

In dem folgenden Kapitel 2 befasse ich mich mit den allgemeinen Voraussetzungen für die Bearbeitung des Aktenmaterials und dem Aufbau der damaligen Krankenakte. Auch soll das Quellenmaterial eingehender betrachtet und die Datenbank vorgestellt werden.

Weiter gehe ich auf die Aspekte des allgemeinen Datenschutzes und die Gründe für die Anonymisierung der Patientennamen ein. Das Kapitel 2.1.3 beschäftigt sich mit der Frage der Einschränkungen in der Genauigkeit bei der Aktenbearbeitung. Außerdem soll noch das Problem der Repräsentierbarkeit diskutiert werden. Wie bereits erwähnt, sind 85 Prozent der Akten erhalten und konnten in die Auswertung einbezogen werden. Auch bei der Transkription der Daten sind Fehler möglich. Gerade die Entzifferung der alten deutschen Handschrift kann schnell zu Lese- und Übertragungsfehlern führen, da damals Kurrent- und Sütterlinschrift verwendet wurde.

Im nächsten Unterkapitel 2.2 beschreibe ich die Akte sowie deren Attribute, die ich für die Auswertung in die Datenbank übernommen habe. Eine Akte umfasst grundsätzlich das Hauptblatt mit den Identifikations- und Ordnungsmerkmalen sowie eine Zusammenfassung der Krankengeschichte. Auf der zweiten Seite standen die Anamnese und die bis dahin durchgeführten Behandlungen. Der Innenteil der Akte konnte aus dem Kurvenblatt,

---

<sup>59</sup> Die Akten befinden sich im Universitätsarchiv der Humboldt-Universität zu Berlin. Die Akten wurden in Beddies 2004 als eine Quelle für menschliche Versuchsobjekte im Zweiten Weltkrieg verwendet.

Befundscheinen und Briefkorrespondenzen bestehen, wobei die Korrespondenz Schreiben an und von den Eltern, Berichte der einweisenden und vorbehandelnden Ärzte oder sogar Stellungnahmen und Mitteilungen von kommunalen Einrichtungen wie zum Beispiel dem Gesundheitsamt beinhaltet. Zu den Befundscheinen gehörten unter anderem Untersuchungsscheine von Abstrichen, Autopsieberichte, sofern eine Autopsie durchgeführt wurde und Ernährungskurven. Diese Kurven wurden nur bei Neugeborenen in der Akte geführt. Selten wurden auch Fotos, Röntgenaufnahmen, Röntgenbefundscheine oder der Serologieschein beigelegt. Bei Entlassung gegen den ärztlichen Rat fand sich in der Akte i.d.R. ein Schreiben der Eltern.

Das darauf folgende Kapitel 2.3 befasst sich mit der Datenerfassung. Zur Aufnahme der Daten wurde eine Datenbank verwendet, deren Struktur im Anhang A.3 ersichtlich ist. Die Daten wurden kodiert, um die Verarbeitung zu erleichtern, eine Gleichheit der Bearbeitung zu erzielen und die Privatsphäre des Patienten zu schützen. Jede aufgenommene Akte bekam eine laufende Nummer.

Dokumentiert wurden die wichtigsten Identifikationsdaten eines Patienten, wie das Aufnahme- und Abschlussjahr/ -nummer, Initialen (siehe Kapitel 2.1.2 Anonymisierung), Geburtstag und das Geschlecht. Für die Aufnahme des Wohnortes wurden fünf Gruppen verwendet: Innenstadtbereich mit Postleitzahl (Wohnort 1), Außenbezirke (Beispiel: Neukölln) von Berlin (Wohnort 2), Orte im S-Bahn-Einzugsbereich (Beispiel: Potsdam oder Strausberg) oder an Berlin angrenzende Vororte (Beispiel: Zeuthen) (Wohnort 3), aus dem fernerem Umland oder aus der Reichsgegend (Beispiel: Rostock) (Wohnort 4) und Kinder aus Flüchtlingslagern oder Bunkern (Wohnort 5). Es wurden die administrativen Stationsdaten notiert: Stationsnummer (1 bis 9), ob das Kind im Krankenhaus Buch gelegen hat, Aufnahmearzt, -datum, -alter (errechnet durch Differenz zwischen dem Geburtsdatum und dem Aufnahmedatum in Tagen), Entlassungsarzt, -art (1=geheilt; 2=gebessert; 3=ungeheilt; 4=verstorben; 5=gegen ärztlichen Rat) sowie -datum, die Aufenthaltsdauer (Differenz in Tagen zwischen Aufnahme- und Entlassungsdatum), ob ein Patient verstorben ist und wenn ja, ob eine Autopsie durchgeführt wurde und die Diagnosen (Hauptdiagnose, welche therapiert wurde und mögliche Nebendiagnosen).

Im Abschnitt 2.4 werde ich kurz auf die Entwicklung unseres heutigen Diagnoseschlüssels eingehen, die Einteilung der Diagnosen mit dem Problem der Interpretation von Diagnosen erläutern und die Therapieformen nennen. Detailliertere Ausführungen werden in zwei



separaten Dissertationen vorgenommen. Alle Diagnosen wurden in die Diagnosegruppen 1 bis 22 verschlüsselt (siehe Tabelle 4.1).

Weltweit wird heute in der Medizin der Diagnoseschlüssel ICD-10 verwendet.<sup>60</sup> Die Anfänge der Klassifikation, welche als Vorläufer der ICD-Klassifikation gelten, begannen im frühen 19. Jahrhundert (näheres im Kapitel 2.4).<sup>61</sup> Inwieweit sie damals in Deutschland und besonders in dem von mir betrachteten Zeitraum verwendet wurden, ist unklar. Sicher ist, dass es bis 1938 ein Reichsdiagnoseschema für das Kaiserin Auguste Viktoria Haus gab.<sup>62</sup> Die Verschlüsselungen vom Kaiserin Auguste Viktoria Haus stimmte nicht mit jener der Kinderklinik der Charité überein. Es ist jedoch anzunehmen, dass es eine Verschlüsselung an der Charité gab. Durch die Nichtkenntnis des Diagnoseschlüssels zu Beginn der Bearbeitung der hier vorliegenden Akten, sah sich die Doktorantengruppe gezwungen, eigene Klassen zu bilden. Die Einteilung der 22 Krankheitsgruppen ist im Kapitel 2.4 vorzufinden.

In den Unterkapiteln „Diagnostik und Therapieformen“ beschreibe ich kurz, was wir in die Datenbank aufgenommen haben, um diagnostische Methoden und Therapieformen sowohl qualitativ als auch quantitativ analysieren zu können. Gezählt wurden beispielsweise alle Blutbilder (BB), Harnuntersuchungen, Röntgen-Untersuchungen und Blutsenkungsgeschwindigkeitsuntersuchungen (BSR). Auch wurden alle Mikrobiologie-/Serologieuntersuchungen notiert und dabei in fünf Untersuchungen klassifiziert: (Typhus, Ruhr, Diphtherie, Streptokokken und Tuberkulose). Bei den Therapieformen dokumentierten und zählten wir alle Therapien mit Sulfonamid-Antibiotika, Bluttransfusionen, Plasmatransfusionen, Salz-Glukose-Lösungen und Sonstiges.

Im Kapitel 3 „Statistische Untersuchung des Kriegseinflusses auf den Klinikalltag“ gebe ich einen kleinen geschichtlichen Abriss über die Kinderklinik der Charité. Dies soll helfen, die Akten in die Zeit einzuordnen. Beginnend im Jahr 1710 wurde ein Pesthaus errichtet, welches 1727 in ein Bürgerhospital umgewandelt wurde und dabei den Namen Charité erhielt. Im Jahr 1810 gründete man die Friedrich-Wilhelm Universität. In der Charité wurde die

---

60 International Classification of Diseases, übersetzt: Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme im Deutschsprachigen Raum; 10. Ausgabe des Deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)

61 <http://www.who.int/classifications/icd/en/HistoryOfICD.pdf>, 24.03.2005, 10h

62 Schildbach 1989

erste stationäre Kinderabteilung mit 30 Betten im Jahr 1829 eingerichtet. In der 2. Hälfte des 19. Jahrhunderts entwickelte sie sich dann zu einer eigenen Kinderklinik der Charité mit internationalem Ruf. Während des Zweiten Weltkrieges erlitt die Kinderklinik schwere Bauschäden; Häuser wurden zerstört und man wick in Notunterkünfte wie S-Bahn-Bögen oder in noch leer stehende intakte Keller aus. Nach der Kapitulation des Dritten Reiches im Jahr 1945 erfolgte der Wiederaufbau. Im Oktober 1946 eröffnete wieder eine Bettenstation in der Scharnhorststraße mit einer Kapazität von 50 Betten. Es erfolgte der stetige Aufbau der Kinderklinik auch in der DDR. Nach dem „Fall der Mauer“ im Jahr 1989 und der darauf folgenden Wiedervereinigung Deutschlands erfolgte im Rahmen der Reorganisation der Berliner Hochschulmedizin die Zusammenlegung der Kinderkliniken, Kaiserin Auguste Viktoria Haus in der Reinickendorfer Straße, die Kinder- und Jugendpsychiatrie aus der Plantanentallee, beide waren seinerzeit der Freien Universität zu Berlin angehörig und der Kinderklinik der Charité. Im Jahr 1999 entstand so schließlich das Otto-Heubner-Centrum für Kinder- und Jugendmedizin der Charité.

Es erfolgte in den nächsten Unterkapiteln eine Datenanalyse unter verschiedenen Gesichtspunkten, und es wurde der Versuch unternommen, einen möglichen Einfluss des Krieges auf die alltägliche Arbeit der Kinderklinik der Charité anhand einer zeitlichen Analyse aufzuzeigen. Nach der Betrachtung der behandelnden Ärzte und deren Beschäftigungszeit wurden die Patientenaufnahmen und deren Wohnorte näher untersucht sowie die Mortalität und Letalität einzelner Krankheiten dargelegt. Für die Analyse der Diagnosen und Therapieformen sei hier auf die zwei separaten Dissertationen im gleichen Kontext verwiesen.

Die Situation der Kinderärzte stellte sich zu Beginn der Machtübernahme des NS-Regimes im Jahr 1933 mit 1418 registrierten Kinderärzten in Deutschland so dar,<sup>63</sup> dass mehr als die Hälfte der Pädiater (circa 55 Prozent) jüdischen Glaubens oder jüdischer Abstammung waren. Durch den endgültigen Approbationsentzug für jüdische Ärzte nach dem 01. Oktober 1938 kam es zu einem Mangel an (Kinder-)Ärzten, der sich durch den Kriegsdienst der verbliebenen Ärzte noch verstärkte. Dies und die Situation der Ärzte/Ärztinnen in der Nachkriegszeit werden im Kapitel 3.2 behandelt. Dabei richtet sich die Aufmerksamkeit auch auf mögliche Verstrickungen der Ärzteschaft in Gewaltverbrechen während der Nazidiktatur

---

63 Seidler 2000, S.9

sowie auf die Analyse der Anzahl gleichzeitig beschäftigter Ärzte über den betrachteten Zeitraum (zeitweilig nur noch fünf anstatt dreizehn Ärzte in der Kinderklinik) und deren Beschäftigungszeit/Fluktuation. Hierbei wird dargestellt, wie viel männliche und weibliche Ärzte an der Kinderklinik der Charité arbeiteten. Es zeigt sich, dass im Verhältnis mehr Ärztinnen als Ärzte an der Kinderklinik tätig waren.

Um einen guten Überblick über die Behandlungseffizienz und die Mindestzahl an Betten an der Kinderklinik zu erlangen, wurde die Aufnahmezahl von Patienten im Verhältnis zu deren Aufenthaltsdauer analysiert (Unterkapitel 3.3). Bei der Betrachtung des Geschlechterverhältnisses zeigte sich, dass immer mehr Jungen als Mädchen aufgenommen wurden. Weiter ließ sich dokumentieren, dass die Aufnahmezahlen während des Krieges leicht stiegen und erst ab 1946 wieder abfielen.<sup>64</sup> Bei der Betrachtung der täglichen Bettenbelegung über den gesamten Zeitraum zeigte sich, dass maximal 198 Kinder zeitgleich in der Kinderklinik behandelt wurden.

Im Unterkapitel 3.4 „Wohnorte der Patienten“ versuche ich den Einzugsbereich der Kinderklinik zu rekonstruieren. Es wurden fünf Bereiche von Wohnorten klassifiziert. Die Kreisdiagramme (Abbildung 3.5) zeigen die Wohnorte der Kranken, differenziert nach den Aufnahmejahren. Die entsprechenden Werte befinden sich im Anhang in der Tabelle A.12

Das Unterkapitel 3.5 „Mortalität und Letalität“ betrachtet die Sterblichkeit an der Kinderklinik.

Bevor ich mit der Analyse beginne, gebe ich einen kleinen Überblick über den Gesundheitszustand der Bevölkerung in Deutschland im betrachteten Zeitraum. Es werden insbesondere die absoluten Sterbezahlen pro Jahr, sie geben an, wie viele Kinder in diesem Jahr gestorben sind und die Sterblichkeit je Diagnose (Letalität) und je Altersgruppe betrachtet. Dabei wurden Altersgruppen separat untersucht.

Die Neugeborenen von ein bis 28 Tagen machten bis 1944 den Hauptanteil an der Sterblichkeit aus. 1946 sank deren Sterblichkeit auf 44 Prozent. Das kann durch den Wiederaufbau und der damit verbesserten Versorgung von Schwangeren und Neugeborenen bei der Ge-

---

<sup>64</sup> Aufnahmezahlen: 1941=718; 1942=1075; 1943=1129; 1944=751; 1945=806; 1946=423; 1947=534; 1948=547

burt bedingt sein. Die sinkenden Aufnahmezahlen wirken sich hierbei in Bezug auf das Arzt/Medikament/Nahrung-je-Patienten Verhältnis begünstigend aus. Bei der Betrachtung des gesamten Zeitraumes fällt auf, dass die Sterbezahlen in den Gruppen Neugeborene und Säuglinge am höchsten sind. Anzunehmen ist, dass diese Patientengruppe am ehesten unter den Versorgungsdefiziten zu leiden hatte. Bei den Säuglingen kommt, nach dem Abstillen, die erhebliche Gefährdung durch Durchfallerkrankungen hinzu. In den Kriegszeiten waren sie dadurch stärker gefährdet, was durch die erhobenen Daten gezeigt wird.

Für die Untersuchungen der relativen Letalität bei ausgewählten Diagnosegruppen, also die Sterblichkeit bezüglich einer Diagnose, wurden die häufigsten Diagnosen, eine genauere Auflistung befindet sich im Anhang A.7, in Betracht gezogen: Diagnose 1 (akute Ernährungsstörung), Diagnose 3 (Diphtherie), Diagnose 8 (Neugeborene), Diagnose 11 (Atemtrakt), Diagnose 13 (chronische innere Krankheiten) und Diagnose 17 (Chronische ZNS-Erkrankungen). Über die Jahre gesehen, besaß die Diagnose 8 eine hohe Letalität. Im Durchschnitt betrug sie 55 Prozent mit einem Maximum von 67 Prozent im Jahr 1941 und einem Minimum von 38,5 Prozent im Jahr 1944. Bei anderen Diagnosen zeigt sich durchweg eine geringe Letalität mit einem Anstieg im Jahr 1945. Anhand der dokumentierten Daten kann man den Einfluss des Krieges auf die Letalität verdeutlichen. Die Diagnosen zeigen über den gesamten Zeitraum stabile Wahrscheinlichkeiten an der Erkrankung zu versterben. In der Zeit während des unmittelbaren in Berlin stattfindenden Krieges verdreifachte sich die Letalität, was ein starkes Indiz für dessen Einfluss darstellt. Ausnahme bildet hier die Diagnose 8, die durchweg eine hohe Letalität besaß.

Nach der hier erfolgten Zusammenfassung der wichtigen Fakten aus den Kapiteln zwei und drei folgt nun die detaillierte Darstellung in den jeweiligen Kapiteln.

## 2 Methode und Datenerhebung

In diesem Kapitel beschreibe ich das Material und die allgemeinen Voraussetzungen für die Bearbeitung der Akten eingehend und erörtere Probleme bei der Auswertung. Hierbei wird insbesondere gezeigt, wie eine Akte aufgebaut ist und wie die gewonnenen Fakten in eine Datenbank aufgenommen wurden.

### 2.1 Generelle Gesichtspunkte bei der Datenerhebung

Dieser Abschnitt befasst sich mit Aspekten des allgemeinen Datenschutzes, der Anonymisierung der Patientendaten und die Art der Einschränkungen, die sich daraus bei der Bearbeitung ergeben haben.

#### 2.1.1 Datenschutz

Datenschutz in seiner heutigen Form existiert erst, seit es elektronische Datenverarbeitung in größerem Umfang gibt. Seit Anfang der 1960er Jahre führten die Pläne der USA zu einer weltweiten Debatte über Datenschutz. Als erstes Bundesland der Bundesrepublik Deutschland verabschiedete Hessen im Jahr 1970 ein Landesdatenschutzgesetz. Bis 1981 waren dann für alle Bundesländer Datenschutzgesetze beschlossen.<sup>65</sup> Verfassungsrang hat der Datenschutz in der Bundesrepublik Deutschland seit 1983 als das Bundesverfassungsgericht die so genannte informationelle Selbstbestimmung aus dem Recht auf freie Entfaltung der Persönlichkeit ableitete (Art. 2 GG). In der DDR kam eine Diskussion um Datenschutz nicht auf. Datenschutz und totalitäre Diktaturen sind ein Widerspruch in sich, da es sich

---

<sup>65</sup> Schaar 2007 S. 19ff; GDD 2002

um ein bürgerliches Freiheitsrecht gegenüber dem Staat handelt. Solche Rechte verweigern üblicherweise Staaten, die möglichst alle Bürger und ihre Aktivitäten lückenlos registrieren oder sogar überwachen möchten. Insofern hat es im Nationalsozialismus oder auch im sozialistischen Staat so etwas wie Datenschutz im heutigen Sinne nicht gegeben (sonst hätte man z.B. Juden gar nicht so lückenlos identifizieren und vernichten können).

Wie die Aufbewahrung von Patientenkarteien gehandhabt wurde, lässt sich schwer sagen. Ich vermute mit Blick auf die hier vorliegenden Akten, dass Aufbewahrungspflichten, sollten sie existiert haben, in der täglichen Praxis angesichts der Kriegsumstände wenig(er) Beachtung fanden, es sei denn, man benötigte die Daten für die eigene Forschung.

Laut der Berliner „Krankengeschichtenverordnung“ vom 24. Oktober 1984 wurden und werden Krankenakten von Patienten, die sich einer stationären Behandlung unterzogen haben, mindestens 30 Jahre aufbewahrt.<sup>66</sup> Im §6 Aufbewahrungsfristen, Ablage und Vernichtung der Krankengeschichten wird festgelegt, dass

1. Krankengeschichten von im Krankenhaus verstorbenen Erwachsenen zehn Jahre,
2. von im Krankenhaus verstorbenen Minderjährigen zwanzig Jahre,
3. in allen übrigen Fällen dreißig Jahre aufbewahrt werden.

Dabei beginnt die Aufbewahrungsfrist mit dem Ablauf des Entlassungs- oder Todesjahres.

Nach Ablauf gelten die üblichen Regelungen für personenbezogene Daten. Die dreißigjährige Lagerungsfrist für die Akten im Zeitraum 1941 bis 1948 der Kinderklinik der Charité ist augenscheinlich abgelaufen. Damit das Krankenaktenmaterial unter das Archivgesetz des Landes Berlin (ArchGB vom 29. November 1993) fällt,<sup>67</sup> stellt sich die Frage, inwieweit die Krankenakten Fakten liefern, die entscheidend für die Bearbeitung sozialwissenschaftlicher und historischer Fragestellungen geeignet sind. Auf diese Weise soll gewährleistet werden,

---

66 Verordnung über Führung, Inhalt und Aufbewahrung von Krankengeschichten in Krankenhäusern (Krankengeschichtenverordnung - KgVO) vom 24. Oktober 1984 (GVBL: 1984, S. 1627), §§2 und 6

67 Gesetz über die Sicherung und Nutzung von Archivgut des Landes Berlin (GVBL.1993, S. 576)

dass das Archivgut für die wissenschaftliche Forschung nutzbar ist und bleibt.<sup>68</sup>

Die hier vorliegenden Akten der Charité erfüllen die Voraussetzung nach dem Archivgesetz. Sie enthalten Fakten, die eine wissenschaftliche Bearbeitung sinnvoll machen. Die Krankenakten der Kinderklinik der Charité im Zeitraum 1941-1948 spiegeln nicht nur die medizinische Behandlung von Kindern an der Charité zu dieser Zeit wieder, sondern zeigen indirekt auch den Kriegseinfluss auf die Krankenversorgung in Berlin. So kann man diese Krankenakten als geschichtliche Quellen bezeichnen. Folglich sind sie von medizingeschichtlichem und historischem Wert.<sup>69</sup>

### 2.1.2 Anonymisierung

Da es sich bei dieser Untersuchung um patientenbezogene Akten (beziehungsweise besonders schutzwürdige (personenbezogene) Daten nach der Definition des derzeitigen Datenschutzgesetzes), also Einzelangaben über persönliche und sachliche Verhältnisse einer bestimmten oder einer bestimmbar Person, handelt, ist die Bearbeitung und Auswertung mit Einschränkungen behaftet. Allgemein gilt, dass eine elektronische Speicherung und Auswertung der Akten nur mit einer Zustimmung des Patienten oder bei Verstorbenen bis zu 10 Jahre nach dem Tod mit einer Zustimmung der Angehörigen zulässig ist. Bei nicht bekanntem Todeszeitpunkt eines Patienten endet diese Schutzfrist 90 Jahre nach der Geburt, bei fehlendem Geburtsdatum 70 Jahre nach Anlage der Akten. Da diese Fristen für unsere Akten noch nicht abgelaufen sind, haben wir sämtliche patientenbezogenen Fakten kodiert beziehungsweise verschlüsselt. Dabei sind wir wie folgt vorgegangen: Bei Namen wurden nur die Initialen verwendet. Aus den angenommenen Daten in der Datenbank ist ohne Vergleich mit der Akte kein Rückschluss auf einen spezifischen Patienten möglich. Die Daten liegen ausreichend anonymisiert vor und sind auch nur in dieser Form in die Auswertung eingegangen.

---

68 Das Gesetz über die Sicherung und Nutzung von Archivgut des Landes Berlin vom 29. November 1993 besagt im § 3 Archivgut, Absatz 2: „Archivwürdig sind Unterlagen, die für die wissenschaftliche Forschung, die Aufklärung und das Verständnis von Geschichte und Gegenwart bleibenden Wert haben, sowie solche, deren Aufbewahrung zur Sicherung berechtigter Belange oder zur Bereitstellung von Informationen für die Gesetzgebung, Rechtsprechung oder Verwaltung unerlässlich ist oder die auf Grund von Rechtsvorschriften dauernd aufbewahrt werden müssen.“

69 Wischnath 1998

### 2.1.3 Einschränkungen der Genauigkeit

Wie bereits erwähnt ist die Lagerung von Patientenakten aus Datenschutzgründen nur 30 Jahre erforderlich (siehe Kapitel 2.1.1). Warum diese Akten im Heizungskeller und nicht in einem Archiv eingelagert wurden, ist heute nicht mehr nachvollziehbar. Eine Erklärung wäre, dass sich unter den zerstörten Häusern auch das Archiv befand und die Akten nur notfallmäßig im Heizungskeller zwischengelagert wurden, dann aber in Vergessenheit gerieten. Eine andere Erklärung könnte sein, dass die Akten zunächst zwischengelagert wurden, als die Kinder in die Notunterkünfte verlegt wurden. Beim späteren Neubau der Kinderklinik der Charité und des Archives galten die Akten als verloren, da es im Haus des Heizungskellers Wasserschäden gab.

Es ist kein kompletter Aktenbestand erhalten geblieben (siehe Kapitel 1.3); Gründe dafür können nur vermutet werden. Einzelne Akten können lediglich verlegt sein, wenn ein Patient zum zweiten Mal aufgenommen wurde. Dann wurde die frühere Akte in die aktuell angelegte Akte mit hineingelegt. Der Verlust einzelner Akten lässt sich damit leicht erklären. Komplizierter wird es, wenn es sich um fehlende Aktenpakete, also mehr als 7 aufeinander folgende Akten, handelt. Der Zustand der Akten zeigt einen starken Wasserschaden, der vermutlich durch einen Wasserrohrbruch entstand. Dabei können auch ganze Pakete von Akten vernichtet worden sein. Weiter kann ich nicht ausschließen, dass der Heizungskeller nicht die erste Lagerungsstelle für die Akten war. So können durch das Umlagern von Akten von einem Lager zum anderen Kisten vergessen, zerstört, falsch abgelegt oder falsch beschriftet worden sein. Und dadurch gelten sie für mich als verloren. Eine detaillierte Aufschlüsselung der fehlenden Akten über die Jahre befindet sich im Anhang A.3.

Zusammenfassend sind folgende Möglichkeiten vorstellbar:

- (1) Vernichtung durch Wasserrohrbruch,
- (2) absichtliches Entfernen der Pakete durch das damalige Personal,
- (3) Vernichtung durch einen Bombenschlag,
- (4) falsche Ablage infolge der chaotischen Kriegszustände oder
- (5) falsche Beschriftung der Aktenkisten.

Beim Bearbeiten sind Akten aufgefallen, die keine Abschlussnummer tragen. Zumeist ist der Jahrgang 1945 davon betroffen. Entweder wurden sie angesichts der Zeitumstände schlicht vergessen (scheint am wahrscheinlichsten) oder absichtlich nicht vergeben. Auch wurde





das Archiv durch die Bombenangriffe in Mitleidenschaft gezogen, was eine Archivierung erschwerte.

Zusätzlich fielen unter diese Akten auch zehn Kinderakten mit wahrscheinlichen Impfversuchen auf. Diese Akten waren nur spärlich ausgefüllt, sie begannen und hörten plötzlich auf, ohne Aufnahme- und Entlassungsstatus. Als Diagnose stand meistens „Idiot“. Diese Akten wurden von Prof. Dr. E. L. Grauel gesondert bearbeitet<sup>70</sup>.

Weiterhin gab es Akten, die eine identische Abschlussnummer aufwiesen. Ob es sich um einen Zahlendreher, eine Verwechslung, Mutwilligkeit oder Nachlässigkeit bei der Vergabe der Nummern handelt, lässt sich heute nicht mehr klären. Ein weiteres Problem bestand darin, dass das verwendete Schema zur Vergabe und Bezeichnung einer Diagnose im damaligen diagnostischen Klassifizierungssystem verloren gegangen ist. Genaueres enthält Kapitel 2.4.

Dennoch muss man zusammenfassend feststellen, dass das Quellenmaterial trotz aller Einschränkungen in einem erstaunlich gut erhaltenen Zustand und in einem großen Umfang vorliegt. Daran ändern auch fehlende Bestände sowie der schlechte Zustand einzelner Krankenakten nichts.

Davon unberührt ist die Schwierigkeit der oft nur schwer zu entziffernde Schriftstile der Aufzeichnung in der Akte. Diese Schwierigkeiten sind nicht der Überlieferung geschuldet, sondern vielmehr konstitutiv: Neben den Ärzten haben auch die Krankenschwestern Eintragungen vorgenommen. So fanden sich mehrere Schriften und Schriftarten in den Akten (vgl. Abbildung 2.1). Die einen schrieben noch in deutscher Schreibschrift<sup>71</sup>, teilweise sogar noch in Kurrentschrift und die anderen schon in lateinischer Schrift, was die Entzifferung des einzelnen Wortes erschwerte. Weiter wurde die Akte während der Arbeit geschrieben, was bei Unruhe schnell dazu führte, dass die Schrift unleserlich wurde und Abkürzungen überhand nahmen. Man dachte beim Ausfüllen der Akten bestimmt nicht daran, dass die Akten in die Hände von Historikerinnen fallen würden, die über eine saubere und leserliche Handschrift dankbar sein würden. So ist nicht auszuschließen, dass bei der Übertragung der Fakten in die Datenbank es zu bewussten oder unbewussten Interpretationen und somit ggf. Falschaussagen gekommen ist. Positiv festzuhalten ist, dass immerhin rund 85 Prozent

---

70 Beddies 2004, S. 185-189.

71 als Sütterlin bezeichnet

der Akten zur Auswertung zur Verfügung standen, was ein vergleichsweise großer Anteil für diesen Zeitraum ist.

## 2.2 Aktenbearbeitung

In diesem Kapitel beschreibe ich das Quellenmaterial und nenne die Attribute, die ich für die Auswertung in die Datenbank übernommen habe. Um eine Einheitlichkeit in der Aufnahme der Daten zu erzielen, haben wir uns auf einen Aufnahmetyp in den einzelnen Feldern geeinigt. In den Eingabefeldern wurden die Datentypen wie folgt kodiert: Text (T), Datum (D), Nummer (N) Softwareberechnung (S) oder Pull-down-Menue (P).

### 2.2.1 Das Hauptblatt

Das Hauptblatt besteht aus zwei Doppelseiten, welche die Gesamtkarte wie ein Aktendeckel einrahmen. Die Informationen auf dem Hauptblatt umfassen formale Daten, persönliche Daten, die Diagnose sowie den Aufnahmezustand des Patienten.

Die Deckseite (siehe Abbildung 2.2) hat die Überschrift: Universitätskinderklinik der Charité Berlin.

**Die erste Seite:** Sie beginnt mit der Angabe des Jahrganges. Es folgt die Aufnahme- u. Entlassungsnummer. Beide Nummern sind zur besseren Erkennung meist rot geschrieben. Die Angabe der Station, auf welcher der Patient gelegen hat, schließt sich an. Es gab neun verschiedene Stationen, wobei es nicht möglich war die Stationsbezeichnung herauszufinden. Folgend werden die Hauptdiagnose und eine Zeile darunter bei Bedarf Nebendiagnosen aufgeführt. Die Diagnosen wurden bei der Auswertung der Akte in verschiedene Gruppen eingeteilt und verschlüsselt. Genaueres später im Kapitel 2.4.

Zu den dann folgenden persönlichen Daten zählen: Name des Patienten, Geburtsdatum, Name und Stand der Eltern und die letzte Wohnung der Eltern. Die Kodierung wird bei der Datenerfassung beschrieben.

**Universitätskinderklinik der Charité Berlin** *6*

Jahrgang 1941 Nr. **9394** Kartothek: XIII 1, IV 5 a **439/41**

Poliklin. Jahrgang 19 Nr. **8**

Station: **8**

Diagnose: **Scharlach**

Neben Diagnosen: **Kleinfuß, Paronchitis**

Name: **Kurt** [REDACTED] geb. **8. 9** **1935**

Name und Stand der Eltern (Mutter): **Stadtkreier**

Letzte Wohnung der Eltern (Mutter): **Hlu. Willemae Oranienburgerstr. 98 Tel. 493603**

Eingeliefert von: Eltern, Pflegeeltern, Fürsorgeamt, Jugendamt, Poliklinik, Chir. Klinik, Frauenklinik, Mütterberatungsstelle: **Orthopädische Klinik der Charité**

Eingewiesen von Dr. med. **Schwarz** Wohnung: **Wohnung**

Diagnose des einweisenden Arztes: **Scharlach** Mitteilungen an den Arzt am **12. 7. 41**

Tag der Aufnahme: **31. 7. 41** Aufnehmender Arzt: **Tafelberg**

Entlassen (geheilt, gebessert, ungeheilt, gestorben, gegen Revers) am **16. 5. 41** wohin? **in Orthopädische Klinik, Berlin**

**Zusammenfassung:** *Der Junge wurde von der Orthopädischen Klinik wegen Kleinfuß links verlegt. Als Komplikation trat eine tiefe Paronchitis auf, die mit Colyl-Lösung und Kröpfen bald eine Abheilung gebracht werden konnte. Die Füße befanden sich im Gipsverband. Nach Abklingen aller Entzündungen wird Ablauf der Heilung mittels Anklebung in die Orthopädische Klinik.*

Dr.: *[Signature]*

**Anamnese (nach Angabe der Mutter)**

Familienanamnese:

Vater (Alter, Krankheiten): **41 J. gesund**

Mutter (Alter, Krankheiten): **40 J. gesund**

Geburten der Mutter, einschl. Aborte (Alter, gesund oder krank, eventl. wann und woran gestorben):

1. An. M. <b>in Pat.</b>	5. An. M.
2. An. M. <b>—</b>	6. An. M.
3. An. M. <b>—</b>	7. An. M.
4. An. M. <b>—</b>	8. An. M.

Erbliche und konstitutionelle Besonderheiten: **Im Vater hat auch Kleinfuß**

Wohnung (Lage, Zimmerzahl, Bettenzahl für wieviel Personen, Beschaffenheit, Kleinhaus, Mietskasernen, wieviel Parteien?) **3 Zimmer mit Bad**

Häusliche Verhältnisse (beide Eltern auf Arbeit? Vater arbeitslos? Untervermietung?) **in Ordnung**

Form 237. 5600. 7. 33. r. WP.

Abbildung 2.2: Ansicht des Deckblattes einer repräsentativen Akte.

Die weiteren Felder vermerken, von wem der Patient eingeliefert wurde, z.B. von den Eltern oder von anderen Kliniken, von welchem Arzt die Einweisung erfolgte, wo der einweisende Arzt wohnte, was seine Einweisungsdiagnose war und wann die Mitteilung an diesen Arzt nach der Entlassung des Kindes verschickt wurde. Anschließend folgen erneut Aufnahmeangaben mit dem Aufnahmedatum und dem aufnehmenden Arzt sowie Entlassungsdaten: Wann und in welchem Zustand wurde das Kind entlassen. Für den Entlassungszustand sind fünf Antworten (geheilt, gebessert, ungeheilt, gestorben, gegen Revers) vorgegeben, damit der passende Zustand nur angekreuzt werden musste. Auch die fünf Entlassungszustände wurden in der Auswertung verschlüsselt, wenn diese angegeben waren. Diesen Abschnitt des Hauptblattes beendet die Frage, wohin das Kind entlassen wurde. Kam es zu einer Verlegung des Patienten, so ist dies hier vermerkt.

Den mittleren Teil der ersten Seite nimmt die Zusammenfassung der Krankengeschichte des Patienten ein. Sie schließt mit der Unterschrift des entlassenden Arztes.

Im unteren Drittel der ersten Seite beginnt die Anamnese. Sie startet mit der Familienanamnese und den Angaben zu Vater und Mutter des Kindes (Alter und Krankheiten) sowie der Anzahl der Geburten der Mutter mit möglichen Aborten und Krankheiten der anderen Kinder. Es folgen erbliche und konstitutionelle Besonderheiten in der Familie und die Wohnverhältnisse, welche auch die Information über eventuelle Arbeitslosigkeit des Vaters mit einschließt. Analysiert und aufgenommen in die Datenbank wurde in diesem Abschnitt:

- Jahrgang (N)
- Aufnahme- und Entlassungsnummer (N)
- Station (N)
- Hauptdiagnose (P)
- Nebendiagnosen (P)
- Initialen des Patienten (T)
- Geburtsdatum (D)
- Aufnahmedatum (D)
- aufnehmender Arzt (T)
- Entlassungsdatum (D)
- Entlassender Arzt (T)
- Entlassungszustand (P)

**Die zweite Seite:** Die Anamnese wird fortgesetzt mit der Frage nach Infektionen im Umfeld des Patienten<sup>72</sup> und Fakten zum Ernährungs- und Pflegezustand des Kindes. Es folgen die Entwicklungsanamnese (Alter beim Zahnen, Sprachentwicklung, Beginn des Laufens und Sauberkeit), Vorerkrankungen (Pocken, Masern, Röteln, Scharlach, Diphtherie, Keuchhusten, Gelenkrheumatismus, Angina, Mumps), bisherige Krankenhausaufenthalte, Schutzimpfungen, Serungaben und Röntgenbestrahlungen.

Die zweite Seite endet mit den Angaben zur aktuellen Erkrankung und der bis dato durchgeführten Behandlung. Die Vollständigkeit der Angaben auf der zweiten Seite schwankt über die Jahre stark. Im Jahr 1941 fehlen die Angaben nur teilweise. In den darauf folgenden Jahren steigt die Rate der fehlenden Angaben auf zeitweise über 80 Prozent. Da somit eine statistische Auswertung zu ungenau, respektive ohne Aussagekraft ist, wurde auf die Aufnahme in die Datenbank verzichtet.

**Die dritte und die vierte Seite:** Die beiden letzten Seiten des Hauptblattes beschäftigen sich mit dem Status praesens des Patienten. Neben der Wiederholung des Aufnahmedatums und des aufnehmenden Arztes wurden folgende Informationen erhoben: Kopfumfang, Brustumfang, Altersentsprechung, Zustand von Haut, Muskulatur, Knochen, Gelenken, Zähnen, Schleimhäuten, Lymphknoten, Zirkulationsorganen, Respirationsorganen, des Abdomens, der Genitalien, der Sinnesorgane und des Nervensystems. Wie bei der zweiten Seite sind auch hier die Daten in allen Krankenakten nicht vollständig, wodurch es zu keiner Aufnahme in die Datenbank kam.

### 2.2.2 Der Innenteil

Der Innenteil der Akte besteht aus dem Kurvenblatt, Befundscheinen und Briefkorrespondenz. Das Kurvenblatt gliedert sich in 4 Hauptzeilen:

- Identifikationszeile,
- Kurventeil,
- Einfuhr- und Ausscheidungszeile und

---

<sup>72</sup> einschließlich Tuberkulose



- Dokumentationszeile.

Diese sind tageweise in Spalten unterteilt, wobei eine Spalte einem Aufenthaltstag des Patienten entspricht.

**Identifikationszeile:** In der Identifikationszeile sind die persönlichen Daten des Patienten aufgeführt, dazu gehören der Name, der Geburtstag, das Alter, die Körperlänge und das Körpergewicht. Das Körpergewicht und die Körperlänge wurden nicht immer eingetragen.

**Kurventeil:** Der Kurventeil dokumentiert in schwarzer Farbe den Temperaturverlauf und in roter Farbe den Pulsverlauf für die Dauer der Aufnahme. Am Aufnahmetag wurde zumeist auch der Durchmesser von Kopf, Brust und Bauch gemessen und aufgeschrieben. Zudem sind in den Spalten die verabreichten Medikamente und die Therapien beziehungsweise Diagnostiken je Tag aufgeführt. Beispielsweise sind beim Tbc-Test die verwendete Verdünnung, das untersuchte Körperteil und die resultierenden Reaktionen rot in der Akte vermerkt worden. Intravenös verabreichte Medikamente und der häufig durchgeführte Diphtherie-Abstrich sowie dessen Ergebnis wurden ebenfalls rot dokumentiert.

**Einfuhr- und Ausscheidungszeile:** In der Einfuhr und Ausscheidungszeile wurde durch einen Strich der Stuhlgang angezeigt. Weiterhin wurde notiert, welche Kost der Patient am Tag erhielt. Der Blutdruck und die vor einer Ersttransfusion bestimmte Blutgruppe des Patienten wurden ebenso in dieser Zeile vermerkt.

**Dokumentationszeile:** Die Dokumentationszeile vervollständigt die Kurve. Am Aufnahmetag wurde ein Aufnahmezustand erhoben. Dieser beinhaltete den Zustand der Ohren, der Nase, des Rachen, der Adenoide und der Drüsen (Parotis, Mundspeicheldrüse und Schilddrüse). Je Aufenthaltstag wurden ansonsten der allgemeine Zustand des Patienten und die Untersuchungsergebnisse wie z.B. Röntgen, Blutbild oder Liquor in dieser Zeile eingetragen. Für das Blutbild und die Liquoruntersuchung gab es einen entsprechenden roten Stempel. Die Untersuchungsergebnisse wurden ebenfalls in rot dokumentiert. Am Entlassungs- oder Sterbetag trug der zuständige Arzt (Entlassungsarzt) eine Beurteilung ein.

**Befundscheine und Briefkorrespondenz:** Im Innenteil der Akte finden sich oft auch Briefwechsel. Diese Korrespondenz umfasst Schreiben an und von den Eltern, Berichte der einweisenden und vorbehandelnden Ärzte oder sogar Stellungnahmen und Mitteilungen von kommunalen Einrichtungen wie zum Beispiel dem Gesundheitsamt. Aber auch Befunde von konsiliarischen Untersuchungen, mit Name des Patienten, dem Datum, der Station und dem Ergebnis waren eingelegt. Die meisten Untersuchungen waren Abstriche auf Diphtherie und Streptokokken. Selten wurden auch Photos oder Röntgenaufnahmen der Akte beigelegt. Zusatzblätter in der Akte konnten Autopsieberichte (sofern sie durchgeführt wurden) und - nur bei Neugeborenen angelegte - Ernährungskurven sein. Röntgenbefundscheine oder der Serologieschein wurden selten beigelegt. Wenn der Patient gegen den ärztlichen Rat die Charité verlassen hat, fand sich in der Akte in der Regel ein Schreiben der Eltern, die - ungeachtet des Krankheitszustands des Kindes - auf sofortige Entlassung drängten. Aufgrund der nicht immer vollständig gefüllten Spalten wurden aus dem Innenteil folgende Daten in die Datenbank aufgenommen:

- Medikation (P)
- therapeutische Maßnahmen (P)
- diagnostische Untersuchungen (P) (z.B. Röntgen, Blutdruck)
- weitere Untersuchungsergebnisse (P) (z.B. Abstrich - Ergebnis)
- Autopsieberichte (P) (falls sie durchgeführt wurden)

## 2.3 Datenerfassung

Die Aufnahme der Daten erfolgte zunächst in einer Excel-Tabelle, deren Struktur im Anhang A.3 dieser Arbeit zu sehen ist. Um die Verarbeitung zu erleichtern, eine Gleichheit der Bearbeitung zu erzielen und die Privatsphäre des Patienten zu schützen, wurden die eingegebenen Daten kodiert. Jede aufgenommene Akte bekam eine laufende Nummer, um zu ermitteln, wie viele Akten bearbeitet wurden.

Die Eckdaten eines jeden Kranken (Aufnahme- und Abschlussjahr/-nummer, Initialen,



Geburtstag) wurden festgehalten. Das Aufnahmejahr<sup>73</sup> erscheint als erstes und das Abschlussjahr<sup>74</sup> als zweites. Aufnahme- und Abschluss-Nummer wurden ebenfalls festgehalten. Leider war nicht zu ermitteln, welches System bei der Vergabe angewandt wurde. Als Aufnahmenummer wird die Nummer bezeichnet, die jeder Patient, der in der Charité aufgenommen und behandelt wurde, erhielt. In der Spalte Initialen<sup>75</sup> dokumentierten wir jeweils den Anfangsbuchstaben vom Vor- und Zunamen. Bei Vorhandensein von Doppelnamen nahmen wir jeweils die Anfangsbuchstaben der Namen auf, so wurde zum Beispiel aus „Hans Otto Mustermann“ „HOM“. Bei Namen wie „Otto von Mustermann“ wurde das „von“ durch einen kleinen Buchstaben ersetzt und das Kind wurde unter dem Kürzel „OvM“ verschlüsselt. Der Geburtstag und das Geschlecht des Kindes, wobei das Kürzel „w“ für weiblich und das „m“ für männlich steht, wurden ebenfalls festgehalten. Diese ersten Daten ermöglichen es, jederzeit die aufgenommenen Daten eines Patienten der entsprechenden Akte zuzuordnen.

**Wohnorte:** Um herauszufinden aus welchem Einzugsbereich die in der Kinderklinik der Charité behandelten Patienten stammten, interessierte uns auch der Wohnorte. Dabei kodierten wir fünf verschiedene Herkunftsbereiche. Unter Wohnort 1 fassten wir die Kinder zusammen, die aus dem Innenstadtbereich mit Postleitzahl stammten (zum Beispiel N54). Unter Wohnort 2 wurden jeweils diejenigen Patienten geführt, bei denen keine Postleitzahl angegeben war, aber sich die Wohnung der Eltern beziehungsweise der Erziehungsberechtigten in einem Berliner Außenbezirk befand (zum Beispiel Berlin-Neukölln). Der Wohnort 3 erfasst diejenigen, deren Wohnung sich noch im S-Bahn-Einzugsbereich (zum Beispiel Potsdam oder Straußberg) oder in an Berlin angrenzenden Vororten (zum Beispiel Zeuthen) befand. Wohnort 4 wurde vergeben, wenn die Kinder aus dem fernerem Umland oder aus der Reichsgegend kamen (zum Beispiel Rostock), und die Nummer 5 kodiert Herkunftsorte mit besonderen Umständen, wie insbesondere die Unterbringung in Flüchtlingslagern oder Bunkern. Dabei stellt sich die Frage, warum es nur in der Innenstadt Postleitzahlen gab. Ein kurzer historischer Abriss soll dies klären.

Durch die Anweisung des Kaiserlichen Generalpostamtes im Jahre 1873 wurden die Berliner

---

73 Jahr der Aufnahme

74 Jahr der Entlassung

75 siehe Kapitel 2.1.2 Anonymisierung

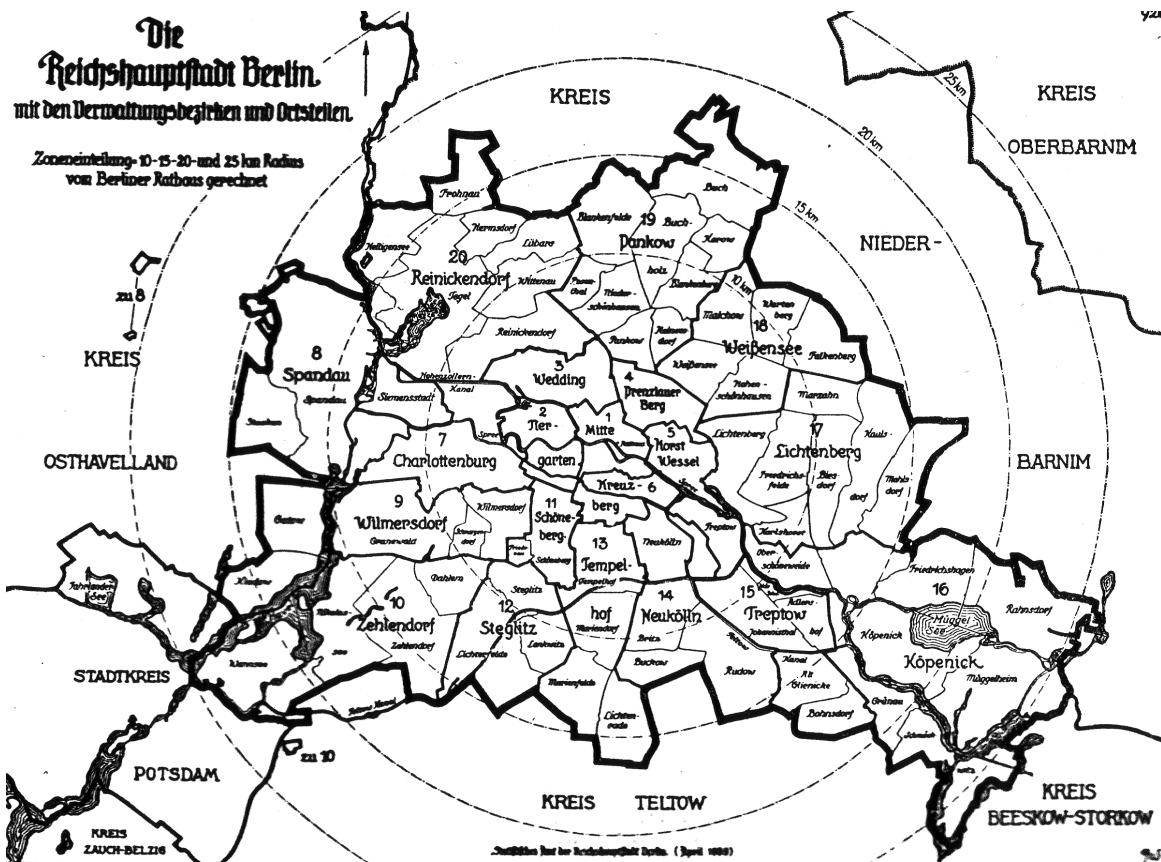


Abbildung 2.3: Die Stadt Berlin und dessen Bezirke im Jahr 1943.

Postbezirke festgelegt.<sup>76</sup> Das damalige Stadtgebiet von Berlin, ausgehend vom Hofpostamt Königstraße Ecke Spandauer Straße, wurde in neun Postbezirke, benannt nach Himmelsrichtungen, eingeteilt.

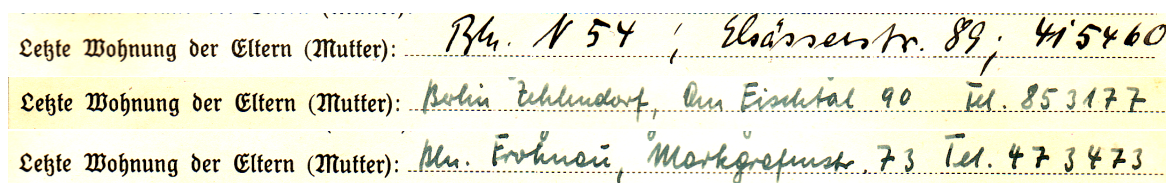
Postleitzahlen ab 1873:

- Berlin C = Centrum
- Berlin N = Norden

76 Buchplan von Groß-Berlin; VEB Landkartenverlag Berlin, Berlin 1959 Berliner Post von Fritz Steinwasser; VEB Verlag für Verkehrswesen Berlin, Berlin 1988

- Berlin NO = Nordosten
- Berlin NW = Nordwesten
- Berlin O = Osten
- Berlin S = Süden
- Berlin SO = Südosten
- Berlin SW = Südwesten
- Berlin W = Westen

Zusätzlich wurde später zu den Postbezirken noch die Nummer des jeweiligen Zustellpostamtes kodiert. Diese Kennzeichnungen waren die postalischen Ortsbezeichnungen der Berliner Innenstadt bis zur Einführung des vierstelligen Postleitzahlensystems am Ende des Zweiten Weltkrieges. Bis dahin galt die Nummer der Stadtpost-Expedition als Zustellbezirk. Das Gesetz über die Bildung einer neuen Stadtgemeinde Berlin (Groß-Berlin-Gesetz) vom 27. April 1920 führte zu einer verwaltungsstrukturellen Neugestaltung von Berlin.<sup>77</sup> Ab diesem Zeitpunkt bestand Groß-Berlin dann aus Stadtgemeinden, Landgemeinden und Gutsbezirken.



**Abbildung 2.4:** Vermerk in der Krankenakte zum Wohnort; von oben nach unten: Berlin (Stadtgemeinde), Zehlendorf (Landgemeinde), Frohnau (Gutsbezirk).

Zu den *Stadtgemeinden* zählten: 1. Berlin (heute: Berlin-Mitte), 2. Charlottenburg, 3. Cöpenick, 4. Berlin-Lichtenberg, 5. Neukölln, 6. Berlin-Schöneberg, 7. Spandau, 8. Berlin-Wilmersdorf.

Die *Landgemeinden* beinhalten: 1. Adlershof, 2. Alt Glienicke, 3. Biesdorf, 4. Blankenburg, 5. Blankenfelde, 6. Bohnsdorf, 7. Berlin-Britz, 8. Buch, 9. Berlin-Buchholz, 10. Buckow, 11. Cladow, 12. Falkenberg, 13. Berlin-Friedenau, 14. Berlin-Friedrichsfelde, 15. Friedrichshagen,

<sup>77</sup> <http://www.verfassungen.de/de/be/berlin20.htm> am 09.05.2008

16. Gatow, 17. Grünau, 18. Berlin-Grunewald, 19. Heiligensee, 20. Berlin-Heinersdorf, 21. Hermsdorf bei Berlin, 22. Berlin-Hohenschönhausen, 23. Berlin-Johannisthal, 24. Karow, 25. Kaulsdorf, 26. Berlin-Lankwitz, 27. Lichtenrade, 28. Berlin-Lichterfelde, 29. Lübars, 30. Mahlsdorf, 31. Malchow, 32. Berlin-Mariendorf, 33. Berlin-Marienefelde, 34. Marzahn, 35. Müggelheim, 36. Berlin-Niederschöneweide, 37. Berlin-Niederschönhausen, 38. Nikolassee, 39. Berlin- Oberschöneweide, 40. Berlin-Pankow, 41. Pichelsdorf, 42. Rahnsdorf, 43. Berlin-Reinickendorf, 44. Berlin-Rosenthal, 45. Rudow, 46. Berlin-Schmargendorf, 47. Schmöckwitz, 48. Staaken, 49. Berlin-Steglitz, 50. Berlin-Stralau, 51. Berlin-Tegel, 52. Berlin-Tempelhof, 53. Tiefwerder, 54. Berlin-Treptow, 55. Wannsee, 56. Wartenberg, 57. Berlin-Weißensee, 58. Berlin-Wittenau, 59. Zehlendorf.

Und die *Gutsbezirke* waren: 1. Berlin-Schloß, 2. Biesdorf, 3. Blankenburg, 4. Blankenfelde, 5. Buch, 6. Cöpenick-Forst, 7. Berlin-Dahlem, 8. Falkenberg, 9. Frohnau, 10. Grünau-Dahmer Forst, 11. Grunewald-Forst, 12. Heerstraße, 13. Hellersdorf mit Wuhlgarten, 14. Klein-Glienecke- Forst, 15. Malchow, 16. Niederschönhausen mit Schönholz, 17. Pfaueninsel, 18. Pichelswerder, 19. Plötzensee, 20. Potsdamer Forst, nördlicher Teil bis zum Griebnitzsee und Kohlhasenbrück, 21. Berlin-Rosenthal, 22. Spandau-Zitadelle, 23. Jungfernheide, 24. Tegel-Forst-Nord, 25. Tegel-Schloß, 26. Wartenberg, 27. Wuhlheide Groß-Berlin.

Die Regelung der Postleitzahlen wurde nach der Bildung von Groß-Berlin aber daraufhin nicht angepasst und auf die neuen Stadtteile ausgedehnt. So führten sie als postalische Bezeichnung ihren bisherigen Ortsnamen mit vorangestelltem Berlin, beispielsweise Berlin-Charlottenburg oder Berlin-Cöpenick weiter. Deshalb gab es nur für die Innenstadt (Wohnort 1) Postleitzahlen.

**Stationäre Daten:** Die Kinder wurden jeweils auf den Stationen eins bis neun untergebracht (kodiert als 1 bis 9). Zum Teil erscheinen in der Tabelle mehrere Angaben. Es ist anzunehmen, dass das Kind von einer Station zur anderen verlegt wurde und auf allen angegebenen Stationen behandelt wurde. Leider kann man den Stationen nicht mehr die Nummern und den jeweiligen Schwerpunkt mit Sicherheit zuordnen. In einer Stichprobe von 70 Akten habe ich versucht, die jeweiligen Schwerpunkte einzelner Stationen herauszufiltern. So war Station sechs für Neugeborene und Säuglinge zuständig. Auf der Station neun waren die Kinder untergebracht, die eine Tbc-Infektion hatten. Bei den anderen Stationen war der Schwerpunkt nicht ersichtlich. (Tabelle im Anhang A.6) In einer Datenbankspalte findet

sich der Hinweis, ob das Kind im Krankenhaus Buch gelegen hat (1=ja; 0 =nein). Welcher Arzt das Kind aufgenommen beziehungsweise entlassen hat, wurde separat in je einer Spalte eingetragen. Oft war dies derselbe Arzt oder dieselbe Ärztin. Das Datum der Aufnahme (Aufn.-Datum) und das Datum der Entlassung (E-Datum) wurden separat dokumentiert, um das Aufnahmealter und die Aufenthaltsdauer zu berechnen. Bei Entlassung wurde der Ausgang der Behandlung dokumentiert (1=geheilt; 2=gebessert; 3=ungeheilt; 4=verstorben; 5= gegen ärztlichen Rat). Verstarb ein Patient, so wurde dies separat verschlüsselt (1=ja; 0=nein) und es wurde zusätzlich vermerkt, ob eine Autopsie durchgeführt worden war (1=ja; 0=nein). Eine Autopsie wurde nur dann als durchgeführt angenommen, wenn sich ein Autopsiebericht in den Akten befand. Die Diagnosen, unter denen die Kinder aufgenommen und behandelt wurden, sind in zwei Spalten der Datenbank vermerkt. Die erste Diagnosenspalte subsumiert immer die Hauptdiagnose, unter der das Kind therapiert wurde. Die übrigen Diagnosen sind als Zweitdiagnose vermerkt.<sup>78</sup> Hier kommen zum großen Teil auch mehrfach Nebendiagnosen vor. Alle Diagnosen wurden nach den Diagnosegruppen 1 bis 22 verschlüsselt (siehe Tabelle 4.1). Ein Problem bestand darin, dass das damalige Schema der Verschlüsselung von Diagnosen der Pädiatrie verloren gegangen ist. Genaueres dazu im Kapitel 2.4.

## 2.4 Diagnosen und Therapieformen

In diesem Abschnitt werde ich knapp auf die Einteilung der Diagnosen und die Therapieformen eingehen. Detailliertere Ausführungen werden, wie bereits angesprochen, in zwei separaten Dissertationen vorgenommen.

### 2.4.1 Diagnosen

Die Interpretation von Diagnosen und damit die Einteilung in Gruppen stellt ein eigenes Problem dar. So kann man nicht eindeutig beweisen, dass heute wie damals verwandte

---

<sup>78</sup> Es kam auch vor, dass die in der Akte angegebene(n) Zweitdiagnose(n) schwerwiegender=lebensbedrohlicher=akuter waren als die Hauptdiagnose oder sie erst später diagnostiziert wurde. In einem solchen Fall wurde(n), nach Absprache mit Prof. Dr. E. Grauel, die Zweitdiagnose(n) und die Hauptdiagnose getauscht.

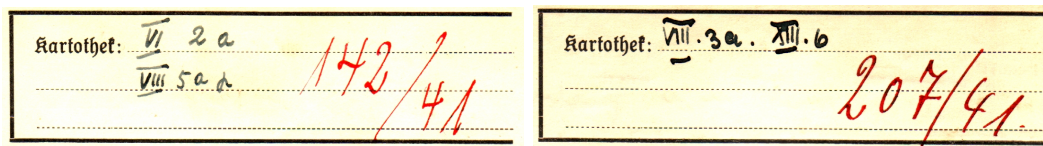
Bezeichnungen der Krankheiten im gleichen Sinn verwendet wurden. Wenn man Krankheiten aus der Sicht der Naturwissenschaft betrachtet, unterliegen sie pathophysiologischen Prozessen und dürften so keiner historischen Veränderung unterliegen. Auch wenn Krankheiten gleichbleibende Naturereignisse darstellen und Diagnosen als Benennung dieser Prozesse verstanden werden, muss man sie immer in Beziehung zur jeweiligen Zeit und zum Kenntnisstand des diagnostizierenden Arztes setzen. Dies soll anhand der zwei Beispiele Typhus versus epidemisches Fleckfieber und Wassersucht versus Nieren- oder Herzkrankheiten exemplarisch verdeutlicht werden.

Das klinische Bild der Erkrankung Typhus stellt sich als starke Bewusstseinstörung, teilweise sogar als Apathie mit hohem Fieber und schlechtem Allgemeinbefinden dar. Solche Beschwerden werden aber nicht allein durch die *Salmonella enterica* serovar Typhi ausgelöst. Das epidemische Fleckfieber,<sup>79</sup> früher auch als Fleckentyphus bezeichnet, zeigt ähnliche Symptome, was eine genaue Abgrenzung zwischen den beiden Krankheiten erschwert. Erst mit der bakteriellen Identifizierung der Erreger konnten die beiden Erkrankungen am Ende des 19. Jahrhunderts eindeutig getrennt werden. Beschreibung von Typhus-Epidemien in der vor-bakteriologischen Ära lassen sich nicht automatisch mit Salmonellenerkrankungen gleichsetzen. Wir spekulieren bei den Beschreibungen aus der Zeit, ob es sich um Typhus oder das epidemische Fleckenfieber handelte. Diagnostizierte im 19. Jahrhundert ein Arzt „Wassersucht“, so beschrieb er eine Ansammlung von Wasser im Körper mit Ödembildung. Der Arzt wusste, entgegen dem heutigen Wissenstand, nicht, dass es viele Ursachen dafür gibt. Ob eine Wasseransammlung auf eine Erkrankung des Herzens oder der Nieren zurückzuführen ist, war in damaliger Zeit nicht zu klären. Retrospektiv ist eine eindeutige Diagnose nach heutigem Wissenstand nicht möglich. Beide Beispiele zeigen, dass man alte Krankheitsbezeichnungen nicht problemlos durch moderne, teils gleichlautende Begriffe ersetzen kann. Die Problematik trifft nur selten auf unsere Aktenbestände zu, da seit der betrachteten Zeit (aus medizinhistorischer Sicht) „nur“ 65 Jahre vergangen sind und des Weiteren es in Hinblick auf die Benennung von hier verwendeten Diagnosen keine bedeutenden Neuerungen gab. Was sich geändert hat und sich auch weiter ändern wird, sind die Behandlungsmöglichkeiten einer Erkrankung einhergehend mit stetiger Suche nach der bestmöglichen Bekämpfung dieser

---

79 Auslöser sind die *Rickettsia prowazekii* (Bakterien); Übertragen durch die Kleiderläuse

Krankheit. Heute gilt der Diagnoseschlüssel ICD-10.<sup>80</sup> Die Vorläufer der ICD-Klassifikation begannen im frühen 19. Jahrhundert.<sup>81</sup> Die Entwicklung des ICD-Schlüssels erfolgte aus den Bemühungen, eine weltweit einheitliche, allgemein anwendbare Einteilung der Todesursachen zu entwickeln. Daraufhin fand der 1. Internationale Statistische Kongress im Jahr 1853 in Brüssel statt. Am Anfang waren die Hauptakteure England, Frankreich und Amerika. Mit den Jahren sind immer mehr Länder dazugekommen. Später kamen auch Krankheiten dazu, die nicht tödlich waren. Es wurde auch ein 10-Jahrestreffen vereinbart, um die Klassifikation zu überarbeiten und an neue Erkenntnisse anzupassen. Heute ist die ICD-Verschlüsselung weltweit verbreitet und anerkannt. In dem von mir betrachteten Zeitraum in Deutschland wurde die ICD-Kodierung nicht verwendet.<sup>82</sup> Warum ist unklar. Ein möglicher Grund könnte das damalige Regime gewesen sein, welches autark gegenüber der restlichen Welt sein wollte. Sicher ist, dass es bis 1938 ein Reichsdiagnoseschema für das Kaiserin Auguste Viktoria Haus gab.<sup>83</sup> Leider stimmen die Verschlüsselungen vom Kaiserin Auguste Victoria Haus nicht mit den Verschlüsselungen auf den Akten der Kinderklinik der Charité überein. Dass es eine Verschlüsselung an der Charité gab, ist anzunehmen. Auf dem Deckblatt der Akte (Abbildung 2.2) gibt es einen Bereich rechts oben, welcher mit Kartothek bezeichnet wird und in Abbildung 2.5 beispielhaft zu sehen ist. In dieser befinden sich römische und arabische



**Abbildung 2.5:** Kartothek: Diagnoseschlüssel für die Haupt- und Nebendiagnose.

Ziffern in Verbindung mit kleinen lateinischen Buchstaben. Diese drei Zeichen geben die Klasse der Erkrankung wieder. So treten 22 Hauptgruppen auf, die mit den römischen Ziffern gekennzeichnet sind. Die arabischen Ziffern und Buchstaben geben je ein diagnosespezifisches

80 International Classification of Diseases, übersetzt: Internationale Klassifikation der Krankheiten und verwandter Gesundheitsprobleme im Deutschsprachigen Raum; 10. Ausgabe des deutschen Instituts für medizinische Dokumentation und Information (DIMDI)

81 <http://www.who.int/classifications/icd/en/HistoryOfICD.pdf> am 24.03.2005

82 Im Jahr 1938 lag das ICD-System zur Erfassung von Todesursachen in der 5. Ausgabe vor.

83 Schildbach 1989

Unterkapitel an. Eine Stichprobe von 70 Akten aus dem Jahr 1941 verdeutlicht dies. Die entsprechende Auflistung befindet sich im Anhang A.7.

Diese Kodierung wurde erst im Laufe der Beobachtung deutlich.<sup>84</sup> Zu diesem Zeitpunkt hatten wir die Diagnosen bereits nach einem eigenen System verschlüsselt.

**Tabelle 2.1:** Einteilung der Krankheiten in Klassen/Gruppen.

1	Akute Ernährungsstörungen	11	Atemwegserkrankungen
2	Chronische Ernährungsstörungen	12	Hauterkrankungen
3	Diphtherie	13	Chronische innere Erkrankungen
4	Bakterielle Erkrankungen	14	Typhus
5	Virale Kinderkrankheiten	15	Sepsis
6	Meningitis	16	Tuberkulose-Versuche
7	Meningitis tuberculosa	17	Chronisches ZNS-Erkrankungen
8	Neugeborene	18	Vitaminmangelerkrankungen
9	Tuberkulose	19	Nieren- und Harnwegserkrankungen
10	Sonstige Diagnosen	20	Pylorospasmus
		21	Poliomyelitis
		22	Geschlechtskrankheiten

Nach Vorgabe des Projektleiters Grauel wurde mit einem Kodierungsschlüssel von 1 bis 10 begonnen (linke Spalte der Tabelle 2.1). Nach der zwischenzeitlichen Erkenntnis (etwa nach der Hälfte der Aktenanalyse), dass die Einteilung zu grob gewählt war und insbesondere einige Erkrankungen gehäuft vorkamen und somit besser einzeln aufgeschlüsselt sein sollten, wurden die einzelnen Klassen erweitert und der gesamte Kodierungsschlüssel auf 22 Gruppen (Klassen) erhöht. Diese werden nachfolgend einzeln erläutert. Die Einteilung erfolgte nicht anhand von Organsystemen und/oder Krankheitsauslöser (bakteriell/viral) sondern anhand von typischen Erkrankungen gemäß Aktenlage. Dies erklärt den Bruch unserer Kodierung. Den unspezifischen ersten zehn Gruppen folgen zwölf spezifischere Krankheitsklassen. Die jeweiligen Bezeichnungen sind in Tabelle 2.1 dargestellt. Bei der Beschreibung werden ähnliche Diagnosegruppen beziehungsweise Diagnosen mit gleichen Krankheitsauslösern

<sup>84</sup> Nach Meinung von E. L. Grauel ist der Diagnoseschlüssel der Pädiatrie verloren gegangen.



zusammen beschrieben. Eine weitere Unterteilung innerhalb der Diagnoseklassen wird nicht vorgenommen. Eine genauere tabellarische Übersicht findet sich im Anhang A.7.

Um auch später noch nachvollziehen zu können, welche Diagnose im Wortlaut sich hinter den Kodierungen verbirgt, wurden die transkribierten Einträge jeweils in den zugehörigen Kommentarfeldern schriftlich festgehalten. Um eine statistische Auswertung zu ermöglichen, wurden alle Diagnosen wie hier beschrieben kodiert.

#### **Ernährungsstörungen:**

Ernährungsstörung beschreibt eine Störung der Ernährungsfunktion des kindlichen Körpers, wobei Nahrungsaufnahme und Nahrungsverwertung nicht wie bei einem gesunden Kind stattfinden. Unter **akuten Ernährungsstörungen (1)** wurden alle Diagnosen zusammengefasst, in denen es um Gastroenteritiden<sup>85</sup> im Allgemeinen, Erbrechen, klinische Ruhr<sup>86</sup>, Dyspepsie<sup>87</sup>, Intoxikationen und ähnliches ging. Von allen Klinikaufnahmen wurden 834 Kinder mit akuten Ernährungsstörungen aufgenommen, wovon 231 Patienten starben, was 28 Prozent aller Verstorbenen entspricht. Über die Jahre betrug der durchschnittliche Anteil dieser Diagnose unter allen anderen Diagnosen nur 14 Prozent. Die akute Ernährungsstörung erreichte erwartungsgemäß im Jahr 1945 ein Maximum mit 46 Prozent. Mehr dazu folgt im Kapitel 3 bei Mortalität. Weiter gab es auch die **chronischen Ernährungsstörungen (2)**, worunter bei uns Dystrophie und Atrophie<sup>88</sup> fallen. Sie machen 2 Prozent der Aufnahmen über den Zeitraum aus.

#### **Diphtherie (3):**

Es handelt sich dabei um eine Infektionskrankheit, die durch eine Infektion der oberen Atemwege mit dem Gram-positiven *Corynebacterium diphtheriae* hervorgerufen wird. Diphtherie wurde von uns separat aufgenommen, da diese Erkrankung eine Tendenz zur epidemischen Ausbreitung hat. Deutschland wurde zwischen 1942 und 1945 letztmalig von einer großen Diphtherie-Epidemie heimgesucht.<sup>89</sup> In den Jahren 1941-1948 wurden in der Charité 395 Kinder mit Diphtherie aufgenommen, wovon 85 Kinder starben. Die Letalität betrug 22 Prozent,

---

85 Durchfallerkrankungen

86 darunter verstanden wir die klinischen Zeichen von Ruhr, wie Erbrechen und Durchfälle

87 alte Bezeichnung für die leichte Verlaufsform eines Brechdurchfalls

88 Rückbildung eines Organs oder Gewebes

89 [http://www.internisten-im-netz.de/de\\_diphtherie-vorkommen\\_1456.html](http://www.internisten-im-netz.de/de_diphtherie-vorkommen_1456.html) am 25.10.2011

was unter anderem durch das Diphtherietoxin im Blut oder in der Lymphe bedingt ist. In dieser Gruppe wurden auch Kinder aufgenommen, welche sogenannte Diphtherie-Bazillen-Träger waren.

#### **Bakterielle Erkrankungen (4):**

Darunter werden Scharlach und andere Streptokokkenerkrankungen geführt, so auch unter Umständen eine Endokarditis. Darunter versteht man eine Entzündung der Herzinnenhaut, welche die Herzhöhlen und den herznahen Anteil der Arterien und Venen auskleidet. Man unterteilt sie in die hochakut verlaufende bakterielle Endokarditis (Erreger: Staphylokokkus aureus, Streptokokkus, Enterokokkus) und die subakut verlaufende bakterielle Endokarditis = Endokarditis lenta (Erreger: meist Streptokokkus viridans (S. sanguis, S. bovis, S. mutans, S. mitis)). Unbehandelt verläuft diese Krankheit meist tödlich. Zudem fallen Anginen aller Art darunter, wie beispielsweise Angina tonsillaris, eine Infektion der Gaumenmandeln, meist durch Streptokokken oder Staphylokokken, aber auch durch Viren verursacht, Angina phlegmonosa, eine im Gewebe fortschreitende Entzündung der Tonsille(n) mit Abszessbildung, Seitenstrangangina und die Entzündung der Lymphgefäße entlang des Rachens, eine Spezialform der Pharyngitis, wobei auch sekundär das Ohr betroffen sein kann. Die Aufnahmezahl der Kinder im gesamten betrachteten Zeitraum betrug 276, also 4,5 Prozent (aller aufgenommenen Patienten). In dieser Gruppe sind 19 Kinder verstorben, was einer sieben-prozentigen Letalität entspricht.

#### **Virale Kinderkrankheiten (5):**

Kinderkrankheiten können als Infektionskrankheiten mit hoher Durchseuchungsrate und Kontagiösität definiert werden, die typischerweise eine lebenslange Immunität hinterlassen und daher überwiegend im Kindesalter auftreten.<sup>90</sup> Das heißt allerdings nicht, dass Erwachsene daran nicht erkranken können, wenn sie die Immunität im Kindesalter nicht erworben haben. Auch ist damit nicht jede Infektionskrankheit, die typischerweise im Kindesalter auftritt, gemeint. Fast immer sind Kinderkrankheiten Virusinfektionen, seltener bakterielle Infektionen wie etwa Keuchhusten. Das hängt damit zusammen, dass Viren eine langlebige Immunität hinterlassen und bei erneutem Kontakt die Erreger durch schnell produzierte

---

90 Renz-Polster 2004, Pschyrembel 2002, <http://www.uni-kiel.de/immunologie/ag/steinmann/pharm1b.pdf>.  
Zuletzt besucht am 08. April 2011

Antikörper abgewehrt werden können. Auch ein nicht ausreichend immunisierter Erwachsener kann sich mit den oben genannten Krankheiten infizieren. Besonders bekannt sind Kinderkrankheiten wie Masern (durch das lymphotropes Morbillivirus der Paramyxoviridae ausgelöst), Mumps (Synonym für Parotitis epidemica), Röteln (durch das Rubella-Virus hervorgerufen), Ringelröteln (Synonyme Erythema infectiosum, die durch Parvoviren hervorgerufen werden), Windpocken (durch das Varizella-Zoster-Virus hervorgerufen) und das Dreitagefieber (Synonym für Exanthema subitum durch das humane Herpes-Virus Typ 6 hervorgerufen). Vielfach wird auch Scharlach zu den Kinderkrankheiten gezählt. Da er aber keine lebenslange Immunität hinterlässt, erfüllt er streng genommen die Definition einer Kinderkrankheit nicht, sondern ist lediglich eine für das Kindesalter typische Krankheit. Da Scharlach durch  $\beta$ -hämolysierende Streptokokken der Gruppe A (*Streptococcus pyogenes*) ausgelöst wird und so Bakterien der Auslöser sind, wurde Scharlach in die Gruppe (4) eingeordnet. Die Aufnahmezahl für diese Diagnosegruppe fünf beträgt 67 Kinder (ein Prozent); mit einer Letalität von zwölf Prozent, also acht Verstorbenen.

**Meningitis (6):**

Meningitis ist eine schwerwiegende oft tödlich verlaufende Erkrankung mit Entzündung der harten und weichen Hirnhäute beziehungsweise Rückenmarkhäute. Die meisten Meningitiden sind infektiöser Genese. Unterschieden wird zwischen einer bakteriellen/eitrigen und viralen/nichteitrigen Meningitis. Daneben gibt es noch andere Ursachen für eine Meningitis, wie ionisierende Strahlen oder intrathekal verabreichte Medikamente. Die Einteilung erfolgt in akute, chronische oder rezidivierende Meningitiden. Die Erkrankung war bei unserer Patientenschaft über den untersuchten Zeitraum mit 0,9 Prozent aller Diagnosen selten. Die Letalität hingegen war aber sehr hoch: Von 55 aufgenommen Kindern mit dieser Erstdiagnose starben 29, was einer 53-prozentigen Letalität entspricht.

**Meningitis tuberculosa (7):**

Im Vergleich zur Meningitis gilt die Meningitis tuberculosa als Besonderheit, weshalb diese auch separat aufgenommen wurde. Die Meningitis tuberculosa entwickelt sich in der Regel durch hämatogene Aussaat von Mykobakterien bei Organtuberkulose. Ohne antituberkulose Therapie ist die Prognose damals wie heute letal. 1940 stand die antituberkulose Therapie noch am Anfang der Entwicklung. Erst durch die Isolierung des Streptomycins, dem ersten Tuberkulosemittel, war eine Therapie möglich, weswegen wir sie als eigene Gruppe aufnahmen. Hier betrug die Letalität 79 Prozent: von 47 Kindern verstarben 37 an dieser Erkrankung.

**Neugeborene (8):**

Unter diesem Schlüssel listen wir alle behandlungsbedürftigen Zustände von Neugeborenen auf (die Frühgeborenen selbst, den Neugeborenenikterus und Neugeborene mit Geburtstraumen wie zum Beispiel intrakranielle Blutungen oder Lähmungen). Der modernen Unterscheidung folgend haben wir alle Kinder im Alter bis 28 Lebensstage als Neugeborene klassifiziert.<sup>91</sup> Als Säugling wird das gesamte erste Lebensjahr des Kindes bezeichnet. Man unterscheidet beim Neugeborenen: das Frühgeborene mit einer Schwangerschaftsdauer von weniger als 37 abgeschlossenen Schwangerschaftswochen,<sup>92</sup> das Reifgeborene mit mehr als 37 aber weniger als 42 abgeschlossenen Schwangerschaftswochen und das übertragene Neugeborene mit mehr als 42 abgeschlossenen Schwangerschaftswochen. Insgesamt wurden 587 Kinder hier aufgenommen, wovon 317 Kinder nicht überlebten. Bedingt durch das Fehlen von Inkubatoren und künstlich hergestellten Surfacten betrug die Letalität 54 Prozent.

**Tuberkulose (9):**

Unter dieser Gruppe wurden alle Tuberkulose-Erkrankungen mit Ausnahme der Meningitis tuberculosa mit allen unterschiedlichen Lokalisationsorten verschlüsselt. Die Tuberkulose,<sup>93</sup> kurz TBC, im englischen als TB abgekürzt, ist eine bakterielle Infektionskrankheit, welche durch das *Mycobacterium tuberculosis* verursacht wird. Am häufigsten befällt dieses Bakterium die Lunge. Sie führt die weltweite Statistik der tödlichen Infektionskrankheiten an.<sup>94</sup> Die Aufnahmezahl der Kinder über die Jahre betrug 506 (acht Prozent). In dieser Gruppe verstarben 47 Kinder (neun-prozentige Letalität). Gab es Hinweise auf **Tuberkulose-Versuche (16)**, so wurden diese separat gekennzeichnet und von Grauel gesondert bearbeitet (siehe auch Kapitel 1.3). Von insgesamt 13 Kindern, die mit dieser Art eines Vermerkes beziehungsweise Diagnose in die Klinik kamen, wurden zwei im Jahr 1943 und neun Kinder im Jahre 1944 aufgenommen. Des weiteren gab es zwei Aufnahmen im Januar 1945. Siehe auch Kapitel 3.7.1.

---

91 Pschyrembel 2002

92 Pschyrembel 2002

93 Früher als Schwindsucht oder Morbus Koch bezeichnet.

94 <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs104/en/index.html> und <https://www-genesis.destatis.de/genesis/online/dStatistikenDIR?operation=statistikenVerzeichnisNextStep&levelindex=0&levelid=1211804666179&index=9&structurelevel=2> am 25.10.2011

**Sonstige Diagnosen (10):**

Wenn eine Erkrankung nicht eine der anderen Gruppen zuzuordnen war, wurde sie hier eingeordnet. Darunter fielen insbesondere auch Fieber- und Gelegenheitskrämpfe, Augenerkrankungen und Asphyxie.<sup>95</sup> Die Aufnahmezahl betrug 669, also elf Prozent. In dieser Gruppe verstarben 41 Kinder, was einer sechs-prozentigen Letalität entspricht.

**Atemtrakt (11):**

Darunter fallen sämtliche Erkrankungen des gesamten Atemtraktes, wie die Pneumonie, Bronchitis, Nasopharyngitis & Rhinitis, Otitis media acuta & chronica, adenoide Vegetationen<sup>96</sup>, Tonsillenhyperplasie & -hypertrophie und die Tonsillektomie. Mit der absoluten Aufnahmezahl von 795 Kindern (13 Prozent), ist dies die zweit größte Diagnosegruppe. Die Letalität betrug 16 Prozent, also 130 Verstorbene.

**Hauterkrankungen (12):**

In diese Kategorie zählen wir zum Beispiel Ekzeme und Soor.<sup>97</sup> Über die Zeit gesehen wurden sechs Prozent mit einer Hauterkrankung aufgenommen. Die Letalität war erwartungsgemäß gering: Von 337 aufgenommenen Kindern starben 25 (sieben Prozent) daran.

**Chronische innere Krankheiten (13):**

Hierunter fallen Diabetes mellitus, rheumatische Erkrankungen, Missbildungen innerer Organe, Ikterus (der Neugeborenenikterus ausgeschlossen), Chorea minor und Anämie.<sup>98</sup> Etwa zehn Prozent (576 Kinder) wurden mit dieser Diagnose aufgenommen; die Sterblichkeit betrug etwa zehn Prozent (58 Verstorbene) der Erkrankten.

**Typhus (14):**

Diese Erkrankung wird durch *Salmonella enterica* serovar Typhi verursacht. Sie verläuft beim Säugling und Kleinkind oft atypisch und leicht. Es besteht aber in zweieinhalb Prozent der Fälle die Gefahr einer Dauerausscheidung. Die Erkrankung über die Zeit gesehen kann man mit 0,8 Prozent aller Diagnosen als selten einstufen. Von den 46 aufgenommenen Kindern ist keines an dieser Erkrankung verstorben.

---

95 bedeutet Atemdepression beziehungsweise Atemstillstand

96 Synonym für Polypen = Hyperplasie der Rachenmandeln

97 Soor wird veraltet auch als Moniliasis bezeichnet

98 Streptokokkeninfektion mit rheumatischen Fieber wird als Chorea minor bezeichnet.

**Sepsis (15):**

Umgangssprachlich bedeutet Sepsis eine Blutvergiftung durch Ausbreitung von Bakterien im Blut. Angesichts der vielseitigen Ursachen und Mechanismen im Rahmen einer Sepsis<sup>99</sup> ist die Definition schwierig. Die klassische Definition stammt von Schottmüller<sup>100</sup> (1914): „Eine Sepsis liegt dann vor, wenn sich innerhalb des Körpers ein Herd gebildet hat, von dem kontinuierlich oder periodisch pathogene Bakterien in den Kreislauf gelangen und zwar derart, dass durch diese Invasion subjektive und objektive Krankheitserscheinungen ausgelöst werden“.<sup>101</sup> Die aktuelle Definition laut der Deutschen Sepsis-Gesellschaft E.V. besagt: „Vorkommen lebensfähiger Bakterien im Blut (Bakteriämie), Generalisierte hyperinflammatorische Reaktion verschiedener Ursachen (Systemic Inflammatory Response Syndrome (SIRS)), hervorgerufen durch eine Infektion mit Organdysfunktionen und Schock“ wird als Sepsis bezeichnet. Sepsis ist die Gesamtheit der lebensbedrohlichen klinischen Krankheitserscheinungen und pathophysiologischen Veränderungen als Reaktion auf die Aktion pathogener Keime und ihrer Produkte, die aus einem Infektionsherd in den Blutstrom eindringen, die große biologische Kaskadensysteme und spezielle Zellsysteme aktivieren und die Bildung und Freisetzung humoraler und zellulärer Mediatoren auslösen.<sup>102</sup> Der Sepsis liegt ein Versagen des Immunsystems zugrunde, verursacht durch eingedrungene Erreger oder deren Toxine. In der Folge kommt es zu einer Ausbreitung der Infektion über den Blutkreislauf auf den gesamten Körper. Die im Falle einer Lokalinfection sinnvolle Entzündungsreaktion entwickelt sich nun zum eigentlichen Motor der Sepsis. Durch eine überschießende Reaktion des Körpers auf die Bakterien, Abbauprodukte oder Toxine kommt es zu einer Entzündung des gesamten Körpers. Dies äußert sich in Schwellungen, Durchblutungsstörungen und Sauerstoffmangel, ohne dass sie der Erregerbekämpfung nützen. Sind lebenswichtige Organe davon betroffen, folgt daraus i.d.R. der Verlust ihrer Funktionsfähigkeit und somit wird das Überleben des Patienten begrenzt. Da diese Erkrankung trotz Therapie bis zu 50 Prozent tödlich verläuft,

---

99 Pschyrembel 2002 und [http://www.awmf.org/uploads/tx\\_szleitlinien/079-0011\\_S2k\\_Sepsis\\_Leitlinientext\\_01.pdf](http://www.awmf.org/uploads/tx_szleitlinien/079-0011_S2k_Sepsis_Leitlinientext_01.pdf). Zuletzt besucht am 25. Oktober 2011

100 Hugo Schottmüller (1867-1936) war ein deutscher Arzt und Bakteriologe (<http://www.sepsis-gesellschaft.de/DSG/Deutsch/Ueber+die+DSG/Aktivitaeten/Forschungspreise/Preistraeger?iid=1,22.04.2011>)

101 Schuster 2005, S. 4

102 E. Hüttemann und K. Reinhart 2005

hielten wir es für wichtig, sie in einer eigenen Gruppe aufzunehmen. Hier betrug die Letalität 74 Prozent. Von 38 Kindern starben 28 an der Erkrankung.

#### **Tuberkulose Versuche (16) siehe Tuberkulose (9)**

#### **Chronische ZNS-Erkrankungen (17):**

Die hier zusammengefassten Erkrankungen sind auf Schädigungen des Gehirns, des Rückenmarks und der Hirnnerven, wie zum Beispiel Hydrozephalus<sup>103</sup> oder spastische Lähmung und Krämpfe (mit Ausnahme der Fieberkrämpfe) zurückzuführen. Die Aufnahmezahl der Kinder über die Jahre betrug 317 (fünf Prozent). In dieser Gruppe sind 41 Kinder (13 Prozent) gestorben.

#### **Vitaminmangelerkrankungen (18):**

Mangelerkrankungen, wie Skorbut, Rachitis und Spasmophilie<sup>104</sup> fassten wir in einer Gruppe zusammen. Im Vergleich zu den Gesamtzahlen der Klinikaufnahmen wurden nur 58 Kinder mit Vitaminmangelerkrankungen aufgenommen, wovon vier Patienten starben, was sieben Prozent aller Verstorbenen im Zeitraum entspricht.

#### **Nieren- und Harnwegserkrankungen (19):**

Darunter werden alle Erkrankungen der ableitenden Harnwege subsumiert, wie Nephritis und Cystitis. Die Aufnahmezahl der Kinder betrug 143 (zwei Prozent). In dieser Gruppe verstarben lediglich sieben Kinder (zwei Prozent).

#### **Pylorospasmus (20):**

Diese Erkrankung ist eine neurogene oder mechanisch bedingte (passagere) Muskelkontraktur des Magenpförtners.<sup>105</sup> Diese kann angeboren oder erworben sein. Sie führt zu einer gestörten Fortleitung des Mageninhalts in den Zwölffingerdarm, mit der Folge von akuten Ernährungsstörungen wie unstillbarem Erbrechen. Die Erkrankung liegt bereits bei der Geburt vor und ist familiär gehäuft (fragliche Vererbung). Die Ursachen sind noch unbekannt. Der Erkrankungsgipfel liegt bei ca. drei Wochen nach der Geburt. Die Krankheit tritt besonders bei erstgeborenen Jungen auf (zehn Jungen : ein Mädchen). Die Behandlung besteht in der

---

103 Erweiterung des Liquorraums und dadurch die Erhöhung des Gehirndrucks

104 Spasmophilie gilt als Synonym für rachitogene Tetanie

105 Pschyrembel 2002, <http://www.uni-duesseldorf.de/awmf/ll/006-056.htm>, Leitlinien der Deutschen Gesellschaft für Kinderchirurgie am 26.04.2011

Regel in einer operativen Korrektur der Engstelle. Die Erkrankung kann man mit 1,1 Prozent aller Diagnosen als selten einstufen. Von den 69 aufgenommenen Kindern sind zwölf Kinder an dieser Erkrankung verstorben, was 17,4 Prozent der aufgenommenen Patienten in dieser Diagnosegruppe ausmacht.

#### **Poliomyelitis (21):**

Die spinale Erkrankung, im Deutschen auch als Kinderlähmung (*epidemica anterior acuta*) oder Heine-Medin-Krankheit bekannt, ist eine von Polioviren hervorgerufene Infektionskrankheit.<sup>106</sup> Die Viren befallen die muskelsteuernden Nervenzellen des Rückenmarks und führen zu spastischen Lähmungserscheinungen bis hin zum Tod. Betroffen sind überwiegend Kleinkinder im Alter zwischen drei und acht Jahren, selten sind auch ältere Kinder und Erwachsene betroffen. Da es sich um eine Viruserkrankung handelt, gibt es keine ursächliche Behandlung. Durch konsequente Impfung konnte Poliomyelitis in Deutschland fast vollständig beseitigt werden. Durch die heutige „Impffaulheit“<sup>107</sup> treten vereinzelt neue Fälle auf. Die Aufnahmezahl der Kinder im Untersuchungszeitraum betrug 41 (0,7 Prozent). In dieser Gruppe sind vier Kinder verstorben, was etwa zehn Prozent ausmacht.

#### **Geschlechtskrankheiten (22):**

Dazu zählen Syphilis (Lues), Gonorrhö (Tripper), *Ulcus molle* (weicher Schanker) und venerische Lymphknotenentzündung. Die Übertragung erfolgt durch sexuellen Kontakt und bei Geburt im Geburtskanal. Die Erkrankung über die Zeit gesehen ist mit 0,8 Prozent aller Diagnosen als selten einzustufen. Von den 49 aufgenommenen Kindern sind zehn Kinder an dieser Erkrankung verstorben (20 Prozent).

### **2.4.2 Diagnostische Methoden**

Wir zählten alle Blutbilder (BB) und trugen sie als Gesamtzahl in die Datenbank ein. Wenn außerdem Einzelwerte bestimmt wurden, so z.B. die Thrombozytenzahl, oder die Zahl an Leukozyten, wurde dies im Kommentar vermerkt. Die Harnuntersuchungen wurden ebenfalls

---

106 [http://www.rki.de/cln\\_117/nn\\_494686/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber\\_\\_\\_ Poliomyelitis.html](http://www.rki.de/cln_117/nn_494686/DE/Content/Infekt/EpidBull/Merkblaetter/Ratgeber___Poliomyelitis.html) am 25.10.2011, Pschyrembel 2002

107 Sie bezeichnet das Phänomen der in der Breite der Bevölkerung mangelhaften Einsicht des Nutzens von Impfungen oder gar dessen Negierung und Ablehnung.



erfasst und gesondert verzeichnet, genauso wie die Blutsenkungsgeschwindigkeit (BSR). Die mikrobiologischen und serologischen Untersuchungen wurden wie folgt kodiert:

1 = Typhus

2 = Ruhr

3 = Diphtherie

4 = Streptokokken

5 = Tuberkulose

Auch die Röntgen-Untersuchungen wurden erfasst; die transkribierte Zahl bezieht sich auf die Gesamtheit aller durchgeführten Röntgenuntersuchungen, ohne Unterschied des Untersuchungsorts (Röntgen Thorax, Röntgen Abdomen). Unter „sonstige Bemerkungen“ (sonst. Bemerk.) sind Fakten vermerkt, die uns wichtig erschienen, aber in keine andere Kategorie passten (beispielsweise Angaben zu Wohnverhältnissen, Gefangenschaft, Verlegungen, etc.).

### 2.4.3 Therapieformen

Dokumentiert wurden alle Behandlungen mit Sulfonamiden, Bluttransfusionen und anderem Flüssigkeitsersatz (Plasma, Salz-Glukose-Lösungen). Die Behandlung mit Sulfonamiden wurde separat erfasst, da sie damals neu eingeführt wurde.

Hier ein kurzer Einschub zur Geschichte der Sulfonamide.

Sulfonamide wurden von Gerhard Domagk (1895-1964) entdeckt und noch vor dem Penicillin industriell hergestellt.<sup>108</sup> Sie waren die ersten Breitspektrumantibiotika. Domagk arbeitete und forschte für die I.G. Farbenindustrie AG im Bayer-Stammwerk in Wuppertal. Sein besonderes Augenmerk lag auf den Azofarbstoffen. Er stellte fest, dass Prontosil das bakterielle Wachstum hemmt.<sup>109</sup> Das erste Medikament auf dem Markt mit diesem Wirkstoff war Prontosil.

---

<sup>108</sup> Gerhard Domagk war ein deutscher Pathologe und Bakteriologe. Er erhielt für die Entdeckung der Sulfonamide 1939 den Nobelpreis der Medizin. Aufgrund einer Anordnung Hitlers war es „Reichsdeutschen“ ab 1937 verboten worden, den Nobelpreis anzunehmen. Im Jahr 1947 wurde er Domagk nachträglich überreicht.

<sup>109</sup> Forth 1996, S. 683

Wurden Sulfonamide-Antibiotika verabreicht, erfolgte die Zählung der Gabe pro Tag. Der Name des jeweiligen Sulfonamids und die Dosis pro Tag findet sich im Kommentar wieder. Bluttransfusionen wurden ausgezählt und kodiert mit 1 (= ja) sowie 0 (= nein), in den Kommentaren erfolgte die genaue Aufschlüsselung jeder Bluttransfusion. Aufgenommen wurde die Anzahl der Vor- und der Haupttransfusionen sowie deren Menge in Kubikzentimeter (ccm). Die Gaben von Plasma sowie die verabreichten Salz-Glukose-Lösungen, sofern sie subkutan (s.c.) (S) oder intravenös (i.v.) (U) erfolgten, wurden genauso wie die Bluttransfusionen verschlüsselt.

Therapien, die nicht in den übrigen Spalten einzuordnen waren, sind im Kommentar unter sonstige Therapien festgehalten. Dort befindet sich die Auflistung der verabreichten Medikamente mit Angabe der Verabreichungstage. Auch andere Behandlungen (so z.B. Sollux - Bestrahlung, Massagen etc.) sind hier aufgelistet. Kodiert wurden dabei Antikonvulsiva (1), Kreislaufmittel (2); alles andere wurde unter sonstiger Therapie (3) zusammengefasst.

Durchgeführte Impfungen, die aus der Krankenakte zu entnehmen waren, finden sich in einer separaten Spalte. Dabei steht 1 für Diphtherie-, 2 für Typhus-, 3 für Pocken- und 4 für Scharlachimpfungen. Zum Teil findet sich lediglich die Aussage „ja“ in der Tabelle, wenn sich aus der Krankenakte zwar entnehmen lässt, dass Impfungen durchgeführt wurden, aber keine genaueren Angaben über die Impfung vorliegen.

## 3 Krieg und Klinikalltag im Spiegel der Krankenakten

In diesem Kapitel soll, ein möglicher Einfluss des Krieges auf die tägliche Arbeit der Kinderklinik der Charité über den untersuchten Zeitraum aufgezeigt werden. Die Betrachtungen beginnen mit den behandelnden Ärzten, gefolgt von den Patientenaufnahmen und deren Wohnorten, abschließend wird die Mortalität und Letalität einzelner Krankheiten dargestellt.

### 3.1 Entwicklung der Kinderheilkunde an der Charité

Für die genaue Einordnung unseres Quellenmaterials ist es wichtig, einen kurzen Einblick in die Geschichte der Kinderklinik zu geben. Zunächst folgt ein Abriss bis 1932. Die Jahre 1932-1951 werden etwas näher beleuchtet, um dann die wichtigsten Entwicklungen bis heute zu skizzieren.

#### **Kinderklinik 1829-1932**

Als die Pest Anfang des 18. Jahrhunderts in Europa wütete, ordnete der preußische König Friedrich Wilhelm I. 1710 die Errichtung eines Pesthauses an.<sup>110</sup> Es lag außerhalb der mittelalterlichen Berliner Stadtmauer vor dem Spandauer Tor und befand sich am nördlichen Ende der Spandauer Straße.<sup>111</sup> Nachdem das Lazarett nicht für Pestkranke benötigt wurde, diente es zunächst als Armenhaus für Arme, Bettler, unehelich Schwangere und Prostituierte sowie als Garnisonslazarett.<sup>112</sup> Im Jahr 1726 erfolgte eine Umwandlung des Lazaretts in ein

---

110 Marz 2010, S. 18ff

111 Institut für Denkmalpflege 1984, S. 267

112 Marz 2010, S. 34ff

Bürgerhospital sowie ein militärisches Ausbildungs Krankenhaus und wurde somit auf eine neue Aufgabe ausgerichtet. Das Krankenhaus erhielt den Namen Charité.

Im Jahr 1829 wurde erstmals in Deutschland eine spezielle Kinderabteilung mit 35 bis 40 Betten gegründet, deren Leitung der Militärarzt Eduard Wolff übernahm.<sup>113</sup> (1794-1878) Sie war im Nordflügel der Älten Charité notdürftig untergebracht. Auf Wolff folgte Stephan Friedrich Barez (1790-1856), der ab dem Jahr 1838 als außerordentlicher Professor für Kinderheilkunde an der Charité tätig war.<sup>114</sup> Die Kinderabteilung wurde durch eine Poliklinik ergänzt, in der kranke Kinder ambulant behandelt wurden. Nach dem Ende seiner Amtszeit 1847, kam es zu einer zweijährigen Interimslösung, in der Dr. Erbkamm, ein nicht habilitierter Arzt, die Abteilung leitete.<sup>115</sup>

1849 übernahm der Privatdozent Hermann Friedrich Ludwig Ebert (1814-1872) die Leitung der Kinderabteilung in der Charité.<sup>116</sup>

Als dessen Nachfolger trat 1872 Eduard Henoch (1820-1910) das Direktorat der Universitätskinderklinik<sup>117</sup> der Charité an und wurde zum außerordentlichen Professor für Kinderheilkunde an der Berliner Universität ernannt.<sup>118</sup> Er setzte unter anderem durch, dass die Kinder in einem „eigenen Bau“ auf dem Charité Gelände, einem hölzernen Pavillon, untergebracht wurden. So wurde 1890 ein Pavillon für Kinder mit ansteckenden Krankheiten errichtet.

Henoch legte 1893 sein Amt nieder. Für ein Semester trat der Internist Karl Gerhardt an seine Stelle.<sup>119</sup>

Im Jahr 1894 wurde Otto Heubner (1843-1926) nach Berlin berufen.<sup>120</sup> Der ehemalige Direktor der Universitätskinderklinik Leipzig war damit der erste ordentliche Professor für Kinderheilkunde in Deutschland. Sein Plan, die hygienischen Verhältnisse durch einen Neubau zu verbessern, wurde 1903 verwirklicht.

---

113 Grauel 2004, S. 902, Lennert 2005, Posterserie 1

114 Grauel 2004, S. 902, Oehme 1988 S. 403, Lennert 2005, Posterserie 1

115 Grauel 2004, S. 903, Lennert 2005, Posterserie 1

116 Grauel 2004, S. 903, Oehme 1988 S. 403

117 Grauel 2004, S. 903, Lennert 2005, Posterserie 1

118 Stürzbecher (1969), <http://denkmaeler.charite.de/site/henoch/person/> am 26.04.2011

119 Oehme 1988 S. 403

120 Seidler 1972, Dost 1980, S. 102-103

1913 gelangte der von Heubner empfohlene Adalbert Czerny (1863-1941) in das Amt des Direktors.<sup>121</sup> Sein Weg führte ihn von Prag, wo er habilitierte, über Breslau und Straßburg nach Berlin. Dort verhalf er der Klinik für Kinderheilkunde der Charité zu Weltruhm. Czerny war ein hervorragender Lehrer und begründete eine weltbekannte Schule. Schüler waren unter anderem Hans Kleinschmidt (1885-1977), Karl Stolte (1881-1951) und Albrecht Peiper (1889-1968). Czerny arbeitete bis zu seiner Emeritierung im Jahre 1932 in diesem Amt.

Zu Beginn des 20. Jahrhunderts wurden vermehrt Behandlungskonzepte für Kinder entwickelt, weil Kinder nicht mehr als kleine Erwachsene betrachtet wurden. Manche Erkrankungen, wie zum Beispiel Röteln, sind anders therapiert worden.<sup>122</sup> Dabei ging es nicht nur darum, die Medikation eines Erwachsenen zu verkleinern und dem Körpergewicht eines Kindes anzupassen. Zu Beginn der Weimarer Republik wurde die Pädiatrie zum Prüfungsfach in der Medizin. Es wurden Lehrstühle aufgewertet oder neu gegründet, um für die Lehre und Forschung genügend Platz zu schaffen. Einrichtungen wie das Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhaus und das Kaiserin Auguste Victoria Haus<sup>123</sup> in Berlin wurden für die Spezialisierung junger Ärzte zur Verfügung gestellt.

### **Kinderheilkunde in den Jahren 1932-1951**

Die Klinikleitung wurde, abermals einem ehemaligen Leipziger Klinik-Chef, Georg Bessau (1884-1944) übertragen.<sup>124</sup> Unter Bessau wurde die Kinderklinik weiter um- und ausgebaut. An der Charité ging die Machtergreifung durch die Nationalsozialisten nicht spurlos vorbei. Durch die Zwangsmaßnahmen des am 7. April 1933 verabschiedeten „Gesetzes zur Wiederherstellung des Berufsbeamtentums“, der Reichshabilitationsordnung von 1934 und des Reichsbürgergesetzes von 1935 verloren, wie Michael Hubenstorf zeigen konnte,<sup>125</sup> rund zwei

---

121 Stürzbecher 1957, Dost 1980, S. 249

122 Ariès 1976, Philippe Ariès war ein französischer Historiker. Er befasste sich in „Die Geschichte der Kindheit“ mit der Rolle der Kindheit im Mittelalter bis heute. Unterteilt wird der Zeitraum in drei Epochen: Mittelalter, Renaissance und Heutzutage. Zu jeder dieser Epochen stellt er Hypothesen auf, um die soziale Stellung des Kindes in der Gesellschaft darzulegen.

123 Gründung 1909

124 Klee 2005 S. 44; Professorenkatalog der Universität Leipzig/Catalogus Professorum Lipsensis, Herausgegeben vom Lehrstuhl für Neuere und Neueste Geschichte, Historisches Seminar der Universität Leipzig. Link: [http://www.uni-leipzig.de/unigeschichte/professorenkatalog/leipzig/Bessau\\_15](http://www.uni-leipzig.de/unigeschichte/professorenkatalog/leipzig/Bessau_15) am 27.04.2011, [http://de.wikipedia.org/wiki/Georg\\_Bessau](http://de.wikipedia.org/wiki/Georg_Bessau) am 27.04.2011

125 Vgl. hierzu die tabellarische Übersicht von Hubenstorf in Winau 1994, 346. Nur der geringste Teil war der üblichen Fluktuation geschuldet.

Fünftel der Hochschullehrer von 1933 bis Ende 1935 ihre Zugehörigkeit zur Medizinischen Fakultät. Dadurch konnten politische Gegner und Menschen jüdischer Herkunft aus ihren Ämtern entlassen werden. Dazu zählten auch die bekannten Hochschullehrer für Kinderheilkunde Heinrich Finkelstein<sup>126</sup>, Richard Hamburger und Erwin Schiff, die zwischen 1933 bis 1935 schrittweise Beruf, Stellung und akademische Würde verloren.<sup>127</sup> Ob sich Bessau den neuen Zuständen entgegen gestellt hat, ist nicht eindeutig belegt. Im Vorfeld seiner Ernennung zum Klinikdirektor 1932 hatte Georg Bessau sein Personal zu reduzieren. Zur Diskussion standen sechs Pädiater: Erwin Schiff, Richard Hamburger, Paul Krager, Albrecht Peiper, Oberarzt Freise und Assistenzarzt Beyer. Bessau entschied sich für Peiper, Freise und Beyer. Allen anderen, ohne Ausnahme Mitarbeiter jüdischer Herkunft, wurde gekündigt.<sup>128</sup> Von Mitarbeitern wie Frau Rüger<sup>129</sup> und Schwester Renate Hellwig wurde Bessau als gewissenhafter Arzt, der sich unermüdlich für schwerkranke Kinder einsetzte, beschrieben. Dennoch hat er fehlgebildete Kinder auch gegen den Wunsch der Eltern an den Reichsausschuss gemeldet.<sup>130</sup> Ob Bessau deshalb als Sympathisant des Nationalsozialismus zu bezeichnen ist, kann man daraus nicht ableiten. Aus einem Schreiben an die Charité-Verwaltung vom 23. Januar 1942 geht hervor, dass Bessau kein Mitglied der NSDAP war.<sup>131</sup> Seine Einstellung zu den Nationalsozialisten lässt sich schwer durch sein Handeln ablesen. Auch wenn er sich unermüdlich für kranke Kinder einsetzte, meldete er trotzdem dem Gesundheitsamt Fehlbildung bei Kindern. Ebenfalls der Missbrauch von anvertrauten Patienten als Versuchsobjekte ist nicht notwendigerweise mit einer nationalistischen Gesinnung verknüpft. Man weiß heute, dass Bessau zur Testung eines Tbc-Impfstoffes systematisch Kinder als Versuchsobjekte benutzt hat,<sup>132</sup> was jedoch keineswegs für eine NS-Gesinnung spricht. Die Ergebnisse aus den Versuchen wurden auch veröffentlicht.<sup>133</sup> Was aus heutiger Sicht einer falschen Ethik folgt, muss man im

---

126 Am 01.03.1933 ging Heinrich Finkelstein in den Ruhestand. 1935 wurde ihm die Lehrberechtigung zudem offiziell entzogen. Weiß 1988

127 Müller 1960, Schleiermacher 2008

128 Kündigung von Richard Hamburger am 21.11.1933 und von Erwin Schiff am 25.09.1933. Schleiermacher 2008: S. 59 und 62

129 Ballowitz 1989, S. 56-57

130 Aly 1989

131 Humboldt-Universität zu Berlin, Universitätsarchiv zu Berlin, UK-Personalia, B196, Bessau

132 Schagen 2010a, S. 173

133 Beddies 2004, S. 177-178

Kontext seiner Zeit sehen. Aus damaliger Sicht waren die Versuche an behinderten Kindern nicht notwendigerweise verwerflich. Aus seinem Handeln lässt sich kein nationalsozialistisches Gedankengut, also weder aus den Meldungen von Fehlbildungen noch auch seinen Versuchen, ableiten, wohl aber ethisch falsches bzw. verbrecherisches Verhalten. Gegen Vorschriften und Gesetze verstieß man jedoch bereits damals, wenn anvertraute Schutzbefohlene ohne Einwilligung zu Humanversuchen herangezogen wurden. Bis 1945 gab es eine Meldepflicht für behinderte Kinder.<sup>134</sup>

Durch die Luftangriffe auf Berlin ab 1942 wurde auch die Charité immer stärker vom Krieg betroffen. Die Bombenangriffe fügten den Gebäuden auf dem Charité Gelände erhebliche Schäden zu. Im August 1943 wurden die meisten Kliniken, darunter auch ein Teil der Kinderklinik, und Institute in die Gebäude des städtischen Krankenhauses Berlin-Buch ausgelagert. Dort bekam die Kinderklinik 130 Betten zur Verfügung gestellt.<sup>135</sup>

Die Nachfeier zu Bessaus 60. Geburtstag Ende Januar 1944 wurde durch einen Luftangriff unterbrochen. Dieser Angriff traf die Kinderklinik schwer. Die neugebauten Häuser und das Haupthaus standen in Flammen (siehe Abbildung 3.1). Durch diese Bombardierung sah Bessau sein Lebenswerk zerstört.<sup>136</sup> Im November 1944 verstarb Georg Bessau infolge eines Gehirntumors.

Sein Kollege Hans Kleinschmidt, aus Köln kommend, wurde für einige Monate neuer Direktor der Klinik.<sup>137</sup> Als Berlin von den sowjetischen Truppen eingeschlossen wurde, floh Kleinschmidt nach Köln. Aus diesem Grund übernahm Otto Cammann (1905-1949) am 15. März 1945 als stellvertretender Oberarzt die Leitung der Klinik.<sup>138</sup> Die räumlichen Verhältnisse waren zu diesem Zeitpunkt katastrophal. So verfügte die Charité im Frühjahr 1945 nur noch über 175 Betten, davon 30 Kinderbetten auf dem Charitégelände.<sup>139</sup> Die Patienten, die auf dem Charité Gelände verblieben waren, verbrachten die Nächte in den

---

134 Das „Gesetz zur Verhütung erbkranken Nachwuchses“ vom 14. Juli 1933 (Reichsgesetzblatt 1933 I, S. 529) trat am 01.01.1934 in Kraft.

135 Humboldt-Universität zu Berlin, Universitätsarchiv zu Berlin, Charité-Direktion, 2748, Bl.58

136 Humboldt-Universität zu Berlin, Universitätsarchiv zu Berlin, UK-Personalia, B196, Bessau

137 Stürzbecher 1979

138 Grauel 2004, S. 905

139 Humboldt-Universität zu Berlin, Universitätsarchiv zu Berlin, Charité-Direktion , 2749, Blatt 82



**Abbildung 3.1:** Die neugebauten Häuser der Kinderklinik und das Haupthaus in Flammen (1944).

S-Bahn-Bögen<sup>140</sup> oder im Keller der Klinik.<sup>141</sup> Der Zustand der Universitäts-Kinderklinik Mitte des Monats Mai 1945 wurde in einem ungezeichneten Bericht vom 5. Juni 1945 als „erschreckend“ beschrieben.<sup>142</sup> So waren seit dem 5. Januar 1945 durch die Angriffe derartige Schäden entstanden, dass keine Stationen in den Häusern mehr geführt werden konnten. Durch Kampfhandlungen im April bis Mai erlitt die Kinderklinik weitere Schäden. Mitte Mai waren schließlich sämtliche Funktionsräume der Stationen, wie die Milchküche, Röntgenabteilung, Laboratorium, Bibliothek, Diensträume und das Sekretariat der Kinderklinik völlig unbrauchbar. Nur die Poliklinik konnte unter starken Einschränkungen auf einfachem Niveau mit der Hälfte der Räume weiter geführt werden. Tagelang war der Strom unterbrochen,<sup>143</sup> bis auf zwei Toilettenanlagen im Althaus waren alle anderen vollständig zerstört, das Fehlen eines Waschhauses und die Rationierung von Lebensmitteln und Medikamenten kamen als weitere Einschränkungen dazu.

Bei unveränderter Situation nach der Kapitulation übernahm Wilhelm Stoeltzner (1872-1954)

---

140 Es waren zwei ursprünglich als Luftschutzräume vorgesehene Räume, die zusammen ca. 60m<sup>2</sup> ausmachten.

141 Humboldt-Universität zu Berlin, Universitätsarchiv zu Berlin, Charité-Direktion, 2741, Blatt 114

142 Humboldt-Universität zu Berlin, Universitätsarchiv zu Berlin, Charité-Kinderklinik 038007/48

143 Kurowski 1977 S. 337-338, <http://www.chronik-berlin.de> -> Berlin im 20.Jh -> 1933-1945 am 01.11.2011



im Juli 1945 die Klinik und ab Januar 1946 auch die Lehre.<sup>144</sup> Der Schüler Otto Heubners war 1937 mit 65 Jahren und aufgrund der Ehe mit einer jüdischen Frau emeritiert worden.<sup>145</sup> Er trug zum Wiederaufbau der zerstörten Gebäude bei. So konnte er im Oktober 1946 eine 50-Bettenstation in der Scharnhorststrasse in Betrieb nehmen und somit die Bettenzahl der Klinik auf 90 erhöhen.<sup>146</sup> 1947, im Alter von 75 Jahren, beendete er seine aktive Amtszeit. 1945 wurde die Friedrich Wilhelms Universität in Humboldt-Universität umbenannt. Das Kaiserin Auguste Victoria Haus in West-Berlin wurde nach Gründung der Freien Universität zu Berlin zur Universitätskinderklinik erhoben.

Die Nachfolge in der Klinikleitung an der Kinderklinik der Charité trat im Oktober 1947 Karl Klink (1897-1972) an,<sup>147</sup> der wie W. Stoeltzner von den Nationalsozialisten in den Ruhestand geschickt worden war, jedoch bereits 1944 in Rostock in das Berufsleben zurückkehrte. Unter seiner Leitung profilierte sich die Charité Kinderklinik wieder wissenschaftlich. Es wurde eine Arbeitsgruppe zur präoperativen Herzdiagnostik aufgebaut.<sup>148</sup> Auch trug er weiter zum Wiederaufbau der Gebäude und damit zur Erhöhung der Bettenzahl bei. Unter Klinkes Leitung verfügte die Klinik im April 1948 wieder über 124 Betten, davon mehr als 40 in der Scharnhorststrasse.

In einer darauf folgenden Interimszeit wurde die Klinik von dem bisherigen Oberarzt Herbert Brugsch (1905-1972) geleitet<sup>149</sup>.

### **Kinderklinik ab 1951**

1951 folgte Friedrich Hartmut Dost (1910-1985) dem Ruf nach Berlin.<sup>150</sup> Er erhielt allerdings erst Anfang 1953 eine ordentliche Professur. Auch in dieser Zeit wurden viele bauliche Veränderungen vorangetrieben. Wissenschaftlicher Austausch fand unter anderem mit den

---

144 <http://www.catalogus-professorum-halensis.de/stoeltznerwilhelm.html>, <http://www.sammlungen.huberlin.de/dokumente/17169/> am 27.04.2011

145 Humboldt-Universität zu Berlin, Universitätsarchiv zu Berlin, Charité-Direktion 2569, Blatt 14ff und Beddies 2008, S. 123

146 Sie befand sich auf dem Gelände des ehemaligen Augusta-Hospitals, laut Interview am 22.04.2002 mit Schwester Irmgard.

147 Grauel 2004, S. 907

148 Oehme 1988, S. 404-405

149 Grauel 2004, S. 907

150 Klee 2005, S. 117, Oehme 1988, S. 405

Universitätskinderkliniken von West-Berlin, Prag und Pec statt.<sup>151</sup> 1959 floh Dost in die Bundesrepublik Deutschland und übernahm einen Lehrstuhl in Gießen. Es folgte eine erneute Interimszeit unter dem Oberarzt Ferdinand Max Gerhard Otto (1919-2001).<sup>152</sup>

1960 wurde die Stelle des Klinikleiters mit Josef Dieckhoff (1907-1977) besetzt.<sup>153</sup> Wie sein Vorgänger wurde auch er aus Leipzig berufen. In vielen Bereichen profilierte er die Klinik weiter und richtete zum Beispiel eine Abteilung für Neonatologie ein.

Nach seiner Emeritierung 1972 wurde erstmals ein ehemaliger Oberarzt der Klinik, Peter Grossmann (geb. 1926) auf den Lehrstuhl berufen.<sup>154</sup> Grossmann trug zum Ausbau der Poliklinik und der ambulanten Betreuung der Patienten bei. Auch im neu geschaffenen Bettenhochhaus waren pädiatrisch geleitete Stationen untergebracht. Seine Amtszeit endete 1991.

Von 1991 bis 1993 war Ernst Ludwig Grauel (1935-2005) Direktor, ihm folgte 1993-1996 Gerhard Gaedicke.

Im Jahr 1996 kam es im Rahmen der Reorganisation der Berliner Hochschulmedizin zu einem Zusammenschluss der Kinderkliniken aus dem Kaiserin Auguste Victoria Haus in der Reinickendorfer Straße, der Kinder- und Jugendpsychiatrie aus der Plantanallee<sup>155</sup> und der Kinderkliniken der Charité. Im Jahr 1998 entstand das Otto-Heubner-Centrum für Kinder- und Jugendmedizin der Charité in seiner heutigen Form. Erster Sprecher war bis 2001 Ernst Ludwig Grauel; es folgten Michael Obladen (2001-2003), Ulrich Wahn (2003-2005), Annette Grüters-Kieslich (2005-2008) und Felix Berger (2008-2010). Heute (Stand 2012) führt Heiko Krude den Vorsitz, siehe Tabelle A.2 im Anhang. Zur Zeit umfasst das Zentrum am Standort Campus Rudolf-Virchow-Klinikum die Klinik für Allgemeine Pädiatrie, die Klinik für Pädiatrie mit Schwerpunkt Nephrologie, die Klinik für Pädiatrie mit Schwerpunkt Kardiologie,

---

151 Pec ist eine Stadt im Westen des Kosovo.

152 Grauel 2004, S. 907

153 Professorenkatalog der Universität Leipzig/Catalogus Professorum Lipsensis, Herausgegeben vom Lehrstuhl für Neuere und Neueste Geschichte, Historisches Seminar der Universität Leipzig. Link: [http://www.uni-leipzig.de/unigeschichte/professorenkatalog/leipzig/Dieckhoff\\_1155](http://www.uni-leipzig.de/unigeschichte/professorenkatalog/leipzig/Dieckhoff_1155) am 26.04.2011, Gladtko, E., Professor Dr. Josef Dieckhoff verstorben, in: Monatsschrift Kinderheilkunde 126 (1978), S. 102

154 Grauel 2004, S. 907

155 alle ehemals der Freien Universität zu Berlin angehörig

das Institut für Pädiatrische Endokrinologie, das Neugeborenen Screeningzentrum, die Klinik für Kinderchirurgie, die Klinik für Neonatologie, die Klinik für Pädiatrie mit Schwerpunkt Onkologie/Hämatologie, die Klinik für Pädiatrie mit Schwerpunkt Neurologie, die Klinik für Pädiatrie mit Schwerpunkt Pneumologie/Immunologie CVK<sup>156</sup> und CBF<sup>157</sup>, die Klinik für Psychiatrie, Psychosomatik und -therapie des Kindes- und Jugendalters, die Pädiatrische Radiologie - Kinderradiologie, das Sozialpädiatrische Zentrum (SPZ), am Standort Campus Mitte die Klinik für Neonatologie, am Standort Campus Benjamin Franklin die Klinik für Pädiatrie mit Schwerpunkt Pneumologie/Immunologie CVK und CBF sowie am Standort Heckeshorn die Lungenklinik Heckeshorn.

## 3.2 Gesundheitspolitik im nationalsozialistischen Deutschland während des Krieges

Während des Krieges gab es tiefgreifende Einschnitte in der medizinischen Versorgung. Die deutschen Gesundheitsbehörden konzentrierten sich in der Kriegsvorbereitung überwiegend auf die Sicherstellung des medizinischen Bedarfs der Wehrmacht und weniger auf die Gesundheitsversorgung der Zivilbevölkerung, da man nicht von einem mehrjährigen Krieg ausging. Das Militär konnte bis 1942 unbegrenzt auf die zivilen medizinischen Einrichtungen zurückgreifen,<sup>158</sup> und auch danach standen die Belange der Wehrmacht über denen der Zivilbevölkerung. Hierdurch kam es zu einer Minderung der Ressourcen für die Zivilbevölkerung mit Einschränkungen in der medizinischen Versorgung. Die Wehrmacht nutzte 1943 circa ein Fünftel der zivilen Krankenhausbetten und circa ein Viertel der Betten in Pflege- und Heilstätten für die Behandlung von Soldaten und eigenem Personal. Auch die Verringerung der Zivilärzte auf 60 Prozent des Vorkriegszustandes zu Gunsten der Wehrmacht durch die Verlagerung kriegstauglicher Ärzte in den Wehrdienst schaffte eine weitere Lücke in der medizinischen Betreuung der Zivilbevölkerung.<sup>159</sup> Deren Einberufung veränderte naturgemäß die Sozialstruktur in der Ärzteschaft. Beispielsweise stieg der Altersdurchschnitt der Ärzte,

---

156 Campus Virchow Klinikum

157 Campus Benjamin Franklin

158 Süß 2003, S. 188ff

159 Süß 2003, S. 192ff

da die jungen Ärzte und auch frisch approbierte Ärzte der Wehrmacht zugeteilt wurden. Um den Ärztemangel auszugleichen, wurden ältere Ärzte reaktiviert. Vor dem Krieg waren etwa ein Drittel der Ärzte über fünfzig Jahre alt. Bis 1944 verdoppelte sich ihr Anteil. Gleichzeitig erhöhte sich der Anteil von Ärztinnen. Der Frauenanteil in der zivilen medizinischen Versorgung verdreifachte sich auf etwa ein Viertel bis 1944 gegenüber der Vorkriegszeit.<sup>160</sup>

Der Gesundheitszustand der Zivilbevölkerung in den Jahren 1939-1945 wurde vor allem durch die Zunahme der mangel- und erschöpfungsbedingten nicht tödlichen Erkrankungen<sup>161</sup> bestimmt. Begleitumstände des Krieges, wie beispielsweise die schlechte Ernährungssituation, erhöhte Arbeitsbelastung und der Mangel an Reinigungsmitteln begünstigten Erkrankungen. Zu Beginn des Krieges verschlechterte sich der Allgemeinzustand in den schon stark belasteten Bevölkerungsgruppen, wie zum Beispiel bei den alten Menschen und Frauen.<sup>162</sup> Weiter folgte im Verlauf von 1942 eine Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Arbeiterschicht und später auch der Jugendlichen, Kinder und Kleinkinder/Säuglinge. Im darauffolgenden Herbst und Winter wurden, als zusätzlich zu der Krise in der Gesundheitsversorgung auch noch die umfangreiche Kürzung der Lebensmittelversorgung hinzukam, weitere Bevölkerungskreise erfasst.

Seit dem Winter 1942 gab es Einschränkungen in der freien Arztwahl durch den revierärztlichen Dienst in Industriebetrieben. Ein paar Wochen später setzte die „Gutermuth-Aktion“ ein.<sup>163</sup> Sie zeigte, wie sehr die Gesundheitspolitik den Belangen der Kriegswirtschaft untergeordnet war und wie sehr das so genannte Volksinteresse über dem individuellen Recht auf körperliche Unversehrtheit und medizinische Versorgung stand. Durch die Erweiterung der Kompetenz der Vertrauensärzte sollte die Kontrolle der Arbeitsbevölkerung flächendeckend durchgesetzt werden. Dies war der Politik jedoch zu keinem Zeitpunkt gegeben, da unter anderem die wenigen erfahrenen Vertrauensärzte und die zögerliche Mitarbeit der Ärzte im Krankenhaus und in den Praxen, den Interessenschwerpunkt auf die Kranken und nicht auf die Rüstungswirtschaft legte.<sup>164</sup>

---

160 Süß 2003, S. 192ff; Schleiermacher 2002, S. 104-105

161 Genauerer wird in einer anderen / weiterführenden Dissertation beschrieben.

162 Süß 2003, S. 269ff

163 Es waren vertrauensärztliche Kontrollen in Rüstungsbetrieben mit hohem Krankenstand.

164 Süß 2003, S. 254ff

Die Gesundheitspolitik war auf die Angriffe schlecht vorbereitet, da es keine Notpläne für Luftangriffe gab. Man ging davon aus, dass der Krieg nie deutschen Boden erreichen würde.<sup>165</sup> Notfallpläne wurden aber auch nicht entwickelt, als es zu ersten Luftangriffen kam. Die ersten Bombardierungen zeigten, wie schnell die Infrastruktur in den Stadtzentren zu beeinträchtigen war. Dies führte dazu, dass auch die medizinische Versorgung nicht mehr optimal war. Durch die Luftangriffe im Frühjahr 1942 kam es zu lokalen medizinischen Krisen, besonders in Nord- und Westdeutschland. Ab Mitte 1943 weiteten sich diese aufgrund des verstärkten Luftkriegs auf ganz Deutschland aus.<sup>166</sup> In der Folge kam es für die Zivilbevölkerung zu weiteren Verschlechterungen in der medizinischen Versorgung. Die Gesundheitsressourcen waren jetzt nicht nur eingeschränkt durch die Belange der Wehrmacht, sondern auch durch den Luftkrieg. Die Hauptarbeit der medizinischen Versorgung erfolgte jetzt in den Luftschutzrettungsstellen und in den Krankenhäusern, sofern diese nicht bereits selbst durch Bomben zerstört oder beschädigt worden waren. Es erfolgte eine Umstrukturierung in der Gesundheitspolitik. Seit Mitte 1942 verfügten die so genannten Gaugesundheitsführer<sup>167</sup> über politisch-administrative Vollmachten im Gesundheitswesen. Dies war eine der Voraussetzungen für die Wiederaufnahme des Euthanasie-Projektes. Der Start der zweiten Welle von dezentralen Patiententötungen erfolgte im Sommer 1943 in Abstimmung zwischen dem sächsischen Innenministerium, Karl Brandt<sup>168</sup> (1904-1948) und der Berliner Euthanasiezentrale. Spätestens seit Mitte 1943 war Karl Brandt der wichtigste gesundheitspolitische Vertreter. Die Gesundheitspolitik in den Kriegsjahren prägte er aktiv und maßgeblich als General- und Reichskommissar für das Sanitäts- und Gesundheitswesen. Seine Ernennung stand im Zusammenhang mit spezifischen Gesundheitspolitikproblemen während des Krieges. Die Hauptprobleme waren die knappen Ressourcen und Verteilungskonflikte zwischen Zivilbevölkerung und der Wehrmacht. Brandt zeichnete sich einerseits durch medizinische Professionalität und Hingabe sowie durch bisweilen brutale Durchsetzungskraft

---

165 Süß 2003, S. 181ff

166 Kurowski 1977, Friedrich 2002

167 ehemals Gauamtsleiter des Amts für Volksgesundheit

168 chirurgischer Begleitarzt von Adolf Hitler, SS-Gruppenführer, Generalleutnant der Waffen-SS und Generalkommissar für das Sanitäts- und Gesundheitswesen, Beauftragter Hitlers für die Aktion T4, war der Ranghöchste unter den Angeklagten im Prozess gegen Mediziner im Rahmen des Nürnberger Ärzteprozess und wurde in Landsberg am Lech am 2. Juni 1948 hingerichtet

aus. Dabei hob er das Interesse des „Volkskörpers“ als zentralen, absoluten Wertebezug heraus. Die Ernennung von Leonardo Conti<sup>169</sup> (1900 - 1945) zum Reichsgesundheitsführer im Jahr 1939 sollte die Medizinalverwaltung und das Gesundheitswesen der NSDAP verbinden. Bei den Medizinalbeamten erfolgte eine bereitwillige Mitarbeit bei der „rassenhygienischen Neuausrichtung“ des Gesundheitswesens.

Eine wesentliche Voraussetzung, damit die Deutsche Arbeitsfront (DAF) und die Nationalsozialistische Volkswohlfahrt (NSV) als teilautonome politische Gesellschaften handeln konnten, war das gesundheitspolitische Desinteresse Hitlers und der nationalsozialistischen Führungsspitze. Die Jahre 1940-1942 waren durch das Fehlen einer einheitlichen, durchsetzungsfähigen gesundheitspolitischen Entscheidungszentrale geprägt. Die Machtinteressen einzelner Gruppen führten dazu, dass das NS-Regime die Fähigkeit zur gesundheitspolitischen Globalsteuerung verlor.<sup>170</sup>

### **3.3 Ärzte und ihre Beschäftigungszeit an der Kinderklinik der Charité**

Als Erstes wird nun ein kurzer Einblick in die Situation der Kinderärzte zur damaligen Zeit gegeben. Zur Zeit der Machtübernahme 1933 waren in Deutschland 1418 Kinderärzte<sup>171</sup> registriert. Davon galten 773 Kinderärztinnen und Kinderärzte nach dem NS-Rassengesetz als Juden. Das bedeutete, dass jeder zweite Pädiater (54,5 Prozent) in Deutschland, bei einem jüdischen Bevölkerungsanteil von 0,9 Prozent, davon betroffen war. Darunter waren auch führende Vertreter des Faches wie Heinrich Finkelstein (1865-1942), Gustav Tugendreich (1876-1948) und Leopold Langstein (1876-1933). Besonders hervorzuheben ist der hohe Anteil an Frauen in der Pädiatrie. Ein Grund war sicherlich die Akzeptanz in der Gesellschaft, da die Behandlung von Patienten und Kindern mit dem Frauenbild als Mutter eher als bei anderen Facharzttrichungen vereinbar war. Im Jahr 1933 waren etwa ein Drittel (32 Prozent) der

---

169 deutsch-schweizerischer Mediziner, Leiter des Nationalsozialistischen Deutschen Ärztebundes (NSDÄB), gleichzeitig Chef der Reichsärztekammer und als Hauptdienstleiter der NSDAP Leiter des Hauptamtes für Volksgesundheit. Suizid in Untersuchungshaft in Nürnberg am 06. Oktober 1945

170 Süß 2003, S. 188ff

171 Seidler 2000, S. 9

weiblichen Pädiater von den NS-Gesetzen betroffen.<sup>172</sup> Die offizielle Vertretung der Pädiatrie nahm die Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde (DGfK) wahr. In der Gesellschaft waren etwa die Hälfte (58 Prozent) der deutschen Kinderärztinnen und Kinderärzte als Mitglieder eingetragen, wovon etwa 36 Prozent jüdischer Abstammung waren. Die Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde zeigte im Hinblick auf ihren Umgang mit der NS-Politik ein ambivalentes Verhalten. Einerseits wurde versucht führende Pädiater in der Gesellschaft zu halten, so hatten zum Beispiel Arthur Schloßmann (1867-1932) und Walther Freund (1874-1952) den Vorsitz der Gesellschaft inne, und andererseits zeigte die DGfK ihre Vorbehalte gegenüber Mitgliedern jüdischer Herkunft. So verhinderte man nicht deren Teilnahme an Tagungen,<sup>173</sup> aber es war zu spüren, dass Mitglieder jüdischer Herkunft unerwünscht waren. Im Hinblick auf die Jahrestagung des DGfK im Herbst 1934 notierte der Schriftführer: "es werden ohnehin nicht viele erscheinen, da die meisten doch in schwerer wirtschaftlicher Bedrängnis sein dürften".<sup>174</sup> Nach dem Inkrafttreten der Vierten Verordnung zum Reichsbürgergesetz am 30. September 1938 gab es keine jüdischen Mitglieder in der Liste der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde. Der endgültige Approbationsverlust für die jüdischen Ärzte nach dem 01. Oktober 1938 zog einen eklatanten Mangel an Kinderärzten nach sich. Wenn man bedenkt, dass die Kinderärzte jüdischen Glaubens oder jüdischer Abstammung fünf Jahre vorher mehr als die Hälfte der Pädiater ausmachten, muss sich dies auch auf die Kliniken ausgewirkt haben. Einen weiteren personellen Einschnitt gab es, als Ärzte zum Wehrdienst eingezogen oder zum Notdienst verpflichtet wurden. Einen Eindruck über die Stellensituation an der Kinderklinik der Charité gibt ein Schreiben an die Verwaltung vom 18. Detember 1944 eindrücklich wieder:<sup>175</sup> zwei Oberarztstellen, zehn Stellen für wissenschaftliche Assistenten und 4 für Volontärärzte, die wie folgt besetzt waren:

1. *Oberarzt frei*
2. *Oberarzt frei*
3. *wissenschaftlicher Assistent Dr. med. Cammann*

---

172 Seidler 2000, S. 15

173 Seidler 2000, S. 24ff

174 Seidler 2000, S. 24-25

175 Humboldt-Universität zu Berlin, Universitätsarchiv zu Berlin, Charité-Direktion, 2569

4. *wissenschaftlicher Assistent Dr. med. Linneweh zurzeit Wehrmacht*
5. *wissenschaftlicher Assistent Dr. med. Steigler zurzeit Wehrmacht*
6. *wissenschaftlicher Assistent Dr. med. Grifhorn zurzeit Wehrmacht*
7. *wissenschaftlicher Assistent Dr. med. Fuchs zurzeit Wehrmacht*
8. *wissenschaftlicher Assistent Dr. med. Stoeckel zurzeit Wehrmacht*
9. *wissenschaftlicher Assistent Dr. med. Maneke zurzeit Notdienstverpflichtet*
10. *wissenschaftlicher Assistent Dr. med. Herfurth zurzeit Wehrmacht*
11. *wissenschaftlicher Assistent Dr. med. Mutschler zurzeit Wehrmacht*
12. *wissenschaftlicher Assistent Dr. med. Steigler zurzeit Wehrmacht*
13. *Volontärärzte frei*
14. *Volontärärzte frei*
15. *Volontärärzte frei*
16. *Volontärärzte frei*

Es stand laut dieser Stellenbeschreibung nur ein Arzt zur Verfügung.

Mit der Kinderklinik und der Charité-Verwaltung gab es eine Abmachung,<sup>176</sup> dass für zwei eingezogene wissenschaftliche Assistenten ein approbierter Arzt gehalten wurde. Die Arbeit der wissenschaftlichen Assistenten wurde von Kolleginnen als Kriegsvertretung wie zum Beispiel von Frau Winckler (1940-1946), Frau Bahrs (1944-1945), Frau Baumgarten (1944-1949), Frau Kahlo (1939-1946), Frau König (1945-1948) und Frau Salzmann (1940-1945) erledigt.<sup>177</sup> Weiter geht aus Briefen von Bessau an die Charité-Verwaltung hervor,<sup>178</sup> dass im Jahr 1938 noch sechs Hospitantinnen an der Kinderklinik tätig waren.<sup>179</sup>

1. Idris Schemüsselbenat (Türkei)

<sup>176</sup> Humboldt-Universität zu Berlin, Universitätsarchiv zu Berlin, Charité-Direktion 1925-1945, 2569

<sup>177</sup> Humboldt-Universität zu Berlin, Universitätsarchiv zu Berlin, Charité-Direktion 1925-1945, 2569, Blatt 217

<sup>178</sup> Mit Bitte um Kostenübernahme und freie Unterkunft

<sup>179</sup> Humboldt-Universität zu Berlin, Universitätsarchiv zu Berlin, Charité-Direktion 1925-1945, 2568, 2569



2. Marga Eitel (Rumänien)
3. Chronopolis (Griechenland)
4. Virginia Simulescu (Rumänien)
5. Marianne Parfenow (Jugoslawien)
6. Pedro Araya (Chile)

Im Jahr 1942 sank deren Zahl auf vier:<sup>180</sup>

1. Fr. Dr. med. Kollbrunner (Bern/Schweiz)
2. Hr. Dr. med. Geza Krempels (Budapest/ Ungarn)
3. Hr. Dr. med. Gavilandes (Ecuador)
4. Fr. Uarda Frutiger

Auch gestaltete sich die Situation der Ärzte und Ärztinnen in der Nachkriegszeit als schwierig. Zum einen wurden sie an jeder Stelle dringend gebraucht und zum anderen hatte sich das politische Ansehen der Ärzte in der Gesellschaft negativ geändert.<sup>181</sup> Die Beteiligung von Teilen der Ärzteschaft in Gewaltverbrechen während der Nazidiktatur war bekannt, so dass jeder Arzt zunächst unter Generalverdacht stand, etwas mit den Gräueltaten des NS-Regimes zu tun gehabt zu haben.<sup>182</sup> Bis zum Beweis der Unschuld herrschte entsprechendes Misstrauen. In einem der zwölf Nachkriegsprozesse gegen die Hauptkriegsverbrecher des Dritten Reiches, dem Nürnberger Ärztesprozess<sup>183</sup> vom 9. Dezember 1946 bis zum 20. August 1947 vor dem Ersten Amerikanischen Militärgerichtshof in Nürnberg, wurde versucht, die Verantwortlichen zur Rechenschaft zu ziehen und das Geschehen aufzuarbeiten. Es waren 20 Ärzte sowie drei Nicht-Ärzte als Organisatoren von Medizinverbrechen angeklagt. Im Prozess gegen die Hauptkriegsverbrecher waren bereits 14 der Angeklagten als Schuldige identifiziert worden. Einige Täter waren verstorben, teilweise durch Suizid, wie Leonardo Conti (1900-1945),

---

<sup>180</sup> In einem Brief vom 07.07.1942, Humboldt-Universität zu Berlin, Universitätsarchiv zu Berlin, Charité-Direktion, 2568

<sup>181</sup> Felbick 2003, S. 533

<sup>182</sup> Westermann 2011, Schmuhl 2001, Gerst 2011

<sup>183</sup> [http://www.gesch.med.uni-erlangen.de/gewissen/ausstell/aufarb/text\\_03.htm](http://www.gesch.med.uni-erlangen.de/gewissen/ausstell/aufarb/text_03.htm) am 15.11.2011, <http://www.aerzteblatt.de/V4/archiv/artikel.asp?src=heft&id=3799> am 10.06.2008

oder waren bereits in den Dachauer Prozessen<sup>184</sup> verurteilt worden. Ein Großteil der Ärzte, die in Konzentrationslagern, in Krankenhäusern und Heilanstalten tätig waren und mit ihren Taten die Menschenrechte verletzt hatten, kam jedoch ohne adäquate Bestrafung davon. Manche setzten sich wie beispielsweise Josef Mengele (1911-1979) rechtzeitig ins Ausland ab.<sup>185</sup> Angeklagt waren die Medizinverbrechen des Dritten Reiches wie beispielsweise Menschenversuche, die Tötung von Häftlingen für die Anlage einer jüdischen Skelettsammlung durch August Hirt<sup>186</sup> (1898-1945) und die Krankenmorde der Aktion T4 (Karl Brandt (1904-1948)). Von den 23 Angeklagten wurden 16 verurteilt, sieben mit der Todesstrafe, fünf bekamen eine lebenslange Haftstrafe, vier wurden zu Haftstrafen zwischen 10 und 20 Jahren verurteilt und sieben Angeklagte wurden freigesprochen. Aufgrund einer fehlenden lückenlosen Aufklärung legte sich das Misstrauen in der Bevölkerung nur langsam.<sup>187</sup>

Aus den Akten kann man ermitteln, wie viele Ärzte an der Kinderklinik der Charité pro Monat im Zeitraum von 1941 bis 1948 gearbeitet haben. Dieses zeigt die Abbildung 3.2. Bei der Betrachtung der Grafik fällt auf, dass es einen rapiden Abfall bei der Anzahl der beschäftigten Ärzte bis September 1943 gibt. Dr. Elisabeth Grothaus wechselte im Juni 1941 ins Virchow-Krankenhaus.<sup>188</sup> Bis dahin hatte der Stellenplan 13 Beschäftigungsstellen für insgesamt neun Stationen vorgesehen. Nachweislich verließ Dr. Karl M.-Heinrich Stoeckel die Klinik aufgrund der Einberufung zum Heer im August 1941.<sup>189</sup> Am 18.04.1942 wurde

---

184 Die Dachauer Prozesse waren 284 US-amerikanische Militärgerichtsprozesse gegen Kriegsverbrecher aus Deutschland, die auf dem Gelände des einstigen Konzentrationslagers Dachau in den Jahren 1945 bis 1948 stattfanden.

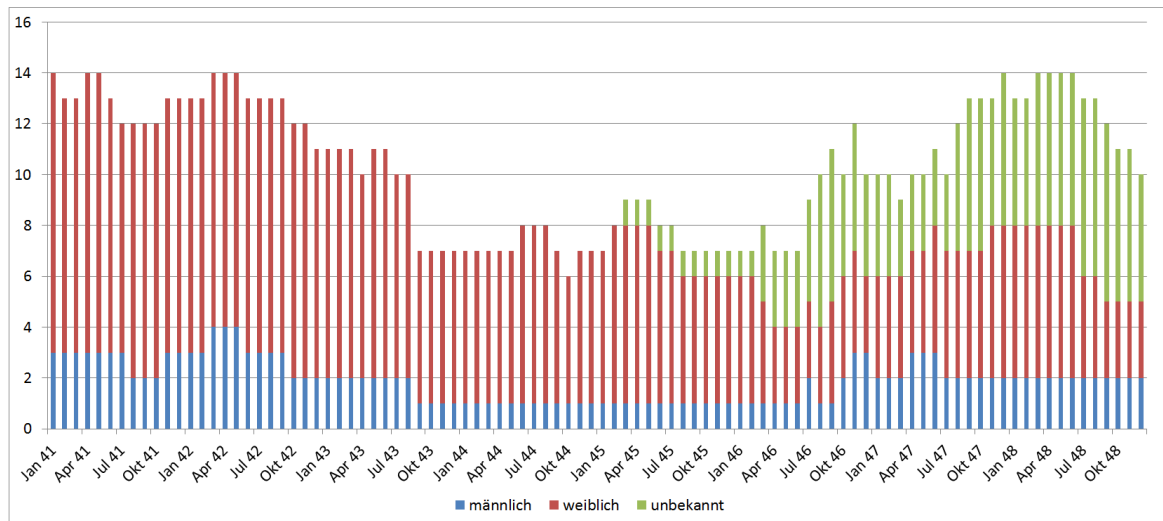
185 KZ-Arzt im Konzentrations- und Vernichtungslager Auschwitz, nach dem Krieg floh er aus Deutschland. Er starb Ende 1979. Seine Identitätsüberprüfung erfolgte im Jahr 1992 via DNA Analyse (<http://www.dhm.de/lemo/html/biografien/MengeleJosef/index.html>)

186 August Hirt war ein Anatom deutscher und schweizerischer Nationalität, führte Versuche mit dem Kampfstoff Lost an Häftlingen des Konzentrationslagers Natzweiler-Struthof durch und war maßgeblich an der Ermordung von 86 jüdischen Häftlingen aus dem KZ Auschwitz beteiligt, welche zur Anlage einer Skelettsammlung am Anatomischen Institut in Straßburg dienen sollten.

187 Gerst 2011

188 Reichsarztregister (KVD). DVD Datensatz: Grothaus, Elisabeth, 02.09.1908

189 Reichsarztregister (KVD). DVD Datensatz: Stoeckel, Karl M.-Heinrich, 25.01.1908



**Abbildung 3.2:** Anzahl der Ärzte in der Kinderklinik im Zeitverlauf.

Dr. Paul E. Mutschler zur Waffen-SS eingezogen.<sup>190</sup> Die Kinderklinik der Charité musste im März/April 1943 auch auf Dr. Heinz H.-A. Herfurth verzichten, der zum Heer einberufen wurde.<sup>191</sup> Ende August 1943 verließen weitere drei Ärzte die Klinik,<sup>192</sup> so dass im September 1943 nur noch sieben Ärzte an der Kinderklinik tätig waren. Der Beschäftigungstiefpunkt wurde im Oktober 1944 mit nur sechs gleichzeitig beschäftigten Ärzten erreichte. Zu diesem Zeitpunkt verließ Dr. Irene K. J. Grieben die Kinderklinik und wechselte ins Robert-Koch-Institut.<sup>193</sup> Im November 1944 wurde Dr. Felicitas Baumgarten als Nachfolge angestellt.<sup>194</sup> Danach kam es zu einer kurzen vergleichweisen Entspannung der Lage durch den Anstieg um ein bzw. zeitweise zwei zusätzlichen Ärzten. Durch das Hinzukommen von Dr. Annemarie König im Februar 1945 waren wieder acht Ärzte tätig.<sup>195</sup> Ab August 1945 stabilisierte sich die Ärzteschaft bei sieben Ärzten bis Februar 1946. Danach kam es zu einem langsamen Anstieg

<sup>190</sup> Reichsartzregister (KVD). DVD Datensatz: Mutschler, Paul E., 11.10.1910

<sup>191</sup> Reichsartzregister (KVD). DVD Datensatz: Herfurth, Heinz H.-A., 1911

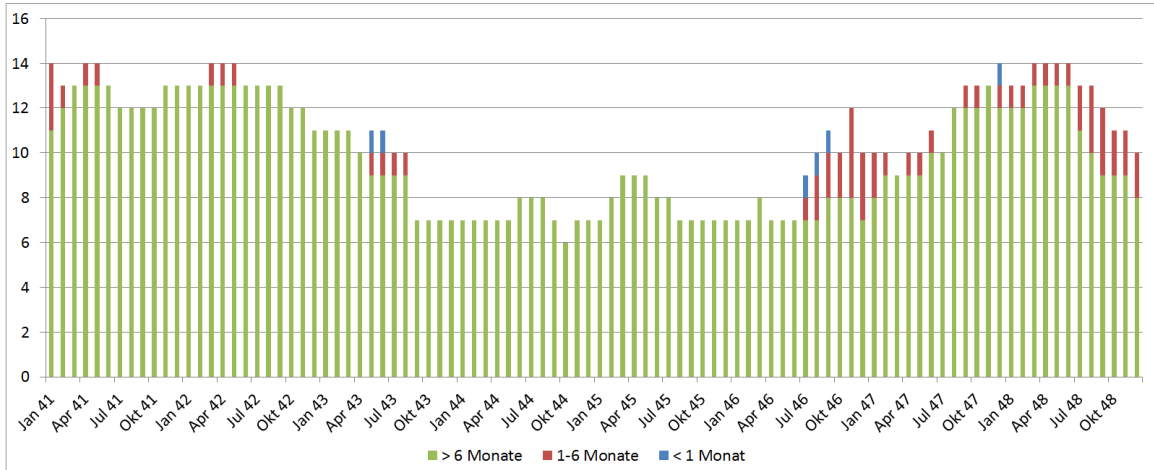
<sup>192</sup> Dr. Fritz Jatzlauk, Dr. von Maltzahn, Dr. Kollbrünner

<sup>193</sup> Wechsel zum 05.10.1944; Reichsartzregister (KVD). DVD Datensatz: Grieben, Irene K.J., 25.12.1912

<sup>194</sup> Reichsartzregister (KVD). DVD Datensatz: Baumgarten, Felicitas

<sup>195</sup> Reichsartzregister (KVD). DVD Datensatz: König, Annemarie

der Anzahl der Ärzte, die sich ab August 1946 dem Ausgangsniveau von 1941 annäherte. Am längsten waren die Ärzte Dr. Otto Cammann<sup>196</sup>, Dr. Ilse A. Kahlo<sup>197</sup> und Dr. Brigitte Winckler<sup>198</sup> an der Kinderklinik tätig.



**Abbildung 3.3:** Anzahl der gleichzeitigen Ärzte bezüglich zeitlichem Verbleib in der Kinderklinik

Um den Tiefpunkt genauer zu erklären, wurde untersucht, wie viele Ärzte pro Jahr beschäftigt waren. Dabei fällt auf, dass die Anzahl von 21 Ärzten<sup>199</sup> im Jahr 1941 stetig pro Jahr sank und 1945 mit acht Ärzten das Minimum erreicht. Erst im Jahr 1948 waren ebenso viele Ärzte in der Klinik beschäftigt, wie vor dem Krieg. Da dies aber lediglich Durchschnittswerte sind und keine direkten Rückschlüsse zulassen, wurden die Ärzte in mehrere Gruppen unterteilt. Als Unterteilungskriterium wurde die Beschäftigungszeit gewählt. Alle Ärzte, die mehr als ein halbes Jahr beschäftigt waren, wurden in einer Gruppe zusammengefasst. In der verbleibenden Gruppe wurde zwischen denjenigen unterschieden, die weniger als ein Monat

196 als wissenschaftlicher Assistent, stellv. Oberarzt und Leiter der Kinderklinik (1945); Grauel 2004, S. 905; Humboldt-Universität zu Berlin, Universitätsarchiv zu Berlin, Charité-Direktion 2569; Reichsarztregister (KVD). DVD Datensatz: Cammann, Otto, 25.07.1905

197 wissenschaftliche Assistentin von 1935-1946; Reichsarztregister (KVD). DVD Datensatz: Kahlo, Ilse A. A., 1908

198 verzeichnet als Ärztin von Juli 1939 bis November 1946; Reichsarztregister (KVD). DVD Datensatz: Winckler, Brigitte, 25.09.1912

199 alle Ärzte, die in dem Jahr laut Akten Kinder behandelt haben

gemäß Akten tätig waren und denen, die bis zu einem halben Jahr in der Kinderklinik arbeiteten. In Abbildung 3.3 kann man sehen, dass bis August 1943 Ärzte immer wieder einmal kurzzeitig in der Klinik beschäftigt waren, bei denen es sich vermutlich um Ärzte in ihrer Facharztausbildung handelte.

So ergibt sich, dass 1941 von den durchschnittlich 21 Ärzten insgesamt 13 (62 Prozent) eine nur kurze Beschäftigung an der Klinik der Kinderheilkunde hatten. Dies sank aber in den darauf folgenden Jahren ab, wobei der Tiefpunkt 1945 mit vier (50 Prozent) kurzzeitbeschäftigten Ärzten erreicht wurde. Ab 1946 stieg die Zahl der Kurzzeitbeschäftigten genauso schnell wieder an, wie sie gefallen war. Der Höchstanteil mit zwölf von 16 Ärzten (75 Prozent) wird 1946 erreicht. Aus der sinkenden Anzahl der Kurzzeitbeschäftigten im Zeitraum als der Krieg nach Berlin rückte, kann man auch die medizinische Weiterbildung in diesen Jahren ablesen. Damals wie heute wechselte man im Rahmen seiner Fachausbildung und Weiterbildung die Kliniken, um einen Einblick in die unterschiedlichen Arbeitsweisen der Kliniken zu bekommen. Es gibt mehrere mögliche, vielleicht zusammenhängende Erklärungen, wie es zur Abnahme der kurzzeitbeschäftigten Ärzte in den Kriegsjahren gekommen sein kann. Denkbar ist es, dass sich nicht genügend junge Studenten für eine Ausbildung zum Arzt entschieden. Auch könnten die Bomben auf Berlin ab 1943 durch die Zerstörung von Häusern der medizinischen Fakultät die Lehre erschwert und somit eine erfolgreiche Ausbildung von Nachwuchsärzten verhindert haben. Eine weitere Erklärung hängt mit dem Wechsel von Stellen zusammen. Seit Ende 1939 wurde ein Wechsel des Arbeitsplatzes ebenso eingeschränkt wie die Benutzung privater Autos.<sup>200</sup> Die BVG<sup>201</sup> stellte zahlreiche Buslinien ein, was zu einer erheblichen Einschränkung des öffentlichen Alltags führte.<sup>202</sup> So war es schwer, in andere Krankenhäuser zu wechseln oder private Arztpraxen zu eröffnen. Der Weggang eines Arztes oder einer Ärztin wurde vielleicht auch erschwert, um eine Unterbesetzung durch das Fehlen eines

---

200 <http://www.chronik-berlin.de> -> Berlin im 20.Jh -> 1933-1945 am 01. November 2011

201 In Berlin gründete sich gegen Ende des 17. Jahrhunderts erstmals ein öffentlicher Verkehrsträger als Sänftenträger. Aber erst durch das königliche Privileg im frühen 19. Jahrhundert konnte sich ein Droschkenbetrieb durchsetzen. Im Zuge der industriellen Revolution gab es ganz neue Perspektiven für den öffentlichen Personennahverkehr. In Groß-Lichterfelde nahm im Jahr 1881 die erste elektrische Straßenbahn den Fahrbetrieb auf. Für Berlin befördert die BVG (Berliner Verkehrs-AG) seit mehr als 75 Jahren Fahrgäste. (<http://www.bvg.de> am 17. April 2009).

202 Das Online-Archiv zum Berliner Nahverkehr. <http://www.berliner-verkehrsseiten.de> am 08. Januar 2012

nachrückenden Arztes zu verhindern. Auch darf man nicht außer Acht lassen, dass durch das Inkrafttreten der Vierten Verordnung zum Reichsbürgergesetz es ohnehin schon zu wenig Ärzte in der Pädiatrie gab. Hinzu kommt, dass viele männliche Ärzte zu Kriegseinsätzen eingezogen wurden.<sup>203</sup>

Bei der Betrachtung der Beschäftigungszeit der Ärzte und Ärztinnen,<sup>204</sup> die namentlich erwähnt wurden, lassen sich in dem von uns analysierten Zeitraum 63 Ärzte nachweisen. Die Tabelle 3.1 führt allerdings nur die 26 Ärzte auf, deren Beschäftigungszeit an der Kinderklinik der Charité mindestens ein Jahr betrug. Die vollständige Liste befindet sich im Anhang A.8 in der Tabelle A.8. Um zu dokumentieren, wie lange ein Arzt oder eine Ärztin an der Kinderklinik tätig war, haben wir die in den Akten bei Aufnahme und Entlassung namentlich unterzeichneten Ärzte und Ärztinnen zusammengestellt. Die Auflistung ist alphabetisch sortiert und der früheste sowie späteste Nachweis angegeben. Sicherlich umfasst die auf diese Weise gefundene Zeitspanne nicht die gesamte Beschäftigungszeit eines Arztes oder einer Ärztin in der Klinik, da nicht auszuschließen ist, dass dem ärztlichen Personal nach Eintritt in die Abteilung erst eine gewisse Schon- oder Eingewöhnungsfrist zugestanden wurde. Da man nicht weiß, wie lang diese Eingewöhnungszeit war, sind nur Spekulationen zu geregelten Neueinstellungen, beispielsweise zum Anfang des Monats oder zur Monatsmitte möglich. Es fällt jedoch auf, dass die erste Nennung eines Arztes zumeist in der 1. Hälfte des Monats zu verzeichnen war. Der Tabelle 3.1 kann man nicht eindeutig entnehmen, ob Kündigungen bzw. Entlassungen jeweils zur Mitte oder zum Ende des Monats stattfanden.

Die approximative Beschäftigungsdauer in Tagen ergibt sich aus der Differenz der ersten und letzten Nennung des Arztes. Für eine exakte Angabe des Tätigkeitszeitraumes einzelner Ärzte muss man deren Personalakten heranziehen, was, wenn verfügbar, die empirischen Daten bestätigt. Die Angaben der Tabelle 3.1 bilden daher nur die ungefähre (nachweisbare) Beschäftigungszeit im betrachteten Zeitraum ab. Als nächstes wird die durchschnittliche Beschäftigungsdauer der Ärzte klassifiziert, um Fluktuationen festzustellen. Die Abbildung 3.4 zeigt die Anzahl der Ärzte, die eine bestimmte Zeitdauer an der Kinderklinik der Charité beschäftigt waren.

---

203 Gemäß Personalakten im Reichsarztregister (KVD) wurden mindestens Dr. Stoeckel, Dr. Herfurth und Dr. Mutschler zum Kriegsdienst eingezogen.

204 bei der Aufnahme und Entlassung von Patienten

**Tabelle 3.1:** Ärzte der Kinderklinik, ihre erste und letzte Nennung sowie deren nachweisbare Beschäftigungstage.

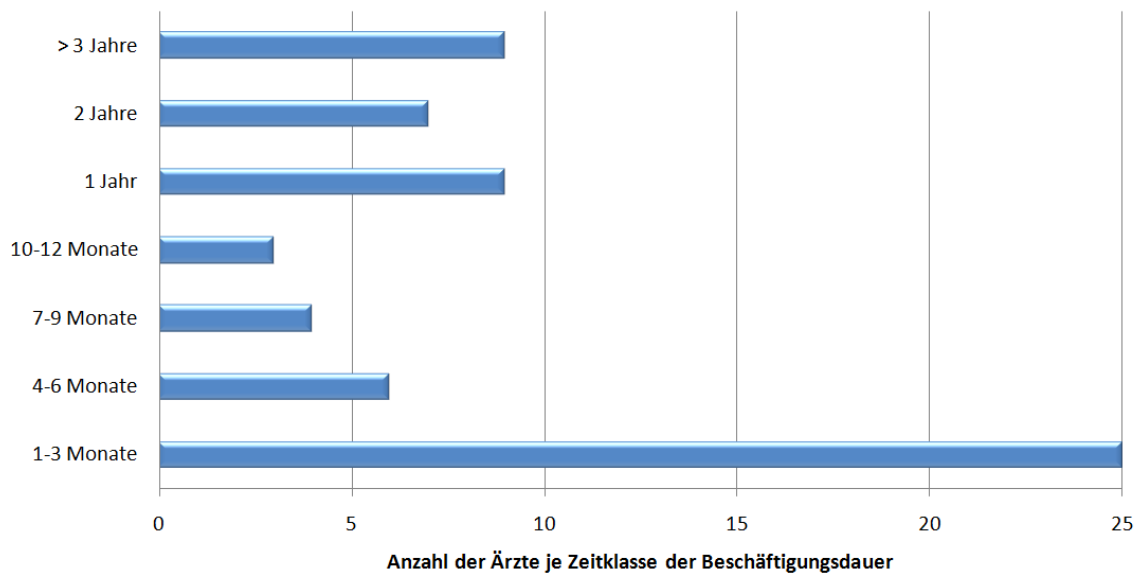
Arzt	Geschlecht	Erste und Letzte Nennung		Tage
Dr. Bahrs	weiblich	03.06.1944	26.05.1945	357
Dr. Felicitas Baumgarten	weiblich	03.11.1944	07.04.1949	1616
Dr. Otto Cammann (25.07.1905-1949)	männlich	11.11.1941	19.03.1949	2685
Dr. Irene K.J. Grieben (geb. 25.12.1912)	weiblich	17.11.1939	27.09.1944	1776
Dr. Elisabeth Grothaus (geb. 02.09.1908)	weiblich	23.04.1940	10.06.1941	413
Dr. Guben	weiblich	08.02.1941	05.08.1944	1274
Dr. Paul Walther Habermann (geb. 19.10.1919)	männlich	22.10.1946	02.03.1949	862
Dr. Heinz H.A. Herfurth (geb. 1911)	männlich	13.07.1940	20.04.1943	1011
Dr. Hüth		08.03.1946	21.05.1949	1170
Dr. Ilse Kahlo (geb. 1908)	weiblich	05.07.1939	28.03.1946	2458
Dr. Else Marie Keilig (geb. 15.03.1919)	weiblich	17.06.1947	22.06.1948	371
Dr. Kollbrunner	weiblich	27.11.1941	03.08.1943	614
Dr. Annemarie König	weiblich	26.02.1945	08.06.1948	1198
Dr. Annematie E. Leopold	weiblich	07.09.1940	16.08.1942	708
Dr. Lofler	weiblich	17.12.1940	17.11.1942	700
Dr. Löhr	männlich	09.05.1940	18.09.1942	862
Dr. von Maltzahn	weiblich	03.03.1941	02.08.1943	882
Dr. Dorothea Gertrud Müller (geb. 14.02.1921)	weiblich	25.09.1946	22.06.1949	1001
Dr. Otto		04.08.1947	06.11.1948	460

Tabelle 3.1 – Fortsetzung				
Arzt	Geschlecht	Erste und Letzte Nennung		Tage
Dr. Küngold Berta Mathilde Salzmann (geb. 20.08.1881)	weiblich	27.11.1940	09.07.1945	1685
Dr. Anneliese Schäfer (geb. 04.07.1910)	weiblich	18.01.1947	09.12.1948	691
Dr. Karl M.-Heinrich Stoeckel (geb. 25.01.1908)	männlich	19.09.1939	29.07.1941	679
Dr. Teller		09.03.1945	05.11.1947	971
Dr. Werner		07.02.1947	11.03.1949	763
Dr. Brigitte Winckler (geb. 25.09.1912)	weiblich	19.09.1940	22.11.1946	2255
Dr. Wittken		08.07.1948	24.09.1948	78
Dr. Annemarie E. Ziebarth (geb. 20.11.1912)	weiblich	09.05.1941	30.03.1943	690

Wenn man sich die Beschäftigungszeit im Überblick der Jahre ansieht, sind 25 Ärzte nur ein bis maximal drei Monate an der Klinik tätig. Im Mittel verblieben die Ärzte 499 Tage (17 Monate) an der Kinderklinik. Der Median hingegen liegt bei 183 Tagen (sechs Monate).<sup>205</sup> Lässt man die Ärzte (insgesamt zehn), die weniger als eine Woche erwähnt werden, außer Acht, so verschiebt sich der Mittelwert zu 593 Tagen (20 Monate) und der Median zu 352 Tagen (zwölf Monate). Aus einem Anpassungstest kann man entnehmen, dass die Beschäftigungsdauer keiner natürlichen Fluktuation, d.h. einer statistischen Normalverteilung unterliegt und man einen Einfluss des Krieges nicht eindeutig ausschließen kann. Faktoren wie Kriegsdienst auch für Ärzte, Flucht aus der Stadt, Tod durch Bomben oder Kriegskämpfe und allgemein erschwerte Bedingungen den Arbeitsplatz zu erreichen, sind als erklärende Faktoren in Erwägung zu ziehen, die Auswirkungen auf die durchschnittliche Beschäftigungsdauer der Ärzte an der Kinderklinik der Charité gehabt haben könnten. Betrachtet man wie viele

<sup>205</sup> Definition: Die Grenze zwischen zwei Hälften wird als Median / Zentralwert bezeichnet. In der Statistik wird die Halbierung einer beliebigen Verteilung als Median betitelt.





**Abbildung 3.4:** Anzahl der Ärzte in der Kinderklinik der Charité bezogen auf die Beschäftigungsdauer.

männliche und weibliche Ärzte an der Kinderklinik der Charité in dem untersuchten Zeitraum arbeiteten zeigt sich, dass von den 63 genannten nur 37 Ärzte (60 Prozent) das Geschlecht zugeordnet werden konnte, wovon 12 männlichen und 25 weiblichen Geschlechts waren, siehe Tabelle A.8 im Anhang. Auffällig dabei ist, dass bis Kriegsende die Zuordnung des Geschlechts zu 100 Prozent möglich war und erst danach die Akten- und Registerlage keine Aussage ermöglicht.<sup>206</sup> Davon ausgehend und auf die gesamte Ärzteschaft projiziert, kann man sagen, dass mehr Ärztinnen als Ärzte an der Kinderklinik der Charité im betrachteten Zeitraum arbeiteten. Dies geht auch aus zwei Briefen von Stoeckel und Bessau hervor. In einem Brief von Stoeckel am 1. April 1941 an die Charité-Verwaltung bestätigt er die Besetzung der Assistentenstellen der einberufenen Assistenzärzte mit Volontärärztinnen.<sup>207</sup> Am eindringlichsten beschreibt Bessau die Situation. In einem weiteren Schreiben an die

<sup>206</sup> vergleiche Abbildung 3.2

<sup>207</sup> Die Kopie des Briefs befindet sich im Anhang A.13 (Abbildung A.2), Humboldt-Universität zu Berlin, Universitätsarchiv zu Berlin, Charité-Direktion, 2568, Blatt 217

Charité-Verwaltung am 01. Juli 1941 bat er darum,<sup>208</sup> die letzten vier männlichen Ärzte (Cammann, Löhr, Stoeckel und Herfurth) als unabkömmlich einzustufen, so dass sie nicht zum Wehrdienst eingezogen werden können. Mit Blick auf den Stellenplan von 1944 und der nachweisbaren Tätigkeit der genannten Ärzte in den Akten wurde dieser Bitte nicht entsprochen.<sup>209</sup> Über den gesamten Untersuchungszeitraum waren demnach mehr Ärztinnen als Ärzte in der Kinderklinik tätig. Aufgrund der Zahlen lässt sich somit ein indirekter Einfluss des Krieges auf die Zusammensetzung der Ärzteschaft an der Charité ableiten.

**Tabelle 3.2:** Anzahl der Ärzte und der Ärztinnen der Kinderklinik aufgeschlüsselt nach Jahr.

	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947	1948
Ärzte	4	3	3	2	1	4	3	3
Ärztinnen	14	10	9	7	6	5	6	6
unbekannt	3	2	1	0	1	7	10	12
Verhältnis	3,5	3,3	3	3,5	6	1,25	2	2
gesamt	21	15	13	9	8	16	19	21
Stellenplan	+5	-1	-3	-7	-8	0	+3	+5

### 3.4 Aufnahmeanzahl und Aufenthaltsdauer der Patienten

Die Anzahl an Aufnahmen von Patienten und die Aufenthaltsdauer gibt einen guten Überblick über die Anzahl der belegten Betten und somit der Auslastung der Kinderklinik. Die mit der Aufenthaltsdauer zusammenhängende Behandlungseffizienz wird hier nicht betrachtet.<sup>210</sup> Haben sich die Anzahl der Behandlungstage im Verlauf des Krieges – unabhängig von der Diagnose – geändert und worauf können dies zurückzuführen sein? Es wird versucht, den Einfluss des Krieges auf den allgemeinen Klinikbetrieb anhand der Patientenzahlen und der Aufenthaltsdauer der Kinder abzulesen.

208 Die Kopie des Briefs befindet sich im Anhang A.13 (Abbildung A.3), Humboldt-Universität zu Berlin, Universitätsarchiv zu Berlin, Charité-Direktion, 2568, Blatt 239

209 Bis auf Cammann verlassen alle drei Ärzte (Löhr, Stoeckel und Herfurth) die Klinik bis Mai 1943. Siehe auch Erklärung zu Abbildung 3.2, Tabelle 3.1 sowie die Reichsarztregister (KVD). DVD Datensatz: Herfurth, Heinz H.-A., 1911; Stoeckel, Karl M.-Heinrich, 25.01.1908.

210 Behandlungseffizienz meint ein (zeitlich) optimales Diagnose- und Therapiekonzept in der Medizin um eine effiziente Versorgung (i.d.R. bis zur Heilung) zu ermöglichen.

Tabelle 3.3 stellt die Aufnahmen pro Jahr sowie den Anteil der Jungen und Mädchen dar. Gegeben ist das Verhältnis von Jungen zu Mädchen, um im Vergleich mit den Geburtenzahlen Hinweise auf eine geschlechtsbezogene Häufung zu erhalten.

**Tabelle 3.3:** Patientenaufnahmen und das Verhältnis der Aufnahmen von Jungen und Mädchen (differenziert nach den Aufnahmejahren).

Aufnahmejahr	Gesamt	Jungen	Mädchen	Verhältnis von Jungen zu Mädchen
1941	718	384	334	1 : 0,87
1942	1075	618	457	1 : 0,74
1943	1129	632	497	1 : 0,79
1944	751	468	283	1 : 0,60
1945	806	441	365	1 : 0,83
1946	423	231	192	1 : 0,83
1947	534	276	258	1 : 0,93
1948	574	319	255	1 : 0,80

In die Auswertung gingen nur die Daten der erhalten gebliebenen Akten ein. Über den gesamten Zeitraum gab es im Jahr 1943 ein Aufnahmemaximum mit 1129 Aufnahmen und ein Minimum mit 423 Patienten im Jahr 1946. Würde man bei der Betrachtung der Akten von den höchsten Abschlussnummern<sup>211</sup> pro Jahr ausgehen, wäre ebenfalls 1946 das Jahr mit den wenigsten Aufnahmen. Ein Grund für die sinkenden Aufnahmezahlen nach 1943 war sicherlich auch die reduzierte Kapazität infolge von Kriegsschäden an der Klinik. In der Schlacht um Berlin erfolgte der erste Großangriff der britischen Bomber am Abend des 18.11.1943.<sup>212</sup> Im Ausweichkrankenhaus in Berlin-Buch standen zwar 130 Betten, davon 50 Betten für infizierte Kinder zur Verfügung,<sup>213</sup> doch war dieses durch das eingeschränkte öffentliche Verkehrsnetz, aber auch mit dem privaten Auto nur schwer zu erreichen. Die Geburtsstatistiken für Berlin sind für diesen Zeitraum nur bis 1938 verfügbar. Die Patientenaufnahmen stiegen zwar 1948 wieder, erreichten aber nicht den Höchststand von 1943. Vielleicht nahm man 1943 auch überdurchschnittlich viele Kinder auf und erreichte deshalb bis 1948 die Aufnahmezahlen

<sup>211</sup> Die höchste Abschlussnummer entspricht der angenommenen Patientenzahl; siehe Kapitel 2.1.3

<sup>212</sup> Kurowski 1977, S. 234, 270, 286

<sup>213</sup> Grauel 2004, S. 905

nicht mehr. Der Wiederaufbau der Charité war zwar im vollen Gange, aber der betriebliche, bautechnische und wirtschaftliche Ausgangszustand vergleichbar mit der Zeit vor dem Krieg wurde noch nicht erreicht.<sup>214</sup> Der Winter 1946/1947 wird als „Hungerwinter“<sup>215</sup> bezeichnet. Die Folgen des Krieges wie u.a. fehlende Arbeitskräfte in der Landwirtschaft, viele Flüchtlinge sowie Vertriebene und eine noch zu rund 40 Prozent zerstörte Infrastruktur an Verkehrswegen verstärkten die Auswirkungen des sehr kalten Winters zusätzlich. Aus der damit einhergehend erschwerten Verteilung der knappen Ressourcen wäre anzunehmen, dass es zu einer Erhöhung der Aufnahmezahlen in den Jahren 1946 und 1947 gekommen sein müsste. Dies ist jedoch nicht der Fall. Belege für Gründe wurden nicht gefunden.

Über den gesamten Zeitraum hinweg wurden weniger Mädchen als Jungen aufgenommen. Den größten Unterschied gibt es 1944 mit einem Anteil der Mädchen von lediglich 37 Prozent aller Aufnahmen. Über die Gründe kann man nur spekulieren. Möglich wäre, dass Jungen eher in die Klinik gebracht wurden oder häufiger erkrankten als Mädchen. Warum dies 1944 so gravierend war, bleibt offen. Bei der Betrachtung fällt auf, dass das Aufnahmeverhältnis stets weit unter dem Geburtenverhältnis liegt.<sup>216</sup> Der Volkssturm<sup>217</sup> und die Arbeitsfront<sup>218</sup> rekrutierten immer jüngere Jungen, da der „Rest“ an männlichem Kriegspotential schon an der Front gefallen war. Die Aufnahmezahlen von männlichen über 14-Jährigen zeigen kein Indiz dafür, dass Eltern versuchten, mit der Krankenhauseinweisung bzw. Erkrankungen die gefährdeten Jungen vor dem Kriegsdienst zu schützen.

Die Tabelle 3.4 zeigt die Aufnahmezahlen bezogen auf Altersgruppen und Geschlecht. Es zeigt sich, dass im Durchschnitt 131 Kinder im Alter von ein bis 28 Tagen in der Klinik waren. In den Jahren 1941-1944 betrug der relative Anteil der Kinder dieser Altersstufe an den Patienten in der Klinik 20-24 Prozent während ab dem Jahr 1945 der Anteil bei unter 15 Prozent lag. Der Rückgang 1946 auf 34 Aufnahmen und 1948 auf 33 Aufnahmen könnte

---

214 Der Charité standen Ende 1947 wieder 1824 Betten zur Verfügung. Schagen 2010b, S. 194

215 Stadtmüller 1993, S. 111-114, [http://www.ndr.de/land\\_leute/norddeutsche\\_geschichte/hungerwinter166.html](http://www.ndr.de/land_leute/norddeutsche_geschichte/hungerwinter166.html) am 26.04.2011

216 Laut den Statistischen Jahrbüchern 1935-1938 und ab 1970 liegt das Geburtenverhältnis von Jungen zu Mädchen bei 1 : 0,94

217 Dies war ein militärischer Verband in der Zeit des Nationalsozialismus, in der Männer im Alter von 16 bis 60 Jahren tätig waren. Er wurde am 18.10.1944 nach dem zugehörigen Erlass vom 25.09.1943 gebildet.

218 In der Zeit des Nationalsozialismus war die Deutsche Arbeitsfront (DAF) ein Einheitsverband der Arbeitnehmer und Arbeitgeber.

**Tabelle 3.4:** Aufnahmezahlen differenziert nach Jahr, Geschlecht und Altersgruppe.

	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947	1948
Gesamt:	718	1075	1129	751	806	423	534	547
Jungen:	384	618	632	468	441	231	276	319
Mädchen:	334	457	497	283	365	192	258	255
Aufnahmezahlen der Kinder bezogen auf das Alter								
0-28T:	168	216	238	171	119	34	69	33
29-365T:	174	233	263	161	285	94	115	142
1-3J:	134	181	188	130	166	45	64	76
>3J - 6J:	97	187	161	144	121	87	92	94
>6J - 14J:	135	242	271	140	112	142	192	220
>14J:	9	13	12	5	3	1	2	9
Aufnahmezahlen der männlichen Kinder bezogen auf das Alter								
0-28T:	74	115	150	94	59	19	42	21
29-365T:	96	146	160	104	151	58	59	77
1-3J:	75	104	97	83	95	45	30	43
>3J - 6J:	62	111	81	89	72	51	49	55
>6J - 14J:	71	134	144	94	62	63	95	120
>14J:	5	5	4	4	2	1	1	3
Aufnahmezahlen der weiblichen Kinder bezogen auf das Alter								
0-28T:	94	101	88	77	60	15	27	12
29-365T:	78	87	103	57	134	36	56	65
1-3J:	59	77	91	47	71	26	34	33
>3J - 6J:	35	76	80	55	49	36	43	39
>6J - 14J:	64	108	127	46	50	79	97	100
>14J:	4	8	8	1	1	0	1	6

dadurch bedingt sein, dass weniger Kinder geboren wurden. Auch standen weniger Betten zur Verfügung, da Teile der Klinik zerstört waren. Ebenfalls könnten Kinder mit leichten Erkrankungen in anderen Kliniken behandelt worden sein.

Die Kinder in der Altersgruppe bis zu einem Jahr waren im Schnitt mit 183 Aufnahmen in der Klinik vertreten. Genau wie in der ersten Gruppe war 1943 das stärkste Jahr. So kann man die gleichen Faktoren als Ursachen nennen. Es kam 1946 nur zu einem leichten Rückgang der Aufnahmen. Grund könnte wiederum der beginnende Wiederaufbau sein.

In der Gruppe der Ein- bis Dreijährigen zeigt sich, dass im Durchschnitt 123 Aufnahmen je Jahr zu verzeichnen waren. Genau wie in den ersten beiden Gruppen war 1943 das stärkste

Aufnahmejahr. Dafür kann man die gleichen Faktoren als Ursachen nennen. Es kam 1946, 1947 und 1948 zur Verringerung der Aufnahmen, was durch den Wiederaufbau zu einer verbesserten Versorgung zurückzuführen sein könnte. Die damit verbesserte Lebenslage führte somit wahrscheinlich zu einem Rückgang an Erkrankungen.

Die Kinder im Alter von drei bis sechs Jahren waren über die Jahre im Schnitt mit 122 Aufnahmen in der Klinik vertreten. Diesmal war der stärkste Jahrgang 1942, aber analog zu 1943 in den anderen Gruppen kann man die gleichen Faktoren als Ursachen nennen. Bei dem Rückgang der Aufnahmezahlen ab 1946 sind die gleichen Ursachen wie in der vorherigen Gruppe anzunehmen.

Die Gruppe der sechs- bis 14-Jährigen zeigt im Schnitt 182 Aufnahmen je Jahr. Auch hier findet sich die gleiche Aufnahmetendenz wie in der anderen Gruppe, nur kommt es hier nicht zu einer Abnahme der Aufnahmezahlen ab 1946. Die Aufnahmezahlen bleiben über den Zeitraum hinweg vergleichsweise konstant. Ursachen könnten das Alter der Kinder und die damit verbundene stärkere Unfallgefahr durch Trümmer und vor allem durch Blindgänger und Fundmunition sein, eine damals in Berlin sehr dramatische Situation. Zudem wurden die Kinder dieser Altersgruppe im Vergleich zu Kleinkindern wahrscheinlich nicht (mehr) so stark behütet, wodurch es zu verstärkten Erkrankungen gekommen sein kann. Betrachtet man die Diagnosen, so zeigt deren Verteilung keine Auffälligkeit. Auch bei geschlechtsspezifischer Betrachtung gibt es trotz der absoluten Veränderung keine Unterschiede in der Krankheitshäufigkeit.

Die Kinder über 14 Jahren waren im Schnitt mit sieben Aufnahmen in der Klinik eher gering vertreten. Diese Gruppe hat über den Zeitraum gesehen die wenigsten Aufnahmen. Ob sich daraus verwertbare Schlüsse ziehen lassen, ist fraglich. Auch in dieser Gruppe waren die aufnahmestärksten Jahre 1942 und 1943, und es kam wie in den anderen Gruppen zur Verringerung der Aufnahmen ab 1946. Als Ursache sehe ich die gleichen Faktoren wie in den anderen Gruppen.

Die Frage, ob der Krieg einen Einfluss auf die Aufnahmezahlen hatte, ist anhand der Akten nicht zu belegen. Man müsste aufgrund der zerstörten Infrastruktur einen Rückgang in den Aufnahmezahlen 1944 und 1945 sehen. Die Zahlen nehmen eher gering zu. Ob die Kriegsfaktoren Lebensmittelknappheit und die damit verbundene Mangelernährung sowie ein steigendes Erkrankungsrisiko durch schlechte oder fehlende Hygiene stärker ins Gewicht fielen als die Kriegshandlung mit Bombenangriffen und der dadurch zerstörten Infrastruktur

und somit der daraus resultierenden schlechten Erreichbarkeit der Klinik, kann man hier nicht eindeutig ableiten.

Es sollen nun die Aufnahmezahlen mit Bezug zum Geschlecht im Verlauf des untersuchten Zeitraums untersucht werden. Die Aufnahmezahlen zeigen, dass im Durchschnitt 72 Jungen und 60 Mädchen im Alter von ein bis 28 Tagen in die Klinik aufgenommen wurden. Mit Ausnahme von 1941 waren immer mehr Jungen in der Klinik als Mädchen. Es ist spekulativ, ob 1941 ein starker Mädchengeburtsjahrgang war oder statistisch mehr Mädchen erkrankt sind. Dieses Jahr gehörte zu den statistisch gesehenen Geburtenreichsten (Wiegand 2002). Bei den Kindern bis zu einem Jahr waren 106 Jungen und 77 Mädchen im Schnitt in der Klinik untergebracht. Es zeigt sich auch hier, dass mehr Jungen als Mädchen aufgenommen wurden. In den Jahrgängen 1942 und 1944 wurden annähernd doppelt so viele Jungen in der Klinik betreut. Ob es ein Hinweis darauf ist, dass die Jungen als wertvoller betrachtet wurden, ist fraglich. Man müsste sich dazu die Diagnosen ansehen um zu entscheiden, ob die Jungen nur schwerer erkrankt oder aus Vorsicht, d.h. mit eher leichteren Krankheitsbildern, in der Klinik betreut wurden.

In der Gruppe der Ein- bis Dreijährigen sind im Durchschnitt 71 Jungen und 55 Mädchen in der Klinik behandelt worden, also auch hier deutlich mehr Jungen als Mädchen. In den Jahrgängen 1944 und 1946 ist die gleiche Diskrepanz wie in der Gruppe mit den Kindern bis zu einem Jahr zu sehen. Es ist angebracht, die Diagnosen als Hilfestellung hinzu zu ziehen, um sinnvolle Aussagen treffen zu können.

Bei den Kindern von drei bis sechs Jahren waren über den Zeitraum hinweg im Schnitt 71 Jungen und 52 Mädchen in der Klinik. In dieser Altersgruppe herrscht dasselbe Aufnahmeschema wie in den anderen Gruppen.

In der Gruppe der sechs- bis 14-Jährigen zeigt sich, dass im Schnitt 98 Jungen und 84 Mädchen in der Klinik waren. Mit Ausnahme von 1946 und 1947 waren immer mehr Jungen in der Klinik als Mädchen. Spekulativ wäre dafür zu nennen, dass weniger Mädchen erkrankten. Im Jahrgang 1944 wurden auch hier bis zu 100 Prozent mehr Jungen in der Klinik betreut. Bei den Kindern über 14 Jahren waren drei Jungen und vier Mädchen im Schnitt in der Klinik untergebracht. Einzig in dieser Gruppe waren im Durchschnitt mehr Mädchen als Jungen vertreten. Da diese Gruppe auch die wenigsten Aufnahmen im dem Zeitraum hatte, fällt eine Aufnahme relativ schwerer ins Gewicht als in den anderen Gruppen.

Betrachtet man nur die Zahlen ohne die Diagnosen zuberücksichtigen, kann man sagen, dass

über den Zeitraum mehr Jungen als Mädchen in der Klinik betreut wurden. Hervorzuheben wäre der Jahrgang 1944, in dem bis zu 100 Prozent mehr Jungen in der Klinik waren. Dieses Verhältnis scheint für die bekannte Bedeutung des männlichen Geschlechts in der Zeit des Nationalsozialismus zu sprechen. Der Hauptaugenmerk lag auf der ideologischen Vorbereitung zum Kriegsdienst, während bei der Mädchenerziehung die Aufgaben einer künftigen Mutter und der helfende Ehefrau im Vordergrund standen.<sup>219</sup> Die verschiedenen NS-Organisationen für die ideologische Erziehung der Kinder und Jugendlichen begann aber erst mit dem 10. Lebensjahr.<sup>220</sup> Diese Altersgruppe war an der Klinik jedoch nicht ausreichend vertreten, um eine Wertigkeit des Geschlechts ableiten zu können.

Die Abbildung 3.5 zeigt die Anzahl der zu jedem Zeitpunkt belegten Betten in der Kinderklinik der Charité. Neben dieser Gesamtzahl werden auch die anteiligen Belegungen der Häuser in Berlin Buch und in Berlin Mitte dargestellt.

Bei der Betrachtung der täglichen Bettenbelegung über den gesamten Zeitraum gesehen lagen maximal 198 Kinder zeitgleich in der Kinderklinik. Bis Mitte 1943 lagen im Durchschnitt 132 Kinder gleichzeitig in der Kinderklinik der Charité. Ab Mitte 1943 bis Ende 1948 wurden hingegen durchschnittlich nur 77 Kinder zeitgleich behandelt. Das ergibt 82 Kinder im Durchschnitt über den gesamten Zeitraum. Die sinkenden Bettenbelegungen bis 1948 waren erstens bedingt durch die Schließung der Kinderabteilung und Übergabe der Häuser an die Rote Armee in Berlin-Buch, zweitens die Zerstörung der Häuser und drittens den langsamen Wiederaufbau. Beim Betrachten des Bettenbelegungsverlaufes bis 1943 scheint es saisonale Höhen und Tiefen gegeben zu haben. Die beiden Tiefpunkte im Juli 1941 und im Juli 1942 scheinen ein natürlicher, dem Sommer zuzuschreibender, Effekt zu sein, da die Anzahl der Krankheiten erfahrungsgemäß im Sommer witterungsbedingt zurück geht. Auch bewirkt die sogenannte Sommersterblichkeit bei Säuglingen keine Erhöhung der Aufnahmezahlen.<sup>221</sup> Seit der Machtübernahme gab es Schulungen und Vorschriften bei der Herstellung und Zubereitung von Säuglingsnahrung, um diese Ursache für die

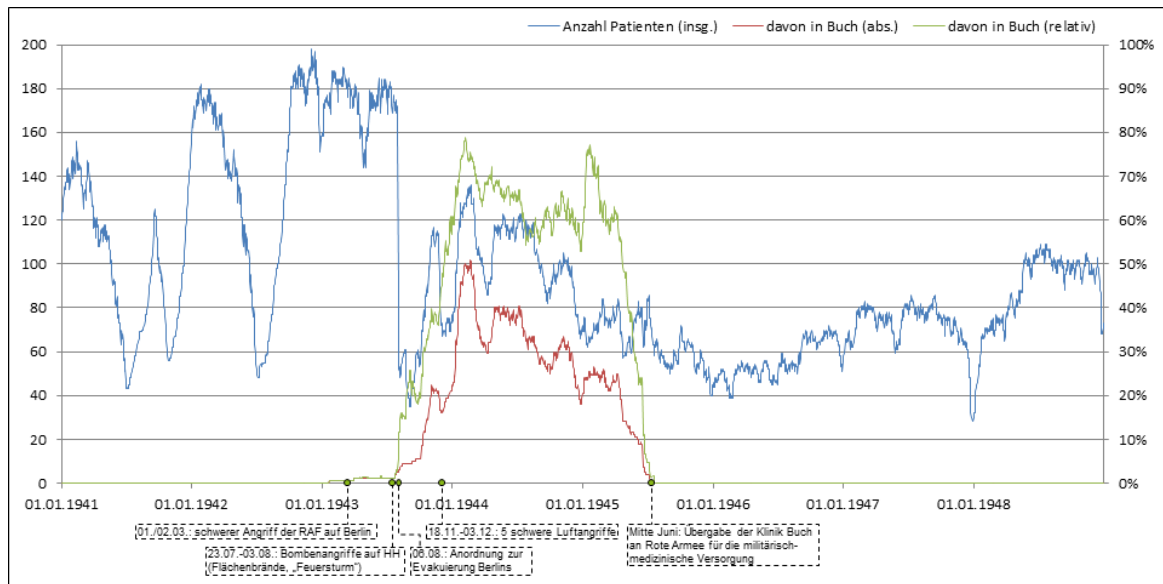
---

219 Mann 1997; Oelschläger 2001

220 Jungen: Deutsches Jungvolk (10-14 Jahre) und Hitlerjugend (14-18 Jahre); Mädchen: Jungmädel (10-14 Jahre) und Bund Deutscher Mädel (14-21 Jahre)

221 Ursachen für Sommersterblichkeit sind Einwirkungen durch die Hitze: Wärmestauung im Körper mit Fieber, verdorbene Nahrung, schmutzige Trinkflaschen und Sauger.





**Abbildung 3.5:** Belegte Betten in der Kinderklinik in den Standorten Berlin-Charité (Berlin Mitte) und Berlin Buch.

Sommersterblichkeit zu senken.<sup>222</sup> Der Tiefpunkt im Oktober 1941 lässt sich damit nicht genau erklären. Bekannt sind die drei sehr kalten Winter 1939/40, 1940/41 und 1941/42 und die darauf folgenden sehr milden Winter 1942/43 und 1943/44.<sup>223</sup> Dies könnte den Rückgang der Patientendichte in der Klinik erklären. Im August 1943 wurde aufgrund einer Vielzahl zerstörter Häuser der Charité im Zuge umfangreicher Evakuierungsmaßnahmen Teile der Charité und folglich auch Teile der Kinderklinik nach Berlin-Buch verlagert. Diese Entscheidung war der Versuch, den Klinikbetrieb aufrecht zu erhalten. Bis ca. Juni 1945 war das Krankenhaus Berlin-Buch ein Teil der Charité. Infolge der Kapitulation Deutschlands und der Machtübernahme durch die Alliierten, wurde das Krankenhaus Buch der Roten Armee für die militärisch-medizinische Versorgung übergeben. Da der Wiederaufbau der zerstörten Häuser der Charité noch nicht abgeschlossen war, sind Abteilungen zusammengelegt, in

<sup>222</sup> Nikolow 2001, S. 223, <http://www.uni-bielefeld.de/iwt/personen/nikolow/kurvenlandschaften.pdf> 15.11.2011

<sup>223</sup> [www.luise-berlin.de/bms/bmstxt00/0009gesd.htm](http://www.luise-berlin.de/bms/bmstxt00/0009gesd.htm) am 15.11.2011

andere Ausweichhäuser, wie beispielsweise in ein Wohnhaus in der Schubertstrasse,<sup>224</sup> verlegt oder in den S-Bahn-Bögen untergebracht worden.

Im Folgenden wird die durchschnittliche Aufenthaltsdauer<sup>225</sup> der Kinder betrachtet, um zu erfahren, ob es einen Rückgang der Liegezeiten in den Jahren gegeben hat.

Die Tabelle 3.5 und die Abbildung 3.6 zeigen die Entwicklung der durchschnittlichen Aufenthaltsdauer der Patienten in Tagen. Diese werden nach Jahr, dem Geschlecht und den Altersgruppen unterschieden dargestellt. Betrachtet man nun die durchschnittliche Liege-

**Tabelle 3.5:** Durchschnittliche Aufenthaltsdauer in Tagen differenziert nach Jahr, Geschlecht und Altersgruppe.

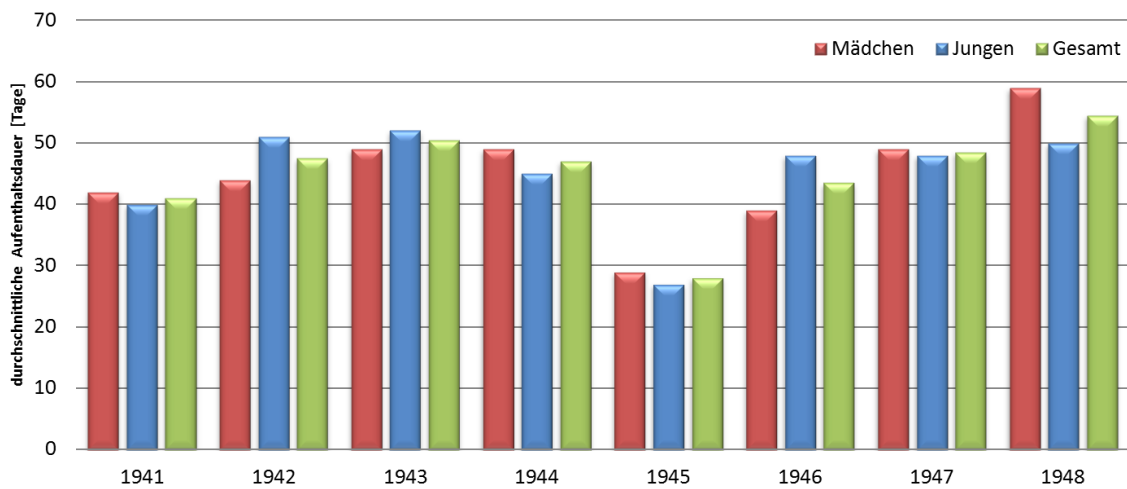
	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947	1948
Gesamt:	41	48	51	47	28	44	48	54
Jungen:	40	51	52	45	27	48	48	50
Mädchen:	42	44	49	49	29	39	49	59
Verweildauer der Kinder bezogen auf das Alter								
0-28T:	36	38	64	54	36	33	25	32
29-365T:	45	50	43	53	23	38	36	42
1-3J:	42	56	47	41	28	45	55	34
>3J - 6J:	31	50	42	44	27	45	63	57
>6J - 14J:	46	49	54	44	37	47	55	70
>14J:	72	50	43	20	25	182	65	45

dauer, so gibt es durchaus Schwankungen; 1941 und 1945 gab es im Vergleich sehr niedrige Werte. Die reduzierte Liegedauer im Jahr 1941 kann nicht erklärt werden. Im Jahr 1945 kann man die kriegsbedingte verminderte Kapazität als einen Faktor mit einbeziehen. Demnach wäre es denkbar, dass eine Abwägung der Entlassungsfähigkeit zugunsten der Versorgung von mehr Patienten stattgefunden hat.

Bei den Fragen, welches Geschlecht eine längere Zeit in der Klinik lag und ob man daraus eine Wertigkeit eines Geschlechtes ablesen kann, muss man sagen, dass die Zahlen keine eindeutige

<sup>224</sup> mündliche Überlieferung durch Schwester Irmgard, Interview 22.04.2002

<sup>225</sup> Die durchschnittliche Aufenthalts bzw. Liegedauer ermöglicht eine Vergleichbarkeit der verschiedenen Jahre und wird in der Krankenhausgeschichtsschreibung als Index für den Ausmaß der Asylierung herangezogen.



**Abbildung 3.6:** Durchschnittliche Aufenthaltsdauer der Patienten differenziert nach Jahr und Geschlecht.

Feststellung zulassen. Folglich gab es scheinbar keine Unterschiede in der Behandlungszeit zwischen den Geschlechtern. In den Jahren 1941, 1944, 1945, 1947 und 1948 lagen im Schnitt die Mädchen etwas länger in der Kinderklinik. In der Regel betrug der durchschnittliche Tagesabstand etwa ein bis drei Tage, es ist also nicht als signifikant anzusehen. In den Jahren 1942, 1943 und 1946 lagen jedoch die Jungen länger in der Klinik. Der Unterschied betrug 1942 sieben Tage, 1943 drei Tage und 1946 sogar neun Tage. Über den Grund kann nur spekuliert werden.

Die Analyse der Verweildauer bezogen auf die Altersgruppe zeigt, dass die Kinder im Alter von ein bis 28 Tagen im Durchschnitt 40 Tage in der Klinik verbrachten. In den Jahren 1943 und 1944 gab es einen Anstieg auf 64 und 54 Tage. Dafür lassen sich verschiedene Gründe vermuten. Erstens ein Anstieg durch schwere Erkrankungen und beginnende Mangelernährung. Zweitens könnten die längeren Liegezeiten durch die Einschränkungen bei den Transportwegen bedingt worden sein. Und drittens könnten Eltern ihre Kinder länger in der Klinik gelassen haben, da dort die Versorgung besser war als zu Hause. Vermutlich wurden in jeder Familie die Risiken anders abgewogen, weshalb man dies nicht verallgemeinern kann. Die Kinder bis zu einem Jahr lagen im Schnitt 41 Tage in der Klinik. Bei dem Anstieg 1944 auf 53 Tage kann man die gleichen Faktoren wie 1943 bei den Säuglingen nennen.

Die Abnahme 1945 auf 23 Tage kann unterschiedlich begründet werden. Erstens sind mehr (leicht) Erkrankte in die Klinik eingeliefert worden, bei denen die Liegezeit kurz war und zweitens viele Kinder vorzeitig aus der Klinik von den Eltern nach Haus geholt worden, um die Familie während des Krieges zusammen zu halten.

In der Gruppe der Ein- bis Dreijährigen zeigt sich, dass sie im Durchschnitt 43 Tage in der Klinik waren. In den Jahren 1942 und 1947 lagen sie mit 56 bzw. 55 Tagen im Schnitt am längsten. Ursachen sind die halbwegs noch intakte medizinische Versorgung im Jahr 1942, und durch den Wiederaufbau ab dem Jahr 1946 stellte sich eine verbesserte Versorgung und Lebenslage dar, was zu einem Rückgang der schweren und langwierigen Erkrankungen führte. Der Hungerwinter 1946/1947 hatte statistisch keinen Einfluss auf die Aufnahmezahlen. Der Abnahme 1945 auf 28 Tage begründet sich genauso wie die fallende Tendenz in der Gruppe der Kinder im Alter bis zu einem Jahr.

Die Kinder im Alter von drei bis sechs Jahren lagen im Schnitt 46 Tage in der Klinik. Bei dem Anstieg 1947 und 1948 auf 63 und 57 Tage kann man die gleichen Faktoren wie 1947 bei den Ein- bis Dreijährigen nennen. Der Abfall 1941 auf 31 Tage begründet sich anhand der noch intakten medizinischen Versorgung. Es gibt auch einen Abfall 1945 auf 38 Tage, wo die gleichen Faktoren zu nennen sind wie in den vorher betrachteten Gruppen.

In der Gruppe der sechs- bis 14-Jährigen zeigt sich, dass sie im Schnitt 51 Tage in der Klinik waren. Ein Abgleich mit den Diagnosen gibt leider keinen Hinweis für den auffälligen Anstieg der Liegedauer nach Ende des Krieges.

Die Kinder über 14 Jahre lagen im Schnitt 64 Tage in der Klinik. Die durchschnittliche Aufenthaltsdauer 1941 mit 72 Tage kann man gleich mit zwei Faktoren erklären. Erstens wurden nur wenige Kinder aufgenommen, welche dann länger lagen und so die durchschnittliche Liegedauer beeinflussten, und zweitens die medizinische Versorgung zu diesem Zeitpunkt noch als intakt zu bezeichnen war (es wurden nur die schwersten Erkrankungen in die Universitätsklinik überwiesen). In dieser Gruppe kam es zu einem Anstieg 1946 auf 182. Die Ursache liegt in der geringen Aufnahmezahl: ein Patient (männlich). Aufgrund der geringen Aufnahme, haben die Zahlen in dieser Altersgruppe weniger Aussagekraft im Verhältnis zu den anderen Altersgruppen. Der einzige Patient in dieser Altersgruppe 1946 lag mit Diphtherie in Verbindung mit Typhus auf der Station 3. Er kam aus einer Familie mit fünf Geschwistern aus einem Flüchtlingslager. Sein Vater war zeitgleich bereits wegen Ödemen in Behandlung. Dieser Umstand und die Schwere des Verlaufs der Krankheit dürften die extrem lange Liegedauer von fast sechs Monaten erklären.

Nach Betrachtung aller aufgeführten Daten läßt sich keine eindeutige Antwort auf die Frage geben, „ob sich die Liegedauer verkürzte, als der Krieg Berlin erreichte“. Wenn man die Zahlen insgesamt betrachtet, so muss man feststellen, dass sich die durchschnittliche Liegedauer 1945 gegenüber den anderen Jahren deutlich verkürzte, während sich die Liegedauer in den Jahren 1943 und 1944 verlängert hatte. Betrachtet man die einzelnen Altersgruppen genauer, zeigt sich, dass die Aufenthaltsdauer in der Klinik in den ersten fünf Gruppen, also bei Kinder von einem Lebenstag bis 14 Jahre, 1945 eine verkürzte Liegedauer aufweist. Aber in der letzten Gruppe ist bei den über 14 Jährigen ein Anstieg abzulesen. Anzumerken ist, dass die Aufnahmezahlen dieser Gruppe geringer als in den anderen Altersstufen sind und somit eine Vergleichbarkeit nicht notwendigerweise gegeben ist.

### 3.5 Wohnorte der Patienten

Dieser Abschnitt analysiert die Herkunftsorte (Wohnorte) der Patienten. Die Kinderklinik der Charité gehörte zum Universitätsklinikum Charité. Daraus lässt sich schlussfolgern, dass die Kinderklinik vermutlich einen, medizinisch betrachtet, höheren Stellenwert im Vergleich zu einem Stadtkrankenhaus mit Kinderstation oder -abteilung hatte. Dies müsste dann anhand des Einzugsgebietes nachzuweisen sein. Im Verlaufe des Krieges sollte sich dieses Einzugsgebiet derart verändern, dass es dem eines städtischen Krankenhaus glich.

Ein Lehrkrankenhaus ist oft eine Zusatzbezeichnung für ein Krankenhaus,<sup>226</sup> an dem ein Teil der Ärzteausbildung einer Universitätsklinik stattfindet. Es gehört dabei selbst nicht zur Universität. Im Allgemeinen ist ein Universitätsklinikum ein Krankenhaus, das an die Medizinische Fakultät einer Universität angegliedert ist. Die Charité war und ist an die Humboldt-Universität angegliedert. Neben der medizinischen Behandlung dient es daher auch der Forschung und Lehre im Bereich der Medizin, wie in Kapitel 1.2 und Kapitel 1.4 dargestellt. Um den Einzugsbereich und damit die Bedeutung der Kinderklinik zu verdeutlichen, ist die Abbildung 2.3 hilfreich. Sie zeigt eine Karte von Berlin und dessen (Verwaltungs-) Bezirke im Jahr 1943. Sie ist dem Statistischen Jahrbuch der Reichshauptstadt

---

226 Es wird auch als Akademisches Lehrkrankenhaus bezeichnet.

Berlin 1939 (15. Jahrgang) entnommen, das vom Statistischen Amt der Reichshauptstadt Berlin herausgegeben wurde.<sup>227</sup>

Die einzelnen Wohnorte wurden in fünf große Hauptgruppen unterteilt. Dabei kodierten wir folgendermaßen: Wohnort 1 fasst die Kinder zusammen, die aus einem Bereich Berlins mit Postleitzahl stammten (zum Beispiel N54). Unter Wohnort 2 wurden all diejenigen zusammengetragen, die aus den Berliner Außenbezirken, wie zum Beispiel Berlin-Neukölln stammen (und wo keine Postleitzahl vermerkt war).<sup>228</sup> Zur Erklärung der Postleitzahl und ihrer Einteilung verweise ich auf Kapitel 2.3. Wohnorte, die sich noch im S-Bahn-Einzugsbereich, beispielsweise Potsdam, Straußberg oder an Berlin angrenzende Vororte wie zum Beispiel Zeuthen befanden, sind mit Wohnort 3 kodiert.

Der Wohnort 4 wurde vergeben, wenn die Kinder von außerhalb kamen, beispielsweise Rostock oder Hamburg. Die letzte Gruppe (Wohnort 5) wurde notiert, wenn besondere Umstände vorlagen, wie insbesondere die Aufnahme aus Flüchtlingslagern oder Bunkern. Aus einigen Akten konnte der Wohnort leider nicht ermittelt werden. In einem solchen Fall wurde dieser als „Unbestimmt“ vermerkt. Die Grenze des von uns definierten Wohnbereiches 2 ist in Abbildung 2.3 als stark gezeichnete Linie dargestellt. Ein Teil des Wohnbereiches 3, zum Beispiel Potsdam, ist ebenfalls erkennbar.

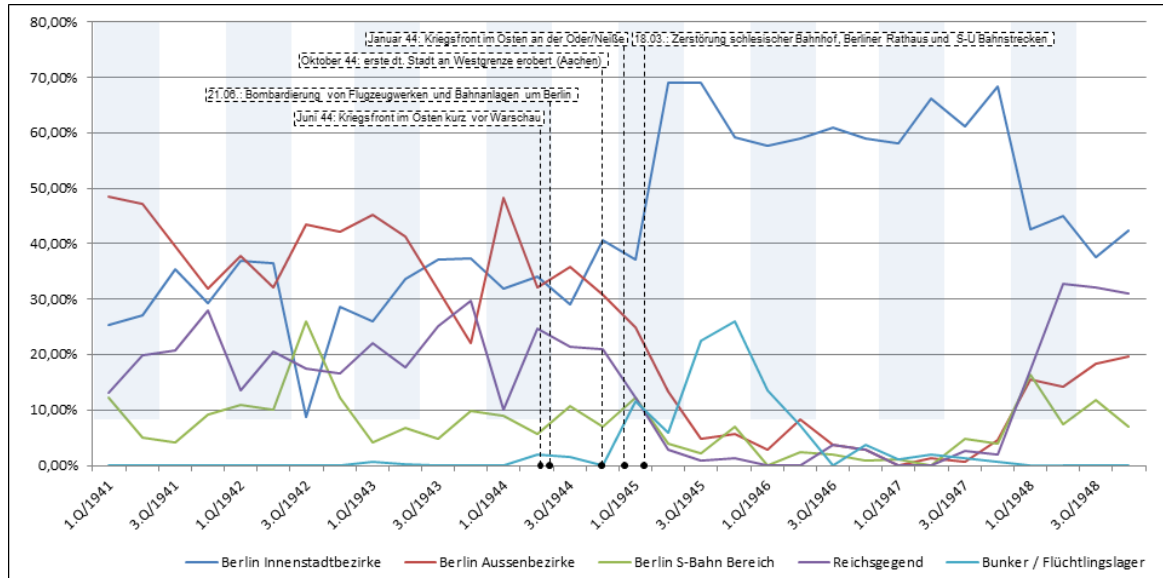
Um aufzuzeigen, ob die Kinderklinik der Charité eine größere Bedeutung in der Kinderversorgung in Berlin in dem untersuchten Zeitraum hatte, muss man sich die Versorgungslage von Kindern in Berlin ansehen. Berlin hatte damals 20 Stadtbezirke, wovon 13 nachweislich eine Kinderklinik oder mindestens ein Krankenhaus mit Kinderabteilung hatten. In den anderen sieben Bezirken gab es keine stationäre Kinderversorgung. Es gab aber auch vier Stadtbezirke, in denen es zwei Kinderkliniken gab. Wenn man sich die Lage der Bezirke ohne Kinderversorgung zu den doppelt kinderversorgenden Bezirken ansieht, kann man schlussfolgern, dass zum Beispiel Charlottenburg mit zwei Kliniken den Bezirk Spandau oder Wedding den Bezirk Prenzlauer Berg mitversorgte. Bei dieser guten Versorgungslage muss man also feststellen, dass kranke Kinder nicht automatisch in die Charité gebracht wurden,

---

227 Die Karte zeigt den Stand von 1943, da das Statistische Jahrbuch 1939 erst 1943 von der Reinhold Kühn A.G. verlegt wurde

228 Die Wohnung der Eltern bzw. Erziehungsberechtigten befand sich in Berlin aber außerhalb des damaligen Vergabebereichs von Postleitzahlen.

da eine wohnortnahe Versorgung möglich war. Eine genaue Auflistung der kinderversorgenden Krankenhäuser befindet sich im Anhang A.10 (Tabelle A.11).



**Abbildung 3.7:** Wohnorte der Patienten, differenziert nach den Aufnahmequartalen.

Das Diagramm in Abbildung 3.7 zeigen die Wohnorte der Patienten differenziert nach den Aufnahmequartalen. Die entsprechenden Werte befinden sich zudem im Anhang in der Tabelle A.12. Der nähere Einzugsbereich der Charité wird durch den Wohnort 1 bezeichnet und müsste dementsprechend am stärksten vertreten sein. Bei der Betrachtung der Diagramme fällt jedoch auf, dass diese Behauptung erst ab 1945 zutrifft. Ab diesem Zeitraum ist der Wohnort 1 über die Hälfte mit ca. 60 Prozent vertreten. In den Jahren 1941 - 1944 kommen nur knapp 30 Prozent aus der näheren Umgebung (Wohnort 1). Der Hauptanteil der Patienten wird aus dem Wohnort 2 mit circa 37 Prozent aufgenommen, wobei in diesen Jahren die Verteilung ungefähr gleich bleibt. Die Vororte machen circa zehn Prozent aus, die Kinder die außerhalb des Einzugsgebietes von Berlin stammen, sind mit rund 20 Prozent vertreten. Vor 1944 wurden praktisch keine Kinder aus Flüchtlingslagern oder Bunkern in der Charité aufgenommen. In den darauf folgenden zwei Jahren bildeten sie mit zunächst ca. einem Prozent eine sehr kleine Gruppe. Warum der Wohnort 2 den Hauptanteil stellte, lässt sich nur spekulieren. Die Charité war ein Universitätsklinikum in Berlin und durch die Infrastruktur

gut zu erreichen. Da man gewillt war, seinem Kind die bestmögliche Versorgung zukommen zu lassen, schickte man es – wenn es möglich war – in die Charité. Für die Darlegung, dass die Kinderklinik der Charité den Status eines Universitätsklinikums hatte,<sup>229</sup> ist es wichtig sich die Gruppe von Kindern, die außerhalb des Einzugsgebietes von Berlin stammten (Wohnort 4) anzusehen. Es war nicht üblich, Kinder wohnortfern zu versorgen, wenn es nicht unbedingt nötig gewesen wäre. Faktoren dafür könnten eine bessere Behandlung, neue respektive andere Therapien oder Spezialisten sein. Die Gruppe stellte mit rund 20 Prozent bis 1944 die drittstärkste Patientengruppe dar und untermauert so diese Behauptung. Im Jahr 1945 sank sie kurzfristig auf vier Prozent und stieg dann aber wieder auf 29 Prozent bis 1948 an. Damit stellte sie sogar den zweitstärksten Anteil dar, was den guten Ruf und die deutschlandweite Bekanntheit der Charité als Universitätsklinikum aufzeigt. Da auch der Wiederaufbau der zerstörten Häuser bis 1948/1949 andauerte und die optimale Versorgung dadurch nicht gewährleistet werden konnte, stieg der Anteil der Kinder aus weiter entfernten Orten nur langsam.

Es folgt die Untersuchung der beiden Jahre 1941 und 1946 für Patienten, die unter Wohnort 4 erfasst wurden. Dabei stellte ich mir die Fragen: „Wer wohnte am weitesten weg?“ und „Haben sich die Entfernungen der Wohnorte nach dem Krieg wieder normalisiert?“. Zunächst begründet sich die Auswahl der Jahre so, dass im Jahr 1941 man sagen kann, dass zu dieser Zeit noch so etwas wie Normalität herrschte. Zwar war der 2. Weltkrieg schon im Gange, aber dieser hatte noch keinen starken Einfluss auf das öffentliche Leben in Berlin. Für das Jahr 1946 gilt, dass der Wiederaufbau begann. Ein weiterer Punkt ist, dass die Krankenakten wieder zum größten Teil vollständig geführt wurden, was im Jahr 1945 nicht der Fall war. Aus der Tabelle 3.6 kann man ablesen, dass aus vielen Gebieten in Deutschland Patienten nach Berlin kamen. Ein krankes Kind aus Haagen in Baden Württemberg dürfte den weitesten Weg zurückgelegt haben. Zur damaligen Zeit gab es die heute geltenden Bundesländer nicht, sie wurden erst nach 1945 gegründet, wobei versucht wurde auf alte regionale Zusammengehörigkeit und geschichtliche Grenzziehungen einzugehen.<sup>230</sup> Zum besseren räumlichen Orientierung habe ich die Orte den Bundesländern von heute angepasst. Aus 13 Bundesländern und aus Teilen,

---

229 siehe Deckblatt der Krankenakte im Kapitel 2.2 (Abbildung 2.2)

230 <http://www.eu2007.de/de/Germany/Bundeslaender/index.html> am 26.07.2011



**Tabelle 3.6:** Herkunftsorte der Patienten im Jahr 1941 (außerhalb Berlins).

<b>Bundesländer:</b>	<b>Städte / Orte</b>
Brandenburg:	Lübbenau (2), Finow, Borkheide, Nauen (3), Kremmen, Herzberg, Nauenhagen, Jüterbog (2), Neuruppin (2), Wilhelmshagen, Klein Manchow, Bad Freienwalde, Schlachtensee, Storkow (3), Teltow (4), Premnitz, Kyritz, Fürstenwalde (2), Rangsdorf, Wittenberge, Frankfurt Oder (2), Eberswalde (2), Brandenburg, Forst Kreis Lausitz, Cottbus, Wittstock, Dosse, Neustadt an der Dosse, Gorast-Osterbahn im Oderbruch, Vehlin, Werder (3), Sommerfeld, Bukow, Reesen bei Burg, Pritzwalk (3), Grausee (2), Eichhorst, Lehnin in der Mark, Topitz, Rohrbeck, Bralitz, Dallgow-Döberliz
Hamburg:	Zentrum, Altona
Mecklenburg-Vorpom.:	Mecklenburg
Sachsen:	Leipzig, Freiberg, Eosel über Königsbrück (2)
Sachsen Anhalt:	Dessau, Dessau-Roslau, Grieben bei Stendal, Salzwedel, Genthin
Schleswig Holstein:	Neu-Münster, Travemünde
Thüringen:	Naumark, Blankenburg, Posen
Bayern:	Schwarzendorf, Velden
Rheinland Pfalz:	Pommern (2), Oberhausen im Rheinland
Niedersachsen:	Lippstadt, Braunschweig
Baden Württemberg:	Haagen
Hessen:	Schweinfurt
Nordrhein Westpfalen	Köln-Klettenberg
heute zu Polen gehörig:	Küstrin, Neu-Stettin, Schlave in Pommern, Demmin, Züllichau (heute Sulechów), Leissdorf, Helminenwalde F. (Ortsteil von Glisno), Kaltenhagen bei Timmenhagen (Amtsbezirk Schulzenhagen in Pommern), Lodz/Litzmannstadt
nicht mehr zuordbar:	wie zum Beispiel: Leissdorf

die heute zu Polen gehören, sind Kinder in die Charité geschickt worden. Das Bundesland Brandenburg ist am stärksten vertreten, gefolgt von Sachsen-Anhalt, Sachsen und Thüringen. Bei acht Gebieten war eine eindeutige Zuordnung nicht möglich. Dies kann dadurch bedingt sein, dass es die Gebiete in dieser Bezeichnung nicht mehr gibt oder sie nach dem Krieg

umbenannt wurden. Weiter sind auch Schreib- oder Übertragungsfehler nicht auszuschließen. Von 102 Herkunftsorten wurden 94 eindeutig bestimmt. Mit 88 prozentiger Sicherheit kann man sagen, dass es eine repräsentative Anzahl von Herkunftsorten gibt, die untermauern, dass die Kinderklinik der Charité ein Universitätsklinikum war und viele Kinder aus ganz Deutschland nach Berlin geschickt wurden, um eine optimale Behandlung zu erhalten. Für das Jahr 1946 müsste diese Einschätzung fast genauso gelten.

**Tabelle 3.7:** Herkunftsorte der Patienten im Jahr 1946.

<b>Bundesländer:</b>	<b>Städte / Orte</b>
Brandenburg:	Seelow in der Mark, Lychen Kreis Uckermark (2), Dahlum, Häsen Kreis Ruppin, Meseburg Kreis Ruppin Jüterbog (2), Heinersdorf bei Müncheberg, Spremberg, Schönwalde, Ringwalde Kreis Oberbarmin, Frankfurt Oder, Jahnfelde, Neustrebbin, Templin, Herzberg Kreis Elster, Sommerfeld, Petershagen, Jessen Kreis Schweidnitz, Angermünde, Groß Marzahn bei Belzig, Lübben, Brieselang, Zeesn, Groß Machnow bei Belzig, Neu-Langsow Kreis Lebusa, Pose bei Groß Beeren, Rathenow, Alt Glogau Kreis Luckau, Wernsdorf bei Schmöcknitz, Alt Golzen Krei Luckau, Gerswalde in der Uckermark, Lahme Kreis Niederbarmin, Berneuritz Kreis Westhavelland, Stolzenhagen-West, Andersleben
heute zu Polen gehörig:	Küstrin (2)
Mecklenburg-Vorp.:	Neustrelitz
Sachsen Anhalt:	Osterburg in der Altmark
nicht mehr zuordbar:	Sülchendorf, Menglin

Bei der Betrachtung der Tabelle 3.7 kann man sehen, dass es Abweichungen zu 1941 gibt. Erstes sind nur noch 11 Prozent aus Wohnort 4, im Jahr 1941 waren es 18 Prozent, und zweitens sind nicht mehr so viele Bundesländer vertreten. Bei nur noch drei aufgelisteten Bundesländern stammte das entfernteste Kind aus Neustrelitz. Bedingt durch die Lage zu Berlin war Brandenburg immer noch am stärksten vertreten. Es folgte Sachsen-Anhalt und Mecklenburg-Vorpommern. Zwei Kinder stammten aus Küstrin, das heute zu Polen gehört. Es konnten nur zwei Gebiete nicht zugeordnet werden. Die Niedrigkeit dieser Zahl kann einmal dadurch bedingt sein, dass die Umbenennung oder Neubenennung von Gebieten schon vorbei war oder kleinere Orte größeren Städten angeschlossen wurden. Für das Jahr 1941 kann man sagen, dass durch diese Zahlen ein Beweis erbracht ist, dass die Charité zu diesem

Zeitpunkt die Stellung eines Universitätsklinikum inne hatte. Eine Aussage ist für das Jahr 1946 schwieriger zu treffen, da durch die Nachwirkungen des Krieges und dem langsamen Wiederaufbau die medizinische Versorgung, die Infrastruktur und somit das volle Spektrum einer Universitätsklinik eingeschränkt waren. Auch darf man nicht außeracht lassen, das Deutschland ab 1945 in vier Zonen aufgeteilt war. Die Charité lag im sowjetischen Sektor und dadurch könnte eine Verlegung aus den anderen Sektoren aufgrund von organisatorischen oder bürokratischen Gründen sehr schwierig gewesen sein. Die Zahlen zeigen aber eine leichte Tendenz in Richtung der alten Stellung der Klinik.

Ab dem Jahr 1945 veränderte sich die geographische Verteilung der Wohnorte aufgenommener Patienten. Gründe dürften der Krieg und die Zerstörung der Infrastruktur von Berlin und Deutschland sein. Der Anteil des Wohnorts 1 steigt auf 60 Prozent bis 1947 und sinkt dann auf 50 Prozent. Der Patientenanteil, der aus den Berliner Außenbezirken (Wohnort 2) stammt, fällt am stärksten von 1945 bis 1947 auf ein Prozent und erholt sich erst 1948 mit 17 Prozent. So ein dramatischer Rückgang lässt sich nicht eindeutig klären. Vermutliche Faktoren können die zerstörten Häuser oder die noch nicht wiederaufgebaute Infrastruktur sein. Auch steigt in den Jahren 1945 - 1947 der Anteil von „unbestimmter Herkunft“ von zwei Prozent auf ca. zehn Prozent, was sicherlich einen Einfluss auf die anderen Gruppen hat. Gründe für den größer werdenden Anteil von „unbestimmter Herkunft“ können nur spekuliert werden. Die Akten von 1946 und 1947 sind durch einen Wasserschaden beschädigt und daher schlecht lesbar. Ein weiterer Grund kann sein, dass durch die Flucht und das Kriegs drama manche Patienten sich nicht trauten, den wahren Wohnort zu nennen. Wahrscheinlich wird der Krieg sein Übriges getan haben. Da täglich um das Überleben von Patienten gekämpft wurde, kann man vermuten, dass sich um die Patientenherkunft in der täglichen Praxis wenig bemüht wurde, auch wenn diese genau zu bestimmen gewesen wäre. Später kann der Stress des Wiederaufbaus mit mehreren Umzügen bis in das endgültige Haus auch als Ursache für ein nicht sorgfältiges Führen der Patientenakten herangezogen werden.

Der Anteil der Patienten aus dem Umland von Berlin (Wohnort 3) bleibt über den gesamten Zeitraum im Schnitt mit acht Prozent stabil. Wodurch dies bewirkt wurde, bleibt offen. Am Anfang waren es vielleicht noch die funktionierende Infrastruktur zu Berlin, später nur noch der gute Ruf der Klinik und am Ende des zu untersuchenden Zeitraums der beginnende Wiederaufbau. So nahm die Neukölln-Mittenwalder Eisenbahn am 17. Mai als erste Bahn im

Raum Berlin-Brandenburg nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges den Personenverkehr wieder auf.

Bei genauer quartalsweiser Betrachtung von Ende 1944 bis 1945 zeigen sich starke Schwankungen, auf die ich etwas später eingehen werde. Der Flüchtlingsanteil war mit einem Prozent bis 1944 sehr gering. Er stieg dann 1945 auf 16 Prozent und fiel ab 1947 wieder auf den Ausgangswert zurück. Da sich die Kriegsfront aus Richtung Osten in Richtung Berlin weiter vorschob, trafen immer mehr Flüchtlinge aus diesem Gebiet ein. Zudem suchten viele Flüchtlinge in der Hoffnung auf eine bessere Versorgung Unterschlupf in der Stadt. Nach Ende des Krieges und zu Beginn des Wiederaufbaus kehrten die Flüchtlinge in ihre ursprünglichen Wohnorte zurück.

Es folgt die quartalsweise Betrachtung der Zeit von Ende 1944 bis 1945, also den Zeitraum, in dem der Krieg in Berlin war, um die Rückentwicklung der Charité von einem Universitätsklinikum zu einem Stadtkrankenhaus verdeutlichen zu können. Der Anteil der in unmittelbarer Nähe wohnenden Patienten, also Wohnort 1, stieg von 40 Prozent im 4. Quartal 1944 bis zum 3. Quartal 1945 auf 70 Prozent. Die anderen Anteile sanken dementsprechend, bis auf den Anteil der Flüchtlinge. Dieser stieg von weniger als ein Prozent auf 28 Prozent und stellte so die zweit stärkste Gruppe dar. Da die Kriegsfront sich aus Richtung Polen immer weiter westwärts vorschob, trafen immer mehr Flüchtlinge aus diesem Gebiet in Berlin ein, was ein Grund für den hohen Anteil ist. Der Wohnort 2 sank von 31 Prozent auf fünf Prozent. Ein Faktor, der dies beeinflusste, war die Zerstörung der Infrastruktur durch US-amerikanische Flugzeugangriffe auf die Berliner Innenstadt. Durch schwere Bombenangriffe seit November 1943 wurden 270 000 Wohnungen in Berlin zerstört. Angesichts der näherrückenden Front wurden Buslinien in Berlin stillgelegt. Bei einem Luftangriff am 23.11.1943 wurde die BVG-Hauptverwaltung<sup>231</sup> in der Köthener Straße (Kreuzberg) zerstört. Durch die immer weniger werdenden Ressourcen, wie Strom, Kohle und Wasser, durften die gesamten öffentlichen Verkehrsmittel nur noch mit besonderem Berechtigungsausweis benutzt werden. Im Berliner Westhafen im Bezirk Tiergarten traf am 21.04.1945 der letzte mit Kohle beladene Güterzug vor Kriegsende ein. Ausgangssperre, Einschränkungen im Verbrauch von Strom und Wasser sowie rationierte Lebensmittelabgaben bestimmten den Tagesablauf der Berliner. Alles das

---

231 <http://www.luise-berlin.de/kalender/> am 01.11.2011

und die zunehmenden Kampfhandlungen, wie beispielsweise das Vordringen der sowjetischen Truppen verbunden mit Artillerieangriffen von Nordosten in die Berliner Stadtbezirke Pankow, Weißensee und Lichtenberg sowie vom Süden in die Bezirke Schönefeld, Treptow, Schöneiche-Fichtenau, Rahnsdorf und Friedrichshagen, erschwerten in der Stadt die Fahrt in die Kinderklinik. Der Anteil der Patienten aus dem Umland von Berlin, Wohnort 3, fiel von sieben Prozent auf zwei Prozent, wahrscheinlich aus den gleichen Gründen wie bei Wohnort 2. Die Zerstörung der Verkehrsanlagen führte dazu, dass von den 900 Omnibussen nur noch 18 fahrtüchtig, 1.118 S-Bahn-Wagen beschädigt und 420 Straßenbahnwagen total zerstört waren. Man versuchte die Familie während des Krieges zusammen zu halten. Der Anteil der Patienten aus Wohnort 4 sank von 21 Prozent auf weniger als ein Prozent, wobei dieser Anteil am stärksten zurückging. Im 4. Quartal 1944 waren noch 21 Prozent aus Berlin-fernen Bereichen. Schon im 1. Quartal 1945 hatte sich der Anteil auf zwölf Prozent halbiert. Der größte Rückgang war im 2. Quartal zu sehen, wo nur noch drei Prozent aus dem Bereich stammten. In dieser Zeit befand sich der Krieg auf deutschem Boden und Fahrten mit dem Zug oder Auto waren riskant und gefährlich.

Als Fazit kann man beim Betrachten der Zahlen mit dem steigenden Anteil des Innenstadtbereiches (Herkunftsort 1) und den sinkenden Zahlen von Berlins Aussenstadtbezirken und Umgebung sowie weiter entfernte Reichsgegend (Herkunftsbereich 2, 3 und 4) zeigen, dass es eine vorübergehende Transformation des Universitätsklinikums zum städtischen Krankenhaus gab. Insbesondere war ein Rückgang von Patienten aus der Reichsgegend (Herkunftsbereich 4) zu verzeichnen. Es ist allerdings anzumerken, dass die Universitätskinderklinik der Charité Berlin nicht den Namen oder die offizielle Bezeichnung verloren hatte, sondern auf Grund der Auswirkungen des Krieges es zu Einschränkungen in der Ausführung/Arbeit eines Universitätsklinikums kam, was auch die Normalisierung der Zahlen am Ende des untersuchten Zeitraumes zeigen.

### 3.6 Mortalität und Letalität

In diesem Abschnitt zeige ich den Einfluss des Krieges auf die Sterblichkeit an der Kinderklinik der Charité auf. Was bedeuten Mortalität und Letalität und was ist der Unterschied zwischen beiden Termini? Die Mortalität wird aus dem Lateinischen mit „die Sterblichkeit“ übersetzt. Sie bezieht sich auf die Gesamtbevölkerung, wogegen die Letalität (aus dem Englischen)

die Tödlichkeit einer bestimmten Erkrankung bezeichnet.<sup>232</sup> Warum sollte man sich diese Parameter ansehen? Um beurteilen zu können, wie groß die Effizienz einer Behandlung war und welche Versorgungslage in der Klinik vorherrschte, sind Mortalität und Letalität gute Indikatoren. Weiter kann man Rückschlüsse auf die nationalsozialistische Gesundheitspolitik und auf den medizinischen Fortschritt ziehen. Dabei ist es wichtig sich die Krankheiten, die sonst heilbar sind, anzusehen. Es gibt Krankheiten, wie zum Beispiel Meningitis und TBC, die sowohl damals als auch heute nur schwer zu heilen sind oder besser gesagt eine hohe Letalität besitzen.

Bevor ich mit der Auswertung der Zahlen beginne, zunächst noch ein kleiner Überblick des Gesundheitszustandes der deutschen Bevölkerung im betrachteten Zeitraum. In der gesetzlichen Krankenversicherung deutet alles auf einen bis 1941 stabilen gesundheitlichen Allgemeinzustand der Arbeitsbevölkerung hin und zeigt zu Beginn des Zweiten Weltkrieges keine starken Einschnitte. Ein indirekter Indikator für die Gesundheit einer Bevölkerung ist die Säuglingssterblichkeit. Sie sank bis zum Kriegsausbruch im Durchschnitt von rund acht Prozent 1932 auf rund sechs Prozent 1938 im ganzen Deutschen Reich. Im Jahr 1941 stieg sie im Durchschnitt des Deutschen Reiches geringfügig auf circa sieben Prozent.<sup>233</sup>

Im Jahr 1942 kam es zur Verschlechterung der Gesundheit der Zivilbevölkerung aufgrund von Einbrüchen bei der Lebensmittelversorgung. Durch Ausbeutung der besetzten Gebiete gelang es, die Nahrungsmittelversorgung zu stabilisieren. Ab 1944 erfolgte eine Verschlechterung in erster Linie wegen der Kürzung der Lebensmittelzuteilung aufgrund von Gebietsverlusten im Osten des Reiches und dem Wegfall der arbeitsfähigen Landbevölkerung durch Kriegsdienste. In den Großstädten des Deutschen Reiches nahm die Säuglingssterblichkeit 1944 gegenüber dem Vorjahr um circa 45 Prozent zu, so dass jedes zehnte Kind in seinem ersten Lebensjahr verstarb. Dieser Zuwachs der Sterblichkeit kann durch die schlechte Ernährungs- und Lebenslage sowie Tod durch Kriegsfolgen, wie beispielsweise Verletzungen durch Bomben, bedingt gewesen sein.

Ein weiterer Faktor ist der Vergleich zwischen der Land- und Stadtbevölkerung. Das Stadt-

---

232 Pschyrembel 2002

233 [http://www.buergerimstaat.de/4\\_02/saeugling.htm](http://www.buergerimstaat.de/4_02/saeugling.htm) am 02.05.2011

Land-Gefälle in den Gesundheitsverhältnissen kehrte sich ab dem Jahr 1944 zugunsten der Landbevölkerung um. Diese ist nicht gesünder geworden, sondern hat weniger durch den Luftkrieg gelitten.<sup>234</sup> Die städtische Sterblichkeit stieg bis 1945 stetig an. Bei der Ursachenfindung ist die Auswirkung des Luftkrieges als erstes zu nennen.

Wie hat sich der Gesundheitszustand in den einzelnen Altersgruppen im Deutschen Reich während des Krieges entwickelt?

Am deutlichsten vom Krieg und seinen Folgen sind die Erwachsenen betroffen. Dagegen sind die Jugendlichen und Kinder verhältnismäßig gut geschützt worden. Zum Beispiel veröffentlichte das Gesundheitsamt der Stadt Duisburg in seinem Jahresgesundheitsbericht von 1943, dass es eine Verbindung zwischen dem Gesundheitszustand und dem Lebensalter gab. Es besagt: je höher das Lebensalter, umso höher das Risiko zu erkranken. Da die Säuglinge und Kinder zu einer besonders gut betreuten Bevölkerungsschicht gehörten, ist der Gesundheitszustand im Deutschen Reich bis 1944 als gleichbleibend zu bewerten. Erst als der Krieg weiter nach Deutschland hinein rückte, zeigten sich auch Versorgungsengpässe. Es standen synthetisch hergestellte Vitamine für Kleinkinder bereit, um die kriegsbedingten Mangelerscheinungen auszugleichen. Dies war aber für Kinder ab zwölf Jahren nicht mehr uneingeschränkt möglich. Es zeigte sich auch hier, dass das Jahr 1942 ein Wendepunkt war. Durch die Luftangriffe ab 1942 wurde die gesundheitliche Versorgung für die Kinder in den Städten erschwert. Folgen waren die Verminderung der Widerstandsfähigkeit gegen Infektionen und die Steigerung von psychosomatischen Störungen wie Bettnässen. Bei Schulkindern kamen noch Wachstumsstörungen<sup>235</sup> und Verzögerung der geistigen Entwicklung dazu.<sup>236</sup> Wie stand es um die weibliche Bevölkerung? Während des Krieges steigerte sich die Doppelbelastung durch Familien- und Erwerbsarbeit drastisch. Zu den frühen Leidtragenden der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik gehörten nicht nur berufstätige Mütter aus der Arbeiterschicht, sondern auch die, die auf dem Land tätig waren. So nahmen die gesundheitlichen Schäden ab 1939 zu. Zudem stieg die Rate von Fehlgeburten in der ländlichen Bevölkerung aufgrund der körperlichen Überarbeitung. Erschwerend kam bei zunehmender

---

234 Süß 2003, S. 381ff

235 Man spricht dann davon, wenn das Wachstum eines Kindes von dem für das jeweilige Alter typischen Wachstumsmuster erheblich abweicht

236 Süß 2003, S. 381ff

Kriegsdauer die alleinige Führung des landwirtschaftlichen Betriebes dazu, da die Männer zum Frontdienst mussten. Ein positiver Gegentrend, die Senkung der Wochenbettsterblichkeit, war seit 1938 zu verzeichnen. Durch die Einführung der neuentwickelten Sulfonamidpräparate war die Komplikation an durch Bakterien verursachtem Kindbettfieber zu versterben beherrschbar geworden, ohne dass der Krieg Einfluss darauf hatte.<sup>237</sup>

So zeigt sich insgesamt, dass es im Kriegsverlauf früher oder später in jeder Altersschicht zu Einschränkungen in der Gesundheit kam.

Einen ersten guten Überblick geben die absoluten Sterbezahlen in der Kinderklinik der Charité pro Jahr. Sie liefern für die Analyse der Todesfälle eines Jahres ausreichende Informationen, sind aber nur eingeschränkt geeignet, um Aussagen über die Sterbehäufigkeit und deren Entwicklung im untersuchten Zeitraum zu geben. Die absolute Sterbezahl besagt, wie viele Kinder in diesem Jahr gestorben sind, und ist in der Tabelle 3.8 dargestellt. Dabei wird die absolute Aufnahmezahl nicht berücksichtigt.

**Tabelle 3.8:** Absolute Sterbezahlen differenziert nach Jahr und Geschlecht.

	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947	1948
Gesamt:	150	209	151	127	314	74	91	53
Jungen:	77	125	90	74	162	45	52	30
Mädchen:	73	84	61	53	152	29	39	23

Beim Betrachten der Zahlen fällt auf, dass 1945 die meisten Kinder pro Jahr gestorben sind. Das spricht für die katastrophalen Zustände in der Charité während und kurz nach dem Krieg. Der Zustandsbericht der Kinderklinik Mitte 1945 verdeutlicht:<sup>238</sup> Unterbringung in den S-Bahn-Bögen oder im Keller des Althauses<sup>239</sup>, Ausfall der Wasserleitungen, tagelanger Stromausfall, nur zwei Toiletten im Althaus, kein Waschhaus, Verknappung von Nahrungs- und Arzneimitteln,<sup>240</sup> Fehlen von Aqua destillata zur Bereitung von Injektionslösungen, Fehlen von Ringerlösungen für die subkutan Injektion zur Behandlung von Durchfaller-

<sup>237</sup> Sie werden als erstes wirksame antibakterielle Mittel in den 30er Jahren des 20. Jahrhunderts gezählt. Gerhard Domagk (1895-1964) bekam dafür im Jahr 1939 den Nobelpreis verliehen. Diese Antibiotika wirken bakterio-statisch.

<sup>238</sup> ungezeichneter Bericht vom 5. Juni 1945; Humboldt-Universität zu Berlin, Universitätsarchiv zu Berlin, Kinderklinik 038007/48

<sup>239</sup> Zusammenlagerung von Diphtherie- und Scharlachpatienten

<sup>240</sup> insbesondere Reisschleim und Sulfonamide



krankungen bei Säuglingen. Weiter war das Universitätsklinikum Charité zu 19 Prozent völlig zerstört und zu 42 Prozent schwer beschädigt. Von der Berliner Charité waren die Alte Hautklinik von 1851, die Alte Frauenklinik von 1883, das Direktorenwohnhaus von 1900, die Kapelle von 1901 sowie zwei Quarantänebaracken der Kinderklinik von 1903 und die Krebsbaracken durch die Luftangriffe und andere Kriegshandlungen total zerstört.<sup>241</sup> Es folgten die vollständige Abtragung der Ruinen und der soweit mögliche Neubau der Klinikhäuser.

Ab dem Jahr 1946 sanken die Sterbezahlen unter 100 und erreichten 1948 einen Tiefstand von 53 Toten. Das sind Zeichen der besseren medizinischen Lage, des besseren Zustandes der Klinik und der zunehmenden ärztlichen Versorgung.

Bei der Betrachtung, ob es Unterschiede zwischen Jungen und Mädchen gab, zeigt sich, dass stets mehr Jungen als Mädchen verstorben sind, es wurden aber auch mehr Jungen als Mädchen aufgenommen. Die Sterbezahlen verhalten sich wie die Gesamtzahlen mit einem Maximum 1945. Auffallend ist nur, dass 1942 in Bezug auf das Aufnahmeverhältnis zwischen den Geschlechtern verhältnismäßig mehr Jungen verstarben. Eine spekulative Ursache wäre, dass mehr Jungen schwerer erkrankten und in Folge daran verstarben. Eine genauere Erklärung könnte die Betrachtung der Diagnosen ergeben, welche in einer anderen Dissertation bearbeitet wird.

**Tabelle 3.9:** Absolute Sterbezahlen bzgl. Sterbejahr und Altersgruppe.

<b>Altersgruppe:</b>	<b>1941</b>	<b>1942</b>	<b>1943</b>	<b>1944</b>	<b>1945</b>	<b>1946</b>	<b>1947</b>	<b>1948</b>
0-28T	98	107	94	61	64	15	38	13
29-365T	30	52	30	36	159	27	32	28
1-3J	8	23	14	11	56	9	4	5
>3J - 6J	7	12	7	9	21	10	10	3
>6J - 14J	7	13	6	9	14	12	7	4
>14J	0	2	0	1	0	1	0	0

Um genauer die Sterblichkeit (Sterbeintensität) darstellen zu können, sind die altersspezifischen Sterbezahlen das Mittel der Wahl. Sie sind ein universell verwendbares Maß und können somit ohne Einschränkungen zu internationalen Vergleichen herangezogen werden.

<sup>241</sup> Vom Architekten Diestel wurden ab 1897 neue Klinikbauten errichtet, deshalb Unterteilung in Alte Charité und Neubau.

Ein Vorteil ist, dass diese Beziehungszahlen absolut sind und somit die tatsächlich vorhandene Sterblichkeit ausdrücken. Nun werden die absoluten Sterbezahlen differenziert nach Sterbejahr und Altersgruppe betrachtet. Wie viele Kinder einer Altersgruppe pro Jahr verstorben sind, wird in Tabelle 3.9 dargestellt. Schlüsselte man die Zahlen nach den Altersgruppen auf, zeigt sich, dass Kinder in der Altersstufe von ein bis 28 Tagen bis 1944 den Hauptanteil der Sterblichkeit aufwiesen, was verwunderlich ist, da sie bis zum Kindesalter besonderen Schutz genossen und ihnen besonders viel Fürsorge, wie beispielsweise synthetisch hergestellte Vitamine, zuteil wurde. Wenn man die Zahlen aber ins Verhältnis setzt, zeigt sich, dass es in der Charité keine höhere Sterblichkeit in dieser Gruppe gab als in anderen Gebieten von Deutschland. Im Jahr 1942 war die Sterblichkeit mit 107 verstorbenen Kindern am höchsten. Spekulativ wäre der Anstieg durch immer schlechter werdende Lebensumstände zu erklären. Ab 1946 sank die Sterblichkeit deutlich. Dies kann durch den Wiederaufbau und damit die verbesserte Versorgung der Neugeborenen sowie die bessere Vorsorge und Versorgung der Schwangeren bedingt sein. Folge war damit ein überlebensfähiger Zustand der Babys bei der Geburt. Durch den Wegfall der Kriegshandlungen kann es auch zu einem Rückgang von schweren und langwierigen Erkrankungen gekommen sein.

In der Gruppe der Säuglinge war die Sterblichkeit im Durchschnitt mit 37 Verstorbenen bis 1944 stabil. Der sprunghafte Anstieg 1945 auf 159 Tote kann folgendermaßen begründet werden: Durch den kriegsbedingten Zustand von Berlin gab es Einschränkungen in der Lebensmittelversorgung mit einer dadurch resultierende Mangelernährung und infolge der schlechten Hygiene einen Anstieg von schweren und langwierigen Erkrankungen, was einen starken Einfluss auf die Sterblichkeit hatte. Betrachtet man die Diagnosen der in diesem Jahr verstorbenen Patienten so wurden allein 114 Kinder mit akuter Ernährungsstörung (Diagnose 1) und 16 mit Atemwegserkrankungen (Diagnose 11) aufgenommen. Etwa 50 Prozent der mit akuter Ernährungsstörung aufgenommenen und später verstorbenen Patienten hatte zudem eine Pneumonie. Die Schwerpunkte der Sterblichkeit liegen in den Monaten Mai bis August mit 9, 40, 27 bzw. 22 gestorbenen Patienten.

In der Gruppe der Kleinkinder zeigt sich, dass die Sterblichkeit bis 1944 stabil blieb und es, wie in der Gruppe der Säuglinge, im Jahr 1945 zu einem sprunghaften Anstieg kam. Als Ursachen sind dieselben Faktoren zu nennen wie bei den Säuglingen. Die bessere medizinische Versorgung durch den Wiederaufbau ab 1946 ist ein Faktor für den Rückgang der Sterblichkeit ab diesem Jahr.

Die Sterbezahlen bei den Kindern von drei bis sechs Jahren sind geringer als in der Gruppe

der Kleinkinder, zeigen aber trotzdem die gleiche Tendenz. Die Ursachen dafür sind identisch. In der Gruppe der Schulkinder zeigt sich, dass 1942 und 1945 fast genauso viele Kinder verstorben sind. Da in dieser Gruppe die Aufnahmezahlen durchweg gering sind, fallen somit die einzelnen Sterbezahlen schwerer ins Gewicht, man kann statistisch gesehen keine eindeutige Aussage darüber treffen.

Bei den Kindern über 14 Jahre sind über den gesamten Zeitraum nur vier Kinder verstorben. Diese Anzahl ist zu gering, um eine Aussage über die Sterbeintensität zu geben. Erst recht, wenn man die Aufnahmezahlen berücksichtigt.

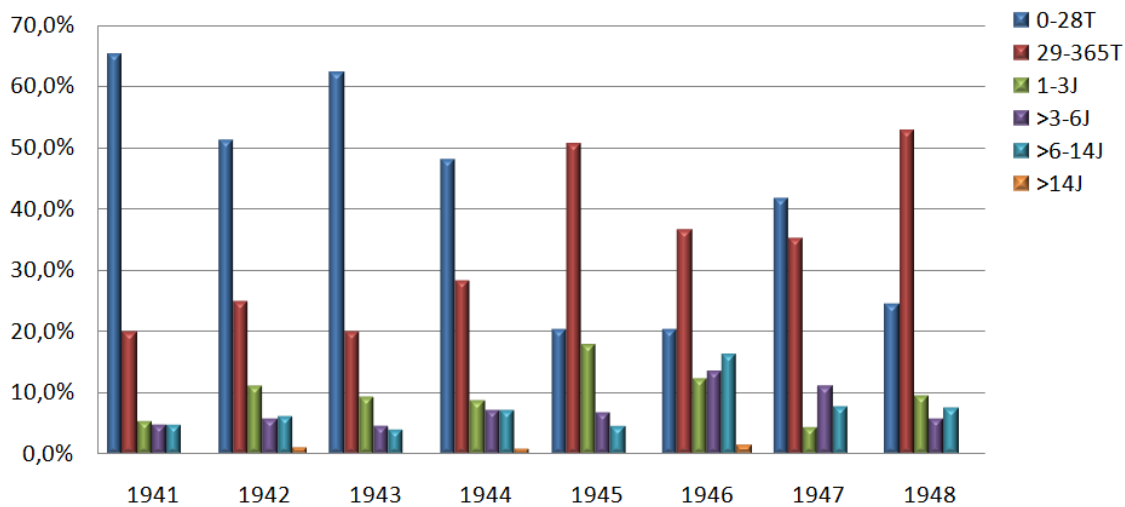
Bei der Betrachtung der Sterbezahlen fällt auf, dass die Gruppen Neugeborene und Säuglinge über den gesamten Zeitraum am stärksten betroffen waren. Ursachen lassen sich in der Natur finden. Sie sind die Kleinsten, vom Immunsystem her gesehen am anfälligsten für Krankheiten und von der körperlichen Struktur her am schwächsten, deshalb benötigen sie besonders viel Schutz, Aufmerksamkeit und Zuwendung. All diese Dinge sind zu Kriegszeiten noch schwerer zu ermöglichen als zu Friedenszeiten. Somit kann man den Anstieg 1945 als Indiz für den Einfluss des Krieges auf die Sterblichkeit sehen. In den anderen Gruppen lässt sich der Anstieg 1945 auch nachweisen. Da auch sie nicht immun gegen die kriegsbedingten Ursachen waren, hatte der Krieg auch hier Einfluss auf die Sterbeintensität.

Die folgende Tabelle 3.10 zeigt die relativen Sterbezahlen auf. Sie gibt den für jede Altersgruppe entsprechenden Anteil bezogen auf alle Verstorbenen in einem Jahr wieder.

**Tabelle 3.10:** Relative Sterbezahlen differenziert nach Sterbejahr und Altersgruppe bezogen auf alle gestorbenen Patienten.

Altersgruppe:	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947	1948
0-28T	65,3%	51,2%	62,3%	48,0%	20,4%	20,3%	41,8%	24,5%
29-365T	20,0%	24,9%	19,9%	28,3%	50,6%	36,5%	35,2%	52,8%
1-3J	5,3%	11,0%	9,3%	8,7%	17,8%	12,2%	4,4%	9,4%
>3J - 6J	4,7%	5,7%	4,6%	7,1%	6,7%	13,5%	11,0%	5,7%
>6J - 14J	4,7%	6,2%	4,0%	7,1%	4,5%	16,2%	7,7%	7,5%
>14J	0,0%	1,0%	0,0%	0,8%	0,0%	1,4%	0,0%	0,0%

Bei der Betrachtung der relativen Zahlen, bezogen auf alle verstorbenen Kinder und unterteilt nach den Altersgruppen, zeigt sich, dass Kinder in der Altersstufe von ein bis 28 Tagen bis 1944 prozentual gesehen eine höhere Wahrscheinlichkeit hatten zu versterben. Die Sterberate war bis zum Jahr 1944 mit einer Wahrscheinlichkeit von circa 50 Prozent sehr hoch. Ursache



**Abbildung 3.8:** Relative Sterbezahlen bzgl. Sterbejahr und Altersgruppe aller gestorbenen Patienten.

könnte der damalige Forschungsstand sein, da man nicht die gleichen Möglichkeiten in der Versorgung von Neugeborenen im Vergleich zu heute zur Verfügung hatte. Früher sah man es als normal an, dass nicht jedes Neugeborene überlebte.

In der Gruppe der Säuglinge war die Wahrscheinlichkeit zu versterben im Durchschnitt mit 33 Prozent stabil. Eine Ausnahme bildete der Jahrgang 1945 mit 51 Prozent und der Jahrgang 1948 mit 53 Prozent. Der Anstieg 1945 kann durch den Krieg begründet werden, da die kriegsbedingten Faktoren, wie Einschränkungen in der Lebensmittelversorgung, Mangelernährung und schlechte Hygiene einen starken Einfluss auf die Sterblichkeit hatten (siehe absolute Sterbezahlen). Allein die Diagnose 1 (akute Ernährungsstörung) in Verbindung mit Pneumonie hatte in dieser Gruppe eine Sterblichkeit von 64 Prozent. Die Begründung für den Anstieg 1948 gestaltet sich schwieriger, da die diagnosespezifische Betrachtung keine Indikation liefert.

In der Gruppe der Kleinkinder, der ein bis drei Jahre alten Kindern, der Kindern von drei bis sechs Jahren und bei den Schulkindern zeigt sich eine stabile Sterbewahrscheinlichkeit bis 1945. Im Jahr 1946 verdoppelt sie sich. Aus diesem Jahr fehlen uns 330 Akten, was sich auf meine Wahrscheinlichkeitsberechnung auswirken kann. Wenn man dies nicht beachtet, können kriegsbedingte Faktoren für den Anstieg als Ursache genannt werden.

Bei den Jugendlichen sind über den gesamten Zeitraum nur sehr wenige verstorben. Es sind zu wenige um eine Aussage über die Sterbewahrscheinlichkeit zu geben.

Weiter betrachte ich die relativen Sterbezahlen differenziert nach Sterbejahr und Altersgruppe und bezogen auf die aufgenommenen Patienten einer Altersgruppe. Um sagen zu können, ob Patienten einer Altersgruppe eine unterschiedliche Sterblichkeit pro Jahr haben, muss man sich dazu alle Aufnahmen pro Altersgruppe je Jahr ansehen. In Tabelle 3.11 werden die relativen Sterbezahlen differenziert nach Sterbejahr und Altersgruppe bezogen auf die aufgenommenen Patienten einer Altersgruppe aufgezeigt.

**Tabelle 3.11:** Relative Sterbezahlen differenziert nach Sterbejahr und Altersgruppe bezogen auf die aufgenommenen Patienten einer Altersgruppe.

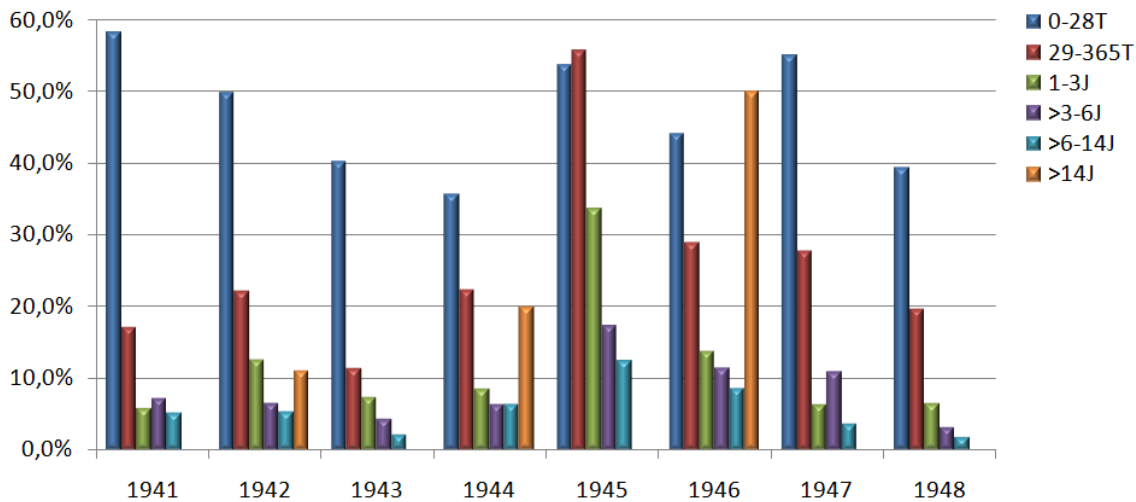
<b>Altersgruppe:</b>	<b>1941</b>	<b>1942</b>	<b>1943</b>	<b>1944</b>	<b>1945</b>	<b>1946</b>	<b>1947</b>	<b>1948</b>
0-28T	58,3%	49,8%	40,2%	35,7%	53,8%	44,1%	55,1%	39,4%
29-365T	17,2%	22,3%	11,5%	22,4%	55,8%	29,0%	27,8%	19,7%
1-3J	5,9%	12,7%	7,4%	8,5%	33,7%	13,8%	6,3%	6,6%
>3J - 6J	7,2%	6,5%	4,3%	6,3%	17,4%	11,5%	10,9%	3,2%
>6J - 14J	5,2%	5,4%	2,2%	6,4%	12,5%	8,5%	3,6%	1,8%
>14J	0,0%	11,1%	0,0%	20,0%	0,0%	50,0%	0,0%	0,0%

Die Neugeborenen hatten über den gesamten Zeitraum gesehen das höchste Risiko von allen aufgenommenen Kindern in die Klinik zu versterben. Die Sterberate war über den gesamten Zeitraum mit einer Wahrscheinlichkeit von ca. 50 Prozent sehr hoch. Ursache könnte der damalige Behandlungsstand von Neugeborenen sein.

In der Gruppe der Säuglinge war die Sterbewahrscheinlichkeit im Durchschnitt mit 25 Prozent stabil. Ausnahme bildet der Jahrgang 1945 mit 56 Prozent. Der Krieg und seine Folgen begründet den Anstieg im Jahr 1945.

In der Gruppe der Kleinkinder von drei bis sechs Jahren und bei den Schulkindern zeigte sich eine über die Jahre stabile Sterbewahrscheinlichkeit mit einem Anstieg 1945.

Bei den Jugendlichen sind über den gesamten Zeitraum nur sehr wenige aufgenommen worden. So wirkt jeder Verstorbene sich auf die Wahrscheinlichkeit in Relation stärker aus als in einer großen Grundgesamtheit. Eine signifikante Aussage über die Sterbewahrscheinlichkeit und ihre möglichen Ursachen ist daher nicht möglich. Als Fazit kann ich sagen: Es zeigt sich in den Altersgruppen kein Unterschied in der Sterblichkeit. In allen Gruppen kann der Anstieg



**Abbildung 3.9:** Relative Sterbezahlen differenziert nach Sterbejahr und Altersgruppe bezogen auf die aufgenommenen Patienten einer Altersgruppe.

im Jahr 1945 mit dem Umstand des Krieges begründet werden.

Die Situation in der Nachkriegszeit war schon durch die Kriegsfolgen schwierig. Im sogenannten Hungerwinter<sup>242</sup> zwischen November 1946 und März 1947 verschlechtert sich die Lage der Menschen weiter. Durch die hohen Verluste im Krieg fehlten Arbeitskräfte insbesondere in der Landwirtschaft. Zudem waren noch rund 40 Prozent der Verkehrsverbindungen zerstört, was die Verteilung der ohnehin knappen Ressourcen erschwerte. Ab November sanken die Temperaturen in den Minusbereich, was bis Januar 1947 anhielt. Die Bewohner der zerbombten Städte wie Berlin, Hamburg oder Köln waren besonders betroffen.<sup>243</sup>

Kann man das anhand der Daten auch aufzeigen? Die Abbildung 3.10 zeigt die relativen Sterbezahlen der aufgenommenen Patienten im untersuchten Zeitraum pro Monat sowie im gleitenden 3-Monatsdurchschnitt. Wenn man sich nun die betreffenden Monate vom Hun-

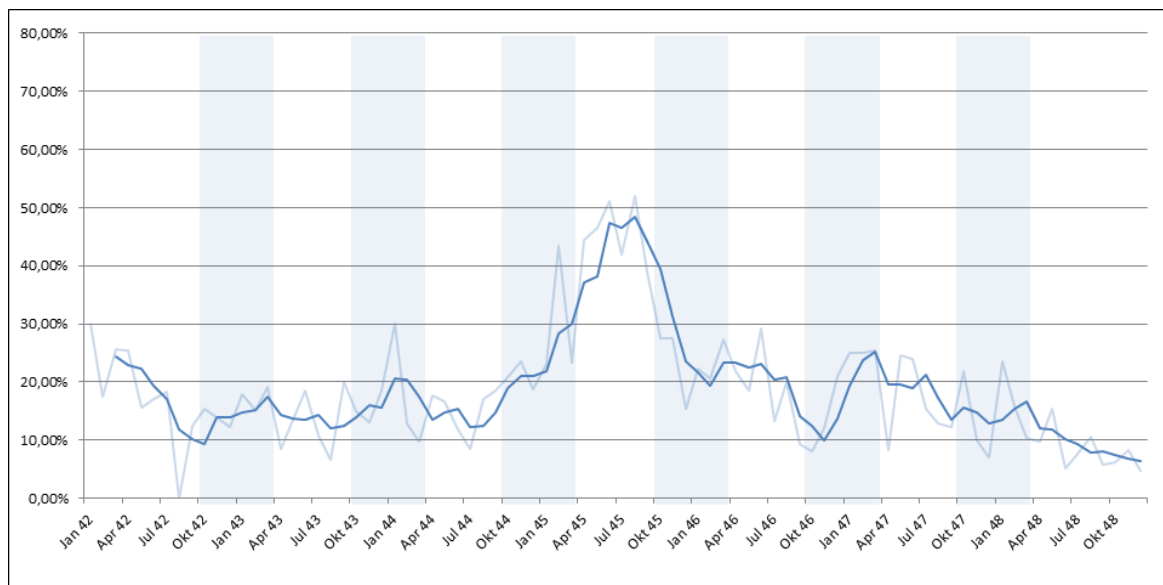
<sup>242</sup> In der Geschichte werden als Hungerwinter mehrere sehr kalte Winter bezeichnet, die oft mit kriegsbedingter Nahrungsmittelknappheit verbunden waren. Beispiele: Winter 1847/1848 in Deutschland und Österreich; Winter 1916/1917 in Deutschland (auch Steckrübenwinter genannt); Winter 1921/1922 im Russischen Bürgerkrieg; Winter 1946/1947 und Winter 1947/1948 in Deutschland.

<sup>243</sup> [http://www.ndr.de/land\\_leute/norddeutsche\\_geschichte/hungerwinter166.html](http://www.ndr.de/land_leute/norddeutsche_geschichte/hungerwinter166.html) 01.11.2011

gerwinter 1946/1947 ansieht (siehe Abbildung 3.11), zeigt sich keine signifikante Erhöhung der Sterblichkeit. Sie beträgt im November 1946 zwölf Prozent und steigt für die Monate Januar, Februar und März 1947 auf 25 Prozent. Sie war somit nicht höher als im Mai 1941, März 1942, November 1944 und Januar 1948. Es lässt sich darlegen, dass es im untersuchten Zeitraum zwei Höhepunkte in der Sterblichkeit gab. Im August und Dezember 1941 und in der Zeit vom April bis September 1945. Als Ursache für den Zeitraum 1945 kommen Folgen aus den kriegsbedingten Zuständen infrage.

Anhand der Sterbezahlen pro Monat lässt sich kein signifikanter Einfluss des Hungerwinters 1946/1947 auf die Sterberate darlegen. Dies mag u.a. daran liegen, dass die Krankenhäuser im Vergleich zur Bevölkerung bevorzugt mit den knappen Lebensmitteln versorgt wurden. Eine Erhöhung der Aufnahmezahlen in den Monaten des Hungerwinters bzw. als Folge dessen ist nicht zu verzeichnen.

Die Letalität, also die Sterblichkeit bezüglich einer Diagnose für ausgewählte Diagnosegruppen ist in Tabelle 3.12 aufgeführt. Dabei wurden lediglich die am häufigsten aufgetretenen



**Abbildung 3.10:** Sterberate (über alle Diagnosen) je Monat und im gleitenden 3-Monatsdurchschnitt.

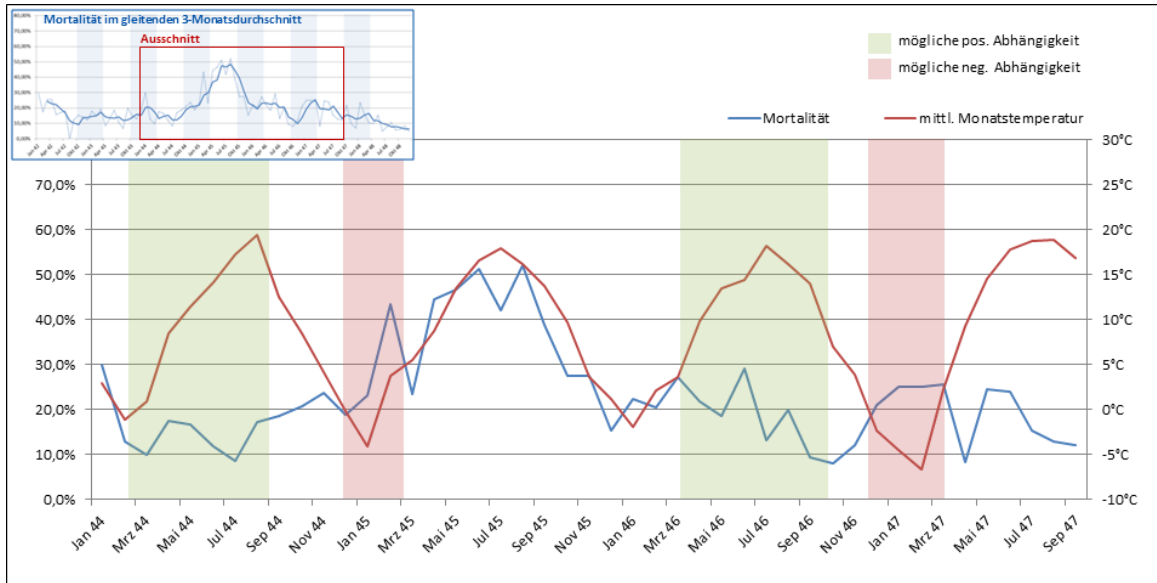


Abbildung 3.11: Sterberate im Vergleich zur mittleren Monatstemperatur.

Tabelle 3.12: Relative Letalität bei ausgewählten Diagnosegruppen über die Jahre.

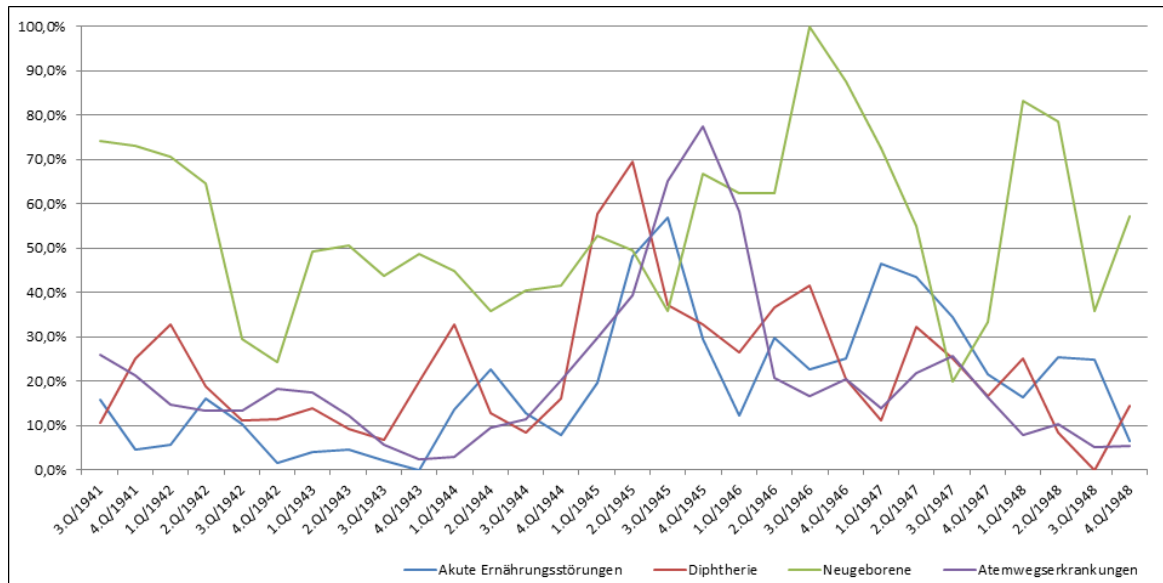
	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947	1948
Ernährungsstörung	9,8%	10,8%	2,0%	12,9%	45,8%	28,1%	31,7%	16,7%
Diphtherie	22,7%	20,6%	8,8%	19,4%	35,2%	17,2%	25,0%	13,0%
Neugeborene	67,0%	60,9%	47,8%	38,5%	53,3%	66,7%	52,4%	55,0%
Atemwegserkrank.	17,4%	14,5%	7,6%	12,3%	30,8%	18,9%	19,4%	8,5%
chron. innere Erkr.	12,3%	9,1%	8,0%	10,8%	30,0%	22,7%	11,9%	4,0%
chron. ZNS Erkr.	17,9%	11,1%	12,7%	16,3%	0,0%	14,3%	21,1%	2,4%

Diagnosen über alle Altersgruppen betrachtet. Zunächst folgt eine kurze Auflistung<sup>244</sup>, welche Erkrankungen sich dahinter verbergen. Diagnose 1 sind die akuten Ernährungsstörungen, Diagnose 3 ist die Diphtherie Erkrankung, Diagnose 8 sind die Neugeborenen, unter der Diagnose 11 verbergen sich die Atemwegserkrankungen, unter der Diagnose 13 sind die chronischen inneren Erkrankungen zusammen gefasst, und chronische ZNS-Erkrankungen

244 Eine genauere Auflistung aller Diagnosen befindet sich im Anhang in Tabelle A.7.



befinden sich hinter der Diagnose 17.



**Abbildung 3.12:** Relative Letalität bei ausgewählten Diagnosegruppen über die Jahre.

Bei den einzelnen Diagnosen über die Jahre gesehen fällt auf, dass die Diagnose 8 (Neugeborene) eine hohe Letalität besitzt. Im Durchschnitt betrug sie 55 Prozent mit einem Maximum von 67 Prozent im Jahr 1941 und einem Minimum von 38,5 Prozent im Jahr 1944. Ursächlich kann sein, dass im Jahr 1941 vielmehr Neugeborene aufgenommen wurden und dass es 1944 durch die zerstörte Infrastruktur viele Kinder nicht mehr geschafft haben in die Klinik zu kommen. Weiter ist die Diagnose 1 (akute Ernährungsstörungen) besonders zu betrachten. Sie hatte bis 1944 eine geringe Letalität mit einem Schnitt von zehn Prozent, wobei die Kinder zu einer besonderen Schutzgruppe gehörten und deshalb vermutlich priorisiert Vitamine bekamen. Zudem wirkte sich die allgemeine Ressourcenknappheit im Krankenhaus aufgrund bevorzugter Belieferung nicht sofort so gravierend aus. Im Jahr 1945 vervierfachte sich die Letalität schlagartig, was mit dem Krieg und seinen Folgen wie beispielsweise der Lebensmittel- und Medikamentenknappheit, zerstörten Häusern und mangelnder Hygiene zu tun hatte. Ab 1946 sank die Letalität wieder, aber erreichte bis 1948 nicht wieder den Ausgangszustand, da die Produktion von Lebensmitteln nach dem Krieg nur schleppend an lief. Die anderen Diagnosen zeigten durchweg eine geringe Letalität: Diagnose 3 (Diphtherie)

im Durchschnitt 20 Prozent, Diagnose 11 (Atemtrakt) im Schnitt 16 Prozent, bei Diagnose 13 (Chronische innere Krankheiten) waren es 14 Prozent und bei Diagnose 17 (Chronische ZNS-Erkrankungen) waren es im Schnitt zwölf Prozent. Ausnahme bildete bei allen, außer bei Diagnose 17, das Jahr 1945. Dort stieg die Letalität aufgrund des Krieges mit seinen Folgen stark an. Bei der Diagnose 17 ist die Letalität für 1945 gleich null. Das bedeutet nicht, dass an dieser Erkrankung keiner verstorben ist, sondern nur, dass kein Kind in der Klinik daran verstarb. Man sollte sich auch die Aufnahmen von 1945 zu dieser Diagnose ansehen, um eine endgültige Aussage treffen zu können.

Dass der Krieg einen Einfluss auf die Letalität hat, kann man anhand der häufigsten Diagnosen beweisen. Die Diagnosen zeigen über den gesamten Zeitraum stabile Wahrscheinlichkeiten an einer der Erkrankungen zu versterben. In der Zeit kurz vor und nach dem Höhepunkt des Krieges für die Berliner Bevölkerung 1945 verdreifachte sich die Letalität, was ein starkes Indiz für den Kriegseinfluss ist. Ausnahme bildet hier die Diagnose 8, welche durchweg eine hohe Letalität besaß, was aber nicht verwunderlich ist.

**Tabelle 3.13:** Mittlere Verweildauer der gestorbenen und geheilten Patienten in Tagen.

<b>alle Diagnosen:</b>	<b>1941</b>	<b>1942</b>	<b>1943</b>	<b>1944</b>	<b>1945</b>	<b>1946</b>	<b>1947</b>	<b>1948</b>
Gesamt	42,1	48,4	50,7	47,0	33,7	43,6	48,5	53,9
Geheilte Patienten	48,3	54,8	55,3	52,6	47,8	48,8	54,8	57,3
Gestorbene Patienten	18,4	21,4	21,3	19,3	11,5	19,9	17,7	21,0

In der Tabelle 3.13 wird die Verweildauer der gestorbenen und geheilten Patienten dargestellt. Es zeigt sich, dass die gestorbenen Patienten im Durchschnitt kürzer in der Klinik gelegen haben, als die Patienten, die als geheilt/gebessert entlassen wurden. Um eine Aussage zu treffen, ob der Krieg darauf einwirkte, muss man sich die einzelnen Diagnosen ansehen. Bei einer Stichprobe von fünf Diagnosen (Diagnose 1, 3, 8, 11 und 18<sup>245</sup>) lassen sich die gleichen Verläufe darstellen. Eine Ausnahme bildet die Diagnose 3 (Diphtherie), bei der die Verweildauer in den Jahren 1942 und 1946 für die gestorbenen Patienten länger ausfällt. Ein Grund dafür kann sein, dass schwere Erkrankungen in die Klinik aufgenommen wurden. Durch den kalten Winter im Jahr 1942 waren vermutlich die Abwehrkräfte der Kinder geschwächt. Zudem gab es im Jahr 1946 einen vermehrten Flüchtlingsstrom aus Osteuropa, weshalb die Anzahl

245 Die genaue Aufschlüsselung befindet sich im Anhang: Tabelle A.13

der kranken Kinder stieg. Eine große Diphtherie-Epidemie,<sup>246</sup> die Deutschland zwischen den Jahren 1942 bis 1945 heimsuchte, ist auch eine wichtige Ursache für den längeren Aufenthalt von Diphtheriepatienten.

### 3.7 Zusammenfassung

Nun fasse ich die analysierten Daten aus diesem Kapitel zusammen und versuche die Fragen zur:

1. medizinischen Versorgung,
2. ärztlichen Betreuung,
3. Zusammensetzung der betrachteten Patientenschaft und
4. Mortalität und Letalität bei Kindern

eindeutig für den Zeitraum 1941 bis 1948 zu beantworten.

#### **Medizinische Versorgung und ärztliche Betreuung:**

Voranstellend muss ich noch einmal auf den bestehenden Ärztemangel durch die am 30.09.1938 in Kraft gesetzte Vierte Verordnung zum Reichsbürgergesetz und den endgültigen Approbationsverlust für jüdische Ärzte nach dem 01.10.1938 hinweisen, die zu diesem Zeitpunkt etwa ein Drittel der Ärzteschaft ausmachten.

Die Auswirkung dieser Vertreibung aus rassistischen und politischen Gründen zeigte sich auch in der Zusammensetzung der Ärzteschaft. So waren vorher mehr Ärzte als Ärztinnen beschäftigt. Ab dem Jahr 1938 stieg der weibliche Anteil an (Hachtmann 2004), so waren dann im Mai 1941 nachweislich elf Frauen und vier Männer an der Kinderklinik als Ärzte/-innen tätig.

Eine weitere Reduktion der verbliebenen Kinderärzte erfolgte mit Beginn des Krieges, da die männlichen Ärzte zum Kriegsdienst eingezogen wurden. Die Abbildung 3.1 zeigt den drastischen Abfall ab Oktober 1943 mit einem Beschäftigungstiefpunkt im Oktober 1944, wovon ehemals 13 gleichzeitig beschäftigten Ärzten nur noch fünf tätig waren.

Wenn ich annehme, dass 1941 noch 60 Prozent der Ärzte arbeiteten, ergibt sich eine 100

---

246 [http://www.internisten-im-netz.de/de\\_vorkommen\\_1456.html](http://www.internisten-im-netz.de/de_vorkommen_1456.html) am 01.06.2011

Prozent Auslastung von 25 Ärzten vor der Machtübernahme, die im Durchschnitt gleichzeitig tätig waren. Wie viele auf einer Station und in einer Schicht gearbeitet haben, ist leider nicht mehr ermittelbar. Was nachvollzogen werden kann, ist, dass es neun Stationen gab, auf der die 25 Ärzte arbeiteten. Pro Station sind das dann 2,7 Arztstellen. Bis zum Jahr 1938 gab es nachweislich sechs Hospitanten, welche die Ärzte unterstützten. Wenn man dies berücksichtigt, waren es 31 Ärzte für neun Stationen, also 3,6 Arztäquivalente pro Station. Im Jahr 1942 gab es nur noch 4 Hospitanten. Man kann davon ausgehen, dass die Zahl der Hospitanten und der Ärzte stetig kleiner wurde, so dass nur noch ein bis zwei Ärzte pro Station tätig waren. Im Zeitraum Juli 1943 bis Juli 1946 gab es in der Kinderklinik weniger Ärzte als Stationen. Dies bedeutet, dass nicht alle Stationen mit einem Arzt besetzt waren. Nun könnte man denken, dass durch den Kriegseinfluss die Patientenzahlen sanken und dadurch nicht alle Stationen benötigt wurden. Dies war jedoch nicht der Fall; im Unterkapitel Aufnahmezahl und Aufenthaltsdauer der Patienten zeigt sich, dass es eher einen Anstieg der Patientenzahlen gab.

Es ist zu vermuten, dass das Verhältnis Arzt zu Anzahl der Patienten im Durchschnitt an der Charité im Jahr 1941 die medizinische Versorgung gerade noch gewährleisten konnte. Es kamen auf einen Arzt/eine Ärztin im Durchschnitt sechs Patienten<sup>247</sup>. Da man nicht davon ausgehen kann, dass der Arzt rund um die Uhr sieben Tage in der Woche tätig war, kommen auf einen Arzt im Schnitt acht Patienten. Stellt man dieser Rechnung das Jahr 1944 gegenüber, so kamen auf einen Arzt/eine Ärztin 32 Patienten<sup>248</sup>. Zum damaligen Zeitpunkt waren im Vergleich zum Zeitpunkt der Machtübernahme nur noch 20 Prozent der Ärzte tätig.<sup>249</sup> Damit war eine medizinische Versorgung zumindest nur noch schwer zu leisten. Der damals vorherrschende Zustand ist eher mit einer auf eine medizinische Fließbandarbeit reduzierte Tätigkeit als mit einer medizinischen Vollfürsorge charakterisierbar. Erst ab August 1946 erreicht die Ärzteanzahl ungefähr wieder das Ausgangsniveau von 1941. Das bedeutet, dass ein Restmangel an Ärzten in Bezug auf die Ausgangsstärke vor der Machtübernahme des NS-Regimes blieb. Wesentliche Gründe waren die Kriegsverluste und der fehlende Nachwuchs, da das Studieren und die Weiterbildung von Ärzten im Krieg kaum

---

247 100 Bettenbelegungen im Durchschnitt auf 15 im Durchschnitt gleichzeitig tätige Ärzte

248 98 Bettenbelegungen im Durchschnitt auf 5 gleichzeitig tätige Ärzte, minus Nachtschicht und Freitage

249 Die Tabelle A.9 belegt den drastischen Ärztemangel an der Kinderklinik der Charité während des Krieges.

möglich waren. Beispielsweise wurde der Vorlesungsbetrieb am 28.02.1945 an der Berliner Universität mit Ende des Wintersemesters endgültig eingestellt.<sup>250</sup> Viele Studenten und Lehrkräfte wurden zum Volkssturm eingezogen oder zum Bau von Panzersperren gegen die näherrückende Rote Armee herangezogen. Erst im 3. Quartal 1945 legte die Berliner Universität Listen für die Wiederaufnahme und den Neubeginn der Lehre aus. Es wurden 1.428 Anwärter für eine Immatrikulation verzeichnet. Darunter waren 775 Studenten für das Medizinstudium. Im Vergleich zu 1932/1933 ist dies zumindest ein Viertel der Studenten, die an der Berliner Universität Medizin studierten.<sup>251</sup> Der medizinischen Fakultät der Universität war es gelungen, während der ganzen Zeit die Struktur zu erhalten, so dass es nach Kriegsende vergleichsweise schnell die Arbeit wieder aufnehmen konnte.<sup>252</sup> Es fand offiziell nur ein Semester lang keine Lehre statt. Faktisch war dies jedoch bedeutend länger der Fall. Zudem befanden sich unter den Kriegsopfern und Kriegsgefangenen auch Ärzte. Die Situation, in der sich die Ärzte in der Nachkriegszeit befanden, ist als äußerst schwierig zu beschreiben. Zum einen wurden die Ärzte an jeder Stelle dringend gebraucht und zum anderen hatte sich das ethische Ansehen der Ärzte in der Gesellschaft grundlegend geändert. Die Verstrickungen der Ärzteschaft in Gewaltverbrechen während der Nazidiktatur waren gemeinhin bekannt, so herrschte bis zum Beweis der Unschuld gegenüber jedem einzelnen Arzt entsprechendes Misstrauen.

Nach der Machtübernahme der Nationalsozialisten 1933 existierte keine freie Ärzteorganisation mehr. Sie wurden in Standesorganisationen gleichgeschaltet. Ab 1932 führte die politische und soziale Krise dazu, dass kein Ärztetag mehr veranstaltet wurde.<sup>253</sup> Bis 1947, also auch während des Dritten Reiches und der Nachkriegszeit, fanden keine Ärzttage statt. Die Nachkriegszeit war geprägt von den Folgen der Nazidiktatur und den begangenen Gräueltaten, in welche, wie schon erwähnt, auch Ärzte verstrickt waren. Die Auswirkungen der Verbrechen der Ärzteschaft und der Ausgang der Nürnberger Ärzteprozesse<sup>254</sup> stießen auf weltweites Interesse mit dem Ziel das Geschehene nicht wieder vorkommen zu lassen. Es wurde versucht

---

250 <http://www.luise-berlin.de/kalender/> am 02.07.2008

251 Schagen 2010, S. 171

252 Schagen 2010, S. 195

253 <http://www.bundesaerztekammer.de/page.asp?his=0.2.1825.2270> am 20.11.2011

254 von 9. Dezember 1946 bis zum 20. August 1947

Konsequenzen und Lehren aus der Verstrickung der Ärzte mit dem NS-Regime zu ziehen. Die nachhaltigen Erkenntnisse kann man beispielsweise im Genfer Gelöbnis des Weltärztebundes von 1948, in der Deklaration des Weltärztebundes von Helsinki im Jahr 1964 und in anderen wichtigen Beschlüssen sehen.

Trotz der Schwierigkeiten bei der genauen Bestimmung der Anwesenheit der Ärzte, komme ich schlussendlich zu der Ansicht, dass es einen deutlichen Ärztemangel über den betrachteten Zeitraum gegeben hat. Begründet ist dies erstens durch die rassistische Judenvertreibung und dem damit verbundenen Arbeitsverbot, zweitens dem Dienst der Ärzte als Truppenarzt, welcher nur wenig durch die Ärztinnen und die älteren Ärzte ausgeglichen werden konnte, drittens die erschwerten Bedingungen bei einem beabsichtigten Arbeitsplatzwechsel, viertens anhand des fehlenden Nachwuchses zur Ausbildung von Ärzten und fünftens durch die kriegsbedingten Verluste. Das zeigen besonders die sinkenden Zahlen der Ärzte über den Zeitraum von 1943 bis 1945. Daraus schlussfolgere ich, dass der Krieg, welcher sich in diesem Zeitabschnitt verstärkt in Berlin auswirkte, einen großen Einfluss auf die medizinische Versorgung an der Kinderklinik der Charité hatte. Laut der Einschätzung von Volker Hess in der „Dokumentation Geheimnisvolle Orte“ hat sich die Charité bis heute durch den Wegfall der jüdischen Ärzte und der daraus fehlenden medizinischen Versorgung sowie durch fehlende wertvolle Köpfe in Forschung und Lehre noch nicht vollständig von den Bedeutungsverlusten erholt.<sup>255</sup>

#### **Zusammensetzung der Patientenschaft:**

Zu dem Thema der geschlechtsspezifischen Behandlung sowohl in der Gesellschaft als auch in der Medizin kann ich sagen, dass im untersuchten Zeitraum grundsätzlich mehr Jungen als Mädchen aufgenommen worden sind. Hervorzuheben ist das Jahr 1944, in dem bis zu 100 Prozent mehr Jungen als Mädchen in der Klinik betreut wurden. Dies reicht jedoch nicht als Hinweis darauf aus, dass es einen Unterschied in der Behandlung und Betreuung der Jungen und Mädchen gibt. Genaueres könnte eine andere Dissertation aufzeigen. Grundsätzlich wird dabei eine geschlechtsneutrale Sicht auf die Behandlungsnotwendigkeit unterstellt.

Bei der Beurteilung der Aufnahmezahlen zeigte sich kein signifikanter Einfluss des Krieges. Rein logisch würde man davon ausgehen, dass infolge der defekten Verkehrsinfrastruktur und

---

255 Sendung im rbb Fernsehen vom 27.05.2008

der Verringerung des Einzugsgebietes die Zahlen in den kriegsintensiven Jahrgängen 1944 und 1945 abfallen, was aber nicht der Fall ist. Vielmehr kam es zu einem leichten Anstieg der Patientenzahlen.

Auf die Patientenzahlen wirken zwei kriegsbedingte, gegensätzlich wirkende Einflussgruppen. Zum einem sind dies die Kriegsfaktoren, wie Lebensmittelknappheit, Mangelernährung und steigendes Erkrankungsrisiko durch schlechte oder fehlende Hygiene, was zu einer Verschlechterung des Gesundheitszustandes der Patienten führte und somit Ursache für einen Anstieg ist. Zum anderen wirken die Kriegshandlung mit Bombenangriffen und der dadurch zerstörten Infrastruktur mit der daraus resultierenden schlechten Erreichbarkeit der Klinik sowie dem Bedürfnis die Familie zusammenzuhalten, sich gegensätzlich auf die Patientenzahlen aus. Ob und welcher Einfluss sich stärker auswirkte, kann nicht genau bestimmt werden. Wenn man sich aber die provisorischen und gegen Ende des Krieges sicherlich chaotischen Zustände einmal vor Augen führt, ist ein Einfluss des Krieges nicht auszuschließen, auch wenn er statistisch nicht signifikant zu belegen ist.

Die abfallenden Aufnahmezahlen ab dem Jahr 1946 kann man dem beginnenden Wiederaufbau zurechnen. Für mehrere Jahre bestimmte die Wiederherstellung der durch den Krieg zerstörten Häuser das Bestreben der Charité. Gegen Ende 1945 konnte man schon wieder 1000 winterfeste Betten zur Verfügung stellen. Und bis 1947 waren es dann 1824 Betten in der gesamten Charité (Schagen 2010, S. 194). Die besser werdende Lebenssituation wird dabei auch eine Rolle gespielt haben.

Wenn man die Geburtenstatistik mit in Betracht zieht, kann man sagen, dass (erwartbar) mehr Jungen als Mädchen in der Klinik behandelt worden sind.

#### **Aufenthaltsdauer der Patienten:**

In Hinblick auf die interessante Frage, ob sich die Aufenthaltsdauer durch den Krieg verkürzt hatte und man daraus schlussfolgern kann, dass die Familien während des Krieges eher gewillt waren nicht getrennt zu sein, zeigt sich der Faktor Liegedauer statistisch uneinheitlich im Kriegsverlauf. Nach einer Betrachtung aller aufgeführten Daten kann ich hierzu kein eindeutiges Fazit ziehen. So zeigt sich bei den Gesamtzahlen, dass sich die Liegedauer im Jahr 1945 gegenüber den anderen Jahren verkürzt hatte. Der Krieg ist mit seiner Einschränkung und durch kriegsbedingte Opfer ein wichtiger Faktor dabei. Im Gegensatz dazu hat sich aber die Liegedauer in den Jahren 1943 und 1944 verlängert, obwohl der Krieg bereits durch die Luftangriffe der Alliierten in Berlin vorherrschte. Ursachen für eine längere Liegedauer

könnten sein, dass die Wohnhäuser der Patienten durch die Luftangriffe zerstört waren oder dass die Heimwege mit dem unsicheren Transport erschwert waren. Betrachtet man die einzelnen Altersgruppen genauer, so zeigt sich im Jahr 1945, dass die Liegedauer in den ersten vier Gruppen, also Kinder vom ersten Lebenstag bis sechs Jahre, sich verkürzt hatte. In den letzten zwei Gruppen, bei den sechs bis über 14 Jährigen, ließ sich aber ein Anstieg dokumentieren. Inwieweit der Krieg ursächlich dafür ist, kann man schwer sagen. Zum einen waren die Aufnahmezahlen dieser Gruppen geringer als in den anderen vier Altersstufen und zum anderen könnten die Erkrankungen schwerer gewesen sein, was sich auch in der Liegedauer und Dauer der Heilung ausdrückt. Da die Aufenthaltsdauer aber auch vom Zustand der Kinderklinik der Charité abhängt, ist die Verlängerung der Liegedauer in den Jahren 1943 und 1944 stärker zu gewichten als der Abfall im Jahr 1945. Ab 1942 befand sich Berlin im Luftkrieg, wodurch auch Teile der Charité betroffen waren. Berlin erlebte am 03.02.1945 den zweitschwersten Bombenangriff, wobei große Teile der historischen Innenstadt in Mitte und Kreuzberg betroffen waren. In den Akten zeigen sich zwischen dem 31. Juli und 03. August 1943 diverse Entlassungen mit dem Vermerk der dringlichen Evakuierung der Klinik. Es wurde zwar zeitweilig auf ein Krankenhaus im Außenbezirk von Berlin in Buch ausgewichen, aber der Krieg mit seinen Zerstörungen endete nicht an der Stadtgrenze. Obwohl die Fakten nicht präzise sind, kann man nach meiner Meinung den Einfluss des Krieges auf die Liegedauer nicht ausschließen. Leider kann man die Umstände nicht eindeutig an den Akten beweisen.

#### **Herkunftsorte von Patienten:**

Ist es möglich, dass man anhand der Verteilung der Herkunftsorte von Patienten in den Kriegsjahren den Einflussverlust der Charité vom internationalen Universitätsklinikum zum Regionalkrankenhaus aufzeigen kann? Man schickte Patienten in die Charité zur Behandlung, wenn sie in deren Umgebung wohnten (Herkunftsorte 1 bis 3; Innenstadt, Berlin Aussenbezirke und Berlin Umgebung), sie die Charité gut erreichen konnten und wenn sie in der Behandlung der Erkrankung führend war (Herkunftsort 4 = Reichsgebiet). Bis zum Jahr 1944 kann man die Zusammensetzung der Herkunftsorte für eine Universitätsklinik als normale Verteilung ansehen. Beim Betrachten der Daten von 1945 zeigt sich ein Anstieg der Zahlen bei Herkunftsort 1 (unmittelbarer Einzugsbereich der Klinik) und ein drastischer Abfall der Zahlen bei den Herkunftsbereichen 2, 3 und 4. Als Hauptursache ist der Krieg zu nennen. Durch die unmittelbare Nähe der Charité zu Regierungsgebäuden, befand sich die



Klinik im Mittelpunkt vom Luft- und Straßenkrieg. Auch war das Krankenhaus nicht mehr so gut erreichbar wegen der zerstörten Infrastruktur. Damit war die Charité kein sicherer Zufluchtsort. Man versuchte die Patienten ins nächstgelegene Krankenhaus zu bringen, was an den Zahlen deutlich ablesbar ist. Der stärkste Rückgang ist bei Herkunftsbereich 4 (Reichsgegend) zu verzeichnen. Dies stützt die Behauptung für den temporären Rückgang des Status der Charité als Universitätsklinik zu einem eher städtischen Krankenhaus. Dabei ist anzumerken, dass die Universitätskinderklinik der Charité Berlin nicht den Namen oder die offizielle Bezeichnung verloren hat, sondern es aufgrund des Krieges zu Einschränkungen in der Arbeit eines Universitätsklinikums gekommen ist. Dies lässt sich auch an der Normalisierung der Zahlen durch die Erfolge des Nachkriegswiederaufbaus zum Ende des untersuchten Zeitraumes ablesen.

#### **Mortalität und Letalität von Patienten:**

Dass der Krieg auf die Mortalität und Letalität Einfluss hat und dass Kinder im Zeitraum des Krieges an Krankheiten verstorben sind, die sonst nicht tödlich verliefen, konnte ich darlegen.

Bei der Betrachtung der Sterbezahlen fällt auf, dass die Gruppen der Neugeborenen und Säuglinge über den gesamten Zeitraum am stärksten betroffen sind. Ursachen lassen sich in der Natur finden. Sie sind die Kleinsten, vom Immunsystem her gesehen am anfälligsten für Krankheiten und von der körperlichen Struktur her am schwächsten, weshalb sie besonders viel Schutz, Aufmerksamkeit und Zuwendung benötigen. All diese Dinge sind zu Kriegszeiten noch schwerer als sonst zu ermöglichen. So fallen die Kriegsfaktoren wie Lebensmittelknappheit, Mangelernährung und steigendes Erkrankungsrisiko durch schlechte oder fehlende Hygiene, schwerer ins Gewicht. Der Anstieg im Jahr 1945 kann als Indiz für den Einfluss des Krieges auf die Sterblichkeit angesehen werden. In den anderen Gruppen lässt sich der Anstieg 1945 ebenso darstellen. Da auch diese Altersgruppen nicht gegen die kriegsbedingten Ursachen immun waren, hatte der Krieg auch hier geringere Auswirkungen auf ihre Sterbeintensität.

Dass der Krieg einen Einfluss auf die Letalität hatte, kann man anhand der häufigsten Diagnosen beweisen. Die Diagnosen zeigen über den gesamten Zeitraum stabile Wahrscheinlichkeiten an einer der Erkrankungen zu versterben. Im Jahr 1945 verdreifachte sich die Letalität. Ausnahme bildete hier die Diagnose 8 (Frühgeburten), die durchweg eine hohe Letalität besaß, was aber nicht verwunderlich ist, da sie einen hohen Schutzbedarf, eine

starke Anfälligkeit auf äußere Einflüsse und einem naturgemäß schwachen Zustand haben. Anhand der Diagnose 1 (akute Ernährungsstörungen) kann ich hier auch genau darlegen, dass Kinder während des Krieges gehäuft an Erkrankungen verstorben sind, die sonst üblicherweise nicht tödlich waren. Unter akuten Ernährungsstörungen versteht man eine Störung der Nahrungsaufnahme und / oder der Nahrungsverwertung (z.B. Gastroenteritiden). Sie zeigen bis zum Jahr 1944 eine geringe Letalität mit einem Schnitt von zehn Prozent. Eine Möglichkeit ist, dass die Kinder zu einer besonderen Schutzgruppe gehörten. Zum Beispiel gab es für sie synthetisch hergestellte Vitamine. Ab dem Jahr 1945 vervierfachte sich die Letalität, Ursache waren Hunger durch Lebensmittelmangel, Erschöpfung, Medikamentenknappheit, Obdachlosigkeit und mangelnde Hygiene (Schagen 2010, S. 188ff). Mit Beginn des Wiederaufbaus ab dem Jahr 1946 sank die Letalität wieder, erreichte aber bis 1948 nicht wieder den Ausgangszustand.

Schlussfolgernd kann ich festhalten, dass anhand der Sterbezahlen und besonders in Bezug auf die Diagnosen der Krieg mit seinen Folgen einen signifikanten Einfluss auf die Letalität und Mortalität hatte.

### 3.7.1 Versuche an Kindern an der Kinderklinik der Charité

Unbenommen von den Ergebnissen der Analysen stellte sich die Frage, ob es in der Kinderklinik der Charité Versuche an Kindern gab. Dass es während der Nazidiktatur Versuche an Menschen in Kliniken, Pflegeanstalten und später in Lagern gab, ist hinreichend bewiesen. Und dass eine medizinische Fakultät wie die an der Berliner Universität sich vollständig dagegen stellen konnte, darf bezweifelt werden. Unter den in den Nürnberger Ärzteprozessen wegen unmenschlicher Experimente an ihren Patienten angeklagten Landesvertretern waren auch prominente Mitglieder der Berliner Fakultät wie Karl Gebhardt (1897-1947) und Paul Rostock (1892-1956).<sup>256</sup> Andere entgingen der Aufmerksamkeit der US-amerikanischen Ermittlungsbehörden um Leo Alexander (1905-1985) wie der hoch geschätzte Ordinarius für Kinderheilkunde in Jena, Jussuf Murad Bey Ibrahim,<sup>257</sup> von dem erst vor einigen Jahren

---

<sup>256</sup> Schagen 2010, S. 173

<sup>257</sup> Jussuf Murad Bey Ibrahim war ein Kinderarzt, der hochangesehen aber auch wegen Beteiligung am Euthanasie-Programm während der Zeit des Nationalsozialismus umstritten war.

bekannt wurde, dass er die Kinder, die er für unheilbar hielt, in die zuständige „Kinderfachabteilung“ des Landeskrankenhauses in Stadtroda überwies, obwohl er wußte, dass sie dort umgebracht wurden.<sup>258</sup>

Die historische Situation ist vertrackt: es existierte zwar eine Meldepflicht bei diagnostizierter Behinderung von Säuglingen und Kleinkindern für Kinderärzte ans Gesundheitsamt, aber es gab zu dieser Zeit kein Gesetz für Euthanasie. Die Unterlassung der Meldepflicht war rechtlich gesehen sogar bis 1945 strafbar. Die ganze Euthanasie-Aktion war auf die freiwillige Mitarbeit von Ärzten angewiesen. Am Universitätsklinikum arbeiteten viele Ärzte. Damit ist es sehr wahrscheinlich, dass Ärzte sich direkt oder indirekt durch Meldung ans Gesundheitsamt an der Euthanasie beteiligt haben. Auch an der Kinderklinik der Charité wurde, so ist nach allem was bekannt ist, mit Kindern experimentiert. Anders sind die Versuche mit dem Tuberkulose-Impfstoff nicht zu nennen, die Bessau nachweislich vornahm.

Beim Bearbeiten der Akten wurden im Jahrgang 1943 bis 1945 insgesamt 13 Akten gefunden,<sup>259</sup> in denen bei der Hauptdiagnose meist „Idiot“ (Diagnose 16) stand. Zehn dieser Akten verweisen nachweislich auf diese Versuche.<sup>260</sup> Diese wurden nur spärlich gefüllt. Es wurden kaum Daten zum sozialen Umfeld angegeben; auch fehlte meist der Aufnahmezustand. Eintragungen oder Verlaufsberichte begannen scheinbar willkürlich und hörten auch plötzlich einfach auf, ohne Entlassungsstatus und Angaben wohin und warum entlassen wurde, anzugeben. Es wurden keine Medikamente verschrieben. Vermerkt wurde lediglich die Impfung mit Tbc und Antitoxinen sowie die Reaktionen darauf. Dieses Regime von Impfung und Testung wurde über die Zeit der Aufnahme laut der Aktendokumentation mehrmals durchgeführt - eine Maßnahme ohne Beurteilung eines therapeutischen Effektes. Auf acht dieser Akten war zusätzlich vermerkt: „Meldung an das Gesundheitsamt“. Vor müssen davon ausgehen, dass es sich bei den in diesen Akten dokumentierten Kindern um jene Patienten handelt, an denen Georg Bessau einen Tbc-Impfstoff erprobte. Dieser in der neueren Forschungsliteratur gut dokumentierte Menschenversuch wurde nachweislich in Bessaus Privatstation durchgeführt und nach deren Verlegung nach Buch dort von Marianne Salzmann weiterbetreut. Bessau

---

258 Schmuhl 2010

259 2 Aufnahmen 1943 (7 und 11-jährig); 6 Aufnahmen Ende Februar / Anfang März 1944 (3 bis 9-jährig); 3 Aufnahmen im Juli/August 1944 (5, 8 und 15-jährig) und 2 Aufnahmen Anfang Januar 1945 (2 und 4-jährig); alle Aufnahmen fanden in Buch durch Dr. Marianne Salzmann statt

260 Beddies 2004, S. 186

selbst berichtete freimütig von diesen Versuchen in der Sitzung der „Arbeitsgruppe Impfung“ des Reichstüberkoloeseausschusses am 9. September 1942, für die er – so sein wörtlicher Ausdruck – „Idioten“ der Berliner Heil- und Pflegeanstalt Wittenau (Wiesengrund) in die Charité-Kinderklinik aufnahm. Die besagten Akten sogenannter „Idioten“, fehlende Anamnese, Aufnahmeuntersuchung und Behandlungsbericht, und die ausschließliche Dokumentation der Impfversuche sind bereits für sich ein starkes Indiz. Hinzu kommt, dass sich über die Akten der Wittenauer Heilstätten ein Teil dieser Kinder namentlich identifizieren lässt.<sup>261</sup> Am 17. Juli 1945, also drei Monate nach der Kapitulation der deutschen Wehrmacht, wurden 11 der besagten Kinder ohne Angabe einer Entlassungsdiagnose oder eines Entlassungsbefunds aus der Klinik verlegt.<sup>262</sup>

Angesichts dieser Indizienkette ist es somit belegt, dass in der Charité-Kinderklinik verbrecherische und inhumane Versuche an Kindern durchgeführt wurden.

---

261 Beddies 2008, S. 126

262 Beddies 2008, S. 126-129

## 4 Gesamtfazit

In dieser Dissertation wurden Kinderkrankenakten der Charité im Zeitraum 1941-1948 analysiert. Etwa 7.900 Akten sind aus diesem Zeitraum erhalten geblieben. Ausgewertet wurden Krankenakten aus folgenden Blickwinkeln: Ärzteschaft, Patientenzahlen, Herkunftsorte sowie Mortalität und Letalität. Dabei habe ich versucht, über die rein quantitative Darstellung hinausgehend, den Alltag der Kinderklinik in dieser Zeit nachzuzeichnen. Nach den aufgeführten Fakten im Kapitel 3 kann man sagen, dass die Kinderversorgung im Zeitraum 1941-1948 einen stetigen Wechsel der Begleitumstände unterworfen war und dadurch in ihrer Arbeitsweise agieren musste.

Seit 1939 befand sich Deutschland im Krieg, wobei es interessant zu sehen ist, wie sich der Alltag an der Klinik unter Einfluss des Krieges gestaltete. Anhand der Akten kann ich aufzeigen, wie sich die Versorgung der Kinder in diesem Zeitabschnitt veränderte. Es ist bis 1943 kein Eintrag über den Krieg oder kriegsbedingte Ursachen vermerkt wurde. Somit erscheint es, als wäre der Alltag der Klinik bis dahin nicht betroffen gewesen. Erst ab Juli 1943 als der Krieg Berlin direkt erreichte tauchen in den Akten Vermerke wie „Evakuierung der Klinik“ oder „Räumung der Klinik aufgrund Bombardierung“ auf. Auch findet sich ein Vermerk: „auf Wunsch des Vaters entlassen, da er Fronturlaub hat“ in einer der Akten. Durch die Analyse der Daten zeigt sich aber, dass der Einfluss des Krieges auf den Alltag auch schon 1941 begonnen hatte. Durch die damals herrschende Politik und den Krieg erfolgte eine Reduktion der Ärzteschaft, welche eine stetige Verschlechterung der medizinischen Betreuung im Kriegsverlauf nach sich zog. Weniger Ärzte hatten eine größere Patientengruppe zu betreuen, wobei der einzelne Patient im Vergleich zur Normalsituation oftmals zu kurz gekommen sein dürfte. Anhand der steigenden Sterbezahlen während des Krieges, mit einem

Maximum im Jahr 1945 und einer steigenden Letalität einzelner Erkrankungen<sup>263</sup>, welche als Indikator für die Gesundheit der deutschen Kinder anzusehen ist, kann man die schlechter werdende medizinische Versorgung darstellen. Aufgrund der aufgezeigten Verkleinerung des Einzugsgebietes der Kinderklinik (hin zu einer rein lokalen Versorgung) ist der Einfluss des Krieges auf den Status der Kinderklinik als Universitätsklinik nicht mehr von der Hand zu weisen.

Die Patientenzahlen und die Liegedauer der Kinder geben dagegen keinen eindeutigen Hinweis darauf, ob der Krieg einen besonderen Einfluss hatte. Da ich alle vier Untersuchungsabschnitte (Ärztenschaft, Aufnahmezahlen/Liegedauer von Patienten, Herkunftsort und Mortalität/Letalität) als gleichwertig betrachte, schlussfolgere ich auch bei nicht eindeutigen Ergebnissen bei der Analyse der Aufnahmezahlen und der Liegedauer von Patienten:

**„Der Krieg hatte mit seinen Folgen wie Lebensmittelknappheit, Hunger, Ärztemangel, zerstörtem Wohnraum und Wegfall großer Teile der Reiseinfrastruktur einen großen Einfluss auf die Versorgung der Patienten an der Kinderklinik im Zeitraum 1941 - 1948“.**

---

<sup>263</sup> Hier wurden nur die häufigsten Diagnosen berücksichtigt. Genauere Analysen im Bereich Diagnosen werden in einer separaten Dissertation durchgeführt.

# Literaturverzeichnis

## Ungedruckte Quellen

Universitätsarchiv der Humboldt-Universität zu Berlin (1941-1948). Patientenakten der Universitätskinderklinik der Charité der Jahre 1941-1948.

Universitätsarchiv der Humboldt-Universität zu Berlin (1932-1946). UK-Personalia: B196.

Universitätsarchiv der Humboldt-Universität zu Berlin (1938-1951). Charité-Direktion, 2568, 2569, 2741, 2748, 2749.

Reichsarztregister (KVD). DVD Datensatz: Baumgarten, Felicitas.

Reichsarztregister (KVD). DVD Datensatz: Cammann, Otto, 25.07.1905.

Reichsarztregister (KVD). DVD Datensatz: Grieben, Irene K.J., 25.12.1912.

Reichsarztregister (KVD). DVD Datensatz: Grothaus, Elisabeth, 02.09.1908.

Reichsarztregister (KVD). DVD Datensatz: Kahlo, Ilse A. A., 1908.

Reichsarztregister (KVD). DVD Datensatz: König, Annemarie.

Reichsarztregister (KVD). DVD Datensatz: Mutschler, Paul E., 11.10.1910.

Reichsarztregister (KVD). DVD Datensatz: Stoeckel, Karl M.-Heinrich, 25.01.1908.

Reichsarztregister (KVD). DVD Datensatz: Winckler, Brigitte, 25.09.1912.

## Gedruckte Quellen und Literatur

- Adam, P. D.: Führer durch das Medizinische Berlin. Leo Waibel, Berlin/München 1938.
- Aly, Götz: Aktion T4 1939-1945. Die Euthanasie-Zentrale in der Tiergartenstrasse 4 (2. Aufl.). Edition Hentrich, Berlin 1989.
- Baader, Gerhard: Der Arzt und seine Sendung - Standespolitik im Vorfeld des Nationalsozialismus. Vortragsreihe der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin: Die Rolle der Ärzteschaft und der Kassenärztlichen Vereinigung in der NS-Zeit. Eigenverlag, Berlin 2002. S. 1-13.
- Ballowitz, Leonore (Hrsg.): Georg Bessau. (= Schriftenreihe zur Geschichte der Kinderheilkunde aus dem Archiv des Kaiserin Auguste Victoria Hauses (KAVH), 6). Eigenverlag, Berlin 1989.
- Beddies, Thomas: Krankengeschichten als Quelle quantitativer Auswertung. In: Die nationalsozialistische „Euthanasie“-Aktion „T4“ und ihre Opfer: Geschichte und ethische Konsequenzen für die Gegenwart. Hrsg. Rotzoll, Maike; Hohendorf, Gerrit; Fuchs, Petra; Richter, Paul; Mundt, Christoph und Eckart, Wolfgang. Ferdinand Schöningh, Paderborn 2010. S. 223-231.
- Beddies, Thomas: Zur Methodologie der wissenschaftlichen Auswertung psychiatrischer Krankengeschichten. Vortrag auf der Internationalen Tagung „Psychiatrie in Binswangers Klinik 'Bellevue' 1857-1950: Diagnostik - Therapie - Arzt-Patient-Beziehung“. Tübingen 2002. S. 3-11.
- Beddies, Thomas und Schmiedebach, Heinz-Peter: „Euthanasie“-Opfer und Versuchsobjekte. Kranke und behinderte Kinder in Berlin während des Zweiten Weltkriegs. *Medizinhistorisches Journal*, 39 (2004), S. 165-196.
- Beddies, Thomas und Dörries, Andrea: Die Patienten der Wittenauer Heilstätten in Berlin 1919-1960. (= Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften, Hrsg. Winau, Rolf und Bleker, Johanna, 91). Matthiesen, Husum 1999.
- Beddies, Thomas: Zur Rolle des Robert Koch-Instituts bei der Einführung einer obligatorischen Tuberkuloseschutzimpfung im Dritten Reich. *Infektion und Institution*. In: Zur Wissenschaftsgeschichte des Robert Koch-Instituts im Nationalsozialismus. Hrsg. Hulverscheidt, M. und Laukötter, A. Wallenstein Verlag, Göttingen 2009. S. 85-105.



- 
- Beddies, Thomas: Wenn Kinder „der Wissenschaft dienen“: Die Kinderklinik der Charité in der Zeit des Nationalsozialismus. In: Die Charité im Dritten Reich: zur Dienstbarkeit medizinischer Wissenschaft im Nationalsozialismus. Hrsg. Schleiermacher, Sabine und Schagen, Udo. Ferdinand Schönigh, Paderborn 2008. S. 121-132.
- Bertkau, Friedrich und Oestreich, Gerhard: Kürschners Deutscher Gelehrten-Kalender. Walter de Gruyter, Berlin 1950.
- Bleker, Johanna und Hess, Volker (Hrsg.): Die Charité Geschichte(n) eines Krankenhauses. Akademie Verlag, Berlin 2010.
- Bleker, Johanna, Brinkschulte, Eva und Grosse, Pascal (Hrsg.): Kranke und Krankheiten im Juliusospital zu Würzburg 1819 -1829. Zur frühen Geschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland. (= Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften, Hrsg. Winau, R. und Müller-Dietz, H., 72). Matthiesen, Husum 1995.
- Breymayer, Ursula: Volksgemeinschaft. In: Heimatfront. Kriegsalltag in Deutschland 1939-1945. Hrsg. Engert, Jürgen. Beuermann, Berlin 1999. S. 44-75.
- Brugsch, Theodor: Arzt seit fünf Jahrzehnten. Rütten & Loening, Berlin 1978.
- Conze, Eckart, Frei, Norbert, Hayes, Peter und Zimmermann, Moshe: Das Amt und die Vergangenheit: Deutsche Diplomaten im Dritten Reich und in der Bundesrepublik. Karl Blessing Verlag, München 2010.
- Czerny, Adalbert: Des Kindes Ernährung, Ernährungsstörungen und Ernährungstherapie. Deuticke, Leipzig/Wien 1907.
- Czerny, Adalbert: Sammlung klinischer Vorlesungen über Kinderheilkunde. G. Thieme, Leipzig 1942.
- Czerny, Adalbert: „Der Arzt als Erzieher des Kindes“. Deuticke, Leipzig/Wien 1908.
- David, Heinz: „...es soll das Haus die Charité heißen...“. Akademos, Hamburg 2004.
- Davies, Norman: Die Grosse Katastrophe. Europa im Krieg 1939-1945. Droemer, München 2006.
- Demps, Laurenz, Materna, Ingo, Müller-Mertens, Eckhard, Schultz, Helga und Seyer, Heinz: Geschichte Berlins von den Anfängen bis 1945. Dietz, Berlin 1987.
- Dieckhoff, Josef: Kurzgefasstes Lehrbuch der Pädiatrie. VEB Thieme, Leipzig 1963.

- Dieckhoff, Josef: Lehrbuch der Pädiatrie. VEB Thieme, Leipzig 1966.
- Dieckhoff, Josef: Pädiatrie und ihre Grenzgebiete. T.1.-T.3. Sachverzeichnis. VEB Thieme, Leipzig 1965.
- Dörr, Margarete: Vertrieben, ausgeboot, auf sich gestellt. Frauen meistern Kriegs- und Nachkriegsjahre. Weltbild, Augsburg 2001.
- Dost, Friedrich Hartmut: Der Blutspiegel. Thieme, Leipzig 1953.
- Dost, Friedrich Hartmut: Grundlagen der Pharmakokinetik. Thieme, Leipzig 1968.
- Dost, Friedrich Hartmut: Geschichte der Universitäts-Kinderklinik der Charité zu Berlin. Geschichte der Pädiatrie bis zum 150. Jahre des Bestehens der Klinik von 1829-1979. Der Kinderarzt, 28 (1980), S. 99-103, 249-256, 409-415, 569-571.
- Eckart, Wolfgang U. und Gradmann, Christoph: Ärztelexikon: Von der Antike bis zum 20. Jahrhundert. C.H. Beck, München 1995.
- Erenz, Benedikt und Ullrich, D. (Hrsg.): Die Stunde Null. Die Zeit. Sonderheft 1-2. Grunnar und Jahr, Hamburg 2005.
- Felbick, Dieter: Schlagwörter der Nachkriegszeit 1945-1949. De Gruyter, Berlin/New York 2003.
- Forth, W., Henschler, D., Rummel, W. und Starke, K.: Allgemeine und spezielle Pharmakologie und Toxikologie. Spektrum, Heidelberg/Berlin/Oxford 1996.
- Friedrich, Jörg: Der Brand. Deutschland im Bombenkrieg 1940-1945. Propyläen, München 2002.
- Gahrig, Werner (Hrsg.), Czihak, Hans und Schmitt, Sigurd-Herbert: Berliner Geschichte (Heft 6). Stadtarchiv der Hauptstadt der DDR, Berlin 1985.
- GDD e.V. (Hrsg.): Datenschutz und Datensicherheit im Gesundheits- und Sozialwesen. Datakontext-Fachverlag GmbH, Frechen 2002.
- Genschorek, Wolfgang: Ferdinand Sauerbruch - Ein Leben für die Chirurgie. Hirzel, Leipzig 1983.
- Gerst, Thomas: Medizin in der NS-Zeit: Forschung kaum noch zu überblicken. Deutsches Ärzteblatt, 108 (2011), S. A692.

- 
- Grael, Ernst Ludwig: Geschichte der Pädiatrie-Universitätsklinik an der Berliner Charité. *Kinderheilkunde*, 152 (2004), S. 902-913.
- Hachtmann, Rüdiger: Rezension von: Winfried Süß: Der „Volkskörper“ im Krieg. Gesundheitspolitik, Gesundheitsverhältnisse und Krankenmord im nationalsozialistischen Deutschland 1939-1945. *sehepunkte*, 4 (2004).
- Hahn, Judith und Schwoch, Rebecca: *Anpassung und Ausschaltung: Die Berliner Kassenärztliche Vereinigung im Nationalsozialismus*. Hentrich und Hentrich, Berlin 2009.
- Heiber, Helmut (Hrsg.): *Goebbels Reden 1932-1945*. Gondrom, Bindlach 1991.
- Henoch, Eduard: *Beiträge zu Kinderheilkunde*. August Hirschwald, Berlin 1881.
- Hess, Volker: Diagnose und Krankheitsverständnis der Medizinischen Klinik der Berliner Universität zwischen 1820 und 1845. In: *Die Medizin an der Berliner Universität und an der Charité zwischen 1810 und 1850*. Hrsg. Schneck, Peter und Lammel, Hans Uwe (= *Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften*, 67). Matthiesen, Husum 1995. S. 101-110.
- Hess, Volker: Formalisierte Beobachtung. Die Genese der modernen Krankenakte am Beispiel der Berliner und Pariser Medizin (1725-1830). *Medizinhistorisches Journal*, 45 (2010), S. 293-340.
- Hess, Volker: The Administrative Stabilization of Vaccines: Regulating the Diphtheria Antitoxin in France and Germany, 1894-1900. *Science in Context*, 21 (2008a), S. 201-227.
- Hess, Volker: Der Wandel der Krankengeschichte durch die Entwicklung der Krankenhausverwaltung. Ein altbekanntes Instrument im Wandel der Zeit. *Kliniker*, 37 (2008b), S. 27-30.
- Hess, Volker und Ledebur, Sophie: Taking and Keeping. A note on the emergence and function of hospital patient records. *Journal of Society of Archivists*, 32 (2011), S. 21-33.
- Hess, Volker und Schmiedebach, Heinz-Peter (Hrsg.): *Am Rande des Wahnsinns. Schwellenräume einer urbanen Moderne*. (= *Kulturen des Wahnsinns (1870-1930)*). Hrsg. Hess, Volker et al., 1). Böhlau, Wien 2012.
- Heßling, Jörg: Die Haltung zu Kindern in der deutschen Kinderheilkunde von 1877-1980. (= *Studien zur Medizin-, Kunst- und Literaturgeschichte*, 42). Murken-Altrogge, Herzogenrath 1998.
- Heubner, Otto: *Säuglingsernährung und Säuglingsspitäler*. August Hirschwald, Berlin 1897.

- Heubner, Otto: Über die Scharlachdiphtherie und deren Behandlung. Sammlung klinischer Vorträge. Breitkopf/Härtel, Wiesbaden 1888.
- Heubner, Otto: Die experimentelle Diphtherie. Veit & Comp, Leipzig 1883.
- Hinz-Wessels, Annette: Das Robert Koch-Institut im Nationalsozialismus. Kulturverlag Kadmos, Berlin 2008.
- Hohendorf, Gerrit, Maike, Paul, Chrisoph und Wolfgang U.: Die Opfer der nationalsozialistischen „Euthanasie-Aktion T4“. *Der Nervenarzt*, 73 (2002), S. 1065-1074.
- Hohendorf, Gerrit, Maike, Paul, Petra, Annette, Chrisoph und Wolfgang U.: NS-„Euthanasie“ - Vom Wahn zur Wirklichkeit. *Deutsches Ärzteblatt*, 41 (2003), S. A2626-2630.
- Holmsten, Georg: Deutschland Juli 1944. Soldaten, Zivilisten, Widerstandskämpfer. Gondrom Verlag, Bindlach 1990.
- Holmsten, Georg: Kriegsalltag 1939-1945 in Deutschland. Gondrom Verlag, Bindlach 1989.
- Hummel, Karl-Joseph: Deutsche Geschichte 1933-1945. Olzog, München 1998.
- Hüttemann, E., Reinhart, Konrad, Eckart, Joachim, Forst, Helmuth und Burchardi, Hilmar: Pathogenese, Pathophysiologie der Sepsis als Grundlage der Therapie. In: *Intensivmedizin (Kompendium und Repetitorium zur interdisziplinären Weiter- und Fortbildung)*. eco Medizin, Landsberg 2005.
- Institut für Denkmalpflege (Hrsg.): Die Bau- und Kunstdenkmale in der DDR. Hauptstadt Berlin, Band I. Henschelverlag, Berlin 1984.
- Jaeckel, Gerhard: Die Charité: Die Geschichte eines Weltzentrums der Medizin von 1710 bis zur Gegenwart. Ullstein, Berlin 1999.
- Joppich, Gerhard: Kinderheilkunde im Kaiserin Auguste Victoria Haus nach dem Ende des II. Weltkrieges. (= Schriftenreihe zur Geschichte der Kinderheilkunde aus dem Archiv des Kaiserin Auguste Victoria Hauses (KAVH), Hrsg. Ballowitz, Leonnore, 6). Eigenverlag, Berlin 1988.
- Keiderling, Gerhard: Berlin 1945-1986. Geschichte der Hauptstadt der DDR. Dietz, Berlin 1987.

- 
- Kleinschmidt, Hans: Nachruf Georg Bessau. *Monatsschrift für Kinderheilkunde*, 1 (1948), S. 1-3.
- Klinke, Karl: *Diagnose und Klinik der angeborenen Herzfehler*. Thieme, Leipzig 1950.
- Klinke, Karl: *Probleme der ersten Lebensstage*. 2. Düsseldorfer Symposium (25. Juni 1960). Friedrich Karl Schattauer, Stuttgart 1961.
- Kraatz, Helmut: *Zwischen Klinik und Hörsaal - Autobiographie* (4. Aufl.). Verlag der Nation, Berlin 1981.
- Kurowski, Franz: *Der Luftkrieg über Deutschland*. Econ, Düsseldorf/Wien 1977.
- Labisch, Alfons und Spree, Reinhard (Hrsg.): „Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett“. *Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert*. Campus Frankfurt, New York 1996.
- Lautsch, Hermann und Dornedden, Hans (Hrsg.): *Verzeichnis der deutschen Ärzte und Heilanstalten, Reichs-Medizinal-Kalender für Deutschland Teil II*. Georg Thieme, Leipzig 1937.
- Lennert, Thomas: *Berliner Kinderärzte in der Emigration*. (= Schriftenreihe zur Geschichte der Kinderheilkunde aus dem Archiv des Kaiserin Auguste Victoria Hauses (KAVH), Hrsg. Ballowitz, Leonnore, 12). Eigenverlag, Berlin 1995.
- Lennert, Thomas: *Die Anfänge der Kinderheilkunde in Berlin*. Zusammenstellung als Posterreihe 1-5a. 2005. Webseite: [http://www.charite.de/p\\_endo/kindarzt/geschBerIKHK/berlkhk/](http://www.charite.de/p_endo/kindarzt/geschBerIKHK/berlkhk/). Zuletzt aufgerufen am 23. November 2012.
- Lennig, Petra: *Die Berliner Charité. Schlaglichter aus 3 Jahrhunderten*. Berliner Medizinhistorisches Museum der Charité, Berlin 2008.
- Lilienthal, Georg: *Die ersten Kinderkrankenhäuser in Berlin - Motive und Strukturen*. In: *Die Medizin an der Berliner Universität und an der Charité zwischen 1810 und 1850* (= Abhandlung zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaft, Hrsg. Schneck, Peter und Lammel, Hans-Uwe, 67). Matthiesen, Husum 1995. S. 124-151.
- Lindemann, Ulrich: *Die Geschichte der Krankheitsbezeichnung Typhus und der Wandel der Typhuslehre im 19. Jahrhundert in Deutschland*. Diss. med. (FU) Berlin 1986.
- Lobe, H. (Hrsg.): *Berliner Ärzte-Adreßbuch. Branchen-Adreßbuch*, Berlin-West 1953.

- Lüdtke, Gerhard: Kürschners Deutscher Gelehrten-Kalender. Walter de Gruyter, Berlin 1940/1941.
- Mann, Erika: Zehn Millionen Kinder: Die Erziehung der Jugend im Dritten Reich (6. Aufl.). rororo, Reinbek 1997.
- Marz, Ilona: Das Charité-Lazarett (1710-1790). Die Charité. Geschichte(n) eines Krankenhauses. Akademie Verlag, Berlin 2010. S. 18-43.
- Maser, Werner: Das Regime. Alltag in Deutschland 1939-1945. Dietz, Berlin 1990.
- Müller, D. (Hrsg.): Festschrift „Charité 1710-1960“. VEB Graphische Werkstätten, Berlin 1960.
- Nikolow, Sybilla: Der statistische Blick auf Krankheit und Gesundheit, Kurvenlandschaften in Gesundheitsausstellungen am Beginn des 20. Jahrhunderts in Deutschland. In: Infografiken, Medien, Normalisierung: Zur Kartografie politisch-sozialer Landschaften. Hrsg. Gerhard, Ute, Link, Jürgen und Schulte-Holtey, Ernst. Synchron Wiss. Verlag der Autoren, Heidelberg 2001. S. 223-241.
- Oehme, Johannes: Universitäts-Kinderklinik der Charite in Berlin. Kinderkrankenschwester, 7 (1988), S. 403-406.
- Oelschläger, Günther: Weltanschauliche Schulung in der Hitler-Jugend - Inhalte, Schwerpunkte und Methoden. Selbstverlag G. Oehlschläger, Berlin 2001.
- Overesch, Manfred: Das besetzte Deutschland 1945-1947. Eine Tageschronik der Politik - Wirtschaft - Kultur. Weltbild, Augsburg 1992.
- Overesch, Manfred: Das III. Reich 1939-1945. Eine Tageschronik der Politik - Wirtschaft - Kultur. Weltbild, Augsburg 1983.
- Peiper, Albrecht: Chronik der Kinderheilkunde. Thieme, Stuttgart 1992.
- Pross, Christian und Winau, Rolf: Nicht Mißhandeln - Das Krankenhaus Moabit. Edition Hentrich, Berlin 1984.
- Pschyrembel: Klinisches Wörterbuch (259. Aufl.). Walter de Gruyter, Berlin/New York 2002.
- Renz-Polster, Herbert, Menche, Nicole und Schäffler, Arne: Gesundheit für Kinder: Kinderkrankheiten verhüten, erkennen, behandeln. Kösel, München 2004.

- Sagan, Günter: Kriegsende 1945. Die dramatischen Wochen vor und nach der Kapitulation. Imhof, Petersberg 2008.
- Salewski, Michael und Schulze-Wegener, Guntram (Hrsg.): Kriegsjahr 1944: Im Großen und im Kleinen(Bd. 12). Franz Steiner Verlag, Stuttgart 1995.
- Sauerbruch, Ferdinand: Das war mein Leben - Autobiographie. Kindler, München 1951.
- Schaar, Peter: Das Ende der Privatsphäre: Der Weg in die Überwachungsgesellschaft. C. Bertelsmann, München 2007.
- Schagen, Udo: Buchbesprechung: „...es soll das Haus die Charité heißen...“. Berliner Ärzte, 42 (2005), S. 5-13.
- Schagen, Udo und Schleiermacher, Sabine: Charité in Trümmern (1945-1949). In: Die Charité. Geschichte(n) eines Krankenhauses. Hrsg. Bleker, Johanna und Hess, Volker. Akademie Verlag, Berlin 2010b. S. 188-203.
- Schagen, Udo und Schleiermacher, Sabine: Unter dem Hakenkreuz (1933-1945). In: Die Charité. Geschichte(n) eines Krankenhauses. Hrsg. Bleker, Johanna und Hess, Volker. Akademie Verlag, Berlin 2010a. S. 169-187.
- Schiffczyk, Dieter: Gutachten zu architektonischen und städtebaulichen Rangstellung der Charité. Typoskript, Berlin 1992.
- Schildbach, Sebastian: Aufnahmefrequenz, Diagnosen und Letalität im Kaiserin Auguste Victoria Hauses (KAVH) in den Jahren 1931-1938 unter besonderer Berücksichtigung der zeitgeschichtlichen Hintergründe. Diss med. (FU) Berlin 1989.
- Schleiermacher, Sabine: Rassenhygienische Mission und berufliche Diskriminierung, Übereinstimmungen zwischen Ärztinnen und Nationalsozialismus. In: Ärztinnen - Patientinnen: Frauen im deutschen und britischen Gesundheitswesen. Hrsg. Lindner, Ulrike und Niehus, Merith. Böhlau, Köln 2002. S. 95-109.
- Schleiermacher, Sabine und Schagen, Udo (Hrsg.): Die Charité im Dritten Reich: zur Dienstbarkeit medizinischer Wissenschaft im Nationalsozialismus. Schöningh, Paderborn 2008.
- Schmuhl, Hans-Walter: Kinderheilkunde in der NS-Zeit: Sozialsanitäres Großprojekt - Arzt am „Volkskörper“. Deutsches Ärzteblatt, 107 (2010), S. A2226-2231.
- Schmuhl, Hans-Walter: Medizin in der NS-Zeit: Hirnforschung und Krankemord. Deutsches Ärzteblatt, 98 (2001), S. A1240-1245.

- Scholze, Thomas: Zur Ernährung der Berliner nach dem zweiten Weltkrieg. Ein Beitrag zur Erforschung des Großstädtealltags (1945-1952). In: Jahrbuch für Geschichte (Band 35). Hrsg. Keiderling, Gerhard, Materna, Ingo und Schröder, Wolfgang. Akademie Verlag, Berlin 1978. S. 539-564.
- Schuster, Hans-Peter, Werdan, Karl und Müller-Werdan, Ursula: Sepsis und MODS. Springer, Heidelberg 2005.
- Schütt, Ernst Christian: Arbeitsschlacht. In: Heimatfront. Kriegsalltag in Deutschland 1939-1945. Hrsg. Engert, Jürgen. Beuermann, Berlin 1999. S. 76-107.
- Schwerin, Kerrin Gräfin von: Familie. In: Heimatfront. Kriegsalltag in Deutschland 1939-1945. Hrsg. Engert, Jürgen. Beuermann, Berlin 1999. S. 108-141.
- Schwoch, Rebecca (Hrsg.): Berliner jüdische Kassenärzte und ihr Schicksal im Nationalsozialismus (Gedenkbuch). Hentrich und Hentrich, Berlin 2009.
- Schwoch, Rebecca: Die Geschichte der Ärzteschaft und der KV(D) im Nationalsozialismus. Vortragsreihe der Kassenärztlichen Vereinigung Berlin: Die Rolle der Ärzteschaft und der Kassenärztlichen Vereinigung in der NS-Zeit. Eigenverlag, Berlin 2002.
- Seidler, Eduard: Kinderärzte 1933-1945 entrechtet-geflohen-ermordet. Bouvier, Bonn 2000.
- Seidler, Eduard: „Heubner, Otto“. Neue Deutsche Biographie (Bd. 9). Duncker & Humblot, Berlin 1972. S. 38ff.
- Stadtmüller, Winfried: Vom „Schwarzmarkt“ zum „Wirtschaftswunder“. In: Deutsche Geschichte. Teilung und Wiedervereinigung 1945 bis heute. Hrsg. Heinrich Pleticha. Bertelsmann, Gütersloh 1993. S. 138-157.
- Stürzbecher, Manfred: „Kleinschmidt, Hans“. Neue Deutsche Biographie (Bd. 12). Duncker & Humblot, Berlin 1979. S. 6.
- Stürzbecher, Manfred: „Henoeh, Eduard Heinrich“. Neue Deutsche Biographie (Bd. 8). Duncker & Humblot, Berlin 1969. S. 549.
- Stürzbecher, Manfred: „Czerny, Adalbert Marianus“. Neue Deutsche Biographie (Bd.3). Duncker & Humblot, Berlin 1957. S. 460.
- Stürzbecher, Manfred: Leonid Doxiades (1889-1969): Ein Kinderarzt in Berlin. (= Schriftenreihe zur Geschichte der Kinderheilkunde aus dem Archiv des Kaiserin Auguste Victoria Hauses (KAVH), Hrsg. Ballowitz, Leonnore, 11). Eigenverlag, Berlin 1994.



- 
- Süß, Winfried: Der „Volkskörper“ im Krieg: Gesundheitspolitik, Gesundheitsverhältnisse und Krankenmord im nationalsozialistischen Deutschland 1939 - 1945. Oldenbourg, München 2003.
- Throm, Carola: Das Diphtherieserum. Ein neues Therapieprinzip, seine Entwicklung und Markteinführung. Wissenschaftliche Verlagsgesellschaft, Stuttgart 1995.
- Tissier, Tony Le: Der Kampf um Berlin 1945. Von den Seelower Höhen zur Reichskanzlei (2. Aufl.). Ullstein, Frankfurt M./Berlin 1995.
- Voswinckel, Peter: Biographisches Lexikon der hervorragenden Ärzte der letzten fünfzig Jahre. Bände III-IV. Georg Olms, Hildesheim/Zürich/New York 2002.
- Wegmann, H.: Frauen in der Kinderkrankenpflege: Hierarchie und Emanzipation. (= Schriftenreihe zur Geschichte der Kinderheilkunde aus dem Archiv des Kaiserin Auguste Victoria Hauses (KAVH), Hrsg. Ballowitz, Leonnore, 12). Eigenverlag, Berlin 1995.
- Weiß, Konrad: Heinrich Finkelstein - Kinderarzt und medizinischer Lehrmeister. Aufbau, Vol. LXI (1988), S. 17.
- Westermann, Stefanie: Medizingeschichte: „Trag ich bis ans Lebensende dieses Mahnmal, eine Gezeichnete“. Deutsches Ärzteblatt, 108 (2011), S. A571-574.
- WHO Gesellschaft: History of the development of the ICD. 2005. Webseite: <http://www.who.int/entity/classifications/icd/en/HistoryOfICD.pdf>. Zuletzt aufgerufen am 13. November 2011.
- Wiegand, Annemarie: Ärztliche Versorgung: Frühzeitige Signale für den drohenden Ärztemangel. Deutsches Ärzteblatt, 99 (2002), S. A1349-1350.
- Winau, Rolf: Berliner Medizin - Kontinuitäten und Brüche. In: Exodus von Wissenschaften aus Berlin. Hrsg. Fischer, Wolfram et al. Walter de Gruyter, Berlin/New York 1994. S. 343-354.
- Windorfer, Adolf und Schlenk, Rolf: Die Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde. Ihre Entstehung und historische Entwicklung. Springer, Berlin/Heidelberg/New York 1978.
- Wischnath, Michael und Dinges, Martin: Empfehlung für die Bewertung und Erschließung von Krankenakten. Berichte zur Wissenschaftsgeschichte, 21 (1998), S. 49-59.



# Lebenslauf

Mein Lebenslauf wird aus datenschutzrechtlichen Gründen in der elektronischen Version meiner Arbeit nicht veröffentlicht.



# Erklärung

Ich, Sophie Rohr, erkläre, dass ich die vorliegende Dissertation selbstständig verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel benutzt, ohne die (unzulässige) Hilfe Dritter verfasst und auch in Teilen keine Kopien anderer Arbeiten dargestellt habe.

Berlin, 18. Dezember 2011

Sophie Rohr



# A Anhang

## A.1 Charité - Geschichte im Überblick tabellarisch.

**Tabelle A.1:** Eckdaten der Geschichte der Charité.

1710	Errichtung eines Pesthauses vor den Toren der Stadt
1726	Nutzung als Bürgerlazarett, Armenhaus und Garnisonslazarett
1727	Der preußische König bestimmt: „es soll das Haus die Charité heißen“
1751	Einrichtung einer Hebammenlehranstalt
1785-1800	Erster Neubau der Charité („Alte Charité“)
1798	Einrichtung einer Abteilung für Geisteskranke
1810	Gründung der Berliner Universität mit einer Medizinischen Fakultät
1816	Einrichtung einer Charité -Klinik für Chirurgie und Augenheilkunde
1818	Eröffnung des Universitätsklinikums für Innere Medizin und Chirurgie
1828	Zunehmende Nutzung der Charité als Universitätsklinikum
1830	Gründung der ersten deutschen Kinderklinik in der Charité
1831-1835	Zweiter Neubau der Charité „Neue Charité“
1832	Errichtung einer Krankenwärterschule
1836	Einrichtung eines Pockenhauses als Isolierstation
1856	Bau des ersten Pathologischen Institutes der Charité
1895-1917	Entstehung des heute denkmalgeschützten Gebäudeensembles
1933-1945	Zahlreiche Ärzte und Wissenschaftler werden entlassen
1945	Nach dem 2. Weltkrieg sind 60 Prozent der Charité - Gebäude beschädigt
1946-1958	Wiederaufbau und Neubau der Hautklinik und der Geschwulstklinik
1976-1982	Neubau des Charité - Hochhauses und Umbau der alten Gebäude
1990-1994	Strukturierung nach dem Berliner Hochschulgesetz
1995	Grundsteinlegung für den Neubau und die Sanierung der

Medizinischen Universitätskliniken  
 1997 Fusion der Charité und des Virchow-Klinikums zu einer vereinten  
 Medizinischen Fakultät Charité der Humboldt-Universität

## A.2 Direktoren der Kinderklinik der Charité.

**Tabelle A.2:** Direktoren der Kinderklinik der Charité; Stand Oktober 2012

<b>Direktoren</b>	<b>Zeitraum</b>
Eduard Wolff	1830
Stephan Friedrich Barez	1830-1847
Erbkamm (provisorischer Leiter)	1847-1849
Hermann Friedrich Ludwig Ebert	1849-1872
Eduard Heinrich Henoch	1872-1893
Otto Heubner	1894-1913
Adalbert Czerny	1913-1932
Georg Bessau	1932-1944
Hans Kleinschmidt	1944-1945
Otto Cammann	1945
Wilhelm Stoeltzner	1945-1947
Karl Klinke	1947-1951
Herbert Brugschs (Interimsleiter)	1951-1952
Friedrich Hartmut Dost	1952-1959
Ferdinand Max Gerhard Otto (Interimsleiter)	1959-1960
Josef Dieckhoff	1960-1972
Peter Großmann	1972-1991
Ernst Ludwig Grauel	1991-1994
Gerhard Gaedicke	1994-1996
<b>Sprecher des Otto-Heubner-Centrums</b>	
Ernst-Ludwig Grauel	1998-2001



Michael Obladen	2001-2003
Ulrich Wahn	2003-2005
Annette Grütters-Kieslich	2005-2008
Felix Berger	2008-2010
Heiko Krude	2010-dato

### A.3 Fehlende Aktenbestände pro Jahrgang.

Tabelle A.3: Fehlende Aktenbestände pro Jahrgang.

Jahrgang	fehlende Aktennr.	fehlende Akten-Pakete	doppelte Aktennr.	Akten o. Nummer	erhaltene Akten
1941	39; 80; 105; 199; 279; 298; 337 298; 337	606–613; 615–696; 698–890 1011–1241	439		57,9%
1942	28; 234; 449; 466; 483; 610; 620; 627; 733; 1133; 1144; 1146; 1350; 1385	746–754; 756–789; 791– 794; 796–814; 816–823; 825–864; 866-1031; 1035–1042; 1044–1130	316; 366; 377		73,0%
1943	272; 278; 462; 509; 719; 729; 827; 919; 920; 925; 1047; 1121;		769; 1026		...

Tabelle A.3 – Fortsetzung					
Jahrgang	fehlende Aktennr.	fehlende Akten-Pakete	doppelte Aktennr.	Akten o. Nummer	erhaltene Akten
noch 1943	1126; 1127; 1149; 1053				97,6%
1944	59; 280; 299; 330; 331; 387; 470; 595; 596; 605; 711		1; 3; 4; 5	4	98,6%
1945	1; 3; 4; 5; 11; 30; 51; 53; 54; 58; 67; 75; 78; 88; 89; 104 153; 158; 170; 333; 375; 514; 563; 566; 573; 577; 585; 693; 716; 724			85	100,0% <sup>264</sup>
1946	2; 3; 8; 10; 112; 159; 213; 240; 280; 295; 320; 414; 432; 435; 436	393–400; 402–409; 547–751	92; 152; 195; 228; 245; 378	15	97,0%
1947	72; 92; 152; 161; 173; 177; 223; 254; 262; 276; 342; 449; 475; 537; 539; 541; 544; 545;	512–518; 523–532	144; 174; 247; 386; 387; 394; 395; 396; 400–405; 399; 407;		...

---

264 siehe Kapitel 1.3

<b>Jahrgang</b>	<b>fehlende Aktennr.</b>	<b>fehlende Akten-Pakete</b>	<b>doppelte Aktennr.</b>	<b>Akten o. Nummer</b>	<b>erhaltene Akten</b>
noch 1947	546; 548; 552;		409		96,6%
1948	13; 55; 57; 143; 144; 174; 180; 229; 250; 314; 388; 404	578–592; 594–599; 603–650	129; 201; 231		87,4%

## **A.4 Teilprojekte innerhalb von „Kulturen des Wahnsinns“ - Schwellenphänomene der urbanen Moderne (1870-1930)**

### **Projekt A: „Die Breite des Normalen“**

Zum Umgang mit Kindern im Schwellenraum zwischen „gesund“ und „geisteskrank“ in Berlin und Brandenburg 1918-1933. Betrachtet werden der Umgang mit psychisch kranken ("psychopathischen") Berliner Kindern und Jugendlichen in der Zeit der Weimarer Republik. Dabei wird der Übergang von noch gesund zu sicher psychisch krank besonders untersucht.  
Projektleiter: PD Dr. phil. Thomas Beddies

### **Projekt B: „Urbane Schau-Plätze“**

Orte des Okkulten als Experimentierfeld zwischen Wissenschaft, Kunst und visueller Kultur  
Projektleiter: Prof. Dr. phil. Christina von Braun

### **Projekt C: „Richten, Heilen, Strafen“**

Kulturen der forensischen Psychiatrie in Berlin, 1887-1914 Dieses Projekt untersucht die Zusammenarbeit von Instanzen in Berlin vor dem Ersten Weltkrieg bei forensisch-psychiatrisch Kranken. Im Fokus stehen drei Räumlichkeiten, wo mit straffällig psychisch-auffällig gewordenen Menschen umgegangen wurde: der Gerichtssaal, das Krankenhaus und das Gefängnis.  
Projektleiter: Prof. Dr. phil. Rüdiger vom Bruch

### **Projekt D: „Psychopathologische Grenzzustände als kultureller Schwellenraum“**

Psychiatrische Diagnosen der Berliner Universitätsnervenklinik zwischen 1880-1930 Am empirischen Material der Krankenakten der Charité Nervenklinik soll die Entwicklung der psychiatrischen Diagnosen mit drei Schwerpunkten untersucht werden.  
Projektleiter Prof. Dr. med. Volker Hess

### **Projekt E: „Sexuelle Moderne und Wahn“**

Die Figur der verrückten Frau in der urbanen Bohème 1890-1933  
Projeleiter: Professor Dr. Beate Binder, Professor Dr. Inge Stephan

### **Projekt F: „Künstlertum als paradigmatisches Schwellenphänomen“**

Zur Konstruktion moderner Konzeptionen künstlerischer Kreativität um 1900  
Projektleitung: Prof. Dr. Adrian von Buttlar und Prof. Dr. Magdalena Bushart

**Projekt G: „Narrative des Wahnsinns im großstädtischen Raum“, 1900-1930**

Untersucht wird, wie in literarischen und psychiatrischen Texten um 1900 der Wahnsinn zur Darstellung gelangte.

Projektleiter: PD Dr. phil. Armin Schäfer

**Projekt H: „Irre“ in Hamburg. Psychische Devianz auf See und in den Kolonien (1880-1920)**

Es werden unter anderem „geisteskrankte Rückwanderer“ untersucht, die nach ihrer Ausweisung aus den USA und ihrer Rückkehr nach Hamburg in der städtischen Irrenanstalt Friedrichsberg behandelt wurden. Weiter soll eine Patientengruppe betrachtet werden, die nach dem Ersten Weltkrieg in Hamburg einer Malaria- bzw. Fiebertherapie unterzogen wurde.

Projektleiter: Prof. Dr. Heinz-Peter Schmiedebach

**Projekt 0 / Koordination: „Wahnsinn im öffentlichen Diskurs“, 1880-1930**

Koordination der Forschergruppe. Die Aufgabe dieses Projektes 0 besteht in der Rekonstruktion des öffentlichen Diskurses um Wahnsinn. Als Quellenmaterial dienen Tages- und Wochenzeitungen mit Berliner Schwerpunkt quer durch das politische Spektrum (links, liberal, konservativ).

Projektleiter: Prof. Dr. Volker Hess

**A.5 Erfasste Merkmale.**

**Tabelle A.4:** Erfasste Merkmale (horizontale Einteilung der Excel-Tabelle).

Spalte	Merkmal
A	Nummer / laufende Zahl (Nr)
B	Aufnahme-Jahr (Aufn.-J)
C	Aufnahme-Nummer (Aufn.-Nr)
D	Abschluss-Jahr (Abschl.-J)
E	Abschluss-Nummer (Abschl.-Nr)
F	Initialien (Init.)
G	Geburtstag (Geb.)
H	Geschlecht

Tabelle A.4 – Fortsetzung	
Spalte	Merkmal
I	Wohnbereich
J	Station
K	Buch
L	aufnehmender Arzt (Aufn.-Arzt)
M	entlassender Arzt (Entlass.-Arzt)
N	1. Diagnose
O	2. Diagnose
P	Autopsie
Q	Sulfonamide (Sulf.)
R	Bluttransfusionen
S	Plasma
T	Salz-Glukose-Lösungen s.c. (S/G s.c.)
U	Salz-Glukose-Lösungen i.v. (S/G i.v.)
V	sonstige Therapie (sonst. Therapie)
W	Aufnahme-Datum (Aufn.-Datum)
X	Entlassungsdatum (Entlass.-Datum)
Y	verstorben (verst.)
Z	Blutbild (BB)
AA	Harn
AB	Blutsenkungsgeschwindigkeit (BGS)
AC	Mikrologie/Serologie (Mikro/Sero)
AD	Röntgenuntersuchungen (Rö)
AE	sonstige Bemerkungen (sonst. Bemerk.)
AF	Aufenthaltsalter (Auf.-Alter)
AG	Aufenthaltsdauer (Auf.-Dauer)
AH	Entlassung
AI	Impfungen

## A.6 Stationen der Kinderklinik der Charité.

Tabelle A.5: Station-Kodierung.

Station	Erkrankungen
Station 1	Atrophie, Gastroenteritis, habituelles Erbrechen, Bronchitis, Conjunctivitis purulents, Zustand nach schwerer Rachitis
Station 2	Idiot
Station 3	Varizellen, Bronchitis, zerebrales Erbrechen, Little'sche Krankheit <sup>265</sup> , Otitis media
Station 4	Pyurie, postencephalischer Zustand, Impetigo contagiosa <sup>266</sup> , Masern Bronchopneumonie, Epileptiforme Krämpfe, Otitis media, Ekzem, Oxyuren <sup>267</sup>
Station 5	Adenoide Vegetation, grippaler Infekt, Hundebiss, Stomatitis Kapillärbronchitis, Otitis media, Morbus Werlhof <sup>268</sup> , Bronchitis Anämie nach Nasenbluten, Lymphadenitis colli, Diabetes mellitus, Polimyelitis, extraduraler Strinlappenabzess
Station 6	Frühgeborene, gesundes Neugeborene, gesundes Ammenkind
Station 7	Bronchopneumonie, Ascariden <sup>269</sup> , gesundes Kind Hydrocephalus, Lues tarda, Taubheit, Chora minor Zustand nach Meningokokkenmenigitis
Station 8	Magen-Darm-Diphtherie, Scharlach, Otitis media
Station 9	Tuberculose mit unterschiedlicher Lokalisationen

265 zerebrale Kinderlähmung, welche von Geburt an bestehen, aber nicht fortschreiten, Ursachen können sein ein Entwicklungsdefekt oder eine Degeneration von Hirngewebe beim Fetus, oder Folgen einer erschwerten Entbindung, eines Geburtstraumas, von Erstickungszuständen oder Infektionen beim Neugeborenen

266 hochinfektiöse bakterielle Hautinfektion, die hauptsächlich bei Kindern sowie Neugeborenen auftritt, Synonym: Grindblasen, Grindflechte, Eitergrind, Eiterflechte, Borkenflechte oder Schleppe

267 parasitischer Fadenwurm

268 chronische idiopathische thrombozytopenische Purpura, es kommt zu einer Armut an Thrombozyten (Thrombozytopenie)

269 Spülwurm

## A.7 Diagnoseschlüssel der Kinderklinik der Charité.

**Tabelle A.6:** Mutmaßliche Diagnosen nach Diagnoseschlüssel der Kinderklinik der Charité.

Hauptgruppe	Diagnose	diagnosespezifische Untergruppe
I	Frühgeburt	I.1
	Geburtstrauma	I.4
	Meläna	I.8
II	Morbus Werlhof	II.4d
	Anämie n. Nasenbluten	II.5d
III	Diabetes mellitus	III.1
IV		
V	Mongolismus	V.3
VI	Ekzem	VI.2a
	Thymushyperplasie	VI.4
	Z.n. Rachitis	VI.5f
	Chorea minor	VI.15a
VII	Stomatitis	VII.1c $\tau$
	Angina lacunaris	VII.4a
	Hyperplasie d. Gaumenmandel	VII.4c
	adenoide Vegetation	VII.5c
	Retropharyngealabszess	VII.5d
	Lymphadenitis colli	VII.5f
	Atrophie	VII.8b
	Subtoxicose	VII.11
	habituelles Erbrechen	VII.15e
	Oxyürm	VII.19a
	Ascardien	VII.19c
VIII	Otitis media acuta	VIII.3a



Tabelle A.6 – Fortsetzung		
Hauptgruppe	Diagnose	diagnosespezifische Untergruppe
	Innenohrschwerhörigkeit	VIII.3e
	Bronchitis	VIII.5a
	Bronchopneumonie	VIII.5b
	Kapillarbronchitis	VIII.5e
	Asthma Bronchiale	VIII.5a $\gamma$
IX	Endokarditis	IX.4
X	Pyurie	X.2a
XI	Epileptiforme Krämpfe	XI.ad
	Hydrocephalus	XI.2d
	Meningitis serosa	XI.3
	Z.n. Meningokokkenmeningitis	XI.4a
	Mikrocephalus	XI.7a
	extraduraler Abzess	XI.10
	Poliomyelitis	XI.20a
	Debilitas	XI.24a $\delta$
XII	postencephalitischer Zustand	XII.11k
XIII	Varizellen	XIII.b
	Scharlach	XIII.1
	Morbillen	XIII.2a
	Masern	XIII.2b
	Masern-Pneumonie	XIII.2c
	Diphtherie	XIII.10c
	Keuchhusten	XIII.11
	grippaler Infekt	XIII.14
XIV	Tbc infiziert Lunge	XIV.1a
	Bronchialtbc	XIV.1b
	Mesenterialtbc	XIV.8
	Tbc infiziert Abdomen	XIV.8a
	Tbc infiziert	XIV.17

Tabelle A.6 – Fortsetzung		
Hauptgruppe	Diagnose	diagnosespezifische Untergruppe
XV	Lues tarda	XV.2
XVI	Infiltration r. Oberschenkel nach Einstich	XVI.6
	Hundebiss	XVI.2i
	Impetigo	XVI.7a
XVII		
XVIII		
XIX	Conjunctivitis purulenta	XIX.3
XX		
XXI	Ammenkind	
XXII	gesundes Kind	

**Tabelle A.7:** Verwendete Krankheitsgruppen-Kodierung.

Kodierung	verschlüsselte Erkrankungen
akute Ernährungsstörungen (1)	- klinisch Ruhr - Durchfallerkrankungen/Gastroenteritis - Erbrechen - Dyspepsie - Intoxikationen
chronische Ernährungsstörungen (2)	- Atrophie - Dystrophie
Diphtherie (3)	- Diphtherie - Diphtherie-Bazillen-Träger
bakterielle Erkrankungen (4)	- Scharlach - andere Streptokokkenerkrankungen - alle Anginen

Tabelle A.7 – Fortsetzung	
<b>Kodierung</b>	<b>verschlüsselte Erkrankungen</b>
virale Kinderkrankheiten (5)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Masern/Morbilli</li> <li>- Mumps/Parotitis epidemica</li> <li>- Röteln</li> <li>- Windpocken/Varizellen</li> <li>- Dreitagefieber (Exanthema subitum)</li> </ul>
Meningitis (6)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Meningitis</li> </ul>
Meningitis tuberculosa (7)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Meningitis tuberculosa</li> </ul>
Neugeborene (8)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Frühgeborene</li> <li>- Neugeborenenikterus</li> <li>- Geburtstraumata (z.B. infolge intrakranieller Blutungen)</li> </ul>
Tuberculose (9)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tuberculose mit unterschiedlicher</li> <li>- Lokalisationen</li> </ul>
Sonstige Diagnosen (10)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Fieber-, Gelegenheitskrämpfe</li> <li>- Augenerkrankungen</li> <li>- Asphyxie</li> </ul>
Atemwegserkrankungen (11)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pneumonie / Bronchitis</li> <li>- Nasopharyngitis/Rhinitis u.ä.</li> <li>- Otitis media acuta/chronica</li> <li>- adenoide Vegetationen</li> <li>- Tonsillenhyperplasie/-hypertrophie</li> <li>- Tonsillektomie</li> </ul>
Hauterkrankungen (12)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Soor</li> <li>- Exzem</li> </ul>
chronische innere Erkrankungen (13)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Diabetes mellitus</li> <li>- rheumatische Erkrankungen</li> <li>- Missbildungen innerer Organe</li> <li>- Ikterus (nicht: Neugeborenenikterus)</li> <li>- Chorea minor</li> <li>- Anämie</li> </ul>

<b>Kodierung</b>	<b>verschlüsselte Erkrankungen</b>
Typhus (14)	- Typhus
Sepsis (15)	- Sepsis
Tuberculose-Versuche (16)	- Tuberculose-Versuche
chronisches ZNS-Erkrankungen (17)	- Mongolismus - Hydrozephalus - spastische Lähmung - Krämpfe (ausgenommen: Fieber-/Gelegenheitskrämpfe)
Vitaminmangelerkrankungen (18)	- Rachitis - Spasmophilie
Harnwegserkrankungen (19)	- Nephritis - Cystitis
Pylorospasmus (20)	- Pylorospasmus
Poliomyelitis (21)	- Poliomyelitis
Geschlechtskrankheiten (22)	- Syphilis - Gonorrhö

## A.8 Ärzte an der Kinderklinik der Charité.

**Tabelle A.8:** Ärzte der Kinderklinik, erste u. letzte Nennung sowie Beschäftigungstage.

<b>Arzt</b>	<b>Geschlecht</b>	<b>Erste und Letzte Nennung</b>		<b>Tage</b>
Dr. Axhausen	männlich?	16.04.1947	12.06.1947	57
Dr. Bahrs	weiblich	03.06.1944	26.05.1945	357
Dr. Bartholdi		18.08.1948	07.12.1948	111
Dr. Felicitas Baumgarten	weiblich	03.11.1944	07.04.1949	1616
Dr. Bentner		22.11.1946	08.02.1947	78

Tabelle A.8 – Fortsetzung				
Arzt	Geschlecht	Erste und Letzte Nennung		Tage
Dr. Magarete J. Sophie Bernhardt (geb. 21.01.1914)	weiblich	12.11.1940	24.01.1941	73
Prof. Dr. Georg Julius Bessau (1884-1944)	männlich	16.08.1944	18.08.1944	2
Dr. Bimmann		20.03.1941	24.03.1941	4
Dr. Bleissner		08.03.1946	07.09.1946	183
Dr. Otto Cammann (25.07.1905-1949)	männlich	11.11.1941	19.03.1949	2685
Dr. Dönninger		16.08.1946	13.01.1947	150
Dr. Iris Einhorn	weiblich	17.05.1943	12.06.1943	26
Dr. Eugen		07.12.1943	07.12.1943	1
Dr. Fentiger		05.10.1942	05.10.1942	1
Dr. Maria Fey	weiblich	09.10.1940	12.02.1941	126
Dr. Fleck	männlich?	08.11.1946	15.12.1946	37
Dr. Flentiger		21.09.1942	21.09.1942	1
Dr. Hilde Franck	weiblich	13.01.1940	08.10.1940	269
Dr. Fritzsche		29.03.1948	24.12.1948	270
Dr. Irene K.J. Grieben (geb. 25.12.1912)	weiblich	17.11.1939	27.09.1944	1776
Dr. Elisabeth Grothaus (geb. 02.09.1908)	weiblich	23.04.1940	10.06.1941	413
Dr. Guben	weiblich	08.02.1941	05.08.1944	1274
Dr. Paul Walther Habermann (geb. 19.10.1919)	männlich	22.10.1946	02.03.1949	862
Dr. Ingeborg Hertwig (geb. 16.12.1910)	weiblich	26.10.1940	21.01.1941	87
Dr. Heilig		23.08.1947	28.07.1948	340
Dr. Heinz H.A. Herfurth (geb. 1911)	männlich	13.07.1940	20.04.1943	1011

Tabelle A.8 – Fortsetzung				
Arzt	Geschlecht	Erste und Letzte Nennung		Tage
Dr. Heubner	männlich	03.07.1946	25.07.1946	22
Dr. Hüth		08.03.1946	21.05.1949	1170
Dr. Fritz Jatzlauk	männlich	07.05.1943	22.08.1943	107
Dr. Jensen	weiblich	18.09.1940	05.09.1941	352
Dr. Ilse Kahlo (geb. 1908)	weiblich	05.07.1939	28.03.1946	2458
Dr. Else Marie Keilig (geb. 15.03.1919)	weiblich	17.06.1947	22.06.1948	371
Prof. Dr. Karl Klinke	männlich	02.08.1948	02.08.1948	1
Dr. Kochler		23.10.1940	23.10.1940	1
Dr. Kollbrunner	weiblich	27.11.1941	03.08.1943	614
Dr. Annemarie König	weiblich	26.02.1945	08.06.1948	1198
Dr. Kuske		04.07.1946	11.11.1946	130
Dr. Larsson		20.05.1948	21.07.1948	62
Dr. Annematie E. Leopold	weiblich	07.09.1940	16.08.1942	708
Dr. Lofler	weiblich	17.12.1940	17.11.1942	700
Dr. Löhr	männlich	09.05.1940	18.09.1942	862
Dr. von Maltzahn	weiblich	03.03.1941	02.08.1943	882
Dr. Hildegrad Marcussohn (geb. 14.01.1910)	weiblich	25.11.1947	16.08.1948	265
Dr. Marinor		06.12.1947	12.12.1947	6
Dr. Paul E. Mutschler (geb. 11.10.1910)	männlich	02.03.1942	04.05.1942	63
Dr. Dorothea Gertrud Müller (geb. 14.02.1921)	weiblich	25.09.1946	22.06.1949	1001
Dr. Narussan		30.12.1947	25.02.1948	57
Dr. Otto		04.08.1947	06.11.1948	460
Dr. Pareor		04.03.1948	12.04.1948	39
Dr. Potempa		03.08.1946	02.09.1946	30

Tabelle A.8 – Fortsetzung				
Arzt	Geschlecht	Erste und Letzte Nennung		Tage
Dr. Rarer		15.04.1948	15.04.1948	1
Dr. Rieger		02.08.1948	17.12.1948	137
Dr. Rinecke	weiblich	14.04.1941	24.05.1941	40
Dr. Küngold Berta Mathilde Salzmann (geb. 20.08.1881)	weiblich	27.11.1940	09.07.1945	1685
Dr. Erika R. Scharpegge (geb. 04.04.1909)	weiblich	16.05.1939	16.05.1939	1
Dr. Anneliese Schäfer (geb. 04.07.1910)	weiblich	18.01.1947	09.12.1948	691
Dr. Karl M.-Heinrich Stoeckel (geb. 25.01.1908)	männlich	19.09.1939	29.07.1941	679
Dr. Teller		09.03.1945	05.11.1947	971
Dr. Teuber		08.09.1947	30.10.1947	52
Dr. Werner		07.02.1947	11.03.1949	763
Dr. Brigitte Winckler (geb. 25.09.1912)	weiblich	19.09.1940	22.11.1946	2255
Dr. Wittken		08.07.1948	24.09.1948	78
Dr. Annemarie E. Ziebarth (geb. 20.11.1912)	weiblich	09.05.1941	30.03.1943	690

**Tabelle A.9:** Beschäftigung der Ärzte der Kinderklinik aufgeschlüsselt nach Jahr und Beschäftigungsdauer je Jahr.

	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947	1948
beschäftigte Ärzte insg.	21	15	13	9	8	16	19	21
Beschäftigungszeit $\ominus$	220	301	238	246	300	182	203	208
Beschäftigung < 183 Tage in Prozent	8 38%	2 13%	4 31%	2 22%	1 13%	10 63%	9 47%	11 52%
Beschäftigung < 365 Tage in Prozent	13 62%	5 33%	7 54%	5 56%	4 50%	12 75%	13 68%	15 71%

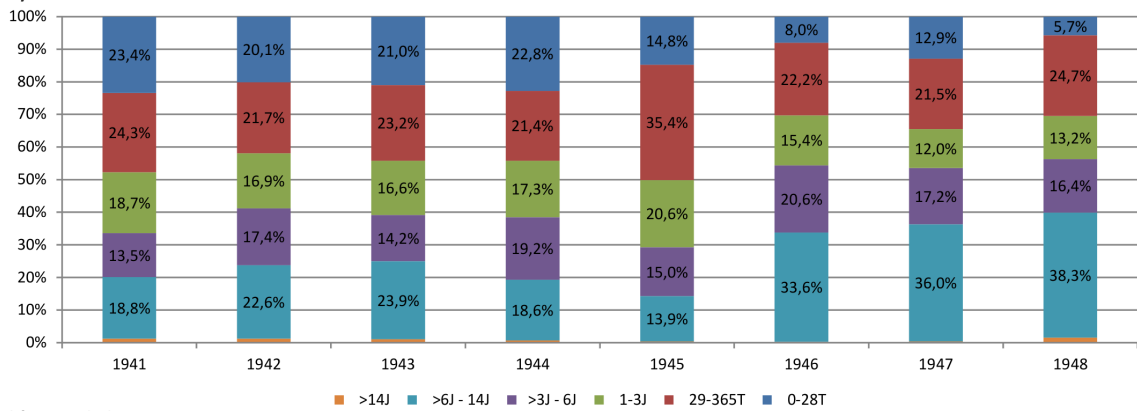
## A.9 Relative Aufnahmezahlen differenziert nach Jahr, Geschlecht und Altersgruppe.

**Tabelle A.10:** Relative Aufnahmezahlen differenziert nach Geschlecht und Altersgruppe bezogen auf das jeweilige Jahr.

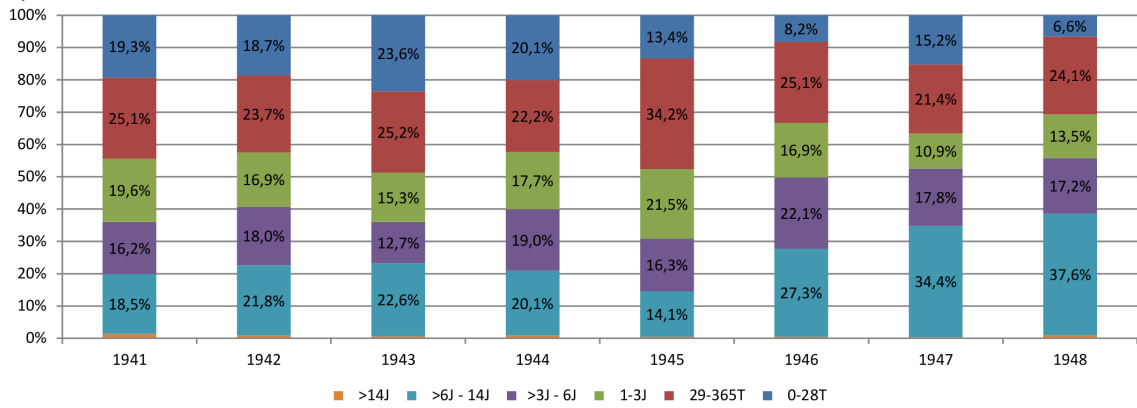
	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947	1948
Jungen:	53,4%	57,4%	56,1%	62,3%	54,7%	54,6%	51,7%	55,6%
Mädchen:	46,6%	42,6%	43,9%	37,7%	45,3%	45,4%	48,3%	44,4%
<b>Relative Aufnahmezahlen der Kinder bezogen auf das Alter</b>								
0-28T	23,4%	20,1%	21,0%	22,8%	14,8%	8,0%	12,9%	5,7%
29-365T	24,3%	21,7%	23,2%	21,4%	35,4%	22,2%	21,5%	24,7%
1-3J	18,7%	16,9%	16,6%	17,3%	20,6%	15,4%	12,0%	13,2%
>3J - 6J	13,5%	17,4%	14,2%	19,2%	15,0%	20,6%	17,2%	16,4%
>6J - 14J	18,8%	22,6%	23,9%	18,6%	13,9%	33,6%	36,0%	38,3%
>14J	1,3%	1,2%	1,1%	0,7%	0,4%	0,2%	0,4%	1,6%
<b>Relative Aufnahmezahlen der männl. Kinder bezogen auf das Alter</b>								
0-28T	19,3%	18,7%	23,6%	20,1%	13,4%	8,2%	15,2%	6,6%
29-365T	25,1%	23,7%	25,2%	22,2%	34,2%	25,1%	21,4%	24,1%
1-3J	19,6%	16,9%	15,3%	17,7%	21,5%	16,9%	10,9%	13,5%
>3J - 6J	16,2%	18,0%	12,7%	19,0%	16,3%	22,1%	17,8%	17,2%
>6J - 14J	18,5%	21,8%	22,6%	20,1%	14,1%	27,3%	34,4%	37,6%
>14J	1,3%	0,8%	0,6%	0,9%	0,5%	0,4%	0,4%	0,9%
<b>Relative Aufnahmezahlen der weibl. Kinder bezogen auf das Alter</b>								
0-28T	28,1%	22,1%	17,7%	27,2%	16,4%	7,8%	10,5%	4,7%
29-365T	23,4%	19,0%	20,7%	20,1%	36,7%	18,8%	21,7%	25,5%
1-3J	17,7%	16,8%	18,3%	16,6%	19,5%	13,5%	13,2%	12,9%
>3J - 6J	10,5%	16,6%	16,1%	19,4%	13,4%	18,8%	16,7%	15,3%
>6J - 14J	19,2%	23,6%	25,6%	16,3%	13,7%	41,1%	37,6%	39,2%
>14J	1,2%	1,8%	1,6%	0,4%	0,3%	0,0%	0,4%	2,4%



a) alle Patienten



b) männliche Patienten



c) weibliche Patienten

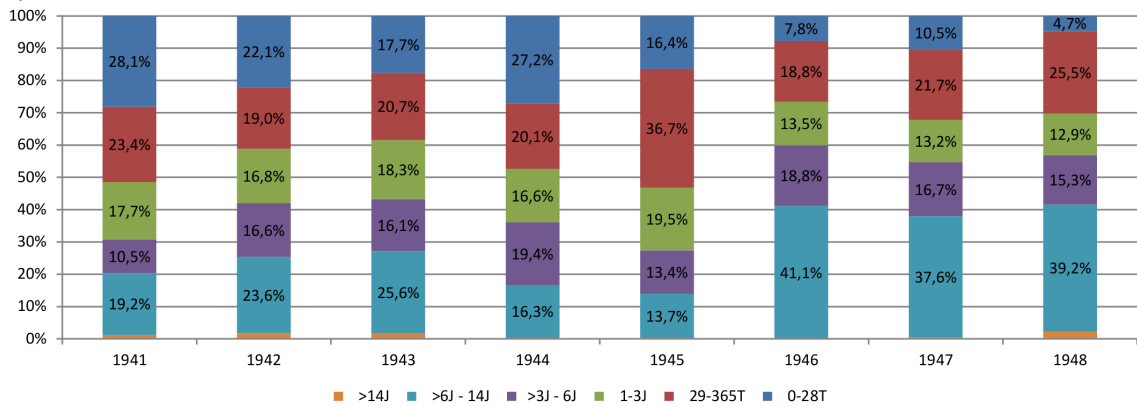


Abbildung A.1: Relative Aufnahmezahlen differenziert nach Geschlecht und Altersgruppe bezogen auf das jeweilige Jahr.

## A.10 Klinische Kindereinrichtungen in Berlin um 1941.

**Tabelle A.11:** Klinische Einrichtungen für kranke Kinder 1941 in Berlin.

Stadtbezirk	Klinik	Adresse
Mitte	- Universitätsklinik für Kinderkrankheiten Charité	Schumannstr. 20/21
Tiergarten	städtisches Robert-Koch-Krankenhaus (früher Krankenhaus Moabit)	Turmstr. 21
Wedding	- städt. Rudolf Virchow Krankenhaus - städtisches Kaiser- und Kaiserin-Friedrich Kinderkrankenhaus	Augustburger Platz 1 Reinickendorfer Str. 61
Prenzlauer Berg	städtisches Horst Wessel Krankenhaus im Friedrichshain	Landsberger Allee 159
Kreuzberg	- städtisches Weissenhaus Berlin - städtisches Krankenhaus am Urban	Alte Jakobstr. 33–35 Am Urban 12–18
Charlottenburg	- Kaiserin Auguste Victoria Haus - städtisches Kinder-Krankenhaus und Mütterheim Charlottenburg	Heubnerweg 6 Rüsternallee 24
Spandau		
Wilmerdorf	- städtische Kinderklinik Wilmerdorf - Martin-Luther-Krankenhaus	Homburger Str. 77 Caspar-Theiß-Str. 27–31
Zehlendorf	Oskar- Helene- Heim	Kronprinzenallee 229
Schöneberg	DRK, Rittberg Krankenhaus und Kinderklinik	Carstenstr. 58
Steglitz		
Tempelhof		
Neukölln	städtisches Kinder-Krankenhaus, Säuglings- und Mütterheim	Mariendorfer Weg 41–47
Treptow		
Köpenick		
Lichtenberg	städtisches Oskar-Zieiten-Krankenh.	Hubertusstr. 4–13
Weißensee	städtisches Paul-Reyner-Säuglings und Kinderkrankenhaus	Kniprodeallee 4
Pankow	städtisches Krankenhaus Buch	Wiltbergstr. 50
Reinickendorf		

## A.11 Herkunftsorte der aufgenommenen Patienten.

**Tabelle A.12:** Herkunftsorte der aufgenommenen Patienten, differenziert nach Jahr.

<b>Herkunftsort</b>	<b>1941</b>	<b>1942</b>	<b>1943</b>	<b>1944</b>	<b>1945</b>	<b>1946</b>	<b>1947</b>	<b>1948</b>
1 (Berlin Innenstadtbereich)	194 27,0%	363 33,8%	378 33,5%	252 33,6%	486 60,3%	245 57,9%	345 64,6%	242 42,2%
2 (Berlin Außenbezirke)	330 46,0%	401 37,3%	412 36,5%	282 37,5%	97 12,0%	17 4,0%	11 2,1%	99 17,2%
3 (an Berlin grenzende Vororte)	62 8,6%	122 11,3%	68 6,0%	62 8,3%	47 5,8%	5 1,2%	14 2,6%	59 10,3%
4 (fernes Umland und Reichsgebiet)	128 17,8%	182 16,9%	259 22,9%	141 18,8%	32 4,0%	8 1,9%	7 1,3%	170 29,6%
5 (aus Bunkern o. Flüchtlingslagern)	0 0,0%	0 0,0%	3 0,3%	6 0,8%	128 15,9%	25 5,9%	6 1,1%	0 0,0%
unbekannt	5 0,6%	7 0,6%	13 1,2%	9 1,2%	16 2,0%	124 29,3%	151 28,3%	4 0,7%

## A.12 Mittlere Verweildauer der gestorbenen und geheilten Patienten.

**Tabelle A.13:** Mittlere Verweildauer der gestorbenen und geheilten Patienten in Tagen.

	1941	1942	1943	1944	1945	1946	1947	1948
<b>alle Diagnosen:</b>								
Gesamt	42,1	48,4	50,7	47,0	33,7	43,6	48,5	53,9
Geheilte Patienten	48,3	54,8	55,3	52,6	47,8	48,8	54,8	57,3
Gestorbene Patienten	18,4	21,4	21,3	19,3	11,5	19,9	17,7	21,0
<b>Diagnose 1:</b>								
Gesamt:	40,3	54,2	50,8	50,1	22,3	35,2	25,1	30,9
Geheilte Patienten:	43,3	59,2	51,5	55,9	31,7	45,1	34,4	36,7
Gestorbene Patienten:	13,0	8,0	14,5	11,0	10,9	9,7	4,3	1,9
<b>Diagnose 3:</b>								
Gesamt:	34,5	35,7	35,5	31,9	17,5	28,9	24,7	28,4
Geheilte Patienten:	41,1	7,0	8,0	9,0	10,0	11,0	12,0	13,0
Gestorbene Patienten:	12,4	10,8	1,8	3,3	3,0	24,0	4,5	1,3
<b>Diagnose 8:</b>								
Gesamt:	28,4	32,9	45,3	57,3	47,0	9,2	21,0	26,4
Geheilte Patienten:	60,6	68,4	73,7	83,6	89,3	7,0	41,4	52,7
Gestorbene Patienten:	12,4	9,9	14,6	15,1	10,0	20,0	4,2	4,9
<b>Diagnose 11:</b>								
Gesamt:	26,3	18,2	22,8	25,6	19,3	37,8	35,8	23,5
Geheilte Patienten:	27,8	20,2	24,1	28,2	30,3	37,5	42,8	25,3
Gestorbene Patienten:	19,3	6,6	8,2	6,9	5,8	39,1	4,2	4,6
<b>Diagnose 13:</b>								
Gesamt:	42,3	64,9	45,5	62,3	91,6	43,0	55,0	43,6
Geheilte Patienten:	45,3	61,4	45,8	65,1	80,5	54,7	56,3	39,6
Gestorbene Patienten:	20,6	100,6	41,7	39,1	143,7	6,6	45,7	123,6
<b>Diagnose 18:</b>								
Gesamt:	35,2	170,2	39,4	1,0	10,7	21,0	56,8	36,1
Geheilte Patienten:	35,2	189,0	31,5	0,0	10,7	21,0	56,8	36,1
Gestorbene Patienten:	0,0	1,0	71,0	1,0	0,0	0,0	0,0	0,0

**A.13 Briefe an die Direktion der Charité.**

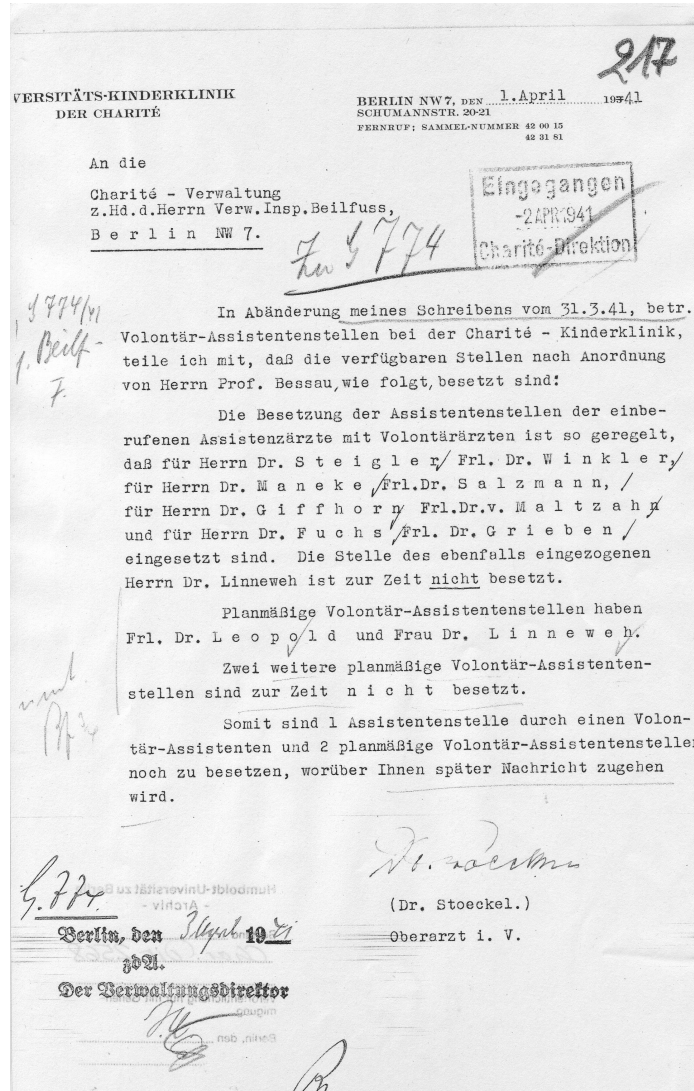


Abbildung A.2: Brief von Dr. Stöckel an die Direktion der Charité (1. April 1941).

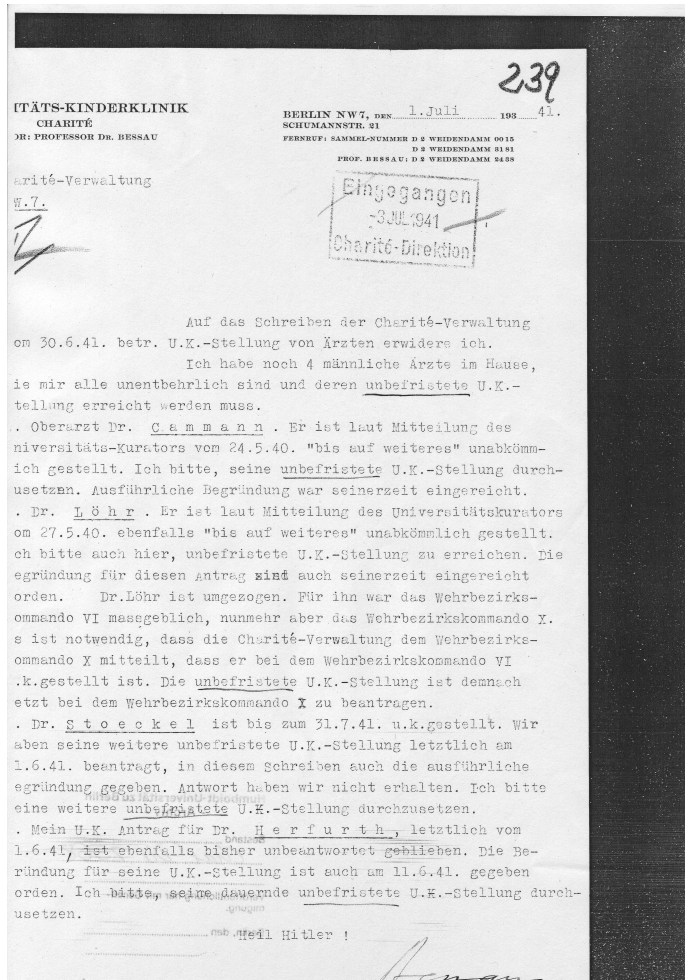


Abbildung A.3: Brief von Prof. Dr. Bessau an die Direktion der Charité (1. Juli 1941).