

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

DISSERTATION

Kinder und Kinderheilkunde in Berlin

Zwischen Fürsorge und Forschung
(1945-1965)

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

vorgelegt der Medizinischen Fakultät
Charité – Universitätsmedizin Berlin

von

Lea Münch

aus Koblenz

Datum der Promotion: 18.09.2020

Meinen Eltern

Inhaltsverzeichnis

<i>Zusammenfassung</i>	- 1 -
<i>Abstract</i>	- 3 -
<i>1 Einleitung</i>	- 7 -
1.1 Einführung	- 7 -
1.2 Methodik und Quellen	- 11 -
1.3 Stand der Forschung und Desiderate	- 15 -
1.4 Kriegsende in Berlin	- 24 -
<i>2 Nachkriegszeit und die besondere Not der Kinder – Eine sozialpädiatrische Frage..</i> - 30 -	
2.1 Nachkriegsproblematik	- 30 -
2.1.1 Situation der Kinder	- 30 -
Exkurs: Poliomyelitis	- 42 -
2.1.2 Pädiatrie als Ordnungsfaktor: Normative Vorstellungen von physischer und psychischer Kindergesundheit	- 53 -
2.2 Traditionslinien der Kinderheilkunde	- 58 -
2.2.1 Inhaltliche Kontinuitäten und Kontexte der Berliner Pädiatrie	- 58 -
Exkurs: Klinische Forschung zur „Ernährungsfrage“	- 62 -
2.2.2 Das Konzept der Säuglings- und Kinderfürsorge im Spiegel von Lehrbüchern-	63 -
<i>3 Zwischen Reaktivierung der Fürsorge und individualisierter Medizin: Konzepte und Maßnahmen in der Kinderheilkunde in den westalliierten und sowjetischen Besatzungszonen bzw. in der Bundesrepublik und DDR</i>	- 72 -
3.1 Örtliche Erholungsfürsorge und Kinderverschickung – Lösung der „Ernährungsfrage“?	- 72 -
3.1.1 Konzeption, Zielsetzung und Finanzierung	- 72 -
3.1.2 Örtliche Erholungsfürsorge	- 81 -
3.1.3 Kinderverschickung	- 89 -
3.1.4 Bewährte Konzepte in West- und Ost-Berlin nach 1949?	- 104 -
3.2 Antibiotika als neue Behandlungsstrategie bei Infektionskrankheiten: Anfänge und Allokationsproblematik	- 120 -
3.2.1 Penicillin	- 125 -
3.2.2 Streptomycin	- 127 -
3.2.3 Entwicklungen in den 1950er Jahren	- 132 -

4	<i>Institutionalisierte Elemente der Kinderversorgung und prägende Persönlichkeiten-</i>	134 -
4.1	Universitäten und ihre Professor_innen	134 -
4.1.1	Kaiserin-Auguste-Victoria Haus.....	134 -
	Exkurs: Forschungsschwerpunkt Neonatologie in Ost und West.....	152 -
4.1.2	Maß und Wirkungen der Entnazifizierung in Berlin	159 -
4.1.3	Zur Person Gerhard Joppich	162 -
4.1.4	Zur Person Adalbert Loeschke.....	172 -
4.1.5	Zur Person Leonore Ballowitz	178 -
4.1.6	Herbert Schönfeld – Kinderarzt mit Erziehungsauftrag	183 -
4.1.7	Gerhard Kujath – Von der „Kinderfachabteilung“ Wiesengrund zur heilpädagogischen Abteilung am KAVH	185 -
4.1.8	Kinderklinik der Charité	192 -
4.2	Städtische Kinderkrankenhäuser, Fürsorgestellen und Heime	197 -
4.2.1	Lindenhof.....	199 -
4.2.2	Kinderkrankenhaus, Stadtmilchküche und Fürsorgestellen Friedrichshain....	209 -
4.2.3	Kinderversorgung in Weißensee.....	213 -
4.2.4	Städtisches Kinderkrankenhaus Wedding.....	216 -
4.2.5	Einrichtung eines Heims für „nicht mehr bildungsfähige Kinder“.....	223 -
4.2.6	Kinderheim Blankenburg	224 -
4.2.7	Orthopädische Kinderfürsorgestelle Schöneberg	226 -
4.2.8	Hauptkinderheim von Gross-Berlin	227 -
5	<i>Selbstverständnis der Kinderheilkunde und Kinderbild</i>	229 -
5.1	Kollektives Schweigen – Zum Umgang mit der NS-Kinder-„Euthanasie“	229 -
5.2	Kinderbild und Selbstverständnis der Kinderärzt_innen im Spiegel von Lehrbüchern und Publikationen.....	234 -
5.2.1	Kontinuitäten nationalsozialistischer Ideologie	234 -
5.2.2	„Der Arzt als Erzieher des Kindes“ – Tradition und Neuinterpretation eines gesellschaftlichen Erziehungsauftrags	237 -
5.3	Über die Entwicklung des Stellenwerts der Sozialpädiatrie in West und Ost....	251 -
6	<i>Resümee</i>	258 -
7	<i>Anhang</i>	261 -
7.1	Abkürzungsverzeichnis	261 -
7.2	Quellenverzeichnis- und Literaturverzeichnis	262 -
7.2.1	Quellen.....	262 -
7.2.2	Literatur.....	266 -
7.2.3	Abbildungsverzeichnis.....	276 -
7.3	Lebenslauf	279 -
7.4	Publikationsverzeichnis	280 -
7.5	Eidesstattliche Erklärung	281 -
7.6	Danksagung	282 -

Zusammenfassung

Fragestellung

Wenngleich die Kindheit im 20. Jahrhundert hinsichtlich des Kinderschutzes und vielfältiger Forschungsbestrebungen zum Wohle des Kindes eine deutliche Aufwertung erfahren hatte, sah sich die Kinderheilkunde in der Nachkriegszeit mit enormen Herausforderungen konfrontiert. Vor dem Hintergrund kriegsbedingter Zerstörungen der Versorgungsstrukturen und der materiellen Engpässe sah man die Kindergesundheit vor allem Bedrohungen in Form von Infektionskrankheiten, Unterernährung und Traumatisierung sowie den Unwägbarkeiten einer sich im Umbruch befindenden Gesellschaft ausgesetzt. Eine genaue Analyse dieser Problematik auf der regionalen Ebene Berlins ist ebenso wie die Darstellung der daraufhin initiierten Formen der Kinderhilfe in der Reorganisationsphase der Pädiatrie bisher ein Desiderat geblieben. Hierbei ist nach Brüchen und Kontinuitäten auf struktureller, ideologischer sowie personeller Ebene zu fragen. Von Interesse ist dabei die Frage nach dem Einfluss der politischen Rahmenbedingungen auf die konkrete Ausgestaltung der medizinischen Versorgung der Kinder.

Methodik

Zentral für die vorliegende Arbeit waren die systematische Sichtung der Bestände des Landesarchivs Berlin, die sowohl die Rekonstruktion des Wiederaufbaus von institutionalisierten Elementen der Kinderversorgung als auch von interimistischen Maßnahmen zur präventiven Fürsorge erlaubten. Mit Hilfe von biographischen Ansätzen, die mit dem Wirkungsfeld der jeweiligen Pädiater_innen verknüpft wurden, konnte der Personenkreis skizziert werden, der maßgeblichen Einfluss auf die Gestaltung der Berliner Pädiatrie hatte. Die dazu erforderlichen Personalakten fanden sich in den Universitätsarchiven der beiden Berliner Universitäten, wobei der Nachlass der Neonatologin Leonore Ballowitz im Pädiatrie-Archiv, das Bestandteil des HU-Archivs ist, besonders hervorzuheben ist.

Ergebnisse

Sowohl die die hohe Säuglingssterblichkeit als auch die mangelhafte Ernährungssituation der älteren Kinder waren bereits aus dem Kaiserreich und der Weimarer Republik bekannte wiederkehrende Problematiken. Diesen wurde mit einer Reaktivierung des gruppenpartikularen Fürsorgekonzepts begegnet. Durch die Realisierung von Schulspeisungen, Wiederaufbau von Säuglings- und Fürsorgestellen, örtlicher Erholungsfürsorge sowie Kinderverschickung besaß die Kinderheilkunde einen deutlich sozialpädiatrisch ausgerichteten Charakter. In Institutionen

wie dem KAVH amalgamierten sich traditionelle sozialhygienische Ansätze mit innovativer Forschung insbesondere auf dem Gebiet der Neonatologie. Entgegen der These, dass im Gegensatz zur Bundesrepublik die präventive Fürsorge nur in der DDR als bestimmender Grundpfeiler anzusehen ist, lässt sich West-Berlin ebenso noch lange als sozialpädiatrische Enklave charakterisieren.

Viele Pädiater_innen, die in unterschiedlichem Maße mit dem NS-System kooperiert hatten, konnten ihre Karrieren fast bruchlos fortsetzen. Die Kinderheilkunde präsentierte sich ohne grundlegende Neuorientierung erfolgreich als Ordnungsfaktor in schwierigen Zeiten. Dies geschah unter anderem durch die Reinszenierung des Kinderarztes als „Erzieher des Kindes“ und ging mit einem unangefochtenen paternalistischen Deutungsanspruch hinsichtlich der Kindergesundheit und des Bilds des Kindes als formbare Vorstufe des Menschen einher.

Abstract

Background

The discipline of paediatrics had to face immense challenges during the post-war period. In the light of war-ravaged institutional healthcare systems and the material shortage, the health of children was especially exposed to threats such as infectious diseases, malnutrition, trauma as well as the unpredictable nature of radical societal upheaval. A detailed analysis of these problems on the regional level of Berlin and the description of the methods of care for children in the reorganization period of paediatrics remained a desideratum. Particularly discontinuities and continuities on a structural, ideological and personal level are to be analyzed. Of interest is also the influence of the political framework on the actual form of medical care for children.

Methods and Sources

A systematic review of the literature body of the Landesarchiv Berlin was central for the investigation and allowed the reconstruction of the institutionalized elements of children's care as well as the interim measures of preventive care. Biographical approaches are intertwined with the paediatrics sphere of activity. The required personal files could be obtained from the university archives of both FU and HU. Especially the literary remains of the neonatologist Leonore Ballowitz have to be highlighted as a valuable source.

Results

The tremendous infant mortality and malnourishment of infants were recurring problems well known since the German Empire and the Weimar Republic. These challenges were met by the reactivation of group-focused care. The realization of free school meals, the rebuilding of infants - and children care centres and local recreational care demonstrate a dominant social paediatric policy in the discipline of paediatrics. Institutions such as the Kaiserin Auguste Victoria Haus combined traditional social hygiene approaches with modern research in the field of neonatology. In contrast to the prevailing opinion in the literature of preventive care being only a fundamental pillar of paediatrics in the German Democratic Republic, but not in the Federal Republic of Germany, West-Berlin can be characterized as an enclave of social paediatrics. Many paediatricians who cooperated with the system of National Socialism to different degrees could pursue their careers seamlessly. Without any fundamental reorientation, the discipline of paediatrics successfully presented itself as a factor of order in difficult times. This was facilitated by reenacting the figure of the paediatrician as "educator of the child" with

a corresponding uncontested paternalistic entitlement regarding the child's health and a picture of the child as a formable precursor of man.

Frühling 1945 - Kriegsende in einer Kinderklinik in Berlin

„Malinki Gospital! Malinki Gospital!“¹ Kinder liefen lärmend auf dem Dachboden des Kinderspitals Kaiserin-Auguste-Victoria Haus in Berlin herum. Sie waren „mit einem neuen Spiel beschäftigt, das ihnen, ihrem Gelächter nach, unbändigen Spaß zu bereiten schien. Sie hatten sich ein Zelt gebaut, an dem der Jüngste [der Kinder] rüttelte, während die beiden älteren von drinnen aus Leibeskräften schien: ‚Malinki Gospital‘.“²

Diese Anekdote ist die einzig bekannte Überlieferung, die zumindest eine Momentaufnahme aus der Perspektive der Kinder auf das Erleben des Kriegsendes in dem genannten Kinderkrankenhaus bietet, wenn auch noch durch die Augen des dortigen Professors für Kinderheilkunde, Gerhard Joppich, gesehen. Das Spiel war offensichtlich eine kindliche Art der Verarbeitung der Geschehnisse in einer Zeit, die durch die Grunderfahrung materiellen Mangels sowie eine unsichere Zukunft geprägt war. Joppich schildert die durch die Kinder inszenierte Eroberungssituation folgendermaßen:

„Während der Eroberung Berlins war ich mit den Kindern der Klinik, dem gesamten Ärzte- und Schwesternpersonal und der eigenen Familie in die Luftschutzräume gezogen. Die eisernen Türen der Keller waren fest verschlossen. Die ständig am Tag und in der Nacht sich wiederholenden Versuche russischer Soldaten, mit Gewalt in die Räume einzudringen, führten immer wieder zu derselben Szene: Mit größter Lautstärke rief man den Soldaten, die die Türen zu sprengen suchten zu: ‚Malinki Gospital‘, d.h.: Kinderkrankenhaus. Es waren jedesmal bange Minuten, die bei diesen Eroberungsversuchen vergingen. Schreckensbleich standen die Schwestern neben den zitternden Kindern.“³

¹ Wurde fälschlicherweise für die russische Entsprechung von „Kinderkrankenhaus“ verwendet anstatt больница (bol'nitsa). Es ist jedoch anzunehmen, dass die Bedeutung ungefähr verstanden wurde. госпиталь bedeutet Spital bzw. Lazarett; malinki annähernd etwas wie klein.

² Joppich, Gerhard: Das Kind im Jahrhundert des Kindes. Rede zur feierlichen Immatrikulation am 24. November 1956. Vandenhoeck&Ruprecht, Göttingen, 1957, S. 17.

³ Ebd.

1 Einleitung

1.1 Einführung

„Hunger, Tuberkulose und Demoralisierung bei den Kindern [...] riefen nach neuen Formen der Kinderhilfe.“⁴

So beschreibt der Freiburger Medizinhistoriker Eduard Seidler die Situation der Kinder nach dem Zweiten Weltkrieg. Die Kindheit hatte zu Beginn des 20. Jahrhunderts eine deutliche Aufwertung erfahren, die sich in Form von besserem Kinderschutz und vielfältiger Forschungsbestrebungen zum Wohle des Kindes äußerte und auch rechtliche Entsprechungen erhielt, wenngleich dies oft vor der Folie national orientierter Argumentationsfiguren geschah. Der Nationalsozialismus bedeutete eine barbarische Zäsur im vielzitierten „Jahrhundert des Kindes“ (Ellen Key) und verlieh diesem endgültig eine janusköpfige Gestalt. Sowohl die Nachwirkungen als auch die Formen der Kinderhilfe umfassend im Hinblick auf medizinische Aspekte und deren gesellschaftlichen und politischen Kontext auf regionaler Ebene in Berlin darzustellen, ist bisher ein Desiderat geblieben. Weiterhin ist unklar, inwieweit die initiierten Hilfsmaßnahmen tatsächlich als Novum zu verstehen sind. Die Lebensverhältnisse von Kindern und die Kindersterblichkeit werden oft als zivilisatorischer Gradmesser einer Gesellschaft beschrieben. Ärzt_innen und die durch sie vertretene und praktizierte Medizin besitzen dabei eine weitreichende Deutungshoheit über den menschlichen Körper sowie das Kontinuum von Gesundheit und Krankheit. Kinder nehmen hierbei eine gewisse Sonderstellung ein, da sie in der Gesellschaft keine Entscheidungsgewalt innehaben und auch aufgrund ihrer physischen Gegebenheiten in vielerlei Hinsicht vulnerabler als Erwachsene sind. Insofern lassen sich in der Fragestellung, wie eine Gesellschaft für die ihr anvertrauten Kinder als Hoffnungs- und

⁴ Schweier, Paul; Seidler, Eduard (Hrsg.): Lebendige Pädiatrie. Hans Marseille, München, 1983, S. 76.

„Als „tuberkulös“ bezeichnet man sämtliche Veränderungen, die im Körper durch Gegenwart des 1882 von Robert Koch entdeckten Tuberkelbacillus entstehen.“ In dem Lehrbuch wurde explizit auf die besondere Bedeutung der Tuberkulose in der Kinderheilkunde hingewiesen: „... das Kernproblem, daß nämlich die Tuberkulose nicht nur eine verbreitete Krankheit, die *auch* im Kindesalter vorkommt, sondern daß sie ein Krankheitsgeschehnis darstellt, das für 50-80% aller Menschen der gemäßigten Zone im Kindes- und Jugendalter einsetzt, dessen weiterer Ablauf dann sehr entscheidend von inneren und äußeren Faktoren dieser Altersstufe bestimmt wird. Das gibt dem Problem seine medizinische, nicht zuletzt auch seine sozialmedizinische Bedeutung.“ Vgl.: Rominger, Erich (Hrsg.): Lehrbuch der Kinderheilkunde. Springer, Berlin, 1950, S. 236.

Zukunftsträger sorgt, auch manche Hinweise über die Gesellschaft selbst, die sie umgebenden Strukturen und Politik finden. Die Korrelation der traumatischen Erlebnisse einer (Nachkriegs-)Kindheit und deren (späteren) negativen Folgen für die Gesundheit der Betroffenen, ist auch Gegenstand aktueller Studien und lässt erahnen, wie drastisch die Verhältnisse gewesen sein müssen.⁵

Wie das gesamte gesellschaftliche Denken und die Wertvorstellungen einer Kultur, so unterliegt auch die Medizin mit ihren Fachbereichen einem dynamischen Wandel und normativer Determination durch die zeitgenössischen Horizonte. Vergleicht man beispielsweise die Handlungsmaximen führender Pädiater_innen zur Zeit des Kaiserreichs,⁶ des NS-Regimes oder der Nachkriegszeit mit den heutigen, so wird man große Unterschiede gewahr. Dass sich diese Entwicklung auch in den entsprechenden Institutionen wie Krankenhäusern und deren Konzeption widerspiegelt, ist naheliegend. Im Fokus der vorliegenden Untersuchung stehen daher folgende Fragen: Mit welchen gesundheitlichen Problemstellungen hatten Kinder in der Nachkriegszeit zu kämpfen? Welche Akteur_innen nahmen sich derselben an und welcher Lösungsstrategien und Maßnahmen bediente man sich dabei? Angesichts der besonderen Not der Kinder im zerstörten Berlin wurde rasch ein komplexes Zusammenspiel aus Neustrukturierung vorhandener Infrastrukturen sowie zusätzlicher kurzfristiger Hilfsmaßnahmen von interimistischem Charakter initiiert. Hierbei ist nach der Einordnung und Verknüpfung mit traditionellen pädiatrischen Konzepten zu fragen. Besonders beachtenswert ist im Hinblick auf die geteilte Stadt auch die Frage nach dem Stellenwert der Sozialpädiatrie, die auf eine lange Tradition in Berlin zurückblicken konnte. Wie positionierten sich die beiden deutschen Staaten auf dem Gebiet der Fürsorge – zwischen Hilfe für die Kinder einerseits und (staatlicher) Kontrolle andererseits?

Nach der erfolgreichen Bekämpfung der existentiell bedrohlichen Probleme der Kindergesundheit widmete man sich dem (Wieder-)Aufbau einer leistungsstarken

⁵ „[...] beim Vergleich der Jahrgänge 1935, 1945, 1955 in der Nachuntersuchung deutliche Unterschiede zwischen den Kohorten bezüglich psychisch bedingter Erkrankungen gefunden: 40 Prozent der „Spätkriegskinder“ des Jahrgangs 1945, 30 Prozent der „Frühkriegskinder“ des Jahrgangs 1935 und 20 Prozent der Nachkriegskinder des Jahrgangs 1955 zeigten seelisch bedingte Erkrankungen.“ Vgl.: Kuwert, Philipp; Spitzer, Carsten; Träder, Anna et al.: Posttraumatische Belastungssymptome als Spätfolge von Kindheiten im Zweiten Weltkrieg. *Psychotherapeut*, 2007, Volume 52, Issue 3, S. 212.

⁶ Erst gegen Ende des 20. Jahrhunderts wurden Frauen zum Medizinstudium an den Universitäten im deutschen Kaiserreich zugelassen, weshalb ihr Anteil unter den Kinderärzt_innen zunächst verschwindend gering gewesen sein dürfte. Erste Professorin für Kinderheilkunde wurde in Berlin Leonore Ballowitz. Aufgrund dessen wird die Berufsbezeichnung Kinderärzt_in und Pädiater_in durchgehend gegendert, der Titel Professorin_in hingegen erst ab der Nachkriegszeit, um keine falschen historischen Tatsachen zu konstruieren.

Kinderheilkunde, um eine kontinuierliche gesundheitliche Versorgung der Kinder zu gewährleisten, die auch einige Umwälzungen auf der universitären Ebene von Forschung und Lehre nach sich zogen. Damit verknüpft war auch die Etablierung eines neuen Selbstverständnisses sowohl der zeitgenössischen Pädiater_innen als auch die Positionierung der Besatzungsmächte und der politischen Vertreter_innen der DDR und der Bundesrepublik. Es soll analysiert werden, inwieweit die entstehende Systemkonkurrenz der beiden deutschen Staaten sich in der Forschung und Praxis der Nachkriegspädiatrie manifestierte. Die erfolgreiche Institutionalisierung einer leistungsstarken Pädiatrie war beiderseits von Interesse. Welche Folgen hatte das für die (universitäre) Kinderheilkunde? Welche Schwerpunkte ergaben sich hinsichtlich der Inzidenz von Kinderkrankheiten, Präventionsmaßnahmen und Therapien sowie Konsequenzen für die Gesundheitspolitik durch die historischen Rahmenbedingungen? Welche Fragestellungen standen im Zentrum des pädiatrischen (Forschungs-)Interesses und welche wurden eher marginalisiert? Diese Fragestellungen sollen in ihrer zeitlichen Entwicklung beleuchtet und Unterschiede hinsichtlich der Teilung Deutschlands und Berlins herausgearbeitet werden. Kann man wie generell wie für die Nachkriegsgeschichte der doppelten Staatsgründung auch in der Kinderheilkunde von einer „asymmetrisch verflochtenen Beziehungsgeschichte“ sprechen?⁷

Die Darstellung konzentriert sich die universitären Institutionen betreffend vorrangig auf die Etablierung der universitären Kinderheilkunde und deren Fachvertreter_innen in West-Berlin. Was die spezielle Situation der Kinder betrifft, liegt ein nicht zuletzt der uneinheitlichen Quellenlage geschuldeter Fokus auf dem Osten Berlins. Nicht zu vergessen ist hierbei, dass die dort angesiedelten Arbeiterbezirke aufgrund ihrer Sozialstruktur sicherlich in ungleicher Weise drastischer vom Nachkriegselend getroffen wurden, als dies in bürgerlichen Schichten der Fall gewesen sein dürfte. Nichtsdestotrotz können die geschilderten Probleme zweifelsohne als paradigmatisch für die Nachkriegssituation der Kinder betrachtet werden.

Die willfährige Kooperation der Pädiatrie mit dem Nationalsozialismus ist bereits Gegenstand vielerlei Forschungsunternehmen gewesen. Hieran anschließend stellt sich die Frage, wonach Ärzt_innen und andere mit der Kindergesundheit Beauftragte nach dem Ende des Dritten Reiches ihr Handeln ausrichteten, welche Ziele verfolgt wurden und welche übergeordneten Vorstellungen dabei eine Rolle spielten. Dazu zählt auch die Aushandlung eines neuen

⁷ Kleßmann, Christoph; Misselwitz, Hans; Wichert, Günter (Hrsg.): Deutsche Vergangenheiten – eine gemeinsame Herausforderung. Der schwierige Umgang mit der doppelten Nachkriegsgeschichte. Ch. Links, Berlin, 1999, S. 12.

Gesundheitsbegriffs.⁸ Ein weiteres Augenmerk soll in diesem Zusammenhang auf die Analyse der Bedeutung und Persistenz nationalsozialistischen Gedankenguts in der Kinderheilkunde auch nach dem Ende des NS-Systems gerichtet sein. Kontinuitäten bestanden dabei nicht nur auf personeller, sondern auch auf struktureller Ebene. Dies ist laut Adorno von eminenter Bedeutung, so konstatierte er in seinem vielzitierten Essay Was bedeutet: Aufarbeitung der Vergangenheit: „Ich betrachte das Nachleben des Nationalsozialismus in der Demokratie als potentiell bedrohlicher denn das Nachleben faschistischer Tendenzen gegen die Demokratie.“⁹ Zusammenfassend lässt sich festhalten, dass die unmittelbaren Nachkriegsjahre in mehrfacher Hinsicht eine enorme Herausforderung für die Kinderheilkunde darstellten: Die Linderung der unmittelbaren Not sowie der Versorgungsauftrag stand zunächst im Vordergrund. Sukzessive wurde auch der Forschungs- und Lehrbetrieb in den kriegszerstörten Kliniken und Instituten wiederaufgenommen. Weiterhin musste die Kinderheilkunde, deren Ansehen durch den Nationalsozialismus in Misskredit geraten war, ihre gesellschaftliche Rolle sowie damit verbundene Präsentation in der Öffentlichkeit neugestalten. Die Bewältigung dieser vielschichtigen Problematik konnte nur mit einem großen Kraftakt gelingen. Dieser Herausforderung stellte sich die Pädiatrie ganz selbstbewusst auch nach ihren Verfehlungen im Dritten Reich offiziell mit den Worten Hans Kleinschmidts auf dem ersten Nachkriegskongress der DGfK:¹⁰ „Wir waren seit jeher gewohnt, uns gerade der Kinder unter ungünstigen sozialen Umständen anzunehmen.“¹¹

⁸ Eine ausführlichere Diskussion und Implikationen der Begriffe Gesundheit und Krankheit finden sich bei Honecker, Martin: Gesundheit als höchstes Gut? Das sich wandelnde Verständnis von Heil und Heilung in der modernen Gesellschaft. In: Schäfer, Daniel; Frewer, Andreas; Schockenhoff, Eberhard; Wetzstein, Verena (Hrsg.): Gesundheitskonzepte im Wandel. Geschichte, Ethik und Gesellschaft. Franz Steiner, Stuttgart, 2008.

⁹ Adorno, Theodor, W.: Was bedeutet: Aufklärung der Vergangenheit. In: Gesammelte Schriften. Kulturkritik und Gesellschaft. Suhrkamp, Frankfurt am Main, 2015, Bd. 10.2, S. 555 f.

¹⁰ Hans Kleinschmidt (1885-1977), Pädiater; 1918 Ernennung zum Professor für Kinderheilkunde in Berlin, danach Professur in Hamburg, Köln und nach dem Krieg in Göttingen. Mit seinem damaligen Assistenten Gerhard Joppich hatte er sich „sofort dem Aufbau der Hitler-Jugend zur Verfügung gestellt“. Kleinschmidt trat 1937 in die NSDAP ein und war im Jahr 1944 noch im Wissenschaftlichen Beirat des Bevollmächtigten für das Gesundheitswesen Karl Brandt tätig. Nach dem Systemwechsel 1945 hatte Kleinschmidt den Lehrstuhl in Göttingen von 1946 bis 1953 inne und wurde 1956 mit dem Emil-v.-Behring-Preis ausgezeichnet. Vgl. Klee, Ernst: Das Personenlexikon zum Dritten Reich. Wer war was vor und nach 1945? S. Fischer, Frankfurt am Main, 2003, S. 315.

¹¹ Zitiert nach: Schweier, Paul; Seidler, Eduard (Hrsg.): Lebendige Pädiatrie. Hans Marseille, München, 1983, S. 76.

Auch wenn der Zeitgeschichte oft in erster Linie eine kommemorativ Funktion zugeschrieben wird,¹² ist darüber hinaus die Reflexion über das eigene Denken und Handeln in unserer pluralistischen Gesellschaft eine unumgängliche Aufgabe. Sich damit auseinanderzusetzen, wie die Ärzt_innen Handlungsspielräume in der Vergangenheit gestaltet haben, kann von Nutzen für das Verständnis heutiger ethischer und struktureller Probleme sein, von denen das Gesundheitssystem nach wie vor betroffen ist. Das sollte im Umkehrschluss weder bedeuten, Medizingeschichte als rein „pädagogische Aufgabe“ zu begreifen,¹³ noch diese als ständigen Fortschritt zu beschreiben, an dessen Ende die Gegenwart als Nonplusultra dastünde. In diesem Sinne sollte die Wissenschafts- und Medizingeschichte dazu befähigen, Entwicklungen in der Medizin und Leitgedanken ärztlichen Handelns kritisch einzuschätzen und ein fächerübergreifendes, tiefergehendes Verständnis vom Spannungsfeld Mensch, Gesellschaft und Medizin zu fördern.

1.2 Methodik und Quellen

Um den genannten Fragestellungen gerecht zu werden, wird in diesem Kapitel auf die Methodik der vorliegenden Arbeit eingegangen. Inhaltlich wurden mehrere Schwerpunkte gesetzt, die sich auch hinsichtlich ihrer methodischen Herangehensweise unterscheiden. Nach der Charakterisierung der Problematiken, denen sich die Kinderheilkunde in der Nachkriegszeit stellen musste, liegt ein weiterer inhaltlicher Fokus auf der Struktur- und Institutionsgeschichte der Stadt Berlin. Hierbei geht es unter anderem um die Frage, welche Versorgungsstrukturen, beispielsweise in Form von Universitätskliniken und städtischen Krankenhäusern oder sonstigen medizinischen Einrichtungen, nach der NS-Zeit erhalten geblieben sind, und wie sich diese in ihrer Konzeption und Ausrichtung verändert haben. Namentlich sind dabei die Kinderklinik der in der Nachkriegszeit gegründeten Freien Universität Berlin,¹⁴ vormals Kaiserin-

¹² Diese Ansicht vertritt u.a. Schlich. Vgl. Schlich, Thomas: Zeitgeschichte der Medizin: Herangehensweise und Probleme. In: *Medizinhistorisches Journal*, 2007, Vol. 42, (3/4), S. 288.

¹³ Grmek, Mirko D.: Einführung, In: Grmek, Mirko D. (Hrsg.): *Die Geschichte des medizinischen Denkens. Antike und Mittelalter*. C.H. Beck, München, 1996, S. 25.

¹⁴ Freie Universität Berlin, gegründet 1948 in Abgrenzung zur vereinnahmenden Politisierung der Humboldt Universität zu Berlin durch die SED.

Auguste-Victoria Haus,¹⁵ das Kinderkrankenhaus Wedding, ehemals Städtisches Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhaus in der Reinickendorfer Straße und andere kleinere Krankenhäuser von Bedeutung.

Außerdem sind die Biographien von Persönlichkeiten von Interesse, die maßgeblich an der Gestaltung und Realisierung der Kinderheilkunde in der Nachkriegszeit innerhalb des benannten institutionellen Rahmens beteiligt waren. Ein besonderes Augenmerk liegt hierbei auf den Ausrichtungen, die diese Akteur_innen der Kinderheilkunde zu ihren Amtszeiten gegeben haben und auf der Frage inwiefern sich hierbei Brüche oder Kontinuitäten zu vorangegangenen Positionen zeigen.

Dabei sind biographische Ansätze aus methodischer Sicht mit mehreren Schwierigkeiten verbunden. Kritiker_innen bemängeln Distanzlosigkeit und Heroisierung der porträtierten Persönlichkeiten; allzu oft entstehe eine „Dissoziation der historischen Persönlichkeit“.¹⁶ So stelle auch die Subjektivität der Autor_innen ein Problem dar, sodass die entstandene Biographie vielmehr die eigenen Wertvorstellungen der Verfasser_innen widerspiegele. Bei der Bearbeitung des Themas wurde versucht, auf die aktuelle Problematik der Biographie einzugehen, indem einzelne Aspekte des Lebenswegs der betreffenden Persönlichkeiten sowohl allgemein in den gesellschaftshistorischen Kontext eingebettet, als auch Verknüpfungen zur Geschichte der Institution, an welchen diese gewirkt haben, hergestellt wurden. So ist beispielsweise die Professorin für Kinderheilkunde Leonore Ballowitz (1923-1994) eine entscheidende Persönlichkeit, welche an der Universitätskinderklinik der FU tätig war. Bei den Biographien der Pädiater Gerhard Joppich (1903-1992) und Gerhard Kujath (1908-1974) liegt der Schwerpunkt auf der Frage nach Brüchen und Kontinuitäten vor und nach 1945.

Inhaltlich berührt die Arbeit durch die Thematisierung von (universitären) Forschungsdiskursen und Praktiken auch eine wissenschaftsgeschichtliche Ebene. Dabei ist eine anachronistisch orientierte Wissenschaftsgeschichte zu vermeiden, die rein auf die Erklärung und Ursprünge der gegenwärtigen Medizin abzielt und dadurch eine eingeschränkte Perspektive beinhaltet und Aspekte, welche nicht zu diesem Erklärungsmuster herangezogen werden können, vernachlässigt. In diesem Sinne werden an den geeigneten Stellen die

¹⁵ Kaiserin-Auguste-Victoria Haus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im deutschen Reiche wird im Folgenden mit KAVH abgekürzt. Es wurde 1907 auf Geheiß der Namensgeberin Kaiserin Auguste Victoria gegründet, der die „Errichtung einer Zentralstelle zur Erforschung der Ursachen der Säuglingssterblichkeit“ besonders am Herzen lag.

¹⁶ Gradmann, Christoph: Leben in der Medizin: Zur Aktualität von Biographie und Prosopographie in der Medizingeschichte. In: Paul, Norbert; Schlich, Thomas (Hrsg.): Medizingeschichte: Aufgaben, Probleme, Perspektiven. Campus-Verlag, Frankfurt/New York, 1998, S. 247.

zeitgenössischen Begrifflichkeiten hinsichtlich der thematisierten (Kinder-)Krankheiten verwendet und ein Abgleich mit heutigen Krankheitsbildern unterlassen. Stattdessen werden zur Erläuterung, was zur damaligen Zeit unter dieser oder jener Krankheit verstanden wurde, entsprechende Lehrbücher und die darin enthaltenen Definitionen herangezogen. Weiterhin sollen die zentralen Akteur_innen und Betätigungsfelder der Nachkriegspädiatrie dargestellt werden und im Sinne von Ashs Verständnis von „Wissenschaft und Politik als Ressourcen füreinander“ im Hinblick auf ihre Verflechtungen mit dem politischen Geschehen analysiert werden.¹⁷ Dies erscheint besonders wichtig, da nach dem Zusammenbruch der Ordnungs- und Definitionsmacht des Dritten Reichs auch dieser Bereich von Ärzt_innen einerseits und Vertreter_innen der Besatzungsmächte bzw. staatlichen Seite andererseits, neu verhandelt werden musste. Der Fokus der Untersuchung liegt auf dem Zeitraum von 1945 bis 1960, wobei dennoch einige Rückblicke in die Zeit des Nationalsozialismus sowie der Weimarer Republik und des Kaiserreichs erfolgen, um die Entwicklungen nach 1945 hinsichtlich ihrer Brüche und Kontinuitäten kontextualisieren zu können. Allein die Kinderklinik der FU betreffend wurde ein Zeitraum bis 1970 gewählt, da einige wichtige Entwicklungen in Bezug auf die Universitätsstruktur erst dann manifest wurden.

Erwähnenswert zur Auswahl der Literatur ist der Umstand, dass das umfangreiche Material der KAVH-Bibliothek nach dem Umzug des Universitätsklinikums Eingang in die Bibliothek des Instituts für Geschichte der Medizin der Charité gefunden hat und somit auch für diese Arbeit zur Verfügung stand.

Für den biographischen Ansatz zu Leonore Ballowitz wurde deren Nachlass eingesehen, der sich im Archiv der Humboldt Universität zu Berlin befindet (Bestand Kinder- und Jugendmedizin, KAVH). Der Bestand umfasst 13 Kartons, circa 9 Akten, mehrere Fotoalben und Dias, sowie eine von Leonore Ballowitz selbst zusammengestellte Sammlung ihrer Publikationen. Darunter finden sich zahlreiche Materialien, wie etwa Dokumente über Organisatorisches auf den Stationen des KAVH, Beurteilungen von Doktorand_innen, Korrespondenz mit anderen Wissenschaftler_innen und spezifische Inhalte von Publikationen, die in der vorliegenden Arbeit nicht oder nur am Rande thematisiert wurden.

Eine weitere wichtige Quelle ist die *Monatsschrift für Kinderheilkunde*, das schriftliche Organ

¹⁷ Ash, Mitchell G.: Wissenschaft und Politik als Ressourcen füreinander. In: Bruch, Rüdiger vom; Kaderas, Brigitte (Hrsg.): Wissenschaften und Wissenschaftspolitik. Bestandsaufnahmen zu Formationen, Brüchen und Kontinuität im Deutschland des 20. Jahrhunderts. Franz Steiner, Stuttgart, 2002.

der wissenschaftlichen Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin.¹⁸ In dieser Fachzeitschrift spiegelt sich die jeweilige zeitgenössische Auffassung der Pädiater_innen von ihrem Fachgebiet wider. Auch in Berufungs- und anderen personellen Fragen bietet diese Zeitschrift eine wichtige Hilfe. Aufschluss über zeitgenössische, pädiatrische Forschungsthematiken bieten auch andere medizinische Fachzeitschriften wie beispielsweise *Ärztliche Wochenschrift*, *Das Deutsche Gesundheitswesen*, *Deutsche Medizinische Wochenschrift* oder *Klinische Wochenschrift*.

Neben der institutionalisierten Pädiatrie und den entsprechenden Einrichtungen, sollten auch die konkrete Situation der Kinder und sich nicht-verstetigende Maßnahmen Gegenstand der Untersuchung sein. Die Analyse des Vorgehens der Alliierten Besatzungsmächte und des Berliner Magistrats bezüglich der Versorgung der Berliner Kinder erfolgte hauptsächlich durch die Sichtung der entsprechenden Quellen im Landesarchiv Berlin. Zu beachten ist hierbei, dass am 20. Oktober 1946 die ersten Wahlen zur Stadtverordnetenversammlung stattfanden. Daraus hervorgegangene Gesetze und Anordnungen waren jedoch einer ständigen Kontrolle des Alliierten Kontrollrates unterworfen.¹⁹ Die zunehmenden Differenzen zwischen Frankreich, England und den USA einerseits und der Sowjetunion andererseits führten spätestens am 24. Juni 1948 durch die Verhängung der Berlin-Blockade zum Ende Berlins als Wirtschafts- und Verwaltungseinheit. Von besonderem Interesse sind hierbei die Dokumente des Magistrats von Berlin, genauer der Abteilung Gesundheits- und Sozialwesen. Die Abteilung Gesundheitswesen war hierbei unter anderem für Seuchenbekämpfung, Sozialhygiene, Säuglingsfürsorge sowie medizinische Arbeits- und Forschungsinstitute zuständig. Der Abteilung Sozialwesen war das Hauptjugendamt angeschlossen, welches sich beispielsweise mit der Familienfürsorge befasste.²⁰

Auch Personalakten einiger bedeutender Pädiater_innen und städtischer Krankenhäuser konnten im Landesarchiv Berlin eingesehen werden. Weitere Personalvorgänge prägender Ärzt_innen sowie Dokumente zur strukturellen Entwicklung der Universitätskinderklinik der Freien Universität Berlins finden sich im Archiv in Berlin-Lankwitz.

¹⁸ Die heutige Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin (DGKJ) wurde 1883 in Berlin unter dem Namen „Gesellschaft für Kinderheilkunde“ von August Steffen (Kinderarzt, 1825-1910) gegründet und markiert einer der Wendepunkte in der Konstitutionalisierung und Verselbstständigung des Faches in Abgrenzung zur Inneren Medizin. Vgl.: Peiper, Albrecht: Chronik der Kinderheilkunde. Thieme, Leipzig, 1966, S. 282 und 292.

¹⁹ Böttcher, Kerstin (Hrsg.): Fürsorge und Wohlfahrtspflege in Berlin 1800-1948. Ein sachthematisches Quelleninventar, Teil 2. be.bra Wissenschaft, Berlin-Brandenburg, 2012, S. 297.

²⁰ Ebd., S. 329.

1.3 Stand der Forschung und Desiderate

Relativ gut erforscht ist die Geschichte der Kinderheilkunde im deutschsprachigen Raum hinsichtlich des Zeitraums ihrer Entstehung und Professionalisierung Ende des 19. und zu Beginn des 20. Jahrhunderts. Zuallererst ist hier Peiper zu nennen, der einen chronologischen Überblick vom Altertum bis zum Beginn des 20. Jahrhunderts ermöglicht. Eine Zusammenfassung über die soziale Problematik und die Gründe für die Konsolidierung als eigene Fachrichtung zum Ende des 19. Jahrhunderts bieten Beddies, Hulverscheidt und Baader in einem Beitrag zur Geschichte der Pädiatrie an der Charité.²¹

Die Etablierung der Fachrichtung der Kinderheilkunde ist im Zusammenhang mit der Entstehung des modernen Sozialstaates und der Institutionalisierung und Professionalisierung von wohlfahrtsstaatlichen Einrichtungen zu betrachten. Zu dem Themenfeld der sozialen Fürsorge wurde bereits intensiv geforscht. Ein zentrales Thema der Kinderheilkunde, die Gesundheit des Säuglings und die Maßnahmen zur Reduzierung der Säuglingssterblichkeit, die sogenannte Säuglingsfürsorge, wird in der Forschungsliteratur jedoch nur marginal thematisiert oder beschränkt sich auf die Epochen Kaiserreich, Weimarer Republik und NS-Zeit.²² Die wenigen Arbeiten zur sozialen Fürsorge in der Nachkriegszeit beleuchten die spezielle Situation der Kinder kaum.²³ Grundsätzlich wird auch heute noch eine hohe Säuglingssterblichkeit mit einer Unterentwicklung eines Landes in Korrelation gesetzt, wobei diese hauptsächlich durch die mannigfaltigen Faktoren in den sozial-gesellschaftlichen, ökonomischen und politischen Umfeldern beeinflusst wird. Der Zusammenhang zwischen diesen Faktoren und der Säuglingssterblichkeit, staatlichen Maßnahmen und Institutionen zur Verringerung derselben sowie gesundheitspolitischen Konzepten hinter diesen ist für die Zeit des Kaiserreichs und der Weimarer Republik gut erforscht. Bei Stöckel findet sich weiterhin eine Analyse der Programmatik und der tatsächlichen Umsetzung der Säuglingsfürsorge, die zur Einordnung der Nachkriegsgeschichte in die Traditionen des Kaiserreichs und der Weimarer Republik notwendig ist.²⁴

²¹ Beddies, Thomas; Hulverscheidt, Marion; Baader, Gerhard: Kinder, Streik und neue Räume (1890-1918). In: Bleker, Johanna; Hess, Volker (Hrsg.): Die Charité. Geschichte(n) eines Krankenhauses. Akademie, Berlin, 2010.

²² Peukert, Detlev: Grenzen der Sozialdisziplinierung: Aufstieg und Krise der deutschen Jugendfürsorge von 1978-1932. Bund-Verlag, Köln, 1986.

²³ Boldorf, Marcel: Sozialfürsorge in der SBZ/DDR 1945-1953. Ursachen, Ausmaß und Bewältigung der Nachkriegsarmut. Franz Steiner, Stuttgart, 1998.

²⁴ Stöckel, Sigrid: Säuglingsfürsorge zwischen sozialer Hygiene und Eugenik. Walter de Gruyter, Berlin/New York, 1996.

Hinsichtlich ihrer Pervertierung und Kooperation mit dem Regime im Nationalsozialismus wurde die Kinderheilkunde eingehend analysiert. Durch den Untergang des NS-Staats und damit zumindest offiziell auch seiner Weltanschauung und Institutionen 1945 ergab sich auch für das Fach der Kinderheilkunde die Notwendigkeit, sich in vielerlei Hinsicht neu zu positionieren und zu reorganisieren. Zunächst wurde die Wissenschaft als vermeintlich rationale Begründung von Erbgesundheits- und Rassenpolitik in den Dienst der nationalsozialistischen Machthaber gestellt mit dem Ziel eine „biopolitische Entwicklungsdiktatur“ zu errichten,²⁵ die auf einer homogenen, elitären „Volksgemeinschaft“ basieren sollte. Diese bezog in besonderem Maße auch die Kinderheilkunde mit ein. Die Rolle klassischer Institutionen wie (Universitäts-)Kinderkliniken im „Dritten Reich“ ist bereits detailliert erforscht, zudem wurde auch die Beteiligung von Ärzt_innen an den Verbrechen der „Kindereuthanasie“ diskutiert. Hierbei werden die Schicksale von Kindern in der NS-Psychiatrie thematisiert, die hinsichtlich der praktischen Umsetzung der Erbgesundheitspolitik instrumentalisiert wurden.²⁶ Darüber hinaus wird die Position der Kinderheilkunde von Beddies hinsichtlich einer Formung des Kindes nach nationalsozialistischen Idealen, wie beispielsweise in der Hitler-Jugend, dargestellt.²⁷ Die wissenschaftliche Forschung wurde durch die Kriegshandlungen zunehmend vom internationalen Austausch abgeschnitten und isoliert. Dies betraf auch das Fach der Kinderheilkunde innerhalb der Medizin, das zu einer wichtigen Ressource für die Umsetzung der beschriebenen Ideologie im Dritten Reich avancierte. So hatte sich die Zahl der Pädiater_innen, die im Jahr 1945 einen Neubeginn wagen konnten, deutlich verringert, da die „deutsche Pädiatrie [...] immer schon durch vergleichsweise viele jüdische Kollegen wissenschaftlich und praktisch geprägt“ war.²⁸ Seidlers Untersuchungen zufolge waren in manchen Regionen des Dritten Reiches „über 50% der akademischen und niedergelassenen Kinderärzte“ jüdisch,²⁹ sodass viele Pädiater_innen 1945 vertrieben oder ermordet waren. Außerdem waren zahlreiche Strukturen und Institutionen durch den Zweiten Weltkrieg zerstört und unbrauchbar und bedurften eines langwierigen

²⁵ Schmuhl, Hans-Walter: Das „Dritte Reich“ als biopolitische Entwicklungsdiktatur. In: Kampmeyer, Margret (Hrsg.): Tödliche Medizin. Rassenwahn im Nationalsozialismus. Wallstein, Göttingen, 2009, S. 8.

²⁶ Beddies, Thomas; Hübener, Kristina (Hrsg.): Kinder in der NS-Psychiatrie. be.bra Wissenschaft, Berlin-Brandenburg, 2004.

²⁷ Beddies, Thomas: Du hast die Pflicht gesund zu sein. Der Gesundheitsdienst der Hitler-Jugend 1933-1945. be.bra Wissenschaft, Berlin-Brandenburg, 2010.

²⁸ Schweier, Paul; Seidler, Eduard (Hrsg.): Lebendige Pädiatrie. Hans Marseille, München, 1983, S. 69.

²⁹ Seidler, Eduard: Die Schicksale jüdischer Kinderärzte im Nationalsozialismus. Ein Vorbericht. Monatsschrift für Kinderheilkunde, 1998, Volume 146, S. 744.

Wiederaufbaus. Die folgende Untersuchung nimmt dabei die Wiederaufbau- und Reorganisationsphase und die von der Pädiatrie und Gesellschaft ausgehandelten Lösungsstrategien in den Blick, mit denen man den zeitgenössischen Problemen der Kinderheilkunde begegnete. Kontinuitätslinien interessieren hier ebenso wie Ungleichzeitigkeiten und Brüche. Ein besonderes Augenmerk liegt auf den Wandlungsprozessen der Konzepte der Sozialpädiatrie. Der Stellenwert von (präventiven) Kindererholungsfürsorgemaßnahmen ist bisher ein Desiderat.³⁰

Was die Berliner Nachkriegszeit, sowohl die Jahre unter den Besatzungsmächten als auch die ersten Jahrzehnte nach der doppelten Staatsgründung, betrifft, gibt es einige Arbeiten, die sich auf medizinische und gesundheitspolitische Aspekte beziehen. Einen guten Überblick über den Gesundheitszustand und die Ernährungslage, sowie daraus abgeleitet die Versorgung der Berliner Bevölkerung liefert die Arbeit von Dinter mit dem Titel „Berlin in Trümmern“.³¹ Hervorzuheben ist auch die Darstellung vom gleichen Autor zum Themenfeld Seuchen und deren Bekämpfung,³² welches auch die aus pädiatrischer Sicht wichtigen Kinderkrankheiten hinsichtlich ihres Auftretens in der Berliner Nachkriegszeit und deren Prophylaxe und Therapie sowie staatliche Anordnungen bzw. diejenigen der Besatzungsmächte umfasst. Hierzu zählt beispielsweise die im Volksmund als „Kinderlähmung“ bekannte Poliomyelitis,³³ wobei es im Sommer 1947 zu einem epidemischen Ausbruch kam.³⁴ Aufgrund der Relevanz dieser

³⁰ Die bisherige Forschung erfasst vorrangig Konzepte aus der Weimarer Republik oder die Kinderlandverschickung im Nationalsozialismus und spart die Nachkriegszeit fast gänzlich aus. Vgl. bspw.: Braumann, Georg: *Kinderlandverschickung 1900-1932: von der Hungerbekämpfung über Kinderlandverschickung zur Kindererholungsfürsorge mit Bochum als Beispiel*. Ein Quellenbericht. Bochum, Freiburg, Projekt-Verlag, 2008. Sowie Kock, Gerhard: „Der Führer sorgt für unsere Kinder...“: die Kinderlandverschickung im Zweiten Weltkrieg. Paderborn, München, Schönigh, 1997.

³¹ Dinter, Andreas: *Berlin in Trümmern. Ernährungslage und medizinische Versorgung der Bevölkerung Berlins nach dem II. Weltkrieg*. Frank Wünsch, Berlin, 1999.

³² Dinter, Andreas: *Seuchenalarm in Berlin. Seuchengeschehen und Seuchenbekämpfung in Berlin nach dem II. Weltkrieg*. Frank Wünsch, Berlin, 1999.

³³ Als heutige Bezeichnung wird auch spinale Kinderlähmung verwendet; zeitgenössisch sprach man von *Epidemischer Kinderlähmung* (Poliomyelitis acuta inferior). „Unter epidemischer Kinderlähmung wird eine akute Infektionskrankheit verstanden, die von einem neurotrophen Virus hervorgerufen wird, das in weite Gebiete des Zentralnervensystems eindringt, aber in der Regel nur motorische Zentren und unter ihnen am häufigsten die in den cervicalen und lumbalen Rückenmarksanschwellungen gelegenen Vorderhörner schädigt und vorübergehende oder bleibende schlaffe Lähmungen hervorruft.“ Zu dieser Zeit gab es weder eine wirksame Prophylaxe noch eine über Symptombekämpfung hinausgehende Behandlung. Vgl.: Rominger, Erich: *Lehrbuch der Kinderheilkunde*. Springer, Berlin, 1950, 206 ff.

³⁴ Dinter, Andreas: *Seuchenalarm in Berlin. Seuchengeschehen und Seuchenbekämpfung in Berlin nach dem II. Weltkrieg*. Frank Wünsch, Berlin, 1999, S. 182-215.

typischerweise Kinder betreffenden Infektionskrankheit ist der Poliomyelitis in der vorliegenden Arbeit ein eigener Exkurs gewidmet. Weiterhin werden maßgebliche prophylaktische Maßnahmen wie Impfungen und andere präventive Maßnahmen wie beispielsweise Aufenthaltsverbote an bestimmten Orten, um andere Infektionskrankheiten wie Tuberkulose, Scharlach,³⁵ Typhus und Ruhr,³⁶ einzudämmen, die auch Kinder in besonderem Maße betrafen, ausführlich beschrieben.³⁷ Die Darstellung Dinters erfolgt jedoch anhand der einzelnen Krankheitsentitäten und deren jeweiliger Ausbreitung, Prävention, Therapie und Letalität der gesamten Bevölkerung. Eine Einordnung in die historische Entwicklung der Kinderheilkunde und damit deren Stellenwert und die Bedeutung innerhalb derselben leistet die Untersuchung nicht. Ähnliches gilt für seine Forschungen zur Versorgung der Berliner Bevölkerung mit der neu aufkommenden Medikamentenklasse der Antibiotika.³⁸

Arndts Untersuchung zur Gesundheitspolitik in Berlin 1948 bis 1961 analysiert Abweichungen und Gemeinsamkeiten der Gesundheitssysteme der beiden deutschen Staaten mit der spezifischen Berliner Situation.³⁹ Einen weiteren umfassenden Vergleich mit Augenmerk auf die Sozialstaatlichkeit bietet Süß.⁴⁰

In den letzten Jahren sind zahlreiche Arbeiten entstanden, die die Universitäts- und Wissenschaftsgeschichte hinsichtlich ihrer Brüche und Kontinuitäten in den Mittelpunkt

³⁵ „Unter Scharlach wird eine akute Infektionskrankheit verstanden, die mit Fieber, Angina und einem Exanthem beginnt, das meist von einem kleinfleckigen, häufig flüchtigen oder wenig ausgedehnten Exanthem begleitet ist und in deren Verlauf neben einer großlamellösen Schülerung an Handtellern und Fußsohlen nach einem längeren oder kürzeren symptomfreien Intervall ein zweites, vielgestaltiges Kranksein auftritt.“ Vgl.: Rominger, Erich (Hrsg.): Lehrbuch der Kinderheilkunde. Springer, Berlin, 1950, S. 189.

³⁶ *Typhus abdominalis*. „Unter Typhus wird eine durch den EBERTHschen Bacillus [heute: *Salmonella typhi*; Anmerk. d. Verf.] hervorgerufene infektiöse Allgemeinerkrankung verstanden, die sich im wesentlichen in den lymphatischen Systemen des Organismus und am stärksten in dem des Dünndarms abspielt und zu einer Reihe von charakteristischen klinischen Lokal- und Allgemeinerscheinungen führt.“ Vgl.: Rominger, Erich (Hrsg.): Lehrbuch der Kinderheilkunde. Springer, Berlin, 1950, S. 227.

„Unter *Ruhr* wird eine infektiöse Dickdarmerkrankung verstanden, die in Mitteleuropa durch den Erreger aus der von SHIGA-KRUSE-FLEXNER-SONNE entdeckten Bazillengruppe hervorgerufen wird und zu blutig-schleimigen oder schleimigen Durchfällen führt.“ Vgl.: Rominger, Erich (Hrsg.): Lehrbuch der Kinderheilkunde. Springer, Berlin, 1950, S. 222.

³⁷ Vgl. Dinter, Andreas: Seuchenalarm in Berlin. Seuchengeschehen und Seuchenbekämpfung in Berlin nach dem II. Weltkrieg. Frank Wünsche, Berlin, 1999.

³⁸ Dinter, Andreas: Berlin in Trümmern, Ernährungslage und medizinische Versorgung der Bevölkerung Berlins nach dem II. Weltkrieg, Frank Wünsche, Berlin, 1999, S. 194 ff.

³⁹ Arndt, Melanie: Gesundheitspolitik im geteilten Berlin 1948 bis 1961. Böhlau, Köln/Weimar, 2009.

⁴⁰ Süß, Winfried: Gesundheitspolitik, in: Hockerst, Hans Günter: Drei Wege deutscher Sozialstaatlichkeit: NS-Diktatur, Bundesrepublik und DDR im Vergleich. Walter de Gruyter, München, Oldenbourg, 1998.

rücken. Genauer wird auf die Problematik der Entnazifizierung des Hochschulpersonals, die berufs- und personalpolitischen Entscheidungen und die Rolle der Universitäten beim Umgang mit ihrer jeweiligen nationalsozialistischen Vergangenheit, was auch den Umfang der Aufarbeitung oder Verdrängung an den medizinischen Fakultäten der Universitäten im deutschsprachigen Raum zum Gegenstand hat, eingegangen.⁴¹ Spezifische Untersuchungen zu einzelnen universitären Kinderkliniken sind dabei auch publiziert worden.⁴² Marginal streifen auch allgemeine Abhandlungen über die Universitätsgeschichte den hier zu erörternden Untersuchungsgegenstand, wie diejenige von Tent, sodass diese zur Einordnung in die Universitätsgeschichte der FU dienen kann.⁴³

Eine detaillierte Analyse der Besetzung der pädiatrischen Lehrstühle und die dabei ausschlaggebenden politischen Prämissen und Verflechtungen der deutsch-deutschen Beziehungen für den gesamten Raum der SBZ und frühen DDR findet sich bei Hinz-Wessels. Dabei endet sie mit der Schlussfolgerung, dass kein Austausch der alten Eliten stattgefunden habe.⁴⁴ In der vorliegenden Untersuchung soll nochmals genauer auf die Situation in Berlin eingegangen werden, was die personelle Situation an der Universitätskinderklinik der FU betrifft. Schilderungen der personellen Situation und der Berufungspolitik der einzelnen Fakultäten, sind teilweise verfügbar - so beispielsweise der Artikel von Zankel über die fortgesetzte Karriere von Werner Catel,⁴⁵ einer der führenden Pädiater der „Kindereuthanasie“

⁴¹ Vgl. beispielsweise: Bayer, Karen; Sparing, Frank; Woelk, Wolfgang (Hrsg.): Universitäten und Hochschulen im Nationalsozialismus und in der frühen Nachkriegszeit. Franz Steiner Verlag, Stuttgart, 2004. Sowie Bruch, Rüdiger vom; Kaderas, Brigitte (Hrsg.): Wissenschaften und Wissenschaftspolitik. Bestandsaufnahme zur Formationen, Brüchen und Kontinuitäten im Deutschland des 20. Jahrhunderts. Franz Steiner, Stuttgart, 2002.

⁴² Vgl. beispielsweise: Rascher, Wolfgang; Wittern-Sterzel, Renate (Hrsg.): Geschichte der Universitäts-Kinderklinik Erlangen. V&R unipress, Göttingen, 2005.

⁴³ Tent, F. James: Freie Universität Berlin 1948-1988. Eine deutsche Hochschule im Zeitgeschehen. Colloquium-Verlag, Berlin, 1988.

⁴⁴ Hinz-Wessels, Annette: Die Besetzung der pädiatrischen Lehrstühle in der SBZ und frühen DDR. Personeller Umbruch im Zeichen des politischen Neuanfangs nach dem Zweiten Weltkrieg? *Medizinhistorisches Journal*, 2016, Vol. 51 (2), S. 152.

⁴⁵ Werner Catel (1894-1981), Pädiater und Hochschulprofessor. Zunächst war Catel Oberarzt bei Bessau und ging mit diesem 1932 an die Charité nach Berlin. Ab 1933 war er als Ordinarius und Leiter der Universitätskinderklinik Leipzig tätig, wobei er Obergutachter bei der „Kindereuthanasie“ und ebenfalls Leiter dieser Mordabteilung in dieser Klinik war. Nachdem er 1947 die Leitung der Kinderheilstätte Mammolshöhe übernommen hatte, wurde er 1954 als Ordinarius für Kinderheilkunde nach Kiel berufen und übte diese Funktion bis 1960 aus. Vgl.: Klee, Ernst: *Das Personenlexikon zum Dritten Reich. Wer war was vor und nach 1945?* S. Fischer, Frankfurt am Main, 2003, S. 91.

im Nationalsozialismus.⁴⁶ Was den Umgang der Ärzteschaft im Nachkriegsdeutschland mit belasteten Kolleg_innen betrifft, analysiert Topp die defizitäre Vergangenheitsbewältigung im Rahmen ihrer offiziellen Vertretung, der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde.⁴⁷

Die fundamentale Frage nach dem Selbstverständnis der Kinderheilkunde im Anschluss an die Vereinnahmung durch den Nationalsozialismus, bleibt jedoch weitgehend unbeantwortet. Wie wurde diese Ideologie, die in der Kinderheilkunde einen hohen Stellenwert hatte, ersetzt? Eng mit dieser Thematik verknüpft ist das der Kinderheilkunde zugrundeliegende Menschenbild: Welches wird von den praktizierenden Ärzt_innen vertreten? Heßling konstatiert hierzu in seiner Untersuchung zur Haltung zu Kindern in der deutschen Kinderheilkunde: „Die Rolle des Pädiaters als Erzieher des Kindes wird nach 1945 zunächst weiterhin als selbstverständlich angenommen.“ Weiterhin wird das Kind immer noch als „passive, formbare Vorstufe eines Menschen dargestellt“ und „sittliche und religiöse Überzeugungen und Forderungen behalten [...] einen deutlichen Einfluß“ auf die Art der praktizierten Kinderheilkunde und des idealen Kindes.⁴⁸ In der vorliegenden Untersuchung soll auch geklärt werden, ob sich diese These auch für die Pädiatrie in Berlin bestätigen lässt. Eine Analyse der Darstellung des Kindes und seiner Beziehung zu Krankheit und Gesundheit anhand von zeitgenössischen Kinderbüchern findet sich bei Murken, wobei in den 1950er Jahren zunehmend eine auf reine Wissenschaftlichkeit und sachliche Aufklärung fokussierte Schilderung von Krankheit zu beobachten ist und der zuvor übliche schulmeisterlich-erzieherische Unterton nachließ.⁴⁹

Die grundsätzliche These, dass ein Großteil des Gesundheitssystems der DDR auf Prävention ausgerichtet war, gilt als gesichert. Dies gilt ebenso für die Kinderheilkunde. Auf den Ausbau der Schwangeren- und Mütterberatungsstellen wurde viel Wert gelegt. Im Zuge dessen und der

⁴⁶ Zankel, Sönke: Werner Catel - ein Protagonist der NS-"Kindereuthanasie" und seine Nachkriegskarriere. In: *Medizinhistorisches Journal*, 2003, Vol. 38 (2), S. 39-73.

⁴⁷ *Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde*, offizielle Vertretung der Kinderheilkunde in Deutschland. Wird im Folgenden mit DGfK abgekürzt. Nach der doppelten Staatsgründung gab es sowohl in der Bundesrepublik als auch in der DDR entsprechende Vereinigungen.

Topp, Sascha: *Geschichte als Argument in der Nachkriegsmedizin. Formen der Vergegenwärtigung der nationalsozialistischen Euthanasie zwischen Politisierung und Historiographie*. V&R unipress, Göttingen, 2013.

⁴⁸ Heßling, Jörg: *Die Haltung zu Kindern in der deutschen Kinderheilkunde von 1877 bis 1980*. Murken-Altrogge, Herzogenrath, 1998, S. 199.

⁴⁹ Murken, Hinrich Axel (Hrsg.): *Kind, Krankheit und Krankenhaus im Bilderbuch*. Murken-Altrogge, Herzogenrath 1982, S. 27 ff.

allgemeinen wirtschaftlichen Stabilisierung und der Verbesserung der Lebensumstände der Bevölkerung konnte 1950 eine Reduktion der Säuglingssterblichkeit auf 7,22 Prozent erreicht werden.⁵⁰ Diese Schilderungen beschränken sich jedoch auf die allgemeine Bevölkerung, sodass die Darstellung der Situation der Kinder sowie die Rolle von Ärzt_innen und den dazugehörigen Institutionen in Form von Kinderkrankenhäusern noch ein Desiderat ist. Auch die Frage nach dem Einfluss von Traditionen und Entwicklungen wie die in der Weimarer Zeit tonangebende gruppenspezifische Fürsorge von Säuglingen und Kindern und die Verbrechen im Nationalsozialismus auf die Leitgedanken der Pädiatrie und die daraus folgende praktische Medizin bleiben unbeantwortet.⁵¹ Außerdem wird die Frage nach dem Stellenwert der Säuglings- und Kinderfürsorge innerhalb des sozialen Absicherungssystems der DDR auch in einer Abhandlung zur Sozialfürsorge in der SBZ/DDR 1945-1953 von Boldorf ausgespart. Er merkt lediglich allgemein an, dass eine Abschaffung dieser gruppenspezifischen Fürsorge diskutiert wurde, aber dennoch in dieser Diskussions- und Planungsphase „noch Konzepte verfolgt [wurden], die an die Gruppenfürsorge der Weimarer Zeit anknüpfen.“⁵²

Literatur, die speziell auf die Geschichte der Kinderheilkunde in der Nachkriegszeit und ihre Auswirkungen auf die Entwicklung in den beiden deutschen Staaten eingeht, ist wie dargelegt nur spärlich vorhanden. Was das regionale Geschehen in Berlin betrifft, dominieren Darstellungen in der Grauen Literatur, wie beispielsweise Festschriften von Kinderkrankenhäusern anlässlich eines Jubiläums. Dazu gehört eine Schilderung der Geschichte der Kinderklinik Lindenhof im Osten der Stadt, die nach der doppelten Staatsgründung zur größten Kinderklinik im sowjetischen Sektor ausgebaut werden sollte. Anhand der vorhandenen Literatur zum Lindenhof wird ein grundlegendes Problem dieser Einzeldarstellungen ersichtlich - es fehlt eine historische Kontextualisierung und Bewertung.

⁵⁰ Boßdorf, Ursula; Grosch, Christa (Hrsg.): Gesundheitsschutz für Mutter und Kind. Beitrag zur Geschichte des Gesundheitswesens der Deutschen Demokratischen Republik. Veröffentlichungen der Interessengemeinschaft Medizin und Gesellschaft, e.V., Buchbinderei Köster, Berlin, 1995.

⁵¹ „Unter dem Begriff der Gruppenfürsorge verstand man seit seiner Ausprägung in der Weimarer Republik die „Einführung spezifischer Sonderfürsorgen für die verschiedenen Gruppen der Opfer von Krieg und Inflation.“ Für diese neuen Armutgruppen wurden Sonderfürsorgebereiche geschaffen [...] Denn den Opfern widriger Zeitumstände gebühre der Dank des Vaterlandes, da sie unverschuldet in die Notsituation geraten seien.“ Vgl.: Boldorf, Marcel: Sozialfürsorge in der SBZ/DDR 1945-1953. Ursachen, Ausmaß und Bewältigung der Nachkriegsarmut. Franz Steiner, Stuttgart, 1998, S. 114.

⁵² Boldorf, Marcel: Sozialfürsorge in der SBZ/DDR 1945-1953. Ursachen, Ausmaß und Bewältigung der Nachkriegs-armut. Franz Steiner, Stuttgart, 1998, S. 115.

Außerdem lassen sich über diese zumeist subjektiven Schilderungen keine generalisierten Aussagen treffen.⁵³

Eine Sonderstellung in der vorhandenen Grauen Literatur nimmt die Schriftenreihe zur Geschichte der Kinderheilkunde aus dem Archiv des Kaiserin-Auguste-Victoria Hauses ein. Hierbei bleibt zu erwähnen, dass diese Hefte größtenteils als Materialsammlung gesehen werden können, da nicht alle angeführten Quellen dort analysiert bzw. kommentiert wurden. Dieses sieben Hefte umfassende Werk enthält unter anderem ausgewertete Daten aus Krankenblättern der kleinen Patienten aus seiner Gründungsphase, Zeitzeugenberichte in voller Länge und vieles mehr.⁵⁴ Leonore Ballowitz, hatte es sich nach ihrer Emeritierung zur Aufgabe gemacht, die noch vorhandenen Akten des Krankenhauses auszuwerten und einer breiteren Öffentlichkeit zugänglich zu machen.

Eine anschauliche Schilderung der Geschehnisse der Nachkriegszeit mit einem besonderen Fokus auf das subjektive Erleben der Kinder findet sich in der lebensgeschichtlich orientierten Veröffentlichung *Die vergessene Generation. Die Kriegskinder brechen ihr Schweigen*.⁵⁵ Betreffend der Perspektive der Zeitzeug_innen erschöpft sich die vorhandene Literatur zu dem hier behandelten Thema weitgehend in anekdotischen Einzeldarstellungen.

Eine weitere Besonderheit sind die Sonderveröffentlichungen der *Monatsschrift für Kinderheilkunde*, dem offiziellen publizistischen Organ der Fachgesellschaft, die sich mit der Geschichte der Kinderheilkunde befassen. Ein 2011 erschienenes Supplement beinhaltet eine Auseinandersetzung mit den Kinderärzt_innen und begangenen Verbrechen an den Kindern in der NS- Zeit. Ein kürzlich erschienenen Sonderheft von Beddies und Hinz-Wessels thematisiert die Pädiatriegeschichte in der Bundesrepublik und DDR anhand einer Sammlung von Aufsätzen aus dem Bereich der Entwicklung einiger Spezialisierungsgebiete, biographischen Darstellungen, regionalen Studien, Zeitzeugenberichten und ähnliches.⁵⁶ Weiterhin sind für die Geschichte in der DDR noch einige Einzeldarstellungen zu verzeichnen. Dazu zählt beispielsweise die Entwicklung der Kinderchirurgie in der DDR unter dem Kinderchirurgen

⁵³ Hesse, Volker; Roß, Reynard (Hrsg.): 100 Jahre Lindenhof in Berlin-Lichtenberg. Von der Erziehungseinrichtung zur Kinderklinik. Verbum Druck- und Verlagsgesellschaft, 1996. S. 66.

⁵⁴ Ballowitz, Leonore (Hrsg.): Schriftenreihe zur Geschichte der Kinderheilkunde aus dem Archiv des Kaiserin-Auguste-Victoria Haus, Heft 2, Druck: Humana Milchwerke Westfalen eG. 1986.

⁵⁵ Bode, Sabine: *Die vergessene Generation. Die Kriegskinder brechen ihr Schweigen*. Klett-Cotta, Stuttgart, 6. Auflage, 2005.

⁵⁶ Beddies, Thomas; Hinz-Wessels, Anette (Hrsg.): *Pädiatrie nach 1945 in der Bundesrepublik Deutschland und der DDR. Monatsschrift Kinderheilkunde*, Springer, Berlin/Heidelberg, 2016, Band 164, Supplement 1.

Harald Mau an der Charité.⁵⁷ Ein wiederkehrendes Merkmal dieser vielfach vorhandenen Einzeldarstellungen ist die Verhandlung der Geschichte unter dem Aspekt des Ost-West-Vergleichs insgesamt und die Wiedergabe von Berichten von Zeitzeug_innen. Die Entwicklung der Kinderheilkunde hinsichtlich ihrer Konzeption und deren Umsetzung in Berlin als solche wird kaum thematisiert, sodass hier noch Forschungsbedarf konstatiert werden muss. Mit besonderem Interesse soll der Überprüfung der These nachgegangen werden, die unter anderem Labisch und Lindner vertreten: „Die Traditionen der öffentlichen Gesundheitsfürsorge [...] aus den 1920er Jahren wurden [in der Bundesrepublik] so nicht weitergeführt.“⁵⁸ Besitzt diese These auch für die Kinderheilkunde in Berlin ihre Gültigkeit? Wie sah dies während der alliierten Besatzungszeit vor der doppelten Staatsgründung aus? Welche Konzepte traten gegebenenfalls an die Stelle der gruppenspezifischen Fürsorge? Was bedeutete dies konkret für die gesundheitliche Versorgung der Kinder?

Darüber hinaus gibt es abgesehen von diesen allgemeinen Darstellungen bisher keine Untersuchung, die sich dezidiert der Lage und Problematik der zeitgenössischen Kinderheilkunde in ihrer Reorganisationsphase widmet und umfassend auch nicht an Institutionen gebundene Maßnahmen analysiert. In welche Richtung sich spezifisch die Pädiatrie nach 1945 entwickelt hat, welche Probleme beim Wiederaufbau in Berlin maßgeblich waren und nach welchen Maximen die Politik darauf Einfluss nahm, ist größtenteils unklar. Dabei nimmt Berlin in vielerlei Hinsicht eine Sonderrolle ein und ist somit ein besonderes interessantes Forschungsfeld - als Großstadt hinsichtlich seiner demographischen Bedeutung und der angehenden Teilung der Stadt aus der West-Berlin als eigene politische Einheit hervorging.

⁵⁷ Herm, Rainer; Hottenrott, Laura (Hrsg.): Die Charité zwischen Ost und West 1945-1992. Zeitzeugen erinnern sich. beb.bra wissenschaft, Berlin, 2010, S. 312 ff.

⁵⁸ Linder, Ulrike: Gesundheitsfürsorge für Schwangere und Säuglinge 1949-1965: Pläne, Maßnahmen, Defizite. In: Woelk, Wolfgang; Vögele, Jörg (Hrsg.): Geschichte der Gesundheitspolitik in Deutschland. Von der Weimarer Republik bis in die Frühgeschichte der „doppelten Staatsgründung“. Duncker&Humblot, Berlin, 2002, S. 368. und Labisch, Alfons: Gesellschaftliche Bedingungen öffentlicher Gesundheitsfürsorge. Problemsichten und Problemlösungsmuster kommunaler und staatlicher Formen der Gesundheitsvorsorge, dargestellt am Beispiel des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege e.V., Frankfurt am Main, 1988, S. 51.

1.4 Kriegsende in Berlin

Das katastrophale Ausmaß der Zerstörung Berlins ist vielfach dokumentiert worden. Diese Problematik war räumlich nicht auf Berlin beschränkt, sondern betraf besonders deutsche Großstädte, die stark in Mitleidenschaft gezogen worden waren.⁵⁹ Die Tiefe der krisenhaften Erschütterungen, die der Zweite Weltkrieg und dessen Ende und Konsequenzen nach sich zogen, war nicht nur Randbedingung, sondern konstitutiv für die Kinderheilkunde in der Nachkriegszeit, da diese zur Radikalisierung von Verteilungskämpfen führten und die Handlungsspielräume der Akteur_innen einengten. Die materielle Mangelsituation und die Grunderfahrung der Orientierungslosigkeit und Unsicherheit in Bezug auf die neuen politischen Konfigurationen und soziokulturellen Umwälzungen waren ausschlaggebend. Die Zerstörung der Stadt und der Infrastruktur war omnipräsent. Allein 29 Großangriffe aus der Luft waren auf Berlin erfolgt, wobei auch die Charité nicht verschont blieb (Abb. 1).⁶⁰

⁵⁹ Vgl.: Wildt, Michael: Der Traum vom Sattwerden. Hunger und Protest, Schwarzmarkt und Selbsthilfe in Hamburg 1945-1948. VSA, Hamburg, 1986.

⁶⁰ Kleßmann, Christoph: Die doppelte Staatsgründung. Deutsche Geschichte 1945-1955. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen, 1991, 5. Auflage, S. 45.



Abbildung 1: Die brennende Kinderklinik nach einem Luftangriff, vermutlich Ende 1944.

Hinzu kamen die aufreibenden Kämpfe der letzten Kriegstage, nachdem Hitler Berlin zur „Festung“ deklariert hatte und die Rote Armee die Stadt im zerstörerischen Straßen- und Häuserkampf einnehmen musste bevor am 2. Mai 1945 die Kampfhandlungen eingestellt wurden.⁶¹

Nach einigen Tagen ausgiebiger Siegesfeiern begannen die Sowjets das Leben in der zerstörten Stadt zu reorganisieren. Bereits im Mai 1945 errichtete die SMAD den Magistrat von Gross-Berlin mit zahlreichen unterschiedlichen Abteilungen mit verschiedenen Zuständigkeitsbereichen, wobei der Magistrat das höchste exekutive Organ darstellte und gegenüber den Bezirken ein Weisungsrecht besaß. Nach dem Eintreffen der drei westlichen Alliierten Anfang Juli in Berlin wurde die Stadt in vier Sektoren entsprechend den Beschlüssen der Konferenz von Jalta aufgeteilt. Mit der Währungsreform im Juni 1948 und der darauffolgenden Berlin-Blockade war die Stadt endgültig nicht mehr als verwaltungstechnische Einheit zu begreifen. 1950 wurde der Magistrat im Westen durch einen neu gewählten Senat ersetzt.⁶² Trotz des genannten Weisungsrechts entsteht bei der Analyse der Entwicklungen in den einzelnen

⁶¹ Ribbe, Wolfgang (Hrsg.): Geschichte Berlins. Zweiter Band. Von der Märzrevolution bis zur Gegenwart. C.H. Beck, München, 1987, S. 1014.

⁶² Ebd., S. 1030.

Kinderkrankenhäusern und anderen Versorgungsstrukturen der Eindruck, dass die namhaften Berliner Pädiater_innen weitreichende autonome Befugnisse bei der konkreten Gestaltung der Versorgung in den einzelnen Häusern innehatten. Darüber hinaus machten sie ihren Einfluss vor allem auf der Ebene der Erholungsfürsorge und des Einsatzes von Antibiotika sowie hinsichtlich der Verteilung von anderen Ressourcen geltend (Kapitel 3.2).

Der Handlungsbedarf war unbestritten, denn die Berliner Bevölkerung kämpfte in den ersten Wochen ums reine Überleben – Hunger und Wohnungsnot waren zunächst die bestimmenden Elemente des sozialen Elends. Den späteren sowjetischen Sektor der Stadt Berlin hatte es bezüglich der Wohnsituation besonders schwer getroffen; so waren dort „230 000 Wohnungen zerstört, [was] etwa 40 Prozent des Vorkriegsniveaus“ ausmachte, in ganz Berlin „gingen etwa 627 000 Wohnungen verloren.“⁶³ Trümmer und Ruinen prägten das Stadtbild, so auch auf dem Charité-Gelände in Berlin-Mitte (Abb. 2).

⁶³ Um einen Eindruck von der betroffenen Anzahl an Menschen zu erhalten; in Berlin lebten im August 1945 laut einer Volkszählung circa 2,8 Millionen Menschen. Vgl. Grewe, Elisabeth: Das besetzte Berlin. Von der Atlantik Charta bis zur Luftbrücke. Wissenschaft&Technik, Berlin, 2009, S. 29.



Abbildung 2: Beseitigung der Trümmerberge auf dem Charité-Gelände 1945.

Vom Hunger und dessen Folgen war die städtische Bevölkerung naturgemäß stärker bedroht, als diejenige auf dem Land. Ein komplexes System aus Rationierung und fünf verschiedenen Lebensmittelkarten konnte den Bedarf der Bevölkerung an Lebensmitteln in Berlin nicht decken – der Handel auf dem Schwarzmarkt zu absurd hohen Preisen und Tauschwerten florierte. Ebenso waren Hamsterfahrten in die umliegenden ländlichen Gebiete und die Umwandlung von Frei- und Trümmerflächen in Anbaugelände für Gemüse und Getreide an der Tagesordnung.⁶⁴ Kinder erhielten dabei Lebensmittelkarten der Kategorie V, die mit der für den Berliner Volksmund typisch barschen Ton nicht ohne Grund als „Friedhofskarte“ betitelt wurden. Hinzu kam die mangelhafte Versorgung mit Kleidung sowie Schuhen und Heizmaterial, aus der zusammen mit der Mangelernährung und der desolaten Wohnsituation einhergehend mit unzureichenden hygienischen Standards eine besondere Prädisposition für Krankheiten folgte.

Was das Ausmaß der Zerstörung der Stadt konkret für den Alltag der Versorgung der Kinder bedeutete, sei im Folgenden mit der kurzen Beschreibung veranschaulicht, wie eine der bedeutendsten Kinderkliniken der Stadt, das Kaiserin-Auguste-Victoria Haus in Berlin-

⁶⁴ Ribbe, Wolfgang (Hrsg.): Geschichte Berlins. Zweiter Band. Von der Märzrevolution bis zur Gegenwart. C.H. Beck, München, 1987, S. 1032.

Charlottenburg, und dessen verbliebenes Personal das Ende des Zweiten Weltkrieges erlebte. Die heftig geführten Kämpfe der letzten Kriegstage verschonten auch das KAVH nicht, sodass „durch Artilleriebeschuss erhebliche Gebäudeschäden“ zu verzeichnen waren und das Gelände der Anstalt „mit Schuttmassen übersät“ war,⁶⁵ weshalb das Krankenhauspersonal mit vereinten Kräften kleinere Reparaturen durchführte und erst nach und nach Unterstützung von der städtischen Bauverwaltung erhielt. Hinzu kam, dass ab dem 27. April 1945 die Anstalt durch Einheiten der Roten Armee besetzt wurde, was die Krankenversorgung zusätzlich verkomplizierte. Das Fortbestehen der Klinik und die Zukunft der kleinen Patient_innen wurde zunächst immer wieder in Frage gestellt, da die Anordnungen der sowjetischen Besatzungsmacht hinsichtlich der Nutzung des Klinikgebäudes zunächst nicht konsistent waren. Teilweise musste die Klinik auch geräumt und in andere provisorisch hergerichtete Gebäude verlagert werden, da die Besatzungsmächte das Krankenhaus für ihre eigenen Verwundeten nutzen wollten.⁶⁶ Nach hartnäckigen Verhandlungen des Klinikleiters konnte dieser Vorgang wieder rückgängig gemacht werden und auch in den folgenden Tagen eine bessere Versorgung der Kinder erreicht werden.⁶⁷ Wäsche und andere Gebrauchsgegenstände, die ohnehin in nur begrenztem Umfang zur Verfügung standen, mussten gegen Plünderung auch seitens der Berliner Bevölkerung verteidigt werden. Auch die „unregelmäßige Belieferung mit Frischmilch“ gefährdete die adäquate Ernährung und Gesundheit der im KAVH untergebrachten Säuglinge und Kinder.⁶⁸ Außerdem war die Energieversorgung gänzlich zusammengebrochen, es gab keine Möglichkeiten mehr, die Säuglingsnahrung zu erwärmen. Die zum Kriegsende dort tätigen Kinderkrankenschwestern berichteten: Die „Flaschen für die Säuglinge - sie enthielten mit Wasser aufgelöstes Milchpulver – klemmten wir uns 20-30 min

⁶⁵ Joppich, Gerhard; Schulz, E.: Halbjahresbericht an den Bezirksbürgermeister des Verwaltungsbezirks Charlottenburg, In: Ballowitz, Leonore (Hrsg.): Schriftenreihe zur Geschichte der Kinderheilkunde aus dem Archiv des Kaiserin-Auguste-Victoria Hauses. Humana Milchwerke Westfalen, Herford, 1986, Heft 2, S. 36-39

⁶⁶ Ebd., S. 36 ff.

⁶⁷ Joppich, Gerhard: Eine Kinderklinik wird erobert. In: Ballowitz, Leonore (Hrsg.): Schriftenreihe zur Geschichte der Kinderheilkunde aus dem Archiv des Kaiserin-Auguste-Victoria Haus. Humana Milchwerke Westfalen, Herford, 1986, Heft 2, S. 55.

⁶⁸ Joppich, Gerhard; Schulz, E.: Halbjahresbericht an den Bezirksbürgermeister des Verwaltungsbezirks Charlottenburg, In: Ballowitz, Leonore (Hrsg.): Schriftenreihe zur Geschichte der Kinderheilkunde aus dem Archiv des Kaiserin-Auguste-Victoria Hauses. Humana Milchwerke Westfalen, Herford, 1986, Heft 2, S. 39.

in unsere Achselhöhle, um sie einigermaßen körperwarm füttern zu können.“⁶⁹ Die sich in ganz Berlin ausbreitenden Seuchen machten auch vor den Patient_innen des KAVH nicht halt. Die Gesundheit der Kinder wurde im Frühjahr 1945 von der Infektionskrankheit (Kehlkopf-) Diphtherie bedroht,⁷⁰ an der sogar Neu- und Frühgeborene erkrankten, was auch für den erfahrenen Kinderarzt Joppich eine Neuheit darstellte. In einem besonders dramatischen Fall führte er unter abenteuerlichen Bedingungen und mit äußerst behelfsmäßigem Material einen Luftröhrenschnitt durch, wodurch das Kind überlebte. Der Mehrheit der Säuglinge wurde nicht so viel Glück zuteil – die Säuglingssterblichkeit im Jahr 1945 lag beim exorbitant hohen Wert von rund 76 Prozent.⁷¹

Des Ernsts der Lage war man sich auf der Ebene der Besatzungsmächte und der Stadtverwaltung durchaus bewusst, wie die folgende programmatische Aussage, mit der Interventionen politisch begründet wurden, zeigt:

„Die Gesundheit unserer Kinder ist eine der wichtigsten Grundlagen für die Zukunft unseres Volkes. Von ausschlaggebender Bedeutung für die gesamte Entwicklung jedes Kindes ist seine Ernährung im frühesten Alter als Säugling.“⁷²

Durch die kriegsbedingten Zerstörungen waren außerdem die institutionellen Ressourcen der Kinderversorgung drastisch reduziert worden, sodass eine enorme Diskrepanz zwischen dem angesichts der Lage unbestreitbaren Handlungsbedarf und den realen Möglichkeiten sichtbar wurde.

⁶⁹ Scharfe, Dorle: Erinnerungen an das Kriegsende 1945. In: Ballowitz, Leonore (Hrsg.): Schriftenreihe zur Geschichte der Kinderheilkunde aus dem Archiv des Kaiserin-Auguste-Victoria Hauses. Humana Milchwerke Westfalen, Herford, 1986, Heft 2, S. 57.

⁷⁰ „Unter *Diphtherie* wird eine durch den LÖFFLERSCHEN Bazillus hervorgerufene Infektionskrankheit verstanden, bei der sich die am häufigsten befallenen Schleimhäute der Nase, des Rachens oder des Larynx mit festhaftenden, fibrinreichen, weißlichen Belägen bedecken und das von den Diphtheriebacillen produzierte Toxin charakteristische Schädigungen des peripheren Nervensystems, der Vasomotoren, der Nebennieren und des Herzmuskels hervorruft.“ Vgl.: Rominger, Erich: Lehrbuch der Kinderheilkunde. Springer, Berlin, 1950, S. 169.

⁷¹ Joppich, Gerhard: Eine Kinderklinik wird erobert. In: Ballowitz, Leonore (Hrsg.): Schriftenreihe zur Geschichte der Kinderheilkunde aus dem Archiv des Kaiserin-Auguste-Victoria Haus. Humana Milchwerke Westfalen, Herford, 1986, Heft 2, S. 56.

⁷² LAB C Rep. 148-16, Nr.: 61 (Bezirk Weißensee, undatiert, vermutlich Sommer 1945)

2 Nachkriegszeit und die besondere Not der Kinder – Eine sozialpädiatrische Frage

2.1 Nachkriegsproblematik

2.1.1 Situation der Kinder

Die besondere Gefährdung der Kinder durch die einleitend beschriebene Notsituation war dadurch bedingt, dass Kinder aufgrund ihrer physischen und psychischen besonderen Gegebenheiten immer schlechter gegen widrige Bedingungen gewappnet sind und darüber hinaus in ihrer gesamten Entwicklung irreversibel affiziert werden können. Dieser Problematik war man sich auch auf Seiten der Besatzungsmächte bewusst. Herbert Hoover (1874-1964), ehemaliger Präsident der USA, engagierte sich nach seiner Amtszeit unter anderem in der Koordination weltweiter Hungerhilfe. Bei einem Besuch in Berlin im Frühjahr 1946 initiierte er eine Untersuchung über die Lage der Berliner Kinder. Dabei wurden rund 280 000 Schulkinder von Schulärzt_innen und Schulfürsorgerinnen untersucht und die Ergebnisse der Erhebungen an die alliierten Kommandanturen, das Internationale Rote Kreuz und die zuständigen deutschen Behörden weitergeleitet. Darin hieß es zusammenfassend im April 1946:

„Hunger, Schwäche und Krankheit sind die drei Erbteile, die unsere Kinder aus dem Hitlerstaat und seinem Zusammenbruch in die Gegenwart mitbrachten.“⁷³

Damit waren die drei großen Themen treffend erfasst, die die Kinderheilkunde in der unmittelbaren Nachkriegszeit bestimmten. Die Ernährungssituation war in verschiedenen Phasen der Nachkriegszeit (jahreszeitlichen) Schwankungen unterworfen und verschlechterte sich insgesamt bis 1947 noch zusätzlich.⁷⁴ Die Allgegenwärtigkeit des Hungers fand in der Aussage eines siebenjährigen Kindes seinen Ausdruck, welches man nach seinem dringlichsten Geburtstagswunsch befragte und die Antwort „Eine Stulle - einen Meter lang“ erhielt.⁷⁵ In den ersten Wochen nach dem Ende des Krieges traf es die Kleinsten der Kleinen besonders hart: Infolge des Milchmangels starben viele Säuglinge und Kleinkinder. Ein Reinickendorfer Amtsarzt zeichnete im Sommer 1945 ein drastisches Bild von den Zuständen: „Falls es nicht

⁷³ N. N.: Kinder, die nicht spielen wollen. Der Tagesspiegel, Nr. 98, 2. Jahrgang, 27. April 1946.

⁷⁴ N. N.: Der Gesundheitszustand in den Städten. Der Tagesspiegel, Nr. 204, 2. Jahrgang, 1. September 1946.

⁷⁵ N. N.: Kinder, die nicht spielen wollen. Der Tagesspiegel, Nr. 98, 2. Jahrgang, 27. April 1946.

bald gelingt, den Säuglingen die erforderliche Nahrung zu geben, so sind bis zum nächsten Frühjahr alle Säuglinge ausgestorbenen. In einigen Bezirken Berlins gibt es schon jetzt keine Säuglinge mehr.“⁷⁶ Die apokalyptisch anmutende Darstellung war durchaus nicht realitätsfern, betrug die Säuglingssterblichkeit je nach Bezirk in Berlin auch noch im Frühjahr 1946 bis zu 80 Prozent.⁷⁷ Dieses Problem betraf keinesfalls nur die Säuglinge: Verallgemeinernde Aussagen beschreiben, dass „in Großstädten [...] lediglich zwölf bis fünfzehn Prozent der Kinder ein normales Gewicht“ aufwiesen.⁷⁸ So wurde konkret bei Berliner Schulkindern festgestellt, dass „ein gewisses Untergewicht (...) fast die Regel“ gewesen sei.⁷⁹ Besonders schlecht gestellt waren Kinder, die in Kinderheimen und anderen Institutionen untergebracht waren, dort wurden mehrere Fälle von „langsamen Verhungern“ berichtet.⁸⁰ Die Frage der Ernährung trat also bei den Kindern jeglichen Alters wieder in den Aufmerksamkeitsfokus der Pädiater_innen. Auch die Besatzungsmächte versuchten sich diesem Problem zu stellen, indem die vormals einheitlichen Lebensmittelkartengruppen an die speziellen Ernährungsbedürfnisse von Kindern unterschiedlichen Alters angepasst wurden.⁸¹ Wie katastrophal die Lage der Kinder auch noch einige Monate nach Beendigung des Krieges war, zeigt ein Antrag der Abteilung für Sozialwesen im November 1945, „ein Kinderheim für 20 unterernährte und besonders pflegebedürftige Kinder im Alter von 3-10 Jahren zu errichten, die durch besondere Ernährung und Pflege wieder hochgepäppelt werden sollen.“⁸² Dem Antrag vorausgegangen war eine Besichtigung von Kinderheimen und Waisenhäusern durch die Behörde, wobei eine große Anzahl der dortigen „Kinder das Bild eines erschreckendes Körperzustandes, der auf Unterernährung zurückzuführen ist“ zeigten und einzelne Kinder nicht in der Lage waren überhaupt noch aufzustehen.⁸³ Der Antrag wurde angenommen – das Heim sollte tatsächlich „Päppelheim“ genannt werden und Kinder aus allen Bezirken aufnehmen.

⁷⁶ Dinter, Andreas: Berlin in Trümmern, Ernährungslage und medizinische Versorgung der Bevölkerung Berlins nach dem II. Weltkrieg. Frank Wünsche, Berlin, 1999, S. 83.

⁷⁷ N. N.: Säuglingssterblichkeit beträgt 80 Prozent. Der Tagesspiegel, Nr. 68, 2. Jahrgang, 22. März 1946.

⁷⁸ Uhl, Matthias: Die Teilung Deutschlands. Niederlage, Ost-West-Spaltung und Wiederaufbau 1945-1949. be.bra wissenschaft, Berlin-Brandenburg, 2009, S. 40.

⁷⁹ Starke, Karl-Bernd; Fuisting, Hildegard: Kindermorbidität in Krisenzeiten. Monatsschrift für Kinderheilkunde, Springer, Berlin, 1953, Band 101, Heft 6, S. 298.

⁸⁰ N. N.: Der Gesundheitszustand in den Städten. Der Tagesspiegel, Nr. 204, 2. Jahrgang, 1. September 1946.

⁸¹ Dinter, Andreas: Berlin in Trümmern, Ernährungslage und medizinische Versorgung der Bevölkerung Berlins nach dem II. Weltkrieg. Frank Wünsche, Berlin, 1999, S. 79.

⁸² LAB C Rep. 100-05, Nr.: 763

⁸³ Ebd.

Das Problem der Unterernährung wurde sobald wie möglich auch wieder auf wissenschaftlicher Ebene diskutiert, wie die Vorträge über die Folgen des Hungers im Kindesalter des Hamburger Pädiaters J.B. Mayer und von Hans Ewerbeck aus Köln auf dem ersten Nachkriegskongress der DGfK belegen.⁸⁴ Ein weiteres, durch die Mangelernährung hervorgebrachtes Problem war das gehäufte Auftreten von Avitaminosen im Säuglingsalter. Die Fälle von Rachitis stiegen aufgrund der „Kombination von Fett- und Vitamin-D-Armut der Nahrung und anderen rachitogenen Faktoren, wie der unzulänglichen Tagesbelichtung der notdürftigen Behausungen“ enorm an.⁸⁵

Neben der Ernährungssituation thematisierte der von Hoover in Auftrag gegebene Bericht auch die vorherrschenden Krankheitsentitäten. Unter den erwähnten Diagnosen fanden sich häufig „Magen- und Darmerkrankungen, [...] Hautausschläge, eitrige Borkenflechte, Geschwüre, [...] Krätze, [...] Ruhr- und Typhusfälle, [...] und] Tuberkulose-Erkrankungen.“⁸⁶ Darüber hinaus meldeten die verschiedenen Bezirke noch zusätzliche Probleme. Aus der Unterernährung resultierten Schwäche und Ohnmachtsanfälle, die Kinder seien im Wachstum zurückgeblieben, und die Läuseplage entziehe sich jeglicher Kontrolle. Infolgedessen war auch ein Schulbesuch kaum noch effektiv, im Unterricht litten die Kinder unter starken Ermüdungserscheinungen und mangelnder Konzentrationsfähigkeit.

Eine zeitliche Dynamik ließ sich hinsichtlich des Auftretens der Infektionskrankheiten feststellen. Zum Winter 1945/46 hin verschlechterte sich die Lage der Kinder: „Ab Herbst 1946“ ließ sich bei den Kindern „ein allgemeines Ansteigen der Erkrankungen anführen.“⁸⁷ Selbst im Frühsommer 1947 waren bei 299 Kindern aus 135 der untersuchten Familien stammend noch 70 Kinder krank, hierunter 28 Kinder infolge Unterernährung, 24 aufgrund der Kälteeinwirkung 1946/47, 10 litten an offener Tuberkulose und 8 an anderen Ursachen.⁸⁸ Unter den Infektionskrankheiten war die Tuberkulose ein massenhaft auftretendes Phänomen, das noch über Jahre hinweg ein gravierendes Problem darstellte. So konstatierte das Hauptjugendamt im September 1947, dass ein „dauerhaftes Anwachsen der Tb-Anfälligkeit zu

⁸⁴ Schweier, Paul; Seidler, Eduard (Hrsg.): Lebendige Pädiatrie. Hans Marseille, München, 1983, S. 76.

⁸⁵ Dinter, Andreas: Berlin in Trümmern. Ernährungslage und medizinische Versorgung Berlins nach dem II. Weltkrieg. Frank Wünsche, Berlin, 1999, S. 82.

⁸⁶ N.N.: Kinder, die nicht spielen wollen. In: Der Tagesspiegel, Nr. 98, 2. Jahrgang, 27. April 1946.

⁸⁷ Thurnwald, Hilde: Gegenwartsprobleme Berliner Familien. Eine soziologische Untersuchung an 498 Familien. Weidmännische Verlagsbuchhandlung, Berlin, 1948, S. 90.

⁸⁸ Ebd., S. 91.

verzeichnen ist. Bei einer Moro-Einreibung der Kinder war ein ziemlich hoher Prozentsatz als positiv zu bezeichnen.⁸⁹ So waren beispielsweise in Tempelhof von 156 Kindern 45 positiv, im Wedding von 1700 Kindern 300 und in Lichtenberg von 1400 Kindern 230.⁹⁰ Weiterhin waren die „Hilusdrüsen-Erkrankungen“⁹¹ [...] stärker verbreitet als man allgemein annimmt.⁹² Im gleichen Jahr wurden zur Diagnostik der Tuberkulose reihenweise Moro-Einreibungen in den Kindergärten durchgeführt, Kinder namentlich erfasst, Zuteilung von Lebertran angeordnet und zur Kontrolle eine regelmäßige röntgenologische Durchleuchtung diskutiert. In vielen Kindertagesstätten war ein Anteil von 25-33 Prozent der untersuchten Kinder positiv auf Tuberkulose getestet worden.⁹³

Teilweise findet sich auch eine Verbindung zwischen den beiden Entitäten – durch Fehlernährung ausgelöste oder zumindest begünstigte Infektionen. So stellte eine zeitgenössische wissenschaftliche Veröffentlichung in der *Monatsschrift für Kinderheilkunde* Forschungsarbeiten aus der Kinderklinik Essen vor, in denen belegt wurde, dass „Enterale Erkrankungen“⁹⁴ in der direkten Nachkriegszeit „die Gefahr in Krisenzeiten“ schlechthin darstellten.⁹⁵ Neben der unzureichenden Ernährung, die in Unterernährung ausuferte, war auch die Versorgungslage hinsichtlich Kleidung und Rohstoffen katastrophal, sodass die Kinder im

⁸⁹ „Jedes Kind, das mit Tuberkelbakterien infiziert worden ist, verhält sich gegenüber Tuberkulin anders als ein nicht infiziertes. Es ist gegenüber Tuberkeln allergisch. [...] Die Tuberkulin-Allergie zeigt sich in lokalen Entzündungserscheinungen an der Haut [...]. Die Perkutanprobe nach [Ernst] Moro [österreichischer Pädiater und Ordinarius in Heidelberg (1874-1951) Anmerk. d. Verf.] oder Hamburger. Wegen der geringen Belästigung der Kinder Methode der Wahl für die Praxis. Nach gründlicher, aber nicht die Hautoberfläche verletzender Ätherabreibung in der Mitte des Sternums oder an beliebiger anderer Stelle, Einreiben eines halb erbsengroßen Stückes diagnostischer (nicht therapeutischer!) Tuberkulinsalbe von Moro oder Perkutan-Tuberkulin Hamburger forte mit dem Zeigefinger. Bei positivem Ausfall Auftreten von mehr oder minder zahlreichen Knötchen oder Bläschen auf blassem oder gerötetem Grund am Ort der Einreibung.“ Vgl.: Loeschke, Adalbert: *Kinderheilkunde*. Ärzte-Verlag, Köln, 1954, S. 217 f.

⁹⁰ LAB C Rep. 118, Nr.: 110

⁹¹ Tuberkulose kann unterschiedliche Organe befallen. Eine besonders häufige und typische Lokalisation ist hierbei die sogenannte „Hilusdrüsen-Tuberkulose“. Diese manifestiert sich in der Lunge in der Nähe des Hilus derselben, welcher auch die Lymphknoten beinhaltet. „Bei unsichtbarem Primärherd kann die regionale bronchopulmonale Lymphdrüse als halbovaler oder halbrunder Schatten dem Herzschaten in Hilushöhe angelagert sein. Man spricht dann von Hilusdrüsen- oder Bronchialdrüsentuberkulose.“ Vgl.: Rominger, Erich (Hrsg.): *Lehrbuch der Kinderheilkunde*. Springer, Berlin, 1950, S. 260.

⁹² LAB C Rep. 118, Nr.: 110

⁹³ LAB C Rep. 118 Nr.: 98

⁹⁴ Starke, Karl-Bernd; Fuisting, Hildegard: *Kindermorbidität in Krisenzeiten*. *Monatsschrift für Kinderheilkunde*. Springer, Berlin, 1953, Bd. 101, Heft 6, S. 298.

⁹⁵ Ebd.

Winter dauerhaft frieren mussten und an Unterkühlung litten. Dies schuf eine weitere gefährliche Disposition für Erkrankungen.

Die defizitäre Versorgungslage hatte nicht nur physische sondern auch weitreichende psychische Folgen für die Kinder und veränderte deren Rolle in der Gesellschaft nachhaltig. Dies stand in engem Zusammenhang mit der veränderten bis hin zur aufgelösten Familienstruktur. So waren viele Väter gefallen oder befanden sich in der Nachkriegszeit noch in Kriegsgefangenschaft, sodass die Versorgung der Kinder größtenteils in den Händen der Mütter lag.⁹⁶ Diese riesige und angesichts der Mangellage oftmals nicht zu bewältigende Aufgabe resultierte oftmals in Vernachlässigung der Kinder und drängte die Kinder sicherlich oft in eine verfrühte Erwachsenenrolle. Soziale Normen waren außer Kraft gesetzt und viele der sich selbst überlassenen Kinder machten sich eigenmächtig auf die Suche nach dem Nötigsten, was sich in Betteln bei den Besatzungsmächten und kleineren Diebstählen zeigte.

Wie ernst die Lage der Kinder und wie defizitär die Versorgungslage in der unmittelbaren Nachkriegszeit war, verdeutlichen einige Zahlen aus dem KAVH – 1945 starben rund 30 Prozent der aufgenommenen Kinder, einschließlich der Frühgeborenen.⁹⁷ Auch im KAVH waren Infektionskrankheiten und Unterernährung bzw. Ernährungsstörungen die häufigsten Todesursachen. Allein im Jahr 1945 wurden 329 Fälle von Ernährungsstörungen im KAVH behandelt, 37 Prozent davon verstarben. Besonders schwer traf es die Altersklasse der Säuglinge, wobei 1945 die Letalität der Säuglinge bezüglich der akuten Ernährungsstörungen 44 Prozent und 42 Prozent bezüglich der chronischen Erscheinungsform betrug. Konkret gab es 1945/1946 bei den Kindern eine Typhus abdominalis und eine Dysenterie- bzw. Ruhr-Epidemie. Die Diphtherie, welche ungewöhnlicherweise auch Neugeborene und Säuglinge betraf, ging mit einer ungewohnt hohen Letalität einher.⁹⁸ Außerdem nahmen auch andere Infektionskrankheiten nach dem Krieg stark zu, so war die Letalität bei an Pneumonien erkrankten Säuglingen besonders hoch, gleiches gilt für die Bronchiolitis bei Kindern in jedem Alter.⁹⁹ Viele Opfer forderte auch der Poliomyelitis-Ausbruch im Sommer 1947, die

⁹⁶ Preuss-Lausitz, Ulf; Büchner, Peter; Fischer-Kowalski, Marina u.a.: Kriegskinder, Konsumkinder, Krisenkinder. Zur Sozialisationsgeschichte seit dem Zweiten Weltkrieg. Beltz, Weinheim und Basel, 1983, S. 30.

⁹⁷ Ballowitz, Leonore (Hrsg.): Schriftenreihe zur Geschichte der Kinderheilkunde aus dem Archiv des Kaiserin-Auguste-Victoria Hauses. Humana Milchwerke Westfalen, Herford, 1986, Heft 1, S. 11 ff.

⁹⁸ Ebd., S. 56.

⁹⁹ Bronchiolitis (auch Bronchitis capillaris): Es handelt sich um eine „schwere Erkrankung recht junger Kinder“, die durch eine „echte eitrige Entzündung der Bronchiolen“ gekennzeichnet ist. „Klinisch beginnt die

betroffenen Kinder wurden auch im KAVH eingeliefert. Allein im Jahr 1947 behandelte man dort 83 Kinder. Die Diagnose „Hungerödeme“ wurde ausschließlich in den Jahren 1945-47 gestellt.¹⁰⁰ Da das KAVH eines der größten betriebsfähigen Kinderkrankenhäuser im Stadtgebiet war, welches das Kriegsgeschehen vergleichsweise unbeschadet überstanden hatte, können die angeführten Zahlen wohl im Großen und Ganzen einen anschaulichen Eindruck für das Spektrum an Diagnosen bieten, das für den Alltag in den Krankenhäusern der Nachkriegszeit bestimmend war.

Situation der Kinder im Stadtbezirk Berlin-Weißensee 1945

Eines der frühesten und aussagekräftigen Dokumente zur Lage der Säuglinge und Kinder in Berlin in der Nachkriegszeit findet sich in dem Bericht „Gesundheitslage der Kinder“ vom 1. August 1945 aus dem Bezirk Weißensee.¹⁰¹

„Nach den bisherigen Beobachtungen ist festzuhalten, dass der Ernährungszustand bei den Säuglingen bis zum 4. Monat mittelmäßig bis schlecht ist. Es ist dies wohl zurückzuführen auf die schlechten Ernährungsverhältnisse zum Kriegsende, zu der Zeit, wo die Kinder gerade geboren wurden. Bei Säuglingen ab dem 6. Monat lagen die Verhältnisse etwas günstiger. Nach Beobachtungen sind die meisten Kleinkinder im Alter von 2-6 Jahren untergewichtig gewesen (durchschnittlich 4 Pfund). Der Ernährungszustand war in einem Fall mit „sehr gut“ zu bezeichnen, mit „gut“ konnten 10%, „mittel“ 30%, „mangelhaft“ 40% und „ungenügend“ 20% bezeichnet werden.“¹⁰²

Krankheit plötzlich mit hohem Fieber, sofort einsetzender stärkster expiratorischer Atemnot, Nasenflügelatmen, inspiratorischen Einziehungen, extremer Blässe und Unruhe“. Vgl.: Rominger, Erich (Hrsg.): Lehrbuch der Kinderheilkunde. Springer, Berlin, 1950, S. 640.

¹⁰⁰ „Kachektisches Ö[dem]: Marantisches Ö[dem], Ö[dem] ohne Dyspnoe u. Zyanose u. ohne Albuminurie, Ö[dem] bei Kachexie durch Karzinome, Anämie, Tuberkulose, Diabetes usw., ferner aber auch (vorüber[gehend]) bei Inantion u. Überanstrengung (Hungerödem, Inantionsödem; Eiweißmangelödem; Kriegsödem [sic!]“ Vgl.: Psychrembel, Willibald: Psychrembel. Klinisches Wörterbuch mit klinischen Symptomen. Walter de Gruyter, Berlin, 1964, S. 621.

¹⁰¹ LAB C Rep. 148-16, Nr.: 61

¹⁰² Ebd.

Was hier medizinisch-nüchtern und für den Laien verklausuliert dargestellt wird, war eine der Haupttodesursachen in der frühen Nachkriegszeit – unterernährte Kinder und Säuglinge verstarben aufgrund ihrer Anfälligkeit für Infektionen rasch.

„Gesundheits- und Kräftezustand der Säuglinge und Kleinkinder“:¹⁰³

165 Säuglinge im August 1945, Weißensee		
I (sehr gut)	7	4,5 %
II (gut)	30	18 %
III (mittel)	55	33 %
IV (mangelhaft)	49	30 %
V (ungenügend)	24	14,5 %

191 Kleinkinder		
I (sehr gut)	1	0,5 %
II (gut)	31	16 %
III (mittel)	51	26,7 %
IV (mangelhaft)	74	38,7 %
V (ungenügend)	34	17,8 %

Als Ursachen für den sichtbar schlechten Zustand der untersuchten Säuglinge und Kleinkinder wurden folgende Gründe angegeben:

„Zum Teil sind an dem reduzierten Zustand der Kinder durchgemachte Krankheiten (Ruhr, fieberhafter Darmkatarrh,¹⁰⁴ Ernährungsstörung) schuld, zum Teil aber auch der Mangel an Milch (unregelmäßige Lieferung bei den Säuglingen, Fehlen der Milch bei den Kleinkindern) und Mangel an Zucker. Es ist hier in der Säuglingsfürsorge 1 Fall von Hunger-Ödemen vorgestellt worden.“¹⁰⁵

¹⁰³ LAB C Rep. 148-16, Nr.: 61

¹⁰⁴ Damkatarrh bezeichnet eine (mit einer Darmentzündung einhergehende) Diarrhoe.

¹⁰⁵ LAB C Rep. 148-16, Nr.: 61

„Ergebnis einer Untersuchung in Kindergärten

Insgesamt 171 Kinder im Alter von 2-6 Jahren untersucht	
Normalgewicht	14
Untergewicht von 1-2 kg	67
Untergewicht von 3 kg	49
Untergewicht von 4 kg	26
Untergewicht von mehr als 4kg	15

Es sind also ca. 85% aller Kinder untergewichtig. Bei den Schulkindern im Hort war das Ergebnis noch bedeutend schlechter.“¹⁰⁶

Situation der Flüchtlingskinder

Da im „Dritten Reich“ eine systematische Umsiedlung in zunächst eroberte östliche Gebiete erfolgte, ist der Anteil an Kindern, die mit ihren Familien nach 1945 von dort Richtung Westen flohen und in Berlin ankamen, nicht zu unterschätzen.¹⁰⁷ Für die Kinder muss dies gravierende Strapazen bedeutet haben, sodass es vielen von ihnen, die nach Kriegsende in Berlin eintrafen, noch deutlich schlechter ging, als denjenigen, die bereits in Berlin wohnten. Dies betraf vor allem die Ernährungssituation, oftmals stand für Säuglinge auf der wochenlangen Reise keine oder nur völlig inadäquate Nahrung zur Verfügung. Vor diesem Hintergrund ist der folgende Bericht vom Frühjahr 1945 in Weißensee zu verstehen.

„In einem Kinderkrankenhaus waren verschiedene Fälle von „Hunger-Ödemen“ aufgetreten. Es handelte sich um Säuglinge, welche weniger zur Berliner Bevölkerung gehören, als vielmehr um Flüchtlingskinder, die schon in einem atrophischen Zustand eingewiesen wurden mit schlechter Allergielage, und bei

¹⁰⁶ LAB C Rep. 148-16, Nr.: 61

¹⁰⁷ Kleßmann, Christoph: Die doppelte Staatsgründung. Deutsche Geschichte 1945-1955. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen, 1991, 5. Auflage, S. 39.

denen die Heilung erfahrungsgemäß sehr verzögert ist. Die meisten ex alimentacione erkrankten Kinder pflegen in 6-8 Wochen ex infectione ad exitum zu kommen.“¹⁰⁸

Den Säuglingen, die mit ihren Familien geflüchtet waren, kam auch in Hinblick auf die Behandlung eine besondere Rolle zu, da es den Erfahrungen einiger Pädiater_innen nach „trotz aller Mühen nicht gelingen wollte, die mit den üblichen Säuglingskrankheiten eingelieferten Flüchtlingskinder gesund zu machen.“¹⁰⁹ Die Daten, auf denen die im Folgenden zitierte Untersuchung basiert, stammen zwar aus einer Lübecker Kinderklinik, die medizinischen Besonderheiten dürften jedoch auch für die in Berlin eingetroffenen Flüchtlingskinder ebenso gegolten haben. Die besondere Not der Säuglinge erklärte man sich aus fachlicher Sicht wie folgt:

„Die entbehrungsreiche, unruhige und dauernden exogenen Störungen ausgesetzte Lebensführung von Mutter und Kind bringt für den Säugling schwere schädigende Reize der Außenwelt mit sich.“¹¹⁰

Ein großer Anteil der eingelieferten Säuglinge mit der Diagnose Ernährungsstörungen litten an dystrophischen oder atrophischen Formen.¹¹¹ Ernährungsstörungen alimentärer Ursache riefen bei den untersuchten Kindern schwerere Krankheitsbilder mit deutlich schlechterer Prognose hervor als diejenigen infektiöser Genese.¹¹² Insgesamt war die Sterblichkeit bei Säuglingen, die mit ihrer Familie geflüchtet waren um rund 20 Prozent höher.¹¹³ Dies deckt sich ebenso mit den Beobachtungen aus der Kinderklinik in Weißensee. Die Pädiater_innen gingen sogar so weit, von einer „Ausmerze der Neugeborenen durch die Flucht“ zu sprechen,¹¹⁴ da die meisten die Bedingungen der Flucht nicht überlebt und somit Berlin nie erreicht hätten.

Auch Scabies spielte in der medizinischen Versorgung der Flüchtlingskinder bereits eine Rolle, als diese innerhalb der Berliner Bevölkerung noch nicht als massenhaftes Phänomen auftraten:

¹⁰⁸ LAB C Rep. 148-16, Nr.: 61

¹⁰⁹ Jochims, J.; Doerks, G.: Einige Lehren aus den Fluchtschäden unserer Säuglinge. Deutsche medizinische Wochenschrift. 1946, 71. Jahrgang, Nummer 17/20, S. 174.

¹¹⁰ Ebd.

¹¹¹ Ebd., S. 175.

¹¹² Ebd., S. 176.

¹¹³ Ebd., S. 178.

¹¹⁴ Ebd., S. 177.

„Verlausungen mit Kleiderläusen innerhalb der ansässigen Bevölkerung Berlins sind bisher nicht bekannt geworden. Bei Flüchtlingen wurden etwa 10-15% der Kinder mit Kopfläusen festgestellt.“¹¹⁵

Situation der Kinder im Stadtbezirk Berlin-Friedrichshain 1946

Der Stadtteil Friedrichshain war hinsichtlich seiner Sozialstruktur jahrzehntelang ein Arbeiter_innenviertel, in dem die Säuglingssterblichkeit und damit in Zusammenhang stehende Probleme eklatant hoch waren. Daher verwundert es nicht, wenn auch in der Nachkriegszeit die Kindergesundheit in außerordentlichem Maße gefährdet war. Wie in allen Bezirken der sowjetischen Besatzungszone wurden auch in Friedrichshain die lokal agierenden Schulkinder- sowie Kleinkinder- und Säuglingsfürsorgestellen neu eröffnet bzw. diese nahmen alsbald wieder ihre Tätigkeit auf. Wie unerlässlich deren Wirken gerade in solchen Notsituationen war, verdeutlicht ein Bericht der „ständigen Kommission Gesundheitswesen der Bezirksverordnetenversammlung Friedrichshain“:

„Besonders unsere Kinder waren durch diese Verhältnisse [schlechte Ernährungssituation, mangelnde hygienische Verhältnisse, zu wenig medizinische Versorgung in Form von Ärzt_innen und Krankenhäusern u. ä.] gesundheitlich stark gefährdet.“¹¹⁶

Um einen beispielhaften Eindruck über die Lage der Kinder bezüglich Versorgungs- und Hygiene- Standards zu geben, wird hier eine Erhebung aus einer Schulfürsorgestelle vom April 1946 wiedergegeben,¹¹⁷ welche von der Abteilung für Gesundheits- und Sozialwesen durchgeführt wurde. In die Untersuchung in Form einer sogenannten „Sonderaktion zur Feststellung der Pflegebedürftigkeit“ wurden 9 820 Schulkinder mit einbezogen.

¹¹⁵ LAB C Rep. 148-16, Nr.: 61

¹¹⁶ Die Daten stammen aus einer Erhebung der Schulfürsorgestelle in der Eckertstraße 16, heute Bezirk Friedrichshain-Kreuzberg. LAB C Rep. 135-01, Nr.: 375

¹¹⁷ Charakterisierend für einen Arbeiter_innenbezirk im Hinblick auf Hygienestandards im Sinne von gesundheitsbeeinträchtigenden Faktoren waren u. a. die räumliche Enge, welche sich aus den Mietskasernen mit bis zu sechs Hinterhöfen ergab. Ähnliche Zusammenhänge wurden schon für das Kaiserreich und die Weimarer Republik beschrieben. Vgl. hierzu: Stöckel, Sigrid: Säuglingsfürsorge zwischen sozialer Hygiene und Eugenik. Walter de Gruyter, Berlin/New York, 1996, S. 151 ff.

	Kinder insgesamt	ungenügend	mittelmäßig
Ernährungszustand	9 820	5 680	3 522

Hygiene und materielle Versorgung	insgesamt 9.820 Schulkinder, davon:
keine Seife	6 592
ohne ausreichende Wäsche	5 371
ohne festes Schuhwerk	6 550
ohne ausreichende Kleidung	5 152

Auch der Zustand der Kleinkinder und Säuglinge, welcher Gegenstand der Erhebungen (untersucht wurden 1.383 bzw. 2.434) war, stellte sich laut des oben genannten Berichts im Untersuchungszeitraum Juli 1945 bis März 1946 als „ebenso schlecht wie bei den Schulkindern“ dar.¹¹⁸ Die Lage der Säuglinge war augenscheinlich noch gravierender – so wird eine „Kinderärztin aus unserem Stadtbezirk“ zitiert, welche angab, dass

„von 64 Säuglingen im Alter bis zu 9 Monaten allein 51 innerhalb eines einzigen Monats [starben], und zwar ausschließlich an Ernährungsstörungen, die in der Hauptsache durch Fehlen ausreichender Mengen Muttermilch, einwandfreier Kuhmilch und genügend Nahrungsmittel bedingt war.“¹¹⁹

Ungeachtet des fraglichen repräsentativen Werts der angegebenen Zahlen verdeutlicht die Schilderung die Haupttodesursache der Säuglinge: Diese war wieder die „Ernährungsstörung“, die bereits in der Kaiserzeit die Sterblichkeit in die Höhe schnellen ließ, wengleich in der Nachkriegszeit eher mangelnde Quantität als Qualität der Nahrung im Vordergrund standen.

¹¹⁸ Die folgenden Daten stammen aus einer Erhebung in der Säuglings- und Kleinkinderfürsorgestelle in der Sonntagsstraße 21 (Berlin-Friedrichshain). LAB C Rep. 135-01, Nr.: 375

¹¹⁹ LAB C Rep. 135-01, Nr.: 375

Situation während der Berlin-Blockade

Wenngleich die Bedeutung des Ernährungsthemas grundsätzlich in den Nachkriegsjahren nach und nach abnahm, gewann diese im Zeitraum der Berlin-Blockade erneut an Brisanz. Anschaulich schilderte Joppich die Konsequenzen für die Säuglings- und Kinderernährung auf einer Amtsarztsitzung im Januar 1949:

„Die Ernährung durch die Luft bringt eine neue Verschiebung des ganzen Problems mit sich. [...] Es kann eine zeitlang belanglos sein, es wird aber doch ein medizinisches Problem. Die Vitaminfrage spielt dabei eine große Rolle. Der Säugling leidet unter diesen Ernährungsverhältnissen am meisten, und zwar kann er seinen Ernährungsinstinkt nicht zur Wirkung bringen und die Säuglingsnahrung ist sowieso schon einseitig; der Säugling kann sich nicht äussern.“¹²⁰

Hinsichtlich der Versorgung mit Vitaminen ergänzte er: „Das Obst fällt als Normalkost jetzt aus. Es werden aufgrund dessen schon Fälle von Skorbut bemerkbar.“¹²¹ Diese Lücke machte sich insbesondere in den Kinderkrankenhäusern bemerkbar. Daher wurde von Joppich ein „Bananeneinflug“ vorgeschlagen: „Wenn täglich 3- 400 Bananen eingeflogen werden könnten, so würden sämtliche Kinder in den Krankenhäusern zu ihrem Obstbrei kommen.“¹²² Auch die Milchversorgung unterlag deutlichen Engpässen, sodass auf Trockenmilch zurückgegriffen werden musste. Nicht nur für die Säuglinge war dies problematisch, sondern auch für die älteren Kinder wie Joppich ausführte: „Diese Kinder haben schon sehr viel durchgemacht. Es wurden regelrechte Stubenhockeranämien vorgefunden.“¹²³ Man macht sich ernsthafte Sorgen über die späteren Konstitutionen dieser Kinder. Die Milch ist für diese Kinder ein wichtiger Mineralträger (Calcium).“¹²⁴ Aufgrund Joppichs alarmierendem Lagebericht wurde umgehend eine „Vitamin-C-Aktion“ eingeleitet. Dieses wurde in großen Mengen bestellt und gratis über

¹²⁰ LAB B Rep. 012, Nr.: 6

¹²¹ Ebd.

¹²² Ebd.

¹²³ Diese Form der Anämie wurde unter den Reizmangelanämien kategorisiert. „Weniger durch experimentelle Forschung als durch ärztliche Erfahrung an Kindern gestützt ist die günstige Reizwirkung gewisser physikalischer Einflüsse, namentlich der Belichtung, der bewegten und niedertemperierten Außenluft, auch des kühlen Bads auf die Blutbildung. Ihr Wegfall kann unzweifelhaft zu Anämien geringen bis mittleren Grades führen, die unter dem Namen der Stuben- und Proletarieranämien bekannt sind.“ Vgl.: Feer, Emil (Hrsg.): Lehrbuch der Kinderheilkunde. Gustav Fischer, Jena, 1942, S. 136.

¹²⁴ LAB B Rep. 012, Nr.: 6

die Fürsorgestellten ausgegeben. Durch Pressenotizen wurde auf die Bedeutung des Vitamins für die Kindergesundheit hingewiesen.¹²⁵

Exkurs: Poliomyelitis

„Die Krankheit fing ganz harmlos an“, erzählt die Mutter des kleinen Helmut; „er hatte Schnupfen, ein bißchen Kopfweh, war weinerlich, dann stieg das Fieber auf 40 Grad, am zweiten Tag konnte er nicht mehr gehen – und als der Arzt kam, stellte er Kinderlähmung fest. Jetzt ist er schon seit fünf Jahren ans Haus gefesselt.“¹²⁶

Wurde im ausgehenden 19. Jahrhundert noch die Diphtherie als der Würgeengel der Kinder im Volksmund bezeichnet und stellte eine der gefürchteten Infektionskrankheiten dar, so wurde diese in der Nachkriegszeit hinsichtlich ihrer Häufigkeit und Bedrohung für die Kindergesundheit durch die Kinderlähmung abgelöst. Bereits während des Zweiten Weltkrieges trat im Sommer 1941 die Poliomyelitis in epidemischer Form in Berlin auf.¹²⁷ Der bereits erwähnte erneute Ausbruch von hoher epidemiologischer Relevanz 1947 traf die Strukturen der Berliner Gesundheitsversorgung nach dem Krieg völlig unvorbereitet – zumal der Forschungsstand weltweit zu diesem Zeitpunkt dürftig war, wie der US-Virologe Albert B. Sabin (1906-1993) auf einem Vortrag an der Charité im September 1947 offen vor der Berliner Ärzteschaft zugab: „Ich brauche Ihnen nicht zu sagen, daß es niemanden gibt, der die endgültige Antwort auf die vielen Rätsel weiß, die die Epidemiologie der Poliomyelitis bietet.“¹²⁸ In den Sommermonaten Juli und August 1946 kam es in mehreren Bezirken Berlins zunächst zu einzelnen Fällen von spinaler Kinderlähmung.¹²⁹ Von „vorbeugenden Maßnahmen“,¹³⁰ wie der Schließung von Gemeinschaftseinrichtungen wurde noch abgesehen, auch um die Bevölkerung nicht zu beunruhigen. Dies änderte sich in den Jahren 1947/48 drastisch, als Berlin von einer

¹²⁵ LAB B Rep. 012, Nr.: 6

¹²⁶ N. N.: Jeder sollte helfen! Ein Empfang der Gesellschaft zur Bekämpfung der Kinderlähmung. Der Tag, 27.3.1952, LAB B Rep. 004, Nr.: 3961

¹²⁷ Dinter, Andreas: Seuchenalarm in Berlin: Seuchengeschehen und Seuchenbekämpfung in Berlin nach dem II. Weltkrieg. Wünsche, Berlin 1999, S. 182.

¹²⁸ LAB B Rep. 212, Nr.: 5169; Vortrag während eines Besuchs in Berlin am 29. September 1947 im Auftrag der National Foundation for Infantile Paralysis.

¹²⁹ LAB B Rep. 012, Nr.: 149

¹³⁰ Ebd.

regelrechten Polio-Epidemie heimgesucht wurde, welche die zahlenmäßig größte war, die zu diesem Zeitpunkt für die Stadt beschrieben worden war. Im Verlauf der Epidemie wurden 2 466 Erkrankungen mit 223 Todesfällen erfasst.¹³¹ Um die Kontrolle über die Lage zurückzugewinnen, konstituierte sich 26. September 1947 das sogenannte Poliomyelitis-Komitee, ein Expertengremium, das sich mit der weiteren Bekämpfung der Krankheit befasste.¹³² Mit Zunahme der Erkrankungszahlen wurden im August 1947 die Maßnahmen verschärft und umfangreiche Präventionsmaßnahmen ergriffen, die eine weitere Ausbreitung der Krankheit vermeiden sollten. Die Fokussierung darauf war nicht zuletzt dem Umstand geschuldet, dass bisher keine wirkungsvolle kausale Therapie zur Verfügung stand. Zu den Anordnungen gehörte die Einstellung der Ferienverschickung von Kindern aus den bisher von der Krankheit betroffenen Berliner Bezirken Friedrichshain und Lichtenberg. Nach den Fällen rund um das Planschbecken am Boxhagener Platz in Friedrichshain wurde veranlasst, das Wasser in allen Planschbecken der Stadt abzulassen um diese mögliche Infektionsquelle wortwörtlich trocken zu legen. Dies beinhaltete auch die Schließung von öffentlichen Schwimmbädern. Bemerkenswert in diesem Zusammenhang ist ebenso, dass die Erkrankung zunächst noch ätiologisch als „Schmutzkrankheit“ klassifiziert wurde und somit in eine Reihe mit Diagnosen wie Läusen und Krätze gestellt wurde.¹³³ Dies änderte sich bald und Joppich bezeichnete die Polio als Krankheit der „hohen Zivilisation“.¹³⁴ „Überanstrengung“ galt weiterhin als prädisponierendes Element in der Ausbreitung der Epidemie, wobei die Nachkriegsumstände zweifelsohne begünstigend gewirkt haben werden.¹³⁵ Daher wurde sowohl der Turnunterricht in den Schulen als auch Sportveranstaltungen jeglicher Art bis auf Weiteres ausgesetzt. Schulklassen wurden nur beim Auftreten von mehreren Erkrankungsfällen geschlossen. Jedoch durften gesunde Schüler_innen, in deren Familie ein Krankheitsfall aufgetreten war, erst 14

¹³¹ Anders, Werner: Epidemiologische Studien über die Poliomyelitis 1947-1948 in Groß-Berlin. In: Tietze, Albrecht; Kühne, Paul (Hrsg.): Aktuelle Fragen der Inneren Medizin. 1. Band, 1. Teil: Die Poliomyelitis. Walter de Gruyter&Co, Berlin, 1949, S. 13.

¹³² LAB B Rep. 012, Nr.: 149

¹³³ Anders, Werner: Epidemiologische Studien über die Poliomyelitis 1947-1948 in Groß-Berlin. In: Tietze, Albrecht; Kühne, Paul (Hrsg.): Aktuelle Fragen der Inneren Medizin. 1. Band, 1. Teil: Die Poliomyelitis. Walter de Gruyter&Co, Berlin, 1949, S. 15.

¹³⁴ Joppich, Gerhard: Der Kampf gegen Kinderlähmung. In: Vortragsreihe der Niedersächsischen Landesregierung zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung in Niedersachsen. Vandenhoeck&Ruprecht, Göttingen, Heft 6, S. 9.

¹³⁵ Anders, Werner: Epidemiologische Studien über die Poliomyelitis 1947-1948 in Groß-Berlin. In: Tietze, Albrecht; Kühne, Paul (Hrsg.): Aktuelle Fragen der Inneren Medizin. 1. Band, 1. Teil: Die Poliomyelitis. Walter de Gruyter&Co, Berlin, 1949, S. 33.

Tage nach „einwandfreier Absonderung des Kranken und Desinfektion der Wohnung“ die Schule wieder besuchen.¹³⁶ Außerdem nahm man in dieser Zeit Abstand von Schutzimpfungen jeglicher Art. Der Ausbreitung der Kinderlähmung versuchte man weiterhin entgegenzuwirken, indem man bestrebt war, sogenannte „Massenansammlungen“ von Kindern über 50 Personen wie beispielsweise Jugendsportfeste und ähnliche Veranstaltungen zu vermeiden. Dazu gehörte das Verbot für Kinder bis zum 14. Lebensjahr „Theater- und Kinovorstellungen“ zu besuchen.¹³⁷ Diese Maßnahmen unterlagen einem ständigen Aushandlungsprozess zwischen dem Landesgesundheitsamt und der Alliierten Kommandantur und wurden im Laufe der Zeit entsprechend den Erkrankungszahlen immer wieder reevaluiert und modifiziert.¹³⁸

Ein weiteres Problem stellte die eindeutige Diagnostik der Kinderlähmung dar. Seitens des Landesgesundheitsamtes wurde beklagt, dass die Diagnose oft zu Unrecht gestellt worden sei und andererseits Lähmungsfälle erst verspätet in die entsprechenden Krankenhäuser eingewiesen worden seien. Daher wurden für Ärzt_innen „Krankendemonstrationen“ initiiert und ebenso „ärztliche Vorträge zur Beruhigung der Bevölkerung“.¹³⁹ Am 29. September 1947 fand ein „Vortragsabend für die Berliner Ärzteschaft“ an der Charité statt, bei denen wie bereits oben erwähnt Alfred Sabin zum aktuellen Forschungsabend referierte. Weiterhin sprach Herbert Brugsch (Direktor der 1. Medizinischen Universitätsklinik der Charité). Die Amtsärzt_innen wurden beauftragt, mit Hilfe von Laufzetteln auf die Informationsveranstaltung aufmerksam zu machen.¹⁴⁰ In den Jahren darauf wurde ein eigens hierfür vom Landesgesundheitsamt produzierter Film vor fachlich interessiertem Publikum gezeigt.¹⁴¹

Um die Krankenversorgung zu professionalisieren, richtete man Poliomyelitis-behandlungszentren ein. Es wurde folgendermaßen argumentiert: „Es ist für Meldung, Diagnose und Therapie ungünstig, wenn die Erkrankten auf allzu viele Krankenhäuser verteilt werden.“¹⁴² Konkret handelte es sich um das Städtische Kinderkrankenhaus Charlottenburg, das Kaiserin-Auguste-Victoria Haus, das Städtische Kinderkrankenhaus Wedding, die

¹³⁶ LAB B Rep. 212, Nr.: 5169

¹³⁷ LAB B Rep. 012, Nr.: 149

¹³⁸ Dinter, Andreas: Seuchenalarm in Berlin: Seuchengeschehen und Seuchenbekämpfung in Berlin nach dem II. Weltkrieg. Wünsche, Berlin 1999, S. 187 ff.

¹³⁹ LAB B Rep. 212, Nr.: 5169

¹⁴⁰ LAB B Rep. 212, Nr.: 5169

¹⁴¹ BArch B 208/362

¹⁴² LAB B Rep. 212, Nr.: 5169

Krankenhäuser Herzberge und Lichtenberg.¹⁴³ Eine Weiterbildung des medizinischen Personals fand durch mehrseitige Merkblätter mit Anweisungen zur Behandlung von erkrankten Kindern statt, Pflegevorschriften für Schwestern, wie die fachgerechte Lagerung der kleinen Patient_innen, diätische Vorschriften und genaue Beobachtung des Verhaltens der Kinder. Eine gängige Behandlungsmethode waren „heiße, feuchte Packungen“ in Bauchlage zur „Loesung de[r] Muskelspasmen“ sowie dem Ziel der zur „Schmerztlinderung“, „Verbesserung des Blutkreislaufs“ und „Verhinderung von Missbildungen“. ¹⁴⁴ Weiterhin wurden genaue Anweisungen zur Erkennung und zum Umgang mit Lähmungen der Atemmuskulatur verschriftlicht und vervielfältigt. In den Behandlungsvorschlägen wurde je nach Quelle auch die intramuskuläre Verabreichung von 15 000 Einheiten Penicillin propagiert, was sich jedoch als wirkungslos herausstellte. ¹⁴⁵ Therapieversuche mit Homoseran, einem aus dem Retroplazentarblut gesunder Frauen extrahiertes Serum, wurden aus gleichem Grund eingestellt.¹⁴⁶ Einen durchschlagenden Therapieerfolg brachte erst der Einsatz der Eisernen Lungen ab September 1947, wengleich diese Hilfe für viele Kinder schon zu spät kam (Abb. 3).

¹⁴³ LAB B Rep. 004, Nr.: 3961

¹⁴⁴ LAB B Rep. 212, Nr.: 5169

¹⁴⁵ Ebd.

¹⁴⁶ Dinter, Andreas: Seuchenalarm in Berlin: Seuchengeschehen und Seuchenbekämpfung in Berlin nach dem II. Weltkrieg. Wünsche, Berlin 1999, S. 182. S. 195.



Abbildung 3: „Eiserne Lungen“ im Einsatz im Auguste Viktoria Krankenhaus in Berlin-Schöneberg (10. November 1949).

Insgesamt wurden sechs dieser Beatmungsgeräte von der amerikanischen Hilfsorganisation „National Foundation for Infantile Paralysis“ gespendet.¹⁴⁷

Darüber hinaus wurde versucht, die orthopädische Nachbehandlung der Lähmungsfälle und damit die Ebene der Rehabilitation zu systematisieren. Mit einer fachgerechten Nachbehandlung sollten dauerhafte Schäden verringert werden (Abb. 4 und 5).¹⁴⁸ Die Epidemie des Sommers 1947 überstieg deutlich die zur Verfügung stehenden orthopädischen Versorgungskapazitäten. Es mangelte an Material für Gipsverbände, Schienen und anderen Hilfsmitteln.¹⁴⁹ In einer Besprechung mit anderen Sachverständigen im Landesgesundheitsamt im September veranlasste Joppich, dass sie orthopädische Nachbehandlung, die normalerweise

¹⁴⁷ Dinter, Andreas: Seuchenalarm in Berlin: Seuchengeschehen und Seuchenbekämpfung in Berlin nach dem II. Weltkrieg. Wünsche, Berlin 1999, S. 194.

¹⁴⁸ LAB B Rep. 212, Nr.: 5169

¹⁴⁹ Dinter, Andreas: Seuchenalarm in Berlin: Seuchengeschehen und Seuchenbekämpfung in Berlin nach dem II. Weltkrieg. Wünsche, Berlin 1999, S. 196 f.

im speziell dafür ausgerichteten Oskar-Helene-Heim stattfand, bis auf schwere Fälle auch im KAVH durchgeführt wurde, um die Einrichtung zu entlasten.¹⁵⁰



Abbildung 4: Orthopädische Gymnastik nach spinaler Kinderlähmung, hier in der Wilmersdorfer Straße 98 in Berlin-Charlottenburg (29. November 1949).

¹⁵⁰ LAB B Rep. 012, Nr.: 149



Abbildung 5: Orthopädische Gymnastik nach spinaler Kinderlähmung; Streckbretter zur Unterstützung der geschädigten Halswirbel; Wilmersdorfer Straße 98, Berlin-Charlottenburg (29. November 1949).

Im Zusammenhang mit der Bekämpfung der Poliomyelitis war weiterhin das aufsuchende Fürsorgekonzept von Bedeutung. In jedem Erkrankungsfall beauftragte das zuständige Gesundheitsamt Ärzt_innen mit der Durchführung von sogenannten „Umgebungsuntersuchungen“, die auch auf die „Wohngemeinschaft“ der erkrankten Person erstreckten. Angesichts des drastischen Personalmangels konnten hiermit sogar Medizinstudierende beauftragt werden. Konkret mussten die betreffenden Mediziner_innen jeden zweiten Tag für mindestens 14 Tage die Wohnung der erkrankten Person aufsuchen und eine ganze Reihe von Anordnungen umsetzen. Dazu zählten unter anderem. Aushändigung eines Merkblattes, Beobachtung aller Angehörigen der Wohngemeinschaft auf „verdächtige Krankheitssymptome“, Kontrolle der Krankenhauseinweisung „seuchenverdächtiger Personen“ und Überwachung der hygienischen Schutzmaßnahmen. Die Ergebnisse wurden in einem sogenannten Gruppenpass dokumentiert, der nach Ablauf des Beobachtungszeitraums an das Gesundheitsamt übermittelt wurde (Abb. 6). Alle betroffenen Wohnungen und Gemeinschaftseinrichtungen wurden nach genauen Vorschriften desinfiziert. Auch die anschließende Nachbehandlung wurde von den örtlichen orthopädischen Fürsorgestellen überwacht, wobei der zuständige Amtsarzt sämtliche zuvor registrierte Fälle

M. A.

Gesundheitsamt _____

Gruppenpass

Dieser Gruppenpass ist sorgfältig auszufüllen und nach Ablauf der jeweils festgesetzten Zeit beim Bezirksgesundheitsamt abzugeben.

I. Der Kranke,

Name und Vorname: _____ geb.am: _____

Wohnung: Berlin- _____

Beruf: _____ Arbeitsstelle: _____

Besuchte Schule, Kindergarten usw.: _____

Erkrankt am: _____ Erster Arztbesuch am: _____

Behandelnder Arzt: _____

Diagnose: _____

Ins Krankenhaus _____ eingeliefert am: _____

Epidemiologie (Infektionsquelle usw.): _____

Bemerkungen: _____

wenden !

II. Die Umgebung des Kranken.

(im allg. sind hierunter diejenigen Personen zu verstehen, die mit dem Kranken in Wohngemeinschaft leben).

Lfd.Nr.	Name	Vorname	geb.am
1			
2			
3			
4			
5			
6			

Bei diesen Personen muß täglich gegen Abend das Fieber unter der Achsel gemessen werden. Temperaturen über 36,8° müssen unter "Temperatursteigerungen" eingetragen werden.

Temperatursteigerungen : (anzugeben ist: lfd.Nr., Tag und Fieberhöhe):

Sonstige Krankheitszeichen: (durch den Beauftragten des Gesundheitsamtes auszufüllen)

Bakteriologische Befunde:

Was wurde veranlaßt ?

.....
(Unterschrift des Beauftragten des Gesundheitsamtes)

Abbildung 6: „Gruppenpass“- Blankoformular, um 1952.

dorthin namentlich zu melden hatte.¹⁵¹ Damit spielte das aufsuchende Fürsorgekonzept auch in der Strategie bei der Polio-Bekämpfung der Berliner (West-)Berliner Gesundheitsbehörden eine nicht unerhebliche Rolle.

Trotz der augenscheinlich defizitären Lage war die Berliner Epidemie 1947 dennoch Ausgangspunkt für eine weitgreifende Erforschung der Krankheit, die „trotz der Ungunst der Zeit“ stattfand, wie es Arno Nohlen, der Leiter des Kinderkrankenhauses Wedding formulierte. So gab es eine umfangreiche Datenerhebung über Veränderungen des Liquors von Kindern, die an Polio erkrankt waren. Die Untersuchungen waren insofern von Bedeutung, da eine Alteration des Liquors ein notwendiges Kriterium für die zeitgenössische Krankheitsdefinition war.¹⁵² Auch nach dem Ende der ersten Epidemie blieb die Poliomyelitis ein Problem, das die Berliner_innen immer wieder beschäftigte. So stufte man auf einer Amtsarztsitzung 1949 die durchgeführten Bekämpfungsmaßnahmen im gesamten Bundesgebiet als zielführend ein und das Poliomyelitis-Komitee als lokaler Berliner Akteur setzte seine Arbeit weiterhin fort.“¹⁵³

Auch auf westdeutscher Bundesebene war man sich der Dringlichkeit des Problems bewusst – Franz Redeker (1891-1962), Präsident des Bundesgesundheitsamts, bezeichnete die Poliomyelitis als „vordringliche[s] Problem der Volksgesundheit“.¹⁵⁴ Im schlimmsten Epidemiejahr 1952 erkrankten im Bundesgebiet 9706 Menschen und 776 verstarben.¹⁵⁵ Dieser Erkenntnis folgten regelmäßige Besprechungen im Bundesgesundheitsamt in Koblenz. Die Kinderlähmung war bundesweit einschließlich West- und Ost-Berlins ab dem 1. Juni 1945 bei Erkrankung, Verdacht und Sterbefall anzeigepflichtig. Seit 1953 wurde im Sinne einer Verbesserung des Meldeverfahrens „zahlenmäßige Poliomyelitis-Schnellmeldungen“ der einzelnen Gesundheitsämter eingeführt, die zur besseren Erfassung von Herden und der epidemiologischen Einschätzung dienten. Konkret ergingen wöchentliche Meldungen der regionalen Gesundheitsämter an das Bundesgesundheitsamt, wobei in „erkrankungs- (davon paralytisch)“ und Todesfälle unterschieden wurde.¹⁵⁶ Zusätzlich wurde ein ausführlicher

¹⁵¹ BArch B 208/362

¹⁵² Nohlen, Arno: Der Liquor cerebrospinalis bei der Poliomyelitis. In: Tietze, Albrecht; Kühne, Paul (Hrsg.): Aktuelle Fragen der Inneren Medizin. 1. Band, 1. Teil: Die Poliomyelitis. Walter de Gruyter&Co, Berlin, 1949, S. 82 ff.

¹⁵³ LAB B Rep. 012, Nr.: 6

¹⁵⁴ BArch B 189/14088

¹⁵⁵ Wutzler, P.: Festrede 50 Jahre DVV. URL: http://www.dvv-ev.de/kontakt/festvortrag_wutzler.pdf, aufgerufen am 04. September 2018.

¹⁵⁶ BArch B 189/14088

Fragebogen im Sinne eines „Epikritische[n] Bericht[s] über eine Erkrankung an Poliomyelitis“, durch einen vom Bundesgesundheitsamt einberufenen Ausschuss von Sachverständigen zur „Schaffung neuer wissenschaftlicher Grundlagen zur Poliomyelitisbekämpfung“ entwickelt.¹⁵⁷ Dieser wurde von den behandelnden Ärzt_innen ausgefüllt und ans Bundesgesundheitsamt gesendet.

Zur Bündelung der vorhandenen Bestrebungen und nicht zuletzt um Anschluss an die internationale Forschung und entsprechende Verbände zu erhalten, wurde seit 1953 über die Einrichtung einer zentralen Organisation zur Bekämpfung der Kinderlähmung diskutiert. Am 31. August 1954 wurde in Berlin die „Deutsche Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung e.V.“ gegründet. Konkret wurden folgende Aufgabenbereiche festgelegt: Koordinierung der seuchenhygienischen Schutzmaßnahmen, Bereitstellung und Verteilung gemeinsamer Mittel für die Erforschung der Prophylaxe bzw. Therapie der Kinderlähmung und ihrer Folgen sowie Herstellung und Förderung von Verbindungen mit gleichen Organisationen des Auslandes und der Weltgesundheitsorganisation.¹⁵⁸ Ihr Präsident war zunächst Hans Kleinschmidt, der 1961 von seinem ehemaligen Schüler Joppich abgelöst wurde, der ebenso als ausgewiesener Experte bezüglich der Poliomyelitis galt. Es finden sich zahlreiche Publikationen von ihm, beispielsweise zu differentialdiagnostischen Überlegungen zur Kinderlähmung.¹⁵⁹

In den darauffolgenden Jahren beschäftigte die Polio immer wieder das Berliner Gesundheitswesen, wobei es vor dem Hintergrund der zunehmenden politischen Entfremdung zeitweise zum Streitpunkt der beiden Systeme wurde. Im Jahr 1953 erreichten die West-Berliner Behörden vermehrt Meldungen über ein endemisches Auftreten der Krankheit in verschiedenen Regionen der DDR, über die tatsächliche Gefährdung der Ausbreitung auf die Bevölkerung West-Berlins war man sich jedoch uneinig. Nach zähen Verhandlungen nahmen Vertreter_innen der Abteilung Gesundheitswesen des Ostberliner Magistrats eine Einladung der West-Berliner Gesundheitsverwaltung am 3. September 1953 an, um über eine gemeinsame Seuchenbekämpfung zu beraten. Im Sinne der Patient_innen einigte man sich darauf, dass erkrankte Personen ohne Rücksicht auf die Sektorengrenzen in dem am nächsten liegenden

¹⁵⁷ BArch B 189/14088

¹⁵⁸ Wutzler, P.: Festrede 50 Jahre DVV. URL: http://www.dvv-ev.de/kontakt/festvortrag_wutzler.pdf, aufgerufen am 04. September 2018.

¹⁵⁹ Joppich, Gerhard: Die Differentialdiagnose der Poliomyelitis. In: Tietze, Albrecht; Kühne, Paul (Hrsg.): Aktuelle Fragen der Inneren Medizin. 1. Band, 1. Teil: Die Poliomyelitis. Walter de Gruyter&Co, Berlin, 1949, S. 63 ff.

Krankenhaus behandelt werden sollten. Im Falle der gefürchteten Komplikation einer Atemlähmung sollten die verfügbaren Eisernen Lungen ebenso allen zur Verfügung stehen. Die nächste Sitzung wurde in einem Ostberliner Krankenhaus geplant.¹⁶⁰ So einvernehmlich diese Übereinkunft auch klingen mag, in der Presse schlugen beide Seiten unversöhnliche Töne an. Die sowjetisch orientierte Zeitung „Der Morgen“ warf der West-Berliner „Sensationspresse“ „skrupellose Hetze“ und die Verbreitung „lügenhafter Behauptung“ über das tatsächliche Ausmaß der Epidemie in der DDR vor.¹⁶¹ Die von amerikanischer Seite herausgegebene „Neue Zeitung“ hingegen berichtete, dass in der DDR das Gerücht gestreut worden wäre, die Übertragung der Krankheit erfolge durch Empfänger_innen von Lebensmittelpaketen aus West-Berlin.¹⁶² Weiterhin ereiferte man sich darüber, welches der beiden Gesundheitssysteme in der Lage sei, die bessere Prophylaxe und Behandlung der Bevölkerung zu garantieren.¹⁶³ Damit wurde auch die Gesundheitsversorgung im Kalten Krieg zum Politikum, die mit einer fast bruchlosen „Identifizierung mit den Siegern“¹⁶⁴ einherging.

Ein Jahrzehnt nach der großen Berliner Epidemie waren viele Fragen aufgrund intensiver Forschungsbestrebungen geklärt worden und ein wirksamer Totimpfstoff wurde von dem US-amerikanischen Immunologen Jonas Salk (1914-1995) entwickelt. Etwas später folgte die Schluckimpfung mit einem Lebendimpfstoff nach Sabin. Joppichs Bedeutung für die Nachkriegspädiatrie ist untrennbar mit der Einführung der Schutzimpfung gegen Poliomyelitis in der Bundesrepublik verbunden, für dessen bundesweite Einführung er nach einem Testdurchlauf im Mai 1960 in West-Berlin plädierte. Im gleichen Frühjahr hatte die DDR mit dieser Form der Impfung begonnen. Durch die einfacher und nur einmalig zu verabreichende Impfung konnte die Krankheit erheblich eingedämmt werden: 1963 gab es noch 207 Erkrankungen und 19 Sterbefälle in der gesamten Bundesrepublik.¹⁶⁵

¹⁶⁰ LAB C Rep. 118, Nr.: 279

¹⁶¹ Ebd., Der Morgen, 6. September 1953.

¹⁶² LAB C Rep. 118, Nr.: 279, Die Neue Zeitung, 21. August 1953.

¹⁶³ LAB C Rep. 118, Nr.: 279, Der Morgen, 6. September 1953

¹⁶⁴ Mitscherlich, Margarete: Erinnerungsarbeit - warum? Gedanken zur Fähigkeit oder Unfähigkeit zu trauern. In: Cogoy, Renate; Kluge, Irene; Meckler, Brigitte (Hrsg.): Erinnerung einer Profession. Erziehungsberatung, Jugendhilfe und Nationalsozialismus. Votum, Münster, 1989, S. 15.

¹⁶⁵ BArch 189/14088

2.1.2 Pädiatrie als Ordnungsfaktor: Normative Vorstellungen von physischer und psychischer Kindergesundheit

Die Ernährungssituation der Kinder war zeitweise zur existentiellen Bedrohung geworden wie einige Beispiele aus Berichten der Jugendämter im Frühjahr 1946 auf drastische Weise zeigen. So versuchten viele Kinder ihr Glück in den Lagern der Besatzungstruppen, um dort Lebensmittel zu erbetteln. Der Hunger war so allgegenwärtig, dass er „in primitivster Weise – manchmal aus nacktem Selbsterhaltungstrieb“ gestillt wurde: „So wurde erlebt, wie Kinder aus dem Mülleimer ungewaschene Kartoffelschalen auf der heissen Herdplatte rösteten und verschlangen.“ Nicht immer nahm dieser Überlebenskampf ein glückliches Ende. Im Bezirk Neukölln wurde in einer „kinderreichen Familie [...] das 9-jährige Kind in unsagbar verschmutztem Zustand tot im Bett liegend vorgefunden. Nach ärztlicher Feststellung ist der Tod durch Verhungern eingetreten.“¹⁶⁶ Dies hatte auch tiefgreifende Auswirkungen auf die Verhaltensweisen der Kinder und die „Zusammenbruchsgesellschaft“ wurde auch in Berlin zu einem Nährboden einer „für die frühe Nachkriegszeit besonders charakteristischen Form sozialer Verwahrlosung – der Ruinenkriminalität.“¹⁶⁷ In der Jugendfürsorge konstatierte man bezirksübergreifend 1946: „[D]ie Kriminalität der Kinder und Jugendlichen nimmt weiter zu.“¹⁶⁸ Ein geregeltes Leben war durch die omnipräsente Angst ums tägliche Überleben nicht möglich und die Rahmenbedingungen schränkten die Kinder somit erheblich in der Bewältigung ihres (sozialen) Alltags ein. Zu Beginn des Jahres 1946 häuften sich die Meldungen an die Jugendämter über „Schulversäumnisse der Kinder“.¹⁶⁹ Oftmals waren die schulpflichtigen Kinder in der Winterkälte aufgrund von fehlendem Schuhwerk und warmer Kleidung nicht in der Lage, das Haus zu verlassen und den Schulweg anzutreten. Darüber hinaus ließen viele Mütter ihre Kinder bis mittags im Bett, um „das Frühstück des Kindes einzusparen“ und „ausreichendes Essen dem schwerarbeitenden Mann und den Söhnen“ mitzugeben.¹⁷⁰ In manchen Fällen wurde auch die generelle Einschulung von Kindern zurückgestellt, da es ihr Gesundheitszustand grundsätzlich den Schulbesuch nicht erlaubte.¹⁷¹ Auch unter denjenigen Kindern, die es in die Schule geschafft hatten, wuchs laut den

¹⁶⁶ LAB C Rep. 118, Nr. 185

¹⁶⁷ Kleßmann, Christoph: Die doppelte Staatsgründung. Deutsche Geschichte 1945-1955. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen, 1991, 5. Auflage, S. 53.

¹⁶⁸ LAB C Rep. 118, Nr. 185

¹⁶⁹ Ebd.

¹⁷⁰ Ebd.

¹⁷¹ N. N.: Diagnose: es mangelt an allem. Der Tagesspiegel, 6. Dezember 1946, Nr. 286, 2. Jahrgang.

Jugendämtern die „Verwahrlosung“: „Die Kinder tauschen und stehlen Frühstücksbrote.“¹⁷² Bemerkenswert ist, dass für diese kinderpsychiatrischen Phänomene unter den diagnostischen Begrifflichkeiten wie „Erziehungsschwierigkeiten“ und „Verwahrlosung“ auch von zeitgenössischen Beobachter_innen in ursächliche Verbindung mit den gesellschaftlichen Rahmenbedingungen gebracht wurden. Der Psychologe Kurt Gottschaldt,¹⁷³ der in der Nachkriegszeit an der Poliklinik für nervöse und schwererziehbare Kinder und Jugendliche am Städtischen Kinderkrankenhaus Wedding tätig war, untersuchte dort vom Herbst 1945 bis Herbst 1946 5521 junge Patient_innen, von denen laut seiner Erhebung nur 7,7 Prozent aus „geordneten Sozial- und Lebensverhältnissen“ stammten.¹⁷⁴

Diese zahlreichen und hier nur exemplarisch wiedergegebenen Berichte machen die psychischen Folgen für die Kinder unübersehbar, die ebenfalls von der sich in der Nachkriegszeit institutionalisierenden deutschen Kinder- und Jugendpsychiatrie wahrgenommen wurde. Die Fachvertreter Werner Villinger (1887-1961) und Hermann Stutte (1909-1982) charakterisierten im Frühjahr 1947 in einem Übersichtsartikel mit dem Titel „Zeitgemäße Aufgaben und Probleme der Jugendfürsorge“ die „erhebliche Zunahme von Jugendverwahrlosung und -dissozialität“ als ein „ernstes sozialpolitisches Problem“.¹⁷⁵ Damit wurden die in diesem Zusammenhang in den oben genannten Berichten immer wieder verwendeten Begriffe wie „Verdorbenheit“, „Morallosigkeit“ und „sittliche Verwahrlosung“ als psychiatrische Symptome einer „sozialen Mangelkrankheit“ kategorisiert.¹⁷⁶ Der Terminus der Verwahrlosung wurde im engeren Sinne als „Zustand pflegerischer, körperlicher oder erzieherischer Vernachlässigung“ verwendet, im juristischen Sprachgebrauch wurde auch die „Reaktion der Jugendlichen auf eine solche Vernachlässigung – nämlich die verschiedenen Formen jugendlicher Dissozialität“ mit einbezogen.¹⁷⁷ Erstaunlich ist dabei, dass der Krieg mit seinen unmittelbaren Implikationen für die Lebensrealität der Kinder nicht als primäre

¹⁷² LAB C Rep. 118, Nr. 185

¹⁷³ Gottschaldt, Kurt (1902-1991), Psychologe. Neben der Leitung der genannten Poliklinik war er während der NS-Zeit Leiter der Abteilung Erbpsychologie am Kaiser-Wilhelm-Institut für Anthropologie, menschliche Erblehre und Eugenik. Sein Spezialgebiet war die Vererbung geistiger und psychischer Eigenschaften sowie von Kultur und Rasse. Er führte vom NS-Staat geförderte Massenuntersuchungen an Zwillingen auf Norderney durch. Vgl.: Klee, Ernst: Das Personenlexikon zum Dritten Reich. Wer war was vor und nach 1945. Fischer, Frankfurt am Main, 2013, S. 194.

¹⁷⁴ LAB, Soz 964, Arbeitsberichte des Hauptjugendamtes (1952), III. Erziehungsberatung, S. 10.

¹⁷⁵ Villinger, Werner; Stutte, Hermann: Zeitgemäße Aufgaben und Probleme der Kinderpsychiatrie. Der Nervenarzt. 1948, Heft 6, S. 249.

¹⁷⁶ Ebd.

¹⁷⁷ Ebd., S. 253.

Erklärung herangezogen, sondern die Entstehung der Problematik auf den „nationalen Zusammenbruch eines Volkes“ zurückgeführt wurde.¹⁷⁸ Dabei spielten die „Wandlungen des sozialen Raums in der Nachkriegszeit“ eine nicht zu unterschätzende Rolle, wie auch das Jugendamt Berlin Mitte in seinem Tätigkeitsbericht vom Februar 1946 vermerkte:¹⁷⁹

„In Bäckereien und Lebensmittelgeschäften ist eine Zunahme der Diebstähle durch Schulkinder zu verzeichnen. In der Hauptsache erklärt sich diese Tatsache durch als Kriegsfolge anzusehende Demoralisierung der Erziehungsberechtigten und deren ungünstigen Einfluss.“¹⁸⁰

Dieser Argumentationsfigur mit dem Verweis auf den negativen und mangelnden Einfluss der Erwachsenen bediente sich bereits auch schon der selbsternannte Berliner „Kindernervenarzt“ Carl Pototzky (1880–1948), um die Schwererziehbarkeit und Verwahrlosung der Kinder in den letzten Kriegsjahren des Ersten Weltkrieges und der darauffolgenden Zeit zu erklären. Ausschlaggebend für die Verschlechterung der psychischen Gesundheit waren ihm zufolge die „mangelnde Disziplin“, die häufige Abwesenheit des Vaters und das plötzliche Auftreten von „Sorge und Not“.¹⁸¹ Neben diesen vorrangig exogenen Faktoren sind eugenisch-genetische Deutungen bezüglich abweichendem, dissozialem Verhalten in der unmittelbaren Nachkriegszeit immer noch ein gängiges Erklärungsmuster, wenngleich diese eine zunehmende Relativierung im darauf folgenden Jahrzehnt erfuhr.¹⁸² So wurde das Verhalten einer „11 jährige[n] begabte[n] Schülerin, an deren Erziehung seitens des Elternhauses nichts versäumt wurde“ und die sich zu einer „raffinierten Zechprellerin in Speisewirtschaften entwickelt[e]“, auf „verbrecherische Anlagen“ zurückgeführt, die man durch die „Ernährungsverhältnisse

¹⁷⁸ Villinger, Werner; Stutte, Hermann: Zeitgemäße Aufgaben und Probleme der Kinderpsychiatrie. Der Nervenarzt. 1948, Heft 6, S. 253.

¹⁷⁹ Riedesser, Peter: Belastende Kriegserfahrungen in der Kleinkinderzeit. In: Radebold, Hartmut; Heuft, Gereon; Fooker, Insa (Hrsg.): Kindheiten im Zweiten Weltkrieg. Kriegserfahrungen aus psychohistorischer Perspektive. Juventa, Weinheim und München, 2. Auflage, 2009, S. 40.

¹⁸⁰ LAB C Rep. 118, Nr. 185

¹⁸¹ Beddies, Thomas: Zwischen Anlage und Erziehung. Zum pädiatrischen Umgang mit „nervösen“ und „psychopathischen“ Kindern in der Weimarer Republik. In: Fangerau, Heiner; Topp, Sascha; Schepker, Klaus (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nationalsozialismus. Zur Geschichte ihrer Konsolidierung. Springer, Berlin, Heidelberg, 2017, S. 213.

¹⁸² Roelcke, Volker: Erbbiologie und Kriegserfahrung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie der frühen Nachkriegszeit: Kontinuitäten und Kontexte bei Hermann Stutte. In: Fangerau, Heiner; Topp, Sascha; Schepker, Klaus (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nationalsozialismus. Zur Geschichte ihrer Konsolidierung. Springer, Berlin, Heidelberg, 2017, S. 462.

gefördert“ sah.¹⁸³ In anderen Quellen distanzieren sich öffentliche Stellungnahmen jedoch zaghaft von explizit nationalsozialistischen Anschauungen.¹⁸⁴ Das Hauptjugendamt teilt die vorrangige Betrachtung der Problematik unter erbbiologischen Gesichtspunkten, wie beispielsweise der oben genannte Psychologe Gottschaldt in einem Tätigkeitsbericht von 1952, nicht.

Im Schöneberger Jugendamt verfolgte man im März 1946 nachstehende Strategie:

„In den Schulen entwendeten die Kinder Frühstück, Gebrauchsgegenstände wie Handschuhe, Mützen usw. Auf der Straße, in den Häusern betteln sie um Brot und Geld. Das Jugendamt stellt bei besonderer Abwegigkeit [sic!] Kinder in der Poliklinik für nervöse u. schwer erziehbare Kinder vor,¹⁸⁵ um von dort ein Gutachten zu erhalten, das als Unterlage für die zu ergreifenden Maßnahmen dient. In einer Arbeitsgemeinschaft mit dem Leiter dieser Poliklinik wurden Fragen über Schwererziehbarkeit und psychische Schäden der Kinder erörtert und geklärt. - In einer der wöchentlich stattfindenden Arbeitsbesprechungen der Fürsorgerinnen werden die sich aus der Arbeit ergebenden Erziehungsprobleme ebenfalls besprochen.“¹⁸⁶

Das Jugendamt übernahm also eine Art gröbere Filterfunktion hinsichtlich der Verhaltensauffälligkeiten. Die Grenzziehung und Normierung psychischen Verhaltens oblag dabei der ärztlich-psychiatrischen Expertise. Die oben erwähnte Poliklinik war seit ihrer Gründung 1918 an das KAVH angegliedert und arbeitete in der Nachkriegszeit parallel zu derselben des Kinderkrankenhauses Wedding und zur ebenso stark frequentierten Poliklinik des Kindersanatoriums Wiesengrund,¹⁸⁷ das den größten Versorgungsauftrag hinsichtlich Kinder-

¹⁸³ LAB C Rep. 118, Nr. 185

¹⁸⁴ LAB, Soz 964, Arbeitsberichte des Hauptjugendamtes (1952), III. Erziehungsberatung, S. 10.

¹⁸⁵ Das Feld „nervöser Störungen“ war sehr breit gefasst und die Lehrmeinungen waren ebenso wie die Klassifikation kinderpsychiatrischer Krankheitsentitäten uneinheitlich. So wurde u.a. motorische Unruhe, Appetitstörungen, Bettnässen, Schlafstörungen, Nägelkauen oder -reißen, Daumenlutschen sowie Verhaltensstörungen darunter zusammengefasst. Vgl. Lundt, P.V.: Ist wirklich jedes dritte Schulkind krank? Vorläufige Stellungnahme zu der Broschüre von W. Meis und E. Sand. Bundesgesundheitsblatt. 1958, Nr. 58, S. 366.

¹⁸⁶ LAB C Rep. 118, Nr. 185

¹⁸⁷ Beddies, Thomas: Zwischen Anlage und Erziehung. Zum pädiatrischen Umgang mit „nervösen“ und „psychopathischen“ Kindern in der Weimarer Republik. In: Fangerau, Heiner; Topp, Sascha; Schepker,

und Jugendpsychiatrie in Berlin wahrnahm (Kapitel 4.1.7). Außerdem existierte seit 1945 in Reinickendorf eine überbezirklich arbeitende Erziehungsberatungsstelle unter der Leitung der Psychologin Leonore Jacobi, die es sich zur Aufgabe gemacht hatte „seelisch auffällig gewordenen Kindern und Jugendlichen neue und gesündere Wege zur Lebensbewältigung“ aufzuzeigen, wobei eine enge Zusammenarbeit mit dem Wiesengrund stattfand.¹⁸⁸ Die Kinder- und Jugendpsychiatrie musste sich als eigenständiges Fach erst noch gegen die Kinderheilkunde und deren traditionellen Erziehungsanspruch durchsetzen, den Adalbert Czerny (1863-1941) im Jahr 1907 mit dem Lehrbuch „Der Arzt als Erzieher des Kindes“ begründet hatte.¹⁸⁹ Daher war für die psychische Kindergesundheit in der unmittelbaren Nachkriegszeit ein breit angelegtes Netzwerk aus Pädiatrie, Psychiatrie und sozialen Fürsorgeeinrichtungen zuständig. Die behördlichen Einrichtungen verstanden sich dabei sowohl als Fürsprecher des Kindeswohls einerseits als auch als gesellschaftlicher Ordnungsfaktor andererseits. Ersteres wird beispielsweise an den in Kapitel 3.1.3 beschriebenen Kinderverschickungen bemerkbar. In den Sozialämtern vertrat man folgende Absicht:

„Es ist unbedingt notwendig, unseren Kindern das Erlebnis einer Umgebung ohne Trümmer zu verschaffen. Wie sehr diese Trümmer unsere Kinder doch beeindrucken, beweist ein Satz aus einem Brief eines in die Schweiz verschickten Kindes: „Wir haben hier immer satt zu essen, und das ist sehr schön; aber noch schöner ist, daß alles ganz ist, nicht nur die Straßen, sondern auch die Zimmer, die Wände und die Fensterscheiben.“¹⁹⁰

Die Umsetzung des fürsorgerisch orientierten Konzepts war in der Praxis mit einigen Hindernissen verbunden. Seitens der (alliierten) Besatzungsmächte wurde ein großer Mangel an geeigneten Fürsorgekräften konstatiert, da teilweise deren politische Vergangenheit einem

Klaus (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nationalsozialismus. Zur Geschichte ihrer Konsolidierung. Springer, Berlin, Heidelberg, 2017, S. 213.

¹⁸⁸ Haar, Claudia von der: Spurensuche. 70 Jahre - zur Geschichte der EFB Berlin-Reinickendorf 1945-2015. Trialog. 2015, Heft 16, S. 53.

¹⁸⁹ Adalbert Czerny (1863-1941) wurde 1913 Heubners Nachfolger an der Charité. Er hatte seine kinderärztliche Ausbildung zuvor am Prager Findelhaus unter Epstein absolviert und wirkte bis 1910 an der Kinderklinik in Breslau. Mit seinen Forschungen zur Ernährung und Ernährungsstörungen von Säuglingen zählt er zu den Mitbegründern der modernen Pädiatrie. Vgl.: Peiper, Albrecht: Chronik der Kinderheilkunde. Thieme, Leipzig, 1966, S. 286 ff.

¹⁹⁰ LAB C Rep. 118, Nr.: 110

Einsatz im Wege stand oder diese nicht oder mangelhaft ausgebildet waren. Besondere Bemühungen wurden daher in Rekrutierung und Schulung derartiger Kräfte unternommen. So wurde beispielsweise auf Betreiben des Jugendamtes Teilnahme an von Psychiater_innen geleiteten Vorträgen und Hospitationen zum Umgang mit „straffällig gewordenen Jugendliche(n)“ gefördert. Auch bezüglich der psychischen Kindergesundheit griff erneut das bereits beschriebene aufsuchende Fürsorgeprinzip, bei dem die Fürsorgerinnen den Familien Hausbesuche abstatteten. Ihre Aufgabe war die Überwachung der gesundheitlichen und erzieherischen [sic!] Lage der Kinder vor Ort im Hause bei den Eltern, sowie Kontrolle und Schulung derselben. Um dies möglichst professionell zu gestalten, wurden eigens Weiterbildungen organisiert: „Die Fürsorgerinnen vertieften ihre Kenntnisse durch Teilnahme an Vorträgen und Arbeitsgemeinschaften über straffällig gewordene Jugendliche. Zwei namhafte Ärzte (Psychiater) hatten sich für diesen Zweck zur Verfügung gestellt.“¹⁹¹

Damit wird auch deutlich, wie eng die Pädiatrie in Bestrebungen eingebunden war, die die Wiederherstellung eines stabilen Sozialgefüges zum Ziel hatten. So waren die traditionellen Lebensformen und Rollenverteilungen, insbesondere die innerhalb der Familie, durch den Krieg und dessen Folgen in Frage gestellt oder gar aufgelöst worden. Darüber hinaus bedeutete eine Kindheit in den vorangegangenen Kriegsjahren und teilweise auch in der Nachkriegszeit sicherlich in vielen Fällen eine „kumulative Extremtraumatisierung“, auch wenn diese zeitgenössisch nicht so benannt wurde, und hatte somit weitreichende Folgen für die (psychische) Gesundheit der Generationen der (Nachkriegs-)Kinder.¹⁹² Damit kam der Kinderheilkunde auch die Aufgabe zu, diese durch die Auflösung traditioneller Lebensformen zersplitterte Nachkriegsgesellschaft wieder in funktionstüchtige Strukturen zu transformieren.

2.2 Traditionslinien der Kinderheilkunde

2.2.1 Inhaltliche Kontinuitäten und Kontexte der Berliner Pädiatrie

Bevor man sich auf den langfristigen Aufbau von Versorgungsstrukturen fokussieren konnte, stand die oftmals behelfsmäßige Linderung der unmittelbaren Nöte und Versorgungsengpässe im Vordergrund der pädiatrischen Arbeit. Erst später wurde erneut in großem Umfang wissenschaftliche Forschung möglich, die durch andersartige Konzepte ebenso zur Senkung

¹⁹¹ LAB C Rep. 118, Nr.: 185

¹⁹² Kuwert, Philipp; Spitzer, Carsten; Träder, Anna et al.: Posttraumatische Belastungssymptome als Spätfolge von Kindheiten im Zweiten Weltkrieg. *Psychotherapeut*, 2007, Volume 52, Issue 3, S. 215.

der Säuglings- und Kindersterblichkeit beitrug. Dabei fand zumindest in der unmittelbaren Nachkriegszeit eine Rückbesinnung auf sozialpädiatrische Traditionen statt. Die konkrete Ausgestaltung der Hilfsmaßnahmen weist deutliche Ähnlichkeiten zu den Organisationsprinzipien der Weimarer Republik auf, die auf spezielle Programme zur Förderung gesundheitsgefährdeter Gruppen setzte. Erstaunlicherweise wurde sowohl Fürsorge als auch Forschung zumindest in Ansätzen parallel betrieben – im KAVH fand früh, wenn auch unter widrigen Bedingungen, wieder innovative Forschung statt. Die auf unzureichende Ernährung zurückzuführende eklatant hohe Inzidenz von Krankheiten, deren Konsequenzen einen hohen Tribut an den Kindern forderte, war von ihrer eigentlichen Ursache her in der Geschichte der Berliner Pädiatrie kein unbekanntes Problem, sodass man sich an traditionellen Konzepten orientierte, deren Geschichte, Rezeption und Verflechtung mit gesellschaftspolitischen Fragestellungen im Folgenden erörtert werden soll. Die hier umrissenen traditionellen Schwerpunkte innerhalb der Kinderheilkunde sind von Interesse, um die Ausrichtung des Faches in der gesundheitspolitischen Rekonstruktionsphase in der Besatzungszeit und in den beiden deutschen Staaten einordnen zu können.

Die Medikalisierung der Kindheit vollzog sich nach Ansicht Eckarts bereits in der Epoche der Aufklärung. Seitdem war auch deren Motivation und Zielrichtung klar: „[D]ie sozialpädiatrische Erziehung der Kinder folgt [...] auch keineswegs einer individualistischen Konzeption, sondern sie ist auf das Leben in der unmittelbaren sozialen Gruppe und darüber hinaus auf das Wohl des Staates gerichtet.“¹⁹³ Dieses Selbstverständnis weist eine hohe Kontinuität auf, betrachtet man die Programmatik der Pädiater_innen von der Konstitutionalisierung des Fachgebietes an den Universitäten bis hin zu den fürsorgerischen Maßnahmen der Nachkriegszeit. Die eklatant hohe Säuglingssterblichkeit zu Zeiten des Kaiserreichs hatte eine wissenschaftliche Erforschung der Gründe zur Folge. Angetrieben von nationalistischen Motiven erlebte die Suche nach kausalen Verbindungen zu den sozioökonomischen Lebensumständen der Familien der gefährdeten bzw. bereits erkrankten Kinder einen einzigartigen Aufschwung. Gleichzeitig entstand eine Welle von daraus abgeleiteten, meistens präventiven Maßnahmen, wobei Berlin eine Vorreiterrolle bei der experimentellen Umsetzung, institutionellen Erprobung und Professionalisierung der Strategien einnahm. Nicht zu vergessen ist, dass die Konzepte sich in einem Spannungsfeld bewegten, an dessen Rande eugenisches Gedankengut stand, welches als Wegbereiter für die

¹⁹³ Eckart, Wolfgang U.: Das kranke Kind in der Geschichte – Aspekte der Medikalisierung des jungen Menschen vom Mittelalter bis zur Epoche der Aufklärung. In: Eckart, Wolfgang U.; Kneuper, Elsbeth: Zur sozialen Konzeption des Kindes. Forschungen und Perspektiven verschiedener Wissenschaften. Centaurus, Herbolzheim, 2006, S. 25.

„Kindereuthanasie“ im NS-Staat fungierte. Dies wird hinsichtlich eines der zentralen Betätigungsfelder der sich neu formierenden Fachrichtung Kinderheilkunde ersichtlich – der Erforschung der Säuglingssterblichkeit sowie deren Determinanten und Bekämpfungsmöglichkeiten. Vorrangige Motivation waren auch das wirtschaftliche und militärische Fortbestehen der Nation, welches als gefährdet eingestuft wurde. Die Verschärfung des Tons und die mit einer zunehmenden Aggressivität geführten fachlichen Auseinandersetzungen zu Beginn des 20. Jahrhunderts erklärten sich für den deutschsprachigen Raum vor dem Hintergrund, dass die Säuglingssterblichkeit insbesondere im Vergleich mit den als Konkurrenz angesehenen Nationen Frankreich und England im Deutschen Reich besonders hoch war.¹⁹⁴ Dieses Konkurrenzdenken leistete der Professionalisierung und (universitären) Etablierung der Fachrichtung Kinderheilkunde Vorschub und fand seinen Niederschlag auch in dem sprunghaften Anstieg der „relative[n] Zahl der im Index Medicus unter dem Stichwort „Infants“ gelisteten wissenschaftlichen Veröffentlichungen“.¹⁹⁵

Als Reaktion auf die Säuglingssterblichkeit wurde um die Jahrhundertwende die Frage nach einer bestmöglichen Ernährung für die Gesunderhaltung der Kinder diskutiert und die Verabreichung von spezieller Nahrung in therapeutischer Absicht fokussiert. Dieses Forschungsfeld wurde im zeitgenössischen wissenschaftlichen Diskurs oftmals auch als die „Ernährungsfrage“ betitelt. Der Inhalt der Debatte soll hier zum besseren Verständnis kurz skizziert werden. Die Pädiater Adalbert Czerny und Arthur Keller (1868-1934) führten im Jahr 1906 die Krankheitsentität der „Ernährungsstörung“ ein,¹⁹⁶ deren Definition immer wieder Gegenstand wissenschaftlicher Forschung und Diskussion sein sollte. Auf Czerny geht auch die ätiologische Einteilung der Ernährungsstörungen zurück,¹⁹⁷ die bis in die Nachkriegszeit

¹⁹⁴ Säuglingssterblichkeit zu Beginn des 20. Jahrhunderts im internationalen Vergleich: „1905: England und Wales: 128 pro 1000 Lebendgeborene; Frankreich: 135; Deutschland: 205.“ Vgl.: Vögele, Jörg: Wenn das Leben mit dem Tod beginnt - Säuglingssterblichkeit und Gesellschaft in historischer Perspektive. Historische Sozialforschung, 2009, Vol. 34, No. 4 (130), S. 63.

¹⁹⁵ Vögele, Jörg: Wenn das Leben mit dem Tod beginnt – Säuglingssterblichkeit und Gesellschaft in historischer Perspektive. Historische Sozialforschung, 2009, Vol. 34, No. 4 (130), S. 69.

¹⁹⁶ Arthur Keller (1868-1934) Pädiater, Freund und Mitarbeiter von Czerny in Breslau. Nach dortiger Habilitation 1904 wurde er letztendlich 1908 Direktor des neu gegründeten Kaiserin-Auguste-Victoria Haus. Vgl.: Peiper, Albrecht: Chronik der Kinderheilkunde. Thieme, Leipzig, 1966, S. 289 ff. Keller war zusammen mit Czerny Verfasser eines zweibändigen Lehrbuchs über Ernährung und Ernährungsstörungen des Kindes. Vgl.: Stöckel, Sigrid: Säuglingsfürsorge zwischen sozialer Hygiene und Eugenik. Walter de Gruyter, Berlin/New York, 1996, S. 255 f.

¹⁹⁷ Czerny und Keller konstatierten folgende drei „Krankheitsgruppen“, deren Bedeutung sie „in erster Linie aber für das Tun und Lassen des behandelnden Arztes“ sahen: 1. Ernährungsstörungen ex alimentatione; 2. Ernährungsstörungen ex infectione; 3. Ernährungsstörungen durch angeborene Fehler in der Konstitution

nichts von ihrer Aktualität einbüßen sollte (Kapitel 2.2 Exkurs).¹⁹⁸ Im Zuge unsachgemäßer und mangelhafter Ernährung kam es in alarmierendem Umfang zu Ernährungsstörungen bei Säuglingen, die vor allem durch Durchfallerkrankungen symptomatisch wurden.

Das Konzept der Säuglings- und Kinderfürsorge erlebte um die Jahrhundertwende eine Blütezeit, die Kinderheilkunde lässt sich in dieser Zeitspanne somit eindeutig als soziale Pädiatrie charakterisieren. Der Einsatz für die Kindesinteressen fand dabei im Spannungsfeld zwischen Fürsorge einerseits und Kontrolle andererseits statt. Juristisch fand dabei das Eintreten für die Kindesinteressen seinen Ausdruck im Reichsjugendwohlfahrtsgesetz vom 9. Juli 1922, das jedem Kind den Anspruch auf „Erziehung zur leiblichen, seelischen und gesellschaftlichen Tüchtigkeit“ rein formal zusicherte.¹⁹⁹ Federführend bei diesen Gesetzgebungen war der von verschiedenen Akteur_innen getragene „Deutscher Verein für öffentliche und private Fürsorge“, welcher die Koexistenz von staatlich und privat organisierten Fürsorgeakteuren bereits in der Namensgebung offensichtlich zur Schau trug.²⁰⁰ Die Kontrollaspekte bezogen sich vorrangig auf die unteren sozialen Schichten: „Über den Mechanismus der Sozialpolitik wurde aus dem Problem der Armut eine Frage der Ordnung“.²⁰¹ Diese Entwicklungen spiegelten sich auch in der Gründung von zahlreichen wissenschaftlichen Vereinigungen um die Jahrhundertwende wider, welche neben den Neueröffnungen von Einrichtungen wie dem KAVH und kleineren fürsorgerischen Anlaufstellen, die eng mit dem KAVH zusammenarbeiteten, ebenfalls die Professionalisierung und Institutionalisierung der Säuglingsfürsorge belegen. Im Jahr 1909 wurde beispielsweise die Vereinigung für Säuglingsschutz gegründet, welche ihre Hauptaufgabe, in der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit sah. Initiator war der Direktor des KAVH, Arthur Keller, der schon 1903 das Organ *Monatsschrift für Kinderheilkunde* gegründet hatte.²⁰² Die Vereinigung wurde zur

und dem Bau des Körpers.“ Vgl.: Czerny, Adalbert; Keller, Arthur: Des Kindes Ernährung, Ernährungsstörung und Ernährungstherapie. Franz Deuticke, Leipzig und Wien, 1917, Band 2, S. 9.

¹⁹⁸ Lipps, Anke: Ernährungsstörungen im Säuglingsalter in der 1. Hälfte des 20. Jahrhunderts. Ein Überblick anhand der Krankenblätter des Kaiserin-Auguste-Victoria Haus. Dissertation FU Berlin, 1991, S. 8.

¹⁹⁹ § 1 Abs. 1 RJWG

²⁰⁰ Willing, Matthias: Zwangsbewahrung: Fürsorgerische Freiheitsentziehung im bundesdeutschen Rechtsstaat. In: Fangerau, Heiner; Topp, Sascha; Schepker, Klaus (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nationalsozialismus. Zur Geschichte ihrer Konsolidierung. Springer, Berlin, Heidelberg, 2017, S. 466.

²⁰¹ Peukert, Detlev: Grenzen der Sozialdisziplinierung. Aufstieg und Krise der deutschen Jugendfürsorge 1878 bis 1932. Bund-Verlag, Köln, 1986. S. 306.

²⁰² Bode, Harald; Straßburg, Hans-Michael; Hollman, Helmut: Sozialpädiatrie in der Praxis. München, Elsevier Urban&Fischer, 2014, 2. Auflage, S. 27.

Zeit des Nationalsozialismus gleichgeschaltet und firmierte nach dem Krieg erneut unter dem Namen „Deutsche Vereinigung für Säuglings- und Kleinkinderschutz“ durch eine konstituierende Sitzung am 26. August 1948 auf der ersten Nachkriegstagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde.²⁰³

Die Problematik hatte auch rund ein halbes Jahrhundert später in der direkten Nachkriegszeit nichts von ihrer Aktualität eingebüßt, so war die Sterblichkeit der Säuglinge durch Ernährungsstörungen im Sommer erheblich höher als im Winter. Im Sommer 1945 und 1946 erreichte die Säuglingssterblichkeit im Juli ein Maximum von 72 Prozent, 1947 sank sie bereits auf 12 Prozent ab.²⁰⁴ Vergleicht man diese Zahlen mit den Durchschnittswerten der Säuglingssterblichkeit im Jahr 1900, so lassen sich die Werte der ersten beiden Nachkriegsjahre als Rückfall auf die Sterblichkeit in dieser Zeit werten; in Abhängigkeit von der jeweiligen Sozialstruktur der Bezirke starben um die Jahrhundertwende 14 bis zu 40 Prozent der Säuglinge.²⁰⁵ Die Zahlen belegen eindrücklich die negative Korrelation zwischen Armut und Kindergesundheit.

Exkurs: Klinische Forschung zur „Ernährungsfrage“

Die „Ernährungsfrage“ wurde auf dem Pädiaterkongress im Juli 1947 hinsichtlich Behandlung und Prävention eingehend diskutiert. Theoretisch war die Pädiatrie in der Lage, diese Erkrankungen adäquat zu behandeln. Für die traditionellen Therapien von Durchfallerkrankungen, wie der Apfeldiät nach Meisler-Moro oder der Möhrendiät nach Moro, war jedoch die Beschaffung der frischen Zutaten nicht oder nur in geringen Maße möglich. „[U]m der Not an Durchfalldiätmitteln zu begegnen“,²⁰⁶ versuchte man behelfsmäßig andere

²⁰³ Bode, Harald; Straßburg, Hans-Michael; Hollman, Helmut: Sozialpädiatrie in der Praxis. München, Elsevier Urban&Fischer, 2014, 2. Auflage, S. 29.

²⁰⁴ Klesse, M.: Über die Bedeutung der Tuberkulosestatistik für die Beurteilung der Volksgesundheit unter Berücksichtigung des Winters 1946/47. In: Deutsche Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen in der Sowjetischen Besatzungszone (Hrsg.): Das Deutsche Gesundheitswesen, 1949, Heft 18, S. 567.

²⁰⁵ Die niedrigste Säuglingssterblichkeit hatte die Friedrichstadt mit 14 Prozent, die Tempelhofer Vorstadt mit 20 Prozent und die Luisenstadt diesseits des Luisenstädtischen Kanals. Dabei korrelierte der Arbeiteranteil in erheblichen Maß umgekehrt mit der durchschnittlichen Wohnungsgröße. Vgl. Stöckel, Sigrid: Säuglingsfürsorge zwischen sozialer Hygiene und Eugenik. Walter de Gruyter, Berlin, 1996, S. 162.

²⁰⁶ Kiehl, W.: Kleie-Diät als Durchfallbehandlung für Säuglinge und Kleinkinder. In: Deutsche Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen in der sowjetischen Besatzungszone (Hrsg.): Das deutsche Gesundheitswesen. Arbeitsgemeinschaft medizinischer Verlage, Berlin, 1947, Jahrgang 2, Heft 16, S. 510.

Therapieformen zu etablieren. Eine auf ähnlichen Wirkprinzipien beruhende Behandlung beschrieb der leitende Arzt der Kinderklinik Wernigerode auf dem Kongress in Form der „Kleie-Diät“. Diese war einfach zuzubereiten und der Ausgangsstoff einfach zu beschaffen; der „kranke Säugling“ diente in der Erprobung als „Testobjekt“.²⁰⁷ In der Folge konnten gute Behandlungserfolge verzeichnet werden, auch wenn die Verifikation anhand von Laborparametern nicht durchführbar war. So erfolgte die Beurteilung ausschließlich anhand des klinischen Eindrucks. Über die genaue Wirkungsweise konnten auch nur hypothetische Aussagen getroffen werden, da zu einer tiefgreifenden Erforschung ebenfalls die nötige Ausrüstung fehlte. Diese Bemühungen zeichnen ein Beispiel von empirischer Forschung unter den schwierigsten Bedingungen, welche die Erhaltung des Status quo der Behandlungsmöglichkeiten zum Ziel hatte.

Weiterhin war der Mangel an Milchpräparaten und Nahrungsmitteln eklatant. Dies wog schwer, da es die „Ernährungstherapie“ der erkrankten Säuglinge, noch zusätzlich erschwerte. Der Kinderarzt Karl Stolte schilderte daher im Artikel „Selbsthilfe beim Mangel an Nährpräparaten bei Säuglingen“ zahlreiche Methoden und Ansätze,²⁰⁸ wie durch einfache Rezepturen in den Laboratorien und Milchküchen auf alternativen Wegen und durch leichter zu beschaffenden Zutaten auf alternativen Wegen geeignete Zubereitungen herzustellen seien.²⁰⁹ Auch hier galt der Grundsatz: Not macht erfinderisch. Außerdem fand eine Rückbesinnung auf traditionelle Methoden statt. Als hilfreich erwiesen sich dabei auch Rezepte und Verfahren, die früher zum Einsatz gelangt waren, als die industriell hergestellten Mittel noch nicht existierten.

2.2.2 Das Konzept der Säuglings- und Kinderfürsorge im Spiegel von Lehrbüchern

Hinsichtlich der angewandten Konzepte interessieren Kontinuitätslinien ebenso wie Ungleichzeitigkeiten und Brüche, sodass sich eine Analyse und eine inhaltlich orientierte Begriffsbestimmung des Fürsorgekonzepts im Vorfeld dessen als notwendig erweist. In den

²⁰⁷ Kiehl, W.: Kleie-Diät als Durchfallbehandlung für Säuglinge und Kleinkinder. In: Deutsche Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen in der sowjetischen Besatzungszone (Hrsg.): Das deutsche Gesundheitswesen. Arbeitsgemeinschaft medizinischer Verlage, Berlin, 1947, Jahrgang 2, Heft 16, S. 509.

²⁰⁸ Karl Stolte (1881-1951) Pädiater. Studierte in Straßburg Medizin, Schüler von Czerny und Heubner in Berlin. 1916-1945 Leiter der Universitätskinderklinik in Breslau. Pionier der Therapie des Diabetes mellitus Typ I im Kindesalter. Vgl.: Wiedemann, Hans-Rudolf: The pioneers of pediatric medicine. Karl Stolte (1881-1951). *European Journal of Pediatrics*, 1993, Volume 152, Issue 2, S. 81.

²⁰⁹ Stolte, Karl: Selbsthilfe beim Mangel an Nährpräparaten. In: Deutsche Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen in der sowjetischen Besatzungszone (Hrsg.): Das Deutsche Gesundheitswesen. Arbeitsgemeinschaft medizinischer Verlage, Berlin, 1947, Jahrgang 2, Heft 17, S. 542 f.

Aufgabenbereich der Fürsorge fielen zur Weimarer Zeit nicht nur diverse Auffangmechanismen zur materiellen Existenzsicherung, die Sozialpolitik wurde auch auf gesundheitliche Aspekte ausgeweitet und eine gruppenpartikuläre Fürsorge mit besonderem Fokus auf Säuglinge und Kleinkinder in zunehmendem Maße etabliert. Getragen wurde dieses System durch ein duales Neben- und Miteinander staatlicher und (konfessionell-)karitativer Kräfte und es fand eine Neuverhandlung von privater und öffentlicher Sphäre statt. Durch staatliche Institutionen wurden nun Formen der sozialen Kontrolle hinsichtlich des Umgangs mit gesundheitlichen Aspekten in Bezug auf die Kinder ausgeübt.²¹⁰

Grundsätzlich hatte bereits der Erste Weltkrieg zu der Etablierung der sogenannten Kindererholungsfürsorge beigetragen. Bereits damals gingen führende Pädiater_innen davon aus, dass angesichts der „Kriegs- und Nachkriegsnöten“ eine intensivere Form der Kinderhilfe unabdingbar sei.²¹¹ In der Weimarer Republik wurde die Kindererholungsfürsorge als „Maßnahme zur Verhütung drohender Krankheiten oder zur Beseitigung bereits eingetretener Krankheitszustände“ definiert.²¹² Als erholungsbedürftig galten Kinder, die „an sich organisch gesund“ aber „gesundheitlich gefährdet“ waren.²¹³ Zu dieser Gruppe gehörten eine größere Anzahl an Kindern als zu den manifest kranken. Der Stadtjugendpfleger Otto Radtke konstatierte als Gründe für die Erholungsbedürftigkeit die negativen Einflüsse des „Wohnungselend[s], die Arbeitslosigkeit, der ungeheuer zunehmende Verkehr,“ sowie die „völlige Veränderung des Lebens- und Arbeitsrhythmus unserer Stadt auch auf unsere Jugend“, die besonders anfällig aufgrund ihrer noch „ungefestigten Widerstandskraft“ dafür gewesen sei. Die Motive für ein Engagement waren nicht zuletzt ökonomischer Natur - die „Besorgnis um die Erhaltung von Gesundheits- und Arbeitsfähigkeit des heranwachsenden Geschlechts“ war maßgeblich.²¹⁴ Dies deutet darauf hin, wie eng verbunden die Definition von Gesundheit mit der Arbeitsfähigkeit war.

Den verschiedenen Elementen der Fürsorge kam in der konzeptionellen Ausrichtung der Kinderheilkunde in Berlin definitiv noch eine enorme Bedeutung zu. So wurden 1921 rund 43 000 Kinder im Rahmen der Erholungsfürsorge in ländliche Pflegestellen und 10 000 in Heime

²¹⁰ Hockerts, Hans Günter: Vorsorge und Fürsorge: Kontinuität und Wandel der sozialen Sicherung. In: Schildt, Axel; Sywottek, Arnold (Hrsg.): Modernisierung im Wiederaufbau. Die westdeutsche Gesellschaft der 50er Jahre. J.H.W. Dietz, Bonn, 1993, S. 224 f.

²¹¹ Rott, Fritz (Hrsg.): Ziel und Gestaltung der Kindererholungsfürsorge. Beyer, Langensalza, 1925, S. 13.

²¹² Ebd., S. 14.

²¹³ Radtke, Otto: Die Kindererholungsfürsorge der Stadt Berlin. In: Zentralarbeitsgemeinschaft der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege (Hrsg.): Berliner Wohlfahrtsblatt. 6. Jahrgang, Nr. 8, 25. Mai 1930, S. 45.

²¹⁴ Ebd.

verschickt. Im Jahr 1925 waren es 23 000 „Landverschickungen“ und 31 000 „Heimverschickungen“.²¹⁵ Die Auswahl der Kinder oblag den Schulärzt_innen, sodass es nicht verwunderlich ist, dass die entsprechenden Konzepte eingehend in einschlägigen Standardwerken der Kinderheilkunde thematisiert wurden, die nach dem Zweiten Weltkrieg nicht oder nur in geringem Umfang verändert aufgelegt wurden. Anhand einiger Standardlehrbücher sollen hier kurz die theoretischen Grundannahmen skizziert werden, auf deren Basis die Lage der Kinder verbessert werden sollte.

Ein einflussreiches Lehrbuch wurde von dem Schweizer Pädiater Emil Feer (1864-1955) herausgegeben. Er habilitierte sich 1894 an der Universitätskinderklinik Basel und wurde 1907 an die Universitätskinderklinik Heidelberg berufen, wo er zu Ernährungsstörungen und -therapien des Säuglings publizierte.²¹⁶ Weiterhin machte er sich auf Fachtagungen für die Professionalisierung der Kinderheilkunde stark, indem er für deren Institutionalisierung in Form von eigenständiger Kinderuni- und Poliklinik an jeder Universität mit entsprechendem Ordinariat eintrat.²¹⁷ In seinem Lehrbuch von 1948, welches 27 Auflagen erlebte, nahm die „öffentliche Prophylaxe“ von Kinderkrankheiten noch einen großen Stellenwert ein, wobei die Säuglings- und Kleinkinderfürsorgestelle als die zentrale Institution im Mittelpunkt stand, deren Hauptaufgabe „die laufende Gesundheitskontrolle durch ärztliche Beratungsstunden und pflegerische Überwachung“ sowie „Stillpropaganda“ als auch die „Verbesserung der künstlichen Ernährung bzw. die Minderung der ihr anhaftenden Gefahren“ war²¹⁸

Ausführlicher befasst sich auch ein anderes Lehrbuch, das von Erich Rominger (1886-1967) im Jahr 1950 herausgegeben wurde, mit der Thematik. Rominger wurde 1925 nach Kiel an den Lehrstuhl für Pädiatrie berufen, den er bis 1954 innehatte. Er zählte zu den Professor_innen, die dem NS-System „reservierend bis ablehnend“ gegenüber gestanden hatten.²¹⁹ In seinem Lehrbuch findet sich auch ein Kapitel zur „Gesundheitsfürsorge für das Kindesalter“, welches

²¹⁵ Ratke, Otto: Die Kindererholungsfürsorge der Stadt Berlin. In: Zentralarbeitsgemeinschaft der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege (Hrsg.): Berliner Wohlfahrtsblatt. 6. Jahrgang, Nr. 8, 25. Mai 1930, S. 46.

²¹⁶ Stolberg-Wernigerode, Otto zu: Neue deutsche Biographie. Band 5, Berlin, 1961, S. 45. URL: <http://daten.digital-sammlungen.de/0001/bsb00016321/images/index.html?seite=61>, aufgerufen am 10. Januar 2017.

²¹⁷ URL: <https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/Emil-Feer.115555.0.html>, aufgerufen am 27. Januar 2017.

²¹⁸ Kleinschmidt, Hans (Hrsg.): Lehrbuch der Kinderheilkunde. Gustav Fischer, Jena, 1948, S. 85. Begründet wurde dieses Lehrbuch von dem Schweizer Pädiater Emil Feer (1864-1955), daher auch weiterhin als Standardwerk unter diesem Namen bekannt.

²¹⁹ Ratschko, Karl-Werner: Ernst Holzlöhner, Hans Gerhard Creutzfeldt und Enno Freerksen. Drei Kieler Medizinprofessoren im „Dritten Reich“. In: Cornelissen, Christoph; Mish, Carsten (Hrsg.): Wissenschaft an der Grenze. Die Universität Kiel im Nationalsozialismus. Klartext, Essen, 2010, S. 135.

aus der Feder des Sozialhygienikers Hugo Julius Franz Klose (1887-1978) stammt, der zunächst an der Kieler Universität als Lehrbeauftragter tätig war und 1943 eine außerordentliche Professur für Hygiene erhielt. Er galt sowohl während als auch nach dem NS-System als ausgewiesener, renommierter Fachmann auf seinem Gebiet und konnte seine Karriere in der späteren Bundesrepublik an der Universität und im Bundesgesundheitsamt fortsetzen.²²⁰ Die „Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit“ wird in besagtem Kapitel als erklärtes Ziel der Säuglingsfürsorge definiert und die sogenannte offene Fürsorge, bei welcher der Säugling in der betreffenden Familie verbleibt, als mögliche Maßnahme noch detaillierter geschildert. „Nach ärztlicher Untersuchung der Kinder“ soll eine „unentgeltliche Beratung der Mütter und Pflegemütter über eine Körper, Kleidung, Bett, Wohnung und Wartung umfassende, hygienisch richtige Pflege, über eine sachgemäße Ernährung unter Förderung des Selbststillens, über eine zielbewusste Erziehung, sowie eine Prophylaxe gegen Avitaminosen (Ausgabe von Lebertran, Vigantol-Öl, Cebionzucker)“ geleistet werden.²²¹ Aufklärung soll mittels „Mütterabenden mit belehrenden Vorträgen“ und Merkblättern zu den Themen Ernährung, Pflege, Milch, Schutz gegen Erkältungskrankheiten und Verhütung der Tuberkulose erfolgen. Außerdem wird hier die Mitarbeit von speziell ausgebildeten Gesundheitsfürsorgerinnen erörtert, die „durch nachgehende Fürsorge sich von der Befolgung der erteilten Ratschläge, sowie von den häuslichen Verhältnissen überzeugen sollen.“²²² Bei der sogenannten geschlossenen Fürsorge waren die „medizinisch-therapeutischen Gesichtspunkte gegenüber den sozialen

²²⁰ Schagen, Udo; Schleiermacher, Sabine (Hrsg.): 100 Jahre Geschichte der Sozialhygiene, Sozialmedizin und Public Health in Deutschland. Eine Dokumentation der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP), CD-Rom, Berlin 2005. URL: http://www.100-jahre-sozialmedizin.de/CD_DGSMP/PdfFiles/Biografien/Klose.pdf, aufgerufen am 27. Januar 2017.

²²¹ Rominger, Erich (Hrsg.): Lehrbuch der Kinderheilkunde. Springer, Berlin, 1950, S. 97.

²²² Ebd.

ausschlaggebend“,²²³ welche vornehmlich in Säuglingsheimen und Säuglings- und Kinderkrankenhäusern verwirklicht werden sollten (Abb. 7).



Abbildung 7: Kinderkrankenschwestern mit einer Patientin im KAVH.

Ähnlich lässt sich diese Unterteilung auch auf die Kleinkinderfürsorge übertragen, deren wichtigste Arbeitsfelder auf die Anleitung zur „richtigen Ernährung und zweckmäßige[n]

²²³ Rominger, Erich (Hrsg.): Lehrbuch der Kinderheilkunde. Springer, Berlin, 1950, S. 98.

Pflege sowie auf den Schutz vor Infektionskrankheiten einschließlich Tuberkulose und auf die Bekämpfung von Rachitis“ ausgerichtet waren.²²⁴

Ein zusätzliches Element in der präventiven Gesundheitsfürsorge der damaligen Zeit war die sogenannte Erholungsfürsorge, unter der „die Gesamtheit der Maßnahmen zu verstehen ist, welche von öffentlichen Behörden oder von Organisationen der freien Wohlfahrtspflege zur Beseitigung von Krankheitsfolgen, zum Ausgleich konstitutioneller Minderwertigkeit und angeborener oder erworbener Krankheitsbereitschaften getroffen werden.“²²⁵ Bei der Erholungsfürsorge findet wiederum die Untergliederung in sogenannte örtliche Erholungsfürsorgemaßnahmen, gemeint sind beispielsweise Luftbadekuren oder Wald- bzw. Tageserholungsstätten sowie „Aussendekuren in Einzelpflege auf dem Lande oder in geschlossene Heime im Tiefland, im Mittelgebirge“ [...] an die See.“²²⁶ Im Unterton schwingt hier auch die Pathologisierung des Stadtlebens mit, die auch in anderen Fachgebieten, wie beispielsweise bei der Ätiologie von psychiatrischen Krankheitsbildern, bemüht wurde. Generell wurden moderne Lebensformen, wie sie größtenteils im urbanen Raum angesiedelt waren, als negativer Einfluss auf die kindliche Entwicklung abgewertet.²²⁷

In Romingers Lehrbuch von 1950 werden als „erholungsbedürftig“ folgende Kinder definiert:

„1. Alle vorwiegend durch die Umwelt geschädigten Kinder. In erster Linie unterernährte Kinder, die infolge unzureichender Ernährung abgemagert oder in ihrem Entwicklungszustand ungünstig beeinflusst sind, fehlernährte Kinder, Kinder mit sonstigen Pflegeschwächen [...].

²²⁴ Rominger, Erich (Hrsg.): Lehrbuch der Kinderheilkunde. Springer, Berlin, 1950, S. 98.

²²⁵ Ebd., S. 100 f.

²²⁶ Ebd., S. 101.

²²⁷ Beddies, Thomas: Zwischen Anlage und Erziehung. Zum pädiatrischen Umgang mit „nervösen“ und „psychopathischen“ Kindern in der Weimarer Republik. In: Fangerau, Heiner; Topp, Sascha; Schepker, Klaus (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nationalsozialismus. Zur Geschichte ihrer Konsolidierung. Springer, Berlin, Heidelberg, 2017, S. 211.

2. Chronisch kranke,²²⁸ rekonvaleszente sowie konstitutionell minderwertige Kinder.²²⁹
3. Tuberkulös gefährdete und tuberkulös infizierte Kinder, insofern keine Anzeichen einer aktiven tuberkulösen Erkrankung vorliegen.²³⁰

An anderer Stelle wird nochmals hervorgehoben, dass speziell für die Dispositionsprophylaxe der Tuberkulose die „Erholungsverschickung“ bedeutungsvoll erachtet wurde, neben „hinreichender Ernährung, besonders auch mit hochwertigen Fetten (Butter, Lebertran).“²³¹

In dieser Konzeption der Gesundheitsfürsorge für Kinder ist immer noch eine wohlfahrtsstaatliche Prägung erkennbar, wobei staatliche Behörden und karitative Einrichtungen als entscheidende Akteur_innen definiert werden. Das angestrebte

²²⁸ Darunter wurde Folgendes verstanden: „Stoffwechselstörungen, Bindegewebsschwäche, Spättrachitis, exsudative Diathese, chronische Katarrhen der Luftwege, Asthma, Neuropathie, Herzleiden, Rekonvaleszenten nach diesen oder anderen erschöpfenden Krankheiten.“ Rominger, Erich (Hrsg.): Lehrbuch der Kinderheilkunde. Springer, Berlin, 1950, S. 101.

²²⁹ Der Begriff der Konstitution wurde im Lauf der Zeit unterschiedlich verstanden. Eine der geläufigsten Interpretationen war sicherlich die von Ernst Kretschmer (1888-1964): „Unter Konstitution verstehen wir die Gesamtheit aller individuellen Eigenschaften, die auf Vererbung beruhen, d.h. genotypisch veranlagt sind.“ (1921) Und später: „Konstitution ist nicht Fatum, sondern zwar überkommenes, aber wie alles Lebendige allzeit reagibles biologisches Kräftespiel, in das wir eingreifen können, sobald wir seine innere Dynamik übersehen.“ (1949; zitiert nach: Coerper, Carl; Hagen, W.; Thomae, Hans (Hrsg.): Deutsche Nachkriegskinder. Methoden und Ergebnisse der deutschen Längsschnittuntersuchung über die körperliche und seelische Entwicklung im Schulkindalter. Thieme, Stuttgart, 1954, S. 63.). Im Nationalsozialismus wurde der Terminus u.a. folgendermaßen definiert: „Konstitution ist ein Ausdruck für die Verfassung, für die Reaktionsbereitschaft des Organismus; also für die individuelle Erhaltungs- oder Anpassungsfähigkeit und damit auch die Leistungsfähigkeit oder, negativ ausgedrückt die Widerstandsfähigkeit.“ (Catel, Werner (Hrsg.): Die Pflege des gesunden und kranken Kindes. Thieme, Leipzig, 1942, S. 149). Dabei war die Konstitution eng mit rassenbiologischen Gedanken verknüpft. So existierte an der Charité ein eigenes Institut für Konstitutionsforschung unter Walther Jaensch (1889-1950). Die abwertende Interpretation der Konstitution als „minderwertig“ stellte einen Schritt in Richtung der Selbstverständlichkeit der Ermordung von „unwertem Leben“ dar. Auch in der Nachkriegszeit existierte keine einheitliche Definition. Zur Beurteilung des Gesundheitszustandes eines Kindes war die Konstitution jedoch nach wie vor ein wichtiges Kriterium. Von einer unreflektierten Verwendung der Begrifflichkeiten durch Rominger ist hier auszugehen. Wenngleich er sich selbst nie als Nationalsozialist verstand, ist dies dennoch als Kontinuität von NS-Ideologie anzusehen.

²³⁰ Die hier genannten Kriterien gehen zurück auf den Chirurgen und Orthopäden Albert Hoffa (1859-1907), der für seine sozialmedizinischen Problemschilderungen unter anderem bei Behinderungen bekannt geworden ist. Vgl.: Rominger, Erich (Hrsg.): Lehrbuch der Kinderheilkunde. Springer, Berlin, 1950, S. 101.

²³¹ Rominger, Erich (Hrsg.): Lehrbuch der Kinderheilkunde. Springer, Berlin, 1950, S. 293. Das entsprechende Kapitel über Tuberkulose des Kindesalters wurde von dem Frankfurter Pädiater Bernhard de Rudder (1894-1962) verfasst.

Gesundheitskonzept war breit gefasst, wobei die Verantwortlichkeit für die Sicherung der Gesundheit, oder zumindest für die Vermittlung der hierfür notwendigen Informationen und Anwendungen, auf staatlicher Ebene lag. Dadurch wurden gleichsam normative Vorgaben gemacht, die nur bedingt eine individualistische Selbstbestimmung zuließen. Diese klare Zuweisung der Verantwortlichkeit und Ziele der Kinderheilkunde ist auch im abschließenden Absatz des Kapitels zur Gesundheitsfürsorge ersichtlich:

„Es ist leider eine immer wieder festzustellende Tatsache, daß Zeiten wirtschaftlichen Niedergangs und der dadurch zwangsläufig zunehmenden Umweltschäden alle Gesundheitsfürsorgebestrebungen auf eine harte Belastungsprobe stellen. Da aber gesunde Kinder eine unumgängliche Voraussetzung für das Gedeihen und die Wohlfahrt eines Volkes bilden, so ist es Pflicht der Allgemeinheit und des Staates, die wirklich wertvollen und unentbehrlichen Gesundheitsfürsorgeeinrichtungen für das Kindesalter zu erhalten, um dadurch ausschlaggebend an dem Herbeiführen besserer Zeiten mitzuwirken.“²³²

Zusammenfassend lässt sich also festhalten, dass das Fürsorgeprinzip ein aufsuchendes war, geprägt durch erhebliche paternalistische Züge unter Anwendung von kontrollierenden Maßnahmen. Im Kontrast dazu steht die gegenwärtige Praxis, dass die Eltern nach eigenem Ermessen und finanziellen Ressourcen bei einem Erkrankungsfall ihres Kindes niedergelassene Kinderärzt_innen konsultieren. Um eine möglichst lückenlose Erkennung von behandlungs- und interventionsbedürftigen Fällen zu gewährleisten, war die Vorladung von ganzen Jahrgängen als Ziel angesetzt. Selbst in der Auflage des Lehrbuchs von Emil Feer aus dem Jahr 1961 findet sich noch die Unterteilung in „offene“ und „geschlossene“ Fürsorge, wobei das Thema jedoch nicht mehr mit besonderer Dringlichkeit verhandelt wird. Es wird außerdem eher von einer Beratungsfunktion gesprochen und der Kontrollaspekt beispielsweise durch Hausbesuche bestimmt nicht mehr vorrangig die Konzeption der Fürsorge.²³³ Der hohe Stellenwert der prophylaktischen Organisationsprinzipien in der Kinderheilkunde wird auch daher erklärbar, dass derartige Maßnahmen angesichts der grassierenden Unterernährung und immensem Anstieg von Infektionskrankheiten, die einem großen Defizit der

²³² Rominger, Erich (Hrsg.): Lehrbuch der Kinderheilkunde. Springer, Berlin, 1950, S. 103.

²³³ Kleinschmidt, Hans (Hrsg.): Lehrbuch der Kinderheilkunde. Gustav Fischer, Jena, 1961, S. 62.

Versorgungsstrukturen entgegenstanden, eine möglichst wirkungsvolle Distribution von knappen medizinischen Ressourcen erhoffen ließ.²³⁴

²³⁴ Süß, Winfried: Gesundheitspolitik, S. 65. In: Hockerts, Hans Günter (Hrsg.): Drei Wege deutscher Sozialstaatlichkeit. NS-Diktatur, Bundesrepublik und DDR im Vergleich. De Gruyter, München, Oldenburg, 1998.

3 Zwischen Reaktivierung der Fürsorge und individualisierter Medizin: Konzepte und Maßnahmen in der Kinderheilkunde in den westalliierten und sowjetischen Besatzungszonen bzw. in der Bundesrepublik und DDR

3.1 Örtliche Erholungsfürsorge und Kinderverschickung – Lösung der „Ernährungsfrage“?

3.1.1 Konzeption, Zielsetzung und Finanzierung

„Der ungünstige Gesundheitszustand der Berliner Kinder zwingt jedoch zu einer intensiven Gesundheitsfürsorge.“²³⁵

Nach dem Sieg der sowjetischen Truppen gingen diese rasch dazu über, „das Überleben der Bevölkerung zu sichern, wobei die Versorgung mit Lebensmitteln und die Wiederherstellung der städtischen Infrastruktur“ im Vordergrund stand.²³⁶ Dazu gehörte auch die (gesundheitliche) Versorgung der Not leidenden Säuglinge und Kinder. Nachdem in den vorangegangenen Kapiteln die drängendsten Probleme der Kindergesundheit dargelegt wurden, soll nun analysiert werden mit welchen Maßnahmen die gesundheitspolitischen und ärztlichen Akteur_innen darauf reagiert haben und wie deren konkrete Gestaltung aussah. Einen wichtigen Teilaspekt bildet der Vergleich mit den traditionellen Präventions- und Behandlungsmethoden. Dabei ist der Frage nachzugehen, inwieweit die vorhandenen Konzepte weiterhin angewendet, modifiziert oder gar durch Neuerungen ersetzt wurden. Es gilt zu beachten, dass „öffentliche Gesundheitsleistungen“ auf „allgemeine Lebensverhältnisse“ Bezug nehmen, und „folglich immer und unausweichlich Bestandteil politischer Strategien und Maßnahmen“ sind.²³⁷ Wurde dementsprechend auch mit der Kinderfürsorge implizit ein politisches Ziel verfolgt?

²³⁵ LAB C Rep. 118, Nr. 99 (1948, Weißensee)

²³⁶ Ribbe, Wolfgang (Hrsg.): Geschichte Berlins. Zweiter Band. Von der Märzrevolution bis zur Gegenwart. C.H. Beck, München, 1987, S, 1024.

²³⁷ Labisch, Alfons: Gesellschaftliche Bedingungen öffentlicher Gesundheitsfürsorge. Problemsichten und Problemlösungsmuster kommunaler und staatlicher Formen der Gesundheitsvorsorge, dargestellt am Beispiel des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege e.V., Frankfurt am Main, 1988, S. 18.

Die Gesundheitspolitik in der Nachkriegszeit war grundsätzlich von Ideenarmut gekennzeichnet, neue innovative Ansätze sucht man hier vergeblich. So erlebten auch die Kinderfürsorgemaßnahmen, wie sie in Kapitel 2.2 in ihrer theoretischen Konzeption dargestellt sind, im Nachkriegsberlin eine neue Blütezeit. Dies überrascht nicht, wenn man die Ähnlichkeit der drängenden Probleme betrachtet. Ein wichtiges Element, auf das fast unmittelbar zurückgegriffen werden konnte, stellten die institutionalisierten Fürsorgestellen dar, von denen bis Ende Mai 1945 insgesamt 80 Beratungsstellen für Säuglinge und Kleinkinder sowie 51 Beratungsstellen für Schulkinder die Arbeit wiederaufgenommen hatten (Abb. 8).²³⁸

²³⁸ Dinter, Andreas: Berlin in Trümmern, Ernährungslage und medizinische Versorgung der Bevölkerung Berlins nach dem II. Weltkrieg. Frank Wünsche, Berlin, 1999, S. 128.



Abbildung 8: Mutter mit Kind am Eingang der Säuglings- und Kleinkinder-Fürsorgestelle des KAVH, undatiert.

Unter dem Begriff Erholungsfürsorge wurde darüber hinaus ein Konglomerat an verschiedenen Maßnahmen initiiert, die allesamt zum Ziel hatten, mittels eines präventiven Ansatzes die Lage der Kinder, vor allem deren Gesundheits- und Ernährungszustand, zu verbessern. Auch ging

man indirekt gegen die Ausbreitung von Seuchen vor, indem die Kinder aus der zerstörten Stadt zumindest vorübergehend isoliert wurden. Hinzu kam, dass den Kindern bei den Verschickungen eine schöne Zeit fernab von „Ruinen und Trümmern“ ermöglicht werden sollte.²³⁹ Unterschieden wurden konzeptionell dabei Kinder- bzw. Schulspeisung, örtliche Erholungsfürsorge und Kinderverschickung. Die zu bewältigende Aufgabe war eine immense logistische Herausforderung – laut einer Erhebung des Berliner Magistrats lebten im November 1945 602 859 Kinder in der Stadt.²⁴⁰ Wie viele Kinder insgesamt an den Fürsorgemaßnahmen teilnehmen konnten, lässt sich aufgrund der Vielgestaltigkeit der Angebote nur schwer rekonstruieren. Somit können nur punktuelle Angaben gemacht werden, im Sommer 1946 konnten beispielsweise „10% der Berliner Schuljugend und Kleinkinder“ an einer örtlichen Erholungsfürsorge teilnehmen.²⁴¹ 1947 wurde vom Hauptjugendamt (Magistrat von Gross-Berlin, Abteilung für Sozialwesen) berichtet, dass „an diesen Verschickungen Kinder aus sämtlichen Sektoren beteiligt waren.“²⁴²

Aktion „Rettet die Kinder“

Fragt man nach den Beweggründen der Besatzungsmächte, darf das avisierte Ziel der integrativen Wirkung der angebotenen Unterstützung nicht unterschätzt werden. Sowohl die Westalliierten als auch die Sowjets waren vor der sich abzeichnenden Systemkonkurrenz bestrebt, sich die Loyalität und Zustimmung der Bevölkerung zu sichern. Insbesondere die sowjetischen Besatzer_innen bedienten ein dediziert antifaschistisches Narrativ in Abgrenzung zum NS-Regime und betonten in ihrer Selbstdarstellung humane Absichten im Sinne von Sorge um das Wohlergehen der Schwachen, in diesem Fall namentlich der Kinder, wie in dem Aufruf zur Aktion „Rettet die Kinder“ deutlich wird (Abb. 9). Den eigentlichen, längerfristig angelegten Maßnahmen der Erholungsfürsorge gingen einige punktuelle Hilfsmaßnahmen voraus, wie beispielsweise diese Aktion vor und um Weihnachten 1945.

²³⁹ LAB C Rep.: 118, Nr. 110

²⁴⁰ In der russischen Besatzungszone lebten davon 234 075, in der amerikanischen 178 303, in der englischen 102 272 und in der französischen 88 205 Kinder. Vgl.: N. N.: Wieviel Kinder hat Berlin? Der Tagesspiegel, Nr. 22, 1. Jahrgang, 14. November 1945.

²⁴¹ LAB C Rep. 118, Nr. 110

²⁴² Ebd.



Abbildung 9: Sammelliste der Aktion „Rettet die Kinder“, 1946.

Diese wurde vom Hauptausschuss „Opfer des Faschismus“ initiiert, wobei die Mitglieder aufgrund eigener Not- und Hungererfahrung die Notwendigkeit, den Kinder zu helfen, ableiteten:

„Und deshalb wollen sie den Kindern helfen.

Wenn jemand unschuldig ist an dem verbrecherischen Krieg, dann sind es unsere Kinder, die doch am meisten unter ihm und seinen Folgen leiden.

Die Not des Winters, das Erbe des Faschismus, lastet am schwersten auf ihnen – bedroht ihr junges Leben.

Die Vergangenheit, das blutige Nazi-Regime, das so schmächtig endete, streckt jetzt noch seine Knochenhand nach unseren Kindern aus. Niemals dürfen die Kinder – das Liebste, das Kostbarste, was wir besitzen – ein nachträgliches Opfer des Faschismus werden. Vergessen wir nicht, sie sind unsere Zukunft.

Die Kinder von heute sind das Deutschland von morgen! [Hervorhebungen im Original]²⁴³

²⁴³ LAB C Rep. 118-01, Nr.: 39051

Auffallend ist die mehrfache, dezidierte Betonung des Faschismus als Ursache für die desaströse Lage der Kinder. Konkret wurde in der Sammelaktion dafür geworben, warme Kleidung und Kinderspielzeug für eine Bescherung zum Weihnachtsfest 1945 zu beschaffen. Hierfür wurde eigens ein „Ehrenpräsidium für das Friedensweihnachtsfest 1945“ eingerichtet. Bei dieser Aktion standen nicht nur „Vergnügungsaspekte“ im Vordergrund, sondern auch gesundheitliche Aspekte.²⁴⁴ Die Versicherungsanstalt Berlin (VAB) weitete im Rahmen der beschriebenen Aktion die neu ins Leben gerufene einheitliche Sozialversicherung auf alle Kinder Berlins bis zum achtzehnten Lebensjahr aus – ohne weitere Beitragszahlungen dafür zu verlangen.²⁴⁵ Damit bestand auf vertraglicher Ebene für alle Kinder zumindest theoretisch Anspruch auf „freie ärztliche Behandlung nach freier Wahl für unbegrenzte Dauer, Versorgung mit Arznei-, Heil- und orthopädischen Hilfsmitteln“ sowie Krankenhausbehandlungen.²⁴⁶

Kinderspeisungen

Zunächst versuchte man den allgegenwärtigen Hunger zu bekämpfen und veranstaltete Kinderspeisungen.²⁴⁷ Diese erste Stufe einer basalen Versorgung, um viele Kinder vor dem Hungern und nicht wenige sicherlich auch vor dem Hungertod zu bewahren, erfolgte auf unterschiedliche Weisen und beinhaltete: „[B]esondere [...] Lebensmittelzuweisungen für in Kinderheimen und Kindertagesstätten untergebrachte Kinder, die Durchführung von Speisungen für Kleinkinder auf Erholungsplätzen“.²⁴⁸ Die Bekämpfung der Unterernährung war bei allen dieser Maßnahmen erklärtes Ziel, deren Erfolg mit akribisch geführten Gewichtskontrollen gemessen wurde. Somit konstatierte man beispielsweise im April 1948 in Steglitz: „Die kontrollierte Gewichtszunahme betrug vielfach 1kg, bei einigen Kindern sogar 2

²⁴⁴ LAB C Rep. 120, Nr.: 2425

²⁴⁵ Zu diesem Zeitpunkt bestand eine Einheitsversicherung, die die sowjetische Besatzungsmacht noch vor dem Eintreffen der Westalliierten in Berlin initiiert hatten und die seitdem von der sogenannten Berliner Versicherungsanstalt (VAB) getragen wurde. Vgl.: Arndt, Melanie: Gesundheitspolitik im geteilten Berlin 1948 bis 1961. Böhlau, Köln/Weimar, 2009. S. 68 ff.

²⁴⁶ N. N.: Versicherung für Kinder bis zu achtzehn Jahren. Der Tagesspiegel, Nr. 17, 1. Jahrgang, 17. November 1945.

²⁴⁷ Damit verwandte Maßnahmen gab es auch in der Bizone, wo auf Initiative des amerikanischen Präsidenten Hoover 1947 eine flächendeckend eingeführte „Schulspeisung“ durchgeführt wurde, um so dreieinhalb Millionen Kinder somit eine zusätzliche Mahlzeit am Tag zu ermöglichen. Vgl.: Kleßmann, Christoph: Die doppelte Staatsgründung. Deutsche Geschichte 1945-1955. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen, 1991, 5. Auflage, S. 50.

²⁴⁸ LAB C Rep. 118, Nr.: 110

kg seit Beginn der Kur“.²⁴⁹ Die Kinderspeisungen wurden oftmals in ihrer Durchführung räumlich an Institutionen wie Kindergärten und Schulen gebunden, um zu gewährleisten, dass die ausgeteilten Lebensmittel auch wirklich den hilfsbedürftigen Kindern zuteilwurden. Schulspeisungen gab es in Berlin ab dem 19. November 1945.²⁵⁰ Ab diesem Zeitpunkt nahmen 270 000 Kinder im Alter von 6-14 Jahren an diesen Speisungen teil, die in ungefähr 100 Schul- und anderen Großküchen zubereitet und in den Schulen verteilt wurden. Den Frauenausschüssen und Gewerkschaften kam dabei die Aufgabe einer gerechten Verteilung zu.²⁵¹ Im Januar 1946 nahmen circa 28-30 Prozent der Berliner Kinder an der Schulspeisung teil. Im Gegenzug hierfür mussten die Eltern dafür ein gewisses Maß an Lebensmittelkarten abgeben. In Abhängigkeit der Menge an Lebensmitteln, die durch Spenden zur Verfügung gestellt wurden, variierte auch die Markenabgabe und teilweise auch das Alter der einbezogenen Kinder.²⁵² Durch Engpässe in der Versorgung war die Schulspeisung immer wieder Thema in den Magistratssitzungen.²⁵³

Eine Besonderheit war die zu dem Essen zusätzlich verteilte Menge an Lebertran, das zur damaligen Zeit als Mittel der Wahl zur Bekämpfung von Mangelernährung und zur Rachitisprophylaxe galt. Je nach Kapazitäten erfolgte die Verteilung mehr oder minder kontinuierlich. Im Februar 1946 war eine zusätzliche Dosis an Lebertran von 250 Gramm für kranke Kinder möglich, die zusammen mit Vitamin-A-Dragees verteilt wurde. Bezugsscheine dazu waren den ausgegebenen Lebensmittelkarten angegliedert. Als Kontrollinstanz fungierten auch hier die Fürsorgestellten (oder wahlweise andere Ärzt_innen), die eine Bescheinigung ausstellten, die bei der Aushändigung der Präparate in den Apotheken gefordert wurde. Nach der Versorgung der kranken Kinder plante man die restlichen Bestände auch an die gesunden Kinder zu vergeben.²⁵⁴ Später konnten die Mengen erhöht werden – so wurden allein im Januar 1949 1.500 Kilogramm Lebertran ausgegeben, was durchschnittlich einer Menge von 5 Gramm Lebertran pro Kind bei der täglichen Speisung entsprach.²⁵⁵ Ähnliche Versorgungsraten bezüglich des Nahrungsergänzungsmittels konnten auch für die Jahre zuvor erreicht werden

²⁴⁹ LAB C Rep. 118, Nr.: 804

²⁵⁰ Hanauske, Dieter: Die Sitzungsprotokolle des Magistrates der Stadt Berlin. 1945/46. Teil I Berlin Verlag, 1999, S. 116.

²⁵¹ N. N.: Schul- und Kinderspeisungen. Der Tagesspiegel. Nr. 26, 1. Jahrgang, 18. November 1945.

²⁵² N. N.: Spenden für die Schulspeisung. Der Tagesspiegel, Nr. 15, 3. Jahrgang, 18. Januar 1947.

²⁵³ Hanauske, Dieter: Die Sitzungsprotokolle des Magistrates der Stadt Berlin. 1945/46. Teil II. Berlin Verlag, 1999, S. 74.

²⁵⁴ N. N.: Lebertran und Vitamin A für kranke Kinder. In: Der Tagesspiegel, Nr. 28, 2. Jahrgang, 3. Februar 1946.

²⁵⁵ LAB C Rep. 118, Nr.: 94

(Januar 1948: 28.000 Portionen an Kleinkinder). Das Schwedische Rote Kreuz begann im Januar 1946 mit dieser Form der Unterstützung in Berlin. Teilweise wurden die zur Verfügung gestellten Lebensmittel direkt aus Schweden eingeführt, teilweise vor Ort hinzugekauft. Auch das sogenannte „Päppelheim“ (Berlin Niederschönhausen, Molkestrasse) und andere Kinderheime wurden von der Schwedenspende bedacht, hierunter fand sich auch sogenanntes „Säuglings-Mehl“.²⁵⁶

Finanzierung

Die Finanzierung der Kinderfürsorge wurde durch Mobilisierung verschiedener Geldgeber ermöglicht. Die Kosten wurden 1946 einerseits durch Reste aus der Winteraktion „Rettet die Kinder“ sowie zunehmend und im größeren Maßstab von Spendenfonds auf Basis von NGOs und privaten Vereinen gedeckt. Ab dem Sommer 1946 gab es umfangreiche Hilfslieferungen aus dem Ausland. Am bekanntesten sind wohl die sogenannten CARE-Pakete. Von einem Paket konnte sich eine durchschnittliche Familie einen Monat lang ernähren. Von Beginn der Versendung im Jahr 1946 bis 1960 wurden in Berlin insgesamt drei Millionen Pakete verteilt.²⁵⁷ Außerdem gründete sich etwa zeitgleich die US-amerikanische Nichtregierungsorganisation CRALOG (Council of Relief Agencies Licensed to Operate in Germany), die als eine Art Dachverband für Hilfsorganisationen fungierte und regelmäßig Nahrungsmittelspenden nach Berlin schickte. Darüber hinaus wurden große Anteile der Versorgung durch die sogenannte Schweizer- und Schwedenspende und ähnliche ausländische Hilfsorganisationen bestritten.²⁵⁸ Außerdem wurde in öffentlichen Aufrufen sowohl unter der Berliner Bevölkerung regional um Sachspenden und tatkräftige Unterstützung geworben, ländliche Pflegestellen für erholungsbedürftige Berliner Kinder wurden unter dem Motto „Stadt und Land, Hand in Hand“ gesucht.²⁵⁹

Das Schwedische Rote Kreuz initiierte beispielsweise eine Kleinkinderspeisung von Januar 1946 bis ins Jahr 1949, die regelmäßig in den jeweiligen Herbst- und Wintermonaten stattfanden. Der Fett- und der Proteingehalt der vorhandenen Nahrung war gering, weshalb Trockenmilch, Fleischkonserven und Bouillon-Paste einen Hauptbestandteil dieser Speisungen

²⁵⁶ LAB C Rep. 118, Nr.: 94

²⁵⁷ URL: <https://www.care.de/care-paket/#c2610>, aufgerufen am 12. November 2018.

²⁵⁸ Dinter, Andreas: Berlin in Trümmern. Ernährungslage und medizinische Versorgung der Bevölkerung Berlins nach dem II. Weltkrieg. Frank Wünsche, Berlin, 1999, S. 101.

²⁵⁹ LAB C Rep. 118, Nr.: 110

ausmachten.²⁶⁰ Um die materielle Not zu lindern und Krankheiten vorzubeugen, wurden ebenfalls „Kleidung, Schuhwerk und Textilien“ verteilt, sowie in einer „Hilfsaktion für werdende Mütter“ Lebensmittel und Babysachen ausgegeben.²⁶¹ Die vier Besatzungsmächte steuerten je nach Verfügbarkeit und Möglichkeit zu den unterschiedlichen Kinderfürsorgemaßnahmen Lebensmittel bei; die russische Zentralkommandantur lieferte vorrangig Gemüse und Kartoffeln, die Engländer und Amerikaner „Tee-Extrakt“ „Getreideprodukte und evtl. Biscuits“.²⁶²

Zielsetzungen der Kinderfürsorge

Mitarbeiter_innen der „Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen“ distanzieren sich im Frühjahr 1946 auf einer Planungsbesprechung programmatisch vom nationalsozialistischen Gesundheitssystem. In Abgrenzung zur NS-Ideologie wurde das Kind als besonders schutzbedürftiges und schwaches Wesen in der Gesellschaft wahrgenommen. Eine genauere Definition zum Selbstverständnis der Pädiatrie blieb jedoch aus. Die Verbrechen der Nationalsozialisten wurden nicht konkret benannt und der Blick zugunsten eines pragmatischen Vorgehens ostentativ in die Zukunft gerichtet.

„Mit der Auflösung des Hitlerregimes ging Hand in Hand die Auflösung der gesamten sozialen und gesundheitlichen Basis, auf der wir früher standen. Ein grosser Prozentsatz der Ärzte waren Nazis und es ist ja bekannt, auf welcher Grundlage die nazistischen Ärzte gearbeitet haben. Im Mittelpunkt ihrer Arbeit stand die Erhaltung des Gesunden und Starken und die Zurücksetzung des Schwachen und Kranken. Viele der Schwachen und Kranken waren den Wirren des Krieges erlegen. Am schlimmsten wirkte sich das Elend in dem Teil der Bevölkerung aus, der am schwächsten und anfälligsten ist: An den Säuglingen und Kindern. [...]

Der Nachkriegswinter war zu überstehen und das Gespenst der Seuchen tauchte auf. Diese Gefahr erhöhte sich mit dem grossen Strom der Umsiedler, die in die sowjetische Zone einzog. Der Kampf gegen die Seuchen ist fast überstanden und was in diesem Kampf mit Hilfe der Behörden, der Gesundheitsämter, der

²⁶⁰ LAB C Rep. 118, Nr.: 70

²⁶¹ Ebd.

²⁶² LAB C Rep. 118, Nr.: 110

Sozialämter und der gesamten freiwilligen Kräfte geleistet wurde, ist eine außerordentlich umfangreiche Arbeit gewesen, und man kann von einem Sieg sprechen, der über die Seuchen errungen wurde.“²⁶³

Die kämpferische, heroische Sprache beschwört, dass die Probleme nur in einer kollektiven Anstrengung gemeistert werden konnten. Auch an anderen Stellen wird die Identitätsbildung durch die Maßnahmen bemerkbar, welche sich in den ersten Nachkriegsjahren durch die Abgrenzung zum NS-Staat zeigte, noch lange bevor der Antifaschismus in der DDR zur Staatsdoktrin erhoben wurde. Der Berliner Magistrat zog am Ende des Sommers 1946 die Bilanz:

„So gross auch der Erfolg war, so gross waren aber auch die Schwierigkeiten bei der Durchführung. Der Hitlerkrieg, der alles zerstörte, hat auch der Jugend das Beste genommen: Die schönen Tage einer frohen Ferienerholung. Der katastrophale Gesundheitszustand der Kinder und nicht zuletzt die Absicht die arbeitenden Mütter zu entlasten, verpflichteten den Magistrat, alles daran zu setzten, diesen unschuldigen Opfern des Naziregimes einige frohe Ferienwochen zu bieten.“²⁶⁴

3.1.2 Örtliche Erholungsfürsorge

Neben den Kinderspeisungen konzentrierte man sich zunächst auf die örtliche Erholungsfürsorge. So konnten im Sommer 1946 rund 45 000 Kinder daran teilnehmen. Es wurden mehrere Programme der örtlichen Erholungsfürsorge von unterschiedlichem zeitlichen Rahmen und diversen Durchführungsorten in den verschiedenen Besatzungszonen initiiert, die unter anderem die der Aufsicht der Hauptämter für Sozialwesen unterlagen, wobei die dazugehörigen Jugendämter mit der konkreten Ausgestaltung betraut wurden. Die Programme hatten unterschiedliche Konzeptionen und Dauer, was auch von den Durchführungen in den einzelnen Zonen sowie verfügbaren Ressourcen abhing. Welch immensen organisatorischen Aufwand die Maßnahmen bedeutet haben müssen, verdeutlichen folgende Zahlen: „1 300 000 Liter Essen wurden [...] gekocht“, sowie „500 Zentner Keks“ und „zum Ferienabschluss 22 000 Tafeln Schokolade ausgegeben.“²⁶⁵

²⁶³ LAB C Rep. 110, Nr.: 118

²⁶⁴ LAB C Rep. 118, Nr.: 110

²⁶⁵ Ebd.

Vorab musste definiert werden, welche Kinder als erholungsbedürftig galten, wobei die Schwierigkeit der Abgrenzung von Krankheit und Gesundheit offensichtlich wurde:

„Unsere Kinder und Jugendlichen haben unter den Kriegs- und Nachkriegseinwirkungen seelisch und körperlich aufs Schwerste gelitten, sodass die dazu berufenen Stellen, in unserem Falle das Hauptjugendamt, alles daran setzen müssen, um diese Schäden zu beseitigen. Es fallen unter den Begriff „erholungsbedürftig“ diejenigen Kinder, die körperlich nicht das normale Gesundheitsbild bieten, andererseits aber nicht als krank anzusprechen sind.“²⁶⁶

Die Auswirkungen des Krieges ließen diese beiden Begriffe nicht als gegensätzliches Paar, sondern vielmehr als Kontinuum erscheinen, sodass die präventive Fürsorge hinsichtlich Ernährungsfragen zum Gebot der Stunde und Leitgedanken der folgenden Kinderfürsorge erhoben wurde. Damit war auch eine scharfe Trennung zwischen präventiven Maßnahmen und denjenigen für bereits manifest erkrankte Kinder hinfällig.

Die Teilnahme der Kleinkinder an der örtlichen Erholungsfürsorge wurde stets für einen gewissen Zeitraum bewilligt. Wenn beispielsweise Plätze frei wurden, da Kinder eingeschult wurden (und somit in den Zuständigkeitsbereich der Schulspeisungen fielen), konnten Kinder von den Säuglings- und Kleinkinderfürsorgestellen, die „als besonders bedürftig begutachtet“ worden waren, an deren Stelle an den Speisungen teilnehmen.²⁶⁷ Damit waren die Fürsorgestellen ein wichtiger Ausgangspunkt bei Organisation der Kinderfürsorge.

Die Durchführung der örtlichen Erholungsfürsorge unterschied sich in den einzelnen Stadtteilen, dennoch lassen sich einige Gemeinsamkeiten festhalten. Grundsätzlich bestand sie aus hygienischen Maßnahmen wie Händewaschen vor dem Essen, der Essensverteilung- und Einnahme sowie Möglichkeiten zum Ausruhen und Spiel und Spaß im Freien (Angaben auf dem Anmeldeschein in Abb. 10).

²⁶⁶ LAB C Rep. 118, Nr.: 110

²⁶⁷ LAB C Rep. 118, Nr.: 185

Liebe Kinder!

Vom 29. Juli bis 31. August 1946 habt Ihr auf über 100 Spielplätzen Berlins die Möglichkeit, die Schulferien in Licht, Luft und Sonne bei frohem Spiel zu erleben. Kasperletheater, Artisten, Musikkapellen u. a. werden Euch darüber hinaus frohe Stunden bereiten.

Als Verpflegung erhaltet Ihr neben einem Vor- und Nachmittagsgetränk ein gutes Mittagessen. Spenden des Internationalen Roten Kreuzes und der sowjetischen Militärverwaltung geben uns die Möglichkeit, das Essen wirklich kräftig zu gestalten. Die Markenabgabe erfolgt einmalig für den ganzen Monat August. Es sind abzugeben:

750 g Nahrungsmittel (oder 450 g Nahrungsmittel und 420 g Brot)
120 g Zucker
90 g Fett
90 g Fleisch

Bei nachweislicher Erkrankung können nichtverbrauchte Marken dekadenweise zurückgegeben werden.

Als Unkostenbeitrag sind zu zahlen pro Dekade für das erste Kind einer Familie 2,50 RM, für das zweite Kind 1,50 RM. Alle anderen Kinder einer Familie sind frei. Außerdem erhalten alle Kinder, welche vom Sozialamt betreut werden und die Kinder von Opfern des Faschismus Freikarten.

Laßt den anhängenden Zettel durch die Eltern ausfüllen und gebt ihn Eurem Lehrer.

Ich melde hiermit mein(e) Kind(er) (Vor- und Zuname)

.....
.....
.....

für die Berliner Ferienspiele an und zahle den Unkostenbeitrag für die erste Dekade in Höhe von RM.

Ich beantrage Freikarten, da ich vom Sozialamt betreut werde.

Ich gehöre zu den anerkannten Opfern des Faschismus.

Name:

Wohnung:

Mat. 3855. Din A 5. 200 000. 7. 46

Abbildung 10: Anmeldeschein zur örtlichen Erholungsfürsorge, 1946.

Der Erfolg der Maßnahmen wurde akribisch mit Gewichtskontrollen festgehalten, die in eigens dafür angefertigten Tabellen vermerkt wurden. Jedem Ort der Erholungsfürsorge wurden seitens des Jugendamtes Besuche abgestattet und die örtlichen Verhältnisse inklusive der hygienischen Umstände, die Betreuung der Kinder und die Qualität des Essens überprüft und dokumentiert. Bei der Planung sah man sich mit zahlreichen logistischen Schwierigkeiten konfrontiert. Es fehlten geeignete (Spiel-)Plätze, die erst durch die Besatzungstruppen freigegeben werden mussten, die Kosten für Nahrungsmittel und Personal mussten bewilligt werden, auch der „Barackenmangel ist nach wie vor hinderlich“²⁶⁸, da den Kindern nach dem Essen eine Ruhestätte geboten werden sollte. Bei der Beschaffung geeigneter Plätze, wo die örtliche Erholungsfürsorge stattfinden konnte, zeigte man sich bisweilen jedoch auch kreativ – unter dem Titel „Kinder erholen sich“ berichtete *Der Tagesspiegel* im Juli 1946: „Auf dem Grundstück der ehemaligen Villa Hermann Görings spielen täglich 300 Kinder.“²⁶⁹ Einige der (Abschluss-)Berichte sind im Folgenden aufgeführt, um ein genaueres Bild vom Alltag der Erholungsfürsorge zu skizzieren.

Bezirk Tempelhof (1946)

Im Bezirk Tempelhof nahmen im Monat August 1946 circa 350 Kleinkinder regelmäßig an einem Projekt der örtlichen Erholungsfürsorge teil. Dieses umfasste auch hier eine warme Mahlzeit, die zum größten Teil aus der bereits erwähnten Schweizer Spende stammte und durch vom örtlichen Jugendamt beschaffte Kartoffeln und Gemüse ergänzt wurde. Es standen „4 Plätze (Sportplätze und Grünanlagen) für den Aufenthalt im Freien und ebenso viele Gebäude (Schulen) [zur Verfügung], in denen die Kinder ihr Essen einnehmen und danach ruhen können.“²⁷⁰ Dennoch konnten nicht alle Kinder im Alter von 3-6 Jahren berücksichtigt werden, weshalb viele der Mütter, die eine Zulassung ihrer Kinder beantragten, abgewiesen werden mussten. Das Jugendamt wertete diese zahlreichen Anfragen als „Beweis dafür, daß die Einrichtung von der Bevölkerung außerordentlich begrüßt wird.“²⁷¹

²⁶⁸ LAB C Rep. 118, Nr.: 110

²⁶⁹ N. N.: Kinder erholen sich. *Der Tagesspiegel*, Nr. 168, 2. Jahrgang, 21. Juli 1946.

²⁷⁰ LAB C Rep. 118, Nr.: 185

²⁷¹ Ebd.

Bezirk Schöneberg (1946/47)

Wie am Beispiel der örtlichen Erholungsfürsorge in Schöneberg deutlich wird, war ein weiteres Ziel dieser Veranstaltungen auch die Betreuung der Kleinkinder, sodass deren Mütter entlastet werden sollten und im besten Fall wieder einer Arbeit nachgehen konnten. Darüber hinaus wurden diese Versammlungen auch, soweit noch nicht an deren Stellen erfolgt, zur ärztlichen Untersuchung der teilnehmenden Kinder genutzt.

Im Bezirk Schöneberg konnten im August 1946 rund 370 Kinder an dieser Art der Fürsorge teilnehmen. Das ausgeteilte Essen stammte auch in diesem Fall aus der sogenannten Schweizer Spende und dem Roten Kreuz – es gab „eine kräftige Mittagsmahlzeit und nachmittags ein süßes Milchmalzgetränk.“²⁷² Diese Form der Nahrung stellte bezüglich des allgegenwärtigen Proteinmangels eine Verbesserung der Qualität der Ernährung dar. Dennoch gab es weiterhin Defizite hinsichtlich der Zufuhr von Vitaminen in Form von Kartoffeln und Gemüse. Im Rahmen der ärztlichen Versorgung wurden viele Kinder als „lungengefährdet“ eingestuft, auch eine „Zunahme der Fälle von Diphtherie, zum Teil glücklicherweise nur in Form von Bazillenträgern“ beobachtet.²⁷³

Das zuständige Bezirksamt war ständig um eine Verbesserung der Versorgung bemüht, sodass der Speiseplan im September 1946 durch „Hirse und Dörrbirnen“ erweitert werden konnte. Trotz der erwähnten Mängel konnte hinsichtlich der Ernährungssituation der Kinder ein Fortschritt erzielt werden, die teilnehmenden Kinder nahmen innerhalb von 3 Wochen „Kurzeit“ bis zu 4 Pfund zu. Hierbei erwies sich die Zuhilfenahme von „vor Wind und Wetter geschützten Liegehallen oder Räumen“ von großem Vorteil, „wo die Kinder nach dem Essen auf Strohsäcken oder Matratzen ruhen“ konnten.²⁷⁴

Der Effekt dieser Maßnahmen wurde offensichtlich, wenn beispielsweise in einer Kindertagesstätte Infektionskrankheiten ausbrachen und diese deswegen für einige Wochen geschlossen bleiben mussten: „Es fehlte ihnen die Pflege und die gute Ernährung, denn auch in den Kindertagesstätten beobachten wir voller Dankbarkeit den kräftigenden Erfolg, der durch die Spenden ermöglichten zusätzlichen Ernährung.“²⁷⁵ Als konkretes Beispiel hierfür ist die sogenannte „Irenspendenverteilung“ anzuführen, bei der im Sommer 1946 die teilnehmenden Kinder in Schöneberg „durchweg 1 bis 2 Pfund zugenommen [hatten und infolgedessen]

²⁷² LAB C Rep. 118, Nr.: 185

²⁷³ Ebd.; „lungengefährdet“ bezog sich wohl auf Tuberkulose.

²⁷⁴ Ebd.

²⁷⁵ Ebd.

lebhafter und leistungsfähiger“ wurden.²⁷⁶ Diese Beobachtung wurde auch von den Müttern geteilt. Wie bedeutsam eine kontinuierliche Verteilung zusätzlicher Nahrungsmittel war, zeigte auch die Tatsache, dass nach Beendigung der Verteilung dieser Spende, welche vorrangig aus „Zucker, Keks und Käse“ bestand, bei manchen Kindern eine erneute Gewichtsabnahme und die damit verbundenen negativen Auswirkungen zu beobachten war.²⁷⁷ Die Umsetzung des Hilfsprogramms war sehr improvisiert. So wurde die Ausgabe des Essens bei einer Kleinkinderspeisung in einem Kindergarten 1946 im Bezirk Schöneberg durch das ehrenamtliche Engagement von vielen freiwilligen Helfern realisiert, in diesem Falle durch die „Mitglieder des Frauenausschusses, die durch Jugendliche aus dem Noteinsatz verstärkt wurden.“²⁷⁸

Über die örtliche Erholungsfürsorge 1947 in Schöneberg resümierte man:

„Die Kinder haben zwar nicht sehr stark an Körpergewicht zugenommen. Die Zunahmen schwanken zwischen 300g bis 1kg in der Kurperiode. [...] In diesem Jahr konnten wir auf allen Plätzen eine Liegepause von 1,5-2 Stunden auf Strohsäcken und Liegepritschen durchführen. [...] Trotz der grossen Hitze haben wir keine Durchfälle gehabt, und wir schreiben es dem Umstand zu, dass wir den Kindern trinkfertigen englischen Tee reichen und womit sie den Durst löschen konnten. [...] Was uns im vergangenen und auch in diesem Jahr noch etwas mit Sorgen erfüllte, waren die immerhin sehr primitiven Toilettenverhältnisse.“²⁷⁹

Ergänzt wurden die Angebote an örtlicher Erholungsfürsorge nach Kräften auch durch ein spezielles Beratungs- und Aufklärungsangebot an die Eltern der Kinder. So fand beispielsweise im Rahmen eines Elternabends einer Kindertagesstätte im Bezirk Schöneberg 1946 „ein Vortrag der leitenden Ärztin der Säuglingsfürsorge, Frau Dr. Thiede, über Infektionskrankheiten“ großen Anklang bei den anwesenden Müttern, die die Möglichkeit hatten, ihre zahlreichen Fragen an die Ärztin zu richten.²⁸⁰ Diese Aufklärungsarbeit blieb nicht auf den Bezirk Schöneberg beschränkt, so wurde in anderen Berichten wie beispielsweise in

²⁷⁶ LAB C Rep. 118, Nr.: 185

²⁷⁷ Ebd.

²⁷⁸ Ebd.

²⁷⁹ Ebd.

²⁸⁰ Ebd.

Spandau im Februar 1946 ebenfalls verzeichnet: „In allen Kindergärten fanden im Monat Februar Mütterabende statt, an denen Erziehungsschwierigkeiten und Ernährungslage besprochen wurden.“²⁸¹

„Ferienfreude für Berliner Schulkinder“ (1947)

Bei dieser Hilfsaktion waren die „Chefdelegierten des internationalen Komitees vom Roten Kreuz“ federführende Organisator_innen für eine „Soforthilfe“, bei der „es darauf ankomme, den bedürftigen Kindern“ zu helfen.²⁸² In der Besprechung mit dem Landesgesundheitsamt, Hauptschulamt, Sozialamt und Jugendamt wurde „die sehr ungünstige Ernährungslage in den städtischen Kinderheimen“ deutlich, „in denen rapide Gewichtsabnahmen der Schulkinder in den letzten Wochen zu verzeichnen sind, die zu ernsthaften Besorgnissen Anlass geben.“ In dieser Aktion sollten 80 000 Kinder aus dem französischen, amerikanischen und englischen Sektor mit eingebunden werden, da dort die Lage besonders schlimm gewesen sei – im sowjetischen Sektor sollen hingegen „beträchtliche Nahrungsmittelzuschüsse“ zur Verfügung gestanden haben.²⁸³

Bezirk Steglitz (1947)

Bei einer Überprüfung der örtlichen Erholungsfürsorge im August 1947 in Steglitz wurde festgehalten:

„Empfehlenswert wird hier eine halbe Stunde vor der Mahlzeit mit den Kindern eine Liegekur gemacht, und nach anschliessender Körperpflege geht es in ruhiger und geordneter Form zu Tisch. Waschgelegenheit unter fließendem Wasser, Toiletten mit Kanalisation. [...] Die Leiterin erklärte auf Befragung, daß das Essen in den ersten 8 Tagen zwar geschmacklich gut, aber doch recht dünn gewesen sei, während es in den letzten 10 Tagen dann dicker war.“²⁸⁴

²⁸¹ LAB C Rep. 118, Nr.: 185

²⁸² LAB C Rep. 118, Nr.: 110

²⁸³ Ebd.

²⁸⁴ LAB C Rep. 118, Nr.: 185

Schulmilchaktion für Tbc-krank und gefährdete Kinder (1947 und 1948)

Im Dezember des Jahres 1947 wurde eine weitere Maßnahme, die zur Verbesserung der Ernährungssituation der Kinder beitragen sollte, gestartet. Bei der sogenannten „Schulmilchaktion für Tbc-krank Kinder“ erhielten die von den Tbc-Fürsorgestellten der jeweiligen Bezirke erfassten kleinen Patient_innen in der Schule eine Portion Trockenmilch, nach Möglichkeit durch ein „kakaoähnliches Stärkungsmittel“ erweitert.²⁸⁵ Diese Aktion ist vor dem Hintergrund zu betrachten, dass in zeitgenössischen Lehrbüchern für Kinderheilkunde von führenden Pädiater_innen die Ansicht vertreten wurde, dass zur Dispositionsprophylaxe der Tuberkulose unter anderem auch „die hinreichende Ernährung besonders auch mit hochwertigen Fetten (Butter, Lebertran)“ als wirksam aufgeführt wurde.²⁸⁶ Was zunächst als unspezifische karitative Maßnahme erscheinen könnte, war eine adäquate medizinische Maßnahme nach zeitgenössischer wissenschaftlicher Lehrmeinung.

Die Durchführung der Aktion erstreckte sich von Anfang Dezember 1947 bis Ende März 1948. Sowohl die Lehrkräfte in den Schulen als auch die Aussagen der Kinder selbst sprechen für einen Erfolg der Aktion: „Ich fühle mich wieder viel frischer und habe keine Kopfschmerzen mehr“, „ich kann jetzt viel besser aufpassen und meine Mutti sagt mir ich habe eine bessere Gesichtsfarbe“, „Ich kann wieder Treppen klettern, ohne anzuhalten und mein Appetit ist wieder da.“²⁸⁷ Eine genaue Zahl der Tbc-Erkrankungen unter den Kindern lässt sich nicht rekonstruieren, da nicht alle Abschlussberichte der Bezirke erhalten sind und die Erhebungen aus unterschiedlichen Gründen nicht alle Kinder eines Bezirks erfassten.

Überblick über die tuberkulosekranken Kinder:²⁸⁸

Bezirk	erkrankte Kinder	Stand
Pankow	787	Dezember 1947
Köpenick	563	Dezember 1947
Treptow	80	Dezember 1947
Steglitz	289	Januar 1948

²⁸⁵ LAB C Rep. 118, Nr.: 804

²⁸⁶ Rominger, Erich (Hrsg.): Lehrbuch der Kinderheilkunde. Springer, Berlin, 1950, S. 293.

²⁸⁷ LAB C Rep. 118, Nr.: 804

²⁸⁸ Ebd.

3.1.3 Kinderverschickung

Eine der ersten etwas größer angelegten Kinderverschickungen fand angesichts der existentiellen Bedrohung statt, die der bevorstehende Nachkriegswinter mit sich brachte. Ende Oktober 1945 wurde eine mit „Evakuierung“ betitelte Maßnahme durchgeführt, infolgedessen 50 000 unterernährte Berliner Kinder in „ländliche Ausnahmegebiete“ zu Pflegefamilien in der britischen Besatzungszone in der Nähe Oldenburgs gebracht wurden. Die Aktion wurde unter dem Namen „Aktion Storch“ von der britischen Besatzungsmacht initiiert und schloss Kinder im Alter von 4 bis 14 Jahren mit ein.²⁸⁹ An der Organisation war maßgeblich die sozialdemokratische Jugendamtsleiterin Aenne Bennemann beteiligt, die bereits im Vorfeld die Rückführung während des Kriegs evakuierter Kinder mit viel Pragmatismus und unkonventionellen Methoden betrieben hatte.²⁹⁰ Die Eltern hatten dabei die Möglichkeit, ihre Kinder freiwillig für diese Verschickung anzumelden, die Behörden hatten für den Fall, dass die Kapazitäten nicht ausgeschöpft wurden sogar eine zwangsweise Evakuierung vorgesehen.²⁹¹ Mit Hilfe von Lazarettzügen unter der Aufsicht von Begleitpersonen und anschließend mit britischen Lastwagen wurde der Transport ermöglicht. Eines der verschickten Kinder erinnert sich „wie die Maden im Speck“ im Vergleich zu der Berliner Bevölkerung bei einer Bauernfamilie den Winter verbracht zu haben. Nach einiger Zeit besuchten die schulpflichtigen Kinder auch die örtlichen Schulen.²⁹²

Wie aus den Protokollen der Planungssitzungen der Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen hervorgeht, hatten die bisher vereinzelt durchgeführten Kinderverschickungen „teilweise sehr gute Ergebnisse“ gezeigt.²⁹³ Nachdem durch die „im letzten Jahre eingetretene Stetigkeit der Lebensmittelversorgung die grössten Schwierigkeiten behoben“ worden waren, konnte man sich anschließend vermehrt den Kinderverschickungen

²⁸⁹ URL: <https://dgpt.org/produkt/aktionen-storch-und-schwalbe-hier-ist-es-richtig-hier-wolln-wa-bleiben-kinder-und-fluechtlingstransporte-mit-fahrzeugen-der-reichspost-19451947/>, aufgerufen am 12. Dezember 2018.

²⁹⁰ Aenne Bennemann (1899-?) betätigte sich 1933 als Mitglied einer Neuköllner Gruppe des Internationalen Sozialistischen Kampfbundes (ISK) im weiteren Umfeld der SPD im Widerstand gegen das NS-Regime. Nach 1945 war sie zunächst im Hauptschulamt tätig und danach in der Erholungs- und Familienfürsorge. Vgl.: Michalski, Bettina: Louise Schroeders Schwestern. Berliner Sozialdemokratinnen in der Nachkriegszeit. Dietz, Bonn, 1996, S. 91 f.

²⁹¹ N. N.: Kinder nach Oldenburg. Der Tagesspiegel, Nr. 11, 1. Jahrgang, 20. Oktober 1945.

²⁹² Salzmann, Peter: Das Kriegskind. Erlebnis Zweiter Weltkrieg. Books on Demand, Norderstedt, 2006, S. 273-281.

²⁹³ LAB C Rep. 118, Nr.: 110

widmen.²⁹⁴ Diese wurden dann für den Sommer 1946 geplant und durchgeführt: „Auf dieser Grundlage hofft man zu einem guten Ziel zu kommen und etwa 3.000 Kindern für 8 Wochen einen glücklichen Ferienaufenthalt bieten zu können.“²⁹⁵ Weitere Gründe die Bemühungen zu intensivieren, waren folgende:

„Nun kommt die warme Jahreszeit und es muss wiederum mit dem Einbruch erneuter Krankheiten gerechnet werden. Darmkrankheiten, Ruhr und Typhus. Die beste Prophylaxis gegen diese Krankheiten ist ein gut gestählter und kräftiger Organismus. Wenn ein Körper Luft und Sonne getankt hat, wenn er in eine Ernährungsumstellung bzw. in eine bessere Ernährungslage kommt, ist er den Seuchen gegenüber widerstandsfähiger. Von diesen Gesichtspunkten ausgehend wurde vor einigen Monaten von der Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen in engster Zusammenarbeit mit den Ländern und Provinzen die Frage der Erholungsfürsorge für die Kinder in Angriff genommen. Es wurden in den Ländern und Provinzen in Kur- und Erholungsheimen bereits Hunderte von Kindern untergebracht, die krank oder Tbc behaftet sind. Diese Maßnahmen allein genügen aber nicht. Deshalb wird jetzt eine gross angelegte ländliche Erholungsfürsorge erzielt.“²⁹⁶

Die Verschickung war für Kinder im Schulalter gedacht, jüngere Kinder wollte man aufgrund der Gefahr von Heimweh und der Annahme, dass die Kinder in dem Alter „am stärksten in der Entwicklung begriffen“ sind, nicht mit einbeziehen, sodass für die drei bis sechsjährigen Kinder nach Möglichkeiten der örtlichen Erholungsfürsorge zugeordnet wurden.²⁹⁷

Im nationalsozialistischen Deutschland war vor allem in den letzten Kriegsjahren, welche vermehrt mit massiven Bombenangriffen seitens der Alliierten auf Großstädte einhergingen, eine großangelegte Versendung von Kindern mit Sonderzügen in ländliche Gebiete üblich. Bereits im Herbst 1940 wurden als Evakuierungsmaßnahmen unter dem Begriff der (erweiterten) Kinderlandverschickungen (KLV) ins Leben gerufen. Diese wurden im Verlauf des Krieges massiv ausgeweitet, sodass bis im Oktober 1944 in Berlin 383 504 Kinder und

²⁹⁴ LAB C Rep. 118, Nr.: 110

²⁹⁵ Ebd.

²⁹⁶ LAB C Rep. 110, Nr.: 118

²⁹⁷ Ebd.

Jugendliche im Alter achtzehn Jahren die Stadt verlassen hatten.²⁹⁸ Dies fand vorgeblich zum alleinigen humanitären Schutz der Kinder statt. Kontrovers diskutiert wird jedoch, ob in den Lagern auch eine ideologische Indoktrination der Kinder unter dem Vorwand der Kinderhilfe stattgefunden hat. Die Organisation der KLV oblag dem Führungsanspruch der HJ und anderen nationalsozialistischen Organisationen wie beispielsweise dem nationalsozialistischen Lehrerbund.²⁹⁹ Insofern ist auch für die Nachkriegszeit zu fragen, ob während der Kinderverschickung auch nach dem Zusammenbruch des „Dritten Reiches“ in irgendeiner Form eine ideologische Beeinflussung der Kinder stattgefunden hat. Da die Kinder jedoch oftmals einzeln in Pflegefamilien untergebracht wurden, lassen sich keine Hinweise auf gezielte politische Erziehung oder gar Indoktrination seitens des Staates als Organisator der Maßnahme finden. Ungeachtet des meist positiven Grundtons in den Berichten der Behörden fallen die Betroffenen, die einige Wochen ihrer Kindheit in einer Heimkur oder bei privaten Pflegeeltern verbracht haben, ein uneinheitliches Urteil. Von 1945 bis 1955 wurden auf private und karitative Initiative hin rund 13000 Kinder nach Norwegen in Heime und zu Pflegefamilien verschickt. Der Autor einer soziologischen Erhebung, der die Aktion selbst als Beitrag zur Völkerverständigung charakterisiert, befragte insgesamt 104 Kinder, von denen 102 eine gänzlich positive Bewertung zu ihrem Aufenthalt abgaben.³⁰⁰ Vor dem Hintergrund der „Heimkinderdebatte“ werden jedoch gelegentlich Stimmen laut, denen zufolge der Heimaufenthalt eine äußerst leidvolle bis traumatisierende Erfahrung darstellte.³⁰¹ Ob im Rahmen der Kinderverschickung eine systematische Missachtung des Kindeswohls in speziellen Einrichtungen erfolgte, ist eine Frage, der anderer Stelle nachgegangen werden müsste.

²⁹⁸ Ribbe, Wolfgang (Hrsg.): Geschichte Berlins. Zweiter Band. Von der Märzrevolution bis zur Gegenwart. C.H. Beck, München, 1987, S. 1018.

²⁹⁹ Kock, Gerhard: „Der Führer sorgt für unsere Kinder...“: die Kinderlandverschickung im Zweiten Weltkrieg. Paderborn, München, Schönigh, 1997, S. 9.

³⁰⁰ LAB 86/1181. Nyseter, Tore: Auswirkungen der Erholungsaufenthalte von Berliner Kindern in Norwegen. Eine empirische Studie über 104 Kinder. Norwegens Kommunal- und Sozialhochschule, Hauptaufgabe, Herbst, 1965, S. 53.

³⁰¹ Der Artikel im Tagesspiegel, der die Verhältnisse sogar als Kindesmissbrauch einstuft, ist einer der negativen Berichte. Fetscher, Caroline: Ferienverschickung – vor allem tat meist das Heim weh. Der Tagesspiegel, 08. Juli 2018, URL: <https://www.tagesspiegel.de/politik/kindesmissbrauch-in-der-nachkriegszeit-ferienverschickung-vor-allem-tat-meist-das-heim-weh/22779554.html>, aufgerufen am 29. November 2018. Dem gegenüber stehen wiederum positive Erinnerungen von Zeitzeug_innen: Schulte, Gabriele: „Kinderverschickung vor 70 Jahren. Hannoversche Allgemeine, 14. November 2015, URL: <http://www.haz.de/Nachrichten/Der-Norden/Uebersicht/Zum-Aufpaepeln-auf-die-Insel>, aufgerufen am 29. November 2018.

Auswahlkriterien der teilnehmenden Kinder

Wie bereits angedeutet, waren die Auswahlkriterien dafür, welche Kinder in die örtliche Erholungsfürsorge und Kinderverschickung eingeschlossen wurden, keineswegs einheitlich und wurden allem Anschein nach auch in den verschiedenen Bezirken Berlins über die Jahre hinweg unterschiedlich gehandhabt. Darüber hinaus lassen sich in den Jahren, in denen die Maßnahmen durchgeführt wurden, durch den Einfluss unterschiedlicher Interessengruppen immer wieder graduelle Verschiebungen verzeichnen, die in diesem Abschnitt näher beleuchtet werden sollen. Besondere Aufmerksamkeit wird hier auch der variierenden Interpretation der Definition von Kindergesundheit zuteil.

Neben den unscharfen Kriterien für eine „schlechte Ernährungslage“ spielte 1946 im Ostteil der Stadt zunächst durchaus noch eine politische Dimension bei der Auswahl der Kinder eine Rolle, nämlich bei der bevorzugten Einbeziehung der Kinder von „Opfern des Faschismus“.³⁰² Der später staatlich verordnete, autoritäre Antifaschismus war bereits in der sowjetischen Besatzungszone spürbar und vermischte sich an dieser Stelle mit der medizinischen Indikation. Um die „Opfer des Faschismus“ festzustellen, wurde ein eigens gebildeter Ausschuss beauftragt, der bereits die erwähnten allerersten Hilfsaktionen für Kinder Weihnachten 1945 organisiert hatte: „Die vom Hauptausschuss zurückgereichten Kämpferausweise wurden an die einzelnen O.d.F. abgegeben. Im Laufe der Berichtswoche wurden die Vornotierungen für den nächsten Kindertransport nach Stolberg/Harz vorgenommen.“³⁰³

Grundsätzlich wurden bei der Kinderverschickung aufs Land die teilnehmenden Kinder jedoch „nach ärztlichen Gesichtspunkten“ ausgewählt.³⁰⁴ Offiziell wurde folgendes Ziel proklamiert: „Die Arbeiten der Erholungsfürsorge haben zum Ziel, erholungsbedürftigen Berliner Kindern

³⁰² *Opfer des Faschismus* wurde mit O.d.F abgekürzt. In der am 3. Juli 1945 in der „Deutschen Volkszeitung“, dem Zentralorgan der Kommunistischen Partei Deutschlands, veröffentlichten Bericht über die erste Vollsitzung des Hauptausschusses „Opfer des Faschismus“ wurde die Gruppe wie folgt charakterisiert: „Opfer des Faschismus sind Millionen Menschen, und alle diejenigen, die ihr Heim, ihre Wohnung, ihren Besitz verloren haben. Opfer des Faschismus sind die Männer, die Soldaten werden mussten [...], sind alle, die für Hitlers verbrecherischen Krieg ihr Leben geben mussten. Opfer des Faschismus sind die Juden, die als Opfer des faschistischen Rassenwahns verfolgt und ermordet wurden, sind Bibelforscher und die „Arbeitsvertragssünder“. Aber soweit können wir den Begriff „Opfer des Faschismus“ nicht ziehen. Sie haben alle Schweres geduldet, aber sie haben nicht gekämpft! Diesen Menschen wird und muß im Rahmen der allgemeinen Fürsorge geholfen werden.“ Zitiert nach: Funke, Hajo: *Paranoia und Politik. Rechtsextremismus in der Berliner Republik*. Schiler, Berlin, 2002, S. 166 f. Weiterführende Hintergründe zu der Definition der „Opfer des Faschismus“ und deren politischen Aufgaben finden sich bei Boldorf, Marcel: *Sozialfürsorge in der SBZ/DDR 1945.1953. Ursachen, Ausmaß und Bewältigung der Nachkriegsarmut*. Franz Steiner, Stuttgart, 1998, S. 115 ff.

³⁰³ LAB C Rep. 118, Nr.: 185. Die Anweisung erfolgte durch das Amt für Sozialwesen (Bezirksamt Weißensee)

³⁰⁴ Ebd.

und Jugendlichen eine Unterbringung in Heimen, Ferienlagern oder Landpflegestellen zu ermöglichen. Die Dauer des Erholungsaufenthaltes ist für Kinder auf etwa 6 Wochen, für Jugendliche auf etwa 4 Wochen bemessen.“³⁰⁵ Dennoch kann auch hier nicht von einer einheitlichen Vorgehensweise gesprochen werden, da beispielsweise 1947 aus organisatorischen Gründen auch „mit einer Verschickung von geschlossenen Kindertagesstätten begonnen“ wurde.³⁰⁶

Die Problematik der Auswahl thematisierte auch ein Bericht des Hauptjugendamts 1947.³⁰⁷ Anstoß hierzu gaben namentlich Länder, die alle in der sowjetischen Besatzungszone lagen: Sachsen, Thüringen, Mecklenburg. Diese sollten die zu verschickenden Kinder aufnehmen und äußerten im Vorfeld den Wunsch:

„bei der Auswahl insbesondere zu berücksichtigen:

1. Kinder arbeitender Mütter
2. Kinder von OdF's.
3. Kinder aus kinderreichen Familien.

Selbstverständlich sollte es sich auch bei den Angehörigen dieser Gruppen um erholungsbedürftige und unterernährte Kinder handeln, und es dürfte nach unseren Erfahrungen auch nicht schwer gestalten, solche zu finden. In einigen Bezirken haben sich aber aus der Auffassung, dass man die vorstehende soziale Gruppierung streng einhalten müsse, Meinungsverschiedenheiten zwischen Gesundheitsamt und Jugendamt ergeben. Die Schulärzte waren hier der Meinung, dass die Kinder der ungünstigen Ernährungsstufen aufgrund der Reihenuntersuchungen zur Verschickung kommen müssen, unbeschadet der sonstigen sozialen Gesichtspunkte. Es wird unsere Aufgabe sein, in diesem Punkte zu einer vernünftigen Synthese zu kommen.“³⁰⁸

Nach dem Zusammenbruch des „Dritten Reiches“ entstand ein Vakuum, wobei die Frage nach der Definition, was als krank und gesund in der Gesellschaft galt, erneut diskutiert wurde, was auch der Orientierung in einer noch nicht abgesteckten Gesellschaftsordnung diene. Konkret

³⁰⁵ LAB C Rep. 118, Nr.: 110

³⁰⁶ Ebd.

³⁰⁷ Ebd.

³⁰⁸ Ebd.

wurde die Deutungshoheit darüber verhandelt, wer von den Kindern krank war und in der Konsequenz einer medizinischen Behandlung bedurfte und wo die Trennlinie zur Gesundheit ohne therapeutischen Handlungsbedarf gezogen wurde. Hierbei stand die Definition einer medizinischen Behandlungsindikation zur Debatte. So stellten Schulärzt_innen Untergewichtigkeit der Kinder fest und kategorisierten diese als medizinischen Indikation. Kinder von „Opfern des Faschismus“ und aus sozial und ökonomisch schlechter gestellten Familien sollten bevorzugt werden, was wiederum auf eine sozialpolitische Dimension der Auswahlkriterien verweist.

Dass sich die sozialpolitische Indikation als Auswahlkriterium jedoch nicht dauerhaft durchsetzen konnte, wird deutlich, wenn man die Empfehlungen des Hauptjugendamtes für die Auswahl der Kinder im Jahr 1947 betrachtet. Für die Aktionen „Stadtkinder aufs Land“ und andere „Heimverschickungen“ wurden die Kriterien erneuert bzw. präzisiert. Führend dabei war eine medizinische Indikation für die Teilnahme:

- „1. Schlechter Allgemeinzustand
2. Schlechter Ernährungszustand des Kindes (vordringlich 3. Stufe)
3. Rekonvaleszenz nach schweren Erkrankungen
4. Leichte funktionelle nervöse Störung nach besonderes sorgfältiger Auswahl.
5. Kinder aus einem tuberkulösen Milieu, soweit ihr Allgemeinzustand eine Verschickung notwendig macht.“³⁰⁹

Wenngleich dieser Interessenskonflikt zugunsten der medizinischen Indikation beigelegt wurde, haben wohl indirekt auch soziale Kriterien weiterhin eine Rolle gespielt, da ärmere und kinderreiche Familien weniger in der Lage waren, für eine adäquate Ernährung ihrer Kinder mit allen Folgen zu sorgen. Neben der Ernährungsfrage war das Vorhandensein oder Fehlen von Infektionskrankheiten ein entscheidender Aspekt. Über diese zwei Elemente fand in den ersten Nachkriegsjahren hauptsächlich die Definition von Kindergesundheit statt. Die Definitionsmacht lag auch wieder bei den Kinderärzt_innen der Gesundheitsbehörden:

„Die ärztliche Feststellung des Gesundheitszustandes des Kindes vor der Verschickung ist nach dem einheitlichen Anmeldebogen für die ärztliche Auswahl

³⁰⁹ LAB C Rep. 118, Nr.: 110

von Kindern zur Verschickung durchzuführen. (Anlage) Abschlussuntersuchung auf Infektionskrankheiten, Läuse und Hautausschläge vor der Abreise (Anlage).³¹⁰

Grundsätzlich war die Notwendigkeit einer speziellen gesundheitsfördernden Versorgung der Kinder laut den zuständigen Behörden offensichtlich. Ebenso bemühte man sich nach Kräften der Ausbreitung von Infektionskrankheiten bei der Durchführung der Verschickung zuvorzukommen. Zur Absicherung wurden hier inspektorische Untersuchungen und eine entsprechende Diphtherie-Diagnostik zum Standard:

„Die Unterbringung von Kindern in Gruppen (Heime usw.) ist von der Voraussetzung von drei negativen Nasen-Rachen-Anstrichen abhängig zu machen. Bei Einzeluntersuchung ist die Untersuchung von Nasen-Rachen-Abstrichen nur dann erforderlich, wenn das Kind im letzten Jahr eine Diphtherie durchgemacht haben. In diesem Falle sind drei negative Untersuchungsergebnisse zu fordern. Eine schriftliche Versicherung der Mutter, dass das Kind nicht an eitrigem Ausfluss leidet, muss in jedem Falle gefordert werden. Durch eine Körperinspektion des entkleideten Kindes ist auf die Genital- und Aftergegend besonders zu achten, wie auch auf eitriges Flecke in der Leibwäsche des Kindes.“³¹¹

Da die Infektionsgefahr naturgemäß beiderseits gegeben war, wurden ähnliche Bedingungen auch an die aufnehmenden Pflegefamilien gerichtet, um so eine gegenseitige Übertragung von Infektionskrankheiten nach Möglichkeit zu vermeiden.

Die Auswahlkriterien, welche die Schulärzt_innen zu beachten hatten, ergaben in Verbindung mit denjenigen des Bezirksjugendamtes eindeutig eine sozialpädiatrische Indikation zur Behandlung der Kinder. Politische Implikationen, wie die Bevorzugung der Kinder von „O.d.F’s“ waren bereits 1947 anhand der wiedergegebenen Anordnungen nicht mehr nachzuweisen und spielten somit nur temporär begrenzt eine Rolle. Das Hauptjugendamt erließ genaue Anweisungen an die Schulärzt_innen, wie diese die Kinder zu untersuchen hatten, sodass auch die ärztlichen Entscheidungen Reglementierungen unterworfen waren. An einer Stelle heißt es hierzu:

³¹⁰ LAB C Rep. 118, Nr.: 110. Die hier als Anlage bezeichneten Dokumente konnten nicht mehr auffindig gemacht werden.

³¹¹ Ebd.

„Die Auswahl der zu verschickenden Kinder wird aus dem Umfang der im Ostsektor zu betreuenden 250 000 durch Schulfürsorge und Schulärzte vorgenommen mit der Maßgabe, dass die ausgewählten Kinder den Jugendämtern der Wohnbezirke gemeldet werden. Das Gleiche geschieht für die erholungsbedürftigen Jugendlichen. Diese werden ebenfalls von den Schulärzten in den Schulen, Berufs- und Fachschulen ausgesucht. Die gesamte Durchführung der Erholungsverschickung liegt zentral beim Hauptjugendamt, dem die Bezirksjugendämter die Meldungen für die Verschickungen einreichen.“³¹²

Die verantwortlichen Behörden waren darauf bedacht, dass die Verschickungen sich auch in der Praxis nicht nachteilhaft auf die Interessen der Kinder auswirkten. So wollte man beispielsweise mit Informationsblättern dafür sorgen, dass die Kinder in den ländlichen Pflegestellen nicht zur Erntehilfe und sonstigen Arbeiten herangezogen wurden. In einem Rundfunkbeitrag macht der verantwortliche Stadtrat für Sozialfürsorge der SED, Ottomar Geschke (1882-1957), aber deutlich, dass es bei der Verschickung der Kinder nicht nur um deren Wohl ginge, sondern dass man auch andere Ziele im Blick habe: „Auf jeden Fall wollen wir jeder Frau, die im Erwerbsleben steht, die Sorge um ihre Kinder abnehmen, damit sie unbeschwert arbeiten kann.“³¹³ Daher spielten auch hier indirekt ökonomische Motive bei der Kinderfürsorge eine Rolle.

Versorgte Kinder im Januar 1949:³¹⁴

Insgesamt	24 500 Kinder
Sowjetischer Sektor	10 200 Kinder
Amerikanischer Sektor	6 700 Kinder
Britischer Sektor	4 000 Kinder
Französischer Sektor	3 500 Kinder

Somit bleibt festzuhalten, dass im Rahmen der Kinderfürsorge zumindest zeitweise nicht ausschließlich eine streng medizinische Indikation zur Teilnahme eines Kindes vorhanden sein

³¹² LAB C Rep. 118, Nr.: 110

³¹³ Ebd.

³¹⁴ Ebd.

musste. Dies ist für die Nachkriegszeit charakteristisch, da es auch bei anderen Formen der Kinderhilfe die Grenzen zwischen medizinischer Versorgung und dem Bestreben, den Kindern ein kindgerechtes, freudvolles Leben zu bereiten, fließend waren.

Prävention und Therapie im Krankheitsfall

Auch bezüglich der gesundheitlichen Überwachung der Kinder in den Pflegestellen wurden besondere Vorkehrungen getroffen. Um jeden Preis wollte man eine weitere Ausbreitung von Infektionskrankheiten vermeiden und erließ hierzu folgende hygienische Richtlinien und umfassende Anforderungen an die „Pflegestellen“:

„Es werden sowohl die Kinder als auch die Pflegeeltern nach bestimmten hygienischen und medizinischen Gesichtspunkten bewertet, und zwar würde die Überprüfung der zu verschickenden Kinder durch das Landesgesundheitsamt und die Gesundheitsämter geschehen. Die Überprüfung der Pflegestellen geschieht durch die Kreisärzte der sowjetischen Zone und die von ihm beauftragten Ärzte. Die Untersuchung erstreckt sich auf bestimmte Krankheiten und zwar: Hautkrankheiten, Krätze, Läuse, Typhus, Tuberkulose, Gonorrhö. Es muss unbedingt verhindert werden, dass die Kinder in eine mit Tbc behaftete Familie kommen. In der Pflegestelle darf in den letzten 6 Wochen keine Infektionskrankheit aufgetreten sein. Auch die sozialen Verhältnisse, die Schlafverhältnisse, müssen festgestellt werden. Bei den Kindern ist vor der Verschickung eine Untersuchung auf Läuse und Krankheiten durchzuführen. Auch in der Familie des Kindes darf 6 Wochen vorher keine Infektionskrankheit vorgekommen sein.“³¹⁵

Die Therapie im Krankheitsfall während der Verschickung sollte auch sichergestellt werden, es gab sogar einen konkreten Medikamentenplan:

„Natürlich kann sich bei den Kindern auch während der Verschickung eine Krankheit einstellen. Ruhr und Typhus werden vielleicht auftreten. Für diese Fälle hofft man, für jedes Kind ein Päckchen mitgeben zu können mit folgendem Inhalt:

³¹⁵ LAB C Rep. 118, Nr.: 110

Plasmon,³¹⁶ Kohle, etwas schwarzen Tee oder einen gerbsäurehaltigen Tee und ein Medikament. Weiterhin wird den Eltern ein Merkblatt mitgegeben, was für Maßnahmen im Krankheitsfalle zu treffen sind. Dieses Merkblatt wird den Kindern mitgegeben bzw. den Kreisgesundheitsämtern ausgehändigt, die es dann an die Pflegeeltern verteilen können.³¹⁷

Berichte einzelner Stadtbezirke

In den darauf folgenden Jahren wurden immer wieder Verschickungen durchgeführt, darunter beispielsweise nach Zingst (1947), in ein Kinderheim in Wiek auf Rügen (1947), Lütjenburg und Kiel in Schleswig-Holstein (1947), Düsseldorf (1947) und nach vielen anderen Orten.³¹⁸ Laut den Berichten der Organisatoren kam es dabei immer wieder zu Versorgungsengpässen und anderen Schwierigkeiten, im Großen und Ganzen verliefen die Verschickungen aber erfolgreich, sodass die teilnehmenden Kinder „tatsächlich eine Erholung und Kräftigung an Leib und Seele erhalten“ hatten.³¹⁹ Von einigen der Kinderverschickungen sind Berichte erhalten, die hier kurz skizziert werden sollen.

Verschickung von Kindern in die Schweiz (1947)

Bei dieser Kinderlandverschickung stand ebenso wie bei der örtlichen Erholungsfürsorge eine medizinische Indikation bei der Auswahl der Kinder im Vordergrund. Die Aktion wurde hauptsächlich vom Schweizer Roten Kreuz und dessen Kinderhilfe getragen und in Zusammenarbeit mit dem Landesgesundheitsamt des Magistrats der Stadt Berlin im Jahr 1947 durchgeführt. Der Ablauf der Aktion war folgendermaßen konzipiert: Zunächst sollten im Vorfeld der Aktion „700 von den städtischen Behörden in einer Vorwahl ausgesuchte[n] Kinder“ der „schweizerischen Ärzte-Mission“ vorgestellt werden,³²⁰ wobei es sich um Kinder im Alter von 4-10 Jahren aus allen vier Sektoren Berlins handelte. Zu dieser Vorauswahl sollten

³¹⁶ *Plasmon*, ein Kaseinpräparat mit 75 % Eiweißgehalt, das in Milch oder Wasser gelöst zur Behandlung und Ernährung bei dyspeptischen Störungen [Verdauungsstörungen] angewandt wurde. Vgl.: Pfaundler von, Meinhard; Lust, Franz: Krankheiten des Kindesalters. Ihre Erkennung und Behandlung in der Praxis. Urban&Schwarzenberg, Berlin, München, Wien, 1947, S. 533.

³¹⁷ LAB C Rep. 118, Nr.: 110

³¹⁸ Ebd.

³¹⁹ Ebd.

³²⁰ Ebd.

spezielle „medizinische Karten“ ausgefüllt und mitgebracht werden. Welchen Inhalt genau diese Karten hatten, ist leider nicht mehr genau nachvollziehbar. Letztendlich wurden von den 700 Kindern 450 für den Aufenthalt in der Schweiz ausgesucht. Dies wurde auch als „Erholungskur“ bezeichnet und war auf einen Zeitraum von drei Monaten angelegt. Im Falle dieser Aktion wurde „erholungsbedürftig“ mit „unterernährt“ gleichgesetzt, sodass u.a. von einer Erfassung des Gewichts in den genannten „medizinischen Karten“ wahrscheinlich ist.³²¹ Darüber hinaus wurde Kindern, deren Eltern Verwandte und Freunde in der Schweiz hatten, ermöglicht, sich diese auf diesem Weg dem Transport anzuschließen.

Aktion „Stadtkinder auf's Land“ (1947)

Eine der Kinderverschickungen trug den plakativen Namen „Stadtkinder aufs Land“ und wurde bereits ab dem Jahr 1946 initiiert. Dabei wurde insgesamt ca. 5 000 Kindern die Teilnahme ermöglicht. Zu Beginn der Aktion spielten noch vermehrt soziale Indikationen (O.d.F's, arbeitende Mütter, kinderreiche Familien) bei dieser Aktion eine Rolle, danach wurde die „Auswahl der Kinder nach den neu zu schaffenden Ernährungsstufen“ getroffen.³²² Im Rahmen dieser Aktion wurden im Jahr 1946 insgesamt 459 Kinder nach Haldensleben, Bernburg, Torgau, Weimar und Wismar für jeweils sechs Wochen verschickt. Die Kinder wurden dort medizinisch betreut und waren „alle sehr zufrieden über ihren Landaufenthalt.“³²³ Neben der Versorgung mit ausreichend gesundem Essen, wurden die Kinder in der Kur sowohl mit fehlenden Kleidern als auch mit Schuhen ausgestattet. Insofern wurde ermöglicht, dass die unter- und mangelernährten Kinder im Durchschnitt 8 bis 10 Pfund an Gewicht zunahmen und darüber hinaus noch „ein Brot von 3 Pfd. und viele andere Lebensmittel“ zurück mit nach Berlin nehmen konnten.³²⁴

Die Organisation dieser Aktionen erfolgte bezirksübergreifend, konnte aber nicht an allen Stellen gleichmäßig und nach Plan realisiert werden. Beispielsweise im August 1946 musste im Bezirk Tempelhof die „vorgesehene Verschickung von Kindern nach dem Taunus [...] bis auf weiteres zurückgestellt“ werden. Die täglichen Nachfragen über den Stand der Organisation seitens der Eltern bezeugen, dass sich diese Maßnahme großer Beliebtheit erfreute. Im Rahmen der Aktion wurden beispielsweise im Juni 1946 60 Kinder für 6 Wochen in die Ortschaft

³²¹ LAB C Rep. 118, Nr.: 110

³²² Ebd.

³²³ LAB C Rep. 118, Nr. 185

³²⁴ Ebd.

Döbeln in Sachsen verschickt. Der Erfolg der Kinderverschickung wurde meistens an der Gewichtszunahme der Kinder festgemacht. Hierzu heißt es in dem abschließenden Bericht: Die „Durchschnittszunahme scheint 8 bis 10 Pfund zu sein, Mindestzunahme 3 Pfund und Spitzenleistung 18 Pfund. Genaue ärztliche Feststellungen werden noch getroffen.“³²⁵ Das erklärte vorrangige Ziel dieser Verschickung ist somit auch hier offensichtlich wieder die Bekämpfung der Unterernährung der Kinder.

Insgesamt kann die Aktion „Stadtkinder aufs Land“ als eine der zahlenmäßig größten bezeichnet werden. So konnte für das Jahr 1947 die Zusammensetzung der insgesamt 10 000 teilnehmenden Kinder eruiert werden:³²⁶

Russischer Sektor	3 990 Kinder
Amerikanischer Sektor	2 970 Kinder
Britischer Sektor	1 525 Kinder
Französischer Sektor	1 515 Kinder

Kinderverschickung während der Berlin-Blockade

Um die Kinder vor den schlimmsten Auswirkungen der Versorgungsengpässe zu bewahren, die auch die eingerichtete Luftbrücke nicht gänzlich kompensieren konnte, wurden während der Berlin-Blockade insgesamt rund 15 400 Kinder auf dem Luftweg in die westalliierten Besatzungszonen im Zeitraum von 20. September 1948 bis 21. März 1949 verschickt.³²⁷ Erklärtes Ziel war es, „gesundheitsgefährdete und bedürftige Kinder für die Dauer des Winters nach Westdeutschland zu bringen, um sie vor der Kälte, der Finsternis und der Unterernährung zu bewahren“.³²⁸ Finanziert wurde dies teilweise durch Mittel des Berliner Senats, des Berliner Hilfswerks, sowie durch ehrenamtliche Tätigkeiten der Zivilbevölkerung; die britische Militärregierung stellte Flugzeuge zur Verfügung und Bergarbeiter des Ruhrgebietes legten Sonderschichten ein, um Geld spenden zu können.³²⁹ Durch die zunächst nicht absehbare Länge der Aufenthaltsdauer wurden später die Sorgeberechtigten zu Zahlungen in der Höhe herangezogen, die sie ebenso für die Verpflegung des Kindes im eigenen Haushalt hätten

³²⁵ LAB C Rep. 118, Nr. 185

³²⁶ LAB C Rep. 118, Nr.: 110

³²⁷ LAB B Rep. 013, Nr.: 107

³²⁸ Ebd.

³²⁹ LAB B Rep. 013, Nr.: 120

aufwenden müssen.³³⁰ Angesichts des drohenden Wintereinbruchs versuchte man das logistische Kunststück des Transports möglichst rasch zu meistern, die „Flugquote“ betrug anfangs wöchentlich 400 Kinder, ab 1. November 1948 wöchentlich 840 und ab 17. November sogar 3126 pro Woche“.³³¹ Dabei waren 8 634 Kinder bei Verwandten, 3 187 in Pflegestellen und 3 605 in Kinderheimen in allen drei westalliierten Zonen untergebracht worden.³³² Abbildung 12 zeigt beispielhaft eine Gruppe Kinder, die nach Sylt verschickt wurden. Für die Verschickung wählte man Kinder ab dem neunten bis zum 16. Lebensjahr aus, die sich in einem „schlechten Allgemein- und Ernährungszustand“ befanden und aus „sozial ungünstigen Verhältnissen“ stammten.³³³ Davon ausgenommen wurden ausdrücklich „akut kranke“ Kinder, „Bettnässer“, sowie solche mit „ernsthafte[n] Erziehungsschwierigkeiten“.³³⁴ Eine ärztliche Untersuchung, dass die Kinder frei von ansteckenden Krankheiten und „Ungeziefer“ waren, wurde ebenso vorausgesetzt.³³⁵

Der Aktion vorausgegangen war ein Aufruf an die westdeutsche Bevölkerung, die Kinder für die Dauer der Blockade aufzunehmen. Auf einer Arbeitstagung in Marburg, bei der Vertreter_innen der westdeutschen Landesjugendämter sowie von Wohlfahrts- und Jugendorganisationen anwesend waren, postulierte man: „In der gegenwärtigen Notlage der Stadt Berlin, unter der unsere Kinder und Jugendlichen körperlich und seelisch zu leiden haben, werden wir noch weiter die Hilfe der Westzonen in Anspruch nehmen müssen“.³³⁶ Das Solidaritätsersuchen der West-Berliner Behörden lässt somit die Kinderfürsorge während der Berlin-Blockade auch als Schritt in Richtung Westintegration erscheinen. Nach der Aufhebung der Blockade begann man im Mai 1949 mittels Interzonenzügen die Kinder sukzessive nach Berlin zurückzubringen.³³⁷

Zahlreiche Dankesbriefe der verschickten Kinder zeichnen ein positives Bild von der Unterbringung in den Heimen: „[S]o besteht aber unsere Hauptaufgabe darin, viel zu essen, lange zu schlafen und schöne Spaziergänge in dieser herrlichen Gegend zu machen.“³³⁸ Auch

³³⁰ LAB B Rep. 013, Nr.: 107

³³¹ Ebd.

³³² Ebd.

³³³ Ebd.

³³⁴ Ebd.

³³⁵ Ebd.

³³⁶ Ebd.

³³⁷ Ebd.

³³⁸ Ebd.

seitens der Behörden resümierte man zufrieden: „Besonders stolz“ sei man auf die „Gewichtstabellen: fast alle Kinder haben zugenommen.“³³⁹ In den Kinderheimen wurden zur Information der Eltern in Berlin Rundbriefe erstellt, die auch einen Einblick in die gesundheitliche Lage der Kinder und die kinderärztliche Versorgung erlauben. In einer Mitteilung an die Eltern der Kinder im Fünf-Städte-Heim Hörnum auf Sylt (Abb. 12) führte der betreuende Arzt Dr. Eisenbarth bei Ankunft der Kinder eine Aufnahmeuntersuchung durch und stellte fest:

„Das Untergewicht schwankte bei einem Durchschnitt von 18% bis 32,6%, war meistens verbunden mit deutlicher Blutarmut und Nervosität. [...] Durch Kontrolle des physikalischen Lungenbefundes, der Allgemeinerscheinung, der Blutsenkung und der Allergielage mit Moro wurde bis heute erhebliche Besserung festgestellt. [...] Die überdurchschnittliche Kost - es werden im Durchschnitt über 3200 Kalorien verabfolgt [...] bewirken Gewichtszunahmen bis zu 20 Pfund.“³⁴⁰

Den Gesundheitszustand der nächsten Gruppe eintreffender Kinder beschrieb er auf ähnliche Weise und traf anhand dessen folgende therapeutische Anweisungen:

„Die Jungen des zweiten Transports trafen eben vor Weihnachten ein; bei ihnen war noch eine erheblich grössere Anzahl untergewichtig, 50% aller Jungen allein über 15%. [...] Die kritischen Fälle wurden alle durchleuchtet, die Befunde haben sich alle durch die günstige Klimalage und die vorzügliche Kost erheblich gebessert. Es wird in diesen Tagen die Reihenröntgenkontrolle durchgeführt. Auch Reihenuntersuchungen mit Moro brachten weitere Beruhigungen unserer anfänglichen Befürchtungen. [...] bei über 40 Jungen wurde eine Eisen-Phosphor-Kur durchgeführt zur Hebung des Allgemeinzustandes, 28 Jungen bekamen ausserdem leichte Nervenmittel, 12 Jungen machten eine Wurmkur und im Augenblick werden 60 Jungen in 10 Sitzungen mit Höhensonne bestrahlt, um den Vitamin-D-Haushalt etwas zu steuern. Außerdem wurden 10kg Biomalz mit Lebertran verordnet.“³⁴¹

³³⁹ LAB B Rep. 015, Nr.: 120

³⁴⁰ LAB B Rep. 013, Nr.: 107

³⁴¹ Ebd.

Die kinderärztliche Versorgung umfasste demzufolge viele präventive Verordnungen und einige Untersuchungen, die zur Früherkennung von Tuberkulosefällen eingesetzt wurden. Weiterhin wurden einzelne manifeste Wurmerkrankungen behandelt. Ein anderer Rundbrief an die Eltern der verschickten Kinder in dem „Ersten Deutschen Reichswaisenhaus“ in Lahr/Schwarzwald beinhaltete neben der Beschreibung des Alltags und der Unterbringung sowie Angaben zum Gesundheitszustand der Kinder auch einen detaillierten Speiseplan (Abb. 13).³⁴²



Abbildung 11: „Berliner-Blockade-Kinder im fünf-Städte-Heim Hörnum Sylt 1948/49“

³⁴² LAB B Rep. 013, Nr.: 107

Voraussichtlicher Speiseplan
in der Woche vom 14.3. bis 20.3.1949

- Montag:
1. Haferflockensuppe, Brot mit Butter und Rübenkraut
 2. Brot mit Margarine, Apfel
 3. Erbseneintopf, Apfel
 4. Milch, Brot, Marmelade
 5. Schlesische Fettkartoffeln mit sauren Gurken, 50 g Schokol
- Dienstag:
1. Kekssuppe, Brot, Bismalz
 2. Brot mit Schmalz, Apfel
 3. Suppe, Butterrüben, Kartoffeln, Sauce
 4. Kakao, Brot, Marmelade, Margarine
 5. Kartoffelpuree und Apfelmus
- Mittwoch:
1. Haferflockensuppe, Brot, Rübenkraut
 2. Brot mit Käse, Apfel
 3. Suppe, Kartoffeln, Bohnensalat, Bratäpfel
 4. Milch, Brot, Marmelade
 5. Suppe, Pfannekuchen
- Donnerstag:
1. Kekssuppe, Brot, Bismalz
 2. Brot mit Margarine, Apfel
 3. Suppe, Mohrrüben, Kartoffeln, Sauce
 4. Milch, Brot, Marmelade
 5. Suppe, Pfannekuchen
- Freitag:
1. Haferflockensuppe, Brot, Rübenkraut
 2. Brot mit Schmalz, Apfel
 3. Suppe, Fisch, Kartoffeln, Sauce, Apfelspeise
 4. Milch, Brot, Marmelade
 5. Süsse Suppe, Käse, Margarine, Brot
- Samstag:
1. Kekssuppe, Brot, Bismalz
 2. Brot mit Margarine, Apfel
 3. Suppe, Linsengerichte, Kartoffeln, Sauce
 4. Milch, Brot, Marmelade
 5. Haferflockenbrei mit Dörrobst
- Sonntag:
1. Weissbrot, Butter, Milch
 2. Suppe, Sauerkraut, Falscher Hase, Kartoffelpuree, Pudding
 3. Kakao, Kuchen
 4. Brot, Butter, Aufschnitt, Tee

Berichtigung der vorhergehenden Woche:

- Donnerstag statt Linsen: Fisch mit Senfsauce
Freitag statt Fisch : Linsen
Samstag statt Erbsen: Gelbe Rüben
Samstag statt Marmelade: Margarine
Sonntag statt Braten: Würstchen

Abbildung 12: „Voraussichtlicher Speiseplan in der Woche vom 14.03. bis 20.03.1949“.

3.1.4 Bewährte Konzepte in West- und Ost-Berlin nach 1949?

Betrachtet man die tatsächliche Umsetzung der örtlichen Erholungsfürsorge und der Kinderverschickung, so kann für die Besatzungszeit eine konzeptuelle Kontinuität zumindest für diesen präventiven Teil Kinderheilkunde festgehalten werden. Seitens der Behörden stufte

man diese als erfolgreiche Strategie ein, den dringendsten Problemen zu begegnen, wenngleich die Evaluierung des Erfolgs an der gemessenen Gewichtszunahme der Kinder von kinderärztlicher Seite nicht unhinterfragt blieb, da diese oft nur ein reversibles Phänomen darstellte.³⁴³ Welchen Stellenwert hatten die beiden fürsorgerischen Ansätze darüber hinaus in den gesundheitspolitischen Reorganisationsphasen der beiden Staaten auf regionaler Ebene in Berlin?

Vielfach wird das Gesundheitssystem der DDR grundsätzlich als präventionsorientiert charakterisiert und das der Bundesrepublik hingegen auf die Versorgung einzelner Kranker fokussiert beschrieben, wobei sozialmedizinische Aspekte nur von marginaler Bedeutung gewesen seien.³⁴⁴ Jedoch wurde auch nach der endgültigen politischen und verwaltungstechnischen Spaltung Berlins durch die Gründung der beiden deutschen Staaten im Frühjahr bzw. Herbst 1949 die Kinderfürsorge in Form der örtlichen Erholungsfürsorge und Kinderverschickung in beiden Teilen Berlins fortgeführt. Damit hat diese These in Bezug auf die Pädiatrie in Berlin nur bedingte Gültigkeit. Wie sah nun die konkrete Ausgestaltung dessen in West- und Ost-Berlin aus?

Situation in der DDR

Seit der Gründung der DDR wurde eine Institutionalisierung der zunächst oftmals behelfsmäßig realisierten Konzepte angestrebt. Von Beginn an war bei der Koordination und Umsetzung der Kinderverschickung in der SBZ und später in der DDR die „Volkssolidarität“ federführend, eine Hilfs- und Massenorganisation, die aus diversen regionalen Hilfswerken hervorgegangen war und die im „Mai 1946 durch die Bildung des Zentralausschusses der Volkssolidarität eine übergeordnete Organisationsstruktur“ erhielt.³⁴⁵ Die „Volkssolidarität“ war neben diversen sozialpolitischen Aktivitäten zunächst zusammen mit anderen Vereinen teilweise für die gesundheitliche Betreuung von Kindern zuständig. Im Jahr 1949 wurde die „Volkssolidarität“ endgültig ausschließlich mit der „alleinige[n] und zentrale[n] Durchführung“ der

³⁴³ Nitsch, Kurt: Gedanken zur Kinderverschickung. Medizinische Wochenschrift, 1955, Nr. 25, S. 907.

³⁴⁴ Süß, Winfried: Gesundheitspolitik. In: Hockerts, Hans Günter (Hrsg.): Drei Wege deutscher Sozialstaatlichkeit. NS-Diktatur, Bundesrepublik und DDR im Vergleich. De Gruyter, München, Oldenburg, 1998, S. 67.

³⁴⁵ Boldorf, Marcel: Sozialfürsorge in der SBZ/DDR 1945-1953. Ursachen, Ausmaß und Bewältigung der Nachkriegs- armut. Franz Steiner, Stuttgart, 1998, S. 174.

Kinderverschickungen betraut.³⁴⁶ Auch die Schulspeisungen wurden von der „Volks-solidarität“ organisiert.³⁴⁷ Ebenso verblieben die bereits bestehenden „Kindererholungsheime“ und die sogenannten Kinderdörfer „in der Regie der Volkssolidarität“.³⁴⁸ Um diese Institutionen auf eine breitere Basis zu stellen und eine flächendeckende Versorgung sicherzustellen, wurden Mitarbeiter_innen auf Dienstreisen geschickt, um neue Kinderheime und Orte für diese Verschickungen auf ihre Eignung hin zu überprüfen. So gab es 1948 in der DDR in diesem Zusammenhang Bestrebungen, ein eigens dafür vorgesehenes Haus in Zingst an der Ostsee zu kaufen und als Kindererholungsheim umzufunktionieren.³⁴⁹ Hinsichtlich der Durchführung und Auswahl der Kinder hatte sich nichts Nennenswertes mehr geändert (Positionspapier 1949 und Abb. 14 und 15).³⁵⁰ Beispielsweise wurden 1959 Kinder zur Erholung in den Harz verschickt, was ebenso noch als präventive „Kur“ bezeichnet wurde.³⁵¹

³⁴⁶ Boldorf, Marcel: Sozialfürsorge in der SBZ/DDR 1945.1953. Ursachen, Ausmaß und Bewältigung der Nachkriegsarmut. Franz Steiner, Stuttgart, 1998, S. 179.

³⁴⁷ Ebd., S. 181.

³⁴⁸ Ebd.

³⁴⁹ LAB C Rep. 118, Nr.: 110

³⁵⁰ Ebd.

³⁵¹ LAB C Rep. 308, 94 Bd. 1 und 2

Der Senator für Arbeit und Sozialwesen
- Hauptfürsorgestelle -

Berlin-Wilmersdorf, den
Tel.: 87 05 91 intern (95) Apparat 5362

Nr. Z.: Soz III B 11 - /

Antrag
auf Kinder - Erholungsverschickung

I. Name: Vorname:, Geburtstag:
Wohnung:
Name und Vorname des Kriegsbeschädigten:, Geburtstag:
Bei welchem Versicherungsträger hat das Kind Anspruch auf Familienhilfe?
Name und Anschrift des Arbeitgebers:
War das Kind in den letzten zwei Jahren verschickt? Ja / Nein
Wenn ja: vom bis durch nach

II. Grundrente des Kriegsbeschädigten DM
Ausgleichsrente DM
Arbeitseinkommen netto DM
(Alt - AltG DM wöchentlich)
Arbeitseinkommen der Ehefrau DM
(Alt - AltG DM wöchentlich)
Pension DM
Lehrlingsentgelt DM
Hauswartstelle DM
Untermiete DM
Summe: DM

Pflegezulage DM Miete DM Minderung der Erwerbsfähigkeit vom Hundert.

III. In den letzten 6 Wochen sind in meiner Familie und in deren näheren Umgebung weder Geschlechtskrankheiten noch sonstige ansteckende Krankheiten aufgetreten.

Bei meinem zu verschickenden Kinde habe ich Ausfluß, Mundsein oder irgendwelche anderen verdächtigen Schwächen nicht bemerkt.
Mein Kind ist kein Bettnässer!

Mit der Verschickung meines Kindes - in ein Kinderheim - in eine Landpflegestelle - unter Zahlung eines Kostenbeitrages von DM bin ich einverstanden.

Ich versichere hiermit die Richtigkeit der vorstehenden Angaben. Mir ist bekannt, daß mein Kind bei wissentlich unrichtig abgegebenen Angaben (z.B. das Kind ist doch Bettnässer) auf meine Kosten mit Begleiter vorzeitig nach Berlin geschickt werden kann. Ich erkläre mich ferner damit einverstanden, daß sich Berlin gegen Unfälle, die meinem Kind aus der Teilnahme an dieser Erholungsmaßnahme zustoßen sollten, für eigene (Berliner) Rechnung versichert.

Berlin, den

(Unterschrift des Kriegsbeschädigten)

Der Senator für Arbeit und Sozialwesen
- Hauptfürsorgestelle -

Berlin-Wilmersdorf, den
Tel.: 87 05 91 intern (95) Apparat 5362

Bescheinigung

Zur Vorlage bei der Schulleitung wird hiermit bescheinigt, daß das Kind, geb.
wohnhaft in Berlin durch die Hauptfürsorgestelle
in der Zeit vom bis nach verschickt werden kann.
Ich bitte um uneseitige Stellungnahme zur Befreiung vom Schulunterricht.

Im Auftrage

Abbildung 13: Antrag und Evaluation zur Kinderverschickung, S. 1, 1952.

IV. Welche Krankheiten hat das Kind überstanden?

V. Augenblicklicher Gesundheitszustand des Kindes:
 Allgemeinzustand: gut - mittel - schlecht Ernährungszustand: I - II - III - IV - V
 Größe: cm Körpergewicht: kg
 Innere Organe:
 Drüsen:
 Rachenring: Gebiß saniert:
 Besonderheiten:
 Moro: negativ - positiv Röntg.-Befund:
 Ist Di.-Schutzimpfung erfolgt? Wann:

VI. Stellungnahme zu der vorgesehenen Verschiebung nach
 in ein Kinderheim - in eine Landpflegestelle - etwa in der Zeit vom bis
 Ist die Verschiebung zur Wiederherstellung der Gesundheit notwendig?
 Ist die Verschiebung zur Verhütung einer erkennbar drohenden
 Gesundheitsschädigung notwendig?
 Wird die Verschiebung aus Gründen des Milieuwechsels befürwortet?
 (Vater ist Hirnverletzter - Kriegsblinder - Ohnhänder - Pflegezulageempfänger)
 Bestehen Bedenken gegen eine Verschiebung in die oben genannte Gegend? Ja / Nein
 Wenn ja: Es wird vorgeschlagen: Gebirge - Mittelgebirge - See -
 Heimunterbringung - Landaufenthalt
 Das Ergebnis des Di.-Abstriches wird zu gegebener Zeit nachgereicht. Das Kind ist frei von ansteckenden Krankheiten, Hautausschlägen
 und Ungeziefer.

Berlin, den
 (Stempel) (Unterschrift des Schularztes)
 Tel.: intern () Apparat:

VII. Das verschickte Kind hat sich am 195 hier vorgestellt.
 Hat sich der Gesundheitszustand des Kindes durch die Verschiebung gebessert?
 Erholungserfolg:
 Hat sich das Kind wohlfühlt? Ja/Nein Falls nein, warum nicht:
 (Unterschrift des Schularztes)

Berlin, den

Abbildung 14: Antrag und Evaluation zur Kinderverschiebung, S. 2, 1952.

Die Strategien der präventiven Pädiatrie blieben nicht nur auf Berlin begrenzt, vielmehr war man bestrebt diese Form der Kinderheilkunde in der gesamten DDR zur Anwendung zu bringen und gleichzeitig auf weitere Themenfelder auszuweiten. Um dies zu realisieren, initiierte die Deutsche Verwaltung für das Gesundheitswesen eine „Arbeitstagung der Schulärzte, Schulzahnärzte und Jugendfürsorgerinnen aus allen Ländern der Zone.“ Inhaltlich dominierten Vorträge über „Aufgaben der Schulärzte, der Tbc-Fürsorge im Schulkindalter, der Kur- und Erholungsfürsorge, der Frühdiagnose orthop[ädischer] Erkrankungen, der forensischen Beurteilung von Kindern- und Jugendlichen, sowie den gegenwärtigen Problemen der Jugendzahnpflege“.³⁵² Damit war die Erholungsfürsorge ein wichtiges Element in der Kinderheilkunde der DDR.

Situation in der Bundesrepublik

Während die DDR also einen Ausbau dieser Form der Kinderfürsorge anstrebte, entfernte sich die Bundesrepublik grundsätzlich auf Bundesebene schrittweise von dem gruppenspezifischen Fürsorgekonzept hin zu einer individualisierten Krankenversorgung. Dennoch wurde die (örtliche) Erholungsfürsorge und Kinderverschickung in kleinerem Rahmen auch in der Bundesrepublik fortgeführt, wenn auch unter anderen Prämissen. So bemerkte Paul Habermann auf einer Fortbildungsveranstaltung für „Heim- und Entsendeärzte der Erholungs- und Kurheilfürsorge“: „Der Kurantrag wurde also früher mit viel stärkerer Betonung sozialer Indikation gestellt, während heute der Ausgleich typischer Armutsschäden in der Kurheilfürsorge nicht mehr eine so beherrschende Rolle spielt. Jetzt stehen die eigentlichen medizinischen Gesichtspunkte mehr im Vordergrund.“³⁵³ Weiterhin differenzierte er zwischen Heilkuren und Erholungskuren, wobei erstere beispielsweise für Kinder mit Tuberkulose gedacht und zweite eher zur Kompensierung von Unterernährung, Mangel an Bewegung in „frischer Luft und Sonne“ und ähnlichen ungünstigen Faktoren angelegt waren.³⁵⁴ Der Sozialpädiater Kurt Nitsch forderte 1955,³⁵⁵ dass grundsätzlich für „alle gesunden Stadt-

³⁵² N.N.: Jugendgesundheitsfürsorge im Schulalter. Das Deutsche Gesundheitswesen, 1948, Heft 7, S. 220.

³⁵³ Habermann, Paul: Über einige praktische Fragen bei der Kurheilverschickung von Kindern. Bundesgesundheitsblatt, 1961, Nr. 6, S. 85.

³⁵⁴ Ebd., S. 86.

³⁵⁵ Nitsch, Kurt, geb. 27.5.1915 in Dillenburg, gest. 6.11.1984 in Hannover. Studium der Medizin in Marburg und Göttingen; dort 1938/39 Bestallung und Promotion (über Hirntumore bei Kindern). 1946 Facharzt für Innere Medizin, 1948 ebenso für Kinderheilkunde. 1949 Habilitation und 1954 Professur für Kinderheilkunde in Göttingen. 1952-1973 Chefarzt und ärztlicher Direktor der Kinderklinik DRK-

kinder“ Erholungsverschickungen ermöglicht werden sollten.³⁵⁶ Die Lage der West-Berliner Kinder war jedoch nur bedingt mit der der Kinder in der Bundesrepublik vergleichbar. Dies betraf sowohl psychische als auch physische Dimensionen. So erwähnte der ärztliche Bericht der Jugenderholungsstätte Nordalb in Baden-Württemberg eine besondere „Mentalität der Berliner Kinder“, die sich durch eine „starke psychomotorische Unruhe“ bemerkbar machte und sich „bis zum hemmungslosen Bewegungsdrang steigern“ konnte, wobei sie gleichzeitig „anlehnungs- und liebesbedürftig“ seien.³⁵⁷ Ein verschicktes Kind bestätigte dies in einem Brief an seine Eltern: „Wir machen es der Heimleitung nicht leicht, denn wir Berliner Mädels und Buben bringen schon viel Leben ins Heim.“³⁵⁸ Von den ärztlichen Leitungen der Heime im Bundesgebiet kam immer wieder die Rückmeldung, dass die Entwicklung der Berliner Kinder hinter den üblichen Kindern „zurückgeblieben“ sei. Laut den Angaben des Hauptjugendamtes war die „schwierige wirtschaftliche“ Lage Berlins, welche durch den „Strom der Ostzonenflüchtlinge verschärft“ worden sei, der Grund dafür, dass bei Berliner Kindern „Schäden aus ungünstigem sozialen Milieu und wirtschaftlicher Not“ verhältnismäßig häufig anzutreffen waren. Andere Stimmen betonten den Umstand, dass bei einer kleinen Anzahl Berliner Kinder immer noch „erhebliche Nachwirkungen der Not der Blockadejahre“ bestünden hätten.³⁵⁹ Infolgedessen erfasste man auch zu Beginn der 1950er Jahre in Berlin noch „zahlreiche Fälle von Unterernährung und Entwicklungsrückständen“³⁶⁰ sowie „Wachstumsschwächen“.³⁶¹ Diese Feststellungen stützten sich auf die Erhebungen schulärztlicher Reihenuntersuchungen. Beispielsweise wurde im Jahr 1953 die „allgemeine Körperbeschaffenheit“ bei 12,8 Prozent der untersuchten Kinder immer noch als „mangelhaft“

Cecilienstift in Hannover. Langjähriges Vorstandsmitglied und Vorsitzender (1964-68 und 1971-74) der Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie. Besondere Verdienste als Präsident des Kinderschutzbundes. 1975-81. Vgl.: Böttcher, Dirk: Hannoversches biographisches Lexikon: von den Anfängen bis in die Gegenwart. Schlütersche Verlag, Hannover, 2002, S. 271.

³⁵⁶ Nitsch, Kurt: Gedanken zur Kinderverschickung. Medizinische Wochenschrift, 1955, Nr. 25, S. 908.

³⁵⁷ LAB, Zs 468, Bennemann: Anne: Möglichkeiten und Grenzen der Erholungsfürsorge für Kinder und Jugendliche in West-Berlin. In: Der Senator für Arbeit und Sozialwesen, Arbeitsgemeinschaft für öffentliche und freie Wohlfahrtspflege, Archiv für Wohlfahrtspflege (Hrsg.): Soziale Arbeit. Franz Vahlen GmbH, Berlin Lichterfelde, 1953, S. 114.

³⁵⁸ LAB B Rep. 013, Nr. 107, Kinder in einem Brief nach Hause zu Ostern 1949 aus dem Kinderheim „Haus Rheinland“, Rottach am Tegernsee.

³⁵⁹ LAB, Zs 468, Schröder, N.N.: Kurverschickung von Kindern und Jugendlichen in Berlin. In: Der Senator für Arbeit und Sozialwesen, Arbeitsgemeinschaft für öffentliche und freie Wohlfahrtspflege, Archiv für Wohlfahrtspflege (Hrsg.): Soziale Arbeit. Franz Vahlen GmbH, Berlin Lichterfelde, 1953, S. 107.

³⁶⁰ LAB, Soz 964 (1952), Arbeitsberichte des Hauptjugendamtes. I. Jugendförderung, Erholungsfürsorge, Kindertagesstätten, S. 18.

³⁶¹ Ebd., S. 30.

oder gar „schlecht“ eingeschätzt. Somit konstatierte man bei einer Gesamtzahl von rund 397 000 Kindern im Alter von 3-18 Jahren in West-Berlin noch 50 816 erholungsbedürftige Kinder.³⁶² Daher forderte die Jugendamtsleiterin Aenne Bennemann, die bereits mit der „Aktion Storch“ eine der ersten Erholungsfürsorgeprojekte der Nachkriegszeit organisiert hatte, bei der Auswahl der Kinder neben der „gesundheitlichen Notwendigkeit“ eine starke Berücksichtigung der „soziale[n] Notstände“ mit den folgenden Intentionen:³⁶³

„Das Ziel der Erholungsfürsorge ist durch eine vorübergehende Änderung der Lebensverhältnisse bei

- a) konstitutionellen Schwächen und Entwicklungsrückständen,
- b) Milieuschäden (Wohnungsecke, Nahrungs- und Kleidermangel, mangelnde Sauberkeit und Körperpflege usw.),
- c) Krankheitsschäden (Erschöpfungszustände, besondere Auffälligkeit usw.) zu beseitigen oder auszugleichen.“³⁶⁴

In welchem Umfang wurden derartige Konzepte in West-Berlin umgesetzt und wie wurden diese ausgestaltet? Im Jahr 1954 konstatierte Bennemann ein großes Defizit beim Umfang der durchgeführten Erholungsmaßnahmen und forderte eine „intensive und planmäßige Erholungsfürsorge“, um „nachteilige Folgen für die Volksgesundheit“ zu verhindern.³⁶⁵ Anfang der Bemühungen um eine weitere Institutionalisierung war die Gründung der „Arbeitsgemeinschaft für öffentliche und freie Wohlfahrtspflege“ am 16. August 1949.³⁶⁶ Damit oblag die Organisation und Ausgestaltung der Jugendwohlfahrt und Kinderfürsorge sowie verwandten sozialpolitischen Themen ähnlich wie in der Weimarer Republik in West-Berlin wieder einem Konglomerat aus staatlichen Strukturen und freien, karitativen Wohlfahrtsverbänden. Erstere waren namentlich die Abteilungen Sozialwesen und Jugend der

³⁶² LAB, Soz 964 (1954.1), Arbeitsberichte des Hauptjugendamtes. I. Jugendförderung, Erholungsfürsorge, Kindertagesstätten, S. 30.

³⁶³ LAB, Zs 468, Bennemann, Aenne: Möglichkeiten und Grenzen der Erholungsfürsorge für Kinder und Jugendliche in West-Berlin. In: Der Senator für Arbeit und Sozialwesen, Arbeitsgemeinschaft für öffentliche und freie Wohlfahrtspflege, Archiv für Wohlfahrtspflege (Hrsg.): Soziale Arbeit. Franz Vahlen GmbH, Berlin Lichterfelde, 1953, S. 112.

³⁶⁴ Ebd.

³⁶⁵ LAB, Soz 964 (1954.1), Arbeitsberichte des Hauptjugendamtes. I. Jugendförderung, Erholungsfürsorge, Kindertagesstätten, S. 30.

³⁶⁶ LAB B Rep. 015, Nr.: 120

Bezirksämter und letztere die lokalen Strukturen der Arbeiterwohlfahrt, der Caritas, des Deutschen Roten Kreuzes, der Berliner Inneren Mission, dem Hilfswerk der Evangelischen Kirche, dem Unionshilfswerk sowie der Jüdischen Gemeinde.³⁶⁷ Ein Ausbau der Koordinierung der Erholungsmaßnahmen war offensichtlich notwendig, sodass die Institution der „Berliner Arbeitsgemeinschaft für die Kindererholungsfürsorge des Hilfswerks Berlin“ am 18. Februar 1954 ins Leben gerufen wurde, die gemeinsam mit der oben genannten Arbeitsgemeinschaft für Wohlfahrtspflege zur Professionalisierung der Projekte verbindliche Richtlinien ausarbeitete.³⁶⁸ Bis Anfang der 1960er Jahre wurde nachweislich in West-Berlin die Aktion „Kleinkinder in Luft und Sonne“ organisiert, die der örtlichen Erholungsfürsorge zuzurechnen ist (Abb. 17 und 18). Deren erklärtes Ziel war es, die „körperliche und seelische Entwicklung von Kindern zu fördern und durch „Pflege von Spiel und Bewegung in einer Gruppe gleichaltriger die schöpferischen und gemeinschaftsbildenden Kräfte in den Kindern“ zu entfalten. Dabei sollten „vordringlich erholungsbedürftige Kinder“ berücksichtigt werden.³⁶⁹ Ausgewählt wurden dabei Kinder im Alter von 3-6 Jahren für jeweils acht Wochen, die „aus beengten Wohnverhältnissen und Ruinenvierteln“ stammten. Weiterhin wurde vorab eine fürsorgeärztliche Untersuchung der teilnehmenden Kinder gefordert. Die Kinder wurden sowohl von qualifizierten Fachkräften als auch „geschulten und bewährten Laienhelferinnen“ betreut. Ein Mangel an ausgebildeten Kräften war ein häufiges Problem. Die Dimension der einbezogenen Kinder war beachtlich (Abb. 16). Im Jahr 1954 konnten beispielsweise rund 9700 Kinder von Mai bis September auf 35 Erholungsstätten wie Spielplätzen und ähnlichen

Maßnahmen der Erholungsfürsorge	1949 Kinder	1950 Kinder	1951 Kinder
Örtliche Erholungsfürsorge für Kleinkinder von 3 bis 6 Jahren			
8wöchige Betreuung von	8 528		
6wöchige Betreuung von		10 538	
8wöchige Betreuung von			9 996

Abbildung 15: Dimension der örtlichen Erholungsfürsorge 1949 bis 1951 in West-Berlin.

³⁶⁷ LAB B Rep. 015, Nr.: 120

³⁶⁸ LAB, Soz 964 (1954.1), Arbeitsberichte des Hauptjugendamtes. I. Jugendförderung, Erholungsfürsorge, Kindertagesstätten, S. 41.

³⁶⁹ Dienstblatt des Senats von Berlin, Teil V Gesundheitswesen, 1961, Nr. 42, S. 63.

Grünanlagen der Stadtrandgebiete den „ganztägigen Aufenthalt im Freien“ genießen (Abb. 17 und 18).³⁷⁰



Abbildung 16: „Spiel und Spaß in der Aktion“ während der Kindererholungsmaßnahme „Kleinkinder in Luft und Sonne“ in der Dauerkolonie Rehberge, Berlin-Wedding, 1952.

Dieses Projekt wurde weiterhin für unabdingbar betrachtet, beispielsweise um die Schulfähigkeit der Kinder zu fördern. Der Berliner Kurier meldete noch im Frühjahr 1955, dass im vorausgegangenen Jahr „8,9 Prozent der Kinder wegen körperlicher oder geistiger Rückständigkeit von der Einschulung“ zurückgestellt werden mussten.³⁷¹ Bemerkenswert ist, dass die Anmeldung der Kinder auch auf Initiative der Eltern bei den jeweiligen Säuglings- und Kleinkinderfürsorgestellen möglich war, was den Sorgeberechtigten eine gewisse Verantwortung und Handlungsspielraum zugesteht.³⁷² Besonderen Wert legte man auf eine

³⁷⁰ LAB, Soz 964 (1954.1), Arbeitsberichte des Hauptjugendamtes. I. Jugendförderung, Erholungsfürsorge, Kindertagesstätten, S. 30-31.

³⁷¹ LAB B Rep. 015, Nr.: 120

³⁷² N. N.: Erholung für Kinder. Der Telegraf, 10. April 1960, Nr. 86/15.

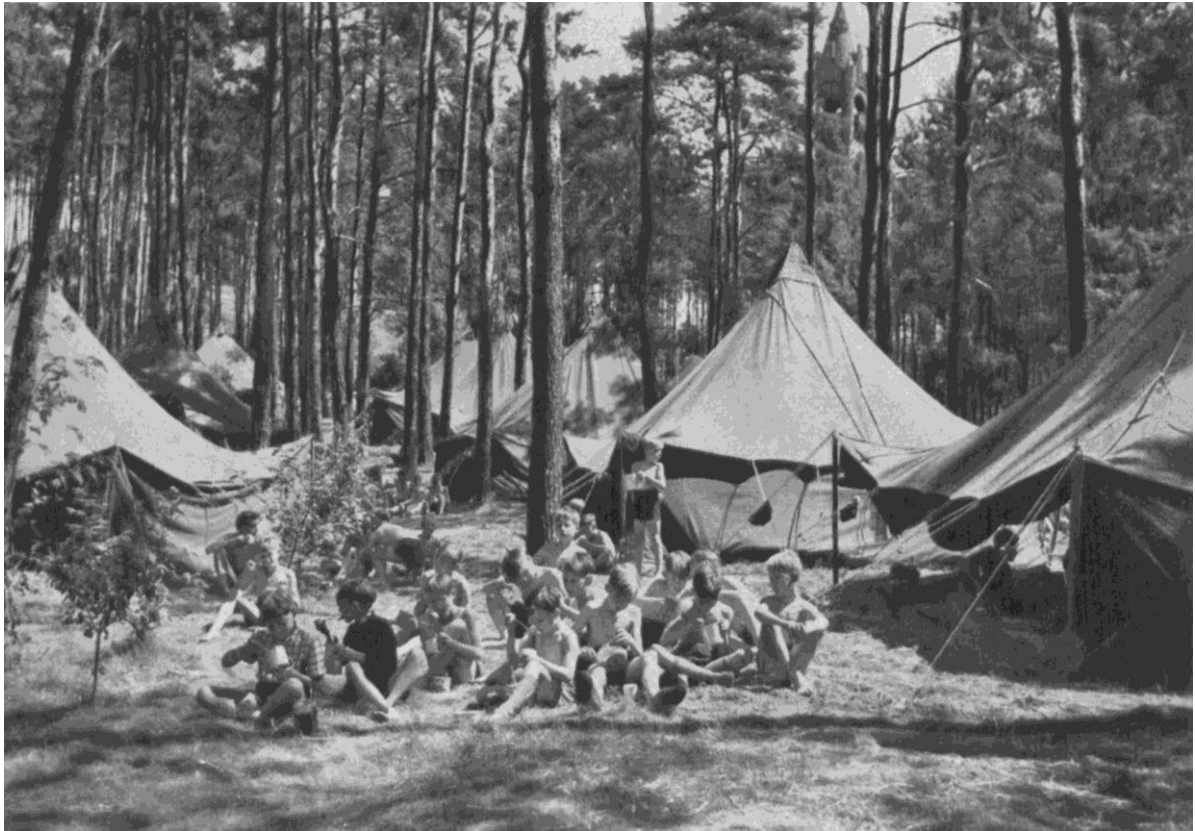


Abbildung 17: „Zeltlager am Grunewaldturm“, 08. Juli 1952.

gute Ernährung der Kinder und war bemüht die Erkenntnisse der „modernen Ernährungslehre“ in Zusammenarbeit mit der ernährungswissenschaftlichen Abteilung der Senatsverwaltung Wirtschaft und Ernährung praktisch umzusetzen.³⁷³

Dazu wurde ein Musterspeiseplan ausgearbeitet. Betont wurde die Erfordernis, dass die Kinder „frisches Gemüse, Vollkornschnitten und täglich 1/4 l Frischmilch“, und in den obstarmen Monaten „Möhren- und Sauerkohlrohkost“ erhalten sollten. Darüber hinaus nutzte man die Möglichkeit die Mütter über „gute und preiswerte Ernährung“ ihrer Kinder aufzuklären.³⁷⁴ In den ersten Jahren der Durchführung seit dem Beginn 1946 versuchte man, die Ernährung mit der Hilfe von ausländischen Lebensmittelspenden in Kombination mit Lebertran und Vitaminpräparaten zu gewährleisten. Eine Ausdifferenzierung in Form des beschriebenen Speiseplans erfolgte erst später. Davon abgesehen hatte sich hinsichtlich der Konzeption wenig

³⁷³ LAB, Soz 964 (1952), Arbeitsberichte des Hauptjugendamtes. I. Jugendförderung, Erholungsfürsorge, Kindertagesstätten, S. 20.

³⁷⁴ LAB, Zs 468, Bennemann, Aenne: Möglichkeiten und Grenzen der Erholungsfürsorge für Kinder und Jugendliche in West-Berlin. In: Der Senator für Arbeit und Sozialwesen, Arbeitsgemeinschaft für öffentliche und freie Wohlfahrtspflege, Archiv für Wohlfahrtspflege (Hrsg.): Soziale Arbeit. Franz Vahlen GmbH, Berlin Lichterfelde, 1953, S. 113.

im Vergleich zu den ersten Jahren der Nachkriegszeit geändert. Was sich hingegen veränderte, war die Anzahl der versorgten Kinder im Rahmen der örtlichen Erholungsfürsorge. Zu Beginn der 1950er Jahre lag die Zahl noch bei 10 338 Kindern und fiel in den 1960er Jahren deutlich ab. Im Jahr 1960 nahmen 159 Kinder daran teil, im Mai 1961 waren es 211.³⁷⁵

Auch die Kinderverschickungen wurden weiterhin durchgeführt, wofür unterschiedliche Unterbringungsmöglichkeiten zur Verfügung standen. Beispielsweise wurden 1954 rund 1000 erholungsbedürftige und teilweise zusätzlich körperbehinderte Kinder wurden in stadteigene Erholungsheime wie das „Schloß Glienicke“ und den „Jägerhof“ entsendet. Dort war eine „Einzelbehandlung“ der körperlich beeinträchtigten Kinder mittels „Heilgymnastik und Massage“ vorgesehen.³⁷⁶ Außerdem wurde eine kunstpädagogische Betreuung angeboten. Ein drittes Heim in Berlin-Wannsee, das durch das Schweizer Evangelische Hilfswerk gefördert wurde, nahm in erster Linie „bedürftige Flüchtlingskinder“ auf. Diese wurden aus den immer noch bestehenden Flüchtlingslagern wegen „besonderer Gefährdung“ in dem Heim untergebracht. Diese Stadtrandheime dienten vor allem zur Aufnahme von Kindern, die den Anstrengungen einer weiteren Reise nicht gewachsen waren.³⁷⁷ Darüber hinaus fanden Erholungsverschickungen ins Bundesgebiet zu privaten Pflegefamilien und in Heime statt. Dies deckt sich mit den Aussagen Nitschs, der bereits 1955 anmerkte, dass die „Heimkuren“ grundsätzlich bei der Erholungsfürsorge in den Vordergrund getreten seien. Aus Sicht des Sozialpädiaters war diese Entwicklung nicht unkritisch zu betrachten, da die Kurkosten in den Heimen ungleich höher seien als bei der örtlichen Erholungsfürsorge. Außerdem könne man durch die Bevorzugung der örtlichen Erholungsfürsorge dem Ziel möglichst viele Kinder einzuschließen, deutlich näherkommen.³⁷⁸ Im Jahr 1956 konnten insgesamt 35 000 Berliner Kinder zu einem mehrwöchigen „Erholungsaufenthalt“ in die Bundesrepublik verschickt werden, was im Vergleich zu den vorausgegangenen Jahren eine deutliche Steigerung darstellte.³⁷⁹ Ebenso gab es 1960 in großem Stil Erholungsverschickungen für rund 80 000

³⁷⁵ LAB C Rep. 209 prak 3, Nr. 9601

³⁷⁶ LAB, Soz 964 (1954.1), Arbeitsberichte des Hauptjugendamtes. I. Jugendförderung, Erholungsfürsorge, Kindertagesstätten, S. 34-35.

³⁷⁷ LAB, Zs 468, Bennemann, Anne: Möglichkeiten und Grenzen der Erholungsfürsorge für Kinder und Jugendliche in West-Berlin. In: Der Senator für Arbeit und Sozialwesen, Arbeitsgemeinschaft für öffentliche und freie Wohlfahrtspflege, Archiv für Wohlfahrtspflege (Hrsg.): Soziale Arbeit. Franz Vahlen GmbH, Berlin Lichterfelde, 1953, S. 114 f.

³⁷⁸ Nitsch, Kurt: Gedanken zur Kinderverschickung. Medizinische Wochenschrift, 1955, Nr. 25, S. 907.

³⁷⁹ LAB C Rep. 209 prak 3, Nr. 9601

Berliner Kinder. Organisiert wurde das Projekt durch den Senat und das Hilfswerk Berlin. Hierbei war die Anmeldung beim Jugendamt durch die Eltern und eine schulärztliche Untersuchung vorab notwendig.³⁸⁰ Außerdem spielten Einladungen ausländischer Organisationen

Aufnahme- land	1952		1953		1954	
	Trans- porte	Kin- der	Trans- porte	Kin- der	Trans- porte	Kin- der
Schweiz	5	1 721	3	1 408	2	53
Schweden	1	108	18	543	19	661
Dänemark	—	—	1	46	—	—
Norwegen	—	—	—	—	1	24
Österreich	—	—	—	—	1	14
Finnland	—	—	—	—	1	11
Zusammen:	6	1 829	22	1 997	24	763

Abbildung 18: Auslandverschickungen zu Beginn der 1950er Jahre in West-Berlin.

eine bedeutende Rolle wie die Tabelle verdeutlicht (Abb. 19). Mit Hilfe des Schweizerischen Roten Kreuzes konnten beispielsweise 1721 Kinder in der Schweiz in Einzelpflegestellen aufgenommen werden. Dabei stellen mit 65 Prozent Kinder „politischer Flüchtlinge“ und „Heimatvertriebener“ die größte Gruppe dar, gefolgt von 35 Prozent Kindern aus „wirtschaftlich ungünstigen Verhältnissen“ sowie „Kriegerhalbwaisen, Kindern von Erwerbslosen und Erwerbsunfähigen“.³⁸¹ Ferner besuchten mehrere Abgesandte einer freikirchlichen Gruppe aus Schweden West-Berlin um sich einen Eindruck von den „soziale[n] Notstände[n] zu machen und damit im Rahmen des initiierten Hilfsprojekts für Unterstützung in Schweden zu werben. Als erschütternd wurde der Anblick der Verhältnisse in den „Berliner Kellerwohnungen“ wahrgenommen, sodass Berichten des Jugendamtes zufolge diese Kinder besonders gerne zu Pflegefamilien eingeladen wurden.³⁸² Eine weitere Form der Verschickung

³⁸⁰ K., G.: Freizeit und Erholung für 80 000 Berliner Kinder. Berliner Morgenpost, 8. April 1960.

³⁸¹ LAB, Zs 468, Bennemann, Aenne: Möglichkeiten und Grenzen der Erholungsfürsorge für Kinder und Jugendliche in West-Berlin. In: Der Senator für Arbeit und Sozialwesen, Arbeitsgemeinschaft für öffentliche und freie Wohlfahrtspflege, Archiv für Wohlfahrtspflege (Hrsg.): Soziale Arbeit. Franz Vahlen GmbH, Berlin Lichtenfelde, 1953, S. 116.

³⁸² LAB, Soz 964 (1954.1), Arbeitsberichte des Hauptjugendamtes. I. Jugendförderung, Erholungsfürsorge, Kindertagesstätten, S. 37.

stellte die „Verwandtenverschickung“ dar. Diese kam für erholungsbedürftige Kinder in Betracht, die von Familienangehörigen im Bundesgebiet aufgenommen werden konnten. Im Übrigen erfolgte eine Unterbringung in auswärtigen Heimen. Dazu leisteten die Behörden ihren Beitrag in Form der Bereitstellung verbilligter Kindertransporte, die eine Betreuung der Kinder auf der Fahrt miteinschloss. Im Jahr 1954 wurde dies beispielsweise in 4684 Fällen von den Eltern in Anspruch genommen. Zum gleichen Zeitpunkt wurde eine „Kinderfahrten-Meldestelle“ aufgebaut, die mit der entsprechenden Organisation betraut wurde.³⁸³ Zu Beginn der 1950er Jahre verfügte das Jugendamt noch nicht über eigene Heime, sodass mit Erholungs- und Kurheimen von der Ost- und Nordsee über das Mittelgebirge bis hin nach Oberbayern Verträge abgeschlossen wurden. 1953 standen so 27 Heime mit 1030 Plätzen zur Verfügung. Darunter gab es u.a. spezielle Unterbringungsmöglichkeiten für „körperbehinderte Kinder“ und „Bettnässer“.³⁸⁴

Die offiziellen Auswahlkriterien zur Kinderverschickung divergierten wie bereits in der Besatzungszeit im Rahmen der verfügbaren Mittel, wobei die jeweilige Interpretation der Erholungsbedürftigkeit entsprechend angepasst wurde. 1956 konnten bei der Verschickung zum ersten Mal „über den Kreis der nach schulärztlichen Feststellungen körperlich gefährdeten Kindern hinaus in stärkerem Umfange auch Kinder“ miteinbezogen werden, „die aus sozialen Indikationen zu berücksichtigen waren und bisher stets zurückstehen mussten.“³⁸⁵ Als „soziale Indikation“ galt beispielsweise Erwerbslosigkeit des Vaters, Vaterlosigkeit und das Vorhandensein von mehr als drei Geschwistern in der Familie. Ebenso wurden Kinder alleinstehender Mütter miteingeschlossen.³⁸⁶ Außerdem erging die Vorgabe, vermehrt „körperbehinderte Kinder“ einzuschließen, die durch die orthopädischen Fürsorgestellen ausgewählt werden sollten. Darüber hinaus wurde ein Anteil von 10 Prozent „Flüchtlingskindern“ festgelegt.³⁸⁷ Diese Interpretation der „sozialen Indikation“ deckt sich grundsätzlich mit der Definition des Sozialpädiaters Nitsch, der diese ebenso für „unentbehrlich“ hielt. Als rechtfertigende Gründe für eine Versendung verstand er folgende Gegebenheiten:

³⁸³ LAB, Soz 964 (1954.1), Arbeitsberichte des Hauptjugendamtes. I. Jugendförderung, Erholungsfürsorge, Kindertagesstätten, S. 38-41.

³⁸⁴ LAB, Zs 468, Bennemann, Aenne: Möglichkeiten und Grenzen der Erholungsfürsorge für Kinder und Jugendliche in West-Berlin. In: Der Senator für Arbeit und Sozialwesen, Arbeitsgemeinschaft für öffentliche und freie Wohlfahrtspflege, Archiv für Wohlfahrtspflege (Hrsg.): Soziale Arbeit. Franz Vahlen GmbH, Berlin Lichtenfelde, 1953, S. 114.

³⁸⁵ LAB B Rep. 015, Nr.: 120

³⁸⁶ Ebd.

³⁸⁷ Ebd.

- gesundheitsschädlicher Einfluss der Großstadt durch dauernde Reizüberflutung;
- Kinder aus Flüchtlingsfamilien für die Übergangszeit;
- Erkrankung;
- Operation oder Entbindung der Mutter, wenn eine ordnungsgemäße Pflege des Kindes in der Familie nicht möglich ist;
- während der Zeit, in der Eltern in Scheidung leben;
- Kinder mit ausgesprochenem Wohnungs- und Milieuschaden (auch in psychischer Hinsicht);
- Kinder von berufstätigen Müttern, die den Lebensunterhalt bestreiten müssen;
- Kinder aus kinderreichen, wirtschaftlich schwachen Familien; Kinder aus geschädigten und gestörten Familien.“³⁸⁸

In nur leicht modifizierter Form präsentieren sich dieselben Auswahlkriterien in einem Vordruck, der wohl um 1960 in den Fürsorgestellen verwendet wurde. Darin standen folgende Indikationen zur Auswahl:

- „Verhütung einer erkennbar drohenden Gesundheitsschädigung notwendig“
- „Ist die Verschiebung zur Wiederherstellung der Gesundheit notwendig?“
- „Wird die Verschiebung aus Gründen des Milieuwechsels befürwortet? (Vater ist Hirnverletzter - Kriegsblinder - Ohnhänder - Pflegezulageempfänger)“.³⁸⁹

Weiterhin fand wie gewohnt die Auswahl von „gesundheitlich anfällig[en]“ und zusätzlich von „milieugeschädigt[en]“ Kindern statt.³⁹⁰ Damit ist die Funktion der Kinderverschiebung auch in dem Spannungsfeld zwischen individueller Hilfe für das betroffene Kind einerseits und sozialer Kontrolle und Ordnungsbestreben andererseits anzusiedeln. Insbesondere durch die „familienähnlichen Gemeinschaften“ in den Erholungsheimen verzeichnete man seitens der Behörden neben der angestrebten „körperlichen Kräftigung“ offiziell auch „gute Erfolge in der Entwicklung zu einer sozialen Grundhaltung“.³⁹¹

³⁸⁸ Nitsch, Kurt: Grundsätze der Kinderverschiebung. S. 18. In: Folberth, Sepp (Hrsg.): Kinderheime, Kinderheilstätten in der Bundesrepublik Deutschland, Österreich und der Schweiz. Lotham, München, Pallas, 1964.

³⁸⁹ LAB B Rep. 013, Nr.: 473

³⁹⁰ LAB B Rep. 015, Nr.: 120

³⁹¹ LAB, Zs 468, Bennemann, Anne: Möglichkeiten und Grenzen der Erholungsfürsorge für Kinder und Jugendliche in West-Berlin. In: Der Senator für Arbeit und Sozialwesen, Arbeitsgemeinschaft für

Über einen langen Zeitraum war die Finanzierung und die Beteiligung der Eltern an den Kosten der Erholungsverschickung in den West-Berliner Bezirken uneinheitlich geregelt. Finanziert wurden die Projekte mit Mitteln aus dem Land Berlin, dem Hilfswerk Berlin sowie aus privaten Spenden. Ebenso konnte unter gewissen Voraussetzungen eine Kinderverschickung im Rahmen der Kriegsbeschädigten- und Kriegshinterbliebenenfürsorge finanziert werden.³⁹² Die „Berliner Arbeitsgemeinschaft für Kindererholungsfürsorge“, die sich aus dem Berliner Hilfswerk und der Abteilung Jugend und Sport – Erholungsfürsorge –, zusammensetzte, legte erst 1958, dem „Grundsatz der Subsidiarität“ folgend, einheitliche Richtlinien hierfür fest.³⁹³ Damit war Ende der 1950er Jahre die Kostenübernahme der Erholungsfürsorge nach der Zumutbarkeit für die Unterhaltspflichtigen geregelt. Je nach der wirtschaftlichen Situation der Familie des betreffenden Kindes wurden die Kosten anteilmäßig berechnet.³⁹⁴ Die Richtlinien beinhalteten auch, dass ein Kind, das nach „fürsorgeärztlichem Befund“ als „erholungsbedürftig“ eingeschätzt wurde, nicht zurückgestellt werden durfte, wenn seine Sorgeberechtigten nicht für den Anteil aufkommen konnten.³⁹⁵ Insofern kann die Kinderverschickung auch als Versuch einen sozialen Ausgleich anzustreben, gewertet werden.

Bemerkenswert ist, dass unmittelbar nach der Gründung der beiden deutschen Staaten die Durchführung der Programme zunächst nur bedingt voneinander getrennt war. So organisierte das West-Berliner Jugendamt im Sommer 1951 noch 26 Zeltlager, an denen rund 16 000 Jugendliche zur Erholung teilnehmen konnten, wobei ein Drittel davon aus Ost-Berlin kam. Ebenso initiierte man für rund 5000 3- bis 6-jährige Kinder ein Erholungsprogramm auf 41 Spielplätzen. Zufrieden war man auch hinsichtlich der Erfolge, denn 304 Kinder, die aufgrund ihres Allgemeinzustandes von der Einschulung vorerst zurückgestellt wurden, konnten nun doch eingeschult werden.

Der Umfang der dargelegten örtlichen Erholungsfürsorge und Kinderverschickungen zeigt, dass West-Berlin gegenüber der Bundesrepublik zumindest auf diesem partiellen Gebiet eine Art Enklave der Sozialpädiatrie bildete. Die Gründe hierfür waren vielfältig: So trug der

öffentliche und freie Wohlfahrtspflege, Archiv für Wohlfahrtspflege (Hrsg.): Soziale Arbeit. Franz Vahlen GmbH, Berlin Lichterfelde, 1953, S. 114.

³⁹² LAB B Rep.013, Nr.: 473

³⁹³ Ebd.

³⁹⁴ LAB B Rep.013, Nr.: 473, Dienstblatt des Senats IV/1958, Nr. 117, S. 129.

³⁹⁵ Ebd.

Sonderstatus der Stadt inmitten der DDR, die resultierenden politisch-ökonomischen Rahmenbedingungen sowie die in der Großstadt präsenten „Kriegs- und Nachkriegsentbehungen“ maßgeblich dazu bei.³⁹⁶ Nicht zu unterschätzen ist weiterhin die psychosoziale Dimension der Kindererholungsfürsorge besonders in Krisenzeiten wie der Berlin-Blockade.

3.2 Antibiotika als neue Behandlungsstrategie bei Infektionskrankheiten: Anfänge und Allokationsproblematik

Die Geschichte der erfolgreichen Therapie mit Hilfe von Antibiotika gegen die unterschiedlichsten Infektionskrankheiten begann weltweit in den 1940er Jahren. Bereits Mitte der 1930er Jahre wurde entdeckt, dass die aus der Farbindustrie stammenden Sulfonamide eine antibakterielle Wirkung besaßen. Die schon viel länger bekannte Wirkung von Penicillin konnte erstmals 1942 am Krankenbett eingesetzt werden. Streptomycin kam 1943 in den USA als erstes wirksames Antibiotikum zur Anwendung.³⁹⁷

In Deutschland wurde aufgrund der kriegswirtschaftlichen Bedingungen eine zeitgenössisch sogenannte chemo-therapeutische Behandlung mit Breitspektrumantibiotika im großen Stil erst in der Nachkriegszeit möglich.³⁹⁸ Die Versorgung mit Medikamenten und anderen medizinischem Verbrauchsmaterial war schon in den letzten Kriegsjahren durch die Bevorteilung kriegswichtiger Industrie und die alliierten Luftangriffe zunehmend erschwert worden. Dies verschärfte sich in den Wochen nach Kriegsende zunehmend, da viele Fabriken, die für die Medikamentenproduktion zuständig waren, zerstört waren oder demontiert wurden.³⁹⁹ Insofern waren Ärzt_innen und Krankenhäuser in hohem Maße auf Lieferungen der

³⁹⁶ LAB, Soz 964 (1954.1), Arbeitsberichte des Hauptjugendamtes. I. Jugendförderung, Erholungsfürsorge, Kindertagesstätten, S. 30.

³⁹⁷ Im Jahr 1943 isolierten die Wissenschaftler Waksman, Schatz und Bugie erstmals den antibiotisch wirksamen Stoff aus dem Strahlenpilz *Streptomyces griseus*. Vgl.: Psychrembel, Willibald: Psychrembel. Klinisches Wörterbuch mit klinischen Symptomen. Walter de Gruyter, Berlin, 1964, S. 845. Als pädiatrische Indikationen für Streptomycin galten zu Beginn der 1950er Jahre vor allem „Influenzamenigitis“, „Meningitis tuberculosa“ und „Toxikose der Säuglinge“. Vgl.: Rominger, Erich (Hrsg.): Lehrbuch der Kinderheilkunde. Springer, Berlin, 1950, S. 966.

³⁹⁸ Nicht zu verwechseln mit Chemotherapeutika zur Krebsbehandlung, was im Allgemeinen im heutigen Sprachgebrauch unter diesem Begriff verstanden wird.

³⁹⁹ Dinter, Andreas: Berlin in Trümmern. Ernährungslage und medizinische Versorgung der Bevölkerung Berlins nach dem II. Weltkrieg. Frank Wünsche, Berlin, 1999. S. 192.

Besatzungsmächte angewiesen. Finanziert wurden die Antibiotika hauptsächlich durch Spenden der amerikanischen, teilweise auch der britischen Alliierten, in geringerem Umfang auch durch nichtstaatliche internationale humanitäre Hilfsorganisationen wie UNICEF und das Schwedische Rote Kreuz.⁴⁰⁰

Das für die Anwendung notwendige ärztliche Fachwissen wurde aus den USA und Großbritannien transferiert, wie Auszüge aus englischsprachigen Fachjournalen belegen. Auch hielten Ärzt_innen aus London Vorträge über den fachgerechten Einsatz von Antibiotika vor deutschen Kolleg_innen.⁴⁰¹ Der Einsatz von Antibiotika war umso dringender, da die fatalen hygienischen Verhältnisse in Form von fehlender Abfallentsorgung, mangelnder Wasserversorgung, unzureichendem Bestattungswesen und defizitärer Ernährungslage den Nährboden für jegliche Epidemien bereiteten.⁴⁰² Im folgenden Kapitel soll die Einführung der Antibiotikatherapie mit besonderem Augenmerk auf die Bedeutung für die Kinderheilkunde untersucht werden. Selbstverständlich sind in diesem Fall Kinder- und Erwachsenenmedizin nicht immer klar voneinander zu trennen, jedoch waren Säuglinge und Kleinkinder im erheblichen Maße von den mit Antibiotika therapierbaren Krankheiten betroffen. So wurde beispielsweise im Fall der grassierenden Ruhr-Epidemie in den ersten Nachkriegsmonaten im KAVH bei vielen Kinder ein besonders pathogener Ruhr-Erreger nachgewiesen.⁴⁰³ Die hohe Säuglings- und Kindersterblichkeit war nicht nur auf die verminderte Resistenz der betroffenen kleinen Patient_innen zurückzuführen gewesen, sondern auch auf die fehlenden Medikamente.⁴⁰⁴ Nach der Eroberung Berlins durch die Sowjets wurden die restlichen Bestände an Sulfonamiden im KAVH aus der Anstaltsapotheke entnommen. Daraus resultierte auch im KAVH eine Versorgungslücke, die erst wieder mit Inbetriebnahme der Schering-Werke und Abgaben der britischen Besatzungsmacht geschlossen werden konnte.⁴⁰⁵ Zu Beginn des Jahres 1946 wurden die notwendigen wissenschaftlichen Unterlagen von der britischen

⁴⁰⁰ LAB B Rep. 012, Nr.: 151

⁴⁰¹ Ebd.

⁴⁰² Zu den genaueren Umständen vgl.: Dinter, Andreas: Berlin in Trümmern. Ernährungslage und medizinische Versorgung Berlins nach dem II. Weltkrieg. Frank Wünsche, Berlin, 1999.

⁴⁰³ Joppich, Gerhard; Schulz, E.: Halbjahresbericht an den Bezirksbürgermeister des Verwaltungsbezirks Charlottenburg, In: Ballowitz, Leonore (Hrsg.): Schriftenreihe zur Geschichte der Kinderheilkunde aus dem Archiv des Kaiserin-Auguste-Victoria Hauses. Humana Milchwerke Westfalen, Herford, 1986, Heft 2, S. 38.

⁴⁰⁴ Allein im Zuge der Ruhr-Epidemie betrug die Säuglings- und Kindersterblichkeit im ersten halben Jahr nach Kriegsende im KAVH 43,5 Prozent. Vgl.: Ebd.

⁴⁰⁵ Ebd.

Militärverwaltung freigegeben, sodass mit der Penicillinproduktion in der Folge begonnen werden konnte.⁴⁰⁶

Die zunehmenden Differenzen der westlichen Alliierten und der Sowjets machten sich auch im Hinblick auf die medizinische Versorgung der Bevölkerung bemerkbar. Einen neuen Tiefstand erreichte die Versorgung mit medizinischen Gütern durch die Berlin-Blockade 1948.⁴⁰⁷ Ohne die Einrichtung der berühmten Luftbrücke wäre die Aufrechterhaltung einer basalen medizinischen Versorgung nicht mehr möglich gewesen. Die Verteilung von knappen Gütern, zu denen allem voran auch Medikamente gehörten, war nach Einrichtung der Luftbrücke noch genauer reglementiert. So sollte auch sichergestellt werden, dass „Arzneimittel, die kraft des gegenwärtigen Luftbrücke-Programms aus den drei Westzonen Deutschlands importiert werden [...] nicht nach dem sowjetischen Sektor Berlins oder nach der sowjetischen Besatzungszone ausgeliefert werden.“⁴⁰⁸ Hier drängt sich die Frage auf, inwieweit die medizinische Versorgung als menschliches Grundbedürfnis und Recht zu politischen Zwecken instrumentalisiert wurde. Weiterhin hatte das Landesgesundheitsamt monatlich Berichte über die aktuelle Versorgungslage mit Medizingütern an die Militärregierung im Britischen Sektor zu liefern. Es mussten umfangreiche Angaben gemacht werden, wie viel über die Luftbrücke befördert worden war, wie viel in Eigenproduktion hergestellt wurde usw.

In Berlin spielten zunächst zwei der beschriebenen, neu entdeckten Antibiotika in der Nachkriegszeit eine maßgebliche Rolle: Penicillin und Streptomycin waren die hauptsächlich eingesetzten Substanzen, ab Beginn der 1950er Jahre kam noch Chloromycetin hinzu. Angesichts der Tatsache, dass es sich bei den Antibiotika um eine Neuentwicklung handelte, und die Lage der deutschen Industrieanlagen als äußerst desolat beschrieben werden kann, war an eine eigenständige Produktion von Arzneimitteln wie Antibiotika keineswegs zu denken. Hinzu kam, dass jeglicher Außenhandel als Monopol der Kontrolle der JEIA (Joint Export Import Agency der britisch-amerikanischen Besatzungszone) unterlag. Die USA waren aus offensichtlichen Gründen faktisch mehr oder minder die einzige der Siegermächte, die dem wirtschaftlich am Bode liegenden Land mit Importen auch hinsichtlich von Medikamenten behilflich sein konnte, in Großbritannien reichte die Syntheseleistung kaum zur Deckung des eigenen Bedarfs. Auch der Import von Antibiotika wie Streptomycin musste von der

⁴⁰⁶ N.N.: Deutsche Penicillin-Produktion. Britische Unterstützung für die Schering-Werke. Der Tagesspiegel, 8. Januar 1946, Nr. 5, 2. Jahrgang.

⁴⁰⁷ Die Blockade bestand vom 24. Juni 1948 bis zum 12. Mai 1949. Weiterführend hierzu: Prell, Uwe (Hrsg.): Berlin-Blockade und Luftbrücke 1948/49: Analyse und Dokumentation. Berlin-Verlag, Berlin, 1987.

⁴⁰⁸ LAB C Rep. 101, Nr.: 19

amerikanischen Besatzungsmacht in Berlin genehmigt und organisiert werden: „Die meisten Gesundheits-Offiziere [hielten es 1948] für wünschenswert, dass Streptomycin innerhalb des Vereinigten Export-Import-Programms nach Deutschland eingeführt wird, und zwar wie es jetzt mit Penicillin geschieht.“⁴⁰⁹

Um die ärztliche Expertise sowohl in der fachgerechten Anwendung, sowie Dokumentation der behandelten Fälle und die aufgrund der Mangelsituation strenge Indikationsstellung zu gewährleisten, wurden eigens dafür geschaffene administrative Einheiten mit dieser Aufgabe betraut. Die sogenannten Penicillin- und Streptomycin-Komitees wurden ins Leben gerufen und waren für die Distribution der vorhandenen Ressourcen verantwortlich. Mitglieder dieser Gremien waren hauptsächlich ärztliche Leiter und Professoren von Krankenhäusern, in denen die Antibiotika unter Aufsicht verabreicht werden dürfen. Aktenkundig wurden diese Gremien



Abbildung 19: Kinder auf der Infektionsstation des KAVH, undatiert.

⁴⁰⁹ LAB B Rep. 012, Nr.: 151

erstmal im Jahr 1948.⁴¹⁰ Die Kinderheilkunde betreffend nahmen hier Joppich und das KAVH eine Schlüsselrolle ein (Abb. 20).

Die Anwendung von Penicillin war weltweit fast gar nicht erprobt und infolgedessen waren kaum belastbare Daten dazu vorhanden, wie genau das neue Medikament bei Kindern, noch weniger an Säuglingen, am besten zu verabreichen war. Daher war es unabdinglich, schnellstmöglich mit klinischen Forschungen auf diesem Gebiet zu beginnen. Ärzt_innen im Kinderkrankenhaus in Berlin-Charlottenburg unter der Leitung von Ernst Stettner widmeten sich dieser Aufgabe.⁴¹¹ Erklärtes Ziel war es, anhand von klinischen Fallbeispielen „Allgemeingültiges zur Penicillinanwendung in der Kinderklinik auszusagen“. Die Resultate hierüber wurden von der Ärztin Ernestine Klecker in der *Ärztlichen Wochenschrift* publiziert. Zunächst wurde vermerkt, dass die untersuchte Kohorte relativ klein war, da das Penicillin nur der „Großzügigkeit des Auslandes [zu] verdanken“ und insofern auch die „Forderung nach strengster Indikationsstellung“ gegeben war.⁴¹² Diskutiert wurden vorrangig Fragen der Dosierung und zu beachtende Wechselwirkungen mit dem kindlichen Organismus, beispielsweise musste dem spezifischen Wasserhaushalt von schwerkranken Säuglingen Rechnung getragen werden. Aufgrund der Schwere der Erkrankungen und dem bei Säuglingen noch maßgeblich in der Entwicklung befindlichem Immunsystem bemerkte man: „Säuglinge und Kleinkinder sind also in besonderem Maße auf die Hilfe von außen, also auf wirklich ausreichend wirksame Penicillindosen angewiesen.“⁴¹³ Das Resümee über das neue Medikament fiel trotz aller Schwierigkeiten durchweg positiv aus. So urteilte man, dass „das Penicillin auch in der Kinderheilkunde eine wertvolle Ausweitung unserer therapeutischen Möglichkeiten darstellt.“⁴¹⁴

In den folgenden Jahren wurden die Fragestellungen zur Therapie von Säuglingen mit Penicillin differenzierter wie eine weitere Veröffentlichung aus der Charlottenburger Kinderklinik zeigt. Diese lieferte Erkenntnisse hinsichtlich der Genese des Krankheitsbilds der (intestinalen)

⁴¹⁰ LAB B Rep. 012, Nr.: 151

⁴¹¹ Ernst Melchior Stettner (1885-1963), habilitierte sich 1920 in Erlangen, seit 1938 Direktor des Städtischen Kinderkrankenhauses und Mütterheims in Berlin-Charlottenburg. Vgl.: Rascher, Wolfgang; Wittern-Sterzel, Renate (Hrsg.): Geschichte der Universitäts-Kinderklinik Erlangen. V&R unipress, Göttingen, 2005, S. 92.

⁴¹² Klecker, Ernestine: Penicillintherapie in der Kinderklinik unter besonderer Berücksichtigung der Penicillinanwendung bei Säuglingen. *Ärztliche Wochenschrift*, Springer, Berlin, 1946-47, 1. und 2. Jahrgang, S. 855.

⁴¹³ Ebd., S. 858.

⁴¹⁴ Ebd., S. 859.

Toxikose des Säuglings.⁴¹⁵ Noch immer wurde der wissenschaftliche Diskurs von der Frage nach der Ätiologie von Ernährungsstörungen bestimmt, wobei man die mögliche ursächliche Bedeutung von Infektionen im Verdauungstrakt und fehlerhafter Ernährungsweise sowie deren gegenseitige Beeinflussung diskutierte. Gegen die Infektion als Ursache wurden in der Vergangenheit immer wieder fehlende (klinische) Beweise einer Infektion ins Feld geführt. Ausgehend von der Annahme einer infektiösen Ursache der intestinalen Toxikose versuchte man nun in der Charlottenburger Kinderklinik Penicillin bei Fällen einer „scheinbar alimentär bedingten Toxikose“ anzuwenden.⁴¹⁶ Die „überraschende Verbesserung des Allgemeinzustandes schon nach wenigen Stunden“ leistete der These Vorschub, dass eine „okkulte Infektion“ der Erkrankung ursächlich zugrunde liege.⁴¹⁷ Wenngleich auch in einigen Fällen der experimentelle Nachweis in Form von Blutkulturen oder klinischen Infektzeichen nicht gelang, so überzeugte der „fast hundertprozentige Erfolg der Penicillinanwendung bei toxischen Säuglingen“ die Ärzt_innen von einer infektiösen Genese der Krankheit.⁴¹⁸ Somit beeinflusste eine neue Medikamentenklasse, die nicht primär für die Therapie von Ernährungsstörungen entwickelt wurde, die Behandlung und die Erklärungsansätze bezüglich der Ätiologie des Krankheitsbildes in unvorhergesehener Weise. Eines der dringendsten Probleme der Kinderheilkunde, die „schweren Ernährungsstörungen in den ersten Monaten“ eines Säuglings, welche mit erheblicher Mortalität einhergingen, konnten so „in entscheidender Weise“ beeinflusst werden.⁴¹⁹

3.2.1 Penicillin

Zunächst war das Penicillin-Komitee nur für die Verteilung von Penicillin zuständig, wobei der Aufgabenbereich mit der Einführung von Streptomycin auch um die Distribution dieses Antibiotikums erweitert wurde. Die Pädiater Joppich (KAVH) und Nohlen (Städtisches

⁴¹⁵ „Unter intestinaler Toxikose, der schweren Form der akuten Ernährungsstörung, verstehen wir einen Symptomkomplex von akuter Brechdurchfallstörung mit einer besonders ernsten, ganz im Vordergrund stehenden Allgemeinreaktion, nämlich mit Bewusstseinstörung und plötzlichem Verfall.“ Vgl.: Rominger, Erich: Die Ernährungsstörungen des Säuglings. In: Pfaundler, Meinhard von; Schlossmann, Arthur (Hrsg.): Handbuch der Kinderheilkunde. Ein Buch für den praktischen Arzt. F.C.W. Vogel, Berlin, 1931, 4. Auflage, 3. Band, S. 156.

⁴¹⁶ Klecker, Ernestine: Penicillinanwendung bei Toxikosen Junger Säuglinge. Ärztliche Wochenschrift. Springer, Berlin, 1949, 4. Jahrgang, S. 173.

⁴¹⁷ Ebd., S. 173 f.

⁴¹⁸ Ebd., S. 175.

⁴¹⁹ Ebd.

Kinderkrankenhaus Wedding, Kapitel 4.2.4) waren im Penicillin-Komitee vertreten und waren für das Fach Kinderheilkunde in dieser Angelegenheit wortführend.⁴²⁰ In den Sitzungen des Penicillin-Komitees 1948 wurde von den anwesenden Ärzt_innen berichtet, dass verzweifelte Eltern sich, nachdem sie über Diagnose und Prognose von den behandelnden Ärzt_innen unterrichtet worden waren, an die Öffentlichkeit durch Presse und Rundfunk wandten, um eine Verfügbarkeit auch von Streptomycin für ihre schwerstkranken Kinder zu fordern. Um diesem Druck entgegenzutreten, wurde in einem Sitzungsprotokoll des Penicillin-Komitees vom 7. Mai 1948 erläutert, dass die „Propagierung des Mittels Streptomycin verfrüht“ und „zur Zeit für Deutschland nicht realisierbar“ gewesen sei.⁴²¹ Weiterhin verfasste das Penicillin-Komitee einen Aufruf an die Ärzteschaft Berlins mit der Anweisung, bezüglich der Propagierung dieses Mittels „absolute Zurückhaltung auszuüben“.⁴²² Ähnliche Mitteilungen erhielt auch die Presse. Nachfrage und reale Verfügbarkeit klafften somit offensichtlich weit auseinander, sodass hier auch die ethische Dimension der Allokationsproblematik diskutiert werden musste. Ökonomische Zwänge sind demnach nicht nur ein Problem der Medizin in Anbetracht einer Bevölkerung mit hohem Durchschnittsalter und Multimorbidität. Von manchen Ärzt_innen des Komitees wurde in diesem Zusammenhang vorgeschlagen, von dem vorhandenen Geld „andere Medikamente für andere Krankheiten zu kaufen, wobei einer grösseren Anzahl von Menschen geholfen werden kann.“⁴²³ Diese Verteilungsschwierigkeiten wurden auch konkret in Bezug auf das Penicillin thematisiert. So wurde diskutiert, dass für die schwere Herzerkrankung Endocarditis lenta viel größere Mengen des Antibiotikums aufgewendet werden mussten, um eventuell eine Heilung zu ermöglichen, wohingegen für die erfolgreiche Behandlung einer Pneumonie viel weniger nötig wäre, die Heilung aber mit ungleich größerer Wahrscheinlichkeit eintreten würde.⁴²⁴ Wie streng limitiert die Ressourcen waren, verdeutlicht folgender Sonderfall aus dem KAVH, bei dem sich ein Neugeborenes nach der Anwendung der gerade erst sich zu etablieren beginnenden Methode der Austauschinfusion zur Behandlung des Morbus haemolyticus neonatorum, (Kapitel 4.1 und Exkurs: Forschungsschwerpunkt Neonatologie in

⁴²⁰ LAB B Rep. 012, Nr.: 151

⁴²¹ Ebd.

⁴²² Ebd.

⁴²³ Ebd.

⁴²⁴ Dinter, Andreas: Berlin in Trümmern. Ernährungslage und medizinische Versorgung Berlins nach dem II. Weltkrieg. Frank Wünsche, Berlin, 1999. S. 210.

West und Ost) eine Sepsis zuzog. Eine Sonderzuteilung Penicillin wurde notwendig, Joppich musste einen „Freigabeschein“ an den betreffenden Kollegen Rost in Spandau senden.⁴²⁵

3.2.2 Streptomycin

Der kostspielige Import der Substanz Streptomycin aus den USA wurde von der Militärregierung im US-Sektor Berlins im Mai 1948 in Anbetracht der „großen Anzahl an tuberkulöser Meningitis“,⁴²⁶ die als Hauptindikation für den Einsatz von Streptomycin galt, als unumgänglich betrachtet. Die Kosten beliefen sich damals in den USA auf einen „Großhandelspreis auf 2,10 Dollar pro gr. [bei einer üblichen] Durchschnittsmenge [von] annähernd 200 Gramm“.⁴²⁷ Beachtlich ist, dass die Behandlung mit Streptomycin in Berlin nur bei einigen wenigen Erkrankungen von der Militärregierung zugelassen wurde, die nicht deckungsgleich mit denen der zeitgenössischen medizinischen Indikationen waren, deren Anzahl ungleich größer war. Auch wenn die Organisation bezüglich der Verteilung des Streptomycin-Antibiotikums durch die amerikanische Besatzungszone erfolgte, sollte zunächst eine Behandlung erkrankter Personen in allen Besatzungszonen ermöglicht werden und nicht auf die US-Zone beschränkt bleiben; dies wurde durch die Einrichtung einzelner Zentren gewährleistet. Erst mit der Blockade Berlins und der Einrichtung der Luftbrücke änderten sich diese Bedingungen und Streptomycin wurde zum Politikum zwischen Ost und West. Die Verbote des Kalten Krieges machten also auch vor der humanitären Versorgung der Menschen in Berlin nicht Halt.

Grundlage für die Entscheidung für den Import von Streptomycin waren wissenschaftliche Erhebungen über den Erfolg des Einsatzes dieses Antibiotikums in Berlins Krankenhäusern, insbesondere bei tuberkulöser Meningitis, welche dem zuständigen Public Health Branch der US-Militärregierung vorgelegt wurden. Da die verfügbare Menge an Streptomycin schon in den zwei Jahren vor der Blockade West-Berlins und Einrichtung der Luftbrücke sehr knapp war, entschloss man sich schon in dieser Zeit, das Medikament „nur in besonders ausgewählten Behandlungsstellen zu verwenden und die Versuche nur auf wenige, für gewöhnlich tödliche Formen der Krankheit, einschließlich tuberkulöser Meningitis bei Kindern und akuter

⁴²⁵ Das Kaiserin-Auguste-Victoria Haus 1909 bis 1959. In: Ballowitz, Leonore (Hrsg.): Schriftenreihe zur Geschichte der Kinderheilkunde aus dem Archiv des Kaiserin-Auguste-Victoria Haus. Humana Milchwerke Westfalen eG, Herford, 1992, Heft 9, S. 40 f.

⁴²⁶ LAB B Rep. 012, Nr. 151

⁴²⁷ Ebd.

Miliartuberkulose, zu beschränken.“⁴²⁸ In einigen anderen Dokumenten wird zusätzlich als Therapieindikation noch die Tularämie genannt.⁴²⁹ Die benötigte Menge wurde unter Bezug auf die teilweise lückenhaften Daten des vorherigen Jahres, 1947, durch das Komitee geschätzt:

„Der Streptomycin-Bedarf beträgt für das 1. Vierteljahr 1949 monatlich 1.250 g + 10% = 1.375g. Diese Zahl entspricht dem monatlichen Verbrauch im 4. Vierteljahr 1948. Die Zahl der behandlungsbedürftigen Fälle wird sich voraussichtlich nicht wesentlich ändern.“⁴³⁰

Trotz der unzureichenden Datenlage über die tatsächlich erkrankten Patient_innen wird deutlich, dass die Fälle von tuberkulöser Meningitis häufig bei Kindern auftraten und dass dabei eine zu dem Alter der Kinder antiproportionale Letalität einherging, die vor allem Kleinkinder und Säuglinge unter drei Jahren betraf.⁴³¹ Darüber hinaus nahmen Säuglinge eine medizinische Sonderstellung ein, da aufgrund des geringen Alters im Falle einer Tuberkulose-Erkrankung nur unter der Behandlung von Streptomycin eine „Rettung“ zu erwarten gewesen sei, wie es Joppich schon 1948 in einem Schreiben an das Landesgesundheitsamt mit der Bitte um Zuteilung von Streptomycin für das KAVH deutlich gemachte hatte.⁴³² Mit dieser Meinung stand er in der Fachwelt nicht alleine da, die Erfolge dieser Form der Behandlung wurden auf dem Kongress der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde 1948 in Göttingen von anderen namhaften Pädiatern bestätigt.⁴³³

Nachdem der Import von Streptomycin beschlossene Sache war, wurde im September 1948 ein Streptomycin-Komitee, analog zu dem Penicillin-Komitee, eingerichtet, welches mit der Verteilung, Stellung der Indikation zur Behandlung und Dokumentation der Fälle beauftragt wurde.

⁴²⁸ LAB B Rep. 012, Nr. 151

⁴²⁹ „Tularämie: Hasenpest, Nagetierseuche, die auch beim Menschen auftreten kann, bes[onders] bei d[en] Kaninchenjägern Russlands u. Nordamerikas beobachtete anzeigepflicht[lichtige] Krankheit mit hohem Fieber, typhusähn[lichem] Verlauf, bisweilen auch nur m[it] Bindehautentzünd[ung]. od. Drüenschwellungen u. -vereiterungen. Erreg[er]: Tularämiebakterien.“ Zitiert nach: Psychrembel, Willibald (Hrsg.): Klinisches Wörterbuch mit klinischen Symptomen. Walter de Gruyter, Berlin, 1964, S. 903. Da in der Nachkriegszeit wildlebende Kaninchen oft als Nahrung dienten, kam es zu einem gehäuftem Auftreten dieser Krankheit auch beim Menschen.

⁴³⁰ LAB B Rep. 012, Nr. 151

⁴³¹ Ebd.

⁴³² Ebd.

⁴³³ Ebd.

Dieses bestand namentlich aus:

- „a) Dr. Auersbach, Tb-Krankenhaus Heckeshorn (20 Betten),
- b) Prof. Joppich, Kaiserin-Auguste-Viktoria Haus, [Charlottenburg] (10 Betten),
- c) Dr. Nohlen, Städt[isches] Kinderkrankenhaus Wedding (14 Betten)“.⁴³⁴

Später wurde noch das Städtische Kinderkrankenhaus Charlottenburg unter dem Pädiater Stettner (5 Betten) hinzugefügt.

Die Sitzungen des Komitees befassten sich nicht nur mit administrativen Problemen. Robert Henneberg (1908-1998), Leiter des Robert-Koch-Instituts, hob neben diesen auch die wissenschaftliche Komponente des Vorhabens hervor und benannte als weitere Zielsetzung des Komitees „die Möglichkeiten der Behandlung von Infektionskrankheiten mit Streptomycin klinisch und wissenschaftlich für unsere deutschen Verhältnisse zu eruieren“.⁴³⁵ Daher wurden von den mit der Behandlung mit Antibiotika betrauten Ärzt_innen regelmäßig Vorträge zum Erfahrungsaustausch und Wissenstransfer gehalten. Der Chefarzt des Städtischen Kinderkrankenhauses Wedding, Arno Nohlen, ein langjähriger Experte auf dem Gebiet der Tuberkulosebehandlung (Kapitel 4.2.4), berichtete beispielsweise über seine klinischen Erfahrungen über „Die Streptomycinbehandlung der Tuberkulose im Kindesalter“.⁴³⁶ Eine bemerkenswerte Besonderheit der Antibiotika-Komitees ist somit die Vermischung von administrativen Aufgaben und wissenschaftlichem Austausch, wobei letzteres traditionellerweise eher an universitären Einrichtungen oder auf Tagungen der jeweiligen Fachgesellschaften stattfindet. Insofern kann die Einrichtung dieser Komitees als besonderes historisches Spezifikum der Nachkriegszeit in Berlin betrachtet werden.

Die prekäre Versorgungslage machte eine Reihe von Anordnungen notwendig, in denen das Komitee eine zentrale Rolle einnahm. So durften Patient_innen nur in den oben genannten Krankenhäusern und später auch im Städtischen Krankenhaus Neukölln behandelt werden. Eine Ausnahme bildeten Fälle hoch akuter Erkrankung, wenn aus medizinischer Sicht eine Verlegung unzumutbar gewesen wäre. Das Komitee war angehalten, jeweils ausführliche Berichte über die behandelten Fälle anzufertigen, „enthaltend klinische Geschichte, Behandlungsmethode und erzielte Resultate“.⁴³⁷ Auf Grundlage dessen wurde dann weiter über die Behandlung entschieden. So hieß es beispielsweise in einem Bericht des KAVH aus dem

⁴³⁴ LAB B Rep. 012, Nr. 151

⁴³⁵ BArch B 208/39 (1 von 2)

⁴³⁶ LAB B Rep. 012, Nr.: 151

⁴³⁷ Ebd.

Jahr 1949: „Die Kinder [...] sind in ihrem Zustand unverändert, sodass nicht mehr mit Streptomycin behandelt wird.“⁴³⁸ Oder es wurden Erfolge festgehalten: „Das 2-jährige Mädchen [...] mit Meningitis tbc erholt sich unter der Streptomycin-Therapie von bisher 46 g in 82 Tagen weiterhin langsam und bisher komplikationslos.“⁴³⁹ Bei der Streptomycin-Verteilung lag in Anbetracht der ausgewählten Krankenhäusern, in denen das Antibiotikum zum Einsatz kam, eine deutliche Akzentuierung auf der Versorgung von kranken Kindern. Hauptdiagnosen der mit Streptomycin behandelten Kindern waren tuberkulöse Meningitis, Miliartuberkulose oder beides; andere Indikationen waren Einzelfälle.⁴⁴⁰ Das KAVH erfuhr durch diese Aufgabenübernahme nun eine über die Umsetzung einer medizinischen Grundversorgung hinausgehende Spezialrolle, die an einen großen Erfahrungsschatz anknüpfte und seine schon vor dem Zweiten Weltkrieg herausragende Rolle in der Berliner Pädiatrie weiterführte, die letztlich unangetastet blieb.

Weiterhin beschäftigte sich in der US-Besatzungszone der dortige Gesundheitsausschuss mit der Streptomycin-Frage. In einer Sitzung wurde am 25. November 1948 eine Ausweitung der Indikation zur Behandlung mit Streptomycin vereinbart; so sollten nun „10% der bisherigen Streptomycinmenge zusätzlich für folgende Indikationen zur Verfügung [gestellt werden]: Bazilläre Meningitis, lebensbedrohliche Keuchhustenfälle bei Kindern unter 3 Monaten, Toxikosen und postoperative Streuungen.“⁴⁴¹ Dem lag eine übliche Behandlungsdosis für Kinder mit Streptomycin: „50-75mg/ engl. Pfund/ Tag parenteral“ zugrunde.⁴⁴² Im Jahre 1950 wurde auf einer Konferenz mit Leiter_innen anderer Streptomycin-Zentren in West-Deutschland eine statistische Erhebung der Erfolge und der Zahl der mit Streptomycin behandelten Kinder beschlossen, die eine Schätzung der benötigten Menge und Quelle des Streptomycins beinhalten sollte.⁴⁴³ Dies kann als einer der ersten Schritte in Richtung neu aufkommender wissenschaftlicher Datenerhebung nach dem Zweiten Weltkrieg gewertet werden. Genormte Bögen wurden zu diesem Zweck an die Streptomycin-Zentren abgegeben, welche Angaben über die Diagnose, Alter, Krankheitsverlauf- und -dauer, Rezidive sowie Herkunft des Streptomycins enthielten. Die Kinderheilkunde betreffend waren folgende spezielle Behandlungszentren vorgesehen:

⁴³⁸ BArch B 208/39 (1 von 2)

⁴³⁹ Ebd.

⁴⁴⁰ LAB B Rep. 012, Nr.: 151

⁴⁴¹ Ebd.

⁴⁴² Ebd.

⁴⁴³ Ebd.

Einrichtung	zuständiger, leitender Arzt
Kinderkrankenhaus Hufeland	Dr. Baumann
Lindenhof, Herzberge	Dr. Hochbaum
Krankenhaus Friedrichshain	Dr. Roessing
Krankenhaus Berlin-Buch	Dr. Heim
Kinderklinik der Charité	Prof. Klinke

Am Ende der Erhebungen über die Anwendungen von Streptomycin stand eine Monographie des Streptomycins-Komitees auf Grundlage der Erfahrungen der Berliner Kliniken, die bundesweit Verbreitung fand.⁴⁴⁴ Es enthielt auch ein spezielles Kapitel über die „Behandlung im Kindesalter“, das auf den Erfahrungen des Kinderkrankenhaus Wedding unter Nohlen fußte sowie „Streptomycintherapie nichttuberkulöser Erkrankungen des Kindes“ beispielsweise bei „Ernährungsstörungen“ (ebenfalls Nohlen Wedding) oder über „Nichttuberkulöse Meningitis“ (Chefarzt Mader Kinderkrankenhaus Neukölln).⁴⁴⁵ Als paradigmatisch kann hier auch für die Nachkriegszeit bestimmenden Krankheitsentitäten der Artikel von Adalbert Loeschke (1903-1970) „Über Streptomycinwirkung bei der Säuglingsdyspepsie“ in der *Klinischen Wochenschrift* bezeichnet werden.⁴⁴⁶

Die Antibiotika-Komitees waren somit ein für den Osten und Westen der Stadt gleichermaßen eingerichtetes administratives Organ für die im höchsten Maße regulierte, überwachte und dokumentierte Abgabe von Antibiotika an bestimmte Krankenhäuser. In der Realität stellte sich jedoch ein Ungleichgewicht ein, was die tatsächliche Versorgung betraf, welches mit der zunehmenden Gegnerschaft der westlichen Alliierten und der Sowjetunion zunahm. Die Versorgungslage im Osten der Stadt war im Hinblick auf Antibiotika wie Streptomycin deutlich mangelhafter als im Westteil. So gaben Ärzt_innen in den Sitzungen des Streptomycin-Komitees 1951 an, dass täglich [sic!] Patient_innen aus dem Osten in Krankenhäuser des Westens mit der Bitte um Behandlung erschienen. Zudem gingen viele Anträge beim Landesgesundheitsamt ein, Streptomycin an den Ostteil abzugeben. Immer wieder wurde im Zusammenhang mit den Schwierigkeiten der „Streptomycinbeschaffung für die Ost-Zone“

⁴⁴⁴ Henneberg, Georg: Weg, Ziel und Grenzen der Streptomycintherapie. Unter besonderer Berücksichtigung der chemotherapeutisch bedingten Veränderungen in Klinik und Pathologie der Tuberkulose. Berlin, Walter de Gruyter&Co, 1953.

⁴⁴⁵ BArch B 208/39 (1 von 2)

⁴⁴⁶ Loeschke, Adalbert: Über die Streptomycinwirkung bei der Säuglingsdyspepsie. *Klinische Wochenschrift*, 1948, Nr. 26 (23), S. 375-376.

auch über die Rolle West-Berlins diskutiert.⁴⁴⁷ Die Fortführung der „Hilfsaktion für den Osten“ war beschlossene Sache, die Finanzierung sollte über Spendenanfragen verschiedener Hilfsorganisationen ermöglicht werden. Auch dabei wurde die Allokationsproblematik deutlich, deren ethische Dimension folgendermaßen charakterisiert wurde: „Die Art der Fälle ist katastrophal, und derjenige, der darüber entscheiden muß, ob und wie geholfen werden kann, hat mehr Last zu tragen als der Arzt.“⁴⁴⁸ Auch wenn nur einem Bruchteil der Anfragen nach Streptomycin stattgegeben werden konnte, da selbst im Westen aufgrund finanzieller Beschaffungsengpässe ein Drittel der Anträge leer ausgehen würde, belegt dies dennoch, dass auch nach der offiziellen Teilung der Stadt im Jahr 1951 noch Zusammenarbeit über Staatsgrenzen hinweg zwischen den Krankenhäusern stattfand.⁴⁴⁹ Asymmetrische deutsch-deutsche Verflechtungen sind somit auch für die praktische Kinderheilkunde nachweisbar.

3.2.3 Entwicklungen in den 1950er Jahren

Auch nach Ende der großen Typhusepidemie 1945 traten in Berlin weiterhin neue Fälle von Typhus auf, und es gab viele Patient_innen ohne Symptome, die aber Träger und Überträger des Bakteriums waren, die sogenannten Dauerausscheider. Das Landesgesundheitsamt in West-Berlin bezifferte die Zahl der Typhus- bzw. Paratyphusfälle 1950 auf ungefähr 250 sowie zusätzlich 207 Dauerausscheider.⁴⁵⁰ Im selben Jahr fanden sich erstmals im Westen der Stadt Anfragen an den Public Health Branch der amerikanischen Besatzungszone in Zehlendorf, „ob es der Berliner Dienststelle des amerikanischen Oberkommissars möglich wäre, unsere Bemühungen um Ausrottung der Typhus-Infektionen durch Überlassung von Chloromycetin zu unterstützen.“⁴⁵¹ Ende des Jahres stand das Antibiotikum schließlich zur Verfügung; ein Teil der Spende wurde auch dem KAVH zuteil, weiterhin erhielten die Kinderkrankenhäuser Wedding, Lichtenrade (Tempelhof) und Charlottenburg Zuteilungen. Auch in diesem Fall wurde eine strenge Indikationsstellung (z. B. keine Behandlung von bloßen Verdachtsfällen) sowie umfassende medizinische Dokumentation und Berichterstattung an das Gesundheitsamt erforderlich. Aus diesen Dokumentationen geht hervor, dass auch diese Infektionskrankheit gehäuft Kinder betraf, insbesondere Säuglinge und Kleinkinder. Grundsätzlich war das zur

⁴⁴⁷ BArch B 208/39 (1 von 2)

⁴⁴⁸ Ebd.

⁴⁴⁹ LAB B Rep. 012, Nr.: 151

⁴⁵⁰ Ebd.

⁴⁵¹ Ebd.

Verfügung stehende Antibiotikum nur für die Anwendung in West-Berlin vorgesehen, jedoch fand „gelegentlich auch [die Abgabe] an Einzelpersonen aus der Ostzone“ statt.⁴⁵² Konkret wurden von der 8975 Gramm umfassenden Spende Chloromycetin „6211,5g an Angehörige Westberlins und 2624,5g an die Bevölkerung in Ostberlin und der Ostzone ausgegeben.“⁴⁵³ Eine andere Infektionskrankheit, die eine besondere Bedrohung darstellte, war die durch β -hämolisierende Streptokokken verursachte Kinderkrankheit Scharlach. Im Herbst 1950 stieg die Zahl der Scharlacherkrankungen derart an, dass das Landesgesundheitsamt von einer Scharlach-Epidemie sprach. Zur Prophylaxe und Behandlung wurden die erkrankten Kinder in speziellen Abteilungen in den Kinderkrankenhäusern isoliert. Im Laufe des Sommers hatte die Anzahl der isolierpflichtigen Betten auf 755 zugenommen, bis Ende November 1950 wurden behelfsmäßig insgesamt über 1600 in der sogenannten „Scharlachbettenaktion“ bereitgestellt, was die Bettennot jedoch nicht ganz beheben konnte.⁴⁵⁴ Bei einem Erkrankungsfall war bis November 1950 ein „Zwangsaufenthalt im Krankenhaus“ vorgesehen, seit dem 10. Juni 1945 für sechs Wochen, im Sommer 1950 wurde dieser auf vier Wochen reduziert.⁴⁵⁵ Da dieses Vorgehen die vorhandenen Kapazitäten sprengte und eine Abnahme der Erkrankungsfälle nicht abzusehen war, schlug Joppich auf der Amtsarztsitzung vom 13. November 1950 einen speziellen Plan vor. Auch hier war durch das Penicillin eine umfassende Reformierung der Behandlung möglich geworden. Nach zehntägiger stationärer Behandlung mit dem Antibiotikum konnten die erkrankten Kinder unter ambulanter Kontrolle wieder entlassen werden. Wenn es die „häuslichen und wirtschaftlichen Verhältnisse“ zuließen, konnten die Kinder sogar von Beginn der Erkrankung an zu Hause mit Penicillin behandelt werden. Dies sei einfacher und kostengünstiger als die weitere Einrichtung von Hilfskrankenhäusern. Zur Umsetzung des Plans wurde ein „Aktionsausschuss zur Bekämpfung der Scharlach-Epidemie“ gebildet, dem neben Joppich auch Nohlen, diverse Amtsärzt_innen und andere Vertreter_innen der Ärzteschaft angehörten.⁴⁵⁶ Zu Beginn des Jahres 1951 konnte ein deutlicher Rückgang der Erkrankungszahlen vermerkt werden.⁴⁵⁷

⁴⁵² LAB B Rep. 012, Nr.: 151

⁴⁵³ Ebd.

⁴⁵⁴ LAB B Rep. 004, Nr.: 3961

⁴⁵⁵ Ebd.

⁴⁵⁶ LAB B Rep. 012, Nr.: 6

⁴⁵⁷ Ebd.

4 Institutionalisierte Elemente der Kinderversorgung und prägende Persönlichkeiten

4.1 Universitäten und ihre Professor_innen

4.1.1 Kaiserin-Auguste-Victoria Haus

Gründung, Konzeption und Hintergründe

Bezüglich der Kinderheilkunde kann die Stadt Berlin auf eine lange Geschichte zurückblicken, sowohl im Hinblick auf die Etablierung des Fachgebietes als auch in Bezug auf dessen Weiterentwicklung und Subspezialisierung. Viele der Gründungsväter der Kinderheilkunde haben in Berlin geforscht und gelehrt – darunter Adalbert Czerny, Arthur Keller, und Heinrich Finkelstein – um nur einige zu nennen.⁴⁵⁸ Der Internist und Kinderarzt Otto Heubner erhielt 1894 innerhalb des Deutschen Reiches an der Berliner Universität das erste Ordinariat für das sich neu etablierende Fach Kinderheilkunde.⁴⁵⁹ Somit hatte diese auch auf dem Gebiet der Kinderheilkunde und dessen Professionalisierung und Institutionalisierung eine Vorreiterrolle inne. Als zweite große universitäre Institution erschien mit der Gründung der Freien Universität Berlin 1948 im Westen der Stadt deren Kinderklinik auf der Bildfläche. Das KAVH war bereits zu Gründungszeiten eine Institution von besonderer Konzeption und mehr als ein bloßes Kinderkrankenhaus. Bevor es nun Universitätskinderklinik wurde, hatte es schon zu Beginn des Jahrhunderts eine besondere Rolle – mit anderen Zielsetzungen – in der Geschichte der Kinderheilkunde in Berlin gespielt (Abb. 21).

Dieses Kapitel widmet sich nun der Geschichte der Kinderklinik der Freien Universität Berlins, da diesem Krankenhaus eine besondere Bedeutung zukommt und sich hier einige der prägnantesten Traditionslinien der Problematik der Geschichte der Kinderheilkunde exemplarisch nachzeichnen lassen. Zudem ist die Geschichte der Kinderklinik der Humboldt Universität (HU) - Charité relativ gut erforscht.⁴⁶⁰ Des Weiteren soll hier das Leben und Wirken

⁴⁵⁸ Heinrich Finkelstein (1865-1942). Er arbeitete ebenfalls unter Heubner 1894-1904 an der Charité-Kinderklinik und wurde 1901 Oberarzt am Berliner Kinderasyl und städtischen Waisenhaus, danach Direktor des Städtischen Kaiser- und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhauses in der Reinickendorfer Straße. Vgl.: Peiper, Albrecht: Chronik der Kinderheilkunde. Thieme, Leipzig, 1966, S. 291.

⁴⁵⁹ Otto Heubner (1843-1926) Internist und Pädiater, 1894-1913 Ordinarius für Kinderheilkunde an der Kinderklinik der Charité. Schwerpunkte seiner Arbeit waren pathologisch-anatomische Fragen sowie Infektionskrankheiten. Vgl.: Peiper, Albrecht: Chronik der Kinderheilkunde. Thieme, Leipzig, 1966, S. 286.

⁴⁶⁰ Grauel, E.: Universitätskinderklinik an der Berliner Charité: Geschichte. Monatsschrift für Kinderheilkunde, 2004, Volume 152, Nr.: 8, S. 903.

maßgeblicher leitender Persönlichkeiten untersucht werden, denn „Institutionen handeln nicht, sondern nur Individuen in oder für Institutionen.“⁴⁶¹ Namentlich sind hier vorrangig die ärztlichen Direktoren des KAVH wie Gerhard Joppich und Adalbert Loeschke und die erste Professorin der Medizinischen Fakultät der Freien Universität Berlins, Leonore Ballowitz, zu



Abbildung 20: Hauptgebäude des KAVH, undatiert.

nennen. Nicht nur in Bezug auf die Etablierung von traditionellen universitären Strukturen, wie das erste Ordinariat für Kinderheilkunde, nahm der Standort Berlin eine Vorreiterrolle auf deutschsprachigem Gebiet ein. Zunächst parallel zur Universitätsgeschichte wurde 1907 mit dem Kaiserin-Auguste-Victoria Haus eine Institution von eminenter Bedeutung und hohem Symbolcharakter ins Leben gerufen. Das KAVH wurde als „Reichsanstalt zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit“ gegründet und zu seiner Entstehungszeit noch als unzureichend bemängelt und selbst von einem der berühmtesten Kinderärzte, Adalbert Czerny, polemisch als „Säuglingspalast“ titulierte.⁴⁶² Nach 1945 wurde es Wegbereiter und Teil einer der ange-

⁴⁶¹ Popper, Karl R.: Die Logik der Sozialwissenschaften. In: Adorno, Theodor W., Dahrendorf, Ralf; Pilot, Harald; Albert, Hans; Habermas, Jürgen; Popper, Karl R.: Der Positivismusstreit in der deutschen Soziologie. Luchterhand, Neuwied und Berlin, 1969, S. 122.

⁴⁶² Seidler, Eduard: Die Kinderheilkunde in der Gründungssituation des Kaiserin-Auguste-Victoria Hauses. In: Ballowitz, Leonore (Hrsg.): Schriftenreihe zur Geschichte der Kinderheilkunde aus dem Archiv des Kaiserin-Auguste-Victoria Haus, Humana Milchwerke Westfalen, Herford, 1986, Heft 2, S. 5-11.

sehensten und größten Universitätskliniken Europas. Wie war dies möglich? Wie und unter welchen Bedingungen hat sich die Pädiatrie in West-Berlin nach 1945 entwickelt? Welche Rolle spielte das KAVH in der Kaiserzeit und welche Änderungen haben sich durch die folgenden Jahre und auch nach der Gründung der Bundesrepublik ergeben? Innerhalb dieser übergeordneten Forschungsfragen wird auch beschrieben, welchen Einfluss Leonore Ballowitz auf die Entwicklung genommen hat.

Um die Beweggründe bei der Gründung des KAVH verständlich zu machen, muss man sich zunächst vor Augen führen, dass Berlin zur Kaiserzeit eine eklatant hohe Säuglingssterblichkeit aufwies, die 1891 einen Maximalwert von 41 Prozent erreichte. Zur Gründungszeit des KAVH 1907 betrug sie noch circa 16 Prozent.⁴⁶³ Auch wenn sich die Zahlen schon etwas verringert hatten, stand Berlin im Vergleich zu anderen Großstädten immer noch relativ schlecht dar.⁴⁶⁴ Dieses Problem war eines der prominentesten überhaupt in der Kinderheilkunde der damaligen Zeit und drängte auf eine Lösung; als entscheidend wurden ganz im Sinne des herrschenden Zeitgeistes ökonomische sowie nationale und patriotische Notwendigkeiten angesehen. Vor diesem Hintergrund manifestierte sich sowohl das Kinderbild der damaligen Zeit als auch das Selbstverständnis der Ärzt_innen: Die zu behandelnden Säuglinge und Kinder waren schützenswert, da es sich bei ihnen um die zukünftigen Garanten für das Wohlergehen der Nation handelte. Dies stand eher im Vordergrund als humanistische Zielsetzungen in dem Sinne, das Kind als hilfsbedürftiges Individuum anzusehen. Die Pädiater_innen waren insofern auch für den Fortschritt in der Nation verantwortlich, um diese Funktionsträger_innen heranzuziehen und auch noch den Eltern die dafür notwendigen Maßnahmen und Verhaltensregeln an die Hand zu geben. Interessanterweise weist diese an nationalen und wissenschaftlichen Prämissen ansetzende Argumentationsstruktur inhaltlich eine unverkennbare Nähe zu den Vertretern der Rassenhygiene auf, wobei zuständige Beamte vor der Gründung des KAVH verlauten ließen, dass es „volkswirtschaftlich rationeller sei, die Kinder im ersten Lebensjahr absterben zu lassen, da sie nun einmal nicht widerstandsfähig genug seien, als sie mühsam durch Fürsorgemaßnahmen am Leben zu erhalten und einem für

⁴⁶³ Die Säuglingssterblichkeit ergibt sich als Zahl der im ersten Lebensjahr gestorbenen Kinder je 1 000 Lebendgeborene. Heute beträgt die Säuglingssterblichkeit rund 3,3 Todesfälle je 1 000 Lebendgeburten. Bundesinstitut für Bevölkerungsentwicklung (Hrsg.): Säuglingssterblichkeit. 2015. URL: <http://www.bib-demografie.de/SharedDocs/Glossareintraege/DE/S/saueuglingssterblichkeit.html>, aufgerufen am 01. Dezember 2015.

⁴⁶⁴ Stöckel, Sigrid: Säuglingsfürsorge zwischen sozialer Hygiene und Eugenik. Walter de Gruyter, Berlin/New York 1996, S. 7-9.

die Gesellschaft kostspieligen Vegetieren entgegen zu führen.“⁴⁶⁵ Außerdem sollte eine weitere politische Dimension der sozialhygienischen Maßnahmen nicht außer Betracht gelassen werden: die der sozialen Integration und Vorbeugung von gesellschaftlichen Unruhen.⁴⁶⁶ Bemerkenswert ist jedoch, dass die im KAVH betriebene Forschung zu keinem Zeitpunkt – bewegten sich die ersonnenen Lösungsansätze hinsichtlich der Problematik der Säuglingssterblichkeit in dieser Zeit doch im Spannungsfeld zwischen sozialer Hygiene einerseits und dem lauter werdenden Ruf nach Rassenforschung bzw. Eugenik andererseits – eine rassenhygienische Orientierung aufwies.⁴⁶⁷

Die Debatte darüber, welche Ursachen für die Säuglingssterblichkeit nun maßgebend seien und welche Schlüsse daraus gezogen werden sollten, wurde mit Vehemenz geführt. Dass mit dieser Zielsetzung eine eigene Anstalt gegründet wurde, ist alles andere als eine Selbstverständlichkeit. Als 1894 Heubner die Abteilung für Kinderheilkunde an der Charité übernahm, riet ihm sein Vorgänger noch, er solle diese wegen der unhaltbaren hygienischen Zustände und der daraus resultierenden Sterblichkeit von über 70 Prozent der dort untergebrachten Säuglinge gänzlich schließen, um dem Ansehen der Klinik nicht zu schaden.⁴⁶⁸ Mit dieser grundsätzlichen Ablehnung war er nicht allein, ähnlich verfuhr man beispielsweise in Prag oder Wien, wo man auch keine Säuglinge oder diese nur unter bestimmten Voraussetzungen stationär aufnahm.⁴⁶⁹ Auch hieran zeigt sich, dass auch im Fall der Pädiatrie nicht immer eine Medizin zugunsten der kleinen Patient_innen praktiziert wurde, sondern sich diese auch oftmals an Prestigefragen orientierte, zumal sich zu diesem Zeitpunkt das junge Fach der Kinderheilkunde noch erheblich, insbesondere gegenüber der Geburtsmedizin und der Inneren Medizin, behaupten musste. Zu Gründungszeiten des KAVH war man sich jedoch zumindest dahingehend einig, dass „die eigentlichen Ursachen der Säuglingssterblichkeit falsche Ernährung und schlechte Pflege seien.“⁴⁷⁰ Da auch zahlreichen Wissenschaftler_innen und Ärzt_innen schon damals bewusst war, dass es sich bei der enormen Säuglingssterblichkeit

⁴⁶⁵ Stöckel, Sigrid: Säuglingsfürsorge zwischen sozialer Hygiene und Eugenik. Walter de Gruyter, Berlin/New York 1996, S. 254.

⁴⁶⁶ Ebd., S. 50.

⁴⁶⁷ Ebd., S. 257.

⁴⁶⁸ Bode, Harald; Straßburg, Hans-Michael; Hollman, Helmut: Sozialpädiatrie in der Praxis. München, Elsevier Urban & Fischer, 2014, 2. Auflage, S. 26.

⁴⁶⁹ Peiper, Albrecht: Chronik der Kinderheilkunde. Georg Thieme, Leipzig, 1966, S. 277.

⁴⁷⁰ Seidler, Eduard: Die Kinderheilkunde in der Gründungssituation des Kaiserin-Auguste-Victoria Hauses. In: Ballowitz, Leonore (Hrsg.): Schriftenreihe zur Geschichte der Kinderheilkunde aus dem Archiv des Kaiserin-Auguste-Victoria Haus, Humana Milchwerke Westfalen, Herford, 1986, Heft 2, S. 9.

nicht nur vorrangig um medizinische Probleme handelte, sondern durchaus auch sozialpolitische Ursachen in Erwägung zu ziehen seien, verwundert der sozialpädiatrische Ansatz des KAVH nicht.⁴⁷¹ Weiterhin waren sich die führenden Pädiater einig, beispielhaft seien hier Abraham Jacobi (1830-1919), Professor an der Columbia-Universität New York und Begründer der Kinderheilkunde in den USA sowie Theodor Escherich (1857-1911), Professor für Kinderheilkunde in Wien genannt, in besonderem Maße die sozial-gesellschaftliche Dimension im Aufgabengebiet der Kinderheilkunde hervorzuheben. Die Pädiatrie verstand es, sich in dieser Epoche nicht nur als Teilgebiet der Medizin zu inszenieren, sondern vielmehr auch als Garant für die politische Zukunft eines Landes. Das ärztliche Personal wurde also auch formende gesellschaftliche Kraft gesehen; ein Selbstverständnis, das uns heute nicht mehr geläufig erscheinen mag.⁴⁷² Auch das KAVH bildete hier keine Ausnahme, wenn in einer Denkschrift von der Notwendigkeit „unsere Volkskraft“ zu erhalten die Rede ist.⁴⁷³ Ebenso fanden zur gleichen Zeit die Erkenntnisse von Bakteriologie und Hygiene ihren Niederschlag in der praktizierten Kinderheilkunde. Von besonderer Bedeutung ist in diesem Zusammenhang erneut Theodor Escherich, der bei seinen Forschungen das später nach ihm benannte Bakterium *Escherichia coli* entdeckte und diese Erkenntnisse in seiner Habilitationsschrift mit dem Titel „Die Darmbakterien des Säuglings und ihre Beziehungen zur Physiologie der Verdauung“ publizierte, was ihn zum führenden Bakteriologen in der Pädiatrie avancieren ließ. Damit schlug er eine wichtige erkenntnistheoretische Brücke zwischen dem Gebiet der Bakteriologie und den Fragen der Ernährung und Ernährungsstörungen.⁴⁷⁴ Die Idee des KAVH geht auf den Kinderarzt Philip Biedert zurück,⁴⁷⁵ der sowohl klinische, wissenschaftliche als auch pragmatisch-präventive Ansätze zur Senkung der Säuglingssterblichkeit zu vereinen suchte. Um eine endgültige Klärung der Ursachen und eine

⁴⁷¹ Die damals geführte Debatte um die Gründe der Säuglingssterblichkeit und daraus zu ziehenden Schlussfolgerungen, die sich zwischen sozialer Hygiene bis hin zur Befürwortung von Eugenik im rassenhygienischen Sinne abspielte, sei hier nicht thematisiert.

⁴⁷² Seidler, Eduard: Die Kinderheilkunde in der Gründungssituation des Kaiserin-Auguste-Victoria Hauses. In: Ballowitz, Leonore (Hrsg.): Schriftenreihe zur Geschichte der Kinderheilkunde aus dem Archiv des Kaiserin-Auguste-Victoria Haus, Humana Milchwerke Westfalen, Herford, 1986, Heft 2, S. 5-11.

⁴⁷³ Kaiserin-Auguste-Victoria Haus (Hrsg.): Kaiserin-Auguste-Victoria Haus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reich. Denkschrift (10-jähriges Jubiläum).

⁴⁷⁴ Peiper, Albrecht: Chronik der Kinderheilkunde. Georg Thieme, Leipzig, 1966, S. 515 f.

⁴⁷⁵ Philip Biedert, Berliner Pädiater (1847-1916). Richtungsweisende Forschungen zur Säuglings- und Kinderernährung sowie Ernährungsstörungen, insbesondere aus sozialpädiatrischer Sicht. Vgl.: Stöckel, Sigrid: Säuglingsfürsorge zwischen sozialer Hygiene und Eugenik. Walter de Gruyter, Berlin/New York, 1996, S. 118-120.

Verbesserung der Zustände herbeizuführen, forderte er die Gründung einer zentralen „Versuchsanstalt“.⁴⁷⁶ Nach und nach fanden sich immer mehr wohlthätige Unterstützer_innen zusammen, auch die später namensgebende Kaiserin ließ sich für die Errichtung einer derartigen Anstalt gewinnen, sodass am 3. Dezember 1907 der Grundstein für die Erbauung des KAVH gelegt wurde,⁴⁷⁷ und 1909 die Eröffnung folgte.⁴⁷⁸ Die spätere „Reichsanstalt zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit“, so der offizielle Titel des KAVH jener Tage, wurde zu einer Einrichtung, welche die „ideale Verbindung zwischen Wissenschaft und Praxis“ herstellen sollte.⁴⁷⁹ Der Begriff „Praxis“ ist dabei nicht nur im Sinne klinischer Tätigkeit zu verstehen, sondern darüber hinaus auch als Fürsorgemaßnahme, die den Müttern den richtigen Umgang mit ihren Säuglingen, vor allem die Pflege und Ernährung, näherbringen sollte. In der Satzung wird deutlich, wie dies konkret aussehen sollte:

„Die wissenschaftliche Erforschung der Physiologie des Säuglings, der natürlichen und künstlichen Ernährung, der Erkrankungen, welche die hohe Säuglingssterblichkeit verursachen, insbesondere Ernährungsstörungen, ist eine der Hauptaufgaben der Anstalt; eine andere hat sich das Ziel gesetzt, dem Studium der Hilfsmittel, deren sich die offene und geschlossene Fürsorge [Kapitel 2.2.2] zum Schutze der gefährdeten Säuglingswelt bedient, eine sichere Unterlage und Anleitung zu schaffen.“⁴⁸⁰

So gab es nicht nur eine Fürsorgestelle im KAVH, darüber hinaus wurde dort erstmals ein sogenanntes Organisationsamt aufgebaut, das für die Verbreitung der Forschungsergebnisse zuständig war.⁴⁸¹ Auch die kommunalen Fürsorgestellen sollten von den neuen Ergebnissen und Erfahrungen des KAVH profitieren. Hinzu kam die Einrichtung eines Museums für Säuglingspflege, das ebenfalls zur Edukation der Bevölkerung dienen sollte. Darüber hinaus wurde 1931 eine auswärtige Ausstellung mit dem Titel „Die Ernährung für Mutter und Kind“

⁴⁷⁶ Seidler, Eduard: Die Kinderheilkunde in der Gründungssituation des Kaiserin-Auguste-Victoria Hauses. In: Ballowitz, Leonore (Hrsg.): Schriftenreihe zur Geschichte der Kinderheilkunde aus dem Archiv des Kaiserin-Auguste-Victoria Haus, Humana Milchwerke Westfalen, Herford, 1986, Heft 2, S. 9.

⁴⁷⁷ Ebd.

⁴⁷⁸ Stöckel, Sigrid: Säuglingsfürsorge zwischen sozialer Hygiene und Eugenik. Walter de Gruyter, Berlin/New York, 1996, S. 253.

⁴⁷⁹ Ebd., S. 255.

⁴⁸⁰ Kaiserin-Auguste-Victoria Haus (Hrsg.): Kaiserin-Auguste-Victoria Haus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reich. Denkschrift (10-jähriges Jubiläum).

⁴⁸¹ Winau, Rolf: Medizin in Berlin. Walter de Gruyter, Berlin/New York, 1987, S. 298.

zum gleichen Zweck konzipiert (Abb. 22). Thematisiert wurden auch hier die verschiedenen Ernährungsformen mit ihren Vor- und Nachteilen für die Kindergesundheit (Abb. 23).

Die praktische Forschung fand in der Anbindung eines „ungewöhnlich große[n] Labortrakt[s], eine[m] Musterstall zur Milchgewinnung und eine[r] Milchküche“ ihren Niederschlag.⁴⁸² Ein weiterer Beleg für den sozialpädiatrischen Ansatz des KAVH stellt die Festlegung dar, dass das zu zahlende Verpflegungsgeld bei Bedürftigkeit nur zu Teilen gezahlt werden musste oder



Abbildung 21: Blick in den Ausstellungsraum „Die Ernährung von Mutter und Kind“, Leipziger Straße, Berlin, Februar 1931.

sogar komplett von karitativen Einrichtungen und Vereinen übernommen wurde.⁴⁸³ Somit war das KAVH ein Ausgangspunkt der sozialen Pädiatrie in Berlin.⁴⁸⁴

⁴⁸² Stöckel, Sigrid: Säuglingsfürsorge zwischen sozialer Hygiene und Eugenik. Walter de Gruyter, Berlin/New York, 1996, S. 255

⁴⁸³ Ebd., S. 257.

⁴⁸⁴ Winau, Rolf: Medizin in Berlin. Walter de Gruyter, Berlin/New York, 1987, S. 298.



Abbildung 22: Ein Teil der Ausstellung „Die Ernährung für Mutter und Kind“, die sich mit der Ernährung in Form von Kuhmilch befasste, Leipziger Straße, Berlin, Februar 1931.

Zusammenfassend lässt sich also sagen, dass das KAVH als eine fortschrittliche Institution konzipiert wurde, die wissenschaftliche Forschung, pragmatisch orientierte Gesundheitsfürsorge im Sinne von Prävention und Schulung der Bevölkerung, sowie Lehre und Ausbildung unter einem Dach zusammenführte. Dabei wurde besonderer Wert auf die direkte Weitergabe und Umsetzung der neuen Erkenntnisse gelegt. Die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit hatte einen eklatant hohen Stellenwert in dieser Zeit. Dies bleibt wichtig festzuhalten, da sich dieses Thema in der unmittelbaren Nachkriegszeit erneut in den Vordergrund drängte.

Wie aus obiger Analyse deutlich geworden ist, lag von 1907 bis 1933 der Schwerpunkt eindeutig auf der Versorgung von Säuglingen und Kleinkindern, wenn man die Ausrichtung am Alter der behandelten Patient_innen festmachen will. Diese Ausrichtung wurde in der NS-Zeit grundlegend in Frage gestellt. Die Pädiatrie sollte Teil einer neuen Jugendmedizin werden, die einerseits die Selektion von nicht lebenswertem Leben zur Zielsetzung hatte, und andererseits mittels präventiver Gesundheitsfürsorge die gesunden und stärkeren Kinder zu einer opferwilligen Generation heranziehen sollte, die dem nationalsozialistischen Ideal entsprach. Diese Tendenzen lassen sich auch am KAVH finden, vertreten durch die Person des Pädiaters Gerhard Joppich, welcher unter anderem auch als HJ-Arzt tätig war (Kapitel 4.1.3).

Joppich war bereits seit 1941 ärztlicher Leiter des KAVH und blieb dies auch über das Kriegsende hinaus bis zu seiner Fortberufung nach Göttingen im Jahr 1954.⁴⁸⁵ Die neue Ausrichtung hin auf Jugendmedizin wurde jedoch durch das Ende des Zweiten Weltkrieges nicht mehr realisiert, wodurch die lange sozialpädiatrische Tradition des KAVH nicht grundlegend angetastet wurde. Dennoch kam die ansonsten progressive Dynamik hinsichtlich Forschung und Lehre am KAVH in der NS-Zeit zum Erliegen, was sich in der Nachkriegszeit wieder ändern sollte.⁴⁸⁶

Entwicklungen am KAVH ab Mai 1945

Den Erinnerungen einer Zeitzeugin zufolge hatte sich im KAVH einer der obersten Befehlshaber der Roten Armee einquartiert und beging das Kriegsende in der Aula des Kinderkrankenhauses auf groteske Art mit feinem, wertvollen Geschirr und anderen Einrichtungsgegenständen aus dem geplünderten Charlottenburger Schloss, zwischen Trümmern, Glasnachtöpfen und anderen Krankenhausutensilien.⁴⁸⁷ Die ersten Nachkriegstage waren vom allgegenwärtigen Mangel an allen erdenklichen, in einem Kinderkrankenhaus notwendigen Mitteln geprägt. In einer großen Kraftanstrengung versuchten alle Mitarbeiter_innen Stück für Stück den Krankenhausalltag nach Möglichkeit wiederherzustellen.

Die Tatsache, dass die Stadt Berlin nach dem Zweiten Weltkrieg im Juni 1945 beim Eintreffen der westalliierten Besatzungsmächte schon zwei Monate lang in sowjetischen Händen lag und darüber hinaus von westalliierten Seite bezüglich der Hochschulpolitik zunächst keine klaren Pläne bestanden, machte sich die Sowjetunion zu nutze. Vor dem erklärten Ziel der sozialistisch-kommunistischen Umgestaltung der Gesellschaft wurde auch die Linden-Universität in Berlin zur Heranziehung ideologisch geschulter Kader instrumentalisiert.⁴⁸⁸ Als Protest dagegen begannen studentische Oppositionelle, darunter viele, die in irgendeiner Weise im Nationalsozialismus verfolgt worden waren, in Eigeninitiative für die Gründung einer

⁴⁸⁵ Loeschke, Adalbert: Das Kaiserin-Auguste-Victoria Haus 1909 bis 1959. In: Ballowitz, Leonore (Hrsg.): Schriftenreihe zur Geschichte der Kinderheilkunde aus dem Archiv des Kaiserin-Auguste-Victoria Hauses. Humana Milchwerke Westfalen, Herford, 1986, Heft 2, S. 28.

⁴⁸⁶ Beddies, Thomas: Das KAVH in der NS-Zeit. Unveröffentlichtes Manuskript.

⁴⁸⁷ Scharfe, Dorle: Erinnerungen an das Kriegsende 1945. In: Ballowitz, Leonore (Hrsg.): Schriftenreihe zur Geschichte der Kinderheilkunde aus dem Archiv des Kaiserin-Auguste-Victoria Hauses. Humana Milchwerke Westfalen, Herford, 1986, Heft 2, S. 57.

⁴⁸⁸ Kubicki, Karol; Lönnendonker, Siegwald (Hrsg.): Die Freie Universität Berlin 1948-2007. Von der Gründung bis zum Exzellenzwettbewerb. V&R unipress, Göttingen, 2008.

neuen, von politischen Ideologien und Dogmen unabhängigen Universität zu kämpfen. Dennoch fanden sich an der neu gegründeten Universität später auch viele als „politisch belastet“ eingestufte Lehrkräfte, die aus dem Osten in den Westen abgewandert waren. Gleichzeitig bezogen die Amerikaner nun im Rahmen des sich entwickelnden Kalten Krieges Position und unterstützten die Gründung der Freien Universität sowohl in politischer als auch in finanzieller Hinsicht. Der Kommandant des amerikanischen Sektors, Frank L. Howley (1903-1993), gab ein Projekt in Auftrag, das sich mit der eventuellen Gründung einer solchen Universität beschäftigte. Am 23. Juli 1948 wurde schließlich ein Manifest veröffentlicht, das den Beschluss zur Gründung der Freien Universität beinhaltet.⁴⁸⁹ Dabei war das Konzept der alliierten Besatzungsmächte darauf ausgerichtet, die deutschen Universitäten als (Um-)Erziehungs- und Bildungsstätten hin zur Integration in ein westeuropäisches Kultur- und Wertesystem zu etablieren und nicht in erster Linie wissenschaftliche Forschung auf internationalem Niveau voranzutreiben.⁴⁹⁰

Bis zur endgültigen Aufnahme des Hochschulbetriebs waren noch viele Schritte notwendig. Auch die medizinische Fakultät hatte in der Gründungsperiode mit erheblichen Schwierigkeiten zu kämpfen. Da die Gebäude der alten Berliner Universität fast ausschließlich in der sowjetischen Besatzungszone lagen, war es im Wintersemester 1948/49 nur möglich, die klinischen Hauptvorlesungen zu halten. Daher wurden städtische Krankenhäuser für den praktischen Unterricht herangezogen, die Lehre im Fachbereich Pädiatrie fand im KAVH statt.⁴⁹¹ Damit wurde das KAVH faktisch über Nacht zur Universitätsklinik, auch wenn die rechtlich-formelle Anerkennung dieses Status noch lange auf sich warten lassen sollte. Erst 1973 wurde das Kinderkrankenhaus offiziell Teil der FU und die bis dahin tragende Stiftung, deren Vermögen über zwei Weltkriege ohnehin verloren gegangen war, aufgelöst. Überraschend war diese Entwicklung jedoch nicht, wenn man die langjährige Forschungstradition des KAVH betrachtet; auch wenn diese zunächst in einem außeruniversitären Rahmen stattfand.

Durch den Zweiten Weltkrieg war auch die Forschung von der wissenschaftlichen Weltöffentlichkeit separiert worden. Dem Freiburger Pädiater und Medizinhistoriker Seidler

⁴⁸⁹ Tent, F. James: Freie Universität Berlin 1948-1988. Eine deutsche Hochschule im Zeitgeschehen. Colloquium-Verlag, Berlin, 1988, S. 153.

⁴⁹⁰ Vgl.: Malycha, Andreas: Hochschulpolitik in den vier Besatzungszonen Deutschlands. S. 44. In: Schleiermacher, Sabine; Schagen, Udo (Hrsg.): Wissenschaft macht Politik. Hochschule in den politischen Systembrüchen 1933 und 1945. Franz Steiner, Stuttgart, 2009.

⁴⁹¹ Winau, Rolf: Medizin in Berlin. Walter de Gruyter, Berlin/New York, 1987, S. 342.

zufolge gelang der Wiederanschluss an die wissenschaftliche Weltöffentlichkeit später jedoch rasch, da „schon 1947 [...] unter der Leitung von Erich Rominger eine deutsche Delegation am internationalen Kongress in New York teilnehmen“ konnte.⁴⁹² In Bezug auf Berlin kann diese These in Anbetracht der rasanten Entwicklung der Forschungsbestrebungen der FU bestätigt werden. Auch Joppich bekräftigte dies bereits ein halbes Jahr nach Kriegsende. So schrieb er in dem Halbjahresbericht im Herbst 1945 an den zuständigen Bezirksbürgermeister Charlottenburgs:

„[...] dass es nicht nur möglich sein wird, die Anstalt als Kinderkrankenhaus zu erhalten, sondern ihr auch wieder die Aufgaben auf dem Gebiet der Forschung zuzuweisen. Einige Fortschritte auf diesem Sektor sind bereits erzielt worden, obgleich hier die Schwierigkeiten zur Zeit noch am größten sind. Die Not der Kinder und der Ausfall der Universitätskinderklinik der Charité als Forschungsstätte machen es dringend notwendig, schon jetzt die laufenden Fragen zur Überwindung der hohen Säuglings- und Kindersterblichkeit zu bearbeiten.“⁴⁹³

In der Praxis wurden beispielsweise bereits 1946/47 klinisch orientierte Forschungen zur Verbesserung der Therapie von tuberkulosekranken Kindern angestellt.⁴⁹⁴ In der Festschrift zum 10-jährigen Jubiläum der Medizinischen Fakultät wird die Überführung von „städtischen“ Krankenhäusern in Universitätskliniken als „gelungen“ bezeichnet.⁴⁹⁵

⁴⁹² Schweier, Paul; Seidler, Eduard (Hrsg.): Lebendige Pädiatrie. Hans Marseille, München, 1983, S. 75.

⁴⁹³ Joppich, Gerhard; Schulz, E.: Halbjahresbericht an den Bezirksbürgermeister des Verwaltungsbezirks Charlottenburg, In: Ballowitz, Leonore (Hrsg.): Schriftenreihe zur Geschichte der Kinderheilkunde aus dem Archiv des Kaiserin-Auguste-Victoria Hauses. Humana Milchwerke Westfalen, Herford, 1986, Heft 2, S. 42.

⁴⁹⁴ Joppich, Gerhard: Über die Möglichkeit einer spezifischen Beeinflussung tuberkulöser Lungeninfiltrierungen im Kindesalter. Ärztliche Wochenschrift, Berlin, 1946-1947, 1. und 2. Jahrgang, S. 167-170.

⁴⁹⁵ Stender, A.: Die Entwicklung der Medizinischen Fakultät der Freien Universität Berlin seit ihrer Gründung (1948-1958). In: M.H. Fischer (Hrsg.): Jubiläumsschrift, 10 Jahre Medizinische Fakultät der Freien Universität Berlin. Berliner medizinische Verlagsanstalt GmbH, 1958, S. 8.

Nach dem Zweiten Weltkrieg stand wie zu Gründungszeiten wieder die Senkung der Säuglingssterblichkeit im Mittelpunkt, denn selbst 1948 starben in den Krankenhäusern noch 30 Prozent der Säuglinge, die allgemeine Säuglingssterblichkeit wurde mit 10 Prozent angegeben, Infektionskrankheiten wie Diphtherie und Tuberkulose machten Kindern und Ärzt_innen zu schaffen.⁴⁹⁶ Das KAVH nahm zu dieser Zeit seine sozialpädiatrische Aufgabe wahr, indem Kurse abgehalten werden sollten, „um die Mütter über die zeitbedingten Veränderungen in der Ernährung der Säuglinge und Kleinkinder zu unterrichten und ihnen Hinweise zur Vermeidung oder Behebung gesundheitlicher Schädigungen zu geben.“⁴⁹⁷ Dazu besaß das KAVH wie in Vorkriegszeiten eine modellhafte Milchküche (Abb. 24 und 25).



Abbildung 23: Blick in die Milchküche des KAVH: „Hier wird alles gebraut, was ein Säuglingsdarm verdaut“, 1950er Jahre.

⁴⁹⁶ Spranger, Jürgen: Deutsche Pädiatrie von 1945-1999. Monatsschrift für Kinderheilkunde, 2000, Volume 148, Nr., S. 573.

⁴⁹⁷ Joppich, Gerhard; Schulz, E.: Halbjahresbericht an den Bezirksbürgermeister des Verwaltungsbezirks Charlottenburg, In: Ballowitz, Leonore (Hrsg.): Schriftenreihe zur Geschichte der Kinderheilkunde aus dem Archiv des Kaiserin-Auguste-Victoria Hauses. Humana Milchwerke Westfalen, Herford, 1986, Heft 2, S. 39.



Abbildung 24: Kinderkrankenschwestern in der Milchküche des KAVH beim Zubereiten spezieller Kindernahrung, 1950er Jahre.

Die Weiterführung des sozialpädiatrischen Ansatzes wird auch in einem „Halbjahresbericht“ durch den damaligen Klinikleiter Joppich an den zuständigen Bezirksbürgermeister in Charlottenburg vom 5. November 1945 deutlich. Auch sein Nachfolger, Adalbert Loeschke,⁴⁹⁸ konstatierte in einem Rückblick: „Das alte Ziel des Kaiserin-Auguste-Viktoria Hauses, die Entwicklung des Kindes und seiner Krankheiten zu erforschen, die Lehre von der Pflege und Aufzucht von Säuglingen und Kindern zu verbreiten, Ärzt_innen und Pflegekräfte in der praktischen Kinderheilkunde auszubilden und daneben die Aufgaben der sachlichen Fürsorge für Mutter und Kind zu verwirklichen, wurde auch im Rahmen der Aufgaben der Universitätsklinik beibehalten.“⁴⁹⁹ Inwiefern lässt sich dieses Resümee nachvollziehen? Und hat es nicht doch einige Änderungen, auf die Tradition des KAVH bezogen, gegeben?

Die Tatsache, dass das KAVH zur Universitätsklinik avancierte, zog Veränderungen auf mehreren Ebenen nach sich. Diese Umwandlung machte sich auch in Baumaßnahmen bemerkbar. Der Universitätsbetrieb gewann an Dynamik, so unterstrich Joppich im Mai 1949 in einem Schreiben an den geschäftsführenden Kurator der Freien Universität Dr. von Bergmann, die Notwendigkeit des Neubaus eines neuen Hörsaals, um die Lehre entsprechend

⁴⁹⁸ Adalbert Loeschke war von 1954-1970 Direktor des KAVH.

⁴⁹⁹ Loeschke, Adalbert: Das Kaiserin-Auguste-Victoria Haus 1909 bis 1959. In: Ballowitz, Leonore (Hrsg.): Schriftenreihe zur Geschichte der Kinderheilkunde aus dem Archiv des Kaiserin-Auguste-Victoria Haus. Humana Milchwerke Westfalen, Herford, 1986, Heft 2, S. 22-29.

abhalten zu können. Die Zahl der eingetragenen Hörer im Fach Kinderheilkunde habe sich auf 106 erhöht. Bis dahin hatte er behelfsweise den „Hörsaal im Bürgerhospital“ benutzt. Joppich zeigte sich unzufrieden mit der Situation: „Das Ganze ist mithin ein unerquicklicher Notbehelf, der auf Kosten der Studenten geht. Jedenfalls ist eine optimale Ausbildung, wie ich sie auf Grund des mir zur Verfügung stehenden Krankengutes wohl bieten könnte, nicht möglich.“⁵⁰⁰ Weiterhin führte Joppich aus, dass das Vorbereitungszimmer des aktuell genutzten Hörsaals zu „klein und nicht zu lüften“ sei, sodass sich „die Vorstellung empfindlicher Säuglinge verbietet“ (Abb. 26).⁵⁰¹ Deswegen insistierte er auf dem Bau eines neuen Hörsaals, der bis zum Wintersemester fertiggestellt werden sollte. Die vorherrschenden Diagnosen waren Infektionskrankheiten, sodass diese Gegebenheiten auch in der Lehre ihren Niederschlag finden sollte: „Im nächsten Wintersemester könnte ich mit Rücksicht auf die vielen Infektionskrankheiten, die ich dann zu zeigen habe und mit Rücksicht auf die klimatischen Bedingungen das Kolleg im Bürgerhospital nicht lesen.“⁵⁰² Letztendlich wurden für den „Einbau eines Hörsaals“ im KAVH 25 000 DM veranschlagt, welcher im Sommer vor Beginn des Wintersemesters planmäßig realisiert werden konnte.⁵⁰³

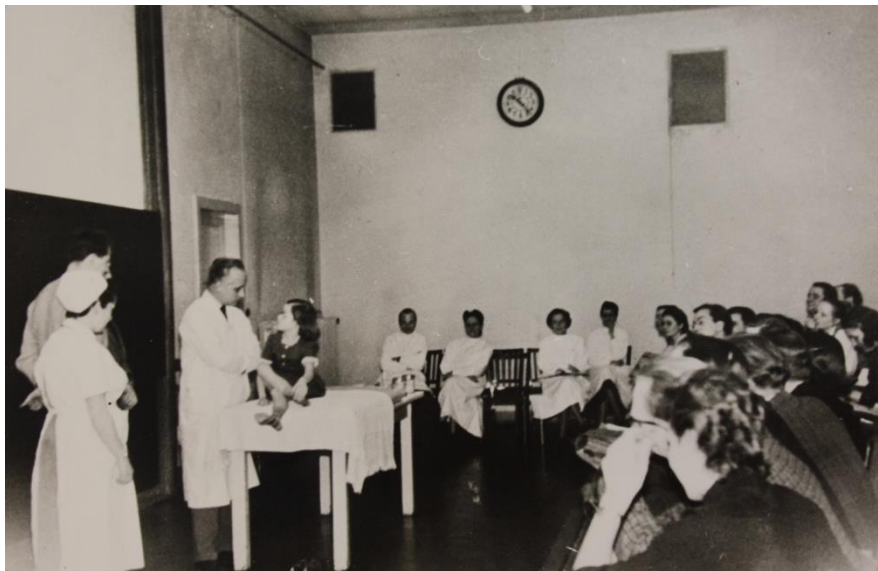


Abbildung 25: Gerhard Joppich bei einer Krankendemonstration im KAVH. Im Hintergrund auf den Stühlen sitzend sind Heinrich Wiesener (1. von links) und Leonore Ballowitz (3. v. links) zu sehen. Um 1950.

⁵⁰⁰ FU Berlin, UA, Kurator, Signatur 2

⁵⁰¹ Ebd.

⁵⁰² Ebd.

⁵⁰³ Ebd.

Parallel zu der Etablierung der Lehre erlebte auch der Wissenschaftsbetrieb nach der Reorganisationsphase einen Aufschwung. Finanzielle Unterstützung beim Ausbau und der Renovierung der Laboratorien erfuhr das KAVH seitens des Finanzsenators der Stadt Berlin und der Stiftung der Deutschen Forschungsgemeinschaft. Inhaltlich beschäftigten sich die wissenschaftlich tätigen Ärzt_innen mit unterschiedlichen Problematiken der zeitgenössischen Kinderheilkunde. Joppich publizierte 1953 in den *Annales Paediatrici* „Unsere Erfahrungen mit der Chloromycetinbehandlung bei der interstitiellen Pneumonie der Frühgeborenen“, die die Schlüsselrolle des KAVH bei der Etablierung der Antibiotikatherapie unterstreicht (Kapitel 3.2). Auch zu Themen der Gesundheitsfürsorge arbeitete Joppich, wie beispielsweise die Aufsätze mit den Titeln „Wie sind Ernährungsstörungen zu vermeiden?“ und „Über Schutzimpfungen im Kindesalter“, beweisen. Der Privatdozent Heinrich Wiesener legte den Fokus seiner Veröffentlichungen ebenfalls auf die Infektionskrankheiten: „Scharlachprobleme. Untersuchungen während einer Berliner Epidemie“ und „Die Wirkung tuberkulostatischer Mittel auf den Makroorganismus“.⁵⁰⁴

Nach 1945 fallen auch strukturelle Veränderungen ins Auge. Zu seinen Gründungszeiten war das KAVH zu einem Großteil aus Spenden finanziert worden, auch die Realisierung und Planung wurde durch Wohltätigkeitskomitees getragen.⁵⁰⁵ Das KAVH wurde erst 1972 formal von der finanziellen und strukturellen Trägerschaft dem Status einer Stiftung enthoben und der Universität unterstellt, obwohl es faktisch schon lange als Universitätskinderklinik genutzt wurde. Damit wurde die Gesundheitsfürsorge ab diesem Zeitpunkt gänzlich durch staatliche Strukturen getragen und war nicht länger Aufgabe einer privaten Wohlfahrtsinitiative, auf die sich das KAVH seit seiner Gründungszeit gestützt hatte.

Das in der Zielsetzung des KAVH schon hervorgehobene Tätigkeitsfeld der Säuglingsversorgung ist eine der die Epochen übergreifenden Kontinuitäten, die sich wie ein roter Faden durch die Geschichte der Institution und auch durch die der Stadt Berlin zieht, auch wenn diese Problematik infolge der äußeren Umstände nicht immer gleich präsent erschien. Selbst im Jahre 1968 klagte Loeschke in einem Brief an den Dekan und den Kurator der FU noch über eine eklatant hohe Säuglingssterblichkeitsrate in Berlin, wobei die Stadt damit in Deutschland nach dem Saarland den Platz mit der zweithöchsten Säuglingssterblichkeit einnahm. In diesem Zusammenhang führte Loeschke, wie schon sein Vorgänger Joppich, die baulichen und

⁵⁰⁴ FU Berlin, UA, Med. Fak., Signatur 1 und 2.

⁵⁰⁵ Stöckel, Sigrid: Säuglingsfürsorge zwischen sozialer Hygiene und Eugenik. Walter de Gruyter, Berlin/New York, 1996, S. 251 ff.

finanziellen Unzulänglichkeiten am KAVH an. Im Rahmen dessen forderte Loeschke auch die Einrichtung eines zweiten Ordinariats für Kinderheilkunde im Klinikum Steglitz, um den universitären Ansprüchen von Lehre und Krankenversorgung ausreichend gerecht zu werden.⁵⁰⁶

Soll nun also die Entwicklung der Zielsetzung des KAVH in ihrer zeitlichen Veränderung beschrieben werden, so lässt sich konstatieren, dass das KAVH nicht vollkommen von den ursprünglichen Aufgaben abwich, vielmehr fand eine Verschiebung des Schwerpunktes statt. Die Forschung, die auf eine Verbesserung der Situation der Kinder durch Prävention bezüglich der alltäglichen Pflege der Säuglinge bzw. Kinder und damit die Schulung einer breiten Basis der Bevölkerung abzielte, stand nicht mehr im Vordergrund. Sie hatte zugunsten universitärer und international anerkannter Forschung an Bedeutung verloren, die vorwiegend die (Weiter-) Entwicklung therapeutischer Möglichkeiten für das einzelne Individuum zum Gegenstand hatte. Der „Lehrauftrag“ an die Bevölkerung, die populärwissenschaftliche Ausrichtung war nun weniger relevant. In einem Jahresbericht von 1953 wurden lediglich die Veranstaltung von „2 wissenschaftliche[n] Vortragsabende[n]“ erwähnt.⁵⁰⁷ Dennoch fungierte das KAVH weiterhin als renommierte Ausbildungsstätte für Ärzt_innen und Pflegepersonal, die im Umgang mit dem Säugling als vorbildlich geschult galten.

Stellenwert der Sozialpädiatrie am KAVH

Im Jahr 1959 wurde die Satzung der tragenden Stiftung verändert, nun hieß die Institution offiziell „Kaiserin Auguste Viktoria Haus zur Bekämpfung der Säuglings- und Kindersterblichkeit in Deutschland, Universitätskinderklinik und Poliklinik“.⁵⁰⁸ Infolgedessen wurde der Forschungsauftrag des KAVH allgemeiner formuliert und nicht länger auf die Ernährungsfragen fokussiert, sondern nun sollten „die Physiologie und Pathologie des Neugeborenen, des Säuglings und des Kindes wissenschaftlich“ erforscht werden.⁵⁰⁹ Weiterhin sollten Erkenntnisse aus dem Zusammenschluss von „klinischen Erfahrungen der Anstalt und der wissenschaftlichen Pädiatrie“ gewonnen und systematisiert werden und diese

⁵⁰⁶ FU Berlin, UA, Med. Fak., 62 Frauenklinik Kinderklinik orthopäd. Klinik Asthma Polikl. 1949-1970.

⁵⁰⁷ FU Berlin, UA, Med. Fak., Signatur 1 und 2.

⁵⁰⁸ Kaiserin-Auguste-Victoria Haus (Hrsg.): Kaiserin-Auguste-Victoria Haus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reich. Denkschrift (10-jähriges Jubiläum).

⁵⁰⁹ Ebd.

„gegebenenfalls [als] Rat und Auskunft an Behörden, Verbände, Vereine und Einzelpersonen“ weitergegeben werden.⁵¹⁰ Die Sozialpädiatrie fand wortwörtlich nur noch in der Ausbildung der Studierenden Erwähnung. Ebenso war die Anzahl von Publikationen auf dem Gebiet der „sozialen Hygiene und Fürsorge“ nach dem Krieg zurückgegangen. Dennoch gibt es manche Hinweise darauf, dass die soziale Pädiatrie entgegen der offiziellen Programmatik im KAVH weiterhin einen wichtigen Platz im Selbstverständnis der Ärzt_innen hatte. Leonore Ballowitz selbst beschrieb, diese sei im KAVH immer eine „täglich gegenwärtige Aufgabe“ geblieben. Als Argumente führte sie hier viele über die normalen Tätigkeiten einer Universitätsklinik hinausgehenden Programme an, wie fortgeführte Spezialsprechstunden in der angegliederten Poliklinik, fachliche Betreuung von Ferienlagern für chronisch kranke Kinder und in der Klinik angesiedelte Elterngruppen.⁵¹¹ Darüber hinaus erwuchs aus einem Modellversuch ein externer Pflegedienst, sodass ausgehend vom KAVH ab 1978 akut oder chronisch kranke Kinder zu Hause von berufserfahrenen Kinder-krankenschwestern gepflegt werden konnten.⁵¹² Diese Art der Betreuung erinnert stark an die Tradition der Fürsorgerinnen, die kranke Kinder und ihre Familien zuhause aufsuchen.

Eine weitere Besonderheit ist die Tatsache, dass Joppich sich selbst für die Einrichtung eines Schulunterrichtes am KAVH einsetzte. 1948-1950 stand eine Lehrkraft für die Abhaltung des Unterrichts zur Verfügung. Ab 1951 wurde auf Drängen Joppichs hin die Notwendigkeit einer Planstelle für eine Lehrperson vom Hauptschulamt über das Bezirksamt Charlottenburg bestätigt und 1951 vom Bezirksschulamt genehmigt.⁵¹³ Auch heute beschwören viele ehemalige Ärzt_innen und andere Mitarbeiter_innen des KAVH den einzigartigen Geist des KAVH und den hohen Stellenwert der sozialen Pädiatrie in der Ausrichtung dieses Kinderkrankenhauses. Dies war auch Grundtenor bei den Vorträgen anlässlich des Symposiums zum Todestag von Hans Helge 2016, des langjährigen Direktors des KAVH, welcher 1972 Adalbert Loeschke abgelöst hatte.

Abschließend bleibt festzuhalten, dass das KAVH über Jahrzehnte hinweg der einzige Standort

⁵¹⁰ Kaiserin-Auguste-Victoria Haus (Hrsg.): Kaiserin-Auguste-Victoria Haus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reich. Denkschrift (10-jähriges Jubiläum).

⁵¹¹ Ballowitz, Leonore (Hrsg.): Schriftenreihe zur Geschichte der Kinderheilkunde aus dem Archiv des Kaiserin-Auguste-Victoria-Hauses. Humana Milchwerke Westfalen, Herford, 1986, Heft 1, S. 89.

⁵¹² Hesse, Volker (Hrsg.): 300 Jahre stationäre Kinderheilkunde. Festschrift. Druckerei Conrad, Berlin, 2005. S. 89.

⁵¹³ Froese, Dietrich: Notwendigkeit und Erfolge des Schulunterrichtes in Kinderkrankenhäusern unter besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse in West-Berlin. Dissertation FU, Berlin, 1959. S. 22.

der Hochschulpädiatrie in West-Berlin blieb, auch wenn die Kapazitäten hinsichtlich Forschung und Lehre über diesen Zeitraum von Adalbert Loeschke als unzureichend beklagt wurden. So schrieb dieser noch 1968 einen ausführlichen Brief an die Verantwortlichen der medizinischen Fakultät, in dem er seine „Sorgen um die Zukunft meines Fachgebietes“ darlegte. Seitens der am KAVH arbeitenden Pädiater_innen wurde immer wieder auf die Dringlichkeit einer strukturellen Neuordnung der universitären Pädiatrie hingewiesen, deren Umsetzung aber auf sich warten ließ. Führendes Argument von Loeschke war in diesem Schreiben der Hinweis auf die hohe Säuglingssterblichkeit, die im Jahr 1966 in Berlin mit „26,6 auf 1000 Neugeborene immer noch um 2,6 über dem Durchschnitt der Bundesrepublik mit 23,6“ lag.⁵¹⁴ Er berief sich auf mannigfaltige Beschwerden seiner Mitarbeiter_innen und beschrieb die schlechten Arbeitsbedingungen hinsichtlich der Forschung, die sich zumindest teilweise aus der defizitären finanziellen Lage des KAVHs ergaben, das zu diesem Zeitpunkt noch nicht offiziell in die Universität eingegliedert war. So führte er weiterhin an, dass der Anstalt sogar die Bezeichnung als „wissenschaftlich arbeitende Institution“ abgesprochen wurde, was wiederum erheblich mit dem Anspruch des KAVH an sich selbst, ein Universitätsklinikum zu sein, kontrastierte.⁵¹⁵ Diese Forderungen schienen zunächst Konsequenzen zu haben: In der Bauplanung des neu zu errichtenden Universitätsklinikums im Berliner Stadtteil Steglitz sollte ein Neubau der Kinderklinik in direkter Nachbarschaft erfolgen. Dieser Plan wurde aber nicht realisiert, wie Loeschke ebenfalls beklagte. Auch ohne den Neubau plädierte er eindringlich auf die Einrichtung eines zweiten Lehrstuhls für Pädiatrie am Klinikum Steglitz, da die Unterrichtskapazitäten am KAVH bei Weitem nicht ausreichend seien.⁵¹⁶

Die Einzigartigkeit des KAVH wird in den Berichten ehemaliger Mitarbeiter_innen oft hervorgehoben. Da die Institution als Universitätsklinikum eine bedeutende Ausbildungsstelle war, ist dies bis heute spürbar. So hat die ehemalige Dekanin der Charité, Prof. Annette Grüters-Kieslich einige Zeit ihrer Weiterbildung am KAVH verbracht.⁵¹⁷ In diesem Sinne wird am Beispiel des KAVH ersichtlich, inwiefern die Art und Weise wie Medizin praktiziert wird, auch über Generationen weitergegeben werden kann.

⁵¹⁴ FU Berlin, UA, Med. Fak, Signatur: 62 Frauenklinik Kinderklinik orthopäd. Klinik Asthma Polikl. 1949-1970.

⁵¹⁵ Ebd.

⁵¹⁶ FU Berlin, UA, Freie Universität Rektor vom Januar 1949- Dezember 1963.

⁵¹⁷ Blindow, Verena: Ein Tropfen Blut für ein gesundes Baby. Der Tagesspiegel, 2013, URL: <http://www.tagesspiegel.de.zeitungein-tropfen-blut-fuer-ein-gesundes-baby/9148228.html>, aufgerufen am 10. Januar 2013.

Exkurs: Forschungsschwerpunkt Neonatologie in Ost und West

„[...] – alles bis zum ersten Atemzug des Neugeborenen – ist ein Komplex biochemischer, physiologischer, morphologischer und mechanischer Wunder [...] Und wie damals befällt mich das schmerzhaft heftige Verlangen, an der Aufklärung dieser Rätsel mitzuarbeiten.“⁵¹⁸

(Ingeborg Rapoport)

In der Nachkriegszeit wurde die Säuglingssterblichkeit auch hinsichtlich ihrer Ursachen Gegenstand einer sich weiter ausdifferenzierenden und spezialisierenden Forschung. So bildete sich ein neuer Schwerpunkt innerhalb der Kinderheilkunde heraus – die Neonatologie, deren Aufmerksamkeit ausdrücklich der Lebensspanne der ersten Tage der Säuglinge gilt und die eine Senkung der sogenannten Frühsterblichkeit zum Ziel hat. Nach der allgemein rückläufigen Säuglingssterblichkeit durch die wachsende Prosperität, den verbesserten Lebensstandard und die umfassende Kinderhilfe trat ab den 1950er Jahren diese Frühsterblichkeit deutlicher zu Tage, wurde sie zuvor doch durch die allgemein hohen Säuglingssterblichkeitszahlen maskiert. Im Jahr 1954 veranstaltete die „Deutsche Vereinigung für die Gesundheitsfürsorge des Kindesalters e.V.“ eine Tagung mit dem Titel „Sterblichkeit der ersten Lebenstage“, die von Joppich geleitet wurde. Mannigfaltige Krankheitsbilder und die Schwierigkeit deren Diagnostik wurden diskutiert. Da Frühgeborene innerhalb der Gruppe der Frühsterblichkeit besonders gefährdet waren, wurde dieses Thema eingehend behandelt und ein Lösungsansatz beschäftigte sich mit der Einrichtung von sogenannten „Frühgeborenen-Zentren“.⁵¹⁹

Diese Entwicklungen lassen sich in unterschiedlichen Varianten sowohl an der Kinderklinik der FU im Westen als auch an der Kinderklinik der Charité im Osten nachvollziehen, sodass ein exemplarischer Vergleich an dieser Stelle sinnvoll erscheint. Die vorantreibenden Persönlichkeiten der Entstehung dieser neuen Disziplin der Neonatologie lassen sich in der im Kapitel 4.1.5 porträtierten Leonore Ballowitz im Westen der Stadt und der ebenfalls als Kinderärztin tätigen Ingeborg Rapoport (1912-2017) im Osten ausmachen.

Auf wissenschaftlichem Gebiet begründete Ballowitz ihre Vorreiterrolle maßgeblich mit der speziellen Pflege Frühgeborener und der Erforschung des Krankheitsbildes Morbus

⁵¹⁸ Rapoport, Ingeborg: Meine ersten drei Leben. Nora, Berlin, 2002, S. 375.

⁵¹⁹ Joppich, Gerhard (Hrsg.): Die Sterblichkeit der ersten Lebenstage. Bericht über die Tagung der Deutschen Vereinigung für die Gesundheitsfürsorge des Kindesalters e.V. Selbstverlag, Berlin, 1955. S. 30.

haemolyticus neonatorum bzw. dessen Behandlung.⁵²⁰ Bis dato stellte die gefürchtete Komplikation der Krankheit in Form des Ikterus gravis in vielen Fällen eine nicht vermeidbare ernsthafte Bedrohung für die Entwicklung vieler Neugeborener dar, da sie eine irreversible Schädigung des Gehirns zur Folge hatte. Vor diesem Hintergrund wurde am KAVH eine neue Behandlungsmethode – eine Austauschtransfusion des fetalen Blutes – etabliert. Erstaunlicherweise wurde trotz der widrigen Bedingungen bereits im Februar 1947 unter der Leitung Joppichs die erste Austauschinfusion durchgeführt. Ballowitz kam bereits in den ersten Tagen ihrer Anstellung am KAVH mit dieser Thematik in Berührung, indem sie bei einer solchen Therapie assistierte. Wie innovativ die Forschung am KAVH war, belegt die Tatsache, dass zu der ersten Nachkriegstagung der „Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde“ Joppich und einige seiner Mitarbeiter_innen zu einem Vortrag nach Göttingen reisten.⁵²¹ Schnell übernahm Ballowitz, die seit 1948 Assistenzärztin am KAVH war, die Durchführung und Weiterentwicklung der Methode, die kontinuierlich voranschritt – im Jahr 1960 war bereits ein „Blutaustausch in geschlossenem System mit einer Druck- und Saugpumpe“ Standard am KAVH.⁵²² Schon seit der Gründung des KAVH gab es dort eine eigens für die Versorgung von Neugeborenen vorgesehene Station, die sich später in die Neonatologie Station VIII ausdifferenzierte und derartigen Forschungen einen geeigneten Raum bot.⁵²³ Ab Mitte der 1960er Jahre arbeitete Ballowitz mittels Tierversuchen an Gunn-Ratten zur Etablierung der Fototherapie des Morbus haemolyticus neonatorum anstelle der aufwendigen Bluttransfusion.⁵²⁴ Welche Relevanz diese Forschung international hatte, belegt die enge

⁵²⁰ In einem zeitgenössischen Lehrbuch von 1950 wurden unter den sogenannten „fetalen Erythroblastosen“ noch „Hydrops fetales universales“, „Ikterus Gravis“ und „Anämie“ der Neugeborenen zusammengefasst. Als Therapie der Wahl galten Bluttransfusionen mit rhesus-negativem Blut und die Gabe von Leberextrakten. Die „heroische Methode der Exsanguinationstransfusion“ wurde noch nicht empfohlen. Vgl.: Rominger, Erich (Hrsg.): Lehrbuch der Kinderheilkunde. Springer, Berlin, 1950, S. 577 f. In einem späteren Lehrbuch aus dem Jahr 1958 wird beim gefürchteten Ikterus gravis eine Rettung der betroffenen Neugeborenen durch „eine möglichst unmittelbar nach der Geburt auszuführende Blutaustauschtransfusion“ empfohlen. Über die genauen serologischen Hintergründe konstatiert man jedoch noch erheblichen Forschungsbedarf. Vgl.: Kleinschmidt, Hans (Hrsg.): Lehrbuch der Kinderheilkunde. Gustav Fischer, Jena, 1958, S. 101.

⁵²¹ Ballowitz, Leonore (Hrsg.): Schriftenreihe zur Geschichte der Kinderheilkunde aus dem Archiv des Kaiserin-Auguste-Victoria-Hauses. Humana Milchwerke Westfalen, Herford, 1992, Heft 9, S. 42 f.

⁵²² Ebd., S. 47.

⁵²³ Das Kaiserin-Auguste-Victoria Haus 1909 bis 1959. In: Ballowitz, Leonore (Hrsg.): Schriftenreihe zur Geschichte der Kinderheilkunde aus dem Archiv des Kaiserin-Auguste-Victoria Haus. Humana Milchwerke Westfalen eG, Herford, 1992, Heft 2, S. 57.

⁵²⁴ „Fototherapie. Licht wandelt durch eine fotochemische Reaktion (Fotoisomerisation) das praktisch unlösliche Bilirubin in eine wasserlösliche Form um. Dadurch wird eine Ausscheidung über Galle und Harn ohne

Zusammenarbeit mit mehreren Kliniken in den USA – spätestens jetzt war der Anschluss an die internationale Forschungsgemeinschaft wieder erfolgt. Nach intensiven Forschungsbemühungen wurde schließlich 1970 eine „breite Anwendung der Phototherapie“ möglich.⁵²⁵

Bereits zu Gründungszeiten hatte das KAVH die Aufgabe, nicht nur Forschung zu betreiben, sondern die neuesten Erkenntnisse auch zu veröffentlichen und für eine breitere Anwendung zu sorgen. Diese Multiplikatorrolle nahm das KAVH auch in der Nachkriegszeit wahr. So wurde Mitte der 1950er Jahre Ballowitz in das Kinderkrankenhaus Wedding delegiert, um die Austauschtransfusion dem dortigen Fachpersonal zu demonstrieren.⁵²⁶ Darüber hinaus wurde zu diesen Austauschtransfusionen, schon 1947 ein Merkblatt des Landesgesundheitsamts Berlin herausgegeben, das zur Verbreitung des Wissens über die neue Methode erstellt worden war.⁵²⁷ Dass der Forschungsbetrieb derart rasant wieder an Fahrt gewann, überrascht umso mehr, wenn man beachtet, dass in vielen Teilen der Stadt mit den Erholungsfürsorgeprogrammen (Kapitel 3.1) noch für viel grundlegendere Aspekte der Kindergesundheit gekämpft wurde. So wurde in einem Zeitungsartikel anlässlich des 60. Geburtstags von Leonore Ballowitz im Jahr 1983 im *Tagesspiegel* erwähnt, dass seit der Einrichtung der Intensivstation, bei der die Professorin federführend war, erneut die Säuglingssterblichkeit gefallen sei. Die Etablierung der Intensivmedizin für Neugeborene wird in Fachkreisen als eine der „augenfälligsten Errungenschaften der Pädiatrie in den letzten 50 Jahren“ gewertet.⁵²⁸ Mit ihren Forschungen und ihrer klinischen Arbeit leistet Leonore Ballowitz hierzu einen großen Beitrag. Ihre Verdienste sind also eindeutig in der wissenschaftlich-klinisch orientierten Pädiatrie zu verorten.

Auch im Osten Berlins an der Kinderklinik der Charité gab es aufgrund der hohen

Glukuronisierung in der Leber möglich: Maximal wirksam ist der blaue Anteil des Spektrums beim Bilirubinabsorptionsspitze 460nm. [...] Die Fototherapie ist die häufigste Behandlungsmaßnahme auf einer Neugeborenenstation; etwa 50% der in eine Kinderklinik verlegten werden bestrahlt [...]. Die Fototherapie ist relativ einfach durchzuführen, vergleichsweise risikoarm [...] und nachweislich wirksam.“ Vgl.: Betke, Klaus; Künzer, Wilhelm; Schaub, Jürgen (Hrsg.): Lehrbuch der Kinderheilkunde. Georg Thieme, Stuttgart/New York, 1991, 6. Auflage, S. 199 f.

⁵²⁵ Ballowitz, Leonore (Hrsg.): Schriftenreihe zur Geschichte der Kinderheilkunde aus dem Archiv des Kaiserin-Auguste-Victoria Haus. Humana Milchwerke Westfalen eG, Herford, 1992, Heft 9, S. 53.

⁵²⁶ Ebd., S. 45.

⁵²⁷ Ebd., S. 41 f.

⁵²⁸ Spranger, Jürgen: Deutsche Pädiatrie von 1945-1999. Monatsschrift für Kinderheilkunde, 2000, Volume 148, Nr.: 6, S. 573.

Frühgeborenensterblichkeit von über 20 Prozent in der Nachkriegszeit Pläne zur Institutionalisierung des Fachbereichs Neonatologie.⁵²⁹ Bereits unter Georg Bessau war eine Frühgeborenenstation eingerichtet worden, ausgestattet mit speziellen Wärmebetten für Frühgeborene und unter Berücksichtigung von aseptischen Bedingungen; diese baulichen Strukturen wurden im Krieg jedoch völlig zerstört.⁵³⁰ In den Jahren 1951 bis 1959 war Friedrich Hartmut Dost (1910-1985) Leiter der Kinderklinik und initiierte den Wiederaufbau eines zweistöckigen Säuglingshauses, dem eine Milchküche und Frauenmilchsammelstelle angegliedert waren. Dieses Säuglingshaus war räumlich von der Geburtsstation getrennt, sodass bis 1970 „die primäre Versorgung der Neu- und Frühgeborenen in der Charité-Frauenklinik [...] in den Händen der dort tätigen Hebammen und Geburtshelfer“ lag – der oftmals lebensbedrohliche Transport in die Kinderklinik hatte nicht zu unterschätzende Folgen für die Säuglingssterblichkeitsrate.⁵³¹

Eine entscheidende Neustrukturierung erfuhr die in der Entstehung begriffene Disziplin als die Oberärztin Ingeborg Rapoport (1912-2017) 1959 zur Leiterin des Säuglingshauses avancierte, die als spätere Nestorin der Kinderheilkunde der DDR international auf dem Gebiet der angewandten Biochemie von sich reden machen sollte (Abb. 27). Ebenso war sie 1968 die Initiatorin zur Realisierung einer eigenständigen, forschungsorientierten Neonatologie-Abteilung.⁵³² In ihren autobiographischen Aufzeichnungen beschreibt Rapoport die Entstehung der neuen Disziplin der Neonatologie an der Charité als motiviert durch zwei Parteien – einerseits die der traditionellen Geburtshilfe und andererseits durch die Arbeitsgemeinschaft der Gesellschaft für Pädiatrie. Ab 1967 fanden gemeinsame, wenngleich auch inoffizielle Tagungen statt – größtenteils durch jüngere Ärzt_innen des akademischen Mittelbaus besucht und vorangetrieben, worauf bald die Gründung einer eigenen Gesellschaft für Perinatale Medizin der DDR folgte.⁵³³ Der Institutionalisierung der Forschung in einer Fachgesellschaft ging somit bereits einige Jahre die Vorbereitung einer neonatologischen Abteilung an der Kinderklinik der Charité voran.

Allem Optimismus und Forschergeist zum Trotz wertete Rapoport die geschilderten

⁵²⁹ Wauer, Roland: Entwicklung der Neonatologie an der Charité. 1960-1990 und DDR-Forschungsprojekt Perinatologie. Monatsschrift für Kinderheilkunde: Pädiatrie nach 1945 in der Bundesrepublik Deutschland und der DDR. Springer, Berlin, 2016, Volume 164 (1), S. 82.

⁵³⁰ Ebd.

⁵³¹ Ebd.

⁵³² Ebd., S. 83.

⁵³³ Ebd., S. 376 f.

Bestrebungen in ihrer Autobiographie keineswegs als „Weltspitze-Unternehmen“, dem „Elite-Leistungen“ versagt blieben,⁵³⁴ wobei sie die Ursachen hierfür in dem fehlenden und unbeständigen internationalen wissenschaftlichen Austausch, im Mangel an qualifizierten Wissenschaftler_innen und in Engpässen bei der apparativen Ausrüstung ausmachte. Dennoch sah sie selbst ihre Arbeit in dieser Zeit retrospektiv als die „glücklichste und produktivste, die tiefgreifende und weitestgehende Tätigkeit“ an,⁵³⁵ die sie in ihrer ärztlichen Karriere ausübte.



Abbildung 26: Ingeborg Rapoport bei der Untersuchung eines Säuglings in der Kinderklinik der Charité, undatiert.

Im Jahr 1968 erfuhr Rapoport Unterstützung seitens des Ministeriums für Gesundheitswesen der DDR, das gerade mit der Initiierung der Bildung von Forschungsprojekten zu epidemiologisch relevanten Fragestellungen beauftragt worden war und erhielt den offiziellen

⁵³⁴ Rapoport, Ingeborg: *Meine ersten drei Leben*. Nora, Berlin, 2002, S. 378 f.

⁵³⁵ Ebd., S. 376.

Auftrag, ein neonatologisches Forschungsprojekt ins Leben zu rufen.⁵³⁶ In diesem Zusammenhang steht auch die Ernennung Rapoport 1969 zur ordentlichen Professorin für Pädiatrie/Neonatologie.⁵³⁷ Im Jahr 1970 zog die neonatologische Abteilung unter Rapoport mit ihrem Team in die Frauenklinik der Charité um, was eine direkte und bessere Versorgung der Neugeborenen zur Folge hatte – ging zuvor doch eine erhebliche Bedrohung für das Leben der oftmals winzigen Patient_innen durch die Unwägbarkeiten des Transports aus.⁵³⁸ Dennoch war diese Abteilung Rapoport zufolge lediglich ein ausbauwürdiger Kompromiss, schwebte ihr doch ein perinatologisches Universitätszentrum vor, welches „den ganzen Komplex von Problemen der Fertilität und der Humangenetik über Geburtshilfe bis zum Ende des Säuglingsalters umfassen sollte.“⁵³⁹ Seit 1971 firmierte das Forschungsprojekt unter leicht veränderter inhaltlicher Ausrichtung – erklärtes Ziel war nun auch die Senkung der Sterblichkeit unter perinatalen Bedingungen – unter dem Namen Perinatologie.⁵⁴⁰

Zentrale Fragen der Forschung an der neonatologischen Abteilung widmeten sich der Gefahr des Sauerstoffmangels der ungeborenen Kinder und Neugeborenen. Um eine entsprechende Therapie zu ermöglichen, machte man sich auf die Suche nach einem geeigneten Indikator für eine möglichst frühe Diagnostik, wobei man sich zunächst auf die Erfassung des Umfangs der Erythropoese fokussierte.⁵⁴¹ Darüber hinaus widmete man sich auch atemphysiologischen Fragestellungen.⁵⁴² Ähnlich wie am KAVH unter Ballowitz wurde in dem Neonatologie-Projekt auch zum Neugeborenen-Ikterus geforscht. In diesem Rahmen wurde von einem Mitarbeiter Rapoport, Dieter Gmyrek, ein Test entwickelt, der eine Prognose über die Entstehung eines Ikterus erlaubte.⁵⁴³ Ein Berliner Spezifikum ist sicherlich die unterschiedliche Handhabung der Behandlung des Neugeborenenikterus innerhalb einer Stadt. Die von Ballowitz in den 1960er Jahren etablierte Fototherapie wurde an der Kinderklinik der Charité

⁵³⁶ Wauer, Roland: Entwicklung der Neonatologie an der Charité. 1960-1990 und DDR-Forschungsprojekt Perinatologie. Monatsschrift für Kinderheilkunde: Pädiatrie nach 1945 in der Bundesrepublik Deutschland und der DDR. Springer, Berlin, 2016, Volume 164 (1), S. 85.

⁵³⁷ Rapoport, Ingeborg: Meine ersten drei Leben. Nora, Berlin, 2002, S. 380.

⁵³⁸ Ebd.

⁵³⁹ Ebd., S. 381.

⁵⁴⁰ Wauer, Roland: Entwicklung der Neonatologie an der Charité. 1960-1990 und DDR-Forschungsprojekt Perinatologie. Monatsschrift für Kinderheilkunde: Pädiatrie nach 1945 in der Bundesrepublik Deutschland und der DDR. Springer, Berlin, 2016, Volume 164 (1), S. 85.

⁵⁴¹ Erythropoese bezeichnet die Bildung von funktionsfähigen Erythrozyten (roten Blutkörperchen) aus hämatopoetischen Stammzellen des für die Blutbildung zuständigen, roten Knochenmarks.

⁵⁴² Rapoport, Ingeborg: Meine ersten drei Leben. Nora, Berlin, 2002, S. 384 ff.

⁵⁴³ Ebd., S. 386.

erst Ende der 1970er Jahren angewendet, da man Roland Wauer zufolge angeblich an der Therapiesicherheit aufgrund fehlender Langzeitstudien zweifelte. Stattdessen beschritt man an der Charité andere Wege und strengte eine Lösung des Problems auf der Basis „systematischen postnatalen Induktionsprophylaxe der Leberenzyme zur Bilirubinsenkung mit Phenobarbital“ an.⁵⁴⁴

Auch hinsichtlich des klassischen Themas der Ernährungsfrage eröffneten sich in dieser Zeit neue Interventionsmöglichkeiten. So wurden in den 1960er Jahren beispielsweise die „speziellen Diäten und die Infusionstherapie zur parenteralen Ernährung bei Gastro-Enteritiden („Ernährungsstörungen“) neu eingeführt bzw. weiterentwickelt. Die Ernährung eines an Gastro-Enteritis erkrankten Kindes folgte damals einem komplizierten Ernährungsschema.⁵⁴⁵ Bezüglich der parenteralen Ernährung waren die Erfahrungen, die Rapoport während ihrer ärztlichen Tätigkeit im Exil in den USA sammeln konnte, von Vorteil. Neben der Bedeutung der Bestimmung laborchemischer Größen im Serum, war das Gamble-Diagramm eine wichtige theoretische Voraussetzung,⁵⁴⁶ das Rapoport in den USA kennen gelernt hatte und anschließend an der Charité etablierte.⁵⁴⁷ Diese war nur eine der vielen Neuerungen, die sich in dieser Zeit durchsetzten, bevor im Jahr 1971 Rapoports Emeritierung erfolgte.⁵⁴⁸

Neben dem neonatologischen bzw. perinatologischen Forschungsprojekt und der Schaffung institutioneller Rahmenbedingungen für dieses, versuchte man in der DDR auch auf anderen Wegen die Säuglingssterblichkeit zu senken. So war Rapoport über zwanzig Jahre lang in der Kommission zur Senkung der Säuglings- und später auch Kindersterblichkeit tätig, die als eine Art medizinische Qualitätskontrolle fungieren sollte. Die Einrichtung einer solchen Kommission beschreibt sie als „ganz besondere DDR-spezifische Errungenschaft“, deren Aufgabe es war, eine „flächendeckende Analyse eines jedes Kindersterbefalls auf seine medizinische und soziale Vereinbarkeit hinzu untersuchen. Ein Expertenteam begutachtete jeden Fall auf Basis der vorhandenen Krankenblätter und sprach im Falle der Notwendigkeit

⁵⁴⁴ Wauer, Roland: Die Entwicklung der Neonatologie als Teil der Perinatologie an der Universitätsfrauenklinik der Charité in Berlin-Mitte. In: Ebert, Andreas D.; David, Matthias (Hrsg.): Geschichte der Berliner Universitäts-Frauenkliniken: Strukturen, Personen und Ereignisse in und außerhalb der Charité. Walter de Gruyter, Berlin 2009, S. 91.

⁵⁴⁵ Ebd., S. 89.

⁵⁴⁶ Verdeutlicht die Verteilung der Serumelektrolyte.

⁵⁴⁷ Wauer, Roland: Die Entwicklung der Neonatologie als Teil der Perinatologie an der Universitätsfrauenklinik der Charité in Berlin-Mitte. In: Ebert, Andreas D.; David, Matthias (Hrsg.): Geschichte der Berliner Universitäts-Frauenkliniken: Strukturen, Personen und Ereignisse in und außerhalb der Charité. Walter de Gruyter, Berlin 2009, S. 90.

⁵⁴⁸ Rapoport, Ingeborg: Meine ersten drei Leben. Nora, Berlin, 2002, S. 383.

Empfehlungen im Sinne von Standards für den Umgang in der Kinderversorgung für staatliche Institutionen aus.⁵⁴⁹

Betrachtet man die beiden Universitätskinderkliniken Berlins, so lässt sich konstatieren, dass die Entwicklung der Neonatologie an der Charité im Vergleich zu derjenigen am KAVH deutlich später einsetzte. Es drängt sich der Eindruck auf, dass in der Charité langwierige Planungen im Voraus notwendig waren, und zusätzlich zunächst die räumlichen Voraussetzungen nicht oder nur in unzulänglicher Form gegeben waren, währenddessen im KAVH auch ohne definitive Schritte in Bezug auf Institutionalisierung neue Fakten hinsichtlich der Forschung geschaffen wurden und man nahtlos an die Forschungstradition des KAVH anknüpfen konnte. Festzuhalten bleibt weiterhin, dass der Schwerpunkt der beiden Kliniken unterschiedlich war. Entwickelte man in West-Berlin beispielsweise die Fototherapie, so widmete man sich im Ostteil der Stadt hingegen innerhalb der Forschungsrichtung Perinatalogie vorrangig der „Schwangerschaft und frühkindliche[n] Entwicklung“.⁵⁵⁰

4.1.2 Maß und Wirkungen der Entnazifizierung in Berlin

Nach dem Ende des Krieges waren die Alliierten Besatzungsmächte im Zuge der angestrebten Demokratisierung und Entnazifizierung an einer raschen Entfernung politisch belasteter Hochschullehrer interessiert. Dieses Ansinnen traf auf den Widerstand der Professorenschaft der Medizinischen Fakultät in Berlin, die sich geschlossen für eine Kontinuität im Lehrkörper aussprach und mit der Notwendigkeit einer „Aufrechterhaltung der Lebensfähigkeit des Forschungs- und Lehrbetriebs“ argumentierten.⁵⁵¹ Obwohl eine für alle Besatzungszonen gültige Entnazifizierungsdirektive des Alliierten Kontrollrats in Deutschland 1946 erlassen worden war, war die Handhabung und Umsetzung derselben in den einzelnen Zonen

⁵⁴⁹ Rapoport, Ingeborg: *Meine ersten drei Leben*. Nora, Berlin, 2002, S. 388.

⁵⁵⁰ Wauer, Roland: *Entwicklung der Neonatologie an der Charité. 1960-1990 und DDR-Forschungsprojekt Perinatalogie*. In: *Monatsschrift für Kinderheilkunde: Pädiatrie nach 1945 in der Bundesrepublik Deutschland und der DDR*. Springer, Berlin, 2016, Volume 164 (1), S. 87.

⁵⁵¹ Malycha, Andreas: *Der Umgang mit politisch belasteten Hochschulprofessoren an der Medizinischen Fakultät der Universität Berlin in den Jahren 1945 bis 1949*. In: *Vom Bruch, Rüdiger; Gerhardt, Ute; Pawliczek, Aleksandr: Kontinuitäten und Diskontinuitäten in der Wissenschaftsgeschichte des 20. Jahrhunderts*. Franz Steiner, Stuttgart, 2006, S. 93.

keineswegs einheitlich.⁵⁵² In der sowjetischen Zone spielte sie eine „wichtige Rolle“ beim „Aufbau einer sozialistischen Gesellschaftsordnung“,⁵⁵³ auch für die amerikanische Militärregierung war sie ein wichtiger Bestandteil ihrer Politik, weniger bedeutsam war sie in der britischen Zone, gefolgt von der französischen. Ungeachtet der offiziellen Verlautbarungen wurde die Entnazifizierung in der Praxis nur unzureichend umgesetzt.⁵⁵⁴ Dies ist angesichts der Tatsache, dass mindestens 44,9 Prozent der deutschen Ärzt_innen der NSDAP angehörten von besonderer Bedeutung.⁵⁵⁵

Im folgenden Kapitel sollen die Auswirkungen der Entnazifizierung auf das KAVH als spätere Universitätskinderklinik untersucht werden. Die Verfahrensweise mit belasteten Ärzt_innen stellte auch in der Kinderheilkunde, wie allgemein im ärztlichen Beruf, eine Sondersituation dar, denn die Zerstörung von Infrastrukturen und die umfangreichen Mangelsituationen der unmittelbaren Nachkriegszeit brachten besondere Herausforderungen mit sich. Zum einen gab es medizinische Probleme in großem Umfang zu lösen und Schlimmeres zu verhindern, man denke nur an die zu bannende Seuchengefahr. Zum anderen galt es, die grundlegende Versorgungsstruktur in Form von Krankenhäusern nicht zu gefährden. Daran hatten auch die Besatzungsmächte in ihrem eigenen Sinne großes Interesse, da sie die Gesundheit der eigenen Truppen nicht gefährden wollten. So lässt sich erklären, warum sich in der Praxis eine pragmatische Handhabungsweise durchgesetzt hatte, was die Entnazifizierungspolitik betrifft. Zunächst erfolgte 1946 eine Welle von Entlassungen aufgrund nomineller Belastungen wie Mitgliedschaften in der NSDAP. Auch wenn eine offizielle Entlassung ausgesprochen worden war, konnte manchmal die betreffende Person vor Ort im Krankenhaus unter (teilweise vorübergehender) Einbuße ihrer offiziellen Stellung weiter praktizieren. Dies geschah des Öfteren selbst dann, wenn es durch die Erteilung einer sogenannten „Eingeschränkten Berufserlaubnis“ (Limited Licence) von der Besatzungsmacht nicht erlaubt war, „von einem öffentlichen oder Privatkrankenhaus (...) beschäftigt zu sein (...) und Verwaltungsfunktionen auszuüben“. Private ärztliche Tätigkeiten, wie beispielsweise das Führen einer Privatpraxis

⁵⁵² Ernst, Anna-Sabine: „Die beste Prophylaxe ist der Sozialismus“. Ärzte und medizinische Hochschullehrer in der SBZ/DDR 1945-1961. Waxmann, Münster, 1996.

⁵⁵³ Vollhals, Clemens: Entnazifizierung. Politische Säuberung und Rehabilitierung in den vier Besatzungszonen 1945-1949. Deutscher Taschenbuch Verlag, München, 1991, S. 9.

⁵⁵⁴ Ernst, Anna-Sabine: „Die beste Prophylaxe ist der Sozialismus“. Ärzte und medizinische Hochschullehrer in der SBZ/DDR 1945-1961. Waxmann, Münster, 1996, S. 166 f.

⁵⁵⁵ Weiterführend vgl. hierzu: Kater, Michael, H.: Ärzte als Hitlers Helfer. Europa-Verlag, Hamburg/Wien, 2000. Neueren Forschungsergebnissen zufolge müssen die von Kater angegebenen Werte nach oben korrigiert werden. Vgl.: Rüter, Martin: Ärzte im Nationalsozialismus. Neue Forschungen und Erkenntnisse zur Mitgliedschaft in der NSDAP. Deutsches Ärzteblatt, 2001, Jahrgang. 98, Heft 49, S. 3264 f.

oder das Empfangen von Patient_innen im Sprechzimmer war dahingegen nicht verboten.⁵⁵⁶ Selbst diese äußerst moderate Vorgehensweise war nicht von Dauer, da aufgrund mangelnder Alternativen und aus pragmatischen Gründen nach kurzer Zeit in vielen Fällen eine Wiedereinstellung der entlassenen Professoren und Ärzt_innen erfolgte.

Wie hat man sich das wissenschaftliche Umfeld in der vom Krieg zerstörten Hauptstadt, in dem sich die Pädiatrie nach ihrer umfassenden Instrumentalisierung im Nationalsozialismus neu orientieren musste, vorzustellen? Auch für die Pädiatrie in Berlin ist der „unter diversen Aspekten defizitäre Charakter“ der personellen Situation zutreffend.⁵⁵⁷ Der Leiter der Kinderklinik der Charité, Hans Kleinschmidt, hielt sich bei Kriegsende zufällig in Göttingen auf, wo er nach dem Tod des dortigen Leiters Hans Beumer (1884-1945) auch als dessen Nachfolger verblieb, wodurch der Lehrstuhl für Kinderheilkunde in Berlin zum Ende des Krieges zunächst verweist war.⁵⁵⁸ In den darauffolgenden Jahren kam es zu einer Reihe von Berufungen, die durch die Entnazifizierungskommission des Magistrats von Groß-Berlin vorab genehmigt worden waren.

Eine Auflistung des kompletten Personals des KAVH aus dem Jahr 1946 zeigt, dass außer Joppich keiner der zu diesem Zeitpunkt beschäftigten Ärzt_innen durch eine NSDAP-Mitgliedschaft oder ähnliche Unterorganisationen belastet war.⁵⁵⁹ Ob dies ein Ergebnis der ersten Welle von Entlassungen aller nominell belasteten Ärzt_innen ist oder ob dies auf andere Gründe zurückzuführen ist, kann aufgrund fehlenden Materials über die vorherige Situation nicht mehr geklärt werden. Zu bemerken ist, dass nominell belastete Krankenschwestern durchaus noch im Dienst verblieben.

⁵⁵⁶ LAB C Rep. 375-01-21, Nr.: 388 A.01

⁵⁵⁷ Bruch, vom Rüdiger; Kaderas, Brigitte (Hrsg.): Wissenschaften und Wissenschaftspolitik. Bestandsaufnahme und Kontinuitäten im Deutschland des 20. Jahrhunderts. Franz Steiner, Stuttgart, 2002, S. 374.

⁵⁵⁸ Beddies, Thomas: Besetzung pädiatrischer Lehrstühle in den westlichen Besatzungszonen und in der Bundesrepublik nach dem zweiten Weltkrieg. Beddies, Thomas; Hinz-Wessels, Anette (Hrsg.): Pädiatrie nach 1945 in der Bundesrepublik Deutschland und der DDR. Monatsschrift Kinderheilkunde, Springer, Berlin/Heidelberg, 2016, Band 164, Supplement 1.

⁵⁵⁹ LAB C Rep. 031-01-06, Nr.: 266

4.1.3 Zur Person Gerhard Joppich

Lebenslauf

Mit Gerhard Joppich (Abb. 28) lässt sich eine zentrale Figur der Kinderheilkunde in Berlin ausmachen, an der der Umgang mit belasteten Hochschullehrern an der medizinischen Fakultät für das Fach Kinderheilkunde paradigmatisch nachgezeichnet werden kann. Eine stringente Einordnung Joppichs Tätigkeit und Haltung ist nicht eindeutig möglich. Er war als HJ-Arzt tätig und sowohl im Nationalsozialismus als auch in der Nachkriegszeit Direktor des KAVH, wobei er sich nach Kräften für die Reorganisation des KAVH und seine kleinen Patient_innen einsetzte.



Abbildung 27: Gerhard Joppich bei einer Blutentnahme im KAVH, 1950er Jahre.

Gerhard Joppich wurde am 5. November 1903 in Niederhermsdorf/Schlesien geboren. Er studierte ab dem Jahr 1924 Medizin in Berlin, Würzburg, München, Breslau und Graz. Nach seiner Promotion bei Professor Küttner in Breslau, ein für die damalige Kinderheilkunde

prägender Ort, war er ab dem 1. April 1932 als Assistenzarzt in der Universitätskinderklinik in Köln unter Hans Kleinschmidt tätig. Es ist naheliegend, dass Kleinschmidt als überzeugter Nationalsozialist dieser Zeit in Einfluss auf Joppichs politische Ansichten nahm.⁵⁶⁰ Joppich selbst gab später in seiner Entnazifizierungsverhandlung an, bei seinem NSDAP-Beitritt von ihm beeinflusst worden zu sein. 1935 wurde Joppich an derselben Klinik Oberarzt und habilitierte sich 1936 mit dem Thema „Die kruppöse Pneumonie des Kindes“. Seine Forschungsschwerpunkte lagen neben der Serologie der Lungenentzündungen später vor allem bei den Krankheiten Poliomyelitis und Tuberkulose. Im Jahre 1938 wurde Joppich an der dortigen Kinderklinik auch als Dozent tätig. Ein Jahr später wurde er zur Wehrmacht eingezogen, er war sowohl im Westen in Frankreich als auch später im Osten an der Front in der Nähe der Wolga stationiert. Im Frühjahr 1941 bewarb er sich am KAVH, wo ihm letztendlich auch im Februar 1942 die Klinikleitung übertragen und er aus dem Militär entlassen wurde.⁵⁶¹ Laut Joppichs selbstverfasstem Lebenslauf (datiert nach 1945) zeichneten sich schon vor seiner Einstellung Unstimmigkeiten mit dem Reichsgesundheitsführer der NSDAP, Dr. Leonardo Conti,⁵⁶² ab, welcher lieber dem entschiedenen Nationalsozialisten Ernst Wentzler die Stelle überlassen hätte.⁵⁶³ Dies verhinderte jedoch Dr. Cropp, Ministerialdirektor im Aufsichtsrat, da er Joppich aufgrund seiner Hochschulqualifikationen für geeigneter hielt. Ähnliche Bestrebungen seitens des Reichsgesundheitsführers lassen sich bei Berufungsverfahren von Schönfeld finden, wobei Conti sich auch gegen dessen Berufung stark

⁵⁶⁰ „Wir Kinderärzte wollen helfen, Schäden zu überwinden, an denen die vergangene Zeit krankte, damit ein gesundes, lebensmutiges und opferwilliges, der nationalsozialistischen Idee entsprechendes Geschlecht heranwächst.“ Mit dieser Aussage verkündete bei der Machtergreifung der Nationalsozialisten Kleinschmidt umgehend und unverhohlen die vollkommene Deckungsgleichheit der Ziele des NS-Regimes und denen der Kinderheilkunde. Vgl.: Seidler, Eduard: Kinderärzte 1933-1945. Entrechtet - geflohen - ermordet. Bouvier Verlag, Bonn, 2000, S. 31.

⁵⁶¹ LAB C Rep. 375-01-21, Nr.: 388 A.01

⁵⁶² Leonardo Conti (1900-1945). Mitbegründer des NS-Ärztebundes, Kuratoriumsmitglied des Kaiser-Wilhelm-Instituts für Anthropologie, Menschliche Erblehre und Eugenik. 1939 Staatssekretär für Gesundheitswesen im Reichsinnenministerium, oberster Mediziner im Zivilbereich. Suizid in alliierter Haft. Vgl.: Klee, Ernst: Das Personenlexikon zum Dritten Reich. Wer war was vor und nach 1945? S. Fischer, Frankfurt am Main, 2003, S. 96.

⁵⁶³ Ernst Wentzler (1891-1973). Ab 1934 Betrieb einer privaten Kinderklinik in Berlin-Frohnau. Kinderarzt von hohen Parteifunktionären. Beteiligung an der „Kindereuthanasie“ in der Funktion als Obergutachter im „Reichsausschuss“ sowie Mitarbeit bei den Beratungen zum NS-„Euthanasie“-Gesetz. Vgl.: Beddies, Thomas; Schmiedebach, Heinz-Peter: Der Pädiater Dr. Ernst Wentzler und die Kinderklinik Frohnau (1923-1964). In: Berlin in Geschichte und Gegenwart. Jahrbuch des Landesarchivs Berlin. Gebr. Mann, 2002, S. 137-157.

zu machen versuchte.⁵⁶⁴ 1944 wurde Joppich auf Antrag der Medizinischen Fakultät zum außerplanmäßigen Professor für Kinderheilkunde ernannt.⁵⁶⁵

Nationalsozialistische Vergangenheit und Entnazifizierung

Eine klare Einordnung Joppichs, seiner Stellung und geistigen Haltung im NS-System ist aufgrund verschiedener Probleme schwierig. Zunächst drängt sich die grundlegende Problematik der Frage nach der Definition eines Nationalsozialisten auf. Ohne zu viel vorwegnehmen zu wollen, kann man aufgrund der defizitären Quellenlage Joppich kein geschlossen nationalsozialistisches Weltbild nachweisen. Weiterhin liegen fast ausschließlich Quellen vor, die nach dem Zusammenbruch des NS-Systems verfasst wurden und somit durch ihren retrospektiven Charakter sicherlich auch die Intention enthalten könnten, Joppich zu entlasten. Unbestreitbar ist, dass Joppich nominell als belastet gelten kann; er war seit 1933 sowohl in der NSDAP und zahlreichen Unterorganisationen Mitglied⁵⁶⁶ sowie von 1934 bis 1939 HJ-Arzt.⁵⁶⁷ Joppich wurde aufgrund dessen am 15. März 1946 entlassen und legte am 5. April 1946 Berufung dagegen ein, der am 20. September 1946 stattgegeben wurde. Da die Entnazifizierung in ihrem Grundgedanken auch auf die „reeducation“ der Bevölkerung ausgerichtet war, gab es auch ein Interesse seitens der Besatzungsmächte, Vorgänge in diesem Rahmen der Öffentlichkeit zugänglich zu machen. In diesem Zusammenhang ist wohl auch die Berichterstattung über die stattgefundene Entnazifizierung von Professor Joppich am 21. September 1946 in der Zeitung *Der Telegraf* einzuordnen.⁵⁶⁸

In seinem Entnazifizierungsverfahren wies Joppich auf die Frage, weshalb er in die NSDAP eingetreten sei, auf angebliche äußere Zwänge hin; als „Jungdozent konnte man nicht anders handeln.“⁵⁶⁹ Er bestritt, von den weiteren menschenverachtenden Entwicklungen in den 1930er und 1940er Jahren Kenntnis gehabt zu haben, da er sich ausschließlich der Wissenschaft gewidmet habe und somit keine Zeit gehabt hätte, einen Gedanken an die Politik zu verwenden:

⁵⁶⁴ LAB C Rep. 375-01-21, Nr.: 380 A.02

⁵⁶⁵ LAB C Rep. 375-01-21, Nr.: 388 A.01

⁵⁶⁶ Genauer war Joppich 1938-1945 im NS-Dozentenbund, 1936-1945 im NSV, sowie von 1937 (?) -1945 im NS-Ärztbund. Vgl.: C Rep. 375-01-21, Nr.: 388 A.01

⁵⁶⁷ LAB C Rep. 375-01-21, Nr.: 388 A.01

⁵⁶⁸ Ebd.

⁵⁶⁹ Ebd.

„Ich hatte nur eine Leidenschaft, die Kinderheilkunde.“⁵⁷⁰ Weiterhin behauptet er, sich schon von Anfang an von den für ihn negativen Seiten des Nationalsozialismus distanziert zu haben, von denen er hoffte, sie würden noch verschwinden: „Ich kann nur sagen, dass ich kein Antisemit war.“⁵⁷¹

Er war in Jugendzeiten Oberbannführer der Hitlerjugend und am 5. Oktober 1933 Mitherausgeber der „Ärztlichen Leitsätze für die in Bünde eingeordnete deutsche Jugend des Pflichtschulalters“. Außerdem veröffentlichte er 1938 in der *Münchener Medizinischen Wochenschrift* eine Abhandlung über „Die Gesundheitliche Wirkung der Sommerlager der HJ“.⁵⁷² In einem selbstverfassten Lebenslauf, der im Rahmen des Berufungsverfahren 1946 entstand, beschreibt Joppich seine Rolle in der HJ wie folgt: „Bewogen hierzu [Eintritt in die HJ, Anmerk. d. Verf.] auch durch die Erkenntnis, dass es gerade die Pflicht für mich als Kinderarzt war, zu verhindern, dass sich aus dem Dienstbetrieb und der körperlichen Beanspruchung der Kinder allzu starke körperliche Schäden entwickeln könnten, zumal ja praktisch die gesamte deutsche Jugend von diesem Dienstbetrieb erfasst war.“⁵⁷³ Im Weiteren bezeichnete Joppich die Indienstnahme der Jugend auch als „Missbrauch“. Die Fähigkeit Joppichs, die Vergangenheit intentionell umzudeuten, wird ihm auch seitens des Medizinhistorikers Sascha Topp attestiert, der in seiner Schilderung des Diskurses der DGfK zum Umgang mit der nationalsozialistischen Vergangenheit in einer Festrede Joppichs im Jahr 1980 „revisionistische Züge“ feststellt,⁵⁷⁴ als Joppich über Kollegen spricht. Diese Inschutznahme von Kollegen durch Joppich ist kein Einzelfall, so hat er noch 1972 eine Laudatio zu Ehren von Ernst Wentzler anlässlich dessen Geburtstages verfasst, obwohl dieser nachweislich als „Euthanasie“-Gutachter tätig war.⁵⁷⁵

Sein Kompendium „Die ärztliche Betreuung Jugendlicher in Schule und Sport“⁵⁷⁶ erschien in den oben genannten Leitsätzen; er habe in der Überzeugung gegen diesen „Missbrauch“ geschrieben. Später bezeugen auch Mitarbeiter Joppichs diese Sichtweise. Weiterhin

⁵⁷⁰ LAB C Rep. 375-01-21, Nr.: 388 A.01

⁵⁷¹ Ebd.

⁵⁷² Klee, Ernst: Das Personenlexikon zum Dritten Reich. Wer war was vor und nach 1945? S. Fischer Verlag GmbH, Frankfurt am Main, 2003, S. 289.

⁵⁷³ LAB C Rep. 375-01-21, Nr.: 388 A.01

⁵⁷⁴ Topp, Sascha: Geschichte als Argument in der Nachkriegsmedizin. Formen der Vergegenwärtigung der nationalsozialistischen Euthanasie zwischen Politisierung und Historiographie. V&R unipress, Göttingen, 2013, S. 151.

⁵⁷⁵ Ebd., S. 160.

⁵⁷⁶ LAB C Rep. 375-01-21, Nr.: 388 A.01

veröffentlichte Joppich 1939 einige Aufsätze in „Die Gesundheitsführung der Jugend“, dessen Herausgeber kein Geringerer als Robert Hördemann (1901-1900), Reichsarzt der Hitler-Jugend, war. Viele seiner Aufsätze haben einen rein medizinischen Inhalt,⁵⁷⁷ jedoch schrieb Joppich auch über „Konstitution und Konstitutionsanomalien, Erbpflege und Erbkrankheiten im Kindes- und Jugendalter“,⁵⁷⁸ wobei er offensichtlich nationalsozialistische und rassenhygienische Termini übernahm. Normative Aspekte, wie ein ideales Kind zu sein hat, sind hier deutlich erkennbar, die sogenannten Konstitutionsanomalien sollten spätestens durch die „Gemeinschaftserziehung“ in der HJ so weit wie möglich ausgeglichen werden.⁵⁷⁹ Diese Ausführungen Joppichs gipfelten in der Beschreibung der Rolle des HJ-Arztes zur Umsetzung von „positive[n] erbpflegerische[n] Aufgaben“,⁵⁸⁰ wobei eindeutig die Vorstellung von der arischen Rasse propagiert und völkische Ideen reproduziert wurden. Dieser Text steht im unüberwindbaren Gegensatz zu Joppichs eigener Aussage, er habe nur zum Schutz der Jugend innerhalb der HJ agiert. Darüber hinaus war Joppich nicht nur Leiter der Reichsarbeitsgemeinschaft „Mutter und Kind“ sondern auch seit 1942 als „Abteilungsleiter im Amt für Gesundheitsführung der Reichsjugendführung“ und im Hauptamt für Volksgesundheit der NSDAP tätig.⁵⁸¹

Inwieweit der oben aufgeführten Darstellung Joppichs Glauben zu schenken ist, ist schwer zu beurteilen. Eine selektive Darstellung der Ereignisse zu eigenen Gunsten durch Joppich im Entnazifizierungsverfahren ist möglich, wenn nicht sogar wahrscheinlich. Die Darstellung Joppichs wird immerhin dadurch gestützt, dass er eine Mitarbeit im Reichsforschungsrat für den Fachbereich Kinderheilkunde ablehnte.⁵⁸² Ob die Unstimmigkeiten mit Reichsgesundheitsführer Conti persönlicher oder doch politischer Natur waren, kann nicht mit Gewissheit festgestellt werden.

⁵⁷⁷ Joppich, Gerhard: Die Ernährung im Kindes- und Jugendalter, S. 60; Die übertragbaren Krankheiten im Kindesalter, vor allem Vorsorge und Bekämpfung, S. 228; Die Tuberkulose im Kindes- und Jugendalter (insbesondere Symptomatologie und Prophylaxe), S. 265. In: Hördemann, Robert (Hrsg.): Die Gesundheitsführung der Jugend. J.F. Lehmanns, München/Berlin, 1939.

⁵⁷⁸ Joppich, Gerhard: Konstitution und Konstitutionsanomalien. Erbpflege und Erbkrankheiten im Kindes- und Jugendalter. In: Hördemann, Robert (Hrsg.): Die Gesundheitsführung der Jugend. J.F. Lehmanns, München/Berlin, 1939, S. 39 ff.

⁵⁷⁹ Ebd., S. 47.

⁵⁸⁰ Ebd., S. 58.

⁵⁸¹ Buddrus, Michael: Totale Erziehung für den totalen Krieg. Hitlerjugend und nationalsozialistische Jugendpolitik. Teil 1. K. G. Saur, München, 2003, S. 914.

⁵⁸² Beddies, Thomas: Das KAVH in der NS-Zeit. Unveröffentlichtes Manuskript.

Auf seine möglichen Verstrickungen in Vorgänge der Kinder-„Euthanasie“ im Sinne der „erbbiologischen Maßnahmen“ wie im Verhandlungsbericht beschrieben, antwortete Joppich folgendermaßen: „In der Klinik gab es gewisse Bestrebungen, dass u. U. solche Maßnahmen durchgeführt werden sollten. Ich habe das von vornherein abgebrochen und hielt es mit den ärztlichen Dingen unvereinbar.“⁵⁸³ Auch wenn seine Schrift über Erbpflege einen gänzlich anderen Grundton aufweist, wird diese Aussage dadurch untermauert, dass es nach gegenwärtigem Forschungsstand keine Hinweise auf eine Verwicklung des KAVH in die „Kindereuthanasie“ gibt.⁵⁸⁴

Diese Selbstdarstellung Joppichs kontrastiert auch mit den Schilderungen in seinem Tagebuch, das er 1940 bei seinem Einsatz in Frankreich verfasst hat. Dort zeigt sich wiederholt seine positive Grundhaltung zum Krieg und den nationalsozialistischen Machthabern, insbesondere reproduziert Joppich in dieser Niederschrift die klassischen Feindbilder und durch sein Bejahen des Krieges trotz allen Gräueln, die er im Zuge dessen erlebt, gab er sich unreflektiert loyal zu den Zielen desselben. Joppich hielt den Angriffskrieg für eine durchaus legitime Angelegenheit: „Das waren also jene geknechteten Deutschen, die nur auf den Moment warteten, ihren verhaßten Tyrannen (gemeint ist wohl Frankreich, Anm. d. Verf.) zu beseitigen.“⁵⁸⁵

Viele weitere Zeugenaussagen im Rahmen des Entnazifizierungsverfahrens vor der Spruchkammer bleiben unpräzise und widersprechen sich gegenseitig, jedoch gibt es auch hier keine Hinweise, die belegen, dass Joppich aktiv in nationalsozialistische Verbrechen verwickelt war, wie dies bei anderen Professoren für Kinderheilkunde der Fall war, beispielsweise bei Bessau (Berlin) oder Catel (Leipzig). Auf zivile Appelle innerhalb der Klinik wurde zur Zeit des NS-Regimes weitgehend verzichtet, der Hitler-Gruß sei nicht üblich gewesen und Joppich habe auch davon abgesehen, Mitangestellte zu denunzieren, die ausländische Rundfunksender abhörten – berichteten einige Mitarbeiter_innen auf Befragung seitens des Gerichts.

Inwieweit die Aussagen der Zeug_innen, die in der Verhandlung vernommen wurden, ohne Beeinflussung stattfanden, etwa von der Befürchtung geleitet, die eigene Stelle einzubüßen oder sonstige berufliche Nachteile zu erleiden, wenn man den obersten Chef kritisiert, sei dahingestellt und ist aus heutiger Sicht nicht mehr nachprüfbar. Für eine derartige Beeinflussung sprechen beispielsweise die Aussagen eines Mitgliedes des Betriebsrates des

⁵⁸³ LAB, C Rep. 375-01-21, Nr. 388 A.01

⁵⁸⁴ Beddies, Thomas: Das KAVH in der NS-Zeit. Unveröffentlichtes Manuskript.

⁵⁸⁵ Joppich befindet sich hier am 17. Juni 1940 in Domremy Le Puzzele (Frankreich) wo er auf deutsche Flüchtlinge aus dem Elsaß trifft. Kriegstagebuch von Gerhard Joppich, BArch MSG 2/586, S. 46.

KAVH, welcher vom Gericht die Aufgabe erhielt, sich im Betrieb nach den Meinungen über Joppichs politische Gesinnung zu erkundigen. Das Personal hielt sich jedoch seinen Angaben nach bedeckt: „Wenn nach 1 1/2 Jahren Kriegsende ein so großer Nazi wie Dr. Joppich noch seine Stellung innehat, dann kann ich es mir nicht erlauben, etwas gegen ihn zu sagen, so erklärten sie mir. Als kleiner Mann könnte mich das schädigen.“⁵⁸⁶

Betrachtet man ausschließlich die Dokumente und Zeug_innenaussagen, die der Spruchkammer vorlagen, gelangt man, der inneren Logik des Gerichtsverfahrens folgend, zu dem Beweis von Joppichs Unschuld an konkreten Verbrechen. Unbestreitbar ist jedoch ebenso Joppichs nominelle Belastung, die ihn zumindest zu einem Mitläufer macht, der die bestehenden Verhältnisse vielleicht nicht unbedingt befeuert, aber sich auch nicht dem Regime widersetzt hat. Es sind keine Fälle bekannt, in denen Joppich sich aktiv an der „Kindereuthanasie“ beteiligt hat, wenn er jedoch erwähnt, dass er solche Bestrebungen in seiner Klinik abzuwenden wusste, scheint er offensichtlich von der Existenz der Kindermorde gewusst zu haben. Die in seiner Funktion als HJ-Arzt verfassten Schriften hinterlassen den Eindruck, dass Joppich mehr am Ausbau der Gesundheitsfürsorge und der Instrumentalisierung und Indoktrination der jugendlichen Kinder interessiert war, die dem NS-Staat nützlich sein konnten. Mit der anderen Seite der Kinderheilkunde in der NS-Zeit, die im Umkehrschluss hierzu die Vernichtung „unwerten Lebens“ bedeutete, kam er aller Wahrscheinlichkeit nach nicht konkret in Berührung. Insofern drängt sich ein Bild auf, bei dem Joppich bis zu einem gewissen Grad mit den Zielen des Nationalsozialismus konform ging und keine Hemmungen hatte, die Kinderheilkunde zumindest im Sinne der positiven Auslese in den Dienst des Regimes zu stellen. Dabei war seine Haltung anbiedernd und anpassend. Inwieweit dies aus grundsätzlicher nationalsozialistischer Überzeugung oder zugunsten von eigenen Vorteil und Karrierestreben antizipiert wurde, ist strittig.

Eine abschließende Bewertung der Person Joppichs erscheint schwierig. Da er unbestreitbar bestrebt war, während des Nationalsozialismus eine Jugendmedizin im Sinne der Machthaber am KAVH aufzubauen und in Form der Akademie für Jugendmedizin zu etablieren,⁵⁸⁷ machte er sich mitschuldig, indem er die Festigung des nationalsozialistischen Systems und dessen Gedankengut maßgeblich vorantreiben wollte, auch wenn das Ende des Krieges die Verwirklichung dieser Pläne verhinderte. Die Gesundheit der jungen Generation war für das NS-Regime vor allem hinsichtlich eines Einsatz im Krieg und der völkischen Ideologie von

⁵⁸⁶ LAB, C Rep. 375-01-21, Nr. 388 A.01

⁵⁸⁷ Beddies, Thomas: Das KAVH in der NS-Zeit. Unveröffentlichtes Manuskript.

Bedeutung, wenngleich es nach derzeitigem Forschungsstand am KAVH keine „Kindereuthanasie“ gab und das Krankenhaus damit nicht zum „Tatort nationalsozialistischer Medizinverbrechen“ wurde.⁵⁸⁸

Andererseits rettete Joppich mit seinem organisatorischen und verhandlerischen Geschick wiederum vielen Kindern in der Nachkriegszeit das Leben, indem er alles daransetzte, die Versorgungsfunktion des KAVH in der unmittelbaren Nachkriegszeit mit allem, was dazu gehörte, aufrecht zu erhalten. Dieser Qualitäten Joppichs war man sich am KAVH durchaus bewusst und so insistierte der Vorsitzende des Aufsichtsrates des KAVH im Mai 1946 auf der Wiedereinsetzung Joppichs in seine frühere Funktion: „bitte ich (...) Professor Joppich baldmöglichst wieder seine Tätigkeit im Interesse der Bekämpfung der Säuglings- und Kindersterblichkeit aufnehmen zu lassen.“ Auch er beklagt den Mangel an alternativem, völlig unbelastetem Personal, der in der Tatsache begründet lag, dass ein großer Anteil der Bevölkerung belastet war: „[...] da er zur Zeit nicht durch eine gleichwertige Kraft ersetzt werden kann.“⁵⁸⁹

So ist Joppich, der aus den genannten Gründen als belastet gelten darf, einer der typischen Fälle in der Universitätslandschaft des Nachkriegsdeutschlands, welche mehr oder minder nahtlos trotz ihrer nominellen Mitgliedschaft, aber keiner nachweislich aktiven Verbrechen überführt, unbehelligt in ihrer Funktion als Arzt und Lehrkraft in ihrer beruflichen und gesellschaftlichen Stellung verblieben. Die vorübergehende Entlassung lässt sich also weniger als personeller Bruch, sondern vielmehr als kurze Unterbrechung bezeichnen, die durch seine weitergehende praktische Tätigkeit noch zusätzlich unbedeutender wird. In diesem Sinne bildet auch die Kinderheilkunde keine Ausnahme was die hohen personellen Kontinuitäten nach 1945 angeht. Bezeichnend für die Verdrängungskultur der Nachkriegsgeschichte ist auch, dass diese Aktivitäten Joppichs in dessen Lebenslauf bei späteren Ehrungen, die er aufgrund seiner Beteiligung an der breiten Einführung der Polio-Schluckimpfung während seiner Göttinger Zeiten erhielt, gänzlich unerwähnt bleiben.⁵⁹⁰

⁵⁸⁸ Beddies, Thomas: Das KAVH in der NS-Zeit. Unveröffentlichtes Manuskript.

⁵⁸⁹ LAB C Rep. 375-01-21, Nr.: 388 A.01

⁵⁹⁰ Für diese Leistung erhielt Joppich 1986 das Große Verdienstkreuz des Verdienstordens der BRD. Hartung, Kurt: Großes Verdienstkreuz des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland für Professor Dr. med. Gerhard Joppich. Sonderdruck aus Sozialpädiatrie in Praxis und Klinik, Kirchheim, Mainz, 1987, Nr. 3, S. 203.

Rolle am KAVH

Mit der Gründung der Freien Universität Berlin kam auch die Frage nach einer geeigneten Lehranstalt für den Fachbereich Kinderheilkunde auf. Rückblickend beschrieb Joppich 1953 in einem Brief an Fritz von Bergmann (1907-1982), den Kuratorialdirektor der FU, die maßgeblichen Gründe, die die Wahl auf das KAVH fallen ließen. Die Einrichtung hätte „seit ihrer Gründung Forschungs- und Unterrichtsaufgaben gedient.“⁵⁹¹

Joppich war auch schon vor Kriegsende langjähriger Direktor des KAVH, wurde jedoch im Zuge der Entnazifizierungspolitik der Alliierten zwischenzeitlich am 15. März 1945 durch die englische Militärregierung aus seiner Stelle als Klinikdirektor am KAVH aufgrund seiner NSDAP-Mitgliedschaft und anderen Belastungen entlassen.⁵⁹² Seine wissenschaftlichen Forschungen und seine private Praxis im KAVH durfte er fortführen. Ebenso blieb er „auf Grund des Notstandes“ praktisch ärztlicher Leiter der Klinik.⁵⁹³ Daraufhin stellte Joppich einen Entnazifizierungsantrag, wonach er am 20. September 1946 einstimmig rehabilitiert wurde, da ihm nach Anhörung zahlreicher Zeugen nicht mehr als eine nominelle NSDAP-Mitgliedschaft und einiger Unterorganisationen nachgewiesen werden konnte. Aus unbekanntem Gründen liegt dieser Entnazifizierungsbescheid laut eines Personalbogens der FU bei seiner Berufung an dieselbe nicht vor; er wurde am 13. September 1948 als ordentlicher Professor für das Fach Kinderheilkunde auf Antrag des „Vorbereitenden Ausschusses zur Gründung einer Freien Universität Berlin“ berufen. In einer weiteren Aktennotiz vom 26. Mai 1950, unterzeichnet vom Dekan, wurde er jedoch aufgrund seiner vorangegangenen Entnazifizierung als „politisch unbedenklich“ angesehen.⁵⁹⁴

Joppich hielt als ordentlicher Professor, wie vertraglich geregelt, ab dem Wintersemester 1948/49 montags bis freitags die Vorlesung „Klinik und Poliklinik der Kinderkrankheiten“.⁵⁹⁵ Seit dem Sommersemester 1951 existierte das Lehrformat „Klinische Visite“,⁵⁹⁶ das von Joppich „und Assistenten“ durchgeführt wurde.⁵⁹⁷ 1954/55 wurde der Unterricht durch die

⁵⁹¹ FU Berlin, UA, Med. Fak., 62 Frauenklinik Kinderklinik orthopäd. Klinik Asthma Polikl. 1949-1970

⁵⁹² Genauer: Anordnung 101 a der Alliierten Kommandantur vom 26. Januar 1946, Bestimmung Nr. 1 Teil I § 2 II b.

⁵⁹³ LAB, C Rep. 375-01-21, Nr. 388 A.01

⁵⁹⁴ FU Berlin, UA, Med. Fak. Personalien, PA Gerhard Joppich

⁵⁹⁵ FU Berlin, UA, Bibliothek, Personal- und Hochschulverzeichnis 1948-1956

⁵⁹⁶ Ebd.

⁵⁹⁷ Ebd.

Veranstaltung „Diagnostik und Therapie der Tuberkulose im Kindesalter“ des Privatdozenten Heinrich Wiesener ergänzt.⁵⁹⁸

In der NS-Zeit hatte sich Joppich nicht in erster Linie durch herausragende wissenschaftliche Leistungen profiliert, in der direkten Nachkriegszeit war aufgrund der Nachwirkungen des Krieges an Forschung offensichtlich nicht zu denken (Kapitel 2.1). Joppichs organisatorische Stärken kamen dem KAVH in der Nachkriegszeit zu Gute, so war er beispielsweise auch im sogenannten Penicillin-Komitee tätig und konnte dort Zuteilungen des äußerst seltenen Antibiotikums für schwerstkranke Kinder bewirken (Kapitel 3.2). Somit ist seine Rolle am KAVH in der Nachkriegszeit als der geschickt Verhandlende zu sehen, wobei er sich gut darauf verstand, in den widrigen, vom allumfassenden materiellen Mangel geprägten Nachkriegsbedingungen das Bestmögliche für das KAVH und dessen kleine Patient_innen aus der Situation zu gewinnen. Sein Fortgang nach Göttingen ist nicht nur auf persönliches Karrierestreben, sondern auch auf eine Frustration hinsichtlich der stagnierenden Lage des KAVH zurückzuführen.

Auch nach der unmittelbaren Nachkriegszeit hatte das KAVH aufgrund seiner ihm neu anvertrauten Aufgaben im Rahmen seiner Funktion als Universitätskinderklinikum mit vielen Schwierigkeiten zu kämpfen. Obwohl das Krankenhaus zu Gründungszeiten den Status einer gemeinnützigen Stiftung innehatte, wurde es schon 1945 zum überwiegenden Teil aus staatlichen Geldern finanziert, jedoch ohne jegliche vertragliche Grundlage hierzu. Diese Ungereimtheiten beklagte der Direktor Joppich im Juni 1953 in einem Brief an den Kuratorialdirektor der FU mit der dringenden Bitte um Abhilfe. Die finanziellen Mittel um die Aufgaben einer Universitätskinderklinik, deren Arbeitsniveau und Ausstattung die einer normalen Klinik bei Weitem überstieg, wahrnehmen zu können, seien zu gering. Auch das Lohnniveau der Angestellten war davon negativ betroffen. Insofern sei die Übernahme der Klinik durch die „öffentliche Hand“ mehr als wünschenswert.⁵⁹⁹ Dies sollte durch die FU oder das Landesgesundheitsamt geschehen, da der Stadtteil Charlottenburg schon ein eigenes städtisches Kinderklinikum besaß und sich daher sicherlich nicht dazu bereit erklären würde. Wie sehr die Stadt Berlin unter der defizitären Fachkräftesituation litt, verdeutlicht der Schriftwechsel zwischen der FU und dem Regierenden Bürgermeister Berlins Ernst Reuter (1889-1953). Mit allen Mitteln versuchte man Joppich davon abzuhalten, seiner Berufung nach

⁵⁹⁸ FU Berlin, UA, Bibliothek, Personal- und Hochschulverzeichnis 1948-1956

⁵⁹⁹ FU Berlin, UA, Med. Fak. Personalien, PA Gerhard Joppich

Göttingen, wo der Lehrstuhl durch die Emeritierung Kleinschmidts freigeworden war, zu folgen. Definitiv hat der desolate Zustand des KAVH und allem voran die unklare weitere Finanzierung der Klinik seinen Wunsch nach Fortgang befeuert. Joppich äußerte später in einer Fakultätsratssitzung, dass die ungesicherte Zukunft des KAVH für seinen Entschluss „mitbestimmend“ gewesen sei.⁶⁰⁰ Zunächst wandte sich der Kuratorialdirektor von Bergmann an den Dekan mit der eindringlichen Bitte, an geeigneter Stelle Zusagen zu finanzieller Unterstützung zu erwirken. Bürgermeister Reuter erklärte sich daraufhin bereit, noch am 6. September 1953, einige Tage vor Joppichs Fortgang nach Göttingen, die Klinik zu besichtigen, um sich ein Bild von der Lage zu verschaffen und notfalls selbst Joppich einen Brief zu schreiben.⁶⁰¹ Wie unrealistisch die Umsetzung dieser ehrgeizigen Pläne jedoch war, zeigt die Tatsache, dass das KAVH erst 1971 von einer Stiftung in eine Klinik des öffentlichen Rechts überführt wurde. All diese Bestrebungen haben letztlich, vielleicht auch einfach nur aufgrund des verspäteten Zeitpunkts, Joppich nicht von einer Annahme seines Rufs nach Göttingen abhalten können. Zudem unterbreitete man Joppich von Göttingen aus das Angebot, dass er, je schneller er dem Ruf folgen würde, noch an der Planung des zweiten Bauabschnitts des Neubaus der Kinderklinik vor Ort Einfluss nehmen könne, was sicher auch ein Anreiz war, möglichst rasch nach Göttingen überzusiedeln.⁶⁰²

4.1.4 Zur Person Adalbert Loeschke

Adalbert Loeschke (Abb. 29) trat nach Joppichs Berufung nach Göttingen dessen Nachfolge als ärztlicher Direktor des KAVH an und ist somit ebenso eine der zentralen Personen, die die Kinderheilkunde der Nachkriegszeit maßgeblich mit beeinflussten.

Er wurde am 17. Oktober 1903 in Angermünde/Uckermark als Sohn des Gutsbesitzers Franz Loeschke und dessen Ehefrau Anna, geb. Berger, geboren. Er studierte von 1922 bis 1927 Medizin in Tübingen sowie Berlin, absolvierte die ärztliche Prüfung mit „sehr gut“ und promovierte ein Jahr später. Am 1. Oktober 1928 wurde er als Assistent am Physiologischen Institut Leipzig in „qualitativer und quantitativer“ Analyse ausgebildet und arbeitete dort anschließend weiter wissenschaftlich. Seine klinische Ausbildung begann Loeschke am 1. Oktober 1930 in der Kinderklinik in Göttingen als Assistent bei Prof. Dr. Beumer, mit dem er

⁶⁰⁰ FU Berlin, UA, Protokolle der Medizinischen Fakultät, 1949-1959

⁶⁰¹ FU Berlin, UA, Rektorat, R 1514

⁶⁰² Ebd.

zusammen zur „stoffwechselphysiologischen Verhalten“ der Glykogenspeicherkrankheit forschte.

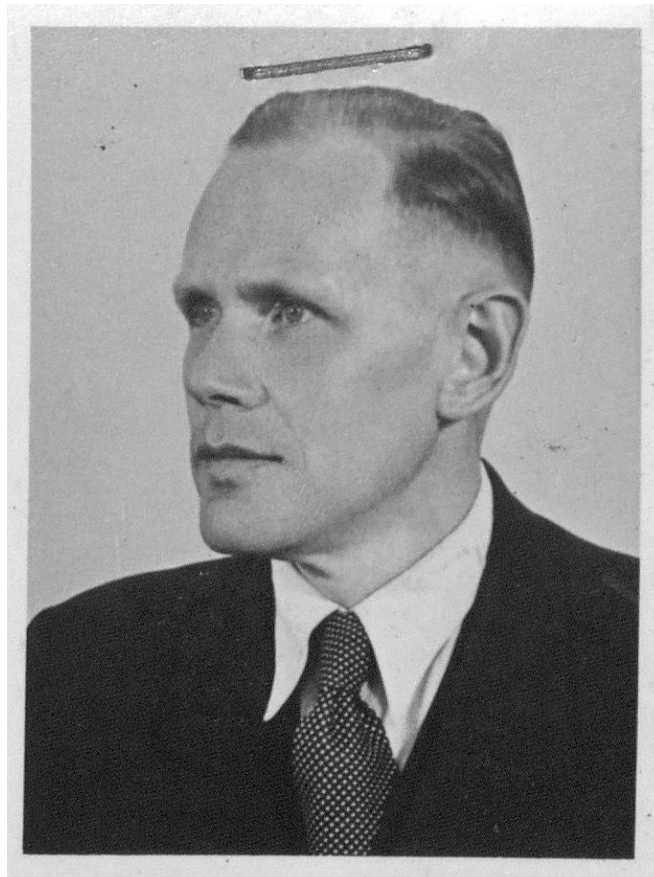


Abbildung 28: Adalbert Loeschke, undatiert.

Am 1. Oktober 1932 wechselte er auf eigenen Wunsch zu Kleinschmidt nach Köln, „um sich an einer größeren Klinik fortzubilden“, wo er 1935 Oberarzt, zunächst der Infektionsabteilung, wurde. Ein Jahr später habilitierte er sich. Im Rahmen seiner Tätigkeit wurde Loeschke auch mit Aufgaben der Lehre betraut und hielt Vorlesungen mit den Themen „Diagnostisch-therapeutischer Kurs am Krankenbett“, „Visite auf der Infektionsabteilung“ sowie „Kinderärztliche Sprechstunde und Hauspraxis“. ⁶⁰³ Im Jahr 1939 erhielt er die Facharztanerkennung für Kinderheilkunde. Seine weitere Tätigkeit umfasste auch die Vertretung des Leiters der Kinderklinik Kleinschmidt im Klinikalltag und in der Hauptvorlesung während dessen Abwesenheit. In einem Zeugnis aus dem Jahr 1939, ausgestellt durch Kleinschmidt, attestierte dieser Loeschke, dass er „an dem grossen Krankenmaterial der hiesigen Klinik seine Ausbildung vervollkommnet und eine große Erfahrung auf kinderärztlichem Gebiet erworben“

⁶⁰³ FU Berlin, UA, FU-Rektorat bzw. Präsidialamt/Personalreferat, PA Adalbert Loeschke

hätte. „Die vielseitigen Aufgaben, die ihm zufielen, hat er mit unermüdlichem Eifer und bester Sachkenntnis ausgeführt.“⁶⁰⁴ Darüber hinaus sind keine Dokumente bekannt, die das Verhältnis zwischen dem Leiter und seinem Assistenten erhellen könnten. Inwieweit Loeschke Kleindschmidts politische Ansichten geteilt hat, lässt sich nicht mehr nachvollziehen.

Loeschke leitete in der Kölner Universitätskinderklinik auch den Unterricht der „staatlich anerkannten Säuglingspflegerinnen und Säuglingsschwesternschule“ „voll verantwortlich“ und nahm „an den staatlichen Prüfungen als Prüfer“ teil. Dies prädestinierte ihn für seine spätere Tätigkeit im KAVH. Auf wissenschaftlicher Ebene beschäftigte er sich neben der Glykogenspeicherkrankheit auch mit den Krankheitsbildern des „renale[n] Zwergwuchs“, der „renale[n] Rachitis“ sowie der „Klassifizierung von Wachstumsstörungen“.⁶⁰⁵

Am 26. August 1939 wurde Loeschke als Truppenarzt einberufen und nahm am „Polen- und Westfeldzug“ teil. Loeschke leistete „[a]ktive[n] Wehrdienst“ vom „8.10.1939-14.11.1939 [durch] Einsatz bei der Besatzungstruppe in Polen“ und vom „27.11.1940 -5.6.1941 [bei der] Besatzungstruppe im Generalgouvernement“.⁶⁰⁶ Am 26. August 1941 wurde er „durch Notdienstbeorderung mit der kommissarischen Leitung der Städt.[ischen] Kinderklinik in Łódź (damals Litzmannstadt) beauftragt.“⁶⁰⁷ In diese Zeit fiel auch die Ernennung zum außerordentlichen Professor, welche am 1. November 1942 durch die Universität Köln erfolgte. Seine Tätigkeit in Łódź beschrieb er wie folgt:

„Ich reorganisierte die Anstalt und brachte sie auf 340 Betten. Sie enthielt nach ihrer Fertigstellung außer den üblichen Abteilungen eine selbstständige kinderchirurgische Abteilung, eine Frauenmilchsammelstelle und eine orthopädische Ambulanz. Den Unterricht in der mir unterstehenden Schwesternschule versah ich in seinem klinischen Teil selbst. Nach der sog. Evakuierung des [W?]arthegaues bei der ich die Anstalt ohne Verluste an Menschenleben zurückbrachte, mußte ich sie im Februar 1945 in Prellerei (Priegnitz) auflösen. Bis zum Kriegsende war ich von der Universität Köln beurlaubt.“⁶⁰⁸

⁶⁰⁴ FU Berlin, UA, FU-Rektorat bzw. Präsidialamt/Personalreferat, PA Adalbert Loeschke

⁶⁰⁵ Ebd.

⁶⁰⁶ Ebd.

⁶⁰⁷ Ebd.

⁶⁰⁸ Ebd.

Loeschkes Haltung zum Nationalsozialismus lässt sich nur retrospektiv aus seinen Äußerungen im Catel-Streit in der DGfK erahnen, wo er „eher zu den Unterstützern Catels gezählt“ werden musste.⁶⁰⁹ Den zur Debatte stehenden Ausschlussantrag aus der pädiatrischen Fachgesellschaft im Jahr 1966 aufgrund von Catels NS-Täterschaft in der „Kindereuthanasie“ wurde unter der Leitung Loeschkes definitiv nicht von diesem vorangetrieben. Loeschkes Verhältnis zu Catel ging weit über kollegiale Loyalität hinaus; in einem persönlichen Briefwechsel hatte er sich wiederholt anerkennend gegenüber Catels Haltung zur „Kindereuthanasie“ geäußert. Catel verfocht als einziger Pädiater offen die „Kindereuthanasie“ grundsätzlich auch nach dem Zusammenbruch des NS-Regimes und publizierte seine Ansichten in dem Buch „Leidminderung - richtig verstanden“. Er schickte eine Ausgabe auch an Loeschke, wofür dieser sich „„ergebenst“ bedankte“.⁶¹⁰ Somit kann man Loeschke weder eine persönliche Schuld hinsichtlich der „Kindereuthanasie“ nachweisen noch diese mit Sicherheit ausschließen. Festzuhalten bleibt jedoch, dass er dem zugrundeliegenden Gedankengut wohl positiv gegenüber gestanden hat.

Nach dem Ende des Zweites Weltkrieges arbeitete Loeschke ab 17. Juli 1945 in Darmstadt zunächst in „freier Praxis“, dann übernahm er am 1. November 1946 die „Behelfsabteilung des 1944 zerstörten Kinderkrankenhauses „Eleonorenheim““, welches später durch das Rote Kreuz verwaltet wurde. Teilweise wurden das Krankenhaus und die dazugehörige Schwesternschule wiederaufgebaut, sodass 1954 120 Betten zur Verfügung standen. Darüber hinaus war Loeschke konsiliarisch auf der „Kinderstation und Infektionsabteilung der Medizinischen Klinik“⁶¹¹ tätig. Während dieser Zeit beschäftigte er sich mit dem für die damalige Zeit zentralen Thema der Chemotherapie. Im Jahr 1954 beschrieb er seine wissenschaftlichen Forschungen folgendermaßen:

„Trotz des Fehlens aller Voraussetzungen habe ich meine wissenschaftlichen Interessen wieder aufgenommen und konnte mit der Einführung des Streptomycins als erstem wirksamen Chemotherapeutikum einen Beitrag zur Therapie der Ernährungsstörungen, die bis dahin eine diätische war, leisten. Ich konnte letzthin in Zusammenarbeit mit dem Bakteriologischen Institut die Wirkungsweise dieser

⁶⁰⁹ Topp, Sascha: Geschichte als Argument in der Nachkriegsmedizin. Formen der Vergegenwärtigung der nationalsozialistischen Euthanasie zwischen Politisierung und Historiographie. V&R unipress, Göttingen, 2013, S. 155.

⁶¹⁰ Ebd., S. 156.

⁶¹¹ FU Berlin, UA, FU-Rektorat bzw. Präsidialamt/Personalreferat, PA Adalbert Loeschke.

Chemotherapie aufklären und diese Deutung gegenüber anderen Erklärungsversuchen schlüssig durchsetzen.“

Als erkennbar wurde, dass Joppich seinen Ruf auf den Göttinger Lehrstuhl für Kinderheilkunde anzunehmen gedachte, wurde Loeschke in Aussicht gestellt, den Lehrstuhl in Berlin zu übernehmen. Auf der Vorschlagsliste für die Neubesetzung des Lehrstuhls für Kinderheilkunde wurde Loeschke „primo et aequo loco“ gemeinsam mit Professor Heinz Hungerland (1905-1987), der zu diesem Zeitpunkt Direktor der Gießener Universitätskinderklinik war, genannt. In der folgenden Diskussion sprach sich Joppich ausdrücklich für die Bevorzugung von Loeschke aus, da dieser sich „neben seinen wissenschaftlichen Aufgaben vor allem in praktischen Angelegenheiten besonders bewährt“ hätte.⁶¹² Interessanterweise wurde auch vermerkt, dass die Kommission habe „sich nicht entschliessen können, [...] Herrn CATEL auf die Liste zu setzen.“⁶¹³ Über Gründe hierfür finden sich keine Angaben in dem entsprechenden Sitzungsprotokoll der Fakultät. Ob Catels Täterschaft in der „Kindereuthanasie“ hierbei ausschlaggebend gewesen ist, bleibt offen.

In den resultierenden Berufungsverhandlungen machte Loeschke die Zusicherung der Modernisierung der Röntgenanlage und die „bauliche Instandsetzung“ zur Bedingung für seine Annahme des Rufes, welche ihm auch zugesichert wurden. So wurde Loeschke am 1. Juli 1954 zum „ordentlichen Professor auf den planmäßigen Lehrstuhl für Kinderheilkunde an der Freien Universität Berlin“ berufen, womit ihm gleichzeitig auch die Leitung der Kinderklinik übertragen wurde. In seine Amtszeit fallen auch diverse Reparatur- und Instandsetzungsmaßnahmen am KAVH, die im Zuge des „Wiederaufbauplan[s] Berlin 1957“ durchgeführt wurden und wobei auch Desinfektions-Apparate und Windelwaschmaschinen zur Ergänzung der Ausstattung des KAVH und dessen Modernisierung angeschafft wurden.⁶¹⁴

Durch das Kriegsgeschehen war die Wissenschaft jahrelang vom internationalen Austausch abgeschnitten gewesen, sodass in der Nachkriegszeit umso mehr versucht wurde, diesen Anschluss wieder zu gewinnen. Daran beteiligte sich Loeschke in mannigfaltiger Weise, indem er zu einer Fachtagung nach Montreal reiste, 1964 stand eine „Vortragsreise nach Santiago/Chile auf Einladung der Chilenischen Gesellschaft für Kinderheilkunde“ an und 1967

⁶¹² FU Berlin, UA, Protokolle der Medizinischen Fakultät, 1949-1959

⁶¹³ Ebd.

⁶¹⁴ FU Berlin, UA, FU-Rektorat bzw. Präsidialamt/Personalreferat, PA Adalbert Loeschke

hielt er auf Einladung des „Deutschen Akademischen Austauschdienst“ Gastvorlesungen an der Universitätskinderklinik Graz/Österreich, um nur einige zu nennen.⁶¹⁵

Eine Sonderrolle nahm der wissenschaftliche Austausch mit der DDR ein. Dies bedeutete auch für die Kinderheilkunde, dass das Klima „noch bis in die 1960er-Jahre von fachlichem Austausch und traditionellen Bindungen zwischen ost- und westdeutschen Pädiatern geprägt“ war.⁶¹⁶ Bis 1961 waren die Pädiater_innen der DDR „in das Leben der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde integriert geblieben und hatten auch gemeinsam mit ihren westdeutschen Kollegen in der vom Verlag Georg Thieme, Leipzig, herausgegebenen Zeitschrift „Kinderärztliche Praxis“ publiziert.“⁶¹⁷ So versuchte auch Loeschke diese Beziehungen aufrechtzuerhalten: „Ich habe bisher jede Gelegenheit, die sich mir bot, benutzt, um nach Ost-Berlin und Mitteldeutschland zu fahren.“⁶¹⁸ Beispielsweise fuhr er 1963 noch zu einer Tagung der Leopoldina nach Halle. Derartige Dienstreisen mussten gesondert beim Senator für Wissenschaft und Kunst beantragt und von diesem genehmigt werden. Im Zusammenhang mit der von der DDR-Führung verfolgten „Abgrenzungs- und Anerkennungspolitik“ wurde dieser Dialog und die Zusammenarbeit immer weiter restringiert, bis er auf offizieller Ebene völlig zum Erliegen kam.⁶¹⁹

Nachdem Loeschke einige Jahre die Geschicke des KAVH geleitet hatte, wurde er „mit Ablauf des 31. März 1970 (Ende des Winter-Semesters 1969/70) von seinen amtlichen Pflichten entbunden.“⁶²⁰ Er wurde jedoch nochmals bis zur Neubesetzung des Lehrstuhls einige Zeit mit der kommissarischen Leitung der Klinik beauftragt.

⁶¹⁵ FU Berlin, UA, FU-Rektorat bzw. Präsidialamt/Personalreferat, PA Adalbert Loeschke

⁶¹⁶ Hinz-Wessels, Annette: Gründung der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR im Kontext der deutsch-deutschen Nachkriegsgeschichte. Pädiatrie nach 1945 in der Bundesrepublik Deutschland und der DDR. Monatsschrift für Kinderheilkunde. Band 164, Supplement 1, 2016, S. 19.

⁶¹⁷ Hahn, Susanne: Pflege, Erziehung und Prophylaxe für Kinder. Staatliche Aufgabe und kritische Verantwortung der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR. Pädiatrie nach 1945 in der Bundesrepublik Deutschland und der DDR. Monatsschrift für Kinderheilkunde. Band 164, Supplement 1, 2016, S. 64.

⁶¹⁸ FU Berlin, UA, FU-Rektorat bzw. Präsidialamt/Personalreferat, PA Adalbert Loeschke

⁶¹⁹ Hinz-Wessels, Annette: Gründung der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR im Kontext der deutsch-deutschen Nachkriegsgeschichte. Pädiatrie nach 1945 in der Bundesrepublik Deutschland und der DDR. Monatsschrift für Kinderheilkunde. Band 164, Supplement 1, 2016, S. 19.

⁶²⁰ FU Berlin, UA, FU-Rektorat bzw. Präsidialamt/Personalreferat, PA Adalbert Loeschke

4.1.5 Zur Person Leonore Ballowitz

„Aber ein Anliegen war es ihr, zu beweisen, dass sie als Frau auch in wissenschaftlicher Hinsicht „ihren Mann“ stehen konnte.“⁶²¹

Mit diesen Worten beschreibt Dr. Thomas Lennert, ebenfalls Kinderarzt und langjährig am KAVH tätig gewesen, eine der charakteristischsten Eigenschaften einer der bekanntesten deutschen Kinderärzt_innen der Nachkriegszeit.⁶²² Als Professorin für Kinderheilkunde war Ballowitz eine der zentralen Persönlichkeiten, die diesem Fach in West-Berlin eine spezifische Prägung gaben, daher ist ihr in der vorliegenden Arbeit ein eigenes Kapitel gewidmet. Doch wer war Leonore Ballowitz wirklich? Eine herausragende Wissenschaftlerin und zugleich eine „Lichtgestalt“, die viele ihrer ehemaligen Mitarbeiter_innen und Patient_innen in ihr sehen? Wie im Kapitel 4.1.1 ausführlich dargestellt wird, stand das KAVH in besonderem Maße in sozialpädiatrischer Tradition. Welches Verhältnis hatte Ballowitz selbst zu dieser Tradition und welche Richtung hat die Abteilung Neonatologie unter ihrer Leitung eingeschlagen? Des Weiteren stellt sich die Frage, inwiefern ihr Selbstbild und ihre Art, Medizin zu gestalten, in Wechselwirkung mit der Entwicklung der Pädiatrie in West-Berlin trat.

Beruflicher Werdegang und Lebenslauf

Leonore Gerlach wurde am 18. Januar 1923 in Lichtenberg/Kreis Lebus geboren. 1928 zog die Familie nach Berlin, wo sie die Volksschule und anschließend die Oberschule besuchte, die sie im März 1940, nach dem damals üblichen Kriegshilfsdienst, mit dem Reifezeugnis (Notabitur) verließ.⁶²³

Aus welchen Gründen sie dann den Entschluss fasste, Ärztin zu werden, ist nicht genau dokumentiert. Ein Zeitungsbeitrag in der *FU-Info* nennt das „soziale Engagement, das sie in ihrem Elternhaus täglich erlebt[e]“,⁶²⁴ ihr Vater war Pfarrer, hierfür als Anlass. Sie studierte vom Januar 1941 bis März 1945 Medizin in Breslau, Freiburg und Berlin.

⁶²¹ HU, UA, Kinder- und Jugendmedizin, KAVH, Nachlass Ballowitz, Karton IV, Lennert, Thomas: Totenrede für Leonore Ballowitz am 18. Januar 1994.

⁶²² N. N.: Kinderärztin wurde 60. *FU-Info*, 1983, Heft 3, S. 23.

⁶²³ HU, UA, Kinder- und Jugendmedizin, KAVH, Nachlass Ballowitz, Karton IV, Handgeschriebener Lebenslauf Leonore Ballowitz.

⁶²⁴ Bohm, Claudia: Pionierin der Kinderheilkunde. *FU-Info*, 1993, Heft 7, S. 18.

Über eine Mitgliedschaft in nationalsozialistischen Organisationen in ihrer Jugend ist nichts bekannt. In Berlin war sie zunächst „Pflichtassistentin“ in einem Infektionskrankenhaus am Engeldamm.⁶²⁵ Dort erkrankte sie selbst an Typhus, später auch an Diphtherie und lernte in dieser Krankenzeit ihren späteren Ehemann, den Dozenten für Innere Medizin, Kurt Ballowitz, kennen.⁶²⁶ Die beiden heirateten am 19. Dezember 1949.⁶²⁷

Rolle als Professorin am KAVH

Ab dem 01. Juli 1948 arbeitete sie im KAVH als Assistenzärztin.⁶²⁸ Wie ihr genaues Arbeitsumfeld aussah und wer ihre Kolleg_innen waren, ist bisher nicht bekannt. Vom Mai 1945 bis November 1945 kamen zu den anfangs fünf beschäftigten Ärzt_innen im KAVH noch zwei Assistenzärzt_innen dazu, für den Zeitraum danach liegen keine Zahlen vor.⁶²⁹ An ihrem ersten Arbeitstag im KAVH wurde Leonore Ballowitz mit der Aufgabe betraut, die achtstündige Prozedur einer Blutaustauschinfusion bei einem Neugeborenen zu überwachen und zu protokollieren.⁶³⁰ So fand sie zu ihrem späteren Forschungsgebiet.⁶³¹

Unter Loeschkes Leitung habilitierte sich Leonore Ballowitz.⁶³² Am 19. November 1956 beschloss die Medizinische Fakultät ihr die *venia legendi* für das Fach Kinderheilkunde zu erteilen.⁶³³ Fragte man Leonore Ballowitz (Abb. 30) nach ihrer persönlichen Motivation für diesen Schritt, waren derartige Ambitionen als verheiratet Frau doch unüblich, erklärte sie, „mit

⁶²⁵ HU, UA, Kinder- und Jugendmedizin, KAVH, Nachlass Ballowitz, Karton IV, Handgeschriebener Lebenslauf Leonore. Ballowitz.

⁶²⁶ HU, UA, Kinder- und Jugendmedizin, KAVH, Nachlass Ballowitz, Karton IV, Stürzbecher, Manfred: Zur Erinnerung an Leonore und Kurt Ballowitz.

⁶²⁷ HU, UA, Kinder- und Jugendmedizin, KAVH, Nachlass Ballowitz, Karton IV, Handgeschriebener Lebenslauf Leonore Ballowitz.

⁶²⁸ Ebd.

⁶²⁹ Joppich, Gerhard, E. Schulz: Halbjahresbericht an den Bezirksbürgermeister des Verwaltungsbezirks Charlottenburg. In: Ballowitz, Leonore (Hrsg.): Schriftenreihe zur Geschichte der Kinderheilkunde aus dem Archiv des Kaiserin-Auguste-Victoria Hauses. Humana Milchwerke Westfalen, Herford, 1986, Heft 2, S. 36-42.

⁶³⁰ Diese Art der Behandlung wurde 1947 erstmals durchgeführt und steckte damit noch in den Kinderschuhen. Diese Therapie bei Rhesus- Inkompatibilitätsfällen bei Neugeborenen nahm damals noch enorm viel Zeit in Anspruch. Vgl. Kapitel Exkurs: Forschungsschwerpunkt Neonatologie.

⁶³¹ Bohm, Claudia: Pionierin der Kinderheilkunde. FU-Info, 1993, Heft 7, S. 18.

⁶³² HU, UA, Bestand Kinder- und Jugendmedizin, KAVH, Nachlass Ballowitz, Karton IV, Handgeschriebener Lebenslauf Leonore Ballowitz.

⁶³³ FU Berlin, UA, Med. Fak. Personalien, PA Leonore Ballowitz

einer Habilitation in der Tasche [müsse sie] keine Angst vor einer Kündigung haben”.⁶³⁴ Im Jahr 1964 wurde Leonore Ballowitz zur außerplanmäßigen Professorin ernannt, womit sie die erste Professorin an der Medizinischen Fakultät der FU wurde. Die Erteilung des Titels fällt in einen Zeitraum, in dem die deutschen Hochschulen nach der schwierigen Nachkriegszeit in besonderem Maße expandierten (1960-1980); so erhöhte sich 1960 bis 1968 die Anzahl der Professuren um 63 Prozent. Damit ist ihre Ernennung der „goldene[n] Zeit für akademische Karrieren“ zuzurechnen.⁶³⁵ Als Professorin betreute sie in ihrer Laufbahn 54 Dissertationen, wie aus einer Liste in ihrem Nachlass hervorgeht.⁶³⁶

1966 wurde am KAVH eine neue Stelle eines Wissenschaftlichen Rates eingerichtet, die auf Vorschlag Loeschkes mit Ballowitz besetzt werden sollte. Dabei unterstrich er neben Ballowitz

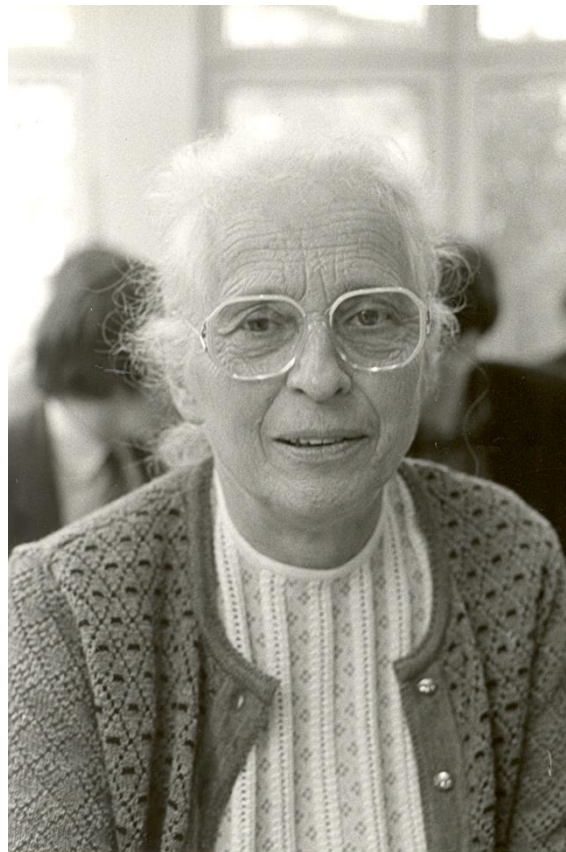


Abbildung 29: Leonore Ballowitz, undatiert.

wissenschaftlichen Verdiensten auf dem Gebiet der Blutgruppenserologie in Bezug auf

⁶³⁴ Lauenburg, Ariane: 35 Jahre im Dienst der Kinderheilkunde. Der Tagesspiegel, 20. Februar 1983.

⁶³⁵ Wehler, Hans-Ulrich: Deutsche Gesellschaftsgeschichte. C.H. Beck, München, 2008, Band 5, S. 380 f.

⁶³⁶ HU, UA, Kinder- und Jugendmedizin, KAVH, Nachlass Ballowitz, Karton IV, N. N.: Liste Doktoranden Ballowitz.

Gravidität und mögliche Rhesus-Inkompatibilitäten sowie ihrem internationalen Renommee auch die Notwendigkeit, durch diese Stelle Ballowitz an die Kinderklinik in Berlin zu binden. Trotz der Umwandlung des zunächst auf Basismedizin und sozialpädiatrische Aufgaben ausgerichteten KAVHs in eine Universitätskinderklinik blieb die Einrichtung sich hinsichtlich ihrer traditionellen Aufgabe der Verringerung der Säuglingssterblichkeit treu, als Anfang 1970 über die Einrichtung einer Intensivstation diskutiert wurde. Ballowitz selbst hatte durch diverse Hospitationen in anderen führenden Krankenhäusern, die weltweit Vorreiter auf diesem Gebiet waren, die nötigen Kompetenzen dafür erworben. In einem Brief an den damaligen Präsidenten der FU Rolf Kreibisch (geb. 1938) legte sie die Notwendigkeit von diversen apparativen Anschaffungen, Umbauten und der erweiterten Ausbildung der Ärzt_innen und Krankenschwestern dar. Um den wissenschaftlichen Ansprüchen einer Universitätsklinik gerecht zu werden, forderte sie außerdem eine zusätzliche Assistent_innenstelle und mehr spezialisierte Schwestern.⁶³⁷ Die Pläne einer Abteilung für Neonatologie und Intensivpflege wurden letztendlich Realität und Ballowitz selbst leitete die neu eingerichtete Station von 1974-1984.⁶³⁸

In diesen Jahren hat sie maßgeblich an der Entwicklung der Fototherapie für Neugeborene, die am Krankheitsbild eines Ikterus leiden, geforscht und diese mitentwickelt. In diesem Zusammenhang hielt sie zahlreiche Vorträge auf nationalen und internationalen Kongressen und Symposien. Außerdem beschäftigte sie sich mit immunologischen, bakteriologischen Fragestellungen und mit der Problematik der Rhesus-Sensibilisierung. Bezeichnend für ihren wissenschaftlichen Schwerpunkt ist weiterhin ihre Herausgeberschaft der Zeitschrift *Pädiatrische Praxis* und die Tatsache, dass sie dem Gründungsvorstand der Deutschen Gesellschaft für perinatale Medizin angehörte.⁶³⁹ Sie pflegte ein internationales Netzwerk zu anderen Professor_innen der Pädiatrie und dazugehörigen Universitäten. Weiterhin unternahm sie zahlreiche Reisen und viele Wissenschaftler_innen und Ärzt_innen besuchten das KAVH im Sinne eines wissenschaftlichen Austauschs, wie Korrespondenzen und Fotoalben belegen.⁶⁴⁰

Das Bild, welches ihr eigener Nachlass zeichnet, ist eindeutig das einer rastlosen

⁶³⁷ FU Berlin, UA, Med. Fak. Personalien, PA Leonore Ballowitz

⁶³⁸ HU, UA, Kinder- und Jugendmedizin, KAVH, Nachlass Ballowitz, Karton IV, N. N.: Lebensdaten Leonore Ballowitz.

⁶³⁹ HU, UA, Kinder- und Jugendmedizin, KAVH, Nachlass Ballowitz, Karton IV, Handgeschriebener Lebenslauf Leonore Ballowitz.

⁶⁴⁰ HU, UA, Kinder- und Jugendmedizin, KAVH, Nachlass Ballowitz, Karton IV, Auswärtige Korrespondenzen Ballowitz 1963-1984.

Wissenschaftlerin, die sowohl ihre Forschung als auch ihre klinische Arbeit zu ihrem Lebensinhalt erhoben hat; in einem Nachruf wird von ihrem näheren Umfeld berichtet, dass sie sich selbst auch immer noch in erster Linie als „Kinderärztin“ gesehen hat. Mit dem Tod Loeschkes wurde Ballowitz am 15. April 1970 vorübergehend zur kommissarischen Direktorin der Kinderklinik bestellt.⁶⁴¹ Diese Funktion gab sie nach zwei Jahren wieder ab, da ihr es wichtiger erschien, im engeren Kontakt mit Patient_innen zu stehen.⁶⁴²

Medizinhistorisches Wirken

Nach ihrer klinischen Karriere und ihrer Pensionierung 1984 widmete sich Leonore Ballowitz der Medizingeschichte.⁶⁴³ Besondere Aufmerksamkeit galt der Aufarbeitung der Geschichte des KAVH und der Archivierung bzw. Sichtung der Krankenakten, die für die gesamte Zeit des Bestehens des KAVH erhalten geblieben waren. Dies war weitaus mehr als ein bloßes Hobby im Ruhestand; sie leitete die Historische Kommission der deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde seit 1992.⁶⁴⁴ Anerkennung fand ihr Wirken auch unter namhaften Medizinhistoriker_innen, anlässlich ihres 70. Geburtstags wurde ein „Pädiatrie-geschichtliche[s] Symposium“ zu ihren Ehren veranstaltet.⁶⁴⁵ Auch von anderen renommierten Wissenschaftler_innen wurde ihre Arbeit auf medizinhistorischem Gebiet sehr geschätzt, so sei Ballowitz laut Eduard Seidler vom medizinhistorischen Institut der Universität Freiburg im Breisgau durch ihr Wirken zu einer „Institution“ geworden; die „deutsche Pädiatrie [habe] großes Glück gehabt“, über eine derartig engagierte und kundige Kollegin zu verfügen.⁶⁴⁶ Für ihre Leistungen wurde sie 1993 mit der Julius-Leopold-Pagel-Medaille der Berliner Gesellschaft für Geschichte der Medizin ausgezeichnet.⁶⁴⁷ Ballowitz war Herausgeberin einer Schriftenreihe über die Geschichte des KAVH, die sogenannten „gelben Hefte“.

⁶⁴¹ FU Berlin, UA, Med. Fak. Personalien, PA Leonore Ballowitz

⁶⁴² Lauenburg, Ariane: 35 Jahre im Dienst der Kinderheilkunde, in: Der Tagesspiegel, 20.02.1983.

⁶⁴³ HU, UA, Kinder- und Jugendmedizin, KAVH, Nachlass Ballowitz, Karton IV, Lennert, Thomas: Totenrede für Leonore Ballowitz am 18.2.1994.

⁶⁴⁴ HU, UA, Kinder- und Jugendmedizin, KAVH, Nachlass Ballowitz, Karton IV, N. N.: Lebensdaten Leonore Ballowitz.

⁶⁴⁵ HU, UA, Kinder- und Jugendmedizin, KAVH, Nachlass Ballowitz, Karton IV, N. N.: Einladung zum Pädiatriegeschichtlichen Symposium zu Ehren von Leonore Ballowitz.

⁶⁴⁶ HU, UA, Kinder- und Jugendmedizin, KAVH, Nachlass Ballowitz, Karton Ballowitz, Seidler, Eduard: Geburtstagskarte an Leonore Ballowitz.

⁶⁴⁷ HU, UA, Kinder- und Jugendmedizin, KAVH, Nachlass Ballowitz, Karton IV, N. N.: Lebensdaten Leonore Ballowitz.

Zeitzeug_innen berichten, sie habe selbst noch auf ihrem Sterbebett Korrektur für die Hefte gelesen. Ballowitz starb am 4. Februar 1994 in ihrem Haus in Berlin-Gatow.⁶⁴⁸

Alles in allem lässt sich Leonore Ballowitz als eine Kinderärztin und Hochschullehrerin beschreiben, die von allen Seiten wertgeschätzt wurde; sowohl von ihren Mitarbeiter_innen als auch von gleichrangigen international renommierten Wissenschaftler_innen, die – wie die umfangreiche Korrespondenz zeigt – um ihre Meinung zu Manuskripten, Forschungsergebnissen oder um einen Vortrag baten.⁶⁴⁹

Von vielen Patient_innen sowie von ihren Mitarbeiter_innen wurde Ballowitz als Ärztin und Leiterin der Neonatologie als eine herausragende Persönlichkeit beschrieben, deren Engagement in Hinsicht auf das Wohlergehen der Patient_innen und die entsprechende Forschungsarbeit im Mittelpunkt ihres Lebens standen. Damit war sie die „Lichtgestalt“ des KAVH, wenn man so will, eine Ärztin, die eine menschliche Medizin praktiziert hat und eine besondere Bindung zu ihren Patient_innen aufbauen konnte. Darauf weisen auch die vielen Glückwunschkarten hin, die sie zu ihrem 70. Geburtstag von ehemaligen Patient_innen erhalten hat.

4.1.6 Herbert Schönfeld – Kinderarzt mit Erziehungsauftrag

Neben dem KAVH existierte in Berlin das städtische Kinderklinikum Charlottenburg⁶⁵⁰, welches seit 1951 von Prof. Herbert Schönfeld geleitet wurde. Schönfeld studierte in Jena, war in seinen Ausbildungsjahren Assistent bei dem Pädiater Carl T. Noeggerath in Freiburg (1. Oktober 1921 bis 30. September 1922) und Bessau in Leipzig (1. Oktober 1922 bis 30. September 1932),⁶⁵¹ wo er sich 1930 habilitierte. 1932 ging er mit seinem Chef Bessau nach Berlin, wo er vom 1. Oktober 1932 bis 30. Oktober 1936 Privatdozent und Oberarzt an der

⁶⁴⁸ HU, UA, Kinder- und Jugendmedizin, KAVH, Nachlass Ballowitz, Karton IV, N. N.: Lebensdaten Leonore Ballowitz.

⁶⁴⁹ HU, UA, Kinder- und Jugendmedizin, KAVH, Nachlass Ballowitz, Karton IV, Auswärtige Korrespondenzen Ballowitz 1963-1984.

⁶⁵⁰ Platanenallee 23-25.

⁶⁵¹ Carl Temmermann Noeggerath (1876-1952), Pädiater und Ordinarius in Freiburg ab 1926. Noeggerath selbst hatte eigenen Aussagen zufolge der „Kindereuthanasie“ ablehnend gegenübergestanden und die Einrichtung einer Kinderfachabteilung in seiner Freiburger Klinik abgewendet. Vgl.: Klee, Ernst: Das Personenlexikon zum Dritten Reich. Wer war was vor und nach 1945. Fischer, 2013, S. 438.

Kinderklinik der Charité war.⁶⁵² Insofern war Schönfelds beruflicher Werdegang ganz auf eine akademische Karriere angelegt. Schönfeld trat schon am 1. September 1932 in die NSDAP ein; am 3. Dezember 1933 wurde er zusätzlich SA-Mann, wobei er laut den Angaben in einem Formular der Entnazifizierungskommission, Unterkommission für Ärzte (Magistrat von Groß-Berlin) nur den Rang eines Sanitätsoberscharführers innehatte. Darüber hinaus gehörte Schönfeld dem NS-Dozentenbund (NSDoB), Nationalsozialistische Volkswohlfahrt (NSV), Nationalsozialistischer Deutscher Ärztebund (NSDÄB) und dem Kolonialbund an.⁶⁵³ Die Angabe, nur aus beruflichen Vorteilen und nicht aus politisch-ideellen Beweggründen derart vielen Organisationsformen des NS-Systems angehört zu haben, könnte man auch als retrospektive Rechtfertigung oder Umdeutung der damaligen eigenen Überzeugungen Schönfelds interpretieren. Beweisend für den rein nominellen Charakter seiner Belastung ist der Umstand, wie in der Berufsakte ausgeführt, dass Schönfeld nach seinem Eintritt in die SA 1934 als Oberarzt an der Charité sich „seit dem Sommer 1934, wie von jeder Parteiveranstaltung, so auch von jedem SA-Dienst fern [hielt] und [...] trotz [der] vielen Mahnungen alle Beziehungen dazu ab[brach].“⁶⁵⁴ Daraufhin wurde er 1935 aus der SA entlassen. Auch Parteiveranstaltungen habe er seit dem Jahre 1934 nicht mehr besucht, wie Schönfeld in einer eidesstattlichen Versicherung angab. Weiterhin sagte Schönfeld aus, dass er 1941 aus der Partei ausgetreten sei und „in meinen sämtlichen wissenschaftlichen Arbeiten bzw. Vorträgen (...) niemals irgendwelche der vom Nationalsozialismus propagierten wissenschaftlichen Themata behandelt habe.“⁶⁵⁵ Inoffiziell ließ man Schönfeld wissen, dass dieses Verhalten weitreichenden negativen Einfluss auf seine akademische Laufbahn haben würde. Berufungen auf einen Lehrstuhl fanden nicht statt, obwohl er z.B. für denjenigen in Bonn vorgeschlagen wurde. Darüber hinaus wurde Schönfeld sogar seitens der Direktion der Charité am 1. Oktober 1937 gekündigt.⁶⁵⁶ Ab 1937 gab er in seinem eigenhändig verfassten Lebenslauf eine Tätigkeit als „Facharzt für Kinderkrankheiten“⁶⁵⁷ an, d. h. er sah keine andere Möglichkeit, als sich mit einer eigenen Praxis niederzulassen, was zunächst eine relativ prekäre finanzielle Situation für ihn bedeutet haben muss. 1939 wurde er zu der Wehrmacht eingezogen, wo er die Aufgabe zugeteilt bekam, Kinder der Wehrmachtsangehörigen in einer Kinder-

⁶⁵² LAB C Rep. 375-01-21, Nr.: 380 A.02

⁶⁵³ Ebd.

⁶⁵⁴ Ebd.

⁶⁵⁵ Ebd.

⁶⁵⁶ Ebd.

⁶⁵⁷ Ebd.

Sprechstunde in Berlin-Karlshorst zu betreuen. Nach Ende des Krieges nahm Schönfeld die Tätigkeit in seiner Kinderarztpraxis wieder auf.⁶⁵⁸ Die öffentliche Verhandlung zu seiner Rehabilitierung fand am 18. Dezember 1946 statt und am 30. Oktober 1948 wurde dem Berufungsantrag Schönfelds stattgegeben.

Weitere Zeugenaussagen von ehemaligen Kolleg_innen, Patient_innen und anderen Bekannten, stützen das Bild einer rein nominellen Belastung. So bezeichnete beispielsweise Dr. Hahn, mit dem Schönfeld in den Jahren 1940 bis 1943 in Berlin zusammenarbeitete, diesen als „uneingeschränkten Gegner des Nationalsozialismus“, welcher diese Haltung auch offenkundig hätte.⁶⁵⁹ Aufgrund dessen darf man den vorliegenden Archivalien und den daraus ergebenden Umständen meines Erachtens glauben, dass Schönfeld kein aktiver Nationalsozialist war und somit als einer der wenigen in diesem Sinne unbelasteten Universitätsprofessoren an der Kinderklinik in Berlin gelten darf.

Trotz aller Schwierigkeiten wurde er 1939 bereits zum außerplanmäßigen Professor ernannt. Es ist erwähnenswert, dass sein Name auf diversen Empfehlungsschreiben mit Listen von geeigneten Professoren an den Gründungsausschuss der FU auftauchte.⁶⁶⁰ Schönfeld wurde hinsichtlich der Lehre mit dem Thema „Erziehung und Erziehungsschwierigkeiten“ einmal pro Woche beauftragt.⁶⁶¹ Auf den genaueren Inhalt der Vorlesung wird in Kapitel 5.2.2 eingegangen.

4.1.7 Gerhard Kujath – Von der „Kinderfachabteilung“ Wiesengrund zur heilpädagogischen Abteilung am KAVH

Der Pädiater und Kinder- und Jugendpsychiater Kujath stellt durch seine Verstrickung in die NS-„Kindereuthanasie“ eine Aufsehen erregende personelle Kontinuität in der Berliner Kinderheilkunde dar. Dessen Vergangenheit erwies sich keineswegs negativ für seine Karriere in der Nachkriegszeit, vielmehr avancierte er zu einem der renommiertesten Vertreter seines Fachs.

Gerhard Otto Joachim Kujath wurde am 12. Oktober 1908 in Bromberg geboren. Er studierte ab 1927 Medizin in Göttingen und Berlin, bestand das Staatsexamen im Jahr 1933 und

⁶⁵⁸ LAB C Rep. 375-01-21, Nr.: 380 A.02

⁶⁵⁹ Ebd.

⁶⁶⁰ FU Berlin, UA, Med. Fak. Personalien, PA Herbert Schönfeld

⁶⁶¹ FU Berlin, UA, Bibliothek, Personal- und Hochschulverzeichnis 1948-1956

promovierte ein Jahr später. Nach eigenen Angaben war Kujath 1934-1939 Schüler Karl Bonhoeffers (1868-1948) an der Universitätsnervenklinik der Charité und erwarb 1939 die Facharztanerkennung für Psychiatrie und Neurologie. Max de Crinis (1889-1945), der ab 1938 Leiter der Klinik war, war ebenfalls an dessen Ausbildung beteiligt und sprach sich in einem Zeugnis positiv über Kujaths Assistenzzeit aus. In einem von Kujath selbst verfassten Lebenslauf gab er an, sich seit 1937 mit dem Gebiet der Kinderpsychiatrie beschäftigt zu haben.⁶⁶² Im Jahr 1939 verließ Kujath die Universitätsnervenklinik, um sich als Assistenzarzt am Institut für Konstitutionsforschung der Charité unter Walther Jaensch (1889-1950) bis 1940 mit „weiteren wissenschaftlichen Einzelfragen“ zu beschäftigen.⁶⁶³ Faktisch war er jedoch in dieser Zeit größtenteils für den Wehrdienst beurlaubt.⁶⁶⁴

Seine wissenschaftliche Karriere und einflussreiche Position an der Kinderklinik der FU in der Nachkriegszeit lassen eine genaue Analyse seiner Haltung und Tätigkeit im Nationalsozialismus unabdingbar erscheinen. Kujath war durch seinen Eintritt in die NSDAP 1937 belastet und war bereits seit 1933 Mitglied einer Sanitätsformation der SA, wobei 1938 die Beförderung zum Sanitätssturmführer erfolgte.⁶⁶⁵ Abbildung 31 zeigt Kujath in Uniform.

⁶⁶² FU Berlin, UA, Med. Fak., PA Dr. Gerhard Kujath

⁶⁶³ Ebd.

⁶⁶⁴ Beddies, Thomas; Schmiedebach, Heinz-Peter: „Euthanasie“-Opfer und Versuchsobjekte. Kranke und behinderte Kinder in Berlin während des Zweiten Weltkrieges. *Medizinhistorisches Journal*, 2004, Band 39, Heft 2/3, S. 172.

⁶⁶⁵ Ebd.



Abbildung 30: Gerhard Kujath, undatiert.

Kujath wechselte 1942 als Oberarzt an die damalige Kinderklinik für Nervenkrankheiten im Kindesalter in Berlin-Wittenau,⁶⁶⁶ wo sich ab Februar 1942 bis März 1945 auch eine der reichsweit eingerichteten „Kinderfachabteilungen“ befand.⁶⁶⁷ Dort war seit 1939 Dr. Dr. Ernst Hefter (1906-1947) mit der Leitung der neurologisch-psychiatrischen Abteilung und Poliklinik des „Erziehungsheims einschl. Nervenklinik für Kinder“ betraut, welche ab 1941 als „Städtische Nervenklinik für Kinder“ unabhängig arbeitete. Hefter war seit 1939 als einer der ersten Gutachter bei den Tötungsaktionen der T4 involviert. Mit Kujath verband ihn bereits eine gemeinsame Arbeitszeit an der Charité unter de Crinis.⁶⁶⁸ Um die Frage der Täterschaft

⁶⁶⁶ FU Berlin, UA, Med. Fak., PA Dr. Gerhard Kujath

⁶⁶⁷ Topp, Sascha: Der „Reichsausschuss zur wissenschaftlichen Erfassung erb- und anlagebedingter schwerer Leiden“. Zur Organisation der Ermordung minderjähriger Kranker im Nationalsozialismus 1939-1945. In: Beddies, Thomas; Hübener, Kristina (Hrsg.): Kinder in der NS-Psychiatrie. bebra wissenschaft, Berlin, 2004, S. 35.

⁶⁶⁸ Beddies, Thomas: Kinder in der Nervenklinik der Berliner Charité. In: Beddies, Thomas; Hübener, Kristina (Hrsg.): Kinder in der NS-Psychiatrie. bebra wissenschaft, Berlin, 2004, S. 118.

Kujaths differenziert beantworten zu können, sei zunächst die organisatorische Struktur der Städtischen Kinder- und Nervenlinik kurz umrissen. Diese war in mehrere Bereiche unterteilt, wobei Kujath vor allem die ärztliche Betreuung des weiterhin auf dem Gelände bestehenden Erziehungsheims und die Leitung der neurologisch-psychiatrischen Station I oblag. Räumlich davon getrennt befand sich die „Kinderfachabteilung“ auf Station III, für die vorrangig die Ärztin Dr. Gertrud Reuter zuständig war.⁶⁶⁹ Dort wurden die sogenannten „Reichsausschusskinder“ ermordet. Krüger verweist in ihrem Aufsatz zur Kinderfachabteilung Wiesengrund auf eine mögliche Überlappung und Verschränkung der Aufgabenbereiche der dort arbeitenden Ärzt_innen: „Die Trennung der Kinderfachabteilung vom übrigen Klinikbetrieb wurde allerdings flexibel und je nach Auslastung gehandhabt.“⁶⁷⁰ Ob Kujath demzufolge direkt an der Tötung der Kinder beteiligt war, oder ob Hefter und Reuter alleinige Tötungsärzt_innen waren, bleibt unklar.

Kujath fokussierte sich bei seiner Karriere eher auf wissenschaftliche Arbeit,⁶⁷¹ wie seine zahlreichen Veröffentlichungen und Vorträge belegen.⁶⁷² Die „Kinderfachabteilung“ beherbergte unter anderem eine Röntgenabteilung und die technischen Instrumente zur Durchführung der Luft-Encephalographie. Diese und andere diagnostische Methoden zählten zu Kujaths Aufgabenbereich. Ein zentrales Forschungsinteresse lag in der differentialdiagnostischen Unterscheidung zwischen angeborenem und erworbenem Schwachsinn im Sinne des Erblichkeitsparadigmas, wobei Kujath Untersuchungen zur Bedeutung des Liquorcholesterins durchführte; der Liquor wurde im Laufe der Luft-Encephalographie entnommen. Es besteht kein Zweifel daran, dass die Luft-Encephalographie, ein an sich bereits gefährlicher und für die Kinder äußerst schmerzhafter Prozess, derart rücksichtslos durchgeführt wurde, sodass nachgewiesenermaßen 18 Kinder an den Folgen verstarben.⁶⁷³ Die später von seinen Fachkolleg_innen hochgelobten wissenschaftlichen Erkenntnisse Kujaths fußten damit zumindest teilweise auf Forschungsmethoden, bei denen er den Tod der Kinder billigend in Kauf nahm.

⁶⁶⁹ Krüger, Martina: Kinderfachabteilung Wiesengrund. Die Tötung behinderter Kinder in Wittenau. In: Totgeschwiegen 1933-1945. Zur Geschichte der Wittener Heilstätten seit 1957 Karl-Bonhoeffer-Nervenlinik. Edition Hentrich, Berlin, 1989, S. 158 f.

⁶⁷⁰ Ebd.

⁶⁷¹ Ebd., S. 157.

⁶⁷² FU Berlin, UA, Med. Fak., PA Dr. Gerhard Kujath

⁶⁷³ Beddies, Thomas; Schmiedebach, Heinz-Peter: „Euthanasie“-Opfer und Versuchsobjekte. Kranke und behinderte Kinder in Berlin während des Zweiten Weltkrieges. Medizinhistorisches Journal, 2004, Band 39, Heft 2/3, S. 176.

Auch mit der Übernahme (psychologischer) Testverfahren, die die Einschätzung des Entwicklungsstandes und der Bildungschancen der jeweiligen Kinder zum Ziel hatten, insbesondere des Intelligenztests nach Binet-Bobertag, war Kujath direkt am dem Selektionsprozess der Kinder beteiligt, die die Kinder vorrangig nach ihrer Leistungsfähigkeit und damit Wert für die Volksgemeinschaft beurteilte und anhand dessen über Leben und Tod entschieden wurde.⁶⁷⁴ Von großer politischer oder ethischer Distanz Kujaths gegenüber den Haltungen und Taten seiner Kolleg_innen kann man in diesem eng verflochtenen Umfeld nicht ausgehen. Außerdem legen die oben geschilderten Zusammenhänge nahe, dass Kujath in seinem Alltag dauerhaft mit den Kindstötungen konfrontiert war, auch die Krankenakten der „Reichsausschusskinder“ beweisen eine enge Zusammenarbeit der drei Ärzt_innen, sodass Kujath zweifellos indirekt über die Reichsausschussverfahren für die Kindermorde mitverantwortlich war.⁶⁷⁵

In Kujaths Zeit am Wiesengrund fällt auch seine von 1942 bis 1945 absolvierte tiefenpsychologische Ausbildung bei Harald Schultz-Henke an dem von Matthias Heinrich Göring geleiteten „Deutschen Institut für psychologische Forschung und Psychotherapie“, die er infolge des Kriegsendes nicht zum Abschluss bringen konnte.⁶⁷⁶ Anders als Hefter, der im Juni 1945 entlassen und im darauffolgenden Dezember von den Alliierten inhaftiert wurde, wurde Kujath nie zur Verantwortung gezogen.⁶⁷⁷ Im Februar 1948 wurde Kujath erstmals verhört, durch entlastende Aussagen eines in Berlin- Reinickendorf ansässigen Amtsarztes Dr. Klesse blieb dies ohne Konsequenzen.⁶⁷⁸ In seinem Entnazifizierungsverfahren ein Jahr später betonte Kujath seine Distanz zu Hefter: „Es war ein Gegensatz zwischen ihm und mir, auch in wissenschaftlicher Hinsicht.“ Weiterhin gab er zu Protokoll: „Das Ausmaß der Dinge ist mir nicht bekannt gewesen. Meine Aufgabe war, zu heilen, nicht Euthanasie. Ich habe mich den aktiven Eingriffen in das Leben der Kinder ferngehalten und mich nur mit dem Problem der

⁶⁷⁴ Krüger, Martina: Kinderfachabteilung Wiesengrund. Die Tötung behinderter Kinder in Wittenau. In: Totgeschwiegen 1933-1945. Zur Geschichte der Wittener Heilstätten seit 1957 Karl-Bonhoeffer-Nervenlinik. Edition Hentrich, Berlin, 1989, S. 160.

⁶⁷⁵ Ebd., S. 159.

⁶⁷⁶ Beddies, Thomas; Schmiedebach, Heinz-Peter: „Euthanasie“-Opfer und Versuchsobjekte. Kranke und behinderte Kinder in Berlin während des Zweiten Weltkrieges. Medizinhistorisches Journal, 2004, Band 39, Heft 2/3, S. 172.

⁶⁷⁷ FU Berlin, UA, Med. Fak., PA Dr. Gerhard Kujath („Unterliegen sie Sühnemaßnahmen nach dem Gesetz zum Abschluss der Entnazifizierung vom 14.6.1951- „Nein“)

⁶⁷⁸ LAB B Rep. 058, Nr.: 11351

Verwahrlosung der Jugend beschäftigt.“ Kujath bestritt weiterhin, dass eine aktive Tötung der Kinder stattgefunden hatte: „Diese Tötung wurde nicht willkürlich vorgenommen. Diese Kinder sind erwiesenermaßen sehr anfällig für infektiöse Erkrankungen, Lungenentzündungen usw., dann [sind] solche Krankheiten nicht behandelt, sondern der Natur freier Lauf gelassen worden.“⁶⁷⁹ Die Entnazifizierungskommission stufte ihn als glaubwürdig ein und gab seinem Rehabilitationsantrag statt.⁶⁸⁰ In einem in den 1960er Jahren angestregten Prozess leugnete Kujath ebenso jegliche Beteiligung an den Mordaktionen.⁶⁸¹ Aus heutiger Perspektive ist offensichtlich, dass er zumindest davon gewusst hat, definitiv nichts dagegen unternommen und sich auch nicht um eine Stelle an einer anderen Klinik bemühte. So drehte Kujath während seiner Zeit an der Charité einen Lehrfilm über ein 4,5-jähriges Mädchen mit der Diagnose Microencephalie. 1941 wurde dieses Mädchen, das aller Wahrscheinlichkeit zu den ermordeten „Reichsausschusskindern“ zu zählen ist, von Kujath und einigen seiner Kolleg_innen obduziert.⁶⁸²

Von den drei am Wiesengrund tätigen Ärzt_innen war Hefter war der einzige, der zu einer zehnjährigen Haftstrafe verurteilt wurde. Nachdem Hefter entlassen worden war, leitete Kujath an dessen Stelle die Klinik bis 1952 kommissarisch und konnte – protegiert durch die ungebrochene Loyalität seiner Kolleg_innen – seine Karriere an der Kinderklinik der FU fortsetzen.⁶⁸³ Seit dem 1. Juli 1952 war Kujath als Assistenzarzt am KAVH tätig. Sein dortiger Werdegang wurde maßgeblich von den Klinikdirektoren Joppich, später auch von Loeschke, durch über Kollegialität hinausgehende Wertschätzung und Loyalität begünstigt. Kujaths Einstellung erfolgte im Zuge der Einrichtung einer „heilpädagogischen Abteilung“. Nach Joppichs Ansicht wies Kujath aufgrund „seine[r] langjährige[n] Tätigkeit [...] eine besondere Erfahrung in der psychiatrischen Betreuung kranker Kinder“ auf und erschien ihm daher als gut geeignet. Bereits seit 1918 hatte am KAVH eine „Poliklinik für nervöse und schwererziehbare Kinder“ existiert, die damals der Leitung des sich selbst so bezeichnenden Berliner „Kindernervenarztes“ Carl Pototzky unterstand und wohl ein ähnliches Klientel wie die neue

⁶⁷⁹ LAB B Rep. 031-01-02, Nr.: 2250

⁶⁸⁰ Ebd.

⁶⁸¹ Krüger, Martina: Kinderfachabteilung Wiesengrund. Die Tötung behinderter Kinder in Wittenau. In: Totgeschwiegen 1933-1945. Zur Geschichte der Wittener Heilstätten seit 1957 Karl-Bonhoeffer-Nervenlinik. Edition Hentrich, Berlin, 1989, S. 173.

⁶⁸² B Rep. 413, Nr.: 5. Valentina Zacchini (Zachini/Zackini) geb. 1932 in Schottland, wurde am 28.10.1941 seziert (Sektionsbericht Nr. 973/41), Obduzenten waren Dr. Ostertag, Dr. Klein, Dr. Kujath.

⁶⁸³ FU Berlin, UA, Med. Fak., PA Dr. Gerhard Kujath

Abteilung im Visier gehabt haben dürfte.⁶⁸⁴ Neben der Leitung dieser Abteilung seit 1956 war Kujath auch für die Leitung der „psychomedizinischen Abteilung der Kinder-Poliklinik“ im gleichen Hause zuständig. Am 9. Mai 1958 erfolgte die Anerkennung als Facharzt für Kinderkrankheiten. Darüber hinaus erhielt Kujath am 10. November 1969 auch die Anerkennung als Facharzt für Kinder- und Jugendpsychiatrie. In einem Zeugnis von 1954 sprach sich Joppich ausschließlich positiv über Kujath aus und attestierte ihm ein „bescheidenes und hilfsbereites Wesen“ sowie „grosse[s] Pflichtbewusstsein“.⁶⁸⁵ Ab dem Wintersemester 1962/63 erhielt Kujath zusätzlich einen Lehrauftrag und war demzufolge für die Vorlesung „Erziehungsschwierigkeiten und ihre heilpädagogische Behandlung mit Krankendemonstration“ zuständig – diese hielt er bis zu seinem Ausscheiden aus dem Universitätsbetrieb.⁶⁸⁶ Auch hierbei beeinflusste Joppich den Vorgang positiv, indem er Kujath rückwirkend mannigfaltige Erfahrungen auf dem Gebiet der Kinderheilkunde durch dessen Tätigkeit am KAVH bescheinigte. In einem Zeugnis betonte der Klinikleiter Loeschke, dass es Kujath nicht schwer gefallen sei „sich das Vertrauen der Kinder und ihrer Angehörige[n] zu erwerben.“⁶⁸⁷ Weiterhin verwies Loeschke auf dessen wissenschaftliche Tätigkeit, aus der „wertvolle Publikationen“ hervorgegangen seien. Dazu zählte er auch Kujaths Buch „Jugendpsychiatrische Begutachtung“, welches erstmals 1949 erschien und bis 1964 drei Auflagen erlebte.⁶⁸⁸ Dieses Buch gilt als Standardwerk der Nachkriegszeit, es war „allen bekannt, die in dieser Zeit kinderpsychiatrisch oder -psychotherapeutisch tätig waren“,⁶⁸⁹ und war eines der wenigen Lehrbücher in deutscher Sprache. Außerdem war Kujath Mitherausgeber der „Einführung in die Entwicklungsphysiologie des Kindes“ (1964) seines ebenfalls am KAVH tätigen Kollegen Heinrich Wiesener. Auch auf außeruniversitärer Ebene konnte Kujath seinen fachlichen Einfluss geltend machen – so hielt er 1962 einen „Fortbildungsvortrag für Fürsorgerinnen der Familienfürsorge des Jugendamtes Berlin-Neukölln“ mit dem Titel „Der sensitiv-depressive Hintergrund psychogener Reaktionen im Kindesalter“.⁶⁹⁰

⁶⁸⁴ Beddies, Thomas: Zwischen Anlage und Erziehung. Zum pädiatrischen Umgang mit „nervösen“ und „psychopathischen“ Kindern in der Weimarer Republik. In: Fangerau, Heiner; Topp, Sascha; Schepker, Klaus (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nationalsozialismus. Zur Geschichte ihrer Konsolidierung. Springer, Berlin, Heidelberg, 2017, S. 213.

⁶⁸⁵ FU Berlin, UA, Med. Fak., PA Dr. Gerhard Kujath

⁶⁸⁶ Ebd.

⁶⁸⁷ FU Berlin, UA, Med. Fak., PA Dr. Gerhard Kujath

⁶⁸⁸ Kujath, Gerhard: Jugendpsychiatrische Begutachtung. Johann Ambrosius Barth, Leipzig, 1949.

⁶⁸⁹ Nissen, Gerhardt: Kulturgeschichte seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Klett-Cotta, Stuttgart, 2005, S. 498.

⁶⁹⁰ FU Berlin, UA, Med. Fak., PA Dr. Gerhard Kujath

Bereits 1960 wurde Kujath mit der Begründung, dass er „anerkannter Spezialist“ sei auf seinem Fachgebiet zum Akademischen Rat,⁶⁹¹ 1966 zum akademischen Oberrat ernannt, wofür sich erneut Loeschke nachdrücklich bei dem Kurator der FU, von Bergmann, einsetzte. Dies geschah anstelle eines Vorschlags zur Habilitation, da Kujath die vorgesehene Altersgrenze hierzu überschritten hatte. Für den wissenschaftlichen Vortrag, den Kujath im Rahmen seines Verfahrens zur offiziellen Lehrbefähigung vor der Fakultät in Januar 1970 halten musste, wurde derjenige mit dem Thema „Zum Problem des Transsexualismus im Kindesalter“ ausgewählt.⁶⁹² Anschließend erhielt Kujath die Lehrbefähigung für das Fach „Kinder- und Jugendpsychiatrie“. Gerhardt Nissen (1923-2014), der von 1964 bis 1978 ärztlicher Leiter der Kinderpsychiatrie Wiesengrund war, berichtet in seinen Lebenserinnerungen, dass er in seiner Dienstzeit Anfang der 1970er Jahren einen Anruf eines ehemaligen Patienten erhielt, der angab während des Krieges Zeuge tödlicher Injektionen gewesen zu sein und in diesem Zusammenhang Kujaths Namen nannte.⁶⁹³ Der Anruf blieb offenbar folgenlos. Kujath starb am 28. Januar 1974, in seiner Todesanzeige im *Deutschen Ärzteblatt* wurde er als „hervorragender Arzt“ betrauert, der sich für seine Patient_innen „jederzeit mit all seinen Kräften“ eingesetzt hätte.⁶⁹⁴ Angesichts seiner Mittäterschaft in der NS-„Kindereuthanasie“, die in der Laudatio mit keinem Wort thematisiert wird, klingt dies geradezu zynisch.

4.1.8 Kinderklinik der Charité

Versucht man die personelle Situation der Kinderklinik der Charité in den letzten Kriegsjahren sowie in der Nachkriegszeit zu charakterisieren, stößt man auf viele Ungereimtheiten, die aufgrund der lückenhaften Aktenlage wohl kaum noch zu rekonstruieren sein werden. Bekannt ist, dass nachdem der Nationalsozialist Georg Bessau (geb. 1884) 1944 an einem Hirntumor starb, Hans Kleinschmidt dessen Nachfolge antrat. Von Bessau wissen wir, dass er Kinder aus der Charité-Kinderklinik an die Kinderfachabteilung Wiesengrund in Berlin weiterleitete, wo viele von ihnen ermordet wurden. Kleinschmidt, der zuvor langjährig an der Universitätskinderklinik Köln tätig war, leitete die Kinderklinik der Charité ein Jahr lang, nachdem die Kölner Kinderklinik durch Kriegseinwirkungen unbenutzbar geworden war und

⁶⁹¹ Ebd.

⁶⁹² Ebd.

⁶⁹³ Nissen, Gerhardt: Psychisch gestörte Kinder und Jugendliche gestern und heute. Persönliche Erinnerungen aus 60 Jahren. Psychosozial-Verlag, Gießen, 2009, S. 144.

⁶⁹⁴ N. N.: Gerhard Kujath. *Deutsches Ärzteblatt*, 1974, Heft 51, S. 3715.

es zur Einstellung des Universitätsunterrichts kam. Zweifellos hatte Kleinschmidt weiterhin einen beträchtlich hohen Stellenwert in der Nachkriegspädiatrie in Deutschland, ungeachtet seiner nationalsozialistischen Vergangenheit (Kapitel 5.1). Gegen Ende des Krieges trat Kleinschmidt eine Reise nach Köln an, um dort nach seiner Ausweichstelle der Kinderklinik zu sehen, währenddessen wurde Berlin von der Roten Armee erobert. In den Wirren des Kriegsendes kehrte Kleinschmidt nicht nach Berlin zurück, sodass der Lehrstuhl erneut verwaist war.⁶⁹⁵ Daher wurde der Oberarzt Otto Cammann (1905-1949), Schüler Bessaus, am 13. Mai 1945 zwischenzeitlich Direktor der völlig zerstörten und mehr als notdürftig in den Räumen unterhalb der S-Bahnbögen untergebrachten Kinderklinik. Bei der Einnahme der Stadt durch die Sowjets im Frühjahr 1945 verfügte die Kinderklinik nur noch über circa 60-80 Betten.⁶⁹⁶

Der Heubner-Schüler Wilhelm Stoeltzner (1872-1954) folgte dann am 3. Juli 1945 zunächst als kommissarischer Leiter der Kinderklinik der Charité, Anfang 1946 übernahm er endgültig die Leitung und wurde zum ordentlichen Professor für Kinderheilkunde ernannt.⁶⁹⁷ Mit Stoeltzner hatte die Kinderklinik nun eine definitiv anti-nationalsozialistisch eingestellte Leitung erhalten. Stoeltzner hatte in Berlin studiert und sich 1903 ebenfalls in Berlin für das Fach Kinderheilkunde habilitiert. Nachdem er lange Jahre Professor und Direktor der Kinderklinik in Halle war, wurde er 1925 nach Königsberg berufen. Dort wirkte er bis zu seiner Emeritierung im März 1937 als Ordinarius und forschte zu Ernährungsstörungen im Säuglingsalter, was ihn zu einem klassischen Vertreter seiner Fachdisziplin in dieser Zeit machte. Nach der Machtergreifung der Nationalsozialisten weigerte er sich, sich von seiner jüdischen Ehefrau zu trennen und musste auf Druck des Regimes selbst seine Emeritierung einreichen. Von daher ist der Vermerk in seiner Personalakte „Einstellung zur NSDAP: von Anfang an ablehnend“ durchaus glaubwürdig.⁶⁹⁸ Dennoch lässt sich hier nicht von aktivem Widerstand sprechen. Der Düsseldorfer Ordinarius Fritz Goebel war von 1926-1948 Schriftführer der DGfK,⁶⁹⁹ er

⁶⁹⁵ Dost, Friedrich Hartmut: Geschichte der Universitätskinderklinik der Charité zu Berlin. Brühlsche Universitätsdruckerei Giessen, 1960, S. 27.

⁶⁹⁶ Grauel, E.: Universitätskinderklinik an der Berliner Charité: Geschichte. Monatsschrift Kinderheilkunde, 2004, Volume 152, Nr.: 8, S. 912.

⁶⁹⁷ HU, UA, PA Wilhelm Stoeltzner

⁶⁹⁸ Ebd.

⁶⁹⁹ Fritz Goebel, Pädiater (1888-1950). Habilitation 1922 an der Jenaer Kinderklinik unter Jussuf Ibrahim, 1925 Wechsel an die Kinderklinik Halle als Professor. In der Zeit des Nationalsozialismus war Goebel Schriftführer der DGfK, und maßgeblich an der Gleichschaltung der Fachgesellschaft beteiligt und übte Druck auf jüdische Mitglieder aus. 1937 bis zu seinem Tod war er als Professor an der Medizinischen Akademie Düsseldorf tätig.

kritisierte, dass in einer von Stoeltzner angefertigten Liste von Dozenten, die auf einer Tagung 1931 referieren sollten, nur jüdische Kollegen zu finden seien. Stoeltzner gab in dieser Situation nach und fügte nicht-jüdische Referenten hinzu.⁷⁰⁰ Anders als die Situation suggeriert, ist seine Berufung auf den Berliner Lehrstuhl nicht als „Wiedergutmachung des an Stoeltzner begangenen Unrechts“ zu verstehen.⁷⁰¹ Unter seiner Leitung wurde die schwer beschädigte Klinik zunächst entrümpelt und die Gebäude notdürftig wiederaufgebaut, um dort den Klinikbetrieb zumindest auf basalem Niveau wiederaufzunehmen. Trotzdem mussten in dieser Zeit Kinder immer noch provisorisch in den angrenzenden Stadtbahnbögen untergebracht werden.⁷⁰² Zu seinen Aufgaben gehörte auch die Lehrtätigkeit, die angesichts der katastrophalen Gegebenheiten aber wohl eine untergeordnete Rolle gespielt haben dürfte. Nachdem der Klinikalltag wieder in einigermaßen geordneten Bahnen verlief, ließ sich Stoeltzner ab dem Wintersemester 1947/48 aus vorgeblich gesundheitlichen Gründen von seinen universitären Pflichten entbinden.⁷⁰³ Die Rückberufung des bereits betagten Stoeltzners aus dem Ruhestand ist ebenso ein Hinweis auf die Schwierigkeiten, mit denen sich die zuständige Behörde, namentlich die Deutsche Verwaltung für Volksbildung in der sowjetischen Besatzungszone zu kämpfen hatte, da es einen großen Mangel an ausreichend qualifizierten und nicht politisch belastetem Personal gab.

⁷⁰⁰ Seidler, Eduard: Kinderärzte 1933-1945. Entrechtet - geflohen - ermordet. Bouvier Verlag, Bonn, 2000, S. 30.

⁷⁰¹ Hinz-Wessels, Annette: Die Besetzung der pädiatrischen Lehrstühle in der SBZ und frühen DDR. Personeller Umbruch im Zeichen des politischen Neuanfangs nach dem Zweiten Weltkrieg? *Medizinhistorisches Journal*, 2016, Volume 51 (2), S. 133.

⁷⁰² Grauel, E.: Universitätskinderklinik an der Berliner Charité: Geschichte. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, 2004, Volume 152, Nr.: 8, S. 912.

⁷⁰³ HU, UA, Berlin, PA Wilhelm Stoeltzner

Die Nachfolge Stoeltzners trat Karl Klinke (Abb. 32) 1947 an,⁷⁰⁴ aus Rostock kommend, wo er zuvor die dortige Kinderklinik geleitet hatte. Der Berufung nach Berlin vorangegangen waren Angebote an Klinke aus anderen Orten wie beispielsweise Tübingen. Mit dem Hinweis auf den drohenden Personalmangel, den die als plötzlich dargestellte, Emeritierung Stoeltzners suggerierte, konnte ein ordentliches Berufungsverfahren umgangen werden und der Wunschkandidat der Fakultät Klinke erhielt die Professur für Kinderheilkunde.⁷⁰⁵ In Klinkes Personalfragebogen wird die Frage nach NSDAP-Mitgliedschaft und NS-Unterorganisationen

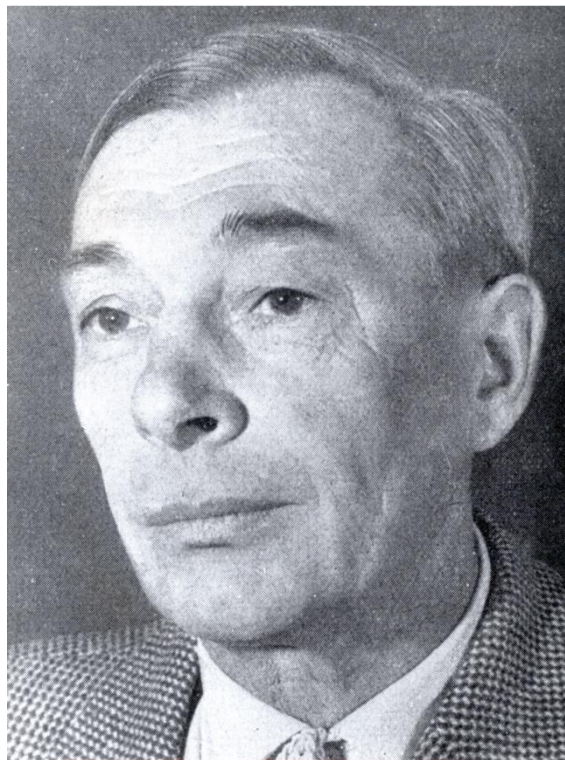


Abbildung 31: Karl Klinke, um 1960.

gänzlich verneint. Diesen eigenhändigen Angaben ist Glauben zu schenken, da Klinke 1928 bis 1933 in Rostock das Ordinariat für Kinderheilkunde innehatte, aber von den Nationalsozialisten aufgrund „politischer Unzuverlässigkeit“ seines Amtes enthoben wurde.⁷⁰⁶ Während dieser

⁷⁰⁴ Karl Klinke (1897-1972), 1928 in Breslau habilitiert, von den Nazis aus dem Hochschuldienst zunächst entlassen, 1944 aber nach Rostock berufen. Haupttätigkeitsfelder waren die Ernährungsforschung und er leistete erste Untersuchungen über die RH-Serologie und Diagnostik bei angeborenen Herzfehlern. 1951 Annahme des Rufes nach Düsseldorf.

⁷⁰⁵ Hinz-Wessels, Annette: Die Besetzung der pädiatrischen Lehrstühle in der SBZ und frühen DDR. Personeller Umbruch im Zeichen des politischen Neuanfangs nach dem Zweiten Weltkrieg? *Medizinhistorisches Journal*, 2016, Volume 51 (2), S. 133.

⁷⁰⁶ HU, UA, PA Karl Klinke

Zeit war er weiterhin als praktischer Kinderarzt tätig. Als eines seiner Hauptforschungsgebiete ist neben dem klassischen Gebiet der Ernährungslehre sowie der Krankheit Zöliakie auch die Kinderkardiologie zu nennen, wobei er die erste pädiatrische Arbeitsgruppe auf diesem Gebiet in Deutschland gründen konnte.⁷⁰⁷

Sowohl mit Stoeltzner als auch mit Klinke hatte die Deutsche Verwaltung für Volksbildung in der sowjetischen Besatzungszone, die zu diesem Zeitpunkt für Berufungen zuständig war, dezidiert Professoren ausgewählt, deren Haltung zum Nationalsozialismus oppositionell gewesen war und die selbst einschneidende Diskriminierungen, nämlich ihre Entfernung aus dem öffentlichen Dienst, durch das Regime zu erleiden hatten, auch wenn sie keinen direkten aktiven Widerstand gegen das Regime geleistet hatten. Dennoch lässt die beschriebene Situation in Berlin keine Verallgemeinerung von Berufungskriterien und Umgang mit belasteten Professoren zu, die hier angeführten Einstellungen der berufenen Professoren waren eher in der Minderzahl.⁷⁰⁸ Nachdem Klinke 1951 einen Ruf nach Düsseldorf angenommen hatte, folgte eine kurze Interimszeit unter dem Oberarzt Herbert Brugsch, der jedoch auch nicht lange an der Klinik verblieb und eine Chefarztstelle im Krankenhaus in Moabit erhielt.⁷⁰⁹ Zu einem späteren Zeitpunkt erfolgte die Auswahl der Professoren wieder unter deutlich gelockerten Kriterien, was die möglichen Belastungen aus nationalsozialistischer Vergangenheit betrafen. So wurde Friedrich Hartmut Dost 1951 zunächst kommissarisch, dann 1953 zum ordentlichen Professor ernannt, Leiter der Charité-Kinderklinik. Er war langjähriges NSDAP-, SA- und NS-Ärztbund-Mitglied. Zudem war Dost Oberarzt bei Catel in Leipzig gewesen, sodass es relativ wahrscheinlich ist, dass er zumindest von der „Kindereuthanasie“ wusste.⁷¹⁰ Neuere Forschungsergebnisse belegen Dosts mehrmalige Aufenthalte an der Leipziger Klinik, auch wenn ihm eine aktive Teilnahme an den Tötungen weder nachgewiesen noch diese ausgeschlossen werden kann.⁷¹¹ Nach dem Ende des „Dritten Reiches“ finden sich

⁷⁰⁷ Dost, Friedrich Hartmut: Geschichte der Universitätskinderklinik der Charité zu Berlin. Brühlsche Universitätsdruckerei Giessen, 1960, S. 35.

⁷⁰⁸ Hinz-Wessels, Annette: Die Besetzung der pädiatrischen Lehrstühle in der SBZ und frühen DDR. Personeller Umbruch im Zeichen des politischen Neuanfangs nach dem Zweiten Weltkrieg? *Medizinhistorisches Journal*, 2016, Volume 51 (2).

⁷⁰⁹ Dost, Friedrich Hartmut: Geschichte der Universitätskinderklinik der Charité zu Berlin. Brühlsche Universitätsdruckerei Giessen, 1960, S. 36.

⁷¹⁰ Klee, Ernst: Das Personenlexikon zum Dritten Reich. Wer war was vor und nach 1945? S. Fischer Verlag GmbH, Frankfurt am Main, 2003, S. 117.

⁷¹¹ Roelcke, Volker: Friedrich Hartmut Dost. Aspekte zu Tätigkeit und Haltung im Nationalsozialismus und Nachkriegszeit. *Beddies, Thomas; Hinz-Wessels, Anette (Hrsg.): Pädiatrie nach 1945 in der*

keine Anhaltspunkte dafür, dass sich Dost von den Verbrechen distanzierte; so pflegte er jahrelang eine „freundschaftliche Beziehung“ zu Catel und nahm auch keineswegs von rassenhygienischen Vorstellungen Abstand.⁷¹² Unter Dosts Leitung kam es zum Wiederaufbau des Haupthauses der Kinderklinik, des Hörsaals und der Laboratorien sowie der Neugründung einer kardiologischen Spezialabteilung und der Möglichkeit zur Durchführung immunologischer Untersuchungen. Weiterhin konnte die Versorgungskapazität der Kinderklinik auf 200 Betten ausgebaut werden.⁷¹³ Bezeichnend für das kinderheilkundliche Konzept der DDR ist die Tatsache, dass die Charité als universitäre Kinderklinik auch für die ärztliche Betreuung der Mütterberatungsstellen sowie der Kinderkrippen und Tages- bzw. Wochenheime im Bezirk Mitte verantwortlich war. Darüber hinaus war auch eine dieser Beratungsstellen in der angeschlossenen Poliklinik beheimatet.⁷¹⁴ Ein universitärer Austausch mit der FU in Form von wissenschaftlichen Sitzungen war bereits seit Klinkes Leitung bis Dost 1959 die Klinik aufgrund seiner Berufung nach Gießen verließ, vorhanden. Diese Treffen wurden abwechselnd in den Räumen des KAVH bzw. der Kinderklinik der Charité abgehalten.⁷¹⁵

4.2 Städtische Kinderkrankenhäuser, Fürsorgestellen und Heime

Das folgende Kapitel soll ein Überblick über die Versorgungsstrukturen geben, die in den Fällen zur Verfügung stand, wenn die präventiven Fürsorgemaßnahmen eine manifeste Erkrankung nicht verhindern konnten und eine (stationäre) Behandlung der Kinder notwendig geworden war. Die Darstellung ist trotz intensiver Recherchen nur als bruchstückhaft zu

Bundesrepublik Deutschland und der DDR. Monatsschrift Kinderheilkunde, Springer, Berlin/Heidelberg, 2016, Band 164, Supplement 1.

⁷¹² Topp, Sascha: Geschichte als Argument in der Nachkriegsmedizin. Formen der Vergegenwärtigung der nationalsozialistischen Euthanasie zwischen Politisierung und Historiographie. V&R unipress, Göttingen, 2013, S. 143. Für eine differenzierte Darstellung bezüglich Dost vgl.: Roelcke, Volker; Topp, Sascha: Friedrich Hartmut Dost. Aspekte zu Tätigkeit und Haltung im Nationalsozialismus und Nachkriegszeit. Beddies, Thomas; Hinz-Wessels, Anette (Hrsg.): Pädiatrie nach 1945 in der Bundesrepublik Deutschland und der DDR. Monatsschrift Kinderheilkunde, Springer, Berlin/Heidelberg, 2016, Band 164, Supplement 1.

⁷¹³ Grauel, E.: Universitätskinderklinik an der Berliner Charité. Monatsschrift Kinderheilkunde, 2004, Volume 152, Number 8, S. 907.

⁷¹⁴ Dost, Friedrich Hartmut: Geschichte der Universitätskinderklinik der Charité zu Berlin. Brühlsche Universitätsdruckerei, Giessen 1960, S. 38 f.

⁷¹⁵ Ebd., S. 39.

betrachten, da zu manchen Krankenhäusern kein aussagekräftiges Quellenmaterial ausfindig gemacht werden konnte. Dennoch lassen sich die Ergebnisse mit hoher Wahrscheinlichkeit als beispielhaft für die Entwicklungen im Osten und Westen der Stadt bezeichnen.

Was die Ausgangslage bezüglich der Bettenzahl pro Einwohner betrifft, war der Osten der Stadt im Vergleich zum Westen bedeutend schlechter aufgestellt, da sich im Osten Berlins bis 1945 grundsätzlich weniger Krankenhäuser befanden.⁷¹⁶ Dieser Unterschied konnte lange nicht aufgehoben werden. Für die ersten Nachkriegsjahre war für den Ost-Teil der Stadt weiterhin bezeichnend, dass viele Krankenhäuser behelfsmäßig in Schulen oder anderen zweckentfremdeten Gebäuden untergebracht waren, was sich auch erheblich auf die Qualität der Versorgung, insbesondere auf die hygienischen Standards, auswirkte.

Grundsätzlich wurde in der SBZ/DDR im Vergleich zu anderen Fachbereichen der Kinderheilkunde eine relativ große Bedeutung zugemessen.⁷¹⁷ Auch wenn sich im Allgemein nach dem Zweiten Weltkrieg grundsätzlich eine veränderte Bauart bei Kinderkliniken durchsetzte, war davon in Berlin zunächst nicht viel zu spüren, da die vorhandenen Kinderkrankenhäuser weiter benutzt wurden und meistens nur kleinere Veränderungen im Rahmen der Ausbesserung von Kriegsschäden oder Erweiterungen vorgenommen wurden.

Sowohl im Osten als auch im Westen der Stadt Berlin lag nach der doppelten Staatsgründung der Schwerpunkt der Gesundheitspolitik auf dem Ausbau und der Modernisierung der vorhandenen Krankenhäuser. In der SBZ sollte der Lindenhof als das Kinderkrankenhaus mit der höchsten Versorgungskapazität ausgebaut werden. Unterscheiden muss man hinsichtlich der grundsätzlichen Ausrichtung dieser Krankenhäuser: Der Osten propagierte eine „sozialhygienische Herangehensweise“, die eine „Förderung der Prophylaxe im Sinne einer Ganzheitsbetreuung“ beinhaltete,⁷¹⁸ wobei auf die Förderung eines staatlichen Gesundheitswesens viel Wert gelegt wurde. Für die Kinderheilkunde wurden in den „Gesundheitspolitische(n) Richtlinien“ des Zentralkomitees (ZK) der SED vom 31. März 1947“ folgende Ziele formuliert: „Einrichtung von genügend Entbindungs- und Säuglingskliniken, Säuglingsfürsorgestellen, Krippen, Kindergärten, Frauenmilch-sammelstellen und Milchküchen“, sowie „ständige ärztliche Überwachung aller Kinder und Jugendlichen in den Schulen“.⁷¹⁹ So blieben im Osten die fürsorgerischen Abteilungen der

⁷¹⁶ Arndt, Melanie. Gesundheitspolitik im geteilten Berlin 1948 bis 1961. Böhlau, Köln/Weimar, 2009, S. 129 ff.

⁷¹⁷ Ebd., S. 132 f.

⁷¹⁸ Ebd., S. 50.

⁷¹⁹ Radke, Michael: Entwicklungen der Kinder- und Jugendmedizin in der DDR. Medizinisch-wissenschaftliche Gesellschaften, Hochschul- und Berufungspolitik, Strukturen. In: Pädiatrie nach 1945 in der

Kinderkrankenhäuser weiterhin erhalten, wie anhand der folgenden Beispiele belegt wird.

4.2.1 Lindenhof

Kinderkrankenhaus Lindenhof

Neben der Kinderklinik der Charité war der im Ostteil der Stadt gelegene Lindenhof im Stadtteil Lichtenberg das wichtigste Berliner Kinderkrankenhaus der SBZ/DDR mit den größten versorgungstechnischen Kapazitäten. In der konzeptionellen Ausrichtung des Kinderkrankenhauses manifestierten sich viele Maximen der DDR-Pädiatrie, die weit über die Aufgaben eines klassischen Kinderkrankenhauses hinausreichen.

Entstehungsgeschichtlich verbindet den Lindenhof mit vielen anderen Kinderkrankenhäusern, dass die Einrichtung bei der Gründung karitativen und nicht vorrangig medizinischen Zwecken diene. So entstand das Kinderkrankenhaus Lindenhof auf der Grundlage diverser Einrichtungen für Berliner Waisenkinder, die seit Beginn des 18. Jahrhunderts in Berlin-Lichtenberg in verschiedenen Gebäuden beheimatet waren. In diesem institutionellen Rahmen entwickelte sich 1901 bis 1906 auch eine besondere Abteilung für kranke Kinder.⁷²⁰ Bemerkenswert ist, dass dies vorrangig geschah, um „für kranke Waisenkinder, vor allem für die Säuglinge, Raum zu schaffen [...] es fehlte bisher im Rummelsburger Waisenhaus die Möglichkeit, Säuglinge aufzunehmen, deren Pflege von der Stadt Berlin als eine dringliche Aufgabe angesehen wird“.⁷²¹ Offensichtlich gab es zu diesem Zeitpunkt ein öffentliches Problembewusstsein im Hinblick auf die Säuglingssterblichkeit und man bemühte sich seitens der politischen Verantwortlichen um wirksame Gegenmaßnahmen. Im Jahr 1904 wurde ein Teil des bestehenden Hauses für die Säuglingspflege umgebaut und konnte im Juli des gleichen Jahres mit 40 Betten eröffnet werden.⁷²² Die Säuglingssterblichkeit betrug dort ein Jahr später rund 25 Prozent, von den Säuglingen mit „infektiösen Erkrankungen“ verstarben sogar 49

Bundesrepublik Deutschland und der DDR. Monatsschrift für Kinderheilkunde. 2016, Band 164, Supplement 1, S. 12. Zitiert nach: Zentralkomitee der SED (1952) Gesundheitspolitische Richtlinien des ZK der SED, Beschluss vom 31.3.1947. In: Dokumente der SED, Dietz Verlag, Berlin, S. 359.

⁷²⁰ Diese Abteilung wurde 1910-1933 von Prof. Erich Müller, einem Schüler Heubners, geleitet. Dessen Nachfolge trat danach Dr. Nitschke an. Vgl.: Böttcher, Michael: Vom Waisenhaus zum Kinderkrankenhaus. Die Geschichte des Kinderkrankenhauses Lindenhof. Dissertation, 1987. Dok. 5a.

⁷²¹ Böttcher, Michael: Vom Waisenhaus zum Kinderkrankenhaus. Die Geschichte des Kinderkrankenhauses Lindenhof. Dissertation, 1987. Dok. 4: „Umwandlung des Waisenhauses in eine Krankenpflegeeinrichtung“.

⁷²² Ebd.

Prozent.⁷²³ Die Einrichtung erfolgte also zeitlich noch vor der der Gründung und dem Bau des KAVH und stellt somit einen dezentralen Lösungsansatz in kleinerer Dimension zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit dar, bevor man diesem Problem mit einem breiter aufgestellten Konzept im KAVH begegnete.

Dieses kleine Kinderkrankenhaus mit „Ärzten, Schwestern, Stationen, Laboren usw.“ zog 1932 in die Gebäude des Städtischen Krankenhauses Lichtenberg,⁷²⁴ das ein Jahr später in Oskar-Ziethen-Krankenhaus umbenannt wurde.⁷²⁵ Zu Beginn des Zweiten Weltkrieges war es in Berlin eine übliche Praxis bereits bestehende Krankenhäuser zum „Stammhaus“ zu erklären und durch die Einrichtung von „Hilfs- und Behelfskrankenhäusern“ die vorhandenen Versorgungskapazitäten,⁷²⁶ die im Zuge der Kriegshandlungen und der steigenden Zahl von Verwundeten oftmals nicht mehr ausreichend waren, vergleichsweise unkompliziert zu erweitern. So verfuhr man auch in dem Fall des Oskar-Ziethen-Krankenhauses: Die Kinderabteilung zog im Frühjahr 1941 in das sich ebenfalls in Lichtenberg befindliche Gebäude der ehemaligen Zwangserziehungseinrichtung für verwahrloste Knaben mit dem Namen „Lindenhof“ um.⁷²⁷ Bei Kindern, die wegen Infektionskrankheiten behandelt wurden, erfolgte die Verlegung parallel hierzu in das Hilfskrankenhaus Cecilie-Lyzeum in der Rathausstraße 8, wo die Station bis April 1948 verblieb.⁷²⁸ Da der Lindenhof baulich zur adäquaten Versorgung kranker Kinder äußerst ungeeignet war, begann man noch während des Krieges mit dem Um- und Ausbau zum Kinderkrankenhaus, welcher im Mai 1942 fertiggestellt worden war. Die Kapazität zum damaligen Zeitpunkt belief sich auf 278 Betten.⁷²⁹ Bis zum Jahr 1955 blieb die Kinderabteilung verwaltungstechnisch noch dem Oskar-Ziethen-Krankenhaus unterstellt.⁷³⁰

⁷²³ Böttcher, Michael: Vom Waisenhaus zum Kinderkrankenhaus. Die Geschichte des Kinderkrankenhaus Lindenhof. Dissertation, 1987, Dok. 4. „Umwandlung des Waisenhauses in eine Krankenpflegeeinrichtung“.

⁷²⁴ Das Gebäude befand sich in der Kriemhildstraße 17. Vgl.: LAB C Rep. 109, Nr.: 287

⁷²⁵ Böttcher, Michael: Vom Waisenhaus zum Kinderkrankenhaus. Die Geschichte des Kinderkrankenhaus Lindenhof. Dissertation, 1987, S. 2.

⁷²⁶ Laschke, Michael: Das Oskar-Ziehten-Krankenhaus Berlin-Lichtenberg. Von der Städtischen Krankenanstalt zum Paritätischen Gesundheitszentrum. Leipziger Universitätsverlag, Leipzig, 2003, S. 165.

⁷²⁷ Ebd., S. 166. Die Kinderabteilung des Oskauer-Ziethen-Krankenhauses wird in der Literatur teilweise auch Städtisches Kinderkrankenhaus Berlin-Lichtenberg genannt.

⁷²⁸ Böttcher, Michael: Vom Waisenhaus zum Kinderkrankenhaus. Die Geschichte des Kinderkrankenhaus Lindenhof. Dissertation, 1987, S. 10.

⁷²⁹ Laschke, Michael: Das Oskar-Ziehten-Krankenhaus Berlin-Lichtenberg. Von der Städtischen Krankenanstalt zum Paritätischen Gesundheitszentrum. Leipziger Universitätsverlag, Leipzig, 2003, S. 167.

⁷³⁰ Böttcher, Michael: Vom Waisenhaus zum Kinderkrankenhaus. Die Geschichte des Kinderkrankenhaus Lindenhof. Dissertation, 1987, S. 2.

Diese Neuerungen waren nicht von langer Dauer, da der Lindenhof infolge der Luftangriffe auf Berlin nach wenigen Monaten stark zerstört wurde.⁷³¹ Vor allem das Haupthaus wurde schwer getroffen, wie Wiederaufbaupläne bezeugen.⁷³² Beim Eintreffen der Roten Armee am 22. April 1945 waren rund 120 Kinder in den noch benutzbaren Gebäudeteilen sowie der Turnhalle untergebracht. Das Personal des Krankenhauses hatte mit ganz ähnlichen Problemen zu kämpfen, wie sie auch nach Kriegsende aus dem KAVH überliefert sind. So erzählte die Kinderkrankenschwester Erika Grawunder: „Bei uns fehlte es an den nötigsten Lebensmitteln und Medikamenten. Seit Tagen schon hatten wir keine frische Milch mehr für unsere kranken Kinder.“⁷³³ Entgegen der schreckenserregenden Propaganda des NS-Regimes waren die anrückenden sowjetischen Streitkräfte eine große Hilfe: „für die kranken Kinder wurden sogar drei Milchkühe gebracht“ und ein „Rotarmist wurde zum Melken abkommandiert.“⁷³⁴ Auch im Lindenhof wurde das ohnehin schon stark reduzierte und verschlissene Inventar sowie Bauteile in Form von Fensterscheiben mehrfach durch Diebstahl dezimiert.⁷³⁵ Einen Rückschluss auf die Qualität der Krankenversorgung und den Umfang der Mängel ermöglicht hier ein Blick auf das Ausmaß der Mortalität der untergebrachten Kinder. 1945 starben 16,6 Prozent der Kinder und 1950 wurde ein Höchststand der Kindersterblichkeit von 38,8 Prozent verzeichnet (unter Einbeziehung der Frühgeborenen), womit sich die Kindersterblichkeit 1945 wieder auf dem Niveau zu Zeiten der Gründung des KAVH 1907 im Kaiserreich befand.⁷³⁶ Die Dringlichkeit des Handlungsbedarfs in der Nachkriegszeit war somit unübersehbar.

Im Zusammenhang mit dem Kinderkrankenhaus Lindenhof sind für den Untersuchungszeitraum der vorliegenden Arbeit vor allem zwei Kinderärzte von Bedeutung. Namentlich waren dies Leonid Doxiades (1889-1969), der seit 1938 ärztlicher Leiter des Lindenhofs war und 1947 von Martin Hochbaum (1910-1990) abgelöst wurde.⁷³⁷

⁷³¹ Laschke, Michael: Das Oskar-Ziethen-Krankenhaus Berlin-Lichtenberg. Von der Städtischen Krankenanstalt zum Paritätischen Gesundheitszentrum. Leipziger Universitätsverlag, Leipzig, 2003, S. 167.

⁷³² LAB C Rep. 109, Nr.: 287

⁷³³ Böttcher, Michael: Vom Waisenhaus zum Kinderkrankenhaus. Die Geschichte des Kinderkrankenhaus Lindenhof. Dissertation, 1987, „Dokument 13: Aus einem Erinnerungsbericht von Erika Grawunder, Mitarbeiterin im Kinderkrankenhaus Lindenhof in Lichtenberg, über Erlebnisse um den 22. April 1945.“

⁷³⁴ Ebd.

⁷³⁵ Ebd., Dok. 14. „Die ersten Monate nach 1945 im Lindenhof. Von Dr. Martin Hochbaum“.

⁷³⁶ Hesse, Volker (Hrsg.): 300 Jahre stationäre Kinderheilkunde. Festschrift. Druckerei Conrad, Berlin, 2005. S. 22.

⁷³⁷ Böttcher, Michael: Vom Waisenhaus zum Kinderkrankenhaus. Die Geschichte des Kinderkrankenhaus Lindenhof. Dissertation, 1987, S. 11.

Unter die Leitung Hochbaums fällt auch der Wiederaufbau der stark beschädigten Klinik. Noch während der Bauarbeiten wurde im September 1947 beschlossen, die Kapazität des Lindenhofs auf 400-450 Betten zu erweitern. Dennoch wollen die Bauarbeiten zunächst aufgrund verwaltungstechnischer Hürden nicht so recht vorangehen, wenn man der Zeitung *Tägliche Rundschau* glaubt,⁷³⁸ die sich in einem Artikel mit dem Titel „St. Bürokratius im Krankenhaus“ darüber halb scherzhaft mokierte. Im gleichen Atemzug wurden aber die positiven Absichten der sowjetischen Besatzungsmacht beteuert: „Man will aus dem Kinderkrankenhaus Lindenhof eine Musteranstalt machen“,⁷³⁹ betonte eine der befragten Kinderkrankenschwestern.

Der Ausbau langfristiger Versorgungsstrukturen war auf politischer Ebene der SBZ und späteren DDR eine Angelegenheit, der ein hoher Stellenwert eingeräumt wurde. So beschloss der Magistrat von Groß-Berlin im Oktober 1950 zum „Schutze der Kinder und zur gründlichen Verbesserung der ärztlichen Betreuung der Kinder“ bis 1955 „1. mindestens 5 Kinderpolikliniken, 2. zusätzlich mindestens 200 Kinderbetten“ zu schaffen.⁷⁴⁰ Der Lindenhof nahm eine Vorreiterrolle ein; im Jahr 1950 wurde die dem eigentlichen Kinderkrankenhaus angegliederte Poliklinik eröffnet und die bis dahin immer noch in der Turnhalle untergebrachten Kinder konnten auf ordentliche Stationen verlegt werden.⁷⁴¹

Über den Wiederaufbau des Lindenhofs berichtet 1950 auch die *BZ am Abend*, der zufolge sollte mit dem Lindenhof „das größte und schönste Kinderkrankenhaus im Ostsektor von Berlin“ geschaffen werden.⁷⁴² In einem Bauplan des Hauptamtes für Stadtplanung aus dem Jahr 1950 wurde unter anderem ein eigener „Aufnahme- und Behandlungsflügel“, ein „Säuglingshaus“ und ein separates „Wasch- und Heizungshaus“ vorgesehen, welche auch verwirklicht wurden.⁷⁴³ Insgesamt entstanden durch die umfangreichen Bauarbeiten insgesamt neun Stationen mit über 280 Betten für Kinder jeden Alters.⁷⁴⁴ Ein Fokus lag auch in diesem Kinderkrankenhaus auf der stationären Versorgung von Kindern, die an Infektionskrankheiten litten. Wie in ganz Berlin waren auch hier Typhus, Ruhr, und Tuberkulose, die am meisten

⁷³⁸ Die *Tägliche Rundschau* wurde vom 15. Mai 1945 bis Ende Juni 1955 von der Roten Armee in der SBZ/DDR herausgegebenen. Sie war für propagandistische Aufgaben zuständig und wurde später von anderen SED-Zeitungen abgelöst, u. a. Neues Deutschland.

⁷³⁹ Böttcher, Michael: Vom Waisenhaus zum Kinderkrankenhaus. Die Geschichte des Kinderkrankenhaus Lindenhof. Dissertation, 1987, Dok. 17 („Tägliche Rundschau“ 26.5.1949).

⁷⁴⁰ LAB C Rep. 118, Nr.: 397

⁷⁴¹ Böttcher, Michael: Vom Waisenhaus zum Kinderkrankenhaus. Die Geschichte des Kinderkrankenhaus Lindenhof. Dissertation, 1987, S. 12.

⁷⁴² Ebd., Dok. 16 (BZ am Abend, Nr. 41, 17.2.1950).

⁷⁴³ Ebd., S. 14.

⁷⁴⁴ LAB C Rep. 109, Nr.: 287

behandelten Krankheitsbilder.⁷⁴⁵ Dies spiegelt sich auch in den Baumaßnahmen wider – als die Errichtung einer gesonderten Infektionsstation abgeschlossen war, konnten dort die Kinder aus der Außenstelle in der Rathausstraße einziehen.⁷⁴⁶ Ein weiterer Schwerpunkt lag auch auf der Tuberkulosebehandlung, die quantitativ den größten Teil der Infektionskrankheiten ausmachte, wie die Einrichtung mehrerer spezialisierter Tuberkulosestationen beweist. Dieser kaum zu unterschätzenden Bedrohung für die Kindergesundheit begegnete man mit einer eigenen Station für „Tuberkulose-Isolierfälle“ sowie Stationen für größere Kinder, ein ganzes Geschoss sollte sogar eine „Tuberkulosestation für 70 Kinder aufnehmen“.⁷⁴⁷

Die Einführung von Antibiotika als Standardbehandlung für diverse Infektionskrankheiten lässt sich auch am Beispiel des Lindenhofs zurückverfolgen. Nach den Berichten einer dort arbeitenden Schwester, wurde 1947 in diesem Kinderkrankenhaus zum ersten Mal Penicillin verabreicht. Da das Antibiotikum nur in geringen Mengen zur Verfügung stand, war dessen Beschaffung äußerst kompliziert und aufwendig. Nach den Schilderungen der oben genannten Schwester mussten Anträge für das Antibiotikum zunächst zum Ärztlichen Direktor der Klinik, die dem Oskar-Ziehen-Krankenhaus unterstand, gebracht werden, dann zum „Alliierten Kontrollrat für Medizin“ in Berlin-Friedenau, letztendlich wurde die Zuteilung in Dahlem in einer amerikanischen Kaserne berechnet und in den Schering-Werken im Wedding ausgehändigt.⁷⁴⁸

Was die Ernährung der untergebrachten Kinder betrifft, setzte man so weit wie möglich auf Selbstversorgung. Bezeichnenderweise war auch schon seit 1949 ein Gewächshaus vorhanden,⁷⁴⁹ außerdem betrieb die Klinik selbst eine „ausgedehnte Landwirtschaft.“⁷⁵⁰ Diese Gegebenheiten zeigen deutliche Parallelen zu dem Konzept der Kinderklinik in Weißensee. Auch mit der Weiterführung der „Muttermilch-Sammelstelle – der zweiten in Berlin“,⁷⁵¹ welche bereits 1940 auf Betreiben des Leiters Doxiades eingerichtet wurde, orientierte man sich konzeptionell weiterhin an den Fürsorgevorstellungen, die bis in die Weimarer Republik

⁷⁴⁵ Hesse, Volker (Hrsg.): 300 Jahre stationäre Kinderheilkunde. Festschrift. Druckerei Conrad, Berlin, 2005. S. 22.

⁷⁴⁶ LAB C Rep. 127, Nr.: 273

⁷⁴⁷ LAB C Rep. 109, Nr.: 287

⁷⁴⁸ Hesse, Volker; Roß, Reynard (Hrsg.): 100 Jahre Lindenhof in Berlin-Lichtenberg. Von der Erziehungseinrichtung zur Kinderklinik. Verbum Druck- und Verlagsgesellschaft, 1996, S. 66.

⁷⁴⁹ Böttcher, Michael: Vom Waisenhaus zum Kinderkrankenhaus. Die Geschichte des Kinderkrankenhaus Lindenhof. Dissertation, 1987, S. 13.

⁷⁵⁰ Ebd., S. 16.

⁷⁵¹ Ebd., Dok. 11 („Anzeiger und Tageblatt Nr. 60 v. 11.3.1940)

zurückreichen. Das Kinderkrankenhaus Lindenhof erfuhr in dem kommenden Jahrzehnt einen außerordentlichen Bedeutungszuwachs. In diesem Zusammenhang wurde es ab dem 1. April 1960 endgültig eine eigenständige Einrichtung, nachdem es zwischenzeitlich dem Krankenhaus Herzberge unterstellt worden war.⁷⁵² Die „Selbstdarstellung des Kinderkrankenhauses“ aus dem Jahr 1961 anlässlich zum „Tag des Gesundheitswesens“ belegt anschaulich, dass das gruppenspezifische Fürsorgekonzept in der DDR nicht nur aufgegriffen, sondern noch weiter ausgebaut wurde. So wurde als Besonderheit die Kapazität der „Frauenmilchsammelstelle“ hervorgehoben, welche „die gesammelte Muttermilch an andere Krankenhäuser abgibt und teilweise sogar die DDR versorgt“.⁷⁵³ Diese Entwicklungen wurden von staatlicher Seite honoriert: Hochbaum war „Träger des Väterländischen Verdienstordens in Bronze“ der DDR.⁷⁵⁴

Anhand des Lindenhofs wird ersichtlich, dass zunächst die sowjetische Besatzungsmacht und später die SED die Kinderheilkunde als Aushängeschild für ihre Sozialpolitik nutzten. So resümierte die *Berliner Zeitung* stolz am 24.12.1949: „Mit dem ‚Lindenhof‘ wird Berlin das schönste und modernste Kinderkrankenhaus erhalten.“ Aus dem gleichen Zeitungsartikel ist zu erfahren, dass bei dem Richtfest für eine bereits fertiggestellte neue Station der Richtspruch folgendermaßen lautete: „In Zukunft regiere der Frieden die Welt, Schluß für immer mit dem Bombenkrieg“.⁷⁵⁵ Damit stilisierte sich die DDR auf öffentlicher Ebene zu den Fürsprechern des Kindeswohls und grenzte sich gleichzeitig dezidiert vom NS-Regime und dessen Gesundheitspolitik ab. Der Ausbau des Lindenhofs und diese Art der Darstellung kann als praktische Umsetzung der gesundheitspolitischen Linie der SBZ und späteren DDR angesehen werden, welche zukünftig auf eine „Erarbeitung von neuen Statuten, Instruktionen und Anordnungen für Gesundheitseinrichtungen und Ärzte“ ausgerichtet war, „die von nun an nicht mehr auf den ‚pseudo-wissenschaftlichen Rassetheorien‘ beruhen sollten.“⁷⁵⁶ Man grenzte sich nicht nur von der NS-Gesundheitspolitik ab, sondern auch in Bezug auf die Systemkonkurrenz

⁷⁵² Böttcher, Michael: Vom Waisenhaus zum Kinderkrankenhaus. Die Geschichte des Kinderkrankenhauses Lindenhof. Dissertation, 1987, S. 2.

⁷⁵³ Ebd., Dok. 18 („Selbstdarstellung des Kinderkrankenhauses 1961“).

⁷⁵⁴ Ebd.

⁷⁵⁵ Böttcher, Michael: Vom Waisenhaus zum Kinderkrankenhaus. Die Geschichte des Kinderkrankenhauses Lindenhof. Dissertation, 1987, (Dok. 15 „In Zukunft regiere Frieden die Welt“ *Berliner Zeitung* 24.12.1949).

⁷⁵⁶ Moser, Gabriele: Der Neuaufbau der Gesundheitsverwaltung in der SBZ/DDR. In: Woelk, Wolfgang; Vögele, Jörg (Hrsg.): Geschichte der Gesundheitspolitik in Deutschland. Von der Weimarer Republik bis in die Frühgeschichte der „doppelten Staatsgründung“. Duncker & Humboldt, Berlin, 2002, S. 409.

mit der westlich orientierten Bundesrepublik wusste man sich im Jahr 1949 schon gekonnt zu positionieren: „Aus allen Gegenden der Stadt werden Kinder aller Altersstufen, vom Säugling bis zu Fünfzehnjährigen, [in den Lindenhof] eingeliefert. Ein Unterschied zwischen Ost- und Westsektor, wie es hinter der Westsektorengrenze üblich ist, wird hier nicht gemacht.“⁷⁵⁷ Damit ist die Geschichte des Lindenhofs auch Teil der „asymmetrische[n] verflochtene[n] Beziehungsgeschichte“ zwischen West- und Ost-Berlin.⁷⁵⁸

Zur Person des ärztlichen Leiters Leonid Doxiades

Bei Leonid Doxiades handelt es sich um einen Berliner Pädiater, der von der Weimarer Republik an bis in die Nachkriegszeit an diversen Einrichtungen tätig war und somit die praktizierte Kinderheilkunde maßgeblich mitgestaltete, auch wenn ihm aus unterschiedlichen Gründen nie ähnliche Berühmtheit und Renommee wie anderen seiner zeitgenössischen Fachkolleg_innen zuteilwurde.

Er wurde 1889 in Bulgarien geboren und absolvierte ein humanmedizinisches Studium in Breslau und Berlin.⁷⁵⁹ In den Breslauer Jahren beschäftigte sich Doxiades mit vornehmlich biochemischen Fragestellungen, 1915 promovierte er mit einer experimentellen Arbeit über „Maltase und Antimaltase bei normalen und pankreaslosen Tieren“.⁷⁶⁰ Im Ersten Weltkrieg musste er seine Ausbildung unterbrechen und arbeitete in verschiedenen Regimentern als Militärarzt.⁷⁶¹ In den Jahren 1919 bis 1921 war er Volontärassistent bei Adalbert Czerny an der Kinderklinik der Charité. Anschließend übte er vorübergehend eine Tätigkeit als praktischer Kinderarzt in Bulgarien aus, bevor er 1925 Assistent am KAVH wurde und die dortige Poliklinik betreute. 1927 erhielt er seine Approbation als Arzt „für das Gebiet des Deutsches Reiches“ und erwarb die „preussische Staatsangehörigkeit“.⁷⁶² Offensichtlich weitete Doxiades in dieser Zeit sein Forschungsinteresse auch auf andere Gebiete aus; am KAVH publizierte er

⁷⁵⁷ Böttcher, Michael: Vom Waisenhaus zum Kinderkrankenhaus. Die Geschichte des Kinderkrankenhaus Lindenhof. Dissertation, 1987, Dok. 17 („Tägliche Rundschau“ 26.5.1949).

⁷⁵⁸ Kleßmann, Christoph; Misselwitz, Hans; Wichert, Günter (Hrsg.): Deutsche Vergangenheiten – eine gemeinsame Herausforderung. Der schwierige Umgang mit der doppelten Nachkriegsgeschichte. Ch. Links, Berlin, 1999, S. 12.

⁷⁵⁹ Hesse, Volker; Roß, Reynard (Hrsg.): 100 Jahre Lindenhof in Berlin-Lichtenberg. Von der Erziehungseinrichtung zur Kinderklinik. Verbum Druck- und Verlagsgesellschaft, 1996, S. 53 f.

⁷⁶⁰ Stürzbecher, Manfred: Leonid Doxiades (1889-1969) – Ein Kinderarzt in Berlin. In: Ballowitz, Leonore (Hrsg.): Schriftenreihe zur Geschichte der Kinderheilkunde aus dem Archiv des Kaiserin-Auguste-Victoria Haus. Humana Milchwerke Westfalen eG. Herford, Heft 11, 1993, S. 20f.

⁷⁶¹ HU, UA, Med. Fak. Nr. 1361 Bl. 354-359

⁷⁶² Ebd.

mit anderen Kollegen zusammen einige Studien zu Fragen des Herz-Kreislaufsystems. Seine Habilitationsschrift aus dem Jahr 1931 beschäftigte sich mit dem Thema „Physiologie und Pathologie der kindlichen Motorik“. Als Gutachter fungierte unter anderem Czerny, der auch für die Annahme der Schrift stimmte. 1934 wurde Doxiades Oberarzt am KAVH – ob dies durch seinen Eintritt in die SA am 1. Februar desselben Jahres begünstigt wurde, lässt sich heute nicht mehr nachverfolgen. Dennoch lässt sich Doxiades Einstellung zum Nationalsozialismus als eher ablehnend und sein Eintritt als vielleicht opportunistisch motiviert beschreiben. Denn seine Ernennung zum außerplanmäßigen Professor 1936 und auch die Übernahme der Leitung der Lichtenberger Kinderklinik als Nachfolger von Alfred Nitsche (1898-1960) war in Anbetracht seiner negativen Beurteilung durch diverse systemergebene Kollegen keine Selbstverständlichkeit. Darin wurde er als „guter Kinderarzt“ bezeichnet, aber als politisch unzuverlässig diffamiert. Ein NS-Dozentenfunktionär führte hierzu aus: „Seine politischen Leistungen (D.[oxiades] ist mir unterstellter SA-Arzt) in der SA sind mehr als gering. Von einer wirklichen Beziehung zur SA kann trotz seiner papiermässigen Zugehörigkeit keine Rede sein.“⁷⁶³ Auch die Assistenzzeit am KAVH unter Leo Langstein, sowie Doxiades bulgarische Herkunft wurde ihm negativ ausgelegt. Ungeachtet dessen war Doxiades bis 1946 als ärztlicher Leiter der Kinderklinik Lindenhof tätig.⁷⁶⁴ Fachlich erfolgte ab den 1930er Jahren auch erneut eine Erweiterung seiner Forschungsinteressen auf „Aufzucht und Schicksal von Frühgeborenen“ und dem „Gebiet der Infektionskrankheiten“.⁷⁶⁵ Nach dem Kriegsende verfasste er einen Aufsatz zur „Erkennung, Verhütung und Behandlung der Sommerdurchfälle bei Säuglingen und Kindern“, welcher in der Zeitschrift *Das Deutsche Gesundheitswesen* erschien. Damit nahm Doxiades Stellung zu einem der dringlichsten Probleme im wissenschaftlichen Diskurs der zeitgenössischen Kinderheilkunde. Differentialdiagnostisch wies er auf die infektiöse Genese des Großteils der bei Säuglingen auftretenden Sommerdurchfälle hin. Folgerichtig empfahl er hygienische Maßnahmen als Prophylaxe.⁷⁶⁶

⁷⁶³ Stürzbecher, Manfred: Leonid Doxiades (1889-1969) – Ein Kinderarzt in Berlin. In: Ballowitz, Leonore (Hrsg.): Schriftenreihe zur Geschichte der Kinderheilkunde aus dem Archiv des Kaiserin-Auguste-Victoria Haus. Humana Milchwerke Westfalen eG. Herford, Heft 11, 1993, S. 22-26.

⁷⁶⁴ Hesse, Volker; Roß, Reynard (Hrsg.): 100 Jahre Lindenhof in Berlin-Lichtenberg. Von der Erziehungseinrichtung zur Kinderklinik. Verbum Druck- und Verlagsgesellschaft, 1996, S. 53 f.

⁷⁶⁵ HU, UA, NS-Dozentschaft, Akte Doxiades

⁷⁶⁶ Doxiades, Leonid: Erkennung, Verhütung und Behandlung der Sommerdurchfälle bei Säuglingen und Kindern. In: Deutsche Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen in der sowjetischen Besatzungszone (Hrsg.): *Das Deutsche Gesundheitswesen*. Arbeitsgemeinschaft medizinischer Verlage, Berlin, 1946, Jahrgang 1, Heft 11, S. 317-323.

Aus unbekanntenen Gründen wechselte Doxiades 1946 in den Stadtteil Friedrichshain und leitete dort das Kinderkrankenhaus in der Rigaer Straße (Kapitel 4.2.2). Zwischenzeitlich – manchen Quellen zufolge auch parallel hierzu – betrieb Doxiades an diversen Standorten bis nach dem Mauerbau eine private pädiatrische Praxis.⁷⁶⁷ Auf politischer Ebene trat er ebenfalls als „leitender Mitarbeiter der Deutschen Zentralverwaltung für Gesundheitswesen“ in Erscheinung, welche auf Betreiben der Sowjetischen Militäradministration in der SBZ gegründet worden war. In dieser Eigenschaft oblag Doxiades zusammen mit anderen Fachkolleg_innen auch die Leitung des ersten Pädiaterkongresses nach dem Krieg (21. Bis 26. Juli 1947).⁷⁶⁸ Über seine weitere berufliche Tätigkeit von ist nichts bekannt. Er starb am 25. Mai 1969 in Basel.⁷⁶⁹

Konsolidierung und Ausbau des Fürsorgekonzepts: „Institut für Mutter und Kind“

Speziell für die Bedeutung der Gesundheitspolitik in der DDR konstatiert Arndt, dass Gesundheit im Sinne von „Arbeitsproduktivität und damit als weiterer Aufbau des Sozialismus“ verstanden wurde,⁷⁷⁰ wobei auch die Kinderheilkunde keine Ausnahme bildete. Vor diesem Hintergrund wurde auch die Berücksichtigung gesundheitlicher Interessen der Kinder in der DDR per Verordnung beschlossen, wobei ausdrücklich betont wurde, dass „dem Gesundheitsschutz der Kinder und der Mütter außerordentliche Bedeutung“ zugemessen wurde und es zum Selbstverständnis der DDR gehörte, dass „eine gesunde Familie“ als „Grundpfeiler der demokratischen Gesellschaft“ galt.⁷⁷¹ Die spezielle Bedeutung der Kinder interpretierte die DDR folgendermaßen: „Die Kinder sind die Zukunft der Nation, und deshalb ist die Sorge um die Kinder [...] eine der vornehmsten Aufgaben unseres demokratischen Staates.“⁷⁷²

Der Gedanke der Prävention war in der DDR bezüglich der politischen Maßnahmen hinsichtlich der Umsetzungen von kinderheilkundlichen Maßnahmen oberste

⁷⁶⁷ Stürzbecher, Manfred: Leonid Doxiades (1889-1969) – Ein Kinderarzt in Berlin. In: Ballowitz, Leonore (Hrsg.): Schriftenreihe zur Geschichte der Kinderheilkunde aus dem Archiv des Kaiserin-Auguste-Victoria Haus. Humana Milchwerke Westfalen eG. Herford, Heft 11, 1993, S. 27.

⁷⁶⁸ Böttcher, Michael: Vom Waisenhaus zum Kinderkrankenhaus. Die Geschichte des Kinderkrankenhaus Lindenhof. Dissertation, 1987, S. 11.

⁷⁶⁹ Stürzbecher, Manfred: Leonid Doxiades (1889-1969) – Ein Kinderarzt in Berlin. In: Ballowitz, Leonore (Hrsg.): Schriftenreihe zur Geschichte der Kinderheilkunde aus dem Archiv des Kaiserin-Auguste-Victoria Haus. Humana Milchwerke Westfalen eG. Herford, Heft 11, 1993, S. 27.

⁷⁷⁰ Arndt, Melanie: Gesundheitspolitik im geteilten Berlin 1948 bis 1961. Böhlau, Köln und Weimar, 2009, S. 50.

⁷⁷¹ LAB C Rep. 118, Nr.: 397

⁷⁷² Gesetz über den Mutter- und Kinderschutz und die Rechte der Frau. Vom 27. September 1950. Das Deutsche Gesundheitswesen, Heft 34, 1951, S. 27.

Handlungsmaxime. Die Konsolidierung dieses Konzepts, welches sich deutlich von den Entwicklungen in der Bundesrepublik unterschied (Kapitel 5.3), lässt sich wie bereits angedeutet, auch an der Geschichte des Lindenhofs nachvollziehen. Dabei wurden tradierte Formen des Fürsorgekonzepts aufgegriffen und erweitert. Konkret manifestierten sich diese Pläne in dem Bau des „Instituts für Mutter und Kind“. Ein wichtiger Aspekt der Kinderfürsorge in der DDR war die Überlegung, dass für das Wohl der Kinder nicht unabhängig von dem der Frauen in ihrer Funktion als Mütter gesorgt werden konnte. In der Unterabteilung „Öffentliches Gesundheitswesen“ des Ministeriums für Gesundheitswesen war dafür das „Referat Mutter und Kind“ eingerichtet worden. Als erster Schritt in der Realisierung dieser Programmatik war vorgesehen, das diesen Aufgaben verpflichtete Referat dem Lindenhof anzugliedern, wobei Hochbaum zum „verantwortliche[n] Arzt“ hierfür bestellt wurde.⁷⁷³ Damit nicht genug: „In der weiteren Perspektive soll das Kinderkrankenhaus zum Zentrum für „Mutter und Kind“ entwickelt werden.“⁷⁷⁴ Infolgedessen wurde ab 1953 der Bau eines „Institut[s] für Mutter und Kind“ für das Jahr 1955 in Berlin geplant.⁷⁷⁵ Das Institut sollte als „Mustereinrichtung für die Gesundheitsbetreuung von Kinder und Frauen“ fungieren und konkret unter anderem folgende Aufgaben erfüllen: „die wissenschaftliche Arbeit auf beiden Gebieten [...] koordinieren und in der praktischen Arbeit auszuwerten, [...] in eigenen wissenschaftlichen Laboratorien die Forschung auf dem Gebiete der Pädiatrie und Gynäkologie weiter [...] entwickeln“ und „die Medizinalstatistik aufzubauen, soweit sie die Gebiete der Pädiatrie und Gynäkologie betrifft.“⁷⁷⁶ Zusammengefasst bedeutete dies, dass die „Durchführung der Aufgaben des Institutes [...] sich wohl auf die Entwicklung der Wissenschaft wie diejenige der vorbeugenden und heilenden Gesundheitsarbeit für Frauen und Kinder auswirken“ sollte.⁷⁷⁷ Außerdem sollte es als „Lehrinstitut für ärztliches und Heilhilfs-Personal“ dienen. Insofern erinnert das Institut durch seine Verbindung von wissenschaftlicher Forschung und praktischer Präventions- und Behandlungsarbeit von seiner Konzeption her stark an die des KAVH, wenn auch der Fachbereich Gynäkologie miteinbezogen und der Rolle der Mutter mehr Gewicht zugesprochen wurde. Auch hier zeigen sich Parallelen zu dem Forschungsschwerpunkt Perinatalmedizin an der Charité – Mutter und Kind wurden in der DDR als Einheit betrachtet, deren Fürsorge und

⁷⁷³ Böttcher, Michael: Vom Waisenhaus zum Kinderkrankenhaus. Die Geschichte des Kinderkrankenhaus Lindenhof. Dissertation, 1987, Dok. 18 („Selbstdarstellung des Kinderkrankenhauses 1961“).

⁷⁷⁴ Ebd.

⁷⁷⁵ LAB C Rep. 118, Nr.: 507

⁷⁷⁶ Ebd.

⁷⁷⁷ Ebd.

Behandlung man sich optimalerweise zusammen widmete. Eine Entsprechung auf der universitären Ebene hierzu findet sich in der Gründung des Perinatalzentrums bzw. des Forschungsschwerpunkts an der Charité (Kapitel 4.1 Exkurs: Forschungsschwerpunkt Neonatologie in Ost und West). Verantwortlich für die Organisation und Umsetzung dieser Konzeptionen waren die dazugehörigen behördlichen Strukturen mit dem Namen „Ämter für Mutter und Kind“.⁷⁷⁸ Grundsätzlich wurden neben der „Fürsorge für die berufstätige Frau“, „Familienfürsorge“ auch die „Schwangeren-, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge“ als Aufgabengebiet der besagten Ämter genannt.⁷⁷⁹ Außer dem Bau des Instituts für Mutter und Kind setzte man auch auf weitere dezentrale Einrichtungen. In diesen Fürsorgestellen sollten „schwängere Frauen und Mütter mit Säuglingen und vorschulpflichtigen Kindern kostenlosen ärztlichen Rat und Hilfe“ erhalten.⁷⁸⁰ Weiterhin standen spezielle „Fürsorgerinnen [...] jederzeit allen schwangeren Frauen und Müttern mit Rat und Tat zur Seite.“⁷⁸¹

4.2.2 Kinderkrankenhaus, Stadtmilchküche und Fürsorgestellen Friedrichshain

Wie grundlegend gesundheitliche Versorgungsstrukturen im Krieg zerstört worden waren und wie umfassend diese nach Kriegsende einer Neugestaltung bedurften, zeigt eindrücklich die Lage im Bezirk Friedrichshain, welcher durch Luftangriffe und nicht zuletzt in der Schlacht um Berlin durch die von Osten her einrückende Rote Armee stark zerstört wurde. Um die gesundheitliche Versorgung der Kinder des Arbeiter_innenbezirks zu gewährleisten, wurden unterschiedliche Maßnahmen ergriffen, darunter die Einrichtung einer Stadtmilchküche, Ausbau einer Säuglingsfürsorgestelle und diverser Anordnungen von Verhaltensregeln und Impfungen.

Schon in Kriegszeiten war in der Rigaer Straße ein Schulgebäude zu einem Krankenhaus umfunktioniert worden. Diese zweckentfremdete Nutzung war aufgrund des Mangels an unversehrten Gebäuden eine weit verbreitete Praxis in Berlin. Im Sommer 1946 wurden im Landesgesundheitsamt Pläne zur „Umgestaltung der bisherigen Krankenhausabteilung Rigaerstr[asse] in ein Behelfskinderkrankenhaus mit Poliklinik und Einrichtung einer Stadtmilchküche“ geschmiedet.⁷⁸² Ärztlicher Leiter wurde der Pädiater Leonid Doxiades, der

⁷⁷⁸ LAB C Rep. 118, Nr.: 414

⁷⁷⁹ Ebd.

⁷⁸⁰ Ebd.

⁷⁸¹ Ebd.

⁷⁸² LAB C Rep. 135-01, Nr.: 370

sich bezüglich seiner Stellung eine Unabhängigkeit vom ärztlichen Leiter des Stammkrankenhauses erstritt, was auch als Schritt zur weiteren Emanzipation des Faches Kinderheilkunde betrachtet werden kann. Mit Doxiades lässt sich in der Berliner Nachkriegspädiatrie eine weitere personelle Kontinuität verzeichnen, denn er war seit 1938 bis zu seinem Wechsel nach Friedrichshain ärztlicher Leiter der Kinderabteilung des Oskar-Ziehlen-Krankenhaus in Lichtenberg (Kapitel 4.2.1). Neben der Einrichtung einer „Infektionsabteilung“ mit „separate[m] Aufgang für die infektionsverdächtigen Fälle“,⁷⁸³ gab es auch eine separate Tbc-Station.⁷⁸⁴ Diese Vorgänge verdeutlichen nochmals die dominierende Rolle dieser Krankheiten in der Nachkriegszeit, auch die geschaffenen Versorgungsstrukturen weisen Parallelen zu denen im Kinderkrankenhaus Lindenhof auf. Auch stand die Einrichtung des Krankenhauses wieder unter den Vorzeichen des Mangels; es fehlten vor allem Wäsche und eine eigene Küchenanlage zur Versorgung der untergebrachten Kinder. Für ersteres musste auf nichtstaatliche Wohlfahrtsorganisationen wie das Deutsche Rote Kreuz zurückgegriffen werden. Die Kapazität des entstandenen Krankenhauses wurde anfangs mit 85 Betten angegeben.

Am 10. März 1947 wurde das Krankenhaus eröffnet. Als Ergänzung zu den therapeutischen Möglichkeiten des Kinderkrankenhauses wurde nach dessen Eröffnung im darauffolgenden Monat eine sogenannte Stadtmilchküche angegliedert, wobei hier ebenfalls der Kinderarzt Doxiades als Initiator zu nennen ist. Um eine medizinische Qualitätskontrolle zu gewährleisten, wurde die räumliche Nähe zur Kinderklinik als bedeutsam erachtet.⁷⁸⁵ Von den Bezirksämtern, insbesondere der Abteilung Amt für Ernährung und Landwirtschaft wurde auf die bereits seit Jahrzehnten bewährte Institution der Milchküche zurückgegriffen. Diese wurde nach wie vor als „wesentliche Möglichkeit“ betrachtet „einer Sommersterblichkeit der Säuglinge wegen Ernährungsstörungen“ entgegenzusteuern.⁷⁸⁶ Dass diese Einrichtung nun einen kompletten Bezirk und eventuell auch angrenzende Bezirke versorgen sollte, stellte angeblich eine „Neuerung auf dem Gebiet der Säuglingsbetreuung“ dar.⁷⁸⁷

Die Säuglingssterblichkeit in Berlin stieg im Vergleich zu Vorkriegszeiten wieder um das Dreifache an: 1938 betrug die Sterblichkeitsrate 5,8 Prozent, 1945 astronomische 40,4 Prozent und 1947 zur Zeit der Eröffnung des Krankenhauses immer noch 17,9 Prozent; der

⁷⁸³ Ebd.

⁷⁸⁴ LAB C Rep. 118, Nr.: 1550

⁷⁸⁵ LAB C Rep. 135-01, Nr.: 370

⁷⁸⁶ LAB C Rep. 126, Nr.: 82

⁷⁸⁷ LAB C Rep. 135-01, Nr.: 370

Handlungsbedarf war somit nicht zu übersehen.⁷⁸⁸ In der Stadtmilchküche wurden zwei Arten von Nahrung hergestellt: „Säuglingsnahrung“ und sogenannte „Heilnahrung“,⁷⁸⁹ sodass man hier sowohl von einem präventiven als auch von einem therapeutischen Aufgabenbereich dieser Institution sprechen kann. Genauer gesagt handelte es sich dabei um „keimfrei[e] Milch und Buttermilch, [...] sowie Produkte mit Zusätzen von Gries, Zucker, Reisschleim,⁷⁹⁰ Aplona,⁷⁹¹ Aletezucker, Pelargon,⁷⁹² Altemilchpulver usw.“⁷⁹³ Die Säuglingsnahrung konnte ohne ärztliches Attest von jeder Mutter abonniert werden, die Heilnahrung wurde auf ärztliche Verordnung oder auf Betreiben der Fürsorgestellten herausgegeben.⁷⁹⁴ Die Einrichtung von Säuglingsmilchküchen ist kein Einzelfall, auch wenn hier diejenige im Bezirk Friedrichshain exemplarisch beschrieben wurde. Schon 1946 wurde im Bezirk Pankow vorübergehend für die in den Sommermonaten von Durchfallerkrankungen bedrohten Säuglinge eine Milchküche eingerichtet, welche aufgrund der Mangelsituation noch mit etlichen Versorgungs- und Zuteilungsproblemen zu kämpfen hatte.⁷⁹⁵

Der Betrieb des Krankenhauses war mit vielerlei Schwierigkeiten verbunden und die Versorgung der kranken Kinder und Säuglinge verlief keineswegs reibungslos. Die Kinderärztin Dr. Else Koch war zunächst als niedergelassene Ärztin in Berlin tätig,⁷⁹⁶ wobei

⁷⁸⁸ LAB C Rep. 135-01, Nr.: 370

⁷⁸⁹ Ebd.

⁷⁹⁰ *Schleimsuppe*. Abkochung von Getreidekörnern verschiedener Art. Auch hier gab es spezielle Rezepturen, die in den Milchküchen zubereitet werden konnten oder auch fertige Pulver, wie der Trockenreisschleim nach Bessau, Vgl.: Lust, Franz; Pfaundler, Meinhard: Krankheiten des Kindesalters. Ihre Erkennung und Behandlung in der Praxis. Urban&Schwarzenberg, Berlin-München, 1949, S. 544 f.

⁷⁹¹ Eine gängige Behandlung von Dyspepsie (Verdauungsstörungen ohne sogenannte toxische Erscheinungen) bei Säuglingen und Kindern war die sogenannte Apfeldiät, die mit einer speziellen Zubereitung aus frischen Äpfeln, Tee, Saccharin und Ringer-Lösung behandelt wurde (Apfelsuppe). Ersatzweise wurde dafür *Aplona* (Rhenania), ein Apfelpulver, verwendet, wobei 1g = 30g Frischapfel entsprach. Vgl.: Lust, Franz; Pfaundler, Meinhard: Krankheiten des Kindesalters. Ihre Erkennung und Behandlung in der Praxis. Urban&Schwarzenberg, Berlin-München, 1949, S. 454.

⁷⁹² *Pelargon*, Milchpulver der Firma Nestle, bestehend aus Mondamin und Zucker (Nähr- und Kochzucker). Geeignet zur Ernährung gesunder, auch frühgeborener Säuglinge, ebenso einsetzbar als Heilnahrung bei Dyspepsien, Dystrophien, Ekzemen. Vgl.: Lust, Franz; Pfaundler, Meinhard: Krankheiten des Kindesalters. Ihre Erkennung und Behandlung in der Praxis. Urban&Schwarzenberg, Berlin-München, 1949, S. 538.

⁷⁹³ LAB C Rep. 135-01, Nr.: 370

⁷⁹⁴ Ebd.

⁷⁹⁵ LAB C Rep. 126, Nr.: 82

⁷⁹⁶ Else Koch, Pädiaterin, geboren 1895 in Berlin, 1922-1927 Medizinstudium und Abschluss mit Staatsexamen, anschließend bis 1929 Volontärärztin in Heidelberg, danach bis 1935 Assistenzärztin in der Kinderklinik Danzig, bis 1936 Schulärztin in Danzig, nach Ende des Krieges Niederlassung in Berlin, 1945-1948 Nebenamt. Fürsorgeärztin in der Kleinkinderfürsorgestelle Friedrichshain. C Rep. 118, Nr.: 1550

sie nebenberuflich auch als Fürsorgeärztin in der Säuglingsfürsorgestelle in Friedrichshain arbeitete. Auch sie hatte zunächst wie viele andere Ärzt_innen aufgrund ihrer Belastung durch eine NSDAP-Mitgliedschaft (1935-1945) nur eine eingeschränkte Berufserlaubnis (limited licence) erhalten. Sie wurde im April 1948 zur kommissarischen Leiterin des neu eröffneten Krankenhauses bestellt und ebenso mit der ärztlichen Beaufsichtigung der Stadtmilchküche betraut. In ihrem Fall wurde auch ein Entnazifizierungsverfahren durchgeführt. Da man bei ihr nur eine nominelle Belastung nachweisen konnte, wurde sie 1949 offiziell zur Chefärztin des Kinderkrankenhauses ernannt. Der in Beschwerdebriefen offensichtlich zu Tage tretende Personalmangel dürfte bei dieser Art der Entscheidung sein Übriges getan haben.

Mit welcher erheblichen Widrigkeiten die praktische medizinische Versorgung kranker Kinder und Säuglinge auch vier Jahre nach Ende des Krieges noch belastet gewesen sein muss, beschreibt auf anschauliche Weise die Debatte um die Lage im Kinderkrankenhaus Friedrichshain. Viele der Assistenzärzt_innen hatten selbst Beschwerdebriefe an das zuständige Landesgesundheitsamt gerichtet. Die Fluktuation unter den angestellten Ärzt_innen war hoch. Hier braucht es nicht viel Vorstellungsvermögen um zu erahnen, was eine derartige Mangelsituation für das ärztliche Selbstverständnis bedeutet haben muss. Tag für Tag mussten schwerkranke Kinder behandelt werden, wobei Hilfe aufgrund der äußeren Zwänge nur in begrenztem Ausmaß möglich gewesen war. Im Krankenhaus in der Rigaer Straße wurden jedoch auch Beschwerden laut, dass sich dieses „selbst unter Berücksichtigung der augenblicklichen Verhältnisse in einem katastrophalen Zustand“ befände, wobei „von etwa 120 Kindern [...] rund 50 Prozent an Tbc erkrankt“ seien. Inoffizielle Berichte von dort tätigen Ärzt_innen bezifferten im Jahr 1950 die Säuglingssterblichkeit noch auf rund 50 Prozent. Der Großteil der Säuglinge sei dabei an Ernährungsstörungen verstorben. Das Ausmaß der Beschwerden nahm zu und es war im Vorfeld nicht zu klären, ob dieses auf ärztliches Versagen oder andere Gründe zurückzuführen war, sodass letztendlich der Leiter der Universitäts-Kinderklinik Klinke zur Prüfung der dortigen Zustände einberufen wurde. Hierbei konnte dieser lediglich feststellen, dass aufgrund des eklatanten Personalmangels teilweise Assistent_innen schon Aufgaben übernahmen, für die sie noch nicht ausreichend qualifiziert waren. Klinke führte an, dass dies zur damaligen Zeit in Berlin in vielen Kinderkrankenhäusern notgedrungen an der Tagesordnung gewesen sei.⁷⁹⁷ Im Jahr 1950 wurde dann ein Großteil des Kinderkrankenhauses nach Buch verlagert und nur eine kleine Kinderabteilung im Krankenhaus Friedrichshain erhalten.⁷⁹⁸

⁷⁹⁷ LAB C Rep. 118, Nr.: 1550

⁷⁹⁸ Ebd.

Selbst 1949 gab es in dem Bezirk Friedrichshain nur eine einzige der Säuglings- und Kleinkinderfürsorgestellen. Das Landesgesundheitsamt kritisierte daher, dass viele der Kinder keine angemessene Betreuung erhielten. Im Vergleich zu anderen Bezirken würde, gemessen an der Bewohner_innenzahl, ein viel geringerer Teil der Kinder dort vorgestellt.⁷⁹⁹ Auch die Teilnehmerinnen der „1. kommunalen Frauenkonferenz des Bezirkes Friedrichshain“ im Jahre 1949 konstatierten eine „augenblickliche Notlage und mangelnde Fürsorge für Kinder und Jugendliche“. Um diese Lage zu verbessern, forderten sie eine „verkürzte Ausbildung der Fürsorgerinnen“ und wirtschaftliche Anreize wie beispielsweise „das Anfangsgehalt zu erhöhen.“⁸⁰⁰ Hierbei zeigt sich auch am Beispiel dieser Einrichtung, dass das Konzept der gruppenspezifischen Fürsorge im Sinne präventiv orientierter Kinderheilkunde fortgeführt und sogar weiter ausgebaut werden sollte und insofern als ein wichtiger Teil der Ausrichtung der Kinderheilkunde in der DDR angesehen werden kann.

4.2.3 Kinderversorgung in Weißensee

Städtisches Kinderkrankenhaus Weißensee

Ein weiteres Krankenhaus, das programmatisch die Problematik der Nachkriegszeit aufzeigt, ist das Städtische Kinderkrankenhaus Weißensee in der Kniprodeallee 4 im Ostteil der Stadt, das bis zum Ende des Zweiten Weltkrieges noch nach dem ersten ärztlichen Direktor Paul Reyher benannt war. Gemäß dem zeitgenössischen Tätigkeitsfeld der Kinderheilkunde wurde das Krankenhaus in den 1930er Jahren auch als Forschungsstelle genutzt, durchgeführt wurden beispielsweise Tierversuche zur „Feststellung der biologischen Wertigkeit dieser Nahrungsmittel für die Säuglingsernährung“.⁸⁰¹ Um die Ernährungsproblematik zu entschärfen, wurden ähnliche Ansätze wie im KAVH angewendet. So gab es auch im Paul-Reyher-Säuglings- und Kinderkrankenhaus bis 1938 noch einen angegliederten Kuhmilchstall und eigene „Frühbeetgemüsehäuser“, wobei ein „wesentlicher Teil der Besonderheit und des Rufes der Anstalt“ in dieser „Selbstversorgung“ bestanden hat.⁸⁰² Außerdem wurden Kinder mit den typischen Infektionskrankheiten wie Scharlach und Diphtherie behandelt. Der genaue Umfang der Versorgungskapazitäten in der Nachkriegszeit ist nicht mehr nachvollziehbar, da nur für die

⁷⁹⁹ LAB C Rep. 135-01, Nr.: 370

⁸⁰⁰ Ebd.

⁸⁰¹ LAB A Rep. 048-08, Nr.: 221

⁸⁰² LAB A Rep. 048-08, Nr.: 221

Vorkriegsjahre Zahlen vorliegen: 1931 hatte das Krankenhaus 80 Betten, wobei 1934 ein Erweiterungsbau eröffnet wurde.⁸⁰³

Nach dem Ende des Krieges wurde am 16. Mai 1945 das Krankenhaus von einem Amtsarzt und dem zuständigen Stadtrat besichtigt. Dabei entstand ein eindrucksvoller Bericht über die Probleme in den ersten Nachkriegsmonaten an dem Kinderkrankenhaus welcher neben den Schilderungen aus dem KAVH (Kapitel 2.1.1) als beispielhaft für die allgemeine Lage gelten kann. Da die Sterblichkeit in den letzten Kriegsmonaten hoch und die Infrastruktur immer mehr zusammengebrochen war, stellte der „Leichenabtransport“ eine große Schwierigkeit dar, sodass „bereits 20 Kinder auf dem Rasenplatz hinter dem Krankenhaus in einem Massengrab beerdigt worden“ seien.⁸⁰⁴ Bedenklich hinsichtlich der Seuchengefahr sei ebenfalls der Zustand des Leichenhauses, welches durch „Bombenluftdruck“ stark in Mitleidenschaft gezogen worden war. Die im „Isolierhaus“ untergebrachten scharlachkranken Kinder konnten ebenfalls nicht wirkungsvoll isoliert werden, da in dem Gebäude die Fensterscheiben fehlten. Darüber hinaus wurde ein Mangel an Desinfektionsmitteln beklagt.⁸⁰⁵ Aus diesem Bericht wird ersichtlich, dass es zunächst ein äußerst schwieriges Unterfangen gewesen sein muss, eine medizinische Basisversorgung der noch im Krankenhaus verbliebenen Kinder zu gewährleisten. Für das Jahr 1949 ist ein „Generalreparaturplan“ aktenkundig.⁸⁰⁶

Fürsorgestelle Weißensee

Dem Kinderkrankenhaus Weißensee war eine Fürsorgestelle angegliedert, die auch in der Nachkriegszeit weiterhin betrieben wurde. Nachdem die größten und dringenden quantitativen Ernährungsprobleme verringert werden konnten, wurden zu Beginn der 1950er Jahre in der DDR die Tätigkeitsfelder der präventiven Kinderheilkunde erweitert und man widmete sich dem Ausbau einer umfangreicheren Versorgungsstruktur. So wurde die Fürsorgearbeit in Weißensee 1950 von insgesamt sechs Säuglingsfürsorgestellen und zwei Schwangerenfürsorgestellen bestritten, die dem Referat „Mutter und Kind“ unterstellt waren (Kapitel 4.2.1). Die Maßnahmen hatten Wirkung gezeigt und zu diesem Zeitpunkt bezeichnete man den Gesundheitszustand der Kinder „im allgemeinen als gut“.⁸⁰⁷ Die Konzepte, die vor der

⁸⁰³ Ebd.

⁸⁰⁴ LAB C Rep. 148-16, Nr.: 61

⁸⁰⁵ Ebd.

⁸⁰⁶ LAB C Rep. 148-16, Nr.: 88

⁸⁰⁷ LAB C Rep. 148-16, Nr.: 2

Gründung der beiden deutschen Staaten zunächst sowohl im westlichen als auch im östlichen Teil Berlins zur Anwendung kamen, wurden in der DDR ergänzt und professionalisiert. Zur Fürsorgearbeit zählten klassischerweise immer noch Ernährungsberatung und Erziehung, Rachitisprophylaxe und -therapie,⁸⁰⁸ Überwachung hinsichtlich Tbc und Knochendeformitäten.⁸⁰⁹ Grundsätzlich sollten die Kinder von ihren Müttern in den zugehörigen Fürsorgestellen vorgestellt werden, dazu erhielten sie Vorladungen. Stellten die Mütter ihre Säuglinge innerhalb von 3 Monaten nicht in der zuständigen Stelle vor, suchte eine Fürsorgerin die Familie in ihrer Wohnung auf, um eine vollständige Erfassung der Kinder zu gewährleisten.⁸¹⁰ Darüber hinaus führte man regelmäßig Schulungen der Mütter durch, um ihnen Kenntnisse in der Säuglings- und Kleinstkinderpflege zu vermitteln. Diese Schulungen wurden über Rundfunk und Presse beworben.⁸¹¹ Ein weiteres Aufgabengebiet der Fürsorgestellen war die ärztliche Betreuung von Kindergärten. „Die Arbeit der Fürsorgerinnen besteht hauptsächlich in Hausbesuchen, Innendienst (Karthothekführung, Statistiken, Ausgabe von Ernährungsattesten, fürsorgerische Beratungen)“.⁸¹² Diese allgemeine Beschreibung des Tätigkeitsfeldes trifft auch für die Fürsorgestelle Weißensee zu. Bezeichnenderweise ging in dieser der Ansatz auch über Kontroll- und Überwachungskonzepte hinaus bis hin zu präventiven Behandlungsmaßnahmen. Um eine umfassende Rachitisbehandlung gewährleisten zu können, organisierte man jährliche Reihenuntersuchungen der betroffenen Kinder eines jeweiligen Geburtsjahrgangs.⁸¹³ Der therapeutische Ansatz zu dieser Zeit bestand aus der Verabreichung von „Dekristol,⁸¹⁴ Mykoston,⁸¹⁵ Höhensonne [und] Kalk“,⁸¹⁶ die das Medikament Vigantol ablösten.⁸¹⁷ Die Präparate wurden ebenso zur Prophylaxe eingesetzt.

⁸⁰⁸ „Englische Krankheit; verbreitetes Krankheitsbild d. Vitamin-D-Mangels, es handelt sich um e. Stoffwechselstörung bes. d. Kalk- u. Phosphorstoffwechsels, die vorwiegend Veränderungen am Knochensystem bedingt. Als Ursache ist neben dem Vitamin-D-Mangel entscheidend. [...] Beginn im frühen Kindesalter“ Vgl.: Psychrembel, Willibald: Psychrembel. Klinisches Wörterbuch mit klinischen Symptomen. Walter de Gruyter, Berlin, 1964, S. 735.

⁸⁰⁹ LAB C Rep. 148-16, Nr.: 61

⁸¹⁰ LAB C Rep. 148-16, Nr.: 2

⁸¹¹ Ebd.

⁸¹² LAB C Rep. 148-16, Nr.: 61

⁸¹³ LAB C Rep. 148-16, Nr.: 2

⁸¹⁴ Chemischer Name für Vitamin D.

⁸¹⁵ Vitaminpräparat

⁸¹⁶ „Höhensonne: (künstliche) Quarzlampe.“ Vgl.: Psychrembel, Willibald: Psychrembel. Klinisches Wörterbuch mit klinischen Symptomen. Walter de Gruyter, Berlin, 1964. S. 367.

⁸¹⁷ Vitamin D

Ein weiterhin praktizierter Ansatz gegen die ernährungsbedingten Krankheiten von Kindern im Säuglingsalter äußerte sich in einem Spendenaufruf an stillende Mütter, Frauenmilch in speziellen Sammelstellen abzugeben, damit auch Kinder, deren Mütter aus welchen Gründen auch immer nicht oder nicht genug stillen konnten, die Möglichkeit hatten mit Frauenmilch versorgt zu werden. Neben dem Kinderkrankenhaus Lindenhof (Kapitel 4.2.1) befand sich eine der Sammelstellen auch in den Weißenseer Einrichtungen. Argumentativ wurde hier weiterhin an die „Volksgesundheit“ appelliert,⁸¹⁸ zu der die Mütter mit der Abgabe der überschüssigen Milch in einer kollektiven Anstrengung beitragen sollten:

„Mütter, helft mit! Spendet Frauenmilch!“⁸¹⁹

Die Abgabe sollte durch eine zusätzliche Zuteilung von Kuhmilch für die betreffende Frau sowie mit einer Auszahlung von 10 DM pro Liter Frauenmilch an Attraktivität gewinnen. Die Bedeutsamkeit dieser Ernährungsweise wurde auch von führenden zeitgenössischen Pädiater_innen geteilt, wobei es in einem Kapitel über die Pflege und Fürsorge des Neugeborenen unmissverständlich heißt: Die „Grundforderung ist, daß jeder Säugling solange mit Frauenmilch ernährt werden muß, bis er Zwiemilch oder reine künstliche Ernährung ohne Schaden erträgt.“⁸²⁰ Insofern ist die sich anschließende Forderung nach der Vermehrung von Frauenmilchsammelstellen nur konsequent.

4.2.4 Städtisches Kinderkrankenhaus Wedding

Als eine weitere zentrale Institution, die zur stationären Behandlung von Kindern diente, ist in Berlin neben dem KAVH das Städtische Kinderkrankenhaus Wedding in der Reinickendorfer Straße zu nennen. Hinsichtlich seiner Konzeption und Versorgungsausrichtung unterschied sich dieses Kinderkrankenhaus jedoch grundlegend von dem KAVH. Neben den Ernährungsfragen fiel um die Jahrhundertwende die Behandlung von (kinderspezifischen) Infektionskrankheiten ins Gewicht, für die eine Reihe von Fachpersonal bereitstand (Abb. 33). Versagten die breit angelegten präventiven Maßnahmen der Säuglings- und Kinderfürsorge (Kapitel 3.1), so war das Kinderkrankenhaus Wedding die Anlaufstelle für erkrankte Kinder. Die Gründung des am 1. August 1890 eröffneten Hauses ging auf die Initiative des Kinderarztes Adolf Baginsky

⁸¹⁸ LAB C Rep. 148-16, Nr.: 61

⁸¹⁹ Ebd.

⁸²⁰ Rominger, Erich: Lehrbuch der Kinderheilkunde. Springer, Berlin, 1950. S. 328.

(1843-1918) zurück, wobei er maßgeblich von Rudolf Virchow unterstützt wurde. Die Kaiserin konnte ebenfalls für das Projekt gewonnen werden und ermöglichte von finanzieller Seite durch die Einrichtung einer Stiftung den Bau, der zu Gründungszeiten noch den Namen Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhaus trug. Im Jahr 1945 erfolgt die Umbenennung in Städtisches Kinderkrankenhaus Wedding.⁸²¹



Abbildung 32: Personal des Kinderkrankenhaus Wedding, undatiert.

Das Arbeitsfeldes der Pädiatrie wurde, wie bereits erwähnt, neben den Ernährungsfragen vorrangig von der Behandlung der Infektionskrankheiten bestimmt, was sich auch in der Architektur und dem Aufbau der in Berlin vorhandenen Kinderkrankenhäuser widerspiegelte. Maßgeblich ging es darum, kranke infektiöse Kinder zu isolieren und damit eine Doppelinfection zu vermeiden. Als programmatisch für die bauliche Umsetzung dieses Prinzips kann das Kaiser- und Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhaus im Wedding gelten. Den Auftrag für den Bau erhielten die mit Krankenhausarchitektur vertrauten Architekten Heinrich Schmieden und Viktor von Weltzien. Der Vorbildcharakter der Anstalt betraf auch die angeschlossene Poliklinik, welche einen separaten Zugang von der Straße aus erhielt und

⁸²¹ Goerke, Heinz (Hrsg.): 75 Jahre Städtisches Kinderkrankenhaus Wedding 1890-1965. Grosse, Berlin, 1965, S. 733ff.

darüber hinaus eine Aufnahme- und Verteilerfunktionen für die angeschlossene Klinik wahrnehmen sollte. In diesem Sinne waren auch mehrfach Untersuchungszimmer eingerichtet, sowie ein Isolier- und ein Operationszimmer.⁸²² Während des Zweiten Weltkrieges wurden die Gebäude teilweise schwer beschädigt (Abb. 34).



Abbildung 33: Bombenschäden im Kinderkrankenhaus Wedding, 1945 (?).

In den 1950er Jahren erhielt das Kinderkrankenhaus Wedding zusätzliche Bedeutung, indem es als ein wichtiger Ausgangspunkt für die Entwicklung der Kinderchirurgie gelten kann.⁸²³

Zur Person des ärztlichen Direktor Arno Nohlen

Um die Ausrichtung des Städtischen Kinderkrankenhauses Wedding nach dem Zweiten Weltkrieg etwas genauer beleuchten zu können, wird im folgenden Kapitel die Person des langjährigen ärztlichen Direktors, Arno Nohlen (1899-?), untersucht (Abb. 35). Er war einer

⁸²² Murken, A.H.: Kinderkliniken - einst und jetzt. Die Entwicklung des Kinderkrankenhauses von 1900 bis 1975. In: Rheinisch-Westfälische Kinderarztvereinigung (Hrsg.): Kinderheilkunde einst und jetzt: Jubiläumstagung zum 75jährigen Bestehen der Rheinisch-Westfälischen Kinderärztevereinigung. Wissenschaftlicher Dienst Alete, München, 1975.

⁸²³ Haße, Wolfgang: Die Entwicklung der Kinderchirurgie in Westberlin von 1945 bis 1991. 2013. URL: <https://refubium.fu-berlin.de/handle/fub188/14837>, aufgerufen am 19. Dezember 2018.

der wenigen jüdischen Kinderärzt_innen, die nach Ende des Zweiten Weltkrieges in Deutschland ihre Karriere fortsetzten.

Er wurde am 4. Oktober 1899 in Monheim/Rheinprovinz geboren. Sein Medizinstudium an den Universitäten Heidelberg, Marburg und Düsseldorf schloss er 1926 ab. Er promovierte zum Thema „Über den Serumkalkgehalt des Blutes Neugeborener und ihrer Mütter“.⁸²⁴ Danach war er an der Kinderklinik Düsseldorf bis 1929 als Assistenzarzt tätig, wobei er lange als Stationsarzt auf der Tuberkulose-Abteilung arbeitete. Schon in seiner Zeit als Assistenzarzt hatte Nohlen „die Leitung des Westdeutschen Tuberkuloseforschungsinstitutes der Reichsregierung, des Völkerbundes und der Rockefeller Foundation übernommen“.⁸²⁵ Die Ergebnisse fanden internationale Anerkennung, sodass Nohlen diese auf zahlreichen internationalen Kongressen vorstellte, wie beispielsweise auf dem internationalen Kinderärzte-Kongress in Budapest oder auf der 7. Internationalen Tuberkulosekonferenz 1930 in Oslo. Danach wurde er zum Leiter der Poliklinik befördert. 1931 kündigte er aufgrund von Differenzen mit dem neuen Leiter der Klinik. Im gleichen Jahr erfolgt seine Anerkennung zum Facharzt für Kinderkrankheiten. Zudem war Nohlen schon für längere Zeit leitender Arzt in einem Kinderheim der Arbeiterwohlfahrt in Düsseldorf-Urdenbach, welches „erholungsbedürftige Kinder“ betreute. Er war ebenso Mitglied im „Verein für Arbeiterwohlfahrt“, was sein sozialpädiatrisches Engagement ebenso verdeutlicht.⁸²⁶

⁸²⁴ LAB B Rep. 080, Nr.: 549

⁸²⁵ Ebd.

⁸²⁶ Ebd.



Abbildung 34: Arno Nohlen, undatiert.

Nach seiner Kündigung 1931 widmete er sich neben seiner selbstständigen Facharztstätigkeit auch für Röntgenologie gänzlich dem Kinderheim. Er war für die Untersuchung und ärztliche Betreuung der Kinder zuständig, wurde mit der hygienischen Überwachung der gesamten Anstalt sowie der „Führung von Erfolgsstatistiken“ und ihrer „wissenschaftliche[n] Auswertung“ betraut.⁸²⁷ 1932 verunglückte Nohlen schwer im Straßenverkehr bei dem Versuch, ein Kind zu retten, und verlor beide Beine, was ihn jedoch zeitlebens nicht von einem, von vielen Kolleg_innen als unermüdlichen Arbeitseifer beschriebenen, Engagement auf seinem Fachgebiet abhalten konnte.⁸²⁸ 1938 verlor er aufgrund seiner sogenannten jüdischen Rassezugehörigkeit im Sinne der „Vierten Verordnung zum Reichsbürgergesetz“, welche im gleichen Jahr erlassen wurde, seine Approbation und damit auch die Position als Leiter des Kinderheims, woraufhin er sich für die nächsten zwei Jahre ausschließlich auf

⁸²⁷ LAB B Rep. 080, Nr.: 549

⁸²⁸ Seidler, Eduard: Kinderärzte 1933-1945. Entrechtet - geflohen - ermordet. Bouvier Verlag, Bonn, 2000, S. 244.

„wissenschaftliche literarische Arbeit“ beschränken musste.⁸²⁹ Anfang 1940 verpflichtete ihn die Gestapo, „die gesundheitliche Betreuung der damals noch in Rheinland-Westfalen lebenden Nichtarier“ zu übernehmen.⁸³⁰ Am 30. September 1944 wurde er mit seiner Ehefrau und seinen beiden Kindern durch die Gestapo nach Berlin verschickt und dort interniert. Von seinen Weggefährten_innen wurde er als „in mehrfacher Hinsicht außergewöhnlicher Mann“ beschrieben, der sich in den Arbeiter_innenbezirken stets im Sinne eines sozialpädiatrischen Ansatzes für das Wohl der ihm anvertrauten Kinder einsetzte.⁸³¹ Einer seiner Assistenten sah ihn ihm ein großes Vorbild und berichtete, dass er durch Nohlens Tätigkeit viel mehr „über die Wechselbeziehungen sozialer und psychischer Faktoren“ gelernt hätte,⁸³² als dies anhand von Büchern jemals hätte geschehen können.

Wie bereits anhand seiner Arbeiten deutlich geworden, galt sein besonderes wissenschaftliches Interesse der Tuberkulose im Kindesalter, speziell beschäftigte er sich Ende der 1920er Jahre mit „neue[n] Wege[n] für die Fürsorge tuberkulöser Kinder“.⁸³³ Auf diesem Gebiet war Nohlen ein international renommierter Wissenschaftler. Ihm wurde die Auszeichnung „Ehrenzeichen der internationalen Tuberkulosekonferenz, Oslo“ verliehen, nachdem er dort seine bereits erwähnten Forschungsergebnisse vorgestellt hatte. Weiterhin war er als „Referent für das Zentralblatt für die gesamte Tuberkuloseforschung“ tätig. Der Direktor der Kinderklinik Düsseldorf hob in einem Zeugnis 1931 Nohlens wissenschaftliche Verdienste hervor: „[S]eine Untersuchungen über den Verlauf der Calmette-Impfung haben allgemeine Anerkennung gefunden“,⁸³⁴ die dieser im Laboratorium von Albert Eckstein an der Medizinischen Akademie Düsseldorf durchführte. Er bekräftigte Nohlens Eignung als „Chef einer Kinderheilstätte“.⁸³⁵ Durch die Thematik seiner wissenschaftlichen Betätigungen und dem weiten sozialpädiatrischen Erfahrungshorizont eignete sich Nohlen idealerweise für die Bekleidung des Amtes als Ärztlicher Direktor des Städtischen Kinderkrankenhauses Wedding, als dessen Leiter er am 23. Juli 1945 eingestellt wurde.

⁸²⁹ LAB B Rep. 080, Nr.: 549

⁸³⁰ Ebd.

⁸³¹ Seidler, Eduard: *Kinderärzte 1933-1945. Entrechtet – geflohen – ermordet*. Bouvier Verlag, Bonn, 2000, S. 245.

⁸³² Ebd.

⁸³³ LAB B Rep. 080, Nr.: 549

⁸³⁴ Der Begriff *Calmette-Impfung* wurde als zeitgenössischer Name der Tuberkulose-Impfung verwendet. Dieser geht auf einen attenuierten Stamm des Erregers *Mykobakterium bovis* zurück (sogenannter *Bacillus Calmette-Guerin*). Vgl.: Rominger, Erich: *Lehrbuch der Kinderheilkunde*. Springer, Berlin, 1950, S. 294.

⁸³⁵ LAB B Rep. 080, Nr.: 549

Nicht nur an der Klinik selbst war Nohlens fachliche Expertise gefragt – auf dem Pädiaterkongress, der im Juni 1947 in Berlin tagte, griff er eines der Hauptprobleme der Kindergesundheit auf, indem er konstatierte: „Die Tuberkulose, ihre Ausbreitung und die Art ihres Ablaufs stellt heute eines der wichtigsten Probleme dar, vor die die deutsche Ärzteschaft gestellt ist.“⁸³⁶ Nohlen betonte, dass aufgrund der weiten Verbreitung der Tuberkulose der Frühdiagnose und Grundkenntnissen, wie diese zu stellen sei, eine wichtige Stellung zukämen. Um dieses Wissen einem breiteren Fachpublikum zugänglich zu machen, wurde der Vortrag in der Zeitschrift *Das Deutsche Gesundheitswesen* veröffentlicht. Folgerichtig erläuterte er in seinem Beitrag die beim Kind schwierige Interpretation der als Diagnoseverfahren dienenden Tuberkulinreaktion, die in mehreren abgewandelten Formen zur Verfügung standen.⁸³⁷

In der Endphase des Krieges hatte das Kinderkrankenhaus schwere Schäden erlitten, sodass sich Nohlen in seiner Anfangszeit als Klinikdirektor mit umfassenden Aufräum- und Wiederaufbaumaßnahmen konfrontiert sah. Im Zuge dessen erfolgte auch die Anpassung von Stationen an moderne Gesichtspunkte, sodass die Klinik letztendlich eine Gesamtkapazität von 420 Betten erhielt.⁸³⁸ Damit kam der Klinik eine ähnliche Bedeutung hinsichtlich der Versorgung kranker Kinder zu, wie dem Lindenhof im Osten Berlins (Kapitel 4.2.1). In einem Leistungsbericht aus dem Jahre 1952 werden Nohlens „Erfolge auf dem Gebiete der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, der Meningitis-Tbc und Poliomyelitis“ hervorgehoben sowie sein besonderer Einsatz betont, indem er „nach dem Zusammenbruch mit großer Zähigkeit und Energie den klinischen Betrieb wieder in Gang brachte.“⁸³⁹ Nach über 25-jähriger Tätigkeit am Kinderkrankenhaus Wedding trat Nohlen am 1. November 1964 in den Ruhestand.⁸⁴⁰ Durch seine langjährige Erfahrung auf dem Gebiet der Tuberkulosefürsorge und -behandlung sowie seine Tätigkeit in sozialpädiatrischen Einrichtungen bestimmte er erheblich die Ausrichtung eines der bedeutsamsten Kinderkrankenhäuser in West-Berlin neben dem KAVH. Inwieweit hierbei auch klassische sozialpädiatrische Ansätze im Sinne von Fürsorgekonzepten mit Beratungsstellen auch eine strukturelle Entsprechung über die Art der von Nohlen praktizierten Kinderheilkunde fanden, lässt sich nicht mehr nachvollziehen –

⁸³⁶ Nohlen, Arno: Über die Prüfung auf Tuberkulose beim Kinde mittels Tuberkulin. In: Deutsche Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen in der sowjetischen Besatzungszone (Hrsg.): *Das Deutsche Gesundheitswesen*. Arbeitsgemeinschaft medizinischer Verlage, Berlin, 1947, Jahrgang 2, Heft 1, S. 16.

⁸³⁷ Ebd., S. 18.

⁸³⁸ Goerke, Heinz (Hrsg.): *75 Jahre Städtisches Kinderkrankenhaus Wedding 1890-1965*. Grosse Verlag, Berlin, 1965, S. 733 ff.

⁸³⁹ LAB B Rep. 080, Nr.: 549

⁸⁴⁰ Ebd.

jedenfalls finden derartige Formen der Kinderheilkunde in den Quellen keine Erwähnung – auch in den Bauplänen ist nichts dergleichen vermerkt. Insofern lässt sich mutmaßen, dass dies in Bezug auf das Städtische Kinderkrankenhaus Wedding im Vergleich zum Lindenhof im Osten ein Distinktionsmerkmal sein könnte, da das Vorhandensein der fürsorgerischen Ansätze im Fall des Lindenhofs ostentativ zur Schau gestellt wurde.

4.2.5 Einrichtung eines Heims für „nicht mehr bildungsfähige Kinder“

Nicht nur in Bereichen, die man heute zu den direkten Tätigkeitsfeldern der Pädiatrie zählen würde, musste nach den Verbrechen des Nationalsozialismus eine Neuorientierung erfolgen. Auch schon zu Zeiten der Weimarer Republik war es üblich, nicht nur im heutigen Sinne psychisch kranke Kinder, sondern auch geistig beeinträchtigte Kinder in psychiatrischen Anstalten zu behandeln oder auch lebenslang unterzubringen. Viele dieser Kinder fielen Anfang der 1940er Jahre der „Aktion T4“ des NS-Staates zum Opfer.⁸⁴¹ Insofern stellt sich die Frage, wie nach 1945 mit geistig beeinträchtigten Kindern umgegangen wurde und welche Art von Versorgung ihnen zu Teil wurde. Der zeitgenössische Ausdruck „nicht mehr bildungsfähig“ entspreche dem heutigen einer geistigen Beeinträchtigung oder Behinderung. Laut einer „Verordnung des Magistrats“ war „die Abteilung des Gesundheitswesens“ der DDR „zur Unterbringung nicht mehr bildungsfähiger Kinder verpflichtet.“⁸⁴² Weiterhin ist zu erwähnen, dass dieses Thema erst über zehn Jahre nach den Verbrechen in Berlin seitens des Staates wieder thematisiert wurde. So wird sachlich und bürokratisch im Juni 1956 die Einrichtung des ersten Heimes dieser Art im Osten Berlins geplant. Bisher seien viele dieser Kinder auf der psychiatrischen Abteilung des Krankenhauses Herzberge behandelt bzw. untergebracht worden. Vorhandene konfessionelle Pflegeeinrichtungen seien überfüllt und an sonstigen staatlichen Einrichtungen mangle es auch in der DDR generell.⁸⁴³ Somit behält die Psychiatrie auch nach 1945 zumindest noch ihre Verteilungs- und diagnostische Funktion und Entscheidungsgewalt in der Versorgung solcher Kinder bei.

⁸⁴¹ Vgl.: Beddies, Thomas; Hübener, Kristina (Hrsg.): Kinder in der NS-Psychiatrie. Berlin, bebra 2004. Und Fuchs, Petra (Hrsg.): „Das Vergessen der Vernichtung ist Teil der Vernichtung selbst“: Lebensgeschichten von Opfern der nationalsozialistischen „Euthanasie“. Göttingen, Wallstein, 2007.

⁸⁴² LAB C Rep. 118, Nr.: 544

⁸⁴³ Ebd.

4.2.6 Kinderheim Blankenburg

In der Nachkriegszeit entstanden viele als „Kinderheime“ bezeichnete Einrichtungen oder nahmen ihre Tätigkeit nach dem Krieg wieder auf, die nicht nur im heute gebräuchlichen Sinne Erziehungsheime für elternlose Kinder waren. Vielmehr hatten diese ebenso medizinische Aufgaben zu erfüllen. Hinzu kommt, dass, wie bereits angesprochen, in dieser Zeit viele Maßnahmen, die zur Kinderfürsorge ergriffen wurden, hinsichtlich ihrer Konzeption auf ein enges Zusammenspiel von erzieherischen Aspekten und medizinischer Versorgung setzten, sodass beide auch oft unter einem Dach stattfanden. Diesem Konzept liegt auch die Annahme zugrunde, dass das soziale Umfeld der betroffenen Kinder nicht in der Lage war, für die Erziehung und für die Gesundheit derselben zu garantieren. Insofern kann man wohl von einem sozialpädiatrischen Ansatz sprechen, wenn man dieses Konzept in der Kinderheilkunde verorten sollte.

In diesem Sinne war auch das Kinderheim Blankenburg als Schnittstelle zwischen Pädiatrie und Pädagogik zu verstehen. Bezeichnenderweise war auch die Leiterin des Heims Kinderkrankenschwester. Angaben zum Gründungszeitpunkt und möglicher Funktion vor und während des Zweiten Weltkrieges des „Säuglings- und Kleinkinderheims Blankenburg“ sind nicht aktenkundig, sodass sich die folgenden Angaben hauptsächlich aus den Besichtigungsberichten des Hauptjugendamtes entnommen sind. Nach einer Liste, welche die Zugänge zum Heim verzeichnet, wurde im Juni 1943 das erste Kind aufgenommen, sodass das Heim spätestens dann schon bestanden haben muss (zunächst Berlin Wilhelmplatz W8, danach DDR).

Wie aus einem späteren Bericht hervorgeht, waren am 9. April 1946 in dem Heim „ca. 120 Kinder untergebracht“, ⁸⁴⁴ die vom Hauptkinderheim als Verteilungsstelle dorthin überwiesen wurden. Die leitende Schwester wurde als besonders erfahren bezeichnet, und es mangelt in dem Bericht nicht an Lob für ihren aufopferungsvollen und menschlichen Einsatz für die Säuglinge und Kinder. Zum Gesundheitszustand der Kinder wurde festgehalten: „Die Kinder gedeihen ausgezeichnet. Ernährungsstörungen und -schäden an vernachlässigten Kindern werden dank ihrer bewährten Methode schnell behoben.“ ⁸⁴⁵ Worin genau ihre Methode besteht wird nicht erörtert. Weiterer Schriftverkehr verdeutlicht jedoch auch hier „Bekleidungsnotstände“ und einen Bettenmangel, sodass „in einem selbstgefertigten Bett noch 2 Kinder liegen“ mussten. ⁸⁴⁶ Der nächste Bericht vom Januar 1950 fiel negativer aus, was

⁸⁴⁴ LAB C Rep. 118, Nr.: 758

⁸⁴⁵ Ebd.

⁸⁴⁶ Ebd.

diesem zufolge unter anderem den „schlechten wirtschaftlichen Verhältnissen“ zuzuschreiben war. Neben erheblichen Mangel an geschultem Personal, sodass „14-15-jährige Vorschülerinnen“ eingesetzt wurden, wurde eine unzureichende Heizung der Räume bemängelt, auch der Gesundheitszustand der Kinder ließ zu wünschen übrig: „Wie die Heimleiterin berichtet, werden die Kinder die Durchfälle nicht mehr los.“ Außerdem fehlte es „an Bettwäsche und vor allem an Windeln.“⁸⁴⁷ Im Laufe des Jahres besserten sich die Zustände durch Windelzuteilungen. Im April 1950 wurden von den dort lebenden Kindern als „gepflegte, wohlgenährte Säuglinge und Krabbelkinder“ gesprochen. Das Ernährungsproblem war offensichtlich auch 1950 noch nicht komplett gelöst, da immer noch „unterernährte, kränkliche Kinder, die einer besonderen Fürsorge und geschulten Behandlung bedürfen“ eingeliefert wurden.⁸⁴⁸ Dies war auch weiterhin der Hauptgrund für die Einweisung in ein solches Kinderheim.

Die Ursachen für diese Missstände wurden jedoch auch auf sozialer Ebene gesucht, wie ein Zeitungsausschnitt vom 11. August 1947 aus der *Neuen Zeit* mit dem Titel „Wenn Mütter ihre Pflicht vergessen...“ beschreibt. Beispielhaft wird der Fall eines kleinen Kindes beschrieben: „Das kleine Ding haben wir [das Personal des Heims, d. Verf.] schon einigermaßen hinbekommen. Es war voller Ausschlag, als wir es bekamen. Das ist der Erfolg, wenn gewissenlose Mütter die Lebensmittel- und Milchkarten ihrer Kinder für Zigaretten versetzen... und das ist sehr häufig!“⁸⁴⁹ Somit wird deutlich, dass in der Nachkriegszeit und zu Gründungszeiten der DDR die Genese von Krankheiten bei Kindern weiterhin auch auf das moralische Versagen der Eltern bzw. hauptsächlich das der Mütter zurückgeführt wurde. Der Staat selbst nahm hier die Gegenposition ein, indem er als Garant für die Fürsorge dieser Kinder dargestellt wurde. Inwieweit wirklich Versagen der Eltern oder doch eher die immer noch unzureichende Versorgungslage als Grund für den Zustand der Kinder angesehen werden kann, lässt sich nicht abschließend beantworten.

In dem Zeitungsartikel wurde auch die gesundheitliche Betreuung erläutert: „Für jedes Kind wird ein Gesundheitsstatus angelegt, der sorgfältig verfolgt wird. Jeden Tag macht die Heimärztin, eine approbierte Kinderärztin, ihre Visite.“⁸⁵⁰ Dies verdeutlicht auf praktischer Ebene die kooperierende Funktion von Erziehungs- und Gesundheitsbetreuung derartiger Einrichtungen.

⁸⁴⁷ LAB C Rep. 118, Nr.: 758

⁸⁴⁸ Ebd.

⁸⁴⁹ Ebd.

⁸⁵⁰ Ebd.

In den bereits erwähnten Zuganglisten finden sich nach 1945 nicht nur Bemerkungen wie „vernachlässigtes Kind; muß vorl.[äufig] im Heim verbleiben“, sondern auch nahezu genauso häufig die Bezeichnung „Flüchtlingskind“ oder „Adoptionskind“. So wurde bei einem „Flüchtlingskind“ vermerkt: „Mutter hat sich jetzt gemeldet“. Vereinzelt wurden weitere Angaben gemacht, die darauf hinweisen, dass die Heimunterbringung des Kindes aufgrund der Kriegsfolgen notwendig geworden war: „Soll im Heim verbleiben bis Vater aus der Gefangenschaft zurück“.⁸⁵¹

4.2.7 Orthopädische Kinderfürsorgestelle Schöneberg

Neben den breit angelegten allgemeinen Fürsorgebemühungen gab es auch unter den geschilderten schweren Bedingungen einige wenige spezifische therapeutisch-kurative Einrichtungen wie beispielsweise die orthopädische Fürsorgestelle in Schöneberg. In der Zeit vom 1. April 1946 bis zum 15. August 1946 wurden dort laut dem Tätigkeitsbericht des zuständigen Bezirksjugendamtes 750 Kinder und Jugendliche untersucht. Meistens wurden die betroffenen Kinder durch die Säuglings- und Schulfürsorgestellen weitergeleitet, einige auch direkt von den Eltern dort vorgestellt. Diese spezielle Fürsorgestelle diente zur Vermittlung an geeignete Krankenhäuser, wenn beispielsweise eine Operation notwendig geworden war. Auch Fälle von Knochen-Tuberkulose wurden einer stationären Behandlung zugeführt. Ein weiterer großer Behandlungsbereich stellte die Behandlung von Fußbeschwerden mittels Einlagen dar. Die materielle Mangelsituation war hierbei ein großes Hindernis. Zudem besaß nicht jedes Kind in der Stadt überhaupt unbeschädigte Schuhe. Dies wiederum erhöhte die Inzidenz von Fußproblemen zusätzlich. Darüber hinaus wurden sogenanntes orthopädisches Heilturnen und Massagen angeboten.⁸⁵² Ein neues Aufgabenfeld ergab sich auch aus der Betreuung von „Kriegsversehrten und Bombengeschädigten.“⁸⁵³ Außerdem wurden auch Hausbesuche durchgeführt, die zum Zweck hatten, den Müttern der Kinder „Hinweise und Ratschläge“ zu erteilen, „die bei richtiger und sachgemäßer Durchführung der vom Facharzt gegebenen Verordnung einen guten Heilerfolg gewährleisten.“⁸⁵⁴

⁸⁵¹ LAB C Rep. 118, Nr.: 758

⁸⁵² LAB C Rep. 118, Nr. 185

⁸⁵³ Ebd.

⁸⁵⁴ Ebd.

4.2.8 Hauptkinderheim von Gross-Berlin

Eine weitere strukturelle Besonderheit stellte das Hauptkinderheim von Gross-Berlin im Bezirk Prenzlauer Berg dar. Obwohl sich dieses Kinderheim als Fortsetzung der „Tradition des alten Waisenhauses Berlin“⁸⁵⁵ verstand, war es faktisch vielmehr ein „Auffanghaus, welches alle irgendwie hilfsbedürftig werdenden Kinder aufnimmt und versorgt.“⁸⁵⁶ Diese Einrichtung bestand aus „2 Krankenstationen, davon 1 Tbc-Station, 1 Quarantäne-Station, 1 Säuglingsabteilung und eine Erziehungsabteilung“.⁸⁵⁷ Die Existenz dieser Einrichtung hatte vor dem Hintergrund der zu bewältigen Flüchtlingsströme und der Großstadtproblematik besondere Relevanz. 1952 gab es auch in West-Berlin eine derartige Einrichtung mit dieser Verteilerfunktion und Schnittstelle zwischen Heim und Krankenhaus: „Das Hauptkinderheim hat zunächst einmal die Aufgabe, alle hilfsbedürftigen Kinder aufzunehmen, die ihm von den Jugendämtern, der Polizei, der Bahnhofsmision oder dem Flüchtlingsdienst zugeführt werden oder die sich selbst melden. Das jüngste der Kinder im Heim ist 3 Tage alt, das älteste 15 Jahre.“⁸⁵⁸ Im Jahr 1951 waren dort rund 300 Kinder untergebracht.⁸⁵⁹ Der Vorrang der medizinischen Betreuung wurde betont: „Jedes Kind wird bei der Aufnahme von den Heimärzten gründlich untersucht. Seelisch auffällige Kinder werden dem Psychiater vorgestellt, der entscheidet, ob das Kind ambulant oder stationär beobachtet oder gar behandelt werden muß.“⁸⁶⁰ Wenn die Gesundheit der Kinder es zuließ, wurden diese dann nach einem 14-tägigen Aufenthalt in der „Quarantäneabteilung“ später in Pflegestellen oder andere Heime weitervermittelt. Eine Ausnahme bildeten Säuglinge und Kleinkinder, die häufig in „schlechtem Ernährungszustand“ und aufgrund von „Verwahrlosung“ eingewiesen wurden. Sie brauchten meistens länger, „um sich auf die neue Umwelt und Ernährung einzustellen.“⁸⁶¹ Wenn sich keine geeignete Familienpflegestelle oder Heim finden ließ, dann wurde das Kind in die kleine Abteilung für „Dauerkinder“ verlegt und konnte von dort aus die heimeigene Schule besuchen. Dieses Dauerheim wurde 1951 aufgelöst und in das Hauptgebäude in die „Zwischenabteilung“ verlagert, die 35 Kindern Unterschlupf bot.⁸⁶² Stattdessen wurde die

⁸⁵⁵ LAB C Rep. 118, Nr.: 70

⁸⁵⁶ Ebd.

⁸⁵⁷ Ebd.

⁸⁵⁸ LAB, Soz 964 (1952). Hauptjugendamt (Hrsg.): Arbeitsberichte des Hauptjugendamtes. II. Amtsvormundschaft, Adoption, Pflegekinderwesen. Druck: BBA, 1952, S. 15.

⁸⁵⁹ Ebd.

⁸⁶⁰ Ebd.

⁸⁶¹ Ebd.

⁸⁶² Ebd., S. 15 f.

„psychiatrisch-neurologische“ Abteilung vergrößert.⁸⁶³ Eine weitere Besonderheit des Hauptkinderheims war die Tatsache, dass die hauseigene Küche ebenso für die Zubereitung von täglich 600 Portionen Schulspeisung für Kinder der umliegenden öffentlichen Schulen zuständig war.⁸⁶⁴

Die Einrichtung wurde von seitens des Senats als „vorbildlich“ gelobt, dort herrsche trotz der Größe eine „Atmosphäre der Vertrautheit“ und aufgrund des Modellcharakters sei sie „häufig von Sozialarbeitern, die in Berlin zu Gast sind, besichtigt“ worden.⁸⁶⁵ Das Heim war punktuell auch als Ausgangspunkt für Aufklärung beim Thema Säuglingspflege ähnlich dem KAVH zu sehen. Es stünde im „Brennpunkt des öffentlichen Interesses“, sodass 1951 „dort von der Bundespost eine Fernsehsendung aufgenommen“ wurde, die im „Fernsehfunk“ übertragen wurde. „Es handelte sich um die Vorführung eines Wickelkursus mit allgemeingültigen Ratschlägen für die moderne Säuglingspflege, an der ein Assistenzarzt, zwei Säuglingsschwestern und vier Säuglinge mitwirkten.“⁸⁶⁶

⁸⁶³ LAB, Soz 964 (1952). Hauptjugendamt (Hrsg.): Arbeitsberichte des Hauptjugendamtes. II. Amtsvormundschaft, Adoption, Pflegekinderwesen. Druck: BBA, 1952, S. 16.

⁸⁶⁴ Ebd.

⁸⁶⁵ Ebd., S. 17.

⁸⁶⁶ Ebd.

5 Selbstverständnis der Kinderheilkunde und Kinderbild

5.1 Kollektives Schweigen – Zum Umgang mit der NS-Kinder-„Euthanasie“

Die Kinderheilkunde kooperierte willfährig mit dem Nationalsozialismus und nahm eine Schlüsselrolle im NS-Staat ein. Im Sinne Mitchell G. Ashs Verständnis von „Wissenschaft und Politik als Ressourcen füreinander“ lieferten die pädiatrischen Expert_innen die wissenschaftlichen Hintergründe für das Heranwachsen gesunder Kinder in einer möglichst homogenen Volksgemeinschaft und somit die Legitimationsgrundlage für die nationalsozialistische Exklusionspolitik. Im Gegenzug stellte das NS-System das Versuchs- und „Menschenmaterial“ für derartige Forschungen bereit und verhalf der Kinderheilkunde zu größerer Reputation. Der Freiburger Pädiater Carl Noeggerath hielt daher eine inhaltliche „Aktion der Selbstbesinnung“ nach dem Ende des Zweiten Weltkrieges für unumgänglich.⁸⁶⁷ Gegen diese Ansicht regte sich jedoch erheblicher Widerspruch. Die begangenen Verbrechen und die Erfahrung der politischen Kooperation hatten sich, zumindest was die öffentliche Rezeption betrifft, im Selbstverständnis der Pädiater_innen hinsichtlich einer möglichen Neu- bzw. Umorientierung kaum niedergeschlagen. Nach einer klaren Demarkationslinie zum Nationalsozialismus und einer Reflexion über das eigene Handeln, gar in einem öffentlichen Diskurs, sucht man zunächst vergeblich. Damit bildet auch die Kinderheilkunde keine Ausnahme von der im Nachkriegsdeutschland vorherrschenden Verdrängungskultur, wobei die „Reaktionen der Abwehr mehrheitlich in Schweigen“ bestanden.⁸⁶⁸ Ausdruck dessen ist auch, dass sich die (Nachkriegs-)Gesellschaft in keiner Weise ihrer Vergangenheit stellte, sondern den Nationalsozialismus und seine Verbrechen vielmehr als ein unabwendbares Ereignis betrachtete, für das weder die Funktionseliten noch in diesem Fall die Ärzt_innen mitverantwortlich gewesen waren.

Die eklatante Kontinuität von nationalsozialistischen Denkmustern wird durch viele weitere Begebenheiten belegt, im Nachfolgenden seien nur einige wenige Beispiele genannt, die auch zur Kontextualisierung des Geschehens in Berlin dienen sollen. Zum öffentlichen Umgang mit belasteten Fachkolleg_innen sei an dieser Stelle nochmals auf die ausführliche Untersuchung zum Umgang mit der Vergangenheit in der DGfK von Topp verwiesen. Die früheste

⁸⁶⁷ Schweier, Paul; Seidler, Eduard (Hrsg.): *Lebendige Pädiatrie*. Hans Marseille, München, 1983, S. 75.

⁸⁶⁸ Benz, Wolfgang: *Zum Umgang mit nationalsozialistischer Vergangenheit in der Bundesrepublik*. In: Daniel, Jürgen (Hrsg.): *Die geteilte Vergangenheit. Zum Umgang mit Nationalsozialismus und Widerstand in den beiden deutschen Staaten*. Akademie, Berlin, 1995, S. 48.

vergangenheitspolitische Diskussion, vor allem bezüglich der „Kindereuthanasie“ und den Umgang mit den Täter_innen in der Fachgesellschaft für Kinderheilkunde, beschreibt Topp in Form des „Catel-Streits“ 1959/60 – frühere Zeugnisse einer Auseinandersetzung auf öffentlicher Ebene sind nicht nachweisbar.⁸⁶⁹ Einen selbstkritischen Umgang mit der NS-Vergangenheit vermisst man ebenso noch in den 1970er Jahren.⁸⁷⁰ Grundsätzlich gab es in der Bundesrepublik und der DDR zwei zumindest offiziell voneinander getrennt existierende Fachgesellschaften,⁸⁷¹ die sich hinsichtlich ihrer Mitglieder und Funktion im Gesundheitssystem unterschieden. Dennoch war diese Trennung bis zum Mauerbau 1961 faktisch nicht gänzlich realisiert, da die Pädiater_innen in der DDR bestrebt waren, „ganz selbstverständlich am wissenschaftlichen Leben der jeweiligen Fachgesellschaft in „Gesamtdeutschland“ teilzuhaben und deren Mitglieder zu bleiben.“⁸⁷² Insofern spielen die Unterschiede der beiden Gesellschaften für die vorliegende Untersuchung aufgrund des Untersuchungszeitraums eine untergeordnete Rolle.

Das Nachleben nationalsozialistischer Ideologie in den westalliierten Besatzungszonen bzw. der Bundesrepublik und der SBZ bzw. DDR manifestierte sich auf unterschiedlichen Ebenen und in mannigfaltigen Spielarten. Inwieweit diese theoretische Fundierung auch eine praktische Implementierung des ärztlichen Handelns nach sich zog, ist nur schwer quantifizierbar und kann nur punktuell eruiert werden. Zunächst soll die Kontinuität auf personeller Ebene exemplarisch anhand einiger Pädiater_innen nachgezeichnet werden, welche sowohl während des NS-Regimes als auch in der Nachkriegszeit tonangebend in der Kinderheilkunde waren. Die Situation in Berlin betreffend ist vordringlich Joppich anzuführen, bei dessen Selbstverständnis als Kinderarzt man von einer mutmaßlichen Beeinflussung durch

⁸⁶⁹ Topp, Sascha: Geschichte als Argument in der Nachkriegsmedizin. Formen der Vergegenwärtigung der nationalsozialistischen Euthanasie zwischen Politisierung und Historiographie. V&R unipress, Göttingen, 2013, S. 101.

⁸⁷⁰ Ebd., S. 162.

⁸⁷¹ Zur Einordnung der Gründung der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR vgl.: Hinz-Wessels, Annette: Gründung der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR im Kontext der deutsch-deutschen Nachkriegsgeschichte. Pädiatrie nach 1945 in der Bundesrepublik Deutschland und der DDR. Monatsschrift für Kinderheilkunde. 2016, Band 164, Supplement 1, 2016.

⁸⁷² Radke, Michael: Entwicklungen der Kinder- und Jugendmedizin in der DDR. Medizinisch-wissenschaftliche Gesellschaften, Hochschul- und Berufungspolitik, Strukturen. In: Pädiatrie nach 1945 in der Bundesrepublik Deutschland und der DDR. Monatsschrift für Kinderheilkunde, 2016, Band 164, Supplement 1, S. 8.

Kleinschmidt (Abb. 36) ausgehen kann, bei dem er mehrere Jahre Assistent an der Kölner Universitätskinderklinik war (Kapitel 4.1.3).



Abbildung 35: Hans Kleinschmidt, um 1950.

Um die Richtung dieser Einflussnahme zu verdeutlichen, soll vorab die Position Hans Kleinschmidts kurz skizziert werden. So verkündeten Anfang der 1930er Jahre allen voran Kleinschmidt und sein damaliger Schüler Joppich, wie treffend sich doch die Zielsetzung der Kinderheilkunde mit der des Nationalsozialismus deckte: „Wir Kinderärzte wollen helfen, Schäden zu überwinden, an denen die vergangene Zeit krankte, damit ein gesundes, lebensmutiges und opferwilliges, der nationalsozialistischen Idee entsprechendes Geschlecht heranwächst.“⁸⁷³ Der programmatische Schritt zur Selbstgleichschaltung der Kinderheilkunde

⁸⁷³ Zitiert nach: Seidler, Eduard: Kinderärzte 1933-1945. Entrechtet - geflohen - ermordet. Bouvier Verlag, Bonn, 2000, S. 31.

war damit getan, der Ausschluss jüdischer Kolleg_innen ließ nicht lange auf sich warten. Auch nach 1945 revidierte Kleinschmidt seine affirmative Haltung zum Nationalsozialismus keineswegs. Er selbst war der erste Vorsitzende der DGfK nach deren Neugründung 1948 und schrieb ein Jahr später an seinen Nachfolger, den Pädiater Fritz Göbel, in einem Brief in Bezug auf Kolleg_innen, welche dem NS-System positiv gegenüber standen, dass man „solche Leute ruhig vorzeigen“ könne.⁸⁷⁴ Die Tatsache, dass Kleinschmidt nach 1945 immer noch tonangebend in der DGfK war, ist keineswegs als ein Einzelfall zu bewerten, sondern vielmehr bezeichnend für die defizitäre Vergangenheitsaufarbeitung der DGfK und der auch dort hohen personellen Kontinuität. Er war noch über Jahre hinweg Herausgeber des publizistischen Organs der DGfK, der *Monatsschrift für Kinderheilkunde*. Auch in Fachkreisen blieb Kleinschmidt ein geschätzter Kollege, er war wie zu Kriegszeiten stellvertretender Vorsitzender der Deutschen Tuberkulosegesellschaft.⁸⁷⁵ Aufgrund seines weitreichenden Einflusses auf verschiedenen Ebenen kann Kleinschmidt somit „als die zentrale Figur in der Reorganisationsphase der Westpädiatrie ausgemacht werden.“⁸⁷⁶ Die NS-Vergangenheit hatte somit weder für Kleinschmidt noch für Joppich in Hinblick auf ihre beruflichen Karrieren negative Folgen. Damit nicht genug – Kleinschmidt konnte weiterhin Entscheidungsgewalten auf höchster politischer Ebene für sich beanspruchen; 1953 hatte die Bundesregierung „auf Vorschlag des Bundesministerium des Inneren Professor Dr. Hans Kleinschmidt in Göttingen auf die Dauer von 4 Jahren zum Mitglied des Bundesgesundheitsamtes berufen.“⁸⁷⁷ Ebenso blieben zahlreiche öffentliche Ehrungen und Würdigungen seiner Person nicht aus: „Anlässlich seines 70. Geburtstages wurde Professor Dr. Hans Kleinschmidt zum Ehrenmitglied der DGfK ernannt. Die medizinische Fakultät Hamburg verlieh ihm als ersten Inhaber des pädiatrischen Lehrstuhls die Würde eines Doktors der Medizin ehrenhalber.“⁸⁷⁸ Auch die „Deutschen Vereinigung für die Gesundheitsfürsorge des Kindesalters“ erkannte ihm eine Ehrenmitgliedschaft zu.⁸⁷⁹ Die aus heutiger Sicht skandalöse Wertschätzung beschränkte sich

⁸⁷⁴ Topp, Sascha: Geschichte als Argument in der Nachkriegsmedizin. Formen der Vergegenwärtigung der nationalsozialistischen Euthanasie zwischen Politisierung und Historiographie. V&R unipress, Göttingen, 2013, S. 137.

⁸⁷⁵ Kleinschmidt, Hans (Hrsg.): *Monatsschrift für Kinderheilkunde*. 1948/49, Band 96, Heft 2, S. 95.

⁸⁷⁶ Beddies, Thomas: Besetzung pädiatrischer Lehrstühle in den westlichen Besatzungszonen und in der Bundesrepublik nach dem Zweiten Weltkrieg. In: Beddies, Thomas; Hinz-Wessels, Anette (Hrsg.): *Pädiatrie nach 1945 in der Bundesrepublik Deutschland und der DDR*. *Monatsschrift Kinderheilkunde*, Springer, Berlin/Heidelberg, 2016, Band 164, Supplement 1.

⁸⁷⁷ Kleinschmidt, Hans (Hrsg.): *Monatsschrift für Kinderheilkunde*. 1953, Band 101, Heft 3, S. 216.

⁸⁷⁸ Ebd., Band 108, Heft 7, S. 360.

⁸⁷⁹ Ebd., Heft 12, S. 531.

jedoch nicht nur auf Fachkreise, wenn man betrachtet, dass es 1955 zur Verleihung des „Großen Verdienstkreuzes des Verdienstordens der Bundesrepublik“ an Kleinschmidt durch den Bundespräsidenten kam.⁸⁸⁰ Insofern konnte er als „graue Eminenz“ in der Nachkriegsgeschichte in der Bundesrepublik auf ganzer Linie reüssieren.⁸⁸¹

Kleinschmidts Schüler Joppich konnte ähnliche Erfolge aufweisen - er war Ordinarius in Amt und Würden zunächst in Berlin und dann in Göttingen. Darüber hinaus bekleidete Joppich von 1959 bis 1966 das Amt des Präsidenten der „Deutschen Vereinigung zur Bekämpfung der Kinderlähmung“ und erwirkte in der Bundesrepublik die Einführung der Polio-Schluckimpfung. Ihm wurden in diesem Zusammenhang eine große Anzahl von Auszeichnungen zuteil: 1980 erhielt er von der „Deutschen Gesellschaft für Sozialpädiatrie“ die Ehrenmitgliedschaft und 1982 wurde er sogar mit dem Heubner-Preis der DGfK ausgezeichnet.⁸⁸²

Die Verwicklung oder zumindest wissentliche Duldung der NS-„Kindereuthanasie“ hatte auch in anderen Fällen keinen Einfluss auf das Ansehen der betroffenen Pädiater_innen. So wurden bezeichnenderweise im Nachruf auf Georg Bessau, der schon 1944 einem Hirntumor erlag, in der ersten Nachkriegsauflage der *Monatsschrift für Kinderheilkunde* 1948/49 dessen Verdienste gerühmt. Mit keinem Wort wurde erwähnt, dass dieser als Leiter der Kinderklinik der Charité einen neuen Tuberkulose-Impfstoff in der Heil- und Pflegeanstalt Berlin-Wittenau an geistig und körperlich behinderten Kindern testete, wobei zahlreiche Kinder ums Leben kamen. Eine Reflexion über die Verantwortlichkeiten diverser Pädiater_innen und ihre (Mit-)Täterschaft erfolgte spät und nur allmählich.⁸⁸³

Ein weiteres prägnantes Beispiel ist die Karriere des Kinderpsychiaters Gerhard Kujath, auf dessen NS-Vergangenheit bereits in Kapitel 4.1.7 ausführlich eingegangen wurde. Die für Berlin geschilderte Situation war ohne Zweifel kein Einzelfall, wie durch die folgenden Begebenheiten exemplarisch aufgezeigt werden soll. So konnten auch andere namhafte Pädiater_innen, die in ähnlicher Weise nachweislich belastet waren, ihre Karriere mehr oder

⁸⁸⁰ Kleinschmidt, Hans (Hrsg.): *Monatsschrift für Kinderheilkunde*. 1955. Bd. 108, Heft 8, S. 400.

⁸⁸¹ Beddies, Thomas: Besetzung pädiatrischer Lehrstühle in den westlichen Besatzungszonen und in der Bundesrepublik nach dem zweiten Weltkrieg. Beddies, Thomas; Hinz-Wessels, Anette (Hrsg.): *Pädiatrie nach 1945 in der Bundesrepublik Deutschland und der DDR. Monatsschrift Kinderheilkunde*, Springer, Berlin/Heidelberg, 2016, Band 164, Supplement 1.

⁸⁸² N. N.: Geburtstag. *Deutsches Ärzteblatt* 85, 8. Dezember 1988, Heft 49.

⁸⁸³ Exemplarisch ist dieser Reflexionsprozess an der Person Bessaus nachgezeichnet worden: Lennert, Thomas: *Pädiater Georg Bessau. Erosion eines Denkmals. Monatsschrift für Kinderheilkunde*, 2014, Volume 162, S. 295-297.

minder lückenlos fortsetzten und ihre Kompetenz und Eignung wurde nicht in Frage gestellt. Auch Personen, die nicht die Gleichschaltung der Pädiatrie aktiv betrieben hatten, sondern die passive Indoktrination zuließen, büßten nichts an ihrer Bedeutung in der Nachkriegszeit ein – ein Beispiel hierfür ist Karl Stolte; er war nach 1945 noch langjährig Professor in Rostock. Zusammen mit dem Schriftführer der der DGfK, Fritz Goebel, akzeptierte er 1933 die aufgezwungenen Satzungsänderungen und das Aufgehen der DGfK in der „Reichsarbeitsgemeinschaft für Mutter und Kind“ mit der Begründung, die DGfK könne „die Mitarbeit am Aufbau des Reiches nicht ablehnen.“⁸⁸⁴ Eine Reflexion über die Indienstnahme der Kinderheilkunde im Nationalsozialismus und ein Bemühen sich die Vergegenwärtigung der Rollen einzelner Mitglieder der DGfK setzte erst in den 1980er Jahren ein.

5.2 Kinderbild und Selbstverständnis der Kinderärzt_innen im Spiegel von Lehrbüchern und Publikationen

In diesem Kapitel soll der Frage nachgegangen werden, welches Kinderbild und welches Selbstverständnis die Pädiater_innen in der Nachkriegszeit der Ausübung ihrer praktischen Tätigkeit zugrunde legten. Von besonderem Interesse sind auch hier Kontinuitäten und Brüche hinsichtlich des Verständnisses und Gewichtung der (Sozial-)Pädiatrie innerhalb des Faches und sowie möglicherweise differierende Auffassungen in den beiden deutschen Staaten. Zur Analyse bieten sich Lehrbücher an, da bei diesen von einer breiten Rezeption und Verwendung in der Lehre ausgegangen werden kann. Diese wurden außerdem in der Mehrzahl von führenden Pädiater_innen verfasst, die gleichzeitig oft mit der Leitung einer größeren Kinderklinik beauftragt waren und in der universitären Lehre beschäftigt waren, sodass eine Tradierung von Vorstellungen an die nächste Generation von Ärzt_innen wahrscheinlich gegeben war.

5.2.1 Kontinuitäten nationalsozialistischer Ideologie

Dass – wie im vorangegangenen Kapitel ausführlich beschrieben – auf personeller Ebene an den Universitäten kein grundlegender Austausch des Lehrkörpers stattgefunden hatte, machte

⁸⁸⁴ Seidler, Eduard: Kinderärzte 1933-1945. Entrechtet – geflohen – ermordet. Bouvier Verlag, Bonn, 2000, S. 31.

sich nicht nur in der hohen Kontinuität der Besetzung der Lehrstühle mit Pädiater_innen bemerkbar, die offen mit den Nationalsozialisten zusammengearbeitet oder diese zumindest passiv unterstützt hatten. Diese personellen Kontinuitäten bedingten auch ein Weiterleben des nationalsozialistisch geprägten Selbstverständnisses der Kinderheilkunde. Es überrascht insofern nicht, dass auch ideologische und strukturelle Kontinuitäten wie normative Vorstellungen eines Kinderbildes, die auch schon zur Zeit des Nationalsozialismus von Bedeutung waren, nun in modifizierter und transformierter Form weiter tradiert wurden. Im Folgenden seien einige Beispiele hierfür aufgeführt.

Die nach 1945 fortgesetzte (publizistische) Tätigkeit der Kinderärztin Hanna Uflacker ist eindrucksvoll. Sie war Assistentin des Leipziger Pädiaters Catel an der dortigen Universitätsklinik, welche im Nationalsozialismus das Zentrum der „Kindereuthanasie“ bildete.⁸⁸⁵ Damit war sie nachweislich an den Kindstötungen beteiligt. Zunächst war Uflacker nach 1945 nicht mehr als praktizierende Ärztin, sondern im Gesundheitsamt tätig. Seit dem 1. Januar 1954 arbeitete sie erneut bei Catel in Mammolshöhe (Taunus) und wurde noch im gleichen Jahr in Kiel angestellt.⁸⁸⁶ Ungeachtet ihrer Zugehörigkeit zum Täter_innenkreis der NS-Medizin wurde ihr Buch *Mutter und Kind* noch viele Jahre lang aufgelegt und hatte somit trotz Abänderung einiger offensichtlicher nationalsozialistischer Wendungen, die sicherlich nicht das komplette Weltbild des Nationalsozialismus tilgten, Einfluss auf das normative Kinderbild im Nachkriegsdeutschland. Der Duktus der nationalsozialistischen Sichtweise auf das Kind ist auch hier noch in der ersten Neuauflage 1956 unverkennbar, wenn sie von der Rolle des Kindes bei der „Verjüngung und Zukunft eines Volkes“ spricht.⁸⁸⁷ Hierbei handelt es sich nicht um ein Einzelbeispiel, eine „Kontinuität zum Nationalsozialismus ist in vielen Zügen des „Idealkindes“ der Nachkriegszeit erkennbar“,⁸⁸⁸ wie auch soziologisch-anthropologische Untersuchungen feststellen. Ähnlich verhielt es sich mit dem Säuglings- und Erziehungsratgeber von Johanna Haarer, welche bezeichnenderweise selbst nie eine pädiatrische Ausbildung genossen hatte, sondern ausgebildete Lungenfachärztin war. Der Titel

⁸⁸⁵ Klee, Ernst: Das Personenlexikon zum Dritten Reich. Wer war was vor und nach 1945? S. Fischer, Frankfurt am Main, 2003, S. 634.

⁸⁸⁶ Topp, Sascha: Geschichte als Argument in der Nachkriegsmedizin. Formen der Vergegenwärtigung der nationalsozialistischen Euthanasie zwischen Politisierung und Historiographie. V&R unipress, Göttingen, 2013, S. 102.

⁸⁸⁷ Foitzik, Doris (Hrsg.): Vom Trümmerkind zum Teenager. Kindheit und Jugend in der Nachkriegszeit. Edition Temmen, Bremen, 1992, S. 58.

⁸⁸⁸ Ebd., S. 70.

lautet *Die deutsche Mutter und ihr erstes Kind*.⁸⁸⁹ Haarer galt als „maßgebliche Autorität“ auf dem Gebiet der Säuglingspflege und Kleinkinderfürsorge und -erziehung in der NS-Zeit.⁸⁹⁰ In dem genannten Buch plädierte sie für „physische Trennung und emotionale Distanz als bestimmende Beziehungsprinzipien zwischen Mutter und Kind“, beim Schreien des Kindes riet sie der Mutter „Versagt auch der Schnuller, dann, liebe Mutter, werde hart!“⁸⁹¹ Auch Jahrzehnte nach dem Zusammenbruch des NS-Regimes galt ihr Buch weiterhin als Standardwerk, nun allerdings von derartigen Ratschlägen bereinigt und seit 1949 unter dem Titel *Die Mutter und ihr erstes Kind* herausgeben. Das Kapitel zur Erziehung des Säuglings, in dem auch beschriebene Emotionslosigkeit und Härte propagiert wurde, nahm vormals deutlich mehr Raum ein und spielt in den Neuauflagen der Nachkriegszeit eine deutlich untergeordnete Rolle.⁸⁹²

In einem Artikel der *Zeit* von 1969 mit dem Titel „Bücher über Mutter und Kind, kritisch gelesen“ wurden sowohl der Ratgeber von Uflacker als auch von Haarer rezensiert. Dabei wirkt der Titel aus heutiger Sicht fast wie blanke Ironie – die Thematisierung der Rolle der Autorinnen während des Nationalsozialismus sucht man vergeblich.⁸⁹³

Ebenso tauchten rassistische und eugenische Begriffe, die die gedankliche Grundlage für die „Kindereuthanasie“ bildeten, selbst in überarbeiteten Auflagen in den Lehrbüchern für Kinderheilkunde in der Nachkriegszeit immer noch auf. Der Pädiater Fritz Goebel beschrieb in der vierten und fünften Auflage des *Lehrbuchs für Kinderkrankheiten*, herausgegeben von dem Kieler Pädiater Erich Rominger, in seinem Kapitel *Krankheiten der Neugeborenen* „die Aufzucht der Unreifen [Neugeborenen, Anmerk. d. Verf.]“ zwar als „notwendig“, weist aber im gleichen Satz noch darauf hin, dass sich „10% der Überlebenden“ als „minderwertig, vom schweren Gehirnkrüppel bis zum Schwachsinnigen entpuppen.“⁸⁹⁴ Als Begründung hierfür führte Goebel sozial-utilitaristische Argumente an: „Nicht nur in dem wohl auf längere Zeit geburtenarmen Deutschland nach dem 2. Weltkriege [...] liegt viel an der Erhaltung jedes neu

⁸⁸⁹ Ersterscheinung 1934. Gesamtauflage von 690.000 Stück allein bis 1945. Vgl.: Dill, Gregor: Nationalsozialistische Säuglingspflege. Eine frühe Erziehung zum Massenmenschen. Ferdinand Enke, Stuttgart, 1999, S. 33 und 39.

⁸⁹⁰ Dill, Gregor: Nationalsozialistische Säuglingspflege. Eine frühe Erziehung zum Massenmenschen. Ferdinand Enke, Stuttgart, 1999, S. 33.

⁸⁹¹ Ebd.

⁸⁹² Haarer, Johanna: *Die Mutter und ihr erstes Kind*. Carl Gerber, München, 1971.

⁸⁹³ Schulze, Theodor: Bücher über Mutter und Kind, kritisch gelesen. Eltern im Babyalter, *Zeit-Online*, 1969, URL: <http://www.zeit.de/1969/20/eltern-im-babyalter>, aufgerufen am 15. März 2017.

⁸⁹⁴ Rominger, Erich (Hrsg.): *Lehrbuch der Kinderheilkunde*. Springer, Berlin, 1950, S. 349.

entstandenen Lebens.“⁸⁹⁵ Hier scheint wie zu Zeiten des Kaiserreichs wieder der Erhalt der Nation im Vordergrund zu stehen; im Unterton schwingt durch die Wortwahl insgesamt aber auch noch ein vom Minderwertigkeitsgedanken geprägtes Weltbild mit. Dass dies ebenfalls nicht als Einzelfall zu werten ist, zeigt das von Bessau und Joppich verfasste Kapitel in dem Standardwerk zur Kinderheilkunde von Emil Feer, das nach dem Zweiten Weltkrieg in überarbeiteter Fassung von Hans Kleinschmidt herausgegeben wurde, mit dem Titel *Die Erziehung des Kindes*, in dem auch noch ganz unverhohlen sozialdarwinistische Begrifflichkeiten verwendet wurden. Demnach sollte die Erziehung des Kindes „beim Menschen die Erhaltung der Art und die Befähigung zum Lebenskampf [sic!]“ zum Ziel haben.⁸⁹⁶ Noch offensichtlicher wurden in dem Lehrbuch von Fanconi und Wallgren unter dem Kapitel *Allgemeine Prophylaxe* selbst im Erscheinungsjahr 1961 ohne Umschweife die Begriffe *positive* und *negative Rassenhygiene* erläutert und als sinnvolles Prinzip bei der „Verhütung unerwünschten Nachwuchses“ und der Auswirkung auf die „Erbmasse eines Volkes“ diskutiert.⁸⁹⁷

Diese Beispiele zeigen, wie tiefgreifend derartige sozialdarwinistische bis hin zu rassehygienischen Vorstellungen in der Gesellschaft verankert waren, die nach dem Zweiten Weltkrieg keineswegs ausgeradiert wurden, sondern auch aufgrund der hohen personellen Kontinuität weiterhin Bestand bei amtierenden Professor_innen hatten und somit das Selbstverständnis der Kinderheilkunde prägten.

5.2.2 „Der Arzt als Erzieher des Kindes“ – Tradition und Neuinterpretation eines gesellschaftlichen Erziehungsauftrags

Die Kinderheilkunde verstand sich nie nur ausschließlich als Fürsprecherin der Sorge um das kranke Kind bzw. die Bewahrung der Gesundheit desselben, sondern rechtfertigte ihr zum Teil selbstbewusstes Auftreten stets vor dem Hintergrund der Selbstinszenierung als unabkömmliches Element für das Fortbestehen der Gesellschaft. Auf welche spezifischen Interessen besondere Bedeutung gelegt wurde, akzentuierte man dem Zeitgeist entsprechend

⁸⁹⁵ Rominger, Erich (Hrsg.): Lehrbuch der Kinderheilkunde. Springer, Berlin, 1950, S. 349.

⁸⁹⁶ Fanconi, G.; Wallgren, A. (Hrsg.): Lehrbuch der Pädiatrie. Benno Schwabe & Co, Basel/Stuttgart, 1961, S. 18f.

⁸⁹⁷ Begründet wurde dieses Lehrbuch von dem Schweizer Pädiater Emil Feer (1864-1955), daher auch weiterhin als Standardwerk unter diesem Namen bekannt.

auf unterschiedliche Weise. Ein immer wiederkehrendes Motiv blieb jedoch die Darstellung der Kinder als die Inkarnation der Zukunft. Eng verbunden sind damit die im höchsten Maß normativ aufgeladenen Vorstellungen über das Kind und die daraus entspringenden Aufgabenbereiche und Handlungsanweisungen an die Pädiater_innen und durch sie verkörperte Institutionen, die ebenso einer immer politisch und kulturell geprägten Neuinterpretation ausgesetzt waren.

Als sich die Professionalisierung und Etablierung der Kinderheilkunde als (universitäres) Fach im Kaiserreich vollzog, geschah dies durch die Betonung der Bedeutung der Kinder einschließlich ihrer Gesundheit und Erziehung zunächst für den erstarkenden Nationalismus, eng gekoppelt an ökonomische Interessen des Vaterlandes, für die die patriotisch gesinnten Pädiater_innen vorgaben einzustehen. Während man in der Weimarer Republik in dem vorrangig präventiv arbeitenden Bereich der Kinderfürsorge zwischen rassistisch-eugenisch und sozialpädiatrischen Vorstellungen oszillierte, gipfelte erstere unter dem NS-Regime in pervertierter Form in der Idealvorstellung eines aufopferungsvollen, abgehärteten, dem Führerwillen blind gehorchenden Kindes als Garant für einen zukünftig homogenen Volkskörper. In den Wirren der Nachkriegszeit und den sozialen Umbrüchen erhielt die Versinnbildlichung der Kinder als Hoffnungsträger eine neue Qualität. Im öffentlichen Diskurs rekurrierte man auf die Bedeutung der auch als ärztliche [sic!] Aufgabe angesehenen Kindererziehung, die auch der politischen Selbstkonstruktion und Inszenierung der beiden sich neu formierenden deutschen Staaten dienlich war. Mit dem Engagement für die Kinder ging auch die Angst um die (wiederherzustellende) Stabilität der Gesellschaft einher, die in dieser Zeit gewichtig erschien (Kapitel 2.1.2). Dieser Herausforderung wurde in der DDR und der Bundesrepublik unterschiedlich begegnet und es bildeten sich in engem Zusammenhang mit den verschiedenartigen Sichtweisen auf den Menschen verschiedene Maximen im Hinblick auf das Kind und die Kinderheilkunde heraus, wenngleich die Erziehung zum „neuen Menschen“ in der DDR ungleich stärker öffentlich propagiert wurde und somit auch stärkere Entsprechungen auf dem Gebiet der Kinderheilkunde fand. Selbstverständlich bedarf es der Analyse des Einflusses der jeweiligen Menschenbilder auf die Kinderheilkunde keiner gänzlich konträren und absoluten Interpretation, vielmehr handelt es sich bei dem im Folgenden umrissenen Selbstdarstellungen um einige Grundnormen, die in Ost und West tendenziell divergierten. Die Vorstellung vom Menschen in der DDR wurde durch Akzentuierung von sozialen und politischen Momenten und der Betonung der Einbindung in ein Kollektiv konstituiert. Im Gegenentwurf hierzu entstanden in der Bundesrepublik Tendenzen zur Betonung biologischer und individualpsychologischer Faktoren und der Fokus lag auf der

Individualität des Einzelnen.⁸⁹⁸ Diese Momente kamen dann zum Tragen, wenn die Beziehung des Kindes zu Eltern und der Gesellschaft erörtert wurde.

Aufschlussreich haben sich programmatische Stellungnahmen zu offiziellen Anlässen der renommierten Fachvertreter_innen Schönfeld, Joppich und Rapoport erwiesen, die in diesem Kapitel hinsichtlich des Kinderbildes und des Selbstverständnisses der Kinderheilkunde analysiert werden sollen. Generell fällt eine inhaltliche Kongruenz auf, was die Wahl der Themen betrifft, denen sich die Kinderheilkunde den zitierten Autoritäten zufolge annehmen sollten: Sie sahen die Kinderärzt_innen vorrangig mit „Erziehungsschwierigkeiten“ mannigfaltiger Natur konfrontiert, denen es unter Zuhilfenahme der sachgemäßen Anleitung der Eltern und Verhaltensmaßregelung entgegenzuwirken galt. Wie genau dies jedoch auf methodischer und institutioneller Ebene zu bewerkstelligen sei, darüber herrschte offensichtlich Uneinigkeit. Allen gemeinsam wiederum war ein deutlich formulierter gesellschaftlicher Imperativ in Form eines Erziehungsauftrages, der gleichsam an Pädiater_innen, weiteres Personal im gesundheitlichen Bereich, Eltern und im weitesten Sinne gesundheitspolitische Akteur_innen gerichtet war.

Seit Beginn der Etablierung des Faches als solches war es untrennbar mit diesem gesellschaftlichen Erziehungsauftrag verknüpft. Diese Vorstellung lässt sich bis zu Adalbert Czerny (Abb. 37) zurückverfolgen, der diese mit seinem vielfach neu aufgelegten Standardwerk

⁸⁹⁸ Erpenbeck, Johan; Weinberg, Johannes: Menschenbild und Menschenbildung. Bildungstheoretische Konsequenzen der unterschiedlichen Menschenbilder in der ehemaligen DDR und in der heutigen Bundesrepublik. Waxmann, Münster/New York, 1993, S. 20.

Der Arzt als Erzieher des Kindes aus dem Jahr 1908, welches auf seinen Berliner Vorlesungen basierte, maßgeblich prägte.



Abbildung 36: Adalbert Czerny bei der Untersuchung seiner kleinen Patient_innen im Kinderkrankenhaus Wedding, 1. Station, undatiert.

Den Erziehungsauftrag der Pädiatrie begründete Czerny folgendermaßen:

„Schon im ersten Lebensjahr empfängt das Kind eine große Zahl von Eindrücken, welche bei dem frühzeitig sich entwickelnden Nachahmungstrieb zur Entwicklung bestimmter psychischer Eigenart führen. [...] Wer soll Eltern auf die große Bedeutung dieser ersten Erziehungseinflüsse auf ein Kind aufmerksam machen [...]? Dies kann nur Aufgabe eines Arztes sein, denn nur er vermag die Konsequenzen einer fehlerhaften Erziehung eines Kindes in den ersten Anfängen objektiv zu beurteilen, und ihm fällt die Aufgabe zu, später aus Erziehungsfehlern resultierende Mängel der Kinder zu behandeln.“⁸⁹⁹

⁸⁹⁹ Czerny, Adalbert: *Der Arzt als Erzieher des Kindes*. Franz Deuticke, Leipzig und Wien, 6. Auflage, 1922, S. 5f.

Der Arzt wurde an dieser Stelle als Vertreter der wissenschaftlich-objektiv operierenden Medizin präsentiert. Das Selbstverständnis und die Zuweisung dieses Aufgabengebiets ist Symptom einer allgemein vorherrschenden Medikalisierungstendenz, die sich nun auch auf die Erziehung in der frühen Kindheit ausweitete. Zu den von Czerny thematisierten Aspekten zählen zunächst auch Ernährungsfragen. Er propagierte erzieherische Maßnahmen zur „Anpassung an strikte Nahrungspausen“ die für ihn auch eine „erste Erziehung zur Beherrschung der Triebe“ beinhalteten.⁹⁰⁰ Ein weiteres Thema stellte auch die Erziehung zur Sauberkeit dar. Auch die Maßregelung anderer Bedürfnisse der Kinder sah er als sinnvoll an, da sie in letzter Konsequenz „ihnen auch gleichzeitig den ersten Begriff der Subordination unter einen Vorgesetzten“ beibringe, wenngleich er betonte, dass die „Erziehung der Kinder zur Selbstbeherrschung“ nicht nur für die „psychischen, sondern auch für die körperlichen Funktionen des Kindes notwendig ist.“⁹⁰¹

Diese Maxime verlor in der Nachkriegszeit nicht grundlegend an Popularität, wenngleich sie auch in verschiedenen Aspekten modifiziert wurde. Dies gilt sowohl für die SBZ/DDR sowie für die westalliierten Besatzungszonen/Bundesrepublik. Erziehung war immer noch für viele führende Pädiater_innen als eine Teilaufgabe der Kinderheilkunde zu verstehen wie auch als Interpretationsweise der sozialen Pädiatrie. Dabei be-

fand man sich im Wettstreit mit der sich institutionalisierenden Kinder- und Jugendpsychiatrie, die ebenso für sich beanspruchte die kompetenteste Ansprechpartnerin für die mentale Gesundheit der Kinder zu sein. Angesichts der nationalsozialistischen Verbrechen waren die Traditionen äußerst rar, die die Ärzteschaft zur Formierung einer (historischen) Identität und eines (neuen) Selbstverständnisses heranziehen konnten. Wie lassen sich diese Vorstellungen nun konkret in den beiden deutschen Staaten inhaltlich definieren und wie differieren sie voneinander?

Herbert Schönfeld – „Kinderarzt und Erziehung“

Auch wenn die Sozialpädiatrie im Sinne der klassischen Fürsorgeaufgaben in der Bundesrepublik ohne Zweifel zunehmend an Bedeutung verlor und in den 1950er Jahren deren institutionelle Verankerung im Abbau begriffen war – das Selbstverständnis des Arztes als

⁹⁰⁰ Czerny, Adalbert: Der Arzt als Erzieher des Kindes. Franz Deuticke, Leipzig und Wien, 6. Auflage, 1922, S. 26 f.

⁹⁰¹ Ebd., S. 31.

Erzieher mit Nähe zur Sozialpädiatrie persistierte auch im Westen Berlins. Ein eindrückliches Beispiel dieser Geisteshaltung findet sich bei Herbert Schönfeld, der an der Freien Universität Berlin im Rahmen seiner Lehrtätigkeit die Vorlesung mit dem Titel *Erziehung und Erziehungsschwierigkeiten* seit dem Gründungssemester der Universität abhielt (Kapitel 4.1.1).⁹⁰² Im Jahr 1951 veröffentlichte Schönfeld ein Buch mit dem Titel *Kinderarzt und Erziehung*, das nach eigenen Angaben aus eben diesen Vorlesungen entstanden war.⁹⁰³ Es bleibt zu analysieren, was Schönfeld unter diesem Erziehungsauftrag konkret verstand – für welche Normen und Vorstellungen er sich aussprach und welche Rolle sollten seines Erachtens die Kinderärzt_innen hierbei spielen?

Zweifelsohne sah sich Herbert Schönfeld in der Tradition Czernys, wobei er im Vorwort konkret auf dessen Standardwerk Bezug nahm. Eine Neuinterpretation dieses Selbstverständnisses hielt er allerdings für angebracht, da sich die „Probleme der Erziehung“ seit Czernys Zeiten gewandelt hätten.⁹⁰⁴ Die Erziehung des Kindes war Schönfeld zufolge als ein Feld von ungebrochener Wichtigkeit innerhalb der ärztlichen Tätigkeit anzusehen, wobei er eine Vernachlässigung derselben „in unserem Zeitalter der Chemotherapie“ beklagte. Vom Erziehungsauftrag Abstand zu nehmen und eine Beschränkung des Kinderarztes auf die „Behandlung des kindlichen Körpers“ hielt er für obsolet und diffamierte sie als „besonders unglückliche Äußerung [...] der Spezialisierungssucht“.⁹⁰⁵ Dies ist vor dem Hintergrund des sich neu formierenden und professionalisierenden Fach der Kinder- und Jugendpsychiatrie zu betrachten, wobei die Vertreter_innen beider Seiten um Kontrolle und Ausrichtung der neuen Disziplin rangen. Trotz dieser Konkurrenz um die Deutungshoheit der Psyche und Psychopathologie des Kindes einte die beiden Seiten die Interpretation, dass die aufgezeigten Erziehungsschwierigkeiten unter anderem ein Resultat der veränderten Lebensumstände des Kindes in der urbanen Moderne waren. Die Kinderheilkunde sah auch Schönfeld hier selbstbewusst als ordnende Gegenmacht, die klare Lösungen in „unruhigen Zeiten“ versprach.⁹⁰⁶ Den ärztlichen Erziehungsauftrag leitete Schönfeld her, indem er in Bezugnahme auf diverse antike Philosophen davon ausging, dass nur Triebbeherrschung zum individuellen Glück führe, was wiederum nur durch Erziehung zustande gebracht werden könne: „Beherrschung der Triebe und Affekte besteht darin oder wird dadurch erreicht, daß Körper

⁹⁰² FU Berlin, UA, Bibliothek, Personal- und Hochschulverzeichnis 1948-1956.

⁹⁰³ Schönfeld, Herbert: *Kinderarzt und Erziehung*. Ferdinand Enke, Stuttgart, 1951, S. V (Vorwort).

⁹⁰⁴ Ebd.

⁹⁰⁵ Ebd.

⁹⁰⁶ Ebd., S. 1.

und Geist zueinander in ein Gleichgewicht gebracht und darin erhalten werden.“⁹⁰⁷ Somit finden sich in diesen Aussagen auch deutliche Parallelen zu Czernys Verständnis. Darüber hinaus sind sie im Zusammenhang mit einem Menschenbild zu verstehen, dass tendenziell eher biologische und individualpsychologische Faktoren als die Stellgrößen der (kindlichen) Entwicklung betrachtet.⁹⁰⁸

Schönfeld stützte sich bei der Begründung seiner Ansichten immer wieder auf seine Autorität als wissenschaftlich arbeitende Person, denn wer auf „die elterlichen [...] Instinkte baut, baut auf Sand“ und konstatierte folgerichtig mit standesgemäß stolzer Überzeugung: „Jeder Kinderarzt weiß, daß von Vätern, Müttern, Großmüttern jahraus, jahrein falsch gemacht wird, was sich falsch machen läßt.“ Diese instinkt gelenkte Erziehung kontrastierte er mit der Autorität des Kinderarztes, die er in dessen wissenschaftlicher Expertise begründet sieht. Selbstbewusst führte Schönfeld weiterhin aus, dass die Etablierung der „Methode der Wissenschaft“ der Kinderheilkunde zum Erfolg verholfen hätte.⁹⁰⁹ Neben den fachkundigen Pädiater_innen sah Schönfeld in der Tätigkeit der Schulärzt_innen im Auftrag der Gesundheitsämter auch eine maßgebliche Kontrollinstanz, welche mit „der hygienischen Überwachung der Bevölkerung beauftragt sind.“⁹¹⁰

Nach Schönfelds Überzeugung war das Kind nicht von Geburt an als Mensch zu betrachten, sondern erst infolge seiner Entwicklung als solcher anzusehen: „[N]ach und nach erst formt sich aus dem personalen Urnebel der Kindheit unter der von Anlage und Umwelt bedingten Notwendigkeit der Mensch.“⁹¹¹ Der Objektstatus des Kindes stellte jedoch kein Hindernis für den propagierten Erziehungsauftrag dar, denn „Objekt der Erziehung ist der Mensch von seinem ersten Lebenstag an.“⁹¹² Dies revidierte Schönfeld später zumindest teilweise, indem er das Vorhandensein von Vernunft beim Säugling gänzlich verneinte und diesen als ausschließliches „Instinkt-, Trieb-, Affekt- und Reflexwesen“ ohne jeglichen willentlichen Bezug zu seiner sozialen Umwelt beschrieb. Von dieser reduktionistischen Deutung des Kindes wich Schönfeld auch im Hinblick auf das spätere Alter des Kindes nicht ab, vom ihm war immer

⁹⁰⁷ Schönfeld, Herbert: *Kinderarzt und Erziehung*. Ferdinand Enke, Stuttgart, 1951, S. 4.

⁹⁰⁸ Erpenbeck, Johan; Weinberg, Johannes: *Menschenbild und Menschenbildung. Bildungstheoretische Konsequenzen der unterschiedlichen Menschenbilder in der ehemaligen DDR und in der heutigen Bundesrepublik*. Waxmann, Münster/New York, 1993, S. 19.

⁹⁰⁹ Schönfeld, Herbert: *Kinderarzt und Erziehung*. Ferdinand Enke, Stuttgart, 1951, S. 9.

⁹¹⁰ Ebd., S. 5.

⁹¹¹ Ebd., S. 130.

⁹¹² Ebd., S. 7.

als das „Objekt“ von etwas die Rede – so ist es „Erziehungsobjekt“, von dem „Vernunftseinsicht [...] nicht zu verlangen“ sei, da diese in der Kindheit per definitionem fehle.⁹¹³

Weitere von Schönfeld diskutierte Themen waren Abhandlungen über die Rolle des Spiels in der Erziehung, Schulprobleme und kindliche Sexualität. Prominent kamen in Schönfelds Ausführungen außerdem Überlegungen zu der „Frage, was das Kind ißt, wie es ißt und wann es ißt“⁹¹⁴ zur Sprache. Zur Ernährung des Säuglings positionierte er sich als Verfechter der „Brustnahrung“ und bezog nicht nur den Säugling, sondern auch die Mutter in seinen Erziehungsauftrag mit ein: „Sie [die Mutter] muß aber nicht nur erzogen werden, richtig zu stillen, sondern überhaupt zu stillen.“⁹¹⁵ Es wurde deutlich, dass er es als sinnvoll ansah, hinsichtlich der Verabreichung der Nahrung den Säugling zu einer „Gewöhnung an eine Zeitordnung“ zu erziehen.⁹¹⁶ Bei der „Ernährung als Erziehungsproblem“ betonte Schönfeld immer wieder, dass diese auf der Basis und den Erkenntnissen der „wissenschaftlichen Kinderheilkunde“ geschehen solle, wobei er den Säuglingsfürsorgestellen als Ort der Vermittlung dieses Wissens erhebliche Bedeutung zumaß.⁹¹⁷ Damit eröffnet sich eine offensichtliche Divergenz zwischen dem, was an der FU von Schönfeld gelehrt wurde, und was in der Bundesrepublik tatsächlich im Hinblick auf den Stellenwert der öffentlichen Gesundheitsfürsorge langfristig umgesetzt wurde.

Die Thematik betraf Schönfeld zufolge nicht nur Säuglinge: eine „sachgemäße Ernährung für das Kleinkind“ erachtete er als „ebenso wichtig“.⁹¹⁸ In Bezug auf die Frage der Schulspeisungen, die zur Zeit der Veröffentlichung seines Werks durchaus aktuell waren (Kapitel 3.1.2), nahm er eine ambivalente Rolle ein. Einerseits plädierte er dafür, „die gesamte Ernährung der Kinder der Öffentlichkeit zu überlassen“, andererseits würden die Schulspeisungen eine „einheitliche Leitung der Ernährung unmöglich“ machen und stünden „sehr oft der hausärztlichen Beratung im Wege“.⁹¹⁹ Er sprach sich also grundsätzlich für eine möglichst umfangreiche Kontrolle der Ernährung der Kinder aus, hielt die Schulspeisungen jedoch für „Notmaßnahmen“,⁹²⁰ deren interimistischen und behelfsmäßigen Charakter es nicht zu übersehen gelte.

⁹¹³ Schönfeld, Herbert: *Kinderarzt und Erziehung*. Ferdinand Enke, Stuttgart, 1951, S. 11.

⁹¹⁴ Ebd., S. 6.

⁹¹⁵ Ebd., S. 18.

⁹¹⁶ Ebd., S. 17.

⁹¹⁷ Ebd., S. 44.

⁹¹⁸ Ebd., S. 43.

⁹¹⁹ Ebd., S. 6.

⁹²⁰ Ebd.

In der Zusammenschau zeichnete Schönfeld ein Bild eines Kindes, dass zu Gehorsam und Selbstdisziplin erzogen werden sollte. An den verschiedenen Stellen riet er dabei den Eltern zu einer paternalistischen Grundhaltung und dazu, nicht zu viel Nachsicht walten zu lassen, sondern sich unnachgiebig und konsequent zu verhalten.

Das Verhältnis der Kinderheilkunde zu Gesellschaft und Politik wird bei Schönfeld nur marginal erörtert. Generell erteilte er der „Erziehung zu bestimmten politischen Anschauungen“ eine deutliche Absage und führte aus: „Das Kind soll weder als politisches Instrument gebraucht, noch zu einem politischen Instrument erzogen, oder vielmehr gedrillt werden.“⁹²¹ Eine mögliche Lesart wäre, dies als Abgrenzung zu jeder staatlichen Indienstnahme der Kinderheilkunde zu interpretieren.

Gerhard Joppich – „Das Kind im Jahrhundert des Kindes“

Joppich hielt an der Göttinger Universität am 24. November 1956 eine „Rede zur feierlichen Immatrikulation“ unter dem Titel „Das Kind im Jahrhundert des Kindes“;⁹²² in der er einige grundlegenden Aussagen zu seiner Sicht auf das Kind und die kinderärztliche Praxis darlegte. Es wurde ersichtlich, dass nicht nur Schönfeld, sondern auch Joppich rhetorisch immer wieder auf Czerny und dessen Auffassung rekurrierte, dass die Pädiatrie ebenso für Erziehungsschwierigkeiten beim Kind zuständig sei. Einleitend verkündete Joppich das auf die Gegenwart bezogene Postulat „Unsere Kinder sind gesünder“;⁹²³ das er nicht ohne Stolz auf die Errungenschaften der Kinderheilkunde und deren Vertreter_innen zurückführte. Problematisch sei gleichwohl vornehmlich die hohe Inzidenz der „seelischen Störungen“, wobei „ein Drittel aller Kinder“ wegen „nicht organisch bedingter Klagen in die Kinderärztliche Sprechstunde“ gebracht würde.⁹²⁴ Er argumentierte, dass die Wahrnehmung des Erziehungsauftrags seitens der Ärzt_innen in dieser Angelegenheit die geeignete Abhilfe schaffen könne. Joppich führte zunächst aus, worin seinem Dafürhalten nach die generelle Skepsis gegenüber Erziehung als solche in der Gesellschaft begründet läge. Er bemängelte einen „Verlust der weltanschaulichen Position bei den Erwachsenen“ und konstatierte eine allgemeine Identitätskrise der

⁹²¹ Schönfeld, Herbert: *Kinderarzt und Erziehung*. Ferdinand Enke, Stuttgart, 1951, S. 94.

⁹²² Joppich, Gerhard: *Das Kind im Jahrhundert des Kindes*. Rede zur feierlichen Immatrikulation am 24. November 1956. Vandenhoeck&Ruprecht, Göttingen, 1957.

⁹²³ Ebd., S. 10.

⁹²⁴ Ebd., S. 11.

Nachkriegszeit,⁹²⁵ die in eine mangelnde Erziehung der Kinder münde. Damit schloss er an traditionelle Deutungsmuster bezüglich der Ursache der geschilderten Problematik an (Kapitel 2.1.2), indem er feststellte: „Die Welt des Kindes, [...] ist in Unordnung [und] in den Wirrwarr einer krisenhaften Zeit geraten.“⁹²⁶

Ausgangspunkt seines Einstehens für mehr Erziehungsarbeit bildete dabei das emphatisch vertretene Postulat der „Robustheit der kindlichen Seele“, welches er anhand von Beispielen verschiedener Reaktionen von Kindern in den Kriegstagen zu belegen versuchte. Folglich verneinte er, dass Kinder „in der Regel krankhaft“ auf Erziehungsmaßnahmen reagieren würden. In Joppichs Rede schwang immer wieder eine diffuse Angst und Abwehr gegenüber dem modernen Zeitalter mit, die sich in Abwehr jeglicher progressiven Tendenzen zeigte und gleichzeitig ein nostalgisch-verklärtes Betrauern vergangener Zeiten und Ideale mit sich brachte. Er zitierte beispielsweise preußische Vorstellungen folgendermaßen: „War alles einfacher früher: Mit Gott für König und Vaterland“ und resümierte mit unterschwelligem Bedauern: „Zu dieser begreifbaren Philosophie [...] gehörte auch eine begreifbare Einstellung zur Erziehung“.⁹²⁷ Weiterhin machte Joppich seiner Meinung nach gefährliches „halbes Wissen“ in der Bevölkerung verantwortlich, welches von den „modernen psychoanalytischen Vorstellungen“ herrühre, und bei Eltern der Vorstellung Vorschub leistete, der Säugling und das kleine Kind liefen durch jegliche Erziehung Gefahr, lebenslange, irreversible psychische Schäden zu erleiden.⁹²⁸ Dies führte, so Joppich, zu einem verhängnisvollen Schwinden von erzieherischem Einfluss generell.

Einen weiteren gesellschaftskritischen Aspekt, der die Kindergesundheit in Mitleidenschaft zöge, sah Joppich in der „erwerbstätige[n] Mutter“, welche er als „soziologisches Problem ersten Ranges“ klassifizierte.⁹²⁹ Anders als in der DDR propagierte er ein antiemanzipatorisches, patriarchales Rollenbild der Frau, deren Aufgabe er vornehmlich in der Kinderbetreuung und Erziehung sowie anderen reproduktiven Tätigkeiten verortete. Die Berufstätigkeit der Frau wurde somit als Bedrohung für die Familie und als gesamtgesellschaftliche Gefahr gewertet.

Mit dem wohl kaum zufällig gewählten Titel „Das Kind im Jahrhundert des Kindes“, nahm Joppich explizit Bezug auf die Schrift der schwedischen Reformpädagogikerin Ellen Key

⁹²⁵ Joppich, Gerhard: Das Kind im Jahrhundert des Kindes. Rede zur feierlichen Immatrikulation am 24. November 1956. Vandenhoeck&Ruprecht, Göttingen, 1957, S. 12.

⁹²⁶ Ebd., S. 25.

⁹²⁷ Ebd., S. 12 f

⁹²⁸ Ebd., S. 14 f.

⁹²⁹ Ebd., S. 20.

(1849-1926), die 1902 die Schrift „Das Jahrhundert des Kindes“ veröffentlicht hatte, welche in viele Sprachen übersetzt wurde. Dies ist insofern bemerkenswert, da sie darin unter anderem die „Veredelung der menschlichen Rassen“ propagierte und sich offen für eine negative Eugenik aussprach, indem sie behauptete, dass „das Leben des psychisch und physisch unheilbar kranken und missgestalteten Kindes zur stündlichen Qual für das Kind selbst und seine Umgebung“ werde und dass sich die „Humanität der Zukunft sich darin zeigen [könnte], dass der Arzt unter Kontrolle und Verantwortung schmerzlos ein solches Leiden auslöscht.“⁹³⁰ Die Referenz auf diese Schriftstellerin ist nur eine der vielen Hinweise, die von der allgemeinhin fehlenden Distanzierung und Ächtung der nationalsozialistischen Ideologie zeugen. Zudem zitierte Joppich aus einem „Handbuch der Erbbiologie“ von 1939,⁹³¹ dessen Herausgeber Günther Just (1892-1950) sich mit eugenischen Untersuchungen über Schulleistung, Begabung und Persönlichkeitsentwicklung im Nationalsozialismus einen Namen gemacht hatte. Joppich lieferte außerdem einen kurzen historischen Abriss der Geschichte des Kindes und der Kinderheilkunde, wobei er jegliche Thematisierung der NS-Zeit in konsequenter Weise aussparte.

In den letzten Sätzen der Rede drängen sich Parallelen zu der Konzeption der Weimarer Sozialfürsorge im Sinne der zum Ziel erhobenen Sozialdisziplinierung auf, wenn Joppich abschließend ausführte, dass das Kind eine „Welt der geistigen Ordnung, sinnvollen Ordnung, die es respektiert“,⁹³² benötige. Das kontrollierende Moment und die Erziehung zu einer gesellschaftlich anerkannten Norm ist somit eine nicht zu unterschätzende Aufgabe der Kinderheilkunde, Joppichs Verständnis derselben zufolge. Er positionierte die Kinderheilkunde hiermit als Garant und kompensatorisches Element der vermeintlich auf der Strecke gebliebenen Ordnung der Gesellschaft.

Ingeborg Rapoport – „Erziehungsprobleme im Blickfeld des Arztes“

Grundsätzlich korrespondierte das Verständnis des Arztes als Erzieher des Kindes gut mit der offiziellen gesundheitspolitischen Strategie der in weiten Teilen sozialpädiatrisch orientierten Kinderfürsorge der DDR. Konkreter wird dies sichtbar, wenn beispielsweise in der Abteilung

⁹³⁰ Key, Ellen: Das Jahrhundert des Kindes. S. Fischer, Berlin, 1902, Kapitel I. URL: <http://gutenberg.spiegel.de/buch/das-jahrhundert-des-kindes-6496/1>, aufgerufen am 7. März 2017.

⁹³¹ Just, Günther (Hrsg.): Grundlagen der Erbbiologie des Menschen. Springer, Berlin, 1940.

⁹³² Joppich, Gerhard: Das Kind im Jahrhundert des Kindes. Rede zur feierlichen Immatrikulation am 24. November 1956. Göttingen, Vandenhoeck&Ruprecht, 1957, S. 26.

für Gesundheitswesen eine „Aussprache über medizinische Probleme“ angestoßen wurde, worunter auch Vortragsthemen mit dem Titel „Wie erziehe ich mein Kind zu einem gesunden Menschen“ fielen.⁹³³ Darüber hinaus vertrat auch Ingeborg Rapoport als Kinderärztin dieses Verständnis in einer modifizierten Weise. Sie war eine der renommiertesten Kinderärztinnen nicht nur innerhalb der Landesgrenzen der DDR, sondern auch über diese hinaus sowie zeitlebens überzeugte Sozialistin und erhielt mehrere vom Staat verliehene hochrangige Ehrungen,⁹³⁴ weshalb sie zumindest bedingt als Repräsentantin der gesundheitspolitischen Ansichten der DDR bezüglich der Kinderheilkunde angesehen werden kann.

Bereits in der Einleitung ihres Vortrages zementierte Rapoport die Auswirkungen der Systemkonkurrenz auch in Hinblick auf die Medizin, indem sie mit einigem Nachdruck konstatierte, dass „man den wahren, echten Beruf des Arztes in einem kapitalistischen Land nicht erfüllen“ könne. Als vagen Gegenentwurf hierzu schrieb sie weiterhin: „Wir haben nicht nur die Möglichkeit, all unser Wissen für die Erhaltung der Gesundheit unserer Kinder einzusetzen, sondern sogar die herrliche Pflicht, es mit allen unseren Kräften zu tun.“⁹³⁵ Hierbei wird die Prägung durch die Grundannahme der überragenden Bedeutung der „politischen und sozialökonomischen Voraussetzungen“ oder, anders formuliert, eine Tendenz zur Akzentuierung des politischen Moments auf den Menschen ersichtlich, das konstitutiv für das Menschenbild der DDR war.⁹³⁶ Erziehung des Kindes bedeutete für Rapoport vor allem Erziehung zu „brauchbare[n] und produktive[n] Glieder[n] der Gesellschaft“.⁹³⁷ Die Kindererziehung im Westen beschuldigte sie hingegen, „im Dienst des Imperialismus“ gestanden und „aggressive, bedenkenlose Individualisten“ zum Ziel gehabt zu haben.⁹³⁸ Dagegen zeichnete Rapport das Ideal eines Menschen, „dessen Eigenschaften in der Höchstentfaltung der

⁹³³ LAB C Rep. 135-01, Nr.: 375

⁹³⁴ 1969 „Verdienter Arzt des Volkes“, 1973 „Vaterländischer Verdienstorden in Bronze“, 1977 „Vaterländischer Verdienstorden in Silber“, 1984 zusammen mit anderen Ärzt_innen „Nationalpreis der DDR III. Klasse für Wissenschaft und Technik“ für ihren Beitrag zur Senkung der Säuglingssterblichkeit in der DDR.

⁹³⁵ Rapoport, Ingeborg: Erziehungsprobleme im Blickfeld des Arztes. In: Durch Volksgesundheit zur Leistungssteigerung. Eine Schriftenreihe des deutschen Hygiene-Museums Dresden. Volk und Gesundheit, Berlin, 1953, S. 4.

⁹³⁶ Erpenbeck, Johan; Weinberg, Johannes: Menschenbild und Menschenbildung. Bildungstheoretische Konsequenzen der unterschiedlichen Menschenbilder in der ehemaligen DDR und in der heutigen Bundesrepublik. Waxmann, Münster/New York, 1993, S. 18.

⁹³⁷ Rapoport, Ingeborg: Erziehungsprobleme im Blickfeld des Arztes. In: Durch Volksgesundheit zur Leistungssteigerung. Eine Schriftenreihe des deutschen Hygiene-Museums Dresden. Volk und Gesundheit, Berlin, 1953, S. 16.

⁹³⁸ Ebd., S. 22.

einzelnen Persönlichkeiten bei gleichzeitig maximaler Entwicklung seines gesellschaftlichen Bewußtseins“ bestehen sollten.⁹³⁹ In diesen Dienst sollte auch die Kindererziehung gestellt werden. Diese Darstellung weist eine hohe Kongruenz mit dem allgemeinen Menschenbild auf, das dessen Einbindung in ein Kollektiv und politische Faktoren in den Vordergrund stellte. Fragen, wie man sich zum Kind verhalten und es erziehen sollte, beantwortete Rapport folgerichtig nie losgelöst vom gesellschaftlichen Gesamtzusammenhang und dort konstatierten Bedürfnissen desselben. Vor diesem Hintergrund wird auch die Ausrichtung des gesamten Gesundheitssystems der DDR verständlicher.

Ihre Ansichten zu den geistigen Fähigkeiten eines Säuglings sind deutlich progressiver als die von Schönfeld, der vom Säugling als ein „recht klägliches, grämliches Wesen“ spricht, welches „von sich aus keinerlei Anzeichen verrät, daß es zur Lebensfreude geschaffen sei“.⁹⁴⁰ Der Säugling sei, so Rapoports Position hingegen, ein „geselliges Wesen“,⁹⁴¹ dessen Einfluss auf die „menschliche Gesellschaft“ auch in seinem jungem Alter offensichtlich sei.⁹⁴² Infolgedessen räumt die Kinderärztin der Hinwendung zum Säugling eine größere Bedeutung ein, als dies Joppich und Schönfeld tun: „[J]eder Kontakt mit dem Säugling ist eine Erziehungstätigkeit.“⁹⁴³ Auch sprach sie sich im Umgang mit dem Säugling diesem gegenüber für deutlich mehr Nachsicht aus und distanzierte sich gleichzeitig von Disziplin und Härte als Grundhaltung, vielmehr plädierte sie dafür, die „Bedürfnisse des Säuglings und Rechte der übrigen Familie [...] miteinander so in Einklang“ zu bringen, „daß das Kollektiv in möglichst harmonischer Weise funktioniert“.⁹⁴⁴ Demzufolge durfte man dem Säugling, wenn er beispielsweise schrie, durchaus Aufmerksamkeit zukommen lassen, in diesem Alter sei es noch nicht möglich ein Kind zu „verwöhnen“. Auch hier wurde das Prinzip des Kollektivismus, welches grundlegend für das sozialistische Menschenbild war, deutlich. Es sollte „Solidarität, [...]“

⁹³⁹ Rapoport, Ingeborg: Erziehungsprobleme im Blickfeld des Arztes. In: Durch Volksgesundheit zur Leistungssteigerung. Eine Schriftenreihe des deutschen Hygiene-Museums Dresden. Volk und Gesundheit, Berlin, 1953, S. 22.

⁹⁴⁰ Joppich, Gerhard: Das Kind im Jahrhundert des Kindes. Rede zur feierlichen Immatrikulation am 24. November 1956. Göttingen, Vandenhoeck&Ruprecht, 1957, S. 14.

⁹⁴¹ Rapoport, Ingeborg: Erziehungsprobleme im Blickfeld des Arztes. In: Durch Volksgesundheit zur Leistungssteigerung. Eine Schriftenreihe des deutschen Hygiene-Museums Dresden. Volk und Gesundheit, Berlin, 1953, S. 7.

⁹⁴² Ebd., S. 5.

⁹⁴³ Ebd., S. 7.

⁹⁴⁴ Ebd., S. 6.

Einstehen für gesellschaftliche Interessen“ der Menschen untereinander bewirken.⁹⁴⁵ Auf diese Entwicklung ging sie näher ein und beschrieb das Kleinkindalter als diejenige Phase, in welcher „der kleine Mensch [...] aus einem egozentrischen Einzelgänger zu einem aktiven Mitglied der menschlichen Gesellschaft“ würde.⁹⁴⁶ Dennoch sprach sie sich entschieden dafür aus, dem Kind einiges an Freiheiten zu lassen, um seine Selbständigkeit zu schulen und es nicht zu sehr zu maßregeln. Auch bei der Erziehung zu „Reinlichkeit und Ordnung“ sah Rapport diese als „Vorbedingungen für die hygienischen Grundlagen jeder Gemeinschaft“ und als eine „Garantie für den besten Gesundheitszustand aller“ als erforderlich an.⁹⁴⁷ In diesem Zusammenhang legte Rapport besonderen Wert auf präventive Impfungen und die Einhaltung des Impfkalenders. Diese Thematik kam bei Schönfeld und Joppich nicht zur Sprache.

Die Thematik der Ernährung, vorrangig die des Stillens, wurde auch von Rapport abgehandelt. Dabei sprach sie sich ebenso wie Joppich und Schönfeld grundsätzlich für die Bevorzugung dieser natürlichen Form der Ernährung aus, räumte jedoch ein, dass, falls die Mutter nicht Stillen könne, dies „kein so schreckliches Unglück“ sei.⁹⁴⁸ Bei der Einführung von zusätzlicher Nahrung und geschmacklichen Präferenzen, solle man nachsichtig und nicht zu streng handeln und auf die Reaktionen des Kindes eingehen.⁹⁴⁹ Das Ausüben einer beruflichen Tätigkeit seitens der Frau sieht Rapport, anders als Joppich, nicht im Widerspruch zur Mutterrolle und dem Kindeswohl, sondern ermögliche die Betreuung in Krippen und Tagesstätten der Frau doch „zugleich Mutter und ein volles, gleichberechtigtes, produktives Mitglied der Gesellschaft zu sein“.⁹⁵⁰

Allen drei zitierten Pädiater_innen zufolge erhob die Kinderheilkunde zu Recht den Anspruch, sich die Zuständigkeit nicht nur für das physisch kranke, sondern auch für verhaltensauffällige Kinder zu sichern. Bezüglich der diskutierten Themen ergeben sich nur graduelle Unterschiede. Vielfalt herrschte jedoch bei der Ausgestaltung der ausgesprochenen Ratschläge, wie diversen Problemen begegnet werden sollte. Joppich und Schönfeld waren in ihrer propagierten Haltung

⁹⁴⁵ Erpenbeck, Johan; Weinberg, Johannes: Menschenbild und Menschenbildung. Bildungstheoretische Konsequenzen der unterschiedlichen Menschenbilder in der ehemaligen DDR und in der heutigen Bundesrepublik. Waxmann, Münster/New York, 1993, S. 24.

⁹⁴⁶ Rapoport, Ingeborg: Erziehungsprobleme im Blickfeld des Arztes. In: Durch Volksgesundheit zur Leistungssteigerung. Eine Schriftenreihe des deutschen Hygiene-Museums Dresden. Volk und Gesundheit, Berlin, 1953, S. 10.

⁹⁴⁷ Ebd., S. 17.

⁹⁴⁸ Ebd., S. 7.

⁹⁴⁹ Ebd., S. 8.

⁹⁵⁰ Ebd., S. 23.

der Erziehungsberechtigten zu den Kindern inhaltlich einander näher als Rapoport. Zum Verhältnis der Kinderheilkunde zu Gesellschaft und Politik schwieg Joppich, Schönfeld verwies am Rande auf die Gefahr der Instrumentalisierung der Kinderheilkunde und bei Rapport nahm die Kinderheilkunde eine wichtige Stellung im Aufbau einer sozialistischen Gemeinschaft ein. Allen gemeinsam war ein stark ausgeprägter Paternalismus, der im Selbstverständnis der Ärzt_innen tief verwurzelt und der auch in der Nachkriegszeit ungebrochen war. Auch hinsichtlich des Verhältnisses der Ärzt_innen zu Eltern der Kinder blieb dieses asymmetrische Modell bestehen. So wies Loeschke in seinem Lehrbuch zur Kinderheilkunde von 1954 auf die Notwendigkeit der Bildung eines Bewusstseins der Ärzt_innen und anderer fachlicher Helfer_innen über die „ständig gegebenen Situation des Erziehers des werdenden Menschen“ hin, wobei „dessen Einfluss im wahren Sinne des Wortes Menschen bilden kann und dessen abgewogenem Urteil sich auch die Eltern fügen.“⁹⁵¹ Die Deutungshoheit über das Kinder als die „werdenden Menschen“ (sic!) lag demzufolge unangefochten auf Seite der Medizin.⁹⁵²

5.3 Über die Entwicklung des Stellenwerts der Sozialpädiatrie in West und Ost

Wie bereits in Kapitel 3.1 erörtert, war die Kinderheilkunde in der Besatzungszeit vorrangig bestimmt von der präventiven Fürsorgearbeit mit Hinblick auf die Reduzierung der Säuglings- und Kindersterblichkeit und der Bekämpfung von Infektionskrankheiten, die in erheblichem Maße eine Bedrohung für die Kindergesundheit darstellten. In der Besatzungszeit divergierten die angewendeten Konzepte praktisch kaum bis gar nicht, auch wenn die verantwortlichen Akteur_innen in der SBZ/DDR schon hier in der öffentlichen Begründung der Motivation hinsichtlich der Ergreifung der Maßnahmen deutlich politischer agierten. Alle Besatzungszonen hatten zunächst mit elementaren Problemen zur Sicherung des reinen Überlebens der Kinder jeglichen Alters zu kämpfen und äußere Sachzwänge bestimmten das medizinische Handeln. Neben dieser beschriebenen, aber zeitlich beschränkten Kontinuität der breiten Anwendung eines sozialpädiatrischen Konzepts stellt sich die Frage nach dessen Relevanz in der öffentlichen Selbstdarstellung der Pädiater_innen und in der praktizierten

⁹⁵¹ Klose, N.N.: Loeschke, Adalbert: Kinderheilkunde. Ärzte-Verlag, Köln, 1954, S. 13.

⁹⁵² Kujath, Gerhard: Jugendpsychiatrische Begutachtung. Johann Ambrosius Barth, Leipzig, 1949, S. 3.

Kinderheilkunde nach den deutsch-deutschen Staatsgründungen. Neben diesen anfänglichen Gemeinsamkeiten kristallisierten sich unterschiedliche Standpunkte dazu heraus, wie die Versorgung der Kinder langfristig gestaltet werden sollte, die untrennbar mit dem Prozess der politischen Selbstkonstruktion der beiden Staaten verbunden waren. Dabei sollte nicht vergessen werden, dass die zu lösenden Probleme ähnlicher Natur waren, wie sich am Beispiel der Säuglingssterblichkeit in beiden deutschen Staaten zeigt. Ausgehend von einer Säuglingssterblichkeit von 5,9 Prozent (1949) bzw. 4,6 Prozent (1953) in der Bundesrepublik und 7,8 Prozent (1949) bzw. 5,3 Prozent (1953) in der DDR bestand bei deutlich niedrigeren Sterblichkeitsraten im europäischen Vergleich in beiden deutschen Staaten offensichtlich Handlungsbedarf.⁹⁵³ Bis 1960 war die Säuglingssterblichkeit in West-Berlin niedriger als in Ost-Berlin, bis 1980 verkehrte sich die Lage ins Gegenteil. Die divergierende Entwicklung der Säuglingssterblichkeit in den beiden deutschen Staaten ist auch auf die unterschiedliche Ausrichtung der beiden Gesundheitssysteme zurückzuführen.⁹⁵⁴ Berlin stellte dabei noch einen Sonderfall als Großstadt dar, da hier zumindest zunächst die flächendeckende Fürsorge auch in dem westlichen Teil erheblich besser war als in ländlichen Gebieten der Bundesrepublik.⁹⁵⁵ Grundsätzlich lässt sich die Situation vereinfacht so zusammenfassen: man stand vor gleichen Problemen, die man aber mit unterschiedlichen Konzepten zu lösen versuchte.

Von Bedeutung ist bei diesem Vergleich zunächst die Frage, wer in der Gesellschaft die Verantwortung für die Gesundheit der Kinder übernahm. Der Bereich der Gesundheitsfürsorge wurde in der DDR auch in der Kinderheilkunde als eine staatliche und öffentliche Aufgabe betrachtet. Ein wichtiger Aspekt der Kinderfürsorge in der DDR war außerdem die Überlegung, dass für das Wohl der Kinder nicht unabhängig von dem der Frauen in ihrer Funktion als Mütter gesorgt werden konnte. Es war einerseits der Staat, welcher nicht nur in Form der Impfpflicht konkrete Vorschriften vorgab, sondern auch eine starke Einbindung und Betonung der Pflichten

⁹⁵³ So verzeichneten beispielsweise die Niederlande 1953 nur noch eine Säuglingssterblichkeit von 2 Prozent und in England waren es im gleichen Jahr nur 2,6. Vgl.: Linder, Ulrike: Gesundheitsfürsorge für Schwangere und Säuglinge 1949-1965: Pläne, Maßnahmen, Defizite. In: Woelk, Wolfgang; Vögele, Jörg (Hrsg.): Geschichte der Gesundheitspolitik in Deutschland. Von der Weimarer Republik bis in die Frühgeschichte der „doppelten Staatsgründung“. Duncker&Humblot, Berlin, 2002, S. 358.

⁹⁵⁴ Für eine detaillierte Darstellung vgl.: Wauer, Roland: Säuglingssterblichkeit in Deutschland und Berlin – Unterschiede in Ost und West. In: 10. Interdisziplinärer SGA-Workshop. Proceedingband. Medizinischer Verlag Siegfried Zabransky, 2012, S. 88-113.

⁹⁵⁵ Linder, Ulrike: Gesundheitsfürsorge für Schwangere und Säuglinge 1949-1965: Pläne, Maßnahmen, Defizite. In: Woelk, Wolfgang; Vögele, Jörg (Hrsg.): Geschichte der Gesundheitspolitik in Deutschland. Von der Weimarer Republik bis in die Frühgeschichte der „doppelten Staatsgründung“. Duncker&Humblot, Berlin, 2002, S. 354.

der Mutter propagierte, die aber in Form verschiedener Maßnahmen Unterstützung und damit auch paradoxerweise wieder Entbindung von Pflichten erfuhr. Dieses Verständnis der Pädiatrie in der DDR hatte eine Fokussierung auf Prävention und sozialpädiatrische Methoden zur Folge, wobei sich diese Tendenz im Ostteil Berlins zunehmend verstärkte, auch wenn das Tätigkeitsfeld der Kinderfürsorge bis 1950 in beiden Zonen definitiv lebendig blieb. Konkret sollten daher im Osten „zu den vorhandenen weitere 20 Mütter- und Kinderberatungsstellen“ eröffnet werden, die neben Aufgaben der Schwangerenfürsorge auch „die ärztliche Betreuung der stillenden Mütter“ sowie „die ärztliche Betreuung der Gesundheit und der Entwicklung der Kleinkinder“ leisten sollte.⁹⁵⁶

Damit ist bereits das offensichtliche Distinktionsmerkmal zur Bundesrepublik und der dort praktizierten Kinderheilkunde genannt, welches im Folgendem beispielhaft an dem dortigen Diskurs um den Stellenwert der Fürsorgearbeit aufgezeigt werden soll. So setzte sich die Ansicht, dass die Säuglingssterblichkeit unter anderem durch eine Intensivierung der Schwangerenfürsorge reduziert werden könnte, zumindest auf der Ebene des öffentlich-fachlichen Diskurses deutlich langsamer durch als in der DDR. Erst im Jahr 1955 wurde auf Landesebene die defizitäre Schwangerenbetreuung in der Bundesrepublik thematisiert.⁹⁵⁷ Im Ostteil Berlins plante man zu dieser Zeit schon den Aufbau eines Mutter und Kind Instituts, welches an den Lindenhof angeschlossen werden sollte (Kapitel 4.2.1). Dass das Konzept der Fürsorge im Westen Berlins, zumindest theoretisch, für eine gewisse Zeitspanne auch Anklang fand, ist unbestreitbar. So gab es beispielsweise in Berlin-Neukölln eine „Projektstelle“, die mit Fürsorgerinnen besetzt war, welche mit Aufgaben zur Aufklärung und Beratung von Schwangeren betraut wurden. Hausbesuche, wie in Ost-Berlin, scheiterten in diesem Projekt jedoch schlicht an Personalmangel.⁹⁵⁸ Ein weiterer Beleg für die divergierenden Gesundheitskonzepte der beiden deutschen Staaten ist das Ergebnis einer Umfrage unter Frauen in der oben erwähnten Säuglingsberatungsstelle in Neukölln. So gaben 75 Prozent der Frauen, die keine Schwangerenberatungsstelle aufgesucht hatten, an, stattdessen vom ihrem Hausarzt während der Schwangerschaft untersucht worden zu sein.⁹⁵⁹ Dies ist ein weiterer Hinweis auf die nicht zu unterschätzende Entwicklung in der Bundesrepublik, die generell zu einer individualisierten

⁹⁵⁶ LAB C Rep. 118, Nr.: 397

⁹⁵⁷ Linder, Ulrike: Gesundheitsfürsorge für Schwangere und Säuglinge 1949-1965: Pläne, Maßnahmen, Defizite. In: Woelk, Wolfgang; Vögele, Jörg (Hrsg.): Geschichte der Gesundheitspolitik in Deutschland. Von der Weimarer Republik bis in die Frühgeschichte der „doppelten Staatsgründung“. Duncker&Humblot, Berlin, 2002, S. 361.

⁹⁵⁸ Ebd., S. 362.

⁹⁵⁹ Ebd., S. 364.

Medizin und Vorsorge tendierte, bei der auch die Verantwortlichkeit nicht primär auf Seiten der staatlichen Institutionen lag, sondern individuell wahrgenommen werden sollte. Dies hatte seinen Ursprung in der Sichtweise auf die Gesellschaft, welche von einem „gesellschaftlichen Ideal eines pluralistisch verfassten, ökosozialen Gemeinwesens“ ausging, „an dem der Mensch aufgrund eigener Entscheidungsfreiheit und Selbstverantwortung freiwillig teilnimmt.“⁹⁶⁰ Hinzu kommt, dass im Westen ein naturwissenschaftliches, evidenzbasiertes Wissenschaftsideal zum Ideal erhoben wurde und der Einfluss biologischer Gegebenheiten gegenüber den sozialen als bedeutsamer erschien. In der Sicht auf den Menschen erfolgt hier die „Akzentuierung biologischer und individualpsychologischer Faktoren“.⁹⁶¹ Dies spiegelte sich auch auf der Ebene der praktisch tätigen Ärzt_innen wider. So gab es allgemein eine „Frontstellung zwischen den Ärzten des öGD [öffentlichen Gesundheitsdienstes, Anmerk. d. Verf.] und den niedergelassenen Ärzten“, wobei sich letztere „bereits des diffamierend gemeinten Begriffs ‚Staatsmedizin‘“ bedienten.⁹⁶² Diese Opposition im Sinne des „Kampf[es] der Ärzte gegen die Staatsmedizin“,⁹⁶³ welche auch in der Kinderheilkunde eine wichtige Rolle spielte, speiste sich aus der Abgrenzung zum NS-System. Aufgaben der Gesundheitsfürsorge waren in den Dienst der nationalsozialistischen Gesundheitspolitik gestellt worden. Man nahm von öffentlichen Fürsorgekonzepten eher Abstand, da man fürchtete, diese Ansätze könnten eine zu große Nähe mit den Strukturen des NS-Systems aufweisen und konfligierten außerdem mit dem Selbstverständnis des fakultativen Beratungsangebots, das durch die niedergelassenen Pädiater_innen gewährleistet werden sollte.⁹⁶⁴ Dieses Selbstverständnis einer individualisierten Medizin zementierte sich im Laufe der folgenden Jahrzehnte, wie die Standortbestimmung aus den 1980er Jahren von H. Olbing aus der Universitätskinderklinik Essen zeigt. Deutlich tritt

⁹⁶⁰ Erpenbeck, Johan; Weinberg, Johannes: Menschenbild und Menschenbildung. Bildungstheoretische Konsequenzen der unterschiedlichen Menschenbilder in der ehemaligen DDR und in der heutigen Bundesrepublik. Waxmann, Münster/New York, 1993, S. 18 f.

⁹⁶¹ Ebd.

⁹⁶² Labisch, Alfons: Gesellschaftliche Bedingungen öffentlicher Gesundheitsfürsorge. Problemsichten und Problemlösungsmuster kommunaler und staatlicher Formen der Gesundheitsvorsorge, dargestellt am Beispiel des öffentlichen Gesundheitsdienstes. Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege e.V., Frankfurt am Main, 1988, S. 43.

⁹⁶³ Linder, Ulrike: Gesundheitsfürsorge für Schwangere und Säuglinge 1949-1965: Pläne, Maßnahmen, Defizite. In: Woelk, Wolfgang; Vögele, Jörg (Hrsg.): Geschichte der Gesundheitspolitik in Deutschland. Von der Weimarer Republik bis in die Frühgeschichte der „doppelten Staatsgründung“. Duncker&Humblot, Berlin, 2002, S. 368.

⁹⁶⁴ Ebd.

die Beratungsfunktion im Sinne eines Angebots in den Vordergrund, von aufsuchender Kontrolle und paternalistischer Überwachung ist nicht mehr viel zu spüren:

„Pädiater in der Bundesrepublik sehen ihre Aufgabe in der ärztlichen Versorgung der Kinder sowie in der Beratung von Eltern und Gesellschaft in Fragen von Gesundheit, Krankheit und Entwicklung im Kindesalter.“⁹⁶⁵

Die beschriebene Entwicklung ist vor dem Hintergrund des 1953 erlassenen „Gesetz zur vorbeugenden Gesundheitsfürsorge“ zu betrachten, wodurch die Versorgungssituation aufgrund von Rechtsunsicherheiten zwischen Zuständigkeit von Bund und Ländern nicht verbessert werden konnte, sondern vielmehr resultierte hieraus eine Schwächung des öffentlichen Gesundheitsdienstes.⁹⁶⁶ Die „Prophylaxe für Schwangere und Säuglinge“ wurde im Jahr 1965 in der Bundesrepublik endgültig in den „Arbeitsbereich der freien Ärzteschaft übergeben“.⁹⁶⁷

Festzuhalten bleibt, dass sozialpädiatrische Ansätze bzw. deren Erprobung zwar modellhaft in der Bundesrepublik existierten, jedoch die praktische Umsetzung in der DDR entschieden kontinuierlicher und flächendeckender forciert worden ist. Damit war die Kinderheilkunde der DDR im Vergleich zur Bundesrepublik grundsätzlich deutlich sozialpädiatrischer geprägt. Jedoch wäre es falsch zu konstatieren, dass die Traditionen der sozialen Pädiatrie im Westen Berlins vollständig getilgt worden wären. Als Teilgebiet der Kinderfürsorge waren, wie in Kapitel 3.1 ausführlich dargelegt, bis zum Beginn der 1960er Jahre die örtliche Erholungsfürsorge und die Kinderverschickungen Ansätze, die eine bedeutende Rolle spielten. Vor dem geschilderten gesetzlichen Hintergrund auf Bundesebene erweckt die Situation dennoch den Eindruck, dass der Abbau der verbliebenen Strukturen der öffentlichen Gesundheitsfürsorge in West-Berlin ebenso wie auf Bundesebene stattgefunden hat, wenn auch zeitlich verzögert. Die Gründe hierfür sind an unterschiedlichen Ansatzpunkten zu suchen. Teilweise lag es an der personellen Kontinuität einiger Berliner Pädiater_innen, die durch ihre Arbeit dieser Tradition zumindest ein zeitlich befristetes Überleben sicherten, beispielhaft sei

⁹⁶⁵ Schweier, Paul; Seidler, Eduard (Hrsg.): Lebendige Pädiatrie, Hans Marseille, München, 1983, S. 143.

⁹⁶⁶ Linder, Ulrike: Gesundheitsfürsorge für Schwangere und Säuglinge 1949-1965: Pläne, Maßnahmen, Defizite. In: Woelk, Wolfgang; Vögele, Jörg (Hrsg.): Geschichte der Gesundheitspolitik in Deutschland. Von der Weimarer Republik bis in die Frühgeschichte der „doppelten Staatsgründung“. Duncker&Humblot, Berlin, 2002, S. 368.

⁹⁶⁷ Ebd., S. 348.

hier auf Arno Nohlen am Städtischen Kinderkrankenhaus Wedding verwiesen. Auch strukturelle Gegebenheiten veranlassen die Verzögerung, so lässt sich das KAVH als ein widerstandsfähiges Relikt der traditionellen Berliner Sozialpädiatrie bezeichnen.

Noch im Jahr 1977 bemängelte der Mainzer Sozialpädiater Ulrich Köttgen die defizitäre Stellung der Sozialpädiatrie auf Bundesebene.⁹⁶⁸ „[D]as soziale Denken und Handeln [hat] in Deutschland einen geringen Stellenwert [...]. Säuglingssterblichkeit und Kinderunfälle sind immer noch unverhältnismäßig hoch und es fehlt die praktische Ausbildung in Gesundheit- und Krankheitsbelangen in den Sozialberufen.“⁹⁶⁹ Zustimmung fand diese Standortbestimmung bei dem Pädiater Theodor Hellbrügge (1919-2014) der als Nestor einer modifizierten Form der Sozialpädiatrie gelten kann.⁹⁷⁰ Er hatte im Jahr 1976 den ersten Lehrstuhl für Sozialpädiatrie in der Bundesrepublik inne, und auf ihn gehen die bis heute standardmäßig durchgeführten Kindervorsorgeuntersuchungen,⁹⁷¹ die in den gelben Heften dokumentiert werden, zurück. Er initiierte ebenso eine neue Form der Institutionalisierung der Sozialpädiatrie, indem er Anfang der 1960er Jahre in der an der Poliklinik der Universitäts-Kinderklinik München eine selbständige Abteilung für „Prophylaktische Pädiatrie“ eröffnete, die er selbst leitete. Daraus ging 1968 wurde das erste sozialpädiatrische Zentrum hervor, welches schwerpunktmäßig die „interdisziplinäre Behandlung von Kindern jeden Alters mit Entwicklungsauffälligkeiten und Behinderungen“ zum Ziel hatte, und Vorbildcharakter besaß.⁹⁷² Damit machte er sich einen Namen als „Vorkämpfer für Kinderfürsorge“ in der Nachkriegszeit.⁹⁷³

Die heutige Praxis der Versorgung der Kinder orientiert sich an dem im Westen praktizierten Modell. Dabei sind die dargestellten unterschiedlichen Ansatzpunkte nicht unkritisch zu betrachten und es ergibt sich zwangsläufig die Frage nach der Rolle der Kinder in den beiden

⁹⁶⁸ Ulrich Köttgen (1906-1980) war 1949 bis 1974 Direktor der Universitätskinderklinik Mainz und einer der führenden Sozialpädiater in Westdeutschland. Vgl.: Schäfer, K. H.: Professor Dr. Ulrich Köttgen. Monatsschrift für Kinderheilkunde, 1980, Volume 128, S. 389.

⁹⁶⁹ Bode, Harald; Straßburg, Hans-Michael; Hollman, Helmut: Sozialpädiatrie in der Praxis. München, Elsevier Urban&Fischer, 2014, 2. Auflage, S. 30.

⁹⁷⁰ Hibbeler, Birgit: Theodor Hellbrügge. Nestor der Sozialpädiatrie. Deutsches Ärzteblatt, 14. Februar 2014, Heft 7, S. 273.

⁹⁷¹ Diese werden bis heute in dem bekannten gelben Untersuchungsheft dokumentiert und werden seit 1968 von den gesetzlichen Krankenkassen in Deutschland finanziert. Vgl.: Bode, Harald; Straßburg, Hans-Michael; Hollman, Helmut: Sozialpädiatrie in der Praxis. München, Elsevier Urban&Fischer, 2014, 2. Auflage, S. 30.

⁹⁷² Bode, Harald; Straßburg, Hans-Michael; Hollman, Helmut: Sozialpädiatrie in der Praxis. München, Elsevier Urban&Fischer, 2014, 2. Auflage, S. 29.

⁹⁷³ Rieser, Sabine: Theodor Hellbrügge. Vorkämpfer für Kindervorsorge. Deutsches Ärzteblatt. 1. Juli 2011, Heft 26, S. 1489.

Arten von Medizin und welche sich als letztendlich besser für die kleinen Patient_innen erweist. Beide haben ihre Vorteile, die nicht gegeneinander auszuspielen sind. Diese Forderung nach dem Wohl der Patient_innen kommt in der Kinderheilkunde stark zum Tragen, da Kinder aufgrund ihres physisch wie psychisch noch nicht abgeschlossenen Entwicklungsstandes in Hinsicht auf ihre Gesundheit besonders vulnerabel für gesellschaftliche und soziale Veränderungen mit allen Konsequenzen sind.

6 Resümee

Für die Kinderheilkunde stellten die unmittelbaren Nachkriegsjahre in mehrfacher Hinsicht eine enorme Herausforderung dar. Der Krieg und dessen unmittelbare Auswirkungen auf die Versorgungsstrukturen und materielle Engpässe hatten drastische Folgen für die Kindergesundheit, die sich hauptsächlich durch Infektionskrankheiten, Unterernährung und der Traumatisierung infolge des Krieges sowie den psychischen Auswirkungen der sich im Umbruch befindenden Gesellschaft bemerkbar machten. Mit der eklatant hohen Säuglingssterblichkeit und dem Krankheitsbild der Ernährungsstörung sind die inhaltlichen Parallelen zum Kaiserreich und der Weimarer Republik offensichtlich. Man begegnete diesen sozialpädiatrischen Herausforderungen mit einem Ausbau der gruppenspezifischen Fürsorge, die ausgehend von der bezirkweise organisierten Institution der Säuglings- und Kinderfürsorgestelle eine umfassende Kontrolle und Hilfe auf präventiver Ebene oder für bereits erkrankte Kinder beinhaltete und als gesundheitspolitische Innovation gelten kann.

Die Ernährungsproblematik persistierte nach Kriegsende aufgrund der Blockade 1948/49 und der speziellen politisch-ökonomischen Lage Berlins lange. Neben der historisch stark verankerten sozialpädiatrischen Ausrichtung sind darin auch die Gründe für die dauerhafte Anwendung der Konzepte wie Schulspeisungen, örtliche Erholungsfürsorge und Kinderverschickung im Ost- und Westteil Berlins zu finden. Hervorzuheben ist die Bedeutung der „sozialen Indikation“ bei der Konstruktion der Definition der „Erholungsbedürftigkeit“ der Kinder, die durch diese von Pädiater_innen im Auftrage des staatlichen Gesundheitswesens vorgenommene Zuschreibung Zugang zu den entsprechenden Projekten erhielten. Die Prävention war hierbei Handlungsmaxime.

Auch bei den Maßnahmen gegen die Kinderlähmung kamen Elemente des Fürsorgekonzepts, wie das aktive Aufsuchen erkrankter Kinder zuhause durch geschultes Personal, zum Tragen. Die Anwendung der sozialpädiatrisch- bzw. hygienischen Konzepte geschah unübersehbar vor dem Hintergrund der Systemkonkurrenz, sodass die Kindergesundheit stellenweise auch zum Gegenstand des Kalten Krieges wurde. In der SBZ bzw. der DDR argumentierten die verantwortlichen Akteur_innen bei der Initiierung von Kinderhilfsaktionen ostentativ mit der Abgrenzung zum Faschismus. Die Weiterführung der erwähnten Maßnahmen deckt sich mit der These, dass die gruppenpartikulare Fürsorge und präventive Ansätze in der DDR grundsätzlich weiter bestimmend für die Ausrichtung des Gesundheitswesens waren. Für die Bundesrepublik wird allgemein hin vom Gegenteil ausgegangen. Ungeachtet dessen kann West-Berlin aufgrund der genannten Gründe auf diesem Teilgebiet der Kinderheilkunde als sozialpädiatrische Enklave gelten. In dieser Traditionslinie stand auch das Kaiserin-Auguste-

Victoria Haus, das zu Gründungszeiten durch die genannten traditionellen sozialpädiatrischen Vorstellungen, einem nicht zu unterschätzenden Versorgungsaspekt und grundsätzlichem Forschungsauftrag mit Blick auf Säuglings- und Kinderernährung sowie Hygiene charakterisiert wurde. In der Nachkriegszeit amalgamierten diese Ansätze mit der aufstrebenden internationalen Forschung auf dem Gebiet der Neonatologie unter Leonore Ballowitz. Ziel ihrer Arbeit war die Senkung der Säuglingssterblichkeit, nun aber aus der Perspektive der neonatologischen Intensivmedizin. Das Äquivalent hierzu stellte der kontinuierliche Ausbau der Perinatologie im Osten der Stadt unter Ingeborg Rapoport dar. Darüber hinaus wurde der bereits vorhandene Bildungsauftrag des KAVH deutlich erweitert, indem es mit der Gründung der Freien Universität Berlin 1948 quasi über Nacht zur Universitätskinderklinik wurde, obwohl die strukturellen Voraussetzungen dazu nur rudimentär vorhanden waren. Damit war im KAVH der Grundstein für eine individualisierte Hochleistungsmedizin gelegt, die eine Synthese mit den sozialpädiatrischen Traditionen einging. Für die manifest erkrankten Kinder waren neben dem KAVH weiterhin aus der Vorkriegszeit bestehenden Institutionen wie das Städtische Kinderkrankenhaus Wedding in West-Berlin unter dem Sozialpädiater Arno Nohlen und der Lindenhof in Ost-Berlin unter Martin Hochbaum die ausgewiesenen Behandlungsorte. Dabei erfuhr der Lindenhof eine besondere Aufwertung durch die Erweiterung seines Aufgabenbereiches in Richtung eines integrativen Beratungs- und Behandlungszentrums für „Mutter und Kind.“ Andere Elemente wie das in einer Schule behelfsmäßig eingerichtete Kinderkrankenhaus in Friedrichshain in der Rigaer Straße besaßen nur interimistischen Charakter, die die Engpässe der Nachkriegszeit zu überbrücken halfen. Bei der Behandlung der Infektionskrankheiten, die oft im Fokus der stationär behandelten Krankheitsentitäten stand, profitierte die Kinderheilkunde ebenso von einer der Erfolgsgeschichten der Nachkriegsmedizin – der Antibiotika Penicillin und Streptomycin. Auf die unumgängliche Aushandlung einer ethisch vertretbaren Distribution der knappen Ressource reagierte man mit der Bildung der für Berlin spezifischen Antibiotika-Komitees und Behandlungszentren, in denen einflussreiche Pädiater wie beispielsweise Joppich vertreten waren. Durch die materielle Unterstützung der West-Alliierten wurde die Allokation dieser Medikamente auch zum Politikum. Der Einsatz von Antibiotika bei pädiatrisch bedeutsamen Krankheiten ist definitiv als Novum zu werten, die Reaktivierung der traditionellen gruppenspezifischen Fürsorgekonzepte hingegen nicht.

Der Zweite Weltkrieg hatte nicht nur materielle Spuren an den Kinderkliniken hinterlassen, in denen zunächst die Versorgung der kleinen Patient_innen sichergestellt werden musste. Die Kinderheilkunde war angesichts ihrer Beteiligung an den Verbrechen der NS-

„Kindereuthanasie“ in eine Legitimationskrise geraten, wobei sie ihre gesellschaftliche Rolle sowie die damit verbundene Präsentation in der Öffentlichkeit neu gestalten musste. Hierbei lassen sich jedoch Kontinuitäten auf personellen und ideologischen Ebenen nachweisen. So fand aus pragmatischen Gründen weder ein Austausch der alten Eliten noch eine selbstkritische Reflektion statt. Hervorzuheben sind in der Berliner Pädiatrie die fast bruchlos fortgesetzten Karrieren der Pädiater Gerhard Joppich und Gerhard Kujath. Joppich hatte den ideologischen Schulterschluss mit dem NS-Regime betrieben und willfährig die Einigkeit von Zielsetzungen der Kinderheilkunde und dem nationalsozialistischen Ideal von der positiven Auslese propagiert, wenngleich in dem ihm unterstellten KAVH keine „Kindereuthanasie“ stattfand. Er reüssierte in der Reorganisationsphase der Nachkriegspädiatrie nach positiv beschiedenem Entnazifizierungsverfahren in Berlin als erster Ordinarius für Kinderheilkunde an der neu gegründeten Freien Universität. Kujath hingegen war als Kinderpsychiater an der Städtischen Kinder- und Jugendpsychiatrie Wiesengrund zweifelsohne in den Selektionsprozess, der die Kinder in den Tod schickte und damit assoziierten Forschungsbestrebungen beteiligt, eine direkte Täterschaft hinsichtlich der Kindermorde konnte ihm nicht nachgewiesen werden. Auch er setzte unter Protektion seiner Fachkolleg_innen seine Karriere an der FU fort und leitete die 1952 neu eingerichtete heilpädagogische Abteilung an der Universitätskinderklinik in West-Berlin.

Eine grundlegende Neuausrichtung der Kinderheilkunde in der Nachkriegszeit fand auch auf Ebene der Fachgesellschaft und im öffentlichen Auftreten nicht statt. Die Kinderheilkunde präsentierte sich gleichwohl erfolgreich als Ordnungsfaktor in schwierigen Zeiten und versprach durch normative Grenzziehungen Stabilität. Die auf dem Boden von Nachkriegsnöten konstatierte wachsende „Verwahrlosung“ der Kinder ließen den Ruf nach verbindlichen Normen lauter werden. Dies ist neben der Ideenarmut der Nachkriegszeit ein Grund für die erfolgreiche Reinszenierung des Kinderarztes als Erzieher des Kindes, wobei sich dieses kinderärztliche Selbstverständnis bis auf den Nestor der Fachdisziplin überhaupt – Adalbert Czerny und dessen Standardwerk – zurückverfolgen lässt. Die Kinder erfuhren eine gewisse Aufwertung als Hoffnungsträger_innen in der Gesellschaft – ganz gleich, ob innerhalb der Bundesrepublik oder als sozialistische Staatsbürger_innen. Divergierend sind die Mittel und Wege beim Erreichen des angestrebten Ziels. Auch von dem Verständnis des Kindes als formbare Vorstufe des Menschen, dem damit zugewiesenen Objektstatus und dem verbundenen unantastbaren paternalistischen Deutungsanspruch, konnte sich die Kinderheilkunde in den ersten beiden Nachkriegsjahrzehnten nicht erfolgreich lösen.

7 Anhang

7.1 Abkürzungsverzeichnis

BArch	Bundesarchiv
CARE	Cooperative for Assistance and Relief Everywhere
CRALOG	Council of Relief Agencies Licensed to Operate in Germany
DGfK	Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde
FU	Freie Universität Berlin
HU	Humboldt-Universität zu Berlin
JEIA	Joint Export Import Agency
KAVH	Kaiserin-Auguste-Victoria Haus
KLV	Kinderlandverschickung
LAB	Landesarchiv Berlin
Med. Fak.	Medizinische Fakultät
NSDÄB	Nationalsozialistischer Deutscher Ärztenbund
NSDoB	Nationalsozialistischer Dozentenbund
NSV	Nationalsozialistische Volkswohlfahrt
OdF	Opfer des Faschismus
PA	Personalakte
SMAD	Sowjetische Militäradministration in Deutschland
UA	Universitätsarchiv
VAB	Versicherungsanstalt Berlin

7.2 Quellenverzeichnis- und Literaturverzeichnis

7.2.1 Quellen

Bundesarchiv Koblenz

B 189/14088
B 208/39 (1 von 2)
B 208/362

Bundesarchiv Freiburg, Abteilung Militärarchiv MSG 2/586

Landesarchiv Berlin

A Rep. 048-08, Nr.: 221

B Rep. 004, Nr.: 3961
B Rep. 012, Nr.: 6
B Rep. 012, Nr.: 149
B Rep. 012, Nr.: 151
B Rep. 013, Nr.: 107
B Rep. 013, Nr.: 473
B Rep. 015, Nr.: 120
B Rep. 031-01-02, Nr.: 2250
B Rep. 058, Nr.: 11351
B Rep. 080, Nr.: 549
B Rep. 212, Nr.: 5169
B Rep. 413, Nr.: 5

C Rep. 031-01-06, Nr.: 266
C Rep. 100-05, Nr.: 763
C Rep. 101, Nr.: 19
C Rep. 109, Nr.: 287
C Rep. 118-01, Nr.: 39051
C Rep. 118, Nr.: 70
C Rep. 118, Nr.: 94
C Rep. 118, Nr.: 98
C Rep. 118, Nr.: 110
C Rep. 118, Nr. 185
C Rep. 118, Nr.: 279
C Rep. 118, Nr.: 397
C Rep. 118, Nr.: 414
C Rep. 118, Nr.: 507
C Rep. 118, Nr.: 544
C Rep. 118, Nr.: 758
C Rep. 118, Nr.: 804
C Rep. 118, Nr.: 1550
C Rep. 120, Nr.: 2425
C Rep. 126, Nr.: 82

C Rep. 127, Nr.: 273
C Rep. 209 prak 3, Nr. 9601
C Rep. 135-01, Nr.: 370
C Rep. 135-01, Nr.: 375
C Rep. 148-16, Nr.: 2
C Rep. 148-16, Nr.: 61
C Rep. 148-16, Nr.: 8
C Rep. 209 prak 3, Nr. 9601
C Rep. 308, 94 Bd. 1 und 2
C Rep. 375-01-21, Nr.: 388 A.01
C Rep. 375-01-21, Nr.: 380 A.02

Landesarchiv Berlin Bibliothek

86/1181 Nyseter, Tore: Auswirkungen der Erholungsaufenthalte von Berliner Kindern in Norwegen. Eine empirische Studie über 104 Kinder. Norwegens Kommunal- und Sozialhochschule Hautaufgabe, Herbst, 1965.
Soz 964 (1952). Arbeitsberichte des Hauptjugendamtes. I. Jugendförderung, Erholungsfürsorge, Kindertagesstätten, Druck: BBA, 1952.
Soz 964 (1952). Arbeitsberichte des Hauptjugendamtes. II. Amtsvormundschaft, Adoption, Pflegekinderwesen.
Soz 964 (1952). Arbeitsberichte des Hauptjugendamtes, III. Erziehungsberatung. Selbstverlag, Berlin.
Soz 964 (1954.1). Arbeitsberichte des Hauptjugendamtes. I. Jugendförderung, Erholungsfürsorge, Kindertagesstätten.
Zs 468, Bennemann, Aenne: Möglichkeiten und Grenzen der Erholungsfürsorge für Kinder und Jugendliche in West-Berlin. In: Der Senator für Arbeit und Sozialwesen, Arbeitsgemeinschaft für öffentliche und freie Wohlfahrtspflege, Archiv für Wohlfahrtspflege (Hrsg.): Soziale Arbeit. Franz Vahlen GmbH, Berlin Lichterfelde, 1953.
Zs 468, Schröder, N.N.: Kurverschickung von Kindern und Jugendlichen in Berlin. In: Der Senator für Arbeit und Sozialwesen, Arbeitsgemeinschaft für öffentliche und freie Wohlfahrtspflege, Archiv für Wohlfahrtspflege (Hrsg.): Soziale Arbeit. Franz Vahlen GmbH, Berlin Lichterfelde, 1953.

Universitätsarchiv Humboldt-Universität zu Berlin

Kinder- und Jugendmedizin, KAVH, Nachlass Ballowitz, Karton IV, Auswärtige Korrespondenzen Ballowitz 1963-1984.
Kinder- und Jugendmedizin, KAVH, Nachlass Ballowitz, Karton IV, Lennert, Thomas: Totenrede für Leonore Ballowitz am 18.2.1994.
Kinder- und Jugendmedizin, KAVH, Nachlass Ballowitz, Karton IV, N.N.: Einladung zum Pädiatriegeschichtlichen Symposium zu Ehren von Leonore Ballowitz.
Kinder- und Jugendmedizin, KAVH, Nachlass Ballowitz, Karton IV, N.N.: Lebensdaten Leonore Ballowitz.
Kinder- und Jugendmedizin, KAVH, Nachlass Ballowitz, Karton Ballowitz, Seidler, Eduard: Geburtstagskarte an Leonore Ballowitz.
Kinder- und Jugendmedizin, KAVH, Nachlass Ballowitz, Karton IV, Stürzbecher, Manfred: Zur Erinnerung an Leonore und Kurt Ballowitz.

NS-Dozentenschaft, Akte Doxiades
PA Karl Klinke
PA Wilhelm Stoeltzner

Universitätsarchiv Freie Universität Berlin

Bibliothek, Personal- und Hochschulverzeichnis 1948-1956
Freie Universität Rektor vom Januar 1949- Dezember 1963
FU-Rektorat bzw. Präsidialamt/Personalreferat, PA Adalbert Loeschke
Kurator, Signatur 2
Med. Fak., 62 Frauenklinik Kinderklinik orthopäd.Klinik Asthma Polikl. 1949-1970
Med. Fak. Nr. 1361 Bl. 354-359
Med. Fak., PA Dr. Gerhard Kujath
Med. Fak. Personalien, PA Herbert Schönfeld
Med. Fak. Personalien, PA Leonore Ballowitz
Med. Fak. Personalien, PA Gerhard Joppich
Med. Fak., Signatur 1 und 2
Med. Fak, Signatur 229-230
Protokolle der Medizinischen Fakultät, 1949-1959
Rektorat, R 1514

Internetquellen

Blindow, Verena: Ein Tropfen Blut für ein gesundes Baby. Der Tagesspiegel, 2013, URL: <http://www.tagesspiegel.de/zeitung/ein-tropfen-blut-fuer-ein-gesundes-baby/9148228.html>, aufgerufen am 10. Dezember 2013.

Bundesinstitut für Bevölkerungsentwicklung (Hrsg.): Säuglingssterblichkeit. 2015. URL: <http://www.bibdemografie.de/SharedDocs/Glossareintraege/DE/S/saeuglingssterblichkeit.html>, aufgerufen am 01. Dezember 2015.

Fetscher, Caroline: Ferienverschickung – vor allem tat meist das Heim weh. Der Tagesspiegel, 08. Juli 2018, URL: <https://www.tagesspiegel.de/politik/kindesmissbrauch-in-der-nachkriegszeit-ferienverschickung-vor-allem-tat-meist-das-heim-weh/22779554.html>, aufgerufen am 29. November 2018.

Haße, Wolfgang: Die Entwicklung der Kinderchirurgie in Westberlin von 1945 bis 1991. 2013. URL: <https://refubium.fu-berlin.de/handle/fub188/14837>, aufgerufen am 19. Dezember 2018.

Key, Ellen: Das Jahrhundert des Kindes. S. Fischer, Berlin, 1902, Kapitel I. URL: <http://gutenberg.spiegel.de/buch/das-jahrhundert-des-kindes-6496/1>, aufgerufen am 7. März 2017.

Schagen, Udo; Schleiermacher, Sabine (Hrsg.): 100 Jahre Geschichte der Sozialhygiene, Sozialmedizin und Public Health in Deutschland. Eine Dokumentation der Deutschen Gesellschaft für Sozialmedizin und Prävention (DGSMP), CD-Rom, Berlin 2005. URL: http://www.100-jahre-sozialmedizin.de/CD_DGSMP/PdfFiles/Biografien/Klose.pdf, aufgerufen am 27. Januar 2017.

Schulte, Gabriele: „Kinderverschickung vor 70 Jahren. Hannoversche Allgemeine, 14.11.2015, URL: <http://www.haz.de/Nachrichten/Der-Norden/Uebersicht/Zum-Aufpaepeln-auf-die-Insel>, aufgerufen am 29. November 2018.

- Schulze, Theodor: Bücher über Mutter und Kind, kritisch gelesen. Eltern im Babyalter, Zeit-Online, 1969, URL: <http://www.zeit.de/1969/20/eltern-im-babyalter>, aufgerufen am 15. März 2017.
- Stolberg-Wernigerode, Otto zu: Neue deutsche Biographie. Bd.: 5, Berlin, 1961, S. 45. URL: <http://daten.digital-sammlungen.de/0001/bsb00016321/images/index.html?seite=61>, aufgerufen am 10. Januar 2017.
- URL: <https://dgpt.org/produkt/aktionen-storch-und-schwalbe-hier-ist-es-richtig-hier-wolln-wa-bleiben-kinder-und-fluechtlingstransporte-mit-fahrzeugen-der-reichspost-19451947/>, aufgerufen am 12. Dezember 2018.
- URL: <https://www.care.de/care-paket/#c2610>, aufgerufen am 12. November 2018.
- URL: <https://www.klinikum.uni-heidelberg.de/Emil-Feer.115555.0.html>, aufgerufen am 27. Januar 2017.
- Wutzler, P.: Festrede 50 Jahre DVV. URL: http://www.dvv-ev.de/kontakt/festvortrag_wutzler.pdf, aufgerufen am 04. September 2018.

7.2.2 Literatur

- Adorno, Theodor, W.: Was bedeutet: Aufklärung der Vergangenheit. In: Gesammelte Schriften. Kulturkritik und Gesellschaft. Suhrkamp, Frankfurt am Main, 2015, Band 10.2.
- Anders, Werner: Epidemiologische Studien über die Poliomyelitis 1947-1948 in Groß-Berlin. In: Tietze, Albrecht; Kühne, Paul (Hrsg.): Aktuelle Fragen der Inneren Medizin. 1. Band, 1. Teil: Die Poliomyelitis. Walter de Gruyter&Co, Berlin, 1949.
- Arndt, Melanie: Gesundheitspolitik im geteilten Berlin 1948 bis 1961. Böhlau, Köln/Weimar, 2009.
- Ash, Mitchell G.: Wissenschaft und Politik als Ressourcen füreinander. In: Bruch, Rüdiger vom; Kaderas, Brigitte (Hrsg.): Wissenschaften und Wissenschaftspolitik. Bestandsaufnahmen zu Formationen, Brüchen und Kontinuität im Deutschland des 20. Jahrhunderts. Franz Steiner, Stuttgart, 2002.
- Ballowitz, Leonore (Hrsg.): Schriftenreihe zur Geschichte der Kinderheilkunde aus dem Archiv des Kaiserin-Auguste-Victoria Hauses. Humana Milchwerke Westfalen, Herford, 1986, Heft 1.
- Ballowitz, Leonore (Hrsg.): Schriftenreihe zur Geschichte der Kinderheilkunde aus dem Archiv des Kaiserin-Auguste-Victoria Hauses. Humana Milchwerke Westfalen, Herford, 1992, Heft 9.
- Bayer, Karen; Sparing, Frank; Woelk, Wolfgang (Hrsg.): Universitäten und Hochschulen im Nationalsozialismus und in der frühen Nachkriegszeit. Franz Steiner Verlag, Stuttgart, 2004.
- Beddies, Thomas: Besetzung pädiatrischer Lehrstühle in den westlichen Besatzungszonen und in der Bundesrepublik nach dem zweiten Weltkrieg. Beddies, Thomas; Hinz-Wessels, Anette (Hrsg.): Pädiatrie nach 1945 in der Bundesrepublik Deutschland und der DDR. Monatsschrift Kinderheilkunde, Springer, Berlin/Heidelberg, 2016, Band 164, Supplement 1.
- Beddies, Thomas: Das KAVH in der NS-Zeit. Unveröffentlichtes Manuskript.
- Beddies, Thomas: Du hast die Pflicht gesund zu sein. Der Gesundheitsdienst der Hitler-Jugend 1933-1945. be.bra Wissenschaft, Berlin-Brandenburg, 2010.
- Beddies, Thomas; Hinz-Wessels, Anette (Hrsg.): Pädiatrie nach 1945 in der Bundesrepublik Deutschland und der DDR. Monatsschrift Kinderheilkunde, Springer, Berlin/Heidelberg, 2016, Band 164, Supplement 1.
- Beddies, Thomas; Hübener, Kristina (Hrsg.): Kinder in der NS-Psychiatrie. be.bra Wissenschaft, Berlin-Brandenburg, 2004.
- Beddies, Thomas; Hulverscheidt, Marion; Baader, Gerhard: Kinder, Streik und neue Räume (1890-1918). In: Bleker, Johanna; Hess, Volker (Hrsg.): Die Charité. Geschichte(n) eines Krankenhauses. Akademie, Berlin, 2010.
- Beddies, Thomas: Kinder in der Nervenlinik der Berliner Charité. In: Beddies, Thomas; Hübener, Kristina (Hrsg.): Kinder in der NS-Psychiatrie. be.bra wissenschaft, Berlin, 2004.
- Beddies, Thomas; Schmiedebach, Heinz-Peter: Der Pädiater Dr. Ernst Wentzler und die Kinderklinik Frohnau (1923-1964). In: Berlin in Geschichte und Gegenwart. Jahrbuch des Landesarchivs Berlin. Gebr. Mann, 2002.
- Beddies, Thomas; Schmiedebach, Heinz-Peter: „Euthanasie“-Opfer und Versuchsobjekte. Kranke und behinderte Kinder in Berlin während des Zweiten Weltkrieges. Medizinhistorisches Journal, 2004, Band 39, Heft 2/3.
- Beddies, Thomas: Zwischen Anlage und Erziehung. Zum pädiatrischen Umgang mit „nervösen“ und „psychopathischen“ Kindern in der Weimarer Republik. In: Fangerau, Heiner; Topp, Sascha; Schepker, Klaus (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie im

- Nationalsozialismus. Zur Geschichte ihrer Konsolidierung. Springer, Berlin, Heidelberg, 2017.
- Benz, Wolfgang: Zum Umgang mit nationalsozialistischer Vergangenheit in der Bundesrepublik. In: Daniel, Jürgen (Hrsg.): Die geteilte Vergangenheit. Zum Umgang mit Nationalsozialismus und Widerstand in den beiden deutschen Staaten. Akademie, Berlin, 1995.
- Betke, Klaus; Künzer, Wilhelm; Schaub, Jürgen (Hrsg.): Lehrbuch der Kinderheilkunde. Georg Thieme, Stuttgart/New York, 1991, 6. Auflage.
- Bode, Harald; Straßburg, Hans-Michael; Hollman, Helmut: Sozialpädiatrie in der Praxis. München, Elsevier Urban&Fischer, 2014, 2. Auflage.
- Böttcher, Dirk: Hannoversches biographisches Lexikon: von den Anfängen bis in die Gegenwart. Schlütersche Verlag, Hannover, 2002.
- Böttcher, Michael: Vom Waisenhaus zum Kinderkrankenhaus. Die Geschichte des Kinderkrankenhaus Lindenhof. Dissertation, 1987.
- Böttcher, Kerstin (Hrsg.): Fürsorge und Wohlfahrtspflege in Berlin 1800-1948. Ein sachthematisches Quelleninventar, Teil 2. be.bra Wissenschaft, Berlin-Brandenburg, 2012.
- Bohm, Claudia: Pionierin der Kinderheilkunde. FU-Info, 1993, Heft 7.
- Boldorf, Marcel: Sozialfürsorge in der SBZ/DDR 1945-1953. Ursachen, Ausmaß und Bewältigung der Nachkriegsarmut. Franz Steiner, Stuttgart, 1998.
- Braumann, Georg: Kinderlandverschickung 1900-1932: von der Hungerbekämpfung über Kinderlandverschickung zur Kindererholungsfürsorge mit Bochum als Beispiel. Ein Quellenbericht. Bochum, Freiburg, Projekt-Verlag, 2008.
- Bruch, Rüdiger vom; Kaderas, Brigitte (Hrsg.): Wissenschaften und Wissenschaftspolitik. Bestandsaufnahme zur Formationen, Brüchen und Kontinuitäten im Deutschland des 20. Jahrhunderts. Franz Steiner, Stuttgart, 2002.
- Buddrus, Michael: Totale Erziehung für den totalen Krieg. Hitlerjugend und nationalsozialistische Jugendpolitik. Teil 1. K.G. Saur, München, 2003.
- Catel, Werner (Hrsg.): Die Pflege des gesunden und kranken Kindes. Thieme, Leipzig, 1942.
- Coerper, Carl; Hagen, W.; Thomae, Hans (Hrsg.): Deutsche Nachkriegskinder. Methoden und Ergebnisse der deutschen Längsschnittuntersuchung über die körperliche und seelische Entwicklung im Schulkindalter. Thieme, Stuttgart, 1954.
- Czerny, Adalbert: Der Arzt als Erzieher des Kindes. Franz Deuticke, Leipzig und Wien, 6. Auflage, 1922.
- Czerny, Adalbert; Keller, Arthur: Des Kindes Ernährung, Ernährungsstörung und Ernährungstherapie. Franz Deuticke, Leipzig und Wien, 1917, Band 2.
- Das Kaiserin-Auguste-Victoria Haus 1909 bis 1959. In: Ballowitz, Leonore (Hrsg.): Schriftenreihe zur Geschichte der Kinderheilkunde aus dem Archiv des Kaiserin-Auguste-Victoria Haus. Humana Milchwerke Westfalen eG, Westfalen, 1992, Heft 2.
- Dienstblatt des Senats von Berlin, Teil V Gesundheitswesen, 1961, Nr. 42.
- Dill, Gregor: Nationalsozialistische Säuglingspflege. Eine frühe Erziehung zum Massenmenschen. Ferdinand Enke, Stuttgart, 1999.
- Dinter, Andreas: Berlin in Trümmern. Ernährungslage und medizinische Versorgung der Bevölkerung Berlins nach dem II. Weltkrieg. Frank Wunsch, Berlin, 1999.
- Dinter, Andreas: Seuchalarm in Berlin. Seuchengeschehen und Seuchenbekämpfung in Berlin nach dem II. Weltkrieg. Frank Wunsch, Berlin, 1999.
- Dost, Friedrich Hartmut: Geschichte der Universitätskinderklinik der Charité zu Berlin. Brühlsche Universitätsdruckerei, Gießen, 1960.
- Doxiades, Leonid: Erkennung, Verhütung und Behandlung der Sommerdurchfälle bei Säuglingen und Kindern. In: Deutsche Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen in

- der sowjetischen Besatzungszone (Hrsg.): Das Deutsche Gesundheitswesen. Arbeitsgemeinschaft medizinischer Verlage, Berlin, 1946, Jahrgang 1, Heft 11.
- Eckart, Wolfgang U.: Das kranke Kind in der Geschichte – Aspekte der Medikalisierung des jungen Menschen vom Mittelalter bis zur Epoche der Aufklärung. In.: Eckart, Wolfgang U.; Kneuper, Elsbeth: Zur sozialen Konzeption des Kindes. Forschungen und Perspektiven verschiedener Wissenschaften. Centaurus, Herbolzheim, 2006.
- Ernst, Anna-Sabine: „Die beste Prophylaxe ist der Sozialismus“. Ärzte und medizinische Hochschullehrer in der SBZ/DDR 1945-1961. Waxmann, Münster, 1996.
- Erpenbeck, Johan; Weinberg, Johannes: Menschenbild und Menschenbildung. Bildungstheoretische Konsequenzen der unterschiedlichen Menschenbilder in der ehemaligen DDR und in der heutigen Bundesrepublik. Waxmann, Münster/New York, 1993.
- Fanconi, G.; Wallgren, A. (Hrsg.): Lehrbuch der Pädiatrie. Benno Schwabe & Co, Basel/Stuttgart, 1961.
- Feer, Emil (Hrsg.): Lehrbuch der Kinderheilkunde. Gustav Fischer, Jena, 1942.
- Foitzik, Doris (Hrsg.): Vom Trümmerkind zum Teenager. Kindheit und Jugend in der Nachkriegszeit. Edition Temmen, Bremen, 1992.
- Froese, Dietrich: Notwendigkeit und Erfolge des Schulunterrichtes in Kinderkrankenhäusern unter besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse in West-Berlin. Dissertation FU, Berlin, 1959.
- Fuchs, Petra (Hrsg.): „Das Vergessen der Vernichtung ist Teil der Vernichtung selbst“: Lebensgeschichten von Opfern der nationalsozialistischen „Euthanasie“. Göttingen, Wallstein, 2007.
- Funke, Hajo: Paranoia und Politik. Rechtsextremismus in der Berliner Republik. Schiler, Berlin, 2002.
- Gesetz über den Mutter- und Kinderschutz und die Rechte der Frau. Vom 27. September 1950. Das Deutsche Gesundheitswesen, Heft 34, 1951.
- Goerke, Heinz (Hrsg.): 75 Jahre Städtisches Kinderkrankenhaus Wedding 1890-1965. Grosse, Berlin, 1965.
- Gradmann, Christoph: Leben in der Medizin: Zur Aktualität von Biographie und Prosopographie in der Medizingeschichte. In: Paul, Norbert; Schlich, Thomas (Hrsg.): Medizingeschichte: Aufgaben, Probleme, Perspektiven. Campus-Verlag, Frankfurt/New York, 1998.
- Grael, E.: Universitätskinderklinik an der Berliner Charité: Geschichte. Monatsschrift für Kinderheilkunde, 2004, Volume 152, Nr.: 8.
- Grewe, Elisabeth: Das besetzte Berlin. Von der Atlantik Charta bis zur Luftbrücke. Wissenschaft&Technik, Berlin, 2009.
- Grmek, Mirko D.: Einführung, In: Grmek, Mirko D. (Hrsg.): Die Geschichte des medizinischen Denkens. Antike und Mittelalter. C.H. Beck, München, 1996.
- Haar, Claudia von der: Spurensuche. 70 Jahre – zur Geschichte der EFB Berlin-Reinickendorf 1945-2015. Trialog, 2015, Heft 16.
- Haarer, Johanna: Die Mutter und ihr erstes Kind. Carl Gerber, München, 1971.
- Habermann, Paul: Über einige praktische Fragen bei der Kurheilverschickung von Kindern. Bundesgesundheitsblatt, 1961, Nr. 6.
- Hahn, Susanne: Pflege, Erziehung und Prophylaxe für Kinder. Staatliche Aufgabe und kritische Verantwortung der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR. Pädiatrie nach 1945 in der Bundesrepublik Deutschland und der DDR. Monatsschrift für Kinderheilkunde. Band 164, Supplement 1, 2016.
- Hanuske, Dieter: Die Sitzungsprotokolle des Magistrates der Stadt Berlin. 1945/46. Teil I Berlin Verlag, 1999.

- Hartung, Kurt: Großes Verdienstkreuz des Verdienstordens der Bundesrepublik Deutschland für Professor Dr. med. Gerhard Joppich. Sonderdruck aus Sozialpädiatrie in Praxis und Klinik, Kirchheim, Mainz, 1987, Nr. 3.
- Henneberg, Georg: Weg, Ziel und Grenzen der Streptomycintherapie. Unter besonderer Berücksichtigung der chemotherapeutisch bedingten Veränderungen in Klinik und Pathologie der Tuberkulose. Berlin, Walter de Gruyter&Co, 1953.
- Hesse, Volker (Hrsg.): 300 Jahre stationäre Kinderheilkunde. Festschrift. Druckerei Conrad, Berlin, 2005.
- Hesse, Volker; Roß, Reynard (Hrsg.): 100 Jahre Lindenhof in Berlin-Lichtenberg. Von der Erziehungseinrichtung zur Kinderklinik. Verbum Druck- und Verlagsgesellschaft, 1996.
- Hibbeler, Birgit: Theodor Hellbrügge. Nestor der Sozialpädiatrie. Deutsches Ärzteblatt, 14. Februar 2014, Heft 7.
- Hinz-Wessels, Annette: Die Besetzung der pädiatrischen Lehrstühle in der SBZ und frühen DDR. Personeller Umbruch im Zeichen des politischen Neuanfangs nach dem Zweiten Weltkrieg? *Medizinhistorisches Journal*, 2016, Volume 51 (2).
- Hinz-Wessels, Annette: Gründung der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR im Kontext der deutsch-deutschen Nachkriegsgeschichte. *Pädiatrie nach 1945 in der Bundesrepublik Deutschland und der DDR. Monatsschrift für Kinderheilkunde*. 2016, Band 164, Supplement 1.
- Hockerts, Hans Günter: Vorsorge und Fürsorge: Kontinuität und Wandel der sozialen Sicherung. In: Schildt, Axel; Sywottek, Arnold (Hrsg.): *Modernisierung im Wiederaufbau. Die westdeutsche Gesellschaft der 50er Jahre*. J.H.W. Dietz, Bonn, 1993.
- Honecker, Martin: Gesundheit als höchstes Gut? Das sich wandelnde Verständnis von Heil und Heilung in der modernen Gesellschaft. In: Schäfer, Daniel; Frewer, Andreas; Schockenhoff, Eberhard; Wetzstein, Verena (Hrsg.): *Gesundheitskonzepte im Wandel. Geschichte, Ethik und Gesellschaft*. Franz Steiner, Stuttgart, 2008.
- Jochims, J.; Doerks, G.: Einige Lehren aus den Fluchtschäden unserer Säuglinge. *Deutsche medizinische Wochenschrift*. 1946, 71. Jahrgang, Nummer 17/20.
- Joppich, Gerhard: Der Kampf gegen Kinderlähmung. In: Vortragsreihe der Niedersächsischen Landesregierung zur Förderung der wissenschaftlichen Forschung in Niedersachsen. Vandenhoeck&Ruprecht, Göttingen, Heft 6.
- Joppich, Gerhard: Das Kind im Jahrhundert des Kindes. Rede zur feierlichen Immatrikulation am 24. November 1956. Vandenhoeck&Ruprecht, Göttingen, 1957.
- Joppich, Gerhard: Die Differentialdiagnose der Poliomyelitis. In: Tietze, Albrecht; Kühne, Paul (Hrsg.): *Aktuelle Fragen der Inneren Medizin*. 1. Band, 1. Teil: Die Poliomyelitis. Walter de Gruyter&Co, Berlin, 1949.
- Joppich, Gerhard (Hrsg.): Die Sterblichkeit der ersten Lebensstage. Bericht über die Tagung der Deutschen Vereinigung für die Gesundheitsfürsorge des Kindesalters e.V. Selbstverlag, Berlin, 1955.
- Joppich, Gerhard: Eine Kinderklinik wird erobert. In: Ballowitz, Leonore (Hrsg.): *Schriftenreihe zur Geschichte der Kinderheilkunde aus dem Archiv des Kaiserin-Auguste-Victoria Haus*. Humana Milchwerke Westfalen, Herford, 1986, Heft 2.
- Joppich, Gerhard, E. Schulz: Halbjahresbericht an den Bezirksbürgermeister des Verwaltungsbezirks Charlottenburg. In: Ballowitz, Leonore (Hrsg.): *Schriftenreihe zur Geschichte der Kinderheilkunde aus dem Archiv des Kaiserin-Auguste-Victoria Hauses*. Humana Milchwerke Westfalen, Herford, 1986, Heft 2.
- Joppich, Gerhard: Konstitution und Konstitutionsanomalien. Erbpflege und Erbkrankheiten im Kindes- und Jugendalter. In: Hördemann, Robert (Hrsg.): *Die Gesundheitsführung der Jugend*, J.F. Lehmanns, München/Berlin, 1939.

- Joppich, Gerhard: Über die Möglichkeit einer spezifischen Beeinflussung tuberkulöser Lungeninfiltrierungen im Kindesalter. *Ärztliche Wochenschrift*, Berlin, 1946-1947, 1. und 2. Jahrgang.
- Just, Günther (Hrsg.): *Grundlagen der Erbbiologie des Menschen*. Springer, Berlin, 1940.
- Kaiserin-Auguste-Victoria Haus (Hrsg.): *Kaiserin-Auguste-Victoria Haus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reich. Denkschrift (10-jähriges Jubiläum)*.
- Kater, Michael, H.: *Ärzte als Hitlers Helfer*. Europa-Verlag, Hamburg/Wien, 2000.
- K., G.: *Freizeit und Erholung für 80 000 Berliner Kinder*. *Berliner Morgenpost*, 8. April 1960.
- Kiehl, W.: *Kleie-Diät als Durchfallbehandlung für Säuglinge und Kleinkinder*. In: *Deutsche Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen in der sowjetischen Besatzungszone (Hrsg.): Das deutsche Gesundheitswesen. Arbeitsgemeinschaft medizinischer Verlage*, Berlin, 1947, Jahrgang 2, Heft 16.
- Kleckler, Ernestine: *Penicillinanwendung bei Toxikosen Junger Säuglinge*. *Ärztliche Wochenschrift*. Springer, Berlin, 1949, 4. Jahrgang.
- Kleckler, Ernestine: *Penicillintherapie in der Kinderklinik unter besonderer Berücksichtigung der Penicillinanwendung bei Säuglingen*. *Ärztliche Wochenschrift*, Springer, Berlin, 1946-1947, 1. und 2. Jahrgang.
- Klee, Ernst: *Das Personenlexikon zum Dritten Reich. Wer war was vor und nach 1945?* S. Fischer, Frankfurt am Main, 2003.
- Klee, Ernst: *Das Personenlexikon zum Dritten Reich. Wer war was vor und nach 1945*. Fischer, Frankfurt am Main, 2013.
- Kleinschmidt, Hans (Hrsg.): *Lehrbuch der Kinderheilkunde*. Gustav Fischer, Jena, 1948.
- Kleinschmidt, Hans (Hrsg.): *Lehrbuch der Kinderheilkunde*. Gustav Fischer, Jena, 1958.
- Kleinschmidt, Hans (Hrsg.): *Monatsschrift für Kinderheilkunde*. 1948/49, Band 96, Heft 2.
- Kleinschmidt, Hans (Hrsg.): *Monatsschrift für Kinderheilkunde*. 1953, Band. 101, Heft 3.
- Kleinschmidt, Hans (Hrsg.): *Monatsschrift für Kinderheilkunde*. 1955. Band 108, Heft 7.
- Kleinschmidt, Hans (Hrsg.): *Monatsschrift für Kinderheilkunde*. 1955. Band 108, Heft 8.
- Kleinschmidt, Hans (Hrsg.): *Monatsschrift für Kinderheilkunde*. 1955. Band 108, Heft 12.
- Klesse, M.: *Über die Bedeutung der Tuberkulosestatistik für die Beurteilung der Volksgesundheit unter Berücksichtigung des Winters 1946/47*. In: *Deutsche Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen in der Sowjetischen Besatzungszone (Hrsg.): Das Deutsche Gesundheitswesen, 1947, Heft 18*.
- Kleßmann, Christoph: *Die doppelte Staatsgründung. Deutsche Geschichte 1945-1955*. Vandenhoeck und Ruprecht, Göttingen, 1991, 5. Auflage.
- Klose, N.N.; Loeschke, Adalbert: *Kinderheilkunde*. Ärzte-Verlag, Köln, 1954.
- Kock, Gerhard: *„Der Führer sorgt für unsere Kinder...“: die Kinderlandverschickung im Zweiten Weltkrieg*. Paderborn, München, Schönigh, 1997.
- Krüger, Martina: *Kinderfachabteilung Wiesengrund. Die Tötung behinderter Kinder in Wittenau*. In: *Totgeschwiegen 1933-1945. Zur Geschichte der Wittener Heilstätten seit 1957 Karl-Bonhoeffer-Nervenlinik*. Edition Hentrich, Berlin, 1989.
- Kubicki, Karol; Lönnendonker, Siegward (Hrsg.): *Die Freie Universität Berlin 1948-2007. Von der Gründung bis zum Exzellenzwettbewerb*. V&R unipress, Göttingen, 2008.
- Kujath, Gerhard: *Jugendpsychiatrische Begutachtung*. Johann Ambrosius Barth, Leipzig, 1949.
- Kuwert, Philipp; Spitzer, Carsten; Träder, Anna et al.: *Posttraumatische Belastungssymptome als Spätfolge von Kindheiten im Zweiten Weltkrieg*. *Psychotherapeut*, 2007, Volume 52, Issue 3.
- Labisch, Alfons: *Gesellschaftliche Bedingungen öffentlicher Gesundheitsfürsorge. Problemsichten und Problemlösungsmuster kommunaler und staatlicher Formen der Gesundheitsvorsorge, dargestellt am Beispiel des öffentlichen Gesundheitsdienstes*. Deutsche Zentrale für Volksgesundheitspflege e.V., Frankfurt am Main, 1988.

- Laschke, Michael: Das Oskar-Ziehlen-Krankenhaus Berlin-Lichtenberg. Von der Städtischen Krankenanstalt zum Paritätischen Gesundheitszentrum. Leipziger Universitätsverlag, Leipzig, 2003.
- Lauenburg, Ariane: 35 Jahre im Dienst der Kinderheilkunde. Der Tagesspiegel, 20.02.1983.
- Linder, Ulrike: Gesundheitsfürsorge für Schwangere und Säuglinge 1949-1965: Pläne, Maßnahmen, Defizite. In: Woelk, Wolfgang; Vögele, Jörg (Hrsg.): Geschichte der Gesundheitspolitik in Deutschland. Von der Weimarer Republik bis in die Frühgeschichte der „doppelten Staatsgründung“. Duncker&Humblot, Berlin, 2002.
- Lipps, Anke: Ernährungsstörungen im Säuglingsalter in der 1. Hälfte des 20. Jahrhunderts. Ein Überblick anhand der Krankenblätter des Kaiserin-Auguste-Victoria Haus. Dissertation FU Berlin, 1991.
- Lennert, Thomas: Pädiater Georg Bessau. Erosion eines Denkmals. Monatsschrift für Kinderheilkunde, 2014, Volume 162.
- Loeschke, Adalbert: Das Kaiserin-Auguste-Victoria Haus 1909 bis 1959. In: Ballowitz, Leonore (Hrsg.): Schriftenreihe zur Geschichte der Kinderheilkunde aus dem Archiv des Kaiserin-Auguste-Victoria Haus. Humana Milchwerke Westfalen, Herford, 1986, Heft 2.
- Loeschke, Adalbert: Über die Streptomycinwirkung bei der Säuglingsdyspepsie. Klinische Wochenschrift, 1948, Nr. 26 (23).
- Lundt, P.V.: Ist wirklich jedes dritte Schulkind krank? Vorläufige Stellungnahme zu der Broschüre von W. Meis und E. Sand. Bundesgesundheitsblatt, 1958, Nr. 58.
- Lust, Franz; Pfaundler, Meinhard: Krankheiten des Kindesalters. Ihre Erkennung und Behandlung in der Praxis. Urban&Schwarzenberg, Berlin-München, 1949.
- Malycha, Andreas: Der Umgang mit politisch belasteten Hochschulprofessoren an der Medizinischen Fakultät der Universität Berlin in den Jahren 1945 bis 1949. In: Vom Bruch, Rüdiger; Gerhardt, Ute; Pawliczek, Aleksander: Kontinuitäten und Diskontinuitäten in der Wissenschaftsgeschichte des 20. Jahrhunderts. Franz Steiner, Stuttgart, 2006.
- Malycha, Andreas: Hochschulpolitik in den vier Besatzungszonen Deutschlands. In: Schleiermacher, Sabine; Schagen, Udo (Hrsg.): Wissenschaft macht Politik. Hochschule in den politischen Systembrüchen 1933 und 1945. Franz Steiner, Stuttgart, 2009.
- Michalski, Bettina: Louise Schroeders Schwestern. Berliner Sozialdemokratinnen in der Nachkriegszeit. Dietz, Bonn, 1996.
- Mitscherlich, Margarete: Erinnerungsarbeit - warum? Gedanken zur Fähigkeit oder Unfähigkeit zu trauern. In: Cogoy, Renate; Kluge, Irene; Meckler, Brigitte (Hrsg.): Erinnerung einer Profession. Erziehungsberatung, Jugendhilfe und Nationalsozialismus. Votum, Münster, 1989.
- Moser, Gabriele: Der Neuaufbau der Gesundheitsverwaltung in der SBZ/DDR. In: Woelk, Wolfgang; Vögele, Jörg (Hrsg.): Geschichte der Gesundheitspolitik in Deutschland. Von der Weimarer Republik bis in die Frühgeschichte der „doppelten Staatsgründung“. Duncker & Humboldt, Berlin, 2002.
- Murken, A.H.: Kinderkliniken – einst und jetzt. Die Entwicklung des Kinderkrankenhauses von 1900 bis 1975. In: Rheinisch-Westfälische Kinderarztvereinigung (Hrsg.): Kinderheilkunde einst und jetzt: Jubiläumstagung zum 75jährigen Bestehen der Rheinisch-Westfälischen Kinderärztevereinigung. Wissenschaftlicher Dienst Alete, München, 1975.
- Nissen, Gerhardt: Kulturgeschichte seelischer Störungen bei Kindern und Jugendlichen. Klett-Cotta, Stuttgart, 2005.
- Nissen, Gerhardt: Psychisch gestörte Kinder und Jugendliche gestern und heute. Persönliche Erinnerungen aus 60 Jahren. Psychosozial-Verlag, Gießen, 2009.

- Nitsch, Kurt: Gedanken zur Kinderverschickung. Medizinische Wochenschrift, 1955.
- N. N.: Das Kaiserin Auguste-Victoria Haus 1909 bis 1959: In: Ballowitz, Leonore (Hrsg.): Schriftenreihe zur Geschichte der Kinderheilkunde aus dem Archiv des Kaiserin-Auguste-Victoria Haus Humana Milchwerke Westfalen, Herford, 1992, Heft 9.
- N. N.: Der Gesundheitszustand in den Städten. Der Tagesspiegel, Nr. 204, 2. Jahrgang, 1. September 1946.
- N. N.: Deutsche Penicillin-Produktion. Britische Unterstützung für die Schering-Werke. Der Tagesspiegel, 8. Januar 1946, Nr. 5, 2. Jahrgang.
- N. N.: Diagnose: es mangelt an allem. Der Tagesspiegel, 6. Dezember 1946, Nr. 286, 2. Jahrgang.
- N. N.: Erholung für Kinder. Der Telegraf, 10. April 1960, Nr. 86/15.
- N. N.: Geburtstag. Deutsches Ärzteblatt 85, 8. Dezember 1988, Heft 49.
- N. N.: Gerhard Kujath. Deutsches Ärzteblatt, 1974, Heft 51.
- N. N.: Jeder sollte helfen! Ein Empfang der Gesellschaft zur Bekämpfung der Kinderlähmung. Der Tag, 27. März 1952.
- N. N.: Jugendgesundheitsfürsorge im Schulalter. Das Deutsche Gesundheitswesen, 1948, Heft 7.
- N. N.: Kinderärztin wurde 60. FU-Info, 1983.
- N. N.: Kinder, die nicht spielen wollen. Der Tagesspiegel, Nr. 98, 2. Jahrgang, 27. April 1946.
- N. N.: Kinder erholen sich. Der Tagesspiegel, Nr. 168, 2. Jahrgang, 21. Juli 1946.
- N. N.: Kinder nach Oldenburg. Der Tagesspiegel, Nr. 11, 1. Jahrgang, 20. Oktober 1945.
- N. N.: Lebertran und Vitamin A für kranke Kinder. In: Der Tagesspiegel, Nr. 28, 2. Jahrgang, 3. Februar 1946.
- N. N.: Säuglingssterblichkeit beträgt 80 Prozent. Der Tagesspiegel, Nr. 68, 2. Jahrgang, 22. März 1946.
- N. N.: Schul- und Kinderspeisungen. Der Tagesspiegel. Nr. 26, 1. Jahrgang, 18. November 1945.
- N. N.: Spenden für die Schulspeisung. Der Tagesspiegel, Nr. 15, 3. Jahrgang, 18. Januar 1947.
- N. N.: Versicherung für Kinder bis zu achtzehn Jahren. Der Tagesspiegel, Nr. 17, 1. Jahrgang, 17. November 1945.
- N. N.: Wieviel Kinder hat Berlin? Der Tagesspiegel, Nr. 22, 1. Jahrgang, 14. November 1945.
- Nohlen, Arno: Der Liquor cerebrosppinalis bei der Poliomyelitis. In: Tietze, Albrecht; Kühne, Paul (Hrsg.): Aktuelle Fragen der Inneren Medizin. 1. Band, 1. Teil: Die Poliomyelitis. Walter de Gruyter&Co, Berlin, 1949.
- Nohlen, Arno: Über die Prüfung auf Tuberkulose beim Kinde mittels Tuberkulin. In: Deutsche Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen in der sowjetischen Besatzungszone (Hrsg.): Das Deutsche Gesundheitswesen. Arbeitsgemeinschaft medizinischer Verlage, Berlin, 1947, Jahrgang 2, Heft 1.
- Peiper, Albrecht: Chronik der Kinderheilkunde. Thieme, Leipzig, 1966.
- Peukert, Detlev: Grenzen der Sozialdisziplinierung: Aufstieg und Krise der deutschen Jugendfürsorge von 1978-1932. Bund-Verlag, Köln, 1986.
- Pfaundler, Meinhard von; Schlossmann, Arthur (Hrsg.): Handbuch der Kinderheilkunde. Ein Buch für den praktischen Arzt. F.C.W. Vogel, Berlin, 1931, 4. Auflage, 3. Band.
- Popper, Karl R.: Die Logik der Sozialwissenschaften. In: Adorno, Theodor W., Dahrendorf, Ralf; Pilot, Harald; Albert, Hans; Habermas, Jürgen; Popper, Karl R.: Der Positivismusstreit in der deutschen Soziologie. Luchterhand, Neuwied und Berlin, 1969.
- Prell, Uwe (Hrsg.): Berlin-Blockade und Luftbrücke 1948/49: Analyse und Dokumentation. Berlin-Verlag, Berlin, 1987.
- Preuss-Lausitz, Ulf; Büchner, Peter; Fischer-Kowalski, Marina u.a.: Kriegskinder, Konsumkinder, Krisenkinder. Zur Sozialisationsgeschichte seit dem Zweiten Weltkrieg. Beltz, Weinheim und Basel, 1983.

- Psychrembel, Willibald: Psychrembel. Klinisches Wörterbuch mit klinischen Symptomen. Walter de Gruyter, Berlin, 1964.
- Radke, Michael: Entwicklungen der Kinder- und Jugendmedizin in der DDR. Medizinisch-wissenschaftliche Gesellschaften, Hochschul- und Berufungspolitik, Strukturen. In: Pädiatrie nach 1945 in der Bundesrepublik Deutschland und der DDR. Monatsschrift für Kinderheilkunde, 2016, Band 164, Supplement 1.
- Rapoport, Ingeborg: Erziehungsprobleme im Blickfeld des Arztes. In: Durch Volksgesundheit zur Leistungssteigerung. Eine Schriftenreihe des deutschen Hygiene-Museums Dresden. Volk und Gesundheit, Berlin, 1953.
- Rapoport, Ingeborg: Meine ersten drei Leben. Nora, Berlin, 2002.
- Rascher, Wolfgang; Wittern-Sterzel, Renate (Hrsg.): Geschichte der Universitäts-Kinderklinik Erlangen. V&R unipress, Göttingen, 2005.
- Ribbe, Wolfgang (Hrsg.): Geschichte Berlins. Zweiter Band. Von der Märzrevolution bis zur Gegenwart. C.H. Beck, München, 1987.
- Ratke, Otto: Die Kindererholungsfürsorge der Stadt Berlin. In: Zentralarbeitsgemeinschaft der öffentlichen und freien Wohlfahrtspflege (Hrsg.): Berliner Wohlfahrtsblatt. 6. Jahrgang, Nr.8, 25.5.1930.
- Ratschko, Karl-Werner: Ernst Holzlöhner, Hans Gerhard Creutzfeldt und Enno Freerksen. Drei Kieler Medizinprofessoren im „Dritten Reich“. In: Cornelissen, Christoph; Mish, Carsten (Hrsg.): Wissenschaft an der Grenze. Die Universität Kiel im Nationalsozialismus, Klartext, Essen, 2010.
- Riedesser, Peter: Belastende Kriegserfahrungen in der Kleinkinderzeit. In: Radebold, Hartmut; Heuft, Gereon; Fooker, Insa (Hrsg.): Kindheiten im Zweiten Weltkrieg. Kriegserfahrungen aus psychohistorischer Perspektive. Juventa, Weinheim und München, 2. Auflage, 2009.
- Rieser, Sabine: Theodor Hellbrügge. Vorkämpfer für Kindervorsorge. Deutsches Ärzteblatt. 1. Juli 2011, Heft 26.
- Roelcke, Volker: Friedrich Hartmut Dost. Aspekte zu Tätigkeit und Haltung im Nationalsozialismus und Nachkriegszeit. Beddies, Thomas; Hinz-Wessels, Anette (Hrsg.): Pädiatrie nach 1945 in der Bundesrepublik Deutschland und der DDR. Monatsschrift Kinderheilkunde, Springer, Berlin/Heidelberg, 2016, Band 164, Supplement 1.
- Roelcke, Volker: Erbbiologie und Kriegserfahrung in der Kinder- und Jugendpsychiatrie der frühen Nachkriegszeit: Kontinuitäten und Kontexte bei Hermann Stutte. In: Fangerau, Heiner; Topp, Sascha; Schepker, Klaus (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nationalsozialismus. Zur Geschichte ihrer Konsolidierung. Springer, Berlin, Heidelberg, 2017.
- Rominger, Erich: Die Ernährungsstörungen des Säuglings. In: Pfaundler, Meinhard von; Schlossmann, Arthur (Hrsg.): Handbuch der Kinderheilkunde. Ein Buch für den praktischen Arzt. F.C.W. Vogel, Berlin, 1931, 4. Auflage, 3. Band.
- Rominger, Erich (Hrsg.): Lehrbuch der Kinderheilkunde. Springer, Berlin, 1950.
- Rott, Fritz (Hrsg.): Ziel und Gestaltung der Kindererholungsfürsorge. Beyer, Langensalza, 1925.
- Rüther, Martin: Ärzte im Nationalsozialismus. Neue Forschungen und Erkenntnisse zur Mitgliedschaft in der NSDAP. Deutsches Ärzteblatt, 2001, Jahrgang. 98, Heft 49.
- Salzmann, Peter: Das Kriegskind. Erlebnis Zweiter Weltkrieg. Books on Demand, Norderstedt, 2006.
- Schäfer, K. H.: Professor Dr. Ulrich Köttgen. Monatsschrift für Kinderheilkunde, 1980, Volume 128.

- Scharfe, Dorle: Erinnerungen an das Kriegsende 1945. In: Ballowitz, Leonore (Hrsg.): Schriftenreihe zur Geschichte der Kinderheilkunde aus dem Archiv des Kaiserin-Auguste-Victoria Hauses. Humana Milchwerke Westfalen, Herford, 1986, Heft 2.
- Schlich, Thomas: Zeitgeschichte der Medizin: Herangehensweise und Probleme. In: Medizinhistorisches Journal, 2007, Vol. 42 (3/4).
- Schmuhl, Hans-Walter: Das „Dritte Reich“ als biopolitische Entwicklungsdiktatur. In: Kampmeyer, Margret (Hrsg.): Tödliche Medizin. Rassenwahn im Nationalsozialismus. Wallstein, Göttingen, 2009.
- Schönfeld, Herbert: Kinderarzt und Erziehung. Ferdinand Enke, Stuttgart, 1951.
- Schweier, Paul; Seidler, Eduard (Hrsg.): Lebendige Pädiatrie. Hans Marseille, München, 1983.
- Seidler, Eduard: Kinderärzte 1933-1945. Entrechtet – geflohen – ermordet. Bouvier Verlag, Bonn, 2000.
- Seidler, Eduard: Die Kinderheilkunde in der Gründungssituation des Kaiserin-Auguste-Victoria Hauses. In: Ballowitz, Leonore (Hrsg.): Schriftenreihe zur Geschichte der Kinderheilkunde aus dem Archiv des Kaiserin-Auguste-Victoria Haus, Humana Milchwerke Westfalen, Herford, 1986, Heft 2.
- Seidler, Eduard: Die Schicksale jüdischer Kinderärzte im Nationalsozialismus. Ein Vorbericht. Monatsschrift für Kinderheilkunde, 1998, Volume 146.
- Spranger, Jürgen: Deutsche Pädiatrie von 1945-1999. Monatsschrift für Kinderheilkunde, 2000, Volume 148, Nr.: 6.
- Starke, Karl-Bernd; Fuisting, Hildegard: Kindermorbidität in Krisenzeiten. Monatsschrift für Kinderheilkunde, Springer, Berlin, 1953, Band 101, Heft 6.
- Stender, A.: Die Entwicklung der Medizinischen Fakultät der Freien Universität Berlin seit ihrer Gründung (1948-1958). In: M.H. Fischer (Hrsg.): Jubiläumsschrift, 10 Jahre Medizinische Fakultät der Freien Universität Berlin. Berliner medizinische Verlagsanstalt GmbH, 1958.
- Stöckel, Sigrid: Säuglingsfürsorge zwischen sozialer Hygiene und Eugenik. Walter de Gruyter, Berlin/New York, 1996.
- Stolte, Karl: Selbsthilfe beim Mangel an Nährpärparaten. In: Deutsche Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen in der sowjetischen Besatzungszone (Hrsg.): Das Deutsche Gesundheitswesen. Arbeitsgemeinschaft medizinischer Verlage, Berlin, 1947, Jahrgang 2, Heft 17.
- Stürzbecher, Manfred: Leonid Doxiades (1889-1969) - Ein Kinderarzt in Berlin. In: Ballowitz, Leonore (Hrsg.): Schriftenreihe zur Geschichte der Kinderheilkunde aus dem Archiv des Kaiserin-Auguste-Victoria Haus. Humana Milchwerke Westfalen eG. Herford, Heft 11, 1993.
- Süss, Winfried: Gesundheitspolitik, in: Hockerst, Hans Günter: Drei Wege deutscher Sozialstaatlichkeit: NS-Diktatur, Bundesrepublik und DDR im Vergleich. Walter de Gruyter, München, Oldenbourg, 1998.
- Tent, F. James: Freie Universität Berlin 1948-1988. Eine deutsche Hochschule im Zeitgeschehen. Colloquium-Verlag, Berlin, 1988.
- Thurnwald, Hilde: Gegenwartsprobleme Berliner Familien. Eine soziologische Untersuchung an 498 Familien. Weidmännische Verlagsbuchhandlung, Berlin, 1948.
- Topp, Sascha: Der „Reichsausschuss zur wissenschaftlichen Erfassung erb- und anlagebedingter schwerer Leiden“. Zur Organisation der Ermordung minderjähriger Kranker im Nationalsozialismus 1939-1945. In: Beddies, Thomas; Hübener, Kristina (Hrsg.): Kinder in der NS-Psychiatrie. bebra wissenschaft, Berlin, 2004.
- Topp, Sascha: Geschichte als Argument in der Nachkriegsmedizin. Formen der Vergegenwärtigung der nationalsozialistischen Euthanasie zwischen Politisierung und Historiographie. V&R unipress, Göttingen, 2013.

- Topp, Sascha; Schepker, Klaus (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nationalsozialismus. Zur Geschichte ihrer Konsolidierung. Springer, Berlin, Heidelberg, 2017.
- Uhl, Matthias: Die Teilung Deutschlands. Niederlage, Ost-West-Spaltung und Wiederaufbau 1945-1949. be.bra wissenschaft, Berlin-Brandenburg, 2009.
- Villinger, Werner; Stutte, Hermann: Zeitgemäße Aufgaben und Probleme der Kinderpsychiatrie. Der Nervenarzt, 1948, Heft 6.
- Vögele, Jörg: Wenn das Leben mit dem Tod beginnt – Säuglingssterblichkeit und Gesellschaft in historischer Perspektive. Historische Sozialforschung, 2009, Volume 34, No. 4 (130).
- Vollhals, Clemens: Entnazifizierung. Politische Säuberung und Rehabilitierung in den vier Besatzungszonen 1945-1949. Deutscher Taschenbuch Verlag, München, 1991.
- Wauer, Roland: Die Entwicklung der Neonatologie als Teil der Perinatologie an der Universitätsfrauenklinik der Charité in Berlin-Mitte. In: Ebert, Andreas D.; David, Matthias (Hrsg.): Geschichte der Berliner Universitäts-Frauenkliniken: Strukturen, Personen und Ereignisse in und außerhalb der Charité. Walter de Gruyter, Berlin, 2009.
- Wauer, Roland: Entwicklung der Neonatologie an der Charité. 1960-1990 und DDR-Forschungsprojekt Perinatologie. Monatsschrift für Kinderheilkunde: Pädiatrie nach 1945 in der Bundesrepublik Deutschland und der DDR. Springer, Berlin, 2016, Volume 164 (1).
- Wauer, Roland: Säuglingssterblichkeit in Deutschland und Berlin - Unterschiede in Ost und West. in: 10. Interdisziplinärer SGA-Workshop. Proceedingband. Medizinischer Verlag Siegfried Zabransky, 2012.
- Wehler, Hans-Ulrich: Deutsche Gesellschaftsgeschichte. C.H. Beck, München, 2008, Band 5.
- Wiedemann, Hans-Rudolf: The pioneers of pediatric medicine. Karl Stolte (1881-1951). European Journal of Pediatrics, 1993, Volume 152, Issue 2.
- Willing, Matthias: Zwangsbewahrung: Fürsorgerische Freiheitsentziehung im bundesdeutschen Rechtsstaat. In: Fangerau, Heiner; Topp, Sascha; Schepker, Klaus (Hrsg.): Kinder- und Jugendpsychiatrie im Nationalsozialismus. Zur Geschichte ihrer Konsolidierung. Springer, Berlin, Heidelberg, 2017.
- Wildt, Michael: Der Traum vom Sattwerden. Hunger und Protest, Schwarzmarkt und Selbsthilfe in Hamburg 1945-1948. VSA, Hamburg, 1986.
- Winau, Rolf: Medizin in Berlin. Walter de Gruyter, Berlin/New York, 1987.
- Zankel, Sönke: Werner Catel – ein Protagonist der NS-„Kindereuthanasie“ und seine Nachkriegskarriere. Medizinhistorisches Journal, 2003, Vol. 38 (2).

7.2.3 Abbildungsverzeichnis

Trotz sorgfältiger Recherche konnten bei der Abbildung 31 die Rechteinhaber_innen des Bildes nicht ermittelt werden. Hinweise zum Rechteinhaber_innen werden gerne entgegengenommen.

Abbildung 1: Die brennende Kinderklinik nach einem Luftangriff, vermutlich 1945. - 25 -
Bildarchiv des Instituts für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin.
Charité -Universitätsmedizin Berlin, Nr. 006760

Abbildung 2: Beseitigung der Trümmerberge auf dem Charité-Gelände 1945. - 27 -
Bildarchiv des Instituts für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin.
Charité -Universitätsmedizin Berlin, Nr. 001332

Abbildung 3: Eine der „Eisernen Lungen“ im Einsatz im Auguste Viktoria Krankenhaus in
Berlin-Schöneberg (10. November 1949). - 46 -
LAB, F Rep. 290 (07) Nr. 0002868, Fotograf: Willy Kiel

Abbildung 4: Orthopädische Gymnastik nach spinaler Kinderlähmung, hier in der
Wilmsdorfer Straße 98 in Berlin-Charlottenburg (29. November 1949). - 47 -
LAB, F Rep. 290 (07) Nr. 0011978, Fotograf: Willy Kiel

Abbildung 5: Orthopädische Gymnastik nach spinaler Kinderlähmung; Streckbretter zur
Unterstützung der geschädigten Halswirbel; Wilmsdorfer Straße 98, Berlin-
Charlottenburg (29. November 1949). - 48 -
LAB, F Rep. 290 (07) Nr. 0011977, Foto: Willy Kiel

Abbildung 6: "Gruppenpass"- Blankoformular, um 1952. - 49 -
LAB, B Rep. 012, Nr. 149

Abbildung 7: Kinderkrankenschwestern mit einer Patientin im KAVH. - 67 -
HU, UA, Kinder- und Jugendmedizin, KAVH, Abschiedsalbum für Prof. Joppich
1954

Abbildung 8: Mutter mit Kind am Eingang der Säuglings- und Kleinkinder-Fürsorgestelle des
KAVH, undatiert. - 74 -
HU, UA, Kinder- und Jugendmedizin, KAVH, Abschiedsalbum für Prof. Joppich
1954

Abbildung 9: Sammelliste der Aktion „Rettet die Kinder“, 1946. - 76 -
LAB, C Rep. 118-01; Nr. 2714

Abbildung 10: Anmeldeschein zur örtlichen Erholungsfürsorge, 1946. - 83 -
LAB, C Rep. 118 Nr. 185

Abbildung 12: „Berliner-Blockade-Kinder im fünf-Städte-Heim Hörnum Sylt 1948/49“ - 103 -
LAB, B Rep. 013, Nr. 107, Anonyme Fotografie

Abbildung 13: „Voraussichtlicher Speiseplan in der Woche vom 14.03. bis 20.03.1949“	- 104 -
LAB, B Rep. 013, Nr. 107	
Abbildung 14: Antrag und Evaluation zur Kinderverschickung, S. 1, 1952.	- 107 -
Abbildung 15: Antrag und Evaluation zur Kinderverschickung, S. 2, 1952.	- 108 -
LAB, B Rep. 013, Nr. 473, 2 Seiten	
Abbildung 16: Dimension der örtlichen Erholungsfürsorge 1949 bis 1951 in West-Berlin.....	- 112 -
LAB, Soz 964, 1952-1: Arbeitsberichte des Hauptjugendamtes (1952), I. Jugendförderung, Erholungsfürsorge, Kindertagesstätten, S. 19.	
Abbildung 17: „Spiel und Spaß in der Aktion“ während der Kindererholungsmaßnahme „Kleinkinder in Luft und Sonne“ in der Dauerkolonie Rehberge, Berlin-Wedding, 1952...	- 113 -
LAB, F Rep. 290, Nr. 0006861, Fotograf: Bernd Sass	
Abbildung 18: „Zeltlager am Grunewaldturm“, 08. Juli 1952.	- 114 -
LAB, F Rep. 290, Nr.0019312, Fotograf: Bernd Schütz	
Abbildung 19: Auslandverschickungen zu Beginn der 1950er Jahre in West-Berlin.....	- 116 -
LAB, Soz 964, 1954, 1: Senator für Jugend und Sport (Hrsg.): Jahrbuch der Berliner Jugendarbeit 1954, Jugendförderung, Erholungsfürsorge, Kindertagesstätten, S. 36.	
Abbildung 20: Kinder auf der Infektionsstation des KAVH, undatiert.	- 123 -
HU, UA, Kinder- und Jugendmedizin, KAVH, Karton Klinik, 423 Bilder	
Abbildung 21: Hauptgebäude des KAVH, undatiert.....	- 135 -
HU, UA, Kinder- und Jugendmedizin, KAVH, Karton Klinik, 423 Bilder	
Abbildung 22: Blick in den Ausstellungsaal „Die Ernährung von Mutter und Kind“, Leipziger Straße, Berlin, Februar 1931.	- 140 -
HU, UA, Kinder- und Jugendmedizin, KAVH, Fotoalbum: Ausstellung "Die Ernährung für Mutter und Kind" (1931)	
Abbildung 23: Ein Teil der Ausstellung „Die Ernährung für Mutter und Kind“, die sich mit der Ernährung in Form von Kuhmilch befasst, Leipziger Straße, Berlin, Februar 1931. -	- 141 -
HU, UA, Kinder- und Jugendmedizin, KAVH, Fotoalbum: Ausstellung "Die Ernährung für Mutter und Kind" (1931)	
Abbildung 24: Blick in die Milchküche des KAVH: „Hier wird alles gebraut, was ein Säuglingsdarm verdaut“, 1950er Jahre.	- 145 -
HU, UA, Kinder- und Jugendmedizin, KAVH, Abschiedsalbum für Prof. Joppich 1954	
Abbildung 25: Kinderkrankenschwestern in der Milchküche des KAVH beim Zubereiten spezieller Kindernahrung, 1950er Jahre.	- 146 -
HU, UA, Kinder- und Jugendmedizin, KAVH, Abschiedsalbum für Prof. Joppich 1954	

- Abbildung 26: Gerhard Joppich bei einer Krankendemonstration im KAVH. Im Hintergrund auf den Stühlen sitzend sind Heinrich Wiesener (1. von links) und Leonore Ballowitz (3. v. links) zu sehen..... - 147 -
 HU, UA, Kinder- und Jugendmedizin, KAVH, Abschiedsalbum für Prof. Joppich
 1954
- Abbildung 27: Ingeborg Rapoport bei der Untersuchung eines Säuglings in der Kinderklinik der Charité, undatiert. - 156 -
 Bildarchiv des Instituts für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin.
 Charité -Universitätsmedizin Berlin, Nr. 000556
- Abbildung 28: Gerhard Joppich bei der Blutentnahme im KAVH, 1950er Jahre. - 162 -
 HU, UA, Kinder- und Jugendmedizin, KAVH, Abschiedsalbum für Prof. Joppich
 1954
- Abbildung 29: Adalbert Loeschke, undatiert. - 173 -
 LAB, B Rep. 014, Nr. 2714
- Abbildung 30: Leonore Ballowitz vor dem KAVH, undatiert..... - 180 -
 Bildarchiv des Instituts für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin.
 Charité -Universitätsmedizin Berlin, Nr. 004498
- Abbildung 31: Gerhard Kujath, undatiert. - 187 -
 HU UA, NS-Dozentenschaft II, ZD I 0585, Bl. 1
- Abbildung 32: Karl Klinke, um 1960..... - 195 -
 Bildarchiv des Instituts für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin. Charité -
 Universitätsmedizin Berlin, Nr. 000396
- Abbildung 33: Personal des Kinderkrankenhauses Wedding, undatiert. - 217 -
 Bildarchiv des Instituts für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin.
 Charité -Universitätsmedizin Berlin, Nr.: 009157
- Abbildung 34: Bombenschäden im Kinderkrankenhauses Wedding, 1945 (?). - 218 -
 Bildarchiv des Instituts für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin.
 Charité -Universitätsmedizin Berlin, Nr. 006760
- Abbildung 35: Arno Nohlen, undatiert. - 220 -
 LAB, B Rep. 080, Nr. 549
- Abbildung 36: Hans Kleinschmidt, undatiert..... - 231 -
 Universitätsarchiv Göttingen, Sammlung Voit: H. Kleinschmidt, Nr. 2
- Abbildung 37: Adalbert Czerny bei der Untersuchung seiner kleinen Patient_innen im Kinderkrankenhauses Wedding, 1. Station, undatiert. - 240 -
 Bildarchiv des Instituts für Geschichte der Medizin und Ethik in der Medizin.
 Charité -Universitätsmedizin Berlin, Nr. 009148

7.3 Lebenslauf

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

7.4 Publikationsverzeichnis

1. Münch, Lea: Polio-Schluckimpfung in Westberlin 1960. Impfversuche in Kinderheimen. Monatsschrift Kinderheilkunde, Berlin/Heidelberg, 2019. (angenommen und in Produktion)

7.5 Eidesstattliche Erklärung

„Ich, Lea Münch, versichere an Eides statt durch meine eigenhändige Unterschrift, dass ich die vorgelegte Dissertation mit dem Thema: „Kinder und Kinderheilkunde in Berlin. Zwischen Fürsorge und Forschung (1945-1965)“ selbstständig und ohne nicht offengelegte Hilfe Dritter verfasst und keine anderen als die angegebenen Quellen und Hilfsmittel genutzt habe.

Alle Stellen, die wörtlich oder dem Sinne nach auf Publikationen oder Vorträgen anderer Autoren beruhen, sind als solche in korrekter Zitierung kenntlich gemacht. Die Abschnitte zu zu Methodik (insbesondere praktische Arbeiten, Laborbestimmungen, statistische Aufarbeitung) und Resultaten (insbesondere Abbildungen, Graphiken und Tabellen werden von mir verantwortet.

Ich erkläre ferner, dass mir die Satzung der Charité – Universitätsmedizin Berlin zur Sicherung Guter Wissenschaftlicher Praxis bekannt ist und ich mich zur Einhaltung dieser Satzung verpflichte.

Die Bedeutung dieser eidesstattlichen Versicherung und die strafrechtlichen Folgen einer unwahren eidesstattlichen Versicherung (§156,161 des Strafgesetzbuches) sind mir bekannt und bewusst.“

16. Oktober 2019

7.6 Danksagung

Angefangen hatte alles in einem medizinhistorischen Wahlpflichtseminar, das Prof. Thomas Beddies leitete. Am Ende des Semesters erwähnte er fast beiläufig die Möglichkeit einer Dissertation in diesem Fachbereich und für mich war sofort klar, dass ich dieses Angebot wahrnehmen würde. Prof. Beddies begleitete die vorliegende Arbeit über Jahre hinweg mit unzähligen inhaltlichen und organisatorischen Hilfestellungen. Jederzeit konnte ich an seine Bürotür klopfen und fand immer ein offenes Ohr. Eine bessere Betreuung hätte ich mir nicht vorstellen können! Ihm gilt mein herzlichster Dank.

Ich danke Prof. Heinz-Peter Schmiedebach für zahlreiche, anregende Diskussionen, seine ansteckende Begeisterung für die Medizingeschichte und Medical Humanities sowie den Zuspruch und die Ermunterung weiterhin bei den Geisteswissenschaften zu bleiben. Mein großer Dank geht außerdem an Gabriele Moser, die sich die Mühe gemacht hat, das Manuskript Korrektur zu lesen und mir mit ihren Anmerkungen eine große Bereicherung war. Darüber hinaus hat mir die freundliche Atmosphäre im Institut die Arbeit sehr erleichtert, wobei mir insbesondere die Kolleg_innen in der Bibliothek und dem hauseigenen Bildarchiv mit ihrer Fachkenntnis hilfsbereit zur Seite standen. Ebenso möchte ich den zahlreichen Mitarbeiter_innen des Landesarchivs, des Universitätsarchivs der Freien Universität Berlin und des Universitätsarchivs der Humboldt Universität zu Berlin für Ihre Unterstützung bei den Recherchen danken.

Nicht zuletzt haben mich meine Eltern fortwährend mit großer Geduld, viel Wohlwollen und Interesse in jeder Hinsicht bei meinem Studium und dem Verfassen der Dissertation unterstützt. Ihnen gilt ebenso mein tiefster Dank wie meinem Bruder Amos, der mich jederzeit aufgemuntert hat, mir eine große Hilfe bei jeglichen Formatierungsschwierigkeiten und somit ein unverzichtbarer Begleiter war.