Rostocker Dokumentenserver
Dieses Werk wurde Ihnen durch die Universitätsbibliothek Rostock zum Download bereitgestellt.
Für Fragen und Hinweise wenden Sie sich bitte an: digibib.ub@uni-rostock.de .
Das PDF wurde erstellt am: 25.10.2025, 20:05 Uhr.

Michael Radke

Der Weg der Kinderheilkunde zur wissenschaftlich-medizinischen Disziplin in Deutschland und Studien zur Entwicklung der Pädiatrie in der DDR : Voraussetzungen, Tendenzen, Institutionen, Potentiale

Bd. 1

Maschinenschrift, Rostock, 1987

https://purl.uni-rostock.de/rosdok/ppn1933762381

Band (Druck) Freier Zugang All Rights Reserved OCR-Volltext

Der Weg der Kinderheilkunde zur wissenschaftlich-medizinischen Disziplin in Deutschland und Studien zur Entwicklung der Pädiatrie in der DDR - Voraussetzungen, Tendenzen, Institutionen, Potentiale

D i s s e r t a t i o n

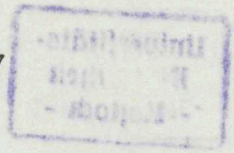
zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor der Wissenschaften (doctor scientiae medicinae)

v o r g e l e g t

dem Wissenschaftlichen Rat der Wilhelm-Pieck-Universität
Rostock

von Dr.med. Michael Radke
geb. am 25. September 1953 in Schwerin

Rostock, im November 1987



Dekan der Fakultät für Medizin: OMR Prof.Dr.sc.med. Naumann

1. Gutachter: OMR Prof. Dr. sc. med. Kölz, UPK
2. Gutachter: Prof. Dr. sc. med. Wunderlich MLH
3. Gutachter: Prof. Dr. sc. phil. Günther UPK
4. Gutachter: Prof. Dr. sc. med. Zoellner, HUB

18.4.88

Inhaltsverzeichnis

Seite

Teil I

Der Weg der Kinderheilkunde zur medizinisch-wissenschaftlichen Disziplin in Deutschland zum Ende des vorigen und Beginn unseres Jahrhunderts

1.	Einführung, Problemstellung	1
1.1.	Die Pariser medizinische Schule	4
1.2.	Die Wiener medizinische Schule	6
2.	Die Herausbildungsphase der Kinderheilkunde als wissenschaftliche Disziplin in Deutschland (Mitte des 19. bis Anfang unseres Jahrhunderts)	9
2.1.	Bedingungen für die Disziplingenese, die sich aus dem Entwicklungsstand der gesellschaftlichen Verhältnisse in Deutschland im 19. Jahrhundert ergeben	9
2.2.	Bedingungen für die Disziplingenese, die sich aus dem allgemeinen Entwicklungsstand der Medizin und der Naturwissenschaften ergeben	14
2.2.1.	Die Rolle der Inneren Medizin als Mutterdisziplin	16
2.3.	Das wissenschaftliche Konzept und Wissenschaftsinhalte der deutschen Pädiatrie im letzten Drittel des 19. und zu Beginn unseres Jahrhunderts	18
2.4.	Wissenschaftlerpersönlichkeiten in der Herausbildungsphase der Disziplin	20
2.4.1.	Disziplinäre Herkunft der Vertreter des Faches in seiner Herausbildungsphase	26
3.	Der Prozeß der Institutionalisierung der Kinderheilkunde als Wissenschaft in Deutschland	30
3.1.	Wissenschaftliche Gesellschaften als kommunikative Institutionen	31
3.2.	Pädiatrische Zeitschriften und das erste Handbuch des Faches als kommunikative bzw. kollektionierende Institutionen des Fachgebietes	33
3.3.	Kliniken und Kinderkrankenhäuser als Erkenntnisquellen von medizinischer Wissenschaft in Verbindung mit empirischen Momenten der kurativen Praxis	36

3.4.	Reproduzierende Institutionen (Ordinariate)	40
4.	Die Herausbildungsphase der Pädiatrie als Wissenschaft: Zusammenfassung - Überblick - Versuch einer Periodisierung	46
4.1.	Die Initialphase der Disziplingenese (Mitte des 19. Jahrhunderts bis Ende der 80er Jahre)	46
4.2.	Die Konstituierungsphase (1885/90 bis um 1910)	50
4.3.	Die Etablierungsphase (um 1905/1910 bis 1920/21)	53
4.4.	Schlußbemerkungen zur Disziplingenese der Pädiatrie in Deutschland (Teil I)	55

Teil II

Studien zur Entwicklung der Pädiatrie in der DDR - Voraussetzungen, Tendenzen, Institutionen, Potentiale 57

5.	Gesundheits- und hochschulpolitische Prämissen für die Pädiatrie in der Sowjetisch besetzten Zone (SBZ) bis 1949 und in der DDR 1949 bis 1961	58
5.1.	Gesundheitspolitische Aufgabenstellung und Ziele des Kindergesundheitsschutzes in der SBZ 1945 bis 1949	58
5.2.	Hochschulpolitik in der SBZ von 1945 bis zur Gründung der DDR	59
5.3.	Reflexionen der Gesundheits- und Hochschulpolitik der DDR in der Periode des Aufbaus der Grundlagen des Sozialismus, 1949 bis 1961 auf die Entwicklung der Pädiatrie	61
6.	Reaktionen der Pädiatrie auf die Aufgaben zur Verbesserung der Kindergesundheit in den 50er Jahren	70
6.1.	Wissenschaftliche Inhalte, Konzepte und Hauptaufgaben am Beispiel der Universitätsklinik Leipzig und ihres Direktors Albrecht Peiper (1889-1968)	70
6.2.	Bedingungen, Ressourcen und Voraussetzungen für die medizinische Betreuung und wissenschaftliche Arbeit im Fachgebiet in den 50er Jahren	83
7.	Die Position der Pädiatrie nach der Weimarer Gesundheitskonferenz (1960): Bestandsaufnahme - Aufgaben	88

8.	Zur Entwicklung disziplinspezifischer Institutionen seit Gründung der DDR	94
8.1.	Kinderärztliche Gesellschaften in der DDR seit 1949	94
8.1.1.	Politisch-ideologische Beweggründe und Hemmnisse bis zur Gründung der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR 1967	95
8.1.2.	Das wissenschaftliche Leben in den pädiatrischen Gesellschaften bis zur Gründung der Gesellschaft für Pädiatrie	104
8.1.3.	Die Entwicklung der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR bis zur gegenwärtigen organisatorischen Strukturierung und wissenschaftlichen Differenzierung	106
8.1.4.	Schwerpunkte der Arbeit des Vorstandes der Gesellschaft für Pädiatrie in den 70er Jahren	116
8.1.5.	Versuch einer Typisierung der Organisation und Strukturierung kinderärztlicher Vereinigungen in der DDR seit 1949	119
8.2.	Zur Rolle der Hauptproblemkommission Pädiatrie und Kinder- und Jugendgesundheitsschutz in den 60er Jahren	123
8.3.	Zur Entwicklung kommunikativer Institutionen der Disziplin, dargestellt am Beispiel der "Kinderärztlichen Praxis"	127
9.	Zu einigen Beispielen der Potentialentwicklung des Faches seit 1949	134
9.1.	Personelle Potentiale	134
9.1.1.	Aspekte der Ordinariatsbesetzung in der Pädiatrie bis zur III. Hochschulreform 1968/69	134
9.1.2.	Zur Entwicklung des wissenschaftlichen Nachwuchses im Zusammenhang mit der Fachgebietsentwicklung	145
9.2.	Hochschulkinderkliniken in der DDR - Entwicklung und derzeitiger Stand ihrer Strukturierung als Ausdruck der Wissenschaftsentwicklung im Fachgebiet	154
10.	Zur Wissenschaftsentwicklung und Forschung in der Pädiatrie seit 1949/50	161
10.1.	Schwerpunkte und Tendenzen im internationalen Rahmen	161
10.1.1.	Qualitative Entwicklungen	161
10.1.2.	Quantitative Entwicklungen und Tendenzen der internationalen Wissenschaftsentwicklung in der Pädiatrie	181

10.2. Beispiele für Schwerpunkte und Tendenzen der wissenschaftlichen Arbeit an den Hochschulkinderkliniken der DDR - Was? Wann? Wer? 188

11. Thesenhafte heuristische Gedanken über einige Aspekte der Weiterentwicklung der Pädiatrie als wissenschaftliche Disziplin 198

12. Zusammenfassung 200

13. Literaturverzeichnis nach 200

13.1. Veröffentlichte Quellen 1

13.2. Unveröffentlichte Quellen 24

14. Thesen

15. Anlagen (Band 2)

Anlage 1: Wissenschaftliche Erkenntnisse, Entwicklungen, "Highlights" mit Bedeutung für die Wissenschaftsentwicklung der internationalen Pädiatrie (1949/50 bis 1980), chronologisch und nach pädiatrischen Spezialgebieten geordnet 1-39

Anlage 2: Übersicht über sämtliche Habilitationen bzw. Promotionen B an den 9 Hochschulkinderkliniken der DDR von 1949 bis 1985, chronologisch und nach Hochschulen geordnet 1-14

Anlage 3: Zusammenstellung sämtlicher an den Hochschulkinderkliniken der DDR von 1949 bis 1985 erfolgten Berufungen zum Hochschullehrer, nach Hochschulen und chronologisch geordnet 1-8

Anlage 4: Schloßmann-Preisträger der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR 1-2

Anlage 5: Entwicklung der Mitgliederzahlen der Sektion Pädiatrie (1963 bis 1967) bzw. der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR (ab 1967) 1

Anlage 6: Übersicht über bisher in der DDR vergebene Virchowpreise (1960 bis 1985) mit besonderer Berücksichtigung der Pädiatrie 1-2

Vorbemerkungen

Die Konzeption für die vorliegende Untersuchung hatte ursprünglich zum Ziel, ausschließlich Bedingungen für die Entwicklung der Kinderheilkunde als Wissenschaft im Hochschulwesen der DDR seit 1949 zu analysieren bzw. entsprechende Tendenzen, Hintergründe und Faktoren zu charakterisieren. In der Anfangsphase der Bearbeitung kristallisierten sich jedoch bald die Fragen heraus: Was definiert die wissenschaftliche Kinderheilkunde? Wann und unter welchen Bedingungen entstand sie als solche in Deutschland? Nach Diskussionen mit kompetenten Wissenschaftlern des eigenen Faches und anderer Wissenschaftszweige, wurde der Verfasser darin bestärkt, diesen Fragen einen angemessenen und dennoch begrenzten Anteil an der Gesamtdarstellung einzuräumen. Damit war keineswegs beabsichtigt, etwa eine (neue) Geschichte der Kinderheilkunde zu schreiben, sondern es sollten Bedingungen in Gesellschaft und Wissenschaft untersucht werden, die zur Herausbildung der medizinischen Disziplin Kinderheilkunde führten. Des weiteren kam es darauf an, zeitliche Einordnungen vorzunehmen und wesentliche Beiträge herausragender Persönlichkeiten zu würdigen und den Gesamtprozeß der Herausbildung in seiner komplexen Wechselwirkung mit gesellschaftlichen Faktoren zu charakterisieren. Mit dem Zeitpunkt des Einrichtens von pädiatrischen Lehrstühlen an den meisten deutschen Universitäten zu Beginn der 20er Jahre wird der Teil I der Untersuchung abgeschlossen.

Unter der Prämisse, die Entwicklung in der DDR in einem hinreichenden Umfang darstellen zu sollen, war notwendig verbunden, eine zeitlich diskontinuierliche Darstellung zu akzeptieren; die Periode des Faschismus in Deutschland 1933 bis 1945 wird nicht berücksichtigt.

Es erscheint dennoch notwendig, diesem Zeitraum in der DDR einen eigenständigen Beitrag im Rahmen einer umfangreicheren Untersuchung zu widmen, in dem echte wissenschaftliche von pseudowissenschaftlichen Ergebnissen zu differenzieren wären. Diesbezüglich könnten die Universitätskinderkliniken der Charité in Berlin und in Leipzig als Beispiele einer teilweise divergierenden Entwicklung der deutschen Kinderheilkunde im Faschismus dienen. In dieser Untersuchung käme es des weiteren darauf an, generell die Stellung des Kindes und der Kinderheilkunde innerhalb der faschistischen Ideologie zu definieren. Die Unmöglichkeit, etwa einem Vollständigkeitsprinzip folgen zu können bzw. die vollständige Darstellung und Wertung aller Bedingungen der Entwicklung der Pädiatrie in der DDR zu erreichen, glaubt der Verfasser mit der Wahl des Titels und der Konzeption der vorliegenden Arbeit ausgedrückt zu haben, die mit dem Wunsch verbunden ist, auch in anderen medizinischen Disziplinen ähnliche Thematiken bearbeitet zu wissen.

Teil I

Der Weg der Kinderheilkunde zur medizinisch-wissenschaftlichen Disziplin in Deutschland zum Ende des vorigen und Beginn unseres Jahrhunderts

1. Einführung, Problemstellung

"Die Kinderheilkunde gehört, insofern sie die Vorschriften für die Pflege des Neugeborenen und Säuglings umfaßt, mit der Geburtshilfe zu den ältesten, ihrer wissenschaftlichen Entwicklung nach zu den jüngsten Kapiteln der gesamten Medizin. Erst zu Ende des 18. Jahrhunderts löst sie sich so weit aus der Bevormundung der Geburtshilfe, daß das erste selbständige Werk über die Krankheiten der Neugeborenen und Kinder, das bekannte Lehrbuch von Rosenstein erscheint"

Theodor Escherich, 1904

In diesem Zitat aus einem Vortrag Escherichs (1857-1911) auf dem Kongreß der Wissenschaften und Künste anläßlich der Weltausstellung in St.Louis im September 1904 (59) finden wir bereits grob umrissen die zeitliche Einordnung wissenschaftlicher Ambitionen der Kinderheilkunde auf die entwickelten Länder Europas bezogen. Der Wiener Ordinarius für Kinderheilkunde (1902-1911) deutet damit gleichzeitig an, daß es medizinische Bemühungen um das Kind schlechthin als Praxisfeld schon in der frühen Menschheitsgeschichte gegeben hat, teilt aber bereits ganz deutlich sichtbar den Gegenstand der Kinderheilkunde in eine (von Empirie geprägte) Praxisebene und in eine wissenschaftliche Ebene mit eigenen Inhalten.

Die im folgenden auszugsweise genannten historiografischen Werke und Arbeiten belegen im wesentlichen die Einschätzung Escherichs, sie beschreiben wohl ausführlich den Zeitabschnitt der Fachgebietsentwicklung,den wir als Vor- oder Frühgeschichte bezeichnen müssen:

- In dem Standardwerk der Geschichte der Kinderheilkunde hat Albrecht Peiper (1889-1968) in der "Chronik der Kinderheilkunde" aus bürgerlicher Sicht die Entwicklung der kinderärztlichen Krankheitslehre bis in unsere Zeit anhand eines umfangreichen Materials nachzeichnen können (209).
- Janos von Bókay (1858-1937) gibt 1922 eine "Geschichte der Kinderheilkunde" in Berlin heraus (22).

- Bereits im ersten deutschsprachigen Handbuch des Fachgebietes, herausgegeben von Carl Gerhardt (1833-1902), finden wir eine Darstellung der Geschichte der Kinderkrankheiten von Carl Hennig (1825-1911),(112). Seitdem erscheinen pädiatriehistorische Kapitel und Beiträge in nachfolgenden Handbüchern der Kinderheilkunde.
- Eduard Seidler geht in seiner Vorlesung "Das Kind im Wandel wissenschaftlicher Betrachtungen" aus dem Jahre 1965 weit über eine reine Chronologie der Fakten hinaus, weist - ebenfalls aus bürgerlicher Sicht - gesellschaftliche Bezüge der Kinderheilkunde nach und greift Ellen Keys Idee vom "Jahrhundert des Kindes" aus dem Jahre 1900 auf (266).
- In jüngster Zeit sind von Johannes Oehme breit gefächerte Arbeiten, besonders über die Kinderheilkunde im 18. Jahrhundert in der Fachliteratur erschienen (189-194).
- In deutscher Sprache erstmalig erscheint 1968 aus marxistischer Sicht der Lehrbuchbeitrag von Reimer Schorr über die Geschichte des Fachgebietes in der "Geschichte der Medizin", herausgegeben von A.Mette und I. Winter. Der Autor setzt sich kritisch mit der Stellung des Kindes in der kapitalistischen Gesellschaft auseinander und kommt zu einigen Schlußfolgerungen, die sich daraus für die Entwicklung des Faches ergeben (258).
- In der gegenwärtigen Zeit erscheinen pädiatriehistorische Arbeiten verschiedenen Inhalts in der Fachpresse der DDR vor allem von Peter Wunderlich (307-314).

Ziel dieser Betrachtung soll es jedoch sein, den komplexen Vorgang der Disziplingenese der Kinderheilkunde in Deutschland darzustellen und Merkmale und Kennzeichen der Fachgebietsentwicklung zu charakterisieren. Dabei kommt es darauf an, diese in den richtigen Rahmen zu setzen, wozu wissenschaftshistorische Zusammenhänge zu berücksichtigen, anzuwenden und zu analysieren sind. Dies dient auch dazu, Möglichkeiten und Grenzen der Historiographie abzustecken (307). Die Arbeiten und Anregungen der Rostocker Arbeitsgruppe "Wissenschaftsgeschichte" unter Leitung von Martin Guntau waren dabei wichtige Impulsgeber.

Ein zweites Zitat von Th. Escherich soll zum Problemkreis hinführen:

"Die moderne Pädiatrie stellt ein alle Störungen der Lebensvorgänge umfassendes, nach wissenschaftlichen Grundsätzen geordnetes und in seiner Universalität von keinem anderen Spezialgebiete der Medizin erreichtes Lehrgebäude dar"(59).

Diese, zu Beginn unseres Jahrhunderts (1904) gegebene Definition des Fachgebietes, stellt einerseits das Erreichte in den entwickelten Industriestaaten dar, zu denen sich zu diesem Zeitpunkt auch Deutschland zählen konnte und artikuliert andererseits den Anspruch des Faches auf konsequente Grenzziehung zu anderen medizinischen Fachgebieten.
Des weiteren finden wir - angedeutet - Charakteristika für die Pädiatrie, die sie bereits als wissenschaftliche Disziplin definieren. Wissenschaftshistorisch gesehen, sind wissenschaftliche Disziplinen historisch gewachsene, selbstevolutionierende, gegenstandsbezogene Systeme wissenschaftlicher Erkenntnistätigkeit mit einem internen Reproduktionszusammenhang der mindestens folgende Funktionen realisiert:

- Generierung und Bewahrung von gegenstandsbezogener Erkenntnis in reproduzierbarer, gesellschaftlich verfügbarer Gestalt,
- die individuelle "Ontogenese" der Wissenschaftler innerhalb disziplinspezifischer Laufbahnen,
- Sicherung der Kontinuität über den Wechsel von Wissenschaftlergenerationen hinaus (Kompensation des physischen, moralischen und inhaltlichen Verschleißes des disziplinären Potentials,
- Aufrechterhaltung der evolutionären Stabilität der Disziplin durch selektive Integration von "Inputs" aus der soziokulturellen Umwelt, besonders von Beiträgen aus anderen (medizinischen) Disziplinen und von Anforderungen der gesellschaftlichen Praxis.

Die Herausbildung entsprechender Problemstellungen und Begriffsbestimmungen für die Disziplin ergibt sich hieraus. Institutionell können diese Funktionen zeitweilig von Einrichtungen bereits existierender Disziplinen übernommen werden, das Vorhandensein des gesamten Spektrums der Institutionen ist für das Entstehen einer neuen Disziplin nicht in jedem Fall erforderlich (94).
Wie für alle anderen,bildet auch bei der Analyse des Entstehens medizinischer Disziplinen der gesellschaftlich determinierte Tätigkeitsaspekt für die Bestimmung des Wesens der Wissenschaft die Grundlage. Diese These soll am Beispiel der Kinderheilkunde untersucht werden. Gegenstand des Fachgebietes sind die Gesetzmäßigkeiten der Diagnostik, Therapie und Prophylaxe gesundheitlicher Störungen im gesamten Ent-

wicklungsalter, gemessen am kranken Kind, einschließlich der Bemessung, Beurteilung und Beschreibung der Entwicklung des gesunden Kindes.
Die Entwicklung der Erkenntnisse über den Wissenschaftsgegenstand ist die Grundlage für die Einordnung einer jeden Disziplin in das hierarchische System der Wissenschaft und für die Differenzierung der einzelnen Entwicklungsperioden, die sich folgendermaßen darstellen (91,92):

1. Vor- und Frühgeschichte
2. Disziplinbildung oder Herausbildungsphase
3. Konsolidierungsphase oder klassische Phase
4. Umbruchphase
5. moderne Phase der Disziplinentwicklung.

Vor der Betrachtung der besonders interessierenden Disziplinbildung oder Herausbildungsphase in Deutschland zunächst ein kurzer Blick auf die Entwicklung in weiter fortgeschrittenen Staaten Europas (Frankreich und Österreich) in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts.

1.1. Die Pariser medizinische Schule

Wie die gesamtgesellschaftliche Entwicklung überhaupt, war auch die Entwicklung der Medizin in Deutschland in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts auf einem tieferen Niveau als in Frankreich. Wesentliche Denkanstöße und Konzeptionen auch für die (Kinder-) Medizin kamen deshalb auch hierher. Einerseits waren es Bemühungen des Rationalismus, die Kinder zu gesunden Staatsbürgern zu erziehen; die Erziehungskomponente und Pädagogik bildeten einen nicht unerheblichen Teil der Betrachtungsweise im Umgang mit dem Kind. Dies kommt u.a. auch im Leitmotiv des 1802 in Paris gegründeten Kinderkrankenhaus, dem "Hôpital des Enfants-Malades", zum Ausdruck, die Erziehung zu "faire des hommes utiles à la patrie" (22) war ein nicht unwesentliches gesundheitsfürsorgerisches Ziel. Andererseits war gerade in Frankreich seit dem Ende des 18. Jahrhunderts aber die Medizin von einer pathologisch-anatomischen Betrachtungsweise und der Ablösung humoralpathologischer Anschauungen geprägt:

- Xavier Bichat (1771-1802) verfaßte das erste Werk über allgemeine pathologische Anatomie aufgrund von 600 durchgeführten Obduktionen (119), Laennec (1781-1826) setzt derartige Untersuchungen fort und entwickelt die Auskultation und das Stethoskop (120).
- Charles Michel Billard (1800-1832) bringt 1828 in Paris das erste wissenschaftlich begründete Werk über die Pathologie des Kindesalters heraus (Gegenüberstellung von Erkenntnissen aus der pathologischen Anatomie, gewonnen durch Obduktionen von Kindern und klinischen Beobachtungen (119, 154,155), woraus ein "klinisches Lehrgebäude (59) für die Kinderheilkunde aufgebaut wird. Ein weiterer Vertreter der pathologisch-anatomischen Schule von Paris ist Rilliet (1814-1861).

Diese Bemühungen seiner Landsleute charakterisiert der Pariser Pädiater Henri Hutinel (1849-1933) Jahrzehnte später als eine "la phase de l'observation pure" (22). Die Morphologie (pathologische (makroskopische) Anatomie) war am Beginn des 19. Jahrhunderts die tragende Methode, die vor allem in Frankreich einen wesentlichen Erkenntnisfortschritt realisieren half. Der noch näher vorzustellende Otto Heubner fühlt sich 1903 veranlaßt festzustellen: "Die Umwandlung (zur wissenschaftlichen Kinderheilkunde,d.A.) vollzog sich besonders in Frankreich und Österreich - zunächst an Hand und unter Mithilfe der pathologischen Anatomie, die eine klarere Auffassung der Erscheinungen am Krankenbette herbeiführte ..." und "... über die Beschreibung der meisten kindlichen Lungenkrankheiten, wie Rilliet und Barthez sie geliefert, sind wir heute noch nicht hinaus ..." (116).

Voraussetzung für die Synthese pathologisch-anatomischer und klinischer Aspekte sind Institutionen, in denen die entsprechenden Beobachtungen gewonnen und Erfahrungen gesammelt werden können. In Frankreich war dies mit dem stark entwickelten Findelhauswesen und mit der Gründung entsprechender Kinderkrankenhäuser gegeben. Daraus, daß noch im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts aus dem großen Wissensfundus, der in Frankreich erarbeitet wurde, zitiert (289) und bei der Betrachtung verschiedenster Krankheiten des Kindesalters hierauf immer wieder zurückgegriffen wird, ist der Vorsprung in Frankreich auf diesem Gebiet ersichtlich. Escherich sieht eine Ursache dafür im Katholizismus in Frankreich und Österreich, der die Entstehung und Existenz von Findelhäusern forderte (60). In diesen Findelhäusern gab es sogar staatlich sanktionierte sog. Drehladen, die es dem Kindesaussetzer ermöglichten, un-

erkannt zu bleiben, zum anderen aber auch wegen des dadurch niedrigeren Risikos für den Aussetzer das Aussetzen der Kinder eher förderten (209).
Eine weit tiefere und wohl zutreffendere Wertung und Begründung der führenden Stellung der Pariser Medizin und Kinderheilkunde zu Beginn des 19. Jahrhunderts gibt Escherich anläßlich des bereits erwähnten Vortrages auf der Weltausstellung in St.Louis,1904: "Erst auf dem blutgetränkten Boden der französischen Revolution entstand die neue medicinische Schule, welcher wir mit der Geburt der modernen Medizin auch die Schöpfung der wissenschaftlichen Kinderheilkunde verdanken"(59).
Zu einer solchen Wertung mußte er kommen, da mit dem Entstehen einer "neuen medicinischen Schule" tatsächlich ein Qualitätssprung in der Kinderpathologie verbunden war. Einen weiteren neuen Ansatz sieht er in der Systematisierung der Krankheiten im Kindesalter durch diese Schule, basierend auf der Einheit von klinischer Beobachtung (Empirie) und pathologisch-anatomischen Untersuchungen, die gewonnene klinische Einsichten empirisch bestätigten oder ausschlossen. Die Zeit vor dieser Phase charakterisiert Escherich, einschließlich des bekannten Buches von Rosensteins (1706-1773) aus dem Jahre 1769 als eine "systemlose Aufzählung der bei Kindern vorkommenden und ihnen angeblich eigenthümlichen Krankheitszustände ..." (59).
Wir finden in diesen Aussagen einen deutlichen Bezug der Wissenschaftsentwicklung zum jeweiligen herrschenden Überbau. Dieser bestand aus dem Ideengut des fortschrittlichen Bürgertums, gekennzeichnet durch materialistisch-atheistische Denkweisen (Aufklärung) und war Grund für den Aufschwung der Wissenschaften und der Verbreitung ihrer Erkenntnisse in Frankreich.

1.2. Die Wiener Schule

In Österreich war die - ebenfalls progressive - Einstellung zum Kind am Ende des 18. und Beginn des 19. Jahrhunderts wesentlich vom Philanthropismus unter Kaiser Joseph II (1741-1790) geprägt. Joseph war getragen von der"Liebe für die allgemeine Menschlichkeit und Mitleiden gegen Unglückliche"(267). 1787 gründete er das Wiener Allgemeine Krankenhaus, an das ein Findelhaus angegliedert wurde (22). Hier herrschten ähn-

liche Bedingungen, wie sie aus vergleichbaren französischen Einrichtungen bekannt sind (Durchgangsstation für ausgesetzte und unehelich geborene Säuglinge mit einer hohen - besonders infektiösen - Mortalität).

In das "tempus josephinicum" fällt auch die Gründung des ersten Kinderkrankeninstituts in Wien, 1787, durch J.J. Mastallier (1757-1793),(266), die erfolgte, "als er sah (Mastallier,d.A.), daß für die Kranken jeder Klasse die besten Anstalten ihrer Verpflegung getroffen und nur die armen kleinen Kinder dürftiger Eltern von jeder ärztlichen Hilfe ausgeschlossen waren"(83).

Die Institutionen Findelhäuser und Kinderkrankenanstalten mit ihren hohen Mortalitätsziffern führten, wie auch in Frankreich, zum methodischen Ansatzpunkt für die Erkenntnis, der in pathologisch-anatomischen Untersuchungen gesehen wurde. 1815 berichtet Gölis in Wien über 180 an Kindern durchgeführte Sektionen: "So richtete ich mein besonderes Augenmerk auf die Leichenöffnungen ... sie belehrten mich über den eigentlichen Sitz des Übels."

Verson nimmt 1838 die Anregungen Gölis' auf und berichtet, daß er "... den großen Vortheil hatte, die bei jedem einzelnen Krankheitsfalle zu beobachtenden pathologischen Erscheinungen, wo der Tod eintrat, mit dem Sectionsbefunde zu vergleichen". So konnte der Untersucher "... bei jeder einzelnen Krankheitsform die mehr constanten Resultate der Leichenöffnung (angeben)". Er sah klar, daß sie "für die Nosogenie von bedeutendem Nutzen seyn, den Vorhang über die abnormen Operationen des kindlichen Lebens lüften, das Wesen und die Natur der Krankheit einigermaßen aufhellen, und der ärztlichen Tätigkeit eine entsprechende Richtung geben können"(287).

Diese Aussagen markieren eindrucksvoll, daß das kranke tote Kind in Österreich als Erkenntnisquelle erkannt und genutzt war und aus den Sektionsergebnissen Rückschlüsse für die ärztliche Praxis abgeleitet wurden.

Des weiteren war die Wiener Schule der Medizin, begründet durch Gerard van Swieten (1700-1772) in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts Ausgangspunkt und Anwenderin neuer Untersuchungsmethoden in der Medizin. Eine sorgfältige Krankenbeobachtung und die genaue Erfassung der Erscheinungen am Kranken wurden propagiert. Dies wurde auch von Kinderärzten aufgegriffen. Die Wiener Pädiater Franz Mayr (1814-1863) und später Hermann Widerhofer (1832-1901) bemühten

sich um eine naturgetreue Dokumentation der Kinderkrankheiten auf der Grundlage einer differenzierten Semiotik und Kasuistik und der Forderung nach größtmöglicher Objektivität. Mayr formuliert: "... die Mitteilungen Anderer, ja selbst der Mütter uns nie das leisten werden, was die eigene Anschauung bietet"(171).

In einer Fußnote seines Aufsatzes "Ueber die Untersuchung und Semiotik des kranken Kindes" führt er aus: "Zur Grundlage dienen die seit 10 Jahren im St.Josef-Kinderspitale gesammelten Erfahrungen, Beobachtungen am Krankenbette, bestätigt oder berichtigt durch die Sectionsergebnisse"(171).

Begünstigend für die allgemeine Entwicklung der Wissenschaften wirkten sich in Wien Bestrebungen - beginnend bereits unter dem Einfluß van Swietens - aus, die Universitäten in staatliche Bildungsstätten umzuwandeln (1775) und sie so dem Klerus mit seinem hemmenden Einfluß zu entziehen (64). Derartige Reformen haten sich etwa zur gleichen Zeit, vor allem getragen durch Fourcroy (1755-1809), auch in Frankreich vollzogen (Reorganisation der Fakultäten, der Lehrtätigkeit sowie des Rekrutiersystems der Lehrkräfte (119). Sowohl die Wiener als auch die Pariser medizinische (pädiatrische) Schule wurden - aus unterschiedlichen politischen Motiven und Entwicklungen heraus - zu Zentren der Entwicklung des Fachgebietes bis in die Mitte des 19. Jahrhunderts. Beide waren durch wissenschaftliche bzw. methodologische Ideen charakterisiert. Dennoch muß postuliert werden, daß am Beginn des 19. Jahrhunderts weder in Frankreich noch in Österreich von einer wissenschaftlichen Disziplin Kinderheilkunde gesprochen werden kann. Dazu war der Erkenntnisfundus noch nicht umfangreich genug, noch zu sehr fast ausschließlich auf die pathologische Anatomie mit einem hohen empirischen Anteil gestützt. Des weiteren war der gedankliche Ansatz, sich mit der Kindermedizin zu befassen, vor allem aus Motiven der Hilfebedürftigkeit für die Kinder konzipiert. Neue Gedankengebäude und Konzeptionen konnten erst in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts resultieren, wo funktionelle Momente und Inhalte der Physiologie in das Zentrum rückten und kuratives Handeln wissenschaftlich begründeten.

2. Die Herausbildungsphase der Kinderheilkunde als wissenschaftliche Disziplin in Deutschland (Mitte des 19. bis Anfang unseres Jahrhunderts)

Während am Beispiel der Pariser und Wiener medizinischen Schulen vorrangig nur eine Seite einer wissenschaftlichen Disziplin in einem eng umschriebenen Zeitraum angedeutet wurde (kognitive Seite mit Gegenstand, Inhalt,Methodik), soll die Entwicklung der Kinderheilkunde in Deutschland als komplexer Vorgang untersucht werden. Dieser umfaßt nicht nur qualitativ neuartige oder bedeutende kognitive Leistungen, sondern muß auch die konkreten gesellschaftlichen Veränderungen berücksichtigen, die neue, spezifische Aufgaben und Aspekte im kognitiven Bereich wesentlich beeinflussen und bedingen (91). Dabei wird deutlich, daß die Auffassung von der Disziplin entscheidend für deren Beurteilung, Einordnung und Analyse ihrer Genese wird. Gemeinsam mit der Betrachtung der Wissenschaftsentwicklung im engeren Sinne und dem Prozeß der Institutionalisierung wird die umfassende Beurteilung einer Disziplin als System von spezifischen gesellschaftlichen Tätigkeiten, die auf die Gewinnung, Reproduktion und Anwendung von speziellen Kenntnissen gerichtet ist, möglich.

2.1. Bedingungen für die Disziplingenese, die sich aus dem Entwicklungsstand der gesellschaftlichen Verhältnisse in Deutschland im 19. Jahrhundert ergeben

Es ist das Verdienst unserer Wissenschaftsgeschichtsschreibung, die Triebkräfte für die Entstehung und Entwicklung einer Disziplin nicht nur in Veränderungen der Wissenschaft als solche und im individuellen Interesse einzelner Gelehrter zu suchen. Die Analyse des Einflusses gesellschaftlicher Veränderungen auf die Entfaltung der Wissenschaft muß gleichberechtigtes Untersuchungsobjekt sein, soll der komplexe Vorgang der Genese hinreichend objektiv erfaßt werden. Dies ist für medizinische Disziplinen umso notwendiger als diese durch den Wissenschaftsgegenstand Mensch, der in konkreten gesellschaftlichen Verhältnissen existiert, in hohem Maße mit den sich daraus ergebenden Problemen in Berührung kommen.

Krankheiten und Kranksein sind in ihrer Entstehung und den daraus folgenden medizinischen Interventionen wesentlich und entscheidend von den bestehenden gesellschaftlichen Verhältnissen abhängig. Bürgerliche Wissenschaftler und Wissenschaftstheoretiker haber zwar punktuell diese Zusammenhänge berücksichtigt, an sie richtet sich dennoch der auch heute aktuelle Vorwurf von Engels: "In Deutschland hat man sich aber leider daran gewöhnt, die Geschichte der Wissenschaftenso zu schreiben, als wären sie vom Himmel gefallen"(58).

Bis in die zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts waren in Deutschland keine Bedingungen herangereift, die die Gesellschaft notwendig veranlaßt hätte, die Entwicklung und Etablierung der Kinderheilkunde zu fördern. Im 18. und beginnenden 19. Jahrhundert war - unter dem Einfluß der Romantiker - die Kindheit eine Art "Durchgangsstadium", das es "schnell zu durchschreiten" galt, damit"am Ende der vollwertige und brauchbare" Mensch stand (266-268). Unter diesen Bedingungen bildete die Pädagogik eine ganz wesentliche Grundlage für die (Kinder-) Heilkunde in Europa. Die "physische Erziehung" der Kinder war ein heilkundliches Ziel (10,226), was die Flut diesbezüglicher Literatur um die Wende vom 18. zum 19. Jahrhundert belegt. Allein in Deutschland erschienen hierzu von 1790 bis 1800 ca. 50 Monographien (193).

J.P.Frank weist 1790 wohl als erster auf die Verantwortung der Gesellschaft für den Kinderschutz hin: "Die Ernährung der Neugeborenen ist für den Staat keine gleichgültige Sache, denn sie hat auf den Tod und auf das Leben der Kinder den offenbarsten Einfluß ..."(72).

Er verband damit offensichtlich eine Kritik an den damals existierenden Findelhäusern und ersten Krankenanstalten, die in Deutschland zudem noch zahlenmäßig schwach entwickelt und bislang das einzige Konzept der öffentlichen Kinderfürsorge (242) darstellten. Die Findelhäuser waren zu dem noch "Denkmäler der Frömmigkeit", zumeist aus Privatmitteln gestiftet (34,35,59,79) und damit keineswegs Ausdruck staatlichen Sozialengagements, obwohl ihnen - aus der Gesamtsicht betrachtet - natürlich eine positive Rolle innerhalb der Bemühungen um das Kind schlechthin zukommt, aus welchen Gründen auch immer.

In Preußen entschloß man sich erst nahezu 100 Jahre nach Gründung der Charité zur Einrichtung einer Kinderabteilung (1829/30). Escherich urteilt über die deutsche Pädiatrie zu diesem Zeitpunkt: "Dieselbe hatte anfangs bei dem Mangel selbständiger Kinderkrankenhäuser und staatlicher Förderung mit großen Schwierigkeiten zu kämpfen und stand in der ersten Hälfte des Jahrhunderts fast ganz unter französischem Einfluß"(59).

Auch die in der Mitte des 19. Jahrhunderts ablaufenden gesellschaftlichen Veränderungen (technische Revolution, bürgerlich-demokratische Revolution 1848/49)) weckten noch nicht das gesellschaftliche Bedürfnis nach einer auf höherem wissenschaftlichen Niveau stehenden Kinderheilkunde, die in der Mitte des vorigen Jahrhunderts vor allem in privaten Einrichtungen und Stiftungen oder poliklinischen Abteilung der Medizinischen Polikliniken quasi "nebenbei" betrieben wurde. Erst aus den tiefgreifenden Umwälzungen in Deutschland nach der Reichsgründung 1870/71, bedingt durch Industrialisierung, Massenarbeit (einschl. Kinderarbeit) und soziales Elend, resultierten Triebkräfte, die zwangsläufig der Kinderheilkunde neue Dimensionen eröffnen mußten. Adalbert Czerny (1863-1941) schreibt 1939 rückblickend über die damaligen Verhältnisse: "Zu gleicher Zeit (1894,d.A.) gab es in Deutschland eine sehr hohe Kinder- und Säuglingssterblichkeit. Diese gab aber zu keiner Beunruhigung Veranlassung, denn der Zuwachs an Kindern war so groß, daß trotz allem die Zunahme der Bevölkerung befriedigend war. Die große Sterblichkeit betrachtete man als Auslese. Das Verlangen nach einer Pädiatrie stellte sich stets ein, wenn zwischen Sterblichkeit und Zuwachs ein Mißverhältnis entstand. Dieses drohte Deutschland"(36).

Tatsächlich war die physische Existenz des Volkes bedroht. Die Säuglingssterblichkeit in Deutschland wuchs von16,9 % im Jahre 1811 auf 23,4 % 1880, d.h. fast jedes vierte Kind starb im ersten Lebensjahr. In der Zeit von 1865 bis 1878 starben von 1000 Lebendgeborenen in Preußen 217,7, in Thüringen 220,8, in Sachsen 223,1, Baden 271,6, Bayern 316,2, Würtemberg 323,6, Österreich 257,7, Norwegen 107,4, Schottland 124,6, Schweden 136,9 und in Frankreich 166,2 (54).

Wenn die Säuglingssterblichkeit, wie auch heute üblich, als Gradmesser sozialer Verhältnisse anzusetzen ist, kommt hier im Vergleich zu Skandinavien, Schottland und auch Frankreich

das soziale Elend, bedingt durch den Zwang zur Frauenmassenarbeit zum Ausdruck und widerspiegelt zugleich die Konzeptionslosigkeit, diesen Zuständen zu begegnen.
Aus der Geschichte der Kinderklinik der Charité ist bekannt, daß auf der Säuglingsabteilung zwischen 1874 und 1884 von 4109 aufgenommenen Kindern unter einem halben Jahr 3209 (=78 %) starben; von den im Berichtsjahr 1890/91 wegen "Atrophia infantum" bzw. "Debilitas vitae" behandelten 176 Kindern starben 174 (49,50). Das Kind wurde gerade im Deutschland der Massenarbeit und der Industrialisierung zum Spiegelbild der Anklage gegen bestehende gesellschaftliche Verhältnisse und repräsentierte zugleich eine immense soziale Herausforderung. In den Städten war das Proletariat sprunghaft angewachsen, die Wohnungen waren extrem überfüllt, Kinderarbeit war üblich, durch den hohen Anteil der Frauenarbeit unter schweren Bedingungen ging die Stillfrequenz zurück bei gleichzeitig bestehenden Schwierigkeiten bei der Beschaffung künstlicher Kindernahrung und wachsenden Problemen besonders im Hinblick auf infektiöse Darmerkrankungen (15,49,50,62,89,90,98,235, 242,258,283).
Diese Mißstände geben den in dieser Situation handelnden Kinderärzten Anlaß zur Kritik, z.B. Henoch 1889. Während er keine allzu große Gefahren bei der gesunden Entwicklung von Kindern, deren Eltern bevorzugten Klassen angehören sieht, findet man dagegen "... unter der Ungunst der äusseren Lebensverhältnisse in den armen Volksschichten zahlreiche verderbliche Einflüsse sich geltend machen, welche die normale Entwicklung in pathologische Bahnen lenken. Die verdorbene Luft enger überfüllter Wohnräume, die mehr oder weniger unangemessene, dem kindlichen Magen widerstrebende Ernährungsweise, der Einfluß der Kälte und des Hungers, die mangelnde Pflege der Mutter, die nur allzuoft durch die einer gewissenlosen Frembden ersetzt werden soll..."(113).
Diese klare Darstellung und Aufdeckung des Zusammenhanges zwischen sozialen Mißständen und Kindergesundheit findet sich nicht nur bei Henoch, sondern auch bei Arthur Schloßmann (1867-1932), der in seiner Arbeit "Die Kindersterblichkeit in den deutschen Fürstenhäusern im XIX. Jahrhundert und ihre Beeinflussung durch die Fortschritte der Hygiene" aus

dem Jahre 1915 eine Sterblichkeit im ersten Lebensjahr von 0,29 % in den Deutschen Fürstenhäusern (1890-1899) und von 20,8 % bei der Gesamtbevölkerung in Preußen (1890) nachweist (101).

Henoch kommentiert weiter: "Das ungelöste und kaum lösbare Problem, die eigentlich causale Indikation bleibt hier die Hebung der bezeichneten Mißstände, gegen welche die Medicin als solche ohnmächtig ist" (113).

Der klaren Analyse der sozialen Verhältnisse wird kein Konzept zu ihrer Veränderung entgegengesetzt, der Rückzug auf eine Position der unpolitischen Medizin, auf die der "Medicin als solche", losgelöst vom gesellschaftlichen Umfeld ist unübersehbar. Ebenfalls aus der Sicht des Kinderarztes kommt J.Effinger 1878 (54) gemeinsam mit einer in München eingesetzen Kommission zur Untersuchung der Säuglingssterblichkeit (236) zu dem Schluß, daß diese ihren "Grund hat in der fehlerhaften Pflege und Ernährung der Säuglinge und zwar zunächst in der Entziehung der Mutterbrust ...".

Theodor Escherich sieht 1908 den Rahmen retrospektiv etwas umfassender und kommt zu der Einschätzung, daß "... durch rationale und ökonomische Überlegungen das solange vernachlässigte Studium der Eigenart und des Schicksals des Kindes in den Mittelpunkt des allgemeinen Interesses gerückt" wurde (60) und anerkennt damit gesellschaftliche Faktoren, die der Fachgebietsentwicklung zwangsläufig zugute kamen.

Aus den gleichen Beweggründen schreibt Abraham Jacobi (1830-1919) im Gerhardtschen Handbuch der Kinderheilkunde "... daß auf die Entwicklung und erste Pflege und Erziehung ein Kapital verwandt wird, welches mit dem etwaigen Tod des Kindes ein absoluter Verlust ist"(123).

Auf die besondere Verantwortung des Staates für die Ernährung der Kinder weist Gerhardt nachdrücklich hin: "... Was bedeutet die an sich so vollberechtigte Frage nach der Beschaffenheit der Nahrungs- und Genussmittel für Erwachsene, die jüngst die grossen Factoren unseres Staatslebens beschäftigt hat, im Vergleiche mit dem Einflusse der Nahrungsmittel auf das Leben des Säuglings. Ein Fünftel der Kinder stirbt im ersten Lebensjahr, davon 40-70 Proc. an Erkrankungen der Verdauungsorgane"(79).

Wesentliche gesetzgeberische Aktivitäten wurden aus dieser kurz skizzierten katastrophalen Lage der Kinder in Deutschland bis zur Jahrhundertwende nicht abgeleitet. An einigen Universitäten entstanden zwar Kinderabteilungen, der Durchbruch in der öffentlichen Anerkennung des Fachgebietes war damit keinesfalls erreicht.

Dennoch liegt es auf der Hand, daß durch die wachsenden sozialen Probleme und besonders durch die hohe Säuglingsterblichkeit die Notwendigkeit einer leistungsfähigen Kinderheilkunde immer offenkundiger wurde, was als ein wesentlicher Faktor für die Weiterentwicklung der Disziplin durch Herausforderung staatlicher Maßnahmen angesehen werden muß (221,223,248,293).

2.2. Bedingungen für die Disziplingenese, die sich aus dem allgemeinen Entwicklungsstand der Medizin und der Naturwissenschaften ergaben

In der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts hatte Deutschland keine, etwa mit der Pariser oder Wiener medizinischen Schule vergleichbare. Auch die auf den ersten Blick frühzeitige Institutionalisierung des ersten deutschen Kinderkrankenhauses an der Charité 1829/30, das als Universitätskrankenhaus fungierte und unter Leitung von S.F.Barez (1790-1856) stand, hat vorerst nicht zur wissenschaftlichen Beschäftigung mit dem "Objekt" Kind geführt (49,50,89,258,266,283). Peiper führt das in erster Linie auf das "Fehlen entsprechender Persönlichkeiten für die Wissenschaft" zurück (209).
Neue, tragende Konzeptionen, die zwangsläufig auf die Kinderheilkunde stimulierend wirken mußten, ergaben sich erst aufgrund bahnbrechender Entwicklungen der Naturwissenschaften:

- Eröffnung eines neuen methodischen Weges in die naturwissenschaftliche Medizin durch Rudolf Virchows "Cellularpathologie", 1858 (266,268).
- Durch Charles Darwins "Origin of Species" begann der Evolutionsgedanke die Naturwissenschaften zu durchdringen (1859). Gerade hier gab es neue Ansätze für die Kinderheilkunde, da diese durch den Faktor Entwicklung und deren medizinische Reflexionen sich von allen anderen medizinischen Disziplinen mehr und mehr differenzieren ließ (221,223).
- Ernst Haeckel ermöglichte der Medizin durch sein "biogenetisches Grundgesetz" (1866) die Vergleichbarkeit biologischer Erscheinungen an Mensch und Tier; der durch ihn definierte Zusammenhang zwischen Phylo- und Ontogenese stellte in besonderem Maße eine inhaltliche Bereicherung der Kinderheilkunde dar.
- Mit der Entwicklung der (organischen) Chemie und der 1865 von J.v.Liebig inaugurierten Anwendung aufgeschlossener, dextrinierter Mehle für die Ernährung, wird ein neues Forschungskapitel, das der Chemie der Ernährung eröffnet (59,60), das der Kinderheilkunde neue Aspekte bieten mußte und vielleicht eine der Ursachen der späteren führenden Position der deutschen Pädiatrie bei der Erarbeitung ernährungsphysiologischer Daten war.

- Im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts deutete sich die bakteriologische Lösung des Infektionsproblems zumindest im Beginn an, für die Kinderheilkunde bisher noch ein wissenschaftlich "weißer Fleck" und z.T. Ursache ihrer Stagnation (der infektiöse Hospitalismus verhinderte die Hospitalisierung besonders von Säuglingen und damit auch die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit ihren Krankheiten),(59,254,258,266,268).
- Mit der Entwicklung der Physik (Optik) und der Technikwissenschaften wurde durch die Nutzung moderner Mikroskope ein entscheidender Stimulus auch für die Kinderheilkunde gesetzt. Carl Gerhardt (1833-1902) schreibt 1879:"Schon die mikroskopische Forschung änderte die Sachlage zugunsten der Kinderheilkunde. Dies Eindringen mit den schärfsten Waffen des Auges in die Structur der Gewebe hat uns von den anatomischen Auffasungen aus vor kleinste Gebilde geführt und zuletzt vor die Nothwendigkeit gestellt, ihre eigentlichen Lebensvorgänge physiologisch zu ergründen. Während das Mikroskop von der anatomischen zu der physiologischen Richtung hinüberführte, hat es für die Kinderheilkunde eine Reihe der wichtigsten Gebiete gesichert oder wiedergewonnen. So konnte die Rachitis früher nur symptomatisch als durch die Glieder Zahnen, als Zwiewuchs, als Kinderkrankheit angesprochen werden, grob-anatomisch konnte man einen Augenblick daran denken, sie mit der Osteomalacie zusammen zu werfen, erst das Mikroskop lehrte, sie als besondere Krankheit des wachsenden Knochens erkennen und damit als eine der echtesten ausschließlichsten Kinderkrankheiten"(79).

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts werden naturwissenschaftliche Erkenntnisse zunehmend systematisiert und zusammengetragen und z.T. in neue Gedankenzusammenhänge gesetzt (s. o.g. Zitat). Durch die erwähnten Veränderungen in den Naturwissenschaften, durch technische Erneuerungen und stärkere Ausprägung experimentell-theoretischer Fachrichtungen in der medizinischen Wissenschaft (Physiologie, vergleichende Anatomie, Bakteriologie), entstand für die Gesamtmedizin ein Erkenntniszuwachs, der nur noch durch speziell wissenschaftlich Tätige aufgearbeitet und fachspezifisch angewandt werden konnte und gleichzeitig Ursache der weiteren Differenzierung der Wissenschaft ist. Für die Kinderheilkunde ergab sich hier ein Differenzstandpunkt zur Inneren Medizin, die weiterhin das "Praxisfeld" Kinderheilkunde, einschl. ihrer Lehre vertreten wollte. Die notwendige Spezialisierung der Medizin begründet August Steffen (1870) mit den dadurch erreichbaren Ergebnissen in der Wissenschaft: "Dass das medizinische Studium im Laufe der Jahre in eine grössere Anzahl von Specialfächern gespalten worden ist, wird niemand leugnen, aber ebensowenig aufrichtig beklagen. Gerade dieser Theilung der Arbeit und

der darauf beruhenden Ausbreitung und Vertiefung der Specialfächer haben wir eine grosse Menge der schätzenswerthesten wissenschaftlichen Untersuchungen und Resultate zu verdanken" (279).

2.2.1. Die Rolle der Inneren Medizin als Mutterdisziplin

Bis in die 80er Jahre des vorigen Jahrhunderts war die Kinderheilkunde wissenschaftlich, institutionell und personell noch fest der Geburtshilfe, besonders jedoch der Inneren Medizin verhaftet, was ihre Institutionalisierung in Deutschland verzögerte. Aus der engen Verbindung mit der Inneren Medizin ergab sich jedoch ein dialektisches Wechselverhältnis, auch zum Vorteil der Pädiatrie, dessen Wesen Escherich 1904 klar aufzeigt: "Wenn durch diese Verhältnisse (Unterricht in der Kinderheilkunde durch die Universitäts-Polikliniken, d.h. durch Internisten,d.A.) auch die Kreierung selbständiger Lehrkanzeln in den deutschen Universitäten ungebührlich verzögert wurde, so hatte dies doch den Vorteil, daß die gerade in dieser Zeit unter dem Einfluß der deutschen Internisten sich vollziehende Einführung der mächtig aufblühenden Naturwissenschaften in die Klinik auf diesem Wege der Kinderheilkunde rasch und unmittelbar zugute kam. Die dadurch ermöglichte klarere Erkenntnis der Krankheitsvorgänge führte mehr und mehr dazu, die Wesenseinheit der meisten beim Kinde wie beim Erwachsenen vorkommenden Krankheitszustände zu betonen und die Ursache ihrer Verschiedenheiten in der abweichenden Beschaffenheit des kindlichen Organismus zu suchen"(59).

Diese "Katalysatorfunktion" der Inneren Medizin, die durchderen inzwischen breit angelegte Institutionalisierung in Deutschland realisierbar war, läßt sich belegen mit der Einführung wissenschaftlich begründeter Methoden in die Medizin überhaupt:

- systematische Nutzung und Weiterentwicklung der Auskultation und Perkussion ab Ende der 40er Jahre des vorigen Jahrhunderts,
- thermometrische Messungen und deren wissenschaftliche Verarbeitung - Aufstellung von typischen Fieberkurven für bestimmte Krankheitsbilder,
- Entwicklung und Einführung endoskopischer Untersuchungsmethoden,
- physikalische Messungen, bis hin zur Messung elektrischer Phänomene am menschlichen Organismus, Aufzeichnung von "Herz- und Atemkurven" (59-61,266,268).

Durch die bereits zitierte "Wesenseinheit", die für einen großen Teil des methodischen Herangehens, sowohl im Praxisfeld der medizinischen Betreuung, wie auch bei der Bearbeitung wissenschaftlicher Fragestellungen zwischen beiden Fachgebieten bestand, war die unmittelbare Nutzbarmachung der in der Inneren

Medizin gesammelten Erfahrungen von großer Bedeutung. Die Innere Medizin hat damit, z.T. gegen den Willen einer Reihe ihrer Fachvertreter, als Mutterdisziplin im fördernden Sinne für die Pädiatrie gewirkt (241). Allerdings gilt auch für das Verhältnis zwischen beiden Fachgebieten, gerade in der Herausbildungsphase der Pädiatrie, die von Gey und Parthey (82) getroffene Feststellung, daß dort, wo Konflikte der neu entstehenden mit der etablierten Disziplin auftreten, sich diese verzögernd auf die Disziplingenese des entstehenden Fachgebietes auswirken. Für die Kinderheilkunde werden diese Konflikte in den 70er Jahren des 19. Jahrhunderts immer schärfer deutlich. Die Kinderärzte sprechen den Internisten nicht die Fähigkeit zu, Kinder richtig zu behandeln und die physiologischen Besonderheiten des Kindesalters zu berücksichtigen, da "...Auf der einen Seite eine gewisse Gleichgiltigkeit gegen dieses Specialfach (herrscht). Man glaubt, mit der Kenntnis der Physiologie, Pathologie und Therapie der Erwachsenen hinreichend für die Kinderkrankheiten gerüstet zu sein. Man sagt, es bedürfe, um Kinder zu behandeln, nur einer Verringerrung der Gaben der Arzneimittel. Andererseits erkennt man die Wichtigkeit des Studiums der Kinderkrankheiten an; aber man ist nicht gewillt, dies Specialfach als ein obligatorisches neben den anderen medizinischen Fächern einzureihen" (279).
Des weiteren ergaben sich Differenzen bezüglich der Vertretung der Lehre: "Obgleich die meisten derselben (Vorstände der Medizinischen Polikliniken, also Internisten,d.A.) der Kinderheilkunde keinerlei tieferes Interesse entgegenbrachten, so setzte man doch gerade vondieser Seite der Abtrennung der Kinder und dem selbständigen Unterrichte in Kinderkrankheiten den grössten Widerstand entgegen, da, wie mir ein poliklinischer Lehrer versicherte, durch die Kinder etwas Abwechslung in die Vorstellung der immer wiederkehrenden Tuberkulose- und Vitiumfälle gebracht werde ..."(60).

Das Verhältnis der Mutterdisziplin zur entstehenden Pädiatrie im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts war geprägt von objektiven Erscheinungen (Funktion als Aufarbeiterin naturwissenschaftlicher Erkenntnisse für die Klinik schlechthin und spätere Nutzbarmachung durch die Kinderheilkunde) und - abgesehen von Carl Gerhardt u.a. - von subjektiven Vorbehalten gegen eine selbständige Disziplin Kinderheilkunde.

2.3. Das wissenschaftliche Konzept und Wissenschaftsinhalte der deutschen Pädiatrie im letztenDrittel des 19. und zu Beginn unseres Jahrhunderts

Die Wissenschaftsinhalte der deutschen Pädiatrie, ihre Zielrichtung im genannten Zeitraum und bis weit darüber hinaus, lagen zweifellos vorrangig in der Lösung drängender Fragen auf dem Gebeit der Physiologie und Pathophysiologie der Ernährung, vor allem im Säuglingsalter. In Verbindung mit Erkenntnissen der Bakteriologie (Hygiene) und deren Anwendung wurden die bedeutendsten kongnitiven Leistungen vollbracht. Diese Tatsache läßt sich treffend mit einer Charakterisierung durch amerikanische Historiographen der Pädiatrie kommentieren, die die Träger dieser Entwicklung (W.Camerer, 1842-1910, A. Czerny,1863-1941, O. Heubner,1843-1926, W. Keller, 1894-1967, H. Finkelstein,1865-1942 und A. Schloßmann,1867-1932) als "the German Metabolists" bezeichnen (1,77). Der gesellschaftliche Hintergrund dieser Entwicklung (soziale Mißstände, vor allem unter der Arbeiterklasse, die die Entstehung von Ernährungsstörungen wesentlich verursachten) wurde bereits gekennzeichnet.

Der wissenschaftliche Aspekt - der Hinweis auf die notwendige Schaffung einer "allgemeinen Pathologie des Kindealters" - kommt ab Mitte des vorigen Jahrhunderts zum Tragen. Der Wiener Pädiater L.M.Politzer (1814-1888) artikuliert 1857 sehr deutlich die wissenschaftliche Zielrichtung, der sich die entwickelnde Kinderheilkunde zuwenden sollte. In einem umfangreichen, mehrteiligen Aufsatz entwickelt er "Ideen zur Anbahnung einer wissenschaftlichen Diätetik und physischen Erziehung des Kindes"(218), wobei die Begriffe "Diätetik" und "physische Erziehung" praktisch Aufhängepunkte für ein den Gesamtorganismus des Kindes betreffendes wissenschaftliches Programm umrahmen.

Schwierigkeiten bei der Konzeption einer wissenschaftlichen "Diätetik" sieht er vor allem "... in dem Mangel einer Physiologie des kindlichen Organismus im Allgemeinen und Ganzen - insbesondere die mangelnde Kenntnis jener Eigenthümlichkeiten und Funktionen des kindlichen Organismus, welche die eigentlichen und näheren Grundlagen ... abgeben".

Während er die Leistungen J.v.Liebigs für die Diätetik der Erwachsenen würdigt, führt er aus "... dass für die Aufhellung des Stoffwechsels im Kinde noch nichts geschehen ...". "Mittel und Wege zur Erlangung haltbarer Grundlagen für eine wissenschaftliche Diätetik des Kindes" sieht Politzer in:

1. "... Erforschung des kindlichen Stoffwechsels in seinen Differenzen von dem des Erwachsenen...",
2. der "... Erforschung der Einrichtung und Leistungsfähigkeit der Verdauungsorgane des Kindes..." und in der
3. "Erforschung der gebräuchlichsten Nahrungsmittel des Kindes".

"Chemiker und Physiologen"sollten in diese Untersuchungen einbezogen werden (218).

Diese programmatische Arbeit Politzers geht weit über Aspekte der Diätetik - aus unserem heutigen Verständnis - hinaus, sie ist eine Aufarbeitung des bisherigen physiologischen Wissens über das Kind und gibt Zielrichtungen an, die auf eine Ganzheitsbetrachtung der Physiologie und Pathophysiologie des Kindesalters hinweisen. Escherich (selbst Österreicher) nennt Politzer neben anderen österreichischen Kinderärzten im Zusammenhang mit deren Bedeutung für die deutschen Kinderärzte "... insofern (als) zahlreiche Ärzte (Kinderärzte aus Deutschland,d.A.) sich dort ihre Ausbildung holten"(60). Die Forderungen Politzers stehen vom kognitiven Ansatz her mit den späteren von Steffen (1870) und Gerhardt (1979) aufgeworfenen Fragen und Bestrebungen zu einer"allgemeinen Pathologie des Kindesalters"(79) zu kommen, im Einklang. Steffen spricht von der notwendigen Untersuchung der "Entwickelungsgeschichte" des Kindes (279). Wie sehr die Fragen des Stoffwechsels und der Ernährungsstörungen im Zentrum des wissenschaftlichen Interesses der Kinderheilkunde im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts standen, wird bei Heubner (116) deutlich, der 1903 anläßlich der Einweihung der neuen Charité-Kinderklinik ausführt:

"Um bei dem schon berührten Beispiele der Physiologie und Pathologie des Stoffwechsels zu bleiben, so begann hier der neue Zustand vor etwa 30 Jahren, als Camerer, ein einfacher, aber die Wege exakter Forschung wandelnder württembergischer Landarzt, sein grosses Unternehmen begann, an seinen fünf Kindern fortlaufende Stoffwechseluntersuchungen bis zum Abschluß ihres Wachstums anzustellen - ein Unternehmen, das er an im ganzen 840 mühevollen Tagen vollständig zu Ende geführt

hat; und als Ahlfeld, jetzt Professor der Gynäkologie in Marburg, seine Gattin bewog, die erste über die ganze Säugungsperiode sich erstreckende Bestimmung der natürlichen Ernährung ihres Kindes auszuführen"(116).

Heubner beantwortet hier die Fragen nach dem Wer?, Wann? und Was?. Wir finden auch hier belegt, daß es um 1870 noch nicht unbedingt Kinderärzte waren, die für die Kinderheilkunde wichtige wissenschaftliche Fragestellungen bearbeiteten und weiter, daß das Experiment als wissenschaftliche Methode Eingang gefunden hatte in die sich formende Disziplin.

Eine zusammenfassende Retrospektive auf die Leistungen der deutschen Pädiatrie im kognitiven Bereich wird anläßlich einer "Festsitzung zur Feier des 25jährigen Bestehens der Gesellschaft für Kinderheilkunde" von führenden Fachvertretern am 22. September 1908 gegeben.

Die dort verfügbaren Angaben und ergänzende Daten bilden die Grundlage für die folgende tabellarische Zusammenstellung der Leistungen auf kognitivem Gebiet, aber auch für die Umsetzung gewonnener Erkenntnisse im Praxisfeld des Faches, in der medizinischen Betreuung (s.Tab. 1, S. 21 u. 22).

2.4. Wissenschaftlerpersönlichkeiten in der Herausbildungsphase der Disziplin

Mehrere Fallstudien über die Herausbildung wissenschaftlicher Disziplinen im 19. Jahrhundert, auch außerhalb der medizinischen Wissenschaften weisen darauf hin, daß neue Spezialgebiete sich wesentlich durch das Zusammenwirken von Wissenschaftlern verschiedener Disziplinen und Institutionen entwickeln (53,204,263).

Es liegt weiterhin im Wesen der Herausbildungsphase einer Disziplin begriffen, daß an ihrem Anfang (Vorbereitungs- oder Initialphase) sich besonders engagierte Wissenschaftlerpersönlichkeiten finden müssen, die selbst aktiv im Erkenntnisprozeß stehen, jedoch die Notwendigkeit anerkennen, diese

Tab. 1: Auflistung wichtiger Erkenntnisfortschritte der deutschen Pädiatrie am Ende des 19. und beginnenden 20. Jahrhundert bzw. deren Umsetzung in die kinderärztliche Praxis (60,61,109, 116,176,254,258,268,272)

Zeitraum	Autor	Erkenntnisgegenstand/neues wissenschaftliches Konzept
1879	Gerhardt	Artikulierung und öffentliche Vertretung der Forderung nach Erarbeitung einer "allgemeinen Pathologie des Kindesalters" mit einer für dieses Alter spezifischen Krankheitslehre unter Berücksichtigung der Besonderheiten des Kindesalters
1881 1886	Uffelmann Soxhlet	Arbeiten über die bakterielle Zersetzung der Milch, darauf fußend Forderung nach Milchhygiene und Aufkochen der Kuhmilch
1886	Escherich (Wien)	Beschreibung des Escherichia coli
1886/ 1887	Biedert	Untersuchungen über die "Verschiedenheit der Eiweisskörper von Kuh- und Menschenmilch", Definition eines sog. "schädlichen Nahrungsrestes"
1895/ 1896	Heubner, Camerer, Söldner	Untersuchungen über die chemischen Bestandteile von Frauenmilch und Kuhmilch
1896/ 1898	Schloßmann	Untersuchung des Stickstoffgehaltes der Frauenmilch und chemische und physiologische Differenzierung von Frauen- und Kuhmilch
1898	Heubner	Arbeiten über die Stoffwechselbilanz des gesunden Säuglings
Jahrhundertwende	Czerny, Heubner, Gregor, Finkelstein	Klärung der Ätiologie des Mehlnährschadens, Beweis der Nützlichkeit eines zweiten Kohlenhydrates
1902	Soltmann	Differenzierung der Ernährungsstörungen des Säuglings in chemisch, bakteriologisch, energetisch, biologisch und sozial verursachte
1902	Moro	Beschreibung des Bac.acidophilus als Symbiont der Bifiduskeime
1904	Czerny	Formulierung und Erläuterung des Konstitutionsgedankens

Fortsetzung Tab. 1:

1905	Moro	Beschreibung der sog. "physiologischen Darmflora" und ihre Charakterisierung
1905	Moro	Feststellung der Keimarmut des Dünndarmes
1905	Meyer, Langstein	Definition der Azidose als intermediäre Störung bei Kohlenhydratmangel
1906	Finkelstein	Prägung des Begriffes der sog. "alimentären Intoxikation" und Charakterisierung ihrer Ursachen und Wirkungen
1906	Czerny	Postulat einer einheitlichen Lehre von den Durchfallserkrankungen, Prägung des Begriffes "Ernährungsstörung", womit "nicht nur auf die Schädigung des gesamten Organismus (hingewiesen), sondern auch keine Vorstellung einer bestimmten Ätiologie präzisiert (werden sollte)"
1906	Uffelmann	Untersuchungen über die Bakteriendurchlässigkeit im Magen-Darm-Trakt
1906/ 1907	v. Pirquet	Definition der "Allergie" als spezifische vitale Antikörper-Reaktion, Beschreibung der kutanen Tuberkulinreaktion und -probe
1907	Moro	Anwendung der perkutanen Tuberkulinprobe als Siebtest
1907	Moll	Postulat über das Verhalten des jugendlichen Organismus gegenüber artfremden Einweiß: "... je jünger das Individuum, umso schwächer die Gegenreaktion, d.h. umso größer also seine Widerstandskraft..."
1908	Moro	Empfehlung der Karottensuppe zur Behandlung der Durchfallserkrankungen
1910	Finkelstein	Empfehlung der Eiweißmilch
1918	Czerny, Kleinschmidt	Charakterisierung und Empfehlung der Buttermehlnahrung zur Behandlung von Ernährungsstörungen

Erkenntnisse in einem neuen, besser geeigneten Ideengebäude unterzubringen. Besondere Verdienste erlangen diese Personen dann, wenn sie in dieser Phase die historische Aktualität der Wissenschaftsentwicklung erfassen und vor allem artikulieren. Im weiteren Verlauf der Herausbildungsphase (Konstituierung) und besonders an ihrem Ende (Phase der Etablierung) beginnen sich Wissenschaftlergruppen zu etablieren und mit der neuen Disziplin zu identifizieren. Sie machen Staat und Gesellschaft auf das neue wissenschaftliche Tätigkeitsfeld aufmerksam und fordern diese zur Anerkennung der Disziplin auf. Diese in aller Kürze wiedergegebenen und von Guntau (92) formulierten Kriterien für die Beurteilung der Rolle von Wissenschaftlern für die Disziplinentwicklung sollen bezüglich ihrer Gültigkeit bei der Herausbildung der Kinderheilkunde untersucht werden:

Carl Gerhardt (1833-1902),
Ordinarius für Innere Medizin in Jena, Würzburg und Berlin wird zur wissenschaftlichen Zentralfigur der Kinderheilkunde im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts. In Gerhard personifizieren sich treffend die eingangs aufgeführten Charakteristika:

- als Wissenschaftler stand er aktiv im Erkenntnisprozeß (Entwicklung der Eisenchloridprobe zum quantitativen Nachweis der Azetessigsäure, Pepton-Nachweis im Urin, Weiterentwicklung der Laryngoskopie, sein Lehrbuch der Auskultation und Perkussion (1866) erlebte bis 1900 sechs Auflagen (269,283).
- Gerhardt erkennt die Notwendigkeit der Entwicklung der neuen Disziplin aufgrund neuer Gedankenansätze, die er selbst artikuliert an:"...Zudem mahnt uns die Beschäftigung mit kranken und gesunden Kindern immer wieder daran, daß die durchgreifendsten Unterschiede des wachsenden und erwachsenen Körpers weniger in den Structuren als in den Functionen hervortreten. Diesem Verhältnis entsprechend hat erst die Entwicklung der Physiologie, der pathologischen Physiologie, der experimentellen Pathologie in den jüngeren Jahren die volle Entfaltung des Umfanges und der Bedeutung der Kinderheilkunde ermöglicht, der Kinderheilkunde in dem Sinne, daß sie nicht allein umfaßt, was mit den vergänglichen specifisch kindlichen Organen zusammenhängt, sonders das ganze Studium jeden Krankheitsverlaufes an dem noch im Wachsen begriffenen Körper."
  Daraus schlußfolgert er:"Die Anbahnung einer allgemeinen Pathologie des Kindesalters möchte eine der beachtenswerthesten Aufgaben unserer Zeit und unseres Faches bilden"(79).

Die bisherige Vielfalt in der Nosologie der Erkrankungen des Kindesalters sollte also von einer pathoanatomischen und pathophysiologischen Kenntnis der Eigenheiten des kindlichen Organismus abgelöst werden. Diese methodische Neuorientierung und konsequente Hinwendung zum funktionellen Aspekt machen Gerhardt zur wissenschaftlichen Leitfigur und zum Schöpfer einer tragendenIdee für das Fachgebiet in seiner beginnenden Herausbildungsphase, wobei derartige Forderungen - wenn auch nicht so deutlich ausgesprochen - bereits vor ihm erhoben wurden (218,279).

In der gleichen Rede setzt sich Gerhardt für die Institutionalisierung ein und fordert Gesellschaft und Staat zu konkreten Handlungen auf: "Wohl sind da und dort eine Anzahl aus Frömmigkeit oder Humanität gestiftete Kinder-Hospitäler. Aber während Hospitäler vordem vielfach entstanden als Denkmäler der Frömmigkeit, der Menschenliebe, der sühnenden Reue Einzelner, entsprechen sie heute einer nothwendigen Forderung unserer socialen Verhältnisse" und weiter"... Die Zahl der Kinderhospitäler sollte schon um desswillen vermehrt werden, weil nur mit ihrer Hülfe die zwei größten Fortschritte der Heilkunde auch an Unbemittelten zur vollen Entfaltung ihres Segens gebracht werden können, die antifebrile Behandlung der acuten inneren, die antiseptische Behandlung der äusseren Krankheiten...".

Gerhardt plädiert ebenfalls für eine selbständige wissenschaftliche Gesellschaft für Kinderheilkunde: "Eine Versammlung der Vertreter und Verehrer der Kinderheilkunde hat, wie ich glaube, ebensoviel Berechtigung, wie sie Aussicht gewährt auf gedeihliche und nützliche Ergebnisse. Gilt es ja doch uns zu stärken und anzueifern in dem Kampfe um die Geltung und Anerkennung dieser Specialität. Manche glauben vonihr, daß sie kaum mehr bedeute als eine Lehre von dem Verlaufe bekannter Krankheiten an kleineren und wenig auskunftsfähigen Geschöpfen. Andere denken, daß es sich wesentlich um die Reduction der Arzneidosen auf ein kleineres Körpergewicht handele. Solchen Auffassungen gegenüber müssen wir zeigen und feststellen, wie die neuere Entwickelung der medicinischen Wissenschaft mit größerer Sicherheit denn jemals der Kinderheilkunde selbständigen Inhalt, gewisse Berechtigung als Specialität, besondere Wege des Studiums zuweist"(79).

- Carl Gerhardt gibt das erste Handbuch der Kinderheilkunde (1877-1896) siebenbändig heraus (78). In diesem werden auf breitem Raum sozialmedizinische Probleme (Kinderheilanstalten, Kindersterblichkeit, Impfung, Schulbesuch) abgehandelt,

die eigentliche Kinderheilkunde erscheint dabei noch recht gedrängt. Die Disposition des Handbuches widerspiegelt den Arbeitsbereich, den die Öffentlichkeit den Kinderärzten zu diesem Zeitpunkt zuwies: Sozialhygienische Aufgaben, weniger die Pathologie und Klinik der Krankheiten im Kindesalter. Die Autoren haben sich von dieser Position im ersten Band nicht vollständig lösen können.

August Steffen (1825-1910)
wurde vor allem zur treibenden Kraft der Institutionalisierung der Kinderheilkunde in Deutschland. Er war von Beginn seiner ärztlichen Tätigkeit Kinderarzt und leitete seit 1853 die von seinem Vater gegründete Stettiner Kinderheilanstalt. Steffen hat nie an einer Universität gewirkt, setzte sich jedoch besonders für die Etablierung der Pädiatrie an den Hochschulen ein. Die unter seiner Regie formulierten Forderungen im Zusammenhang mit der Gründung der "Section für Pädiatrik" der "Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte" weisen dies aus (61,117,154).

Otto Heubner (1843-1926)
habilitierte sich 1868 für Innere Medizin, setzte sich jedoch als Leiter der Leipziger Disticts-Poliklinik sehr für die Belange der Kinderheilkunde ein. Heubner hat das Gerhardtsche Gedankengut aufgegriffen und erkannt, daß mit morphologischen Kriterien allein eine Weiterentwicklung des Faches nicht möglich war. Er wandte sich wissenschaftlich physiologischen Problemen zu. Aus dieser Grundtendenz resultieren seine Arbeiten über den Energiebedarf und den Stoffwechsel des Säuglings, er verwendete den Begriff "Energiequotient" als Bilanzkriterium in der Säuglingsernährung. Heubner wurde 1894 erster deutscher Ordinarius für Kinderheilkunde in Berlin (50,51,61,89,118,154,283).

Eduard Henoch (1820-1910)
habilitierte sich 1850 für Innere Medizin und lehrte in Berlin (1872-1893) Kinderheilkunde mit praktischen Übungen. Er gründete bereits 1860 eine private Poliklinik für Kinderkrankheiten

und gab 1881 seine Erfahrungen in der Lehrtätigkeit in Form eines Lehrbuches heraus (50,51,268,283).

Otto Soltmann (1844-1912)

kam von der Physiologie und bemühte sich seit 1877 um die Kinderheilkunde als Dozent "... in einem aus Privatmitteln unterhaltenen, sehr ärmlich eingerichteten Kinderspital an der Peripherie der Stadt"(36).

Er differenzierte die Ursachen der Ernährungsstörungen in chemische, bakteriologische, energetische, biologische und soziale. Des weiteren führte er experimentelle Studien über neurologische Fragestellungen bei Neugeborenen durch (271). Soltmann wurde 1896 von Breslau auf den Leipziger Lehrstuhl für Kinderheilkunde berufen (36,61,303).

2.4.1. Disziplinäre Herkunft der Vertreter des Faches in seiner Herausbildungsphase

In der folgenden Tabelle 2 wird die disziplinäre Herkunft derjenigen Ärzte aufgeführt, die sich an den Universitäten um die Anfänge der pädiatrischen Lehre bemühten (s.S.27). Dabei fallen im Schrifttum erhebliche zeitliche Unterschiede des Beginns kinderärztlicher Lehrtätigkeit im weitesten Sinne auf. Als Kriterium für die folgenden ausgewählten Angaben dienten deshalb die erfolgte Habilitation bzw. das Führen eines Hochschullehrertitels (50,51,61,129,143,194,266,304). Damit soll auf den Aspekt der Wissenschaftlichkeit schlechthin oder besser der bereits realisierten Reproduzierbarkeit des Wissens in anderen medizinischen Fachgebieten hingewiesen werden. Es wird deutlich, daß die Kinderheilkunde vor Herausbildung als eigentliche und selbständige Disziplin vor allem von Internisten in der Lehre vertreten wurde. In diesem Fachgebiet fanden sich am ehesten jene Fragestellungen wieder, an derenLösung auch die Kinderheilkunde interessiert war. Czerny betonte noch zu Beginn unseres Jahrhunderts, daß "... die Kinderheilkunde kein Sonderfach(ist), sie ist innere Medizin vom Tage der Geburt bis zur Pubertät"(36).

Auch im methodischen Erkenntnisansatz und bezüglich der in der medizinischen Praxis eingesetzten Methoden konnte die Kinderheilkunde vor allem von der Inneren Medizin profitieren, wie es in der zeitgenössischen Fachliteratur nachzuweisen ist (60,79, 272),(s.a. 2.2.1.).

Tab.2: Disziplinäre Herkunft von Medizinern, die die Kinderheilkunde in der Lehre vertraten (50,51,61,129,143,194,266,304)

Erste Lehrveranstaltung über Kinderkrankheiten/Kinderheilkunde in	Jahr	Dozent	disziplinäre Herkunft bzw. habilitiert für	med.Fachgebiete, deren Vertreter zusätzl.Vorlesungen über Kinderheilk. anzeigten
Berlin	1811	Friedlaender	Innere Medizin	
Bonn	1864	Binz	Innere Medizin u. Arzneimittelkunde	
Breslau	um 1845	Guttentag	Ohrenheilkunde	Dermatologie, gerichtl.Med., Med.-geschichte, Geburtshilfe
Duisburg	1807	Carstanjen?		
Erlangen	1837	Henke	Innere Medizin u. Gerichtsmed.	Geburtshilfe
Freiburg i.Br.	1810	Moser	Physiologie und Gerichtsmedizin	Innere Medizin, Pharmakologie
Gießen	1868	Birnbaum	Geburtshilfe und Hygiene	
Göttingen	um 1785	Murray	Botanik, Pathologie, Therapie	Innere Medizin
Greifswald	1865	Krabler	Dermatologie	
Halle	um 1720	Coschwitz	Chirurgie Zootomie, gerichtl.Med.	Geburtshilfe, Augenheilkunde, Physiologie
Heidelberg	1798	Mai	Geburtshilfe	Innere Medizin
Jena	1876	Eichhorst	Innere Medizin, Dermatologie	
Kiel	1888	v.Starck	Innere Medizin	
Königsberg	1860	Bohn	Kinderheilkunde und Hautkrankheiten	Geburtshilfe, Innere Medizin
Leipzig	1854	Hennig	Geburtshilfe, Innere Medizin	
Marburg	1905	Brauer	Innere Medizin	
München	1846	v.Hauner	Allgemeine Med., Geburtshilfe	
Rostock	1849	Veit	Geburtshilfe	Pathologie und gerichtl.Med.
Straßburg	1874	Kohts	Innere Medizin, Kinderheilkunde	
Tübingen	1873	v.Jürgensen	Innere Medizin, Pharmakologie	
Würzburg	um 1840	Rinecker	Innere Medizin, Physiologie	

Die Berührungspunkte zur Geburtshilfe bot das Neugeborene, das als Gegenstand wissenschaftlicher Betrachtung und im ärztlichen Tätigkeitsbereich sowohl die Geburtshilfe als auch die Kinderheilkunde interessierte. Bei der Geburtshilfe überwog offensichtlich das praktische Tätigkeitsfeld, während mit zunehmender Kompetenz die Kinderheilkunde mehr und mehr wissenschaftliche Fragen in den Mittelpunkt des Interesses rückte, die sich vor allem auf die Entwicklung, Anpassung an das extrauterine Leben und die Ernährung des Neugeborenen konzentrierten (271). Die Verbindung mit anderen medizinischen Fachgebieten sind wesentlich lockerer, oft organbezogen und hängen mit der Häufigkeit entsprechender Krankheiten (Hals-Nasen-Ohren-Heilkunde, Dermatologie u.a.) im Kindesalter zusammen.

Eulner war durch die Differenziertheit in der Vertretung der Lehre veranlaßt, von einem "spontanen" und "wilden Wachstum" der Kinderheilkunde in Deutschland zu sprechen (61). Aus unserem Verständnis des Ablaufes der Entwicklung einer Disziplin und der Berücksichtigung gesellschaftlicher Einflüsse auf diese, ergibt sich jedoch, daß es eher die Regel ist, daß sich während der Disziplingenese oder Herausbildungsphase wissenschaftliche Tätigkeiten aus anderen (verwandten) Wissenschaften herauslösen und auf neue Art verknüpfen. Dies muß auch für die Produzenten und Anwender der Wissenschaft gelten, denn "... Ideen, Aussagen, Gesetze, Theorien usw. haben kein Eigenleben, verbreiten oder pflanzen sich nicht selbständig fort. Ihr Leben und ihre Entwicklung sind in jedem Falle an das Denken und Handeln von Wissenschaftlern gebunden, also tätige Menschen"(92).

In wesentlicher Modifizierung der Untersuchung von Rothschuh (244) ist die Herkunft der wissenschaftlichen Inhalte für die Pädiatrie wesentlich breiter anzulegen und ihre Herausbildung später einzuordnen (s.Abbildung 1, S. 29).

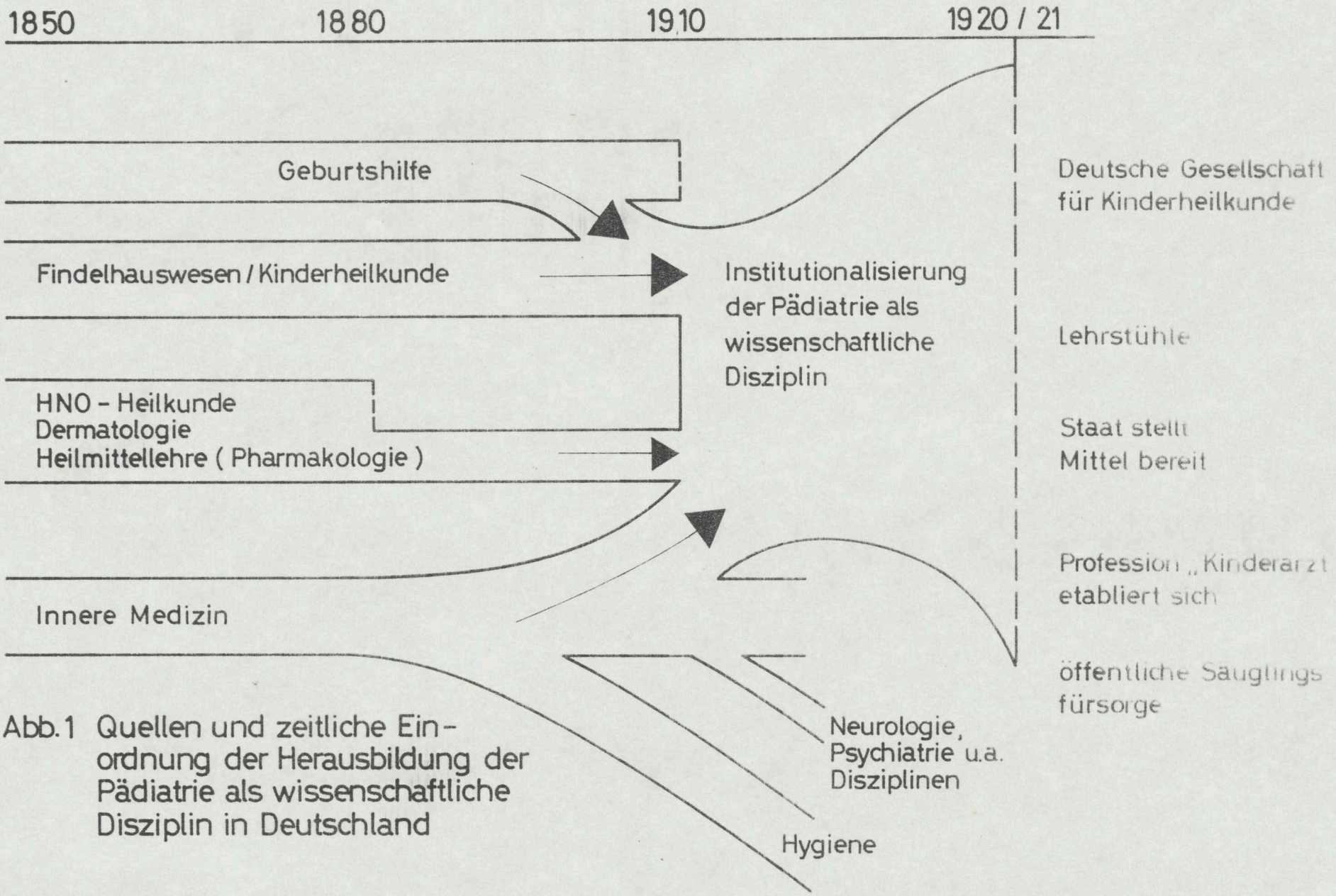


Abb. 1 Quellen und zeitliche Einordnung der Herausbildung der Pädiatrie als wissenschaftliche Disziplin in Deutschland

3. Der Prozeß der Institutionalisierung der Kinderheilkunde als Wissenschaft in Deutschland

Die Institutionalisierung einer Disziplin realisiert sich im Wechselfeld zwischen gesellschaftlich Notwendigem und im kognitiven Bereich Erreichtem. Sie repräsentiert als gesellschaftliche Aktion die Antwort der herrschenden Klasse auf bestimmte gesellschaftliche und kognitive Entwicklungen und ermöglicht somit derenBeeinflussung. Es ist charakteristisch, daß die Gesellschaft einen konkreten Nutzen für die Lösung zu lösender gesellschaftlicher Probleme - zumindest von bestimmten Institutionen - erwartet (91). Die Funktion der Institutionalisierung der disziplinären Gemeinschaft besteht darin, die Permanenz des disziplinären Tätigkeitssystems durch Reproduktion seines Potentials zu gewährleisten. Daher muß der institutionelle Mechanismus, der die Permanenz einer Disziplin garantiert, unbedingt den Anschluß neuer Generationen an das disziplinäre System und disziplinspezifische Laufbahnen von Wissenschaftlern über das gesamte Leistungsalter hinweg ermöglichen (94).
Die Institutionalisierung ist damit nicht nur Ausdruck der Etablierung der Disziplin, sondern auch notwendige Voraussetzung, sie bildet die materielle Basis für wissenschaftliche Tätigkeiten und stellt den Bezug zu anderen (angrenzenden) Bereichen her. Folgende Formen der Institutionalisierung lassen sich prinzipiell unterscheiden:

- produktive Institutionen,
- reproduzierende Institutionen (z.B. Ordinariate),
- kommunikative Institutionen (wissenschaftliche Gesellschaften, Kongresse, Zeitschriften),
- kollektionierende Institutionen (Lehr- und Handbücher, Zeitschriften, wissenschaftliche Bibliotheken),
- dirigierende Institutionen (z.B. wissenschaftsleitende Gremien, Räte und Kommissionen, staatliche Organe),
- methodische Institutionen (in der Medizin am ehesten in der medizinischen Praxis existent, z.B. Beratungsstellen, Mütterberatungen, Schul- und Reihenuntersuchungen u.a.).

Aus der Vielfalt der sich entwickelnden Institutionen im Laufe der Disziplingenese folgt notwendig, daß sich ihre Etablierung

über einen längeren Zeitraum (bis zu Jahrzehnten) erstrecken muß. In der Zeitfolge der Entwicklung einzelner Institutionen wird u.a. das staatliche Engagement deutlich, z.B. durch Zuwendung von Finanzmitteln, Einleiten von Baumaßnahmen etc.. Gleichzeitig reflexiert sich hierin das Anerkennen der Notwendigkeit, die sich entwickelnde Disziplin mit der existentiell bedeutsamen materiellen Basis auszustatten.
In den folgenden Abschnitten werden die einzelnen Elemente der Institutionalisierung der Kinderheilkunde in Deutschland entsprechend ihrer chronologischen Folge und Bedeutung für die Disziplinentwicklung charakterisiert. Gleichzeitig wird untersucht, ob die o.g. Einteilung des institutionellen Spektrums auf die Verhältnisse in der Medizin bzw. in der Kinderheilkunde angewandt werden kann.

3.1. Wissenschaftliche Gesellschaften als kommunikative Institutionen

Wissenschaftliche Gesellschaften dienen vor allem der Verbreitung und dem Austausch von Forschungsergebnissen, Ideen und Meinungen. Des weiteren besitzen sie Funktionen, die dem Schutz der Interessen bestimmter Wissenschaftlergruppen dienen (93).
Wie in den meisten naturwissenschaftlichen und medizinischen Disziplinen entstand auch die wissenschaftliche Gesellschaft für Kinderheilkunde aus der Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte, in der es bereits seit 1828 verschiedene Fächerkombinationen gab, die durch A.v.Humboldt eingeführt wurden (221,228,268,304). Die Gründung der wichtigsten wissenschaftlichen Gesellschaft für die Disziplin fällt in die frühe Herausbildungsphase (Initialphase). 1868 wurde in Dresden unter der maßgeblichen Initiative von August Steffen die "Section für Pädiatrik" als Sektion der Naturforscherversammlung gegründet (117,228,272,279). In ihrer Programmatik ging sie zu diesem Zeitpunkt bereits weit über bestehende Realitäten hinaus und brachte damit strategisch vorausschauendes Gedankengut ein:

- die Physiologie und Pathologie des Kindesalters sollten für den wissenschaftlichen Theoretiker und den praktischen Arzt unentbehrlich gemacht werden,
- an den Universitäten müßten die notwendigen Lehrkräfte und eine ausreichende Zahl an Kranken zur Verfügung stehen,
- universitäre Kinderkliniken müßten errichtet werden, um die Wissenschaft zu fördern,
- poliklinische Institute sollten diesen Kliniken vorgeschaltet sein (278,279).

Innerhalb des Verbandes der Naturforscherversammlung wurden die Kämpfe gegen eine Verselbständigung der Kinderheilkunde und ihrer "Sektion für Pädiatrik" ausgetragen. Vor allem die Repräsentanten der Mutterdisziplin, die Internisten, wehrten sich gegen eine weitere Etablierung. 1875 trat der Berliner Internist von Waldenburg offen gegen eine Aufnahme der pädiatrischen Sektion in das offizielle Programm der Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte auf (228,268). Durch Steffens Engagement war die pädiatrische Sektion dennoch "die bestvorbereitete der Naturforscher-Versammlung"(117) und trat als einzige mit einem eigenen wissenschaftlichen Programm auf (254,272). Um etwa die gleiche Zeit wurden weitere kinderärztliche Vereinigungen gegründet, die in ihren Zielen und ihrer Bedeutung nach jedoch hinter der "Section" zurückblieben und deshalb von untergeordneter Bedeutung waren:

- "Section für Naturwissenschaftliche Pädagogik", 1869 von Rudolf Virchow angeregt,
- "Pädiatrische Section" im Rahmen der "Gesellschaft für Heilkunde", gegründet 1879. Sie war nur kurze Zeit aktiv, bot allerdings Carl Gerhardt ein Forum, sich für die Belange des Faches einzusetzen (209). Trotz ihrer lokalen Begrenztheit (vor allem auf Berlin) bezog sie bereits Kinderärzte aus einer Reihe europäischer Staaten in ihre Arbeit ein (268).

Die bereits bei der Gründung der "Section für Pädiatrik" 1868 gesteckten weitreichenden Ziele wurden wesentlich von der im September 1883 erfolgten Gründung der "Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde" nicht übertroffen, weshalb dieser nicht die Bedeutung für die Disziplinentwicklung zukommt, wie etwa der "Section". Dennoch war auch dieser Gründungsakt ein offensichtliches Zeichen der weiteren Konsolidierung kinderärztlicher wissenschaftlicher Gesellschaften, auch deshalb, weil die "Deutsche Gesellschaft" durch Einbeziehung deutschsprachiger Nachbarländer übernationale Bedeutung erlangte. Mit ihren

jährlichen Tagungen wurde sie zum Forum des wissenschaftlichen Meinungsstreites unter den deutschen Kinderärzten (60,63,254,304). Die Gesellschaft fühlte sich offensichtlich vorrangig der Wissenschaft, d.h. den kognitiven Prozessen verpflichtet und schließt damit an konservative Tendenzen des 19. Jahrhunderts in Deutschland an, wonach die Wissenschaft unpolitisch sei und sich deshalb auf die "reine Wissenschaft" zu beschränken habe. Im Laufe der zunehmenden Etablierung des Fachgebietes, bereits in unserem Jahrhundert, löste sich die Gesellschaft mehr und mehr aus dem Verband der Naturforscherversammlung heraus:

- seit 1913 fehlt der Hinweis auf Zugehörigkeit zur Naturforscherversammlung in ihrem Titel,
- ab 1928 führt sie ihre Jahrestagungen unabhängig durch.

Die zu Beginn unseres Jahrhunderts rasch anwachsenden internationalen Verbindungen zwischen Pädiatern und Medizinern überhaupt finden ihren Ausdruck darin, daß die"Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde" 1907 in Berlin den "Dritten Internationalen Kongreß für Säuglingsschutz" verantwortlich organisierte und 1912 in Paris Gründungsmitglied der noch gegenwärtig existierenden "International Paediatric Association"(IPA) und deren Vorläufer, der "Association Internationale de Pédiatrie" (gegründet 1910 in Paris) war (66).

3.2. Pädiatrische Zeitschriften und das erste Handbuch des Faches als kommunikative bzw. kollektionierende Institutionen des Fachgebietes

Die pädiatrischen bzw. pädiatrisch-pädagogischen Publikationen erleben um die Wende vom 18. zum 19. Jahrhundert ein "lawinenartiges Anschwellen"(193). Allein zwischen 1790 und 1800 erschienen ca. 50 Monographien vorwiegend über die"physische Erziehung" der Kinder. Ein Gesamtverzeichnis der Monographien über Kinderkrankheiten hat Fr.L.Meissner (1796-1860) unter dem Titel "Grundlagen der Literatur der Pädiatrik" 1850 in Leipzig veröffentlicht (193). Darin werden 7000 Titel aufgeführt. Diese Literatur war aber offensichtlich nicht dazu geeignet, den ohnehin geringen medizinischen Wissensschatz der Ärzte über Kinderkrankheiten wesentlich zu bereichern, denn die Heilkunde war zu diesem Zeitpunkt (Jahrhundertwende vom 18. zum 19. Jahrhundert)

noch unter dem Einfluß romantischer Tendenzen vorwiegend der Pädagogik verhaftet. Es waren Publikationen, die sich bereits in der Vorgeschichte der Disziplinentwicklung herausbildeten, Zeitschriften i.e.S. erlangen jedoch erst in ihrer Herausbildungsphase eine besondere Bedeutung (91).

Der Chronist der Kinderheilkunde, Albrecht Peiper, bezeichnet deshalb zu Recht das ab 1843 in Berlin erschienene "Journal für Kinderkrankheiten" als "... die erste (Zeitschrift) unseres Faches" (209). Vor diesem Zeitpunkt hat es in Deutschland offensichtlich keine objektive Notwendigkeit für die Schaffung einer speziellen Kommunikationsebene i.S. von periodisch erscheinenden Zeitschriften gegeben.

Die Herausgeber des "Journals für Kinderkrankheiten" unter Federführung von F.J.Behrendt (1803-1889) schreiben im Vorwort der ersten Ausgabe: "... es ist ohne allen Zweifel die Zeit gekommen, daß jede einzelne Disziplin, ja jeder Hauptzweig einer solchen Disziplin ihre spezielle Annahme finde und spezielle Mittheilungsorgane für sich entwickle..." und "Wir werden,obwohl hauptsächlich das Bedürfnis der ärztlichen Praktiker im Auge habend, doch überall einer wahren und gediegenen Wissenschaftlichkeit zu huldigen bemüht sein"(13).

1868, im Jahr der Gründung der "Section für Pädiatrik" übernahm der Leipziger Teubner-Verlag das seit 1857 in Wien herausgegebene "Jahrbuch für Kinderheilkunde und physische Erziehung" (290) und erweiterte das Redaktionskollegium u.a. durch die Person August Steffens (308-311). Hieraus kann geschlossen werden, daß auch diese Zeitschrift - zumindest in der Person Steffens, dessen Ziele bei der Gründung der "Section" bekannt wurden - einen Beitrag für die Formierung und Entwicklung der pädiatrischen Interessen leistete, denn die deutschen Kinderärzte wurden vonSteffen u.a. aufgefordert, die Sektion als ihren regelmäßigen Versammlungsort und das "Jahrbuch für Kinderkrankheiten" als ihr Organ zu betrachten (278). Im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts sind in Deutschland eine Reihe weiterer pädiatrischen Zeitschriften erschienen, die wunderlich, einschl. ihrer Vorläufer, in einer ausführlichen Dokumentation nachweist (308-311). Der Zeitpunkt ihres Erscheinens macht jedoch sicherlich das "Journal für Kinderkrankheiten" wegen seiner Zielstellung, "einer wahren und ge-

diegenen Wissenschaftlichkeit zu huldigen" und das "Jahrbuch" wegen seiner engen Bindung an die "Section für Pädiatrik" und Steffens Einfluß, zu den beiden Periodika, die in der Initialphase der Disziplingenese entscheidende Wirkungen ausgeübt haben dürften.

Ebenfalls in die frühe Herausbildungsphase der Disziplin fällt die Herausgabe des bereits erwähnten Handbuches für Kinderkrankheiten. Dieses, herausgegeben von Carl Gerhardt, erschien von 1877 bis 1896 siebenbändig in Tübingen. Es war das erste und einzige deutschsprachige Handbuch des 19. Jahrhunderts und dokumentiert erstmals umfangreich den Stand kinderheilkundlicher Probleme und Erkenntnisse. Wie bereits bemerkt (s. 2.4.1.) spielen - zumindest im ersten Band - auch scheinbar von der Pädiatrie weiter entfernt liegende Problemkreise in der Disposition des Buches eine Rolle: Geschichte der Kinderheilkunde, Physiologie, Anatomie, Pflege und Ernährung, Allgemeine Therapie, Kinderheilanstalten, Kindersterblichkeit, Impfung, Schulbesuch. Es wird jedoch das Bemühen deutlich, das gesamte "Umfeld" der Einflüsse auf die Gesundheit der Kinder zu erfassen. Die eigentliche Kinderheilkunde ist recht kurz in nur drei Abschnitten dargestellt: Krankheiten nur am Kind, vorzugsweise am Kind und auch am Kind. Die bereits ausgeprägten internationalen Verbindungen der deutschen Fachvertreter kommen u.a. in der nicht unbeträchtlichen Zahl ausländischer Autoren zum Ausdruck:

- aus Österreich: Widerhofer, Monti,
- aus der Schweiz: Wyss, Horner, Hagenbach, Demme,
- aus Ungarn: v.Bókay,
- aus Rußland: Rauchfuss, Wahl,
- aus den USA: Jacobi.[1)]

1) Abraham Jacobi (1830-1919) war Emigrant der bürgerlich-demokratischen Revolution (1848/49), von 1851 bis 1853 aus politischen Gründen inhaftiert und ab 1870 Pädiatrie-Professor an der Columbia-Universität in New York. Er wurde in den USA zur Leitfigur der Pädiatrie und zum Promotor ihrer Spezialisierung. Er wird wegen seiner Verdienste um die Formierung der Pädiatrie an den amerikanischen Universitäten als "Vater der amerikanischen Pädiatrie" bezeichnet (32,33,121,144,177, 312).

3.3. Kliniken und Kinderkrankenhäuser als Erkenntnisquellen von medizinischer Wissenschaft in Verbindung mit empirischen Momenten der kurativen Praxis

Es ist zumindest zweifelhaft, ob man für Institutionen im Bereich der klinischen Medizin (Kliniken), in denen kurative Medizin betrieben wird, den Begriff "produzierende Institutionen" anwenden sollte. Für die Kinderheilkunde in Deutschland und auch in anderen europäischen Ländern gilt, daß klinische Einrichtungen, auch an Universitäten, nicht primär mit dem Ziel der Erweiterung der kognitiven Basis entstanden, wohl vorwiegend zu kurativen und Ausbildungszwecken und dies aus den unterschiedlichsten geistigen Motivationen heraus. Forderungen, entsprechende Institutionen vorwiegend zu wissenschaftlichen Zwecken einzurichten, wurden in Deutschland erst im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts erhoben (21,79, 279). In seiner retrospektiven Betrachtung "Entwicklung und Leistungen der Kinderheilkunde in den letzten 25 Jahren" aus dem Jahre 1908 bringt Escherich diesen Aspekt zum Ausdruck:

"Nur die innere Notwendigkeit, das unabweisbare praktische Bedürfnis, brachte die deutsche Kinderheilkunde ohne Beihilfe des Staates und der Fakultäten, nur unterstützt von der Privatwohltätigkeit zur Entwicklung. Zunächst waren es energische, mitten in der Praxis stehende, in privaten Kinderspitälern oder Polikliniken tätige Männer..."(60).

Es war also zunächst die (kinder-)medizinische Praxis, die wissenschaftliche Fragestellungen aufwarf und deren Bearbeitung bei den Interessierten induzierte. An dieser Stelle scheint es angebracht, auf den Unterschied zwischen Medizin (Praxisfeld in seiner Gesamtheit) und medizinischer Wissenschaft (Auseinandersetzung mit den physiologischen und pathophysiologischen Erscheinungen am Erkenntnisobjekt "Mensch") hinzuweisen und den Begriff "produktive Institutionen" für den klinischen Bereich der Medizin abzulehnen. Dies auch deshalb, weil eine scharfe Trennung in einen "produktiven" und "reproduktiven" Bereich innerhalb einer (Kinder-) Klinik, besonders auf universitärer Ebene, nicht sinnvoll und möglich erscheint, da hier die Vereinigung von Lehre und Forschung sowie medizinischer Praxis an einer Institution wesenseigen ist.

Die deutschen Universitätskliniken, die - in fast allen Fachgebieten - im 19. Jahrhundert entstanden, waren vom Ansatz her so konzipiert. In der Geschichtsschreibung der Kinderheilkunde herrscht weitgehend Einigkeit darüber, daß sich die Kinderkrankenhäuser aus dem Findelhauswesen im 18./19. Jahrhundert entwickelten (22,49,50,148,209,258,266,283,314). In Deutschland spielte dies jedoch nicht die dominierende Rolle, das Findelhauswesen war hier deutlich geringer ausgeprägt als vergleichsweise in Frankreich oder Österreich. Eine nachweisbar wichtige Rolle in der Entwicklung des Fachgebietes haben die wenigen Findelhäuser in Deutschland wohl nicht gespielt, da in ihnen nur selten Ärzte, viel weniger Kinderärzte tätig waren. Selbst die bereits 1829/30 erfolgte Einrichtung eines Kinderkrankenhauses an der Berliner Charité war nicht die Basis für eine wissenschaftliche Kinderheilkunde, weil, wie Peiper feststellt: "... es hier - im Gegensatz zum Auslande - an führenden Persönlichkeiten fehlte, die imstande gewesen wären, in der Kinderheilkunde die wissenschaftliche Forschung in Gang zu bringen, eine Schule zu begründen und die Augen der Öffentlichkeit auf sich und ihr Fach zu lenken"(209).

Auch die wenigen existierenden weiteren Kinderabteilungen an den Universitäten, die bis in das letzte Drittel des 19. Jahrhunderts entstanden, spielten für die Entwicklung des Faches eine nur untergeordnete Rolle, denn bis zum Ende des 19. Jahrhunderts wurde die medizinische Versorgung der Kinder vor allem in (Medizinischen, d.h. internistischen) Polikliniken vorgenommen. Ein zweiter wesentlicher Grund, der die stationäre Behandlung der Kinder erheblich limitierte und nahezu unmöglich machte, war der infektiöse Hospitalismus, vor allem bedingt durch infektiöse Darmerkrankungen. Aufgrund der hohen Säuglingssterblichkeit in stationären Einrichtungen, die zwischen 80 und 90 % lag, lehnten es verantwortlich Kinderärzte ab, Säuglinge zu hospitalisieren.

Das Konzept der ambulanten Behandlung, das besonders das Säuglingsalter betraf, blieb deshalb bis zur Lösung des Problems infektiöser Hospitalismus (d.h. bis nach der Jahrhundertwende) einerseits das einzig reale, erschwerte aber andererseits die wissenschaftliche Bearbeitung besonders von Problemen der Säuglingspathologie.

Carl Rauchfuss (damals in Petersburg tätig) stellte allerdings bereits 1877 dem Konzept der ambulanten kinderärztlichen Behandlung das eines "Kinderzentrums" gegenüber. Im Gerhardtschen Handbuch der Kinderheilkunde fordert er, daß alle Elemente der Kinderbetreuung unter ein Dach gehörten (Ambulanz, Beobachtungs- und Bettenstation, Isolierabteilung), (230). Dieses Modell, das durchaus unseren modernen Vorstellungen in der heutigen Zeit entspricht, hat sich durchgehend jedoch erst im20. Jahrhundert verwirklichen lassen, was u.a. mit dem Fortschritt der Bakteriologie und der Hygiene zusammenhängt: "Aber erst als Pettenkofer, der Gründer der Hygiene ... uns Ärzten die Waffen in die Hand gegeben hatte, erst als uns die jugendliche Pädiatrie in bezug auf die Ernährung, Physiologie und Pathologie der ersten Lebensjahre ihre Forschungsergebnisse zur Verfügung gestellt hatte, konnte das Werk gelingen. Erst zu dieser Zeit (um 1900,d.A.) konnten Säuglingsheime (sprich Krankenanstalten für Säuglinge, d.A.) mit Aussicht auf Erfolg gegründet werden"(242).

Trotz gegenteiliger Auffassung maßgeblicher Fachvertreter (besonders Czerny) muß hervorgehoben werden, daß die Säuglingsheime die eigentliche institutionelle Basis für die Weiterentwicklung der Kinderheilkunde in einem ihrer Hauptgegenstände, der Säuglingsheilkunde, darstellten. Sie repräsentierten gegenüber den Findelhäusern vergangener Jahrzehnte eine wesensdifferente neue Qualität.

Die Säuglingsheime und -anstalten, deren Fürsprecher u.a. Arthur Schloßmann war, fanden aber offenbar nicht die ungeteilte Zustimmung aller Fachvertreter, weil sie der Integration aller Komponenten der Kinderheilkunde entgegenwirkte. Czerny beklagt die etwa seit der Jahrhundertwende aufkommende Tendenz der Schaffung von Säuglingsheimen "... mit Hilfe von Vereinen und Behörden" und stellt fest: "Die immer weitergehende Errichtung von Säuglingsheimen verhindert und erschwert die Gründung von Kinderkrankenhäusern und bildet damit eine Hemmung für die Entwicklung der gesamten Kinderheilkunde... Überall wo es daran fehlt, sollte die Errichtung eines Kinderkrankenhauses angestrebt werden, in welchem auch Säuglinge untergebracht werden können. Das erscheint mir das richtige Programm für die Zukunft"(34).

Darin kommt zum Ausdruck, daß es Bestrebungen gab, die Integration und den Zusammenhalt des jungen Faches bereits in

seiner Herausbildungsphase zu sichern. Es muß aber betont werden, daß das Fach seine öffentliche Anerkennung und Akzeptanz zu Beginn unseres Jahrhunderts in Deutschland vor allem der erfolgreichen Bekämpfung der hohen Säuglingssterblichkeit verdankte, die durch die Säuglingsheime teilweise getragen wurde. Schloßmann konnte eindrucksvoll nachweisen, daß mit entsprechenden Maßnahmen die Säuglingssterblichkeit in Säuglingsheimen von 42,1 % (1899) auf 22,9 % (1904) gesenkt werden konnte (253). Vom Gesamtspektrum der Kindermedizin stand um die Jahrhundertwende vor allem die Säuglingssterblichkeit im Mittelpunkt des öffentlichen Interesses und führte jetzt auch zu konkreten Maßnahmen des Staates:

- 1905 Beginn der offiziellen offenen Säuglingsfürsorge durch Einrichtung einer Säuglingsfürsorgestelle in Berlin,
- 1909 Gründung einer "Anstalt zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reich" (Kaiserin-Auguste-Viktoria-Haus) in Berlin (62,127).

Durch derartige, von Kinderärzten immer wieder geforderte Maßnahmen war es gelungen, die Säuglingssterblichkeit in Deutschland von 24,0 % (1883) auf 7,7 % (1933) zu senken (101). Wie notwendig, auch aus wissenschaftsstrategischer Sicht derartige staatliche Maßnahmen waren, kommt 1899 in einer Denkschrift Philipp Biederts (1847-1916) über "Die Versuchsanstalt für Ernährung, eine wissenschaftliche, staatliche und humanitäre Notwendigkeit" zum Ausdruck (272). Die Gründung einer zentralen Institution (Reichsanstalt zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit), durch die sich der Staat mit einem wissenschaftlichen Anliegen der Disziplin selbst identifiziert sowie die gesetzgeberischen Maßnahmen für eine öffentliche Säuglingsfürsorge müssen als entscheidende Kriterien der breiten Anerkennung und Akzeptanz der Kinderheilkunde im ersten Jahrzehnt unseres Jahrhunderts außerhalb der universitären Ebene angesehen werden.

3.4. Reproduzierende Institutionen (Ordinariate)

Die breite Etablierung und Einrichtung pädiatrischer Ordinariate an den deutschen Universitäten erstreckt sich über einen Zeitraum von 25 Jahren. Abgesehen von den beiden ersten Lehrstühlen in Berlin (1894, Heubner) und Leipzig (1896, Soltmann), sind an der überwiegenden Zahl der Hochschulen erst in unserem Jahrhundert Ordinariatsgründungen erfolgt, an 14 von 19 Universitäten in den Jahren 1919-1921. Damit war Deutschland gegenüber dem deutschsprachigen Ausland im Verzug, wie folgende Auflistung ausweist:

Einrichtung pädiatrischer Ordinariate in

Wien	1885	Straßburg	1910
Basel	1888	Innsbruck	1911
Graz	1894	Zürich	1911
Prag	1905	Bern	1919.

1902 hatten lediglich 8 von 20 deutschen Universitäten überhaupt Kinderkliniken (143). Die Einrichtung pädiatrischer Ordinariate wurde von den Zeitgenossen aufmerksam verfolgt. Der Greifswalder Extraordinarius für Kinderheilkunde, Paul Krabler (1841-1907), analysiert die Vertretung in der Lehre (Kinderheilkunde) an den Universitäten lt. "Deutschem Universitätskalender", 60. Ausgabe, Wintersemester 1901/02 und beklagt, daß "... es doch zur Zeit noch deutsche Universitäten (gibt), an denen weder ein klinisches Institut für Kinderkrankheiten besteht, noch überhaupt Vorlesungen über diese gehalten werden"(143).

Eine wesentliche Ursache für die späte Einrichtung pädiatrischer Lehrstühle war sicherlich die ablehnende Haltung der Fakultäten. Für Berlin ist z.B. nachweisbar, daß die dortige Fakultät unter Wortführung Virchows, einer Persönlichkeit mit maßgeblichem Einfluß, bei der vorgesehenen Berufung Heubners protestierte, obwohl der Staat personifiziert in Friedrich Althoff (1839- 1908), die Notwendigkeit der Etablierung der Kinderheilkunde anerkannt hatte. Als Leiter der Hochschulabteilung im preußischen Kultusministerium (1882-1907) setzte Althoff gegen den Willen der Berliner Fakultät die Berufung Heubners durch (36,50,209). Die Fakultäten schienen überhaupt bei der Errichtung von Ordinariaten für sich entwickelnde Fachgebiete eine konservative und restriktive Haltung einzunehmen. Der bekannte Chirurg Richard von Volkmann schreibt

in einem Brief an Althoff am 30.7.1886: "... Ich beobachte seit an dreißig Jahren die Vorgänge und Resultate bei diesen "Rufen" sehr genau und kann ihnen versichern, daß die große Mehrzahl derselben nur zeigen, daß es am besten wäre, den Facultäten das Vorschlagsrecht, das sie fast immer zum Schaden der Facultät anwenden, ganz zu nehmen und die Ernennung einfach dem Ministerium zu übertragen, das sehr viel mehr Einsicht und Verständnis und vor allen Dingen sehr viel mehr guten Willen hat"(145).

Althoff setzte sich mehrfach mit seiner ganzen Autorität für die Errichtung pädiatrischer Lehrstühle ein. 1895 forderte er die Berufung Czernys auf den Breslauer Lehrstuhl in einer Kinderklinik, die noch nicht existierte. Im Falle einer Ablehnung eines entsprechenden Bauvorhabens drohte er dem Finanzminister mit seinem Rücktritt (36). An der Entscheidung zur Gründung des 1909 in Berlin eröffneten Kaiserin-Auguste-Viktoria-Hauses war Althoff wesentlich beteiligt und trat an die Spitze des "vorbereitenden Komitees" (245).

Die Rolle und Bedeutung Althoffs als bedeutendster Repräsentant preußisch-deutscher Wissenschaftspolitik werden in einer kürzlich erschienenen Betrachtung von R.-J.Lischke hinreichend beleuchtet u.a. auch sein wesentlicher Beitrag an der Rekonstruktion der Charité in seiner Funktion als Kommissar des Charité-Neubaus ab 1894 (164).

Sein diesbezügliches Wirken fand auch bei Heubner die entsprechende Anerkennung: "So ging ein allgemeines Aufatmen durch das ganze Reich der Charité, als durch das gemeinsame Zusammenwirken der Herren Minister des Cultus und der Finanzen, unterstützt von deren hervorragenden Räthen, insbesondere durch die kluge Energie des Herrn Ministerialdirektors Althoff, nach jahrelangen Verhandlungen endlich im Jahre 1897 von den hohen Landesvertretern das Gesetz zur Verabschiedung kam, das den Neubau des gesamten Charité Krankenhauses organisch regelte"(116).

Peiper stellt fest: "Die Kinderheilkunde in Deutschland verdankt Stellung und öffentliches Ansehen als eigenes Fach weniger dem fordernden Auftreten der dazu eigentlich berufen erscheinenden Universitätslehrer als vielmehr der Einsicht Althoffs - und dem Eifer des Stettiner Kinderarztes August Steffen" (209).

Diese Einschätzung Peipers scheint im wesentlichen gerechtfertigt, wenn wir die Stellung der führenden Pädiater zu ihrem

eigenen Fach berücksichtigen. Sogar bei Czerny, einem exponierten Vertreter des Fachgebietes, stellt sich eine innere Widersprüchlichkeit heraus: "... Die Pädiatrie ist nur ein willkürlich abgetrennter Teil der Pathologie der inneren Krankheiten" (35).

In derselben Schrift fordert er dennoch die "Abtrennung derselben (der Pädiatrie d.A.) als besonderes Lehrfach", was er mit den "wissenschaftlichen Leistungen der letzten 20 Jahre auf diesem Gebiet" und "durch den Hinweis auf die erschreckend hohe Säuglings- und Kindersterblichkeit Deutschlands" begründet.

Seine Vorlesungen beginnt er jedes Jahr mit der Bemerkung: "Die Kinderheilkunde ist kein Sonderfach, sie ist innere Medizin, begrenzt auf den Menschen vom Tage der Geburt bis zur Pubertät" (36).

Czerny betont hier vor allem die konservativ-internistischen Inhalte der Pädiatrie und begrenzt sie damit. Er läßt frühere Forderungen Gerhardts (1879) und Rauchfuss' (1877) nach einer Ganzheitsbetrachtung der Krankheiten im Kindesalter hier unberücksichtigt.

Die schleppend verlaufende Einrichtung pädiatrischer Ordinariate in Deutschland zu Beginn unseres Jahrhunderts hatte ihre weitere Ursache im Fehlen berufungsfähiger Pädiater. Dafür spricht die Tatsache, daß zu diesem Zeitpunkt wichtige Universitäten Deutschlands Hochschullehrer aus dem Ausland berufen mußten, z.B.:

Czerny	1894	von Prag nach Breslau
v.Pfaundler	1906	von Graz nach München
Feer	1907	von Basel nach Heidelberg
v.Pirquet	1910	von Baltimore (früher Wien) nach Breslau

(61,268,209).

Es kommt hinzu, daß in den ersten 20 Jahren unseres Jahrhunderts, besonders jedoch in seinem ersten Jahrzehnt, gesetzgeberische Maßnahmen des Staates eine schnelle Etablierung des Faches an den Universitäten möglich erscheinen ließen.

Eine besondere Zäsur in diesem Sinne war die Prüfungsordnung von 1901, die die Pflicht auferlegte, ein Semester Kinderklinik bzw. Kinderpoliklinik "practicando" zu hören. Ihre durchgreifende Realisierung scheiterte am Fehlen geeigneter Hochschullehrer für die Pädiatrie. In der bereits erwähnten

Analyse Krablers aus dem Jahre 1902 setzt sich dieser kritisch mit diesem Zustand auseinander (143) Nachteilig war auch, daß diese Ordnung keinen eigenen Prüfungsabschnitt für das Fach vorschrieb.

1908 wurde der Kinderheilkunde eine 3jährige Weiterbildungszeit als Ausbildungsprogramm zuerkannt. Beide Maßnahmen schienen aber nicht die Wirkung auf Ausbildung und Lehre im Fach Pädiatrie gehabt zu haben, die notwendig war, so daß der Heidelberger Extraordinarius für Kinderheilkunde, Emil Feer (1864-1955), feststellen mußte: "Heutzutage, wo oft der gebildete Laie über die Verhältnisse der Säuglingssterblichkeit unterrichtet ist und die Dinge mit Interesse verfolgt, wirkt es merkwürdig, feststellen zu müssen, daß vielleicht die Hälfte der Ärzte, welche in der Praxis stehen, weder theoretisch noch praktisch einen Unterricht (in Kinderheilkunde,d.A.) erhalten haben" (70).

Dies war aus objektiven Gründen auch kaum möglich, denn bis 1912 gab es in Deutschland lediglich Ordinariate an folgenden Universitäten (50,51,61,100,209):

Universität	Jahr der Einrichtung	erster Ordinarius
Berlin	1894	Heubner
Leipzig	1896	Soltmann
Düsseldorf	1906	Schloßmann (seit 1903 Medizinische Akademie)
Breslau	1906	Czerny
Straßburg	1910	Czerny
München	1912	v.Pfaundler.

Die unzureichende Ausbildung im Fach und fehlende Ordinariate an den meisten Universitäten veranlaßten die Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde, sich innerhalb eines Jahrzehnts mit zwei Petitionen an die jeweiligen Reichskanzler zu wenden. Auf der 27. Versammlung wurde gefordert und als Petition eingereicht (Königsberg, 1910):

- an jeder Universität muß eine Kinderklinik und Ambulanz unter Leitung eines etatsmäßig besoldeten Professors, Pädiater von Fach, eingerichtet werden,
- für die Ausbildung sind zwei Stunden und nur ein Semester nicht ausreichend,
- notwendig ist eine obligatorische Prüfung im Staatsexamen und eine der inneren Medizin gleichgestellte Bewertung (268).

Begründet wurden diese Forderungen mit den bereits erreichten Erfolgen in der öffentlichen Anerkennung des Faches (Gründung von Säuglings- und Mütterschutzvereinen, Säuglingsheimen und -krankenhäusern, Gewährung von Stillprämien, Schaffung von kommunalen Einrichtungen für Milchversorgung u.a.) und dem gewachsenen Verständnis für die Bedeutung der akuten und chronischen Infektionskrankheiten. Trotz dieser Forderungen wurde bis zur zweiten Petition (Februar 1918) nur ein Lehrstuhl (München 1912) in Deutschland eingerichtet.
1918 richteten sich "Die Lehrer der Kinderheilkunde an den deutschen Universitäten und an den Akademien für praktische Medizin" betreffs "Unterricht in der Kinderheilkunde und seine Bedeutung für die Bevölkerungspolitik" an den deutschen Reichskanzler G.v.Hertling. Die Petition war bereits am 22. September 1917 auf der "a.o.Kriegstagung" der Deutschen Gesellschaft in Leipzig beschlossen worden (39). In ihr kommt der schwedische Pädiater Medin zu Wort, der auf dem Internationalen Kongreß für Säuglingsschutz 1911 in Berlin die Petition betreffend ausführt: " Es waren wunderliche Gründe, mit denen ich das Aktenstück (Petition von 1910,d.A.) las. Ich kann nicht verstehen, warum die Pädiatrie auf den deutschen Hochschulen so hintenangestellt worden ist. Es ist ja nicht möglich, daß der Grund dazu eine Unterschätzung der Pädiatrie als Wissenschaft sein sollte; ihre Stellung als solche sollte wohl, wenn irgendwo in Deutschland anerkannt sein; und wohl sieht man auch hier den Nutzen und die Notwendigkeit einer guten Ausbildung in der Kinderheilkunde für die künftigen Ärzte ein. Es muß in der Organisation der Universitäten etwas sein, was ich nicht kenne und das Hindernisse in den Weg legt. Der Unterschied in der Stellung der Pädiatrie an der medizinischen Hochschule zu Stockholm und an den deutschen Universitäten ist allzugroß. Was an diesen letzteren angestrebt wird, das und noch mehr wurde bereits vor 68 Jahren am Karolinischen Institut erreicht. Die Entwickelung ist seitdem stetig fortgeschritten"(39).
Wie recht Medin mit seiner Einschätzung hatte, zeigt beispielhaft die Reaktion der Fakultät in Halle auf die Petition von 1910, die sich im Januar 1911 gegen eine Erweiterung der Lehre und eine der Inneren Medizin gleichgestellten Prüfung aussprach: "... Ferner aber erscheint der Fakultät nicht angebracht, die Kinderheilkunde in der Prüfung mit der Inneren Medizin auf eine gleiche Stufe zu stellen und ihr bei der Ermittelung des Zeug-

nisses die nämliche Bewertung einzuräumen, wie sie die für Innere Medizin zur Zeit ist"(283).

Auf der sog. "Kriegstagung" (1917) wurde die Gelegenheit genutzt, die schweren demografischen, durch den ersten Weltkrieg (1914-1918) gesetzten Einschnitte,für die Belange des Faches auszunutzen. Arthur Schloßmann, von 1906 bis 1932 Ordinarius für Pädiatrie in Düsseldorf stellt fest:

"Mehr als je heißt es für uns, unser Sondergebiet zu pflegen und die Bedeutung der Kinderheilkunde zu betonen, denn von ihr soll die Wiederaufforstung des deutschen Volksbestandes beeinflußt werden, damit wir über die schweren Wunden hinwegkommen, die der Krieg uns schlägt"(255).

Mit einem gewissen Sarkasmus macht Schloßmann kurz zuvor auf das unermeßliche Leid der Bevölkerung und besonders der Kinder aufmerksam, die durch Hunger und Unterernährung gekennzeichnet waren: "... wer von uns hätte je geglaubt, daß wir ganze Kapitel aus der Lehre von der menschlichen Ernährung in einer so umfassenden Weise an Millionen von Versuchspersonen zu gleicher Zeit auf ihre Richtigkeit würden prüfen können?"(255).

Trotz seiner auf den ersten Blick nationalistisch erscheinenden Haltung kommt hier die Ablehnung des Krieges zum Ausdruck.

In einem Nachruf in der Zeitschrift "Der sozialistische Arzt" von W.Walder anläßlich Schloßmanns Tod (1932) heißt es:

Er gehörte offiziell nicht zu uns. Er gehörte keiner sozialistischen Partei an, auch nicht der sozialistischen Aerzteschaft. Und doch ist er uns irgendwie verbunden... Schloßmann gehört zu den modernen sozialistischen Menschen, dem künftigen Normaltyp. Er gehörte zwar nicht offiziell zu uns und stand uns doch so nahe" (313).

Die Kriegsauswirkungen mit einem erneuten Ansteigen der Säuglings- und Kindersterblichkeit, die Probleme mit chronischen Infektionskrankheiten (besonders Tuberkulose), der schlechte Gesundheitszustand vor allem der jungen Generation sind wiederum Faktoren, die die Notwendigkeit der Kinderheilkunde deutlich machten, um die gesamte deutsche Ärzteschaft in die Lage zu versetzen, kranke Kinder mit einer hinreichenden Fachkenntnis zu behandeln. Was in der Petition 1918 gefordert wird, erfährt durch die Kriegsfolgen gewissermaßen erneut eine Objektivierung. Nach dem revolutionären Sturz der Monarchie und der Errichtung der Republik werden in Deutschland innerhalb kurzer Zeit an der überwiegenden Mehrzahl der Universitäten pädiatri-

sche Ordinariate eingerichtet, nachdem man durch eine Änderung der Prüfungsordnung 1918 der Pädiatrie bereits einen eigenen Prüfungsabschnitt zugebilligt hatte (61,228):

Freiburg	1919	Noeggerath	Tübingen	1920	Birk
Göttingen	1919	Goeppert	Greifswald	1921	Peiper
Heidelberg	1919	Moro	Halle	1921	Stoeltzner
Köln	1919	Siegert	Kiel	1921	Stark
Rostock	1919	Brüning	Königsberg	1921	Falkenheim
Bonn	1920	Salge	Würzburg	1921	Rietschel
Frankfurt/M.	1920	v. Mettenheim	Hamburg	1924	Kleinschmidt
Marbung	1920	Bessau	Münster	1924	Vogt.

Weitere Lehrstühle wurden in Gießen (1933, Duken) und Erlangen 1939, Viethen) gegründet.
Damit sind im dritten bzw. vierten Jahrzehnt unseres Jahrhunderts die bereits 1868 gestellten Forderungen der "Section für Pädiatrik" erfüllt und eine umfassende Institutionalisierung pädiatrischer Ordinariate realisiert.

4. Die Herausbildungsphase der Pädiatrie als Wissenschaft: Zusammenfassung - Überblick - Versuch einer Periodisierung

Die Herausbildungsphase oder Disziplingenese der Kinderheilkunde als wissenschaftliche Disziplin in Deutschland erstreckte sich über einen Zeitraum von ca. 70 bis 80 Jahren. In diesem Abschnitt (um 1850 bis 1920/21) wurde die Entwicklung des Faches von teilweise gravierenden gesellschaftspolitischen Einflüssen überlagert, gehemmt oder gefördert. Ebenso haben natürlich die Entwicklung der gesamten Medizin und der Naturwissenschaften entsprechende Wirkungen gehabt. Im folgenden wird das jeweils Wesentliche einzelner Perioden der Herausbildunsphase zusammengefaßt und auch tabellarisch demostriert.

4.1. Die Initialphase der Disziplingenese (Mitte des 19. Jahrhunderts bis Ende der 80er Jahre)

Generell kann diese Phase folgendermaßen charakterisiert werden: Wissenschaftliche Tätigkeiten bestimmter Wissenschaftlergruppen werden auf den betreffenden Gegenstand aufmerksam, orientieren ihre Tätigkeiten darauf, anfängliche Vorstellungen über das Wissenschaftsziel der neuen Disziplin werden artikuliert. Die Wissenschaftler sind noch in einem anderen Erkenntnisgebiet ver-

wurzelt, begreifen aber die Notwendigkeit der Entwicklung der betreffenden Disziplin und bringen u.U. gezielte Forderungen zum Ausdruck. Erkenntnisse werden vorwiegend im institutionellen Rahmen anderer (benachbarter) Disziplinen oder auch schon in neuen spezifischen wissenschaftlichen Einrichtungen gewonnen bzw. in kommunikativen Institutionen publiziert. Entscheidend für diese Phase der Disziplingenese ist nach Guntau und Laitko die Gerichtetheit der Erkenntnistätigkeit auf den Gegenstand (94).

Die Initialphase der Herausbildung der Kinderheilkunde als wissenschaftliche Disziplin wird u.a. gekennzeichnet von der Aufbereitung neuer Erkenntnisse und Methoden für das Fach durch die Mutterdisziplin Innere Medizin. Perkussion, Auskultation, Thermometrie und andere Methoden finden Eingang in die medizinische Betreuung der Kinder. Auch die Herausgabe der ersten fachspezifischen Zeitschrift (Journal für Kinderkrankheiten, 1843) fällt in diese Etappe, in ihr wird erstmals der Anspruch auf in der medizinischen Praxis anwendbare Wissenschaftlichkeit artikuliert. Erste kognitive Leistungen von Bedeutung werden erkennbar, z.B.:

- Anwendung der Entdeckungen Robert Kochs (1882) für Aspekte der Kinderheilkunde (z.B. Arbeiten über kongenitale Tuberkulose, Demme und Weigert, 1883),
- Studie über Phosphorbehandlung der Rachitis (Kassowitz, 1883/84), (116).

Die Institutionalisierung im kommunikativen Bereich findet ihren Anfang in der Gründung wissenschaftlicher Gesellschaften; als bedeutendste wird 1868 die "Section für Pädiatrik" gegründet. Interessensvertreter des Faches (Steffen, Kinderarzt und Gerhardt, Internist) fordern die Verselbständigung (1868 bzw. 1879). Bahnbrechende Entwicklungen in den Naturwissenschaften (Darwin, Haeckel) und der Medizin (Virchow, Koch) geben auch dem entstehenden Fachgebiet neue inhaltliche Orientierungen. Gerhardts Forderungen nach einer "allgemeinen Pathologie des Kindesalters (1879)" gibt die Zielrichtung der Erkenntnistätigkeit an. Die Kindermedizin als Praxisfeld wird fast ausschließlich in Institutionen der Mutterdisziplin (Medizinische Polikliniken) ambulant und von Internisten realisiert.

Der quantitative Anteil kinderheilkundlicher Probleme an ihrem gesamten Arbeitsvolumen wird von ihnen selbst festgelegt. Der Staat sieht keine Notwendigkeit zur Förderung des neuen Faches, Kinderkrankenhäuser entstehen vorwiegend auf der Basis von Stiftungen, Spenden oder auf Privatinitiative.

Das Experiment als wissenschaftliche Methode hat noch nicht durchgehend Eingang in die Lösung wissenschaftlicher Fragestellungen gefunden, wie z.B. um die Wende zum 20. Jahrhundert. Eine zeitliche Determinierung hierzu ist bei Heubner (1903) zu finden: "Noch vor einem halben Jahrhundert waren die Forderungen eines mehrgliederigen Laboratoriums zu einem Kinderkrankenhaus wohl als unberechtigte Anmaßung betrachtet worden. Heute bin ich in der Lage, Ihnen zu zeigen, wie ein nicht unerheblicher Teil des Obergeschosses der Klinik (rekonstruierte Kinderklinik der Charité, d.A.) von solchen wissenschaftlichen Hülfsräumen eingenommen wird. Hier soll die Forschung Gelegenheit finden, zum Besten unserer Kinder, ihrer Pflege und Heilung neue Bahnen einzuschlagen und das nachwachsende Geschlecht der Aerzte in eine gründliche Kenntnis der Kinderheilkunde einzuführen"(116).

In der Mitte des 19. Jahrhunderts ergaben sich Problemsicht und Betrachtungsweise vor allem aus der (kinder-)medizinischen Praxis. Interessierende Fragestellungen wurden vor allem empirisch bzw. mit bescheidenen wissenschaftlichen Hilfsmitteln (z.B. Statistik) bearbeitet.

In der folgenden Tabelle 3 sind Kennzeichen und Charakteristika der Initialphase zusammengefaßt (s.S. 49).

Tab. 3: Tabellarische Übersicht über die Initialphase (Mitte des 19. Jahrhunderts bis 1885/90

Entwicklung der Medizin u. Naturwissenschaften	Institutionalisierung (Kliniken/Lehrstühle)	Institutionalisierung (kommunikativ)	gesellschaftliche Entwicklung/staatliche Maßnahmen
Aufarbeitung neuer Methoden durch die "Mutterdisziplin", Einführung in die praktische Kindermedizin	medizinische Versorgung der Kinder und Lehre fast ausschließlich in (internistischen) Polikliniken	"Journal für Kinderkrankheiten" (1843) als "erste Zeitschrift unseres Faches" (Peiper)	Kleinstaaterei in Deutschland, industrielle Revolution ab 1830, bürgerlich-demokratische Revolution 1848/49
- 1858 "Cellularpathologie" (Virchow) - 1959 "Origin of Species" (Darwin) - 1866 biogenetisches Grundgesetz (Haeckel) - Entwicklung der organischen Chemie (v. Liebig) und Technikwissenschaften	Beginn engagierten Auftretens von Wissenschaftlerpersönlichkeiten (Steffen, 1868 und Gerhardt, 1879) mit Forderungen für die Fachgebietsentwicklung einige Kinder-Hospitäler aus "Frömmigkeit oder Humanität"	Entstehung wissenschaftlicher Gesellschaften, bedeutendste: "Section für Pädiatrik" (1868), zum gleichen Zeitpunkt "Jahrbuch für Kinderheilkunde"	
Entwicklung und Formulierung einer tragenden Idee für das Fach, Forderung Gerhardts nach einer "allgemeinen Pathologie des Kindesalters" (1879) - beginnende Entwicklung der Bakteriologie und Hygiene (Aufgreifen und Nutzbarmachung der Entdeckungen Kochs für die Kinderheilkunde)	erste Extraordinariate an einigen deutschen Universitäten mit z.T. privaten Polikliniken für Kinder		Schaffung eines deutschen Nationalstaates "von oben" durch Bismarck (1870/71) Verschärfung der Klassengegensätze, Verschlechterung der sozialen Bedingungen, hohe Säuglingssterblichkeit, keine staatlichen (gesetzgeberischen) Aktivitäten von Bedeutung

4.2. Die Konstituierungsphase (1885/90 bis um 1910)

Guntau und Laitko (94) bezeichnen diese Phase der Herausbildung einer Wissenschaft als Kern ihres Entstehens mit entscheidenden qualitativen Veränderungen im kognitiven Bereich. Oft im Zusammenhang mit dem Werk eines oder mehrerer Gelehrter bildet sich das mehr oder weniger vollkommene Grundgerüst des Erkenntnissystems der Disziplin heraus. Die verschiedenen Forschungsrichtungen und Systeme der Erkenntnis verwachsen zu einem relativ geschlossenen System. Die Konstituierungsphase wird ganz wesentlich dadurch bestimmt, welche Mechanismen der Reproduktion für das sich ausformende System entstehen. Dabei geht es um die funktionellen Beziehungen zwischen Mensch, wissenschaftlicher Tätigkeit und Erkenntnis im Rahmen der neuen Disziplin, die in der historischen Entwicklung ihren Fortbestand sichern.
In der Kinderheilkunde beginnt diese Phase mit der konsequenten Hinwendung zu einer eigenständigen physiologischen, pathophysiologischen und pathologischen Betrachtungsweise der Krankheiten des Kindesalters, wie anhand von entsprechenden Äußerungen Steffens, Gerhardts, Heubners, Soltmanns gezeigt wurde.
Durch die Schaffung des deutschen Nationalstaates 1870/71 und die mit der weiteren Entwicklung des Kapitalismus verbundene Verschärfung der Klassengegensätze kommt es zur Massenverelendung erheblichen Ausmaßes. Diese wirkt sich besonders an den schwächsten Mitgliedern der Gesellschaft auf verhängnisvolle Weise aus; die Säuglingssterblichkeit, meist aufgrund von Ernährungsstörungen, nimmt erheblich zu. Auf diesem Boden wird der Pädiatrie objektiv ein breites "Arbeitsfeld" aufgezwungen, das sie annimmt und das zur Herausbildung und Begründung eigener Konzeptionen ausreift (Jahrhundertwende). Kognitive Entwicklungen des

Faches sind vor allem auf dem Gebiet der Ernährungsstörungen im Säuglingsalter und ihren Ursachen angesiedelt. Dennoch geht es in dieser Phase um eine Gesamtsicht der Kindermedizin mit dem Anerkennen der notwendigen Erforschung biologischer Zusammenhänge am Kind. Das Kind als Erkenntnisobjekt bezüglich phylogenetischer und ontogenetischer Aspekte ist entdeckt. "Das Studium ihrer Entwicklung (biologische Vorgänge, d.A.) ist, soweit es den Menschen betrifft, nur am kindlichen Organismus möglich und bildet eines der reizvollsten Kapitel der modernen medizinischen Forschung" (Escherich, 1908 (60)). Auch Forderungen nach Einbeziehung der Neugeborenenpathologie in das Arbeitsfeld des Kinderarztes rücken in das Blickfeld, da das Neugeborene "... von vollendeter Entbindung in sein Beobachtungs- und Arbeitsgebiet fällt" (60). Neue Methoden (grafische Darstellung von Herz- und Atembewegungen, Anwendung der Magensonde und der Lumbalpunktion bis zur Röntgendiagnostik), die z.T. aus anderen Disziplinen kamen, werden umgehend aufgegriffen und auf ihre Nutzbarkeit in der Kinderheilkunde hin geprüft. DieEinführung des klinischen Experimentes und der Betrachtung des Kindes als biologischen Erkenntnisgegenstand (u.a. bedingt durch Ehrlichs und Behrings Leistungen auf immunbiologischem Gebiet) sind weitere entscheidende Impulse für die Entwicklung der Disziplin in dieser Etappe.

Zumeist gegen den Widerstand der Fakultäten entstehen aus den bisherigen Extraordinariaten erste Ordinariate für Kinderheilkunde (Berlin, 1894 und Leipzig, 1896). Das zunehmend anwachsende Wissen wird in einem ersten Handbuch des Faches (1877-1896) systematisiert und gegliedert dargeboten.

Im ersten Jahrzehnt unseres Jahrhunderts werden an einer Reihe deutscher Universitäten Kinderkliniken gegründet und weitere Ordinariate eingerichtet, die aus Personalmangel aber z.T. aus dem deutschsprachigen Ausland besetzt werden müssen. Die 1883 gegründete Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde nimmt schärfere Konturen an und erlangt internationale Bedeutung und Achtung (Internationaler Kongreß für Säuglingsfürsorge 1907 in Berlin).

Tab. 4: Tabellarische Übersicht über die Konstituierungsphase der Disziplingenese (1885/90 bis um 1910)

Entwicklung der Medizin und Naturwissenschaften	Institutionalisierung (Kliniken/Lehrstühle)	Institutionalisierung (kommunikativ)	gesellschaftliche Entwicklung/staatliche Maßnahmen
Erheblicher kognitiver Zuwachs, Beginn der Entwicklung einer deutschen Schule der Pädiatrie, besonders auf dem Gebiet der Ernährungsstörungen aufgrund der Hinwendung zu einer pathophysiologischen Betrachtungsweise	Einrichtung von Kinderabteilungen an einigen Universitäten, erste Ordinariate (Berlin 1894, Heubner und Leipzig 1896 Soltmann)	1877 bis 1896: erstes Handbuch des Fachgebietes	
	Gründung von Säuglingsheimen (Schloßmann)		Anerkennung der Notwendigkeit der Förderung des Faches vor allem aus ökonomischen und bevölkerungspolitischen Gründen (Althoff)
Entwicklung des Impfwesens, der Hygiene (Antiseptik), beginnende erfolgreiche Bekämpfung des infektiösen Hospitalismus, einheitliche Lehre von den Ernährungsstörungen (Czerny)	Gründung einer Reichsanstalt zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit (1909)	Dritter Internationaler Kongreß für Säuglingsschutz in Berlin, 1907	1901 Änderung der Prüfungsordnung (Pflicht zur Ausbildung in Kinderheilkunde), jedoch aus mehreren Gründen nur unzureichend ralisierbar
		Zunehmende internationale Verbindungen der deutschen Pädiatrie	

4.3. Etablierungsphase (um 1905/1910 bis 1920/21)

Diese ist vor allem durch die Realisierung essentieller Bedingungen für die Existenz der Disziplin durch den Staat gekennzeichnet. Vor allem aus demografischen Gründen anerkennt der Staat zunehmend die Notwendigkeit der Förderung des Faches (Althoff) und ergreift dementsprechende Initiativen (Änderung der Prüfungsordnung, Einrichtung der ersten öffentlichen Säuglingsfürsorge, 1905). Mit der Gründung der "Reichsanstalt zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit", 1909 identifiziert sich der Staat auch nominell mit einem Hauptziel des Faches. 1908 wird durch Verordnung einer dreijährigen Weiterbildungszeit für Kinderheilkunde de facto die Profession "Kinderarzt" staatlich sanktioniert. Trotz - auch für die Gesamtmedizin - bedeutender Leistungen der Pädiatrie zu Beginn unseres Jahrhunderts wird zunächst aufgrund des harten Widerstandes der Fakultäten kein Durchbruch in der Etablierung von Ordinariaten erreicht. Obwohl die öffentliche Anerkennung und Akzeptanz der Kinderheilkunde im Prinzip erfolgt ist, setzt erst der 1. Weltkrieg neue (demografische und gesundheitspolitische) Zwänge, die in einer entsprechenden Petition der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde deutlich gemacht werden (1917/18). Von deutschen Autoren erscheinen zunehmend und immer stärker differenzierte Fachbücher, das periodische Zeitschriftenwesen ist entwickelt. Schloßmann kommentiert 1908: "... dürfen wir mit Stolz und ohne Selbstüberhebung heute bekennen, dass die deutsche Säuglingsheilkunde den ersten Platz überhaupt einnimmt"(254). Die Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde hat in ihrer Bedeutung weiter zugenommen. 1912 wird sie Gründungsmitglied der International Paediatric Association (IPA). Die bürgerlich-demokratische Republik realisiert um 1920/21 die Errichtung pädiatrischer Ordinariate an den meisten deutschen Universitäten. Die Lehrstuhletablierung verlief damit, verglichen mit der öffentlichen Anerkennung des Faches (Säuglingsfürsorgestellen, Reichsanstalt, Weiterbildungspflicht etc.) um ca. 15 bis 20 Jahre verzögert, die Ursachen sind vor allem in der restriktiven Haltung der Fakultäten bezüglich der Entwicklung des neuen Faches zu suchen.

Tab. 5: Tabellarische Übersicht über die Etablierungsphase (um 1905/1910 bis 1920/21)

Entwicklung der Medizin	Institutionalisierung (Kliniken/Lehrstühle)	Institutionalisierung (kommunikativ)	gesellschaftliche Entwicklung/staatliche Maßnahmen
Entwicklung neuer Konzepte zur Problembearbeitung und -lösung - Herausbildung einer deutschen Schule der Pädiatrie (Czerny, Heubner, Finkelstein, Schloßmann, Keller, Soltmann)	Kinderkliniken an der Mehrzahl der Universitäten gegründet Weitere Ordinariate bis 1912 (noch vorwiegend aus dem deutschsprachigen Ausland besetzt) 1920/21: Nahezu "schlagartige" Einrichtung pädiatrischer Ordinariate, bedingt auch durch demografische Entwicklungen (Auswirkungen des 1. Weltkrieges)	Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde Gründungsmitglied der International Paediatric Association (IPA), 1912 Petitionen an Reichskanzler, 1910 und 1917 mit konkreten Forderungen zur Fachgebietsentwicklung, Weitere Lehrbücher von deutschen Autoren mit zunehmender Spezifik und Differenziertheit	Wachsendes öffentliches Interesse am Fach, begründet vor allem durch die Bekämpfung der hohen Säuglingssterblichkeit 1905 Beginn der offiziellen Säuglingsfürsorge 1908 Verordnung einer 3jährigen Weiterbildungszeit für Kinderheilkunde, damit de facto Anerkennung der Profession "Kinderarzt" 1909 Eröffnung der Reichsanstalt zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit 1914/18 1. Weltkrieg 1918 rev. Sturz der Monarchie, bürgerlich-demokr. Republik 1918 eigener Prüfungsabschnitt im Fach Kinderheilkunde

4.4. Schlußbemerkungen zur Disziplingenese der Pädiatrie in Deutschland (Teil I)

In der gebotenen Kürze wurde in den vorangestellten Kapiteln versucht, die Zusammenhänge und Wesensmerkmale der Herausbildung der Pädiatrie als medizinische Wissenschaft zu charakterisieren. Besonders kam es darauf an, die verschiedenartigsten Einflüsse aus dem gesellschaftlichen Umfeld in ihrer Wirkung auf Förderung oder Hemmung der Pädiatrieentwicklung zu kennzeichnen und sie einzuordnen in die Darstellung der Disziplingenese als komplexen Vorgang der Wissenschaftsentwicklung (s. a. Abb. 2, S. 56).

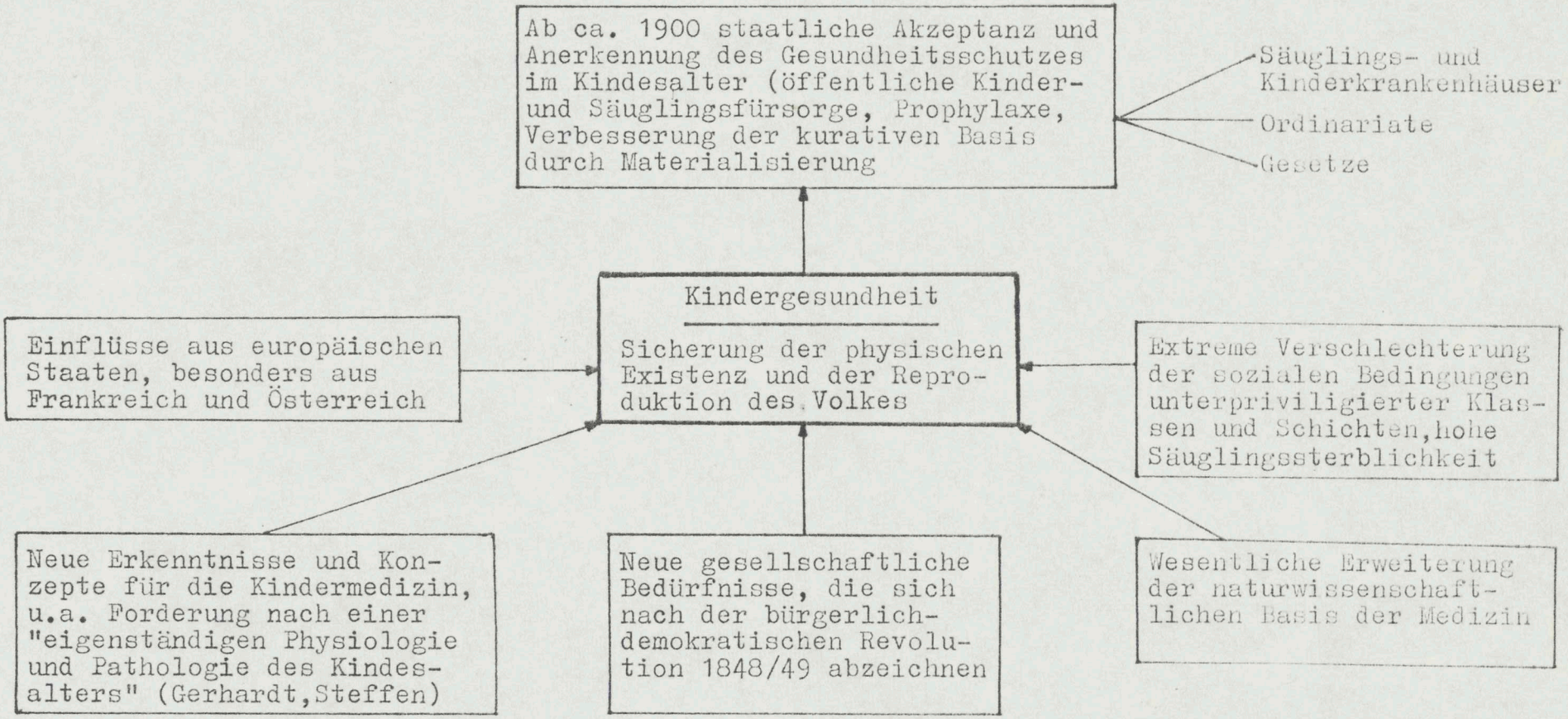
Die Rolle der Einzelpersönlichkeit innerhalb der Entwicklungsphase der Disziplin wurde an einigen ausgewählten Beispielen dargestellt, bewußt wurden Persönlichkeiten unterschiedlicher Arbeitsgebiete und -ebenen berücksichtigt (Steffen - praktischer Kinderarzt, Gerhardt, Heubner, Soltmann u.a. - Akademiker, Althoff - Repräsentant preußisch-deutscher Wissenschafts- und Hochschulpolitik um die Jahrhundertwende).

Es sollte illustriert werden, daß die Kinderheilkunde in ihrer medizinisch-theoretischen Fundierung am Ende des 19. Jahrhunderts begann, eine Wissenschaft mit einem definierten Erkenntnisgegenstand zu werden.

Die unterschiedlichen gesellschaftlichen Reflexionen auf das Kind, die Reaktionen der Gesellschaft auf die Bedrohung der Kindergesundheit, die Differenziertheit der Handlungen unterschiedlicher Ebenen (Universität-Fakultät, Staat, Öffentlichkeit) und nicht zuletzt die Forderung nach einer besonderen medizinischen Betrachtungsweise der Physiologie und Pathophysiologie des Entwicklungsalters des Menschen, machen die Kinderheilkunde zu einem dankbaren und interessanten Fallbeispiel für die Wissenschaftsgeschichte.

Die Prozesse der Institutionalisierung des Faches in ihrer zeitlichen Folge und die Widerstände gegen sie runden diesbezüglich das Bild ab, ohne etwa Anspruch auf Vollständigkeit in Darstellung und Wertung erheben zu wollen.

Abb.2: Synopsis der Einflußfaktoren aus Gesellschaft, Politik und Wissenschaft auf die Entwicklung der Kinderheilkunde und der Kindergesundheit in Deutschland (letztes Drittel des 19. und beginnendes 20. Jahrhundet)



Teil II

Studien zur Entwicklung der Pädiatrie in der DDR -
Voraussetzungen, Tendenzen, Institutionen, Potentiale

Im folgenden zweiten Teil der Untersuchung sollten typische Charakteristika der Entwicklung der Pädiatrie in der DDR anhand weitestgehend in sich abgeschlossener Kapitel herausgearbeitet werden. Die gewählte Gliederung kennzeichnet, auf welche Kriterien besonderes Augenmerk gerichtet wurde. Nach der im Teil I erfolgten Analyse der Herausbildungsphase der Disziplin und ihrer darauf folgenden Konsolidierung kann international seit den 50er Jahren von der "modernen Phase" der Disziplinentwicklung nach Guntau (92) in der Pädiatrie gesprochen werden. Dies umso mehr, wenn man berücksichtigt, daß diese Phase durch den Erhalt typischer Charakteristika (z.B. der institutionellen Formen) bei gleichzeitigem tiefgreifenden Wandel im kognitiven Bereich gekennzeichnet wird.
Im Gegensatz zu bisherigen Überlegungen (92), wonach derzeit noch keine typischen Kriterien bzw. Maßstäbe zur Bestimmung und Bemessung der modernen Phase einer Disziplin existieren, wird postuliert, daß das z.B. für die Pädiatrie derzeit existentiell wichtige Wechselverhältnis zwischen rasch voranschreitender Spezialisierung bei weitgehend konstanten Potentialen und Ressourcen einerseits und den aufzubringenden integrativen Kräften andererseits ein typisches Kriterium moderner wissenschaftlicher Disziplinen in der Medizin ist.
Des weiteren stellt sich besonders für die Entwicklung der Pädiatrie ihre gesellschaftliche Bedingtheit ganz deutlich dar - bedingt durch ihren Gegenstand, das kranke und auch gesunde Kind; die besonderen Bedingungen in Deutschland nach 1945 mit den zu bewältigenden Kriegsfolgen lassen betreffende Bezüge in Erscheinung treten.

5. Gesundheits- und hochschulpolitische Prämissen für die Pädiatrie in der Sowjetisch besetzten Zone (SBZ) bis 1949 und in der DDR 1949 bis 1961

5.1. Gesundheitspolitische Aufgabenstellung und Ziele des Kindergesundheitsschutzes in der SBZ 1945 bis 1949

Auf der Grundlage neuer Macht- und Eigentumsverhältnisse bestanden gesundheitspolitische Hauptaufgaben in der Sowjetisch besetzten Zone Deutschlands vor allem darin:

- die Rettung der physischen Existenz des deutschen Volkes zu gewährleisten und Voraussetzungen zur Sicherung der medizinischen Betreuung zu schaffen,
- alle in der Medizin Tätige aus der Resignation und ideologischen Verirrung herauszuführen und sie für den Aufbau eines antifaschistisch-demokratischen Gesundheitswesens zu gewinnen.

Diese Hauptaufgaben, gemeinsam mit der Forderung der KPD (Aufruf der KPD vom 11. Juni 1945), " die unmittelbarsten und dringendsten Aufgaben" zur Wiederingangsetzung des Gesundheitswesens zu lösen (316), waren bereits wenige Wochen nach der Befreiung vom Faschismus formuliert und als Zielrichtung abgesteckt worden. Im Aufruf war u.a. gefordert, sofortige "öffentliche Hilfsmaßnahmen für die Opfer des faschistischen Terrors, für Waisenkinder, Invaliden und Kranke" wirksam werden zu lassen. In ihren Zielsetzungen konnte die KPD auf bereits erarbeitete gesundheitspolitische Konzeptionen und entsprechende Traditionen zurückgreifen. Bereits 1924 erarbeitete die KPD-Fraktion im Preußischen Landtag z.B. einen Gesetzentwurf zur Einrichtung einer Reichsfürsorge für Schwangere, Wöchnerinnen, Säuglinge und Kinder vor dem Hintergrund einer im Jahre 1924 wieder ansteigenden Säuglingssterblichkeit in Preußen aufgrund katastrophaler sozialer Bedingungen (305). Auch während der Zeit des Faschismus setzte die KPD ihre gesundheitspolitische Arbeit kontinuierlich fort. Am deutlichsten wurden gesundheitspolitische Zielstellungen im "Aktionsprogramm des Blocks der kämpferischen Demokratie" vom Oktober 1944 in Gestalt eines 10-Punkte-Programms artikuliert, das u.a. für den Kindergesundheitsschutz folgendes forderte und bereits für das Nachkriegsdeutschland konzipiert war:

- Kampf gegen die Kindersterblichkeit durch Sicherung besonderer Bedingungen für die Kinderernährung, Ausbau der öffentlichen Kinder- und Mütterfürsorge, besonderer Schutz für Schwangere und stillende Mütter,
- besondere Sorge um den Gesundheitsschutz der heranwachsenden Generation durch Hebung der hygienischen Bedingungen in den Schulen,
- Krankenversicherung des ganzen Volkes mit Beitragsfreiheit für Schüler (125,139).

Die im Aufruf der KPD vom 11. Juni 1945 gesteckte Zielrichtung fand ihre Fortsetzung und Konkretisierung in den "Gesundheitspolitischen Richtlinien" des ZK der SED vom 31. März 1947 (317), deren Erarbeitung auf dem I. Parteitag der SED 1946 beschlossen wurde, und in denen neben allgemeinen Zielen des Gesundheits- und Seuchenschutzes, der Gesundheitsfürsorge und des Neuaufbaus der medizinischen Lehre und Forschung zwei Abschnitte über Schwangeren-, Mütter- und Säuglingsschutz verankert waren, z.B.:

- Einrichtung von genügend Entbindungs- und Säuglingskliniken, Säuglingsfürsorgestellen, Krippen, Kindergärten, Frauenmilchsammelstellen und Milchküchen zur Abgabe von natürlicher und künstlicher Säuglingsnahrung,
- ständige ärztliche Überwachung aller Kinder und Jugendlichen in den Schulen.

Besonders die Lösung der Aufgaben der Säuglingsfürsorge und der Seucheneindämmung waren existentielle Voraussetzungen für die Sicherung der physischen Existenz großer Teile des deutschen Volkes; 1945 betrug die Säuglingssterblichkeit in der SBZ 26,3 %, 1946 und 1947 13,1 bzw. 11,4 % (3,140,252).

5.2. Hochschulpolitik in der SBZ von 1945 bis zur Gründung der DDR

Wie auf dem Gebiet der Gesundheitspolitik, galt es auch in den Hochschulen, die antifaschistisch-demokratische Umgestaltung durchzusetzen. Im Aufruf der KPD vom 11. Juni 1945 waren die "Säuberung des gesamten Erziehungs- und Bildungswesens von dem faschistischen Unrat" und die "Pflege eines wahrhaft demokratischen fortschrittlichen und freiheitlichen Geistes an allen Schulen und Lehranstalten" zu vordringlichen Aufgaben deklariert worden (316). Die antifaschistisch-demo-

kratische Reform des Hochschulwesens, ohne die - wie es im "Aufruf des ZK der KPD und des Zentralausschusses der SPD zur demokratischen Schulreform" vom 18. Oktober 1945 hieß - "... die geistige Erneuerung unseres Volkes ... auf halbem Wege stehenbleiben würde" (319), war ein historisch erster Schritt zu einem sozialistischen Bildungs- und Hochschulwesen.

Von grundlegender und strategischer Bedeutung für das medizinische Hochschulwesen war das Referat von W.Pieck auf der 1. Zentralen Kulturtagung der KPD am 3. Februar 1946, auf der u.a. die Aufgaben und Inhalte der demokratischen Erneuerung der medizinischen Lehre und Wissenschaft beraten wurden.

W. Pieck führte aus: "Wir sind zwar ein bettelarmes Volk geworden, aber wir werden es trotz unserer Armut durchsetzen, daß unseren Kulturschaffenden die materiellen Sorgen abgenommen werden, damit sie ungestört und ungehemmt ihre schöpferischen Energien frei und voll entfalten können"(210).

Dieses Prinzip wurde auch in vollem Umfang für die medizinische Intelligenz wirksam (29,30), (s.2.1.1.).

Im Jahr der Gründung der DDR war die antifaschistisch-demokratische Umgestaltung der Universitäten und Hochschulen im wesentlichen abgeschlossen und die sozialistische Umgestaltung des Hochschulwesens, die vom III.Parteitag der SED 1950 vorbereitet wurde, eingeleitet.

Diese in historisch kurzer Zeit vollbrachte Leistung verdient deshalb eine besondere Würdigung, weil die Neueröffnung der Universitäten in den Jahren 1945/46 aufgrund entsprechender Befehle der Sowjetischen Militäradministration in Deutschland (SMAD) de facto Neugründungen gleichkam. War noch die Neueröffnung der Hochschulen die formale Wiederaufnahme ihres Betriebes, so war der Beginn der Lehrveranstaltungen abhängig von der Erfüllung ihrer politischen, ideologischen und kadermäßigen Voraussetzungen, die nur im engen Zusammenwirken mit der SMAD geschaffen werden konnten (247). Die SMAD als exekutive Gewalt in der SBZ ergriff nach dem Sieg über den Faschismus erforderliche gesetzliche Maßnahmen durch Befehle. Dabei waren von entscheidender strategischer Bedeutung vor allem solche, die Teilkompetenzen im öffentlichen Leben bereits in deutsche Hände legten und damit unter Beweis stellten, daß

fortschrittliche, antifaschistische Kräfte des deutschen Volkes in die Gestaltung der Zukunft einbezogen wurden. Beispielhaft hierfür ist der Befehl Nr. 17 vom 27.7.1945 über die Bildung von Zentralverwaltungen in der SBZ, auf dessen Grundlage zum 10.8.1945 die "Deutsche Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen (DZVG)" und die "Deutsche Zentralverwaltung für Volksbildung" gebildet wurden. Über weitere gesundheits- bzw. hochschulpolitische Richtlinien und Befehle von Bedeutung, die von der SMAD erlassen wurden, liegen umfangreiche Dokumentationen vor, so daß hierauf nicht weiter eingegangen wird (47, 84,97,140).

5.3. Reflexionen der Gesundheits- und Hochschulpolitik der DDR in der Periode des Aufbaus der Grundlagen des Sozialismus, 1949 bis 1961, auf die Entwicklung der Pädiatrie

Die Bedeutung der Hochschul- und Gesundheitspolitik, die sich in ihrer Summation und gegenseitigen Beeinflussung in der Entwicklung des medizinischen Hochschulwesens widerspiegelt, kommt u.a. darin zum Ausdruck, daß sich die Partei- und Staatsführung kontinuierlich mit ihr befaßte. In Verwirklichung entsprechender Beschlüsse des III. Parteitages der SED (1950) sowie des 4. Plenums des ZK der SED (1951) wurde ab Studienjahr 1951/52 auch an den 6. Medizinischen Fakultäten die II. Hochschulreform eingeleitet. Auf dem 4. Plenum wurde die Bildung des Staatssekretariats für Hochschulwesen (SHF) beschlossen, das die "einheitliche Studienreform unverzüglich in Angriff zu nehmen und im Herbst 1951 zur Einführung des Zehn-Monate-Studienjahres überzugehen" hatte. Des weiteren warenLehrpläne zu schaffen, die Praktika sollten erweitert und Lehrbücher überarbeitet werden (264,318). Die Zahl der Medizinstudenten sollte von 4000 auf 5000 erhöht werden, um dem bestehenden Ärztemangel zu begegnen.

Der III. Parteitag hatte auch entscheidende gesundheitspolitische Bedeutung dahingehend, daß umfangreiche Maßnahmen zur personellen und materiellen Erweiterung des Gesundheitswesens festgelegt wurden. 1949 standen z.B. den Universitäten insgesamt zur Wiederherstellung der Gebäude noch 12,5 Mio M zur

Verfügung, von 1951 bis 1954 stiegen die Investitionen in die Universitätskliniken von 75 auf 130 Mio M. Für den Ausbau und Neubau von Kliniken und Instituten wurden in den Jahren 1951 bis 1955 insgesamt 81 Mio M bereit gestellt (29-31). Diese Maßnahmen wirkten sich auch an den Universitätskinderkliniken aus, die z.T. schwer zerstört waren und damit ihre Aufgaben nur unter extrem schwierigen Bedingungen erfüllen konnten (111,159-161,192,256,306,371).

Siegfried Liebe[1] (geb. 1906) führt dazu über die Leipziger Universitätskinderklinik aus:"Nach Zerstörung der Klinik im Krieg zu 80 % waren bereits in den ersten Nachkriegsjahren umfangreiche Baumaßnahmen notwendig, 1948/49 Bau des Infektionshauses und der Wäscherei, 1950 Ausbau des Ostflügels des Hauptgebäudes..."."Am 1.1.1952 konnte der als Investitionsvorhaben der Universität Leipzig errichtete Erweiterungsbau der Kinderpoliklinik übergeben werden"(161).

Lothar Weingärtner[1] (geb. 1910) erinnert sich an seine Leipziger Zeit folgendermaßen: "... Eines Tages kam ein Genosse Neumann vom Gesundheitsministerium zu mir, so etwa Ende der 40er, Anfang der 50er Jahre und bot der Leipziger Klinik 0,8 Mio M zum Bau eines Frühgeborenen- Hauses an", das als bedeutsamste bauliche Neuerung der Klinik 1954 entstand (376).

Auch am Beispiel der Greifswalder Universitätskinderklinik läßt sich das materielle Engagement des Staates unter schwierigen ökonomischen Bedingungen belegen, wie bei W.Plenert[1] (geb. 1921) zu finden ist: "Bereits in den Jahren 1949-1953, als manche kaum von derartigen Maßnahmen zu träumen wagten, verwandelten sich die alten Räume der Greifswalder Klinik in ein Schmuckkästchen; ein großes Wirtschaftshaus, ein Laborgebäude, ein Flügel mit zwei Stationen und neuer Bibliothek kamen als Neubauten hinzu. Nach 1954 wurde die Rekonstruktion der alten Gebäude fortgesetzt und 1957 ein großer Komplexbau seiner Bestimmung übergeben (Frühgeborenen-Abteilung, Hörsaal, eine flexible pädiatrische Station und eine orthopädische Abteilung"(213).

An der Magdeburger Kinderklinik, die 1954 in das Hochschulwesen integriert wurde,ist eine ähnlich intensive Rekonstruktionstätigkeit in den 50er Jahren nachweisbar. Karl Nißler[1] (1908-1987): "Nachdem 1948 provisorisch eine ehemalige Villa als Kinderstation in Betrieb genommen wurde, ergaben sich mit

[1] Anmerkung: Über nähere persönliche Daten genannter Personen, insbesondere über ihr berufliches Wirken s. 9.1.1. u. 13.2.

dem Bau eines neuen Gebäudes im Jahre 1950, wodurch bis 1953 426 stationäre Behandlungsplätze geschaffen werden konnten, erheblich bessere Bedingungen. Bis 1957 kann eine Reihe weiterer Einrichtungen der Kinderklinik in Betrieb genommen werden (Bibliothek, Speiseräume, Laboratorien)" (178).

Am Beispiel der Entwicklung weiterer Hochschulkinderkliniken ließe sich der "Investitionsschub" zu Beginn der 50er Jahre trotz erheblicher ökonomischer Probleme noch ausführlicher belegen (44,51,52,74,135,147,216,300,369,376).

Neben den Rekonstruktionsmaßnahmen an einer Reihe von Kliniken spiegelt sich das materielle Engagement des Staates kurz nach seiner Gründung auf dem Gebiet des Hochschul- und Gesundheitswesens auch am Beispiel des überproportional wachsenden Lohnfonds wider. Für die Universitätskinderklinik Jena ist in den Jahren 1949 bis 1959 nahezu eine Verdreifachung des Fonds bei etwa konstanter Beschäftigtenzahl belegt (37).

Die bereits auf der 16. Tagung des ZK der SED 1953 geforderte Realisierung der Gründung neuer medizinischer Hochschuleinrichtungen wurde vom Politbüro 1954 präzisiert und der Eröffnungstermin der Medizinischen Akademien Dresden, Erfurt und Magdeburg zum 1.9.1954 festgelegt. Durch diese Maßnahme konnten 700 klinische Studienplätze zusätzlich genutzt werden (29-31, 104-106,146,400).

Auf dem V.Parteitag der SED 1958 wurden neben anderen gesundheitspolitischen Zielstellungen auch für die Kinderheilkunde neue Ziele formuliert. Dazu gehörten eine bessere Frühgeborenen-Betreuung, die Einführung der systematischen BCG-Impfung und als wesentlichste und komplexe Aufgabe die Senkung der Säuglingssterblichkeit (16). Ende der 50er Jahre kritisiert die Parteiführung verantwortliche staatliche Organe, vor allem das Ministerium für Gesundheitswesen (MfGe) wegen des eingetretenen Tempoverlustes im Gesundheitswesen (401), der sich negativ auf die Arbeit der Ärzteschaft auswirkte und zu Maßnahmen zur Überwindung herausgestellter Mängel führte:

- Erhöhung der operativen Arbeit des MfGe, Festigung der Kontakte mit der medizinischen Intelligenz,
- stärkere Förderung junger Ärzte,
- Erhöhung der Anzahl der Studienaufenthalte in sozialistischen Ländern,

- Verbesserung des Umfanges und der Qualität wissenschaftlicher Kongresse,
- Erweiterung medizinisch-wissenschaftlicher Publikationen,
- Gewährleistung vonKongreßbesuchen im kapitalistischen Ausland (402).

Am 23.9.1958 legte das Politbüro die Zusammensetzung, Leitung und Aufgabenstellung der am 2.9.1958 beschlossenen "Ständigen Kommission beim Politbüro für die medizinische Wissenschaft und Fragen des Gesundheitswesens" fest, deren Vorsitz Kurt Hager innehatte und die aus weiteren 18 Mitgliedern bestand (403). Die Bildung dieser Kommission ist deshalb so bedeutsam, weil sie das erste Wissenschaftlergremium als Beratungsorgan für alle die Medizin betreffenden Probleme in seiner Gesamtheit darstellte. Es kann davon ausgegangen werden, daß die SED offensichtlich bestrebt war, alle die Entwicklung des Gesundheitswesens in der DDR betreffenden Fragen, Entscheidung und Maßnahmen auf einer politisch hohen Ebene zu stellen bzw. zu treffen. Die Mitgliederliste weist aus, daß nahezu alle wichtigen medizinischen Disziplinen durch fortschrittlich gesinnte bzw. sozialistische Arzt- und Wissenschaftlerpersönlichkeiten repräsentiert waren. Konsultant für den Kinder- und Jugendgesundheitsschutz und damit i.w.S. auch für die Pädiatrie, war Eva Schmidt-Kolmer (403).
Durch die prinzipielle Aufgabenstellung des V. Parteitages und die Beschlüsse des Politbüros vom 2. und 16.9.1958 wurde die Wende zur zielstrebigen Verwirklichung und Konkretisierung der Gesundheitspolitik der SED bei der Vollendung der Grundlagen des Sozialismus eingeleitet mit dem Ziel, eine langfristige Perspektive der medizinischen Wissenschaften auszuarbeiten, die Zusammenarbeit mit der medizinischen Intelligenz zu intensivieren und ihre Lebensbedingungen zu verbessern sowie das Bündnis mit der medizinischen Intelligenz und ihre Einbeziehung in den sozialistischen Aufbau zu sichern (29,30). Komplizierende Faktoren bei der Lösung der Aufgaben stellten verstärkte ideologische Aktivitäten seitens der BRD bis Ende der 50er Jahre und danach dar. Unter anderem wurden Ärzte offen

aufgefordert, die DDR zu verlassen, ehemals in der DDR tätige leitende Ärzte holten andere Mitarbeiter "planmäßig" nach. In der BRD-Zeitschrift "Deutsches Ärzteblatt - Ärztliche Mitteilungen", die z.T. kostenlos in die DDR versandt wurde, waren allein 1959 19 Stellen für Pädiater ausgeschrieben. Mit dem Bau eines modernen Klinikums in Steglitz (Berlin W.) sollte anstelle der Charité das neue Berliner Zentrum gebildet werden. Ein neues Krankensteuerreformgesetz war geplant, wonach jeder ehemalige Arzt aus der DDR in der BRD sofort berechtigt sein sollte, eine Privatpraxis zu eröffnen, was durch "Spenden" gestützt wurde(29).
Durch das Induzieren künstlichen Arzneimittelbedarfes und das Versenden von Arzneimustern sollte erreicht werden, vor allem ambulant tätige Ärzte zur Verschreibung von Westmedikamenten anzuhalten (404). In einer Arbeit mit dem Titel "Arzneimittel - Objekt im kalten Krieg der Bonner Ultras" beschreibt der Leiter der Abteilung Pharmazie und Medizintechnik des MfGe 1961 die Situation auf diesem Gebiet (28).
Vor allem durch die genannte subversive Tätigkeit seitens der BRD erhöhte sich die Zahl von Angehörigen der medizinischen Intelligenz, die die DDR verließen, von 1957 zu 1958 um das Dreifache auf 1153; zumeist handelte es sich um Fachärzte mit langjähriger Erfahrung und Leitungstätigkeit. Im gesamten Bezirk Suhl arbeiteten z.B. 1958 noch 8, im Bezirk Neubrandenburg nur 4 Kinderärzte (29,285).
1959 wurde der von mehr als 800 Angehörigen der medizinischen Intelligenz erarbeitete und diskutierte Entwurf des Perspektivplanes der medizinischen Wissenschaft und des Gesundheitswesens dem Politbüro vorgelegt und vom ihm am 7.7.1959 bestätigt (29). Mit dem Perspektivplan lag erstmals ein umfassendes, auf breiter demokratischer Grundlage fußendes Dokument vor, das Auskunft gab über die vorgesehene weitere Entwicklung des Gesundheitswesens in der DDR. Die Weimarer Gesundheitskonferenz vom 11. bis 13.Februar 1960, einberufen vom ZK der SED, dem MfGe und dem Bundesvorstand des FDGB, leitete in Verbindung mit der Arbeit der Ärztekommission nach der Diskussion des Perspektivplanes eine neue Etappe

in der Entwicklung des Gesundheitswesen auch an den Hochschulen ein. Als wesentliche Ergebnisse der Konferenz lassen sich kurz skizzieren:

- Festlegung der Hauptlinien der Entwicklung des Gesundheitswesens und der medizinischen Wissenschaft in den 60er Jahren,
- Beschluß der Bildung eines "Rates für Planung und Koordinierung der medizinischen Wissenschaft und der Organisation des Gesundheitsschutzes",
- Bestimmung der künftigen Strukturen für eine wirksame medizinische Versorgung der Bevölkerung (Bildung von Versorgungsbereichen, Hausarztprinzip), (276,277).

Die historische Bedeutung der Konferenz lag u.a. darin, daß es erstmals in einer erheblichen Breite gelungen war, die medizinische Intelligenz für die Bewältigung künftiger Aufgaben der Gesundheitspolitik zu motivieren (73,265).

Im Entwurf des Perspektivplanes war als eine Hauptaufgabe des Kinder- und Jugendgesundheitsschutzes die Senkung der Säuglingssterblichkeit formuliert worden. Die Zahl der Kinderärzte sollte bis 1965 verdoppelt werden. Im einzelnen wurde gefordert:

- komplexe Auswertung jeden Sterbefalles im ersten Lebensjahr,
- Leitung der Neugeborenen-Stationen in geburtshilflichen Einrichtungen durch Pädiater, Pflege von Neu- und Frühgeborenen ausschließlich durch Kinderkrankenschwestern,
- Frühgeborenenpflege in kinderärztlich geleiteten Behandlungszentren, Bereitstellung von Couveusen und Sauerstoff,
- Optimierung des Frühgeborenen-Transportes, Dispensaire-Betreuung der Frühgeborenen,
- ausreichende Versorgung mit künstlicher Säuglingsnahrung,
- Einrichtung von Rheumaabteilungen in jedem Bezirk (276,277).

Das waren bereits z.T. weitreichende, dennoch nicht umfassende Forderungen, die das gesamte Spektrum der Kinderheilkunde berücksichtigten. Die Senkung der Säuglingssterblichkeit als gesundheitspolitische Aufgabe von Rang sticht dabei besonders deutlich hervor. Diese wichtige, dennoch einseitige Schwerpunktsetzung fand auch in der Diskussion zum Plan keine Korrektur. Während sich insgesamt 59 Konferenzteilnehmer zur Diskussion meldeten und die Belange wichtiger klinischer Disziplinen (Chirurgie, Innere Medizin, Gynäkologie, Neurologie/Psychiatrie u.a.) zumeist durch Ordinarien der jeweiligen Fachgebiete vertreten wurde, kam auf der Konferenz nicht ein einziger, weder stationär noch ambulant tätiger Pädiater zu

Wort. Dies ist umso unverständlicher, als führende Pädiater der DDR bereits Hervorragendes für die gesundheitliche Betreuung der jungen Generation geleistet hatten und diese auch erklärtes Ziel der Gesundheitspolitik der SED war, denn bereits ein Jahr nach Gründung der DDR verabschiedete die Volkskammer das "Gesetz über den Mütter- und Kinderschutz und die Rechte der Frau" (27.9.1950), das Otto Grotewohl als "das bedeutendste der Legislaturperiode" bezeichnete (172). Zudem war die Sorge des Staates um den gesundheitlichen Schutz der Jugend in Form der Hauptabteilung Mutter und Kind des MfGe institutionalisiert worden.

Die im Abschnitt 5 stichpunktartig nachgezeichneten Entwicklungen lassen die Aussage zu, daß es in der SBZ und nach 1949 in der DDR gelungen war, vordringliche Aufgaben des Kinder- und Jugendgesundheitsschutzes zu erkennen und Lösungswege aufzuzeigen.

Ein besonders hoch einzuschätzendes Kriterium, das die exponierte Stellung des Kinder- und Jugendgesundheitsschutzes im gesundheitspolitschen Konzept der DDR seit 1949 kennzeichnet, ist die Bereitstellung umfangreicher materieller Ressourcen in einer komplizierten ökonomischen und politischen Situation. Die Wiederherstellung und auch der Ausbau der materiellen Basis der Kinderheilkunde, wie er beispielhaft belegt wurde, deuten auf die Identifizierung des Staates mit den Zielen der Kinderheilkunde zur Verbesserung der Kindergesundheit hin, natürlich primär und zunächst bezüglich prophylaktischer und kurativer Momente der medizinischen (pädiatrischen) Praxis. Hierbei stand bis in die 60er Jahre hinein die Senkung der Säuglingssterblichkeit im Vordergrund.

Durch ein gesundheitspolitisch progressives Gesetzeswerk zur Unterstützung dieser Ziele war ein weiterer Akzent gesetzt. Es ist offensichtlich und dem Autor anhand persönlicher Gespräche mit damaligenOrdinarien der Kinderheilkunde nachvollziehbar, daß diese Politik auch unter bürgerlich gesinnten Wissenschaftlern ein Klima des Vertrauens schuf, was mit Sicherheit leistungsstimulierend gewirkt hat. Weiterhin wird sichtbar, auf welch hoher politischer Ebene Entscheidungen -

von aus heutiger Sicht vergleichsweise geringer Bedeutung - getroffen wurden. Bei dem hohen Grad der politischen Brisanz der Entwicklungen im Hochschul- und Gesundheitswesen war dies jedoch objektiv notwendig. Einer optimalen Entwicklung der wissenschaftlichen Potentiale und Leistungsfähigkeit der Kinderheilkunde in der DDR bis 1961 standen dennoch eine Reihe realer Faktoren entgegen, die in ihrer Wirkung in den folgenden Abschnitten untersucht werden.
Einen Einblick in die Gesamtheit zu lösender gesundheits- und sozialpolitischer Probleme in den ersten zwei Jahrzehnten der Existenz der DDR vermittelt Tab. 6.

Tab. 6: Gesundheitspolitische Maßnahmen und Ereignisse in der DDR bis 1970 (mit Bezugnahme auf (238,274))

Monat/ Jahr	Maßnahme/Ereignis/Entwicklung
10/49	Bildung eines Ministeriums für Arbeit und Gesundheitswesen
11/50	Schaffung eines selbständigen Ministeriums für Gesundheitswesen
1950	Gesetz über den Mütter- und Kinderschutz und die Rechte der Frau
1951	Erster Fünfjahrplan der DDR mit vorgesehenem Ausbau des Netzes der stationären und ambulanten medizinischen Betreuung
02/51	Verordnung der Regierung der DDR über die Neuorganisierung des Hochschulwesens, Arbeitsbeginn des Staatssekretariats für Hochschulwesen
1951/ 52	Einleitung der II. Hochschulreform an den medizinischen Fakultäten
04/53	Anordnung über die ärztliche Versorgung der Werktätigen und ihrer Angehörigen in den Einrichtungen des staatlichen Gesundheitswesens und über die Organisation des ärztlichen Dienstes
07/53	Deutscher Ärztekongreß
12/53	Verordnung des Ministerrates der DDR über die Aufgaben des betrieblichen Gesundheitswesens, des Mutterschutzes und der Rekonstruktion der Gesundheitseinrichtungen
07/54	Beschluß des Minsterrates über die weitere Entwicklung des Gesundheitswesens
11/54	Bildung des Wissenschaftlichen Rates beim MfGe

Fortsetzung Tab. 6:

11/56	Deutscher Ärztekongreß - Bildung der Gesellschaft zum Studium der aktuellen Lebensbedingungen der DDR inauguriert, diese Gesellschaft wurde gleichberechtigtes Mitglied einer ähnlichen internationalen Gesellschaft
07/58	Der V. Parteitag der SED beauftragt das Gesundheitswesen, ein exaktes Programm für die Entwicklung der Medizin auszuarbeiten
09/ 58	1. Kommuniqué des Politbüros zu Fragen des Gesundheitswesens und die Perspektiven der medizinischen Intelligenz
07/59	2. entsprechendes Kommuniqué
02/60	Weimarer Gesundheitskonferenz - Annahme des Perspektivplanes zur Entwicklung der medizinischen Wissenschaft in der DDR
11/62	Bildung des Rates für Planung und Koordinierung der medizinischen Wissenschaft und des Gesundheitswesens
06/63	2. Plenartagung des Rates zur Festlegung der Aufgaben der Medizin in der Phase des umfassenden Aufbaus des Sozialismus in der DDR
09/64	3. Plenartagung des Rates zur Festlegung der Aufgaben bei der Entwicklung der wissenschaftlichen Führungstätigkeit
04/65	Gesetz über den Volkswirtschaftsplan mit konkreten Maßnahmen zur Sicherung einer optimalen medizinischen Betreuung der Bevölkerung
07/65	Staatsratserlaß über die Aufgaben der örtlichen Organe zur Sicherung des Gesundheitsschutzes der Bevölkerung im Territorium
04/66	4. Plenartagung des Rates - Diskussion von Thesen über Probleme des Gesundheitsschutzes
12/66	Schwesternkongreß der DDR
04/67	VII. Parteitag stellt die Rolle des Gesundheitswesens als Teilsystem der Gesellschaft heraus
10/67	Symposion "Sozialismus - wissenschaftlich-technische Revolution und Medizin"
10/68	9. Plenum des ZK fordert den konzentrierten Einsatz des medizinischen Forschungspotentials, die schnelle Überführung wissenschaftlicher Erkenntnisse in die Praxis und die Erhöhung des politisch-ideologischen Bildungsniveaus der medizinischen Intelligenz
09/70	Beschluß des Staatsrates zur weiteren Entwicklung der Forschung und der Wissenschaftsorganisation in der Medizin und über die Hauptaufgaben der medizinischen Forschung im Perspektivzeitraum

6. Reaktionen der Pädiatrie auf die Aufgaben zur Verbesserung der Kindergesundheit in den 50er Jahren

6.1. Wissenschaftliche Inhalte, Konzepte und Hauptaufgaben - dargestellt am Beispiel der Universitätsklinik Leipzig und ihres Direktors Albrecht Peiper (1889-1968)

Ende der 40er Jahre bestand bezüglich der Säuglingssterblichkeit eine ähnliche Situation wie etwa am Ende des 1. Weltkrieges. Die hohe Sterblichkeit von Säuglingen und Kindern bedrohte gemeinsam mit der ständigen Seuchengefahr erneut die physische Existenz des deutschen Volkes (18,220).

In der SBZ war, wie in anderen kriegsbetroffenen Territorien auch, die Säuglingssterblichkeit erheblich über dem Vorkriegsstand. Sie betrug (in ‰):

1939	Deutsches Reich	61,0
1946	SBZ	131,4
1956	DDR	46,5
1962	DDR	31,0 (4,114,115).

Wenn auch die Senkung der Säuglingssterblichkeit als eine komplexe Aufgabe anzusehen ist und die erreichten Erfolge nicht allein der Pädiatrie zuzuschreiben sind, soll dennoch auf einige diesbezügliche Aspekte, nämlich das Engagement führender Pädiater des Hochschulwesens eingegangen und es belegt werden. Für die vorliegende Untersuchung sind besonders die Fragen nach dem Wer?, Wann? und Wie? relevant. Sie gilt es, anhand von Beispielen zu beantworten.

Von geradezu programmatischem Charakter sind hierbei die Aktivitäten und schriftlich dargelegten Gedanken Albrecht Peipers aus den 50er Jahren, in denen er sich umfassend zu den diesbezüglichen Aufgaben der Pädiatrie, aber auch zuständiger staatlicher Institutionen äußert (205,206,208).

Albrecht Peiper, von 1948 bis 1958 Direktor der Universitätskinderklinik Leipzig war damals die anerkannte wissenschaftliche Leitfigur der Pädiatrie in der DDR.

Peiper sah in den Ernährungsstörungen nach wie vor eine Hauptursache für die hohe Säuglingssterblichkeit und schrieb 1952 kategorisch:" Die akute Ernährungsstörung, an der immer noch so viele Säuglinge erkranken und sterben ist vermeidbar, denn Brustkinder erkranken nicht daran ... Wir haben deshalb in den Mütterberatungen immer wieder für das Stillen zu werben" (205).

Nach seiner Meinung war mit einfachen Mitteln der Gesundheitserziehung ein Teil der Probleme lösbar. Sein besonderes Augenmerk richtete Peiper jedoch auf die dringend notwendige Verbesserung der Milchhygiene bei künstlich ernährten Säuglingen, d.h. auf ein der Pädiatrie weit vorgelagertes bzw. scheinbar fernliegendes Aufgabengebiet. Er greift in seinen Forderungen auf bereits erarbeitete wissenschaftliche Erkenntnisse der Pädiatrie zurück, die umgehend in die Praxis einzuführen seien: "Wie man einen Säugling bei künstlicher Ernährung zum Gedeihen bringt, hat die Wissenschaft längst gezeigt. Jetzt handelt es sich um die Anwendung dieser Erkenntnisse auf alle in Frage kommenden Kinder" (205).

1955 äußert er sich umfassender: Unter dem Titel "Vorbeugung und Behandlung von Kinderkrankheiten" (206) gibt er eine Richtschnur aufgrund seiner großen Erfahrung als Kliniker und tätiger Wissenschaftler, worauf Staat, Gesellschaft und die Pädiatrie ihre Aufmerksamkeit zur Lösung gegenwärtiger Aufgaben zu lenken hätten, d.h. um die Säuglingssterblichkeit zu senken und andere dringende Probleme der Kindergesundheit anzugehen. Erneut geht er davon aus, daß "die meisten Kinderkrankheiten vermeidbar (sind)".

Peiper kommt zweifellos das wissenschaftliche Verdienst zu, die Ursachen der Säuglingssterblichkeit komplex als eine Herausforderung an die Kinderheilkunde zu sehen und das gesamte Spektrum der damaligen Pädiatrie zu ihrer Bekämpfung heranzuziehen. Es lohnt sich daher, die diesbezüglichen Entwicklungen an der Leipziger Klinik näher zu beleuchten, zumal sich hier im Laufe der 50er Jahre beispielhaft bereits erste spezialisierte Arbeitsbereiche der klinischen Pädiatrie mit über das Säuglingsalter hinausgehenden Problemstellungen etablierten:

Neugeborenen-Pathologie

Dieses Arbeitsgebiet wurde wesentlich von Peiper selbst getragen. Im Blickpunkt des wissenschaftlichen Interesses standen Themen, die auch in der modernen Neonatologie hochaktuell sind (intrakranielle Blutungen, Fruchtwasseraspirationen, Neugeborenenikterus, Atelektasen). Unter dem Direktorat Peipers ist

u.a. die Austauschtransfusion zur Behandlung der Blutgruppen-Inkompatibilität am 1.1.1949 eingeführt worden, eine Maßnahme, mit der die Sterblichkeit der an dieser Krankheit leidenden Patienten erheblich gesenkt werden konnte.
Wesentlich dem Engagement Peipers sind Aufbau und Weiterentwicklung eines Frühgeborenen-Zentrums seit dem 1.3.1954 mit 48 Betten zuzuschreiben. Hiermit war erstmals in der DDR innerhalb einer Universitätskinderklinik für eine bestimmte Altersgruppe mit einem eigenständigen wissenschaftlich-methodischen Ansatz eine Institution als Vorläufer späterer neonatologischer Abteilungen geschaffen worden. Erich Häßler[1] (geb. 1899), von 1953 bis 1964 Direktor der Universitätskinderklinik Jena erinnert sich: "Peiper war wohl der Erste in der DDR, der in Leipzig eine besonderes Frühgeborenen-Haus errichtete. Ich war bestrebt, innerhalb der neuen Poliklinik (der Kinderklinik Jena,d.A.) analoge räumliche Verhältnisse zu schaffen, da der Bau eines besonderen Frühgeborenen-Hauses nicht möglich war. Um die Frühsterblichkeit und Frühschädigung aller Neugeborenen wirksam bekämpfen zu können, hat sich ab diesem Zeitpunkt ein neuer Zweig der Pädiatrie, die Neonatologie entwickelt" (369).
Auch die Direktoren der Berliner und Magdeburger Kinderkliniken nutzten das Vorbild der Leipziger Klinik für eigene Überlegungen zur Institutionalisierung und Materialisierung der Früh- und Neugeborenenproblematik, einer Schlüsselfrage im Kampf um die Senkung der Säuglingssterblichkeit. In einem Schreiben Hartmut Dosts[1] an den Dekan der Medizinischen Fakultät der Humboldt-Universität vom 17.1o.1953, in dem er um die Genehmigung einer Dienstreise nach Leipzig ersucht, heißt es: "Ich bin z.Zt. mit der Planung des Neubaus der Charité-Kinderklinik betraut. Es handelt sich um das Investitionsvorhaben 1954-1956. Die Baupläne sowie sämtliche Inneneinrichtungen und die gesamte Ausrüstung sind bereits bis in alle Einzelheiten festgelegt. Es stehen lediglich noch einige wenige, allerdings sehr wichtige technische Fragen bei der Einrichtung der Frühgeburtenstation offen. Insbesondere handelt es sich darum zu entscheiden, ob Inkubatoren zur Verwendung kommen sollen und ggf. welches Modell. Außerdem muß das hiesige Projektionsbüro über technische Einzelheiten der Sauerstoffleitungen beraten. Da die Univ.-Kinderklinik Leipzig ihren Neubau praktisch beendet hat, möchte ich die dort erstellte Frühgeburtenstation besichtigen und technische Einzelheiten hinsichtlich der Inkubatorenfrage mit dem Chef der dortigen Klinik, Herrn Prof. Peiper und dessen Oberärzten persönlich besprechen" (382).

[1] Über nähere persönliche Daten, insbesondere das Wirken, s. 9.1.1. und 13.2.

Daß Peipers Frühgeborenen-Haus ein "Mekka" für die damals verantwortlichen Pädiater gewesen sein muß, findet sich auch in den Erinnerungen Karl Nißlers[1)] wieder: "Als ich mit einem Architekten zur Besichtigung des neuen Frühgeborenen-Hauses (in Leipzig,d.A.) war, damit sich der Architekt mit den Bedingungen der Frühgeborenenbetreuung vertraut machen konnte ..." und weiter "... im Leipziger Frühgeborenen-Haus ist auch nie ein Säugling an interstitieller Pneumonie erkrankt, während früher, als die Frühgeborenen in großen Sälen untergebracht waren, sehr viele starben" (372).

Das Engagement Peipers und seine Leistungen bei der Entwicklung seiner Klinik sowie seine erfolgreiche Arbeit zur Senkung der Säuglingssterblichkeit (232) finden auch bei staatlichen und gesellschaftlichen Institutionen Anerkennung (s.a. 9.1.1.). In der Begründung zum Antrag des Dekans der Medizinischen Fakultät der Universität Leipzig anläßlich der vorgesehenen Ehrenpromotion Peipers ist zu lesen: "... Unter der energischen und weitsichtigen Führung von Albrecht Peiper wurde die Kinderklinik der Karl-Marx-Universität wieder aufgebaut und reorganisiert. Unter anderem wurde ein neues Frühgeborenen- Haus nach modernsten Anforderungen im Bereich der Kinderklinik errichtet und somit ebenfalls ein weiterer Schritt zur Senkung der Frühgeborenen-Sterblichkeit erreicht. So wurde die Kinderklinik der Karl-Marx-Universität zu einem bedeutenden Zentrum der Wissenschaft" (391).

Wie im Zitat angedeutet, gehen Peipers Verdienste jedoch weit über die Neugeborenen-Pathologie hinaus. Von ebenfalls richtungweisender Bedeutung ist seine Monographie über "Die Eigenart der kindlichen Hirntätigkeit", die 1949 in erster und 1963 in dritter Auflage erschien. In Leningrad erschien 1962 eine russische und in New York 1963 eine amerikanische Fassung. In dieser Monographie greift Peiper das Pawlowsche Gedankengut bez. der Reflextheorie auf. Seine medizinhistorischen Ambitionen wurden im Teil I gewürdigt.

Die wissenschaftliche Arbeit Peipers wurde durch seine Berufung zum Ordentlichen Mitglied der Deutschen Akademie der Wissenschaften am 24. Februar 1955 gewürdigt, womit die Kinderheilkunde, repräsentiert durch die Person Peipers ,erstmals in der Klasse Medizin der Akademie vertreten war (179). An dieser Stelle sei ein Exkurs zu einigen Fragen der Institutionalisierung bestimmter Probleme des Faches bereits in den 50er-Jahren erlaubt: Auch im Forschungsrat der DDR, also in einem wissenschaftsdirigierenden Organ war ein "Zentraler Arbeitskreis für Forschung und Technik "Kinderheilkunde"" institutionalisiert, dessen Mitglied Erich Häßler[1)] war (s.folg.Faksimile).

1)Über nähere persönl.Daten insbes.das Wirken s.9.1.1. u.13.2

Bereits ernannt seit 1. X 57

FORSCHUNGSRAT
DER
DEUTSCHEN DEMOKRATISCHEN REPUBLIK
DER VORSITZENDE

BERLIN O 17, den 15.7.1958
KÖPENICKER STRASSE 80-82

FERNSCHREIBER: Berlin 011/290
FERNSPRECHER: 27 00 18

Herrn
Prof.Dr. Erich H ä ß l e r
Direktor der Universitäts-Kinderklinik

J e n a
Kochstr.2

Sehr geehrter Herr Professor Dr. H ä ß l e r !

Als Anlage übergebe ich Ihnen Ihre Berufung zum Mitglied des

Zentralen Arbeitskreises für Forschung und Technik
"Kinderheilkunde".

Gleichzeitig bestätige ich, daß Sie auch weiterhin den Vorsitz in diesem Arbeitskreis übernehmen, und spreche Ihnen meinen herzlichen Dank dafür aus.

Mit vorzüglicher Hochachtung

(Thiessen)

Anlage

(285) E 10 019/58 5 2681

Häßler, der seit 1953 Mitglied dieses Gremiums war, teilt mit, daß wesentliche Initiativen von diesem Arbeitskreis nicht ausgingen, seine Funktion beschränkte sich mehr auf die eines Beratungsgremiums (369). Dennoch wird evident, auf welch hohem Niveau die durch die Kinderheilkunde vertretene gesundheitspolitische und wissenschaftliche Problematik in zentralen wissenschaftsdirigierenden Institutionen angebunden war; auch staatlicherseits sind ähnliche Aktivitäten ausgelöst worden: Der Berliner Ordinarius für Pädiatrie, H.Dost, ist 1958 mit einer Reihe nebenamtlicher Funktionen betraut, die auf die Vielfalt bereits bestehender Institutionen hinweisen:

- Mitglied des Wissenschaftlichen Rates des MfGe und seiner Gremien (Statutenkommission, Poliomyelitisausschuß, Fachausschuß für die Koordination der medizinischen Forschung),
- Zentraler Gutachterausschuß für den Arzneimittel-Verkehr,
- Hauptabteilung Mutter und Kind (beratende Funktion),
- Referent der Sektion für Geburtshilfe und Säuglingsfürsorge der Deutschen Akademie der Wissenschaften,
- Mitglied des Arbeitskreises für Pädiatrie beim Forschungsrat (s.o.),
- Referent der Abteilung Mutter und Kind des Magistrats von Berlin,
- ärztlicher Leiter der Medizinischen Fachschule (327).

Unter dem Direktorat Peipers sind auch engagierte Mitarbeiter und Hochschullehrer aus der sog. "zweiten Reihe" zu bedeutsamen Leistungen gekommen. Sie wurden von Peiper mit der Lösung wichtiger Aufgaben der Pädiatrie in den 50er Jahren beauftragt und leisteten z.T. wichtige Beiträge auch zu Wissenschaftsentwicklung.

Bekämpfung infektiöser Krankheiten im Kindesalter

Auch auf diesem Gebiet gingen wesentliche Impulse von der Leipziger Klinik aus. 1955 schreibt Peiper: "Zur Abwehr kindlicher Infektionskrankheiten sind Schutzimpfungen erfolgversprechend ... Entsprechend dem Vorschlag meines Oberarztes H.-C.Hempel, wird jetzt in der DDR nach folgendem Impfkalender geimpft ... Um alle Schutzimpfungen einheitlich zu überwachen ... wurde von Hempel für alle Impfungen ein Impfausweis vorgeschlagen und vom Ministerium für Gesundheitswesen eingeführt..."(206).

Die Leipziger Klinik diente auch auf dem Gebiet des Infektionsschutzes und der Impfprophylaxe zentralen staatlichen Organen als Referenzeinrichtung und Konsultant. In einem Referat über

"Stand und Probleme der Schutzimpfungen in der Deutschen Demokratischen Republik" des Mitarbeiters des MfGe, Th. Kima am 6. 1.1954 führt dieser aus: "Entsprechende Prüfungen des Impfstoffes (in der DDR hergestellter Dreifachimpfstoff,d.A) werden z.Zt. unter Leitung von Herrn Prof.Peiper durchgeführt ..."(131). Der Name Hempel wird im gleichen Referat im Zusammenhang mit der Indikationsstellung der Pocken- und Dreifachimpfung mehrfach erwähnt, seine Empfehlungen gehen in entsprechende Überlegungen des MfGe ein: "Vorgesehen ist in Übereinstimmung mit dem Impfkalender von Dr.Hempel, die Erstimpfung gegen Diphtherie, Tetanus,Pertussis noch vor der Pockenschutzimpfung..."(131). Mit dem starken Engagement für die Propagierung der Schutzimpfung wird ein wichtiges Aufgabengebiet der Pädiatrie, das der Prophylaxe, deutlich, ein Gebiet, dem sich die Pädiatrie seit Ende des vorigen Jahrhunderts verschrieben hatte. Es ist ein Beleg dafür, wie weit sich die Hochschulpädiatrie für die öffentliche und breite Gesundheitsfürsorge einsetzte und Aufgaben von hoher gesundheitspolitischer Bedeutung erkannte und wissenschaftlich aufbereitete.

Es ist erkennbar - auch anhand der noch folgenden Ausführungen - daß an der Leipziger Klinik eine Strategie von der wissenschaftlichen Fragestellung, ihrer Bearbeitung bis zur Einführung wissenschaftlicher Erkenntnisse in die medizinische Praxis verfolgt wurde. Darin liegt u.a. ein wesentliches Verdienst Peipers, der diese Entwicklung an der Klinik wesentlich induzierte

Kampf gegen Tuberkulose im Kindesalter

"Die Tuberkulose hat in meinem Leben eine besondere Rolle gespielt. Von 1945 bis 1955 habe ich in Leipzig 300 Kinder an tuberkulöser Meningitis sterben sehen. 1945/46 wurden die Kinder mit dieser Diagnose in ein Zimmer gelegt, gepflegt und auf ihren Tod gewartet, wenn sie nach spätestens zwei Wochen nicht tot waren, stimmte die Diagnose nicht" (376).

Auf diese Weise äußert sich Lothar Weingärtner[1] (geb.1910), damals Oberarzt der Tuberkulose -Abteilung der Leipziger Kinderklinik über seine Leipziger Zeit (1938 bis zur Berufung nach Halle 1959). Wissenschaftlich tritt er mehrfach mit Abhandlungen über die Behandlung der Tuberkulose in Erscheinung (294,295). In diese fließen bereits sehr stark klinisch-pharmakologische Überlegungen ein, Weingärtners späteres hauptsächliches Arbeitsgebiet. Einige weitere, kurz skizzierte Passagen

[1] Über nähere persönliche Angaben, insbesondere das Wirken s. 9.1.1. u. 13.2.

aus einem persönlichen Gespräch mit Prof.Weingärtner,1986, mögen die damalige Situation bezüglich der Tb-Problematik verdeutlichen:"Seitdem die Leipziger Klinik seit 1948 einigermaßen arbeitsfähig war, habe ich pro Tag ca. 50 Kinder durchleuchtet, dokumentieren konnten wir nicht, da es keine Röntgenfilme gab" (376).

Nach Aussage von Prof. Weingärtner hat sich die Leipziger Kinderklinik bereits seit 1953 für die BCG-Impfung eingesetzt und diesbezüglich auch mit dem zuständigen Landestuberkulosearzt,Dr. Kallabis, sehr eng kooperiert. Bezugnehmend auf dessen Untersuchung schreibt Weingärtner 1955: "Die von uns in der Deutschen Demokratischen Republik in großem Maßstab durchgeführte BCG-Impfung bei Neugeborenen und älteren Kindern muß daher als der zweckmäßigste Schritt in der Verhütung gerade dieser bösartigen tuberkulösen Komplikation (tb.Meningitis,d.A.) angesehen werden" (295).

Durch sehr subtile wissenschaftliche Arbeit gelang es, die Sterblichkeit an tuberkulöser Meningitis an der Leipziger Klinik von 1948 bis 1954 von 80 % auf 16 % (1954) zu senken. Bemerkenswert ist auch auf diesem Gebiet, daß die Bemühungen der Leipziger Klinik weit über die rein klinisch-kurative Arbeit hinaus in Richtung Prophylaxe zielten: "Gemeinsam mit meinem Kollegen Hempel habe ich die BCG-Impfung propagiert und Ausbildungsprogramme für BCG-Impfschwestern entwickelt" (376).

In Gestalt der BCG-Impfschwestern wurde in der DDR als einzigem Land der Welt eine Profession konzipiert, die wesentlich zum schnellen Erfolg bei der Bekämpfung der Tuberkulose in der DDR beitrug. Sie hat sich rückblickend als die konsequente und richtige Reaktion auf die "Herausforderung" Tuberkulose bestätigt, die noch wenige Jahre als Tuberkulose-Abteilungen zum institutionalisierten "Inventar" eines jeden Kinderkrankenhauses gehörte und eigene Ausbildungsprogramme auch in der Hochschulausbildung induzierte und des weiteren die Profession "Tuberkulosearzt" inaugurierte. Auch auf staatlicher Ebene zwang die Tuberkulose zur Institutionalisierung. Aufgrund einer entsprechend hohen Mortalität und Morbidität bestand seit Gründung des MfGe dort ein eigenes Referat.

Lues connata

Unter dem Begriff "Leipziger Schema" fand ab 1952 ein von dem damaligen Oberarzt der Leipziger Klinik, Johannes Oehme, konzipiertes Therapieregime zur Behandlung der Lues connata Eingang in die nationale und z.T. internationale Fachliteratur. Unter Oehmes Leitung wurde die Erfassung gefährdeter Säuglinge organisiert und die Behandlung mit Penizillin propagiert. Auch hier wird der weitblickende Einfluß Peipers sichtbar:

"Durch die Zunahme der Lues in der Nachkriegszeit beschäftigte ich mich auf Anregung meines Lehrers Peiper eingehender mit der Lues connata und habilitierte mich 1954 mit diesem Fragenkomplex" (189),(s.a.Anlage 2).

Durch die Arbeiten Oehmes wurde auf der Grundlage klinischer und experimenteller Untersuchungen ein bedeutsames Morbiditätsproblem im Kindesalter zu Beginn der 50er Jahre erfolgreich gelöst. Im Geleitwort zu der 1957 erschienenen Monographie Oehmes über Lues connata (188) schreibt Peiper: "Der befriedigende Rückgang der Lues connata bringt es mit sich, daß das Krankheitsbild unseren jungen Ärzten fortschreitend unbekannt wird" (207).

Offenbar war die Monographie unter den (Kinder-) Ärzten ein gefragter Leitfaden zur Behandlung des Krankheitsbildes; die erste Auflage war bereits vier Monate nach Erscheinen vergriffen.

Onkologie

Zu einem relativ frühen Zeitpunkt (Mitte der 50er Jahre) waren ebenfalls von der Leipziger Klinik Impulse zur wissenschaftlichen Bearbeitung onkologischer Fragestellungen ausgegangen, dies vor dem Hintergrund entsprechender internationaler Entwicklungen (s.a.Anlage 1). 1954 berichtet Oehme auf dem Internationalen Hämatologenkongreß in Paris über die Erfahrungen der Leipziger Klinik auf dem Gebiet der Chemotherapie akuter Leukosen im Kindesalter (206). 1958 erscheint eine Gemeinschaftsmonographie aus der Leipziger und Marburger Kinderklinik über den derzeitigen Stand der Leukoseproblematik (moderne Dreimittelbehandlung) mit Hinweisen für die medizinische Praxis (195). Hiermit war ein erster Grundstock gelegt für die später, primär an den Hochschulkinderkliniken so überaus erfolgreiche Behandlung leukämiekranker Kinder.

Kardiologie

Als weiteren Schwerpunkt nennt Peiper in seiner Programmatik die Untersuchung und Behandlung angeborener Herzfehler durch seine Mitarbeiter Gruner und Bock (206). Es findet sich bereits der Hinweis auf 23 erfolgreich operierte Kinder mit den unterschiedlichsten angeborenen Herzfehlern. Auch hier hat die Leipziger Klinik eine Schrittmacherfunktion übernommen und sich in den 50er Jahren eine führende Position geschaffen, was im wesentlichen Peipers strategischem Blick zuzuschreiben war, wie es Siegfried Liebe[1)] sieht: "In Leipzig wurde eine Spezialisierung notwendig wegen des Wissenszuwachses und verschiedenen Aufgaben in der Pädiatrie, z.B. bei der Diagnostik angeborener Herzfehler. Dieses Gebiet muß einer ganz speziell anpacken. Mitte der 50er Jahre ist Bock von Prof. Peiper dazu aufgefordert worden, sich mit dem Problem des kindlichen EKG zu befassen" (371).

1961 schreibt Liebe dazu: "...Seit Jahren wird hier an der Klinik die recht komplizierte Diagnostik besonders der angeborenen Herzfehler weiterentwickelt ..." (159).

Ebenfalls 1961 ist in der Leipziger Tagespresse zu lesen:

"Aus der ganzen Republik werden die kleinen Patienten, bei denen eine Herzoperation notwendig ist, nach Leipzig überwiesen. In der Universitätskinderklinik wird die Diagnose gestellt. Die Operation erfolgt in der Herzchirurgie der Karl-Marx-Universität, nach der Operation kommen die Patienten zurück. Die Diagnostik angeborener und erworbener Herzfehler bei Kindern ist ein Gebiet, auf das sich die Universitätskinderklinik Leipzig besonders spezialisiert hat. Dozent Bock befaßt sich seit 1955 mit diesem Spezialgebiet. Bis zu 200 Patienten mit angeborenen Herzfehlern gehen jährlich durch die Herzstation. Die Ergebnisse der Kardiologischen Arbeitsgemeinschaft der Dozent Bock, Prof. Herbst und Dozent Trenckmann angehören, sind so erfolgreich, daß Leipzig einen guten Ruf auch über seine Grenzen hinaus genießt" (256).

Unter dem Direktorat Peipers in den 50er Jahren fallen einige Charakteristika auf, die den wissenschaftlichen Erfolg sicher mitbegründeten:

- die wissenschaftliche Arbeit überhaupt hatte offensichtlich einen hohen Stellenwert,
- die interdisziplinäre Zusammenarbeit mit z.T. scheinbar fernliegenden Nachbardisziplinen/Institutionen wird gesucht,

z.B. mit der Geburtshilfe	- Frühgeborenenproblematik,
mit der Dermatologie/ Venerologie und Geburtshilfe	- Lues connata,
mit der Pathologie	- Neugeborenen-Pathologie, Onkologie, Kardiologie
mit Chirurgie und Innerer Medizin	- Kardiologie (Gründung einer Arbeitsgemeinschaft Kardiologie an der Fakultät),

mit Milchwissenschaft und Tierzucht	- Verbesserung der Säuglingsmilch,
mit Industriebetrieben	- Herstellung von Trockenmilch,

- wissenschaftliche Erkenntnisse werden zügig in die Praxis umgesetzt, ein diesbezügliches Engagement der Klinik für die Kindergesundheit ist nachweisbar,
- mit zentralen staatlichen Organen wird die Strategie, vor allem durch Peiper selbst, bei der weiteren Verbesserung der Kindergesundheit in der DDR beraten.

Günstige ökonomische Bedingungen zu Beginn der 50er Jahre, wie sie Liebe charakterisiert, ermöglichten der Klinik einen relativ großzügigen Einsatz von Mitarbeitern: "Die Kinderklinik in Leipzig hatte von jeher zwei Funktionen. Sie war einmal Universitäts-Kinderklinik und zum anderen Städtisches Kinderkrankenhaus. Dies hatte gewisse Vorteile, da es sowohl staatliche als auch städtische Planstellen für Assistenten gab und die Gelder ebenfalls aus beiden Institutionen zuflossen. Im Februar 1953 wurde sie vollständig von der Universität übernommen, was wohl verwaltungsmäßig eine gewisse Vereinfachung darstellte, aber wirtschaftlich gesehen für die Entwicklung des Hauses keinen Vorteil brachte, da der Patientenkreis und die Aufgaben die gleichen blieben" (161).

Dennoch erklärt eine alleinige numerische Erhebung, die durch Vergleich der Anzahl der Hochschulkader evtl. angebracht wäre, nicht die führende Position der Leipziger Klinik bei erfolgten Habilitationen in den 50er und 60er Jahren; ein Viertel aller publizierten Beiträge in der "Kinderärztlichen Praxis" in diesem Zeitraum sind von Leipziger Autoren verfaßt worden (s. 8.3.,9.2 und Anlage 2).

Über die Schwerpunkte der pädiatrischen Forschung in der DDR, die von staatlichen Organen sanktioniert wurden, gibt ein Überblick über den Forschungsplan 1954 Auskunft, der im Wissenschaftlichen Beirat des Staatssekretariats für Hochschulwesen im November 1953 diskutiert und verabschiedet wurde, er unterstreicht und dokumentiert eindrucksvoll und beispielhaft die dominierende Rolle der Leipziger Kinderklinik auf dem Gebiet der wissenschaftlichen Arbeit in der Kinderheilkunde (s.Tab. 7, S. 80).

Tab. 7: Forschungsthemen an den 6 Universitäts-Kinderkliniken der DDR 1954 (nach (408)

Universität	Summe aller med. Forschungsthemen (Inst.u.Kliniken)	davon Univers.-Kinderkliniken	Thema	Verantw.	Abschl.-Termin
Berlin	74	5	Angeborene Herzfehler	Prof.Dost	IV/54
			Lues connata	Prof.Dost	IV/54
			Gamma-Globuline	Prof.Dost	IV/54
			Lymphogranulomatose	Prof.Dost	IV/54
			Bewegungsvorgänge	Prof.Dost	IV/54
Leipzig	119	12	Senkung der Frühgeburtensterblichkeit	Prof.Peiper	IV/54
			Prophylaxe und Bekämpfung der angeborenen Lues	Prof.Peiper	IV/54
			Film:Körperhaltung und Fortbewegung im Säuglingsalter	Prof.Peiper	IV/54
			Stoffwechsel unreifer Kinder	Prof.Peiper	IV/54
			Angeborene Herzkrankheiten	Prof.Peiper	IV/54
			Differentialdiagnose	Prof.Peiper	IV/54
			Chemo- und Antibiotika-Therapie der Säuglings- und Kleinkind-Tb	Prof.Peiper	IV/54
			Akute Ernährungsstörung beim Säugling	Prof.Peiper	IV/54
			Gerät zurThrombozytenfunktionsprüfung	Prof.Peiper	IV/54
			Blutaustausch-Transfusion	Prof.Peiper	IV/54
			Film:Verhalten von Mutter und Neugeborenem	Prof.Peiper	IV/55
			Pankreasfibrose	Prof.Peiper	IV/55
			Schluckakt des Säuglings	Prof.Peiper	IV/54
Halle	102	4	Blutflüssigkeitsersatzmittel	Prof.Dieckhoff	IV/54
			Experimentelle Nephritis	Prof.Dieckhoff	IV/54
			Entwicklungsphysiologie	Prof.Dieckhoff	IV/55
			Stoffwechsel bei Frühgeborenen	Prof.Dieckhoff	IV/57
Jena	19	-			
Rostock	22	1	Säuglingspathogene Coli-Typen	Prof.Thoenes	IV/54
Greifswald	25	-			

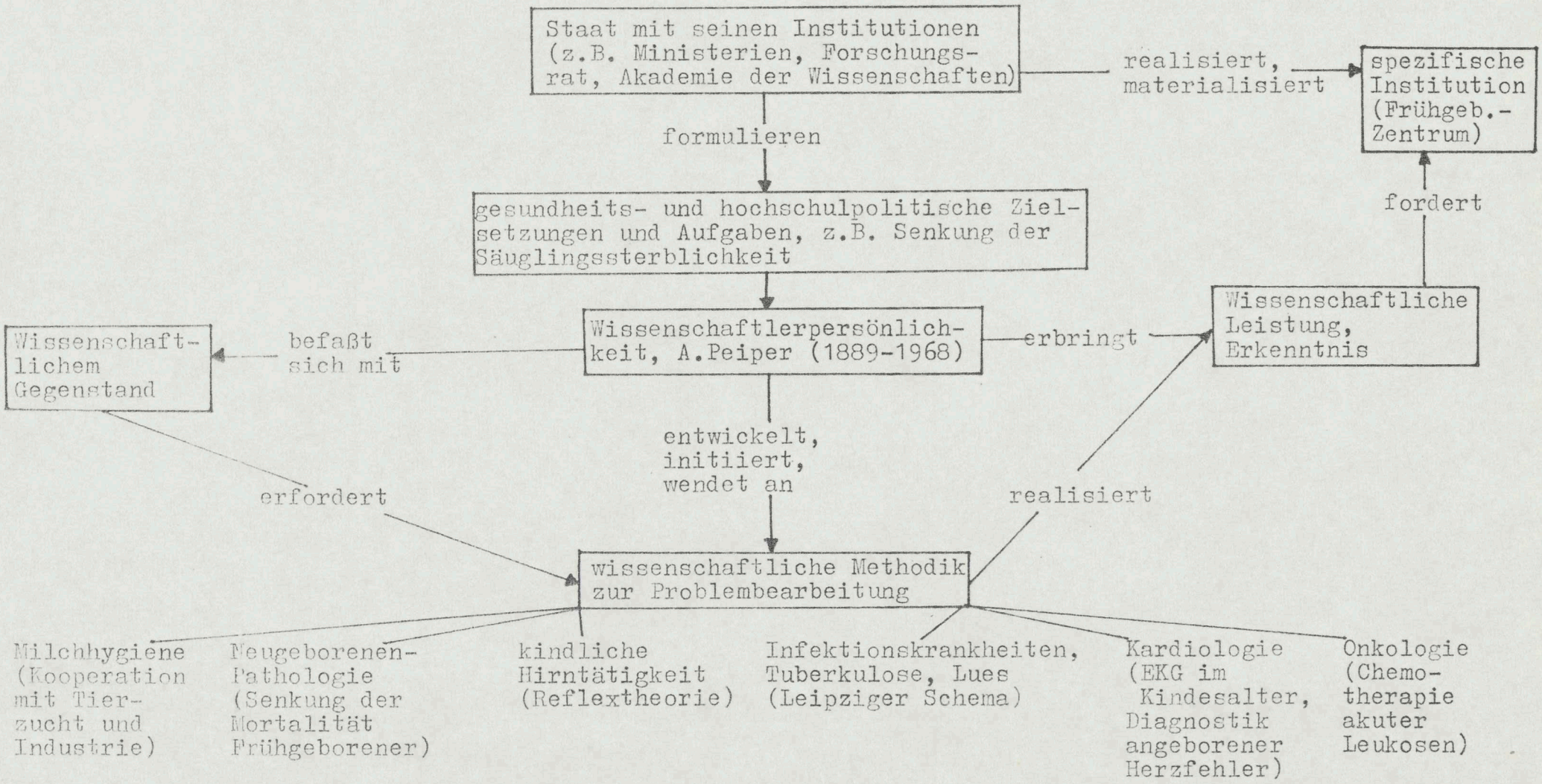
Ohne einem vereinfachenden Schematismus zu verfallen, lassen sich am Wirken Albrecht Peipers die vielfältigen und sich gegenseitig beeinflussenden Beziehungen der Wissenschaftlerpersönlichkeit mit ihrem gesellschaftlichen und kognitiven Umfeld dokumentieren (s. Abb. 3, S. 82). Es läßt sich postulieren, daß die optimale Entwicklung neuer Konzepte bzw. das Erreichen bedeutender kognitiver Leistungen mit dem Resultat der Etablierung spezifischer Institutionen nur in einem engen Konsens zwischen gesellschaftlich Notwendigen und dem adäquaten Reagieren der Wissenschaftlerpersönlichkeit(en) darauf realisierbar ist.

Am Beispiel Albrecht Peipers läßt sich ein geschlossenes Konzept vom Erfassen einer wissenschaftlichen Aufgabenstellung, ihrer intellektuellen Lösung und praktischen Umsetzung in Form spezifischer Institutionen bzw. Handlungen nachweisen. Das von Peiper inaugurierte Frühgeborenen-Zentrum, sein konzeptionell weitblickender Dirigismus bezüglich anderer wissenschaftlicher Probleme der Kinderheilkunde (Kardiologie, Lues, Neurologie, Ernährungsfragen etc.) und der ständige Kontakt und Gedankenaustausch in wissenschaftsdirigierenden Institutionen des Staates, stellen ihn als bedeutendste Wissenschaftlerpersönlichkeit in der DDR in den 50er Jahren heraus.

Diese Einschätzung wird an anderer Stelle (s.8. und 9.1.1.) objektiviert.

Ebenso bedeutsam sind seine Leistungen bei der Ingangsetzung bzw. Effektivierung der Arbeit kommunikativer Institutionen (s. 8.).

Abb.3: Die Wissenschaftlerpersönlichkeit in ihrem gesellschaftlichen und kognitiven Umfeld, dargestellt am Wirken Albrecht Peipers als Direktor der Universitäts-Kinderklinik Leipzig



6.2. Bedingungen, Ressourcen und Voraussetzungen für die medizinische Betreuung und wissenschaftliche Arbeit im Fachgebiet in den 50er Jahren

Diese Problematik soll vor allem anhand von Aussagen von damals leitenden Pädiatern des Hochschulwesens beschrieben werden. In diesen Abschnitt fließen auch Urteile über dieselben aus den verschiedensten Quellen ein. Wesenseigen für den genannten Zeitraum war, daß sich die Mitarbeiter der Hochschulkinderkliniken bis hin zum Ordinarius z.T ganz überwiegend mit den Problemen der medizinischen Betreuung befassen mußten und andere hochschulspezifische Aufgaben notwendig in den Hintergrund traten. Karl Nißler, seit 1954 (Gründung der Medizinischen Akademie) Ordinarius für Kinderheilkunde in Magdeburg führt dazu aus: "Wegen des sehr hohen Aufwandes für die medizinische Betreuung, die im Bezirk Magdeburg sehr schlecht war, habe ich absolut keine Zeit für die Forschung gehabt und konnte einige gute Arbeiten über die Wirbelsäulen-Tuberkulose nicht publizieren. Im Bezirk herrschte eine sehr hohe Säugligssterblichkeit, in fast keinem Kreis waren Pädiater tätig" (372). 1958 gab es für den gesamten nördlichen Teil des Bezirkes Magdeburg mit 591.000 Einwohnern nur zwei Kinderärzte (259). Über die Besichtigung sämtlicher Kinderabteilungen des Bezirkes Magdeburg wurde ein Bericht von Nißler im Auftrag der seit dem 27.3.1954 bestehenden "Sektion für Geburtshilfe und Säuglingsfürsorge" der Medizinischen Klasse der Deutschen Akademie der Wissenschaften erstellt, ein Beispiel wiederum für die hohe institutionelle Anbindung des Problems Säuglingssterblichkeit, das prinzipiell zu diesem Zeitpunkt kein vorrangiges wissenschaftliches Problem mehr war (s.6.1., Aussagen Peipers).

W. Thal und H. Köditz schätzen das Engagement Nißlers folgendermaßen ein: "Immer stand für ihn (Nißler,d.A.) die medizinische Betreuung der Kinder im Vordergrund, und hier wurden unter der fürsorglichen Leitung von Karl Nißler keine Abstriche gemacht, auch als es galt, die Hochschuleinrichtung zu profilieren, die Aus- und Weiterbildung zu garantieren und die medizinische Forschungsarbeit zu beginnen" (286).

Eine ähnliche Situation herrschte auch noch Ende der 50er Jahre in Halle: "Von Halle aus bin ich oft in die Kreise gefahren und habe Kinderabteilungen inspiziert, einige Leute (Pädiater u.a. Ärzte,d.A.) sind damals geflogen" (376).

In der Personalakte von F.Thoenes (1891-1974), (346), von 1953 bis 1959 Ordinarius für Pädiatrie an der Universität Rostock, urteilt der Dekan der Medizinischen Fakultät: "Herr Prof. Thoenes leitet in Rostock eine der größten Kinderkliniken der DDR und hat sich während seiner Amtszeit aktiv an den Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesens beteiligt. Unter seiner Leitung wurde die gesamte Säuglingsberatung (gemeint ist Mütterberatung,d.A.) im Stadtgebiet Rostock und auch in den umliegenden Gebieten durchgeführt,... die steigende Zahl der klinischen Betten (zuletzt 400) mit einem sehr starken Durchgang und die außerordentlich beträchtliche Ambulanz der Klinik verlangten infolge der nicht immer ausreichenden Besetzung durch Ärzte ein erhebliches Maß an Arbeitsaufwand ..." (392).

Prof. Liebe, ab 1954 Ordinarius für Pädiatrie in Erfurt (Gründung der Medizinischen Akademie) hat "... mit der Aktentasche in der Hand versucht, Windeln aufzutreiben". Er schildert die damalige Lage in Erfurt: "Verglichen mit der heutigen Situation (1985,d.A.) war es damals ein "leichtsinniges Unterfangen", es gab keine Kinderkrankenschwestern, einer Station mit 25 Säuglingsbetten standen pro Tag 100 Windeln zur Verfügung, es gab keine Oberschwester, keine medizinische Schule. Der Nachwuchs der Klinik rekrutierte sich im wesentlichen aus Studenten, die frisch das Examen hatten. Der Chef mußte alles wissen und können. Er mußte selbst Röntgenuntersuchungen durchführen und alle damals üblichen Labormethoden auch praktisch durchführen können" (371).

Der Kadermangel (s.9.1.), der sich Ende der 50er Jahre erheblich verschärfte, war im territorialen als auch im Hochschul-Gesundheitswesen ein limitierender Faktor für die schnellere Lösung von Schwerpunktaufgaben in der Pädiatrie. Hinzu kamen subjektive Faktoren, die sich aus der nicht immer optimalen Zusammenarbeit zentraler staatlicher Organe ergaben: "Die Zusammenarbeit mit den Gesundheitsbehörden ist ungünstig. Sie wollen nicht anerkennen, daß die medizinische Versorgung der Bevölkerung nicht die primäre Angelegenheit der Hochschulinstitutionen ist. Man betrachtet die medizinischen Hochschulinstitutionen lediglich als Teil der Kapazität des Gesundheitswesens für die Versorgung der Bevölkerung, nicht aber als Stätten der Ausbildung des medizinischen Nachwuchses"(413).

Diese Kritik des Staatssekretariats für Hochschulwesen wird vom Minister für Gesundheitswesen - wohl unbewußt - persönlich bestätigt, der auf der Weimarer Gesundheitskonferenz 1960 seine Zufriedenheit über die geübten Praktiven äußert:

"In Leipzig, Berlin ... und in anderen Städten haben die Kinderkliniken bzw. -polikliniken (gemeint sind die der Hochschulen,d.A.) die Verantwortung für den Gesundheitsschutz der Kinder in ihrem Versorgungsbereich einschließlich der Kinderkrippen, Kindergärten und in den Schulen übernommen" (265).

Mit einer solchen Strategie war es kaum möglich, die hochschulspezifischen Aspekte stärker in den Vordergrund zu stellen. Bereits 1958 stellt der Leiter der Abteilung Medizinische Fakultäten des SHF, Prof.Kurt Winter kritisch fest:"Im MfGe gibt es keine Übersicht über die Kader. Folge davon ist, daß eine systematische Kaderpolitik nicht möglich ist, die ehemalige zentrale Kaderkartei muß schnell wieder aufgebaut werden" (417).

Über den Kadermangel hinaus gab es auch bezüglich der materiell-technischen Versorgung mit Medizintechnik und Arzneimitteln sowohl für die medizinische Betreuung als auch für die Forschung ideologisch bedingte Hemmnisse bzw. unterschiedliche Positionen in den verantwortlichen zentralen Organen. In einer Vorlage für eine Dienstberatung beim Staatssekretär für Hoch- und Fachschulwesen vom 16.2.1960 ist dokumentiert:"Trotzdem von der SPK (Staatliche Plankommission,d.A.) keinerlei Importmittel gestrichen wurden (NSW-Import 1959,d.A.), ist diese Untererfüllung (von 22 %,d.A.) offensichtlich darauf zurückzuführen, daß das MfGe zugunsten der Importe für das öffentliche Gesundheitswesen unsere (Einrichtungen des Hochschulwesens,d.A.) Planerfüllung vernachlässigt hat. Die notwendigen Schritte in Form einer Beschwerde sind an die SPK eingeleitet" (414).

Wie limitierend sich die Versorgung mit Medizin- und Labortechnik auch auf die wissenschaftliche Arbeit an den Hochschulkinderkliniken ausgewirkt hab, sei beispielhaft mit der Ablehnung Dieckhoffs bezüglich einer Berufung nach Jena belegt, die dieser damit begründete, daß die dortigen Laborräume und -ausstattung unzureichend sei und damit seine dreijährige Arbeit in Halle gefährdet wäre (407). Bei seiner Berufung nach Leipzig zum 1.11.1958 wird Dieckhoff genehmigt, "seine Geräte und Dr.Koch (Diplomchemiker,d.A.) nach Leipzig" mitzunehmen (412).

Albrecht Peiper hatte 1953 erhebliche Schwierigkeiten bei der Beschaffung eines EEG-Gerätes und führte diesbezüglich einen umfangreichen Schriftverkehr (395).

Besonders kennzeichnend jedoch für die Gesamtsituation bezüglich der wissenschaftlichen Arbeit an den Hochschulkinderkliniken ist das Verhalten von Hans Wolfgang Ocklitz (geb. 1921), bis 1986 Direktor des Instituts für Infektionskrankheiten im Kindesalter in Berlin-Buch. Ocklitz, bis 1958 in Rostock tätig, wurde von 1959 bis 1961 insgesamt fünfmal an vier Universitäten zur Berufung vorgeschlagen (s.9.1.1. und Anlage 3) und hatte eine Berufung auf einen Hochschul-Lehrstuhl mit der Begründung abgelehnt, daß er "... vor allem wissenschaftlich arbeiten wolle" (373). Er sah dazu an den Hochschulen nur unzureichende Möglichkeiten. Er konnte ab 1958 als Chefarzt in Buch seine überaus erfolgeiche Arbeit über infektologische Problem der Pädiatrie, vor allem über die Dyspepsie-Problematik fortsetzen (182,183,187).
Ein weiteres Hemmnis für eine kontinuierliche Lösung einer Reihe wissenschaftlicher Probleme war die ständige Sorge um die Medikamentenversorgung, zumindest bis Mitte der 50er Jahre, die einen nicht unerheblichen Teil der Leistungszeit leitender Pädiater beanspruchte. Besonders die Versorgung mit Antibiotika bereitete z.T. erhebliche Schwierigkeiten: "In meiner Chemnitzer Zeit (1949/50,d.A.) mußten wir Urin penizillinbehandelter Patienten sammeln, um Penizillin wieder herausfiltern zu können", teilt Liebe mit (371). Die Entwicklung diesbezüglicher Methoden war teilweise sogar Gegenstand wissenschaftlicher Arbeit an den Kliniken (302). Erich Häßler führt bezüglich der Medikamentenversorgung aus:"Nun ergab es sich, daß ich bei Beginn der (Scharlach-Epidemie (Herbst/Winter 1949/50),d.A.) zu einer Besprechung nach Dresden in das dortige Ministerium eingeladen wurde. Der Minister führte aus, daß ihm jetzt Penicillin in größerem Umfange zur Verfügung stehe und er bitte um Vorschlag für eine erweiterte Indikation. Penicillin durfte bis dahin nur mit Sondergenehmigung im Einzelfall Anwendung finden. Auf Vorschlag des Internisten Schmeiser wurde dann beschlossen, versuchsweise Scharlach mit Penicillin zu behandeln, von 840 Kindern, die in unserer Einrichtung (Kinderkrankenhaus im Zeisigwald,d.A.) stationär behandelt wurden, konnten 525 Penicillin erhalten... Auf einer Kinderärztetagung 1950 konnte ich über unsere Erfolge berichten" (102,103).
Lothar Weingärtner verweist darauf, daß das "erste Streptomycin ab 1948/49 unter großen Schwierigkeiten aus dem Westsektor bezogen werden mußte" (376). Leitende Pädiater des Hochschulwesens haben sich auch an der Verteilung der Anti-

biotika beteiligen müssen. Peiper bittet am 17.5.1950 mit folgender Begründung um die Genehmigung einer Dienstreise: "Auf Veranlassung von Prof. Brugsch (H.Brugsch,d.A.) findet am 2.Juni 1950 an der Univ.-Kinderklinik der Charité Berlin eine Sitzung statt, in der die Organisation der Streptomycin-Zuteilung besprochen werden soll" (394).

Anhand der in 6.1. beispielhaft gezeichneten Zwänge, denen auch die Hochschulpädiatrie unterlag, sollten die objektiven Bedingungen in den 50er Jahren für die Pädiatrie und die klinische Medizin überhaupt verdeutlicht werden.
An der Mehrzahl der Hochschulkinderkliniken war eine effektivere wissenschaftliche Arbeit aus vielerlei Gründen kaum realisierbar und oft auf Einzelaktivitäten engagierten Wissenschaftler beschränkt. Die Würdigung der Leipziger Kinderklinik steht dazu nicht im Widerspruch.
Probleme und deren Lösung von vergleichsweise geringer Bedeutung mußten auf einer hohen Ebene, der der Ordinarien diskutiert werden, was deren Wirkungsfeld auf anderen Gebieten zwangsläufig einengte. Zugleich belegt das Engagement führender Fachvertreter beispielsweise für die Medikamentenversorgung das Primat der medizinischen Betreuung der Kinder, das wenig Raum für weitere Ambitionen in der wissenschaftlichen Arbeit ließ.
Gestützt wurden diese objektiven Hemmnisse durch subjektiv fehlerhafte Motivierungen der Aufgaben der Hochschulmedizin. Die in den 50er Jahren relativ geringe wissenschaftliche und Publikationstätigkeit an den Kinderkliniken insgesamt findet hierin neben dem Kadermangel eine weitere und entscheidende Ursache.
Das Tätigkeitsfeld der Wissenschaftler war - wie sich in persönlichen Gesprächen mit emeritierten Ordinarien feststellen ließ - primär auf die medizinische Betreuung und die, zumeist alleinige, Vertretung der Lehre ausgerichtet. Ohne die objektive Notwendigkeit dieser Tätigkeitsfelder negieren zu wollen, liegt dennoch auf der Hand, daß bei endlichen personellen und materiellen Ressourcen Abstriche an (längerfristigen) Forschungsaufgaben gemacht werden mußten.

7. Die Position der Pädiatrie nach der Weimarer Gesundheitskonferenz (1960): Bestandsaufnahme - Aufgaben

Ende der 50er Jahre kann die Pädiatrie in der DDR bereits auf z.T. erhebliche Erfolge bei der Bekämpfung der Säuglings- und Kindermortalität und der Verbesserung des Gesundheitszustandes der jungen Generation verweisen (4,23,24,114,115, 199,284). Als wesentliche Ursache dieser Erfolge sieht Peiper die Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse, die von der Pädiatrie erbracht wurden. Vor dem wissenschaftlichen Rat des MfGe stellt er am 20.2.1959 fest: "Dieser Erfolg (s.o.,d.A.) wurde durch die wissenschaftliche Kinderheilkunde, die viel angegriffene "Schulmedizin" erzielt. Diese hat sich nicht damit begnügt, wissenschaftlich zu forschen, sondern hat durch die Einrichtung von Mütterberatungen das Ergebnis dem Volke nützlich gemacht" (208).

Auch in den 60er Jahren blieb der weitere Kampf um die Senkung der Säuglingssterblichkeit noch ein zentrales Thema für die Pädiatrie, besonders bezüglich der Optimierung der Organisation des Gesundheitsschutzes, letztlich ging es um die Realisierung, wissenschaftliche Erkenntnisse vollständig in die Praxis umzusetzen. Peiper führt dazu weiter aus: "Ich bezweifle, daß das Ministerium für Gesundheitswesen eine lohnendere Aufgabe vor sich hat als die Herabsetzung der Säuglingssterblichkeit ... Dabei handelt es sich nicht so sehr um wissenschaftliche Forschungen, sondern um die Anwendung bereits vorliegender wissenschaftlicher Erkenntnisse auf das tägliche Leben. Wenn es der Kinderheilkunde gelingt, die Forderungen, die sie zum Besten der Säuglinge erheben muß, wirklich durchzusetzen, so wird auch die Säuglingssterblichkeit beträchtlich weiter sinken" (208).

Peiper zeigt auch hier eine strategische Programmatik für die 60er Jahre auf, fordert vom Staat:

- Ausbau der Schwangerenfürsorge,
- Senkung der Rate der Frühgeburtlichkeit,
- Einrichtung größerer Zentren für Frühgeborene,
- ausreichende Zahl von Couveusen,
- Schaffung von Zentren zur Behandlung der "hämolytischen Krankheit der Neugeborenen,
- ausreichende Produktion von Trockenmilch, "... eine jede Mutter der Deutschen Demokratischen Republik (hat) ein Recht auf Trockenmilch...",
- weiterer Kampf gegen die Infektionskrankheiten bei Kindern,
- Lösung sozialer Fragen (ökonomische Besserstellung unehelich geborener Kinder (208).

Hier finden sich Ziele formuliert, die den Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit als gesamtgesellschaftliche (im Prinzip ökonomische) Aufgabe klassifizieren. Aufgaben der medizinischen Forschung (Senkung der Rate der Frühgeburtlichkeit) stehen neben der Organisation des Gesundheitsschutzes (Einrichtung von Zentren, Schwangerenfürsorge) und solchen, die an die Industrie adressiert sind (Couveusen, Trockenmilch). Die durch Peiper repräsentierte wissenschaftliche Kinderheilkunde verweist einerseits auf ihren (in großen Teilen erbrachten) Beitrag zur Senkung der Säuglingssterblichkeit, muß jedoch andererseits Aufgaben, die nicht zum wissenschaftlichen Gegenstand des Faches bzw. seinem Profil gehören, an die Gesellschaft delegieren. Sie artikuliert konzeptionelle Vorstellungen u.a. durch die Forderung nach Institutionalisierung konkret definierter Problemkreise. Nach der Emeritierung Peipers übernimmt Josef Dieckhoff[1] in den 60er Jahren ganz überwiegend die Interessensvertretung der Hochschulpädiatrie gegenüber staatlichen Organen und Institutionen, auch in Ermangelung einer funktionierenden nationalen medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaft für Kinderheilkunde (s. 8.1. und 8.2.). Vor dem Rat für Planung und Koordinierung der mediznischen Wissenschaft und des Gesundheitswesens setzt er sich kritisch und z.T. polemisch mit objektiven Hemmnissen für eine Intensivierung der pädiatrischen Forschung und für die Verbesserung der medizinischen Betreuung der Kinder auseinander:

"... Wenn ich dann überlege, was für Mittel dafür (für Kinder- und Jugendgesundheit,d.A.) zur Verfügung stehen - sowohl auf dem Gebiet der Forschung als auch in der Praxis - und wenn ich bedenke,was für Ausgaben für alte Leute gemacht werden - ich will das nicht kritisieren ..." (40).

Als wissenschaftliche Schwerpunkte für die 60er Jahre stellt Dieckhoff heraus:

- Entwicklung von Methoden zur Prophylaxe von Viruserkrankungen,
- aktive Immunisierung gegen Masern, Hepatitis, Pertussis,
- Früherkennung angeborener Stoffwechseldefekte "... dafür brauchen wir den praktischen Ausbau unserer modernen Biochemie ...",
- Untersuchung genetischer Einflüsse (Chromosomenanalyse),

1) Über nähere persönliche Daten, insbesondere das Wirken s.9.1.1. und Anlage 3

- Weiterarbeit an Forschungsaufgaben zur Entwicklung von Fertignahrungen,
- Ausbau kardiologischer Spezialdiagnostik,
- "... Es ist notwendig, daß auch in der DDR ein pädiatrisches Forschungszentrum sich der Schilddrüsen-Erkrankungen bei Kindern intensiv widmet ...",
- "... Nephrologie und Urologie sind in der Pädiatrie als ein weiterer Schwerpunkt anzusehen ...", Forderung nach Gemeinschaftsarbeit mit Internisten, Urologen und Physiologen in nephrologischen Arbeitskreisen,
- Intensivierung der Prävention und Diagnostik frühkindlicher Hirnschäden

Dies waren Formulierungen, die sich aus Kenntnis der internationalen Entwicklung der Pädiatrie ergaben und einen gewissen Nachholebedarf in der DDR dokumentierten. Im Gegensatz zu der im Perspektivplan 1960 geplanten Erhöhung der Kinderärztezahl bis 1965 um das Doppelte kritisiert Dieckhoff: "... müssen wir zur gleichen Zeit sehen, daß bei uns das Personal um 5 % gekürzt wird..." und weiter "... das Niveau einer Hochschule besteht für mich nach wie vor in der wissenschaftlichen Tätigkeit. Das Ansehen einer Universität ist nur auf ihre wissenschaftliche Arbeit zurückzuführen. Das heißt, nur durch die Leistung, durch die Substanz, die dabei herauskommt, wird sie angesehen werden, aber nicht irgendwie durch praktische Leistungen, so wichtig sie auch sind" (40).

Hier erfolgt ganz akzentuiert eine Hinwendung und ein Bekenntnis zu den Aufgaben der Fachgebietsentwicklung, die in erster Linie auf wissenschaftlichem Gebiet liegen und an den Hochschulen realisiert werden müssen. Dieckhoff hält offenbar die wissenschaftliche Arbeit an den Hochschulen für nicht ausreichend repräsentiert, er sah den Zeitpunkt für gekommen, die Forderung zu erheben, die Hochschulpädiatrie von der erdrückenden Verantwortung für die medizinische Betreuung zu entlasten und wies der Pädiatrie perspektivische Aufgaben zur Beschleunigung ihrer eigenen Entwicklung zu. In seiner Kritik bezüglich zu geringer finanzieller Mittel und Personalkürzungen (entgegen der im Perspektivplan in Aussicht gestellten Entwicklung), wird Dieckhoff in den 60er Jahren zum Repräsentanten der Interessen gegenüber wissenschaftsdirigierenden Institutionen und gegenüber dem Staat, gibt aber gleichzeitig auch eine Reihe neuer wissenschaftlich-inhaltlicher Impulse (41-43, s.a. Anlage 2).

Zu einer grundlegenden Bilanz und Prognostik kommen die führenden Pädiater der DDR anläßlich eines vom Rat für Planung und Koordinierung der medizinischen Wissenschaft und des Gesundheitswesens im Jahre 1965 veranstalteten Symposions über die "Perspektiven der Pädiatrie und des Kinder- und Jugendgesundheitsschutzes". Auch hier entwikkelt Dieckhoff in seiner Eigenschaft als Vorsitzender der gleichnamigen Hauptproblemkommission des o.g. Rates neue, weitreichende Vorstellungen: Während er kaum wesentlich neue Forschungsschwerpunkte als 1963 zur Diskussion stellt, werden methodische Überlegungen über die Hochschulpolitik, die interdisziplinäre Zusammenarbeit und die weitere Entwicklung der wissenschaftlichen Pädiatrie artikuliert: "... sollte man in Zukunft zur Leitung der Kliniken (Kinderkliniken der Hochschulen, d.A.) in erster Linie Wissenschaftler berufen, welche mit der experimentellen Forschung im Laboratorium vertraut sind ...", "... so wird man auch künftig bei der Neubesetzung der Kinderkliniken weniger an praktische Ärzte zu denken haben ... als vielmehr an solche Gelehrte, welche der pädiatrischen Wissenschaft neue Bahnen erschließen können" und weiter "... Die Forschungseinrichtungen in unseren Kinderkliniken sind unbezweifelbar, trotz mancher Fortschritte in den letzten Jahren immer noch in einem ungenügenden Zustand ..." (42).

Die Notwendigkeit eines neuen, planmäßigen Stils in der pädiatrischen Forschung war also von den damals führenden Pädiatern anerkannt. In der Entwicklung neuer Konzeptionen für die wissenschaftliche Arbeit wurde eine Chance für die Weiterentwicklung der Pädiatrie gesehen. Ein Beleg für diese Denkweise wird auch bei Wolfgang Plenert[1] im Jahre 1967 deutlich: "Es schien zunehmend sinnloser, nur die unmittelbaren Interessen der Klinik zu sehen und das (wissenschaftlich,d.A.) zu bearbeiten, was sich gerade anbot oder das Interesse des einzelnen ansprach ... Wenn die wissenschaftliche Arbeit effektiv und sinnvoll sein sollte, so müßte sie jetzt vorausschauend geplant und mit den Arbeitsrichtungen anderer Institute koordiniert werden" (212).

Gestützt wird diese Einschätzung durch eine Bemerkung S.M. Rapoports zur Diskussion des Forschungsplanes 1964, Teil Gesundheitswesen. Darin bemängelt er, daß "... für die Pädiatrie eine Lücke besteht", daß "... diese Gebiet nicht genügend zur Geltung (kommt)" und bezieht sich auf die

[1]) Über nähere persönlichen Daten, insbesondere das Wirken s. 9.1.1. und Anlage 3

geringe Präzisierung der Schwerpunktefür das Fach und das Fehlen geeingneter Themenkataloge für die wissenschaftliche Arbeit in der Pädiatrie (229).

Diese Kritik wird Mitte der 60er Jahre aufgegriffen und perspektivische Vorstellungen für die wissenschaftliche Arbeit des Faches aufgrund subtiler epidemiologischer Erhebungen werden entwickelt. Letztere waren für jede Disziplin vom Rat für Planung und Koordinierung gefordert worden. Besonders die betreffenden Arbeiten von Weingärtner und Mitarbeitern sind hier anzuführen. Die Infektionskrankheiten nahmen nach der Analyse Weingärtners bezüglich der Morbidität und Mortalität in der Pädiatrie nach wie vor eine dominierende Position ein: "Immerhin spielen gewissen Infektionskrankheiten im Kindesalter in der DDR noch eine wichtige Rolle. Ihre Senkung auf den Stand anderer Länder ist noch nicht in allen Fällen gelungen. Während die Poliomyelitis praktisch vollkommen beseitigt ist, die Tuberkulose zahlenmäßig bedeutungslos geworden ist und die Diphtherie nur noch vereinzelt auftritt, besitzen Masern, Scharlach, Ruhr, Salmonellosen und Infektionen der oberen Luftwege für das Morbiditätsgeschehen noch eine besondere Rolle" (296). Auch im Vergleich der "Kindersterblichkeit mit einigen anderen Ländern (CSSR,Frankreich,Schweden,d.A.) muß man zugeben, daß wir in sämtlichen Altersgruppen die höchsten Sterbeziffern aufweisen" (296).

Kritisiert werden von Weingärtner et al. die noch hohe Spätsterblichkeit an Pneumonien und Ernährungsstörungen in der DDR. Die Analyse der Morbidität und Mortalität im Kindesalter führt zur Aufstellung eines Vorschlagskataloges mit Maßnahmen, die in drei Etappen ("umgehend","im Laufe der Jahre","ab 1970") verwirklicht werden sollten (296). Konkreter faßt H.W.Ocklitz 1969 unter dem Titel "Die neuen Aufgaben der Pädiatrie" Arbeitsschwerpunkte für das Fach in den 70er Jahren: "Aufwendige Forschung - aufwendig an Kadern und Mitteln muß konzentriert und nicht zersplittert durchgeführt werden". Als Schwerpunkte werden von ihm die Neonatologie, Stoffwechselkrankheiten und Infektionen in der Kinderheilkunde genannt und Zielstellungen für die medizinische Betreuung und die wissenschaftliche Arbeit formuliert (185).

Obwohl hier der Kampf um die Senkung derSäuglingssterblichkeit nicht mehr so unmittelbar im Zentrum des Faches steht, bleibt er dennoch weiterhin wesentlicher Bestandteil der Gesamtbemühungen der Kinderheilkunde.
Die diesbezüglichen Erfolge, die die DDR zu Beginn der 70er Jahre bereits aufweisen konnte, hängen wesentlich zusammen mit dem Aufbau eines gesamtstaatlichen und einheitlichen Systems der Mütter- und Kinderfürsorge bis 1960 (23,24), dessen Leistungsfähigkeit auch in industriell hoch entwickelten kapitalistischen Staaten anerkannt wird (291).
Ein wesentliches Charakteristikum der 60er Jahre in der DDR ist die Schaffung wissenschaftsdirigierender Institutionen auf Initiative des Staates und deren bis z.T. in das Detail gehendes Eingreifen in fachwissenschaftliche Belange. Die Pädiatrie ist aus zwei hauptsächlichen Gründen ein Beispiel für diese Aussage:

- sie stellt eine tragende Säule in der Gesundheitspolitik des Staates dar,
- das Fehlen einer nationalen Pädiatergesellschaft der DDR wurde teilweise durch vom Staat geschaffene Institutionen kompensiert (s.8.1.1. und 8.2.).

In diesem Zeitraum deutet sich -besonders in den programmatischen Aussagen Dieckhoffs - eine Abkehr von der bisher größtenteils notwendig praktizierten (Hochschul-) Pädiatrie an: Die zu Beginn der 60er Jahre sich abzeichnende Veränderung des Morbiditäts- und Mortalitätsspektrums ließen Forderungen nach stärkerer wissenschaftlicher Akzentuierung der Kinderheilkunde artikulieren. Die Wissenschaft sollte mehr Raum in den Kinderkliniken des Hochschulwesens einnehmen. Unter Berücksichtigung der internationalen Wissenschaftsentwicklung (s.10.1 und Anlage 1) stellt Dieckhoff 1963 eine perspektivische Wissenschaftsprogrammatik für die Pädiatrie zur Diskussion, die gegenüber der von Peiper aus den 50er Jahren eine neue Qualität darstellte und u.a. gekennzeichnet war durch die Forderung nach Integration moderner wissenschaftlicher Methoden etwa der Biochemie und Genetik in die Hochschulkinderklinik.

Die Lösung bisher im Vordergrund stehender Aufgaben, die vor allem auf dem Gebiet der medizinischen Betreuung lagen und die jetzt realisierbar erscheinende Nutzung verfügbaren Freiraumes für wissenschaftliche Orientierungen, wie sie Dieckhoff formuliert, lassen den Schluß zu, ab Beginn der 60er Jahre von einer neuen Periode der Entwicklung der Pädiatrie in der DDR zu sprechen. Wissenschaftliche Konturen zeichnen sich mehr und mehr, auch in einer größeren Breite, in nahezu allen Hochschulkinderkliniken ab. Die wissenschaftliche Arbeit nimmt quantitativ sprunghaft zu. In den Jahren 1965 bis 1969 werden mehr als doppelt soviel Habilitationen (33 - Erarbeitung in der ersten Hälfte der 60er Jahre) abgeschlossen als vergleichsweise 1960 bis 1964 (16), (s.a. 10.2. und Anlage 2).

8. Zur Entwicklung disziplinspezifischer Institutionen seit Gründung der DDR

8.1. Kinderärztliche Gesellschaften in der DDR seit 1949

Die Betrachtung derEntwicklung kinderärztlicher Gesellschaften in der DDR, die Analyse unterschiedlicher Faktoren in ihrem Einfluß auf die Herausbildung einer nationalen Pädiatervereinigung im Rahmen dieser Arbeit wird deshalb notwendig, weil besonders die Hochschulen bzw. Hochschullehrer im Zentrum der Auseinandersetzungen um die Bildung einer eigenständigen medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaft der Kinderärzte der DDR standen. Es waren zunächst die Universitätskinderkliniken, die nach 1945 erwartungsgemäß Kristallisationspunkte des wissenschaftlichen Lebens wurden, das sich wesentlich in der Arbeit wissenschaftlicher Gesellschaften exponierte.

8.1.1. Politisch-ideologische Beweggründe und Hemmnisse bis zur Gründung der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR 1967

In der Entwicklung medizinisch-wissenschaftlicher Gesellschaften der DDR überhaupt repräsentieren sich Züge unserer gesellschaftlichen Entwicklung, die in den ersten Nachkriegsjahren und auch nach Gründung der DDR nicht widerspruchslos verlaufen ist. Bei der Herausbildung nationaler wissenschaftlicher Gesellschaften medizinischer Disziplinen standen sich - pauschal zusammengefaßt-gegenüber:

- die politische Notwendigkeit, der von progressiven Wissenschaftlern anerkannten Gründung eigenständiger nationaler Gesellschaften der DDR einerseits und andererseits
- das Interesse einer nicht unerheblichen Anzahl von Medizinern an einer weiteren Mitarbeit und Organisiertheit in den "Deutschen Gesellschaften ...", die nach dem Krieg weiterhin in der BRD existierten.

Auch am Beispiel der Pädiatrie bzw. der Herausbildung einer nationalen Pädiatergesellschaft wird die Kompliziertheit dieses Prozesses bis zum Ende der 60er Jahre nachvollziehbar.

Eine juristische Voraussetzung für die Wiederaufnahme der Arbeit medizinisch-wissenschaftlicher Gesellschaften in der Sowjetisch besetzten Zone Deutschlands (SBZ) war ein diesbezüglicher Befehl der SMAD, der Befehl Nr. 124 vom 21.Mai 1947 über die "Organisation der deutschen medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften", der in der Fachpresse veröffentlicht wurde (181). Bis zu diesem Zeitpunkt existierten auf dem Boden der SBZ einige regionale, rechtlich nicht fundierte Gesellschaften, de facto als Teilstrukturen der früheren Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde, z.B.:

- die Sächsisch-Thüringische Medizinisch-wissenschaftliche Gesellschaft für Kinderheilkunde (1956 reaktiviert und seitdem von großer Bedeutung für das wissenschaftliche Leben in der DDR),
- die Nordwestdeutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde,
- die Berliner wissenschaftliche Gesellschaft für Kinderheilkunde (368).

Auf der Grundlage des Befehls 124 entstanden bis zum 1.1.1950 insgesamt 46 medizinisch-wissenschaftliche Gesellschaften, darunter folgende pädiatrische bzw. die Pädiatrie teilweise repräsentierende Vereinigungen:

- Deutsche medizinisch-wissenschaftliche Gesellschaft für Kinderheilkunde in Thüringen,
- Medizinisch-wissenschaftliche Gesellschaft für Innere Medizin und Kinderheilkunde an der Universität Rostock,
- eine gleichnamige Gesellschaft an der Universität Greifswald,
- Medizinisch wissenschaftliche Gesellschaft für Innere Medizin, Neurologie, Kinderheilkunde und Grenzgebiete im Lande Sachsen-Anhalt (169).

Eine weitere, für das wissenschaftliche Leben im Süden der DDR weitaus wichtigere regionale Gesellschaft, die in der Übersicht von Matthes et al.(169) nicht nachgewiesen ist und sich nur in der pädiatrischen Fachliteratur findet, war die von A.Peiper geleitete Medizinisch-wissenschaftliche Gesellschaft für Kinderheilkunde an der Universität Leipzig.

Als Hemmnis für die Herausbildung einer nationalen Pädiatervereinigung in den frühen 50er Jahren, wie sie in den Disziplinen Orthopädie, Röntgenologie und Hygiene 1953/54 erfolgte, in denen es allerdings nirgendwo Regionalgesellschaften gab, wirkten sich neben subjektiven Faktoren z.T. unklare Orientierungen zentraler staatlicher Organe aus: Das MfGe strebte zwar schon 1950 die Bildung nationaler medizinisch-wissenschaftlicher Gesellschaften an, deren "Organisationsform so aufgebaut werden sollte, daß eine spätere Vereinigung mit der entsprechenden westdeutschen Gesellschaft möglichst geringe Schwierigkeiten mit sich bringt" (169).

Diese Strategie war eingebettet in die damals von der Regierung der DDR praktizierte Politik, die auf Wiedervereinigung Deutschlands auf antifaschistisch-demokratischer Grundlage orientierte, die aber, obwohl sie richtig war, der Bildung nationaler medizinisch- wissenschaftlicher Gesellschaften der DDR objektiv entgegenwirkte.

Eine politische Kurskorrektur bezüglich der Bildung nationaler medizinisch-wissenschaftlicher Gesellschaften erfolgte auf der II. Parteikonferenz der SED 1952. Das MfGe reagierte darauf mit der Konzipierung einer "Medizinischen Gesellschaft der DDR", in der auch eine Sektion Pädiatrie etabliert werden sollte (169).

Dieses Konzept wurde jedoch erst mehr als ein Jahrzehnt später realisiert.
Aufgrund der Gesamtsituation sahen die in der DDR tätigen Mitglieder der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde keinen Grund, aus dieser Gesellschaft auszutreten. Des weiteren wurde von einigen führenden Repräsentanten des Fachgebietes in der BRD angestrebt, eine eigenständige Entwicklung in der DDR zu verhindern bzw. hinauszuzögern. DDR-Pädiater wurden regelmäßig als Mitglieder der Deutschen Gesellschaft zu den in der BRD stattfindenden Jahrestagungen, die seit Gründung der Gesellschaft 1883 fortlaufend numeriert wurden, eingeladen und nahmen dies in aller Regel auch wahr (s.Tab.8, S. 98).
Kennzeichnend für die Kontakte zwischen Pädiatern aus der DDR und der BRD sind folgende, kurz zitierte Passagen aus Eröffnungsreden von Jahrestagungen der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde (Tab. 9)

Tab.9:

Jahr	Ort	Vorsitzender	Zitat aus Eröffnungsrede
1952	Bayreuth	Prof. Adam	"... allen Schwierigkeiten zum Trotz fühlen sich ost- und westdeutsche Kinderärzte in ihren menschlichen und wissenschaftlichen Zielen eng verbunden (2)
1955	Freiburg i.Br.	Prof. Keller	konnte eine größere Anzahl von Kollegen aus der Ostzone begrüßen (130)
1958	Graz (Österreich)	Prof. Lorenz	begrüßte "besonders die Kinderärzte aus der Mitte Deutschlands", "die Referate und Vorträge wenden sich an den großen Kreis der interessierten Kinderärzte des gesamten deutschen Sprachgebietes" (166)
1960	Kassel	Prof. Joppich	stellt mit Freude fest "daß unsere Freunde aus Mitteldeutschland in besonders großer Zahl erschienen" waren (126)
1961	Heidelberg	Prof. Bamberger	bedauert, daß "zahlreiche angemeldete Kollegen aus der Ostzone nicht mehr zu uns kommen konnten, weil inzwischen die Trennmauer errichtet" (wurde), (11)
1963	Köln	Prof. Bennholdt-Thomsen	"Daß unsere Freunde aus Mitteldeutschland fehlen ist hart, aber wir hoffen weiter, Jahr für Jahr..." (14).

Tab. 8: Aktive Teilnahme von DDR-Pädiatern an Tagungen der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde in der BRD (304)

lfd.Nr.	Jahr	Ort	Referent	Vortragsthema (Kurztitel)
49.Tagg.	1949	Düsseldorf	Weingärtner	Verlauf der tuberkulösen Primärinfektion
			Zolisch	Behandlung der Lymphdrüsen- und Lungen-Tb
			Klinke	Probleme des Ca-Stoffwechsels und der Rachitis
			Brugsch,H.	Vitamin A-Mangel
			Nißler	Stickstoffbilanz des Säuglings
50.Tagg.	1950	Lübeck	Weingärtner	Wirkung von Depotpenizillinen
51.Tagg.	1951	Heidelberg	Hempel	Abakterielle Entzündungen des ZNS
53.Tagg.	1953	Bad Kissingen	Harnapp	Blut-Kalzium und seine Beziehungen zu Krämpfen
54.Tagg.	1954	Essen	Dittrich	Röntgenuntersuchung der Differentialdiagnose des großen Bauches
56.Tagg.	1957	Düsseldorf	Koch	Proteine in Kindernahrungsmitteln nach industrieller Behandlung
			Dost	Betrachtungen zum Clearanceverfahren
			Erdmann	Experimentelle Nephritis
57.Tagg.	1958	Graz	Dietzsch	Klinik und Therapie der aleukämischen Reticulosen
			Plenert	Zytochemische Reaktion bei Leukämien
58.Tagg.	1959	München	Kändler	Infektionsketten bei interstitieller Pneumonie
			Dieckhoff	Wirksamkeit der Glucocorticoide bei antigenen Körperreaktionen
			Schönberg	Synthetische Glucocorticoide im Organismus
			Nagel	Prednisolon-Therapie bei Hepatitis infectiosa
59.Tagg.	1960	Kassel	Knolle	Endokardfibroelastosen
			Dietzsch	Endobronchiale Behandlung der Lymphknotenperforation bei Primär-Tb
			Plenert	Nahrungsfette
60.Tagg.	1961	Heidelberg	Erdmann	Experimentelle Krämpfe und ihre therapeutische Beeinflussung
69.Tagg.	1972	Bad Pyrmont	Harnapp	Wirkungsmechanismus des Vitamin D

Wegen des Fehlens überregionaler wissenschaftlich-pädiatrischer Gesellschaften und der Notwendigkeit des wissenschaftlichen Austausches zwischen den Kinderärzten in der DDR wurde die Organisation nationaler Kongresse auf dem Gebiet der Kinderheilkunde, wie auch in anderen Fachgebieten, von zentralen staatlichen Organen übernommen. Bereits 1947, vom 21. bis 26. Juli 1947 findet erstmalig nach dem Krieg ein von der DZVG organisierter Pädiaterkongreß in Berlin statt, an dem Kinderärzte aus allen Zonen Deutschlands teilnehmen. Prof. Doxiades, ein Pädiater und leitender Mitarbeiter der DZVG leitet die wissenschaftliche Tagung (302).
In den50er Jahren übernahm das MfGe die Organisation von zentralen Kinderärzte-Tagungen in der DDR (1950, 1953 und 1956) unter dem Vorsitz von A.Peiper und H.Dost sowie J. Dieckhoff. Dennoch gingen von dem Pädiatern der DDR zu Beginn der 50er Jahre bereits selbst Impulse zur Gründung einer eigenständigen nationalen Pädiatervereinigung aus. Auf der zweiten Kinderärztetagung der DDR vom 24. bis 26. April 1953 in Leipzig verlas der Vorsitzende der Tagung, H.Dost, eine Entschließung, in der neben dringend notwendigenMaßnahmen für die Verbesserung des Gesundheitsschutzes der Kinder und Jugendlichen "zur besseren Koordinierung der wissenschaftlichen Arbeit auf dem Gebiet der Kinderheilkunde eine "Sektion Pädiatrie" innerhalb der Klasse Medizin der Deutschen Akademie der Wissenschaften geschaffen werden (sollte)" (48).
Hiermit findet sich ein Hinweis darauf, daß es auch seitens der Pädiatrie, d.h. ihrer exponierten Vertreter, Bestrebungen gab, ein zentrales fachgebiets- und wissenschaftsdirigierendes Gremium der DDR zu schaffen, das die Funktion einer medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaft zumindest teilweise und vorläufig hätte übernehmen können. Inwieweit die Idee dafür zu diesem Zeitpunkt "von oben", d.h. vom MfGe in die Pädiatrie "hineingetragen" wurde, oder ob tatsächlich die Initiative von den Ordinarien ausging, kann nicht belegt werden. Die Funktion einer nationalen pädiatrischen Gesellschaft übernahm in weiten Teilen de facto die über ihren regionalen Rahmen hinaus aktive Sächsisch-Thüringische Medizinisch-wissenschaftliche Gesellschaft für Kinderheilkunde, die bereits 1908 von O.Soltmann (s.Teil I) als Teil-

struktur der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde gegründet worden war und - wie bereits erwähnt - 1956 unter wesentlicher Initiative von A.Peiper und E.Häßler reaktiviert wurde. Dieser Regionalgesellschaft ist hauptsächlich eine Belebung des wissenschaftlichen Lebens in der DDR ab Mitte der 50er Jahre in der Pädiatrie zu verdanken (222). Ihre politische Zielsetzung, die in der Satzung von 1962 zum Ausdruck kommt, beeinhaltete jedoch noch, "für die Einheit der deutschen Wissenschaft auf demokratischer Grundlage einzutreten (246)", was der gesamtgesellschaftlichen Entwicklung in der DDR zu diesem Zeitpunkt nicht mehr entsprach (224).

Politisch neu konzipiert wurden Rolle und Funktion medizinisch-wissenschaftlicher Gesellschaften in der DDR unter dem Einfluß der Arbeit der Ärztekommission des Politbüros und aufgrund der Ergebnisse der Weimarer Gesundheitskonferenz 1960 (29). Bislang hatten sich die medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften und Vereinigungen in der DDR als nahezu reine Kongreßgesellschaften verstanden und darüber hinaus kaum andere Aufgaben wahrgenommen. Diese Einschätzung von Rohland trifft im wesentlichen auch für die(239) kinderärztlichen Vereinigungen der 50er Jahre zu.

Die Weimarer Gesundheitskonferenz formulierte neue, für medizinisch-wissenschaftliche Gesellschaften im Sozialismus spezifische Aufgaben und leitete eine neue Etappe auch in der Entwicklung zu einer nationalen Pädiatergesellschaft der DDR ein. Die vorgesehene Bildung nationaler Gesellschaften wurde u.a. begründet mit:

- spürbarem Rückstand zur internationalen wissenschaftlichen Entwicklung,
- dem Erfordernis der engeren Zusammenarbeit mit sozialistischen Ländern,
- der Notwendigkeit der internationalen Repräsentanz der DDR im wissenschaftlichen Leben,
- dem notwendigen Abbau der ideologischen Abhängigkeit, auch auf wissenschaftlichem Gebiet, von der BRD (s.a. 8.3.), (169).

Quasi als "Revolution von oben" kam es am 5.6.1962 in Berlin zur Gründung der Deutschen Gesellschaft für Klinische Medizin, in der neben fünf weiteren auch eine "Sektion Pädiatrie" vertreten war. Vizepräsident der Gesellschaft wurde H.Kirchmair[1],

[1]) Über nährere persönliche Daten, insbesondere das Wirken, s.9.1.1. u. Anlage 3

der diese Funktion bis zu seinem Tode, 1969, innehatte. J. Dieckhoff übte die Funktion des 1. Vorsitzenden, E. Häßler die des 2. Vorsitzenden der Sektion Pädiatrie in Personalunion mit dem Vorsitz der Sächsisch-Thüringischen Medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaft für Kinderheilkunde aus (222).
Die politische Bedeutung der Sektion liegt insbesondere darin, daß sie die erste nationale Pädiatervereinigung der DDR und damit eines sozialistischen deutschen Staates überhaupt war, ihre Formierung ist aus diesem Grunde bedeutungsvoller gewesen als die 1967 erfolgte Gründung der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR (368).
Im Statut erhebt die Sektion den Anspruch, "die Vereinigung aller Kinderärzte und anderer an der Kinderheilkunde interessierter Wissenschaftler und Ärzte der Deutschen Demokratischen Republik" zu sein (270).
Mit ihrer Gründung war erstmals in Deutschland eine Pädiatervereinigung entstanden, die sowohl fachlich-wissenschaftliche Aufgaben zu lösen als auch - zumindest potentiell - sog. Standesinteressen niedergelassener Kinderärzte zu vertreten hatte, letzteres wurde im Rahmen des einheitlichen Gesundheitswesens in der DDR für alle Fachgebiete gleichermaßen jedoch mehr durch staatliche Regelungen realisiert und letztlich überflüssig.
Mit der Gründung der Sektion für Pädiatrie, d.h. mit der politischen Notwendigkeit, eigenständige nationale medizinisch-wissenschaftliche Gesellschaften zu etablieren, taten sich - erwartungsgemäß - Widersprüche auf, die sich aus der politisch ambivalenten Haltung einiger (auch leitender) Pädiater ergaben und in ihrem vollen Umfang erst Ende der 60er Jahre gelöst werden konnten. L. Weingärtner beurteilt die damalige Situation folgendermaßen:"Nach 1961 war es wegen der strengen Abtrennung notwendig, eine eigene Fachgesellschaft für die gesamte DDR zu haben. Solange die Grenzen offen waren, sahen wir jedoch keine Notwendigkeit, aus der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde (der BRD,d.A.) auszutreten. Dazu sind wir damals gezwungen worden, d.h. Dr. Rohland (z.Zt.Direktor des Generalsekretariats der medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften der DDR,d.A.) legte uns das nahe" (376).
Prof. Weingärtner bezieht sich hier auf eine Anleitung der Sekretäre der medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften am 12.12.1969 im Generalsekretariat, auf der die Notwendigkeit des Austritts aus den westdeutschen Gesellschaften dargelegt wurde (s.a. (349)).

H.Patzer erinnert sich an Diskussionen in der Pädiatrie in den 50er und 60er Jahren mit der Fragestellung:"Wollen wir eine DDR-Gesellschaft für Pädiatrie haben? Wie wäre deren Verhältnis zur westdeutschen Gesellschaft?"(374).
Aus staatlicher Sicht wurde die erreichte Gründung der Sektion,offenbar nicht mit voller Zustimmung aller Kinderärzte auch des Hochschulwesens sowie ihr Verhältnis zur Sächsisch-Thüringischen Gesellschaft (eine damals äußerst sensible Frage) und ihre weitere Entwicklung vom Leiter der Abteilung Wissenschaften des MfGe 1963 folgendermaßen verstanden:"Die großen Aufgaben, die die medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften ... zu erfüllen haben, sind nur in gesamtstaatlichen Organisationen zu lösen ... In diesem Sinne betrachten wir die von Ihnen (Prof.Dieckhoff,d.A.) z.Zt. geleitete Sektion als die nationale Vereinigung der Pädiater der DDR. Die Sächsisch-Thüringische Medizinisch-wissenschaftliche Gesellschaft für Kinderheilkunde ist die traditionelle Vereinigung der Pädiater der südlichen und südwestlichen Bezirke unserer Republik und sollte als solche im Verband der Sektion bestehen bleiben ... Nach Festlegung der Sektion Pädiatrie als nationale Organisation der Pädiatrie der DDR ... wird es sicherlich einmal notwendig werden, regionale Sektionen bzw. Untergruppen der Sektion zu bilden, die in den übrigen Bezirken die gleichen Aufgaben wahrnehmen, wie z.Zt. die Sächsisch-Thüringische Gesellschaft in ihrem Bereich" (393).

Hier stießen also zunächst die Interessen des Staates mit denen einer Reihe verantwortlicher Pädiater zusammen. Diese Interessenkollision wurde auch aus den Reihen der Mitglieder der Sächsisch-Thüringischen Gesellschaft artikuliert - es gab gegen die aus gesundheitspolitischen und organisatorischen Gründen notwendige Konzeption ideologische Vorbehalte. Beispielhaft hierfür sei die Meinung des Ehrenmitgliedes der Sächsisch-Thüringischen Gesellschaft, Ernst Dünzelmann, zitiert; Dünzelmann schreibt an den Vorstand der Gesellschaft:

"Es wäre meiner Meinung nach gut ... wenn Gelegenheit gegeben würde, noch vor der beabsichtigten Gründung der Sektion Pädiatrie der Deutschen Gesellschaft für Klinische Medizin in unserer "morituren" schönen Vereinigung darüber zu sprechen, ob die Mehrzahl unserer Mitglieder bereit ist, Selbstmord zu begehen ... Ich meine, man sollte die "Sächs.-Thür." bestehen lassen. Sie leistete sehr Wesentliches für Wissenschaft und Fortbildung, gerade durch die Zusammenarbeit von Universitäten und Akademien und practicierenden Ärzten. Ob das die Sektion überhaupt leisten können wird, ist mir mehr als fraglich"(383).

Weitergehend,voller Unverständnis bezüglich der notwendigen Schaffung eigenständiger Fachgesellschaften der DDR und der Ziele sozialistischer Gesundheits- und Wissenschaftspolitik, äußert sich Dünzelmann in einem Schreiben an den 1. Vorsitzenden der Sächsisch-Thüringischen Gesellschaft, Erich Häßler, vom 19.7.1963: "Es gibt keine sozialistische Wissenschaft und Kunst und dergleichen. Gäbe es das, dann wäre der Name Wissenschaft und Kunst nicht berechtigt. Es gibt auch kein sozialistisches Arzttum. Das Arzt-Sein ist gebunden an menschliche Qualitäten, an Toleranz, an allgemein menschliche Ethik und Moral, aber niemals an politische Auffassungen, vor allem nicht,wenn sie intolerant sind ..." und weiter "... Über das Statut der Deutschen Gesellschaft für Klinische Medizin möchte man auch gerne etwas hören. Geldbeiträge spielen überhaupt keine Rolle. Darauf hinaus zu spielen,ist Ablenkungsmanöver. Zum Brief von Prof. Misgeld (s.S. 102, (393),d.A.): "im wesentlichen praxisbezogene Themen". Das ist durchaus nicht nur der Wunsch der Kinderärzte. Sie wollen das (Praxisbezogene) in Fortbildungskursen hören, in wissenschaftlichen Gesellschaften aber erfahren, mit welchen Problemen sich die und die Klinik oder der und der Forscher beschäftigt, "ausländische Referenten". Was heißt Ausland? Sind wir vielleicht wo weit, daß Westdeutschland, das(Teil unseres Vaterlandes ist, in dem unsere Verwandten leben) als Ausland gilt? Ich bin, gerade als Socialist,der Meinung, daß man Contacte weitgehend in jeder Weise fördern sollte, aus dem anderen Teil Deutschlands sollten viele kommen zu unseren Kongressen (natürlich ohne Genehmigung des Ministeriums einholen zu müssen) und wir sollten nicht in unserer Freiheit behindert werden, die Kongresse drüben zu besuchen ..." (384).

An diesen Beispielen sollte gezeigt werden, mit welchen Argumenten sich führende Repräsentanten des Faches in ihrer Arbeit in Leitungsgremien wissenschaftlicher Gesellschaften auseinanderzusetzen hatte. Diese am Beispiel Dünzelmanns demonstrierte unrationale Extrempositionen vermochten jedoch nicht, die weitere Entwicklung zu einer nationalen Pädiatergesellschaft aufzuhalten, denn die Mehrzahl der Pädiater nahm eine realistische und pragmatische Haltung zu diesen Fragen ein, etwa in dem Sinne, wie K. Nißler sie äußert:

"Für die DDR bestand die Notwendigkeit einer wissenschaftlichen Gesellschaft, die die Pädiatrie der gesamten DDR repräsentiert und vertritt. Das versteht man, wenn man die Gepflogenheit in den wissenschaftlichen Beziehungen zu den befreundeten sozialistischen Ländern kennt. Die Einladungen werden ja nicht an die einzelnen Kollegen gerichtet, sondern an die Ministerien, und ohne die Ministerien kann niemand zu einem Kongreß kommen, es sei denn als Tourist ..."(259).

Die politischen Auseinandersetzungen über die Zukunft der

Sächsisch-Thüringischen Gesellschaft haben Ende der 60er Jahre keine Rolle mehr in der weiteren Entwicklung gespielt:"Mit der Gründung der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR wurde ein praktikabler Weg in dem Sinne gefunden, daß die Sächsisch-Thüringische weiter besteht, sich als Teil der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR betrachtet ... Ich war damals (1967/68,d.A.) sowohl Vorsitzender der Sächsisch-Thüringischen als auch der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR und unternahm unter dem Namen der Sächsisch-Thüringischen Gesellschaft nichts mehr, sie wurde dann unbemerkt vergessen..."(372), teilt Karl Nißler mit.

8.1.2. Das wissenschaftliche Leben in den pädiatrischen Gesellschaften bis zur Gründung der Gesellschaft für Pädiatrie

Aufgrund einer diesbezüglichen Analyse der pädiatrischen Fachliteratur sowie von Unterlagen im persönlichen Besitz von Emeriti kann für einige regionale Gesellschaften bereits für 1949 der Beginn eines teilweise regelmäßigen wissenschaftlichen Lebens nachgewiesen werden (eine ausführliche Dokumentation ist unter Anleitung und maßgeblicher Nutzung von Materialen des Autors an der Klinik für Kinderheilkunde der W.-Pieck-Universität Rostock erstellt worden (12)):

Tab.10: Anzahl der Veranstaltungen pädiatrischer Gesellschaften von 1949 bis zur Gründung der Gesellschaft für Pädiatrie (nach Berichten in der Fachliteratur)

Gesellschaft/ Vereinigung	1949-1955	1956-1960	1961-1965	1966-1970
Regional				
Med.-wiss.Gesellschaft für Kinderheilkunde an der Universität Leipzig	8	-	-	-
Dtsch.med.-wiss.Gesellschaft für Kinderheilkd.in Thüringen	4	-	-	-
sog."Kinderärztliche Abende" an der Charité-Kinderklinik	6	9	1	-
Med.-wiss.Gesellschaft für Kinderheilkunde an der Universität Jena	1	-	-	-
Med.-wiss.Gesellschaft für Kinderheilkunde an den Univ. Halle,Jena und Leipzig	2	-	-	-
Sächs.-Thür. Med.-wiss. Gesellschaft f.Kinderheilkd.	-	9	9	-

Fortsetzung Tab. 10:

Nordwestdeutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde	-	1	-	-
Überregional				
Kinderärztetagungen der DDR (vom MfGe organisiert)	2	1	-	-
Sektion Pädiatrie	-	-	4	1
Gesellschaft für Pädiatrie der DDR	-	-	-	2

Die folgende Tabelle 11 belegt, daß es nahezu ausschließlich Hochschullehrer waren, die als Vorsitzende bzw. Initiatoren wissenschaftlicher Tagungen agierten:

Tab. 11: Vorsitzende/Initiatoren wissenschaftlicher Tagungen in der DDR von 1949 bis zur Gründung der Gesellschaft für Pädiatrie, differenziert in regional/überregional (nach Berichten aus der Fachliteratur)

Wissenschaftler	1949-1955	1956-1960	1961-1965	1966-1970
A.Peiper	10/2	1/-		
J.Ibrahim	4/-			
H.Dost	5/1	8/-		
E.Häßler	3/-	2/-	1/-	
J.Dieckhoff	1/-	2/1	1/-	
G.O.Harnapp		2/-		
S.Liebe		2/-	1/-	1/1
L.Weingärtner			2/-	2/1
H.Patzer			2/-	
H.Kirchmair			-/1	
W.Plenert			-/1	1/-
K.Nißler			2/-	
H.-J.Dietzsch				-/1
H.W.Ocklitz				-/1
H.Eggers				-/1

Anmerkung: Die hier und in Tab.10 aufgeführten Angaben sind ausschließlich nach entsprechenden Tagungsberichten in der "Kinderärztlichen Praxis" bzw. aufgrund evtl. unvollständiger Unterlagen, die dem Autor von Emeriti überlassen wurden, erstellt. Dies bedeutet, daß weitere Veranstaltungen durchaus stattgefunden haben können.

Wie bereits in 6.1. angedeutet, findet sich auch an dieser Stelle ein Beleg für die führende Position der Leipziger Universitätskinderklinik bezüglich der Initiierung des wissenschaftlichen Lebens mit z.T. über den Süden der DDR hinausreichender Ausstrahlung. Peiper als maßgeblicher Initiator der wissenschaftlichen Arbeit überhaupt, präsentiert sich auch hier als Motor der Formierung und Aktivierung pädiatrischer Gesellschaften. Bis zu seiner Emeritierung Ende der 50er Jahre bleibt er dieser Rolle gerecht, in der weiteren Entwicklung übernehmen zunächst H.Dost bzw. J.Dieckhoff, die Ordinarien für Pädiatrie an der Humboldt-Universität diese Funktion.

8.1.3. Die Entwicklung der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR bis zur gegenwärtigen organisatorischen Strukturierung und wissenschaftlichen Differenzierung

Ein bedeutsamer neuer Abschnitt in der Entwicklung pädiatrischer Gesellschaften in der DDR wird zweifellos mit der Gründung der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR (1967) eingeleitet, die schon nominell ihre Zielsetzung deutlich macht. Mit der "Verordnung zur Registrierung von Vereinigungen" vom 9.11.1967 (174) und dem Ministerratsbeschluß "über die Grundsätze für die Tätigkeit der medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften in der DDR" vom 7.5.1969 (169) und ihrer damit erfolgten staatlichen Zuordnung zum MfGe realisierten sich Ende der 60er Jahre staatlicherseits die juristische Positionierung sowie die Präzisierung und Richtungweisung ihres gesellschaftlichen Auftrages. Maßgeblichen Anteil an der Profilierung der Gesellschaft hatten die jeweiligen Vorsitzenden:

Josef Dieckhoff,	1962-1968 (bis 1967 Sektion für Pädiatrie)
Karl Nißler,	1968-1970
Wolfgang Plenert,	1970-1976
Peter Großmann	1976-1979
Wolfgang Braun	1979-1982
Klaus Jährig	seit 1982

Zu Beginn der 70er Jahre wurden vom Vorstand der Gesellschaft, insbesondere jedoch von ihrem Vorsitzenden, W.Plenert, energische Initiativen zur Durchsetzung einer funktionsfähigen Organisationsstruktur ergriffen. Diese war ja bereits ein Jahrzehnt zuvor als notwendig erachtet worden (393). Entsprechend des Statuts der Gesellschaft von 1968 war die Gründung von Regionalgesellschaften (RG) vorgesehen (80), die aber erst 1970/71 realisiert werden konnte. In einem Schreiben des Vorsitzenden der Gesellschaft, W.Plenert, an sechs leitende Pädiater, potentielle Vorsitzende der RG, vom 23.3.1970, schreibt dieser: Es ist sicher zweckmäßig, diese Regionalgesellschaften nicht nur möglichst bald zu gründen, sondern sie darüber hinaus zu lebendigen Körperschaften zu entwickeln, um auch auf diesem Wege die Weiterentwicklung der Pädiatrie intensiv zu fördern.
Entsprechend den jeweiligen Mitgliederzahlen unserer Gesellschaft ist die Gründung folgender Regionalgesellschaften vorgesehen:
1. Bezirke Rostock, Neubrandenburg,Schwerin
2. Bezirke Berlin,Potsdam,Frankfurt
3. Bezirke Halle,Magdeburg
4. Bezirke Leipzig,Karl-Marx-Stadt
5. Bezirke Dresden,Cottbus
6. Bezirke Gera,Erfurt,Suhl" (398).

Mit der Feststellung des Vorstandes, daß "die Gründung der Regionalgesellschaften schleppend" verläuft, wurden Termine festgelegt, bis zu denen die Gründung erfolgen sollte (350). 1971 kann die Herausbildung einer nationalen,umfassend strukturierten Gesellschaft für Pädiatrie mit Konstituierung bzw. Gründungsversammlungen der Regionalgesellschaften abgeschlossen werden (Tab.12).

Tab.12: Die ersten Vorsitzenden der Regionalgesellschaften

G.Meyer	RG für die Bezirke Rostock, Schwerin,Neubrandenburg	ab 1975 RG Nord
E.-O.Berger	RG für die Bezirke Berlin, Potsdam,Frankfurt/O.	ab 1975 RG Berlin
L.Weingärtner	RG für die Bezirke Halle, Magdeburg	ab 1975 RG West
V.Dietel	RG für die Bezirke Leipzig, Karl-Marx-Stadt	ab 1975 RG Mitte
H.-J.Dietzsch	RG für die Bezirke Dresden, Cottbus	ab 1975 RG Ost
H.Patzer	RG für die Bezirke Erfurt, Gera,Suhl	ab 1975 RG Süd (352).

Mit ihrer Gründung bilden sich die Regionalgesellschaften zu den eigentlichen Trägern des wissenschaftlichen Lebens heraus. In ihnen wurde eine Hauptaufgabe, die der Pflege und Aufrechterhaltung von Kontakten unten den Mitgliedern, im wesentlichen realisiert (81).

Bereits ab Mitte der 60er Jahre bildeten sich in der Mehrzahl lockere, wenig verbindliche Strukturen i.S. von Arbeitsgemeinschaften nach wissenschaftlichen, wissenschaftsmethodischen, nosologischen, jedoch vorwiegend organbezogenen Aspekten des Fachgebietes heraus. Erste diesbezüglich konsequente Aktivitäten und Initiativen, die als konkretes Modell oder Beispiel für diese Entwicklung gelten können, gingen 1965/67 von W. Plenert aus, dem Initiator der "Arbeitsgruppe Leukose im Kindesalter". Diese wurde 1967 in Jena noch als Substruktur der Hauptproblemkommission Pädiatrie und Kinder- und Jugendgesundheitsschutz gegründet (8, 215,320,375). Unter dem Eindruck der durch die moderne Chemotherapie international stark verbesserten Chancen der Leukosetherapie im Kindesalter (s.Anlage 1) in den 50er und 60er Jahren und einem diesbezüglichen Nachholebedarf(214, 215,217) in der DDR erwuchs die Motivation für die Institutionalisierung der Bemühungen um das leukosekranke Kind, sowohl in Forschung als auch in medizinischer Praxis: "Wir waren damals gezwungen, uns fast ausschließlich an den Ergebnissen ausländischer Arbeitsgruppen zu orientieren. Besonders in den USA hatte die frühzeitig einsetzende Spezialisierung zum Zusammenschluß der Spezialisten (auf diesem Gebiet,d.A.) geführt", führt Plenert 1971 in einem Beitrag über die Bildung der Arbeitsgemeinschaft und deren weitere Aufgaben aus (215).

Mit der Koordinierung der Aufgaben bei der Behandlung der Leukose im Kindesalter und ihre Konzentrierung an geeignete Zentren wurden durch die Zusammenführung der Ergebnisse auch deren wissenschaftliche und damit kritische Auswertung und das Abstecken neuer Ziele möglich. In relativ kurzer Zeit gelang es, eine funktionsfähige Struktur aufzubauen, die beteiligten Einrichtungen bzw. deren Mitarbeiter rekrutierten sich überwiegend aus dem Hochschulwesen. Ein weiterer entscheidender Erfolg wurde bereits kurz nach Gründung der Arbeitsgruppe erreicht, der der Anerkennung durch den Staat(173).

Dies ist ein in der Wissenschaftsgeschichte hoch einzuordnendes Kriterium bei der Beurteilung von sich herausbildenden Institutionen. Die Gründung der Arbeitsgruppe und ihre weitere Entwicklung und Qualifizierung zu einer Arbeitsgemeinschaft der Fachgesellschaft war Voraussetzung für:

- eine erhebliche Verbesserung der Überlebensrate leukosekranker Kinder,
- die wissenschaftliche und fachliche Koordinierung aller Aktivitäten, einschließlich der postgradualen Weiterbildung der Kinderärzte,
- die zunehmende internationale Anerkennung der DDR auf diesem Gebiet (W.Plenert wurde 1969 Gründungsmitglied der ESPHI, s.Tab.15),
- neue wissenschaftliche und methodische Konzeptionen u.a. für die Organisation der interdisziplinären Zusammenarbeit.

Es kann davon ausgegangen werden, daß die erfolgreiche Arbeit dieser Arbeitsgruppe bzw. -gemeinschaft Stimulus und konzeptioneller Wegweiser für die Institutionalisierung anderer Probleme der Pädiatrie in Gestalt von Arbeitsgemeinschaften der Fachgesellschaft war. Diese Einschätzung liegt auch deshalb sehr nahe, da Plenert, der ab 1970 in Personalunion auch Vorsitzender der Gesellschaft für Pädiatrie war, sich aktiv für die wissenschaftliche Differenzierung der Gesellschaft, d.h. die Gründung von Arbeitsgemeinschaften, engagierte, wie aus entsprechend protokollierten Diskussionsbeiträgen auf den Vorstandssitzungen zu entnehmen ist (225).

Am 23.4.1970 konstatiert der Vorstand der Gesellschaft für Pädiatrie die Existenz folgender, als Arbeitsgemeinschaften deklarierte Vereinigungen von Kinderärzten unterschiedlicher Arbeitsbereiche (349), die sich mit speziellen Problemen der Pädiatrie teils aus wissenschaftlichem, teils aus rein kurativem Interesse befaßten und welche wiederum fast ausschließlich von Hochschullehrern geleitet wurden (s.Tab.13).

Tab. 13: Arbeitsgemeinschaften der Gesellschaft für Pädiatrie (Stand April 1970)

Arbeitsgemeinschaft	erster Nachweis	erster Vorsitzender	Einrichtung
Kinderradiologie	1967	H.Buttenberg	Erfurt
"Zur Bekämpfung der Mukoviszidose"	1967	G.O.Harnapp	Dresden
Neuropädiatrie	1969/70	J.Külz	Rostock
Pädiatrische Nephrologie	1970	P.Großmann	Berlin

Forsetzung Tab. 13:

Pharmakotherapie	1970	F.M.G.Otto	Dessau (BKH)
Pädiatrische Hämatologie und Onkologie (Vorläufer: Arbeitsgruppe Leukose im Kindesalter)	1970 1966/67	W.Plenert W.Plenert	Jena Jena
Pädiatrische Laborprobleme	1970	H.Kupatz	Rostock (BKH)
Bronchopulmologie	1970	H.-J.Dietzsch	Dresden

Anmerkung: Die o.g. und im wesentlichen alle weiteren Angaben über die Arbeitsgemeinschaften entstammen der Beantwortung eines entsprechenden Fragebogens, den der Autor 1985 an die Vorsitzenden der Arbeitsgemeinschaften der Gesellschaft für Pädiatrie gesandt hat, der ausnahmslos beantwortet wurde und somit eine Auswertung ermöglicht wurde.

Die zunächst in vielen Fällen rein pragmatischen Motive und Triebkräfte für die Herausbildung der meisten Arbeitsgemeinschaften ergaben sich primär aus Problemen der medizinischen Betreuung. Eine diesbezügliche Frage beantwortet der derzeitige Vorsitzende der Arbeitsgemeinschaft Pädiatrische Nephrologie folgendermaßen: "Es wurden Kollegen eingeladen (von der Kinderklinik der Charité,d.A.), die besonders in der Kinderklinik durch Hospitationen, Überweisungen von Patienten u.a. bekannt waren, z.T. auch schon von entsprechenden Publikationen. Es waren vorwiegend dienstjunge Kollegen, bis auf die Berliner fast ausschließlich nephrologische Autodidakten, also ohne Schule. Provoziert durch die hohe Morbidität der Nieren- und Harnwegserkrankungen im Kindesalter hatten sie von ihren Chefs den Auftrag erhalten, sich um die "Nierenkinder" zu kümmern, oder waren nach Krankengut und Literatur selbst darauf gekommen" (365).

Ohne zu stark zu verallgemeinern kann festgestellt werden, daß ähnliche Motive und Beweggründe auch für die Bildung anderer Arbeitsgemeinschaften ausschlaggebend waren. Damit standen bei der Bildung der Arbeitsgemeinschaften primär Belange der klinischen Praxis bzw. der medizinischen Betreuung - zumindest bei der Mehrzahl - im Vordergrund. Weitere Arbeitsgemeinschaften wurden z.T. auf Anregung des Vorstandes der Gesellschaft gegründet (nach 1970), (s.Tab. 14).

Tab. 14: Gegründete Arbeitsgemeinschaften nach 1970

Arbeitsgemeinschaft	erster Nachweis	erster Vorsitzender	Einrichtung
Klinische Genetik	1971	L.Pelz	Rostock
Infektologie	1971	H.W.Ocklitz	Berlin-Buch

Fortsetzung Tab. 14:

Kinderkardiologie	1972	K.Bock	Leipzig
Endokrinologie	1975	V.Hesse	Jena

Für die Bildung der Arbeitsgemeinschaft Sozialpädiatrie war staatliches Interesse ausschlaggebend. Unter der früheren Bezeichnung AG "Morbidität und Mortalität im Kindes- und Jugendalter" wurde "... aus dem Gründungsprotokoll ersichtlich, daß die AG 1972 vom Ministerium für Gesundheitswesen ins Leben gerufen" wurde (367).

Die Bildung der Arbeitsgemeinschaften gibt beispielhaft einen Überblick, nach welchen Prinzipien und Kriterien sich die Pädiatrie als medizinische Disziplin besonders seit Ende der 60er Jahre in der DDR zu differenzieren begann, wobei die Wurzeln zumindest für einige Spezialisierungen bis in die 50er Jahre zurückreichen (s.6.1.):

Kriterium/ Prinzip	Beispiele
- organbezogen	AG Kardiologie, Nephrologie, Bronchopulmologie, Neuropädiatrie, Endokrinologie
- organbezogen/ nosologiebezogen	AG Hämatologie/Onkologie, Gastroenterologie/Stoffwechsel
- nosologiebezogen	AG "Zur Bekämpfung der Mukoviszidose", Klinische Genetik, Infektologie
- methodenbezogen/ interdisziplinär	AG Physiotherapie, Pharmakotherapie, Laborprobleme, Radiologie, Sozialpädiatrie
- altersgruppenbezogen/nosologiebezogen	theoretisch: AG Neonatologie (in der Gesellschaft nicht existent, da in der DDR seit 1969 als Gesellschaft für Perinatologie institutionalisiert, interdisziplinär).

Bis in die Gegenwart kam es im Zuge der weiteren qualitativen und quantitativen Entwicklung der Arbeitsgemeinschaften neben der Lösung pädiatrisch-praktischer Fragen zur Bearbeitung einer Reihe wissenschaftlich anstehender Probleme, in deren Rahmen prospektive Therapie- bzw. Morbiditäts- und Mortalitätsstudien erstellt wurden. Umfangreich ist die Anzahl der von der Gesellschaft (bzw. den Arbeitsgemeinschaften) herausgegebenen Empfehlungen für die praktische Pädiatrie (301). Bezüglich einer detaillierten Charakteristik der Entwicklung der Arbeitsgemeinschaften s. Analyse des bereits erwähnten Fragebogens bzw. (12).

Mit der Herausbildung der Arbeitsgemeinschaften der Gesellschaft vollzieht sich auch in dieser Institution der Disziplin die bereits international weit fortgeschrittene Spezialisierung und Differenzierung der Pädiatrie. Bereits Anfang der 60er Jahre kam es auf nationaler Ebene vor allem westeuropäischer Länder bereits zur Herausbildung differenzierter Strukturen i.S. von Arbeitsgemeinschaften, die in zunehmendem Maße zur Gründung internationaler (meist westeuropäischer) Gesellschaften führte. In Tab. 15 (s.S. 113) sind die Gremien chronologisch aufgelistet, in denen die DDR als Korporativmitglied durch die Gesellschaft für Pädiatrie bzw. als Einzelmitgliedschaft von Pädiatern vertreten ist.

Mit der maßgeblich durch die Arbeit des Vorstandes der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR beschleunigten Herausbildung der Arbeitsgemeinschaften wurde einerseits der internationalen Entwicklung Rechnung getragen, andererseits aber auch die sich vor allem in den Hochschulkliniken diffenrenzierende Wissenschaft Pädiatrie auf die Strukturierung der Fachgesellschaft projiziert. Dennoch ist dieser Prozeß in seiner Gesamtheit, verglichen mit der internationalen Entwicklung in führenden kapitalistischen Industriestaaten, vor allem Westeuropas und den USA mit etwa einem Jahrzehnt Verzögerung eingeleitet worden. Die Arbeitgemeinschaften werden zu notwendigen Akzeptoren und Donatoren wissenschaftlicher Inhalte für die gesamte Fachgesellschaft und damit für das Fach selbst.

Bei der Bildung der Arbeitsgemeinschaften war es notwendig, den Spielraum bzw. die Grenzen zu den in Nachbardisziplinen existierenden, auf das Kindesalter bezogenenen Arbeitsgemeinschaften oder ihnen gleichgestellte Strukturen abzustecken und das eigene Profil zu artikulieren. Eine klare Konzeption des Vorstandes mit der Verpflichtung der Arbeitsgemeinschaften, sich selbst eine Arbeitsordnung zu geben und damit den Rahmen ihre prospektiven Tätigkeit zu umreißen (349), führte dazu, daß es nicht zu einer "Rumpfgesellschaft", sondern zu einer medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaft kam, die als Dach für alle das Entwicklungsalter betreffenden Probleme fungieren konnte.

Tab.15: Korporativmitgliedschaft der Gesellschaft für Pädiatrie bzw. Einzelmitgliedschaft ihrer Mitglieder in internationalen wissenschaftlichen Gesellschaften, chronologisch nach deren Gründung geordnet (nach Angaben des Generalsekretariats der medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften und (240))

Internationale Gesellschaft	Abkürzung	Gründung	Mitglied	seit
International Paediatric Association	IPA	1910/12	Ges.f.Päd.	1971
Association of Pediatric Education in Europe	APEE	1970	Ges.f.Päd.	1978
International College of Pediatrics	ICP	1974	Ges.f.Päd.	1978
Union of European Paediatric Societies and Associations (europäische Regionalgesellschaft der IPA)	UNEPSA	1975	Ges.f.Päd.	1979
European Society for Social Pediatrics	ESSOP	1977	Ges.f.Päd.	1978
European Society for Pediatric Endocrinology	ESPE	1962	V.Hesse	1984
European Society for Pediatric Cardiology	ESPC	1963	J.Bartel, G.Wagner, K.Bock	1966/ 1968
International Cystic Fibrosis (Mucoviscidosis) Association	ICF(M)A	1964	B.Gottschalk	1970
European Working Group on Cystic Fibrosis (europäische Regionalorganisation der ICF(M)A)	EWGCF	1964	H.-J.Dietzsch	1974
European Society for Pediatric Radiology	ESPR	1965	I.Nitz, D.Hörmann H.-J.Preuß	-
European Dialysis and Transplantation Association (nicht ausschließlich pädiatriespezifisch)	EDTA	1965	K.Zoellner, H.J. Stolpe	1974/ 1986
European Society for Pediatric Nephrology	ESPN	1967	P.Großmann	1967
European Society for Pediatric Research	ESPR	1968	K.Jährig	1978
European Society for Pediatric Gastroenterology and Nutrition	ESPGAN	1968	W.Plenert	1968
European Society for Perinatal Medicine	ESPM	1968	I.Syllm-Rapoport	1970
European Society for Pediatric Hematology and Immunology	ESPHI'	1969	W.Plenert	1969

Eine Ausnahme bildete lediglich die Neonatologie, die seit Existenz der Gesellschaft für Perinatale Medizin der DDR 1969 nicht als Strukturelement von der pädiatrischen Fachgesellschaft repräsentiert wurde.

Die Entwicklung zu einer zunehmenden Spezialisierung und Differenzierung der Pädiatrie als medizinisch-wissenschaftliche Disziplin läßt sich an einem weiteren, für die Wissenschaftsgeschichte interessanten Kriterium, dem der Veränderung der Profession der jeweiligen Disziplin,nachweisen. Nach der Gründung der DDR war die Existenz des medizinischen Berufsbildes Kinderarzt nicht in Frage gestellt, im Gegenteil, sie war akzeptiert und selbstverständlich und wurde, wie für andere klinische Disziplinen auch üblich, durch entsprechende gesetzliche Bestimmungen fixiert. Für die Regelung der Ausbildung und staatlichen Anerkennung der Fachärzte - ein wesentliches Element sozialistischer Gesundheitspolitik - wurde bereits 1956 eine entsprechende Anordnung erlassen (s. GBl.der DDR,Teil I (1956),S.345 ff). Auf dieser Grundlage war zunächst eine einheitliche postgraduale Ausbildung auch in der Pädiatrie gesichert. In der Neufassung der Anordnung (GBl.der DDR, Teil I (1967), S. 83 ff) und der Bekanntmachung Nr. 2 über Ausbildungs- und Prüfungsstandards für die Ausbildung von Fachärzten (VuM Nr. 23/1967,S. 195) wird ein diesbezügliches Reglement auch für die Pädiatrie rechtsgültig(175).

Einen regelrechten Kampf mußte die Pädiatrie - verglichen mit der Inneren Medizin - jedoch um die Anerkennung und staatliche Sanktionierung der sich im Fachgebiet entwickelnden Subspezialisierungen führen. Beginnend mit einer kontinuierlichen und straffen Vorstandsarbeit der Gesellschaft seit Anfang der 70er Jahre, waren Anträge auf Anerkennung von Subspezialisierungen in der Pädiatrie, die objektiv begründbar waren, an die Akademie für Ärztliche Fortbildung (AfÄF) herangetragen worden. Die Diskussionen zu diesem Gegenstand geben einen Einblick darin, wie die Pädiater selbst die Entwicklung ihres Faches nach wissenschaftsorientierten Schwerpunkten einschätzten und

was sie unternahmen, um ihre diesbezüglichen Interessen durchzusetzen. Bereits 1969 wurde im Vorstand der Gesellschaft über eine Subspezialisierung für pädiatrische Hämatologie diskutiert, ohne daß sich daraus etwaige Konsequenzen ergaben. Ein Jahr später wurde die AfÄF gebeten, die internistischen Subspezialisierungen (Kardiologie, Rheumatologie, Endokrinologie, Gastroenterologie) "auch von pädiatrischer Seite zugänglich" zu machen (348,350,351,357).
1970 sehen führende Pädiater der DDR (Vorstandsmitglieder der Gesellschaft) folgende Schwerpunktgebiete der Pädiatrie so weit ausgereift, daß sie Aufträge für die Begründung einer Antragstellung für die Subspezialisierungen erteilen. Als Hauptargumentation dafür galt der Leitsatz: "Für das Kind ist eben der spezialisierte Pädiater besser als der Organspezialist":

- Neonatologie durch I.Syllm-Rapoport
- Nephrologie durch P.Großmann
- Kardiologie durch K.Bock
- Brochologie durch H.-J.Dietzsch
- Infektologie durch H.W.Ocklitz

Zurückhaltender diskutierte man 1970 die Endokrinologie, Verdauungs- und Stoffwechselkrankheiten und die Diabetologie.
1973 wird vom derzeitigen Vorsitzenden der AG Neuropädiatrie, J.Külz, auch hierfür eine sanktionierte Subspezialisierung gefordert mit der Begründung: "Die große Bedeutung dieses Gebietes ... machen die Neuropädiatrie zu einem förderungswürdigen Gebiet ... In größeren Kinderkliniken sollte die Neuropädiatrie ähnlich wie Neonatologie und Infektologie ... zum obligaten Arbeitsprofil gehören" (356).
Mit der Verab schiedung der neuen Facharztordnung (GBl Teil I,Nr. 30) vom 21.6.1974 wird im Paragraph 4 der Zugang zu folgenden Subspezialisierungen auch von der Pädiatrie her ermöglicht:

- Diabetologie
- Gastroenterologie
- Rheumatologie
- Nephrologie
- Kardiologie
- Kinderneuropsychiatrie.

Speziell für die Pädiatrie geforderte Subspezialisierungen wie z.B. die Neonatologie oder die Kinderbronchologie befinden sich 1975 nach wie vor im Stadium der Diskussion in der AfÄF bzw. werden von ihr primär abgelehnt; die Neonatologie wird erst 1983 als Subspezialisierung anerkannt (360,361,364). Ende der 70er Jahre ist die Differenzierung der Profession Kinderarzt kein Ausdruck prospektiver wissenschaftsstrategischer Entwicklung des Faches mehr, vielmehr geht es um Problemlösungen vorrangig auf dem Gebiet der medizinischen Betreuung auf hochspezialisiertem Niveau.
1975 stellt der Vorstand der Gesellschaft fest, daß "Anspruch und Bedarf der medizinischen Betreuung Kriterien für die Notwendigkeit einer Subspezialisierung" sind (361). Diese Position wird auch 1982 aufrechterhalten: "Subspezialisierungen muß es geben, es darf aber durch sie nicht zu einer Aufspaltung des Faches kommen, sondern sie sollen Schwerpunkte der medizinischen Betreuung sein und Teilgebiete traditioneller Fachgebiete umfassen"(363).

8.1.4. Schwerpunkte der Arbeit des Vorstandes der Gesellschaft für Pädiatrie in den 70er Jahren

Mit Beginn einer kontinuierlichen Vorstandsarbeit der Gesellschaft ab 1969/70 wird der große Nachholebedarf an analytischer Arbeit auf dem gesamten Gebiet des Faches deutlich. Es wird notwendig, sich einen Gesamtüberblick über Vorhandenes, Fehlendes und Anzustrebendes zu erarbeiten. Diese, für eine konzentrierte konzeptionelle bzw. strategische Arbeit notwendige Voraussetzung, wird zu Beginn der 70er Jahre weitgehend realisiert. Durch eine 1972 vom MfGe auch für die Gesellschaft für Pädiatrie in Auftrag gegebene "Analyse der Qualität der medizinischen Betreuung" erfährt die analytische Arbeit eine weitere Stimulation. Die folgende Tab.16 (s.S. 117) belegt exemplarisch die umfassende Problematik, aussagefähige Analysen für das Fachgebiet zu erarbeiten.
Dennoch waren parallel zur analytischen Arbeit konzeptionelle Gedanken, die in den 70er Jahren vorwiegend praxisorientiert waren (sein mußten) im Ergebnis einer straffen und kontinuierlichen Vorstandsarbeit formuliert und als Empfehlungen zentralen Staatsorganen, vor allem dem MfGe zur Kenntnis gegeben worden, z.B. (s.S. 118):

Tab.16: Analytische Tätigkeit des Vorstandes der Gesellschaft in der ersten Hälfte der 70er Jahre (Auswahl)

Zeitraum	Themenkreis/Problem	Quelle	Erste prognostische bzw. konzeptionelle Schlußfolgerungen
1970/71	Bestandsaufnahme bisher existierender Arbeitsgemeinschaften bzw. -gruppen	(349, 351)	Erarbeitung von Arbeitsordnungen und Berichtspflicht gegenüber dem Vorstand, Abgrenzung der Interessen der Pädiatrie gegenüber evtl. existierenden interdisziplinären Arbeitsgemeinschaften anderer Fachgesellschaften
1971	Kontakte mit Fachgesellschaften sozialistischer Länder	(353)	Empfehlung der Intensivierung über die Arbeitsgemeinschaften
1970 ff	Einordnung der Pädiatrie in bestehende und speziell für sie zu schaffende Subspezialisierungen	(349, 351, 360,361)	Artikulierung der Notwendigkeit der staatlichen Anerkennung eines spezialisierten Pädiaters anstelle eines "Organspezialisten"
1971/73	Pädiatrische Fachliteratur: Übersicht über vorhandene und zu erarbeitende Monographien, Nachschlagewerke, Zeitschriften	(352, 354, 359)	Sicherung des Einflusses der Gesellschaft bei der Konzipierung der pädiatrischen Fachliteratur, Gründung einer Literaturkommission, Schaffung eines Publikationsorgans der Gesellschaft (Kinderärztliche Praxis ab 1.1.1973)
1972/75	Stand der postgradualen Weiterbildung	(354, 358, 359)	Erarbeitung/Überarbeitung von Aus- und Weiterbildungsstandards, Forderung eines pädiatrischen Lehrstuhles an der Akademie für Ärztliche Fortbildung sowie von Dozenturen für Neonatologie, Jugendmedizin, Infektionskrankheiten
1972	Stand der medizinischen Betreuung in mehreren Spezialgebieten der Pädiatrie	(355)	Empfehlung an das Ministerium für Gesundheitswesen über durchzuführende staatliche Maßnahmen
1975	Stand der endokrinologischen Betreuung von Kindern in der DDR	(362)	Zusammenfassung einzelner, bisher sporadisch arbeitender Gruppen
1975	Position der Klinischen Genetik in der Pädiatrie der DDR	(362)	Empfehlung der Einrichtung genetischer Abteilungen bzw. Arbeitsgruppen in allen Hochschulkinderkliniken und Kinderkliniken von Bezirkskrankenhäusern

- "Empfehlungen der Gesellschaft für Pädiatrie für die Organisation der medizinischen Betreuung von Kindern und Jugendlichen" von 1971,
- "Empfehlungen des Vorstandes der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR für die Gestaltung des pädiatrischen Anteiles am Ausbildungs- und Erziehungsprogramm" von 1971,
- Erarbeitung analytischen und konzeptionellen Materials für eine Konsultation der Gesellschaft mit dem MfGe von 1974 (Inhalt: materiell-technische Versorgung für die Kinderheilkunde, Kaderfragen, juristische Probleme),
- Erarbeitung einer Position der Bezirksfachkommissionen Kinderheilkunde (von der Gesellschaft für Pädiatrie personell wesentlich getragen), die sich zur Facharzt-Weiterbildung und kontinuierlichen Weiterbildung der Fachärzte äußerte (257),
- Empfehlungen zur medizinischen Betreuung von einzelnen Arbeitsgemeinschaften (12),
- Positionspapier zur Diskussion mit dem MfGe zu "Stimulierung, zielstrebige Entwicklung und Nutzung der fachgebietsbezogenen Forschung" (399).

Vor allem im letztgenannten Material fordert der Vorstand der Gesellschaft für Pädiatrie erstmalig ausdrücklich aus der Sicht der Wissenschaftsentwicklung strukturelle und konzeptionelle Veränderungen an den Hochschulkinderkliniken. Mit der Forderung nach großzügiger Handhabung der Bildung von spezialisierten Abteilungen wird die Institutionalisierung von wissenschaftlichen Schwerpunkten der Pädiatrie als eine auf der Tagesordnung stehende Aufgabe deklariert: "Die Schaffung von Abteilungen würde die wissenschaftliche Entwicklung und Konzentration erheblich fördern. Auch für andere Teilgebiete (als die Bronchopulmonologie,d.A.) könnten durch Lehrstühle an einzelnen Hochschuleinrichtungen Stimuli für die fachgebietsbezogene Forschung erfolgen (399).

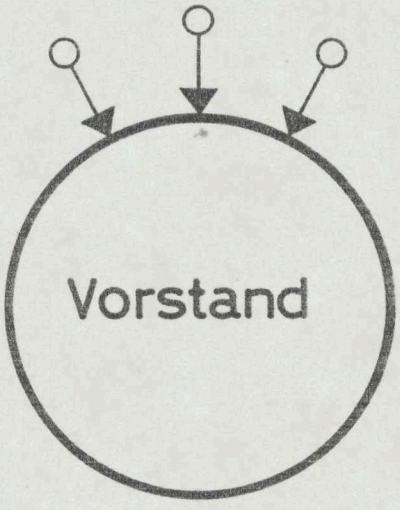
Aus diesen Beispielen zur analytischen und beginnenden konzeptionellen Arbeit des Vorstandes der Gesellschaft Ende der 60er bis Mitte der 70er Jahre kann geschlußfolgert werden, daß es gelang, auf allen maßgeblichen Gebieten die Basis für eine funktionierende wissenschaftliche Gesellschaft der Disziplin Pädiatrie in der DDR zu legen.

8.1.5. Versuch einer Typisierung der Organisation und Strukturierung kinderärztlicher Vereinigungen in der DDR seit 1949

Die Entwicklung kinderärztlicher Vereinigungen in der DDR im Ergebnis politischer und wissenschaftsstrategischer Entwicklungen bedingte einerseits eine Veränderung der Stellung der Mitglieder der Gesellschaft zu deren leitenden Gremien und Strukturen und hatte andererseits eine völlig neue Position der medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften zum Staat zur Folge; mit den entsprechenden gesetzlichen Bestimmungen Ende der 60er Jahre in der DDR war ein hohes Maß an Verbindlichkeit zwischen Staat und Gesellschaft für Pädiatrie geschaffen worden.
Die durch die Wissenschaftsentwicklung wesentlich getragene Herausbildung von problemorientierten Arbeitsgemeinschaften mit relativ scharf umrissenen Zielstellungen bzw. Wissenschaftsgegenständen drangen zudem auf eine neue Qualität von Struktur und Organisation der Gesellschaft, ebenso wie die ständig steigenden Mitgliederzahlen (s.Anlage 5).

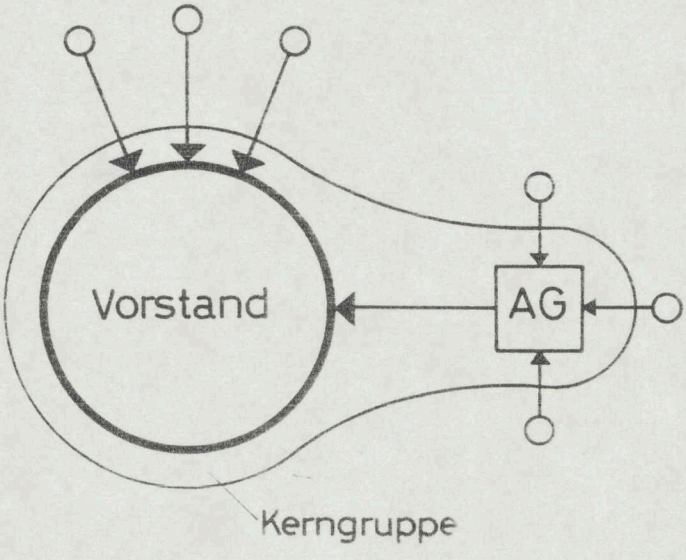
Die Arbeitsgemeinschaften als wissenschafts- bzw. problemorientierte Strukturen und Institutionen der Gesellschaft und die Regionalgesellschaften als vorwiegend der Weiterbildung dienende Organisationsformen stellen in ihrer Gesamtheit die Voraussetzung für die Funktion der Gesellschaft als eine tragende Säule der Fachgebietsentwicklung dar.
Mit den folgenden Abbildungen in Anlehnung an Papay (201) wird ein Versuch der Typisierung bezüglich der funktionierenden Einheiten unterschiedlich strukturierter kinderärztlicher Vereinigungen in der DDR bis zur gegenwärtig existierenden Fachgesellschaft unternommen (s. Abb. 4 a und b, S. 120 und 121).

Abb. 4a Vorschlag einer Typisierung kinderärztlicher Vereinigungen in der DDR seit 1949



Typ I

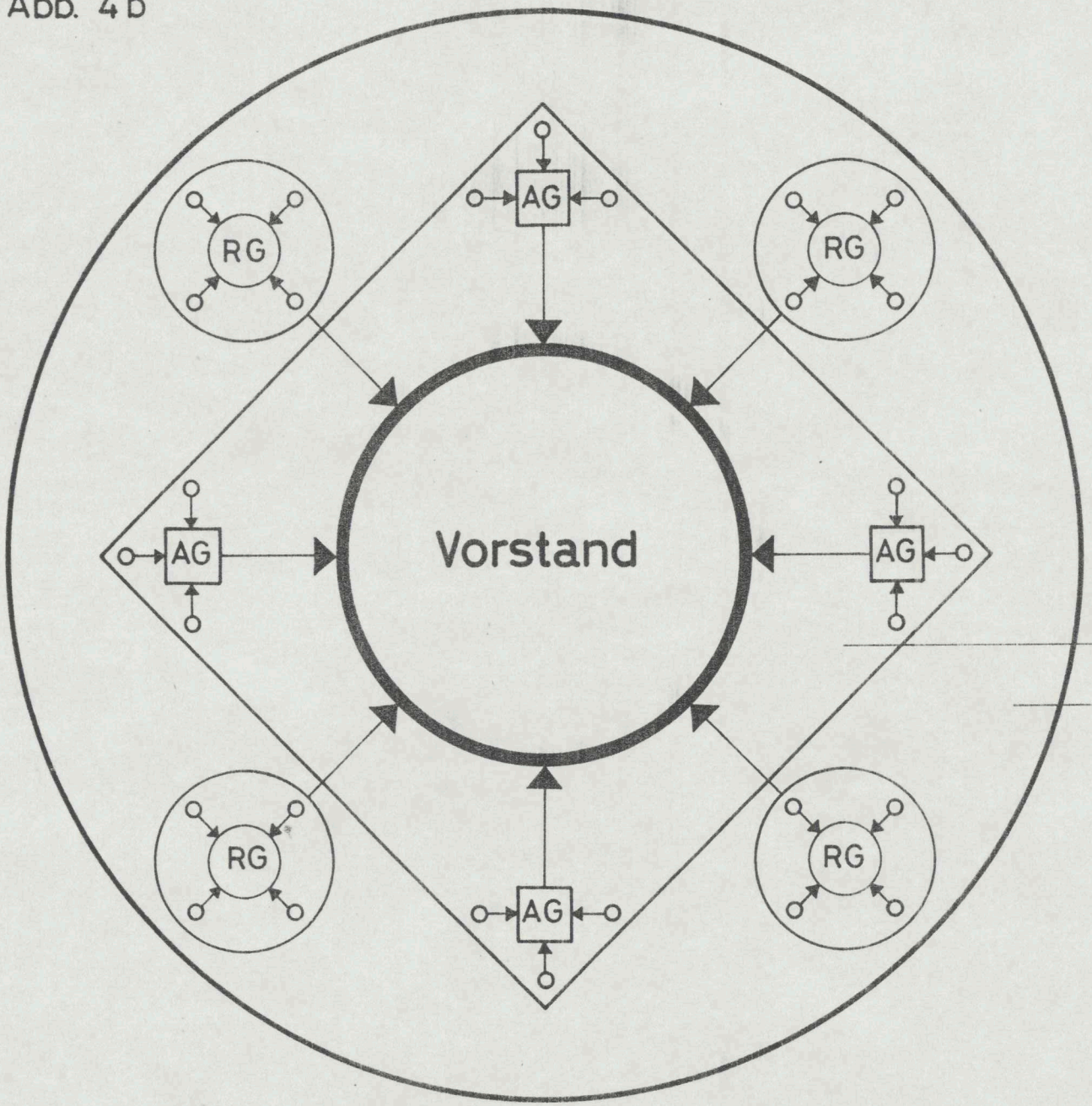
zentrumorientierter Typ, im wesentlichen alle Vereinigungen bis 1962



Typ II

zentrumorientierter Typ mit Kerngruppe (z. B. Sektion Pädiatrie mit sich herausbildenden Arbeitsgemeinschaften bzw. Arbeitsgruppen bis Ende der 60 er Jahre)

Abb. 4b



Typ III

dezentralisierter Typ mit Kern - gruppe und Gesamtmitgliederschaft (z. B. Gesellschaft für Pädiatrie mit Arbeitsgemeinschaften und Regionalgesellschaften ab Beginn der 70 er Jahre)

Kerngruppe

Gesamtmitgliederschaft

Die in Abbildung 4 vorgeschlagene und summierende Typisierung läßt sich weiter fassen im Nachweis einer periodischen Entwicklung der Kinderärztegesellschaften in der DDR überhaupt:

1. Die erste Periode ab 1945/49 ist dadurch gekennzeichnet, daß die in der SBZ und in der DDR bis 1962 existierenden Kinderärztegesellschaften sich z.T. auf Strukturen der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde gründen. Regional begrenzte Kristallisationspunkte bilden sich nach 1945 - ebenfalls traditionsgemäß - an den Universitäten, teilweise in Kombination mit anderen Fachgebieten heraus. Von der Funktionsweise her sind diese Gesellschaften vorwiegend als Kongreßgesellschaften anzusehen; standespoliti Ambitionen konnten nicht nachgewiesen werden, hierfür fehlte in der DDR auch die objektive Notwendigkeit. Die politische Ambivalenz der führenden Vertreter dieser Gesellschaften ergibt sich allein aus ihrer weiteren gleichzeitigen Mitgliedschaft in der (West-) Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde, was allerdings zunächst nicht im Widerspruch zur Staatsdoktrin in den 50er Jahren stand.

2. Die zweite Periode ab 1960/62 wird eingeleitet mit der Gründung der Deutschen Gesellschaft für Klinische Medizin und der daraus folgenden erstmaligen Existenz einer nationalen Pädiatervereinigung der DDR in Gestalt der Sektion Pädiatrie. Neben der Organisation und Durchführung von Kongressen und Tagungen können entscheidende wissenschaftsstrategische und -orientierende Impulse für die Fachgebietsentwicklung nicht in ausreichendem Maße nachgewiesen werden, zumal grundlegende analytische Vorarbeiten bisher fehlen. Eine gegenseitige Kompetenzkongruenz zur Hauptproblemkommission Pädiatrie und Kinder- und Jugendgesundheitsschutz ist zu diskutieren.

3. Eine neue, dritte Periode wird Ende der 60er Jahre mit der Gründung der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR eingeleitet. Die strukturelle und auf juristischer Grundlage stehende enge Bindung an das Ministerium für Gesundheitswesen sichert und erfordert gleichermaßen, daß sich die Gesellschaft den gesellschaftlichen Erfordernissen für die Kindergesundheit in zunehmendem Maße annimmt. Diesbezüglich wird sie Repräsentantin aller das Kind und seine Gesundheit betreffender Probleme gegenüber nationalen und internationalen wissenschaftlichen Gremien und staatlichen Organen der DDR. Aus der komplexen Aufgabenstellung folgt notwendig die Neuorientierung von Struktur und Organisation der ständig wachsenden Fachgesellschaft zu Beginn der 70er Jahre.

8.2. Zur Rolle der Hauptproblemkommission Pädiatrie und Kinder- und Jugendgesundheitsschutz in den 60er Jahren

In den Dokumenten der Weimarer Gesundheitskonferenz, besonders im "Perspektivplan zur Entwicklung der medizinischen Wissenschaft in der DDR" kommen speziell für die Pädiatrie keine grundsätzlich neuen konzeptionellen Ansätze, wie die bereits von Peiper entworfenen zutage. Dennoch wird die Bedeutung der Kinderheilkunde für die weitere Verbesserung des Gesundheitszustandes der Kinder und Jugendlichen und die Senkung der Säuglingssterblichkeit auch staatlicherseits akzentuiert anerkannt und u.a. die Verdoppelung der Zahl der Kinderärzte bis 1965 gefordert. Hierin konnte die Pädiatrie die Realisierung einer entsprechenden, von Peiper formulierten Forderung (s.6.1.) durch den Staat erkennen, denn die Durchsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse der Kinderheilkunde in der pädiatrischen Praxis konnte im wesentlichen nur eine Aufgabe der Kinderärzte selbst sein.
Des weiteren war 1963 vom Rat für Planung und Koordinierung der medizinischen Wissenschaft und des Gesundheitswesens die Bildung von Problemkommissionen konzipiert worden (227), eine Maßnahme, die auch für die Pädiatrie eine entsprechende Institution schuf. Am 2. Oktober 1964 konstituierte sich die Hauptproblemkommission (HPK) Pädiatrie und Kinder- und Jugendgesundheitsschutz.
Mit Stand vom 1.12.1965 war sie folgendermaßen strukturiert (s.Abb.5, S.124), (389).
Meinungsäußerungen, Stellungnahmen, Ideen und Konzeptionen, die in der Arbeit des Rates und in den Problemkommissionen zur Sprache kommen, werden in den 60er Jahren vom Ansatz her richtungweisend für den Weg der Pädiatrie in medizinischer Wissenschaft und Praxis. In der ersten Hälfte der 60er Jahre setzte - induziert durch die Arbeit des Rates - eine aktive prognostische Tätigkeit auf allen Gebieten der Medizin, so auch in der Pädiatrie ein, die W.Plenert rückblickend als "Prognoseboom" bezeichnet (375) Hier war ein entsprechender Nachholebedarf aus den 50er Jahren aufzuholen.

Abb.5: Struktur der Hauptproblemkommission (HPK) Pädiatrie und Kinder- und Jugendgesundheitsschutz (Stand 1.12.1965), (389)

Hauptproblemkommission Pädiatrie und Kinder- und Jugendgesundheitsschutz

Vorsitzender: J. Dieckhoff
Stellvertreter: E. Häßler
Mitgliederzahl: 24 davon: Direktoren aller neun Hochschulkinderkliniken, 5 Ordinarien benachbarter Disziplinen sowie 3 weitere Mitarbeiter medizinischer Hochschuleinrichtungen

Aufgliederung in Problemkommissionen (PK)

	1. PK Säuglingssterblichkeit und Infektionskrankheiten im Kindesalter	2. PK Das defektive Kind	3. PK Gesundheit und Entwicklung der jungen Generation
Vorsitzender:	L.Weingärtner	G.Göllnitz	E.Schmidt-Kolmer
Stellvertreter:	H.-C.Hempel	H.Patzer	H.Kirchmair
Mitglieder:	30	13	31
davon:	12 Pädiater aus dem Hochschulwesen, 5 weitere Mitarbeiter benachbarter Disziplinen aus dem Hochschulwesen	2 Pädiater aus dem Hochschulwesen (vorwiegend interdisziplinär zusammengesetzte PK)	6 Pädiater aus dem Hochschulwesen, 12 weitere Mitarbeiter aus benachbarten Disziplinen des Hochschulwesens

Der maßgebliche Einfluß der Ordinarien für Pädiatrie auf die Arbeit der HPK und ihr Engagement in diesem Gremium war die Fortsetzung des bereits in den 50er Jahren von einer Vielzahl von Hochschullehrern getragenen Interesses für die Kindergesundheit über den Rahmen der Hochschule hinaus; erstmals war es jedoch gelungen, durch die Arbeit der HPK eine Art "konzertierte Aktion" für die Weiterentwicklung der Pädiatrie vom prognostischen Ansatz her einzuleiten. Dies ist als eine der wesentlichen Ergebnisse und Funktionen der HPK zu betrachten und war umso wichtiger,als es bislang eine nationale medizinisch-wissenschaftliche Gesellschaft für Pädiatrie der DDR nicht gab. Die 1963 geschaffene Sektion für Pädiatrie nahm eben erst ihre Arbeit auf, mußte sich erst etablieren und stieß teilweise auf Widerstand (s.8.1.).
Als ein entscheidender Höhepunkt der Arbeit der HPK und ihrer Zielrichtung ist das Symposion über "Die Perspektiven der Pädiatrie und des Kinder- und Jugendgesundheitsschutzes in der Deutschen Demokratischen Republik" anzusehen. Ausgehend von der Analyse des Standes des Kinder- und Jugendgesundheitsschutzes Mitte der 60er Jahre kommt es zu prognostischen Überlegungen; es werden Forderungen zur weiteren Entwicklung der Pädiatrie artikuliert (s.a. 7.),(296). Als neue Konzeption für die Bewältigung gesundheitspolitischer und wissenschaftlicher Aufgaben bei der qualitativen Verbesserung des Gesundheitsschutzes im Entwicklungsalter ist die breite Einbeziehung aller medizinischen Disziplinen, zu deren Arbeitsgegenstand auch die Betreuung von Kindern gehört, unter Leitung der Pädiatrie aufzufassen.
Auf den ersten Blick könnte - aufgrund der getroffenen perspektiven Aussagen von der HPK Pädiatrie und Kinder- und Jugendgesundheitsschutz als einer wissenschaftsdirigierenden und -leitenden Institution gesprochen werden. Es ist dem Autor jedoch trotz intensiver Bemühungen nicht gelungen, aussagekräftiges Material über die Realisierung

der aufgezeigten wissenschaftlichen und institutionellen Perspektiven bzw. ihren Widerhall sowohl bei staatlichen Institutionen als auch bei den in der Praxis tätigen Pädiatern aufzufinden.

Mit der Gründung der Gesellschaft für Pädiatrie und ihrer weiteren Entwicklung wird offenbar - wie in anderen Disziplinen auch - die objektive Notwendigkeit der Existenz der HPK limitiert. In einem Schreiben des Ministers für Gesundheitswesen an alle Vorsitzenden der Hauptproblemkommissionen und Problemkommissionen vom 1.9.1978 wird letztlich folgerichtig und wohl schon überfällig die Weiterexistenz dieser Institutionen negiert: "... Viele der Vorsitzenden, Sekretäre und Mitglieder der Problemkommissionen stehen heute und künftig dem Ministerium unmittelbar als Berater zur Seite, vor allem durch ihre Tätigkeit in den Vorständen der medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften ..." (390).

Aus heutiger Sicht muß die HPK in ihrer temporären Existenz als ein vom Staat geschaffenes Beratungsgremium eingeschätzt werden, das eine funktionierende Fachgesellschaft, die in der Pädiatrie zu Beginn der 60er Jahre auf nationaler Ebene nicht existierte, offenbar kompensieren sollte. Andererseits waren aus der Sicht der von der Weimarer Gesundheitskonferenz gezeichneten Perspektiven derartige Institutionen in der Medizin notwendige Instrumente, um auch die Entwicklung der medizinischen Wissenschaft in die gesamtgesellschaftliche Entwicklung einzupassen.

Des weiteren waren qualitative Veränderungen in der Medizin überhaupt, so auch in der Pädiatrie,nur durch eine breite Einbeziehung und Beteiligung von Fachleuten herbeizuführen, zu denen ein enger Kontakt zu staatlichen Institutionen hergestellt werden mußte, der über den Rat für Planung und Koordinierung der medizinischen Wissenschaft und des Gesundheitswesens mit seinen Problemkommissionen realisiert wurde.

8.3. Zur Entwicklung kommunikativer Institutionen der Disziplin, dargestellt am Beispiel der "Kinderärztlichen Praxis"

Die "Kinderärztliche Praxis" gehört nicht zu jenen Fachzeitschriften, die sich bereits in der Herausbildungsphase der Disziplin (s.Teil I, 3.2.) etablierten, sie ist jedoch heute in der DDR als Organ der Gesellschaft für Pädiatrie das wichtigste disziplinspezifische Kommunikationsmittel.
Unter der Schriftleitung von St.Engel und E.Nassau erschien im September 1930 das erste Heft dieser Zeitschrift, die primär - wie in der Einführung ausgewiesen - nach den Belangen der medizinischen Praxis zugeschnitten werden sollte (57, 108), nachdem es eine ganze Reihe unterschiedlich profilierter Vorläufer gegeben hat (308-311).
Nach dem 2. Weltkrieg ergaben sich auch für das Weitererscheinen der "Kinderärztlichen Praxis" (Kipra) neue Bedingungen. Bis zum März 1946 gab es auf dem Boden der SBZ keine staatliche oder gesellschaftliche Institution, die eine administrative Funktion den wissenschaftlichen Publikationsorganen der Medizin gegenüber ausübte. Am 22.3.1946 erteilte die SMAD der "Arbeitsgemeinschaft medizinischer Verlage" in der SBZ, bestehend aus 9 Verlagen, die Verlagslizenz (231) und ebnete damit den (juristischen) Weg für das Erscheinen medizinischer Publikationsorgane.
Die Kipra gehörte 1946 zu den 16 lizensierten medizinischen Zeitschriften o.g. Arbeitsgemeinschaft, deren Erscheinen bereits realisiert bzw. in Vorbereitung war. Dabei sollten "die Herausgeberkollegien unabhängig von den Zonengrenzen berufen (werden)" (231). Für die Kipra ist kennzeichnend, daß die Herausgeber bzw. Mitglieder des Redaktionskollegiums sich vor allem aus Pädiatern der BRD rekrutierten. Erst mit Beginn der 70er Jahre und in Verbindung mit dem Erscheinen der Zeitschrift als offizielles Organ der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR gelingt es, diesen Zustand zu überwinden (s.Tab. 17,S.128).

Tab.17: Zusammensetzung des Herausgeber- bzw. Redaktionskollegiums der "Kinderärztlichen Praxis" in Fünfjahresabständen

Zeitraum	aus der BRD	aus der DDR	aus weiteren Ländern des SW und NSW
1950/51	7	2 Peiper, Stolte	4, davon 2 aus der Schweiz und je 1 aus den USA bzw. aus Schweden
1955/56	8	2 Dost, Peiper	4, davon 2 aus der Schweiz und je 1 aus den USA bzw. aus Schweden
1960/61	10	1 Peiper	2, davon je 1 aus der Schweiz bzw. aus Schweden
1965/66	11	4 Dieckhoff, Liebe, Peiper, Weingärtner	2, davon je 1 aus der Schweiz bzw. aus Schweden
1970/71	9	3 Dieckhoff, Liebe, Weingärtner	4, davon 1 aus der Schweiz, bzw. aus Schweden, Österreich, Ungarn
ab 41. Jg.1973 Organ der Ges.f.Pädiatrie	-	11	-

Die Tabelle macht deutlich, daß es bis zum Beginn der 70er Jahre nicht gelang, die seit 1949 in einem volkseigenen Verlag (VEB Georg Thieme Leipzig) der DDR erscheinende Zeitschrift seitens der DDR-Pädiatrie stärker zu profilieren und einen entsprechenden Einfluß auszuüben, selbst wenn der Wille zur Einheit Deutschlands in der Politik der DDR während der 50er Jahre in Rechnung gestellt wird. Als völlig unverständlich erscheint jedoch die Mitarbeit von Werner Catel (1894-1981), von 1933 bis 1946 Ordinarius für Kinderheilkunde an der Universität Leipzig, im Redaktionskollegium der Zeitschrift in den Jahren 1953 bis 1963. Catels intellektuelle Rolle in der Nazimordaktion "T 4" war bekannt (314), er war von 1954 bis 1960 Ordinarius für Kinderheilkunde an der Universität Kiel und Direktor der dortigen Kinderklinik. Aufgrund der personellen Situation im Herausgeber- und Redaktionskollegium der Kipra erscheint auch die Realisierung einer Funktionsausweitung,

wie sie ab Mitte der 50er Jahre in der DDR für die medizinisch-wissenschaftlichen Zeitschriften angestrebt wurde, äußerst kompliziert. Neben der rein kommunikativen bzw. informativen Komponente sollten die medizinischen Zeitschriften "... über rein fachwissenschaftliche Beiträge hinaus mehr als bisher grundsätzliche Aufgaben des Gesundheitswesen behandeln" (280).

Damit war ein gesellschaftliches und gesundheitspolitisches Ziel angesprochen, dessen Präzisierung der Minister für Gesundheitswesen der DDR, Luitpold Steidle, 1954 vornahm:

- "Auseinandersetzung mit idealistischen Anschauungen bei Ärzten und medizinischen Wissenschaftlern",
- Diskussion und Wertung der bis Mitte der 50er Jahre in der DDR verabschiedeten progressiven Gesetze und Verordnungen zu Fragen des "Schutzes von Mutter und Kind", zu Maßnahmen zur "Entwicklung und Förderung des medizinischen Nachwuchses", die der "Reformen auf dem Gebiete des Arzneimittelwesens" und die der "Bereinigung eines unverantwortlichen Angebotes von Medikamenten der verschiedensten Art (aus der BRD,d.A.)".

Diese wichtigen, die spezifische Entwicklung in der DDR berührenden Probleme wurden in der Kipra nahezu vollständig ignoriert. Dafür gab es objektive Gründe, die u.a. in der Zusammensetzung des Herausgeber- und Redaktionskollegiums zu suchen sind. Hinzu kommt, daß in den 50er Jahren ca. 60 % aller in der Kipra publizierten Beiträge von Autoren aus der BRD bzw. aus anderen kapitalistischen Ländern verfaßt und rund 90 % aller Monographien und Buchneuerscheinungen in der Kipra von BRD- bzw. NSW-Autoren rezensiert wurden (s.Tab.18,S. 130 und 10.2.,Abb.14). Diese Bedingungen mußten die von Steidle erhobenen Forderungen objektiv in den Hintergrund treten lassen und trugen möglicherweise dazu bei, daß auf die DDR-Spezifik zugeschnittene Beiträge, etwa von A.Peiper, vor allem in der Querschnittszeitschrift "Das Deutsche Gesundheitswesen" publiziert wurden, obwohl sie nahezu ausschließlich pädiatrischen Charakter trugen.

Selbst die Forderung der "Ärztekommission" des Politbüros im "Perspektivplan zur Entwicklung der medizinischen Wis-

Tab.18: Quantitative Entwicklung der in der "Kinderärztlichen Praxis" rezensierten Fachliteratur nach Herkunft der Titel und Rezensenten von 1950 bis 1984 in Fünfjahreszeiträumen

	1950-1954	1955-1959	1960-1964	1965-1969	1970-1974	1975-1979	1980-1984	Tendenz (semi-quant.)
Gesamtsumme der rezensierten Titel	103	226	131	180	311	509	724	↑↑↑
davon:								
aus der DDR	33	46	40	72	90	110	112	↑
aus der BRD	59	164	70	83	163	311	480	↑↑↑
aus dem SW	0	0	2	2	11	19	8	(↑)
aus dem NSW	11	16	19	23	47	69	124	↑↑
Rezensenten								
aus der DDR	9	15	15	102	277	503	724	↑↑↑
aus der BRD	89	210	116	78	34	3	0	↓↓
aus weiteren Ländern	5	1	0	0	0	3	0	(↓)

senschaft und des Gesundheitswesens in der DDR" nach einer "... würdigen Repräsentation der medizinischen Wissenschaft (der DDR,d.A.)" in den in der DDR erscheinenden Zeitschriften (276) konnte keine durchgreifende Änderung der bestehenden Situation herbeiführen.
Allerdings wurde unter ihrem Einfluß und im Ergebnis der Weimarer Gesundheitskonferenz 1960 eine zweite, die Pädiatrie wesentlich repräsentierende Zeitschrift "Pädiatrie und Grenzgebiete" inauguriert und erschien ab 1962 unter Herausgabe von J.Dieckhoff,G.O.Harnapp, S.Liebe, G.Merrem und H.W.Ocklitz. Damit war eine Zeitschrift entstanden, die völlig unter dem Einfluß eines DDR-Redaktionskollegiums stand, in deren Konzept auch von Beginn an die Nachbardisziplinen der Pädiatrie, die sich mit Problemen der Kindergesundheit befaßten, Eingang fanden.
Inwieweit sich in den 60er Jahren die Sektion für Pädiatrie für die Belange der pädiatrischen Zeitschriften interessierte und Veränderungen auch bei der Kipra anstrebte, konnte trotz entsprechender Bemühungen nicht belegt werden. Grundsätzlich neue strategische Überlegungen und Konzeptionen, die etwa zu einer stärkeren Einflußnahme der DDR-Pädiatrie auf die Kipra geführt hätten, sind auch in den Materialien der Weimarer Gesundheitskonferenz nicht nachweisbar (265,276,277).
Erst mit der "Richtlinie über die Gestaltung der Arbeiten nach Westdeutschland und Westberlin im Bereich von Wissenschaft und Kultur" des Präsidiums des Ministerrates vom 18.5.1967 (405) wurde die analytische Arbeit bezüglich des derzeitigen Standes der medizinisch-wissenschaftlichen Zeitschriften eingeleitet und ihr Ergebnis mit entsprechenden Schlußfolgerungen als "Konzept und Maßnahmen zur weiteren Profilierung der medizinisch-wissenschaftlichen Zeitschriften in Verantwortung des Ministeriums für Gesundheitswesen" des Generalsekretariats der medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften vom 20.7.1970 (385) zur Arbeitsgrundlage gemacht. Beispielsweise wurde

festgestellt, daß "von den 44 in der Analyse erfaßten Zeitschriften nach dem Stand vom 1.1.1968 19 noch mehr oder weniger stark "gesamtdeutsch" verflochten (waren)", darunter auch die Kipra. Alle objektiv vorhandenen Probleme wurden einer kritischen Sichtung unterzogen, zu lange Veröffentlichungszeiten, unzureichende Profilierung der Redaktionsgremien, zu geringe Manuskriptangebote u.a. Mißstände wurden offengelegt. Diese gab es auch in der Kipra (366): Auf der Vorstandssitzung der Gesellschaft für Pädiatrie am 23.11.1969 äußert H.-J. Dietzsch (geb. 1920) den Wunsch "nach Verstärkung der Kipra, um Wartezeiten für Publikationen zu verkürzen" (348). S. Liebe, von 1964 bis 1972 selbst Mitherausgeber bzw. Chefredakteur der Zeitschrift beklagt besonders, daß es nicht gelang, der Kipra einen eigenen spezifischen Charakter zu geben, z.B. war es nicht möglich, Monatsthemen abzuhandeln. Die Redaktionsarbeit bestand damals zum großen Teil "in mühsamer Ein-Mann-Arbeit". Insgesamt, so schätzt Liebe ein, blieb die Kipra unter dem internationalen Niveau, da "die wissenschaftliche Arbeit selbst auch unter dem internationalen Niveau lag" (371).

Diese Situation betraf nicht allein die pädiatrischen Zeitschriften (26). Eine qualitativ neue Etappe in der Profilierung der Kipra begann in den 70er Jahren. Ab 41. Jahrgang (1973) erschien sie als offizielles Organ der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR. Dies ermöglichte, daß:

- die Gesellschaft für Pädiatrie die Zeitschrift nach ihren Vorstellungen weitaus besser profilieren konnte und
- ein offizielles Organ für Mitteilungen, Empfehlungen etc. der Gesellschaft als Kommunikationsmittel zur Verfügung stand.

Anhand der Analyse aller von 1950 bis 1954 in der Kipra und der von 1962 (Erscheinungsbeginn) bis 1984 in der Zeitschrift "Pädiatrie und Grenzgebiete" erschienenen Beiträge lassen sich nähere Aussagen auch über die Entwicklung der wissenschaftlichen Arbeit in der Pädiatrie der DDR treffen (s.10.2).

Am Beispiel des Funktionswandels der "Kinderärztlichen Praxis" von 1945/49 bis zu ihrem Erscheinen als offizielles Organ der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR wird erneut die gesellschaftliche Bedingtheit der Gestaltung und des Aufgabenspektrums einer wissenschaftlichen Institution evident. Mit ihrem Wiedererscheinen in der SBZ bzw. in der DDR weist die Zeitschrift sich als rein fachbezogenes Publikationsorgan, quasi fern jeder (Gesundheits-)Politik aus. Allerdings wird auch auf die Erörterung bzw. Vertretung sog. Standesinteressen der Kinderärzte verzichtet, was sich jedoch ohnehin aufgrund gesetzlicher Regelungen in der DDR erübrigte.
An der Gesamtcharakteristik dieser Zeitschrift ändert sich auch in den 60er Jahren relativ wenig, also in einer Zeit, in der staatlicherseits wesentliche Initiativen unternommen wurden, die Ziele von Gesellschaft und Medizin schlechthin immer mehr in Übereinstimmung zu bringen.
Erst mit der Schaffung entsprechender gesetzlicher Bestimmungen Ende der 60er Jahre, die Voraussetzung für das Erscheinen als Organ der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR waren, kam es notwendig zur Veränderung der Aufgabenstellung der Zeitschrift. Erst jetzt konnten über rein fachgebundene und -bezogene Thematiken hinaus auch gesundheitspolitische Probleme der Kindergesundheit zur Diskussion gestellt und die Zeitschrift als Forum und Kommunikationsmittel der Fachgesellschaft genutzt werden.

9. Zu einigen Beispielen der Potentialentwicklung des Faches seit 1949

9.1. Personelle Potentiale

9.1.1. Aspekte der Ordinariatsbesetzungen in der Pädiatrie bis zur III. Hochschulreform 1968/69

In der Kader- und Berufungspolitik, besonders jedoch in der Besetzung der Ordinariate exponieren sich - entsprechend unseres universitären Systems - die gesellschaftlichen Anforderungen in Lehre, wissenschaftlicher Arbeit und medizinischer Betreuung in Personalunion des Ordinarius. Dies trifft bis in die Gegenwart zu. Die Kader- und Berufungspolitik wurde u.a. auch deshalb nach dem Sieg über den Faschismus im Zuge der antifaschistisch-demokratischen bzw. sozialistischen Umgestaltung der Hochschulen der DDR zu einer permanenten Schlüsselfrage, auch für die Lösung der Aufgaben der Pädiatrie. Auf die Rolle der Persönlichkeit in der Wissenschaft ist bereits eingegangen worden (s. 6.1.).

Die durch große Kompliziertheit einerseits und die objektive Notwendigkeit der Schaffung einer neuen medizinischen Intelligenz andererseits gekennzeichnete Berufungspolitik, besonders in den ersten Nachkriegs- und auch in den frühen 50er Jahren, mußte folgende hochschulpolitische Prämissen berücksichtigen:

- Teile des Lehrkörpers hatten in der Zeit des Faschismus 1933-1945 die faschistische Herrschaft unterstützt oder geduldet, darunter waren auch Kinderärzte, die z.T. aktiv die faschistischen Irrlehren mit vertraten (29,138,370),
- die medizinische Forschung und Lehre wurden in großen Teilen durch die Ideologie der "Rassenhygiene" beeinflußt, die deutsche Medizin war 1933 bis 1945 weitgehend von internationalen Kontakten isoliert, u.a. auch verursacht durch die"Gleichschaltung" der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde unter die politische Führung des Reichsministeriums des Innern (66,177),
- die Bedingungen für Lehre und Forschung und vor allem die Voraussetzungen für die medizinische Betreuung hatten sich durch den Krieg extrem verschlechtert und standen auf einem tiefen Niveau (s.6.2.),

- besonders der Pädiatrie fiel ein schweres Erbe zu, das durch hohe Säuglings- und Kindersterblichkeit, Seuchen und schlechte Ernährungslage im Kindesalter gekennzeichnet war; das Engagement der universitären Ebene zur Lösung existentiell bedeutsamer Probleme der medizinischen Betreuung war eine objektive gesellschaftliche Notwendigkeit.

Besonders problematisch stellte sich die Kadersituation in der Pädiatrie unmittelbar nach dem Krieg dar. Der Lehrkörper war stark dezimiert bzw. durch den politischen Druck des Faschismus waren Nachwuchskader vorrangig in chirurgische (militärmedizinisch verwendbare) Disziplinen gedrängt worden bzw. durch Pseudolehren auf der Basis der "Rassenhygiene" und "Vererbungsbiologie" derart geprägt, daß sie für ein Hochschulwesen auf antifaschistisch-demokratischer Grundlage nicht tragbar waren (370). Von Mai 1945 bis zur Gründung der DDR 1949 mußten folgende Lehrstühle (Klinikdirektorate) für Pädiatrie neu besetzt werden (324,334,341,345):

Berlin	-	zum 9.Oktober 1947 durch Karl Klinke (1897-1972) besetzt (Umberufung aus Rostock)
Leipzig	-	zum 1. September 1948 durch Albrecht Peiper (1889-1968) besetzt (Wiederberufung)
Halle	-	von 1946 bis 1950 aus Kadermangel unbesetzt
Rostock	-	zum 1. September 1948 durch Karl Stolte (1881-1951) besetzt (Umberufung aus Greifswald)
Greifswald	-	zum 1. September 1946 durch Karl Stolte besetzt (Wiederberufung)
Greifswald	-	zum 30.Juni 1949 durch Hubertus Brieger (1909-1978) besetzt (Neuberufung) (s.a. Abb. 6)

Die schwierige Situation bezüglich der Berufung pädiatrischer Ordinarien 1945 bis 1949 wird auch dadurch deutlich, daß es sich in den meisten Fällen aus Kadermangel um Umberufungen von einer Universität zur anderen handelte, was außer Jena alle Universitätskinderkliniken in der SBZ betraf. Kompliziert wurden die Berufungen weiterhin dadurch, daß es sich im Falle von A.Peiper und H.Brieger um Hochschullehrer handelte, denen vor einer Berufung durch sog. Entnazifizierungskommissionen Vertrauen bezüglich ihrer perspektivischen Rolle im sozialistischen Hochschulwesen entgegenzubringen war.

Dies war ein Grund dafür, daß A.Peiper von 1945 bis zu seiner Berufung nach Leipzig 1948 als wissenschaftlicher Assistent an der Universitätskinderklinik Greifswald tätig war (341). Karl Stolte war zum Zeitpunkt seiner Wiederberufung zum 1.9.1946 bereits 65 Jahre alt. Er hatte von 1916 bis 1945 die Universitätskinderklinik Breslau geleitet und war von Mai 1945 bis August 1946 als praktischer Arzt in Altentreptow tätig (149,345).

In einer Stellungnahme der Abteilung Wissenschaften der Deutschen Zentralverwaltung für Volksbildung (zuständig für Berufungen) vom 22.3.1949 zur vorgesehenen Berufung Briegers auf den Lehrstuhl für Kinderheilkunde in Greifswald werden die maßgeblichen, von aktuellen "Tagesaufgaben" geprägten Motive der Berufungspolitik weitgehend deutlich:

"Prof.Brieger ist noch jung, er hat sich jedoch sowohl durch seine wissenschaftlichen Arbeiten, wie auch durch die (kommissarische,d.A.) Leitung der Universitätskinderklinik Rostock und Greifswald einen guten Ruf als Kinderarzt und Wissenschaftler geschaffen. In unserer Zone haben wir einen fühlbaren Mangel an Nachwuchs in der Kinderheilkunde. Der Lehrstuhl in Halle ist seit Semestern unbesetzt. Der Lehrstuhlinhaber der Kinderheilkunde in Jena, Prof.Ibrahim, ist sehr alt. Mit seinem baldigen Ausscheiden muß gerechnet werden. Die Besetzung der beiden letztgenannten Lehrstühle wird durch Herbeiziehung von Pädiatern aus Westdeutschland möglich sein. Unter diesen Voraussetzungen ist es erwünscht, Professor Brieger zum Ordinarius zu machen, um ihn dem wissenschaftlichen Nachwuchs in der Kinderheilkunde in unserer Zone zu erhalten. Der Antrag der Fakultät wird daher befürwortet" (381).

Eine andere als von Pragmatismus geprägte Berufungspolitik war in der damaligen Situation irreal. Die wissenschaftliche Qualifizierung, das Engagement für die medizinische Forschung (die bei Brieger keinesfalls in Abrede gestellt werden) konnten zunächst objektiv kein primäres Leitmotiv der Ordinariatsbesetzungen sein. Die Art und Weise der hier beispielhaft demonstrierten Realisierung der Lehrstuhlbesetzung in der Pädiatrie sind deshalb Belege für die existierenden Bedingungen in der Hochschulmedizin bis 1949 überhaupt.

Eine grundsätzliche Änderung der Kader- und Berufungspolitik war auch zunächst nach Gründung der DDR in der Phase des Überganges zur sozialistischen Umgestaltung des Hochschulwesens (1949-1955) aufgrund der nach wie vor schwierigen Kadersituation nicht real und auch nicht zu erwarten.
Mit der 1951 notwendigen Neubesetzung des pädiatrischen Ordinariates an der Charité wurde F.H.Dost (1910-1985) für eine Berufung vorgeschlagen. Am 11.3.1953 beschloß die Fakultät für Medizin, Dost "an erster und einziger Stelle für den Lehrstuhl für Kinderheilkunde in Vorschlag zu bringen". Dost wurde daraufhin zum 1.1.1953 rückwirkend berufen, "... nachdem die Professoren Klinke und Herbert Brugsch die Charité plötzlich verließen und nach Westdeutschland bzw. Westberlin gingen ..."(327,397).
Bei allen weiteren Berufungen auf pädiatrische Lehrstühle in der DDR taten sich ähnlich komplizierte kaderpolitische Zwänge nicht mehr auf. Eine zielgerichtete, fachgebietsstrategische Prämissen berücksichtigende Berufungspolitik ist jedoch in der Pädiatrie nicht zu belegen und konnte auch nicht auf der Tagesordnung stehen. Einziges Ziel blieb, auf keinen Fall ehemalige aktive Nazis auf Lehrstühle in der SBZ bzw. in der DDR zu berufen (370).
Im Falle von J.Dieckhoff (1907-1977) und H.Kirchmair (1906-1969) wurden fortschrittlich gesinnte, bürgerliche Pädiater aus der BRD auf DDR-Lehrstühle berufen. Josef Dieckhoff, der zwar von 1933 bis 1940 nominelles NSDAP-Mitglied war "... begab sich in starke Opposition zum Naziregime, betätigte sich aktiv in der Widerstandsbewegung (Widerstandsgruppe Weber,d.A.) und mußte noch kurz vor dem Zusammenbruch Deutschland verlassen" (396).
Dieckhoff emigrierte 1944 in die Schweiz. Bereits 1948 schreibt J.Ströder, damals Direktor der Universitätskinderklinik in Würzburg über Dieckhoff: "... Bei dieser Gelegenheit möchte ich Ihre Aufmerksamkeit auf einen der allerbefähigsten und besten Vertreter unseres Faches lenken, den Priv.-Doz.Dr.Dieckhoff in Köln ... Nach den übereinstimmenden Urteilen aller und vor allen Dingen unserer besten deutschen Ordinarien, aber auch wie mir neulich

Fanconi (Direktor der Universitätskinderklinik Zürich,d.A.) sagte, sei D. bei weitem mit Abstand der beste Pädiater der jüngeren und mittleren Generation unseres Faches. D. hat sich in starke Opposition zum Naziregime begeben und aus diesem Grund kam es dann zu vielfachen Zusammenstößen mit seinem Chef Kleinschmidt. Als er aus der Schweiz wiederkam, war seine Oberarztstelle in Köln besetzt. Er hat sich niedergelassen und die größte konsultative Praxis am ganzen Rhein aufgebaut und wurde zu einer erheblichen Konkurrenz für die Ordinarien. Es ist mir und auch anderen namhaften Pädiatern bekannt, daß sein früherer Chef (Kleinschmidt) ihn nicht mehr in gebührender Weise gefördert hatte, wegen der politischen Diskrepanzen. Das darf nicht Wunder nehmen, denn wie ich Ihnen ebenfalls vertraulich mitteile, habe ich sowohl von Rominger in Kiel wie auch von meinem Chef Goebel, welche beide auf dem Internationalen Kongreß in New York waren, hören müssen, daß dort eine Liste der deutschen Naziprofessoren aller Fakultäten bestehe und diese Liste beginnt mit Nr. 1 Kleinschmidt... Fanconi würde ihn jedem seiner Mitarbeiter vorziehen und ihm jeden Lehrstuhl in der Schweiz anvertrauen..." (415).

Dennoch wurde Dieckhoff erst zum 1.3.1950 nach Halle berufen, bis dahin war der Lehrstuhl mehr als drei Jahre unbesetzt. Eine entsprechende Kritik über die schwerfällige Entscheidung bezüglich der Wiederbesetzung des Hallenser Lehrstuhles, die aus heutiger Sicht angesichts des Kadermangels völlig unverständlich erscheint, wird am 12.1.1950 in einem Schreiben des Dekans der Medizinischen Fakultät an das Ministerium für Volksbildung geäußert. Möglicherweise findet sich hier ein Hinweis, wie wenig das Ministerium für Volksbildung damals seiner politischen Verantwortung für das medizinische Hochschulwesen wahrnehmen konnte. Dies war aus objektiven Gründen allerdings auch schwer realisierbar, denn es existierte keine zentrale Übersicht über vorhandene Kader, die Kaderpolitik in der Medizin wurde de facto allein von den Fakultäten realisiert. Im einzelnen heißt es:

"... nachdem seit Einreichung der letzten Vorschlagsliste bereits wieder ein halbes Jahr vergangen ist, ohne daß die Regierung eine Entscheidung getroffen hat, erwartet die Fakultät, daß die Berufung jetzt umgehend erfolgt, damit bis zum 1. März (1950,d.A.) der neue Ordinarius sein Amt antreten kann..." (378), (s.a.Abb.6).

In Ergänzung eines früheren Berufungsvorschlages war die Fakultät am 9.1.1950 mit Recht der Meinung, "... daß die Universität Halle in Professor Dieckhoff einen Wissenschaftler von Rang gewonnen" hatte (378). Dieckhoff hat in den 50er, besonders jedoch in den 60er Jahren, in seiner Berliner Zeit, eine weit über die Aufgaben eines Ordinarius hinausgehende

Verantwortung für die Entwicklung der Kinderheilkunde in der DDR übernommen und die Interessen des Faches gegenüber staatlichen und gesellschaftlichen Institutionen engagiert vertreten (s.7.).

In Heinrich Kirchmair (1906-1969) findet sich auf dem Berufungsgebiet Pädiatrie ein weiteres Beispiel dafür, daß fortschrittlich gesinnte, bürgerliche Wissenschaftler auf Lehrstühle der DDR berufen wurden. Kirchmair war ab 1948 als außerplanmäßiger (apl.) Professor an der Kinderklinik der Universität Würzburg und von 1952 bis 1954 in Bagdad (Irak) als beratender Pädiater des dortigen Gesundheitsministeriums tätig. 1955 übernahm er zunächst die Leitung des Kinderkrankenhauses Berlin-Buch, wurde zum 1.9.1956 zum Professor mit vollem Lehrauftrag an die Medizinische Fakultät der Humboldt-Universität zu Berlin und zum 1.5.1961 zum Ordinarius für Kinderheilkunde und Direktor der Universitätskinderklinik Rostock berufen. In der Begründung des Dekans der Rostocker Fakultät für die vorgeschlagene Berufung Kirchmairs vom 1.3.1961 werden besonders "... seine oganisatorischen Fähigkeiten bei der Einrichtung zahlreicher Spezialabteilungen in Berlin Buch", seine "tropenmedizinischen Erfahrungen" und seine Leistungen bei der"Schaffung eines modernen Kinderkrankenhauses, eines Tuberkulose-Krankenhauses für Kinder und einer modernen Kinderpoliklinik und dem Krankenhaus eines Medical College mit 200 Betten sowie Übernahme von Vorlesungen (im Irak,d.A.)" hervorgehoben (380).

In seiner Rostocker Zeit hat Kirchmair Mitte der 60er Jahre die Voraussetzungen für eine nach wissenschaftsstrategischen Aspekten strukturierten Hochschulkinderklinik durch Bildung von Abteilungen geschaffen. Auch er übernahm eine Reihe gesundheits- und hochschulpolitisch bedeutsamer Verpflichtungen über das Fachgebiet hinaus, u.a. war er von 1962 bis 1967 Vizepräsident der Deutschen Gesellschaft für Klinische Medizin, der Dachgesellschaft der klinischen Disziplinen.

Die besondere Hervorhebung Dieckhoffs und Kirchmairs als Beispiele für sich fruchtbar auswirkende "Westberufungen" in diesem Zusammenhang stellt nicht notwendig das Engagement für die Entwicklung der Kinderheilkunde in der DDR, das auch etwa von H.Dost, E. Häßler, K.Nißler und anderen getragen wurde, in den Hintergrund.

Vielmehr galt es, die Dialektik und Komplexität der Intelligenzpolitik von Partei und Regierung zu belegen.
Des weiteren wird an diesen Beispielen gezeigt, daß bürgerliche Wissenschaftler in politisch sensiblen Phasen der Entwicklung der DDR erhebliche und bedeutsame Leistungen für die Pädiatrie schlechthin erbracht haben.
Am Prinzip der potentiell möglichen Berufung von Wissenschaftlern aus der BRD wurde in der DDR noch bis zum Beginn der 60er Jahre festgehalten, dies wurde für die Pädiatrie jedoch nur noch dahingehend wirksam, daß Berufungskandidaten aus der BRD auf entsprechenden Vorschlagslisten gesetzt wurden (s.Abb.6). Noch 1957, zu einer Zeit, als die Kadersituation bezüglich der Ordinariatsbesetzungen in der Pädiatrie weitgehend stabilisiert war, geht der Leiter der Abteilung Medizinische Fakultäten des SHF, Prof.Winter, davon aus, "... daß in einzelnen Fällen wir ohne Westberufungen nicht auskommen (werden), die sogar von Vorteil sein können ..."(409). Diese These hat sich in den Professoren Kirchmair und Dieckhoff bezüglich der Pädiatrie vollständig bestätigt. Mit welchen Begründungen die sog. "Westberufungen" von den Medizinischen Fakultäten allerdings vorgeschlagen wurden, macht bei einem Teil von ihnen ihre politisch und ideologisch indifferente Haltung zu wissenschaftspolitischen und Kaderfragen in diesem oder jenem Fall, auch lange nach der Gründung der DDR deutlich. Teilweise wurde von Überlegungen einer sog. "gesamtdeutschen Wissenschaft" oder des "unpolitischen Arztes" ausge gangen. In der Begründung zur Aufnahme Klaus Bettkes (damals Oberarzt an der Universitätskinderklinik Freiburg i.Br.) in den Berufungsvorschlag zur Ordinariatsbesetzung in Rostock vom 1.3.1961 heißt es u.a.: "... Professor Dr. Klaus Betke wird vor allem deswegen in die Liste aufgenommen, um die Pflege der gesamtdeutschen wissenschaftlichen Beziehungen zum Ausdruck zu bringen"(380). Auch bei der Neubesetzung des Berliner Lehrstuhles zum 1.8.1960 gab es eine ähnliche Argumentation. Auf "tertio loco" der Liste erscheint Prof.Künzer (damals Oberarzt an der Universitätskinderklinik Würzburg) mit der Begründung:

"... die Fakultät glaubt, auch einen Vertreter aus Westdeutschland nominieren zu sollen, Künzer wird dreimal von westdeutschen Vertretern benannt" (377).

Andere Vorschläge werden mit rein wissenschaftlichen Verdiensten begründet, z.B. der Vorschlag Hungerlands (damals Oberarzt an der Universitätskinderklinik Gießen) für die Besetzung des Leipziger Lehrstuhls für Pädiatrie. Im gleichen Vorschlag erscheint auch J.Oehme (Oberarzt an der Universitätskinderklinik in Marburg). Er war bis 1957 wissenschaftlich sehr produktiv in Leipzig tätig. Nach Meinung der Fakultät in Leipzig sollte "... aufgrund der reichen Erfahrungen Dr. Oehmes alles getan werden, um ihn wieder für eine Tätigkeit in der DDR zu gewinnen" (379).

Diese Berufungsstrategie der Fakultäten einiger Universitäten, d.h. die Einbeziehung westdeutscher Kandidaten in Berufungsvorschläge, war Ende der 50er Jahre auf dem Gebiet der Pädiatrie objektiv nicht mehr notwendig, da eigener Nachwuchs durchaus vorhanden war. Sie wurde von den staatlichen Entscheidungsgremien auch nicht realisiert. Die Kadersituation bezüglich der Besetzung der Lehrstühle des Fachgebietes hatte sich zu diesem Zeitpunkt, auch aufgrund wirksamer hochschulpolitischer Maßnahmen, entspannt. Die in den 50er Jahren geleistete wissenschaftliche Arbeit, ablesbar an den - wenn auch quantitativ noch bescheidenen - Habilitationen in der Pädiatrie (s.10.2. und Anlage 2) wirkte sich günstig auf die Entwicklung berufungsfähiger Kader zum Ende der 50er Jahre aus, z.B. wiesen die Berufungsvorschläge von 1958 bis 1961 in der Pädiatrie in der Regel drei, in einigen Fällen vier oder fünf Kandidaten auf. Die Abb.6 gibt einen Überblick über alle seit 1949 in der DDR erfolgten Berufungen auf pädiatrische Ordinariate, die mit der Übernahme der Klinikdirektorate verbunden waren (nach der III.Hochschulreform Einrichtung zweiter bzw. weiterer Lehrstühle an den Hochschulkinderkliniken). Die bereits o.g. hochschulpolitischen Voraussetzungen, d.h. die Gewährung einer Reihe von Privilegien für Hochschullehrer, besonders auf dem Gebiet der Medizin, waren ein zweiter wesentlicher Grund für die diesbezüglich günstige Entwicklung, die für die Pädiatrie nachweisbar ist.

Abb.6:
Die Direktoren der Kinderkliniken der Bereiche Medizin der Universitäten und Medizinischen Akademien seit 1949 (BV - Berufungsvorschlag, Reihenfolge der Namen entspricht der auf dem Berufungsvorschlag)

	1949/50	1955	1960	1965	1970	1975	1980	1985
HUB	K.Klinke 1947-09/51 (nach Düsseldorf) H.Dost 09/51-02/60 uniquo et primo loco (bis 12/52 komm.Dir.,1960 nach Gießen)		J.Dieckhoff 08/60-04/72 BV: Dieckhoff,Leipzig Ocklitz,Berlin Künzer,Würzburg (vorzeitig emeritiert)			P.Großmann seit 09/72 primo et uniquo loco (seit 09/69 o.Prof. an der HUB)		
KMU	A.Peiper 1947-08/57,(emeritiert) (komm. bis 10/58)		J.Dieckhoff 11/58-07/60 (nach Berlin) BV:1.Dost,Berlin 2.Hungerland,Gießen 2.Dieckhoff,Halle 3.Kirchmair,Berlin 4.Oehme,Marburg	S.Liebe 03/61-05/73 (emeritiert) BV:Liebe,Rostock Nißler,Magdeburg Ocklitz,Berlin Künzer,Würzburg		W.Braun seit 06/73 Umberufung (seit 1971 o.Prof.an der MAE)		
MLU	Lehrstuhl bis 03/50 unbesetzt J.Dieckhoff 03/50-10/58 (nach Leipzig) BV:Thoenes,Magdeburg Grävinghoff,Halle Liebe,Chemnitz und Dieckhoff,Düsseldorf aeque loco		L.Weingärtner 01/59-08/76 (emeritiert) BV:Weingärtner,Leipzig Patzer,Jena Ocklitz,Berlin			W.Rumler seit 09/76 BV:Rumler,Halle Thal,Magdeburg Eggers,Rostock		
FSU	J.Ibrahim 04/17-02/53 (verstorben)	E.Häßler 1053-08/64 (emeritiert) BV:Dieckhoff,Halle und Häßler,Karl-Marx-Stadt aeque loco Liebe,Erfurt (komm.bis 02/65)		W.Plenert 03/65-08/86 (emeritiert) BV:Hempel,Karl-Marx-Stadt und Plenert,Rostock aeque loco				G.Zwacka (seit 09/86) BV:Frenzel Spahn Hesse, alle Jena
WPU	K.Stolte 09/48-09/51 (verstorben) H.Brüning 10/51-08/53 (emeritiert)	F.Thoenes 09/53-09/59 BV:Thoenes,Magdeburg Dost,Berlin (emeritiert)	S.Liebe 09/59-02/61 (n.Leipzig) BV:Harnapp,Dresd. u.Liebe,Erft. aeque loco Ocklitz,Berlin Patzer,Jena	H.Kirchmair 05/61-05-69 (verstorben) BV:Kirchmair, Berlin Ocklitz,Berlin Betke,Freiburg i.Br.	J.Reich 09/70-11/72 (vorzeitig abberufen) BV:Reich,Leipz. Braun,Erfurt Eggers,Rost.	J.Külz seit 09/73 (seit 09/71 Ordinarius, 2. Lehrstuhl) BV für 2.Lehrstuhl 1971: Külz,Rostock Klimt,Berlin Braun,Erfurt (komm.Direktorat 11/72-09/73:H.Eggers		
EMAU	H.Brieger 06/49-09-74 (emeritiert) BV:Peiper,Greifswald Doxiades,DZVG Berlin Wolf,Bremen	(Stellungnahme der Fakultät 1949: "... da Berufung der Kandidaten 1 bis 3 nicht unproblematisch ist, schlagen wir H.Brieger vor")				K.Jährig seit 09/76 BV:Jährig,Greifswald Rumler,Halle Frenzel,Jena (komm.Dir. 09/74-08/76)		
MAD		G.O.Harnapp 01/55-08/68 (emeritiert) BV:primo et uniquo loco			H.-J.Dietzsch 09/68-08/85 (emeritiert) BV:Dietzsch,Dresden-Neustadt Bock,Leipzig Großmann,Berlin und Hempel,Karl-Marx-Stadt aeque loco			D.Gmyrek seit 09/85 (seit09/79 o.Prof.f. Neonatol.)
MAE		S.Liebe 05/54-08/59 BV:primo et uniquo loco (nach Rostock)	H.Patzer 09/59-08/84 (emeritiert) BV:Patzer,Jena Erdmann,Rostock Kiehl,Halle					K.Menzel seit 09/84 (seit09/79 o.Prof.f. Neonatol.)
MAM		K.Nißler 05/54-08/73 (emeritiert) BV:primo et uniquo loco				H.Köditz seit 09/73 BV:Frenzel,Jena Köditz,Jena Theile,Leipzig		

(Zusammenstellung nach (323-347))

Bereits zu Beginn der 50er Jahre, d.h. kurz nach Gründung der DDR traten eine Reihe z.T. priviligierender gesetzlicher bzw. rechtsverbindlicher Maßnahmen auf dem Gebiet der Kaderpolitik in Kraft:

- Verleihung des Titels "Verdienter Arzt des Volkes" seit 22.3.1950,
- Verleihung des Titels "Hervorragender Wissenschaftler des Volkes" seit 22.3.1950,
- Verleihung des Nationalpreises seit 22.3.1950,
- Gewährung einer zusätzlichen Altersversorgung für Angehörige der Intelligenz seit 17.8.1950 bzw. 12.7.1951,
- Abschluß von Einzelverträgen seit 12.1.1951 bzw. 27.3.1953,
- Erhöhung der Vergütung der Hochschullehrer seit 12.7.1951,
- Erhöhung der Vergütung für Professoren ab 1.7.1952 um 100 %, die der Dozenten um 50 % (138).

Diese Maßnahmen belegen eindrucksvoll die Kader- und Bündnispolitik der SED in den ökonomisch komplizierten Jahren kurz nach Gründung der DDR und sind eine Verwirklichung der von W.Pieck angekündigten Strategie (s. 5.1. und 5.2.).
Auch in der Pädiatrie werden diese Maßnahmen kaderpolitisch wirksam. Dies wird nicht nur durch die Gewährung besonderer Gehälter und von Einzelverträgen deutlich, sondern auch durch eine relativ großzügig gehandhabte Verleihung höchster staatlicher Auszeichnungen, z.B. der Vergabe von Wissenschaftspreisen und Ehrentiteln, die mit z.T. erheblicher materieller Stimulation verbunden waren (s. folgende Tabelle).

Tab.19: Verleihung von Auszeichnungen,Ehrentiteln etc. an Direktoren von Hochschulkinderkliniken der DDR (1950 bis 1965),(nach 9,55,149,202,213,324,325,327,330,331, 333,339,341,345)

Ordinarius	Vaterländ. Verdienstorden	Nationalpreis	Verdienter Arzt des Volkes	Verdienter Wissensch. d.Volkes	andere Ausz./ Ehrentitel
H.Brieger			1951		
J.Dieckhoff		1963	1961		
H.Dost		1958			
E.Häßler			1963		
J.Ibrahim		1952	1950		
H.Kirchmair	1965				
K.Nißler			1959		1959 Hufeland-Med.
A.Peiper		1953	1952	1964	1959 Dr. h.c. (Berlin) 1963 Dr. h.c.(Lpz.)
K.Stolte			1950		

Resümierend und unter Einbeziehung der in Tab. 19 dargestellten Daten läßt sich unter den schwierigen Bedingungen nach dem 2. Weltkrieg eine effektive Berufungspolitik von 1949 bis zur III. Hochschulreform konstatieren. Aufgrund einer realistischen Kaderpolitik wurden nahezu ausschließlich bürgerliche Wissenschaftler für eine engagierte und erfolgreiche Arbeit als Ordinarien und Klinikdirektoren gewonnen. Zudem wurden auch in einer komplizierten Kadersituation progressive Traditionen der früheren deutschen Universitäten fortgesetzt. Wenn man von der Besetzung der 1954 neu eigerichteten pädiatrischen Lehrstühle an den drei Medizinischen Akademien der DDR absieht, die folgerichtig durch erfahrene Direktoren örtlicher Kinderkrankenhäuser realisiert wurde, handelte es sich bis Ende der 60er Jahre fast vollständig um Fremdberufungen. Zudem stellten die weiteren, in sog. Dreierlisten aufgeführten Berufungskandidaten meist echte Alternativen dar und wurden bei Nichtberufung zumeist anderweitig mit der Besetzung vakanter Leitungspositionen betraut. Damit wird beispielhaft deutlich, wie bei dialektisch gehandhabter Prinzipienfestigkeit bürgerliche Wissenschaftler für eine neue Gesundheits- und Hochschulpolitik motiviert werden konnten, gleichzeitig wird am Beispiel der Pädiatrie die praktizierte Bündnispolitik gegenüber der medizinischen Intelligenz belegt.
Aus den eingesehenen Personalunterlagen (323-347) und den darin enthaltenen vielfältigen Stellungnahmen und Meinungsäußerungen wird ersichtlich, welch hohen Stellenwert die Ordinariatsbesetzungen auch unter komplizierten Bedingungen besaßen; der Autor konnte feststellen, mit welch großer Akribie, Sachkenntnis und Sorgfalt in den meisten Fällen nach den jeweils besten Fachvertretern gesucht wurde und welch dominierende Rolle die Medizinischen Fakultäten hierbei spielten.

9.1.2. Zur Entwicklung des wissenschaftlichen Nachwuchses im Zusammenhang mit der Fachgebietsentwicklung

Eine angespannte Kadersituation stellte sich nach 1949 auch auf dem Gebiet des wissenschaftlichen Nachwuchses für die Hochschullehrerlaufbahn in der Pädiatrie heraus.
Geht man von der Anzahl der Habilitationen und der der berufenen Dozenten und Professoren von 1949/50 bis Mitte der 60er Jahre aus (s.Abb.7,S.146), so ist festzustellen, daß im Prinzip jeder Habilitierte auch unmittelbar nach erfolgter Habilitation zum Dozenten berufen wurde (werden mußte). Diese Situation änderte sich erst, als ab Mitte der 60er Jahre die Anzahl der Habilitationen die der Berufungen zum Dozenten erheblich überschritt und somit eine nach Auswahlkriterien gerichtete Berufungs- und Kaderpolitik realisierbar wurde.
Offensichtlich ist auch, daß die Entwicklung des wissenschaftlichen Nachwuchses zunächst nicht im unmittelbaren Blickfeld staatlicher Institutionen stand. Es galt primär, die Ordinariate und damit die Schlüsselpositionen mit antifaschistisch gesinnten Hochschullehrern zu besetzen (s. 9.1.1.). Gegen Ende der 50er Jahre zeichnet sich vor dem Hintergrund z.T. nicht unerheblich hoher Anzahlen von Hochschulkadern in der Medizin, die die DDR verließen und der Notwendigkeit, vakante Lehrstühle wieder zu besetzen die Aufgabe ab, die Nachwuchsentwicklung stärker durch staatliche Maßnahmen zu gewährleisten. Beispielsweise wurde zur Lösung der Kaderproblematik bei Nachwuchswissenschaftlern vom SHF in der Anweisung 109 vom 27.1.1958 die öffentliche Ausschreibung freier Stellen für wissenschaftliche Assistenten und Oberassistenten an den Medizinischen Fakultäten und Akademien, die in Fachzeitschriften zu erfolgen hatte, geregelt (410). Im Vordergrund dieser Regelung standen naturgemäß primär die hochschulspezifischen Aufgaben in Lehre und medizinischer Wissenschaft.
Ebenfalls stimulierend auf den wissenschaftlichen Nachwuchs und die Entwicklung berufungsfähiger Kader wirkte sich die

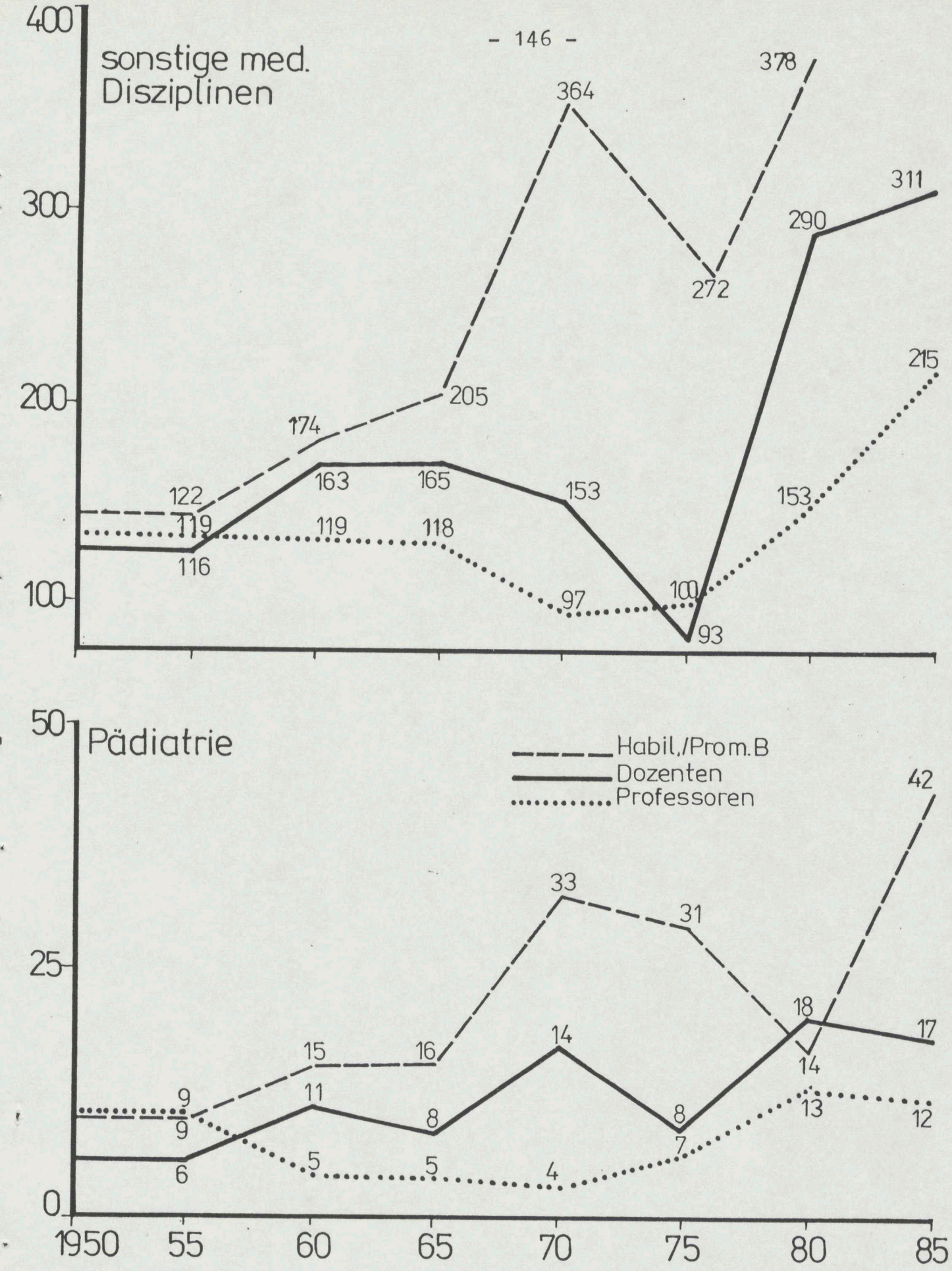


Abb.7: Anzahl der Habilitationen/Promotionen B, Berufungen von Professoren mit Lehrstuhl/ordentlichen Professoren sowie von Hochschul- u. außerordentlichen Dozenten in der Pädiatrie (unten) und sonstigen med.Disziplinen (oben) v.1950-1985

Anweisung Nr. 115 des SHF vom 1.11.1958, die ausschließlich für das medizinische Hochschulwesen erlassen wurde, aus:

"Jeder, der sich an einer Medizinischen Fakultät oder Medizinischen Akademie der DDR habilitiert hat, ist berechtigt, auf Grund der vom Dekan bzw. vom Rektor ausgestellten Habilitationsurkunde den Titel "außerordentlicher Dozent" zu führen, aus der Berechtigung zum Führen des Titels "a.o. Dozent" ergeben sich keine arbeitsrechtlichen Ansprüche, besonders hinsichtlich der Dienststellung und der Vergütung, ... für eine Lehrtätigkeit sind Lehraufträge für a.o. Dozenten zu erteilen" (411).

Mit beiden Anweisungen war zumindest potentiell die Basis gegeben, eine langfristige Kaderentwicklungspolitik im medizinischen Hochschulwesen zu konzipieren und wissenschaftlich aktiven Ärzten eine Entwicklungschance bzw. fachliche Perspektive zu geben. Politisch einzuordnen ist besonders letztere Maßnahme vor dem Hintergrund einer in den Jahren 1958/59 zunehmenden Anzahl von Medizinern, die die DDR in Richtung BRD verließen. Als Nebeneffekt egalisierte sie entsprechende gesetzliche Bestimmungen in der BRD, wonach jeder Habilitierte berechtigt ist, den Titel "Privat-Dozent" zu führen.

Die Kaderpolitik bezüglich der medizinischen Intelligenz war in den 50er Jahren immer wieder Gegenstand der Arbeit des Politbüros des ZK der SED, das u.a. am 2.9.1958 "Maßnahmen zur Veränderung der Lage der medizinischen Intelligenz "beschloß. Darin wird u.a. gefordert:

- junge Ärzte stärker zu fördern und in gut funktionierenden Kliniken konzentriert einzusetzen,
- das wissenschaftliche Leben (Kongreßtätigkeit, Studienaufenthalte etc.) zu intensivieren (401).

Die bereits erwähnte Bildung einer sog. "Ärztekommission" des Politbüros am 23.9.1958 wurde u.a. auch aus der komplizierten Kadersituation notwendig (29-31).

In einem Schriftverkehr zwischen dem Ordinarius für Pädiatrie der Medizinischen Akademie Dresden, G.O.Harnapp, mit dem Stellvertreter des Ministers für Gesundheitswesen, Prof. Friedeberger bzw. dem Leiter der Gruppe Medizin des SHF,Prof.Matthies, wird die schwierige Situation bezüglich der Fachärzte für Pädiatrie auch im territorialen Gesundheitswesen aufgezeigt:

"In der letzten Zeit hat sich der Mangel an Fachärzten für Kinderheilkunde besonders bemerkbar gemacht. So können im Bezirk Dresden die Kinder-Fachabteilungen in Riesa und Elsterwerda und einigen anderen Städten nicht besetzt werden. Nach Bautzen habe ich einen meiner Mitarbeiter geben müssen, um zu verhindern, daß die Kinderabteilung geschlossen werden müßte. In den nächsten Jahren wird der Mangel an Kinderärzten noch spürbarer werden. Bei mir liegen 7 Bewerbungsschreiben um Einstellung zur Fachausbildung in Kinderheilkunde vor. Die Planstellen sind jedoch alle besetzt, ich stelle zunächst den Antrag, 5 zusätzliche Planstellen zu schaffen, um für das Gesundheitswesen eine größere Anzahl von Fachärzten ausbilden zu können" (388).

Auch hier findet sich ein Beleg dafür, daß die Ordinarien über ihren Lehrstuhlbereich hinaus, Aufgaben im Gesamtinteresse der medizinischen Betreuung der Bevölkerung wahrnahmen. Dem beträchtlichen Aderlaß an Kadern der medizinischen Intelligenz, der seitens der BRD z.T. zielgerichtet gesteuert wurde (offizielle westdeutsche Personalplanungen in der Medizin kalkulierten den Zuwachs an Ärzten aus der DDR in eigene Bilanzen ein (138,234)), konnte erst mit den Maßnahmen vom 13.August 1961 begegnet werden. Dennoch konnte nicht verhindert werden, daß sich noch bis weit in die 60er Jahre erhebliche kaderpolitische Schwierigkeiten ergaben. Ein eindringliches diesbezügliches Schreiben des Staatssekretärs für das Hoch- und Fachschulwesen, W. Girnus, an alle Rektoren und Dekane vom 6.2.1961 (386) dokumentiert dies deutlich. Hierin werden die Hochschulen u.a. zur Sicherung der akademischen Laufbahn des wissenschaftlichen Nachwuchses und zum Aufstellen von Kaderplänen aufgefordert. Es ist jedoch zumindest diskussionswürdig, ob dieser eindringliche Appell in der Medizin Wirkung gezeitigt hat. Für die Folgejahre bis 1970 ist hier insgesamt eher eine Stagnation bei den Berufungen zum Dozenten nachweisbar (s.Abb.7,S.146) und dies vor dem Hintergrund einer rasch verlaufenden Wissenschaftsentwicklung, die auch in der Medizin mit der beginnenden Etablierung neuer Disziplinen verbunden war. Eine generell neue Etappe auch bezüglich der Kaderentwicklung wurde mit der III.Hochschulreform ab 1968 eingeleitet. Sie ermöglichte - auf entsprechenden Antrag der Hochschulen - die Einrichtung eines zweiten bzw. weiterer Lehrstühle in einer Disziplin und schuf damit Freiraum für neue Berufungen.

Für die Pädiatrie ist - im Gegensatz zur Summe sonstiger medizinischer Disziplinen - nach der Hochschulreform eine progressive Entwicklungen bei den Berufungen zum ordentlichen Professor nachweisbar (s.Abb.7,S.146). Die Besetzung der neu geschaffenen zweiten bzw. weiteren Lehrstühle im Fach seit 1969 weist Tab. 20 (S.150) aus.
Bezüglich der Berufungen zum Dozenten muß jedoch in der Medizin anhand der in Abb.7 (S.146) dargestellten Entwicklung ein zunächst hemmender Einfluß der Maßnahmen der III.Hochschulreform diskutiert werden. Bislang war es an den medizinischen Fakultäten üblich und traditionsgemäß - im Gegensatz zu anderen Wissenschaftszweigen - die Vorbereitungen bezüglich der Erarbeitung der Promotion bereits in den höheren (klinischen) Semestern zu treffen. Mit Ende des Studiums bzw. kurz danach wurde in aller Regel die Promotion der Mediziner abgeschlossen (234). Aufgrund der im Zuge der III.Hochschulreform erlassenen, auch für die Medizin gültigen gesetzlichen Bestimmungen (Diplom- und Promotionsordnung A und B), wurde die Promotion A durch das vorher zu erwerbende Diplom in die Phase der postgradualen Ausbildung zeitlich verlagert. Dies bedeutete zunächst objektiv auch eine Verzögerung der Entwicklung berufungsfähiger Kader, für die der Erwerb der Promotion B, zumindest in der Medizin, eine conditio sine qua non war.
Weiter wäre der Frage nachzugehen, inwieweit besonders die nach der III. Hochschulreform praktizierte Kader- und Berufungspolitik bezüglich der Besetzung zweiter bzw. weiterer Lehrstühle sich auf die Wissenschaftsentwicklung ausgewirkt hat und ob damit eine bestimmte Wissenschaftsstrategie, gekennzeichnet durch die Förderung wissenschaftspolitischer Schwerpunkte, verbunden war. Eine diesbezügliche Analyse der Lehrstuhlbesetzungen in der Pädiatrie erlaubt hierzu keine klare Aussage, auf keinen Fall jedoch eine positive Beantwortung. Eine bestimmte wissenschaftsstrategische Zielrichtung ist weder aus den berufenen Hochschullehrern, noch aus denen von ihnen vertretenen Spezialgebieten der Pädiatrie nachweisbar. Es findet sich von 1969 bis 1985 nahezu das gesamte pädiatrische "Spezialspektrum", ohne daß diese oder jene wissenschaftliche Akzentuierung ersichtlich wäre. Eine Aus-

Tab. 20: Besetzung zweiter bzw. weiterer Lehrstühle an den Kinderkliniken der Bereiche Medizin der Universitäten und Medizinischen Akademien der DDR seit 1969 (es handelt sich in jedem Falle um Professoren mit Lehrstuhl bzw. ordentliche Professoren),(nach Berufungsunterlagen des MHF, s.a.Anlage 3),Anmerkung: nach 1969 wurden nur noch ordentliche Professoren berufen

Hochschul-kinderklinik	Name	Berufungsgebiet	Jahr (bis 1985)	hauptsächliches Arbeitsgebiet/ Spezialrichtung/Bemerkungen
Berlin	Syllm-Rapoport,I.	Pädiatrie(Neonatologie)	1969	Neonatologie (seit 1967 Professor mit vollem Lehrauftrag)
	Bartel,J.	Pädiatrie	1976	Kardiologie
	Zoellner,K.	Pädiatrie	1979	Nephrologie
	Grauel,L.	Pädiatrie	1981	Neonatologie
Leipzig	Bock,K.	Pädiatrie	1969	Kardiologie (seit 1966 Professor mit vollem Lehrauftrag)
	Theile,H.	Humangenetik	1977	s.Berufungsgebiet
	Beyreiß,K.	Pädiatrie	1981	Gastroenterologie/Stoffwechsel
Halle	Verron	Pädiatrie	1969	
Jena	Frenzel,J.	Pädiatrie	1973	Neonatologie
	Daute,K.-H.	Kinderneuropsychiatrie	1979	s.Berufungsgebiet
Rostock	Külz,J.	Pädiatrie	1971	Neuropädiatrie (seit 1973 Klinik-direktor)
	Blau,H.-J.	Pädiatrie	1977	Hämatologie/Onkologie
Greifswald	Seipelt,H.	Pädiatrie	1979	Pharmakologische Probleme
Dresden	Gmyrek,D.	Neonatologie	1979	s.Berufungsgebiet (seit 1985 Klinik-direktor)
	Weißbach,G.	Pädiatrie	1985	Hämatologie/Hämostaseologie
Erfurt	Braun,W.	Pädiatrie	1971	Gastroenterologie/Stoffwechsel
	Hoffmann,W.	Pädiatrie	1977	Entwicklungsproblematik
	Menzel,K.	Neonatologie	1979	s.Berufungsgebiet (seit 1984 Klinik-direktor)
Magdeburg	Thal,W.	Pädiatrie	1974	Bronchopulmologie

nahme bildet allein die Neonatologie. Sie etablierte sich ab Beginn der 70er Jahre quasi "stillschweigend" als staatlich sanktioniertes Berufungsgebiet innerhalb der Pädiatrie, wie folgende Tabelle ausweist:

Tab.21: Übersicht über alle seit 1969 erfolgten Berufungen im Berufungsgebiet Neonatologie (nach Berufungsverzeichnis des MHF)

Hochschulkinderklinik	Name	berufen zum/ am	Berufungsgebiet
Berlin	Syllm-Rapoport,I.	ordentlichen Professor/ 1.9.1969	Pädiatrie (unter besonderer Berücksichtigung der Neonatologie)
	Grauel,L.	ordentlichen Professor/ 1.9.1981	Neonatologie
Halle	Rumler,W.	Hochschuldozenten/ 1.2.1971	Neonatologie
Dresden	Gmyrek,D.	ordentlichen Professor/ 1.9.1979	Neonatologie
Erfurt	Menzel,K.	ordentlichen Professor/ 1.9.1979	Neonatologie
	Töpke,B.	Hochschuldozenten/ 1.2.1985	Neonatologie

Ende der 60er Jahre war es international zu einer im Verhältnis zu anderen Spezialgebieten des Faches rasanten Entwicklung der Neonatologie gekommen (95), wesentlich ausgelöst durch den Kampf hochindustrialisierter Länder um die führende Position bezüglich der Senkung der Säuglingssterblichkeit, vor allem jedoch der Totgeborenen- und Frühsterblichkeitsraten. Dies reflektiert sich auch in der wissenschaftlichen Arbeit der internationalen Pädiatrie (s.10.1). Im Zeitraum 1966 bis 1971 waren 10 % aller in internationalen pädiatrischen Referateorganen referierten Beiträge neonatologischen Inhalts. Im gleichen Zeitraum hatte sich ihr Anteil im Vergleich zu dem Zeitraum 1950 bis 1955 am gesamten pädiatrischen Schrifttum verdoppelt.

I.Syllm-Rapoport (geb. 1912) begründet einen in der DDR notwendigen Ausbau der Neonatologie folgendermaßen: "Der Kampf, der um diese Zahlen (Senkung der Säuglingssterblichkeit,d.A.) entbrannt ist, spiegelt sich international wider im Schrifttum der Pädiatrie und der Gynäkologie und Geburtshilfe, in dem Gewicht, das diese Probleme auf den wissenschaftlichen Tagungen angenommen haben, in der Gründung von Gesellschaften für perinatale Medizin und in der Entwicklung von neonatologischen Zentren an vielen Universitäten der Welt. In der DDR wird der Bedeutung dieser Fragen in der Prognose der Pädiatrie des Ministeriums für Gesundheitswesen unterstrichen"(416).

An der Charité wurde am 1.2.1970 das erste neonatologische Zentrum der DDR gegründet und sein Leiter,Ingeborg Syllm Rapoport, zum ordentlichen Professor für Pädiatrie (unter besonderer Berücksichtigung der Neonatologie) berufen. Die Hinzufügung in Klammern entspricht der auf der Berufungsurkunde. Damit und mit den weiteren Berufungen auf dem Berufungsgebiet Neonatologie (s.Tab.21,S.151), hatte der Staat de facto die Eigenständigkeit dieses Berufungsgebietes sanktioniert. Eine Verselbständigung der Neonatologie als medizinische Disziplin war damit jedoch keineswegs präjudiziert, sie lag auch weder im Interesse der Pädiatrie, noch war sie ernsthafter Diskussionsgegenstand zentraler Staatsorgane (pers.Mitt.I.Syllm-Rapoport,Berlin,1987).

Des weiteren muß festgestellt werden, daß

- für dieses Berufungsgebiet keine zusätzlichen Ordinariate geschaffen wurden, sie gingen zunächst "zu Lasten" der Pädiatrie als Ganzes und gefährdeten potentiell die proportionale Entwicklung des Faches in seiner spezifischen Vielfalt,
- diese Entwicklung nicht konsequent vorangetrieben wurde, z.B. wurden zeitgleich nahezu ausschließlich auf neonatologischem Gebiet tätige Pädiater wiederum für Pädiatrie und nicht für Neonatologie berufen (s.Tab.22,S. 153),
- es parallele Entwicklungen für ebenfalls pädiatriespezifische und dem Fach Profil verleihende Spezialisierungen nicht gegeben hat.

Tab.22: Auflistung vorwiegend neonatologisch tätiger Pädiater, die für Pädiatrie berufen wurden (nach Berufungsunterlagen des MHF)

Hochschulkinderklinik	Name	berufen zum	am	für
Berlin	Wauer,R.	Hochschuldozenten	1.2.1983	Pädiatrie
Leipzig	Richter,H.	a.o.Professor	1.9.1985	Pädiatrie
Halle	Rumler,W.	o.Professor	1.9.1976	Pädiatrie,1971 Dozentur für Neonatologie
Jena	Frenzel,J.	o.Professor	1.9.1973	Pädiatrie
	Zwacka,G.	Hochschuldozenten	1.2.1981	Pädiatrie
	Zwacka,G.	o.Professor	1.9.1986	Pädiatrie (Klinikdirektor)
Greifswald	Jährig,D.	Hochschuldozenten	1.2.1984	Pädiatrie

Durch eine Zuordnung der mit Stichtag 1.9.1986 an den Hochschulkinderkliniken tätigen Hochschullehrer läßt sich der starke "neonatologische Schub" in der Kaderentwicklung im Vergleich zu anderen pädiatrischen Spezialisierungen verifizieren (s. folgende Tab.):

Tab.23: Zuordnung sämtlicher am 1.9.1986 an den Hochschulkinderkliniken tätigen Hochschullehrer zu den von ihnen hauptsächlich vertretenen Spezialgebieten des Faches

Spezialgebiet	ordentliche Professoren	Dozenten, einschl. außerordentliche Professoren
Bronchologie/ Pulmologie	1 - Magdeburg	3 - Rostock,Greifswald, Dresden
Endokrinologie	-	3 - Berlin,Leipzig,Jena
Gastroenterologie/ Stoffwechsel	2 - Leipzig	3 - Jena,Rostock,Magdeburg
Medizinische Genetik	1 - Leipzig	2 - Rostock,Dresden
Hämatologie/ Onkologie	2 - Rostock, Dresden	4 - Leipzig (2),Jena, Greifswald
Kardiologie	2 - Berlin,Leipzig	3 - Leipzig (2),Halle
Neonatologie	7 - Berlin,Jena(2), Halle,Greifswald,Dresden, Erfurt	5 - Leipzig (2),Berlin, Greifswald,Erfurt
Nephrologie	2 - Berlin (2)	1 - Berlin
Neuropädiatrie	2 - Rostock,Jena	2 - Rostock,Dresden
Sonstige	2	4

Aus der Tabelle 23 ist ersichtlich, wie sich eine überproportional schnell verlaufende Wissenschaftsentwicklung (Beispiel Neonatologie) ebenso in einer überproportional verlaufenden Kaderentwicklung niederschlägt, die in den 70er Jahren durchaus im gesundheitspolitischen Interesse lag. Im Zusammenhang damit muß allerdings die besondere Verantwortung wissenschaftsdirigierender Institutionen des Staates für das Gesamtensemble einer Disziplin hervorgehoben werden, denn die Repräsentanz und effektive Arbeitsfähigkeit auch anderer, sich ebenfalls rasch entwickelnder Spezialgebiete in der Pädiatrie, wird im wesentlichen durch Einrichtung von Hochschullehrerpositionen realisiert, die eine entsprechende materielle Untersetzung wissenschaftlicher Problemstellungen garantieren können. Weitergehende Überlegungen hierzu s. 9.2. und 11..

9.2. Hochschulkinderkliniken in der DDR - Entwicklung und derzeitiger Stand ihrer Strukturierung als Ausdruck der Wissenschaftsentwicklung im Fachgebiet

Wie im Teil I nachgewiesen wurde, ist die Herausbildung spezifischer Institutionen einer Disziplin und ihre Vervollkommnung wesentliches Charakteristikum ihrer Genese. Wie ebenfalls gezeigt wurde, vollzog sich in Deutschland um die Wende zum 20. Jahrhundert die Herausbildung selbständiger und funktionsfähiger pädiatrischer Kliniken, in denen kranke Kinder nach dem damaligen Stand der Wissenschaft medizinisch betreut wurden. Diese Kliniken stellten die materialisierte wissenschaftliche Basis und Reproduktionszentren der Wissenschaft zugleich dar. Es kann postuliert werden und wäre unschwer zu belegen, daß sich in der ersten Hälfte unseres Jahrhunderts an den deutschen Universitätskinderkliniken - trotz erheblicher Einschränkungen in der Zeit des Faschismus 1933 bis 1945 - eine weitere Profilierung vollzog, u.a. ablesbar an den hier erarbeiteten Konzeptionen zur Diagnostik und Therapie von Krankheiten im Kindesalter. An dieser Stelle wäre der Frage nachzugehen, wie, wann und durch wen die wissenschaftliche Kinderheilkunde nach Beendigung des 2. Weltkrieges bzw. nach Gründung der DDR 1949 unter den Bedingungen des z.T. erheblichen Entzuges der wissenschaftlichen Basis durch Kriegsfolgen an den zunächst 6 Hochschulkinderkliniken weiter entwickelt wurde.

Ergänzende Aussagen hierzu finden sich in 6. und 10.2.
Vorher wäre jedoch die Frage zu beantworten, in welche Richtung die internationale Entwicklung in der Pädiatrie, besonders in den vom Krieg wenig alterierten Ländern (Beispiel: USA) fortgeschritten ist und wie sich dies in der Gestaltung der Kliniken als wesentliche Institutionen niederschlägt. Als Resultat und Beispiel der sich in den 50er Jahren vollziehenden Wissenschaftsdifferenzierung und -spezialisierung der Pädiatrie und der daraus folgenden Institutionalisierung spezieller wissenschaftlicher Probleme sei die Struktur der pädiatrischen Klinik in Louisville, Kentucky (USA) demonstriert (s.Abb.8,S.156), wie sie zu Beginn der 60er Jahre existierte (67).
Auf die Schwerpunktsetzung der Pädiatrie, die zum großen Teil durch objektive Zwänge gekennzeichnet war und das gesundheitspolitische "Umfeld" in der DDR in den 50er Jahren ist bereits eingegangen worden (6. und 7.). Die folgende Synopsis (s.Abb. 9,S.157) belegt jedoch, wie auch unter extrem komplizierten ökonomischen und epidemiologischen Bedingungen bezüglich der Profilierung der 6 Universitätskinderkliniken erste Anfänge gemacht wurden. Natürlich waren diese vor allem an der medizinischen Betreuung orientiert, d.h. die kurativen Momente spielten eine dominierende Rolle. Es wird jedoch ersichtlich, daß auch erste - nach wissenschaftlichen Überlegungen gestaltete - Vorläufer von Institutionen Berücksichtigung fanden (z.B. Immun- und zytohämatologisches Labor, zytogenetisches Labor).
Die Kader- und sonstigen, vor allem ökonomischen Voraussetzungen ließen jedoch - auch wegen des notwendig hohen Anteiles praktisch-medizinischer Betreuungsaufgaben - keinen nennenswerten Freiraum zur konsequenten Forcierung der wissenschaftlichen Arbeit mit der Folge der Herausbildung entsprechender Strukturen.
Ein diesbezüglicher Wandel vollzog sich ab Mitte der 60er Jahre an den Hochschulkinderkliniken,besonders in Leipzig, Jena und Rostock (6-8,37,38,132,134,159-162,203,211,212,286). Er hatte mehrere Ursachen:

Abb.8: Struktur eines international führenden Zentrums der pädiatrischen Wissenschaft Anfang der 60er Jahre (Beispiel: Pädiatrische Klinik in Louisville,Kentucky (USA), dargestellt nach (67))

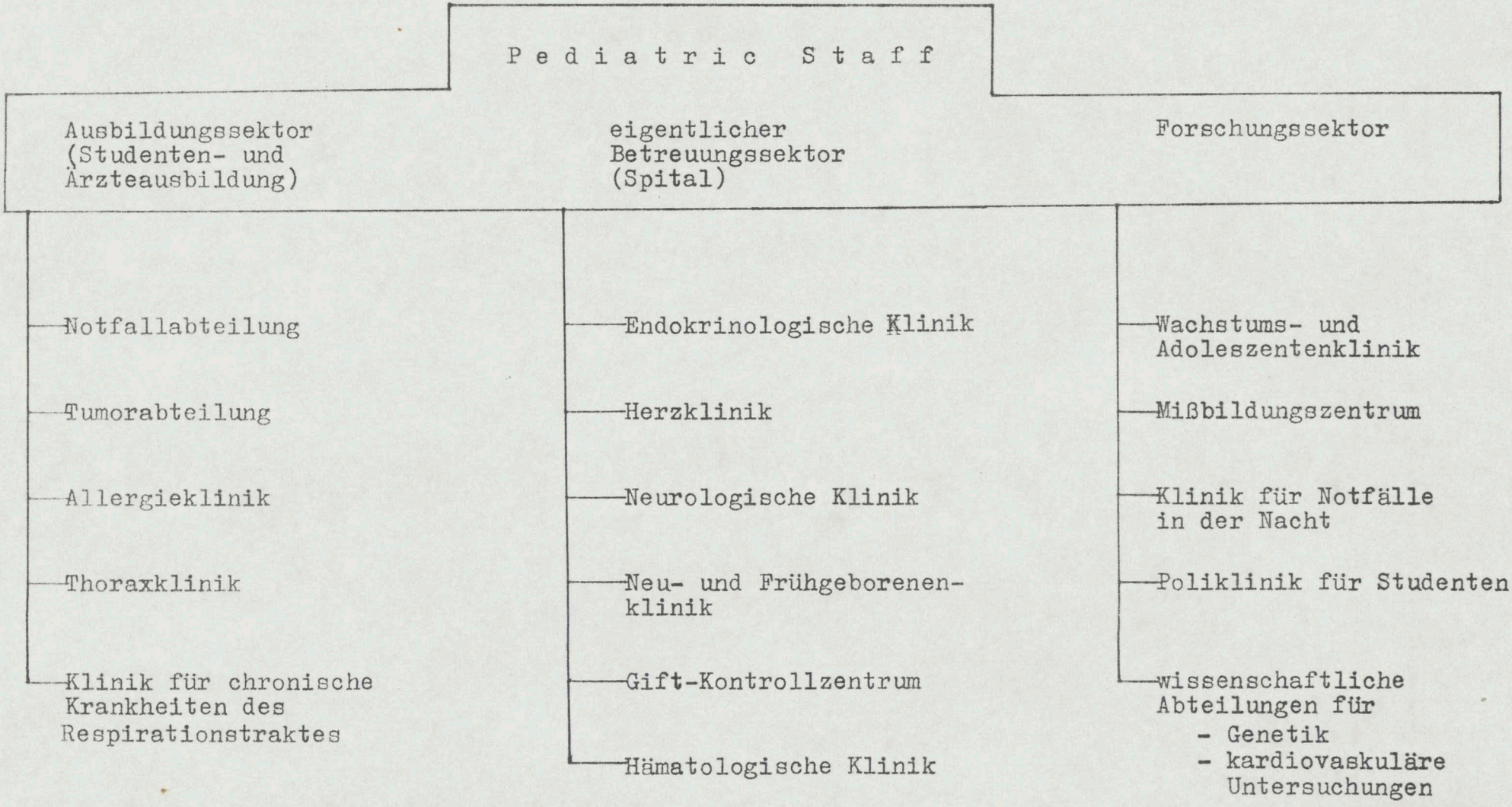


Abb.9: Chronologische Synopsis sich herausbildender Strukturierungen (Beispiele) an den 6 Universitätskinderkliniken Ende der 40er Jahre bis um 1965 (nach 6-8,37,38,52,74,96,103,134,161,162,192,213, 216,376)

Univ.-kinderklinik	1950	1955	1960	1965
Berlin	-Kardiologische Arbeitsgruppe (Klinke,1949/50) -Organisierte Betreuung myxödematöser Kinder (H.Brugsch,1950)		-Immun- und zytohämatologisches Labor (Damerow/Rind,1956/59)	- Nephrologische Station - EEG-Abteilung (Dieckhoff/Großmann, 1962/63)
Leipzig	-Organisierte medizinische Betreuung der an Lues erkrankten Kinder (Oehme, 1947)	- Frühgeborenenzentrum (Peiper,1954) -EEG-Labor (Peiper,1955) -Arbeitsgemeinschaft zur Untersuchung und Behandlung angeborener Herzfehler (Peiper/Bock,1954) -Hämatologische Abteilung (Peiper/Oehme/Breidenbach, 1955/56)		
Halle		- Kardiologisches Laboratorium (Zuckermann (Internist),1953)	"Keine weiteren Strukturierungen, sondern nur Stationen mit besonderem Arbeitscharakter",(Weingärtner,1986 (376))	
Jena			-Frühgeborenenzentrum (Häßler,1957/60) -EEG-Abteilung (Häßler,1958)	-Infektionsabteilung (Köditz/Aurich,1962)
Rostock		-Beatmungszentrale (Thoenes,1954)	-Blutspendezentrale (H.Stolte,1958) -Kardiologische Arbeitsgemeinschaft gemeins.mit anderen Kliniken (Hafemeister (Internist),1959)	-Zytogenetisches Labor (Kirchmair/Pelz,1964)
Greifswald			-Frühgeborenen-Abteilung (Brieger/Plenert,1957) -Labor für Zytogenetik (Brieger,1959)	

- durch die erfolgreiche Prophylaxe infektiöser Erkrankungen (Poliomyelitis,Tb,Diphtherie,Pertussis) wurden Ressourcen und Kapazitäten potentiell für neue wissenschaftliche Fragestellungen frei,
- das wissenschaftliche Kaderpotential und damit die Quantität wissenschaftlicher Arbeit an den Hochschulkinderkliniken verdoppelte sich von 1965-1969, verglichen mit dem Zeitraum 1960-1964, meßbar an der Anzahl abgeschlossener Habilitationsverfahren in der Pädiatrie (s.Abb.7,S.146),
- die internationale Entwicklung wirkte stimulierend,z.B. bildeten sich international disziplinspezifische supranationale wissenschaftliche Institutionen heraus (wissenschaftliche Gesellschaften, Kommunikationsorgane),
- eine erfolgreiche wissenschaftliche Arbeit setzte die Zentralisierung und Profilierung aktueller Probleme in der Pädiatrie voraus (Beispiel: Management der Leukosebehandlung).

Diese in der Wissenschaft ablaufende Entwicklung führte erst relativ spät und quasi retrospektiv zu Reaktionen des Staates. Erst 1981 kommt es mit der "Anweisung Nr. 1/1981 des Ministers für Hoch und Fachschulwesen über die Aufgaben, die Leitung und die Organisation der Kliniken an den Universitäten und Medizinischen Akademien vom 20.1.1981" zur Forderung einer nach definierten Kriterien strukturierten Hochschul(kinder-)klinik, wobei allerdings leitungsrelevante und organisatorische Aspekte im Vordergrund standen. Mit dieser Maßnahme war eine bereits abgelaufene Entwicklung in der Pädiatrie, die sich in der Herausbildung einer spezifischen Strukturierung widerspiegelt, zu sanktionieren und retrospektiv eine rechtsverbindliche Grundlage dafür zu schaffen. Des weiteren war mit o.g. Anordnung die Forderung nach Schaffung "dynamischer und flexibler Strukturen" erhoben, die der Wissenschaftsentwicklung und damit künftigen neuen Strukturen Rechnung trägt (387).

Eine Analyse der in den letzten 20 Jahren abgelaufenen und in Abb. 10,S. 159 dargestellten Entwicklung von Strukturen der Hochschulkinderkliniken ergibt - trotz der in etwa identischen Aufgabenstellung - ein inhomogenes Bild. Dies gilt sowohl für die Strukturierung innerhalb einiger Kliniken (z.B. in Berlin, Halle und Erfurt) als auch im Vergleich aller neun Kliniken untereinander. Die Prämisse vorausge-

Abb.10: Übersicht über die bestehende Strukturierung (Stand 1.1.1985) der neun Hochschulkinderkliniken der DDR, zusammengestellt nach den von den Bereichen Medizin der Universitäten und den Medizinischen Akademien dem MHF zur Bestätigung eingereichten Vorschläge zur Klinikstrukturierung der Kinderkliniken sowie aus Angaben von (387)

Legende: □ selbständige Abteilung der Klinik; ▯ Teil einer selbständigen Abt.; △ selbständiger Oberarztbereich; ○ nicht als Strukturelement der Klinik vorhanden (präjudiziert nicht das vollständige Fehlen eines entspr.Arbeitsbereiches)

Hochschulkinderklinik / Abteilung für	Berlin	Leipzig	Halle	Jena	Rostock	Greifswald	Dresden	Erfurt	Magdeburg
Neonatologie	□	□	△	□	▯	□	□	□	□
Bronchologie/ Pulmologie	○	△	△	△	▯	▯	□	○	□
Nephrologie	□	○	△	△	▯	○	○	○	○
Kardiologie	□	□	△	○	▯	□	○	△	○
Gastroenterologie/ Stoffwechselerkr./ Ernährung	○	□	△	□	▯	▯	△	□	□
Endokrinologie	○	□	○	□	○	○	○	○	○
Hämatologie/ Onkologie	○	□	△	□	□	□	△	○	□
Neuropädiatrie	○	△	○	□ Kinder-neuro-psychiatr.	□	□	△	○	○
Klinische/ Medizinische Genetik	○	□	○	○	▯	○ selbst. Inst.d. Univ.	○ selbst. Abt.d. MAD	○ selbst. Abt.d. MAE	□
Allgemeine/ soziale Pädiatrie	○	▯	○	△	▯	○	□	□	□
Poliklinik	□	▯	△	△	▯	△	□	□	△
Forschungs-abteilung	□	○	○	○	○	□	○	○	○
sonstige Abteilung	interdiszipl. Kinder-station ○	OA-Ber. f.pädiatr. Rheumato-logie ○			○	○	○	Abt.f. Entw.-fragen ○	

setzt, daß eine auf hohem Niveau durchzuführende Lehre nur im Verbund mit qualifizierter wissenschaftlicher Arbeit realisierbar erscheint, wird derzeit an den Hochschulkinderkliniken ein ungelöster Widerspruch evident, der darin besteht:

- einerseits allen Anforerungen in der medizinischen Betreuung und in der Lehre genügen zu müssen und
- andererseits aus ökonomischen, kaderseitigen, epidemiologischen u.a. Gründen Disproportionen im Gesamtspektrum der jeweiligen Klinik zulassen zu müssen.

Wenn die Herausbildung spezifischer Institutionen an den Kinderkliniken (d.h. die Existenz von Klinikabteilungen) als Gradmesser für das Ausmaß und die Leistungsfähigkeit der Spezialisierung und Profilierung anzusetzen ist, kommen einer aufgrund der modernen Wissenschaftsentwicklung denkbaren "Idealform" folgende Kinderkliniken am ehesten nahe:

- Leipzig: Ausnahme - fehlende pädiatrische Nephrologie,
- Jena: Ausnahme - keine Abteilungen für pädiatrische Nephrologie bzw. Kardiologie
- Rostock: Ausnahme - keine Abteilung für Endokrinologie und fast ausschließlich Doppelabteilungen.

Es darf jedoch nicht vernachlässigt werden zu berücksichtigen, daß der Strukturierungsprozeß einer profilierten Klinik von vielen (nicht unbedingt wissenschaftsstrategischen) Einflußfaktoren abhängt: territoriale Bedingungen, kaderseitige Voraussetzungen, wissenschaftliche Profillinien übergeordneter Leitungen, ökonomische Ressourcen. Aus diesem Grunde und wegen der epidemiologischen Situation der Krankheiten bei Kindern erscheinen Forderungen nach vollständiger Einheitlichkeit in Struktur und Organisation der Kliniken wenig sinnvoll und der Wissenschaftsentwicklung nicht dienlich.Resümierend ist festzustellen, daß sich ab Mitte der 60er Jahre der in der Pädiatrie abzeichnende Umbruch auch in der Neustrukturierung der Hochschulkinderkliniken wiederfindet. Dabei ist ohne Belang, daß sich einige Spezialisierungen früher, andere später exponieren. Mitte der 60er Jahre war die Funktion der Hochschulkinderkliniken als wesentlich betreuungsorientiertes Kinderkrankenhaus durch die der Trägerin wissenschaftlicher Arbeit im Fach in einer größeren Breite ergänzt, entsprechende Konturen in Gestalt profilierter Spezialabteilungen zeichnen sich ab.

10. Zur Wissenschaftsentwicklung und Forschung in der Pädiatrie seit 1949/50

10.1. Schwerpunkte und Tendenzen im internationalen Rahmen

Grundlagen für den Abschnitt 10.1. bilden neben ausgewählten Beiträgen der Fachliteratur im genannten Zeitraum eine Analyse sämtlicher von 1950/51 bis 1982 erschienener Bände zweier exponierter internationaler Referateorgane der Pädiatrie:

1. American Year Book of Pediatrics (Year Book Medical Publishers,Inc., Chicago-London), Standort: Deutsche Staatsbibliothek Berlin
2. Zentralblatt für Kinderheilkunde (Springer, Berlin-Heidelberg-New York), Standort: Klinik für Kinderheilkunde der W.-Pieck-Universität Rostock.

Anhand der in ca. 50 000 Referaten enthaltenen Aussagen, Ergebnisse und Entwicklungstendenzen in der internationalen Pädiatrie wurden quantitative Wertungen vorgenommen (s. 10.1.2.)

10.1.1. Qualitative Entwicklungen

Aus den o.g. ca.50 000 Referaten wurden insgesamt 520 Kurzreferate ausgewählt bzw. erstellt, die gemeinsam mit zugehörigen bibliografischen Angaben in Anlage 1 (Bd. 2) aufgeführt sind. Auf eine Berücksichtigung im Literaturverzeichnis 13.1. wurde wegen des erheblichen Umfanges verzichtet.

Im folgenden werden bedeutsame Entwicklungen der internationalen Pädiatrie bzw. benachbarter Disziplinen den modernen etablierten Spezialisierungen des Faches zugeordnet. Dabei handelt es sich nicht in jedem Fall um den/die Erstautor/en bzw. Erstbeschreiber einer Methode, Entwicklung oder eines Ergebnisses, vorwiegend kam es auf die zeitliche Einordnung erbrachter wissenschaftlicher Ergebnisse an. Die angewandte Gliederung sowie die in Klammern enthaltenen Autorennamen und Jahreszahlen sind identisch mit jenen in Anlage 1.

Pädiatrische Nephrologie

Bedeutsame neue Erkenntnisse in der pädiatrischen Nephrologie wurden ab Ende der 40er Jahre vor allem auf dem Gebiet der genetisch bedingten tubulären Nierenerkrankungen gewonnen (19), die zu Anfang der 50er Jahre den Übergang von der nosologischen zur funktionellen Betrachtungsweise der Nephropathien (65,69) erforderten und einleiteten. Die ausführliche Beschreibung der infantilen renalen Azidose (Lightwood,1953) bzw. der renalen Rachitis mit Phosphat-, Glukose- und Aminosäurediabetes (DeToni et al.,1956) und die genauere Differenzierung von Glomerulo- und proximalen sowie distalen Tubulopathien (Fanconi, 1953) kennzeichnen diese Phase, die wesentlich durch die Einführung der Papierelektrophorese Mitte der 50er Jahre ermöglicht wird. Ebenso hat die Entwicklung von Nierenfunktionstests die Hinwendung zur funktionellen Betrachtungsweise einerseits dokumentiert, andererseits stimuliert, z.B. Inulin-Clearance (Mateer,1952) und endogene Kreatininclearance (Barnett,1953). 1954 stand bereits eine ganze Palette von Nierenfunktionstests für die Anwendung im Kindesalter zur Verfügung (s.Anlage 1), die durch nuklearmedizinische (ING,Szintigramm),(275) und andere radiologische Verfahren (MCU,ivU, Silverman,1952), retroperitoneale Pneumographie (Hölscher,1954), retrograde Zystographie zur Differenzierung verschiedener Refluxgrade (Fulton,1957) ergänzt wurden. Morphologische Methoden bereichern die diagnostischen Möglichkeiten und dienten der Kontrolle therapeutischer Interventionen. 1957 beschreibt Lich Methoden, Indikationen und Kontraindikationen der perkutanen Nierenbiopsie, die 1952 von Iversen et al. in die klinische Praxis erstmals eingeführt wurde und in den 60er Jahren breite Anwendung fand (45). Therapeutische Ansätze, besonders in der Nephrosebehandlung ermöglichten die Einführung der Nebennierenrindensteroide. 1952 stellt Arneil diesbezügliche Ergebnisse vor. Das Konzept wird in den Folgejahren zur Kombinationstherapie der Nephrose im Kindesalter mit ACTH, Cortison und Thiosemicarbazon (Conteben) erweitert (Lorenz,1954). Zum gleichen Zeitpunkt werden zur Behandlung der Niereninsuffizienz eine Reihe extrarenaler Entschlackungsverfahren angewandt. Kolff berichtet 1954

über bereits existierende Typen der künstlichen Niere. 1955 behandelt Mateer 5 Kinder mit einem modifizierten Alwall-Dialysator, Spitz (1959) berichtet über eine durchgeführte extrakorporale Dialyse bei einem 2jährigen Kind. 1961 wird die Hämodialyse bei Säuglingen wegen der großen Volumenschwankungen für unmöglich gehalten (Segar,1961), bereits 2 Jahre später wird ein Säugling hämodialysiert (Walker,1963). Nach weltweiten Schätzungen sind von 1946 bis 1960 ca. 5000 bis 6000 Hämodialysen vor allem bei Erwachsenen vorgenommen worden. Anderson wendet 1965 Nylonkatheter und eine halbe "Kolff-Niere" zur Dialyse bei Säuglingen und Kleinkindern an. Arneil schlägt 1966 eine Differentialtherapie für das nephrotische Syndrom im Kindesalter vor (z.B. Einsatz von Imuran bei Steroidresistenz). 1969 wird zusätzlich Cyclophosphamid empfohlen (Moncrieff), Soyka entwickelt 1967 das "alternate-day-Prednison-regimen". Immunologische Parameter (IgG, $Beta_1C$-Kryoglobulin u.a.) werden zur Diagnostik der Glomerulonephritiden herangezogen (Tina et al.,1968). 1969 berichtet Fine über vier Leichennierentransplantationen bei Kindern, Le Plante (1970) stellt seine Ergebnisse der Nierentransplantation bei 17 Kindern vor, davon 11 mit Gewebetypisierung, Fine (1973) hält die Zweittransplantation aufgrund seiner Resultate für gerechtfertigt. 1975 berichtet Lawson über Nierentransplantationen bei drei Kindern mit Zystinose. Sweet (1977) hält aufgrund seiner vierjährigen Erfahrungen die Nephrosonographie für eine vorzügliche Methode für die nephrologische Diagnostik, die der CT überlegen ist (198).
1974 stellt Schärer Ergebnisse der Dialysetherapie und Nierentransplantation in Europa anhand der Daten aus 255 Nierenzentren vor, den prozentual höchsten Anteil an diesen Behandlungsmethoden haben Dänemark,Frankreich und die Niederlande.
Das Subspezialisierungsgebiet institutionalisiert sich international durch:

- das erste Lehrbuch der pädiatrischen Nephrologie von Royer et al. 1963,
- die Gründung der ESPN, der European Society of Paediatric Nephrology 1967,
- die Gründung der International Paediatric Nephrology Association (IPNA) 1974 (158),
- das International Journal of Paediatric Nephrology 1980.

Seine weitere Differenzierung und Entwicklung sind gegeben durch die Notwendigkeit einer speziellen Diagnostik und Therapie von Nephropathien bei Kindern auf hohem wissenschaftlichem Niveau, die Realisierung gemeinsamer Forschungsvorhaben (Studien) und spezifische Weiterbildungsaufgaben (25).

Pädiatrische Onkologie (unter besonderer Berücksichtigung der akuten Leukose im Kindesalter

Die in den 40er Jahren erreichten Fortschritte bei der Entwicklung antineoplastisch wirksamer Chemotherapeutika haben - wie in der Inneren Medizin - auch in der Pädiatrie zur Etablierung eines onkologischen Spezialgebietes geführt (322). Bereits zu Beginn der 50er Jahre wird eine ganze Palette von Chemotherapeutika unterschiedlicher chemischer Stoffklassen international zur Behandlung der Leukose im Kindesalter eingesetzt (s.Anlage 1). Die Polychemotherapie wird zur maßgeblichen therapeutischen Konzeption entwickelt und bewährt sich relativ frühzeitig, wie in der folgenden Tabelle ablesbar ist (191,195):

Tab.24: Einsatz verschiedener therapeutischer Verfahren zur Behandlung der Leukose im Kindesalter und ihre Wirkungen

Zeitraum	Therapeutische Maßnahmen	mittl.Überlebenszeit
1944-1952	Bluttransfusionen	2 Monate
1953-1954	Bluttransfusionen + ACTH + MTX	10 Monate
1955-1956	Bluttransfusionen + ACTH + MTX + 6-MP	13 Monate

Mit seinen Arbeiten zur Knochenmarkbeurteilung schuf Sturgeon 1952 die Voraussetzungen für die morphologische Beurteilung der Erkrankung und die Therapiekontrolle (322). 1953 berichtet Burchenal erstmals über 15 komplette Remissionen bei 45 Kindern durch Einsatz von Purinethol (6-MP) das zur Einleitung einer zytostatischen Therapie empfohlen wird. Dennoch muß weiterhin festgestellt werden: "Die gegenwärtige Therapie kann ein leukämiekrankes Kind nicht vor dem Tode bewahren" (190,191,195).
Mitte der 50er Jahre (Nice,1954) wird der günstige Effekt der Radiotherapie auf den Verlauf des Mb. Hodgkin nachgewiesen. Parallel dazu ist eine Klassifizierung der neoplastisch transformierten Zellen versucht worden,z.B. mit Hilfe des Elektronenmikroskopes (Huth,1954); diese Versuche wurden mit zytochemischen

(Plüss,1966, Landbeck,1977,Winkler,1977), weiterentwickelten morphologischen Methoden (Mathé,1971),(152) und immunologischen Methoden (Schwenk,1978) fortgesetzt und erleben derzeit durch den Einsatz monoklonaler Antikörper eine Vervollkommnung.
Anfang der 60er Jahre werden erste Vergleiche von Patientengruppen mit unterschiedlichem Behandlungsregime (Randomisierung) angestellt (Zuelzer,1960), bedingt durch die längeren Überlebenszeiten tritt das klinische Bild der Meningosis leucaemica als Komplikation in Erscheinung (Gasser,1960). Das therapeutische Hauptziel zu Beginn der 60er Jahre ist das Induzieren der Remission (122). Etwa um die gleiche Zeit werden die Behandlungsergebnisse mehrerer Behandlungszentren in Therapiestudien zusammengefaßt. Zuelzer berichtet 1964 über die "Composite cyclic therapy", ein neues Therapiekonzept, das Erfolge bei 175 Kindern zeitigte; erstmals erscheint der Terminus "Heilung" bezüglich der mutierten Zellen. Zur Behandlung der Meningosis, eine Voraussetzung für das Erreichen besserer Therapieergebnisse, empfiehlt Evans 1964 eine Kombinationsbehandlung aus ZNS-Bestrahlung und intrathekaler Applikation von MTX (Whiteside,1958). Supportive Maßnahmen werden ergänzt und weiterentwickelt, z.B. Applikation von Thrombozytenkonzentrat (Alvarado,1965).
Mathé fordert 1966 eine wesentliche Intensivierung der antileukämischen Therapie aufgrund histologischer Untersuchungen verschiedener Organe in denen leukämische Zellnester nachgewiesen werden und empfiehlt 1969 den Einsatz von L-Asparaginase zur ALL-Behandlung.
1971 berichtet Selawry erstmals über eine größere Zahl "geheilter Leukämiepatienten, die seit Jahren nicht mehr behandelt werden und im Erwachsenenalter gesunden Kindern das Leben schenkten". Pinkel stellt 1972 die Ergebnisse seiner 1962 bis 1971 durchgeführten "Totaltherapie" der ALL bei Kindern vor. Seit Mitte der 70er Jahre findet die Knochmarktransplantation (KMT) zunehmend Eingang in die Behandlungsstrategie leukosekranker Kinder, die größten Erfahrungen hierzu liegen in Seattle (USA) vor (86). Mit diesem Konzept war ein grundsätzlich neuer Ansatz - der des Ersatzes des erkrankten Knochenmarkes verbunden.

In der pädiatrischen Onkologie zeigt sich beispielhaft, wie Forschungsergebnisse aus der Grundlagenforschung umgehend in die Pädiatrie eingeführt und von ihr genutzt werden. Wie andere Spezialisierungen trägt auch sie stark interdisziplinären Character. Begünstigend für ihre schnelle Entwicklung waren u.a. die Etablierung kooperativ arbeitender Wissenschaftlergruppen auf nationaler sowie internationaler Ebene sowie die Einrichtung von Zentren (17,141,142,150,151-153,292).

Pädiatrische Kardiologie

"Den maßgeblichen Anstoß zur Entwicklung der modernen Kinderkardiologie gab Helen B. Taussig aus Baltimore mit der 1947 erschienenen Monographie "Congenital Malformations of the Heart", welche die damals möglichen nichtinvasiven Methoden zur Diagnostik der angeborenen Herzfehler umfaßte" (27).
Die Entwicklung der Kinderkardiologie steht in engem Zusammenhang mit der Einführung neuer Diagnostik- und Operationsmethoden. 1954 führten Ziegler et al. erstmals invasive diagnostische Verfahren in die Säuglingskardiologie ein und plädieren für eine Vorverlegung des Operationszeitpunktes vom 5. bis 12. Lebensjahr in das Säuglingsalter (Ziegler,1952). Die Möglichkeiten der Diagnostik werden bereichert durch die Vektorkardiographie (Elek,1953) und selektive Angiokardiographie bei Säuglingen (Rowe,1956). Mitte der 50er Jahre wird Digitoxin (Hansen,1953), Stophantin (Löw,1957) und Hydrazinopththalazin (McCrory,1953) bei Kindern angewandt. Ende der 50er Jahre werden intrakardiale Operationen im Kindesalter unter Einsatz der Herz-Lungen-Maschine (Gibbon, 1953) vorgenommen (Jaeger,1959). Pathologische Zustände des Herzens lassen sich mit Hilfe der transseptalen Katheterisierung optimaler diagnostizieren (Ross jr.,1960), (Beuren und Apitz,1961), gleichzeitig werden Shuntbestimmungen beim VSD (Arcasoy,1962) und die intrakardiale Phonokardiographie (Heitzen,1964) durchgeführt (107). Ein erster Bericht über eine Totalkorrektur der Lungenvenenfehleinmündung erscheint 1962 (Mustard), 1963 legt Schneegans eine umfassende klinisch-

pathologische Studie zur Endokardfibroelastose vor; hierzu werden Therapievorschläge unterbreitet und Prognosekriterien erarbeitet (Manning,1964). Weitere neue Behandlungsmethoden finden Eingang in die Kinderkardiologie: Mitralklappenersatz (Linde,1965) bei Kindern, weitere Klappenersatzverfahren werden bis Ende der 60er Jahre verfeinert (Bloodwell,1968); Schrittmacherimplantationen bei Säuglingen (Harris,1966), atriale Ballonseptostomie nach Rashkind (Keck,1967), Duktusligatur bei Frühgeborenen mit und ohne ANS (Edmunds,1972). Die Entwicklung der US-Technik (US-Doppler) ermöglicht eine exaktere, beliebig oft wiederholbare und nebenwirkungsfreie Messung unterschiedlicher Herzkreislaufparameter im Kindesalter, z.B. Blutdruck-Messung (Hernandez,1971), Messung intrakardialer Räume (Lundström,1974), Shuntbestimmung (Silverman, 1974). Neue Medikamentenverfahren ermöglichen prinzipiell das Umgehen bzw. Hinauszögern chirurgischer Interventionen, z.B. Anwendung von Prostaglandinen zum Offenhalten des Duktus (Elliot,1975), Duktusverschluß bei Frühgeborenen durch Indomethazin (Heyman,1976). 1978 setzt Driscoll Dopamin erfolgreich zur Schocktherapie im Kindesalter ein. Ende der 70er Jahre ermöglicht der Einsatz von Digitalcomputern bei Herzkreislauf-Untersuchungen das Erheben aller notwendigen Daten real time mit hoher Präzision (Heintzen,1977).

Pädiatrische Endokrinologie

Zu Beginn der 50er Jahre stehen in der Pädiatrie bereits hinreichend funktionierende NNR-Funktionstests zur Verfügung: ACTH-Test, Messung der 17-Ketosteroide und der Corticoidexkretion (Ferrazzini,1952), der Kryptorchismus wird medikamentös mit Choriongonadotropinen behandelt (Wespi,1954). Ein wesentlicher Fortschritt ist die Behandlung hypothyreotischer Kinder mit L-Thyroxin (Fisher,1955). McArthur (1956) erreicht durch simultane Injektion von Alt- und Intermediärinsulin eine wesentliche Verbesserung der Stoffwechselführung der Diabetiker. Dieses Therapiekonzept findet schnellen Eingang in die klinische Praxis (Struwe,1962). In der Behandlung des AGS wird DOC durch Fluorocortisol ersetzt (Owen,1957), T_3 wird als der

wirksamere Hormonparameter identifiziert (Hutchinson,1957). Shepard behandelt 1960 einen Knaben mit hypophysärem Zwergwuchs durch Gaben von Hypophysenextrakt. Der Metopiron-Test (Liddle, 1958) wird bei Kindern eingesetzt (Bierich, Lelong,1962), gleichzeitig erfolgen erstmals immunologische STH- (Girard, 1962) und Insulin-Bestimmungen (Ehrlich,1964). Zur Wachstumshemmung von Mädchen mit voraussichtlicher Endgröße von über 180 cm finden Östrogene Anwendung (Whitelaw,1962). Das seit 1961 kommerziell verfügbare Vasopressin ermöglicht die Differenzierung verschiedener Formen des Diabetes insipidus (Leumann,1963). Mitte der 60er Jahre halten moderne Konzeptionen bzw. Begriffe aus der Regeltechnik Einzug in die Endokrinologie (Regelkreis,Stellglied,Stellgröße etc.), Releasing Factors sind bekannt,der LATS ist beschrieben (Bierich,1965).
Eine Chance zur erfolgreichen Behandlung des Diabetes insipidus ergibt sich mit dem Einsatz von Lysin-8-Vasopressin (nasal), (Rallison,1967) bzw. DDAVP (Aronson,1973), der Insulintest zur Untersuchung der STH-Sekretion (Roth,1963) wird in die Klinik eingeführt (Stimmler,1967). Prader (1967) berichtet über erfolgreiche Anwendung des STH bei hypophysärem Zwergwuchs und empfiehlt wegen der Gefahr der Antikörperbildung gegen STH (Frasier,1966) diskontinuierliche Gaben. Ende der 60er bzw. Anfang der 70er Jahre bereichert die Einführung der RIA wesentlich die diagnostischen Möglichkeiten bei Endokrinopathien: LH-RIA (Johanson,1969), TSH-RIA (Hall,1972), Aldosteron-RIA (Langan,1974), Thyroxin-RIA (Dussault,1975). Irie stellt 1975 eine TSH-RIA-Entwicklung vor, die sich zum Einsatz als Screening eignet, bereits 1979 berichtet Fisher über die Ergebnisse eines Neugeborenen-Screenings auf Hypothyreose bei mehr als 1 Million Kindern; Ergebnis: Morbidität 1:3684. Mit Beginn der 80er Jahre wird mit der Entwicklung synthetischer Hormone (z.B.Humaninsulin), neuer operativer Methoden (z.B.Inselzelltransplantation) bzw. in der Vervollkommnung medizintechnischer Innovationen (z.B. künstliche Betazelle) auch der pädiatrischen Endokrinologie ein weitaus differenzierteres Aufgabengebiet eröffnet (251).

Klinische/Medizinische Genetik

Eine neue Etappe in der Betrachtung der vererbbaren Krankheiten ist die 1949 von Pauling erarbeitete Definition der Sichelzellanämie als eine "molekulare Krankheit". Barr beschreibt im gleichen Jahr das Geschlechtschromatin bei Katzen.Cori erbringt 1952 erstmals den Nachweis eines Enzymdefektes (Fehlen der G-6-P beim Mb.Gierke). Aufgrund der Arbeiten von Kemp (1929) und Hsu (1952) werden Zellkulturen mit dem Ziel der Chromosomendarstellung angelegt, Moore stellt 1953 das menschliche Geschlechtschromatin dar, auf theoretischem Gebiet wird das zweisträngige, spiralisierte DNA-Modell entwickelt (Watson und Crick,1953). Ebenfalls 1953 wird der Enzymdefekt der PKU (Jervis,1953) definiert, Davidson weist 1954 "drum sticks" in neutrophilen Granulozyten nach, und Polani (1954) deckt den Geschlechtschromatinbefund beim Turner-Syndrom auf.
Mitte der 50er Jahre wird die Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse aus der Genetik in der medizinischen Praxis verstärkt gefordert, Lamy (1954) plädiert für die Beratung der Eltern nach Geburt eines fehlgebildeten Kindes zur Ermittlung der Wahrscheinlichkeit für weitere Risiken und zeigt Beziehungen der sich entwickelnden Genetik zur Pädiatrie auf. Wiedemann (1956) stellt den prinzipiell möglichen Nachweis des Geschlechtschromatins aus Fruchtwassermaterial fest, Tijo (1956) und Ford (1956) bestimmen die Anzahl der menschlichen Chromosomen mit 46.
1959 führt die Entwicklung der Zytogenetik zur Feststellung des Karyotyps beim Klinefelter-Syndrom (Jacobs,1959), beim Turner-Syndrom (Ford,1959) und der Trisomie 21 beim Mongolismus (Lejeune,1959),(288). "Die Entdeckung Lejeunes, daß dem Mongolismus eine chromosomale Aberration zugrunde liegt, hat auf die Chromosomenforschung beim Menschen explosiv gewirkt. Heute verfügt jede Medizinschule, die etwas auf sich hält, ja vielfach Einzelkliniken über sehr gut ausgestattete Chromosomenlaboratorien" (67). Lenz stellt 1968 fest: "Durch chromosomale Geschlechtsbestimmung und die Ergebnisse der Chemie der primären Genprodukte hat sich die Humangenetik in den letzten Jahren von einer zweitrangigen, wenig zuverlässigen Wissenschaft zu einer selbständigen, teilweise wegweisenden Stellung emporgearbeitet" (156).

1960 gelingt in Denver eine Einigung über eine einheitliche Chromosomennomenklatur im internationalen Rahmen. 1961 beschreibt Clarke den sog. "Mosaizismus" bei einem Kind mit mongoloidem Habitus. Zu Beginn der 60er Jahre werden Heterozygotentests in die Diagnostik genetisch bedingter Stoffwechselkrankheiten eingeführt, z.B. Glykogenbestimmung in Thrombozyten beim Mb.Gierke (Linneweh,1963),(163), eine prinzipiell ähnliche Methode wird für die Ahornsirup-Krankheit beschrieben (Goedde,1963). McKusick stellt 1965 seine Ergebnisse zum Vererbungstyp und zur Biochemie der Mukopolysaccharidosen vor, ebenfalls 1965 konstatiert Prader die "zunehmende Bedeutung der Genetik für die Medizin und im besonderen für die Kinderheilkunde", er fordert, "... die Erfassung gesunder Heterozygoter muß ärztliche Aufgabe sein" (219). Smith gelingt 1968 der Nachweis von subklinischen Formen der DMD (Carrier) durch Enzymbestimmungen (CPK,Aldolase). Higurashi (1967) identifiziert autoradiografisch Translokationschromosomen, 1969 wird die Methode der zytogenetischen Diagnostik eines MbDown aus kultivierten Amnionzellen (Amniozentese) beschrieben (Valenti,1969), bereits 1970 wird ein Bericht über 162, davon 160 erfolgreiche Amniozentesen publiziert (Nadler). Sumner verwendet 1971 die Giemsa-Technik zur Bandendarstellung, die Ergebnisse entsprechen denen der Quinacrin-Fluoreszenz, mit dieser weist Lamborot-Manzur (1972) eine direkte Korrelation zwischen der Länge des stark fluoreszierenden Anteils des Y-Chromosoms und der Größe des Interphasekörperchens nach. Eine ernöhte AFP-Konzentration wird im Fruchtwasser bei Spina bifida bzw. Anenzephalus des Feten gefunden (Brock,1972), 1977 ist dafür ein RIA in Anwendung (Kohlschütter,1977), der Screenings ermöglicht. Mit modernen Entwicklungen, wie z.B. der genomischen Diagnostik eröffnet die klinische Genetik der Pädiatrie die Möglichkeit, einer ihrer Hauptaufgaben, der Prävention von Krankheiten im Kindesalter in höherem Maße gerecht zu werden (76).

Neonatologie

Zu Beginn der 50er Jahre wird international an der Aufklärung der Ursachen der Hyaline-Membran-Krankheit gearbeitet. Blystad (1951) findet derartige Membranen nur bei den Kindern, die mindestens 24 Stunden gelebt haben. Zur Prävention der retrolentalen Fibroplasie (rF) wird empfohlen, Frühgeborenen keinen Sauerstoff zu applizieren (Campbell,1951). 1953 wird zur Klärung dieses Problems eine Expertenkommission des US National Institute of Health eingesetzt, seit diesem Zeitpunkt setzt sich eine rationelle Sauerstoffdosierung durch (165, 235,236). Quick definiert 1952 die Prothrombinogenbildung bei Neugeborenen als eine "werdende Funktion", Virginia Apgar (1953) offeriert ein numerisches System zur Beurteilung des Vitalitätszustandes bei Neugeborenen. Polacek (1954) schlägt eine einfache Technik zur i.v.Dauertropfinfusion bei Frühgeborenen vor, 1954 wird eine Atemmaske mit Gummibeutel und Überdruckventil zur Behandlung asphyktischer Neugeborener eingesetzt (Niggli,1954). 1956 stellt Blystad eine Mikromethode zur CO_2- und O_2-Bestimmung vor, heparinisiertes Blut wird zur AT eingesetzt, damit sind schnellere Infusionen möglich, die Gefahren des Zitratzusatzes entfallen (Pew,1956). Ende der 50er Jahre wird die endotracheale Sauerstoffbeatmung durch intermittierenden Überdruck im halboffenen System eingeführt (Beck,1957), die Entkopplung der oxidativen Phosphorylierung durch Bilirubin wird beschrieben (Ernster,1957). Lelong (1958) stellt die komplexen Ursachen neonataler hämorrhagischer Zustände und die Wirkung des 1940 in die Therapie der Blutungsübel eingeführten Vit.K in einer Übersicht dar. Sisson (1958) empfiehlt den Einsatz von Erythrozytensediment zur AT, der Begriff des "Syndroms der Atemnot" bei Frühgeborenen wird geprägt (Karelitz,1959). Polacek (1963) entwickelt ein Indikationsdiagramm für die AT, abhängig vom Lebensalter und der Bilirubinkonzentration im Serum, das 1965 von ihm - differenziert für AT bei ABO- und Rh-Erythroblastose - weiterentwickelt wird. Liley (1963) berichtet über seine Ergebnisse der intrauterinen Transfusionen bei fetaler Erythroblastose. Schneegans (1964) beschreibt den günstigen Effekt der Lichtbestrahlung (optimale Wellenlänge 420-450 nm) auf die Senkung der Bilirubinkonzentration. Broughton (1965) findet die Effektivierung dieser

Methode durch Einsatz von Blaulicht heraus. Mitte der 60er Jahre werden zunehmend medizintechnische Neuentwicklungen in der Neonatologie wirksam, u.a. ein atemgesteuertes Warngerät zum Einsatz in der Neugeborenenüberwachung (Lipton,1964). Delivoria-Papadopoulos (1965) empfiehlt den Einsatz der positiven intermittierenden Druckbeatmung vor Entstehung einer Azidose und analysiert Beatmungsparameter (Druck,Volumen, Atemgaszusammensetzung). Northway (1967) stellt den kausalen Zusammenhang zwischen dem klinischen Bild der bronchopulmonalen Dysplasie und der Respiratortherapie her, Waller (1967) propagiert Oxazillin als das Mittel der Wahl bei Staphylokokkeninfektionen in der Neugeborenenperiode. Ende der 60er, Anfang der 70er Jahre werden die Überwachungsmethoden in der Perinatalperiode zunehmend verfeinert und präziser,z.B. Kontrolle des SBH durch Punktion der Skalpvenen (Seeds,1969) und automatisierte pO_2-, pCO_2- und pH-Überwachung (Clark,1971). Rappoport (1972) untersucht die Bedeutung der Lezithin/Sphingomyelin-Ratio zur Beurteilung der fetalen Lungenreife. Gregory (1972) behandelt Kinder mit ANS mittels CPAP-Atemhilfe. Ein qualitativ neuer Schritt wird durch die transkutane O_2-Messung mit einer beheizten Elektrode erreicht (Huch,1974). Die weitreichende Bedeutung dieser Methode liegt in der Reduzierung der Gefahren der O_2-Therapie und der Optimierung des Respiratoreinsatzes (56). Die intrakranielle Drucküberwachung bei Neu- und Frühgeborenen gewinnt an Bedeutung, Vidyasagar (1977) und Salmon (1977) demonstrieren derartige Verfahren der noninvasiven Überwachung mit Hilfe eines Transducers. Als Parameter zur Frühdiagnostik der neonatalen Sepsis wird das CRP empfohlen (Sabel,1979). Philip (1970) stellt eine Testpalette zur Schnelldiagnostik der Sepsis vor. Die US-Technik findet Eingang in die Beurteilung neonataler Hirnläsionen. Fujiwara setzt 1980 Dipalmitolyl-Lezithin-Aerosol als künstlichen Surfactant factor ein.

Neuropädiatrie

Durch die Entwicklung neuer Chemotherapeutika wird ein wesentlicher Fortschritt in der Behandlung infektiöser Erkrankungen des ZNS Anfang der 50er Jahre erreicht. Alexander (1952) stellt eine Übersicht über den diesbezüglichen aktuellen Stand vor (s.Anlage 1). Sulfonamide, Penizillin, Chloromycin befinden sich im klinischen Einsatz. Die mögliche Krampfauslösung durch "Flickerlicht" (Bickford,1953) bzw. der Einsatz der Fotostimulation zur Diagnostik von Krampfanfällen (Schaper, 1953) werden beschrieben. Hunt (1954) stellt in einer Kasuistik einen Säugling vor, dessen Krampferscheinungen nur durch Vit-B_6-Gaben zu behandeln sind. Zur Senkung des Liquordruckes und zur Ganglienzellenprotektion wird die Osmotherapie mit 40 %-iger Glukose bei entzündlichen ZNS-Erkrankungen empfohlen (Köttgen,1955). Apydan wird zur Behandlung der Epilepsie eingesetzt (Verbeck,1955). Die Bedeutung der Betaaktivität im EEG bei gesunden Kindern und Patienten mit Zerebralerkrankungen wird dargelegt (Garsche,1956), gleichzeitig demonstriert Bobath (1956) seine klinischen Beobachtungen der Zerebralparesen. Zur Behandlung der Grand mal- und Petit mal-Anfälle wird eine Differentialtherapie vorgeschlagen, in der insgesamt mehr als zehn Antiepileptika zur Verfügung stehen (Livingstone, 1957), die Transillumination zur Diagnostik einer Hydrozephalie wird beschrieben (Levin,1957) ebenso typische Röntgenzeichen bei erhöhtem intrakraniellen Druck (du Bloulay,1961). Dumermuth (1959) setzt ACTH und Hydrocortison zur Behandlung des ENS-Leidens ein bzw. schlägt die sog. ACTH-Kur (1961) vor. Bobath entwickelt 1961 aufgrund moderner neurophysiologischer Erkenntnisse ein Behandlungsschema für Kinder mit CP. Nach einer Phase der klinischen Erprobung wird das Echoenzephalogramm (Leksell,1955) für die Klinik empfohlen. Zu Beginn der 60er Jahre wird die Dosierung der Antiepileptika DPH und Phenobarbital durch Bestimmung der Serumspiegel präzisiert (Svensmark,1963). Ab Mitte der 60er Jahre werden neu entwickelte Antiepileptika eingeführt: Ethosuximid (Weinstein,1966), Nitrazepam (Millichap,1966), Depakine (Scollo-Lavizzarri,1970), Clonazepam (Hooshmand,1972). Eckstein (1966) und Rickham (1969)

empfehlen die frühestmögliche operative Behandlung der MMC gemeinsam mit Ventilimplantation bei Hydrozephalus (Rickham,1969). Die Diagnostik von Hirnläsionen wird durch die Hirnszintigraphie (Kuhl,1966) bereichert; das PEG bleibt vorerst die aussagekräftigste Methode zur Untersuchung von Prozessen der hinteren Schädelgrube (Müller,1968). Voyta (1968) beschreibt den Lagereflex bei hirngeschädigten Kindern. Mit dem Einsatz der EDV in der pädiatrischen EEG-Forschung (Dumermuth,1971) bzw. der automatisierten EEG-Analyse nach Computerprogrammen (Martinius,1971), dem Einsatz von Computern zur on-line-Erkennung von EEG-Artefakten (Gevins,1977) und durch die Entwicklung der US-Technik (Sektorscan), (Freund,1973, Pendl,1974) eröffnen sich der Neuropädiatrie neue diagnostische Wege. Ab Mitte der 70er Jahre gehören Blutspiegelbestimmungen von DPH bei ambulant behandelten Patienten zum Standard, ebenso wie die anderer gebräuchlicher Antiepileptika. Lund (1974) führt gaschromatografische DPH-Bestimmungen durch, 1979 wird die Bestimmung durch den Einsatz von RIA, z.B. für Nitrazepam (Dixon,1979) vereinfacht. Institutionell wird ab 1969 mit der Herausgabe spezifisch neuropädiatrischer Publikationsorgane das Spezialgebiet repräsentiert.

Stoffwechselerkrankungen/Gastroenterologie

Einen Forschungsschwerpunkt der internationalen Pädiatrie zu Beginn der 50er Jahre stellt die Mukoviszidose (cF) dar. Johnstone (1952) beschreibt einen modifizierten Röntgenfilmtest zum quantitativen Trypsinnachweis im Stuhl. Shwachman (1952) gibt Empfehlungen zur antibiotischen Therapie der pulmonalen Komplikationen der cF, ein Durchbruch in der Diagnostik wird mit der Aufdeckung der abnormen Elektrolytzusammensetzung des Schweißes bei Patienten mit cF erreicht, eine Abnormität aller exokrinen Drüsen wird postuliert (di Sant'Agnese,1953). Barta (1952) wendet intravenös applizierbare Aminosäuregemische (Caseinhydrolysat) zur Behandlung von Atrophie und toxischen Zuständen im Säuglingsalter an. Im Fehlen der Amylo-1,6-Glukosidase wird die Ursache der abnormen Glykogenspeicherung in Leber

und Muskel vermutet (Forbes,1953). Dicke (1953) schuldigt das Gluten für die Unverträglichkeit bestimmter Mehle an, es werden Empfehlungen für eine glutenfreie Diät bei Zöliakie gegeben (Mykland,1953). Mit der Nutzung der ^{15}N-Analytik werden in der Erforschung des Aminosäure- und Eiweißstoffwechsels neue Wege beschritten (Spector,1954), die Pathobiochemie der PKU wird aufgedeckt und Vorschläge ihrer diätetischen Behandlung unterbreitet (Bickel,1953,1954). Mit der Anwendung der perkutanen Leberbiopsie bei Säuglingen und Kindern (Bruton,1955) wird der Pädiatrie eine differenzierte hepatologische Diagnostik ermöglicht, die auf pathomorphologischer Grundlage steht. Snyder (1955) propagiert eine Bilanzflüssigkeits- und Elektrolyttherapie bei verschiednen Krankheiten im Kindesalter. Kalium soll erst nach Einsetzen der Diurese zugeführt werden. Dicke (1956) behandelt Kinder mit cF durch Applikation von Pankreaspulver. Nach Ravitch (1956) sollte bei Verdacht auf Invagination vor jeder Laparotomie ein Repositionsversuch durch Kontrastmitteleinlauf versucht werden. In seiner Monographie über den Bifidusfaktor spricht Petuely (1957) der Beta-Galaktosidofructose (Lactulose) eine bifidogene Wirkung zu, dieses Prinzip entspricht nicht dem der Frauenmilch, da diese keine Lactulose enthält. Chambers und Pratt (1956) beschreiben erstmals die hereditäre Fructoseintoleranz; mit dem "duodenalen Bromthaleintest" wird 1957 eine Frühdiagnostik von Gallenwegshypoplasien bzw. -aplasien im Säuglingsalter versucht (Schmöger). Bei der Ahornsirupkrankheit wird als Ursache eine Stoffwechselstörung der verzweigtkettigen Aminosäuren vermutet (MacKenzie,1959). Anfang der 60er Jahre unterbreitet Shwachman (1960) ein umfassendes Therapiekonzept zur cF-Behandlung. Holt (1961) quantifiziert den täglichen Aminosäurebedarf im Säuglingsalter (s.Anlage 1). Störungen im Kohlenhydratstoffwechsel werden ausführlich beschrieben, z.B. die Disaccharid-Intoleranz als neue Entität von "inborn errors of metabolism" (Dahlqvist,1961), über die Monosaccharidmalabsorption berichtet Lindquist (1962).

Gamble jr. (1962) definiert den Chloridraum und entwickelt mathematische Grundlagen zum Defizitausgleich. Eine neue Methode, die Voraussetzung für die unterschiedlichsten, später entwickelten Stoffwechselscreenings, entwickelt Guthrie (1963), zunächst wird eine Agar-Methode zur Phenylalaninbestimmung mit Bac.subtilis vorgestellt. Mit der Einführung der Dünndarmschleimhautbiopsie (Saugbiopsie) unterbreitet Lamy (1963) eine diagnostische Methode, die entscheidend für die Entwicklung des Behandlungskonzeptes für die Zöliakie wird, verschiedene Grade der Zottenatrophie werden differenziert, Lanzkowsky (1963) empfiehlt dazu die Rubinsche Sonde. Ein erster eingehenderer Bericht über die Homocystinurie erfolgt durch Carson (1963). White (1963) erweitert die hepatologische Diagnostik durch den Einsatz der ^{131}J-Bengalrosamethode. Beutler entwickelt 1964 eine Mikromethode zur Bestimmung der Galaktose-I-Ph-Uridyl-Transferase bei Galaktose. Die infantile Laktatazidose erscheint in der Literatur (Erickson,1965). Allopurinol wird zur Behandlung der X-gebundenen primären Hyperurikämie (Shapiro,1966), Cholestyramin bei Gallengangshypoplasie (Sharp,1967) und n-Azetylcystein bei Mekoniumileus (Lillibridge,1967) eingesetzt. Ende der 60er Jahre sind in der Pädiatrie 19 Störungen des AS-Stoffwechsels bekannt, für die z.T. therapeutische Verfahren zur Verfügung stehen (lt. entspr. thematisiertem Symposion, s. Am.J.Dis.Child.113(1967) 1-174); 1969 (Bickel) kommt die Ornithinämie hinzu. Shmerling (1968) klassifiziert die Stadien der Zöliakie aufgrund histologischer Untersuchungen, Donas (1969) weist die fehlende Alpha-Glukosidase-Aktivität beim Mb.Pompe in der Gewebekultur nach. Der Einsatz des B-Scans in der pädiatrischen Gastroenterologie wird empfohlen (Hüning,1970), differenziertere Untersuchungen des Ernährungs- und Stoffwechselzustandes bei Kindern mittels der ^{15}N-Analytik vorgenommen (Read,1971). Bechers offeriert 1973 die Ergebnisse eines Stoffwechsel-Massenscreenings von 1964 bis 1971 in acht westeuropäischen Ländern, in dem mehr als 5 Mill. Neugeborene untersucht wurden. Stephan (1974) stellt den BM-Test zum Nachweis der erhöhten Albuminkonzentration im Mekonium bei Mukoviszidose vor.

Bezüglich weiterer Entwicklungen, auch anderer Spezialisierungen (z.B.Bronchologie,Infektologie) s. Anlage 1,Bd. 2.

Wissenschaftliche "Inputs" in das Fach und "Outputs" in andere Disziplinen (Beispiele): Resümee zu 10.1.1.

Im voranstehenden Abschnitt sollte verdeutlicht werden, daß die moderne Pädiatrie wissenschaftliche "Inputs" aufgenommen hat, die ihren Ursprung teilweise in weit über den Rahmen des eigenen Faches hinausgehenden Erkgenntnisgebieten bzw. Disziplinen haben, anderseits wurde auch ersichtlich, daß sie in zunehmendem Maße als "wissenschaftliche Produktivkraft" für die gesamte medizinische Wissenschaft fungiert, weil sich nach wie vor nur in ihrem Ideengebäude eine Vielzahl pathophysiologischer und pathobiochemischer Gesetzmäßigkeiten des wachsenden und sich entwickelnden Organismus als wissenschaftliche Gegenstände objektiv erkennen lassen. Dies ist in keiner anderen medizinischen Disziplin derzeit in diesem Ausmaß möglich, für die Weiterentwicklung der medizinischen Wissenschaft jedoch unerläßlich. Durch die Pädiatrie werden - bedingt durch erreichte therapeutische Erfolge, z.B. langfristige Beobachtungszeiträume bei bestimmten, früher rasch zum Tode führenden pathologischen Zuständen - besonders der Inneren Medizin neue wissenschaftliche Fragestellungen geradezu aufoktroyiert. Den derzeitigen Stand der Pädiatrie im Gesamtensemble medizinischer Disziplinen umreißt Olbing (1983) folgendermaßen:

"Wegen der zahllosen somatischen und psychischen Besonderheiten des Kindesalters mit seiner besonderen Vulnerabilität und seinen bewundernswerten, teilweise unwiederbringlichen Entwicklungspotenzen ist die Pädiatrie ein großes Fach der Medizin. Ihr Anteil an der in den letzten hundert Jahren erzielten Verbesserungen der Gesundheit und an der Verlängerung der durchschnittlichen Lebenserwartung ist im Vergleich zu anderen medizinischen Fachgebieten besonders groß" (196).

In Tabelle 25 sind diese Zusammenhänge bezüglich gemeinsamer Berührungspunkte zwischen Pädiatrie und anderen medizinischen Wissenschaft bzw. der Beitrag der Pädiatrie zum Zuwachs am medizinischen Wissensfundus kurz und beispielhaft demonstriert, (s.Tab.25,S. 178).

Auf dem Gebiet der Erarbeitung neuer Erkenntnisse über den Stoffwechsel bzw. die Ernährung des Menschen hat es in den vergangenen Jahrzehnten enge Verbindungen und Kontakte zwischen der Pädiatrie und der Biochemie gegeben (261).

Tab.25: Beitrag der Pädiatrie zum medizinischen Wissensfundus (Beispiele)

gegenwärtig international etablierte Spezialgebiete (Auswahl) der Pädiatrie	wesentlich von der Pädiatrie für die Medizin insgesamt erbrachte Erkenntnisse
Nephrologie	Pathophysiologie der hereditären Tubulopathien, Erarbeitung diagnostischer und therapeutischer Konzeptionen. Einführung und Weiterentwicklung des Clearancegedankens und Ableitung einer Reihe von Nierenfunktionstests, Grundlagen über die Altersabhängigkeit definierter Nierenfunktionen, Erkenntnisse über die Zusammenhänge des Wachstums unter den Bedingungen der chronischen Niereninsuffizienz.
Onkologie	Erarbeitung pathophysiologischer Grundlagen der akuten Leukose, methodisch differenzierte Klassifizierung verschiedener ALL-Formen, Entwicklung der Konzeption des aggressiven Einsatzes der antineoplastischen Therapie insgesamt als bedeutsames Ergebnis kurativer Bemühungen. Wissenschaftliche Aufarbeitung vor allem im Kindesalter vorkommender Malignome.
Kardiologie	Entwicklung pathophysiologischer Vorstellungen über angeborene Vitien mit Erarbeitung entsprechender diagnostischer und therapeutischer Konsequenzen, Einführung effektiver invasiver Verfahren bereits im jungen Entwicklungsalter.
Endokrinologie	Erarbeitung wesentlicher Erkenntnisse über das normale und pathologische menschliche Wachstum bzw. die Pubertätsentwicklung. Schaffung moderner Grundlagen zur Diagnostik, Therapie und Prophylaxe von Endokrinopathien unter den Bedingungen des Wachstums.
Klinische/ Medizinische Genetik	Klinische Beschreibung und naturwissenschaftliche Charakterisierung einer Reihe genetischer Störungen des Menschen auf chromosomaler bzw. biochemischer Grundlage, wesentlicher Beitrag zur pränatalen Diagnostik genetisch bedingter Leiden, Umsetzung wissenschaftlicher Erkenntnisse in Präventivprogramme und familienorientierte medizinische Betreuung.
Stoffwechsel/ Ernährung	Erarbeitung grundlegender Erkenntnisse über den gesamten Stoffwechsel des wachsenden Menschen bzw. den Bedarf an essentiellen Nahrungsbestandteilen mit entsprechenden Bedarfsanalysen. Aufdeckung und teilweise therapeutische Beeinflussung einer Reihe von Stoffwechselstörungen bzw. deren biochemische Charakterisierung.

Die gegenseitige wissenschaftliche Stimulierung und das Aufwerfen neuer wissenschaftlicher Fragestellungen auf dem Gebiet der Charakterisierung, Diagnostik und Therapie von Stoffwechselstörungen können deshalb als Beispiel für den Wissenstransfer zwischen der Pädiatrie und einer anderen medizinischen Disziplin gelten, "... dementsprechend schulden nicht nur die Biochemiker, sondern die gesamten Naturwissenschaften vor allem uns Pädiatern tiefen Dank für die Entdeckung oder zumindest für die Bahnung von Assoziationen, die zur Auffindung neuer Stoffwechselwege führten" (262), z.B.:

- Absorption und Transport von Aminosäuren durch Studien an Patienten mit angeborenen Nephropathien,
- Nachweis der Störungen der Fett- und Glukoseabsorption bei chronisch infektiösen Darmerkrankungen (sog. sekundäre Glukose-Galaktose-Malabsorption),
- Formulierung von Fragen der klinischen Pädiatrie an die experimentelle Biochemie, die zu Problemlösungen geführt haben (Resorption der Alkalimetalle, unterschiedlicher Transport der Fettsäuren, enterale Exkretion von Plasmaproteinen),
- Beitrag der klinischen Perinatologie zur Entwicklungsphysiologie des Membrantransportes in die Gehirnzelle und zur Pathogenese zerebraler Störungen,
- Aufwerfen und teilweise Klärung des Problems der Enzyminduktion in der Leber,
- Erkenntnisse der parenteralen Ernährung stammen fast ausnahmslos aus der Pädiatrie (260).

Als "Musterbeispiel für die befruchtende Wirkung von Pädiatern auf das medizinische und physiologisch-chemische Gesamtwissen ist jedoch die Auffindung und die z.T. selbständig erarbeitete richtige Interpretation der Pathogenese zahlreicher angeborener Stoffwechselanomalien der Aminosäuren, der Zucker sowie Lipide, des Säure-Basen-Haushaltes, des Harnstoffzyklus usw."aufzufassen (262).

Ähnlich enge Beziehungen bestehen auch zwischen der Pädiatrie und der Immunologie. Fischer und Schäfer stellen 1967 fest: "Das Kind steht heute im Mittelpunkt immunbiologischer Forschungen. Untersuchungen während der fetalen und postfetalen Entwicklung führen zu sehr interessanten, ja aufregenden Erkenntnissen" (71).

Tatsächlich werden Fet, Neugeborenes und Säugling zum "Untersuchungsmodell" einer Reihe immunbiologischer Fragestellungen der 60er und 70er Jahre (Antikörperbildung im Laufe der Entwicklung, Immuntoleranz, Entwicklung der Immunantwort in Abhängigkeit vom Alter etc.). Die Entwicklung der Immunologie in der Pädiatrie bzw. ihre Anwendung läßt sich

besonders am Beispiel des Mhn eindrucksvoll belegen (71). Bezüglich der Integration und Anwendung genetischer Erkenntnisse in der Pädiatrie bzw. durch den von ihr erbrachten Erkenntniszuwachs haben sich führende Repräsentanten der Pädiatrie immer wieder zu Stellungnahmen veranlaßt gefühlt, die den natürlich engen Kontakt zwischen Pädiatrie und Genetik beschreiben, wobei die unterschiedlichsten Begründungen formuliert werden:

"Mit am häufigsten wieder der Pädiater hat es mit kranken oder abnormen Trägern chromosomaler Abweichungen zu tun ..." (297) bzw.
"... Gehört aber nicht auch die Erörterung einiger hierzu rechnender Fragen (Genetik,d.A.) nahezu zwingend in ein Symposium über Probleme der Zukunftsentwicklung unseres Faches? (Pädiatrie,d.A.). Eines Faches von dem aus die praenatalen Zeitabschnitte in ihrer Pathologie wesentlich erschlossen worden sind, um fortan multi- und interdisziplinär weiterentwickelt zu werden ..." (298).

Ähnlich äußern sich Fuhrmann (1965) und Prader (1966):

"Gerade an den Berührungspunkten (der Genetik,d.A.) mit der Kinderheilkunde werden auch die praktischen Konsequenzen aus humangenetischer Forschung am ehesten deutlich" (75).

Prader führt aus: "Als Kliniker bin ich allerdings von der grundlegenden Bedeutung der Genetik für die Medizin und im besonderen für die Kinderheilkunde überzeugt" und
"Heute spielen diese (hereditäre Störungen,d.A.) in der Kinderheilkunde eine so große Rolle, daß ein Kinderarzt ohne genetische Kenntnisse ein schlechter Arzt ist, weil er seine vorbeugenden und familienberatenden Aufgaben nicht erfüllen kann..." (219).

Die große Praxisrelevanz bzw. praktische Wirksamkeit der Forschungen auf dem Gebiet der hereditären Stoffwechselstörungen gemeinsam mit dem Einbringen genetischer und endokrinologischer Erkenntnisse aus der Pädiatrie heraus führen international ab Mitte der 60er Jahre zur Durchführung von nationalen und internationalen Screeningprogrammen für die unterschiedlichsten, meist angeborenen Stoffwechselstörungen (20,46,85,87,136,157,167,180,281, 315).

10.1.2. Quantitative Entwicklungen und Tendenzen der internationalen Wissenschaftsentwicklung in der Pädiatrie

Die Differenzierung wissenschaftlicher Inhalte der internationalen Pädiatrie von 1949/50 bis 1980 läßt sich auch am Beispiel quantitativer Entwicklungen nachweisen. Im Gegensatz zur qualitativen Bewertung der Wissenschaftsentwicklung und -differenzierung in der Pädiatrie, ermöglicht eine quantitative Analyse eine hinreichend meßbare Aussage über die Schwerpunktverlagerung der Inhalte des Faches. Auf diesem Wege ist ein in Tendenzen objektivierbarer Beleg für den international viel diskutierten "Wandel der Kinderheilkunde" möglich (5,65,67-69,99, 110,124,128,137,168,170,184,186,197,200,233,237,243, 249,250,273,282,299,321).

Zur quantitativen Auswertung der Wissenschaftsentwicklung im Fach gelangten die bereits erwähnten ca. 50 000 wissenschaftlichen Originalbeiträge, die in den internationalen Referateorganen American Yearbook of Paediatrics bzw. Zentralblatt für Kinderheilkunde (s.10.1) der Jahrgänge 1950/51 bis 1980 zitiert, referiert oder kommentiert wurden. Die Zuordnung der Beiträge zu bestimmten Spezial/Problemgebieten der Pädiatrie erfolgte nach einem modifizierten Register entsprechend des Prinzips im Zentralblatt für Kinderheilkunde.

Für zwanzig pädiatrische Spezial/Problemgebiete bzw. Schwerpunkte wurde für 1950 bis 1980 - in Fünfjahreszeiträumen zusammengefaßt - die Indizierung ihres jeweiligen relativen Anteiles am Gesamtschrifttum und damit die Analyse ihrer Trendentwicklung vorgenommen (s.Tab.26,S. 182 und Abb.11-13, S. 183-185).

Tab.26: Internationale Entwicklungen und Tendenzen des quantitativen relativen Anteils der einzelnen Spezial/Problemgebiete der Pädiatrie an Gesamtpublikationen von 1950/51 bis 1980 (zusammengestellt nach ca. 50 000 analysierten im American Year Book of Paediatrics bzw. im Zentralblatt für Kinderheilkunde referierten Originalbeiträgen)

Spezial/Problemgebiet	Relativer Anteil am Gesamtschrifttum in Fünfjahreszeiträumen 1950-1954	1955-1959	1960-1964	1965 1970	1970 1974	1975 1980	Tendenz (s.a. Abb.11-13)
Genetik	0,007	0,007	0,02	0,03	0,05	0,06	+++
Pharmakolog.Probleme	0,01	0,01	0,01	0,02	0,04	0,045	++
diagn./ther.Techniken	0,06	0,055	0,04	0,04	0,02	0,04	-
Ernährungsstörungen	0,03	0,03	0,025	0,02	0,007	0,015	-
Tuberkulose	0,07	0,05	0,04	0,02	0,003	0,0	---
Gastroenterologie	0,06	0,06	0,06	0,06	0,06	0,08	+/-
Endokrinologie	0,03	0,03	0,03	0,04	0,04	0,05	++
Vit.-stör.(Rachitis)	0,01	0,008	0,01	0,009	0,003	0,003	--
Syphilis (angeb.)	0,005	0,001	0,001	0,002	0,0	0,0	---
Hämatologie	0,06	0,06	0,06	0,05	0,04	0,04	-
Neonatologie	0,05	0,065	0,07	0,075	0,10	0,09	++
Konstitutionsproblematik	0,05	0,05	0,06	0,08	0,05	0,045	+/-
Nephrologie	0,03	0,04	0,04	0,05	0,06	0,06	++
Bronchologie/Pulmologie	0,03	0,03	0,04	0,04	0,03	0,03	+/-
Neuropädiatrie	0,06	0,06	0,07	0,07	0,12	0,12	++
Kardiologie	0,04	0,05	0,06	0,06	0,03	0,03	+/-
Onkologie	0,02	0,03	0,03	0,05	0,05	0,04	++
Infekt./-prophylaxe	0,15	0,13	0,11	0,08	0,05	0,04	---
Sonstiges (Physiologie, allg.Pathol.,Grenzgebiete)	0,20	0,20	0,21	0,21	0,23	0,20	+/-
Summe	~1	~1	~1	~1	~1	~1	

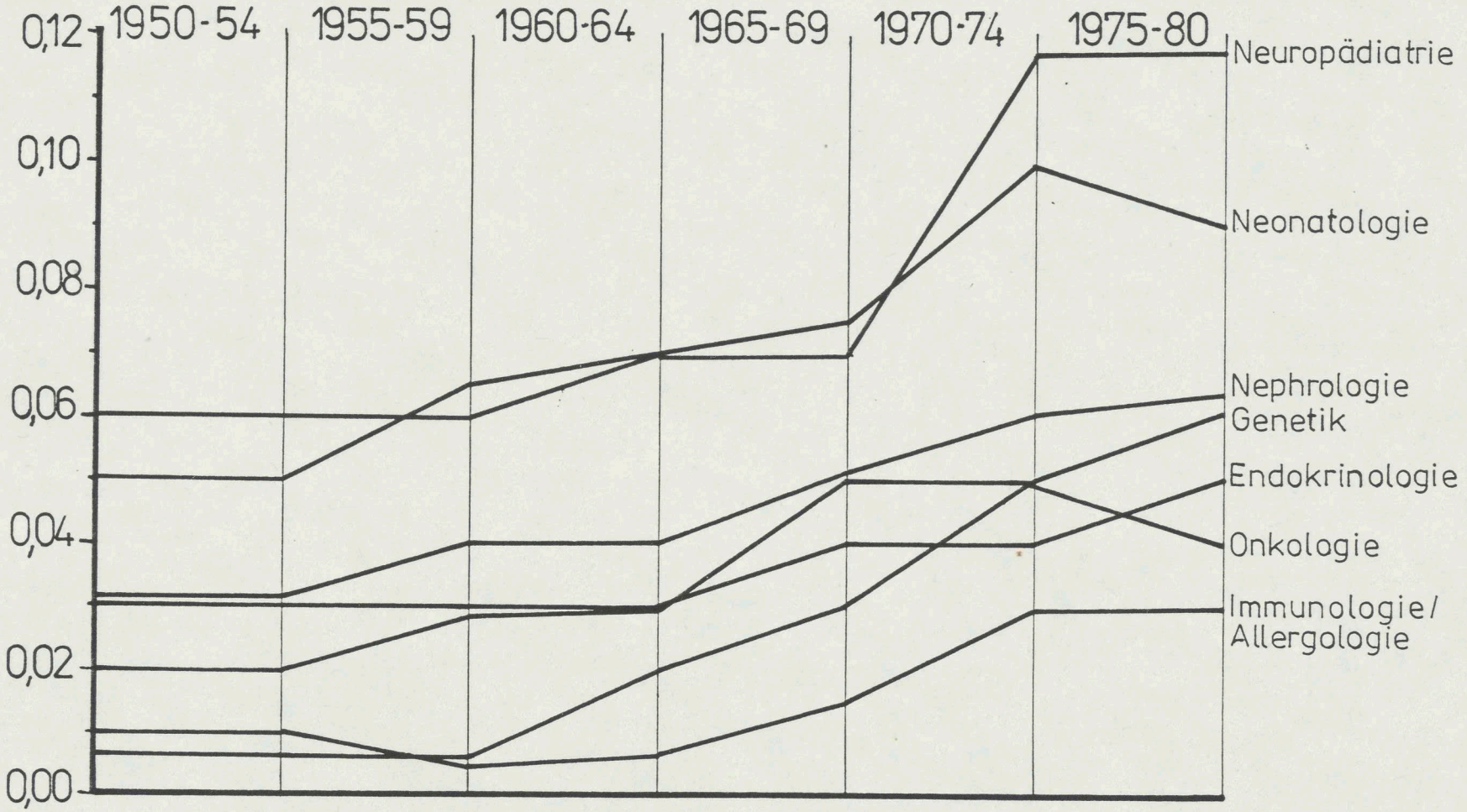


Abb.11: Pädiatrische Problem/Spezialgebiete mit steigender Tendenz des relativen Anteiles am internationalen pädiatrischen Schrifttum (1950 bis 1980)

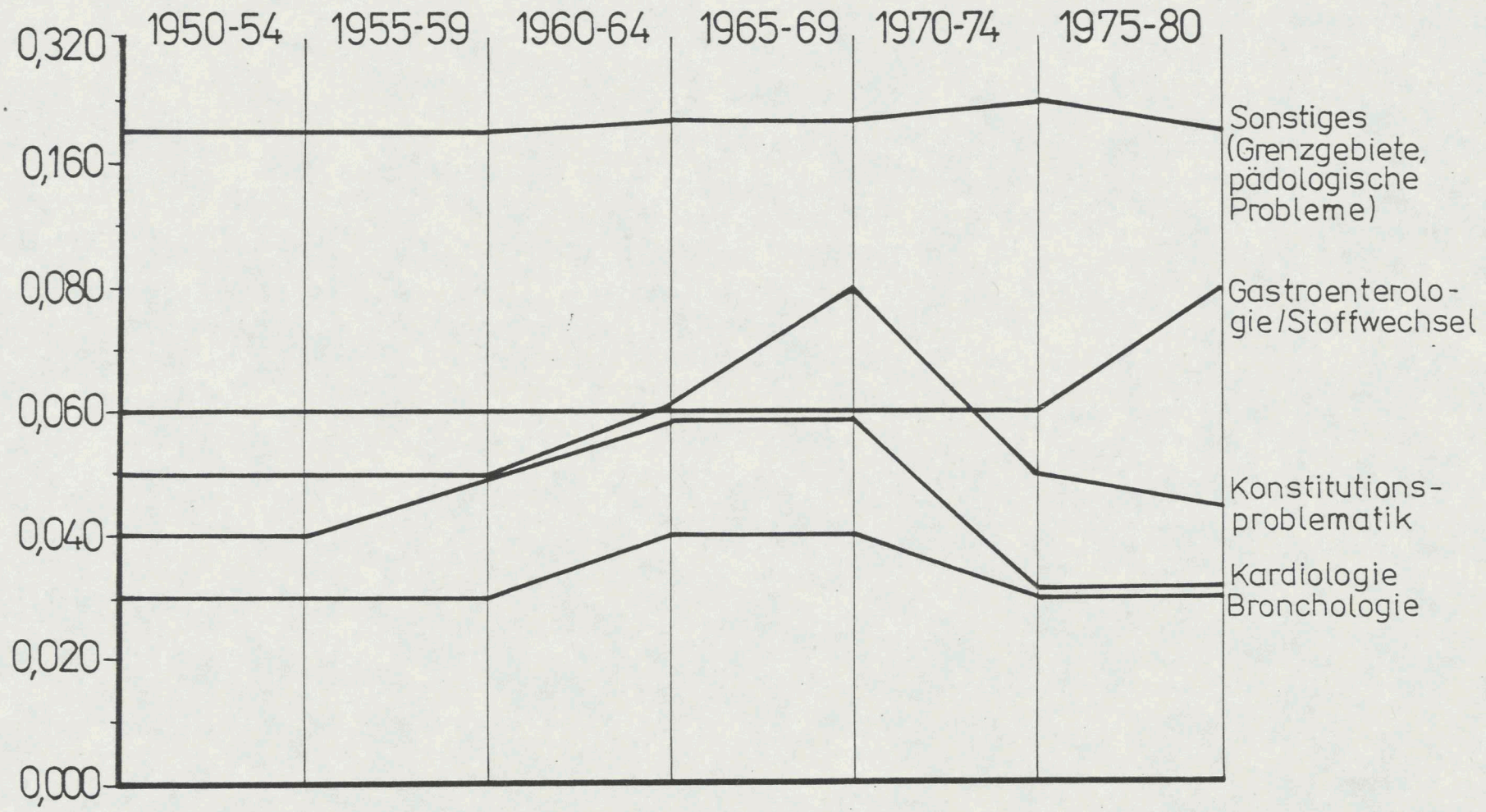


Abb.12: Pädiatrische Problem/Spezialgebiete mit in etwa konstantem Anteil am internationalen pädiatrischen Schrifttum (1950 bis 1980)

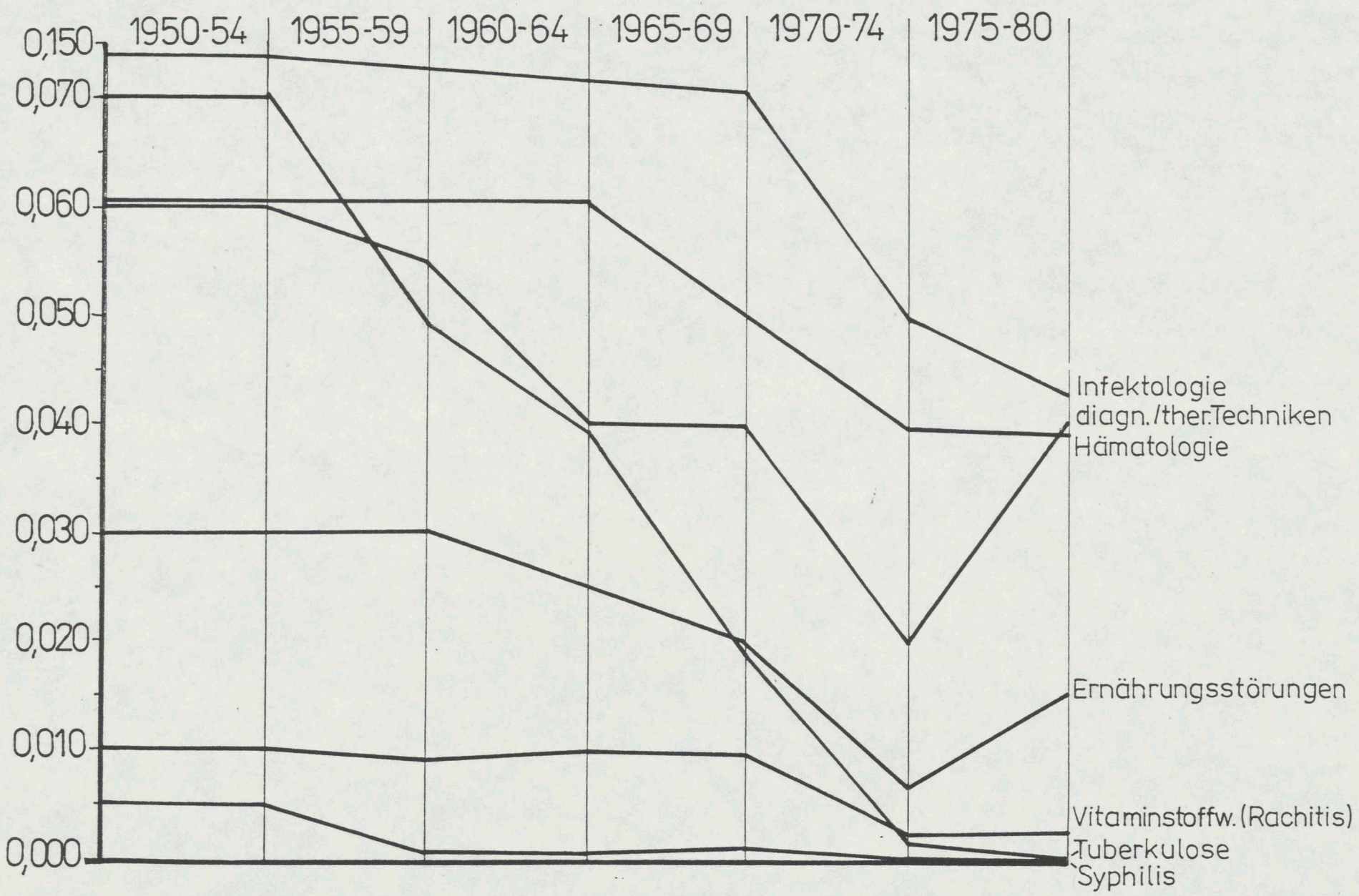


Abb.13: Pädiatrische Problem/Spezialgebiete mit fallender Tendenz des relativen Anteiles am internationalen pädiatrischen Schrifttum (1950 bis 1980)

Aus den in Tabelle 26 und in den Abbildungen 11 bis 13 enthaltenen Daten läßt sich die Differenzierung und Weiterentwicklung der Pädiatrie als medizinische Wissenschaft in den vergangenen drei Jahrzehnten belegen.
Eine nahezu explosionsartige Entwicklung und zunehmende Bedeutung im untersuchten Zeitraum ist für die Genetik in der Pädiatrie nachweisbar. Bedingt durch den Erkenntniszuwachs auf diesem Gebiet hat sich sein Anteil an publizierten Beiträgen in der pädiatrierelevanten internationalen Fachliteratur von 1950 bis 1980 nahezu verzehnfacht. Der zunehmende Einsatz pharmakologischer bzw. pharmazeutischer Neuentwicklungen in Form neuer Arzneimittel hat auch in der Pädiatrie zu einer intensiven wissenschaftlichen Auseinandersetzung mit derartigen Problemen geführt. Untersuchungen über Medikamenteneinsatz, ihre Wirkungen und Nebenwirkungen schlagen sich in einer Verfünffachung entsprechender wissenschaftlicher Arbeiten nieder; Probleme der klinischen Pharmakologie im Entwicklungsalter, pharmakokinetische und -genetische Fragestellungen werden auch künftig zu erwartende pädiatrische Arbeitsschwerpunkte bleiben müssen.
Daß das Kind "heute im Mittelpunkt immunbiologischer Forschungen" steht (Fischer/Schäfer,1967), wird eindrucksvoll durch die Verdreifach entsprechend thematisierter Beiträge im internationalen Schrifttum belegt. Einen großen Anteil an dieser Entwicklung hat die wissenschaftliche Auseinandersetzung mit Problemen der Blutgruppeninkompatibilität bei Neugeborenen, die Auswirkung infektiöser bzw. onkologischer Agentien auf das Immunsystem des Kindes sowie immunbiologische Fragen grundlegender Natur (z.B. Entwicklung der Reifung des Immunsystems vom Neugeborenenalter an, Entwicklung der Antikörperbildung bzw. der Immunantwort etc.).
Die tiefgreifende wissenschaftliche Differenzierung läßt

sich in der internationalen Pädiatrie seit 1950 auch am Beispiel der Endokrinologie, Neonatologie, Nephrologie, der ZNS-Erkrankungen und der Onkologie belegen (s.Abb.11), auf diesen Gebieten hat sich das Publikationsvolumen von 1950 bis 1980 jeweils verdoppelt, gemessen am relativen Anteil der Gesamtsumme publizierter Beiträge.
Kennzeichnend ist weiterhin die rückläufige Tendenz einiger - traditionell das Fach prägender - Schwerpunkte bis hin zu ihrer völligen Bedeutungslosigkeit als Wissenschaftsgegenstand. Während z.B. in den Jahren 1950 bis 1955 rund ein Sechstel aller Beiträge infektologische bzw. infektionsprophylaktische Themen abhandelte, ist deren Anteil 1980 auf ein Zwanzigstel gesunken. Wissenschaftliche Arbeiten über Tuberkulose (Anteil 1950-1955:0,07), Vitaminmangelkrankheiten (Rachitis) und Syphilis, worüber in den 50er Jahren noch umfangreiche Monographien erschienen, finden sich 1980 in der internationalen Fachliteratur nicht mehr oder kaum noch. Charakteristisch für die Pädiatrie ist weiterhin, daß sie und ihre Institutionen über Jahrzehnte hinweg eine "Lobby" für sog. Randfragen der physiologischen und psychologischen Entwicklung (Pädologie) darstellt. Mit einem Fünftel nehmen diesbezügliche Problemstellungen (Physiologie, Pathophysiologie, Pathologie, Psychologie u.a.) einen konstant breiten Raum in der pädiatrischen Fachliteratur ein.
Die Pädiatrie erweist sich somit trotz ihrer zunehmenden wissenschaftlichen Spezialisierung und Differenzierung als die wissenschaftliche Basis für medizinische Erkenntnisse aus anderen Disziplinen bzw. als deren Akzeptor und Anwender zur weiteren Vervollkommnung der Kindergesundheit überhaupt.

10.2. Beispiele für Schwerpunkte und Tendenzen der wissenschaftlichen Arbeit an den Hochschulkinderkliniken der DDR - Was? Wann? Wer?

An einigen Beispielen sollen auch für die Beurteilung der wissenschaftlichen Arbeit an den sechs bzw. neun Hochschulkinderkliniken quantitative und - soweit möglich - qualitative Kriterien zum Nachweis evtl. Tendenzen Anwendung finden (s.a. Anlagen 2,4,6, Bd. 2). Eine umfassende und hinreichend objektive Untersuchung wird jedoch durch einige nachteilige Bedingungen in der DDR erschwert:

- diskontinuierliche Wissenschaftsentwicklung im untersuchten Zeitraum, vor allem bedingt durch die Kriegsfolgen,
- Fehlen eines repräsentativen Referateorgans für die Pädiatrie (oder die klinische Medizin) bzw. Fehlen eines leistungsfähigen Anschlusses an ein solches,
- Fehlen einer pädiatrischen bzw. pädiatrierelevanten Abteilung in einer ebenfalls nicht existierenden medizinischen Zentralbibliothek der DDR,
- der Ausweis wissenschaftlicher Arbeiten aus der DDR in internationalen Referateorganen des Faches im Zeitraum 1950-1980 ist nicht repräsentativ und quantitativ äußerst gering, hierfür könnten politische Gründe ausschlaggebend sein, die jedoch kaum exakt zu belegen sein dürften,
- Herausgabe von nur einer, im Erscheinungsumfang begrenzten, wissenschaftlichen Zeitschrift, die zweite, seit 1962 erscheinende Zeitschrift des Faches trägt z.T. Querschnittscharakter,
- ungenügender Einfluß der DDR-Pädiatrie auf die Gestaltung der Beitragsfolge in der "Kinderärztlichen Praxis" bis Anfang der 70er Jahre,
- diskontinuierliche Arbeit und Existenz unterschiedlich motivierter und strukturierter medizinisch-wissenschaftlicher Gesellschaften des Faches, kontinuierliche Dokumentation der Arbeit der Gesellschaft für Pädiatrie erst ab 1969/70, (s.8.1.).

Trotz dieser Vorbehalte soll versucht werden, die Fragen nach dem Was? Wann? und Wer? für die wissenschaftliche Arbeit in der DDR zu beantworten (s.a.6.).

Um zu einigen diesbezüglichen Aussagen quantitativer Art zu kommen, wurden sämtliche seit 1950 in der "Kinderärztlichen Praxis" bzw. seit 1962 in der Zeitschrift "Pädiatrie und Grenzgebiete" publizierten Beiträge analysiert und die Ergebnisse in den Abbildungen 14 und 15 grafisch dargestellt (s.S.189 und 190).

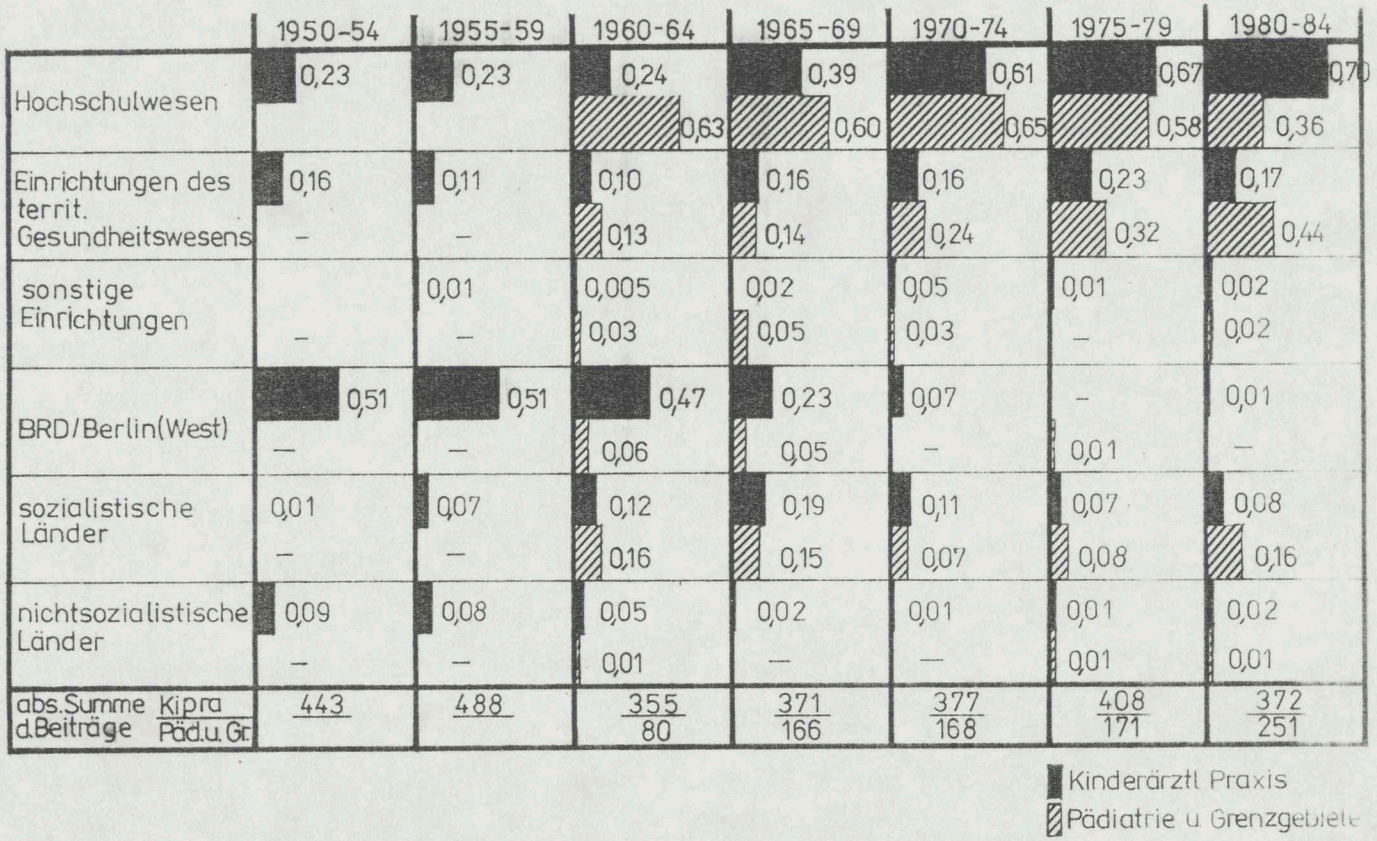


Abb.14: Relativer Anteil von Einrichtungen des Hochschulwesens, des territorialen Gesundheitswesens und des Auslandes an den publizierten Beiträgen in der "Kinderärztlichen Praxis" (1950-1984) und der Zeitschrift "Pädiatrie und Grenzgebiete" (1962-1984)

Abb.15: Relativer Anteil der einzelnen Hochschulkinderkliniken an den publizierten Beiträgen in der "Kinderärztlichen Praxis" (1950-1984) und der Zeitschrift "Pädiatrie und Grenzgebiete" (1962-1984)

Die in der Abb. 14 dargestellten Tendenzen ermöglichen folgende Schlußfolgerungen:

- gemessen an der Anzahl publizierter Beiträge in der einzigen fachspezifischen Zeitschrift der DDR bis Mitte der 60er Jahre ist der quantitative Ausweis der wissenschaftlichen Arbeit in der DDR als gering einzustufen (s.a.6.2.), während - u.a. bedingt durch die Zusammensetzung von Herausgeber- und Redaktionskollegien - ca 50 % aller Beiträge bis Mitte der 60er Jahre aus der BRD stammen (s.a. 8.3.),
- der starke quantitative Zuwachs der aus den neun Hochschulkinderkliniken publizierten Beiträge ab Mitte der 60er Jahre hatte mehrere Ursachen: Stabilisierung des Kader- und damit wissenschaftlichen Potentials, Lösung bisher im Vordergrund stehender, vor allem kurativer Aufgaben (Tb, Poliomyelitis etc.) und Auftreten neuer (organbezogener) wissenschaftlicher Probleme, Ausbau des institutionellen Rahmens (Sektion bzw. Gesellschaft für Pädiatrie mit zugehörigem Publikationsorgan ab Anfang der 70er Jahre),
- ebenfalls gemessen an den Publikationen in der "Kinderärztlichen Praxis" treten die Pädiater des territorialen Gesundheitswesens kaum in Erscheinung,
- internationale Kontakte, z.B. Austausch bzw. Übernahme von Publikationen weisen ab Mitte der 60er Jahre eine fallende Tendenz auf, dies steht im Widerspruch zu den zunehmenden wissenschaftlichen Kontakten der Wissenschaftler.

Bei einem Vergleich aller in der Kipra publizierten Beiträge aus den neun Hochschulkinderkliniken untereinander ist festzustellen (s.Abb.15, S. 190):

- die führende Position der Leipziger Kinderklinik als wissenschaftliches Zentrum der Pädiatrie in der DDR in den 50er und 60er Jahren, dies ist nur in zweiter Linie auf einen geringgradig höheren Mitarbeiterstamm zurückzuführen,
- mit einigem Vorbehalt kann aus der Publikationstätigkeit bestimmter Kliniken auf das Wirken der jeweiligen, zum gegenwärtigen Zeitraum bereits emeritierten, Direktoren geschlossen werden (s.a.9.1.). Beispiele: Peiper und Liebe (Leipzig), Weingärtner (Halle), Kirchmair (Rostock), Dietzsch (Dresden), Plenert (Jena). Diese Aussage läßt sich bezüglich der Quantität und des Zeitraumes anhand der erarbeiteten Habilitationen bzw. Promotionen B weitgehend stützen (s.Abb.16, S. 192).

Bestimmte qualitative Entwicklungen, d.h. die Veränderung wissenschaftlicher Inhalte in der Pädiatrie seit 1949/50

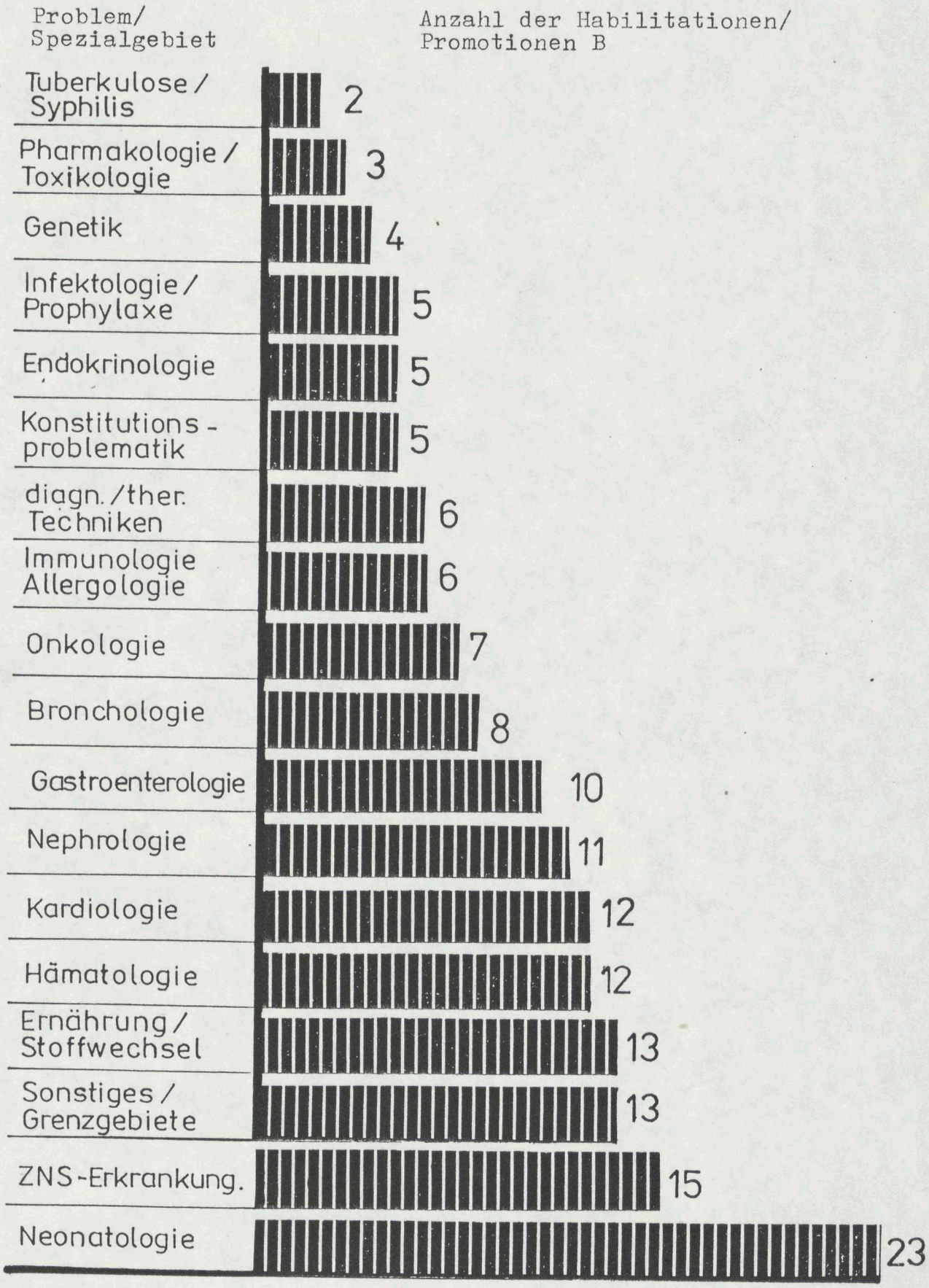
	1949-54	1955-59	1960-64	1965-69	1970-74	1975-79	1980-84	Σ 1949-84
Berlin	1	3	3	3	10	2	7	29
Leipzig	4	5	2	12	2	2	6	33
Halle	1	4	1	2	2	2	4	16
Jena	2	1	2	2	5	5	5	22
Rostock	1	1	2	2	5	–	5	16
Greifswald	–	1	3	1	4	2	3	14
Dresden*	–	–	1	4	1	1	6	13
Erfurt*	–	–	1	4	1	–	2	8
Magdeburg*	–	–	1	3	1	–	4	9
Summe	9	15	16	33	31	14	42	160

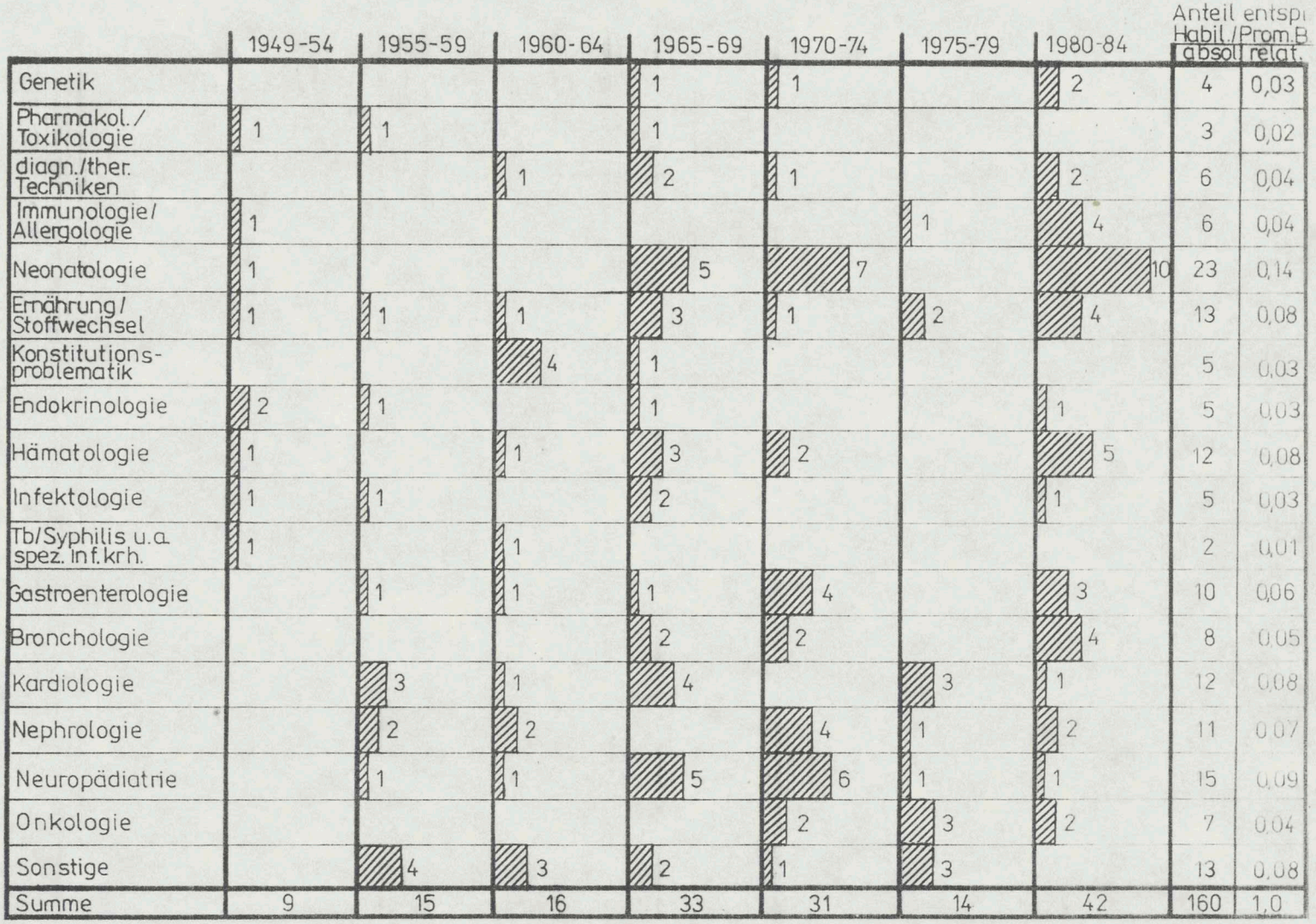
*1954 gegründet

Abb.16: Habilitationen bzw. Promotionen B an den 9 Hochschulkinderkliniken von 1949 bis 1984 (in Fünfjahreszeiträumen)

nachzuweisen, gestaltet sich aus den eingangs genannten Gründen schwierig. Anhand der in den Abbildungen 17 und 18 (s.S.194 u. 195) enthaltenen Daten soll eine Interpretation versucht werden. Wie bereits in 9.1.2. angedeutet, sind von den Pädiatern des Hochschulwesens innerhalb von Habilitations- bzw. Promotion B-Verfahren ganz überwiegend neonatologische Themen bearbeitet worden. Die zeitliche Verlagerung in die 60er Jahre erlaubt, ab Mitte der 60er Jahre von einem "Neonatologieboom" zu sprechen. Diese Tendenz hält bis zum gegenwärtigen Zeitpunkt an und birgt potentiell die Gefahr wissenschaftlicher Disproportionen in der Gesamtdisziplin in sich. Im Zeitraum 1980 bis 1984 werden nahezu ein Viertel aller B-Promotionen in der Pädiatrie auf neonatologischem Gebiet bearbeitet. Die Ursachen für diese überproportionale Repräsentanz der Neonatologie im wissenschaftlichen Leben der Pädiatrie müssen einerseits in etwa gleichsinnigen Entwicklungen im internationalen Maßstab bzw. in gesundheitspolitischen Zielstellungen in der DDR gesucht werden, in denen der Kampf um die Senkung der Säuglingssterblichkeit eine dominierende Rolle gespielt hat und weiterhin spielt.
Ähnliche - jedoch weniger charakteristische - Tendenzen sind bei pädiatrischen Spezialgebieten wie der Neuropädiatrie, der Nephrologie und Onkologie zu beobachten. In der internationalen Fachliteratur ist eine Verdopplung entsprechend thematisierter Publikationen im Zeitraum 1975 bis 1979 gegenüber 1950 bis 1954 zu konstatieren. Auch in der DDR kann trotz der insgesamt geringen Zahl entsprechender Habilitationen bzw. Promotionen B mit einer notwendigen kritischen Distanz von einer in etwa gleichsinnigen Entwicklung gesprochen werden.
Andererseits sind bestimmte, auch für die Gesamtentwicklung der medizinischen Wissenschaften grundlegende Spezialgebiete, zu denen die Pädiatrie von ihrem Gegenstand her wichtige Beiträge zu leisten hätte, in der DDR unzureichend repräsentiert.

Abb.17: Anteil einzelner Problem/Spezialgebiete der Pädiatrie an den 160 Habilitationen bzw. Promotionen B an den Hochschulkinderkliniken 1949 bis 1985





	1949-54	1955-59	1960-64	1965-69	1970-74	1975-79	1980-84	Anteil entspr. Habil./Prom.B absol.	relat.
Genetik				1	1		2	4	0,03
Pharmakol./ Toxikologie	1	1		1				3	0,02
diagn./ther. Techniken			1	2	1		2	6	0,04
Immunologie/ Allergologie	1					1	4	6	0,04
Neonatologie	1			5	7		10	23	0,14
Ernährung/ Stoffwechsel	1	1	1	3	1	2	4	13	0,08
Konstitutions-problematik			4	1				5	0,03
Endokrinologie	2	1		1			1	5	0,03
Hämatologie	1		1	3	2		5	12	0,08
Infektologie	1	1		2			1	5	0,03
Tb/Syphilis u.a. spez. Inf.krh.	1		1					2	0,01
Gastroenterologie		1	1	1	4		3	10	0,06
Bronchologie				2	2		4	8	0,05
Kardiologie		3	1	4		3	1	12	0,08
Nephrologie		2	2		4	1	2	11	0,07
Neuropädiatrie		1	1	5	6	1	1	15	0,09
Onkologie					2	3	2	7	0,04
Sonstige		4	3	2	1	3		13	0,08
Summe	9	15	16	33	31	14	42	160	1,0

Abb.18: Wann haben welche wissenschaftliche Themen im Blickpunkt der Pädiatrie gestanden und wie stellt sich der absolute und relative Anteil entsprechend thematisierter Habilitationen/Promotionen B an der Gesamtsumme dar?

Spezialgebiete wie etwa die Humangenetik oder die Endokrinologie (Verzehnfachung bzw. Verdopplung entsprechend thematisierter Publikationen im internationalen Schrifttum im Vergleich 1950-1954 zu 1975-1980) sind nur unzureichend durch umfangreiche wissenschaftliche Arbeiten im Sinne von Habilitationen bzw. Promotionen B ausgewiesen. Die Ursachen liegen bei der Genetik z.T. in ihrem Querschnittscharakter und einer in der DDR wenig optimalen Institutionalisierung innerhalb verschiedener Disziplinen bzw. in der teilweise realisierten Selbständigkeit als Disziplin.
Die folgende Tabelle 19 (S.197) soll - wie teilweise in voranstehenden Abschnitten bereits angedeutet - einen Überblick über das Wirken von Wissenschaftlerpersönlichkeiten der Pädiatrie bezüglich verschiedener Spezialisierungen seit 1949/50 bis etwa 1970 geben. Für den überwiegenden Teil pädiatrischer Spezialgebiete haben sich in dieser oder jener Weise und zeitlich verteilt in den 50er und 60er Jahren Ordinarien bzw. Klinikdirektoren selbst engagiert. Für die Endokrinologie fehlt ein solcher Bezug. Die Synopsis wurde zusammengestellt nach den in der Fachliteratur von den jeweiligen Autoren überwiegend thematisierten Beiträgen, nach der Thematik der jeweiligen Habilitation bzw. Promotion B (s.a. Anlage 2, Bd. 2) oder verfaßten Monographien. Es flossen hierzu auch Informationen ein, wie sie aus persönlichen Gesprächen bzw. aus betreffenden Personal- bzw. Berufungsunterlagen über die wissenschaftliche Zielrichtung ersichtlich wurden (323-347 und 365-376).

Abb.19: Synopsis von Zeitraum und Thematisierung wissenschaftlicher Arbeiten durch Pädiater im Hochschulwesen (meist Hochschullehrer) der DDR von 1949/50 bis um 1970 (s.S.197).

Fortsetzung Abb.19:

Spezialgebiet	1949/50	1955	1960	1965	1970
Infektol., spez.Inf.-krankh.	Dieckhoff Häßler Ocklitz Weingärtner	Hempel Thoenes Nißler Oehme	Thomas Dietzsch	Köditz Schneeweiß	
Bronchol.		Harnapp	Dietzsch	Thal	Wunderlich Hein Wiersbitzky
Genetik		Kirchmair		Pelz Theile	Wittwer
Hämatol./ Onkol.	Brieger Wachs	Oehme	Plenert Breidenbach	Weißbach Blau Kruse	Reddemann Zintl
Neuro-pädiatr.	Ibrahim Peiper	Patzer Verron	Külz Degen	Hoffmann Daute Jährig,K. Raue	Rohmann Schmidt
Nephrol.	Dost	Erdmann	Dietel Großmann Schreiter	Zoellner Stolpe	Devaux
Neonatol.	Peiper	Patzer	Rapoport Rogner	Dittmer Frenzel Jährig,K. Kintzel Ladstätter Reich	Gmyrek Grauel Juntke Rumler Menzel
Gastroent./ Stoffw.	Stolte Dost	Dieckhoff Harnapp Liebe Dittrich	Plenert Heine Kleinbaum	Kändler Braun	Beyreiß Fiehring Spahn
Endokrin.	Brugsch,H.	Grimm Habermann		Lässker	Willgerodt Hesse
Kardiol.	Klinke Dieckhoff (Zuckermann,Internist)	Burgemeister Gruner Bock	Wittig Knolle	Bartel Klimt	Richter Giegler Wagner
Rheumatol.	Leiber		Lorenz		Oppermann

11. Thesenhafte heuristische Gedanken über einige Aspekte der Weiterentwicklung der Pädiatrie als wissenschaftliche Disziplin[1)]

1. Die Wissenschaftsentwicklung in der Pädiatrie und die bereits vor mehr als 100 Jahren aufgestellte Forderung deutscher Kinderärzte nach "besonderer Betrachtung der physiologischen Besonderheiten des Kindesalters" implizieren potentiell die Herausbildung immer neuer, heute noch nicht prognostizierbarer Spezialrichtungen des Faches. Denkbar und physiologisch begründbar wäre z.B. die Spezialisierung innerhalb der Pädiatrie nach weiteren altersabhängigen Kriterien (beispielsweise Nephrologie für Neu- und Frühgeborene, Säuglinge, Kinder, Adoleszenten).
2. Dem steht ein endliches Potential an Personen, Mitteln, Ressourcen entgegen. Das Prinzip, die Spezialisierung weiter nach rein nosologie- bzw. organbezogenen Kriterien zu vollziehen, wird sich bei begrenzten Kapazitäten nicht endlos fortsetzen lassen.
3. Objektive Gesetzmäßigkeiten der Wissenschaftsentwicklung lassen jedoch eine weitere Spezialisierung auch in der wissenschaftlichen Kinderheilkunde zwingend notwendig erscheinen, selbst wenn sie z.Z. nicht unmittelbar sichtbar wird.
4. Um dieser Problematik und differenzierteren kurativen und Ausbildungsaufgaben gerecht werden zu können, muß ein Kompromiß zwischen notwendiger Spezialisierung und ebenso notwendiger Integration, zwischen Zentripetal- und -fugalkräften gefunden werden.

[1)] Hier fließen teilweise Erfahrungen und Schlußfolgerungen einer 31/2jährigen Tätigkeit des Autors in einer staatlichen wissenschaftsdirigierenden Institution ein. Der Autor befreit sich selbst von dem Zwang, getroffene Aussagen vollständig anhand des Materials der vorliegenden Arbeit belegen zu müssen.

5. Die gegenwärtige Struktur der Hochschulkinderkliniken und ihre überwiegend strenge Abgrenzung nach nosologie- bzw. organbezogenen Prinzipien erschweren offensichtlich fließende Übergänge von der wissenschaftlichen Institutionalisierung gelöster und zu lösender Probleme der modernen Pädiatrie (hoher Anteil chronisch kranker Kinder, Trend zur ambulanten Behandlung bei engem Anschluß an die (hochspezialisierte) Klinik, Veränderungen im Pflegebereich, weitere Veränderung der epidemiologischen Situation in der Pädiatrie, zu erwartende Veränderung des Krankheitsspektrums durch pränatale Diagnostik).

6. Die wissenschaftliche Arbeit in der Pädiatrie, die ausreichende Repräsentanz der vielfältigen Bedürfnisse einer "gesonderten physiologischen Betrachtungsweise der Krankheiten im Kindesalter" (Gerhardt,1879), scheint derzeit optimal weder im System der Hochschul-Medizin, noch im schwer überschaubaren und leitungsmäßig schwierig handhabbaren System der "pädiatrienahen" Hauptforschungsrichtung "Schwangerschaft und kindliche Entwicklung" oder ähnlichen Institutionen gewährleistet zu sein. Ein zentrales Forschungsinstitut für Kinder- und Jugendmedizin wäre ein denkbarer Ausweg.

7. Die Pädiatrie als wissenschaftliche Disziplin muß prinzipiell Repräsentantin bzw. Sachwalterin aller Probleme der Kindergesundheit bleiben. Daraus ergibt sich die Konzeption eines "Kinderzentrums" (Rauchfuss,1877), das auch auf Hochschulebene in prognostische Überlegungen einzubeziehen wäre.

8. Die Lösung drängender wissenschaftlicher Probleme der Kindermedizin und die Anwendung wissenschaftlicher Erkenntnisse aus anderen Disziplinen (z.B. Genetik,Biochemie) in ihrem Ideengebäude wird in naher Zukunft der Inneren Medizin neue Fragen oktroyieren. Die Rolle der Inneren Medizin als "Mutterdisziplin" der Pädiatrie beginnt sich umzukehren (Beispiele: Erfolge der Pädiatrie in der Behandlung von Kindern mit akuter Leukose, chronischer Niereninsuffizienz, Mukoviszidose, bestimmten Stoffwechselerkrankungen etc.).

12. Zusammenfassung

In zwei voneinander unabhängigen Teilen sollen mit der vorliegenden Arbeit Tendenzen, Faktoren, Entwicklungen aufgezeigt werden, die wesentlich und nachweisbar zur Herausbildung und Weiterentwicklung der wissenschaftlichen Kinderheilkunde beigetragen haben.
Im Teil I galt es, entscheidende Triebkräfte und Hemmnisse für die Entwicklung der Kinderheilkunde in Deutschland zur wissenschaftlichen Disziplin am Ende des 19. und beginnenden 20. Jahrhunderts herauszuarbeiten. Unter Nutzung wissenschaftshistorischer Konzeptionen und Positionen wird die Genese oder Herausbildung einer klinischen Disziplin in Deutschland am Beispiel der Kinderheilkunde als komplex angelegter Prozeß definiert. Das Selbstverständnis besonders der Kinderheilkunde als Natur- und Sozialwissenschaft gleichermaßen impliziert - neben objektiv wissenschaftshistorischen Betrachtungsweisen - notwendig die Gesamtsicht der Disziplingenese innerhalb gesellschaftlicher und naturwissenschaftlich-kognitiver Entwicklungen. Eine entsprechende Gliederung stützt diese Position und berücksichtigt gleichrangig die Zusammenhänge in gesellschaftlichen und naturwissenschaftlichen Entwicklungsprozessen.
Es wird nachgewiesen, daß die wissenschaftliche Disziplin Kinderheilkunde sich in Deutschland später als in vergleichbaren europäischen Ländern herausbildet, unabhängig von der punktuellen Existenz materialisierter kurativer Bemühungen um die Kindergesundheit.
Am Beispiel der Etablierung der Kinderheilkunde in Deutschland wird eine Diskrepanz zwischen ihren kognitiven Leistungen sowie ihrer öffentlichen Akzeptanz einerseits und ihrer notwendigen Integration in das disziplinäre Ensemble der Medizinischen Fakultäten an den deutschen Universitäten andererseits gekennzeichnet.

In angemessenem Umfang wird die Entwicklung disziplinärer Institutionen unterschiedlicher Qualität und Wirksamkeit am Ende des 19. Jahrhunderts und ihre Rolle bei der Entwicklung der Kinderheilkunde zur Wissenschaft analysiert und die disziplinäre Vielfalt der Quellen und Ursprünge des Faches charakterisiert.
Die disziplinäre Herkunft und das Engagement wesentlicher Persönlichkeiten jener Zeit von unterschiedlicher wissenschaftlicher und politischer Provenienz und die von ihnen ausgeübte Funktion bei der Herausbildung des Faches werden beleuchtet und bedeutende kognitive Leistungen der deutschen Pädiatrie um die Wende zu unserem Jahrhundert hervorgehoben.
Unter Anwendung des Disziplinbegriffes und damit zusammenhängender wissenschaftshistorischer Definitionen wird die Herausbildung der wissenschaftlichen Kinderheilkunde in Deutschland in mehreren Etappen oder Phasen dargestellt, die sich durch definierte Kriterien abgrenzen lassen.
Die Herausbildungsphase oder Disziplingenese lassen sich in eine Initial-, Konstituierungs- und letztlich in eine Etablierungsphase differenzieren. In der Gesamtheit der zeitlichen Zusammenhänge wird eine Einordnung fördernder und hemmender Faktoren für die Entwicklung der Disziplin vorgenommen.

In einem zweiten, neu thematisierten Teil werden Potentiale, Faktoren und Tendenzen der Wissenschaftsentwicklung der Pädiatrie an den Hochschulkinderkliniken der DDR bewertet. Unverzichtbar wurde dabei eine Kennzeichnung der Bedingungen für die Fachgebietsentwicklung unmittelbar nach dem zweiten Weltkrieg; sie wurde anhand einiger gesundheits- und hochschulpolitischer Prämissen in der SBZ bzw. in der DDR erbracht. Bereits hier und auch in den folgenden Abschnitten der Untersuchung flossen Erinnerungen von Emeriti der Pädiatrie ein, die nach persönlichen Gesprächen protokolliert werden konnten.

Am Beispiel der Leipziger Universitätskinderklinik und ihres damaligen Direktors, Albrecht Peiper, wird eine bereits in den 50er Jahren existente vielfältige und breit angelegte Verflechtung exponierter Fachvertreter in verschiedenste Aufgaben- und Problemgebiete belegt und die Rolle der Wissenschaftlerpersönlichkeit unter neuen gesellschaftlichen Bedingungen beschrieben.
Die komplizierten Bedingungen, die einer optimalen Entwicklung der Medizin nach dem 2. Weltkrieg entgegenstanden, werden, ebenso wie die Reaktionen der Pädiatrie darauf, nachgezeichnet.
Gesondert betrachtet wurde die in Etappen realisierte Gründung einer nationalen medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaft für Kinderheilkunde der DDR. Diesbezügliche objektive Gegebenheiten und subjektive Faktoren werden an Beispielen analysiert und die Hemmnisse gekennzeichnet, die die frühere Entstehung einer DDR-Pädiatergesellschaft verzögerten.
Für die in den 50er Jahren existierenden kinderärztlichen Vereinigungen und die nach 1960 gegründete Sektion für Pädiatrie wird ein aktives wissenschaftliches Leben nachgewiesen.
Zur Funktionsbestimmung aller nach 1949 existierenden wissenschaftlichen kinderärztlichen Gesellschaften wird bezüglich ihrer Struktur, Organisation und Aufgabenstellung eine Typisierung vorgeschlagen. Die wissenschaftliche Spezialisierung und veränderte Aufgabenstellung der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR seit ihrer Gründung werden charakterisiert und erbrachte Leistungen gewürdigt. Die bereits in den frühen 60er Jahren auf staatliche Intentionen hin konzipierte Hauptproblemkommission (HPK) Pädiatrie und Kinder- und Jugendgesundheitsschutz kann als eine temporäre wissenschaftsdirigierende Institution definiert werden, die eine fehlende nationale Pädiatergesellschaft teilweise kompensieren sollte.
Am Beispiel der Zeitschrift "Kinderärztliche Praxis" wird der unzureichende konzeptionelle Einfluß der DDR-Pädiatrie auf dieses Organ bis in die 70er Jahre belegt; es schließt sich eine Funktionsbewertung dieser Zeitschrift als wichtigste kommunikative Institution des Faches seit 1946 an.

Wesentliche Aufmerksamkeit erfährt die Entwicklung personeller Potentiale für die Pädiatrie im Hochschulwesen. Die Besetzung der Ordinariate spielt dabei neben einigen Aspekten der Nachwuchsentwicklung im Fach eine dominierende Rolle. Es konnte ein vollständiger Überblick über alle Lehrstuhlberufungen in der Pädiatrie von 1949 bis 1985 einschl. der sog. "Dreierlisten" erarbeitet werden. Darüber hinaus gelang das Erstellen einer Übersicht über alle erfolgten Berufungen an den neun Hochschulkinderkliniken von 1949 bzw. 1954 bis 1985 (s.Anlage 3). Am Beispiel der Ordinariatsbesetzungen im Fach seit 1949 wird die pragmatische und wirksame Bündnispolitik gegenüber der medizinischen Intelligenz in den 50er und 60er Jahren nachgewiesen; darüber hinaus werden Kriterien und Voraussetzungen für die Berufungen auf pädiatrische Lehrstühle der DDR beleuchtet, auf Zusammenhänge zwischen Wissenschafts- und Kaderentwicklung wird eingegangen.
Relativ umfangreich wurden internationale Tendenzen der Entwicklung der Pädiatrie seit 1949/50 bis in die Gegenwart sowohl qualitativ bewertet als auch quantitativ ermittelt. Die qualitative Bewertung erfolgte durch Einordnung international erbrachter Erkenntnisse und Ergebnisse in heute etablierte Spezialrichtungen der Pädiatrie (s. Anlage 1). Die quantitative Analyse umfaßt eine Auswertung von ca. 50 000 seit 1949/50 in zwei wichtigen internationalen Referateorganen der Pädiatrie referierten Originalbeiträge. Durch Ermittlung der Anzahl entsprechend thematisierter Beiträge wurde eine Tendenzindexierung für frühere, heute nicht mehr existente und für moderne Problem/Spezialgebiete des Faches vorgenommen mit dem Ziel, den international und neuerdings auch national viel diskutierten "Wandel der Pädiatrie" erstmals quantitativ anhand der Repräsentation bestimmter wissenschaftlicher Themen in der internationalen Fachliteratur zu bemessen.

In weiteren Abschnitten wird erneut auf die spezifische Entwicklung der Pädiatrie in der DDR eingegangen. Zum einen handelt es sich um eine Erfassung der historischen Entwicklung der Hochschulkinderkliniken nach wissenschaftlichen bzw. kurativen Schwerpunkten des Faches; an Beispielen können erste Spezialisierungen aus teils wissenschaftlichen, teils kurativen Motivationen heraus in den 50er Jahren nachgewiesen werden. Des weiteren erfolgte die Erarbeitung einer Übersicht über gegenwärtig existierende, staatlich sanktionierte Strukturierungen der Hochschulkinderkliniken in Spezialrichtungen (Abteilungen), die sich als uneinheitlich sowie territorial und wissenschaftsstrategisch different darstellen.

Zur Beantwortung der Frage, welche wissenschaftlichen Probleme der Pädiatrie wann im Vordergrund standen und durch wen beantwortet bzw. bearbeitet wurden, erfolgte eine vollständige Erfassung und Auswertung sämtlicher von 1949 bis 1985 an den Hochschulkinderkliniken der DDR abgeschlossenen Habilitationen bzw. Promotionen B (s.Anlage 2). Gemeinsam mit der quantitativen Auswertung aller seit 1949 bzw. seit 1962 in den Zeitschriften "Kinderärztliche Praxis" bzw. "Pädiatrie und Grenzgebiete" publizierten Originalbeiträge wird analysiert, an welchen Hochschulkinderkliniken eine aktive wissenschaftliche Arbeit im untersuchten Zeitraum nachzuweisen ist.

Einige thesenhafte heuristische Gedanken über die Zusammenhänge zwischen Spezialisierung und Integration wissenschaftlicher Inhalte in der weiteren Entwicklung der Pädiatrie schließen die Untersuchung ab.

13. Literaturverzeichnis

13.1. Veröffentlichte Quellen

1. Abt,I.,F.H.Garrison: History of Pediatrics
Philadelphia-London:1965,S.91

2. Adam,W.:Eröffnungsansprache zur Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde 1952 in Bayreuth
Mon.schr.Kinderheilkd.101(1953)73-75

3. Akademie für Ärztliche Fortbildung der DDR (Hrsg.): Das Gesundheitswesen der Deutschen Demokratischen Republik
Berlin:1969,S.46

4. Akademie für Ärztliche Fortbildung der DDR (Hrsg.): Gesundheitsschutz in der Deutschen Demokratischen Republik
Berlin:1972,S.10-15 u. 22-23

5. Asperger,H.:Ecce infans.Zur Ganzheitsproblematik in der modernen Pädiatrie
Wiener klin.Wochenschr.74(1962)936-941

6. Aurich,G.:Aufgaben des Arbeitsbereiches Infektologie an der Universitäts-Kinderklinik. In:Ber.z.Tagg.anläßl. d. 60jähr.Bestehens der Univ.-Kinderklinik u.Poliklinik "Jussuf Ibrahim"(Carl-Zeiss-Stiftung) u.des 100.Geburtstages ihres ersten Direktors
Jena:1977,S.39-43

7. Aurich,G.:Aufgaben der Universitäts-Kinderklinik bei der komplexen kinderärztlichen Betreuung im Territorium. In: Ber.z.Tagg.anläßl. d. 60jähr.Bestehens der Univ.-Kinderklinik u. Poliklinik "Jussuf Ibrahim" (Carl-Zeiss-Stiftung) u.des 100.Geburtstages ihres ersten Direktors
Jena:1977,S.56-58

8. Aurich,G.:Geschichte und Leistungen der Arbeitsgemeinschaft "Pädiatrische Hämatologie und Onkologie" der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR. In:Ber.z.Tagg.anläßl. d. 60jähr.Bestehens der Univ.-Kinderklinik u. Poliklinik "Jussuf Ibrahim" (Carl-Zeiss-Stiftung) u.des 100.Geburtstages ihres ersten Direktors
Jena:1977,S.68-70

9. Autorenkollektiv:Herrn Prof.Dr.J.Dieckhoff zum 60. Geburtstag am 21.3.1967 - die Mitarbeiter der Univ.-Kinderklinik Berlin
Pädiatr.Grenzgeb.6(1967)o.S.

10. Baginsky,A.: Ueber das Verhältnis der Kinderheilkunde zur gesammten Medizin
Arch.Kinderheilkd.4(1883)161-174

11. Bamberger,W.: Eröffnungsansprache zur Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde 1961 in Heidelberg
Mon.schr.Kinderheilkd.110(1962)81-84

12. Bathelt,M.,E.Heyne: Grundzüge der Entwicklung der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR
Rostock,Univ.,Ber.Med.,Dipl.-Arb.,1986

13. Behrendt,F.J.,S.F.Barez: Vorwort bei der Herausgabe des "Journals für Kinderkrankheiten"
J.Kinderkrankh.1(1843)o.S.

14. Bennholdt-Thomsen,H.: Eröffnungsansprache zur Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde 1963 in Köln
Mon.schr.Kinderheilkd.112(1964)109-111

15. Berger,H.: Kurzer historischer Rückblick auf den Beginn der "Ernährungsprobleme bei frühgeborenen Kindern"
Pädiatr.Pädol.18(1983)99-103

16. Beschluß des V.Parteitages der SED. In: Protokoll des V. Parteitages
Berlin:Dietz Verlag, 1958,S.63-64

17. Betke,K.,R.J.Haas: Hämatologie und Onkologie. In: Lebendige Pädiatrie, hrsg. v. P.Schweier u.E.Seidler
München:Marseille,1983,S.195-206

18. Beyer,A.: Ein Jahr Deutsche Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen - Rechenschaftsbericht
Dtsch.Gesundh.wes.1(1946)641-645

19. Bickel,H.: Erbliche Formen tubulärer Nierenerkrankungen: Fortschritte in Diagnostik und Therapie
Mon.schr.Kinderheilkd.114(1966)193-198

20. Bickel,H.: Methoden und Resultate des Neugeborenen-Screenings auf Aminoacidopathien
Mon.schr.Kinderheilkd.124(1976)650-653

21. Biedert,Ph.: Das Kind, seine geistige und körperliche Pflege von der Geburt bis zur Reife
Stuttgart:1906,S.5

22. Bókay,J.v.: Die Geschichte der Kinderheilkunde
Berlin:1922,S.34-37,95

23. Breunung,M.: Säuglings- und Kindersterblichkeit - nationale und internationale Aspekte
Kinderärztl.Prax.45(1977)518-524

24. Breunung,M.,E.Marcusson,J.Rothe: Senkung der Säuglingssterblichkeit - ein staatliches Programm
Wiss.Z.Humboldt-Univ.Berlin,Math.-nat.wiss.Reihe 20(1971) 11-13

25. Brodehl,J.: Nephrologie. In: Lebendige Pädiatrie, hrsg. v.P.Schweier u. E.Seidler
München:Marseille,1983,S.207-220

26. Brüschke,G.,A.Kriegel: Zu Fragen der Einflußnahme der medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften auf die Profilierung der wissenschaftlichen Publikationsorgane
Berlin:Verl.Volk u.Gesundh.,1974 (Veröff.d.Koord.rates d.med.-wiss.Gesellsch.d.DDR,1,S.74-80)

27. Bühlmeyer,K.,H.Schreiber: Kardiologie. In: Lebendige Pädiatrie,hrsg.v.P.Schweier u.E.Seidler
München:Marseille,1983,S.221-228

28. Burghardt,H.: Arzneimittel - Objekt im Kalten Krieg der Bonner Ultras
medicamentum 3(1961)337-340

29. Büttner,L.,B.Meyer: Zur Herausbildung und Entwicklung der Gesundheitspolitik der revolutionären deutschen Arbeiterklasse
Berlin,Inst.f.Gesellschaftswiss.beim ZK d.SED,Lehrst. f.Gesch.d.Arbeiterbew.,Diss.A,1974

30. Büttner,L.,B.Meyer: Die Gesundheitspolitik der SED - konsequente Fortsetzung der Herausbildung und Entwicklung der Gesundheitspolitik der revolutionären deutschen Arbeiterbewegung
Berlin:Verl.Volk u.Gesundh.,1974 (Veröff.d.Koord.rates d.med.-wiss.Gesellsch.d.DDR,1,S.5-26)

31. Büttner,L.,B.Meyer,E.Wetzstein: Fest verwurzelt in großen Traditionen. In:Gesundheitspolitik - Aufgaben und Traditionen,hrsg.v.K.Winter,A.Keck,R.Löther u.H.Spaar
Jena:G.Fischer,1980 (Medizin und Gesellschaft 9,S.57-82)

32. Cone,Th.E.: Highlights of Two Centuries of American Pediatrics 1776-1976
Am.J.Dis.Child.130(1976)762-775

33. Cone,Th.E.: History of American Pediatrics
Boston:1979

34. Czerny,A.: Strassburgs neue Kinderklinik
Jahrb.Kinderheilkd.73(1911)1-8

35. Czerny,A.: Kinderklinik. In: Festschrift zur Feier des hundertjährigen Bestehens der Universität Breslau,hrsg. von G.Kaufmann
Breslau:1911, 2.Teil,S.323-326

36. Czerny,A.: Die Pädiatrie meiner Zeit
Berlin:1939

37. Daute,K.-H.,H.Dietze: Universitäts-Kinderklinik und Poliklinik "Jussuf Ibrahim". In: Entwicklung der Medizin in Jena 1945-1975
Jena:1978 (Jenaer Reden und Schriften,S.76-82)

38. Daute,K.-H.,E.Klust: Tradition und aktuelle Aufgaben unserer Abteilung pädiatrische Neurologie. In:Ber.z. Tagg.anläßl.d. 60jähr.Bestehens der Univ.-Kinderklinik u. Poliklinik "Jussuf Ibrahim" (Carl-Zeiss-Stiftung) u. des 100.Geburtstages ihres ersten Direktors
Jena:1977,S.89-93

39. Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde: Denkschrift betreffend den Unterricht in der Kinderheilkunde und seine Bedeutung für die Bevölkerungspolitik
Verh.Ges.Kinderheilkd.31(1918)15-25

40. Dieckhoff,J.: Zum Plan Neue Technik, Forschung und Entwicklung 1964,Teil Gesundheitswesen: Diskussionsbemerkung. Berlin:1963 (Verh.d.Rates f.Planung u.Koord.d.med.Wiss.u. d.Gesundh.wes.,1,S.189-192)

41. Dieckhoff,J.: Eröffnung. In:Die Perspektiven der Pädiatrie und des Kinder- und Jugendgesundheitsschutzes in der Deutschen Demokratischen Republik,hrsg.v.J.Dieckhoff u. R. Schorr
Berlin:1965 (Verh.d.Rates f.Planung u.Koord.d.med.Wiss.u. d.Gesundh.wes,4,S.1-3)

42. Dieckhoff,J.: Zur Forschung auf dem Gebiet der Pädiatrie. In:Die Perspektiven der Pädiatrie und des Kinder- und Jugendgesundheitsschutzes in der Deutschen Demokratischen Republik,hrsg.v.J.Dieckhoff u.R. Schorr
Berlin:1965 (Verh.d.Rates f.Planung u.Koord.d.med.Wiss.u. d.Gesundh.wes.,S.98-115)

43. Dieckhoff,J.: Ausbildung und Organisation in der Zukunft. In:Pädiatrie der Zukunft,hrsg.v.W.Plenert
Jena;1967

44. Dietzsch,H.-J.: 50 Jahre Kinderklinik der Medizinischen Akademie "Carl Gustav Carus" Dresden und ihre Vorgeschichte Kinderärztl.Prax.49(1981)318-326

45. Ditscherlein,G.,L.-H.Kettler: Zur Nierenbiopsie bei Kindern und Jugendlichen aus der Sicht des Pathoanatomen Pädiatr.Grenzgeb.11(1972)95-108

46. Dixon,M.S.: EPSDT (Early and Periodic Screening, Diagnosis and Treatment Programs
Pediatrics 54(1974)84-90

47. Dokumentensammlung: Befehle der Sowjetischen Militäradministration in Deutschland zum Gesundheits- und Sozialwesen
Berlin:Verl.Volk u.Gesundh.,1976 (Veröff.d.Koord.rates d.med.-wiss.Gesellsch.d.DDR,2)

48. Dost,F.H.: Vortrag einer Entschließung. In:Wiss. Verhandlungsbericht der Kinderärztetagung in Leipzig, 24.-26.4.1953
Kinderärztl.Prax.,Sonderheft 1953,o.S.

49. Dost,F.H.: Geschichte der Universitäts-Kinderklinik der Charité. Bis zum 150. Jahre des Bestehens der Klinik von 1829-1979.
Kinderarzt 11(1980)99-103

50. Dost,F.H.: Geschichte der Universitäts-Kinderklinik der Charité. Bis zum 150. Jahre des Bestehens der Klinik von 1829-1979. 1. Fortsetzung
Kinderarzt 11(1980)249-256

51. Dost,F.H.: Geschichte der Universitäts-Kinderklinik der Charité. Bis zum 150. Jahre des Bestehens der Klinik von 1829-1979. 2. Fortsetzung
Kinderarzt 11(1980)409-415

52. Dost,F.H.: Geschichte der Universitäts-Kinderklinik der Charité. Bis zum 150. Jahre des Bestehens der Klinik von 1829-1979
Kinderarzt 11(1980)569-571

53. Edge,D.O.,H.J.Mulkay: Fallstudien zu wissenschaftlichen Spezialgebieten.
Wissensch.soziol.18(1975)197-229

54. Effinger,J.: Die Säuglingssterblichkeit in München im Jahre 1878
München,Univ.,Med.Fak.,Diss.,1879 (ersch.b.Kohlhammer, Stuttgart,1879)

55. Eggers,H.: Professor Dr. Heinrich Kirchmair zum 60. Geburtstag
Med.Mon.schr.1966,238-239

56. Emmrich,P.: Die transkutane Sauerstoffpartialdruckmessung in der Pädiatrie
Mon.schr.Kinderheilkd.124(1976)504-510

57. Engel,St.: Zur Einführung (der neuen Zeitschrift "Kinderärztliche Praxis,d.A.)
Kinderärztl.Prax.1(1930)1-3

58. Engels,F.: Brief an W.Borgius in Breslau vom 25.Januar 1894. In:Marx-Engels-Werke
Berlin:1968,Bd.39,S.205

59. Escherich,Th.: Die Grundlagen und Ziele der modernen Pädiatrie: Vortrag auf dem Kongreß für Wissenschaften und Künste auf der Weltausstellung von St.Louis vom 19. bis 25. September 1904
Jahrb.Kinderheilkd.61(1905)241-268

60. Escherich,Th.: Entwickelung und Leistung der Kinderheilkunde in den letzten 25 Jahren
Verh.Ges.Kinderheilkd.25(1908)170-182

61. Eulner,H.H.: Kinderheilkunde. In:Die Entwicklung der medizinischen Spezialfächer des deutschen Sprachgebietes
Stuttgart:Enke,1970,S.202-221 u. 613-621

62. Ewerbeck,H.: Die Gesundheit des Kindes im Laufe des 20. Jahrhunderts
Öffentl.Gesundh.wes.41(1979),Spec.1,1-6

63. Ewerbeck,H.: Daten zur Geschichte der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde
Mon.schr.Kinderheilkd.131(1983)544

64. Fahrenbach,S.: Zur Herausbildung der Ophthalmologie als eigenständige Wissenschaftsdisziplin
Rostocker Wiss.-Hist.Mskr.,1978,H.1,125-131

65. Fanconi,G.: Wandel der Diagnostik und der Therapie der Ernährungsstörungen und anderer Krankheiten in den letzten 50 Jahren
Dtsch.med.Wochenschr.92(1962)501-508

66. Fanconi,G.: The history of the International Paediatric Association
Basel-Stuttgart:Schwabe u. Co.,1968

67. Fanconi,G.: Der Wandel der Medizin, wie ich ihn erlebte
Bern-Stuttgart-Wien;Huber,1970

68. Fanconi,G.: Pediatrics in the past and in the future
Helv.Paediatr.Acta,Supp.28,1972

69. Fanconi,G.: Die Entfaltung der Molekularpathologie in den letzten 50 Jahren
Schweiz.med.Wochenschr.104(1974)1469-1476

70. Feer,E.: Die Kinderheilkunde im Universitätsunterricht Deutschlands
Verh.Ges.Kinderheilkd.26(1909)236-253

71. Fischer,K.,K.-H.Schäfer: Die Entwicklung der Immunologie in der Pädiatrie. In:Pädiatrie der Zukunft,hrsg.v.W. Plenert
Jena:1967

72. Frank,J.P.: Akademische Rede vom Volkselend als der Mutter der Krankheiten
Pavia:1790

73. Friedeberger,A.W.: Der Gesundheitskonferenz 1960 beste Erfolge
Dtsch.Gesundh.wes.15(1960)221-222

74. Fuchs,D.,I.Rath: Gründung und Baugeschichte der Universitäts-Kinderklinik. In:Ber.z.Tagg.anläßl. d. 60jähr. Bestehens der Univ.-Kinderklinik u. Poliklinik "Jussuf Ibrahim" (Carl-Zeiss-Stiftung) u.des 100.Geburtstages ihres ersten Direktors
Jena:1977,S.10-19

75. Fuhrmann,W.: Genetische Probleme in der Kinderheilkunde
Pädiat.Grenzgeb.4(1965)401-417

76. Fuhrmann,W.: Humangenetik. In: Lebendige Pädiatrie,hrsg. v.P.Schweier u.E.Seidler
München:Marseille,1983,S.173-176

77. Garrison,F.H.: History of Pediatrics. In:Pediatrics by I.Abt
Philadelphia-London:1923,vol.1

78. Gerhardt,C.(Hrsg.): Handbuch der Kinderkrankheiten
Tübingen:Verlag der H.Laupp'schen Buchhandlung,1877-1889,Bd.1-6

79. Gerhardt,C.: Über die Aufgaben und Ziele der Kinderheilkunde
Dtsch.med.Wochenschr.5(1879)215-218

80. Gesellschaft für Pädiatrie der DDR: Statut 1968

81. Gesellschaft für Pädiatrie der DDR: Statut 1975

82. Gey,E.,H.Parthey: Der Zusammenhang von Forschungssituation und Kooperationsform bei der Herausbildung neuer Spezialgebiete im 20. Jahrhundert am Beispiel der Quantenchemie im Vergleich mit anderen Fallstudien
Rostocker Wiss.-Hist.Mskr.,1978,H.2,115-126

83. Gölis,L.A.: Praktische Abhandlungen über die vorzüglichen Krankheiten des kindlichen Alters
Wien:1815,S.7-8

84. Göpel,H.: Die Rolle und Bedeutung der Befehle der SMAD für das Gesundheitswesen. In:Ärzte an der Seite der Arbeiterklasse,hrsg.v.K.Kühn
Berlin:Verl.Volk u.Gesundh.,1977,S.260-275

85. Gottschalk,B.,C.Sprössig: Mukoviszidose - Screening mittels immunologischem Albuminnachweis im Mekonium
Dtsch.Gesundh.wes.30(1975)1955-1960

86. Gratwohl,A.,E.Signer: Neue Entwicklungen in der allogenen Knochenmarktransplantation
Mon.schr.Kinderheilkd.130(1982)810-813

87. Gröbe,H.: Screening-Untersuchungen beim Neugeborenen
Mon.schr.Kinderheilkd.131(1983)806-808

88. Großmann,P.: Frau Professor Dr. Ingeborg Syllm-Rapoport zum 60. Geburtstag
Pädiatr.Grenzgeb.11(1972)319-321

89. Großmann,P.: Otto Heubner und die moderne Pädiatrie
Kinderärztl.Prax.45(1977)426-430

90. Groth,A.: Säuglingsernährung 1905 und 1923. Erhebungen über die Auswirkung natürlicher und künstlicher Säuglingsernährung auf den öffentlichen Impftermin in Bayern
Blätter f.Gesundheitsfürs.5(1924)H.4/5

91. Guntau,M.: Zur Herausbildung wissenschaftlicher Disziplinen in der Geschichte:Thesen
Rostocker Wiss.-Hist.Mskr.,1978,H.1,11-24

92. Guntau,M.: Gedanken zur Herausbildung wissenschaftlicher Disziplinen in der Geschichte und zu Problemen der Disziplingenese in der Wissenschaftsgeschichtsschreibung
Rostocker Wiss.-Hist.Mskr.,1982,H.8,19-49

93. Guntau,M.: Wissenschaftliche Gesellschaften und Kommunikation im Zusammenhang mit der disziplinären Erkenntnis in der Geschichte der Wissenschaft:Thesen
Rostocker Wiss.-Hist.Kolloq. 28.-29.10.1985 (als Mskr.gedr.)

94. Guntau,M.,H.Laitko: Die Wissenschaftsdisziplin und ihre Entstehung in der Geschichte. In:Der Ursprung der Wissenschaften,hrsg.v.M.Guntau u. H.Laitko
Berlin:Akademie-Verlag (im Druck),1986

95. Haas,G.: Entwicklung und Schicksal Frühgeborener damals und heute
Mon.schr.Kinderheilkd. 131(1983)702-707

96. Hafemeister,G.: Bericht über die kardiologische Arbeitsgemeinschaft an der Medizinischen Fakultät Rostock.Wiss. Z.Wilhelm-Pieck-Univ.Rostock,Math.-nat.wiss.Reihe 12 (1963)455-460

97. Handel,G.,R.Köhler (Hrsg.): Dokumente der Sowjetischen Militäradministration in Deutschland zum Hoch- und Fachschulwesen
Berlin:Zentralinst.f.Hochschulbild.,1975 (Studien z. Hochschulentw.,57)

98. Harnack,G.-A.v.: Wandlungen der Säuglingsernährung - Rückschau und Ausblick
Mon.schr.Kinderheilkd.114(1966)198-204

99. Harnack,G.-A.v.: Kinderheilkunde einst und jetzt: Einführung
München:1975 (Alete-Reihe 1,S.3-7)

100. Harnack,G.-A.v.: Die Universitäts-Kinderklinik Düsseldorf
Kinderarzt 7(1976)1345-1350

101. Harnack,G.-A.v.: Das Risiko für den Säugling und das Kleinkind im Wandel der Zeiten
Soz.pädiatr.Prax.Klin.6(1984)322-329

102. Häßler,E.: Die Penizillin-Therapie des Scharlach
Kinderärztl.Prax.,Sonderheft 1950,132-136

103. Häßler,E.: Der Wandel des Krankheitsbildes bei Kindern im Laufe der letzten 100 Jahre:Vortrag
Tagung der Gesellschaft der Ärzte des Bezirkes Gera, Gera 20.6.1979

104. Heidel,G.: Zur Gründung und Entwicklung der Medizinischen Akademie "Carl Gustav Carus" Dresden
Dtsch.Gesundh.wes.39(1984)1406-1409

105. Heidel,G.: Vor 30 Jahren. Gründung der Medizinischen Akademien Dresden, Erfurt und Magdeburg
Med.aktuell 10(1984)414-416

106. Heidel,G.: Zur Gründung der Medizinischen Akademie "Carl Gustav Carus" und ihrer Entwicklung in drei Jahrzehnten
Dresden;1984 (Schriften der Med.Akad.Dresden,20,S.7-20)

107. Heintzen,P.: Aktuelle diagnostische Probleme der pädiatrischen Kardiologie
Mon.schr.Kinderheilkd.112(1964)221-224

108. Hellbrügge,Th.: Professor Dr.med.,Dr.med.h.c. Stefan Engel zum 100. Geburtstag
Kinderarzt 9(1978)1222-1227

109. Hellbrügge,Th.: Gründer und Grundlagen der Kinderheilkunde
Lübeck:Hansisches Verlagskontor,1979 (Documenta Paediatrica,4)

110. Helwig,H.: Strukturwandel der klinischen Pädiatrie unter besonderer Berücksichtigung kleiner Abteilungen
Mon.schr.Kinderheilkd.127(1979)431-435

111. Hempel,H.-C.: Bau, Einrichtung und Aufgaben einer Universitäts-Kinderpoliklinik
Kinderärztl.Prax.20(1952)452-462

112. Hennig,C.: Geschichte der Kinderkrankheiten. In: Handbuch der Kinderkrankheiten,hrsg.v.C.Gerhardt
Tübingen:Verlag der H.Laupp'schen Buchhandlung,1877,Bd.1

113. Henoch,E.: Vorlesungen über Kinderkrankheiten
Berlin:1889,S.1-5

114. Hesselbarth,W.,R.Schorr: Die Entwicklung der Säuglingssterblichkeit in der DDR
Berlin:Hygiene-Inst.d.Humboldt-Univ.zu Berlin,1963

115. Hesselbarth,W.,R.Schorr,K.Winter: Die Entwicklung der Säuglingssterblichkeit in der Deutschen Demokratischen Republik
Wiss.Z.Humboldt-Univ.Berlin,Math.-nat.wiss.Reihe 20 (1971)3-11

116. Heubner,O.: Rede zur Einweihung der neuen Universitätsklinik und Poliklinik für Kinderheilkunde im Königlichen Charité-Krankenhause am 29.Oct.1903
Berl.Klin.Wochenschr.40(1903)297-302

117. Heubner,O.,Th.Escherich: Nachruf auf August Steffen
Jahrb.Kinderheilkd.71(1910)5-8

118. Heubner,W.: Otto Heubners Lebenschronik
Berlin:1927

119. Hoffmann,Th.: Geschichtliches der französischen Medizin: Teil I
Med.Mon.schr.12(1958)762-766

120. Hoffmann,W.: Geschichtliches der französischen Medizin: Teil II
Med.Mon.schr.13(1959)36-41

121. Hunt,A.D.: On the Hospitalization of Children
Pediatrics 54(1974)542-546

122. Huth,E.: Die Behandlung der Leukämie im Kindesalter
Med.Welt 17(1963)1124-1126

123. Jacobi,A.: Die Pflege und Ernährung des Kindes. In: Handbuch der Kinderkrankheiten,hrsg.v.C.Gerhardt
Tübingen:Verlag der H.Laupp'schen Buchhandlung,1877, Bd.1,S.305-426

124. Jährig,K.: Welche Anforderungen muß das Kinderkrankenhaus der achtziger Jahre erfüllen? Ergebnisse einer Trendanalyse
Wiss.Z.Friedrich-Schiller-Univ.Jena,Math.-nat.wiss.Reihe 31(1982)457-461

125. Jentzsch,H.: Die Ausarbeitung des Programms einer demokratischen Gesundheitspolitik durch die Kommunistische Partei Deutschlands im Kampf gegen Faschismus und Krieg (1933-1945)
In:Ärzte an der Seite der Arbeiterklasse,hrsg.v.K.Kühn
Berlin:Verl.Volk u.Gesundh.,1977,S.253-259

126. Joppich,G.: Eröffnungsansprache zur Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde 1960 in Kassel
Mon.schr.Kinderheilkd.109(1961)73-76

127. Joppich,G.: Das Kaiserin Auguste Viktoria Haus und die Anfänge der Sozialpädiatrie in Deutschland
Kinderarzt 6(1975)567-578

128. Joppich,G.: Wandel der Pädiatrie
Mon.schr.Kinderheilkd.123(1975)513-517

129. Kaiser,W.,W.Piechocki: Anfänge des pädiatrischen Unterrichts an der Universität Halle
Med.Mon.schr.23(1969)265-268

130. Keller,W.: Eröffnungsansprache zur Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde 1955 in Freiburg i.Br.
Mon.schr.Kinderheilkd.104(1956)73-76

131. Kima,Th.: Stand und Probleme der Schutzimpfungen in der Deutschen Demokratischen Republik
Dtsch.Gesundh.wes.9(1954)695-699

132. Kirchmair,H.: Humangenetik und Chromosomenanalyse in der Pädiatrie
Wiss.Z.Wilhelm-Pieck-Univ.Rostock,Math.-nat.wiss.Reihe 12(1963)523-525

133. Kirchmair,H.: Humangenetische Probleme in Gegenwart und Zukunft. In: Pädiatrie der Zukunft,hrsg.v.W.Plenert
Jena:1967,S.65-71

134. Kirchner,M.: Ergebnisse der 10-jährigen Arbeit des Aufgabenbereiches Medizinische Genetik-Zytogenetik der Universitäts-Kinderklinik. In:Ber.z.Tagg.anläßl.d. 60jähr.Bestehens der Univ.-Kinderklinik u. Poliklinik "Jussuf Ibrahim"(Carl-Zeiss-Stiftung) u.des 100. Geburtstages ihres ersten Direktors
Jena:1977,S.71-75

135. Kley,U.: Die Geschichte der Universitätskinderklinik Jena von 1917 bis 1967
Jena,Univ.,Med.Fak.,Diss.,1967

136. Knapp,A.: Zur Bekämpfung genetisch bedingter Krankheiten. In:Nationales Symposion "Sozialismus,Wissenschaftlich-technische Revolution und Medizin",hrsg.v.G.Misgeld
Berlin:1969 (Verh.d.Rates f.Planung u.Koord.d.med.Wiss.u d.Gesundh.wes.,6 ; S.75-77)

137. Köditz,H.: Vom Wandel der Infektionskrankheiten im Kindesalter
Kinderärztl.Prax.48(1980)11-14

138. Köhler,R.,A.Kraus,W.Methfessel: Geschichte des Hochschulwesens der Deutschen Demokratischen Republik (1945-1961)
Berlin:Zentralinst.f.Hochschulbild.,1976,69

139. Kommunistische Partei Deutschlands: "Aktionsprogramm des Blocks der kämpferischen Demokratie":3.Entwurf
Berlin:1965 (Beitr.z.Gesch.d.dtsch.Arbeiterbeweg.,7,1965, H.2)

140. Konitzer,P.: Die Aufgaben der Deutschen Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen in der sowjetischen Besatzungszone
Dtsch.Gesundh.wes.1(1946)4

141. Kornhuber,B.: Zur Situation der pädiatrischen Onkologie in der Bundesrepublik
Klin.Pädiatr.190(1978)1-4

142. Kornhuber,B.: Stellungnahme der Gesellschaft für Pädiatrische Onkologie e.V. zur personellen Situation in der Pädiatrischen Onkologie der Bundesrepublik Deutschland
Ergebn.pädiatr.Onkol.3(1979)133

143. Krabler,W.: Übersicht der Vertretung der Pädiatrie an den deutschen Universitäten nach dem Universitätskalender für das Wintersemester 1901/02
Arch.Kinderheilkd.34(1902)96-99

144. Kretchmer,N.: Growth and adaption of pediatrics
Helv.Paediatr.Acta,Suppl.28,1972,33-37

145. Kretschmann,K.-E.: Friedrich Althoff's Nachlaß als Quelle für die Geschichte der Medizinischen Fakultät in Halle von 1882-1907
Halle,Univ.,Med.Fak.,Diss.,1959

146. Kühn,K.: Zur Vorgeschichte und Geschichte der Medizinischen Akademie "Carl Gustav Carus" Dresden. In:Ärzte an der Seite der Arbeiterklasse,hrsg.v.K.Kühn
Berlin:Verl.Volk u. Gesundh.,1977,S.333-350

147. Külz,J.: Entwicklung, Struktur und aktuelle Aufgaben der Kinderklinik der Wilhelm-Pieck-Universität Rostock
Wiss.Z.Wilhelm-Pieck-Univ.Rostock,Math.-nat.wiss.Reihe 25(1976)7-10

148. Külz,J.: 70 Jahre Pädiatrie als Lehrfach an der Universität Rostock
Kinderärztl.Prax.49(1981)92-100

149. Külz,J.: Zum 100. Geburtstag von Prof.Dr.med.Karl Stolte "Verdienter Arzt des Volkes", Direktor der Universitäts-Kinderklinik von 1948-1951
Wiss.Z.Wilhelm-Pieck-Univ.Rostock,Math.-nat.wiss. Reihe 31(1982)7-13

150. Lampert,F.: Ein Jahrzehnt pädiatrisch-onkologische Therapiestudien in der Bundesrepublik Deutschland
Ergebn.pädiatr.Onkol.6(1982)1-4

151. Landbeck,G.: 10 Jahre Deutsche Arbeitsgemeinschaft für Leukämie-Forschung und Behandlung im Kindesalter e.V.
Klin.Pädiatr.189(1977)1-6

152. Landbeck,G.,K.Winkler: Zytologische Klassifizierung und Nomenklatur der Leukämien des Kindes. Derzeitiger Stand der zytomorphologischen und zytochemischen Differenzierung
Klin.Pädiatr.189(1977)14-21

153. Landbeck,G.: Entwicklung einer regional zentralisierten Versorgung krebskranker Kinder im Raum Hamburg
Kinderarzt 12(1981)105-110

154. Lasson,U.,H.-R.Wiedemann: Zur Geschichte der wissenschaftlichen Pädiatrie. Teil I
Kinderarzt 9(1978)663-668

155. Lasson,U.,H.-R.Wiedemann: Zur Geschichte der wissenschaftlichen Pädiatrie. Teil II
Kinderarzt 9(1978)819-822

156. Lenz,W.: Daten zur Geschichte der Humangenetik und ihrer Grundlagen. In: Humangenetik,hrsg.v.P.E.Becker
Stuttgart:Thieme,1968,Bd.I,S.77-113

157. Lessler,K.: Screening, Screening Programs and the Pediatrician
Pediatrics 54(1974)608-611

158. Leumann,E.: Pediatric Nephrology in Europe
UNEPSA News-Letter 5(1981)6-9

159. Liebe,S.: 70 Jahre Universitäts-Kinderklinik
Leipziger Volkszeitung v. 3.12.1961

160. Liebe,S.: Die Kinderklinik und ihre Zweigstellen:Vortrag
Leipzig:1963 (dem Autor v. Liebe 1985 überlassen)

161. Liebe,S.: Kinderklinik und Ambulanz
Wiss.Z.Karl-Marx-Univ.Leipzig,Math.-nat.wiss.Reihe 14(1965)165-172

162. Liebe,S.: Die Entwicklung der Abteilungen für Blutgerinnungsforschung und Hämatologie:Vortragsmanuskript
Leipzig:1974 (dem Autor v. Liebe 1985 überlassen)

163. Linneweh,F.: Fortschritte in der Diagnostik heterozygoter Merkmalsträger bei erblichen Stoffwechselkrankheiten
Mon.schr.Kinderheilkd.112(1964)169-173

164. Lischke,R.-J.: Zur wissenschaftspolitischen und wissenschaftsorganisatorischen Leistung Friedrich Althoffs unter besonderer Berücksichtigung seines Beitrages zur Herausbildung Berlins als bedeutendes Wissenschaftszentrum
Berlin,Univ.,Gesellschaftswiss.Fak.,Diss.A,1984

165. Loewenich,V.v.: Fortschritte der Intensivtherapie des Früh- und Neugeborenen
Mon.schr.Kinderheilkd.124(1976)564-565

166. Lorenz,K.: Eröffnungsansprache zur Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde 1958 in Graz
Mon.schr.Kinderheilkd.107(1959)81-83

167. Machill,G.: Ergebnisse von Screening-Untersuchungen auf Phenylketonurie, Ahornsirupkrankheit und Homozystinurie mit dem Guthrie-Test
Kinderärztl.Prax.41(1973)205-209

168. Martischnig,E.: Über den Wandel pädiatrischer Erkrankungen
Wiener klin.Wochenschr.75(1963)25-30

169. Matthes,Th.,L.Rohland,H.Spaar: Die medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften der DDR, Geschichte - Funktion - Aufgaben
Berlin:Verl.Volk u.Gesundh.,1981 (Veröff.d.Koord.rates d.med.-wiss.Gesellsch. d. DDR,4,Teil 1 u. 2)

170. May,Ch.D.: The future of pediatricians as medical specialists in the United States
Am.J.Dis.Child.100(1960)661-668

171. Mayr,F.: Über die Untersuchung und Semiotik des kranken Kindes
Jahrb.Kinderkrankh.1(1857)1-5

172. Mette,A.: Der Gesundheitsschutz als Gegenstand der Arbeit der Volkskammer der DDR in den Jahren 1949-1954. In: Ärzte an der Seite der Arbeiterklasse,hrsg.v. K.Kühn
Berlin:Verl.Volk u.Gesundh.,1977,S.304-313

173. Ministerium für Gesundheitswesen der DDR: Verf.u.Mitt. Nr.14(1969)96

174. Ministerrat der DDR: Verordnung zur Registrierung von Vereinigungen
Berlin:1967,GBl.d.DDR II/1967,S.861

175. Misgeld,G.: Zwanzig Jahre Gesundheitspolitik der DDR
Wiss.Z.Humboldt-Univ.Berlin,Math.-nat.wiss.Reihe 19(1970)343-350

176. Moll,H.: Heinrich Finkelstein - eine posthume Ehrung
Mon.schr.Kinderheilkd.130(1982)859-861

177. Moll,H.: Pädiater im Exil. In: Lebendige Pädiatrie, hrsg.v.P.Schweier u.E.Seidler
München:Marseille,1983,S.109-115

178. Nißler,K.: Die Kinderklinik. In: Festschrift 10 Jahre Medizinische Akademie Magdeburg,hrsg.v.Rektor und Senat
Magdeburg:1964,S.74-78

179. N.N.: Rubrik "Tagesgeschichte"
Kinderärztl.Prax.23(1955)288

180. North,A.F.jr.: Screening in Child Health care: where are we now and where are we going?
Pediatrics 54(1974)631-640

181. Oberkommandierender der SMA in Deutschland: Befehl Nr.124 vom 21.Mai 1947 über die "Organisation der deutschen wissenschaftlichen Medizinischen Gesellschaften
Dtsch.Gesundh.wes.2(1947)463-464

182. Ocklitz,H.-W.: Antibiotica im Kindesalter
Wiss.Z.Wilhelm-Pieck-Univ.Rostock,Math.-nat.wiss.Reihe 6(1956/57)61-65

183. Ocklitz,H.-W.: Infektionskrankheiten. In: Pädiatrie der Zukunft,hrsg.v.W.Plenert
Jena:1967

184. Ocklitz,H.-W.: Infektionskrankheiten im Kindesalter. In: Forschung von heute, Gesundheit von morgen. Zum 20.Jahrestag der DDR,hrsg.v.G.Brüschke
Berlin:Verl.Volk u.Gesundh.,1969,S.47-53

185. Ocklitz,H.-W.: Die neuen Aufgaben der Pädiatrie. In: Nationales Symposion "Sozialismus, Wissenschaftlich-technische Revolution und Medizin",hrsg.v.G.Misgeld
Berlin:1969 (Verh.d.Rates f.Planung u.Koord.d.med. Wiss.u.d.Gesundh.wes.,6,S.159-165)

186. Ocklitz,H.-W.: Infektionskrankheiten und unsere Kinder
Kinderärztl.Prax.42(1974)439-448

187. Ocklitz,H.-W.,E.F.Schmidt: Beitrag zum Dyspepsie-Coli-Problem
Dtsch.Gesundh.wes.7(1952)777-785

188. Oehme,J.: Lues connata
Leipzig:G.Thieme,1957 (Abh.aus d.Gebiete d.prakt. Kinderheilkd.Bd.1)

189. Oehme,J.: Fortschritte und Fehlentwicklungen der Pädiatrie meiner Zeit
Kinderarzt 12(1981)83-92

190. Oehme,J.: Fortschritte und Fehlentwicklungen der Pädiatrie meiner Zeit. Fortsetzung
Kinderarzt 12(1982)245-248

191. Oehme,J.: Zur Geschichte der pädiatrischen Onkologie
Kinderarzt 13(1982)1229-1232

192. Oehme,J.: Die Universitätskinderklinik Leipzig
Kinderarzt 14(1983)355-360

193. Oehme,J.: Ausgewählte Bio- und Bibliographie zur Pädiatrie im 18.Jahrhundert
Kinderarzt 16(1985)726-738

194. Oehme,J.: Vorlesungen über Kinderkrankheiten im 18. Jahrhundert
Kinderarzt 16(1985)879-886

195. Oehme,J.,W.Janssen,Ch.Hagitte: Leukämie im Kindesalter
Leipzig:G.Thieme,1958 (Abh.aus d.Gebiete d.prakt. Kinderheilkd,Bd.4)

196. Olbing,H.: Bestandsaufnahme und Zukunftsperspektiven der Kinderheilkunde in der Bundesrepublik Deutschland
Mon.schr.Kinderheilkd.131(1983)549-551

197. Olbing,H.,R.Gockel,J.Kersten,B.W.Koslowski: Wandel im Patientengut einer pädiatrischen Schwerpunktklinik
Kinderarzt 10(1978)1737-1740

198. Olbing,H.,R.Heckemann: Neue diagnostische Methoden in der pädiatrischen Nephrologie
Mon.schr.Kinderheilkd.131(1983)338-342

199. Otto,F.M.G.: 25 Jahre Pädiatrie in der DDR
medicamentum 15(1974)277-279

200. Palitzsch,D.: Probleme der modernen Kinderheilkunde
Kinderarzt 11(1980)1295-1297

201. Pápay,G.: Kartografische Gesellschaften in der Geschichte
Rostocker Wiss.-Hist.Mskr.14(1986)48-53

202. Patzer,H.: Prof.J.Ibrahim 75 Jahre alt
Dtsch.Gesundh.wes.7(1952)649-650

203. Patzer,H.: Die Entwicklung der Kinderheilkunde in Erfurt
Beitr.Gesch.Univ.Erfurt,1964,H.11,S.305-318

204. Paul,U.: Der Weg der Orthopädie in Deutschland, die gesellschaftliche Bedingtheit ihres Wandels und ihre Weiterentwicklung in der Deutschen Demokratischen Republik
Berlin,Univ.,Med.Fak.,Diss.B,1985

205. Peiper,A.: Säuglingsmilch
Dtsch.Gesundh.wes.7(1952)440-441

206. Peiper,A.: Vorbeugung und Behandlung von Kinderkrankheiten
Dtsch.Gesundh.wes.10(1955)1305-1310

207. Peiper,A.: Geleitwort. In: Lues connata,hrsg.v.J. Oehme
Leipzig:G.Thieme,1957 (Abh.aus d.Gebiete d.prakt. Kinderheilkd.,Bd.1)

208. Peiper,A.: Die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit (Vortrag im Wiss.Rat d.Ministeriums f.Gesundheitswes. am 20.Februar 1959)
Dtsch.Gesundh.wes.14(1959)879-887

209. Peiper,A.(Hrsg.): Chronik der Kinderheilkunde
Leipzig:G.Thieme,1966

210. Pieck,W.: Um die Erneuerung der deutschen Kultur: Rede auf der 1.Zentralen Kulturtagung der KPD am 3.Februar 1946
Berlin:Dietz Verlag,1952,Bd.II,S.34 u. 47-48

211. Plenert,W.: Professor Heinrich Kirchmair zum 60. Geburtstag
Pädiatr.Grenzgeb.5(1966)167-170

212. Plenert,W.: 50 Jahre Universitäts-Kinderklinik Jena - Entwicklung und Prognostik der Pädiatrie am Beispiel einer Klinik. In: Pädiatrie der Zukunft,hrsg.v.W. Plenert
Jena:1967

213. Plenert,W.: Professor Dr.med. Hubertus Brieger zum 60. Geburtstag
Pädiatr.Grenzgeb.8(1969)77-79

214. Plenert,W.: Leukosetherapie - Suche nach neuen Wegen
Pädiatr.Grenzgeb.8(1969)81-90

215. Plenert,W.: Die "Arbeitsgruppe Leukose im Kindesalter" in der DDR. Ein Erfahrungsbericht zu Problemen der Wissenschaftsorganisation
Dtsch.Gesundh.wes.26(1971)767-771

216. Plenert,W.: Einführung. In: Ber.z.Tagg.anläßl.d. 60jähr. Bestehens der Univ.-Kinderklinik u. Poliklinik "Jussuf Ibrahim" (Carl-Zeiss-Stiftung) u.des 100.Geburtstages ihres ersten Direktors
Jena:1977,S.8-9

217. Plenert,W.,G.Aurich,F.Zintl: Pädiatrische Onkologie
Kinderärztl.Prax.42(1974)455-465

218. Politzer,L.M.: Ideen zur Anbahnung einer wissenschaftlichen Diätetik und physischen Erziehung des Kindes
Jahrb.Kinderheilkd.1(1857)133-151

219. Prader,A.: Fortschritte und Bedeutung der Genetik in der Pädiatrie
Mon.schr.Kinderheilkd.114(1966)188-193

220. Radetzky,R.v.: Ein Jahr Gesundheitspolitik
Dtsch.Gesundh.wes.1(1946)497-499

221. Radke,M.: Die Herausbildung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde im Zusammenhang mit der wissenschaftlichen Etablierung des Fachgebietes im letzten Drittel des 19.Jahrhunderts:Vortrag
V.Rostocker Wiss.-hist.Symp.,Rostock,28.-29.10.1985

222. Radke,M.: Die Entwicklung der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR:Vortrag
Tagung der RG Nord d.Ges.f.Pädiatrie d.DDR, Rostock, 3.-5.11.1985

223. Radke,M.: Disziplingenese und wissenschaftliche Etablierung der Kinderheilkunde und ihrer Fachgesellschaft in der zweiten Hälfte des 19.Jahrhunderts
Kinderärztl.Prax.54(1986)691-697

224. Radke,M.: Zur Entwicklung einer nationalen medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaft der Kinderärzte der DDR. 1.Mitteilung: Regionale Kinderärztegesellschaften in der DDR von 1949-1962
Kinderärztl.Prax.55(1987)505-509

225. Radke,M.: Zur Entwicklung einer nationalen medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaft der Kinderärzte der DDR. 2.Mitteilung: Etappen der Formierung der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR und ihres Vorläufers nach der Weimarer Gesundheitskonferenz 1960
Kinderärztl.Prax.55(1987)567-571

226. Raspe,H.-H.: Kinderärzte als Erzieher. Ein spezieller Beitrag zur allgemeinen Geschichte der deutschen Pädiatrie
Freiburg,Univ.,Med.Fak.,Diss.,1973

227. Rat für Planung und Koordinierung der medizinischen Wissenschaft und des Gesundheitswesens: Konzeption über Aufgabenstellung und Arbeitsweise der Problemkommissionen des Rates für Planung und Koordinierung der medizinischen Wissenschaft und des Gesundheitswesens
Berlin:1963 (Verh.d.Rates f.Planung u.Koord.d.med.Wiss.u. d.Gesundh.wes.,1,S.243-248)

228. Ranke,H.v.: Kurzer Rückblick auf die Entwicklung der Abteilung für Kinderheilkunde von ihrer Gründung in Dresden im Jahre 1868 bis zum Inslebentreten der Gesellschaft für Kinderheilkunde im Jahre 1883
Verh.Ges.Kinderheilkd.24(1907)1-10

229. Rapoport,S.M.: Zur Ausarbeitung des Planes Neue Technik, Forschung und Entwicklung 1964, Teil Gesundheitswesen: Diskussionsbemerkung
Berlin:1963 (Verh.d.Rates f. Planung u. Koord.d.med.Wiss. u.d.Gesundh.wes.,1,S.161)

230. Rauchfuss,G.: Die Kinderheilanstalten. In: Handbuch der Kinderkrankheiten,hrsg.v.C.Gerhardt
Tübingen:Verlag der H.Laupp'schen Buchhandlung,1877,Bd. 1,S.463-528

231. Redaktioneller Beitrag zur Entwicklung der medizinischen Verlagsarbeit in der sowjetischen Besatzungszone
Dtsch.Gesundh.wes.2(1947)450-451

232. Reich,J.,W.Prager: Die Ergebnisse der Frühgeborenenaufzucht im Leipziger Frühgeborenenzentrum seit 1954
Dtsch.Gesundh.-wes.21(1966)986-991

233. Reue,R.: Wandlungen in der kinderärztlichen Praxis
Kinderarzt 6(1975)241-244

234. Richter,H.-J.: Politisch-ideologische Probleme bei der Entwicklung des sozialistischen wissenschaftlichen Nachwuchses für die Hochschullehrerschaft in der DDR in den Jahren 1958 bis 1961
Berlin:Zentralinst.f.Hochschulbild.,1973 (Studien z. Hochschulentwicklung,43)

235. Riegel,K.: Säuglingssterblichkeit - Verlauf, Ursachen, Verbesserungsmöglichkeiten
Mon.schr.Kinderheilkd. 131(1983)552-558

236. Riegel,K.: Neonatologie. In: Lebendige Pädiatrie,hrsg. v.P.Schweier u.E.Seidler
München,Marseille,1983,S.163-172

237. Rodeck,H.: Einige Voraussetzungen für die Bewältigung künftiger Aufgaben von Kinderkrankenhäusern. In: Kinderkrankenhäuser für die Zukunft,hrsg.v.H.Olbing,H.Bachmann, P.Schweier u.H.Ewerbeck
München:Urban u.Schwarzenberg,1982,S.244-252

238. Rohland,B.: Übersichtstabelle zur Gesundheits- und medizinischen Wissenschaftspolitik in der DDR
Berlin:1969 (Mitt.Ges.ges.Hyg.u.Ges.f.Gesch.d.Med. in d.DDR, 3,Nr.6/69,S.4-6)

239. Rohland,L.: Die Entwicklung nationaler medizinisch-wissenschaftlicher Gesellschaften - ein Beitrag zur Stärkung der sozialistischen Deutschen Demokratischen Republik
Berlin,Univ.,Gesellsch.wiss.Fak.,Diss.,1969

240. Rohland,L.,G.Meitz,H.-J.Buhlert: Zur internationalen Arbeit der medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften der DDR
Berlin:Verl.Volk u.Gesundh.,1974 (Veröff.d.Koord.rates d.med.-wiss.Gesellsch.d.DDR,1,S.65-73)

241. Rominger,E.: Eröffnungsansprache zur Tagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde 1950 in Lübeck
Mon.schr.Kinderheilkd.99(1951)1-5

242. Rommel,O.: Gesundheitsdienst am deutschen Kinde zu Beginn des Jahrhunderts:Festvortrag gelegentlich des 25jährigen Bestehens des Münchner Säuglingsheims im Jahre 1928
Kinderarzt 11(1980)1283-1290

243. Rossi,E.: Quo vadis paediatria?
UNEPSA News-Letter 5(1981)1-3

244. Rothschuh,K.-E.: Konzepte der Medizin in Vergangenheit und Gegenwart
Stuttgart:Hippokrates,1978,S.441

245. Sachse,A.: Friedrich Althoff und sein Werk
Berlin:1928,S.250

246. Sächsisch-Thüringische Medizinisch-wissenschaftliche Gesellschaft für Kinderheilkunde:Satzung
Leipzig:1962

247. Schad,G.,M.Retzlaff: Zur Entstehung, Entwicklung und weiteren Vervollkommnung des Leitungssystems der Hochschulen der DDR
Berlin:Zentralinst.f.Hochschulbild.,1985 (Inform.f. leitende Kader,4,S.4)

248. Schadewaldt,H.: Die Anerkennung der Kinderheilkunde als selbständiges Fach
München:1975 (Alete Reihe 1/75,S.7-20)

249. Schäfer,K.H.: Die Pädiatrie unserer Zeit in Klinik und Praxis
Mon.schr.Kinderheilkd.124(1976)632-633

250. Schäfer,K.H.: Kinderkrankenhäuser der Schwerpunktversorgung unter Berücksichtigung von Forschung und Lehre. In: Kinderkrankenhäuser für die Zukunft,hrsg.v.H.Olbing, H.Bachmann,P.Schweier u.H.Ewerbeck
München:Urban u.Schwarzenberg,1982,S.296-309

251. Schatz,H.: Neue Entwicklungen auf dem Gebiete der Insulinpräparate, der Insulinzufuhr und der Transplantation von Inselgewebe
Mon.schr.Kinderheilkd.130(1982)186-192

252. Scheidler,K.: Die Entwicklung der gesundheitlichen Betreuung in der DDR
Berlin:1963,S.6

253. Schloßmann,A.: Ueber die Fürsorge für kranke Säuglinge unter besonderer Berücksichtigung des neuen Dresdener Säuglingsheimes
Arch.Kinderheilkd.43(1906)1-94

254. Schloßmann,A.: Die Geschichte der Gesellschaft für Kinderheilkunde in Beziehung zur Entwicklung der Kinderheilkunde in den letzten 25 Jahren
Verh.Ges.Kinderheilkd.25(1908)200-208

255. Schloßmann,A.: Kinderkrankheiten und Krieg
Verh.Ges.Kinderheilkd.31(1918)1-14

256. Schlüter,U.: Den kleinen Erdenbürgern wird geholfen
Leipziger Volkszeitung v. 3.12.1961

257. Schneeweiß,B.: Weiterbildung zum Facharzt für Kinderheilkunde und kontinuierliche Weiterbildung des Facharztes für Kinderheilkunde - Bilanz einer Arbeitsberatung für Vorsitzende und Mitglieder der Bezirksfachkommissionen Kinderheilkunde der DDR:Tagungsbericht
Kinderärztl.Prax.44(1976)423-428

258. Schorr,R.: Kinderheilkunde. In: Geschichte der Medizin - Einführung in ihre Grundzüge,hrsg.v.A.Mette u.I.Winter
Berlin:Verl.Volk u.Gesundh.,1968,S.365-381

259. Schramm,H.: Prof.Dr.sc.med.K.Nißler, Direktor der Kinderklinik der Medizinischen Akademie Magdeburg von 1953 bis 1973
Magdeburg,Med.Akad.,Dipl.-Arb.,1983

260. Schreier,K.: Konnatale Nephropathien
Pädiatr.Grenzgeb.4(1965)419-436

261. Schreier,K.: Prospektive Linien der Laboratoriumsdiagnostik in der Pädiatrie. In: Pädiatrie der Zukunft, hrsg.v.W.Plenert
Jena:1967

262. Schreier,K.: Über die gegenseitige Stimulation der Forschung in der Biochemie und der Pädiatrie
Pädiatr.Pädol.19(1984)213-220

263. Schwann,H.: Die Formierung der Zahnheilkunde zur wissenschaftlich-medizinischen Disziplin in Deutschland im 19. Jahrhundert
Leipzig,Univ.,Med.Fak.,Diss.B.,1985

264. Schwertner,E.,A.Kempke: Zur Wissenschafts- und Hochschulpolitik der SED (1945/46-1966)
Berlin:Dietz Verlag,1967

265. Sefrin,M.: Der Siebenjahrplan und die weitere Entwicklung der medizinischen Wissenschaft und des Gesundheitswesens in der Deutschen Demokratischen Republik: Eröffnung der Weimarer Gesundheitskonferenz vom 11.-13.2.1960
Berlin:Verl.Volk u.Gesundh.,1960,S.11-42

266. Seidler,E.: Das Kind im Wandel wissenschaftlicher Betrachtungen
Heidelberger Jahrbücher 10(1966)83-96

267. Seidler,E.: Pädagogik und Philanthropie am Anfang der neueren Pädiatrie
Kinderarzt 2(1970)5-8

268. Seidler,E.: Die Kinderheilkunde in Deutschland. In: Lebendige Pädiatrie,hrsg.v.P.Schweier u.E.Seidler
München:Marseille,1983,S.13-86

269. Seidler,E.: Carl Gerhardt und seine Rede:"Die Aufgaben und Ziele der Kinderheilkunde" (1879)
Mon.schr.Kinderheilkd.131(1983)545-548

270. Sektion für Pädiatrie in der Deutschen Gesellschaft für Klinische Medizin:Statut
Berlin:1963

271. Soltmann,O.: Experimentelle Studien über die Functionen des Grosshirns des Neugeborenen
Jahrb.Kinderheilkd.N.F. (1876)106-148

272. Soltmann,O.: Die Geschichte der Gesellschaft für Kinderheilkunde in Beziehung zur Entwicklung der Kinderheilkunde in den letzten 25 Jahren
Verh.Ges.Kinderheilkd. 25(1908) 183-199)

273. Spranger,J.: Einheit und Spezialisierung der Pädiatrie
Kinderarzt 9(1978)1239-1244

274. Staatsrat der DDR: Zur weiteren Entwicklung der Forschung und der Wissenschaftsorganisation in der Medizin und über Hauptaufgaben der medizinischen Forschung im Perspektivplanzeitraum: Beschluß vom 19.11.1970. In: Taschenbuch der medizinischen Wissenschaften,hrsg.v.Rat f.Planung u. Koord.d.med.Wiss.u.d.Gesundh.wes.
Berlin:1971

275. Staehler,W.,K.M.Bauer,U.Feine: Die diagnostische Bedeutung des Isotopennephrogramms bei urologischen Erkrankungen
Med.Welt 17(1963)776-780

276. Ständige Kommission für medizinische Wissenschaften und Gesundheitswesen beim Politbüro des ZK (Hrsg.): Perspektivplan zur Entwicklung der medizinischen Wissenschaften und des Gesundheitswesens in der Deutschen Demokratischen Republik:Entwurf
Berlin:Dietz Verlag,1959

277. Ständige Kommission für medizinische Wissenschaften und Gesundheitswesen beim Politbüro des ZK (Hrsg.): Perspektivplan zur Entwicklung der medizinischen Wissenschaften und des Gesundheitswesens in der Deutschen Demokratischen Republik:2.Entwurf
Berlin:Verl.Volk u.Gesundh.,1960

278. Steffen,A.: Über Studium der Kinderkrankheiten und über Kinderspitäler
Jahrb.Kinderheilkd.N.F.(1867)1-10

279. Steffen,A.: Über den heutigen Stand der Kinderheilkunde
Jahrb.Kinderheilkd.N.F.(1870)1-5

280. Steidle,L.: Der Beitrag der medizinisch-wissenschaftlichen Zeitschriften an der Entwicklung unseres fortschrittlichen Gesundheitswesens
Dtsch.Gesundh.wes.9(1954)613-614

281. Stephan,U.: Screening auf Mucoviszidose
Mon.schr.Kinderheilkd.124(1976)660-661

282. Ströder,J.: Quo vadis - paediatrica?
Kinderarzt 12 (1981)911-919

283. Stürzbecher,M.: Die Geschichte der Kinderheilkunde in Berlin
Med.Mittlg.Schering AG 20(1959),H.2,S.2-6

284. Syllm-Rapoport,I.: 25 Jahre Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit in der DDR - Ergebnisse und Aufgaben
Kinderärztl.Prax.42(1974)433-438

285. Tautz,B.,W.Tautz: Über die Auswirkungen des Ärztekommuniqués im Kreis Freital
Dresden,Med.Akad.,Staatsexamensarbeit,1968

286. Thal,W.,H.Köditz: Die Klinik für Kinderheilkunde der Medizinischen Akademie Magdeburg
Kinderarzt (im Druck)

287. Verson,F.X.: Der Arzt am Krankenbette der Kinder und an der Wiege der Säuglinge
Wien:1838

288. Vogel,F.: Neue Entwicklungen auf dem Gebiet der Humangenetik
Pädiatr.Grenzgeb.4(1965)385-400

289. Voit,F.: Epidemiologisches aus der Würzburger Kinderklinik
Jahrb.Kinderheilkd.N.F.(1872)255-276

290. Vorrede (der Redaktion zum Jahrbuch der Kinderheilkunde)
Jahrb.Kinderheilkd.1(1857)III-IV

291. Vuille,J.-C.: Die gesundheitliche Betreuung von Mutter und Kind in einigen europäischen Ländern - Rückblick und Ausblick
Öffentl.Gesundh.wes.41(1979)13-22

292. Wagner,H.P.: Entwicklung der pädiatrischen Hämatologie und Onkologie
Basel:Karger,1980 (Pädiatrische Fortbildungskurse für die Praxis, 50,S.1-5)

293. Weber,G.: Kinderheilkunde als Sonderfach der klinischen Medizin
München:Huber,1963 (Münch.Univ.reden N.F.,H.36)

294. Weingärtner,L.: Erkenntnisse und Fragestellungen der antibiotischen Behandlung
Z.ärztl.Fortbild.47(1953)45-54

295. Weingärtner,L.: Wo stehen wir mit der Behandlung der tuberkulösen Meningitis und wie können wir die Ergebnisse weiter verbessern?
Dtsch.Gesundh.wes.10(1955)1213-1219

296. Weingärtner,L.,K.Werner,J.Adam: Die Morbidität und Mortalität der Kinder und Jugendlichen in der DDR. In: Die Perspektiven der Pädiatrie und des Kinder- und Jugendgesundheitsschutzes in der Deutschen Demokratischen Republik, hrsg.v.J.Dieckhoff u.R. Schorr
Berlin:1965 (Verh.d.Rates f.Planung u.Koord.d.med.Wiss.u. d.Gesundh.wes.,S.3-22)

297. Wiedemann,H.-R.: Aufgaben und Fragen der Pädiatrie heute
Med.Welt 17(1963)79-88

298. Wiedemann,H.-R.: Geschlecht, Geschlechtsbestimmung, Geschlechtsbeeinflussung. In: Pädiatrie der Zukunft, hrsg.v.W.Plenert
Jena:1967

299. Wiedemann,H.-R.: Vier Jahrzehnte erlebter Pädiatrie
Kinderarzt 12(1981)1039-1058

300. Wiedemann,H.-R.: Universitäts-Kinderklinik in Jena
Kinderarzt 16(1985)237-241

301. Wiersbitzky,S.,K.Jährig (Hrsg.): Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie ausgewählter Krankheiten im Kindesalter
Berlin:Gesellschaft für Pädiatrie der DDR,1986

302. Wilberg,W.: Bericht über den Pädiaterkongreß in Berlin 1947
Dtsch.Gesundh.wes.2(1947)550-553

303. Winckelmann,O.: Die privaten Krankenanstalten und die Medizin des 19. Jahrhunderts. In: Medizingeschichte in unserer Zeit,hrsg.v.H.H.Eulner u.G.Mann
Stuttgart:Enke,1971

304. Windorfer,A.,R.Schlenk: Die Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde . Ihre Entstehung und historische Entwicklung
Berlin-Heidelberg-New York:Springer,1978

305. Winter,I.: Zur Geschichte der Gesundheitspolitik der KPD in der Weimarer Republik
Z.ärztl.Fortbild.67(1973)445-525

306. Woito,U.: Die Entwicklung der Kinderheilkunde in Leipzig
Leipzig,Univ.,Med.Fak.,Diss.,1963

307. Wunderlich,P.: Möglichkeiten und Grenzen der Historiographie eines medizinischen Fachgebietes - zum Gedenken an den 10. Todestag von Albrecht Peiper (1889-1968)
Berlin:1978 (Mitt.Ges.Gesch.Med.DDR,12,S.1-5)

308. Wunderlich,P.: Zur Vorgeschichte und Geschichte der "Kinderärztlichen Praxis": Einleitung. Bedeutung wissenschaftlicher Zeitschriften
Kinderärztl.Prax.48(1980)44-46

309. Wunderlich,P.: Zur Vorgeschichte und Geschichte der "Kinderärztlichen Praxis": Vorläufer pädiatrischer Zeitschriften
Kinderärztl.Prax.48(1980)46-47

310. Wunderlich,P.: Zur Vorgeschichte und Geschichte der "Kinderärztlichen Praxis": Die erste deutschsprachige pädiatrische Zeitschrift
Kinderärztl.Prax.48(1980)310-312

311. Wunderlich,P.: Zur Vorgeschichte und Geschichte der "Kinderärztlichen Praxis": Weitere deutschsprachige Zeitschriften für Kinderheilkunde, die bis 1930 gegründet wurden
Kinderärztl.Prax.48(1980)312-316

312. Wunderlich,P.: Vom deutschen Revolutionär zum Begründer der Pädiatrie in den USA - Abraham Jacobi (1830-1919) zum 150.Geburtstag
Berlin:1980 (Mitt.Ges.Gesch.Med.DDR,14,S.1-7)

313. Wunderlich,P.: Arthur Schloßmann (1867-1932) als Vorbild für unsere Zeit
Kinderärztl.Prax.50(1982)589-595

314. Wunderlich,P.: Geschichte und Geschichtsschreibung der Kinderheilkunde. In: Pädiatrie,hrsg.v.P.Großmann u.W.Plenert
Leipzig:G.Thieme,1986,Bd.3,S.1612-1619

315. Zabransky,S.: Neugeborenen-Screening auf Hypothyreose mittels Thyreotropinbestimmung im Nabelschnurblut
Mon.schr.Kinderheilkd.124(1976)662-663

316. Zentralkomitee der KPD: Aufruf vom 11.Juni 1945. In: Revolutionäre deutsche Parteiprogramme
Berlin:Dietz Verlag,1967,S.191-197

317. Zentralkomitee der SED: Gesundheitspolitische Richtlinien des ZK der SED:Beschluß vom 31.3.1947. In: Dokumente der SED
Berlin:Dietz Verlag,1952,Bd.I,S.161

318. Zentralkomitee der SED: 4.Plenum 1951:Beschluß. In: Dokumente der SED
Berlin:Dietz Verlag,1952,S.359

319. Zentralkomitee der SED und Zentralausschuß der SPD: "Aufruf zur demokratischen Schulreform" vom 18.10.1945. In: Dokumente und Materialien zur Geschichte der deutschen Arbeiterbewegung
Berlin:Dietz Verlag,1959,R.III,Bd.1,S.211

320. Zintl,F.: Die Entwicklung der pädiatrischen Hämatologie und Onkologie in Klinik und Forschung - dargestellt am Beispiel der Universitäts-Kinderklinik. In:Ber.z.Tagg. anläßl.d. 60jähr.Bestehens der Univ.-Kinderklinik u. Poliklinik "Jussuf Ibrahim" (Carl-Zeiss-Stiftung) u. des 100.Geburtstages ihres ersten Direktors
Jena:1977,S.62-67

321. Zischinsky,H.: Der gegenwärtige Stand der akuten Infektionskrankheiten - Rückschau und Ausblick
Mon.schr.Kinderheilkd.114(1966)158-163

322. Zuelzer,W.W.: Pediatric Hematology in Historical Perspective. In: Hematology of infancy and childhood, ed. by D.G.Nathan and F.A.Oski
Philadelphia-London-Toronto:Saunders,1974,pp 1-16

13.2. Unveröffentlichte Quellen

Berufungsunterlagen von Ordinarien der Pädiatrie (Kaderregistratur des Ministeriums für Hoch- und Fachschulwesen)

323. Wolfgang Braun (geb.1932)
324. Hubertus Brieger (1909-1978)
325. Josef Dieckhoff (1907-1977)
326. Hans-Joachim Dietzsch (geb.1920)
327. Hartmut Dost (1910-1985)
328. Peter Großmann (geb.1926)
329. Georg Oskar Harnapp (1903-1980)
330. Erich Häßler (geb.1899)
331. Jussuf Ibrahim (1877-1953)
332. Klaus Jährig (geb.1935)
333. Heinrich Kirchmair (1906-1969)
334. Karl Klinke (1897-1972)
335. Horst Köditz (geb.1931)
336. Jürgen Külz (geb.1929)
337. Siegfried Liebe (geb.1906)
338. Kurt Menzel (geb.1941)
339. Karl Nißler (1908-1987)
340. Helmut Patzer (geb.1919)
341. Albrecht Peiper (1889-1968)
342. Wolfgang Plenert (geb.1921)
343. Joachim Reich (geb.1930)
344. Waldemar Rumler (geb.1929)
345. Karl Stolte (1881-1951)
346. Fritz Thoenes (1891-1974)
347. Lothar Weingärtner (geb.1910)

Protokolle von Vorstandssitzungen der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR (Büro der Gesellschaft,Berlin)

348. Protokoll 1/69 v. 13.11.1969
349. Protokoll 1/70 v. 23.4.1970
350. Protokoll 2/70 v. 2.10.1970
351. Protokoll 3/70 v. 4.11.1970

352. Protokoll 1/71 v. 12.3.1971
353. Protokoll 2/71 v. 30.9.1971
354. Protokoll 1/72 v. 26.4.1972
355. Protokoll 3/72 v. 24.11.1972
356. Protokoll 4/73 v. 7.12.1973
357. Protokoll 1/74 v. 22.3.1974
358. Protokoll 2/74 v. 20.5.1974
359. Protokoll 3/74 v. 29.11.1974
360. Protokoll 1/75 v. 7.3.1975
361. Protokoll 2/75 v. 28.5.1975
362. Protokoll 4/75 v. 4.12.1975
363. Protokoll 2/82 v. 11./12.5.1982
364. Protokoll 2/83 v. 16.3.1983

Persönliche Mitteilungen von:

365. Devaux,S.: Berlin,Februar 1986
366. Dietzsch,H.-J.: Dresden,April 1986
367. Eggers,H.: Rostock,Januar 1986
368. Großmann,P.: Berlin,September 1985
369. Häßler,E.: Jena,Februar 1986
370. Jander,H.: Berlin,Februar 1987
371. Liebe,S.: Leipzig,Januar 1985
372. Nißler,K.: Magdeburg,Oktober 1985
373. Ocklitz,H.-W.: Berlin,Juni 1985
374. Patzer,H.: Erfurt,November 1985
375. Plenert,W.: Jena,Oktober 1985
376. Weingärtner,L.: Halle,März 1986

Weitere Quellen und Materialien

377. Dekan der Medizinischen Fakultät Berlin:Schreiben an das Staatssekretariat für Hoch- und Fachschulwesen v. 30.3.1960,betr.Berufungen
Berlin:1960 (Archiv d.MHF,Sachgeb.Med.,n.katalog.)
378. Dekan der Medizinischen Fakultät Halle: Schreiben an das Ministerium für Volksbildung v. 12.2.1950,betr. Berufungen. In: Pers.-akte J.Dieckhoff (Kaderregistratur d.MHF)

379. Dekan der Medizinischen Fakultät Leipzig: Schreiben an das Staatssekretariat für Hoch- und Fachschulwesen v. 3.4.1958,betr. Berufungen. In: Pers.-akte J.Dieckhoff (Kaderregistratur d. MHF)

380. Dekan der Medizinischen Fakultät Rostock: Begründung für Berufungsvorschlag von Prof.Kirchmair an die Medizinische Fakultät Rostock v. 1.3.1961. In: Pers.-akte H.Kirchmair (Kaderregistratur d.MHF)

381. Deutsche Zentralverwaltung für Gesundheitswesen: Stellungnahme zur Berufung auf den Lehrstuhl für Kinderheilkunde in Greifswald v. 12.2.1949. In: Pers.-akte H.Brieger (Kaderregistratur d. MHF)

382. Dost,H.: Schreiben an den Dekan der Medizinischen Fakultät der Humboldt-Universität zu Berlin v. 17.10. 1953,betr. Dienstreise. In: Pers.-akte H.Dost (Kaderregistratur d. MHF)

383. Dünzelmann,E.: Schreiben an den Schriftführer der Sächs.-Thür.Med.-wiss.Gesellsch. f. Kinderheilkd., H.C.Hempel, v. 8.7.1963 (Orig.i.Bes.v.E.Häßler)

384. Dünzelmann,E.: Schreiben an den 1. Vorsitzenden der Sächs.-Thür.Med.-wiss.Gesellsch.f. Kinderheilkd., Prof. Häßler, v. 19.7.1963 (Orig.i.Bes.v.E.Häßler)

385. Generalsekretariat der med.-wiss.Gesellschaften: Konzept und Maßnahmen zur weiteren Profilierung der med.-wiss. Zeitschriften in Verantwortung des Ministeriums für Gesundheitswesen v. 20.7.1970 Berlin:1970 (Archiv d.MHF,Sachgeb.Med.,n.katalog.)

386. Girnus,W.: Brief an die Rektoren und Dekane der Hochschulen v. 6.2.1961,betr. Nachwuchsentwicklung Berlin:1961 (Archiv d.MHF,Sachgeb.Med.,n.katalog.)

387. Güldner,K.,H.Frieser,A.Scharsky,J.Banik: Studie "Vergleichende Analyse von Klinikstrukturen medizinischer Hochschuleinrichtungen" vom 15.11.1982 Leipzig:1982 (Arbeitsmat.d.Ber.Med.d.MHF)

388. Harnapp,G.O.: Schreiben an den Leiter der Gruppe Medizin des SHF, Prof.Matthies,v. 13.12.1959,betr.Kaderfragen Dresden:1959 (Archiv d.MHF,Sachgeb.Med.,n.katalog.)

389. HauptproblemkommissionPädiatrie und Kinder- und Jugendgesundheitsschutz:Arbeitsmaterialien (Orig.i.Bes.v. E.Häßler)

390. Mecklinger,L.: Schreiben an E.Häßler v.1.9.1978, betr. Hauptproblemkommissionen (Orig.i.Bes.v.E.Häßler)

391. Medizinische Fakultät der Karl-Marx-Universität Leipzig: Antrag auf Verleihung der Ehrendoktorwürde an A.Peiper v. 29.1.1963. In: Pers.-akte A.Peiper (Kaderregistratur d.MHF)

392. Medizinische Fakultät der Universität Rostock: Beurteilung des Dekans für Prof.Thoenes anläßlich dessen 65. Geburtstages am 12.Januar 1956. In: Pers.-akte F. Thoenes (Kaderregistratur d. MHF)

393. Misgeld,G.: Schreiben an Prof.Dr.Dieckhoff, Vorsitzender der Sektion Pädiatrie v. 16.5.1963 (Orig.i.Bes.v.E. Häßler)

394. Peiper,A.: Schreiben an den Rektor der Universität Leipzig v. 17.5.1950,betr. Dienstreise. In: Pers.-akte A.Peiper (Kaderregistratur d.MHF)

395. Peiper,A.: Schreiben an den Leiter der Abteilung Medizinische Fakultäten des SHW vom 16.10.1953,betr.EEG-Gerät
Leipzig:1953 (Archiv d.MHF,Sachgeb.Med.,n.katalog.)

396. Personalabteilung der Medizinischen Fakultät Halle: Stellungnahme über die vorgesehene Berufung J.Dieckhoffs nach Halle v. 27.1.1950. In: Pers.-akte J. Dieckhoff (Kaderregistratur d. MHF)

397. Personalleiter der Charité: Aktennotiz zur Berufung von H.Dost v. 29.9.1952. In: Pers.-akte H.Dost (Kaderregistratur d. MHF)

398. Plenert,W.: Schreiben an leitende Pädiater betr. Gründung von Regionalgesellschaften der Gesellschaft für Pädiatrie der DDR v. 23.3.1970
Jena:1970 (Ablage d.Ges.f.Päd.d.DDR,Berlin)

399. Plenert,W.: Stellungnahme zum Diskussionsmaterial "Stimulierung, zielstrebige Entwicklung und Nutzung der fachgebietsbezogenen medizinischen Forschung" v. 15.10.1975
Jena:1975 (Ablage d.Ges.f.Päd.d.DDR,Berlin)

400. Politbüro des ZK der SED: Zur weiteren Entwicklung des Gesundheitsschutzes in der Deutschen Demokratischen Republik:Vorlage vom 18.6.1954
Berlin:1954,Inst.f.Marx.-Len., ZPA I

401. Politbüro des ZK der SED: Maßnahmen zur Veränderung der Lage der medizinischen Intelligenz:Beschluß v. 2.9.1958
Berlin:1958,Inst.f.Marx.-Len., ZPA I

402. Politbüro des ZK der SED: Zur Entwicklung der ärztlichen Wissenschaft und des Gesundheitswesens. Entwurf eines Kommuniqués:Beschluß v. 16.9.1958
Berlin:1958,Inst.f.Marx.-Len., ZPA I

403. Politbüro des ZK der SED: Zusammensetzung, Leitung und Aufgabenstellung der "Ständigen Kommission beim Politbüro für die medizinische Wissenschaft und Fragen des Gesundheitswesens":Beschluß v.23.9.1958
Berlin:1958,Inst.f.Marx.-Len., ZPA I

404. Politbüro des ZK der SED: Über die politisch-ideologische Lage im Gesundheitswesen:Bericht,Juni 1959
Berlin:1959,Inst.f.Marx.-Len., ZPA I

405. Präsidium des Ministerrates der DDR: Richtlinie über die Gestaltung der Arbeiten nach Westdeutschland und Westberlin im Bereich von Wissenschaft und Kultur v.18.5.1967
Berlin:1967 (Archiv d.MHF,Sachgeb.Med.,n.katalog.)

406. Rat für Medizinische Wissenschaft der DDR: Analyse der vergebenen Virchowpreise 1960-1985
Berlin:1985 (Arbeitsmat.d.Ber.Med.d.MHF)

407. Staatssekretariat für Hochschulwesen: Protokoll einer Unterredung des Leiters der Abt. Medizinische Fakultäten mit J.Dieckhoff am 31.8.1953
Berlin:1953 (Archiv d.MHF,Sachgeb.Med.,n.katalog.)

408. Staatssekretariat für Hochschulwesen: Forschungsplan 1954
Berlin:1954 (Archiv d.MHF,Sachgeb.Med.,n.katalog.)

409. Staatssekretariat für Hochschulwesen: Stellungnahme des Leiters der Abt. Medizinische Fakultäten zu Fragen von Berufungen v. 16.10.1957
Berlin:1957 (Archiv d.MHF,Sachgeb.Med.,n.katalog.)

410. Staatssekretariat für Hoch- und Fachschulwesen: Anweisung Nr. 109 v. 27.1.1958, betr. Ausschreibungen
Berlin:1958 (Archiv d.MHF,Sachgeb.Med.,n.katalog.)

411. Staatssekretariat für Hoch- und Fachschulwesen: Anweisung Nr. 115 v. 1.11.1958, betr.Führen des Titels "außerordentlicher Dozent (a.o.Doz.)"
Berlin:1958 (Archiv d.MHF,Sachgeb.Med.,n.katalog.)

412. Staatssekretariat für Hoch- und Fachschulwesen: Aktennotiz über eine Unterredung von Dr.Schüler mit J.Dieckhoff am 6.8.1958
Berlin:1958 (Archiv d.MHF,Sachgeb.Med.,n.katalog.)

413. Staatssekretariat für Hoch- und Fachschulwesen: Protokoll einer Aussprache des Staatssekretärs Dr. Girnus am 12. und 13.6.1959 an der Friedrich-Schiller-Universität Jena
Berlin:1959 (Archiv d.MHF,Sachgeb.Med.,n.katalog)

414. Staatssekretariat für Hoch- und Fachschulwesen: Vorlage für die Dienstbesprechung des Staatssekretärs v. 16.2.1960
Berlin:1960 (Archiv d.MHF,Sachgeb.Med.,n.katalog.)

415. Ströder,J.: Schreiben an den Dekan der Medizinischen Fakultät Halle v. 15.12.1948,betr. Berufung J.Dieckhoffs. In: Pers.-akte J.Dieckhoff (Kaderregistratur d. MHF)

416. Syllm-Rapoport,I.: Vorschlag zur Realisierung einer Neonatologie an der Medizinischen Fakultät der Humboldt-Universität Berlin v. 29.11.68 (Orig.i.Bes.v.I.Syllm-Rapoport)

417. Winter,K.: Stellungnahme der Abteilung Medizinische Fakultäten des SHF zum Bericht des Ministeriums für Gesundheitswesen über die weitere Entwicklung und Verbesserung des Gesundheitszustandes der Bevölkerung an den Ministerrat v. 12.10.1958
Berlin:1958 (Archiv d.MHF,Sachgeb.Med.,n.katalog.)

14. Thesen

Teil I

1. Eine hinreichend objektive Historiographie der Prozesse, die zur Herausbildung einer wissenschaftlichen (medizinischen) Disziplin führen, muß über eine nur kognitive Entwicklungen berücksichtigende Deskription hinausgehen. Nur durch eine komplexe Betrachtungsweise, die auch gesellschaftliche Entwicklungen im sozialen und kulturellen Umfeld berücksichtigt, sind Aussagen über jene Faktoren möglich, welche die Herausbildung einer wissenschaftlichen Disziplin (Disziplingenese) wesentlich beeinflussen.

2. Die alleinigen Triebkräfte der Wissenschaftsentwicklung - auch in der Pädiatrie - isoliert im Interesse einzelner Gelehrter zu suchen, hieße erneut, den Engelsschen Vorwurf aus dem Jahre 1894 zu bestätigen:"... in Deutschland hat man sich leider daran gewöhnt, die Geschichte der Wissenschaften so zu schreiben als wären sie vom Himmel gefallen ...".

3. Mittels Integration von Erkenntnissen aus weiter fortgeschrittenen Ländern Europas (Frankreich, Österreich) in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts vollzieht sich die Herausbildung der Kinderheilkunde als wissenschaftlich-medizinische Disziplin in Deutschland am Ende des 19. und beginnenden 20. Jahrhundert, unabhängig von der früheren Existenz einiger z.T. materialisierter und institutionalisierter kurativer Bemühungen um das kranke Kind.

4. Der starke gesellschaftliche Bezug der Natur- und Sozialwissenschaft Kinderheilkunde wird deutlich an der Entstehung eines echten Bedarfes einer solchen Wissenschaft durch soziale Veränderungen in Deutschland im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts (Industrialisierung mit entsprechenden Folgen für unterpriviligierte Klassen und Schichten). Auf diesem Feld haben entscheidende Triebkräfte bezüglich der Herausbildung der Kinderheilkunde als Wissenschaft in Deutschland gewirkt, soziale Veränderungen haben "schlagartig" zur Verschlechterung des Gesundheitszustandes der jungen Generation geführt (Ernährungsstörungen, hohe infektiöse und Säuglingsmortalität).

5. Die wichtigste "Mutterdisziplin" der Kinderheilkunde, die Innere Medizin, stand um die Wende zu unserem Jahrhundert mit der sich herausbildenden Disziplin in einem Wechselverhältnis, das gekennzeichnet werden muß als dialektische Einheit von objektiver Förderung der Kinderheilkunde auf kognitivem Gebiet einerseits und andererseits von subjektiv geprägten Hemmnissen begleitet war.

6. Die Herausbildung der Kinderheilkunde als medizinisch-wissenschaftliche Disziplin muß - im Gegensatz zu früheren Darstellungen - in das letzte Drittel des 19. und beginnende 20. Jahrhundert und damit zeitlich später eingeordnet werden; Veränderungen im kognitiven Bereich, der Verlauf der Institutionalisierung unterschiedlicher Qualität (wissenschaftliche Gesellschaften, Lehrstühle, Kommunikationsmittel) und die Aktionen des Staates (materiell-finanzielles Engagement, gesetzliche Regelungen) zwingen zu dieser Einschätzung.

7. Außerhalb der universitären Ebene, in der die Einrichtung von Lehrstühlen und die Etablierung von Universitätskinderkrankenhäusern als entscheidende Akzeptanzkriterien für das Fach anzusehen sind, muß die öffentliche Anerkennung der Kinderheilkunde mit der Gründung einer "Reichsanstalt zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit" (1909) und damit die Identifikation des Staates mit grundlegenden Zielen der Disziplin als durchgesetzt gelten.

8. In Deutschland bedurfte es zur Überwindung der von den Medizinischen Fakultäten eingenommenen restriktiven Position bezüglich der Etablierung der Kinderheilkunde an den Universitäten einer Art "konzentierter Aktion", an der Repräsentanten unterschiedlicher disziplinärer Herkunft und gesellschaftlicher Provenienz beteiligt waren. Für die Kinderheilkunde ist kennzeichnend, daß sich primär Persönlichkeiten für dieses Ziel einsetzten, die nur mittelbar in Beziehung zur universitären Ebene standen.

9. Bedeutsame kognitive Leistungen, die um die Wende zum 20. Jahrhundert von der deutschen Pädiatrie erbracht wurden, sind folgerichtig und notwendig vor allem auf dem Gebiet der Ernährungsstörungen und des Stoffwechsels im Säuglings- und Kindesalter angesiedelt. Dies ist zum größten Teil bedingt durch die sich aus den sozialen Verhältnissen ergebenden Konsequenzen (hoher Anteil an Frauenarbeit mit Sinken der Stillfrequenz, Verabreichung einer inadäquaten, nicht qualitätsgerechten künstlichen Nahrung mit der Folge einer hohen Morbidität und Mortalität infektiöser Darmerkrankungen bzw. Ernährungsstörungen).

10. Die Periodisierung der Entwicklung der Kinderheilkunde als wissenschaftliche Disziplin in Deutschland ist auf der Grundlage der Bemessung und Wertung objektiver gesellschaftlicher und kognitiver Kriterien eine geeignete Methode zur Einordnung hauptsächlicher Triebkräfte und Hemmnisse für die Entwicklung des Faches und dient einer entsprechenden retrospektiven Beurteilung.

Teil II

11. Nach dem 2. Weltkrieg gab es in der Sowjetisch besetzten Zone Deutschlands (SBZ) erneut einen begründbaren, hohen Bedarf an einer funktionierenden Kinderheilkunde, die Voraussetzungen dafür waren allerdings in jeder Hinsicht denkbar ungünstig.

12. Gesundheitspolitische Zielstellungen zur Verbesserung der Kindergesundheit lassen sich in entsprechenden Dokumenten und Materialien antifaschistisch-demokratischer Kräfte in der SBZ (1945 bis 1949) nachweisen, sie gehörten zu den ersten Konzeptionen zur Wiederingangsetzung des gesellschaftlichen Lebens nach dem Krieg und lassen sich auf Traditionen aus den 20er Jahren zurückführen.

13. Für die ersten Jahre nach Gründung der DDR - eine Zeit äußerst komplizierter politischer und ökonomischer Bedingungen - läßt sich am Beispiel einiger Universitätskinderkliniken das Engagement des Staates für die Verbesserung der materiellen Basis und der Ressourcen der Kinderheilkunde belegen.

14. Ende der 50er Jahre werden gesundheitspolitische und medizinische, nicht allein die Pädiatrie betreffende Probleme, auf höchster politischer Ebene beraten, Lösungswege vorgeschlagen und Entscheidungen getroffen, insgesamt ein Hinweis auf die hohe politische Brisanz der Entwicklung des Gesundheitswesens.

15. 1958/60 wird administrativ eine neue Qualität in der bisher nicht vollzogenen fachlich-prognostischen Arbeit in der Medizin gefordert, die sich in der Pädiatrie zu Beginn der 60er Jahre realisiert und fast vollständig von Pädiatern des Hochschulwesens getragen wird.

16. Entgegen ihrem - auch im sozialistischen Hochschul- und Gesundheitswesen -eigentlichen primären Aufgabengebiet (Lehre und wissenschaftliche Arbeit) engagieren sich die Ordinarien für Pädiatrie notwendig für grundlegende kurative Aufgaben am kranken Kind bzw. das Erreichen existentiell bedeutsamer gesundheitspolitischer Zielstellungen (z.B. Senkung der Säuglingssterblichkeit). Diese Phase dauert bis Mitte der 60er Jahre an.

17. Bereits in den frühen 50er Jahren kommt es zur Herausbildung vielfältiger Institutionen zur Bewältigung medizinischer Probleme im Kindesalter, in denen vor allem leitende Pädiater des Hochschulwesens eine dominierende Position einnehmen und entsprechend gefordert sind.
Am Beispiel Albrecht Peipers (1889-1968) wird eine neue Qualität der Stellung der Wissenschaftlerpersönlichkeit zum gesellschaftlichen Überbau bzw. zu disziplinspezifischen staatlichen Institutionen deutlich, aus der sich vielfältige konkrete und definierte Beziehungen ergeben.

18. Für die Leipziger Universitätskinderklinik wird in den 50er und 60er Jahren eine führende und dominierende Position in der Pädiatrie der DDR postuliert. Dies betrifft sowohl Leistungen auf kognitivem Gebiet, ihre Anwendung in der kinderärztlichen Praxis, den Aufbau einer wissenschaftlichen Schule mit entsprechender Nachwuchsentwicklung als auch den Ausbau einer beginnenden fachlichen Spezialisierung mit der Konzipierung einer institutionellen Basis für die Lösung drängender Aufgaben auf dem Gebiet des Kindergesundheitsschutzes.

19. Einige, auch gegenwärtig wirkende Hemmnisse, die sich aus unterschiedlicher administrativer Zuordnung der Medizin im Hochschulwesen und im territorialen Gesundheitswesen ergeben, lassen sich am Beispiel der Pädiatrie bis in die 50er Jahre zurückverfolgen und als subjektiv bedingt vermuten. Es liegt jedoch wegen der langen Persistenz entstandener Widersprüche nahe, heute ihre Verselbständigung und schwierige Beeinflußbarkeit zu diskutieren.

20. Die Entwicklung kommunikativer Institutionen der Pädiatrie nach 1949 ist vorwiegend von politischen Prozessen geprägt, die sich wesentlich aus dem Verhältnis zweier deutscher Staaten zueinander ergeben.

21. Die Herausbildung einer nationalen Kinderärztegesellschaft der DDR gestaltet sich in mehreren abgrenzbaren Etappen. Sie vollzieht sich nicht widerspruchslos unter Veränderung von Qualität und Funktion verschiedenartig typisierbarer kinderärztlicher Gesellschaften, die nach 1949 in der DDR existierten.

22. Die vor allem aufgrund staatlicher Interventionen und Initiativen Anfang der 60er Jahre etablierten, mit wissenschaftsdirigierenden Aufgaben versehenen Institutionen des Faches, übernehmen nur temporär die Rolle der Kompensation einer nicht existenten nationalen Pädiatergesellschaft.

23. Das einzige nach 1945 in der SBZ bzw. in der DDR existierende disziplinspezifische Kommunikationsmittel in Gestalt der Zeitschrift "Kinderärztliche Praxis" wird bis Anfang der 70er Jahre nahezu vollständig dem konzeptionellen Einfluß der DDR-Pädiatrie und ihren spezifischen Aufgaben entzogen.

24. Die wissenschaftliche Differenzierung und Spezialisierung der medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaft der Pädiater der DDR vollzieht sich ab Ende der 60er Jahre nach unterschiedlichen Kriterien und Motiven: Die Spezialisierung wird nach 1970 wesentlich vom Vorstand der Gesellschaft gefördert; damit wird mit etwa einem Jahrzehnt Verzögerung eine bereits international abgelaufene Entwicklung in einem relativ kurzen Zeitraum nachvollzogen.

25. Vor allem aufgrund kurativer Motivationen kommt es ab Mitte der 70er Jahre zu einer - teilweise staatlich sanktionierten - Spezifizierung und Veränderung der Profession Kinderarzt.

26. Die Kader- und vor allem die Berufungspolitik bezüglich pädiatrischer Ordinariate nach 1949 in der DDR war aus objektiven Zwängen von einem hohen Grad Pragmatismus geprägt. Die eindeutig antifaschistische Berufungspolitik dokumentiert am Beispiel der Pädiatrie in der DDR die Bündnispolitik gegenüber der medizinischen Intelligenz.

27. Die in der Pädiatrie in den 50er Jahren realisierte Strategie der Lehrstuhlbesetzungen wirkte sich insgesamt günstig auf die Entwicklung der Disziplin aus. Das trifft besonders für die in diesem Zeitraum erfolgten sog. "Westberufungen" zu.

28. Trotz primär erheblichen Kadermangels wurden in den 50er Jahren in der Pädiatrie fortschrittliche und bewährte Traditionen deutscher Universitäten weiterverfolgt; es gelang aufgrund einer zumeist konstruktiven Berufungsstrategie der Fakultäten "Dreierlisten" und somit echte personelle Alternativen für die Besetzung der Lehrstühle zur Entscheidung zu bringen und Fremdberufungen durchzusetzen.

29. Die in den 50er Jahren konzipierte und gesetzeswirksame Kaderpolitik gegenüber der medizinischen Intelligenz wirkte sich insgesamt günstig auf die Besetzung der Ordinariate und die Entwicklung des wissenschaftlichen Nachwuchses an den Hochschulen in den 60er Jahren aus, dies ist am Beispiel der Pädiatrie belegbar.

30. Die Maßnahmen der III. Hochschulreform führten zunächst objektiv und unmittelbar sowohl in der Pädiatrie als auch in anderen medizinischen Disziplinen zu einer Verzögerung und Reduzierung der Entwicklung des wissenschaftlichen Nachwuchses an den Hochschulen.

31. Die mit der III. Hochschulreform gegebene Option der Wissenschafts- und Kaderentwicklung durch die Einrichtung zweiter bzw. weiterer Lehrstühle an den Hochschulkinderkliniken konnte nicht in ausreichendem Maße für eine proportionale Entwicklung der Disziplin genutzt werden.

32. Ab Beginn der 50er Jahre erfolgte international eine meßbare Wandlung und Neuorientierung wissenschaftlicher Inhalte der Disziplin; diese wissenschaftliche Entwicklung konnte aufgrund der epidemiologischen Situation und erheblicher kurativer Verpflichtungen im Nachkriegsdeutschland nicht simultan mitvollzogen werden.

33. Kennzeichnend für eine wesentlich erweiterte Gegenstandsorientierung der Pädiatrie ab Mitte der 50er Jahre ist die Integration von Erkenntnissen aus sich exponierenden Wissenschaften (Genetik, Biochemie), die Schwerpunktverlagerung auf eigene disziplinspezifische Spezialisierungen (Neuropädiatrie, Onkologie, pädiatrische Nephrologie) und die sich abzeichnende wissenschaftliche Gegenstandslosigkeit bisheriger Problemgebiete (Tuberkulose, Infektionskrankheiten anderer Genese).

34. Die Entwicklung der wissenschaftlichen Arbeit der DDR-Pädiatrie läßt sich in zwei hauptsächliche Etappen fassen:
    1. Überwindung der Kriegsfolgen und Adaptation an neue wissenschaftliche und gesundheitspolitische Aufgabenstellungen (1945/46 bis Mitte der 60er Jahre).
    2. Nach Lösung wesentlicher kurativer und prophylaktischer Probleme der Kindergesundheit (Infektionskrankheiten) etwa ab Mitte der 60er Jahre verstärktes Aufgreifen der internationalen Entwicklung und Umsetzung dieser in der DDR, verbunden mit der Umstrukturierung und -orientierung disziplinspezifischer Institutionen (Kinderkliniken, medizinisch-wissenschaftliche Gesellschaft, Kommunikationsmittel).

35. Die wissenschaftliche Arbeit an den Hochschulkinderkliniken der DDR seit 1949 ist durch objektiv bedingte Diskontinuität und teilweise subjektiv bedingte Disproportionalität im Fach gekennzeichnet; hier bedarf es der regulativen Funktion wissenschaftsdirigierender bzw. -leitender Institutionen.

36. Wissenschaftshistorische Rückblenden sind geeignete Methoden zur Standortbestimmung und Formulierung perspektivischer Aussagen einer medizinischen (klinischen) Disziplin gleichermaßen und Voraussetzungen für ihre Realitätsnähe.

Danksagung

Meinem Chef, Herrn OMR Prof.Dr.sc.med.J. Külz, dem ich im Februar 1984 meine Vorstellungen über die nun realisierte Arbeit erläuterte, schulde ich Dank für sein über die Jahre gleichbleibendes Interesse am Fortgang der Untersuchungen, gewährte Unterstützung sowie erteilte Ratschläge und Hinweise, die in mehreren Gesprächen entgegengenommen werden konnten.
Besonderes Bedürfnis ist es mir, herzlichen Dank Herrn Prof.Dr.sc.phil.M. Guntau, Direktor der Sektion Geschichte der W.-Pieck-Universität, zu sagen. Trotz knapp bemessener Zeit lehrte er mich, wissenschaftshistorische Zusammenhänge zu erkennen und die Entwicklung der Kinderheilkunde in Deutschland speziell danach zu untersuchen. In einer Reihe von für mich wertvollen Gesprächen und aufgrund überlassenen Materials konnte ich mir Definitionen und Kriterien der Wissenschaftshistoriographie wenigstens teilweise aneignen.
Für wertvolle Hinweise und Anregungen bin ich Herrn Prof.Dr.sc.med.P. Wunderlich von der Kinderklinik der Medizinischen Akademie Dresden sehr dankbar, dessen medizin- bzw. pädiatriehistorische Erfahrungen mir bei Problemen zur Verfügung standen.
Herzlichen Dank auch Herrn Prof.Dr.sc.med.K.Zoellner, Kinderklinik der Charité Berlin, der diese oder jene kritische, zugleich konstruktive Frage aufwarf und mir Unterstützung zuteil werden ließ.
Allen jenen, zahlreichen Kinderärzten, vorwiegend aus dem Hochschulwesen, die mir angefordertes Material zur Verfügung stellten und allen Emeriti, die in gemütlicher Kaffeerunde in für mich wertvollen pädiatriehistorischen Erinnerungen schwelgten, aber auch bittere Erfahrungen mitteilten, herzlichen Dank.
Nicht zuletzt bin ich meiner Frau, Dr.med.Beate Radke und meinen beiden kleinen Töchtern für ihr Verständnis bezüglich knapp bemessener Zeit dankbar.

Erklärung

Ich erkläre, daß ich die vorliegende Arbeit selbständig und nur unter Verwendung der angegebenen Literatur und Hilfsmittel angefertigt habe

Rostock, den 10. November 1987 Dr.med.M.Radke

Anmerkung: Diese oder jene evtl. Ungereimtheit im Schriftbild bittet der Autor, der sämtliche Schreibarbeiten selbst besorgte, zu entschuldigen.

Lebenslauf

geboren am 25. September 1953 in Schwerin

von 1960-68	Besuch der Grundschule Meetzen bzw. der Polytechnischen Oberschulen Roggendorf und Rodenwalde
von 1968-72	Erweiterte Oberschule Gadebusch - Abitur
von 1972-74	Nationale Volksarmee
1974-80	Studium der Humanmedizin an der Medizinischen Akademie Magdeburg und ab 1976 an der W.-Pieck-Universität Rostock
ab 1.9.1980	wissenschaftlicher Assistent an der Kinderklinik des Bereiches Medizin der WPU
1977	Erwerb des Diploms (Dipl.-Med.) und am
12.5.1981	Promotion A (Dr.med.) an der W.-Pieck-Universität Rostock
von 1984-87	31/2jährige Tätigkeit als wissenschaftlicher Mitarbeiter im Bereich Medizin des Ministeriums für Hoch- und Fachschulwesen (Stellv. Ministerbereich Prof.Thielmann) im Rahmen eines Delegierungsvertrages
1.9.1984	Anerkennung als Facharzt für Kinderheilkunde
ab 1.12.1987	Weitere Tätigkeit als wissenschaftlicher Assistent an der Kinderklinik der W.-Pieck-Universität in der Abteilung Stoffwechsel und Nephrologie

Rostock, im November 1984

Dr. med. Radke

Dr.med.Michael Radke

14. Thesen

Teil I

1. Eine hinreichend objektive Historiographie der Prozesse, die zur Herausbildung einer wissenschaftlic[h]medizinischen) Disziplin führen, muß über eine nur[r] e Entwicklungen berücksichtigende Deskription [hi]en. Nur durch eine komplexe Betrachtungsweise, [d]gesellschaftliche Entwicklungen im sozialen [U]rellen Umfeld berücksichtigt, sind Aussagen üb[er] aktoren möglich, welche die Herausbildung ei[ner] nschaftlichen Disziplin (Disziplingenese) wesentl[ich] flussen.

2. Die alleinigen Triebkräfte der Wi[ssen]tsentwicklung - auch in der Pädiatrie - isolie[rt] eresse einzelner Gelehrter zu suchen, hieße [den] en Engelsschen Vorwurf aus dem Jahre 1894 zu[r]en:"... in Deutschland hat man sich leider dar[auf] t, die Geschichte der Wissenschaften so zu sc[hr]ls wären sie vom Himmel gefallen ...".

3. Mittels Integration von [Er]ssen aus weiter fortgeschrittenen Ländern Eur[opa] nkreich, Österreich) in der ersten Hälfte des [19.] underts vollzieht sich die Herausbildung der Kin[der]unde als wissenschaftlich-medizinische Disziplin [in] utschland am Ende des 19. und beginnenden 20. Ja[hrhunderts], unabhängig von der früheren Existenz einiger [spe]rialisierter und institutionalisierter kurative[r] gen um das kranke Kind.

4. Der starke ges[ellschaftliche] liche Bezug der Natur- und Sozialwissenschaft [Kinder]lkunde wird deutlich an der Entstehung eines e[igenen] arfes einer solchen Wissenschaft durch sozia[le] erungen in Deutschland im letzten Drittel des [19.] rhunderts (Industrialisierung mit entsprechenden Folgen für unterpriviligierte Klassen und Schichten). Auf diesem Feld haben entscheidende Triebkräfte bezüglich der Herausbildung der Kinderheilkunde als Wissenschaft in Deutschland gewirkt, soziale Veränderungen haben "schlagartig" zur Verschlechterung des Gesundheitszustandes der jungen Generation geführt (Ernährungsstörungen, hohe infektiöse und Säuglingsmortalität).

UB Rostock