

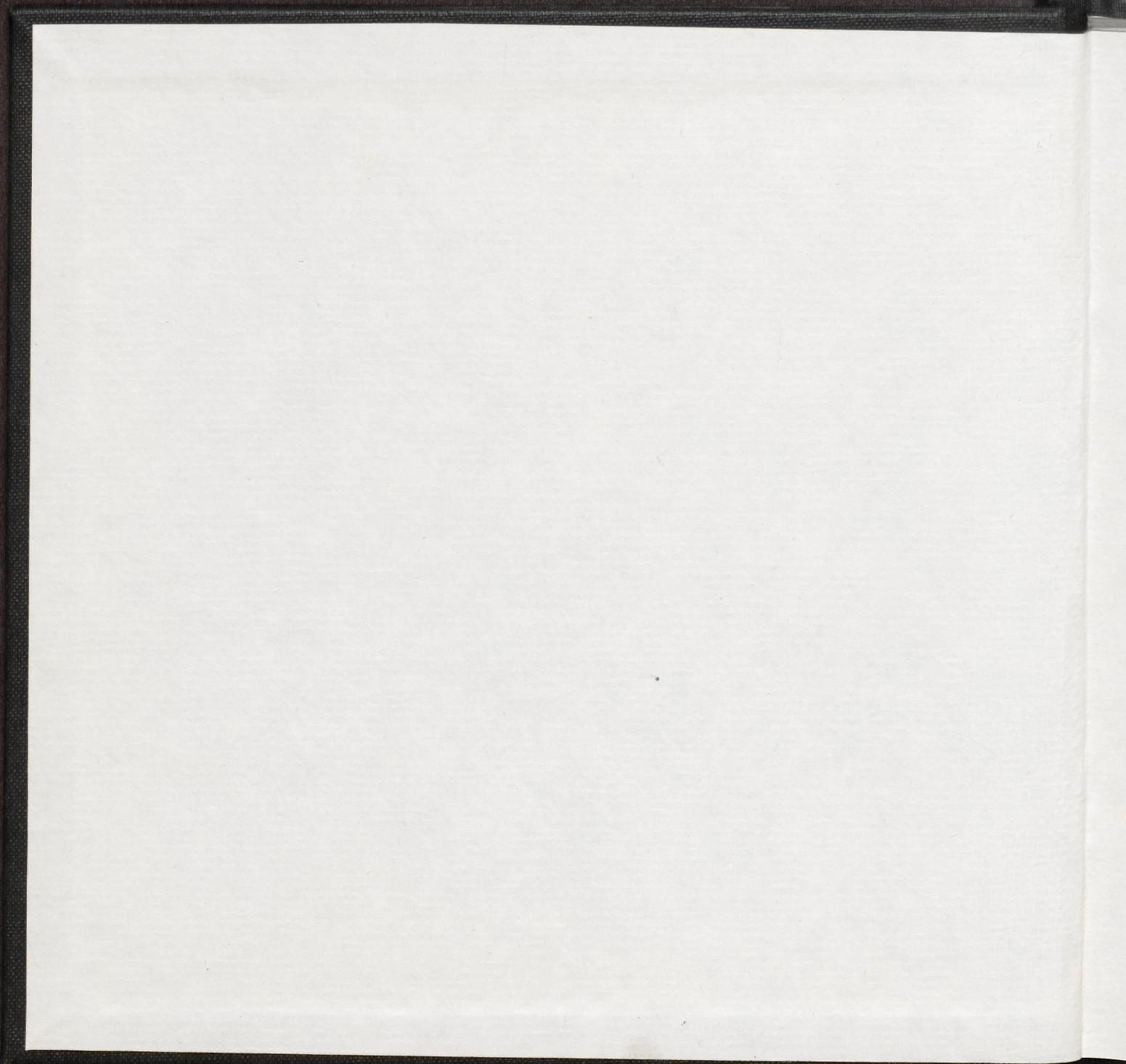
150 Jahre klinische Geburtshilfe in Rostock. 100 Jahre Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe der Wilhelm-Pieck-Universität Rostock

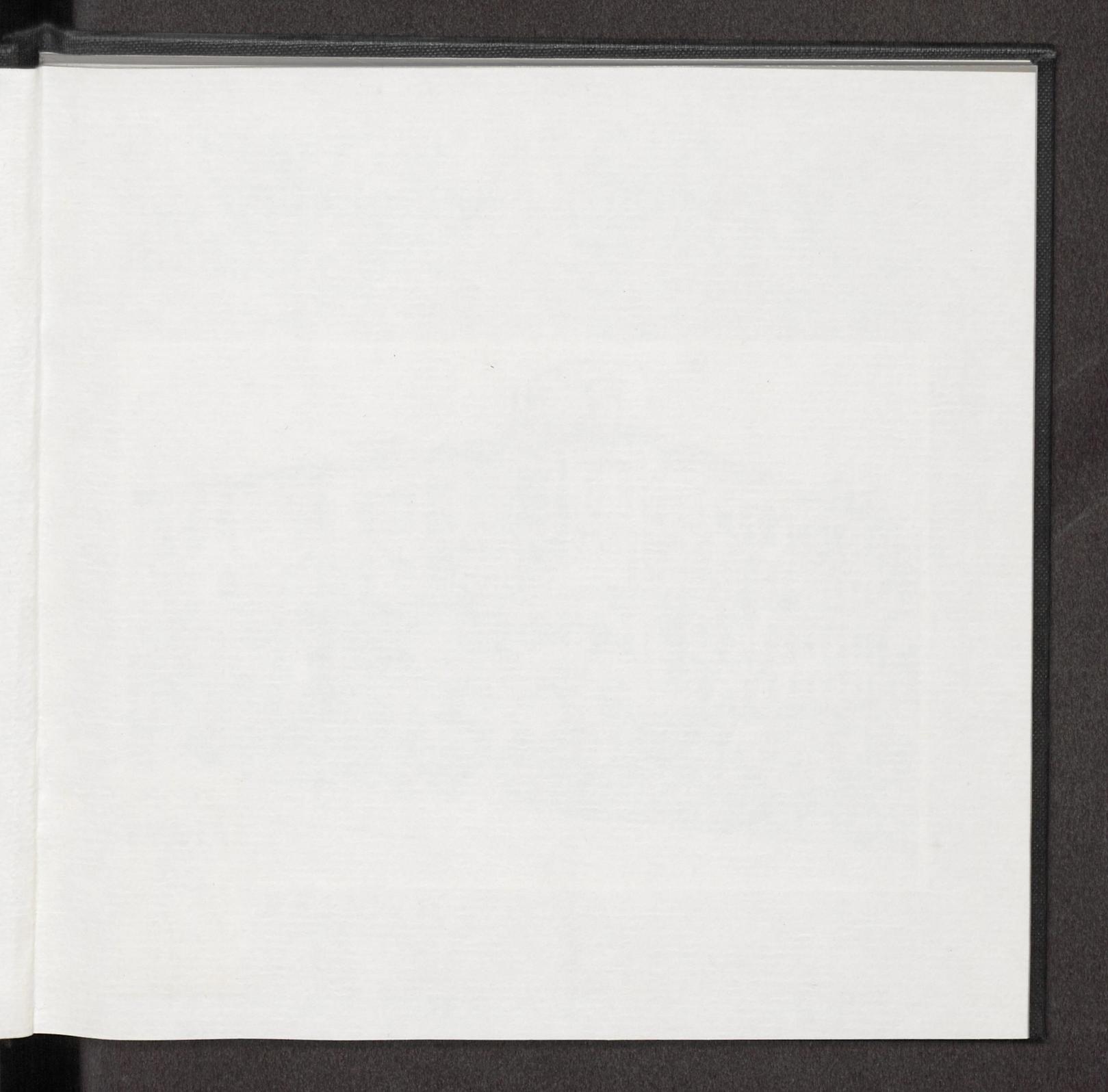
Rostock: Universität Rostock, 1987

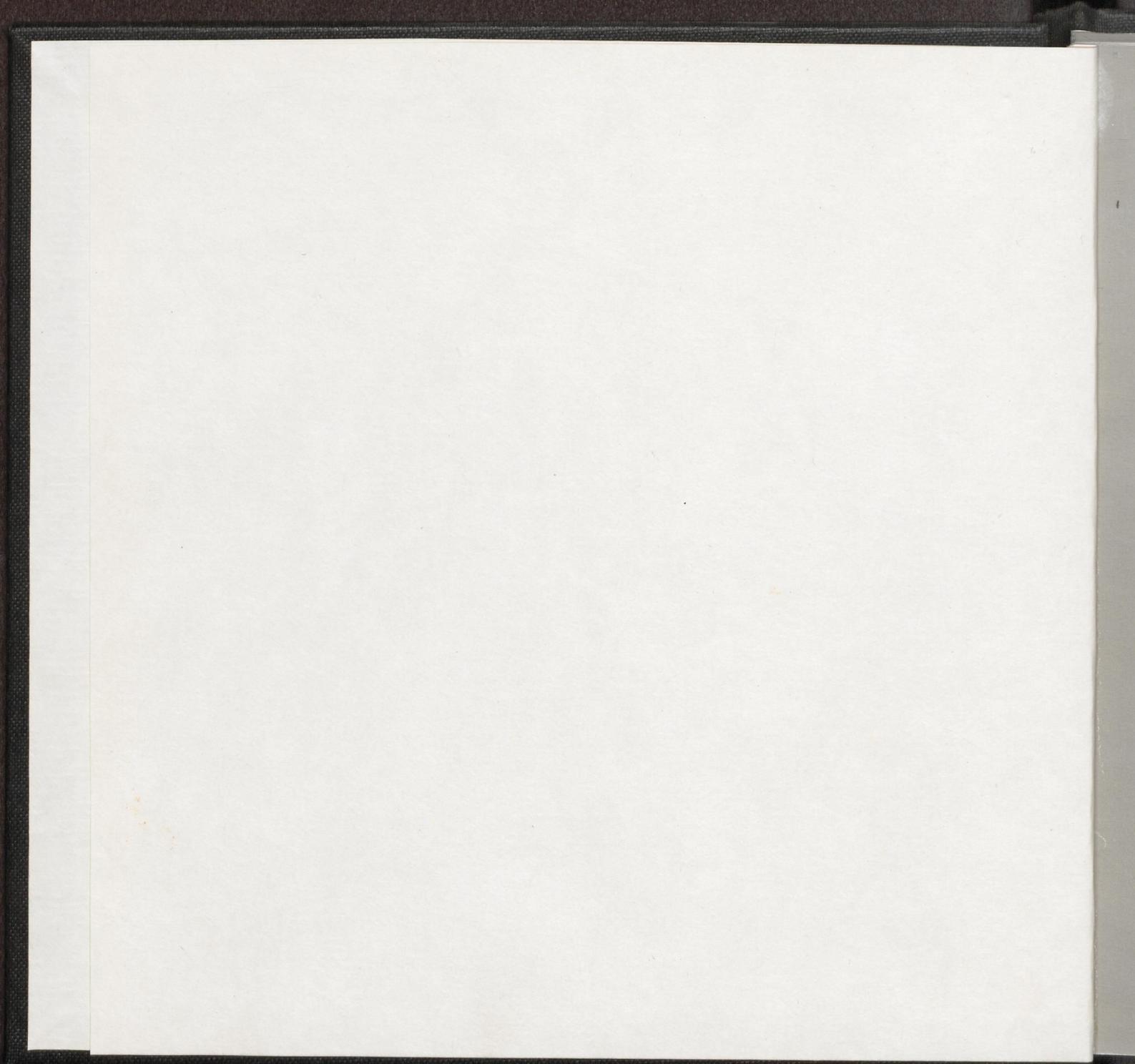
<http://purl.uni-rostock.de/rosdok/ppn882062417>

Druck Freier  Zugang  OCR-Volltext









Beiträge zur Geschichte der Wilhelm-Pieck-Universität Rostock



UB Rostock

NMK-ZA

89

(9)

Heft 9



150 Jahre klinische Geburtshilfe in Rostock

**100 Jahre Klinik für Gynäkologie
und Geburtshilfe
der Wilhelm-Pieck-Universität Rostock**

Wilhelm-Pieck-Universität Rostock 1987

INHALT

	Seite
WILKEN, Hans: Vorwort	3
WILKEN, Hans; KOLLHOFF, Hans-Werner: 150 Jahre klinische Geburtshilfe in Rostock — 100 Jahre Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe der Wilhelm-Pieck-Universität Rostock	5
STRAUBE, Wolfgang; WENDSCHUH, Sigrid: Das Hebammenwesen im ehemaligen Großherzogtum Mecklenburg- Schwerin im 19. Jahrhundert	35
SCHWARZ, Reinhold: Die Leistungen der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe der Wilhelm-Pieck-Universität Rostock von 1887 bis 1985	53
WILKEN, Hans: 40 Jahre Medizinisch-wissenschaftliche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe der Bezirke Rostock, Schwerin und Neubrandenburg	86
WILKEN, Hans: Die geburtshilflichen Infektionen und ihre historische Entwicklung in den letzten 150 Jahren	91



NMK-2 A 89 (9)

Titelbild:

Klinik und Poliklinik für Gynäkologie und Geburtshilfe der Wilhelm-Pieck-Universität Rostock

VORWORT

Im April 1937 sind 100 Jahre vergangen, seitdem die Universitäts-Frauenklinik und Hebammenlehranstalt in der Doberaner Straße eröffnet wurde. An exponierter Stelle, auf dem höchsten Punkt der Stadt, an einer der Hauptverkehrsstraßen gelegen, kannte und kennt wohl jeder Rostocker das Gebäude, und vielen Besuchern aus dem In- und Ausland wird es aufgefallen sein. Das Haus hat eine wechselvolle Geschichte überdauert: die sogenannte Kaiserzeit, in der es gebaut wurde, die Jahre der Weimarer Republik, die dunkle Zeit der Nazi-barbarei und 42 Jahre nach dem Wiederbeginn in der sozialistisch-demokratischen Ordnung. In diesem letzten Zeitabschnitt hat die Klinik ohne Zweifel ihre größte Bedeutung erlangt. Durch die stürmische Entwicklung unseres sozialistischen Staates und dadurch der Stadt Rostock und der Universität — die jetzt den Namen des ersten Staatspräsidenten der Deutschen Demokratischen Republik, Wilhelm Pieck trägt — haben sich die Leistungen der Klinik in der studentischen Ausbildung und Erziehung, in der medizinischen Betreuung und in der Forschung vervielfacht.

Durch die Gründung der Medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe der Nordbezirke im November 1947 wurde die Klinik ein Zentrum des wissenschaftlichen Lebens im Territorium. Die historische Entwicklung der Gynäkologie und Geburtshilfe an der Universität Rostock wurde bereits in Beiträgen von Niesert 1952, von Schwarz und Wilken 1972, sowie von Klausch und Schwarz 1980 geschildert.

Im vorliegenden Heft werden im ersten Abschnitt die historischen Bedingungen und die Umstände beim Bau der Klinik 1884—1887 dargestellt. Ein zweiter Abschnitt befaßt sich mit der Geschichte des Hebammenwesens in Mecklenburg. Die Qualität der Geburtshilfe war früher in der Zeit der Hausentbindungen in entscheidendem Maße vom Wissen und Können der Hebammen abhängig.

Heute ist die Geburtshilfe ein Teamwork von Geburtshelfern, Hebammen, neonatologisch spezialisierten Kinderärzten, Schwestern und vielen anderen Mitarbeitern. In beiden Abschnitten des Heftes wird die Bedeutung von Friedrich Schatz — Direktor der Klinik von 1872—1906 — erkennbar: Für den Neubau und für das Hebammenwesen in Mecklenburg. Ein begabter und aktiver Mann, dessen Tragik am Ende seiner Laufbahn bedauerndwert ist.

Das dritte Kapitel belegt überzeugend die eingangs genannte Feststellung: den großen Leistungsanstieg der Klinik nach 1945 auf allen Teilgebieten. Im Hinblick auf die medizinische Betreuung war die Universitäts-Frauenklinik für 8 Dezennien die einzige stationäre Einrichtung im Norden Mecklenburgs. 1965 wurde das Bezirkskrankenhaus eröffnet, und seit 2 Jahrzehnten sind beide Einrichtungen für die stationäre medizinische Betreuung in der Geburtshilfe und Gynäkologie verantwortlich.

An der Klinik in der Doberaner Straße wurde vielen Studentengenerationen das Wissen und Können für ihr späteres Berufsleben vermittelt. Das ist immer mit der

Erziehung zum humanistischen Denken und Handeln verbunden, zur Achtung vor der Würde des Menschen, insbesondere der Frau, zur Wahrung des ungeborenen und geborenen Lebens. Unter den Direktoren und Hochschullehrern der Klinik sind so bekannte Namen wie Gustav von Veit, Franz von Winkel, Robert Schröder und Helmut Kyank. Sie haben auch der wissenschaftlichen Arbeit viele Impulse gegeben, wie die große Zahl an wissenschaftlichen Publikationen im Jahrhundert des Bestehens der Klinik zeigt.

Der letzte Abschnitt des Heftes gilt der Entwicklung der Medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe der 3 Nordbezirke, die als Gesell-

schaft an den Universitäten Rostock und Greifswald gegründet wurde.

Das 100jährige Jubiläum der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe der Wilhelm-Pieck-Universität ist für alle Mitarbeiter Anlaß zu einem Rückblick auf die wechselvolle und in den letzten Jahrzehnten so erfolgreiche Geschichte ihrer Arbeitsstätte. Es ist auch Verpflichtung, alle unsere Kräfte auch weiterhin zur Lösung der uns gestellten Aufgaben einzusetzen.

OMR Prof. Dr. sc. med. Hans Wilken

Direktor der Klinik und Poliklinik
für Gynäkologie und Geburtshilfe

150 Jahre klinische Geburtshilfe in Rostock 100 Jahre Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe der Wilhelm-Pieck-Universität Rostock

Entwicklung der Geburtshilfe im 17., 18. und 19. Jahrhundert

Viele Jahrhunderte war die Geburtshilfe ein empirisches Handwerk. Sie lag in den Händen von Frauen, die sich Kenntnisse auf diesem Gebiet angeeignet hatten oder von Hebammen, die für diesen Beruf anerkannt oder bestätigt waren. So sind denn auch die ersten gedruckten Lehrbücher für Hebammen bestimmt. Es handelt sich dabei in Deutschland um die Bücher „Der swangeren Frawen vnd Hebammen Rosegarten“ von Eucharius Roesslin, Köln 1513; „Frawen Rosengarten“ von Walther Reiff (Ryff, Rivius), Frankfurt am Main 1545 sowie „Ein schön lustig Trostbüchle von den empfangknussen und Geburten der Menschen etc.“ von Jacob Rueff, Zürich 1554.

Eine wichtige Etappe in der Entwicklung der Geburtshilfe vollzieht sich im 17. Jahrhundert, als den französischen Chirurgen besonders im Hotel-Dieu in Paris die Beschäftigung mit der Geburtshilfe möglich wird. Dadurch kommt es zu einer Weiterentwicklung des Faches auf praktischem und theoretischem Gebiet. Nach und nach wurden von Ärzten geleitete Gebäranstalten gegründet, die auch den Medizinstudenten Zutritt für die Ausbildung in der Geburtshilfe gewährten. In Deutschland vollzieht sich diese Entwicklung später. So schreibt Welsch 1653 [2], daß die meisten deutschen Frauen lieber sterben würden, als bei der Geburt die Hilfe von Männern anzunehmen. Roederer [10] weist jedoch 1753 darauf hin, daß offensichtlich große regionale Unterschiede bestanden, da in manchen Gegenden der Beistand des Arztes bei fast allen Geburten in Anspruch genommen wurde. Der Abstand, der sich zwischen der Geburtshilfe in Frankreich und Deutschland

im 16. Jahrhundert findet, wird im 17. Jahrhundert noch wesentlich größer. [1, 2, 10] Die gebräuchlichen geburtshilflichen Schriften sind meistens Übersetzungen aus anderen Ländern. Lediglich die geburtshilflichen Werke von Rodericus a Castro (Hamburg 1604) und der „Chur-brandenburgischen Hof-Wehe-Mutter Justine Sigemundin“ (Cölln an der Spree 1690) gewinnen größere Bedeutung.

Die französische Geburtshilfe behauptet auch weiterhin bis ins 19. Jahrhundert ihre führende Stellung. Dafür sorgt eine große Zahl bedeutender Geburtshelfer wie Mauricau (1637—1709), de la Motte (1655—1737), Levret (1703—1780), Baudelocque (1746—1810) und andere mehr. In der Mitte des 18. Jahrhunderts gewinnt die englische Geburtshilfe besonders durch hervorragende Untersuchungen über die Geburtsmechanik an Bedeutung. Zu den führenden Vertretern gehört insbesondere William Smellie (1697—1763). Michaelis beschreibt die beiden größten Geburtshelfer des 18. Jahrhunderts Levret und Smellie mit folgenden Worten: „Levret anregend, geistreich, systematisierend, gelehrt; Smellie praktisch, logisch, scharf beobachtend, auf das nächste mit festem Sinn gerichtet“. Einen großen Einfluß hatte auch der Holländer Hendrik van Deventer (1651—1724), von dessen Lehren die deutsche Geburtshilfe zeitweise entscheidend beherrscht wurde. Er beschäftigte sich mit Orthopädie und Geburtshilfe und diese Kombination hat wahrscheinlich dazu geführt, daß er so intensive Studien des Beckens und der Geburtsmechanik durchführte.

Fast genau 100 Jahre nach der Errichtung der Gebärbteilung im Hotel-Dieu in Paris wurde 1728 in Straßburg eine zum Bürgerspital gehörende Gebäranstalt errichtet,

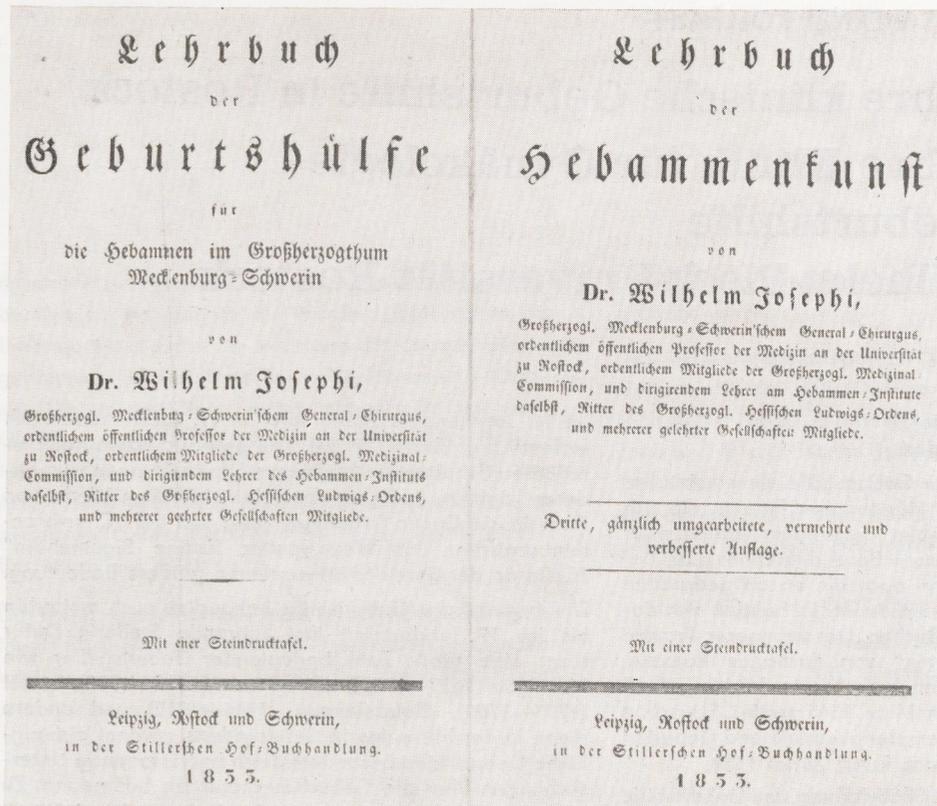


Abb. 1:
Lehrbuch der Hebammenkunst von J. W. Josephi (3. Aufl.)
Stillersche Hofbuchhandlung Leipzig,
Rostock, Schwerin,
(1. Auflage, 1797)

die auf die deutsche Geburtshilfe großen Einfluß erlangen sollte. Ihre Leitung übernahm Johann Jacob Fried (1689—1769). Obwohl Straßburg politisch zu Frankreich gehörte, kamen viele deutsche Ärzte an die Anstalt, weil Fried seinen geburtshilflichen Unterricht in deutscher Sprache erteilte. Von hier aus wurde sein Schüler Johann Georg Roederer nach Göttingen berufen und errichtete 1751 die erste geburtshilfliche Klinik auf deutschem Boden. Die Straßburger Gebäranstalt war das Vorbild für die Schaffung zahlreicher Hebammenschulen in Deutschland und woanders. Neben Göttingen entstand auch in Berlin 1751 eine geburtshilfliche Schule. In der Berliner Charité war schon seit deren Bestehen 1727 eine Abteilung für die Entbindung „liederlicher Weibstücke“ eingerichtet worden,

an der auch Unterricht für Hebammen und Wickelfrauen stattfand. Im Jahre 1751 wurde die Abteilung nach Straßburger Muster in eine Hebammenschule umgewandelt. Ab 1774 erhielten neben den Hebammen auch die Zöglinge der medizinisch-chirurgischen Militärakademie Gelegenheit zur geburtshilflichen Ausbildung. In den nächsten Jahren entstanden in kurzer Folge die Entbindungsinstitute in Stockholm (1775), Kopenhagen (1761), Kassel (1763), Jena (1781), Marburg (1792) u.a.m. Der Beginn des geburtshilflichen Unterrichtes an der Universität Rostock liegt im Jahre 1721, als Johann Ernst Schaper (1668—1721) ein Kolleg über Frauenkrankheiten ankündigte. Er hielt dieses jedoch nur ein Semester lang und erst 1733 wurde erneut eine Vorlesung von Christoph

Martin Burchard (1680—1742) über spezielle Pathologie der Erkrankungen der Schwangeren und Wöchnerinnen gehalten. Auch dieses Kolleg blieb das einzige, und es mußten wiederum über 30 Jahre vergehen, bis 1766 Ch. E. Eschenbach (1712—1788) wieder geburtshilflichen Unterricht an der Rostocker Universität erteilte und 1767 das Buch „Grundlagen zum Unterricht einer Hebamme“ herausgab. 1789 wurde J. W. Josephi (1763—1845) als a. o. Professor und Prosektor und A. F. Nolde (1764—1813) als Privatdozent der allgemeinen Medizin nach Rostock berufen. Josephi übernahm ab 1793 den Unterricht der Hebammenschülerinnen und verfaßte ein „Lehrbuch der Hebammenkunst“, das in erster Auflage 1797 bei Stiller (Leipzig — Rostock) erschien. Die Abbildung [1] zeigt das Titelblatt des Buches.

Interessant ist die Tatsache, daß von Josephi schon damals ein „Schwangerschaftskalender“ zur Errechnung des Geburtstermins und zur Feststellung der Schwangerschaftswoche angegeben wurde.

In der Folgezeit wirkten z. T. später berühmt gewordene Persönlichkeiten auf dem Gebiet der Geburtshilfe an der Rostocker Universität. Eine ausführliche Würdigung ihres Schaffens ist bereits früher erfolgt. [4, 6, 9] Dabei kann nicht übersehen werden, daß trotz der relativ frühen Gründung der Universität Rostock im Jahre 1419 und ihrer zeitweilig großen Bedeutung, die ihr die Bezeichnung „Leuchte des Nordens“ eintrug, die Entwicklung der Medizin erheblich hinter der an vielen anderen deutschen Universitäten zurückblieb. Das gilt auch für die Schaffung einer Entbindungseinrichtung, die, wenn man von dem Gebärlokal in der Privatklinik von C. F. Stempel (1800—1872) absieht, erst über 100 Jahre nach der Errichtung der entsprechenden Hebammenschulen in Göttingen und Berlin erfolgte. Auf die Bemühungen um die Errichtung geburtshilflicher Einrichtungen in Rostock wird in einem späteren Abschnitt eingegangen.

Historische Situation im 19. Jahrhundert und die Entwicklung der Medizin

Die industrielle Revolution, also der Übergang von der Handarbeit zur Fabrikproduktion trat Mitte des 19. Jahrhunderts in ihr entscheidendes Stadium. In dieser Zeit wurden besonders markante Züge der kapitalistischen Entwicklung sichtbar, die ihren Ausdruck in der Herausbildung eines „wirklichen großindustriellen Proletariats“

und einer „wirklichen Bourgeoisie“ findet (Marx). Ein wichtiges Merkmal dieser Epoche war die wachsende Teilnahme der Frauen am Produktionsprozeß und am Klassenkampf. Durch diese Einbeziehung der Frauen wuchs ihr politisches Bewußtsein und ihr Kampf um ökonomische und soziale Rechte. Diese Feststellungen gründen sich auf die Untersuchungen der Klassiker des Marxismus-Leninismus u. a. zur Lage der arbeitenden Klasse in England.

1838 waren mehr als 50 Prozent der Fabrikarbeiter im britischen Empire weiblichen Geschlechts. In der Textilindustrie waren es sogar 60 bis 70 Prozent. Die Arbeitszeit betrug 12 bis 16 Stunden unter meist schlechten Bedingungen und mangelhafter Ernährung. Durch die Monotonie der Arbeitsgänge und die Zwangshaltungen kam es bei den Arbeiterinnen oft zu schwereren gesundheitlichen Schäden als das bei den Männern der Fall war. Verkrümmungen der Wirbelsäule und Verbildungen des Beckens führten gehäuft zu Geburtskomplikationen, die Abortrate bei Fabrikarbeiterinnen war hoch. Sie arbeiteten oft bis zur Stunde der Entbindung und die Furcht entlassen zu werden, trieb die Frauen vielfach schon 3 bis 4 Tage nach der Geburt wieder zurück in die Fabriken.

Auch die Frauenarbeit in der kapitalistischen Landwirtschaft änderte ihren Charakter. Durch die Einführung landwirtschaftlicher Maschinen und Geräte wurden Männer für die Schwerstarbeiten nicht mehr in dem Umfang wie vorher benötigt. Es kam zunehmend zum Einsatz von Frauen, die auch wesentlich niedriger bezahlt zu werden brauchten. Eine andere Ursache für diese Entwicklung bestand in der Abwanderung von leistungsfähigen Männern in die Industrie, so daß in der Landwirtschaft die schwächsten Arbeitskräfte, vor allem Frauen, zurückblieben. Das Ergebnis war, daß sich die Frauen in den landwirtschaftlichen Betrieben zum Schaden ihrer Gesundheit und der Gesundheit ihrer Kinder bedeutend mehr „anstrengen, schinden und placken mußten“ (Lenin).

Aus dieser Situation erwachsen die Forderungen der Arbeiterbewegung und der politischen Frauenbewegung nach einem gesetzlich geregelten Gesundheitsschutz für die Frauen mit Verbot der Nacharbeit und besonderen Regelungen für Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett. Diese Forderungen konnten von der Bourgeoisie letztlich nicht mehr einfach übergangen werden, und sie stellten einen wesentlichen Faktor für die allmähliche Besserung des Gesundheitsschutzes der Frau dar.

Eine andere Folge der industriellen Revolution war die Bevölkerungsverschiebung vom Land in die Städte. Die rasche Ausdehnung der Industrie erforderte Arbeitskräfte, und da der Lohn höher war als in der Landwirtschaft, wanderten Scharen von ländlichen Familien in die Städte. Im Ergebnis dieser Bevölkerungsbewegung kam es zum Wachstum der Städte, also zur Bildung größerer Bevölkerungskonzentrationen. In diesen Städten siedelten sich die Zugewanderten in den sogenannten „schlechten Vierteln“ an. Es bildeten sich typische Arbeiterbezirke, die dann in der kapitalistischen Krise zu Elendsvierteln wurden. Mit diesem schnellen Wachstum konnte die Infrastruktur der Städte nicht standhalten. Besonders Wasserversorgung und Abwasserbeseitigung waren meistens völlig unzureichend. Infektionskrankheiten, Vitaminmangelkrankungen, z. B. Rachitis, und andere Leiden grassierten, so daß die Forderungen nach Verbesserung der hygienischen Bedingungen und der medizinischen Betreuung in den Städten immer lauter wurden.

Tabelle 1: Wochenbettsterblichkeit in verschiedenen deutschen Ländern (nach WALTHER)

Land	Zeitraum	Mortalität im Wochenbett
Preußen	1815—1879	8,2 ‰
Baden	1860—1861	6,1 ‰
Sachsen	1874	6,8 ‰
Mecklenburg	1816—1875	8,7 ‰

Wochenbettsterblichkeit in Mecklenburg (nach UNTERBERGER)

1886	9,5 ‰
1887	9,6 ‰
1889	7,9 ‰
1900	5,2 ‰
1909	4,3 ‰

Ein Gradmesser für den Stand des Gesundheitsschutzes für Mutter und Kind ist die Mütter- und Kindersterblichkeit. Die mütterliche Sterblichkeit beinhaltet in damaliger Zeit nur die sog. „Kindbettsterblichkeit“, während heute

unter „peripartaler Mortalität“ die Sterblichkeit während der Schwangerschaft, unter der Geburt und bis 30 Tage nach der Geburt verstanden wird. Über die Kindbettsterblichkeit im 19. Jahrhundert gibt die Tabelle 1 Auskunft. Sie wurde in den meisten Ländern zwischen 6 bis 8 auf 1000 Wöchnerinnen angegeben. Dabei soll es sich bei den Angaben in Mecklenburg um zuverlässige Zahlen handeln, da die Medizinalkommission die Todesfälle in den Hebammenlisten mit den Todesfällen in den Kirchenbüchern und Verzeichnissen der Standesämter verglich [11]. Mecklenburg gehörte auch im Hinblick auf diese Kennziffern zu den zurückgebliebenen Ländern. Die Bedeutung der Erfassung der Mortalitätsziffern im Vergleich mit anderen Ländern liegt in der Qualitätsbeurteilung der medizinischen Betreuung des jeweiligen Landes. Daraus abgeleitet ergeben sich Argumente für eine Verbesserung der Situation einschließlich der Schaffung neuer geburtshilflicher Einrichtungen.

Zusammen mit der industriellen Revolution kam es im 19. Jahrhundert zu einer stürmischen Entwicklung der Wissenschaft. In der Medizin wurde der Fortschritt ganz wesentlich durch die Erkenntnisse der Grundwissenschaften geprägt, die eine Blüteperiode besonders in der zweiten Hälfte des Jahrhunderts erlebten. Dabei spielten deutsche Wissenschaftler eine führende Rolle. Es seien stellvertretend für viele genannt: Johannes Müller (1801—1858), Jakob Henle (1809—1885), Hermann Helmholtz (1821—1894), Felix Hoppe-Seyler (1825—1895), Rudolf Virchow (1821—1902) und Robert Koch (1843—1910). Die Grundwissenschaften vermittelten der Medizin ein bisher beispielloses Wissen von den Strukturen des menschlichen Körpers. Sie lieferten die Möglichkeit, eine Verbindung zwischen pathologischen Symptomen und Veränderungen an diesen Strukturen herzustellen. Sie ermöglichten ein besseres Verständnis der Hauptfunktionen des Körpers — Atmung, Kreislauf, Verdauung, Stoffwechsel, Nerventätigkeit, innere Sekretion und Fortpflanzung. Sie ließen eine objektive Messung dieser Funktionen und ihrer Abweichungen vom Normalen zu und sie erlaubten die therapeutischen Eingriffe zu dosieren und ihre Wirkung vorzubestimmen. Diese enormen Erkenntnisse der Histologie, Pathologie, Physiologie, Pharmakologie und Bakteriologie führten in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts zur Entwicklung eines neuen Typs der klinischen Medizin. Diese wird in Anlehnung an Claude Bernard auch als „Labormedizin“ bezeichnet, im Gegensatz zur „Bibliothekmedizin“ des Mittelalters und der „Krankenbett-

medizin" des Hippokrates. Auch in der Chirurgie, Gynäkologie und Geburtshilfe sind große Fortschritte zu verzeichnen: Eine neue Epoche der operativen Medizin beginnt. Unter dem Einfluß des Humboldtschen Prinzips der Einheit von Forschung und Lehre muß die Entwicklung der Universitäten mit diesen Fortschritten der Wissenschaft Schritt halten. Das ist ein weiterer Faktor, der die Errichtung neuer Einrichtungen für Forschung und Lehre auch in der Geburtshilfe notwendig macht.

Die Lage in Mecklenburg und die Stellung der Universität

Die politische und ökonomische Situation in Mecklenburg war bis in die Mitte des 20. Jahrhunderts durch die erhebliche Rückständigkeit gegenüber anderen deutschen Ländern gekennzeichnet. Bis 1918 galt als Verfassung der sogenannte „Landesgrundgesetzliche Erbvergleich“ aus dem Jahre 1755. Danach hatten die Stände — insbesondere die Ritterschaft — große Rechte in der Legislative und Exekutive, Finanzverwaltung und Steuerfestsetzung. Mecklenburg bestand verwaltungsmäßig aus:

landesherrlichem Gebiet (Domanium)
ritterschaftlichem Gebiet
städtischem Gebiet
kirchlichem Gebiet.

Der Großherzog, offizieller Titel:

„Großherzog von Mecklenburg, Fürst zu Wenden, Schwerin und Ratzeburg, auch Graf zu Schwerin, der Lande Rostock und Stargard Herr“

konnte nur im Domanium regieren. In der Legislative und Exekutive der anderen Gebiete war er an die Zustimmung der Stände gebunden. Das brachte u. a. auch beim Neubau der Universitäts-Frauenklinik große Schwierigkeiten mit sich, wie später noch zu berichten sein wird. Die Stände bestanden aus der Ritterschaft und der Landschaft. Zur Ritterschaft gehörten die ca. 600 adligen und bürgerlichen Gutsherren. Die Landschaft bestand aus den ca. 40 Vertretern der Städte. Dadurch war der Landtag von vornherein eine Interessenvertretung des Junkertums. Die politischen und ökonomischen Verhältnisse änderten sich weder nach dem Beitritt Mecklenburgs zum Norddeutschen Bund 1867 noch nach der Reichseinigung 1871. Mecklenburg blieb bis in das 20. Jahrhundert vorwiegend ein Agrarstaat. Die Entwicklung einer bedeutenden Industrie kam durch die feudalistische Situation nicht zustande. Nachteilig wirkten sich auch der Mangel an Roh-

stoffen und die verkehrstechnisch ungünstige Situation aus.

Die Stadt Rostock machte insofern eine Ausnahme, als in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts im Gegensatz zum übrigen Land eine gewisse kapitalistische Entwicklung erfolgte. So entstanden von 1849—1863 9 neue Werften, die allerdings bis auf 2 nur Mittelbetriebe für den Bau von Segelschiffen waren. Um 1870 kam es zur Umstellung von der Segel- zur Dampfschiffahrt, was zur Entstehung neuer Industriezweige führte. Besonders die Neptunwerft entwickelte sich zum größten Rostocker Unternehmen. Die Stadt wuchs von 30 980 Einwohnern im Jahre 1871 auf 54 713 im Jahre 1900. Dabei handelte es sich vorwiegend um Fabrikarbeiter, die sich in den Neubaugebieten vor der alten Stadtmauer, besonders in der Kröpeliner-Tor-Vorstadt ansiedelten. In diesem Viertel, also in einem ausgesprochenen Arbeiterviertel, entstand dann die neue Frauenklinik in der Doberaner Straße. In den Jahren 1885—1888, also während des Baues der neuen Klinik, wurde Rostock von einer ökonomischen Krise betroffen. Durch Bismarcks Schutzzollvertrag von 1879 kam es besonders für Rostock als Hafenstadt zu ungünstigen Auswirkungen. Der Export landwirtschaftlicher Erzeugnisse ging stark zurück, z. B. bei Getreide von 30 500 t im Jahre 1864 auf 2 000 t 1884. Mehrere Getreidefirmen schlossen, Reedereien kamen zur Zwangsversteigerung, viele Betriebe schränkten sich ein, es gab Arbeitslosigkeit.

Auch auf hygienischem und medizinischem Gebiet gab es in der Stadt große Probleme. Dem großen Bevölkerungszuwachs waren die kommunal-hygienischen Einrichtungen nicht gewachsen. Ende der 80er Jahre wurde der Wassermangel immer spürbarer. Mehrere Typhusepidemien traten auf. Die beengten Wohnverhältnisse und die daraus resultierenden zwischenmenschlichen Beziehungen führten zum Anstieg der Geschlechtskrankheiten. Insbesondere die Syphilis griff ab 1880 um sich. Jährlich wurden etwa 150 Fälle der neugeschaffenen sanitätspolizeilichen Kontrolle für venerisch Verdächtige und Kranke gemeldet. Nachdem die neue Universitäts-Frauenklinik 1887 bezogen wurde, richtete man im südlichen Flügel der alten Klinik ein Hygieneinstitut ein. Besonders hoch war die Kindersterblichkeit. Betrug sie 1807 24,9 Prozent, so sank sie 1882—1886 nur unwesentlich auf 20,2 Prozent. Das war die Situation der Stadt, als Friedrich Schatz den Neubau der Universitäts-Frauenklinik durchsetzen und realisieren konnte.

Zum Verständnis der Verantwortlichkeiten und Kompetenzen für den Klinikbau sind einige Bemerkungen zur Stellung der Rostocker Universität notwendig. Ihre wechselvolle Geschichte seit ihrer Gründung 1419 als dritte Universität im deutschen Raum nach Heidelberg und Leipzig ist ausführlich bei Heidorn u. Mitarb. [3] dargestellt worden. Von Bedeutung war die Tatsache, daß die Stadt Rostock 1827 das Kompatronat abtrat, so daß der Großherzog alleiniger Patron und Kanzler der Universität wurde. Die gesamte Administration im Lande erfolgte durch das Mecklenburgische Staatsministerium. Die Universität gehörte in die Kompetenz des Justizministeriums, zu dessen Aufgabenbereich die Angelegenheiten der Geistlichen, des Unterrichts und des Medizinalwesens gehörte. Die großherzoglichen Interessen an der Universität vertrat der Vizekanzler, dem die gesamte Verwaltung, insbesondere das Finanzwesen, unterstand. Im Justizministerium war Dr. Hermann Buchka vor und während des Klinikneubaus für das Medizinalwesen verantwortlich. Das Amt des Vizekanzlers wurde in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts durch von Boltz und Dr. von Liebeherr wahrgenommen. Rektor, Senat und die Fakultäten waren vorwiegend für die Ausbildung der Studenten, für Graduierungen und wissenschaftliche Fragen zuständig.

Die Entwicklung der klinischen Geburtshilfe in Rostock

Die Entwicklung der klinischen Medizin in den europäischen Ländern wurde durch eine Reihe von gesellschaftlichen Faktoren beeinflußt, auf die bereits hingewiesen wurde. Für die Schaffung stationärer geburtshilflicher Einrichtungen kommt als ein wesentlicher Faktor hinzu, daß die Qualität der geburtshilflichen Betreuung ganz wesentlich von der Qualifizierung der Hebammen abhängig war. Da zu jener Zeit fast alle Geburten zu Hause erfolgten, hing das Schicksal von Mutter und Kind vom Wissen und Können der Hebammen ab. Anfang des 19. Jahrhunderts zeigte sich jedoch immer deutlicher, daß eine Qualifizierung der Hebammen, eine Reorganisierung des Hebammenwesens und ihre straffere Anleitung und Aufsicht ein dringendes Gebot war. Daraus resultierte einerseits die Verabschiedung neuer Hebammenordnungen und andererseits die Forderung nach besseren Möglichkeiten für die Aus- und Fortbildung der Hebammen. Das war jedoch nur durch Schaffung entsprechender stationärer Einrichtungen — Hebammenschulen in Verbindung mit einer Gebäranstalt — möglich. Die Frage der

Verbesserung der studentischen geburtshilflichen Ausbildung spielte für die Entstehung von Entbindungseinrichtungen in damaliger Zeit eine sekundäre Rolle.

In Rostock machte einen aus heutiger Sicht bescheidenen Anfang Professor Karl-Friedrich Stempel, der am 1. August 1836 im unteren Stockwerk seiner medizinisch-chirurgischen Privatklinik 3 Zimmer zu einer Gebärabteilung umwandelte (Westseite des ehemaligen Jacobi-Friedhofs in der Apostelstraße 10—11). In Lehrkursen von viermonatiger Dauer konnten die Hebammenschülerinnen an Schwangeren und Wöchnerinnen praktisch unterwiesen werden. Außerdem wurde den Studierenden Gelegenheit zur Beobachtung und Behandlung geburtshilflicher Fälle gegeben. Die neugegründete geburtshilfliche Abteilung Stempels wurde mit 2 schwangeren Patientinnen eröffnet, 2 Studenten und 8 Hebammenschülerinnen erhielten eine praktische Ausbildung. Diese verbesserte Ausbildung der Hebammenschülerinnen fand jedoch noch keinen Niederschlag im Rückgang der Müttersterblichkeit. Immerhin starben zu jener Zeit jährlich ca. 150 Mütter in Mecklenburg-Schwerin im Kindbett. Auch wurde schon im zweiten Jahresbericht der Gebäranstalt hervorgehoben, daß die Abteilung zur Erfüllung der Aufgaben zu klein sei. Die z. B. im Jahre 1845 stark angewachsene Zahl von Hebammenschülerinnen erforderte dringend eine Vergrößerung der Ausbildungsmöglichkeiten. Deshalb bemühten sich verschiedene Professoren wie Josephi, Krauel und Veit um die Errichtung einer staatlichen Hebammenlehranstalt. 1842 wurden von Prof. Josephi und 1852 von Prof. Krauel der Regierung Pläne vorgelegt, die aus Kostengründen abgelehnt wurden. Allerdings wurde der finanzielle Zuschuß für die Klinik von Stempel erhöht, und zwar von vorher 900 Talern auf 1 400 Talern.

1855 legte Prof. von Veit dem Ministerium ein sechstes Projekt vor. Dieses Projekt wurde genehmigt. Es kam zum Bau einer neuen Klinik in der Buchbinderstraße (jetziges Chemisches Institut), später Wokreuter Straße. Die Pläne für diesen Neubau waren bereits vorher von Stempel und Krauel erarbeitet worden. Von Veit erfolgte eine entsprechende Aktualisierung. Am 1. Februar 1859 wurde diese Hebammenunterrichts- und Entbindungsanstalt übergeben. Der Vizekanzler von Boltz hatte für die Anstalt Statuten erarbeitet, die bereits im Oktober 1858 vom Großherzog in Kraft gesetzt wurden. Die Abbildung 2 zeigt das Titelblatt der Statuten der neuen Klinik. Die Tabelle 2 enthält Auszüge aus den Statuten, die die Be-

dingungen der Arbeit der neuen Anstalt regelten. Am 22. Juni 1871 werden die Statuten durch Weisung verändert:

Tabelle 2:

I. Von den Zwecken der Anstalt

Die in Rostock errichtete Hebammenunterrichtsanstalt ist zur theoretischen und praktischen Ausbildung der für das Großherzogtum Mecklenburg Schwerin erforderlichen Zahl von Hebammen bestimmt und zu solchem Zwecke mit einer öffentlichen Entbindungsanstalt als Zufluchtsort für Schwangere und Wöchnerinnen, welche daselbst zu ihrer Genesung unterkommen und Pflege finden verbunden. Daneben dient die Anstalt als Lehr- resp. Prüfungsinstitut für Studierende der Medizin, angehende Ärzte und Physiker.

II. Von der Ausstattung der Anstalt

Die Ausstattung der Anstalt besteht

1. aus dem an der Ecke der Buchbinderstraße und der Rostocker Heide auf dem dazu eingeräumten sogenannten Doberanschen Hofe gelegenen neuen Gebäude nebst Zubehörungen, worüber nach vollständiger Ausgestaltung ein genaues, sooft es notwendig erscheint, zu ergänzendes Inventarium aufgenommen werden wird.
2. aus der vollständigen Ausrüstung von Mobilien aller Art worüber gleichfalls ein jedes Jahr zwischen Johannis und Michaelis zu wiederholendes Inventarium aufzunehmen ist.
3. aus den Vergütungen für die Benutzung der Anstalt.
4. aus den von öffentlichen Kassen zu leistenden Zuschüssen.

III. Von den bei der Anstalt angestellten Personen

Das bei der Anstalt angestellte Personal besteht zur Zeit

1. aus einem Dirigenten, der zugleich als Hebammenlehrer und 1. Arzt fungiert
2. einem Assistenzarzte
3. eines Haushebamme
4. einem Praktikanten
5. einer Wirtschaftsführerin
6. zwei Dienstmädchen
7. einer Wärterin
8. einem Arbeitsmann

Der Dirigent hat feste Anstellung und wird von dem großherzoglichen Ministerium, Abteilung für Unterrichts- und Medicinalangelegenheiten aus den Professoren der Medizin von der Universität nominiert. Er wohnt mit seiner Familie in der Anstalt. Zu seinen Verpflichtungen gehören die Besorgung aller Direktorialangelegenheiten, das Amtsgeschäft des Rendanten, die ärztliche und medizinische Behandlung der Schwangeren, Wöchnerinnen und Neugeborenen in der Entbindungsanstalt sowie der Unterricht der Hebammenschülerinnen. Er ist zugleich befugt, die Anstalt für den akademischen Unterricht und die geburtshilfliche Klinik mit zu benutzen.

IV. Von der Benutzung der Anstalt

A. Als Hebammenschule

Die Anstalt ist zur gleichzeitigen Aufnahme von 10 bis 20 Hebammenschülerinnen eingerichtet. Es findet darin jede Schülerin Aufnahme, welche von einer obrigkeitlichen Behörde in Mecklenburg Schwerin zur Erlernung der Hebammenkunst in die Anstalt geschickt wird. Der Hebammenlehrcursus dauert 4 Monate, vom 1. November an gerechnet und ist mindestens ein Vierteljahr durch öffentliche Blätter bekanntzumachen.

B. Als Entbindungsanstalt

In die Entbindungsanstalt sind auf Verlangen der Beteiligten aufzunehmen

- a) alle Schwangeren, die im Bezirk der Stadt Rostock ihre Heimat haben oder daselbst von der Geburt überfallen werden

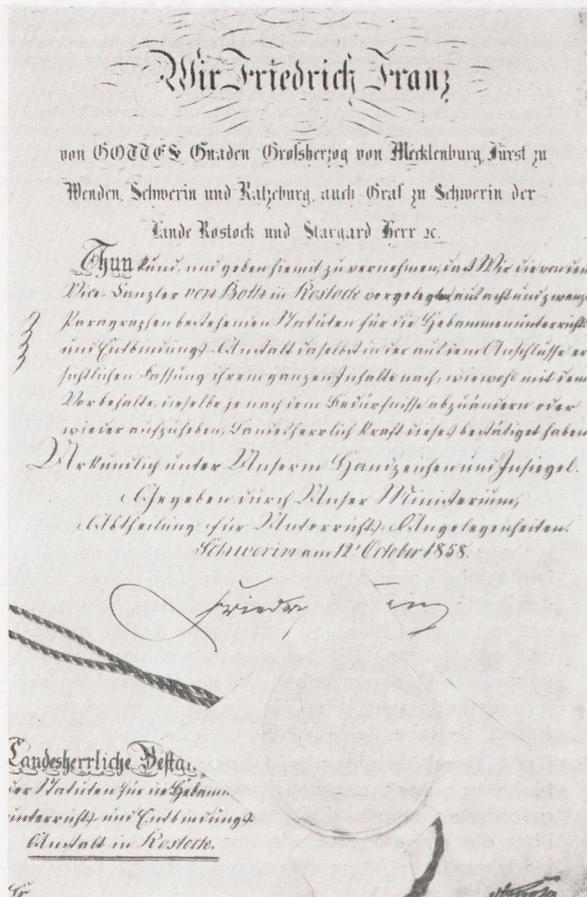


Abb. 2:
Bestätigung der Statuten der Hebammenunterrichts- und Entbindungsanstalt in der Buchbinderstraße durch den Großherzog 12. Oktober 1858

- b) nach Zulassung des Raumes und das der Anstalt zu Gebote stehenden Geldes, welches nicht überschritten werden darf, auch solche Schwangere, welche Angehörige irgendeiner anderen Ortschaft des Großherzogtums Mecklenburg Schwerin sind.
- C. Als Lehr- und Prüfungsinstitut für Mediziner
Die zweckmäßige Benutzung der Anstalt als geburtshilfliche Klinik bleibt zwar dem sachverständigen Ermessen des Dirigenten anheimgestellt, jedoch darf der Hebammenunterricht dadurch nicht beeinträchtigt werden, wie denn auch sonstige Ungehörigkeiten sorgfältig zu vermeiden sind. Hinsichtlich des Examins der Mediziner in der Geburtshilfe wird auf die gültigen Prüfungsordnungen verwiesen.

V. Von der Ökonomie der Anstalt

VI. Von der inneren Ordnung der Anstalt

Über das Verhalten in Zimmern der Anstalt wird eine besondere Hausordnung erlassen.

VII. Von der Verwaltung und Beaufsichtigung der Anstalt

VIII. Von dem Rechnungswesen der Anstalt

1. Der § 16 hat dahin zu lauten: die Anstalt ist zur gleichzeitigen Aufnahme von 18 bis 20 Hebammenschülerinnen eingerichtet. In dieselbe werden vorzugsweise solche Personen als Schülerinnen aufgenommen, welche von einer obrigkeitlichen Behörde in Mecklenburg-Schwerin zur Erlernung der Hebammenkunst in dieselbe geschickt werden. Außerdem dürfen, soweit die Verhältnisse der Anstalt es gestatten, Schülerinnen auf eigene Meldung und eigene Kosten aufgenommen werden. Die auf eigene Meldung aufgenommenen Personen haben sich zur Vermeidung sofortiger Entlassung allen für die Schülerinnen der Anstalt bestehenden Anordnungen zu fügen.
2. Der § 18 erhält folgenden Zusatz: Die auf eigene Meldung aufgenommenen Personen haben statt des geforderten Attestes ein Attest ihrer Ortsobrigkeit über die Unbescholtenheit ihres Rufes sowie zum Nachweis ihres Alters einen Geburtsschein beizubringen.
gez. Großherzoglich-Mecklenburgisches Ministerium
Abteilung für Medizinalangelegenheiten
Buchka

Von Bedeutung war, daß die neue Anstalt nicht dem Vizekanzler der Universität unterstellt wurde, sondern der Aufsicht eines Kuratoriums. Diese Festlegung galt auch für die 1887 fertiggestellte neue Frauenklinik in der Dobe-
raner Straße und hing mit den besonderen Aufgaben der Kliniken im Hebammenwesen zusammen. Erst am 3. September 1906 ergeht ein Reskript des Großherzogs mit folgendem Wortlaut: „Das entsprechend der Satzun-

gen von 1858 zur Aufsicht eingesetzte Kuratorium wird aufgehoben und die Frauenklinik tritt ebenfalls in den Bereich und die Zuständigkeit des Vizekanzlers.

Begründung: „Nachdem in der Universitäts-Frauenklinik neben der geburtshilflichen auch eine gynäkologische Abteilung geschaffen ist, fehlt es an ausreichendem Grund, die Klinik in ihrem Verhalten zum Vizekanzler anders zu behandeln als die übrigen akademischen Institute“.

Die Klinik in der Buchbinderstraße enthielt einige Neuerungen, die für die damalige Zeit bemerkenswert waren, z. B. eine präpartale Station für 8 Schwangere, relativ moderne hygienische Anlagen und ein Auditorium. Ab 1862 nahm die Zahl der Schwangeren zu, da alle an der Eisenbahn und in der Nähe liegenden Ämter aufgefordert wurden, mehr Gebärende in die Anstalt einzuweisen. Im Vergleich zur Hausgeburtshilfe war die Zahl der Geburten in der Gebäranstalt jedoch immer noch sehr gering. Auch die erwartete Reduzierung der geburtshilflichen Mortalität ließ auf sich warten. 1875 lag die Müttersterblichkeit mit 8,7 auf 1000 nicht wesentlich unter der des Jahres 1840 mit 9,0 auf 1000. In Mecklenburg starben damit auf 1000 Geburten durchschnittlich 3 Frauen mehr als in anderen europäischen Ländern. Dennoch wurde von kompetenten Zeitgenossen eingeschätzt, daß die Anstalt für das Land eine große Bedeutung hatte, indem bessere Kenntnisse in der Geburtshilfe vermittelt und die Prinzipien der Asepsis und Antiseptis verbreitet wurden. Der erste Leiter der Anstalt, Gustav von Veit, lebte insgesamt 9 Jahre in Rostock und legte hier den Grundstock für seine Berühmtheit. Er vollendete in Rostock sein größtes Werk „Die Krankheiten der weiblichen Geschlechtorgane“. 1863 wurde Veit nach Bonn berufen und ihm folgte der erst 27 Jahre alte Franz von Winkel, der ebenfalls später zu einem der führenden Vertreter der damaligen deutschen Geburtshilfe wurde. Er beschäftigte sich vorwiegend mit der Physiologie und Pathologie des Wochenbetts und führte insbesondere die Erkenntnisse von Semmelweis und Lister in die Praxis ein. Tragischerweise starb gleich zu Beginn seiner Rostocker Zeit am 16. April 1864 die Großherzogin Anna nach der Geburt ihres ersten Kindes an der Puerperalsepsis. Die Geburt im Schweriner Schloß war von Winkel und vom Leibarzt Carl von Mettenheimer geleitet worden. Dieses Ereignis hat die Tätigkeit von Winkels in Rostock lange überschattet [5].

Von Winkel erkannte sehr bald die Mängel der unbedeutenden kleinen Anstalt in Rostock. Nach seiner Rück-

kehr aus dem Kriege 1870/71 beabsichtigte er, in den Universitätsferien an einer größeren Entbindungsanstalt Erfahrungen zu sammeln. Aber noch vor Ausführung dieses Planes erreichte ihn der Ruf an die Hebammenschule in Dresden, in der jährlich ca. 1000 Geburten erfolgten (Rostock 1865 72 Geburten). Im Jahre 1872 ging von Winkel nach Dresden. Am 30. Juli 1872 schlägt die Fakultät dem Rektor und dem Konzil die Berufungsliste für den freiwerdenden Lehrstuhl für Geburtshilfe vor. Der Berufungsvorschlag ist unterzeichnet von Ackermann, Thierfelder, von Winkel, Aubert und König.

Es werden folgende Kandidaten vorgeschlagen:

1. Dr. Friedrich Schatz, etwa 28 Jahre, wohnhaft in Leipzig
2. Dr. Friedrich Ahlfeld, 28—30 Jahre alt, Assistenzarzt in Leipzig
3. Dr. J. Poppel, Privatdozent in München, 35 Jahre alt
4. Dr. Viktor Hüter, etwa 40 Jahre alt, Privatdozent in Marburg
5. Dr. H. Haake, etwa 25 Jahre alt, Privatdozent in Leipzig und seit 1865 zweiter Hebammenlehrer daselbst.

In der Sitzung des Konzils am 10. August 1872 werden die ersten drei Kandidaten in Vorschlag gebracht, und zwar in der angeführten Reihenfolge der Fakultät. Berufen wird dann im Jahre 1872 der Credé-Schüler Friedrich Schatz. Er erkennt ebenfalls sofort, daß die Rostocker Gebäranstalt den Forderungen der Zeit nicht mehr entspricht. Seine Idee, eine neue Anstalt für Frauenkrankheiten und Geburtshilfe nach modernen Gesichtspunkten zu errichten, geht in das Jahr 1873 zurück. Am 9. April 1873 legt Prof. Schatz dem Großherzoglich-Mecklenburgischen Ministerium, Abteilung für Medicinal-Angelegenheiten zur Verbesserung der Hebammenausbildung Vorschläge vor. Er schreibt wörtlich: „Ich werde folgendes zeigen:

1. daß unser Staat seiner Verpflichtung der bestmöglichen Ausbildung der zentralen Hebammenlehranstalt zu Rostock nicht nachkommt.
2. Welche Abänderungen der Einrichtung der Anstalt zu treffen wären, um die bestmögliche Ausbildung von Hebammen zu erzielen.
3. Welche relativ geringen Opfer es von seiten des Staates erheischen, um solchen Zweck zu erreichen“.

Abschließend ergeht an das Ministerium die Bitte, zum Wohl und Nutzen des Landes und zur Vermeidung von Opfern Schritte einzuleiten, die eine Verbesserung mit sich bringen.

Es vergehen jedoch weitere Jahre, bis die Zeit reif ist, um sich konkreter mit dem Bau einer neuen Klinik zu befassen. In den Jahren 1880 und 1881 wird entsprechend den Vorschlägen von Schatz im Staatsministerium ein Kostenvorschlag für den Neubau erarbeitet, der sich einschließlich des Inventars auf 773 410 Mark belief. Da diese Summe als zu hoch angesehen wurde, erfolgte die Erarbeitung eines kleineren Projektes mit einem Kostenumfang von 596 450 Mark. Bei beiden Entwürfen war als Bauplatz der Garten von Prof. Schatz und Teile des Gartens des Rentiers Voß in der Doberaner Straße vorgesehen. Es handelt sich dabei um ein Gartengelände auf der höchsten Stelle der Stadt (Abb. 3) mit einer daraufstehenden Villa, die von dem Rentier Voß bewohnt wurde. Das letztgenannte Projekt wurde auf dem Landtag 1881 beraten und verworfen, vor allem, weil Prof. Schatz es für unzureichend erklärt hatte. Daraufhin erfolgten Überlegungen zur Rekonstruktion der alten Klinik. Hierbei ergab sich aber, daß hierfür ebenfalls relativ hohe Kosten von über 500 000 Mark entstehen würden. Die Medicinal-Kommission in Rostock sprach sich gegen die Rekonstruktion aus, weil die alte Klinik eine ungünstige Lage hatte und durch den Umbau keine wesentliche Kapazitätserhöhung resultierte. Die Forderung ging auch dahin, die Klinik außerhalb des Stadtzentrums zu errichten. Auch in der Öffentlichkeit wurde der Klinikneubau diskutiert. So in der Rostocker Zeitung vom 20. Dezember 1882, in der als Gründe für einen Frauenklinikneubau angeführt wurden:

- die fortschreitende Entwicklung der medizinischen Wissenschaft
- die zunehmende Spezialisierung, die dazu führt, daß Frauenkrankheiten dem Professor für Geburtshilfe zugewiesen werden müssen und nicht von Chirurgen oder Internisten behandelt werden sollten
- in einer Reihe anderer Universitäten bereits Heilanstalten für Frauenkrankheiten neu errichtet worden seien.

Zu damaliger Zeit stand für die stationäre medizinische Betreuung neben der alten Frauenklinik nur das Großherzogliche Universitäts-Krankenhaus am Gertrudenplatz zur Verfügung (Abb. 4).

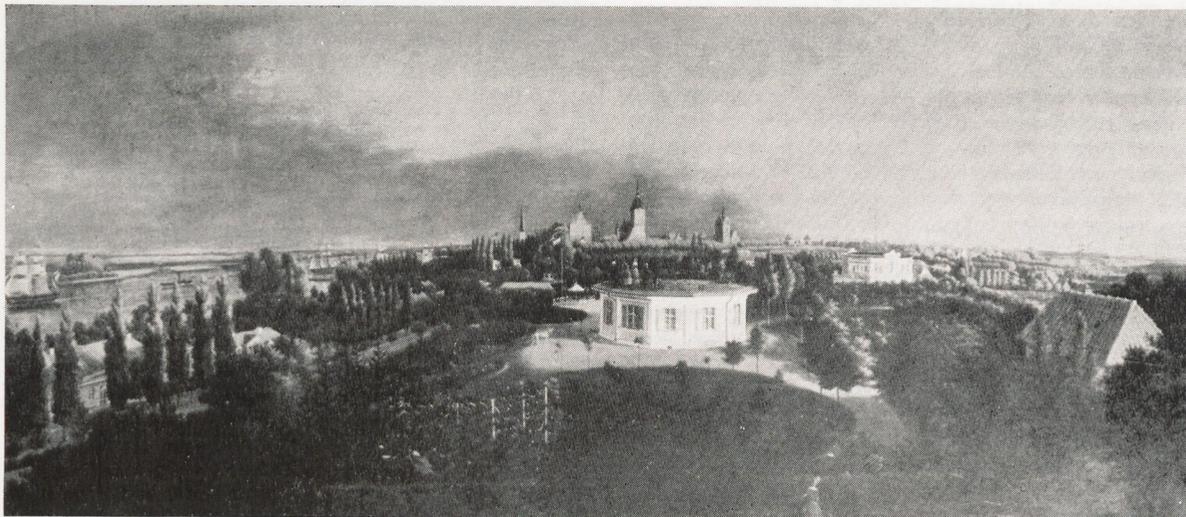


Abb. 3: Blick auf den Spitta'schen Garten, der Stelle, auf der die heutige Universitäts-Frauenklinik steht. Nach einem Gemälde von Paul Tischbein, 1843

1805 war an der Grube, einem Abwasserkanal zwischen Alt- und Neustadt ein Krankenhaus mit 16 Betten erbaut worden. In Verbindung mit diesem Haus stand ein alter Turm, der zur Unterbringung von Pockenkranken und für Obduktionen benutzt wurde. In diesem Armenkrankenhaus hielt 1828—1837 Prof. Spitta und seit 1838 Prof. Stempel klinischen Unterricht. Professor Stempel hatte 1828 mit Unterstützung der Regierung eine chirurgisch-medizinische Privatklinik gegründet, die 1846 nach Abbruch des Hauses an der Grube zur Unterbringung der Stadttarmenkranken diente. Hier war ja auch das erste Gebärlökal eingerichtet worden. Prof. Stempel und der damalige Vizekanzler von Both erreichten, daß die Regierung 1838 dem Rat der Stadt das Geld für die abgebrochene Johannis-Kirche überließ, das zum Bau eines Stadtkrankenhauses verwendet werden sollte. Aber erst nach langen Verhandlungen wurde 1852 mit dem Bau des neuen Krankenhauses auf dem Gertruden-Kirchhof vor dem Kröpeliner Tor begonnen. Die Pläne dazu wurden von Prof. Stempel, Stadtphysikus Lesenberg und dem Stadtbaumeister Schwedler erarbeitet. Die Eröffnung des neuen Großherzoglichen Universitäts-Kranken-

hauses erfolgte am 30. Juli 1855. In der Folgezeit erfolgte eine Reihe von Anbauten:

1863 wurde der Anbau des Ostflügels beschlossen und nach Plänen von Prof. Thierfelder, Prof. Simon und des Stadtbaumeisters Klitzing in den nächsten Jahren gebaut.

1868 Bau des Waschhauses, des Dampfkesselhauses und des Desinfektionsanstalt.

1892 Anbau eines Unterrichtsflügels an der Westseite.

1901/02 weitere Anbauten.

Das Stadtkrankenhaus stand unter der gemeinsamen Leitung der Professoren der medizinischen und der chirurgischen Klinik. Da es Domanialkranke aufnahm, diente es auch als Landeskrankenhaus. Es enthielt die chirurgische Klinik, die medizinische Klinik, die Augenklinik, Isolierpavillons für Diphtherie, Scharlach, Masern, Flecktyphus sowie eine Liegehalle. Das Pathologische Institut war damals gegenüber im jetzigen Anatomischen Institut untergebracht. Das Krankenhaus hatte eine Gesamtbettenzahl von 300. Davon entfielen auf die medizinische Klinik ein-

Abb. 4:
Universitätskrankenhaus
am Gertrudenplatz



schließlich Kinderabteilung und Isolierpavillons 143 Betten, auf die chirurgische Klinik 138 Betten und auf die Privatabteilung 19 Betten. Das Gebäude wurde im zweiten Weltkrieg durch Luftangriffe erheblich zerstört, so daß heute nur noch ein Teil übriggeblieben ist.

Nach der Ablehnung des Neubauprojektes der Frauenklinik durch den Landtag 1881 wurde von Prof. Schatz zusammen mit dem Baurat Daniel eine neues Projekt erarbeitet. Um der Regierung entgegenzukommen, wurde der Kostenaufwand möglichst niedrig gehalten und mit 594 409 Mark angegeben. Als Bauplatz war ebenfalls der Garten von Schatz vorgesehen. Als Gründe für den Neubau und als Argumente gegen die Rekonstruktion der

alten Klinik wurden von Baurat Daniel folgende Fakten angeführt:

- die Rekonstruktion der alten Klinik wäre nur eine Behelfslösung
- günstige Lage des neuen Bauplatzes auf einer Erhebung mit freier Umgebung,
- Lage der alten Klinik inmitten von alten Gassen mit Lärmbelästigung
- infizierter Boden im Bereich der bisherigen Entbindungsanstalt.

Nachteilig für den geplanten Standort seien die Nähe der Bierbrauerei mit ihren hohen Schornsteinen und der

durch die Böttchereien entstehende Lärm. Die Mehrkosten für den Neubau lägen nur 51 409 Mark über den Kosten für die Rekonstruktion der alten Klinik. Der Regierung wurde dringend empfohlen, das Projekt anzunehmen, wobei gleichzeitig darauf hingewiesen wurde, daß sich ein billigerer Bauplatz in der Kröpeliner-Tor-Vorstadt nicht finden ließe. Der Preis für den Bauplatz belief sich auf 84 450 Mark, und zwar für den Gartenteil des Rentiers Voß 225 Mark pro Quadratmeter und für den Garten von Prof. Schatz 125 Mark pro Quadratmeter einschließlich der darauf befindlichen Villa. Es sei auch ein Vorteil für die Medizinstudenten, daß die neue Lehranstalt in der Nähe des Stadtkrankenhauses liege.

In der Presse wurden die Meinungen von kompetenten Vertretern der Öffentlichkeit publiziert:

Baumeister Rizze (Ribnitz): Nachweis der Notwendigkeit unwiderleglich geführt. In der jetzigen Entbindungsanstalt stehen die Betten sogar auf dem Korridor, da Überfüllung der Säle. Im Interesse des weiblichen Geschlechts ist ein Neubau denselben nicht vorzuenthalten.

Steuer (Niekrenz): Bauplatz scheint ungeeignet, da Lärmbelästigung durch den Bierkeller. Ich bitte den Vorschlag abzulehnen.

Landrat von Plüskow (Kowal): Ich versichere Sie, die Eisenbahnen sind nicht so nützlich wie dieses Institut.

Baumeister Dahse (Güstrow): Wenn Plüskow dafür stimmt, so ist das ein Beweis, daß diese Sache wirklich der Förderung wert ist.

Baumeister Dr. Giese (Rostock): Ich bitte dem Antrag des Comitte zuzustimmen, da ein geeigneter Bauplatz nicht zu finden ist. Die Forderung für den Garten von Prof. Schatz ist eine geringe.

Im weiteren Verlauf des Tauziehens um Kosten und Bauplatz setzten sich 1882 vor allem jene Kräfte durch, die die Klinik an einer anderen Stelle errichtet haben wollten und durch ein endloses Inspizieren, Berechnen und Diskutieren das Vorhaben beinahe zu Fall brachten. Der am 19. Dezember 1882 in Malchin tagende Landtag bewilligte 500 000 Mark aus dem Fonds der französischen Kriegskontribution für die Errichtung des geburtshilflichen Instituts unter der Bedingung, daß ein anderer geeigneter Bauplatz als der an der Rostock-Doberaner-Chaussee in Aussicht genommen und gewählt werde.

Diesem Beschluß der Stände ging ein Schreiben vom 27. November 1882 des Staatsministers Graf von Bassewitz an den Staatsrat von Bülow in Malchin voraus. In diesem Schreiben wird festgestellt, daß der Standort der alten Entbindungsanstalt wegen der Fäulnis des Bodens ungünstig ist. Es wird den getreuen Ständen vorgeschlagen, das Projekt des Neubaus finanziell zu bewilligen, da

1. nach der Ansicht von Luckow dieses Projekt das günstigste ist,
2. die Vorverhandlungen über die Preise des Grundstücks abgeschlossen sind und diese Verträge erlöschen, wenn auf dem Landtage nicht für den Neubau entschieden wird,
3. das alte Gebäude verkauft werden kann und der Erlös desselben dem zu bildenden Fonds eingezahlt wird,
4. mit dem Bau könnte man dann im Frühjahr 1883 beginnen und nach etwa 3 Jahren beenden.

Schon zuvor am 21. November 1882 zirkulierte im Staatsministerium ein Rundschreiben von Dr. Buchka, der sich auch für das Neubauprojekt aussprach. Der Landtag hielt sich jedoch nicht an diese Empfehlungen. Er genehmigte lediglich die 500 000 Mark für den Neubau einer Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe, aber unter der Bedingung, daß der Bau an einem anderen Platze ausgeführt werden solle. Damit sollten auch die Kaufverträge mit Professor Schatz und dem Rentier Voß aufgehoben werden, denn dieser ursprüngliche Standort wurde ja nun nicht mehr benötigt. Nach dem Landtag beklagten sich von Bassewitz und von Bülow beim Großherzog, daß der Landtag nicht von seiner Forderung abgehe, einen anderen Bauplatz zu wählen, obwohl ihm klargemacht wurde, daß ein anderer Platz nicht zu finden sei. Daraufhin bedauerten die Stände, von der Bedingung des anderen Bauplatzes nicht zurücktreten zu können. Die Durchsetzung des Bauvorhabens trat damit in eine neue Phase, das Ringen um den günstigsten Standort.

Im Sinne einer Denkschrift muß das vom Vizekanzler der Universität Dr. von Liebeherr am 26. Januar 1883 unterzeichnete Schreiben betrachtet werden, der sich hierin für das Projekt von Schatz ausspricht. Es wird daran das Für und Wider von anderen Bauplätzen erörtert: Zunächst bezieht sich von Liebeherr auf einen Bedingungskatalog für Klinikneubauten, der in der ursprünglichen Fassung von Degen erarbeitet wurde und von Schatz vorgelegt wird.

Dieser enthält folgende Forderungen:

- Eine solche Anstalt soll unter keinen Umständen in einer geschlossenen Häuserfront errichtet werden.
- Jeder Platz ist auszuschließen, dem sich ein ansteigendes Terrain anschließt.
- Der Platz muß absolut eben sein und sich auf freiem Untergrund befinden.
- Die Nähe eines Sees oder Sumpfes ist zu vermeiden.

Weiter gibt von Liebeherr zu bedenken, daß der Platz nicht zu weit von den anderen medizinischen Einrichtungen entfernt stehen darf, weil die Entfernung zu dem übrigen poliklinischen Betrieb bedeutsam ist. Nach den oben genannten Richtlinien werden nun die einzelnen Bauplätze analysiert (Abb. 5):

- Platz an der Oberbleiche (a): zu weit entfernt vom Stadt Krankenhaus
- Platz gegenüber der Georgsstraße (b, c): kollidierte mit geplanter Eisenbahn
- Zelkscher Garten (d): zu weit entfernt vom Stadt Krankenhaus
- Platz (e) zwischen Pütterweg und Ludwigstraße: zu schmal. Außerdem ist er anstößig, da die Bewohner durch die Fenster Einblick in die Klinik haben.
- Das Tivoligrundstück und das Bellevuegrundstück: beide werden zum Kauf angeboten, liegen aber zu weit entfernt vom Krankenhaus.
Das Tivoligrundstück läge zudem in zu geräuschvoller Umgebung.

Insgesamt werden 13 Plätze unter dem Gesichtspunkt einer optimalen Lösung untersucht. Der Aufsatz schließt mit dem Ergebnis, daß der Voß'sche Garten zwischen der Doberaner Chaussee und dem Bramowweg (h) den vorangestellten Bedingungen am besten entspricht, allerdings darf dann die dritte Brauerei nicht errichtet werden.

Aufgrund der Denkschrift von Dr. von Liebeherr entschied die Abteilung für Medicinal-Angelegenheiten des Mecklenburgischen Staatsministeriums, einen Lokaltermin durchzuführen. Dieser fand am 8. Februar 1883 statt. Zur Besichtigung erschienen von Bülow, Daniel, von Liebeherr und Luckow. Die Besichtigung endete mit dem Resultat, daß der Zelksche Garten und der hinter der Georgsstraße liegende Platz in weitere Erwägung zu ziehen seien. Der Garten des Rentier Voß sei jedoch mit den von den Ständen gestellten Bedingungen nicht vereinbar. Dr. von Liebeherr verhan-

deltete anschließend mit dem Gärtner Zelk, der jedoch das ganze Grundstück nicht abgeben wollte und auch den Kaufpreis für das Grundstück nicht nannte. Den verbleibenden Platz schätzte Liebeherr jedoch als zu klein ein und auch als ungünstig wegen des sumpfigen Untergrunds. Am 14. Februar 1883 berichtete der Vizekanzler der Abteilung für Medicinal-Angelegenheiten über die Situation. Zur gleichen Zeit teilte der Bürgermeister Simonis dem Schweriner Amt mit, daß das gegenüber der Georgsstraße liegende Land wegen des geplanten Baus der Eisenbahn unverkäuflich sei.

Um dem Neubauprojekt mehr Nachdruck zu verleihen, ließ von Buchka im Staatsministerium in Schwerin am 6. März 1883 ein neues Schreiben zirkulieren, in dem die Stände noch einmal aufgefordert werden, den Plan von Schatz zu akzeptieren. Er nannte dafür folgende Gründe:

- der Erlös der alten Entbindungsanstalt werde schätzungsweise 40 000 bis 50 000 Mark betragen
- der Lokaltermin habe ergeben, daß die beiden anderen Plätze aus verschiedenen Gründen für einen Neubau nicht in Frage kommen
- der Rentier Voß habe sich bereit erklärt, inzwischen nicht zu verkaufen und den Verkauf bis Herbst 1883 hinauszuschieben.

Das Schreiben endet mit der Bemerkung, daß den Ständen klargemacht werden muß, es gäbe keinen besseren Platz. Bis zum Mai 1883 muß es aber einige nicht dokumentierte Auseinandersetzungen zwischen den Ständen und dem Staatsministerium gegeben haben, denn von Buchka richtet im Mai eine Anfrage an den Magistrat in Rostock, ob nicht doch der Platz an der Georgsstraße käuflich zu erwerben sei. Darauf erwidert am 2. Juni 1883 Bürgermeister Simonis, daß dieser Platz nicht in Frage komme, da er für den Bahnhof reserviert bleiben müsse. Während die Gespräche über einen geeigneten Bauplatz weitergeführt werden, gehen Landbaumeister Luckow und Baurat Daniel davon aus, daß der Garten von Voß als Bauplatz abgelehnt wird. Luckow gestaltet das erste Projekt von Schatz vom 6. September 1880 um, indem das Gebäude einen längeren Grundriß erhält. Dieser Entwurf des veränderten Projektes wird am 14. Juli 1883 dem Staatsministerium zugeleitet. Die Situation tendiert nun eindeutig gegen den Bauplatz an der Doberaner Chaussee. Wie von Buchka am 1. August 1883 dem Vizekanzler von Liebeherr mittelt, gehen die Stände nach wie vor nicht von ihrer Bedingung ab. Von Liebeherr möchte sich bitte

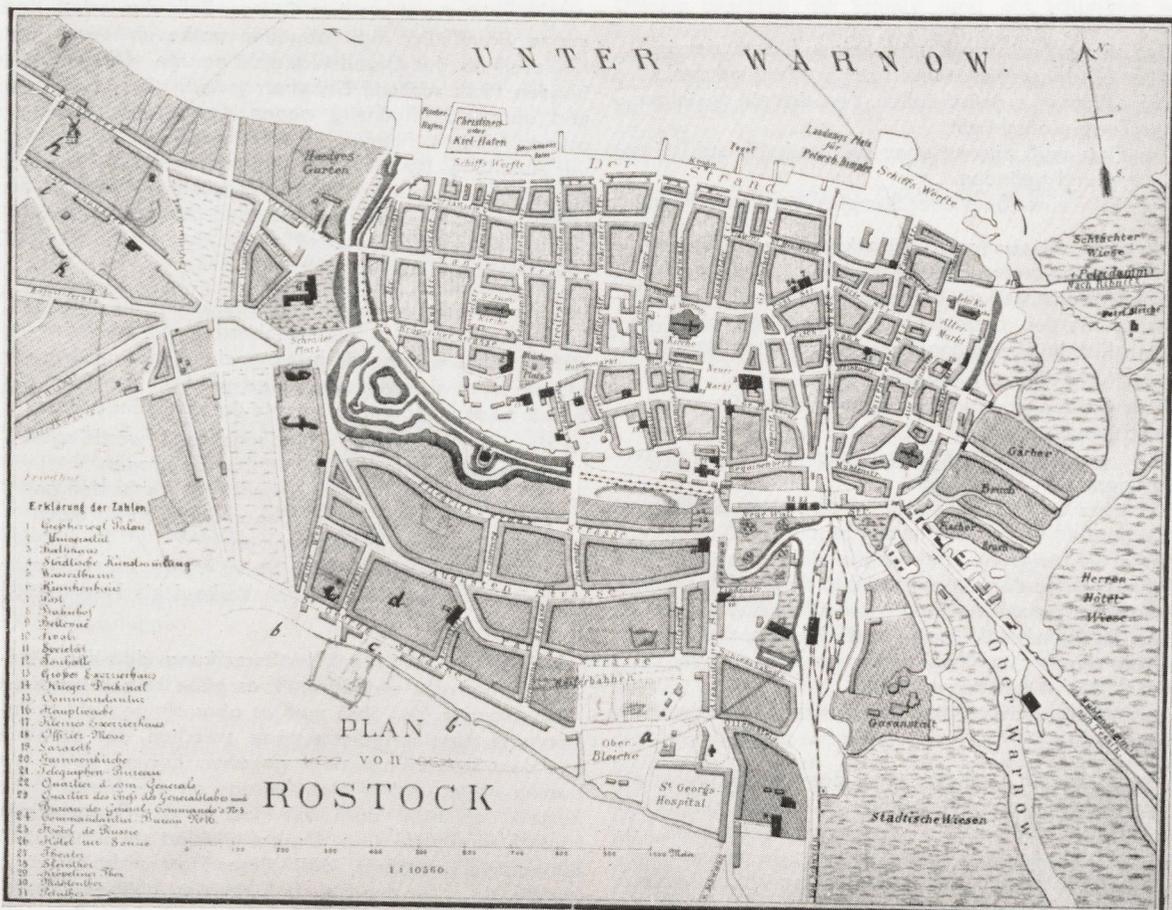


Abb. 5: Stadtplan von Rostock mit der Einzeichnung einiger in Frage kommender Bauplätze für die Frauenklinik

weiter mit Prof. Schatz beraten. Danach ist es wiederum von Liebeherr, der am 8. Oktober 1883 dem Ministerium couragiert seine und sicherlich die Auffassung von Schatz entgegenhält. Er bewertet den hauptsächlich ins Auge gefaßten Bereich an der Georgsstraße bis Obere Bleiche folgendermaßen: Der Platz ist zu isoliert, 20 Minuten Fußweg sind für die Studenten zuviel. Auch Professor Thierfelder ist gegen diesen Ort. Mit Rücksicht auf die Poliklinik sei dieser Platz ungünstig, da die meisten Kranken aus der Arbeiterbevölkerung in der Vorstadt kämen. Der Baugrund in der Umgebung der Oberbleiche sei zu niedrig, der Platz an der Georgsstraße müsse nach Absprache mit Bürgermeister Simonis außer Betracht bleiben. Prof. Schatz weist noch einmal das Ministerium darauf hin, daß für Klinikbauten bestimmte Bedingungen eingehalten werden müssen und bittet das Ministerium bei Degen über diese Voraussetzungen nachzulesen.

Auch das schien als Begründung noch nicht auszureichen. Die Abteilung für Medicinal-Angelegenheiten in Schwerein richtet am 16. Oktober 1883 an die Medizinalkommission Rostock die Bitte, eine nochmalige Prüfung der Bauplätze vorzunehmen. Auf diese gestellte Anfrage erwiderte die Medizinalkommission zu Rostock mit einer „erachtlichen Äußerung“:

1. Keiner der beiden Plätze (Georgsstraße, Garten Zelk) ist geeignet zum Bau einer gynäkologischen Anstalt.
2. Nach Ansicht der Kommission scheint der Voß-Schatz'sche Platz am günstigsten zu sein.

Nun war wohl der Punkt erreicht, an dem das Staatsministerium zu der Einsicht gelangte, daß keine optimalere Variante als der Bauplatz an der Doberaner Chaussee für den Klinikbau gefunden werden konnte. Hermann von Buchka stellt in einem Bericht an die Landtagskommissarien Graf von Bassewitz und Staatsrat Dr. Wetzel in Sternberg fest, daß sorgfältige Nachforschungen ergeben hätten, daß kein anderer Platz möglich wäre als der oben genannte. Von den in der Nähe liegenden Brauereien und Böttchereien seien keine entscheidende Nachteile zu befürchten. Die Entbindungsanstalt solle auf dem ganzen Voß'schen Garten errichtet werden. Der Garten von Prof. Schatz könne als botanisches Institut dienen. An die Stände ergeht die Bitte, die Bedingungen zu ändern und die Mittel für den Bau bereitzustellen.

Am 29. November 1883 kann Vizekanzler von Liebeherr der Abteilung für Medicinal-Angelegenheiten mitteilen, daß die Kaufverträge mit Schatz und Voß abgeschlossen

sind. Eine Abminderung der Kaufsumme auf 100 000 Mark sei ihm jedoch nicht gelungen. Als Anlage übersandte von Liebeherr die Abschrift des Kaufvertrages mit Fritz Voß. Der Kaufvertrag enthält im wesentlichen folgende Formulierungen:

1. Voß verkauft an das Großherzogliche Ministerium Villa und Hof nebst Garten und sonstigen Zubehör, auch Gas- und Wasserleitung.
2. Der Kaufpreis beträgt 108 000 Mark. Die Übergabe des Grundstückes geschieht Neujahr 1884. Die Auszahlung des Kaufpreises erfolgt im Antonii termini 1884. Der Verkäufer übernimmt die Garantie, daß das Grundstück unbelastet ist. Der Verkäufer kann bis Ostern 1884 in der Villa wohnenbleiben.

Die sich nun beschleunigt abwickelnden administrativen Vorgänge konnten erfolgen, weil der am 5. Dezember 1883 einberufene Landtag den Neubau nun bedingungslos genehmigte. Weiterhin erklärten sich die Stände bereit, 500 000 Mark aus dem französischen Kriegskosten-Erschädigungsfonds zu bewilligen. Diesen Betrag sollte die Großherzogliche Renterei vorschießen.

Am 14. Dezember 1883 werden dem Landbaumeister Lückow die endgültigen finanziellen Dispositionen vorgegeben und damit die bisherigen Entwürfe zur Überarbeitung zurückgesandt. Das Finanzbudget legt fest:

- 500 000 Mark und die Mittel aus dem Verkauf der alten Anstalt sind für den Neubau zu verwenden. Der Wert des Altbaus beträgt ungefähr 45 000 Mark somit ergeben sich 545 000 Mark. Demgegenüber stehen von vornherein Kosten im Betrag von 108 000 Mark für die Kaufsumme 18 000 Mark für das Inventar 126 000 Mark insgesamt.

Die Umzugskosten von der ehemaligen Entbindungsanstalt in die neue Klinik werden auf 2 000 Mark berechnet. Insofern bleiben für reine Baukosten 417 000 Mark. Der Bauplan sei so einzurichten, daß unter Verwendung der auf dem Voß'schen Grundstück stehenden Gebäude die o. g. Summe nicht überschritten wird.

- Über die Grundstücksgrenzen sind neue Festlegungen zu treffen
- Es ist nach Möglichkeiten zu suchen, ob Einsparungen an der Fläche möglich ist.
- Das Optimum zwischen bebauter Fläche und Baukosten ist zu errechnen.

Mit diesen finanziell recht eingeschränkten Möglichkeiten wird Landbaumeister Luckow beauftragt, einen neuen Bauplan zu erarbeiten, wobei die von Prof. Schatz gestellten Anforderungen an ein modernes Klinikgebäude zu beachten seien.

Aus den verfügbaren Quellen ist also festzustellen, daß 2 Jahre vergehen mußten, bis die Stände des Großherzogtums Mecklenburg-Schwerin überzeugt werden konnten, daß der Platz an der Doberaner Straße am besten geeignet war. Bei der Durchsetzung des Neubauprojekts haben sich neben Prof. Schatz besonders der Vizekanzler Dr. von Liebeherr und Dr. Hermann von Buchka engagiert. Diese drei Männer hatten offensichtlich den Überblick über die Gesamtproblematik eines klinischen Neubaus und durch ihr Beharrungsvermögen konnte schließlich der Plan durchgesetzt werden. Daß von der Regierung versucht wurde, die Kosten möglichst gering zu halten, ist auf den permanenten Geldmangel für Profombauten im Großherzogtum zurückzuführen. Warum jedoch die Diskussion um das Baugelände solange geführt wurde, nachdem bereits die Mittel im Dezember 1882 bereitgestellt worden waren, ist nicht zu verstehen.

Ein neues Jahr brach an und am 2. Januar 1884 trafen sich im Hause des Herrn Rentier Fritz Voß in der Doberaner Chaussee 55 die Herren Dr. von Liebeherr und der Landbaumeister Luckow zum Zwecke der „Traktion“. In einer von Rechtsanwalt H. Roeper beglaubigten Urkunde wird folgendes festgelegt:

- Die Stadt hat auf das Vorkaufsrecht verzichtet.
- Rentier Voß gestattet, ein großes Zimmer für das Baubüro zu beziehen.
- Herr Voß kann zunächst im Hause weiter wohnenbleiben für einen Mietpreis von 75 Mark.
- Der Zugang zum Hause erfolgt vom Patriotischen Weg.

Kurze Zeit später bat der Rentier Voß die Großherzogliche Renterei in Schwerin, die Abkaufsumme möglichst bald zu erhalten. Jedoch müssen Nachprüfungen bis zum 11. April 1884 ergeben haben, daß das Grundstück doch mit 30 000 Mark belastet war. So wurde Voß aufgefordert, dieses Geld selbst zu beschaffen, anderenfalls würde er nur 7 000 Mark bekommen. Am 16. Januar 1884 konnte die Renterei in Schwerin angewiesen werden, den Betrag von 78 000 Mark an Voß auszuzahlen. Dem Baubeginn schien damit nichts mehr im Wege zu stehen.

Landbaumeister Luckow kann am 14. Januar 1884 der Abteilung für Medizinalangelegenheiten einen Situationsplan der beiden neu zu errichtenden Institute, der Frauenklinik und der Botanischen Lehranstalt, vorlegen. Weiter teilt er mit:

„Die Grenze des vormals Voß'schen und des Mühlengrundstückes versucht der Herr Prof. Schatz noch etwas weiter hinauszurücken, da die Stadt Besitzerin eines 8 Fuß breiten Streifens längs derselben ist. Die Erwerbung wäre insofern günstig, als dann das Anstaltsgebäude mitrücken könnte und kein so großes Stück von dem Botanischen Garten in Anspruch nehmen würde.

Es wird, wie der Fall jetzt liegt, die ganze schöne Planlagenerhöhung dem Anstaltsgebäude weichen müssen und es wäre ein Widerspruch des Herrn Prof. Göbel gegen diese Vernichtung nicht leicht zu beseitigen. Es sind die Grundrisse der projektierten Baulichkeit in den Situationsplan eingetragen, der das Anstaltsgebäude zeigt, das Parterregeschoß, die übrigen Stockwerke sind besonders aufgetragen und es liegt ein Verzeichnis sämtlicher Lokalitäten bei“.

Weiter ist ein Vorschlag von Prof. Schatz beigefügt, der eine Verstärkung der inneren Korridormauer wünscht sowie eine Zeichnung mit Luftzuführungskanälen, welche in den Anschlägen zum ersten Projekt ganz übersehen wurden sowie der Vorschlag von Schatz über das Anbringen von Fenstern über den Türen zu den Krankenzimmern.

Diese Pläne bilden die Grundlage für eine am 18. Januar 1884 stattfindenden Konferenz, an der Prof. Schatz, der Vizekanzler Dr. von Liebeherr und der Landbaumeister Luckow teilnahmen. Es ging um konkrete Terminvorstellung für den Baubeginn, um Absprachen mit anderen Architekten und um weitere Einsparungen. Für den Herbst 1884 plante man den Baubeginn. Die Hilfe der Architekten Dehn aus Rostock, Wildfang aus Klein Upahl und Pentz aus Neustrelitz sollte in Anspruch genommen werden. Luckow wurde autorisiert, das Baumaterial zu beschaffen. Für die Kontrolle der Bauausführung in Rostock wurde Baumeister Gaster vorgeschlagen. Professor Schatz wurde Einfluß auf die Baudetails eingeräumt, Einsicht in die Pläne und Zutritt zum Bauplatz gestattet. Das Verschieben des Baues an das Mühlengrundstück wurde besprochen. Die im ersten Projekt vorgesehene Zentralheizung wurde gestrichen und für jeden Raum eine spezielle Heizung vorgesehen.

Dr. von Buchka erklärte sich am 22. August 1884 mit diesen Vorschlägen einverstanden und empfahl die Einrichtung einer eigenen Baukommission sowie das Verhältnis Schatz und Luckow zu präzisieren. Ab 22. Februar 1884 wurde noch ein Mietvertrag zwischen Voß und dem großherzoglichen Eigentümer abgeschlossen, in dem festgelegt wurde, daß Voß vom 1. Mai bis 31. Oktober 1884 die Villa zu einem Quartalspreis von 225 Mark mietet und daß das Baubüro im Eßzimmer der Villa eingerichtet wird.

Trotz der Begrenztheit der Mittel und schon vorgenommener baulicher Einschränkungen verlangte das Schweriner Finanzministerium am 19. Dezember 1884 von der Abteilung für Medizinalangelegenheiten, die durch Kostenanstieg bedingte Summe von 468 000 Mark auf 449 000 Mark zu reduzieren und nach Möglichkeiten zu suchen, weitere Einsparungen vorzunehmen.

Zur Ausarbeitung der einzelnen Zeichnungen und Grundrisse bittet Landbaumeister Luckow am 11. März 1884 um Anstellung des Maurermeisters Ernst Ehlers, der für seine Arbeit 4 Mark pro Tag verlangt. Trotzdem reicht diese Hilfe nicht aus, denn drei Tage später muß Luckow eingestehen, daß die Pläne bis zum 16. Juni 1884, der als Termin für die Fertigstellung festgelegt wurde, nicht fertig werden könnten. Darauf reagierte Baurat Daniel sehr unwirsch, denn er forderte vom Landbaumeister einen festen Termin zur Fertigstellung und die Angabe über benötigte Hilfeleistung. Prof. Schatz blieb ebenfalls nicht untätig. Er wünschte eine Erhöhung der Stockwerke von ursprünglich 3,30 m auf 3,50 m im Parterre und von 4,00 m auf 4,50 in der ersten Etage. Diese Forderung wurde jedoch nicht genehmigt.

Zur Frage des Ankaufs von Baumaterial teilte Luckow am 31. März 1884 der Abteilung für Medizinalangelegenheiten mit, daß Heinrich Harms aus Sievershagen Feldsteine frei Bauplatz, die Bank für 85 Mark oder den Kubikmeter für 3,50 Mark liefern kann. Dieses Angebot sei so günstig und billig, daß man darauf eingehen solle.

Luckow kann endlich am 4. April 1884 mitteilen, daß die Zeichnungen bis Ende Juli fertig würden. Auch über den von Prof. Schatz beantragten 8 Fuß breiten Streifen entlang der Doberaner Straße wird am 29. August 1884 entschieden und dieses Gelände angekauft. Der letzte aktenmäßige Bericht zum Baugeschehen liegt von Luckow vor, der im Ministerium anfragt, ob die Bäume auf dem Bauplatz gefällt werden können und der Erlös aus dem Verkauf der Baumstämme der Baukasse zugeführt werden

kann. Zusätzlich wünscht er die Einfriedung des Bauplatzes zur besseren Bewachung der Arbeiter und die Errichtung eines Leichtmaterialschuppens zur sicheren Unterbringung von Baumaterial. Das Fällen der Bäume wird genehmigt, die Einfriedung des Bauplatzes wird als nicht notwendig erachtet.

So entsteht zwischen Herbst 1884 und Ostern 1887 die neue Klinik in der Doberaner Straße 142 inmitten der Arbeitervorstadt Rostocks. Über den Bauverlauf gibt es keine weiteren Berichte.

Am 13. April 1887 wird die Klinik dann mit einer Kapazität von 80 Betten an Professor Schatz übergeben (s. Titelblatt). Sie besteht aus dem in Backsteinrenaissanceformen errichteten dreistöckigen Hauptgebäude, dem Maschinenhaus, dem Wasch- und Desinfektionshaus und dem Isolierhaus. Die Klinik liegt auf der höchsten Stelle der Stadt, so daß man von den oberen Geschossen einen freien Blick nach allen Seiten hat. Die Gesamtlänge des Gebäudes beträgt 115 m, die sich auf 3 um je 120° gegeneinander abgewinkelte Flügel aufteilt. Der erste Flügel liegt parallel zur Doberaner Straße in Richtung Südwest, der mittlere Trakt nach Südosten und der dritte Flügel nach Osten. Zwischen den Flügeln liegt jeweils ein turmartiger Zwischenbau, in welchem sich sechseckige Räume befinden. Die Tiefe des Gebäudes beträgt nur 10,5 m (Zimmer 6 m - Korridor 3 m, Wände 1,5 m). Der Korridor zieht sich rings auf der Innenseite des offenen Hufeisens herum. Nach dem Hof liegen je am Ende des Ost- und Westflügels sowie in der Mitte ein Anbau, der Treppenhäuser, Toiletten, Badezimmer usw. enthält. Dadurch, daß jeder der 3 Flügel eine eigene Treppe, eigene Sanitär- und Nebenräume hat, besteht das ganze Gebäude aus 9 gleichartigen und für sich abschließbaren Abteilungen, die jeweils 4 zweifensterige und 2 einfensterige Zimmer enthielten.

Im Erdgeschoß befanden sich die Küche und andere Wirtschaftsräume und Wohnungen für das Personal; im I. Stock Zimmer für Assistenten und Praktikanten, die Poliklinik, Auditorium und andere Lehrräume und die Direktorwohnung. Im II. Stock (Abb. 6) waren Operationsaal, Krankenzimmer, Zimmer für Hebammen und Hebammenschülerinnen untergebracht, und im III. Stock die Entbindungsräume, die Schwangerensäle und Wöchnerinnenzimmer. Weiterhin befanden sich im III. Stock ein Operationsaal für Bauchschnitte und 2 Zimmer für Operierte. In der neuen Klinik konnten auch sog. Hausschwangere untergebracht werden (Abb. 7).

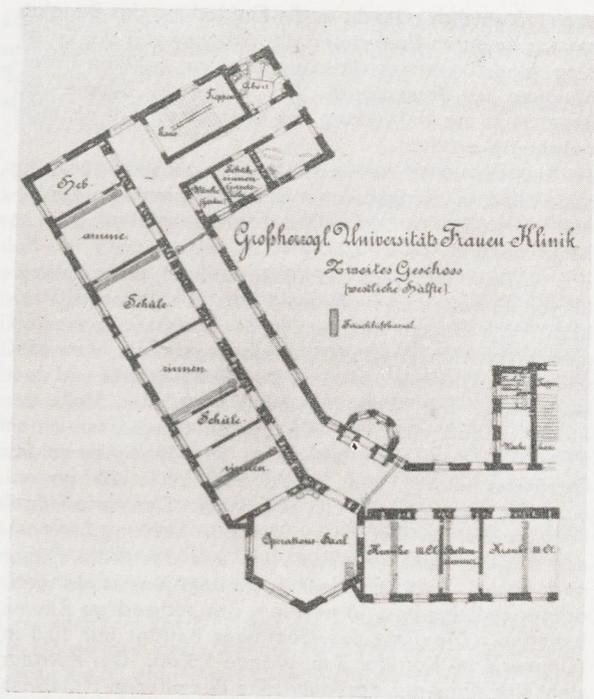


Abb. 6:
Grundriß des Südwestflügels, 2. Geschöß

Die septische und Isolierstation war von der Klinik getrennt in der ehemaligen Voß'schen Villa untergebracht, die für diese Zwecke umgebaut worden war. Schon bei Inbetriebnahme war wegen der Weitläufigkeit des Baues ein Klingelsystem in den Patientenzimmern installiert worden. In jeder Abteilung waren je zwei glasierte Tonröhren eingebaut, durch die die Schmutzwäsche in die mit fließendem Wasser versehenen Wäschebottiche im Erdgeschoß abgeworfen werden konnte.

3 Aufzüge verbanden die Etagen: 1 Bettenaufzug, einer für Speisen und einer für Feuerungsmaterial.

Das Wasser für die oberen Etagen mußte wegen der hohen Lage des Gebäudes durch Dampfmaschinen in Bassins auf dem Dachboden gepumpt werden. Wasserzapfstellen waren nur in wenigen Wohnräumen sowie in den 5 an

635

Mulag. 9.

Ordnung
An die *Behörden*
des Großherzogthums Mecklenburg-
Schwerin.

Durch die Munificenz der hohen Großherzoglichen Regierung ist die unterzeichnete Direction der Hebammenlehranstalt zu Rostock in den Stand gesetzt worden, von jetzt ab schwangere Frauen und Mädchen während der letzten Zeit der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes ganz ohne Entgelt zu verpflegen. Sie knüpft deshalb die Aufnahme von schwangeren Frauen und Mädchen in Zukunft nur an folgende Bedingungen:

- 1) Die Transportkosten zu und von der Anstalt müssen von der *Geburts* Behörde getragen werden.
- 2) Die aufzunehmenden Mädchen und Frauen müssen die aller nöthigste Wäsche für sich und das Kind mitbringen, oder diese wird hier auf Kosten der *Geburts* Behörde gekauft.
- 3) Mädchen oder Frauen, welche während der letzten Zeit der Geburt oder gar nach Vollendung derselben eintreffen, werden nicht unsonst, sondern nur gegen die früheren Gebühren aufgenommen.
- 4) Jede Aufzunehmende muß vorher bei der unterzeichneten Direction angemeldet werden, und muß in der Anmeldung immer die Zeit der Schwangerschaft wenigstens ungefähr angegeben sein.

Die Antwort, ob die Aufnahme resp. zu welcher Zeit sie geschehen kann, wird umgehend erfolgen. — Nur solche, deren Geburt in den nächsten 1—2 Wochen zu erwarten steht, können bis auf Widerruf auch ohne vorherige Anmeldung Aufnahme finden.

Die Direction
der Großherzoglichen Hebammenlehranstalt
zu Rostock.
Prof. Dr. Schay.

Abb. 7:
Schreiben der Direction der Großherzoglichen Hebammenanstalt an die Behörden des Großherzogtums über die Aufnahme von Hausschwangeren

der Hofseite angebauten Nebenräumen — im Klinikjargon „Wasserlöcher“ genannt — angebracht. Die Sielanlage war offensichtlich falsch konstruiert, denn es kam nach Aussagen von Schatz oft zu starken Geruchsbelästigungen. Das Gebäude hatte, ebenfalls aus Kostengründen, keine Zentralheizung. Dafür wurden Öfen installiert, die mit insgesamt 20 000 Mark nur ein Viertel der Kosten einer Zentralheizung erforderten. Diese Heizung funktionierte nach dem Prinzip der Pfälzer Füllöfen, in denen Luft von außen angesaugt, erwärmt und in das Zimmer abgegeben wurde. Die Luft trat an der Außenwand des Gebäudes durch Kanäle ein, deren Öffnungen mit Rosetten verkleidet waren. Schatz läßt sich in einem Artikel [8] ausführlich über die Funktion dieser Heizung aus und zeigt damit, daß er diesem Problem beim Bau große Beachtung schenkte. Die noch heute über den Türen angebrachten Kippfenster gehen ebenfalls auf eine Forderung von Schatz zurück. Sie sollten zur Lüftung im Sommer dienen, ohne daß die Patientinnen durch Zugluft belästigt wurden. Im Winter erfolgte die Belüftung über die Ventilationsöfen. Ebenfalls war nach der Fertigstellung keine elektrische Beleuchtung vorhanden. Offensichtlich wurde Gas zur Beleuchtung verwendet.

Trotz der finanziellen Schwierigkeiten beim Bau entstand eine räumlich großzügige Klinik, in der heute einschließlich des aufgestockten Dachgeschosses und des westlichen Anbaues von 1935/36 192 erwachsene Patientinnen untergebracht sind. Man muß Friedrich Schatz und den Baumeistern eine vorausschauende Weitsicht zusprechen. Mögliche Erweiterungen waren bewußt eingeplant. So schreibt Schatz 1901 [8]: „Diese vielfache Einleitung des Gebäudes ist nicht nur nötig wegen der augenblicklichen Bedürfnisse, sondern auch für wechselnde Dispositionen späterer Direktoren und für zukünftige Bedürfnisse, die jetzt noch nicht zu übersehen sind“.

Die damaligen Möglichkeiten zur Desinfektion werden wie folgt beschrieben [8]: „Das Waschen geschieht in einem isoliert liegenden mit Dampftrockenvorrichtung versehenen Wirtschaftsgebäude, und zwar mittels einer sehr zweckmäßig arbeitenden zylindrischen Waschmaschine und mit Dampfbetrieb. Der Dampfkessel versorgt außerdem noch einen Desinfektionsapparat nach dem Prinzip von Schimmel, welcher ein ganzes Bett aufnehmen kann. Matratzen Sofas und Lehnstühle sind durchweg so eingerichtet, daß die auf den Springfedermatratzen aufliegenden Roßhaarpolster wie ein Überzug abgenommen

und für sich desinfiziert werden können. Die Möbel sind, um leicht mit Sublimatlösung abgewaschen werden zu können, durchweg innen und außen mit Ölfarbe gestrichen. In den Zimmern ist das untere Drittel der Wände mit Emaillefarbe bestrichen, um ebenfalls abgewaschen werden zu können.

Die Poliklinik unterteilte sich in geburtshilfliche Poliklinik und ambulatorische Poliklinik. Durch die erstere wurden durchschnittlich in Stadt und Land 250 bis 300 Geburten einschließlich der Aborte pro Jahr versorgt. Die ambulatorische Poliklinik für Frauen und Kinder war täglich von 14 bis 16 Uhr geöffnet und wurde jährlich von ca. 1000 Frauen und 500 Kindern im Alter von 1 bis 2 Jahren besucht. Das entspricht einer Zahl von durchschnittlich 15 Konsultationen pro Tag.

Die finanziellen Ausgaben lagen um die Jahrhundertwende bei 55 000 Mark pro Jahr. Diese Kosten wurden zur Hälfte durch Landeszuschüsse gedeckt. Die Tagesätze für die I. und II. Klasse gehen aus Abb. 8 hervor. Die Patientinnen der III. Klasse — pro Jahr 150 bis 200 — wurden kostenlos behandelt und verpflegt (Abb. 8).

Die Hebammenschülerinnen hatten ebenfalls Gebühren zu entrichten. Neben den vom Ministerium angeordneten Gebühren wurde ein sogenannter „Hebammentaler“ erhoben, der später im Disziplinarverfahren gegen Schatz von Bedeutung war. Pro Jahr wurden zwei Hebammenlehrkurse durchgeführt, die am 1. Januar und am 1. Juli begannen und an denen je 8 bis 16 Schülerinnen teilnahmen.

Auf die Leistungen der Klinik in den 100 Jahren ihres Bestehens wird im Beitrag von Schwarz in diesem Heft eingegangen. Hier sei nur erwähnt, daß bei Eröffnung der Klinik folgendes Personal vorhanden war:

Direktor

1. Assistent

2. Assistent

Volontärarzt

4 Hebammen und wenige andere Mitarbeiter.

In den folgenden Jahrzehnten erfolgte die Einrichtung einer Anzahl neuer Funktionsräume. Außerdem wurden Erweiterungs- und Umbauten durchgeführt:

1906/07

Einrichtung eines großen und kleinen Operationsraumes, Schaffung eines Labors für mikroskopische und bakteriologische Arbeiten, Einrichtung eines

Für die Aufnahme in die Frauenklinik zu Rostock

gelten von Ostern 1887 ab bis auf Weiteres folgende Bedingungen resp. Preise.

Es werden aufgenommen und gepflegt (volle Pension incl. Medicamente und Bäder)

Classe IIIb unentgeltlich unbemittelte oder den Armenbehörden zur Last fallende schwangere Frauen und Mädchen und zwar: auch ohne vorherige Anmeldung, wenn sie während des letzten Monates der Schwangerschaft eintreffen; in früherer Zeit nur nach vorheriger Anmeldung mit Angabe der Schwangerschaftszeit und nach darauf hin ergangener zustimmender Antwort. Die Heimathsbehörden haben nur etwaige Auslagen für Transportkosten zu und von der Klinik und für die nöthigsten Kleidungs- und Wäschestücke zu erstatten, welche etwa Mutter und Kind mitzugeben sind.

" **IIIa für 1 M. täglich** wenig bemittelte oder den Armenbehörden zur Last fallende kranke Frauen und Mädchen oder Wöchnerinnen. Die Zahlung muß entweder durch Voreinzahlung oder Garantieschein einer Behörde gesichert sein.

Außer dem Verpflegungssatz von 1 Mk., bei welchem der Aufnahme und Abgangstag mitgerechnet werden, sind nur etwaige Auslagen für Transport- resp. Beerdigungskosten oder für die nöthigsten den Kranken verbleibenden Kleidungs- und Wäschestücke oder Bandagen und Instrumente zu entrichten.

Die Armenbehörden des Domaniums werden darauf aufmerksam gemacht, daß die Kosten für Verpflegung von Kranken in der Frauenklinik als einer öffentlichen Anstalt nach § 1 Nr. 2 der revidirten Domonial-Armenordnung von sämmtlichen Gemeinden und Ortschaften des betreffenden Amtes zu tragen sind.

" **IIb für 2 M. täglich** schwangere Frauen und Mädchen, welche zur Arbeit und zum klinischen Unterricht nicht herangezogen werden wollen. Aufnahme- und Abgangstag werden beide berechnet.

" **IIa für 3 M. täglich** Kranke, welche nicht ein Zimmer für sich allein beanspruchen.

" **Ib für 4 M. täglich** Kranke, welche ein einfenstriges Zimmer allein bewohnen.

" **Ia für 5 M. täglich** " " " zweifenstriges " " "

Für ein. Begleiterin (bei Cl. Ia) wird täglich 2 Mk., für eine besondere Wärterin 1 Mk. Kostgeld und 1 Mk. 50 Pf. Lohn berechnet.

Die Direction kann unter besonderen Umständen Ausnahmen von diesen Sätzen event. auch (für Cl. IIIa) freistellen gewähren.

R o s t o c k, im April 1887.

Die Direction der Großherzoglichen Universitäts-Frauenklinik
und Hebammenschule.

S t h a t.

Abb. 8:
Festlegung der
Direction der
Frauenklinik
über die
Kostensätze

- Bibliothekszimmers und Schaffung von elektrischer Beleuchtung in den Operationssälen.
- 1908/09 Einbau einer Zentralheizung, Ausbau von 3 Räumen für Hausschwangere im Dachgeschoß, Installation von elektrischer Beleuchtung in allen klinischen Räumen.
- 1909/10 Abriß der sogenannten Villa (alte Voß'sche Villa) und Beginn des Neubaus einer Dienstwohnung, die dann im Oktober 1911 durch den damaligen Direktor Professor Dr. Sarwey bezogen werden konnte.
- 1913 Ausbau des nordöstlichen Flügels des Dachgeschosses zur Unterbringung der Hebammenschülerinnen (Abb. 9)
- 1934 Beginn mit dem Anbau des westlichen Flügels und mit Rekonstruktionsarbeiten in der alten Klinik.
- Herbst 1935 Inbetriebnahme des westlichen Erweiterungsbaus. Dadurch werden neu geschaffen: Poliklinik, Röntgenstation, Hörsaal, Kurssaal, 3 neue Labors, neue Arztwohnungen, Aufenthalts- und Frühstücksräume für das außerhalb der Klinik wohnende Personal. Im Keller wurden ein neues Kesselhaus, ein Verbrennungsofen und eine Trafostation eingerichtet. Die Bettenzahl wurde um insgesamt 60 erhöht, so daß sie zu diesem Zeitpunkt insgesamt 112 betrug.
- Juni 1936 Die Rekonstruktion der alten Klinik ist abgeschlossen. Dadurch wird eine neuer septischer OP geschaffen und andere Funktionsräume modernisiert.
- August 1936 Inbetriebnahme eines neuen Waschauses für die kleine Wäsche der 3 Kliniken.
- 1939/40 Schaffung einer Zentralküche für alle 3 Kliniken in der Doberaner Straße.

Infolge der steigenden Patientenzahlen und der offensichtlichen Verschiebung von der Hausgeburtsilfe zur Klinikgeburtsilfe macht sich die Erhöhung der Bettenzahl erforderlich. So hat die Klinik 1937 insgesamt 180 Betten.

Das ärztliche Personal besteht aus dem Direktor, einem Oberarzt, 5 Assistenten, 2 Volontärärzten und 5 Medizinalpraktikanten.

In einem Brief des damaligen Direktors Haselhorst an die Landesregierung am 22. November 1937 wird der Antrag auf eine weitere Vergrößerung der Klinik auf dem Gelände des Botanischen Gartens gestellt. Als Begründung wird angeführt, daß die Zahl der Gesamtpatienten und der Entbindungen sich erheblich erhöht hat. Auf die Leistungssteigerung in diesen Jahren wird im Beitrag von Schwarz in diesem Heft eingegangen.

Die weitere Entwicklung der Klinik insbesondere nach dem Neubeginn 1945 soll im Rahmen dieser Arbeit nicht aufgeführt werden, da sie bereits von Schwarz 1980 ausführlich dargestellt worden ist.

Die Bedeutung und der Lebensweg von Friedrich Schatz

Christian Friedrich Schatz wurde am 17. November 1841 in Plauen im Vogtland als siebentes von acht Kindern des Darmsaiten- und Geigenfabrikanten Christian Friedrich Schatz geboren. 1862 begann er mit dem Studium der Medizin in Leipzig. „Mehr durch Zufall als durch Neigung“, diese bestand zur Chirurgie, wurde Schatz 1866 Famulus bei Credé, 1867 zweiter und 1868 erster Assistent der Leipziger Frauenklinik. Im April 1871 wurde Ahlfeld sein Nachfolger, während er sich als Frauenarzt in Leipzig niederließ. In den Assistentenjahren erfolgten seine Arbeiten über den Geburtsmechanismus und die experimentellen Untersuchungen zur physiologischen Geburtskunde. Aufgrund dieser Arbeiten hegte er, ohne sich zu habilitieren, die Hoffnung, auf einen Lehrstuhl berufen zu werden. Dieser Wunsch ging tatsächlich nach 1 1/2 Jahren in Erfüllung. Als 30jähriger wurde er an die Universität Rostock berufen und übernahm als Nachfolger von Franz von Winckel 1872 die Leitung der Klinik. 1876 heiratete Schatz Eleanor Barwasser, die aus einer Hamburger Großkaufmannsfamilie stammte. Die Familie Schatz hatte 4 Söhne und eine Tochter. Seine Frau starb 1907, gerade in der schwersten Zeit seines Lebens.

1887 wurde die im wesentlichen nach Plänen von Schatz erbaute und eingerichtete Universitäts-Frauenklinik in der Doberaner Straße bezogen. Hier wirkte er bis zu seiner Amtsenthebung im Mai 1906 (Abb. 10).

Schatz war dreimal Dekan der medizinischen Fakultät und einmal von 1880 bis 1881 Rektor der Universität. Er starb am 20. Mai 1920.



Abb. 9a; Abb. 9b:

Universitäts-Frauenklinik in der Doberaner Straße nach Fertigstellung 1887 und nach Aufstockung des 4. Obergeschosses 1921

Wissenschaftlich hat Schatz fast ausschließlich auf dem Gebiet der Geburtshilfe gearbeitet. Er war einer der Hauptvertreter der physikalischen Ära der Geburtshilfe. Außer seinen Arbeiten über des Geburtsmechanismus, die in den Leipziger Assistentenjahren erfolgten, liegt sein gesamtes wissenschaftliches Lebenswerk in Rostock. Seine wissenschaftliche Bedeutung läßt sich daraus ersehen, daß sein Name im Handbuch der Geburtshilfe von Winckel 135mal erwähnt und zitiert wurde. Er war der erste, der intrauterine Druckmessungen durchführte, die noch heute als beispielhaft gelten können (siehe auch bei Klausch und Schwarz. [4] Einer seiner Schüler Prochownik schreibt im Nachruf 1920: „Mit ihm in dieser forschenden Forscherzeit (gemeint sind die ersten 10 Rostocker Jahre) zu arbeiten, war trotz seiner großen Ansprüche, trotz mancher taktischer Zusammenstöße ein wissenschaftlicher Genuß und eine Schulung fürs Leben.“ In der Gynäkologie war Schatz Autodidakt. Durch Fleiß erwarb er sich den Ruf eines guten Operators. Lange Zeit wurde der von ihm konstruierte Metranoikter für Schwangerschaftsabbrüche in höheren Monaten benutzt. Originell ist seine Konstruktion eines „Enteroptoseapparates“ für die Behandlung des Prolaps. Das dem Nachruf von Prochownik beigefügte Verzeichnis der wissenschaftlichen Arbeiten von Schatz zeugt von seiner Vielseitigkeit und Originalität sowie von seinem großen Fleiß.

Besondere Verdienste erwarb sich Schatz um die Verbesserung des Hebammenwesens und damit der Geburtshilfe

in Mecklenburg (siehe Beitrag von Straube und Wendenschuh in diesem Heft). Er soll auch einen vorbildlichen Hebammenunterricht gegeben haben. Aus diesem Grund setzte er bei den Schülerinnen kein Wissen voraus. Diesen wurden nur feste Tatsachen mit einfachen Hilfsmitteln geboten. Auch die praktische Ausbildung im Kreißsaal und im Krankenzimmer wurde von Schatz bis zu den einfachsten Verrichtungen selbst überwacht. So hat er entscheidenden Anteil an der Herausbildung eines Stammes geschulter und gewissenhafter Hebammen. Die Auswirkungen zeigten sich in der Abnahme der mütterlichen und besonders der kindlichen Mortalität in Mecklenburg. Professor Schatz war bei Inkrafttreten der neuen Hebammenordnung als Hebammenaufsichtsarzt für die Hälfte der Hebammen in der Stadt Rostock eingesetzt worden. Dieser Status hatte offensichtlich auch große Vorteile für die Geburtshilfe in der Klinik. 1886 kommt es aber offensichtlich zu Kompetenzschwierigkeiten. Der Rat der Stadt verlangt von Prof. Schatz, daß er dem städtischen Stadtphysikus unterstellt wird. Deshalb wendet sich Schatz mit einer Eingabe an die Fakultät, die diese an das Mecklenburgische Ministerium weiterleitet. Alle Meinungsverschiedenheiten werden am 3. Juni 1886 beendet, indem von Buchka mitteilt, daß eine Unterstellung von Professor Schatz unter die Aufsicht der Stadtabrigkeit und des Stadtphysikus nicht in Frage kommt.

Der studentische Unterricht von Schatz soll dagegen nicht so gut gewesen sein. Prochownik schreibt [7]: „Bei



Abb. 10:
Friedrich Schatz in jüngeren Jahren

der Belehrung der Studenten setzte Schatz — und das war nicht richtig — zuviel Denk- und Hausarbeit voraus. Drill, Systematik und Schemata lagen ihm nicht und selbst Lehrmittel, mit Ausnahme rein mechanischer, benutzte er wenig. Er versuchte sie durch plastische, lebhaftere Darstellung seiner Gedanken zu ersetzen. Er schweifete leicht vom Unterrichtsgegenstand ab, gelangte in ein mehr abseits liegendes Thema hinein und rückte nicht selten seine eigene Meinung etwas zu stark in den Vordergrund. Dadurch wurden die Vorträge sprunghaft und für den nicht schon fortgeschrittenen Kandidaten unklar. Im Gegensatz hierzu war aber sein Unterricht am Kreißbett, am Krankenbett sowie am Phantom durchaus verständlich. Er war bei Tag und Nacht, bei jeglicher zu praktischer Be-

lehrung geeigneter Gelegenheit selbst zugegen und erzog seine Studenten in erster Linie zu Geduld, der wichtigsten Tugend des Geburtshelfers, ferner zu reinlichster und peinlichster Untersuchung, besonders aber zum Erlernen äußerer Tastung und zu einem vernünftigen Konservatismus. Eingehende Berücksichtigung widmete er, mit vollem Recht für zukünftige Praktiker, der kleinen Gynäkologie. Mecklenburg, in dem die Landpraxis eine so überragende Rolle spielt, verdankt ihm eine große Anzahl besonders tüchtiger Geburtshelfer. Schatz's Examina waren wegen ihrer Strenge gefürchtet. Seine Urteile sollen jedoch gerecht, unpersönlich und lediglich von einer vielleicht übertriebenen Gewissenhaftigkeit geleitet worden sein. Was Schatz den Unterricht seiner Studenten erschwerte, war seine Eigenart, die sich nur langsam und teilweise nie an die Wesenheit der Landeskinder, die doch in überwiegender Mehrzahl seine Schüler bildeten, anpassen vermochte.

Dieselbe Eigenart — kurz sein Charakter — hat ihm auch sonst im Leben und Streben schwere Hindernisse in den Weg gelegt und Schäden zugefügt. Schon in den Leipziger Jahren lebte er für sich allein, verkehrte mit seinen Kollegen benahe nur dienstlich und war für alles Gesellschaftliche nur wenig zu haben. Im kleinen, ganz vertrauten Kreise, trat seine markante Persönlichkeit, weil er von seinem Wissen und Können etwas stark eingenommen war, scharf in den Vordergrund. Schon damals war er schwer zu überzeugen, wenn er einmal nicht auf dem richtigen Weg war. Zugleich aber war er gegenüber den Leistungen anderer reichlich kritisch und bei seinem impulsiven, lebhaften Temperament nicht mehr wählerisch in der Form des Ausdrucks. Aber stets war er aufrichtig, mitunter nun zu sehr, hielt nicht hinter dem Berg und war, wenn auch schwierig, bereit, formale Mängel anzuerkennen und wieder gut zu machen. Für Schatz erschwerend wirkte sein anezogener, etwas kräftig ausgeprägter Sparsinn. Er ist ihm viel verübelt, allzu rührig-geschäftlich und sogar als Geiz ausgelegt worden. Ganz bestimmt zu Unrecht! Nur bei solchem Sparsinn und bei kluger Ausnutzung geringer Mittel konnte in der Mitte der 80er Jahre die Frauenklinik eine für die damalige Zeit und für das Land mustergültige Gestaltung finden. Nur mit demselben Sinn ließ sich eine überaus komplizierte Verwaltung durchführen. Auch die Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie, deren Schatzmeister er von der Gründung an eine große Zahl von Jahren gewesen ist, hat unter seiner vorsichtigen Leitung sich finanziell gut entwickelt. In der Ver-

waltung der neuen Klinik ist er sicherlich eigenmächtig verfahren. Das läßt sich aus seiner etwas selbtherrlichen Auffassung vom „Direktorat“ und aus dem Bestreben alles selbst zu leiten, auch die Kleinigkeiten und Kleinlichkeiten des Betriebes verstehen und erklären.

Diese Charaktereigenschaften sind Schatz dann zum Verhängnis geworden und sind wohl die Hauptursache für die tragische Entwicklung, die im Mai 1905 begann. Wie schon erwähnt, hatte die Universitäts-Frauenklinik in Rostock als geburtshilfliche Leiteinrichtung des Großherzogtums Schwerin eine besondere Position im Vergleich mit anderen Universitätsinstituten und damit auch ihr Direktor. Diese Besonderheiten waren:

1. Die Klinik setzt sich aus der Hebammenlehranstalt, der geburtshilflichen Klinik und der gynäkologischen Klinik zusammen und stand wie die anderen Institute unter der Aufsicht des Großherzoglichen Ministeriums, Abteilung für Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten. Sie unterstand jedoch nicht der Kontrolle des Vizekanzlers der Universität. Ein besonderes Kuratorium bildete die Zwischenbehörde, die die unmittelbare Aufsicht ausübte und den jährlichen Kasensur der Anstaltskasse vorzunehmen hatte. Das wurde, wie bereits erwähnt, erst 1906 geändert.
2. Der Klinikdirektor bestimmte die Zahl der Verpflegungsklassen und den Tagessatz in den einzelnen Klassen. Dagegen waren die Erlebnisse, die die Hebamenschülerinnen bei ihrem Eintritt zu bezahlen hatten, ministeriell festgesetzt. Auch nach einer Verfügung 1872, nach der die Renterei die Haushaltsdefizite abzudecken hatte, blieb es dabei, daß der Klinikdirektor die Preissätze festlegte. Es bestand keine Vorschrift darüber, in welchen Fällen neben den Verpflegungskosten ein ärztliches Honorar verlangt werden konnte, also konnte Prof. Schatz Honorare von Privatpatienten nach Gutdünken erheben.

Nach der Anstaltsordnung war der Direktor auch Rendant der Anstalt, also für die gesamten Finanzen verantwortlich. Nach einer Instruktion von 1874 war dazu festgelegt, welche Bücher zu führen seien und daß er vierteljährliche Rechnungsauszüge und jährlich einen Generalrechnungsauszug einzureichen habe.

Der Handlungsspielraum des Direktors erweiterte sich außerdem 1896, als für den verstorbenen Kurator im Einvernehmen mit Schatz kein Nachfolger bestimmt wurde. Der Klinikdirektor mußte sich nun in finanziellen Fragen direkt

an das Ministerium wenden. Die jährliche Visitation der Anstaltskasse wurde jedoch dem Vizekanzler der Universität übertragen.

Der Anstaltsdirektor war als Rendant befugt, das Spezialrechnungswesen unter seiner Kontrolle dem 1. Assistenzarzt zu übertragen. Geheimrat Schatz hat von dieser Befugnis Gebrauch gemacht und zeitweise die Berechnung aller Ausgaben dem Assistenten überlassen, der dazu Vorschüsse aus der Anstaltskasse erhielt. 1888 beantragte Schatz jedoch bei der Vorlage des Etats 1888/96, ihm Mittel für einen geübten Berechner zu bewilligen, damit der Assistenzarzt von der Rechnungsführung entlastet werden konnte. Dem Antrag wurde durch Reskript vom 20. Mai 1888 entsprochen und der Anstaltsdirektor wählte sich zum Berechner den Aktuar der Klinik Wilhelm Schoof. Dieser sollte später Prof. Schatz schwer belasten. Der Aktuar Schoof war neben seinen Klinikaufgaben auch Bürobeamter der Medizinalkommission und dadurch wahrscheinlich überlastet. Schatz beantragte deshalb 1904, einen Mann einzustellen, der nur die Geschäfte der Klinik besorge. Das Ministerium kam zu der Überzeugung, daß es richtiger sei, den Anstaltsdirektor ganz von der Funktion des Rendanten zu entlasten und dafür einen neu einzustellenden Mitarbeiter verantwortlich zu machen. Aber die Durchführung verzögerte sich und erst am 1. April 1905 wurde der Aktuar Schoof von seinen Pflichten entbunden. Bei der Besetzung der neuen Stelle entstanden jedoch Schwierigkeiten, und es gab eine unbefriedigende Zwischenlösung, bei der offensichtlich viele Arbeiten unerledigt blieben.

Die unheilvolle Entwicklung begann im Mai 1905. Um diese Zeit — am 15. Mai 1905 — beabsichtigte der Vizekanzler der Universität die jährliche Revision der Anstaltskasse vorzunehmen. Schatz bat, sie um 2 Tage zu verschieben, da die Rechnungsbücher nicht in Ordnung seien. Er beabsichtigte, die Bücher durch den Aktuar Schoof, der am 1. April 1905 ausgeschieden war, nachträglich in Ordnung bringen zu lassen.

Die Visitation fand am 17. Mai 1905 statt. Dabei ließen sich nur die Ausgaben kontrollieren. Das Einnahmebuch war in keiner Weise in Ordnung. Über das Ergebnis berichtete der Vizekanzler am 23. Mai 1905 an das Fachministerium in Schwerin. Daraufhin wurde angeordnet, eine Revision rückwirkend bis in das Jahr 1893 durchzuführen. Im folgenden sind die weiteren Ereignisse der tragischen Angelegenheit um Friedrich Schatz chronologisch dargestellt:

25. 01. 1906 Aussprache zwischen dem Ministeral-
bevollmächtigten, dem Vizekanzler und
Schatz: es wird keine Klarheit geschaffen.
23. 03. 1906 Die Fakultät zweifelt an dem Wahrheits-
gehalt der Angaben von Schatz.
24. 03. 1906 Aussprache zwischen dem Dekan, dem
Senior der Fakultät und Schatz: Hierbei
kommt es zu heftigen Auseinandersetz-
ungen und die Vertreter der Fakultät
gehen in Unfrieden mit Schatz ausein-
ander.
25. 03. 1906 Schatz fordert beim Vizekanzler schriftlich
die Einleitung eines Disziplinarverfah-
rens gegen sich selbst. Am nächsten Tag
zieht er den Antrag jedoch zurück und
beantragt seine Emeritierung.
27. 03. 1906 Schatz zieht den Antrag auf Emeritie-
rung zurück und beantragt erneut ein
Disziplinarverfahren.
Daraufhin empfiehlt das Ministerium,
Schatz in Gnaden ohne Pension zu ent-
lassen.
31. 03. 1906 Schatz nimmt diesen Vorschlag nicht an,
besinnt sich aber am 2. April und will
diesen Vorschlag doch akzeptieren.
04. bis
06. 04. 1906 Es wird eine förmliche Disziplinar-
untersuchung angeordnet und dem
Vizekanzler die Leitung übertragen.
09. bis
11. 05. 1906 Auf Empfehlung des engeren Konzils der
Universität verfügt das Ministerium die
Amtsenthebung von Schatz.
Der Direktor der Augenklinik Prof.
Peters wird als administrativer Leiter der
Frauenklinik eingesetzt.
Mit der Leitung der medizinischen Auf-
gaben wird Privatdozent Dr. Büttner
beauftragt.

Friedrich Schatz hat keine Mühe und kein Geld gescheut,
um sich zu entlasten. Er verfaßte insgesamt 6 Broschüren,
die er an Freunde und Feinde verteilte. Es sind dies:

1. „Der Fall Schatz“
Meine Rechtfertigung vor meinen Kollegen, Schülern,
Freunden und Bekannten, Oktober 1906
2. Ergänzung zum „Fall Schatz“
II, März 1907

3. Der ganze „Fall Schatz“
III, Oktober 1907
4. Der „aktenmäßige Bericht“ zum „Fall Schatz“
IV, Juni 1908
5. Die Schuldigen im „Fall Schatz“
V, Februar/März 1909
6. Die Aufklärung über den „Fall Schatz“
VI, Februar/Mai 1910

Nach der 2. und 3. Broschüre verfaßte das Ministerium ein-
en aktenmäßigen Bericht über die Vorgänge um das
Ausscheiden von Schatz, der gedruckt und verteilt wurde
(Abb. 11).

Der Inhalt der Flugschriften wird immer aggressiver und
auch beleidigender. Die VI. Broschüre (Abb. 12) ist dann
der Anlaß zur Einleitung des Strafverfahrens wegen Belei-
digung.

Es ist anzunehmen, daß Prof. Schatz bei der Fülle seiner
Aufgaben und bei der Intensität seiner wissenschaftlichen
Arbeit die Buchführung vernachlässigte und nach eigenem
Modus versuchte, den finanziellen Erwartungen des Mini-
steriums nach einer positiven Bilanz zu entsprechen. Daß
bei dieser Arbeitsweise Mängel auftraten, wurde auch
Schatz teilweise bewußt. In den ersten Jahren des Be-
stehens der neuen Klinik sollen nach Aussagen von Schatz
erhebliche Gewinne erwirtschaftet worden sein. Ange-
blich hortete er einen Überschuß von vielen Monaten, der
etwa der Summe von 10 000 Mark entsprach. Er begrün-
dete das mit der Vorsorge auf eventuelle „schlechte
Jahre“. Dieser Reservefonds, also ein unkontrollierter
Überschuß, dessen Herkunft und Gesamtsumme zum Zeit-
punkt der Untersuchung sich nicht mehr 17 Jahre zurück-
verfolgen ließ, wurde Schatz als Versuch der persönlichen
Bereicherung unterstellt. Dazu schreibt er selbst: „Ich ver-
kenne nicht, daß die Handlungsweise gegenüber den jetzt
geltenden Regeln der Buchführung ihre großen Beden-
ken hat. Aber ich habe die jetzige Art der Rechnungsfüh-
rung früher nicht gekannt und habe mir gegenüber den
vielen Schwierigkeiten durchhelfen müssen, so gut ich
konnte“. Dieser Ausspruch belegt wiederum, daß ihn,
den Arzt und Wissenschaftler, die finanzielle Leitung der
Klinik überforderte. Liest man auf der anderen Seite die
Anschuldigungen gegen ihn im aktenmäßigen Bericht
über die Ereignisse und Gründe, die Manipulation und
Widersprüche, kann man sich des Eindrucks nicht erweh-
ren, daß er die Mißstände selbst mit verschuldet hat. Die

Aktenmäßiger Bericht
über
die Ereignisse und Gründe
welche
das Ausscheiden des ordentlichen Professors
Geh. Medizinalrats Dr. Schatz aus dem Lehrkörper der Landesuniversität
und aus dem Großherzoglichen Dienst herbeigeführt haben,
gegenüber
der Darstellung in den drei Flugschriften „der Fall Schatz 1906“,
„Ergänzung zum Fall Schatz“ II, 1907, „der ganze Fall Schatz“ III, 1907.

I.

Der Geheime Medizinalrat Dr. Schatz wurde im Herbst 1872 zum ordentlichen Professor der Geburtshilfe an der Landesuniversität und zum Direktor der Hebammenlehr- und Entbindungsanstalt ernannt. Die Anstalt war damals veraltet und schlecht gelegen. Er betrieb mit Nachdruck und Erfolg ihren Neubau und ihre Ausgestaltung zu einer modernen Frauenklinik. Im Jahre 1884 wurde der Bau der gegenwärtigen Frauenklinik begonnen, und die fertige Anstalt mit 80 Betten am 13. April 1887 dem Anstaltsdirektor zur Benützung übergeben.

Die Stellung des Direktors der Frauenklinik gleicht derjenigen der Direktoren der akademischen klinischen Anstalten, und eine größere Verfügungsgewalt als diejenige ist auch ihm nicht verliehen worden. Es ist in der Natur der Sache begründet, daß die Anstaltsdirektoren eine Vertrauensstellung inne haben und in den Grenzen der Etats eine weite Dispositionsbefugnis besitzen. In folgenden Beziehungen kann man allerdings von einer besonderen Stellung des Direktors der Frauenklinik sprechen.

- 1) Die Anstalt setzt sich aus der Hebammenlehranstalt, der geburtsbäuerischen Klinik und der gynäkologischen Klinik zusammen; sie steht nach der Anstaltsordnung vom 12. Oktober 1858 unter der obersten Aufsicht des Großherzoglichen Ministeriums.

Abb. 11:
Aktenmäßiger
Bericht des Mi-
nisteriums in
Schwerin über
die Zusammen-
hänge des Aus-
scheidens von
Prof. Schatz
als Direktor
der Frauenklinik

Widersprüchlichkeit seines Charakters, die sicherlich durch sozialpolitischen Zwänge seiner Zeit gefördert wurde, kommt auch in einem oft kleinlich wirkenden Sparsamkeitsprinzip zum Ausdruck. Das wird u. a. aus mehreren privaten Geldforderungen an das Schweriner Finanzamt ersichtlich. Daraus läßt sich jedoch nicht ableiten, daß er sich persönlich bereichern wollte. Dieser Vorwurf ist Schatz auch offiziell niemals gemacht worden, er klingt aber bei seinen Gegnern durch.

Auch das Ergebnis der Disziplinaruntersuchung vom 10. bis 24. April 1906 bewies zwar das jahrelange Zurückhalten von ca. 7 000 Mark im Reservefonds, aber nicht die Tatsache, dieses Geld für persönliche Zwecke verwenden zu wollen. Der Zweck dieses Reservefonds (Anfertigung unrichtiger Jahresrechnungen) war es, einen größeren Geldbetrag allmählich unbemerkt aus der Anstaltskasse auszusondern und der Kenntnis und Verfügungsgewalt der Aufsichtsbehörde zu entziehen. Infolge von Mängeln der Revision wurde dieses Ziel erreicht und die besagte Summe von 7 036 Mark wurde nicht mehr in den Büchern der Klinik geführt. Ein höherer Fehlbetrag wurde bei dieser Revision nicht festgestellt, nur die Vermutung geäußert, es könnte mehr sein.

Weiterhin wurde Schatz vorgeworfen:

- Benutzung von Klinikbettwäsche für sich selbst
- Nutzung von Briketts und Brennholz auf Klinikrechnung
- teilweise Verpflegung aus Patientenkost
- Honorarforderungen zu hoch
- Bereicherung aus der Verwaltung der Klinik
- Erhebung des sogenannten Hebammentalers.
Für jeden Hebammenlehrcursus mußte über die festgelegten Erlebnisse pro Hebammenschülerinnen der Betrag von 3 Mark entrichtet werden. Diese 3 Mark wurden als Hebammentaler bezeichnet. Diese Einzahlungen gingen nicht über die Klinikasse, sondern standen Prof. Schatz persönlich zur Verfügung. Er begründete diese Maßnahme damit, daß evtl. zerschlagenes Geschirr und Schäden, die durch andere Ungeschicklichkeiten entstanden, damit beglichen werden sollten.
- Ernte des Obstes auf dem Gelände der Klinik
- Verbrauch von Medikamenten aus der Anstaltsapotheke für die eigene Familie usw.

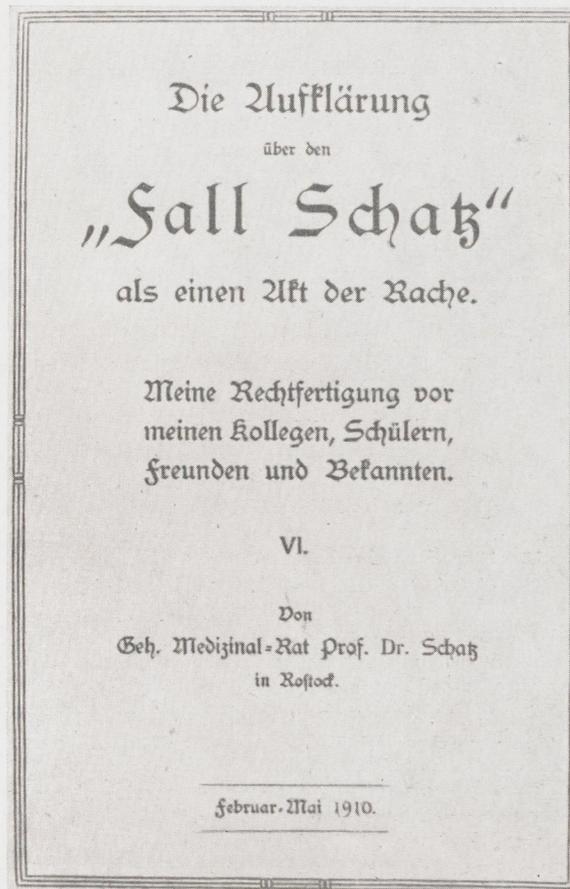


Abb. 12:
Broschüre von Schatz zum Versuch seiner
Rehabilitation

2. 2/8 19. Jahrbuchnummer.
270.

11



Das Polizei-Amt
der
SEESTADT ROSTOCK

Seiner Magnificenz den Herrn Rektor
und das feierliche Concilium der Landes-Universität
hierfalls.

Es sind im Laufe des letzten Monats
mehrere Erkrankungen an den Gebäuden
in der feierlichen Gebäudemasse
ausgebrochen, indessen von
dem dirigirenden Arzt weder der
unterzeichneten Orthobrigade, noch
dem conquirenten Stadtphysicus Dr.
Lesenberg hierfalls angezeigt worden.
Insbesondere ist diese Anzeige unter
dem bei der am 4. d. Mts. in das
feierliche Krankenhaus eingeleiteten
Gebäudeaufseherin Aeltdanz und der
am 8. d. Mts. standörtlich überprüften
Gebäudeaufseherin Kärncke.

W. W.

J. N. n. 334.

Abb. 13:
Strafbescheid gegen Prof. Schatz
wegen Unterlassung der Melde-
pflicht von Pockenerkrankungen
in der alten Frauenklinik in der
Buchbinderstraße

Professor Schatz, der die Klinik offenbar als eine Art Privatbesitz ansah, führte zu seiner Entlastung folgendes an:

- er gab kostenlos Wein an die Patienten der Klinik ab
- kostenlose Abgabe von Enteroptoseapparaten an die Kranken
- er ließe aus eigenen Mitteln jährlich 2 000 bis 3 000 Mark der Anstaltkasse zufließen, damit kein Minus entstehen konnte.

Der Unbefangene hat bei der Beurteilung der ganzen Vorgänge den Eindruck, daß von seiten der verantwortlichen Instanzen vielfach nicht nach dem Grundsatz „in dubio pro reo“ geurteilt worden ist. Es gab zweifellos Kräfte, die die Amtsenthebung von Friedrich Schatz sehr intensiv betrieben. Er selbst beschuldigt die Mitglieder der Fakultät und teilt die 10 Fakultätsmitglieder in drei Gruppen:

1. in übelwollende Kollegen,
2. in solche, die schon vorher verstimmt waren wegen angeblich hintertriebener Beförderung und
3. solche, die durch falsches Belastungsmaterial bestochen wurden.

Dieser Einschätzung kann man nicht folgen, aber es gab seit Jahren Auseinandersetzungen mit anderen Klinikdirektoren, z. B. wegen der Übergabe von Gonorrhoe- und Syphilispatienten an die Hautklinik und die Abgabe der poliklinischen Betreuung von Säuglingen usw. Dazu kam, daß Schatz vorgeworfen wurde, er würde die operative Gynäkologie vernachlässigen, so daß viele Patientinnen lieber Privatkliniken aufsuchten. Man legte das als einen Vertrauensschwund der Rostocker Bürger zur Universitäts-Frauenklinik aus. Auch zu dem ihm unterstellten Aktuar Schoof muß Schatz ein sehr gespanntes Verhältnis gehabt haben. Der Aktuar berichtet am 1. April 1906 vor dem Konzil, daß er durch die Stellung an der Frauenklinik schon soviel gelitten habe, daß er bis an den Abend des Selbstmordes getrieben worden sei.

Weiterhin sollen sich auch die Hebammenschülerinnen jahrelang beklagt haben, daß Schatz sie grob behandelt habe, daß er sie als Pflegerinnen für Privatranke einsetzte. Auch die Ärzte führten Klage darüber, daß sie vom Klinikchef nicht richtig ausbezahlt würden. In seiner Überheblichkeit setzte er sich auch oft über gesetzliche Anordnungen hinweg. So wurden 1879 zwei Pockenerkrankungen aus der alten Klinik an das Polizeiamt gemeldet. We-



Abb. 14:
Das Grab von Schatz auf dem
Neuen Friedhof in Rostock

gen unterlassener Anzeige sollte gegen Schatz eine Ermittlung eingeleitet werden (Abb. 13), die aber dann mit einem Strafgeld von 70 Mark gegen Schatz abschloß. Sein diktatorisches Auftreten und egozentrisches Verhalten wird durch eigene Aussagen bestätigt: Einer Hebamme, die sich beim Großherzog beschweren wollte, antwortete er: „Ich bin der Großherzog, der Großherzog bin ich“.

In der 1907 erschienen Broschüre „Der ganze Fall Schatz“ behauptete er von sich: „Da ich nun einmal meinen Namen in der Wissenschaft für alle Zeiten und Länder bekanntgemacht habe, daß er nicht wieder verschwinden wird . . .“. Nach der Veröffentlichung der 6. Broschüre glaubte sich die Fakultät gezwungen (10. August 1910), wegen Beleidigung Strafantrag zu stellen. Es wurde dann auch ein entsprechendes Strafverfahren eingeleitet. Dieses Verfahren zog sich jedoch hin und 1912 wurde ein ärztliches Gutachten durch Prof. Kühn und Dr. Dugge erstellt. Sie schlugen vor, wegen des körperlichen und geistigen Zustandes von Schatz keine Verhandlung durchzuführen. Schließlich wurde das Verfahren am 17. Juli 1914 wegen dauernder Gebrechlichkeit des Angeklagten eingestellt. Auch in den Zeitungen wurde der Fall Schatz ausführlich behandelt. In Hamburger und Berliner Zeitungen erschienen Artikel in denen behauptet wurde, Schatz habe 100 000 bis 200 000 Mark veruntreut. Das stimmt mit Sicherheit nicht. 1920 starb Friedrich Schatz dann mit dem Gefühl des Nichtverstandenseins völlig vereinsamt (Abb. 14).

Eine Wertung der Persönlichkeit des Geheimen Medizinalrates Professor Friedrich Schatz ist nach diesen Vorgängen nicht einfach. Einerseits war er ein sehr aktiver Wissenschaftler, der besonders die Geburtshilfe durch zahlreiche Untersuchungen bereichert hat. Weit über 100 Publikationen stammen aus seiner Feder. Er war der Begründer der Wehenforschung. Mit großer Energie hat er sich für die Verbesserung des Hebammenwesens eingesetzt und damit einen entscheidenden Beitrag zur besseren geburtshilflichen Betreuung der Frauen in Mecklenburg geleistet. Sein großes Verdienst ist auch die Durchsetzung des Baues der neuen Frauenklinik in der Doberaner Straße. Diese großen Verdienste zählen für die Nachwelt.

Die tragischen Ereignisse am Ende seiner Laufbahn sind auf verschiedene Ursachen zurückzuführen. Sicherlich war es nicht richtig, den Arzt und Wissenschaftler mit den schwierigen Aufgaben der Finanzverwaltung einer so gro-

ßen Klinik zu beauftragen, und ihn lange Zeit ohne jede Unterstützung zu lassen. Andererseits war es sein schwieriger Charakter und offensichtlich die Unfähigkeit zur Selbstkritik, die diese unheilvolle Entwicklung nicht mehr korrigierbar machte. Als Zeuge des Wirkens von Friedrich Schatz besteht heute noch die Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe der Wilhelm-Pieck-Universität Rostock in der Doberaner Straße 142 und sein wissenschaftliches Werk.

Literatur

- [1] FASBENDER, H.: Geschichte der Geburtshilfe, Jena, Gustav Fischer 1906
- [2] FEHLING, H.: Entwicklung der Geburtshilfe und Gynäkologie im 19. Jahrhundert. Berlin, J. Springer 1925
- [3] HEIDORN, G.; HEITZ, G.; KALISCH, J.; OLECHNOWITZ, K. F.; SEEMANN, U.: Geschichte der Universität Rostock 1419–1969. Festschrift zur Fünfhundertfünfzig-Jahrfeier der Universität 1969
- [4] KLAUSCH, B.; SCHWARZ, R.: Die Geschichte der Frauenklinik der Universität Rostock von den Anfängen bis zur Gegenwart. Rostock 1980
- [5] METTENHEIM, H.: Carl von Mettenheimer: Werden, Wollen und Wirken eines alten Arztes in Briefen und Niederschriften. Berlin, Verlag Ebering 1940
- [6] NIESERT, H. W.: Die Geburtshilfe und Gynäkologie an der Rostocker Universität. Wiss. Z. Univ. Rostock, Math. naturwiss. Reihe 2 (1952/53) 175–185
- [7] PROCHOWNICK, F.: Friedrich Schatz (Nachruf). Arch. Gynäkol. 113 (1920) I–XVIII
- [8] SCHATZ, F.: Die Großherzogliche Universitäts-Frauenklinik und Hebammenschule. In: Festschrift zur XXVI. Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege. Gewidmet von der Stadt Rostock, 1901
- [9] SCHWARZ, R.; WILKEN, H.: Die Geschichte der Frauenklinik der Universität Rostock. Wiss. Z. Univ. Rostock, Math. naturwiss. Reihe 21 (1972) 1–8
- [10] v. SIEBOLD, E. C. J.: Versuch einer Geschichte der Geburtshilfe, Tübingen, Franz Pietzcher, 1. Band 1901, 2. Band 1902
- [11] UNTERBERGER, F.: Die Sterblichkeit im Kindbett im Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin in den Jahren 1886–1909. Arch. Gynäkol. 95 (1911) 117–182
- [12] WALTHER, O.: Das Hebammenwesen im Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin. Güstrow, Verlag von Opitz u. Co. 1883.

Das Hebammenwesen im ehemaligen Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin im 19. Jahrhundert

Einleitung

An der Lösung der gesellschaftlichen Aufgaben, die dem Gesundheitswesen der Deutschen Demokratischen Republik auf dem Gebiet des Gesundheitsschutzes für Mutter und Kind gestellt werden, haben die Hebammen einen wesentlichen Anteil. Sie genießen eine hohe gesellschaftliche und fachliche Anerkennung, da ihnen ein wesentlicher Anteil an der Senkung der Mütter- und Säuglingssterblichkeit zukommt. Auf diesem Gebiet des Gesundheitswesens nimmt die DDR eine Spitzenposition ein. Die hierbei erzielten Erfolge werden im Lichte eines medizinischen Rückblicks auf die Entwicklung der geburts-hilflichen Versorgung der Bevölkerung beleuchtet. Für das ehemalige Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin liegen nur ganz vereinzelte Untersuchungen vor. In diesem Beitrag wird daher der Versuch unternommen, die Entwicklung des Hebammenwesens in einem ständisch-feudalen Agrarstaat des 19. Jahrhunderts, dem ehemaligen Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin, auf der Grundlage von Archivalien und zeitgenössischen Publikationen unter besonderer Berücksichtigung der Rolle der Universitäts-Frauenklinik Rostock darzustellen. Die Namen J. W. Josephi, C. F. Stempel, Ch. Krauel und F. Schatz mögen hier stellvertretend für viele stehen. Die modernen Errungenschaften, die uns heute speziell in der Geburtsmedizin zur Verfügung stehen, dürfen uns nicht vergessen lassen, mit welchem persönlichen Einsatz sie in der Vergangenheit erkämpft werden mußten.

Für die vorliegende Studie wurden die im Staatsarchiv Schwerin und im Universitätsarchiv Rostock vorhandenen Archivalien, die sich auf das Hebammenwesen beziehen, vollständig durchgesehen.

Die Entwicklung des Hebammenwesens im 19. Jahrhundert

Über die Verhältnisse der Hebammen in Mecklenburg fehlen bis vor fast 200 Jahren jegliche Nachrichten. [43] Es lassen sich weder über den Unterricht noch über die rechtliche und soziale Stellung der Hebammen, ihre Tauglichkeit und Beaufsichtigung irgendwelche Aufzeichnungen finden. Erste Hinweise auf Hebammenvorschriften finden sich in der Medizinalordnung von 1751. Da es an tüchtigen, wohlunterrichteten, geübten und beeidigten Hebammen in jener Zeit in Mecklenburg mangelte, wurde in einer Verordnung von 1774 ein Befehl an alle Staatsobrigkeiten erlassen, in dem es wörtlich heißt: „ . . . es ist binnen sechs Monate eine hinreichende Anzahl Hebammen, welche von einem in der practischen Geburtshilfe bewährten Craisphysico oder Medico genügsam unterrichtet zu stellen . . . “. [20] Alle Verordnungen änderten jedoch nichts an der mangelhaften Versorgung mit Hebammen, besonders auf dem Lande. [18]

Durch Gesetzgebung allein konnten die Mißstände nicht behoben werden. Es mußten erst die Voraussetzungen für die Verbesserung des Hebammenwesens und der Hebammenausbildung geschaffen werden. Bereits 1762 hatten die Medizinische Fakultät Rostock und die Kreisphysici Entwürfe zur Verbesserung des Hebammenwesens eingereicht, die jedoch unbeachtet blieben. 1775 wurde ein öffentlich besoldeter Hebammenlehrer in Bützow angestellt, der den Hebammenschülerinnen unentgeltlich Unterricht erteilen sollte. [38] Im Jahre 1793 entstanden zwei Hebammenschulen in Rostock und Schwerin. Diese Ausbildungsmöglichkeiten wurden jedoch nicht genutzt. So widersetzte sich die Ritterschaft der Hebammenausbildung, weil sie diese als eine unnötige finanzielle Bela-

stung ansah. In den landesherrlichen Domänen lebten die Hebammen unter äußerst dürftigen sozialen Verhältnissen. So waren sie häufig nicht imstande, während der Ausbildungszeit die monatlichen Beköstigungsgelder von 4 bis 5 Reichstalern und ein Büchergeld von 3 Reichstalern aufzubringen. [20] Auch nach Abschaffung der Leibeigenschaft 1821 blieb die Landbevölkerung weiterhin von den Gutsherren abhängig. [26] Diese ignorierten die Hebammen-gesetze. Wie aus einer Akte des Amtes Güstrow hervorgeht, mußten die Gutsherren nicht nur am Ende des 18. sondern auch in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts häufig bestraft werden, da sie es nicht für nötig hielten, gesetzlich qualifizierte Hebammen anzustellen. Im Jahre 1885, also ein halbes Jahrhundert nach Inkrafttreten der Medicinalordnung von 1830, in der Bestimmungen zum Hebammenwesen enthalten waren, wurde eine Hebammenordnung erlassen. [27] Unter jenen mecklenburgischen Ärzten, die sich für eine Verbesserung des Hebammenwesens einsetzten, gebührt F. Schatz das größte Verdienst. Bereits 1883 erschienen seine Entwürfe zur Verbesserung des Hebammenwesens. Sie enthielten Vorschläge für eine geregelte Aufsicht der berufstätigen Hebamme.

Zur Hebammenordnung 1885 schreibt F. Schatz: „... Sie entspricht weder unseren Erwartungen noch dem vorhandenen Notstand und ist weit hinter den Gesetzen Süd- und Mitteldeutschlands zurück...“.

Trotz vieler Bemühungen von F. Schatz kam es bis zur Jahrhundertwende nicht zu den erhofften Verbesserungen im Hebammenwesen.

Die Ausbildung der Hebammen

Die geburtshilfliche Versorgung der Bevölkerung in Stadt und Land entzieht sich bis zum 19. Jahrhunderts weitgehend unserem Einblick, da die Hebammen im allgemeinen nicht zunftpflichtig waren. Sie brauchten als Frauen das Bürgerrecht nicht zu erwerben und sind damit in den Bürgerbüchern der Städte nicht aufgeführt. [37, 39] In Mecklenburg hatte der Hebammenberuf ein recht geringes Ansehen. Die Vorteile, die dieser Beruf bot, wurden als sehr gering eingeschätzt. [35] Das Fehlen zwingender Zunftgesetze führte dazu, daß oft völlig ungeeignete Frauen diesen schweren Beruf ausübten und durch ihre Unfähigkeit einem ohnehin nicht angesehenen Stande schaden. Sie besaßen häufig nur eine geringe Schul-

bildung und befanden sich zumeist in schon vorgerücktem Alter. Die Stände, aus denen die Hebammen hervorgegangen, waren überwiegend Tagelöhner, Arbeiter, un- mittelte Handwerker und Witwen. Sogenannte zweifel- hafte Personen wollten durch Erlernen dieses Berufes ihre soziale Stellung wiedererlangen. Nach F. Schatz hatten verheiratete Frauen, deren Männer in der Schifffahrt ar- beiteten, gute Veranlagungen für den Hebammenberuf [1, 10, 34]. Die Ansichten über die Aufgaben der Heb- amme haben sich im Laufe der Zeit wesentlich geändert. Während die früheren Hebammenlehrbücher die Heb- ammen zu selbständigen Geburtshelfern ausbilden wollten, hat das 19. Jahrhundert entsprechend den immer mehr wachsenden Ansprüchen der Geburtshilfe den wenig ge- bildeten Hebammen eine bescheidenere Stellung zuge- wiesen. [44] Das Hauptziel des Unterrichts war die rein technische Seite der Geburtshilfe. So wurde der Diagno- stik sowie der manuellen Hilfeleistung einschließlich ein- zelner geburtshilflicher Operationen, wie äußere Wen- dung und Plazentalösung eine große Bedeutung zuge- messen. Eingreifende Operationen, wie die innere Wen- dung, waren den Hebammen nicht gestattet. [34]

Die Hinweise über die Hebammenausbildung in Nord- deutschland aus der Zeit vor der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts sind sehr spärlich. Die eigentliche geburts- hilfliche Tätigkeit der Hebammen, ihre Ausbildung und Ausrüstung, ihre Pflichten und Rechte werden in früheren Anweisungen nicht klar definiert. Die Geburtshilfe gehörte zu den sogenannten „Weiberkünsten“. Erst, wenn der Hebamme überhaupt kein Ausweg mehr blieb, rief sie den Arzt. So hatten die Ärzte kaum Gelegenheit, den Ge- burtsvorgang zu beobachten und sich die zur Unterwei- sung und Prüfung der Hebammen notwendigen Grund- kenntnisse zu erwerben. [32]

Bis in die zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts wurden die Hebammen im Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin ähnlich wie in anderen deutschen Staaten von den zu- ständigen Kreisphysici unterrichtet und geprüft. Allerdings liegen auch Hinweise darauf vor, daß schon in den er- sten Jahrzehnten des 17. Jahrhunderts die Foderung nach unterrichteten Hebammen erhoben wurde. 1762 wurde von der Regierung angeordnet, daß die Medizini- sche Fakultät der Universität Rostock und die Kreisphysici Vorschläge zur Verbesserung des Hebammenwesens zu machen haben. Die Kreisphysici bemühten sich mit Hilfe von Lehrunterweisungen um ein gewisses theoretisches Grundwissen der Hebammen. Schülerinnen durften nur

nach vorheriger Erlaubnis bei der Geburt zusehen," . . . um die erforderlichen Handgriffe durch den Augenschein desto besser lernen zu können . . ." [20]. Eigentliche Ausbildungsmöglichkeiten für Hebammen durch Gründung von Schulen entstanden in Deutschland zu Beginn der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts. [33] Die erste Einrichtung dieser Art wurde 1751 in Göttingen gegründet. Es folgten die Städte Braunschweig 1761, Kassel 1763, Dresden und Fulda 1775, Würzburg 1778, Jena 1779, Hannover und Marburg 1792 [6, 11]. In Mecklenburg wurde die erste Hebammenschule 1775 in Bützow eröffnet [20] und durch den Anatomen und Chirurgen Chr. A. Schaarschmidt (1720—1791) geleitet [44]. Das Niveau der einzelnen Schulen war sehr unterschiedlich [7, 33]. In Dresden existierte bereits seit 1764 eine Hebammenordnung [31]. Diese enthielt genaue Festlegungen über die Aufnahmebedingungen der Schülerinnen. Nach bestandener Aufnahmeprüfung durch den Stadtphysikus hatten die Hebammen das Recht, an den Lehrveranstaltungen und Fortbildungen teilzunehmen. Eine zeitlich begrenzte Lehrzeit gab es damals jedoch noch nicht. Der praktische Teil der Übungen erfolgte bei einer in der Stadt tätigen Hebamme, der die Schülerinnen als Hilfskräfte, sogenannte „Stuhlweiber“, zugewiesen wurden [33].

Besonders hervorzuheben ist die Initiative des ersten Dresdner Hebammenmeisters Langbein, der sich um eine durchgreifende Änderung der bestehenden Mißstände zum Wohl der Mütter und ihrer Kinder bemühte. In Preußen unterstand das Hebammenwesen dem Ministerium des Kultus und Medizinalangelegenheiten. Es wurde nicht viel Verständnis für die Bedeutung des Hebammenberufes aufgebracht [1] Ahlfeld betont 1889 in seiner Studie, daß die damals bestehenden Gebärsyle die Fortbildung der Hebammen zu übernehmen hatten. Es gab aber auch die Auffassung, die Ausbildung einheitlich in staatlichen Lehranstalten durchzuführen. Vorbedingungen zum Erlernen des Hebammenberufes war die Ausbildungsstufe einer mehrklassigen Volksschule. Die Aufnahmeprüfungen wurden vom Direktor der Anstalt abgenommen. In jeder Provinz bestand mindestens eine Lehranstalt. Diese mußte genügend Unterrichtsmaterial besitzen, um sämtliche Lehrtöchter der Provinz ausbilden und für die angestellten Hebammen einen Fortbildungskurs abhalten zu können. Es wurden sogar ambulante Geburten für den Unterricht eingeführt. Eine Anstaltshebamme und eine ältere Schülerin besorgten die Geburt. Die Schülerin hatte sich auch um die Wochenbettpflege zu bemühen.

In Mecklenburg blieb das Medizinalwesen bis in das 19. Jahrhundert hinein ein vernachlässigtes Gebiet. Die geregelte Ausbildung von Hebammen in Schulen und Lehranstalten kam hier nur sehr zögernd voran. Daran änderten auch die vielen Verordnungen zur Verbesserung des Hebammenwesens nichts; insbesondere die Versorgung mit Hebammen auf dem Lande blieb mangelhaft. Oft konnten die Schülerinnen das Geld für die Ausbildung nicht aufbringen. 1789 mußte die Schule in Bützow geschlossen werden. Die Ausbildungsmöglichkeiten in den 1793 eröffneten Hebammenschulen in Schwerin und Rostock wurden ebenfalls kaum genutzt. Wie aus den Mitteilungen von Masius und Walter [21, 43] hervorgeht, wurde erst 1793 wieder mit einem öffentlichen Hebammenunterricht begonnen. So bekannte Ärzte wie J. W. Josephi und W. J. C. Hennemann bildeten in Kursen von 10 Wochen Dauer in Rostock und Schwerin Hebammen aus.

In Mecklenburg existierte zu dieser Zeit noch keine geburtshilfliche Klinik. Aus diesem Grunde waren während des Unterrichts praktische Übungen für Hebammen noch nicht möglich. [8] Ebenso schienen Demonstrationen an Skeletten und Phantomen nicht üblich zu sein. Von den mecklenburgischen Ärzten wurden unermüdlich die Forderung zur Errichtung von Schulen in Verbindung mit Gebärhäusern laut. Im Jahresbericht der Medizinalkommission vom 19. Januar 1832 heißt es wörtlich:

„ . . . Wir dürfen das Hebammenwesen nicht berühren, ohne das eine der dringendsten, auf den Unterricht der Hebammen bezüglichen Bedürfnisse zu erwähnen. Es ist dies die Errichtung eines öffentlichen Gebärsaues, in welchem die Schülerinnen durch Naturbeobachtung rasch und sicher diejenigen Kenntnisse sich erwerben können, zu welchen sie bei der jetzigen Art des Unterrichts aller Bemühungen ihrer Lehrer ungeachtet, nur langsam, unsicher und manchmal erst nach trauriger Erfahrung gelangen. Die allgemeine und laute Klage über schlechte Hebammen wird nicht eher aufhören, als bis diesen so höchst dringenden und wichtigen Bedürfnissen abgeholfen . . . " [34].

Im Jahre 1836 wurde an die Hebammenschule in Rostock ein „Gebärlokal“ angeschlossen. [43] Der damalige Stadtphysikus C. F. Stempel löste aus seiner privaten chirurgischen Klinik einen Komplex von 3 Räumen heraus; davon wurden 2 Zimmer für Schwangere und Wöchnerinnen und 1 Raum für Entbindungen genutzt. [44] Die Ausbildung der Hebammenschülerinnen hatte unter

Stempel und Krauel einen ganz persönlichen Charakter. Der theoretische Unterricht erfolgte in 6 Wochenstunden, während 2 Stunden wurden praktische Übungen im Untersuchen am Lebenden, Wachspräparaten, Phantomen und an Leichen vorgenommen. Der Lehrkurs dauerte 4 Monate. [9, 43] 1838 nahm die Regierung den seit 1790 ruhenden Plan zur Errichtung einer Landeshebammschule wieder auf. [43] Die politischen Wirren der Jahre 1847/48 hatten jedoch vorerst die Ausführung des Baues verhindert und so blieb vorläufig das private Institut unter Leitung von Dr. Krauel die Hebammenschule für das ganze Land. [3, 43] Erst im Jahre 1856 wurde mit dem Bau einer Anstalt begonnen, die 1859 als staatliche Hebammenschule in Rostock eröffnet werden konnte. Die vom Vizekanzler v. Both in Rostock 1858 vorgeschlagenen Statuten für die Hebammenlehranstalt und Entbindungsanstalt zu Rostock enthielten u. a. wichtige Anweisungen über die Benutzung der Anstalt als Hebammenschule und Entbindungsanstalt, über die Art der Ausbildung von Hebammen und Studierenden. [17] Im Jahre 1871 wurden einige Änderungen der Statuten von 1858 vorgenommen. Die Hebammenlehranstalt konnte nun auch solchen Schülerinnen zugänglich gemacht werden, die von der Obrigkeit keine Zusicherung ihrer Anstellung als Hebamme erhalten hatten. Der Unterricht war unentgeltlich für alle Schülerinnen des Landes Mecklenburg, solche aus anderen Staaten Deutschlands hatten 25 Taler Lehrgeld zu entrichten. Mit der Gründung der zentralen Hebammenlehranstalt zu Rostock konnte die Ausbildung in Mecklenburg wesentlich verbessert werden. Erst jetzt war es möglich, Ausbildung und Prüfung nach einheitlichen Bedingungen vorzunehmen. In Sachsen bestand eine solche Regelung bereits seit 1818 [30, 33].

Der Unterricht fand nur noch in der zentralen Hebammenlehranstalt statt, und der Medizinalkommission oblag die Prüfung. Welch schweren Kampf es gekostet hatte, einheitliche Prüfungs- und Unterrichtsbedingungen in Mecklenburg zu schaffen, zeigt die widersprüchliche Meinung der Stände und der Medizinalkommission. [34] Die Stände, die letztlich ihre Zustimmung nicht erteilten, beharrten darauf, daß es nicht gerechtfertigt sei, den Unterricht in der Hebammenlehranstalt zu Rostock durchzuführen. Die erforderliche Ausbildung zum Beruf einer Hebamme könne auch in ähnlichen Unterrichtsanstalten des Auslandes erreicht werden. Die Medizinalkommission ging auf die Erklärung der Stände von 1863 ausführlich ein. Sie bestand darauf, den Unterricht aus-

schließlich in der Hebammenlehranstalt zu Rostock abzuhalten. Nur in dieser Anstalt konnte nach einem einheitlichen Lehrbuch im Unterricht vorgegangen werden. Das Lehrbuch war gleichsam Richtschnur der Hebammenschülerinnen; es diente der begutachtende Behörde als Maßstab bei der Beurteilung einer Hebamme. In Mecklenburg wurde damals nach dem Lehrbuch von Naegele unterrichtet. Hiernach war z. B. die Ausführung einer Wendung nur dann gestattet, wenn keinerlei Komplikationen zu erwarten waren. Das Lehrbuch Preußens erlaubte die Wendung nur unter bestimmten Bedingungen. Nach dem Lehrbuch des Königreiches Hannover mußte die Hebamme bei schwerer Blutung wenden. In Schleswig-Holstein war die Hebamme befugt, die Wendung des Kindes selbständig durchzuführen, sofern ihr bei der Prüfung dies zuerkannt wurde. Die Medizinalkommission wollte mit den aufgeführten Beispielen zeigen, daß die mecklenburgische Hebamme nach verschiedenen Lehrbüchern Instruktionen erhalten würde. Auch würde sie in ihrer Handlungsweise beeinträchtigt, wenn sie mit Hebammen aus anderen deutschen Staaten zusammenarbeiten müßte. In Mecklenburg stieß auch die Forderung auf Nachprüfungen, wie sie z. B. im Großherzogtum Baden üblich waren, auf den Widerstand der Regierung. Gerade auf die Notwendigkeit dieser Nachprüfungen wurde immer wieder hingewiesen. [1, 25, 43]

Schulbildung und Alter spielten bei der Hebammenausbildung keine unwesentliche Rolle. Mit den Aufnahmebedingungen der Hebammenlehranstalt zu Rostock hat sich Walter [43] eingehend befaßt. So wird gefordert, daß nur junge Personen zugelassen werden, die einen genauen Nachweis ihrer Qualifikation vorlegen können. Ebenfalls wird vorausgesetzt, daß Kenntnisse im Lesen, Schreiben und Rechnen aufzuweisen sind. Aber gerade der schlechte Bildungsstand der mecklenburgischen Schülerinnen wirkte sich ungünstig auf den Unterricht und die Qualifikation der Hebammen aus. Über die genauen Voraussetzungen, die zur Qualifikation erforderlich waren, sind in den zugänglichen Quellen in Mecklenburg nur wenige Hinweise vorhanden. 1797 forderte Josephi neben der moralischen und körperlichen Eignung ein Alter von nicht über 40 Jahren. Gesetzliche Verordnungen finden sich erst 1832, wonach die Kammer für Dominalhebammen „Kenntnis geschriebener Schrift“ zur Bedingung machte. Diese Bestimmung wurde 1864 auf das ganze Land ausgedehnt, das Alter der Schülerinnen durfte nicht über 36 Jahre sein. Leider war die Mehrzahl der

Rostocker Lehrtöchter selten jünger als 25 Jahre, meist über 30 Jahre. In Mecklenburg ergriffen meist Frauen von „geringen und armen Stände“ den Hebammenberuf [9]; das schlechte Bildungssystem wirkte sich auf diesen Teil der Bevölkerung besonders negativ aus. [28,30] Es verwundert daher nicht, daß nach Ermittlung von Schatz noch im Jahre 1880 von 445 Hebammen 43 — also etwa 10 Prozent — nicht schreiben konnten. [34] 1830 wurde in Mecklenburg erstmalig ein Fachbuch für den Hebammenunterricht eingeführt. [13] Es handelt sich um das 1797 erschienene Lehrbuch von J. W. Josephi „Lehrbuch der Hebammenkunst“. Dieses Werk ist als erstes mecklenburgisches Hebammenlehrbuch überhaupt anzusehen. Die 1765 und 1767 erschienenen „Grundlagen zum Unterricht einer Hebamme“ von C. E. Eschebach (1712—1788) wurden an der Rostocker Universität zur Unterweisung von Medizinstudenten genutzt. [22, 44] Prof. Stempel benutzte in seinem Institut das Lehrbuch von F. K. Naegele, den „Katechismus der Hebammenkunst“. 1874 wurde dieses durch das „Lehrbuch der Hebammenkunst“ von B. S. Schulze ersetzt. Erst Ende der siebziger Jahre des 19. Jahrhunderts führte man das sächsische „Lehrbuch der Hebammenkunst“ von C. Credé und F. Winckel auch in Mecklenburg ein. Dieses Buch galt nicht nur als Nachschlagewerk, sondern hatte auch den Rang einer Dienstvorschrift für die Hebammen. [43] Andererseits wurden veraltete Lehrbücher nicht eingezogen. So galt immer noch das alte Lehrbuch von Josephi. Schatz betonte, daß dieser Wechsel von Lehrbüchern zu unangenehmen Konsequenzen geführt hat. Nach einer von ihm angefertigten Statistik aus dem Jahre 1880 besaßen 285 Hebammen das Naegelesche Lehrbuch, 77 das Lehrbuch von Schultz, 30 das von Josephi, 3 das von Credé und 10 besaßen überhaupt kein Lehrbuch. In anderen deutschen Staaten hatte man derartige Mißstände gar nicht erst zugelassen. So wurde 1878 in Preußen und Sachsen ein bestimmtes Lehrbuch zur Pflicht gemacht. In Mecklenburg kam erst mit der Einführung der Hebammenordnung von 1885 ein einheitliches Lehrbuch mit einheitlichen Richtlinien zur Anwendung. [34] Die Haltung einer Hebammenzeitung bzw. eines Hebammenkalenders wurde selbst von Schatz als nicht notwendig für die Fortbildung der Hebammen angesehen. [34]

In vielen deutschen Staaten benutzte man bei den praktischen Übungen der Hebammen Phantome als Demonstrationsmittel. Solche Phantome wurden im Anatomischen Institut der Universität Halle von M. Klautsch her-

gestellt. In Preußen wurde durch ministerielle Anordnung festgelegt, als Demonstrationsmittel für jeden Kreismedizinbeamten ein weibliches Becken, den Schädel eines Neugeborenen oder eine lederne Kindesuppe zu beschaffen. [34] Von Schatz wurden die Präparate als gut und zweckmäßig beurteilt, doch in Mecklenburg, wo die Aufsichtärzte der Hebammen auf eine ungleich große Zahl verteilt sind, erscheint ihm die Anschaffung schon wegen der Kosten undurchführbar. Am 15. Oktober 1889 wurde in Mecklenburg die „Erste Instruktion für die Hebamme“ herausgegeben. ([34] Abb. 1)

Jede Hebamme hatte die Pflicht, diese Instruktion der Medizinalkommission strengstens zu beachten, danach zu handeln und sie dem Lehrbuch anzuheften. Die Instruktion hatte auch den gefährlichsten Zeitabschnitt nach dem Abgang der Nachgeburt zum Inhalt. Die Hebamme durfte die Friscentbundene nicht früher als 2 Stunden nach Geburt der Plazenta verlassen. Darüber hinaus enthielt die Instruktion Anweisungen zur Verhütung des Kindbettfiebers. Im Jahre 1894 erschienen die „Regeln für die Pflege und Ernährung der Kinder im 1. Lebensjahr und für die Pflege der Wöchnerinnen“ [34]. Diese Regeln hatten die Hebammen jeder der von ihr entbundenen Wöchnerinnen unentgeltlich zu überreichen. Sie enthielten strenge Maßnahmen zur Reinlichkeit der Hebammen, der zu entbindenden Frau vor der Geburt und das Benutzen von sauberer Wäsche und Geschirr. Bei Auftreten von „Unregelmäßigkeiten“ wie Fieber der Wöchnerin, Blutungen und abnormen Ausfluß, mußte sofort der Arzt benachrichtigt werden. Das wichtigste Gebot bei der Pflege der Säuglinge war das drei- bis sechsmonatige Stillen. War das Stillen nicht möglich, wurde verdünnte Kuhmilch gegeben.

Unterricht und Prüfung der Hebammen lagen 1751 in den Händen der Amtsärzte und wurden danach an die Kreisphysici abgegeben. Diese behielten beide Funktionen bis 1864. [43] Eine praktische Ausbildung mit Unterricht an Gebärenden fehlte bis zum Jahre 1836 ganz. Erst unter der Leitung von Prof. Stempel wurde mit praktischen Übungen begonnen. 1864 entzog man den Physici das Recht des Unterrichts und der Prüfung. Der Unterricht erfolgte nunmehr in der zentralen Hebammenlehranstalt zu Rostock; die Prüfung wurde von der Medizinalkommission abgenommen (Abb. 2). Der Lehrkursus wurde von 4 auf 6 Monate verlängert. Dem Direktor der Anstalt, den Assistenzärzten und der Haushebamme oblag der Unter-

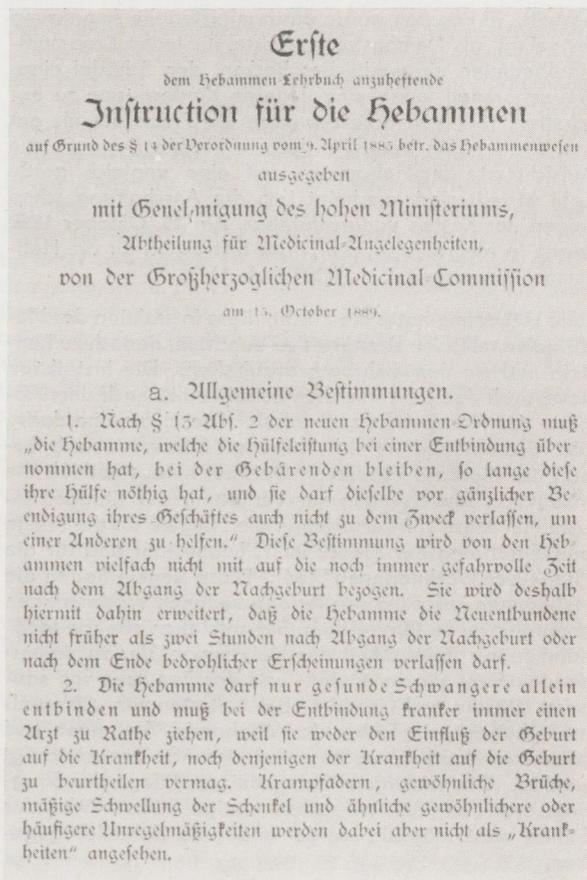


Abb. 1:

Erste Instruktionen für die Hebammen,
15. Oktober 1889
STAS MFU, Akte Nr. 10994

richt. In 12 Wochenstunden wurden die Schülerinnen theoretisch unterrichtet. Für die Praxis war jeder Schülerin Gelegenheit gegeben, bei der Geburt das nötige Können zu erwerben. Außerdem hatten sie Gelegenheit, ihr Wissen bei den Unterweisungen in den Krankenzimmern, Teilnahme an den Visiten und bei der Pflege der Wöchnerinnen zu erweitern. Die mangelhafte Schulbildung der Landbevölkerung und die langsame schwerfällige Auffassungskraft erschwerten die großen Anstrengungen der Hebammenlehrer. Deshalb schlug Schatz wiederholt eine Verlängerung des Lehrkursus auf 9 Monate vor. Dieser Meinung schlossen sich immer mehr Hebammenlehrer an. Einen Beitrag zur Verbesserung des Hebammenwesens leistete im Jahre 1888 Dr. M. Freyer, Kreisphysikus in Stettin, mit seiner Schrift „Wie ist unser Hebammenwesen rationell zu bessern?“. Die Verlängerung des Lehrkursus wurde von der Medizinalkommission befürwortet. [34]

Aus den Berichten einiger Ämter in Mecklenburg geht jedoch hervor, daß die Gemeinden oft nicht imstande waren, die Kosten aufzubringen, die eine Verlängerung des Kursus mit sich brachte. Daher wurden die künftigen Mehrkosten von 100 Mark pro Schülerinnen vom Lande getragen. Darüber hinaus wurden 2 Freistellen vergeben. Über diese Freistellen wird im Jahresbericht der großherzoglichen Frauenklinik und Hebammenschule zu Rostock 1886/87 berichtet. [17]

Mit der Fertigstellung der Frauenklinik 1887 wurde das Hebammenlehrinstitut mit Freistellen ausgestattet. Damit wurde der Zweck verfolgt, besonders befähigten jungen Mädchen oder Witwen auch dann die Möglichkeit der Ausbildung zu geben, wenn sie die Ausbildungskosten von 300 Mark nicht aufbringen konnten. Für die Frauenklinik selbst wurde dadurch zuverlässiges Hebammenpersonal gewonnen. Man konnte die Hebammen, die mindestens zwei Jahre in der Klinik tätig waren, auch für die Praxis auf dem Lande einsetzen. Nach der Eröffnung der neuen Frauenklinik im April 1887 machten sich in der Verwaltung Änderungen erforderlich. Es wurden insgesamt vier Haushebammen eingestellt. Die Oberhebamme hatte die Kontrolle über die Einrichtung, beaufsichtigte die Wäsche, kontrollierte die Unterhebammen, Schülerinnen, Kranke und Schwangere. Die 3 Unterhebammen hatten spezielle Teile der Klinik zubeaufsichtigen. Besonderes Augenmerk galt den Schülerinnen; sie wurden besser angeleitet und somit sicherer auf die spätere Praxis vorbereitet. Aus einem Bericht von Schatz geht hervor, daß Schülerin-

nen und Studierende bei Entbindungen unter Aufsicht eines Assistenzarztes gemeinsam arbeiteten, was sich sehr bewährte [34].

Funktion, Tätigkeit und Wirksamkeit der Hebamme in der Praxis

Aus den Archivalien ist zu entnehmen, daß erst im Jahre 1859 die Benutzung der Geburtsstühle untersagt wurde und an ihrer Stelle das Meyersche Geburtskissen gesetzlich eingeführt wurde. [24] Damit war die Forderung vieler mecklenburgischer Ärzte erfüllt worden, die immer wieder auf die Nachteile des Stuhles hingewiesen hatten. In einem Jahresrapport der Medizinalkommisison von 1831 heißt es: „ . . . Der Kreisphysikus Dr. Richter aus Boizenburg berichtet, daß . . . die Geburtsstühle der sämtlichen Hebammen in seinem Distrikt mit wenigen Ausnahmen den Namen Marterstühle verdienen . . . “ [34]. Wie eine Untersuchung aus dem Jahre 1830 ergab, war der Geburtsstuhl noch bei 41 Stadt- und 120 Landhebammen, d. h. bei ungefähr einem Drittel, in Gebrauch. Schwämme, Unterlagen, Stechbecken wanderten von Haus zu Haus. Erst mit der Einführung der Hebammenordnung von 1885 wurde der Gebrauch des Stuhles und des Kissens nicht nur verboten, sondern diese mußten entschädigungslos an die Obrigkeit abgeliefert werden. [24] Einer Äußerung von Schatz ist jedoch zu entnehmen, daß der Stuhl auch noch nach 1885 hin und wieder benutzt worden ist.

Die von den Hebammen zu verwendenden und mitzuführenden Instrumente und Heilmittel wurden erstmalig 1885 gesetzlich vorgeschrieben. [24]

Dies war in Sachsen bereits 1818 eindeutig geklärt worden. [37] Die Anschaffungskosten, ein Betrag von 100 Mark, mußten von den Hebammen selbst bestritten werden. [24] Bei Dienstantritt hatten die Hebammen ihre Ausrüstung zusammen mit dem Lehrbuch und den Instruktionen dem zuständigen Aufsichtsarzt zur nochmaligen Kontrolle vorzulegen. Mit Eröffnung der zentralen Hebammenanstalt wurde bereits von Prof. G. v. Veit und seinen Nachfolgern ein Instrumentarium zusammengestellt, das den Anforderungen der damaligen Zeit entsprach. [43, 45] In die Handtasche der Hebamme gehörte z. B.:

- 1 Irrigator
- 1 Gummischlauch
- 1 zinnerne Spritze zum Klistieren

*** Der nächste Hebammen-Lehrcursus in der Hebammenschule zu Rostock beginnt am 1. Juli d. J. Anmeldungen zu demselben müssen bis Mitte Mai bei dem unterzeichneten Directorium erfolgen.**

Für diesen Cursus sind 2 Freistellen zu vergeben. Berücksichtigung finden bei deren Vergabung nur Mädchen oder Wittwen von nicht mehr als 30 Jahren von tadelloser Gesundheit, bestem Rufe und guter Schulbildung.

Abdrücke, welche die näheren Bedingungen für beiderlei Aufnahmen enthalten, sind zu beziehen durch das Directorium der Großherzoglichen Frauenklinik und Hebammenschule zu Rostock.

Abb. 2:

Notiz in den Mecklenburgischen Nachrichten 1981
STAS MfU, Akte Nr. 2142

- 2 kolbig endende Afterspritzen aus Zinn
- mehrere zinnerne und gläserne Mutterrohre
- Fieber- und Badethermometer
- Nagelschere
- Katheter
- Milchpumpe
- Nabelschnurband
- Blutschwamm

An Medikamenten:

- 1 Flasche Carbolsäure
- Carbolöl 5 %
- Salmiak
- Äther
- Zimttinktur

Hebammen-Aufsichtsbezirke.

I. Physikat Boizenburg.

- 1) Boizenburg: Die Ortshaften des Amtsgerichts Bezirks Boizenburg.
- 2) Hagenow: Die Ortshaften des Amtsgerichts Bezirks Hagenow.
- 3) Lüthten: Die Ortshaften des Amtsgerichts Bezirks Lüthten.
- 4) Wittenburg: Aus dem Amtsgerichts Bezirke Wittenburg die Ortshaften: Wittenburg mit Klein-Wolde (Stadt Wittenburg).
Bantin, Bolzin, Döberßen und Dösterbeck, Dümmer und Nowahl, Dümmerhütte, Hof-Dümmerhüt, Helm, Karst, Hof und Dorf, Kogel, Hof und Dorf, mit Holtzeng, Schaathof und Vietow, Kötzin, Kothendorf und Zuden-Mühle, Krumbek, Kupin, Nollig, Hof Perdöhl, Dorf Perdöhl, Püttelkow, Pelahn mit Fruchtmühle und Stoltenau, Hof Walsmühlen, Dorf Walsmühlen, Hof Woez, Dorf Woez, Groß-Woldhof und Woldmühle, Ziggelmart (D. A. Wittenburg).
Badow, Bazzin, Boddin, Gamin, Dreißigow mit Ludwig, Neu-Ludwig, Parum und Pogref, Trömsow mit Neu-Kirchen, Goldenbow mit Albertinenhof und Friedrichshof, Harst, Hülseburg mit Pfeitel, Mloddrum, Mörchow, Lehjen, Mühlenbeck, Neuhof mit Boßow, Berlin, Roguth, Rodeowalde mit Marlow, Rögnitz mit Hegetaich und Woldhof, Schoffin, Söbring, Tefsin, Tüschow mit Sternsch, Vortshl, Waldow, Wölgow, Wulfshuhl, Zühr (A. A. Wittenburg).
- 5) Jarrentin: Aus dem Amtsgerichts Bezirke Wittenburg die Ortshaften: Jarrentin, Bauhof, Boize, Arenshof, Lütow, Schaalmühle, Schadeland, Tejtorf, Walluhn (D. A. Wittenburg).
Schalitz (A. A. Wittenburg).

II. Physikat Gadebusch:

- 6) Dassow: Aus dem Amtsgerichts Bezirke Gredesmühlen die Ortshaften: Gredendorf und Neu-Gredendorf, Hof Gredenstern, Firslich Gutow, Holm, Mollentin, Roggenstorf und Erbmühle zu Gredenstern, Rogin,

Abb. 3:
Hebammenaufsichtsbezirke,
Anlage C der Hebammenordnung von
1885
Physikat Rostock
STAS MfU, Akte Nr. 10992

Das Lehrbuch und die dazu gehörigen Instrumente galten als Nachschlagewerk und Dienstvorschrift. [43] Mit der Einführung der Hebammenordnung von 1885 wurden auch in Mecklenburg Geburtsverzeichnisse zur Pflicht. Dies war in Preußen bereits seit 1850, in Sachsen seit 1867 und in Bayern seit 1878 üblich. [6, 47] Allerdings waren derartige Aufzeichnungen von mecklenburgischen Ärzten auch schon früher gefordert worden. [25] Die Medizinalkommission bemühte sich 1864 bei der Ausarbeitung der Verordnung zur Verbesserung des Hebammenwesens um die gesetzliche Einführung der Geburtslisten. Da die Stände aber den Nutzen derartiger Tagebücher nicht anerkennen wollten, lehnten sie die Forderung ab. Derartige Kontrollen über die Arbeit der Hebammen bestanden in vielen anderen deutschen Ländern „zum Segen des Publikums“ schon seit Anfang des 19. Jahrhunderts. In Sachsen und Baden-Württemberg hatte man auf Grund von Tabellen bereits statistische Erfahrungen gesammelt und einen wertvollen Überblick über die Sterblichkeit im Kindbett und deren Ursachen erarbeitet. 10 Jahre nach Einführung der Verordnung von 1885 gibt Schatz bekannt, daß die Führung der Geburtslisten vollständig, wahr und rechtschaffen ist. Die Hebamme wird zur Ordnung und Aufmerksamkeit angehalten; die Listen sind ein öffentliches Geschäfts- und Hauptbuch der Hebammen. [34]

Was die Verteilung der Hebammen in Mecklenburg anlangt, gab es große Unterschiede im ritterschaftlichen Gebiet, in den Domänen und in den Städten, obwohl bereits die Hebammenordnung von 1751 in Mecklenburg Hebammenbezirke geschaffen hatte. [4, 37] So gab es noch große Rittergüter, in denen keine Hebamme angestellt war, seit Jahren weder ein Arzt noch eine Hebamme zur Geburt oder zum Wochenbett gerufen worden waren. [5]

Aus der Hebammenstatistik von Schatz ist zu ersehen, daß 1880 für ein Territorium von 100 km² im ritterschaftlichen Gebiet durchschnittlich 1,48, in den Domänen 3,48 und in den Städten 15,25 Hebammen zur Verfügung standen. Die allgemein schlechte Betreuung der Bevölkerung Mecklenburgs mit Hebammen im Vergleich zu den damals industriell weiterentwickelten deutschen Staaten läßt sich aus den nachfolgenden Zahlen entnehmen. 1898 betrug der durchschnittliche Versorgungsbereich einer Hebamme in Mecklenburg 33,3 km², in Preußen 17,6 km², in Sachsen 8,2 km² und im gesamten ehemaligen Deutschen Reich 14,6 km². [36] Anders als in Sachsen, wo das Prinzip der Bezirkshebamme bestand [12], wurden in Mecklenburg

frei praktizierende Hebammen zugelassen. [24] Man hoffte sich dadurch eine bessere Versorgung auf dem Lande. [43]

Die Situation in Mecklenburg wird aus dem Brief eines Predigers an Schatz deutlich, in dem es wörtlich heißt: „... Wo alte Weiber die Funktion einer Hebamme übernehmen und sogar noch geduldet wird, daß die Frauen auf dem Schoße ihres Mannes niederkommen ...“ [5]

Die Beaufsichtigung war eine sehr wichtige Angelegenheit in der gesamten Organisation des Hebammenwesens. Aus der Hebammenordnung von 1830 und deren Erweiterung von 1864 ist zu ersehen, daß den Ortsbehörden die Verpflichtung auferlegt wurde, den Ab- und Zugang von Hebammen dem Kreisphysikus zu melden. Dieser hatte die Aufgabe, das Hebammenwesen sorgfältig zu überwachen. [20] Von einer Realisierung dieses Aufgabenreiches konnte aber bis in das 19. Jahrhundert hinein nicht die Rede sein. [43] 1880 teilte man Mecklenburg in Physikatsbezirke, d. h. in 12 Distrikte, ein. Diese Distrikte waren räumlich so gestaltet, daß die erforderliche Beaufsichtigung der Hebammen durch den Physikus unmöglich war. Die Physici hatten nicht das Recht, in ihrem Bezirk Inspektionen vorzunehmen; sie galten nicht — wie beispielsweise in Preußen — als Staatsbeamte. [9] Es reichte auch die Zahl der Kreisphysici zur Kontrolle der ca. 400 Hebammen mit jährlich 18 000 Geburten nicht aus. Die Hebammenordnung von 1885 gab genaue Richtlinien zur Bildung von Hebammenbezirken mit jeweils einem Aufsichtsarzt an der Spitze. ([24] Abb. 3) Danach waren 2 500 Einwohner durch eine Hebamme zu versorgen. Die Ortschaften durften nicht mehr als 7,5 km voneinander entfernt liegen. Zehn Jahre nach Einführung der Hebammenordnung von 1885 hatte sich die Beaufsichtigung der Hebammen durchgesetzt und bewährt. In Mecklenburg machte jedoch die Einteilung der Aufsichtsbezirke wesentlich mehr Schwierigkeiten als in anderen deutschen Ländern, weil die Grenzen nicht behördlich festgelegt waren. [34] In Mecklenburg gab es zu dieser Zeit auch noch keine Wiederholungskurse wie in anderen deutschen Staaten. Der Aufsichtsarzt führte im Anschluß an die Durchsicht der Geburtslisten ein persönliches Gespräch mit den Hebammen. Diese Konsultation stellte die einzige Weiterbildung der Hebammen dar.

Es folgen einige Bemerkungen zu den Ausbildungskosten und zur Besoldung der Hebammen in Mecklenburg. Bis

zum Jahre 1859 war der Unterricht kostenfrei. [21] Die Schülerinnen mußten lediglich Unterkunft und Verpflegung selbst bezahlen. [9] Danach waren die Frauen verpflichtet, 70 Taler für die Ausbildung zu entrichten; im Jahre 1873 wurde eine Summe von 300 Mark gefordert. [3, 43] Stipendien, wie z. B. in Baden, gab es in Mecklenburg nicht. Erst ab 1887 wurden unter bestimmten Bedingungen Freistellen vergeben. [5] Ein großer Teil der Schülerinnen konnte den Ausbildungsbetrag nicht aufbringen; sie waren gänzlich oder teilweise auf die Unterstützung der Gemeinden angewiesen. [5] Daraus ergab sich nach Beendigung der Ausbildung für die Hebammen die Verpflichtung, eine bestimmte Zeit in ihrem Ort den Dienst zu versehen und bei armen Frauen Geburtshilfe unentgeltlich durchzuführen. Eine gesetzliche Festlegung der Hebammengebühren erfolgte in den Jahren 1844 und 1873. Jede durch die Hebamme geleistete Hilfe wurde gesondert honoriert. Dazu gehörten neben der Entbindung und Versorgung der Wöchnerinnen auch bestimmte gynäkologische Untersuchungen sowie Katheterisierung, Setzen von Blutegeln und Verabreichung von Klistieren. Eine Veränderung gegenüber der Gebührenordnung von 1844 trat 1873 insofern ein, als die Entbindung gesondert von der Versorgung im Wochenbett honoriert werden mußte. Wie aus den Archivalien ersichtlich ist, war aber trotz der gesetzlichen Gebührenordnung die finanzielle Sicherstellung der Hebammen nicht gewährleistet. So schreibt Dornblüth [10], daß „... die Ansätze der Taxe höchstens dem schlechten Tagelohne der Waschfrauen gleich zu achten sind ...“ Die Hebammen verdienten so wenig, daß sie ihren Lebensunterhalt meist nicht bestreiten konnten. Die mecklenburgischen Ärzte forderten daher immer wieder Steuerfreiheit, Unterstützungsgelder oder ein festes Jahresgehalt. [9] Erst ab 1873 sind in Mecklenburg genaue Angaben über die Besoldung der Hebammen aus dem Archivmaterial zu entnehmen.

Der Verdienst einer Landhebamme lag unter dem eines Tagelöhners, d.h. unter 200 Mark im Jahr. Die Frauen waren somit auf zusätzliche Erwerbsquellen und Unterstützung aus den Gemeinden angewiesen. [39] Es handelte sich wohl zumeist um Feld- und Gartenarbeit. [9] Auch als Leichenkleiderin könnte manche Hebamme gearbeitet haben; aus Verboten von 1869 und 1885 läßt sich entnehmen, daß dies gelegentlich vorgekommen ist. [24] In den Domänen wurde die Hebamme bereits 1777 von offiziellen Angaben befreit und erhielt eine bestimmte Menge Brennholz, [23] auch war ihr eine Dienstwohnung zuzusichern.

Friedrich Franz

von Gottes Gnaden Großherzog von Mecklenburg zc.

Unsern gnädigsten Gruß zuvor. Edle, Beste, Ehrveste, Ehrjame, liebe Getreue! Nachdem Wir Uns im Hinblick auf die Erfahrungen, welche in Unserem Lande mit dem Hebammenwesen gemacht worden sind, sowie mit Rücksicht auf die einschlagenden Bestimmungen der Reichsgesetze davon überzeugt haben, daß eine neue legislatorische Ordnung des Hebammenwesens ein dringendes Bedürfnis geworden ist, so theilen Wir euch hierneben den Entwurf einer diesen Gegenstand betreffenden Verordnung mit, indem Wir Uns wegen der Begründung desselben auf die gleichfalls angeschlossenen Motive beziehen, und hier nur noch bemerken wollen, daß Wir die Kosten, deren Erstattung aus der Allgemeinen Landes-Receptur-Kasse der § 25 des Entwurfs vorschlägt, aus Unserer Kellerei vorzuschießen beabsichtigen und es für zweckmäßig erachten, daß diese Vorschüsse der Letzteren jährlich nach zugelegter Liquidation aus der Receptur-Kasse erstattet werden.

Auch haben Wir die Absicht, den Landesherrlich angestellten Kreisphysikern aus Unserer Kellerei eine Erhöhung ihres Gehaltes in Berücksichtigung der erhöhten Anforderungen zu bewilligen, welche an sie zu stellen sind, wenn die im Entwurf in Aussicht genommene Beaufsichtigung des Hebammenwesens in's Leben tritt.

Wir fordern euch auf, Unsere getreuen Stände auf dem bevorstehenden Landtag zu einer Erklärung über diese Unsere Vorlage zu veranlassen und verbleiben euch mit Gnaden gewogen.

Gegeben durch Unser Staats-Ministerium.

Schwerin, den 28. August 1883.

Friedrich Franz.

H. Graf v. Bassewitz.

Abb. 4:
Schreiben des Staatsministeriums Schwerin über
den Entwurf einer neuen Hebammenordnung,
28. 8. 1883 STAS MfU, Akte Nr. 10994

Ab 1850 bekamen die Hebammen Naturalien, Acker und Wiesenland. In den ritterschaftlichen Gebieten gewährte man ähnliche Unterstützungen. [19]

An dieser Stelle soll kurz auf die strafrechtliche Verfolgung von Verstößen gegen die gesetzlichen Anweisungen eingegangen werden. Die Bestrafung oblag den Ortsbehörden, ab 1763 auch dem sogenannten Polizeikollegium. [38] Die Kreisphysici und die Aufsichtsärzte waren berechtigt, das Strafverfahren gegen eine Hebamme einleiten zu lassen. Zusätzlich mußte die Gewerbekommission informiert werden, und diese hatte über weitere Maßnahmen zu entscheiden. Eine einheitliche Strafbestimmung in Mecklenburg bestand erst seit 1885. Sie beruhte auf dem für das ganze Deutsche Reich gültigen Strafgesetzbuch. Wie aus dem Archivmaterial zu entnehmen ist, schadete die Bestrafung dem Ansehen der Hebamme erheblich.

Zur Müttersterblichkeit in Mecklenburg im 19. Jahrhundert

In der Zeit von 1816 bis 1875 starben nach den Angaben von Walther [43] in Mecklenburg von 1 021 080 entbundenen Müttern 8 918. Mecklenburg lag mit einer Kindbettsterblichkeit von 8,734 ‰ an der Spitze aller anderen deutschen Länder. Im Vergleich dazu lag die mütterliche Mortalität infolge Puerperalfiebers in Preußen zwischen 1815 und 1879 bei 8,2 ‰, in Kopenhagen zwischen 1850 und 1874 bei 8,1 ‰, in Baden zwischen 1860 und 1861 bei 6,1 ‰ und in Sachsen 1874 bei 6,8 ‰. Im Schrifttum finden sich immer wieder Hinweise auf die strenge Beachtung der antiseptischen Vorsichtsmaßregeln. Auch werden für die hohen Mortalitätszahlen in Mecklenburg technische Fehler der Hebammen angeschuldigt. Die Hebammen leiteten jährlich 80 bis 90 Geburten ohne jegliche ärztliche Hilfe. Schatz betont 1888 in einem Bericht über die hohe Sterblichkeit im Kindbett [29] die Wichtigkeit einer Schulung in der Antisepsis. Seiner Meinung nach könne die Sterblichkeit um 1 ‰ gesenkt werden, wenn die Instruktionen wie die sofortige Meldung eines jeden Falles von Puerperalfiebers und die vorgeschriebene Desinfektion befolgt würden. Im Jahre 1886 lag nach den Angaben von Schatz in Mecklenburg die mütterliche Gesamtmortalität bei 9,4 ‰ (bis einschließlich 3 Monate nach der Entbindung), Todesfälle aus anderen Ursachen, wie Uterusruptur, Schock und Eklampsie machten 7,4 ‰ aus. Die 1885 offiziell eingeführten Hebammenlisten ermöglichten eine genaue Statistik über das Puerperalfieber. Offensichtlich wurden diese Eintragungen von den

N^o 14.

75/1
Z

Regierungs-Blatt

für das

Großherzogthum Mecklenburg-Schwerin.

Jahrgang 1885.

Ausgegeben Schwerin, Freitag, den 24. April 1885.

Inhalt.

I. Abtheilung. N^o 9. Verordnung, betreffend das Hebammenwesen.

I. Abtheilung.

(N^o 9.) **Friedrich Franz**, von Gottes Gnaden Großherzog von Mecklenburg, Fürst zu Wenden, Schwerin und Rügen, auch Graf zu Schwerin, der Lande Rostock und Stargard Herr etc.

Wir verordnen nach verfassungsmäßiger Berathung mit Unseren getreuen Ständen was folgt:

§. 1.

Jede Obrigkeit bezw. Gemeinde hat die Verpflichtung, im Sinne der gegenwärtigen Verordnung brauchbare Hebammen, sei es angestellte oder contractlich verpflichtete, in genügender Zahl zu halten, und dürfen die Hebammen nicht weiter als 7¹/₂ Kilometer von jedem Orte ihres Wirkungskreises entfernt wohnen.

Für eine Bevölkerungszahl von 2500 Seelen ist die Annahme wenigstens einer Hebamme erforderlich.

Abb. 5:
Titelblatt der
Hebammenordnung
von 1885
STAS MFU,
Akte Nr. 10993

Ärzten sehr genau überwacht. Die Hebamme hatte dem Arzt sofort Meldung zu erstatten, wenn bei der Wöchnerin die Temperatur über 38,5 °C anstieg. Im Falle eines Puerperalfiebers erfolgte die Meldung des Arztes an den Kreisarzt. Diesem oblag dann die Entscheidung, ob die Hebamme sich der sogenannten großen Desinfektion in der Frauenklinik Rostock zu unterziehen hatte. Danach war die Hebamme sofort wieder berechtigt, ihrer praktischen Tätigkeit nachzugehen. [41] Die Zahl der Todesfälle an Kindbettfieber, die vor allem Wöchnerinnen zwischen dem 20. und 30. Lebensjahr betrafen, ging bis zur Jahrhundertwende in Mecklenburg erheblich zurück.

Detaillierten Aufschluß darüber geben besonders die Beobachtungen Unterbergers. [41] Infolge der strengen Beaufsichtigung der Hebammen und der gesetzlich angeordneten Maßnahmen war Ende des 19. Jahrhunderts die Kindbettsterblichkeit in Mecklenburg mit der anderer deutscher Länder vergleichbar.

Die Hebammenordnung von 1885 für das Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin

Die Vorgeschichte zur Verordnung über das Hebammenwesen ist bemerkenswert, weil sie verdeutlicht, vor welchen immensen Schwierigkeiten die Ärzte Mecklenburgs bei der Durchsetzung ihrer fachlichen Forderungen gegenüber der Regierung standen. Zu den dringlichsten Aufgaben gehörten prophylaktische Maßnahmen zur Senkung des Puerperalfiebers. [11] Immer wieder wurde auf die Mängel der Aus- und Weiterbildung der Hebammen, deren Beaufsichtigung und Kompetenzen in fachlicher Hinsicht sowie auf ihre finanzielle Sicherstellung hingewiesen. Unter den Hebammenlehrern hatte besonders Schatz die Mißstände in der geburtshilflichen Betreuung erkannt, und seine Bestrebungen waren darauf gerichtet, das mecklenburgische Hebammenwesen kurzfristig und nachhaltig zu verbessern. Dabei war davon auszugehen, daß in Mecklenburg etwa 95 % der Wöchnerinnen durch Hebammen versorgt wurden. [34] Es fehlte an Ärzten, die die Entbindungen leiteten. 1888 betrug der durchschnittliche Einzugsbereich eines Arztes in Mecklenburg mehr als 62 km², während es im Reichsdurchschnitt 30 km² waren. [36] Auch reichte die Bettenkapazität der Rostocker geburtshilflichen Klinik bei weitem nicht aus, so daß Schatz resignierend feststellt [27]: „...“, daß die Hebammen mit wenigen Ausnahmen fast überall bei weitem nicht mit der Vollkommenheit ausgebildet werden, wie es der Wichtig-

keit ihres Berufes in Rücksicht auf Gefährdung von Leben und Gesundheit sehr vieler Mitmenschen nötig wäre...“. Die 1883 und 1884 vom Ministerium herausgegebenen Entwürfe (Abb. 4) zu einer Verordnung betreffs Verbesserung des Hebammenwesens stießen auf viel Kritik. Nach Verhandlungen zwischen der Regierung, den Ständen und der Medizinalkommission wurde dann am 24. April 1885 die Hebammenordnung veröffentlicht, die jedoch den weitreichenden Vorschlägen von Schatz nicht gerecht wurden. ([27] Abb. 5) Wegen der großen Bedeutung dieser Hebammenordnung für die weitere Entwicklung des Hebammenwesens in Mecklenburg sollen hier auszugsweise einige der wichtigsten Paragraphen wiedergegeben werden:

- § 2 Das Hebammenwesen darf nur von solchen Personen ausgeübt werden, welche die vorschriftsmäßige Prüfung vor der Medizinalkommission zu Rostock bestanden haben . . .
- § 3 Zur Hebammenprüfung dürfen nur solche Personen zugelassen werden, welche einen vollständigen Cursus in der Hebammenschule zu Rostock genommen haben . . .
- § 8 Jede Hebamme muß mit den auf der Anlage A verzeichneten Gerätschaften und Heilmittel versehen sein . . . (Abb. 6)
- § 9 Sämtliche Hebammen sind vom 1. Juli 1885 verpflichtet, halbjährliche Geburtsverzeichnisse nach dem in der Anlage B enthaltenen Muster zu führen, . . . dem zuständigen Aufsichtsarzt unaufgefordert zuzusenden . . .
- § 11 . . . Der Gebrauch des Geburtsstuhles ist den Hebammen fortan gänzlich untersagt. Auch dürfen sie weder Unterlagen noch Geburtskissen, noch Schwämme . . . zu den Gebärenden mitbringen . . . Das Amt einer Totenkleiderin und Leichenwäscherin darf eine Hebamme nicht übernehmen . . .
- § 17 Zwecks Beaufsichtigung der Hebammen werden die Physikatsbezirke unseres Landes in die aus Anlage C ersichtlichen Hebammenaufsichtsbezirke geteilt . . .
- § 19 . . . hat der Aufsichtsarzt die von den Hebammen eingereichten Geburtsverzeichnisse zu prüfen, die Hebammen auf begangene Fehler aufmerksam zu machen . . . ihnen zu ihrer Fortbildung Möglichkeiten der Anleitung zu geben . . .

Verzeichnis

derjenigen Gerätschaften und Heilmittel, mit welchen die Hebammen versehen sein müssen.

1. Eine Spülkanne aus verzinnem Weißblech mit einem Meter Gummischlauch und einem Durchlaufhahn. An der Wand der Spülkanne, welche wenigstens 1 1/2 Liter fassen soll, ist der Rauminhalt von 1/2 zu 1/2 Litern durch Striche zu bezeichnen; die Öffnung für den Schlauchanhang ist mindestens 1 Centimeter über dem Boden anzubringen.
2. zwei zimmerne oder vier gläserne Mutterrohre mit mehreren stechnadelkopfgroßen Öffnungen an dem gut fingerdicken und gut abgerundeten Endfolben. Die gläsernen Mutterrohre können auch aus 15 Centimeter langen, fingerdicken starken Glasrohrstücken bestehen, welche in der Mitte mäßig abgebogen und an beiden Seiten gut und zu vollständiger Glätte abgeschmolzen sind.

Die Hebammenordnung von 1885 stellt zweifellos einen Höhepunkt in der Geschichte des Hebammenwesens im Feudalstaat Mecklenburg dar. So werden erstmalig ein einheitliches Instrumentarium der Hebammen sowie einheitliche Aufnahmebedingungen zum Eintritt in die Hebammenschule zu Rostock festgelegt. Als einer der wesentlichen Fortschritte sind die Maßnahmen zur Verhütung des Kindbettfiebers zu werten. Es wurden genaue Vorschriften erlassen, wann die Hebamme bei Verdacht auf Kindbettfieber oder andere ansteckende Krankheiten der Wöchnerin und des Neugeborenen einen Arzt anzufordern und dem zuständigen Aufsichtsarzt Meldung zu erstatten hatte. [5, 24] Diese Maßnahmen trugen entscheidend dazu bei, fieberhafte Erkrankungen der Entbundenen möglichst rasch zu erkennen und das Puerperalfieber zu diagnostizieren. In der Verordnung wurden auch Desinfektionsmaßnahmen gesetzlich vorgeschrieben. Falls sich die Diagnose Puerperalfieber bestätigte, hatte der Aufsichtsarzt die sogenannte große Desinfektion zu veranlassen. Die Aufsichtsärzte überwachten die Berufstätigkeit der Hebamme, sie kontrollierten die Geburtslisten und unter-

3. eine kleine zimmerne Nystierspritze (von ungefähr 100 Cubit Centimeter Inhalt) mit einem 10 Centimeter langen Gummischlauch an der Spitze als Zwischenstück zwischen Spritze und Asterrohr.
 4. zwei zimmerne Asterrohre mit kleinfingerdicken, auch nach der Öffnung hin gut abgerundetem Endfolben.
 5. zwei neusilberne Katheter in einer Form und Größe, welche zwischen der eines männlichen und weiblichen Katheters die Mitte hält, mit zwei seitlichen Fenstern in der Nähe der Spitze.
 6. ein Badethermometer in Holzkapsel nach Reaumur.
 7. ein in 1/5 oder 1/10 Grade eingetheiltes Fieberthermometer nach Celsius.
 8. eine Nabelschnurschere.
 9. ein Bund Nabelschnurband von 5 Millimeter Breite.
 10. ein Stück Blutschwamm.
 11. eine Blechbüchse, gefüllt mit hühnereigroßen Ballen aus reiner Watte.
- Um die Blechbüchse zugleich als Speculum beim Einbringen der Watteballen benutzen zu können ist es zweckmäßig, daß sie aus einem offenen Cylinder von entsprechender Länge und Weite besteht, welcher oben und unten durch abnehmbare Deckel geschlossen wird. Jeder Watteballen ist mit einem Faden zu umbinden, dessen eines Ende in der Länge von 15 Centimetern unaufgewickelt bleibt.
12. ein Fläschchen mit 15 Gramm Aether.
 13. ein Fläschchen mit 30 Gramm Zimmtinktur.
 14. ein Fläschchen mit 30 Gramm Salmiakgeist.
 15. ein Fläschchen mit 30 Gramm Carbolöl (5 Gramm oder ein Theelöffel reine Carbonsäure auf 100 Gramm oder ein Weinglas Speiseöl.)
 16. eine Flasche mit 250 Gramm flüssiger reiner Carbonsäure.
 17. eine Milchpumpe.
 18. zwei gläserne Katzenjüger mit Gummianhang.

Zämmliche hier aufgeführte Gerätschaften und Heilmittel können von der Hebammenschule zu Rostock zum Selbstkostenpreise bezogen werden. Eine Instrumententafel mit vollem Inhalte kostet 45 *M.*

Abb. 6a/b:
Verzeichnis der Gerätschaften und Heilmittel der Hebammen, Anlage A der Hebammenordnung von 1885

Versammlung
der
Hebammen-Aufsichtsärzte
von Mecklenburg-Schwerin
am 9. October 1885.

Zum 9. October waren durch den Unterzeichneten sämtliche Physici und Aufsichtsärzte des Grossherzogthums zu einer Besprechung über die Einführung der neuen Hebammen-Ordnung in die Frauenklinik zu Rostock eingeladen worden, und es hatte sich gerade die Hälfte derselben dazu eingefunden, nämlich: Alfeld-Stavenhagen, Barck-Rehna, Elvers-Waren, Günther-Röbel, Gesellius-Lübz, Gronau-Neubuckow, Griewank-Bützow, Heitmann-Goldberg, Jahn-Grevesmühlen, Keding-Kröpelin, Krüger-Penzlin, Lebahn-Malchow, Leonhardt-Gadebusch, Lesenberg-Rostock, Melchert-Grabow, Passow-Rostock, Rehberg-Hagenow, Schatz-Rostock, Scheel-Rostock, Scheven-Rostock, Schlichting-Laage, Schmeltz-Röbel, Schröder-Tessin, Settler-Zarrentin, Steinohrt-Sternberg, Süßerott-Wismar, Wächter-Schwaan, Wagner-Ribnitz, Wiedow-Krakow, Wilhelm-Dassow.

Nachdem durch Acclamation der Unterzeichnete zum Vorsitzenden gewählt war, wurde beschlossen, die Verhandlungen in Form zwangloser Besprechung der einzelnen Paragraphen der Verordnung, betreffend das Hebammenwesen, vorzunehmen.

Abb. 7:
Titelblatt der am 9. Oktober 1885 durchgeführten Versammlung der Hebammenaufsichtsärzte von Mecklenburg-Schwerin

stützten die Hebammen in ihrer Fortbildung in Form von Lehrunterweisungen (Abb. 7). Den Physici oblag die Aufgabe, ein Verzeichnis sämtlicher, im Bezirk tätiger Ärzte zu führen; sie waren verantwortlich, daß genügend Hebammen angestellt wurden. Diese Maßnahmen führten zu einer erheblichen Senkung der Sterblichkeit der Wöchnerinnen. Trotz der Verordnung von 1885 blieben in den Folgejahren jedoch noch viele Probleme ungelöst. Große Schwierigkeiten bereitete weiterhin die ungleichmäßige Verteilung der Hebammen in den einzelnen Bezirken. Viele Ortsobrigkeiten und Gutsbesitzer waren über die neue Ordnung von 1885 überhaupt nicht informiert. Auch das Problem der Weiterbildung der Hebammen blieb nach 1885 weitestgehend ungeklärt. Die Hebammenaufsichtsärzte wurden von Schatz aufgefordert, auf die Durchführung von Wiederholungskursen zu drängen. Festlegungen zur Absicherung eines genügenden Einkommens sowie einer ausreichenden Alters- und Krankenversorgung waren in der Hebammenordnung Mecklenburgs von 1885 überhaupt nicht enthalten.

Im Vergleich dazu werden in Preußen Weiterbildungskurse für Hebammen ab 1812 erwähnt. Die Kreisärzte prüften in gewissen Abständen die ihnen unterstellten Hebammen. [2] Obligatorisch wurden die Weiterbildungsveranstaltungen in Preußen im Jahre 1883 [5]; sie fanden alle 3 Jahre statt. Nachprüfungen und Weiterbildungen wurden auch in Bayern, Württemberg und Baden regelmäßig durchgeführt. [46] Über den Entwurf einer neuen Hebammenordnung von 1889 berichtet Ahlfeld [1], daß alle Hebammen in vierwöchentlichen Wiederholungskursen geschult werden. Dadurch hatte jede Hebamme alle 5 Jahre einmal Gelegenheit, ihre Kenntnisse aufzufrischen. Freipraktizierende Hebammen gab es zu dieser Zeit in Preußen nicht mehr. Das Alter bei Eintritt in die Hebammenlehranstalt durfte 30 Jahre nicht überschreiten. In Distrikten, wo Hebammen kein genügendes Einkommen hatten, wurde ihnen vom Staat eine Unterstützung zugesichert. Die Entfernung vom Wohnort der Hebamme aus sollte in Preußen nicht mehr als 5 km betragen; war sie größer, mußte die Bevölkerung ein Gefährt stellen. [1] In Sachsen war 1892 eine Hebammenordnung erlassen worden, welche vorschrieb, daß geprüfte Schülerinnen, welche innerhalb von 2 Jahren nach Entlassung aus der Hebammenschule nicht praktizierten, sich bei einer Anstellung einem mehrwöchigen Wiederholungskurs mit Prüfung zu unterziehen hatten. An Orten, wo der Verdienst einer Hebamme nicht ausreichte, sollten die Ortsobrigkeiten und

Gemeinden ein jährliches Gehalt zur Verfügung stellen. Die Anschaffung der Instrumente war in Sachsen unentgeltlich. Bereits 1874 war in Sachsen die Rentenversorgung der Hebammen gesetzlich geregelt. [12] In Schleswig-Holstein wurde die erste Hebammenordnung 1765 erlassen. [32] Diese Verordnung, die vor allem auch die Errichtung von Lehr- und Entbindungsanstalten sicherstellte, war für die damalige Zeit eine bevölkerungspolitische Tat, mit der eine neue Epoche in der Geschichte des Hebammenwesens begann. 1768 wurden erstmalig eine Verbindung des Hebammenwesens mit der Kieler Medizinischen Fakultät festgelegt. 1885 konnte das Kieler Geburtshaus und die Hebammenlehranstalt eröffnet werden. Schon 1854 wurde eine neue Hebammenordnung erlassen, die der Kieler Professor Michaelis entworfen hatte. Eine wichtige Neuerung war darin die alle drei Jahre vorgesehene Nachprüfung, durch die jede Hebamme zur Erhaltung und Förderung ihres Wissens angehalten war. Ungeregt blieb auch in Schleswig-Holstein die Versorgung der Hebammen im Alter und bei Arbeitsunfähigkeit. Aufschluß über das Hebammenwesen in der Provinz Pommern sind aus der Medizinalpersonentabelle des Kreises Greifswald zu entnehmen. [37, 39] Eine Notiz des Kreisphysicus zu Wolgast von 1843 gibt Auskunft über den Wohnort der Hebamme, die Anzahl der zu einem Kirchspiel gehörenden Ortschaften, Einwohnerzahl und Besoldung. Aus diesen Aufzeichnungen wird ersichtlich, daß eine ausreichende Versorgung der Landbevölkerung nicht gewährleistet war. Oft mußte eine Hebamme einen großen Bezirk versorgen; die Größe der Bezirke schwankte zwischen 15,1 und 83,0 km². Mehr als die Hälfte der Frauen legte nach Vollendung des 30. Lebensjahres die Hebammenprüfung ab. Meist waren die Hebammen im fortgeschrittenen Alter nicht mehr in der Lage, eine ordnungsgemäße geburtshilfliche Versorgung aufrecht zu erhalten. Der Bildungsstand der vorpommerschen Landhebamme war nicht gut. Die recht niedrige Besoldung stellte keinen Anreiz zum Ergreifen des Hebammenberufes dar.

Im folgenden soll zu den Auswirkungen der Hebammenordnung von 1885 in Mecklenburg Stellung genommen werden.

Diese neue Ordnung verbesserte das Ansehen des Standes der Hebammen ganz erheblich. Die Hebammen waren in der Lage, die Geburtslisten zu führen und hatten sich mit den Desinfektionsordnungen vertraut gemacht.

Entwurf für ein Hebammengesetz mit bindender Kraft im ganzen deutschen Reiche, berathen und angenommen vom 7. Delegirten-Tage in Halle a. S. und Erfurt 1898, durchgesehen und unterschrieben vom 8. Delegirten-Tage der Vereinigung deutscher Hebammen in Barmen 1899.

Ehrendienstlich überreicht im Namen der Vereinigung deutscher Hebammen durch die Geschäftsführerin

Frau Olga Gebauer, — Berlin
Schönhauser Allee 50.

Abb. 8:

Titelblatt des Entwurfes für ein Hebammengesetz der Vereinigung deutscher Hebammen in Barmen 1899
STAS MfU, Akte Nr. 10994
Auszüge aus dem Entwurf

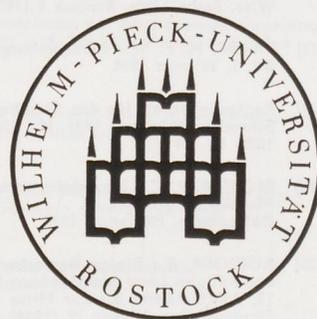
Auch die Art der Beaufsichtigung der Hebammen ist positiv zu bewerten, wengleich auch ein Mangel an Aufsichtsärzten in Mecklenburg bestand. Trotz eindeutiger Erfolge im Hebammenwesen seit Bestehen der neuen Ordnung waren immer noch Rückstände gegenüber anderen deutschen Ländern zu erkennen. Die Teilnahme an Wiederholungskursen, die im Deutschen Reich für alle Hebammen zur Pflicht gemacht worden war, beschränkte man in Mecklenburg auf diejenigen Hebammen, die bei der Ausübung ihres Berufes Mängel zeigten. Von der inzwischen gegründeten Vereinigung deutscher Hebammen wurde 1899 ein Hebammengesetz für das ganze Deutsche Reich beraten und angenommen ([34] Abb. 8) Erstmals wurde beschlossen, daß zur Prüfung nur noch solche Personen zugelassen werden, welche 1 Jahr einen Kursus an einer deutschen Hebammenanstalt absolviert haben. Sämtliche Lehranstalten waren staatlich. Die Hebammen hatten die Geburtenlisten monatlich einzureichen und mußten jedes Jahr zur Nachprüfung bei dem zuständigen Kreisphysikus erscheinen. Die größte Errungenschaft war die Festlegung eines Dienstinkommens von 1 200 Mark im Jahr. Auch erhielten die Hebammen eine Altersrente von 50 Mark im Jahr; die Beschaffung der Instrumente, Geräte und Bücher war unentgeltlich. Diese Maßnahme hat ganz erheblich zu einer Verbesserung des Hebammenwesens in Mecklenburg um die Jahrhundertwende beigetragen.

Literatur

- [1] AHLFELD, F.: Die Reorganisation des Hebammenwesens, Entwurf einer neuen Hebammenordnung. Zschr. Gebh. Gynäkol. 16 (1889) 378–398.
- [2] AUGSTIN, F. S.: Die Königliche preußische Medizinalordnung. Bd. 1, Potsdam 1818
- [3] BALCK, C. W. A.: Finanzverhältnisse Mecklenburg-Schwerin, mit besonderer Berücksichtigung ihrer geschichtlichen Entwicklung. Bd. 2, Schwerin 1878
- [4] BRENNECKE, J.: Das Hebammenwesen und die Frauenfrage, ein sozialpolitisches System. Magdeburg 1914
- [5] Correspondenzblatt des Allgem. Mecklenburgischen Ärztevereins. Rostock 1884, Nr. 75, 1886, Nr. 95, 1889, Beilage zu Nr. 123
- [6] DIETRICH, D.: Das Hebammenwesen in Preußen mit besonderer Berücksichtigung seiner geschichtlichen Entwicklung und Vorschlägen zu einer Reform. Merseburg 1896
- [7] DOHRN, R.: Geschichte der Geburtshilfe der Neuzeit, zugleich als dritter Band des „Versuchs einer Geschichte der Geburtshilfe“ von Eduard Siebold. Tübingen 1904
- [8] DORNBLÜTH, A. L.: Darstellung der Medizinalgesetzgebung und gesamten Medizinal- und Sanitätsanstalten für den Zivil- und Militärstand. Schwerin 1834
- [9] DORNBLÜTH, A. L.: Die Medizinal-Ordnung im Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin, kritisch erörtert. Güstrow 1840
- [10] DORNBLÜTH, A. L.: Die neue Medizinaltaxe für das Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin, vom 21. 12. 1844. Hamburg 1845
- [11] FASBENDER, U.: Geschichte der Geburtshilfe. Jena 1906 (Nachdruck Hildesheim 1964)
- [12] FLINZER, R.: Die Medizinalgesetze und Verordnungen des Königreiches Sachsen unter Berücksichtigung der Reichsgesetzgebung, systematisch geordnet und mit Erläuterungen versehen. Leipzig 1895
- [13] Großherzogliches Mecklenburg-Schwerinsches offizielles Wochenblatt. Schwerin 1813, Nr. 91, 1830, Nr. 11, 1844, Nr. 28
- [14] HEIDORN, G.; HEITZ, G.; KALISCH, J.; OLECHNOWITZ, K.-F.; SEEMANN, U.: Geschichte der Universität Rostock 1415–1969. Festschrift zur Fünfhundertfünfzig-Jahrfeier der Universität. Bd. I und II

- [15] KLAUSCH, B.; SCHWARZ, R.: Die Geschichte der Frauenklinik der Universität Rostock von den Anfängen bis zur Gegenwart.
Rostock 1980
- [16] LACHS, J.: Die mecklenburgische Landesschule in der 1. Hälfte des 19. Jahrhunderts unter den Bedingungen des spätféudalistischen Ständestaates.
Phil. Diss. Berlin 1961
- [17] Leitungs-Universitäts-Archiv
Wilhelm-Pieck-Universität Rostock
Kurator Frauenklinik 1033 (1886–1891)
Kurator Frauenklinik 653 (1891–1905)
- [18] MAGER, F.: Geschichte des Bauerntums und der Bodenkultur im Lande Mecklenburg.
Berlin 1955
- [19] MAHLERT, K.-H.: Die soziale und ökonomische Lage der mecklenb. Landarbeiter nach der Aufhebung der Leibeigenschaft und ihr Kampf in der Revolution 1848–1849.
Phil. Diss. Berlin 1961
- [20] MASIUS, G. H.: Mecklenburg-Schwerinsche Medizinalgesetze.
Rostock, 1811, 16
- [21] MASIUS, G. H.: Bruchstücke einer Geschichte der Medizinalgesetzgebung im Herzogtum Mecklenburg-Schwerin.
Rostock 1812
- [22] NIESERT, H. W.: Die Geburtshilfe und Gynäkologie an der Rostocker Universität, eine medico-historische Studie.
Wiss. Zschr. Univ. Rostock 2 (1953)
- [23] RAABE, H. F. W.: Mecklenburgische Vaterlandskunde,
Bd. 3, Wismar 1896
- [24] Regierungsblatt für das Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin: Schwerin 1859, Nr. 10, 1864, Nr. 10, 1869, Nr. 55, 1885, Nr. 14
- [25] RICHTER, J. C.: Das Hebammenwesen im Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin.
Boizenburg, Hagenow 1874
- [26] RÜDIGER, R.: Einige Bemerkungen zum Hebammenwesen im ehemaligen Land Mecklenburg-Schwerin von der Mitte des 18. Jahrhunderts bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts.
Deutsch. Ges. Wesen 19 (1964) 1074–1076
- [27] RÜDIGER, R.: Zur Entwicklung des Hebammenwesens in Mecklenburg-Schwerin in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts, dargestellt an der Tätigkeit des Gynäkologen F. Schatz.
Zschr. ges. Hyg. 12 (1966) 349–341
- [28] SCHATZ, F.: Entwurf einer Hebammenordnung für das ganze Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin.
Rostock 1883
- [29] SCHATZ, F.: Über die Puerperal-Mortalität im Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin.
Sammlung von Sonderdrucken 1–29
- [30] SCHMALZ, K. G.: Die königlichen sächsischen Medizinalgesetze älterer und neuerer Zeit, nebst den offiziellen Belehren für das Publikum über ansteckende Krankheiten unter Menschen und Vieh, über Nahrungsmittel und Gifte.
Dresden 1819
- [31] SCHNECK, P.: Der Hebammenberuf im Wandel der Zeiten, eine Dresdener Hebammenordnung aus dem Jahre 1764.
Heilberufe 23 (1971) 263–266.
- [32] SEMM, K.; PHILIPP, E.; HÖRMANN, G.: Die Kieler Universitäts-Frauenklinik und Michaelis-Hebammenschule 1805–1980.
Eine medizinhistorische Studie zum 175jährigen Bestehen.
G. Thieme Verlag Stuttgart 1955
- [33] SIEBOLD, E. C. J. v.: Versuch einer Geschichte der Geburtshilfe.
1. Aufl., Bd. 2, Berlin 1845
- [34] Staatsarchiv Schwerin
Ministerium für Unterricht, Kunst, geistliche und Medizinalangelegenheiten
Akte Nr. 106
Betr. Hebammenprüfungen
Akte Nr. 2142
Betr. Hebammenschülerinnen
Akte Nr. 9660
Jahresberichte der Medizinal-Kommission an das Großherzogliche Mecklenburgische Ministerium, Abt. Medizinalwesen
Akte Nr. 10992
Betr. Hebammenwesen in Mecklenburg 1863–1884
Akte Nr. 10993
Betr. Hebammenwesen in Mecklenburg 1895–1891
Akte Nr. 10994
Betr. Hebammenordnung in Mecklenburg 1893–1916
Akte Nr. 10997
Neuregelung der Hebammenverhältnisse zufolge des Circulars v. 2. Mai 1902
Akte Nr. 10998
Schreiben des Präsidenten des Gesundheitsamtes
Akte Nr. 11005
Brief von F. Schatz an das Ministerium, Abt. Medizinalwesen, vom 20. Juni 1898
Bericht des Gutsherren von Flesenow, 1871
Akte Nr. 11018
Brief des Pastors Roesa aus Damm an den Kreisphysicus Dr. Havemann, 13. 3. 1889
Brief von F. Schatz an das Ministerium, Abt. Medizinalangelegenheiten, 5. 12. 1890
Akte Nr. 11041
Brief von F. Schatz an das Ministerium, Abt. Medizinalangelegenheiten, vom 5. 6. 1888
- [35] Statistisches Handbuch für das Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin,
herausg. v. Großherzogl. Amt Schwerin 1898
- [36] Statistisches Jahrbuch für das Deutsche Reich,
herausg. v. kaiserl. Statistischen Amt Berlin
20 (1899), 21 (1900), 25 (1904)

- [37] STURZBECHER, M.: Zur Geschichte des Hebammenwesens im Kreis Greifswald.
Zbl. Gynäkol. 79 (1957) 1717-1724
- [38] TOTT, D. K. A.: Kurzer Überblick über die Geschichte des Medizinalwesens in Mecklenburg-Schwerin.
Zsch. Staatsarzneikunde 63 (1884) 1-4
- [39] TUTZKE, D.: Über statistische Untersuchungen als Beitrag zur Geschichte des Hebammenwesens im ausgehenden 18. Jahrhundert.
Centaurus 4, 351-359, Kopenhagen 1956
- [40] UNTERBERGER, F.: Die Sterblichkeit im Kindbett im Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin in den Jahren 1886-1909.
Med. Habil. Schrift Berlin 1911
- [41] UNTERBERGER, F.: Die Sterblichkeit im Kindbett im Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin in den Jahren 1886-1909.
Arch. Gynäkol. 95 (1911) 117-182
- [42] WENDSCHUH, S.: Die Hebammenausbildung im ehemaligen Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin im 19. Jahrhundert.
Diss. A Wilhelm-Pieck-Universität Rostock: 1985
- [43] WALTER, O.: Das Hebammenwesen im Großherzogtum Mecklenburg-Schwerin, seine Geschichte und sein gegenwärtiger Stand nebst kurzen Vorschlägen zu einer Reform derselben.
Güstrow 1883
- [44] WILHELMI, A.: Die Mecklenburgischen Ärzte von den ältesten Zeiten bis zur Gegenwart. Neuausgabe, Vervollständigung und Fortsetzung des 1874 unter gleichem Titel erschienenen Blanckschen Sammelwerkes.
Schwerin 1901
- [45] WILLGEROTH, G.: Die Mecklenburgischen Ärzte von den ältesten Zeiten bis zur Gegenwart.
Schwerin 1929
- [46] WINCKEL, F.: Berichte und Studien aus dem königlich-sächsischen Entbindungsinstitut in Dresden über die Jahre 1874-1875.
Bd. 2 Leipzig 1876
- [47] WINCKEL, F.: Bericht aus dem königlich-sächsischen Entbindungs- und Gynäkologischen Institut Dresden über die Jahre 1876, 1877 und 1878.
Bd. 3 Leipzig 1879



Leistungen der Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe der Wilhelm-Pieck-Universität von 1887 bis 1985

Die Leistungen einer Klinik in 100 Jahren aufzuzeigen, ist sehr schwierig, da nur unvollständige Aufzeichnungen zur Verfügung stehen, die meist die Quantität, aber nicht oder nur unvollkommen die Qualität der geleisteten Arbeit widerspiegeln. Weiterhin hat sich die Funktion einer Universitätsfrauenklinik in diesem Zeitraum in Abhängigkeit von den herrschenden Gesellschaftsordnungen, dem jeweiligen System der gesundheitlichen Betreuung und den allgemein gültigen medizinischen Ansichten erheblich gewandelt. Nicht zuletzt spielt auch die Größe, Bevölkerungsstruktur und Entwicklung der Stadt Rostock eine gewaltige Rolle. Im folgenden soll versucht werden, in bestimmten historisch bedingten Zeitabschnitten unter Berücksichtigung der allgemeinen Entwicklung der Medizin sowie des Fachgebiets Gynäkologie und Geburtshilfe in diesem Zeitraum und des spezifischen Lokalkolorits Leistungen sowie personelle und Entwicklungsprobleme der Klinik zu beschreiben. Auch die Arbeits- und Lebensbedingungen werden, soweit rekonstruierbar, erwähnt. Grundlage dieser Abhandlung sind die leider nicht vollständig vorhandenen und unterschiedlich aussagekräftigen Jahresberichte der Klinik sowie weitere Sachakten des Universitätsarchivs der Wilhelm-Pieck-Universität Rostock, die Rostocker Adreßbücher bis 1950, die Statistischen Taschenbücher des Bezirks Rostock sowie die Akten der Abteilung Gesundheits- und Sozialwesen der Stadt Rostock für den Zeitraum nach 1945 im Stadtarchiv. Außerdem dienen, soweit noch vorhanden, Operations-, Geburten- und Hauptbücher, wissenschaftliche Arbeiten aus der Klinik sowie Akten der Verwaltung als Ausgangsmaterial. Leistungen einer Klinik sind mehr als die Summe der publizierten wissenschaftlichen Arbeiten und Vorträge, sie

sind die Summe der Leistungen aller Klinikangehörigen in Erziehung sowie Aus- und Weiterbildung, medizinischer Betreuung und Forschung. Nachfolgend sollen die Gesamtleistungen der Klinik gewürdigt werden. In früheren Darstellungen [4, 7] wurden mehr die belegbaren persönlichen Einzelleistungen der Direktoren und Ärzte in ihrer Bedeutung für die historische Entwicklung des Fachgebiets aufgezeigt, sowohl im Urteil der Zeitgenossen als auch der Nachwelt. Erinnert werden soll noch einmal an die zur damaligen Zeit genialen Arbeiten von F. Schatz sowie an die grundlegenden Untersuchungen von R. Schröder über den mensuellen Zyklus der Frau, die weltweit Anerkennung gefunden haben und noch heute die Basis der Gynäkologie bilden.

Die Funktion einer Universitätsfrauenklinik am Ausgang des vorigen Jahrhunderts ist dominierend in der Ausbildung der Medizinstudenten zu sehen, die, dem damaligen Studienziel entsprechend, am Ende ihres Studiums berechtigt waren, sich als praktische Ärzte und Geburtshelfer niederzulassen. Damit hatten sie später in ihrer Praxis aufgrund ihrer Untersuchung zu entscheiden, ob sie den Fall selbst übernehmen konnten und wollten oder die Patientin der Klinik überweisen mußten. Dies setzte, vor allem im Gebiet der Geburtshilfe, gründliche Kenntnisse und praktische Fertigkeiten voraus, die sie während ihres Studiums erwerben mußten. Demzufolge war unser Fach als eines der großen Prüfungsfächer sehr lehrintensiv. Sowohl in der propädeutischen als auch in der Hauptvorlesung wurden Patientinnen klinisch vorgestellt und auch im Kolleg operiert oder entbunden. Auf die Psyche der Frauen wurde dabei mit Ausnahme der 2. und 1. Verpflegungsklasse keine Rücksicht genommen. Dies waren z. B.

1907 nur 28 % der gynäkologischen Patientinnen. Viel schlimmer war die Situation in den Untersuchungskursen, wo eine Patientin wiederholt auch vaginal untersucht wurde. In der Geburtshilfe gab es bis zum Ende des 2. Weltkriegs die sogenannten Hausschwangeren, die dazu herangezogen wurden. Alleinstehende ledige mittellose Schwangere, oft von ihren Familien wegen „der Schande“ verstoßen, sahen in der kostenlosen Gewährung von Unterkunft, Verpflegung und Entbindung die einzige Möglichkeit des Überlebens überhaupt. Dafür mußten sie auf den Stationen die niedrigsten Arbeiten unbezahlt verrichten und sich zu den geburtshilflichen Untersuchungskursen während ihrer gesamten Gravidität immer wieder zur Verfügung stellen.

Wie schlecht die äußeren Bedingungen noch 1939 bis 1941 waren, geht aus den Passagen in den Jahresberichten 1938/39 und 1940/41 hervor, in denen es u. a. heißt: „Die Direktion weist nochmals auf die völlig veralteten und im Laufe der Jahre unbrauchbar gewordenen Betten für die Hausschwangeren hin. Wenn ich nur erwähne, daß es bisher nicht gelungen ist, für diese Hausschwangeren Kopfkissen zu beschaffen, so erübrigen sich alle weiteren Ausführungen darüber.“

„Die seit vielen Jahren völlig unbrauchbaren Betten für die Hausschwangeren, ein Mißstand, auf den seit vielen Jahren seitens der Direktion nachdrücklich hingewiesen worden ist, sind inzwischen noch unbrauchbarer geworden. Bei längerer Kriegsdauer ist unbedingt für Ersatz zu sorgen.“

Diese am 23. Juni 1939 und 1. Juli 1941 geschriebenen nüchternen Zeitdokumente illustrieren die Situation äußerst treffend.

Nicht nur Studenten waren klinisch auszubilden, auch Hebammen mußten zur Praxisreife gebracht werden, denn die Klinik trug den Zusatz „und Hebammenlehranstalt“. Für diese 6 Monate dauernde Ausbildung hatten sie zu bezahlen und unentgeltlich zu arbeiten. Jahrzehntlang hat die Klinik nur 2 oder 3 angestellte Hebammen beschäftigt. Die tägliche Arbeit wurde unter Aufsicht von den Schülerinnen geleistet, die dabei natürlich praxisnahe unterwiesen wurden. Wie aus den Dienstvorschriften für die Ärzte hervorgeht, wurde der täglichen Unterweisung der Hebammschülerinnen größte Aufmerksamkeit gewidmet.

Die Basis jeglicher klinischer Lehrtätigkeit ist ein entsprechendes Krankengut, wobei eine Universitätsklinik in Kon-

kurrenz zu freipraktizierenden Ärzten und Hebammen sowie Privatkliniken zu sehen ist. Die gynäkologische Poliklinik wird als Freisprechstunde bezeichnet und wurde bestimmt nur von den Frauen besucht, die sich eine Konsultation beim praktizierenden Frauenarzt finanziell nicht leisten konnten. Eine weitere Einrichtung an der Klinik war die geburtshilfliche Poliklinik. Dabei wurden Geburtshelfer und Anstaltshebamme zu Hausentbindungen in der Stadt Rostock oder ihrer Umgebung gerufen, bei denen die niedergelassene Hebamme bemerkte, daß sie entsprechend ihrer Dienstvorschrift den Fall allein nicht beenden konnte. Diese Außenentbindungen werden erst nach der Inflationszeit weniger und nach 1933 in den Jahresberichten nicht mehr explizit ausgewiesen. Sie stellten für die aus der Klinik Gerufenen Bewährungssituationen dar, die sie aus den gegebenen Umständen heraus meistern mußten. Perinatale und peripartale Letalität waren deshalb hoch.

Nach der Eröffnung der Klinik wurden, wenn man den Landkreis völlig außer Acht läßt und die Anzahl der Klinikgeburten in Beziehung zu der Geburtenzahl der Stadt Rostock setzt, anfangs nur 10 % der Schwangeren in der Klinik entbunden. Ab 1910 waren es etwa 20 %. Der Trend zur Zunahme der Anstaltsentbindungen ist beginnend schon nach 1925 ablesbar, wo bereits ein Drittel der Entbindungen der Stadt Rostock in der Universitätsfrauenklinik stattfand. 1933 bis 1938 waren es schon die Hälfte aller Entbindungen. Haselhorst propagierte 1939 die Klinikentbindung und wandte sich gegen ein Merkblatt für Schwangere und Wöchnerinnen der Reichsarbeitsgemeinschaft für Mutter und Kind, in dem im Interesse der niedergelassenen Hebammen im Sperrdruck zu lesen war: „Von der Entbindung im eigenen Haushalte sollte nur abgegangen werden, wenn der Arzt auf Grund einer Untersuchung Anstaltsentbindung für unumgänglich erachtet.“ Dies war im Ergebnis eines internen Machtkampfes zwischen den Gynäkologen und den Hebammen vom „Reichsgesundheitsführer Dr. Conti“ gutgeheißen worden. Nach dem 2. Weltkrieg kam es dann weltweit zur Zunahme der Anstaltsentbindungen, um eine höhere Qualität abzusichern.

Die Forschung war über lange Zeit rein klinisch ausgerichtet. Gesetzmäßigkeiten der Diagnostik und Therapie wurden aus Beobachtungen am Krankenbett, am Operationspräparat, am histologischen oder bakteriologischen Präparat abgeleitet. Die moderne Labormedizin hielt mit wissenschaftlichen Fragestellungen erst in den 50er Jah-

ren Einzug in die Klinik. Parallel dazu verlief notwendigerweise die Entwicklung vom einzeln forschenden Arzt zur schwerpunktmäßigen Konzentration der Forschungsarbeit auf wenige praxisrelevante Themen, die nun aber nur noch von Kollektiven aus Ärzten, Naturwissenschaftlern und entsprechenden Hilfskräften bewältigt werden konnten.

Das Umfeld der Klinik

1890 war Rostock eine Stadt mit 44 000 Einwohner, die 25 niedergelassene Ärzte und 17 Hebammen hatte. Das Kuratorium für die Großherzogliche Frauenklinik und Hebammenschule zu Rostock wurde geführt von Seiner Exzellenz dem Geheimen Rat Vizekanzler Dr. von Liebeherr. Direktor der Klinik war der Geheime Medizinalrat Professor Dr. Schatz, unter dessen Leitung und nach dessen Ideen die Klinik von 1885 bis 1887 erbaut wurde. 1. Assistenzarzt war Dr. med. Ernst Hönck, 2. Assistenzarzt Dr. med. H. Hennings. Als Volontärarzt wird Dr. med. Fischer im Adreßbuch erwähnt, dazu kommen 2 ärztliche Hauspraktikanten, die 6wöchentlich wechseln. Als Oberhebamme fungiert Wittwe Hülsemann, als 2. Hebamme Wittwe Bachert, als 3. Hebamme Frau Kröpelin.

Um 1900 hat die Zahl der Einwohner um 10 000 zugenommen und beträgt 54 000. Im Stadtgebiet sind nunmehr 38 Ärzte sowie 25 Hebammen niedergelassen. An Privatkliniken gibt es 3, nämlich in der Haedgestraße 34, in der Augustenstraße 41 und in der Brandesstraße 1. Die Klinikleitung liegt weiterhin in den Händen von Prof. Dr. Schatz. 1. Assistenzarzt ist Dr. Hans Schlichting, der 2. Dr. Paul Hofer. Als Volontärassistent wird Wilhelm von Streit geführt, dazu kommen 3 ärztliche Hauspraktikanten, die 6wöchentlich wechseln. 1. Hebamme ist Fräulein Karoline Döllinger, die 2. Hebamme Witwe Johanna Balz, die 3. Fräulein Auguste Warncke.

1910 ist die Einwohnerzahl der Stadt Rostock auf 65 000 angestiegen, es gibt im Stadtgebiet 30 niedergelassene Hebammen sowie 55 niedergelassene Ärzte. An Privatfrauenkliniken werden im Adreßbuch erwähnt die von Dr. Adolf Benecke in der St. Georg-Straße 69 sowie die von Dr. Kurt Eberhard in der Friedrich-Franz-Straße 92. Im Adreßbuch der Stadt Rostock ist weiterhin verzeichnet, daß die Leitung der Klinik nunmehr in den Händen von Prof. Dr. Sarwey liegt. Als Assistenzärzte werden aufgeführt Privatdozent Prof. Dr. Büttner, Dr. Unterberger, Dr. Konow und Dr. Wimpfheimer, als Hebammen Frau Heinrich und Fräulein Senske.

1914 beträgt die Zahl der niedergelassenen Hebammen 35 und der der niedergelassenen Ärzte 53. In der Universitäts-Frauenklinik arbeiten Geheimer Medizinalrat Prof. Dr. Sarwey als Direktor, als Assistenten Privatdozent Dr. Hauser, Oberarzt Dr. Robert Schröder, Dr. Kröner, Dr. Blümel und Dr. Nicklas. Als Hebammen werden erwähnt Frau Heinrich und Fräulein Kagel.

In dem kriegsbedingt zusammengeschrunpften Adressbuch des Jahres 1917 kann man 35 niedergelassene Hebammen und 56 niedergelassene Ärzte finden. Nicht aus dem Adressbuch geht hervor, ob einige dieser Ärzte zwar im Adressbuch aufgeführt sind, aber nicht praktizieren, weil eingezogen.

1918 werden 34 niedergelassene Hebammen und 54 Ärzte registriert. Direktor der Universitäts-Frauenklinik ist Prof. Sarwey. Assistenten sind Oberarzt Privatdozent Dr. Schröder, Dr. Blümel, Dr. Kuhn, Dr. Loeser, Dr. von Götzen und Dr. Hermann Hofmann. Hebammen sind Frau Heinrich, Fräulein Link und Fräulein Kintzel.

1919 hat die Stadt 67 000 Einwohner, ist also durch die Kriegereignisse in ihrer Einwohnerzahl nicht wesentlich dezimiert. Im Stadtgebiet sind 25 niedergelassene Hebammen und 57 niedergelassene Ärzte registriert. Unter dem Direktorat von Prof. Dr. Sarwey arbeiten als Assistenten Oberarzt Prof. Dr. Schröder, Dr. Brederloh, Dr. Strakosch, Dr. Wolfring und Dr. Schweinitz. Als Hebammen sind verzeichnet Frau Heinrich, Fräulein Schmaddebeck und Fräulein Schönewolf.

Im 70. Jahrgang des Adressbuches (1933) der Stadt Rostock findet sich eine Einwohnerzahl von 81 000. Es gibt 22 praktizierende Hebammen, 35 praktizierende Ärzte und 9 Fachärzte für Frauenleiden und Geburtshilfe, davon haben 4 Privatfrauenkliniken. Als Direktor der Klinik ist Prof. Dr. Haselhorst aufgeführt, Oberarzt N. N., als Assistenten die Doktoren Hellmann, Schätzing, Buchholz und Deckner.

1935 hat die Stadt wiederum an Einwohnerzahl erheblich zugenommen, nämlich um 18 000, es praktizieren 24 Hebammen und 35 praktische Ärzte. Es gibt 8 Fachärzte für Frauenleiden und Geburtshilfe und 4 Privatfrauenkliniken, die von Prof. Dr. O. Büttner in der Friedrich-Franz-Straße 24/26, die von Dr. Kurt Eberhard in der Friedrich-Franz-Straße 92, die von Dr. von Götzen in der Friedrich-Franz-Straße 1a und die von Dr. Stüdemann in der Friedrich-Franz-Straße 33. Durch die 1936 erfolgte Eingemeindung von Warnemünde ist die Einwohnerzahl im Jahr

1939 sprunghaft auf 123 000 angestiegen. Es gibt 25 praktizierende Hebammen sowie 27 praktizierende Ärzte sowie 7 Fachärzte für Frauenleiden und Geburtshilfe. Als Direktor wird Prof. Dr. Haselhorst, als Oberarzt Dozent Dr. Hansen aufgeführt. Planmäßige Assistenten sind Dr. Mondt, Dr. Hachmeister, Dr. König, Dr. Müller und Dr. Sommer.

Ab 1940 gibt es keine Angaben über Einwohnerzahlen mehr. Im Adreßbuch sind aufgeführt 34 praktizierende Ärzte, zusätzlich 7 Fachärzte für Gynäkologie und Geburtshilfe sowie 25 niedergelassene Hebammen.

1943, wohl unter dem Eindruck des Krieges, 20 praktizierende Hebammen, 28 praktische Ärzte und 4 Fachärzte.

Der letzte Jahrgang des Adreßbuches 1949/50 vermerkt 19 niedergelassene Hebammen, 34 praktische Ärzte sowie 2 Frauenärzte mit einer Privatfrauenklinik.

Die Einwohner- und Geburtenzahlen der Stadt Rostock, soweit vorhanden, sind in den Tabellen 1 und 2 verzeichnet. Die Stadt hat also einen enormen Bevölkerungszuwachs zu verzeichnen, vor allem in den Jahren nach dem 2. Weltkrieg. Damit ändert sich die Funktion der Klinik, da sie bis 1965 allein, dann zusammen mit der Frauenklinik des neubauten Bezirkskrankenhauses Rostock-Südstadt mehr und mehr Versorgungsaufgaben für die Bevölkerung der Stadt Rostock, des Kreises Rostock-Land und des westlichen Teils des Kreises Ribnitz-Damgarten übernehmen muß.

Tabelle 1:

**Einwohner- und Geburtenzahlen der Stadt Rostock
1890 bis 1985**

Jahr	Geburten	Einwohner
1890	1299	44 430
1900	1555	54 713
1905	1607	60 790
1910	1500	65 377
1920	1669	67 070
1925	1781	71 355
1930	1655	77 760
1935	2197	101 323
1938	2650	117 599
1949—1952	12027	
1953	3029	
1955	2971	150 004
1960	3363	158 630
1965	3837	
1970	3118	198 636
1975	2726	213 475
1980	3899	232 506
1985	3496	244 444

Tabelle 2:

**Einwohner der Stadt Rostock von 1946 bis 1985
entnommen den statistischen Taschenbüchern des
Bezirktes Rostock bzw. den statistischen Jahrbüchern
der DDR**

Jahr	Einwohner	Jahr	Einwohner
1946	114 869	1972	204 656
1950	133 109	1973	207 285
1955	150 004	1974	210 167
1957	149 301	1975	213 475
1958	151 811	1976	217 022
1959	155 351	1977	220 875
1960	158 630	1978	224 834
1961	161 754	1979	228 445
1962	166 456	1980	232 506
1963	170 457	1981	236 011
1964	179 372	1982	239 422
1969	195 144	1983	241 146
1970	198 636	1984	241 910
1971	201 304	1985	244 444

Abb. 1:

Begleitschreiben von Prof.
Schatz zum Jahresbericht
1904/1905

Eine Kostwohl geboren

keinerliche ich angeschlossen die gewünschte Statistik der
Frauenklinik von 1904/5, so weil sie in der kurzen Zeit
in beschränkter zu. Der vollständige Jahresbericht soll möglichst
beschleunigt werden.

Gehorsamt.

Rostock: 8. Jan. 1906.

Schatz

1887 bis 1914

Von der Eröffnung der Klinik im Jahr 1887 bis 1904 gibt es im Universitätsarchiv keine Akten, die über die Leistungen der Klinik berichten. Wohl aber findet sich im Mecklenburgischen Staatsarchiv Schwerin ein Jahresbericht für 1893/94 (1. 10. 1893 bis 30. 9. 1894), in dem über 151 Geburten berichtet wird. 7 Kinder wurden tot geboren, 6 sind „bald gestorben“. Die jüngste Primipara war 18 Jahre alt. Die Schwangeren wurden durchschnittlich 29 Tage, die Wöchnerinnen 17 Tage gepflegt. Man muß sich natürlich fragen, warum gerade 1905 erstmalig ein Jahresbericht archiviert wurde (Tab. 3). Schatz (Abb. 1) bemerkte in seinem Begleitschreiben vom 8. Januar 1906, daß er die gewünschte Statistik unvollständig überreicht, soweit sie in der kurzen Zeit zu beschaffen war. Der vollständige Jahresbericht (Abb. 2) soll möglichst beschleunigt werden. Der „Fall Schatz“ war ja schon anhängig und im Jahresbericht 1905/06, der am 9. Januar 1907 bereits von Sarwey unterzeichnet wird, wird festgehalten, daß die Direktion der Klinik am 12. Mai 1906 in die Hände des Professors Dr. Peters übergang. Die ärztliche

Leitung der Anstalt wurde dem 1. Assistenten, Professor Dr. Büttner, übertragen (Abb. 3).

Es wurde also zur damaligen Zeit unterschieden zwischen administrativer Verantwortung und ärztlicher Kompetenz. Bei der Neuberufung wurde beides wieder in der Person des neuen Chefs Prof. Sarwey vereinigt. Dieser versucht dann tatkräftig, den von Schatz übernommenen Rückstand aufzuholen. Zu letzterem heißt es lakonisch: „Bauliche Veränderungen wurden bis Ende September 1906 nicht vorgenommen“.

Aus der Zeit von 1887 bis 1914 sind uns teilweise die Abschlußbilder der jeweils ein halbes Jahr dauernden Hebammenkurse überliefert, die am Ende der Ausbildung nach erfolgreichem Abschluß vor dem Portal der Klinik, teilweise mit Oberhebamme und Hebammenlehrern, aufgenommen wurden (Abb. 4).

In der gynäkologischen Abteilung wurden 1906 266 Kranke behandelt. Bemerkenswert erscheint die Zahl von 41 Laparotomien und 43 vaginalen Coeliotomien, weil unter dem Direktorat von Sarwey in späteren Jahren fast ausschließlich abdominal operiert wurde.

Tabelle 3:

Geburtenzahlen, stationäre gynäkologische Aufnahmen und gynäkologische Konsultationen von 1905 bis 1944, entnommen den Jahresberichten der Klinik

Jahr	Geburten	Geburtshilfliche Poliklinik Außengeburten		Gynäkologische Patientinnen	
		insgesamt	davon operativ	stationär	Gynäkologische Poliklinik Patientinnen Konsultationen
1905	164	252		208	691 2229
1906	183	262		266	672 2322
1907	200	320	205	402	704 2112
1908	206	292	183	508	796 2020
1909	304	218	163	591	955 2122
1910	315	222	126	641	999 2425
1911	366	285	192	700	1042 3112
1912	381	330	242	760	1085 2910
1913	352	296	181	825	1216 2944
1914	456	262	209	826	1254 2284
1915	518	180	147	833	1168 2725
1916	384	134	89	830	1589 4383
1917	391	130	92	882	1691 4554
1918	381	217	157	993	2179 5353
1919	363	235	152	943	1846 4656
1921	604	295	210	1055	1956 4871
1922	549	120	94	1139	2581 4461
1923	515	67	52	954	2689 3288
1924	592	71	45	1008	2291 5082
1925	660	34	25	945	2505 5585
1926	653	35	22	966	2405 4955

Jahr	Geburten	Geburtshilffliche Poliklinik Außengeburt		Gynäkologische Patientinnen stationär	Gynäkologische Poliklinik	
		insge- samt	davon operativ.		Patien- tinnen	Konsul- tationen
1927	700	38	24	1007	3957	4699
1928	685	25	22	963	2384	4861
1929	707	31	15	992	2658	5143
1930	733	20	12	909	2569	5449
1931	694	19	14	925	2433	5384
1932	678	25	15	975	2512	4983
1933	696			1214	2523	4938
1934	847			1169	2362	4837
1935	910			1299	2364	5267
1936	1116			1667	2610	6267
1937	1292			1835	2988	6685
1938	1432			1952	2940	5582
1939	1547			1804	2543	4626
1940	1474			2189	3177	5611
1941	1574			2241	3424	6465
1942	1108			2217	3503	6773
1943	1224			2314	3662	7814
1944	1414			2567	3609	7419

Geisteskrankheiten Lehrbuch Lehrbuch Lehrbuch

Vom 1. Oktober 1904 bis 30. September 1905 sind
eingewiesen

a. Klinik

1. 177. Pfingstgenese und 3. Dispositionen
Entscheidungen finden sich 178. sind zwei
aufgehobene und fünfjährige Gebirge 164
Sitzgebirge 9
In der ersten Gruppe waren 2. Stellunggebirge
unter der Sitzgebirge 1. Stellunggebirge.

2. 280. Leber

b. Psychiatrie

1. Die gebirgshilfsliche Psychiatrie sind gewöhnlich in
252. Fällen
2. In der gynäkologischen Psychiatrie (Lehrbuch
Hilfs) sind in der
691. Leber mit ¹⁷⁷ Gynäkologischen und
412. Leber (nicht Känglinge)

- Obstetric and Klinik für Frauenzimmer
Erster 1. Die fünfteilige Klinik auf die Seiten
der Pfingstgenese
Vorlesung auf der Versammlung der
Lehrbuch Gesellschaft für Gynäkologie
in Kiel
2. Die fünfteilige Klinik auf die Seiten
Vorlesung auf der Versammlung

Die fünfteilige Klinik auf die Seiten
in Meran

Dr. Richter: 1. Über die Wirkung der Pfingstgenese
der Obsterie. Berliner Klinik Zeit
1905.

2. Die Pfingstgenese der Meran in der
Pfingstgenese, Vorlesung in der gyn.
gynäkologischen Gesellschaft in Kiel.

3. Die fünfteilige Klinik auf die Seiten
und vagen. Moraxoperation in
Kiel im 10. Monat. Versammlung
Kiel & Obsterie. Meran. Obsterie. Kiel
und 1905.

Dr. Richter hat die fünfteilige Klinik auf die Seiten
für die fünfteilige Klinik mit 11
Känglingen über die Pfingstgenese der
Känglinge fünfteilige Klinik

Schatz

Abb. 2a/b:
Jahresbericht 1904/1905

Jahresbericht

des Großherzogtl. Universitäts- Frauenklinik
für 1905/1906.

Am 1. Oktober 1905 bis zum 30. September
1906 wurden in der Klinik aufgenommen:
a. geburtshilfliche Abteilung 199 Frauen
10 Professoren.

Von den 199 Frauen wurden von der
Geburtshilfe entlassen 7. Geburten fanden
statt 185 und zwar Selbstgeburten 2, assistierte
und freigelegte Geburten 183. Unter letzteren
waren 2 Frühlingsgeburten.

Der größten Operationen fanden in dieser
Abteilung statt 1 klassische Kaiserschnitt, 5 wagi-
näre Kaiserschnitte.

b. gynäkologische Abteilung 266 Frauen.

In dieser Abteilung fanden statt 192 Opera-
tionen und zwar:

Laparotomien	41
vaginale Leichteromien	43
andere Operationen	108

Summa 192

In der Poliklinik wurden besondert:

- a. geburtshilfliche Poliklinik 262 Geburten
- b. gynäkologische Poliklinik (Scheißeroffizier) 672 Frauen mit 2322 Konsultationen

und

mit 180 Kindern

Am 12. Mai 1906 ging die Direktion der
Klinik über in die Hände des Professors Dr.
Peters, der zugleich Leitung der Anstalt von
dem 1. Oktober, Professor Dr. Pittner, über-
trug. Die genannten Personen blieben
in dieser Stellung bis zum 1. Oktober d. J.
nicht geplat.

Wichtige Veränderungen wurden bis Ende
September 1906 nicht vorgenommen.

Die der Klinik sind mehrere Publikationen,
von denen einige erschienen.

Rostock, den 9. Januar 1907.

Baron.

Abb. 3a/b:
Jahresbericht 1905/1906



Abb. 4: 80ster Hebammen-Lehrcursus Januar/Juni 1891

**Hinterere Reihe: Eichholz — Folgmann — Zander — Oldenburg — Menning —
Willgohs — Schröder**

**Vordere Reihe: Lohse — Hakendahl — Krugmann — Meier - Hamburg — Mey —
Meier - Bantin — Pralow — Rickens**

Der nächste Jahresbericht der Klinik liegt aus dem Jahre 1905 vor. Wie es zur damaligen Zeit üblich war, fanden Entbindungen überwiegend als Hausentbindungen statt. Die Klinik hatte nur 164 Geburten, der damaligen Zeit entsprechend überwiegend ledige Schwangere, die als sogenannte Hausschwangere in der Klinik aufgenommen und unentgeltlich gepflegt und behandelt wurden, wofür sie sich für den studentischen Unterricht und zu Hilfsarbeiten auf den Stationen bereitfinden mußten. Eine heute unbekannte Einrichtung war die geburtshilfliche Poliklinik, die 252mal in Anspruch genommen wurde. Wenn es Komplikationen bei einer Entbindung gab, wurden ein Arzt und eine Hebamme aus der Klinik gerufen, die dann entsprechend ausgerüstet in das Privathaus gingen oder fuhren und dort die Entbindung zu Ende brachten. Wie aus den Zahlen (Tab. 4) ersichtlich, wurde etwa in 60 bis 70 Prozent die Geburt operativ beendet. Dies ist ein Ausdruck dessen, daß die Hebamme allein die Entbindung nicht bewältigen konnte. Die gynäkologische Poliklinik wird als Freisprechstunde bezeichnet, also auch nur von den Frauen in Anspruch

1912	59	14	294		
1913	67	20	284		
1914	43	12	258		
1915	52	15	219		
1916	75	19	237		
1917	52	14	275		
1918	57	17	296		
1919	36	14	254		
1921	86	30	291		
1922	54	30	328		
1923	51	18	293		
1924	80	19	358		
1925	84	26	321		
1926	108	37	301		
1927	90	37	295		
1928	103	29	292		
1929	89	28	271		
1930	84	21	242		
1931	82	27	271		
1932	81	17	258		
1933	89	19	317		
1934		41	344		
1935		39	418		
1936		56	446		
1937		47	570		
1938		40	446		
1939		43	870	403	467
1940		47	1136	451	685
1941		36	1145	456	689
1942		29	927	391	536
1943		37	988	319	669
1944		25	1079	368	711

Tabelle 4:

**Operationen von 1906 bis 1944,
entnommen den Jahresberichten der Klinik**

Jahr	Operationen geburtshilfliche		Operationen gynäkologische		kleinere Eingriffe
	insges.	dav. Sectio	insges.	dav. Laparotomien	
1906		1	192	41	108
1907	69	2	332	152	
1908	57	6	429	192	
1909	46	19		244	
1910	43	8		229	
1911	61	15		283	

genommen, die das Geld nicht aufbringen konnten, bei einem niedergelassenen Arzt um eine Konsultation zu bitten. In den ersten beiden Jahresberichten 1905 und 1906 ist vermerkt, daß 412 Kinder, meist Säuglinge bzw. 1906 180 Kinder in der Freisprechstunde behandelt wurden. Ab 1907 ist dies in den Jahresberichten nicht mehr vermerkt. Es muß offen bleiben, ob die Säuglinge dann in der Kinderklinik vorgestellt wurden oder ob sie als Konsultationen der Mütter gerechnet wurden. 1907 wird der Jahresbericht ausführlicher und bringt bei den geburtshilflichen Operationen 3 Hebosteotomien sowie eine Totalexstirpation des Uterus wegen spontaner Uterusruptur. Die Hebosteotomie, ein Verfahren zur Erweiterung des Beckenringes durch Spalten des horizontalen Schambeinastes wird heute nicht mehr angewandt, da dieses Verfahren durch die großzügige Indikationsstellung zur abdominalen Schnittentbindung überholt ist. Interessanterweise wurde die letzte Hebosteotomie 1962 an der Klinik durchgeführt. Kontraindikationen zur Sektio bei Mißverhältnis zwischen Kopf und Becken war damals die Indikation.

Die 402 gynäkologischen Patientinnen verteilen sich auf die 4 Pflegeklassen wie folgt:

- 115 Patientinnen 1. und 2. Klasse,
- 287 Patientinnen 3. und 4. Klasse.

Dieses dem kapitalistischen Denken entspringende System basiert auf einer Anordnung des Großherzoglich-Mecklenburgischen Ministeriums, Abteilung für Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten vom 2. Juli 1906.

Sie besagt u. a. folgendes:

„Das unterzeichnete Ministerium bestimmt hierdurch, insoweit unter Suspension der betreffenden Bestimmungen des Statuts für die Universitäts-Frauenklinik vom 12. Oktober 1856, daß bis auf weiteres in der Anstalt folgende Verpflegungsklassen eingerichtet werden:

- die erste Verpflegungsklasse;
- die zweite Verpflegungsklasse;
- die dritte Verpflegungsklasse;
- die vierte Verpflegungsklasse.

In der ersten und zweiten Verpflegungsklasse wird das übliche ärztliche Honorar, in der dritten Verpflegungsklasse nur ein niedriges ärztliches Honorar gezahlt. In der vierten Klasse wird keinerlei ärztliches Honorar entrichtet.

In der geburtshilflichen und gynäkologischen Klinik beträgt der Pflegesatz den Tag und die Person:

- in der ersten Klasse 7 Mark
 - in der zweiten Klasse 5 Mark
 - in der dritten Klasse 2 Mark 50 Pfennige
 - in der vierten Klasse
- a) in der geburtshilflichen Klinik 1 Mark
 - b) in der gynäkologischen Klinik 1 Mark 50 Pfennige.

Die Pfleglinge der 4. Verpflegungsklasse dienen dem klinischen Unterricht in vollem Umfang, sowohl in der Zentralhebammenlehranstalt wie in der geburtshilflichen Klinik und in der gynäkologischen Klinik. Die Pfleglinge der 3. Verpflegungsklasse dienen nur dem Unterricht der Hebammenschülerinnen in der Zentralhebammenlehranstalt.

Die Pfleglinge der 2. und 1. Klasse dienen überhaupt nicht den Unterrichtszwecken der Anstalt.

Anspruch auf ausschließlich Besitz eines Zimmers ist in keiner Klasse begründet.

Der Anstaltsdirektor darf nur aus ärztlichen Rücksichten Pfinglingen 3. und 4. Klasse einzelne Vorteile der 2. Klasse einräumen.“

In diesem Dokument wurde also eindeutig differenziert nach den Möglichkeiten der finanziellen Bezahlung in der Klinik. Zum anderen ist es charakteristisch, daß die Studenten als schlechter klassifiziert werden als die Hebammenschülerinnen. Von diesen wurden im Dezember 1906 15 und im Juni 1907 14 Schülerinnen geprüft. Die Hebammenausbildung war zur damaligen Zeit eine wesentliche Aufgabe einer Universitäts-Frauenklinik.

Wahrscheinlich waren die Privilegien der 1. Klasse nicht genügend gewahrt, denn unter dem 4. August 1906 schreibt das Ministerium dem Vizekanzellariat der Universität zu Rostock zum Vortrag vom 28./30. Juli 1906, daß „nach Absatz 11 des Reskripts vom 2. Juli ds. J. hat die Kranke erster Klasse allerdings keinen Anspruch auf ein besonderes Zimmer; es steht aber im Ermessen der Anstaltsdirektion ihr ein besonderes Zimmer zu gewähren“.

Der Personalbestand betrug damals: 1 Direktor, 1 erster Assistent und 2 Assistenten sowie 2 Hebammen. Man kann sich vorstellen, mit welcher Intensität damals gearbeitet werden mußte, wenn für 200 Geburten in der

Klinik und 320 Geburten in der Außenpoliklinik nur 2 Hebammen zur Verfügung standen. Diese 320 Außen- geburten verteilten sich auf 276 Rostock-Stadt und 44 Rostock-Land.

Im Jahresbericht für 1907 finden wir dann noch folgende besonders erwähnte Einzelheiten:

- „1. Herstellung der für die täglich stattfindenden Operationen erforderlichen Operationsräume (1 großer, 1 kleiner Operationsaal, 1 Sterilisations- raum, 1 Instrumenten- und Vorbereitungs- zimmer) nach den modernen Grundsätzen der Hygiene. Die Fußböden dieser Räume wurden mit Terrazzo belegt, die Wände bis auf Mannshöhe mit Metall- lacherplatten, im übrigen mit Ölfarbe versehen.
5. Die Einrichtung eines Laboratoriums für wissen- schaftliche, insbesondere mikroskopische und bak- teriologische Arbeiten sowie eines Bibliothek- zimmers.
6. Die Herstellung einer ausreichenden elektrischen Beleuchtung in den Operationsräumen und im Auditorium der Klinik.“

Daraus geht hervor, daß bis zur damaligen Zeit nur mit Tageslicht operiert wurde. Aus den Bauplänen ist er- sichtlich, daß die Lage des großen Fensters des Opera- tionsssaales so gewählt war, daß die Sonne am Vormit- tag bei vaginalen Operationen genau in die Vagina hin- einschien. Alle anderen Räume mußten also noch mit Petroleumlampen bzw. Kerzen erleuchtet werden.

Waren es 1905 nur 2 Vorträge von Professor Schatz und 3 Vorträge von Professor Büttner, so hat sich die Zahl der wissenschaftlichen Arbeiten auf 7 erhöht, die Zahl der geprüften Hebammen auf 24. Ein Direktor, 4 Assi- stenten, 1 Volontärassistent und 2 Medizinalpraktikanten sowie 2 Hebammen waren nun vorhanden und unterrich- teten die Hebammenschülerinnen und 40 bzw. 46 Stu- denten (Sommer- und Wintersemester). Im geburtshilf- lichen Operationskurs waren 34 Studenten eingeschrie- ben.

Daß auch zur damaligen Zeit die Statistik schon eine Rolle spielte, geht bei der Aufzählung der Operationen aus folgenden Zusatz hervor: Bei vielen Kranken wurden mehrere (für sich selbständige) Operationen in einer Sit- zung ausgeführt — in dieser Weise betrug die Zahl der gesamten gynäkologischen Einzeloperationen 652 (dar- unter 24 Appendizitisoperationen!).

1909 betrug der Personalstand: 1 Direktor, 4 Assistenten, 1 Volontärassistent und 4 Medizinalpraktikanten sowie 2 Hebammen. 12 Hebammenschülerinnen wurden ge- prüft, 41 bzw. 36 Studenten hörten Gynäkologie und Ge- burtshilfe, 25 Studenten waren zum geburtshilflichen Operationskurs eingeschrieben. 8 wissenschaftliche Ar- beiten wurden publiziert, 21 Gutachten verfaßt. Die elektrische Beleuchtung wurde auf alle klinischen Räume ausgedehnt, es wurde eine elektrische Couveuse installiert, vor allem aber wurden die Entbindungssäle analog den Operationssälen umgebaut — und vielleicht die wichtigste Investition war die Umstellung der Klinik auf Zentralheizung, wobei die bisherigen großen eisernen Käuflerschen Öfen eliminiert wurden. Die Schornsteine waren bis zu 80 cm tief und flächenhaft in der Mitte des Zimmers zum Flur zu in einer Tiefe bis zu 80 cm ange- ordnet. Sie wurden zugemauert und dienen heute noch der Lärmeindämmung und sind natürlich auch als Wär- mepuffer zu sehen. Auf diesem Personalbestand blieb die Klinik dann längere Zeit.

1910 wurden 13 Hebammen geprüft, 32 Studenten ab- solvierten den geburtshilflichen Operationskurs, 45 bzw. 46 belegten die klinische Vorlesung. Die Villa wurde abgebrochen und ein Neubau begonnen. Die Dienst- räume des Klinikdirektors wurden in die Klinik verlegt. Im Oktober 1911 bezog der Klinikdirektor seine neue Dienstwohnung im Neubau der Villa, 1911 und 1912 wa- ren 5 Assistenten und jeweils 2 Hebammen angestellt, 1913 erscheint erstmalig der Begriff eines Oberarztes, der mit weiteren 4 Assistenten und 2 Hebammen die Klinik versorgt. 1911 wurden 11, 1912 12, 1913 19 und 1914 15 Hebammen ausgebildet. Die Klientel der geburtshilf- lichen Poliklinik ist nach wie vor überwiegend städtisch, denn z. B. sind 1912 von 313 Außengeburtten 282 aus dem Stadtkreis und 48 aus dem Landkreis Rostock.

Es existieren keine Zahlen über Mütter- und Kindersterb- lichkeit. Es fällt auf, daß ab 1908 die Sektio relativ groß- zügig indiziert wurde, die Häufigkeiten schwankten 2,6 und 6,2 Prozent. Die Neigung Sarweys zum abdomina- len Operieren geht auch aus der angestiegenen Zahl der Laparotomien von 41 im Jahr 1906 auf rund 250 pro Jahr in der Ära Sarwey hervor. Die Aktivität insgesamt scheint doch gestiegen zu sein, auch wenn man die Zah- len der gynäkologischen Patienten unter den beiden Direktoren vergleicht.

Die Dienstvorschriften waren hart und nahmen auf persönliche Belange keine Rücksicht. Sie waren darauf abgestimmt, daß der Betreffende sie eine Weile auszuhalten hatte, da er ja nach Verlassen der Klinik und Eröffnung einer eigenen Praxis aufatmen und sich finanziell gutstoßen konnte. Auch hier zeigt sich das System der Ausbeutung unverhüllt. Andererseits sind sie so präzise abgefaßt, daß sie hier im Wortlaut wiedergegeben werden sollen.

Dienstvorschriften für die Ärzte der Universitäts-Frauenklinik und Hebammenlehranstalt zu Rostock.

A. Allgemeine Dienstvorschriften.

§ 1.

In den Dienst auf der Frauenklinik teilen sich für die Regel 5 Assistenzärzte, deren Reihenfolge sich aus dem jeweiligen Dienstalter ergibt; der 1te Assistenzarzt nimmt eine Sonderstellung ein und führt nach ministerieller Verfügung die Amtsbezeichnung „Oberarzt“.

§ 2.

Die Assistenzärzte werden von dem Direktor der Anstalt in der Regel zunächst für die Dauer eines Jahres angestellt; sie können aus besonderen Gründen schon früher entlassen werden, freiwillig jedoch nur in Quartalsterminen und nach vorausgegangener, wenigstens 3monatlicher Kündigung aus ihrer Stellung ausscheiden.

Anträge auf Verlängerung der Anstellung haben wenigstens 3 Monate vor Ablauf der Dienstzeit schriftlich oder mündlich an den Direktor zu erfolgen.

Beim Eintritt in ihre Stellung verpflichten die Assistenzärzte sich durch Namensunterschrift auf Seite 6 auf Einhaltung dieser Dienstvorschriften und Ausführung aller Anordnungen, welche der Direktor während ihrer Dienstzeit für nötig und zweckmäßig hält.

§ 3.

Die Gehaltsverhältnisse der Assistenzärzte sind durch das in der Anlage beigefügte ministerielle Regulative vom 15. Februar 1910 normiert; nach besonderer ministerieller Verfügung vom 29. Mai 1907 erhält der Oberarzt der Frauenklinik ein Anfangsgehalt von 2 400 M jährlich, nach 5 Dienstjahren ein Jahresgehalt von 2 700 M, nach weiteren 5 Jahren ein solches von 3 000 M. Die Gehaltsauszahlung erfolgt durch die Rendantur.

§ 4.

Die Assistenzärzte verrichten alle ärztlichen Dienste sowohl in der Klinik, wie in Stadt und Land, stets nur im Auftrage oder Dienst der Klinik, beziehungsweise in Vertretung des Direktors, und haben durchaus keine Privatpraxis. Sie dürfen deshalb auch weder Rechnungen noch Quittungen über zu empfangendes oder empfangenes Honorar ausstellen noch mündlich vom Publikum Honorar fordern.

Angebotenes Honorar dürfen sie nur für die Unterstützungskasse der Poliklinik in Empfang nehmen. Rechnung wird für ärztliche Dienste der Assistenzärzte nur in Ausnahmefällen und nur vom Direktor ausgestellt und eingezogen und über ihren Betrag von diesem disponiert.

§ 5.

Jeder Assistenzarzt hat sich tunlichst viel in der Klinik aufzuhalten; vor jedem Verlassen der Anstalt ist von dem Ausgehenden für geeignete Stellvertretung in der Weise zu sorgen, daß die beiden Assistenzärzte auf der geburtshilflichen und gynäkologischen Station sich auf Grund mündlicher Vereinbarung gegenseitig vertreten, ebenso der Assistenzarzt der geburtshilflichen Poliklinik und der „wissenschaftliche“ Assistent. Bei längerer (über 2stündiger) Abwesenheit eines Assistenzarztes muß die Angabe des Aufenthaltsortes während derselben auf einer zu diesem Zweck beim Portier angebrachten Tafel, von Seiten des Assistenzarztes der geburtshilflichen Station außerdem bei der diensttuenden Hebamme, hinterlassen werden, damit er in Notfällen sofort herbeigeholt werden kann; nach erfolgter Rückkehr ist die Löschung des betreffenden Ausgangs-Vermerks auf der Tafel eigenhändig zu vollziehen.

Reisen, auch kurze, können nur mit Bewilligung von Urlaub durch den Direktor ausgeführt werden.

Die Ferien-Vertretung beurlaubter Assistenzärzte erfolgt im Allgemeinen in der Weise, daß jeweils der dem beurlaubten Assistenzarzt im Dienstalter vorausgehende oder nachfolgende diesen vertritt; sie wird außerdem in besonderen Fällen vom Direktor geregelt.

§ 6.

Sämtliche Assistenzärzte — mit alleiniger Ausnahme des Oberarztes — haben sich während des Semesters täglich 10 Minuten vor Beginn der 1ten Vormittagsvorlesung des Direktors im Bibliothekszimmer zu versammeln und hier unverzüglich dem Direktor über alle Vorkommnisse, welche sich in dem jedem Einzelnen zugewiesenen Ta-

gesdienst zugetragen haben, kurzen Bericht zu erstatten. Sie haben ferner der Klinik und dem geburtshülflichen Operationskurs des Direktors anzuwohnen; im geburtshülflichen Operationskurs haben in erster Linie der 2te und 3te Assistenzarzt, im Bedarfsfalle auch der 4te und 5te Assistenzarzt am praktischen Unterricht (Phantomübungen) sich zu beteiligen.

Sodann haben sämtliche Assistenzärzte bei den täglich im Operationssaal stattfindenden Operationen zugegen zu sein und die hierbei notwendig werdenden Hilfeleistungen nach Anordnung des Direktors zu verrichten, insbesondere sich in die Narkose und in die Assistenz bei allen Operationen zu teilen, wobei dem jeweiligen Narkotiseur speziell auch die Verantwortung für die richtige Lagerung der narkotisierten Patientin auf dem Operationstisch zukommt.

Im Anschluß an die Operationen findet in der Regel die Hauptvisite statt, an welcher gleichfalls alle Assistenzärzte teilzunehmen haben.

Von diesen Funktionen können sie nur im Falle dienstlicher Behinderung befreit werden.

Auch haben die Assistenzärzte wissenschaftliche und statistische Facharbeiten für den Direktor und die Anstalt zu liefern, soweit dies von dem Direktor gewünscht wird.

§ 7.

Der Oberarzt (1ter Assistenzarzt) und die 2 diesen im Dienstaltr nachstehenden Assistenzärzte (2ter und 3ter Assistenzarzt) haben den Hebammenschülerinnen während der ganzen Dauer jedes Lehrkursus täglich 1 Stunde lang Unterricht nach dem Lehrbuch und den Instruktionen des Direktors zu geben (vergl. die speziellen Dienstvorschriften B. I, § 3; II, § 6 und III, § 6) oder die gleiche Zeit praktische Übungen mit ihnen vorzunehmen. Die Unterrichtsstunde darf nur ausnahmsweise und mit Wissen des Direktors ganz ausfallen und muß bei zeitlicher Behinderung in anderer Zeit, eventuell durch Tauschen der Stunden, nachgeholt werden.

Dem Oberarzt, welcher nach ministerieller Verfügung zugleich „nachgeordneter Hebammenlehrer“ ist, ist auch die Leitung und Kontrolle des von den beiden Assistenzärzten erteilten Unterrichts übertragen; bei den Unterrichtsstunden des Oberarztes sollen der 4te und 5te Assistenzarzt, soweit ihre sonstige Tätigkeit dies zuläßt, wenigstens während der Dauer des 1ten Halbjahres ihrer Anstellung zugegen sein.

§ 8.

Hunde und Katzen dürfen in der Klinik nicht gehalten werden.

B. Spezielle Dienstvorschriften:

I. für den Oberarzt (1ten Assistenzarzt) der Klinik.

§ 1.

Nach ministeriellen Regulativ vom 19. März 1910 führt der 1te Assistenzarzt und nachgeordnete Hebammenlehrer in dieser Eigenschaft die Amtsbezeichnung: Oberarzt; für diesen gelten alle in Teil A dieser Dienstverordnung enthaltenen Dienstvorschriften in gleicher Weise, wie für die anderen Assistenzärzte; nur von der Verpflichtung, den Vorlesungen des Direktors anzuwohnen, soll er befreit sein.

§ 2.

Der Oberarzt hat zu jeder Zeit und nach Anordnung des Direktors dessen Stell-Vertretung im gesamten klinischen Betriebe und auf allen Stationen zu übernehmen, und hat hierfür keinerlei besondere Vergütung zu beanspruchen.

§ 3.

Er hat als nachgeordneter Hebammenlehrer den Hebammenschülerinnen während der ganzen Dauer jedes Lehrkursus nach den in Teil A. § 6 getroffenen Bestimmungen Unterricht zu erteilen.

§ 4.

Ihm ist ferner die Abhaltung der klinischen Freisprechstunde (gynäkologische Poliklinik) übertragen, für deren ordnungsmäßige Führung er persönlich verantwortlich ist; doch ist ihm als Beihilfe der 5te Assistenzarzt zugeteilt, welcher ihn nach Anordnung des Direktors und des Oberarztes zu unterstützen hat.

§ 5.

Der Oberarzt ist zugleich Stationsarzt der in der IIIten Verpflegungsklasse aufgenommenen Kranken, bei welchen er täglich 2 mal Visite zu machen hat; er hat die Krankenjournale der Iten, IIten und der IIIten Verpflegungsklasse auszufertigen, die täglichen Eintragungen in die Operationsbücher vorzunehmen und die vierjährliche Kontrolle über die Apothekerrechnungen

auszuführen; auch fällt ihm die tägliche Abendvisite bei den in Iter und IIter Verpflegungsklasse aufgenommenen Kranken zu, soweit hierüber nicht anderweitig vom Direktor verfügt wird. Bei den zur Narkose bestimmten Kranken der genannten 3 Verpflegungsklassen ist bei der Abendvisite von ihm die genaue Untersuchung des Herzens und der Lungen vorzunehmen und nach dem Untersuchungsergebnisse die Wahl des Narkosemittels (Äther oder Chloroform) zu treffen.

§ 6.

Er hat den Jahresbericht der Klinik nach dem vorgeschriebenen Schema und soweit er sich auf alle Stationen der Klinik und auf die gynäkologische und geburtshilfliche Poliklinik bezieht, fertig zu stellen und bis zum 15. Oktober jeden Jahres auf der Rendantur der Klinik abzuliefern.

§ 7.

Er übernimmt die Behandlung des erkrankten männlichen und weiblichen Anstaltspersonals und der Hebammenschülerinnen, soweit diese nicht durch den Direktor selbst erfolgt und solange die erkrankten Personen in der Klinik verpflegt werden.

II. für den Assistenzarzt der gynäkologischen Station (2ten Assistenzarzt).

§ 1.

Der nach dem Oberarzt im Dienstalter älteste Assistenzarzt (2ter Assistenzarzt) ist für die Regel Stationsarzt der allgemeinen gynäkologischen Abteilung, auf welcher die Kranken der IVten Verpflegungsklasse stationiert sind, und übernimmt als solcher alle Pflichten und Rechte, welche ordnungsgemäß mit seiner Tätigkeit als Stationsarzt verbunden sind.

§ 2.

Insbesondere hat er die Aufnahmen der seiner Station zugeteilten Kranken tunlichst bald, jedenfalls aber innerhalb der ersten 24 Stunden nach erfolgtem Eintritt vorzunehmen, und die ersten eventuell notwendigen ärztlichen Anordnungen selbständig zu treffen.

§ 3.

Er hat täglich 2 mal, morgens vor Beginn der 1ten Vorlesung und abends zwischen 5 und 7 Uhr, in Gegenwart der diensttuenden Schwester Visite auf seiner Abteilung

zu machen, hierbei das Befinden jeder einzelnen Kranken zu kontrollieren und der diensttuenden Schwester die erforderlichen Anleitungen zu geben.

§ 4.

Ihm kommt die tägliche Behandlung seiner Stationskranken nach Anordnung des Direktors zu; wenn er von Seiten des diensttuenden Personals (Schwestern oder Wärterinnen) zu einer Kranken gerufen wird, so hat er zu jeder Zeit und unverzüglich dem Rufe Folge zu leisten.

§ 5.

Er hat sämtliche Krankengeschichten seiner Stationskranken zu führen, wobei auf den Aufnahmezustand, die Behandlungsmethode und den Entlassungsbefund besonders Gewicht zu legen ist; die Krankengeschichten müssen stets in übersichtlicher Ordnung gehalten und auf Anordnung des Direktors diesem am Ende jeden Monats zur Durchsicht vorgelegt werden. Die auf seiner Station verordneten Arzneimittel hat er eigenhändig in das Apothekerbuch der allgemeinen Station einzutragen.

§ 6.

Er hat den Hebammenschülerinnen jedes Lehrkursus — in wöchentlich mit dem 3ten Assistenzarzt abwechselndem Turnus — nach dem Lehrbuch, sowie nach den Instruktionen des Direktors und des nachgeordneten Hebammenlehrers täglich 1 Stunde lang Unterricht zu erteilen, gemäß den in Teil A, § 6 getroffenen Bestimmungen.

III. für den Assistenzarzt der geburtshilflichen Station (3ten Assistenzarzt)

§ 1.

Der 3te Assistenzarzt ist für die Regel Stationsarzt der geburtshilflichen Abteilung (IVte Verpflegungsklasse) und übernimmt als solcher alle Pflichten und Rechte, welche ihm ordnungsgemäß in seiner Eigenschaft als Stationsarzt zukommen.

§ 2.

Insbesondere hat er die Aufnahme der Schwangeren und Wöchnerinnen tunlichst bald nach deren Eintritt vorzunehmen und die ersten, eventuell notwendigen ärztlichen Anordnungen selbständig zu treffen; die ordnungsmäßige Führung der geburtshilflichen Journale liegt in seiner Hand.

§ 3.

Er hat auf der ihm unterstellten Wochenstation täglich 2 mal, morgens vor Beginn der ersten Vorlesung, abends zwischen 5 und 7 Uhr, in Gegenwart der diensttuenden Hebamme Visite zu machen, hierbei das Befinden jeder einzelnen Wöchnerin zu kontrollieren und die eventuell erforderlichen ärztlichen Anordnungen zu treffen.

An der Morgen- und Abendvisite des 3ten Assistenzarztes haben die Hebammenschülerinnen und Wochenpflegerinnen teilzunehmen und sind hierbei von ihm in der praktischen Pflege der Wöchnerin und des Neugeborenen anzuleiten und zu unterweisen.

§ 4.

Ihm kommt die tägliche ärztliche Behandlung gesunder und kranker Schwangerer nach Anordnung des Direktors zu; wenn er von Seiten der diensttuenden Hebamme zu einer Schwangeren oder Wöchnerin gerufen wird, so hat er zu jeder Zeit und unverzüglich dem Rufe Folge zu leisten. Die auf seiner Station verordneten Arzneimittel hat er eigenhändig in das Apothekerbuch der allgemeinen Station einzutragen.

§ 5.

Ihm untersteht speziell die gesamte Tätigkeit auf dem Entbindungssaal und er ist für die sachverständige Leitung aller Geburten durchaus verantwortlich; er hat insbesondere im Verein mit der diensttuenden Hebamme dafür zu sorgen, daß rechtzeitig Studierende und Hebammenschülerinnen zu den Geburten gerufen werden, und daß die Desinfektionsvorschriften ausnahmslos und strengstens durchgeführt werden. Bei allen Geburten hat er sowohl den Studierenden als den Schülerinnen nach Lage der Verhältnisse Anleitung und Unterricht zu erteilen. Die während der Geburt erforderlich werdenden operativen Eingriffe darf er nach Anordnung des Direktors selbst vornehmen und leichtere Eingriffe (Dammnaht, einfache Extraktion) unter seiner speziellen Assistenz auch von geübten Studierenden vornehmen lassen, hat aber in allen schwierigen Fällen den Oberarzt beizuziehen, welchem alsdann die weitere Entscheidung über die Behandlung sowie über die Notwendigkeit, dem Direktor sofortige Meldung zu machen, überlassen bleibt.

Am Ende jedes Semesters hat er die von ihm entsprechend ausgefüllten Praktikantenscheine der Studierenden dem Direktor zur Unterschrift vorzulegen.

§ 6.

Er hat den Hebammenschülerinnen jedes Lehrkursus — in wöchentlich mit dem 2ten Assistenzarzt abwechselndem Turnus — nach dem Lehrbuch, sowie nach den Instruktionen des Direktors und des nachgeordneten Hebammenlehrers täglich 1 Stunde lang Unterricht zu erteilen, gemäß den in Teil A, § 6 getroffenen Bestimmungen.

IV. für den Assistenzarzt der geburtshülflichen Poliklinik (4ten Assistenzarzt).

§ 1.

Dem 4ten Assistenzarzt ist für die Regel die geburtshülflich-poliklinische Tätigkeit in Stadt und Land übertragen.

§ 2.

Er hat sich zu diesem Zwecke jederzeit bei Tag und bei Nacht zur Entgegennahme von Meldungen bereit zu halten, und darf die Klinik zu außerdienstlichen Zwecken nur verlassen, nachdem er zuvor beim Portier und bei der diensttuenden Hebamme (vergl. A, § 5) seinen außerklinischen Aufenthaltsort genau angegeben hat, um jederzeit und unverzüglich herbeigerufen werden zu können.

§ 3.

Er ist dafür verantwortlich, daß die für die poliklinischen Geburten vorhandenen Instrumententaschen stets in gebrauchsfertiger Bereitschaft stehen; die Reinigung, Desinfektion und Bereitstellung der geburtshülflichen Bestecke wird nach Anleitung des Assistenzarztes von der diensttuenden Hebamme besorgt.

§ 4.

In besonders schwierigen Fällen, welche sich für die operative Behandlung oder sonstige Erledigung im Privathaus nicht eignen, hat er unter Berücksichtigung der jeweiligen Verhältnisse tunlichst die Überführung in die Klinik zu veranlassen, und alle für Demonstrationszwecke geeigneten Präparate ((Aborteiler, Plazenten, Mißbildungen) in die Anstalt zu verbringen.

§ 5.

Über alle für klinische Besprechung geeignete Fälle hat er einen kurzen, alles Wesentliche enthaltenden, schriftlichen Bericht anzufertigen und diesen am anderen Tage vor Beginn der Vorlesungen dem Direktor vorzulegen.

§ 6.

Er ist verpflichtet, zu jeder poliklinischen Geburt einen Hauspraktikanten mitzunehmen, und diesen über den Geburtsfall und die hierbei erforderlichen Hilfeleistungen zu unterrichten; auch soll er diesen leichtere geburts-hilffliche Eingriffe nach eigenem Ermessen und unter seiner Assistenz ausführen lassen.

V. für den Assistenzarzt der wissenschaftlichen Abteilung (5ten Assistenzarzt).

§ 1.

Der 5te Assistenzarzt übernimmt für die Regel die Funktion eines „wissenschaftlichen“ Assistenten und hat sich außerdem für die Vertretung des 4ten Assistenzarztes in poliklinischen Notfällen bereit zu halten.

§ 2.

Er führt die Oberaufsicht im Laboratorium, hat für die Aufrechterhaltung der Ordnung daselbst in jeder Beziehung zu sorgen, und seinen dementsprechenden Anordnungen ist von allen im Laboratorium Arbeitenden unweigerlich Folge zu leisten; auch ist er mit der Instandhaltung und Ergänzung des im Laboratorium vorhandenen Inventars, nach jeweiliger Besprechung mit dem Direktor, beauftragt.

Er hat die laufenden histologischen und bakteriologischen Untersuchungen für die Klinik auszuführen, soweit sie nicht von dem Direktor ausdrücklich einem anderen Assistenzarzte übertragen werden; zu diesem Zwecke ist ihm eine fest angestellte Laboratoriumsgehilfin beigegeben, welche unter seiner Anleitung und Beaufsichtigung die hierfür in Betracht kommenden technischen Arbeiten auszuführen hat.

§ 3.

Ihm kommt ferner die Beaufsichtigung und Instandhaltung der klinischen Bibliothek, der Präparatensammlung (Spirituspräparate und mikroskopische Präparate) und aller für klinische Demonstrationen angeschafften Gegenstände zu.

Zur Aufrechterhaltung der Ordnung in der Bibliothek hat er am Ende jedes Monats die neueingegangenen Nummern der laufenden Zeitschriften, sowie die neuangeschafften Bücher einzureihen und vor Beginn jedes Semesters, in der letzten Woche des April und in der letz-

ten Woche des Oktober, eine Bücherrevision vorzunehmen, zu welcher sämtliche etwa auf den Zimmern der Assistenzärzte befindliche Bücher bis zum Abschluß der Revision abgeliefert werden müssen; nur die Assistenzärzte haben die Befugnis, Bücher aus dem Bibliothekszimmer in ihre in der Klinik befindlichen Wohnräume zu entnehmen, jedoch nur unter der Bedingung, daß sie in dem im Bibliothekszimmer zu diesem Zwecke ausgelegten Buche neben ihrem Name das Datum der Entnahme und der Rückgabe eigenhändig eintragen. Allen Herren, welche die Bibliothek zum Studium benutzen wollen, ist Gelegenheit gegeben, sich im Bibliothekszimmer aufzuhalten; solche Herren, welche dem Verbands der Klinik nicht angehören, haben zuvor die Erlaubnis des Direktors und des Bibliothekars einzuholen. Nach auswärts dürfen Bücher nur ausnahmsweise, nur mit spezieller Erlaubnis des 5ten Assistenzarztes, nur nach Hinterlassung eines Belegscheines und nur auf die Dauer von höchstens 2 Wochen ausgegeben werden.

Neu angeschaffte Werke sind von ihm sowohl in das Inventarverzeichnis, als auch an den Zettelkatalog einzutragen. Die Instandhaltung der Präparatensammlung hat sich insbesondere auch auf die rechtzeitige Erneuerung der Konservierungs-Flüssigkeit und auf die zeitweise erfolgende Ausschaltung unbrauchbar gewordener Präparate zu erstrecken.

§ 4.

Für die Vorlesungen des Direktors hat er die nötigen Vorbereitungen zu treffen, die zu Beginn jedes Semesters aufzulegenden Listen (Praktikantenlisten) anzufertigen, die erforderlichen Instrumente, Präparate und sonstigen gewünschten Lehrmittel herbeizuschaffen und dafür zu sorgen, daß diese nach der Vorlesung wieder ordnungsgemäß eingereiht werden; ihm fällt auch die Bedienung des Projektionsapparates während der Vorlesungen des Direktors zu, sowie die Instandhaltung und Ergänzung der speziell für den Projektionsapparat angelegten Sammlung histologischer Präparate; überhaupt hat er sich nach Anordnung des Direktors diesen während der Vorlesungen in allen Dingen zu unterstützen.

§ 5.

Er hat für die Anstalt und für den Direktor alle von letzterem gewünschten wissenschaftlichen und statistischen Facharbeiten auszuführen.

§ 6.

Er hat bei der täglich nachmittags stattfindenden poliklinischen Freistunde anwesend zu sein, soweit er nicht anderweitig dienstlich beschäftigt ist, hat den Oberarzt nach dessen Anleitung zu unterstützen und kann nach Ablauf des 1ten Monats diesen nötigenfalls in der Freisprechstunde vertreten.

Veränderungen und Zusätze zu diesen Dienstvorschriften bleiben vorbehalten.

Die Direktion der Universitäts-Frauenklinik und Landes-Hebammenlehranstalt zu Rostock

Professor Dr. Sarwey
Geh. Med. Rat

Zur Einhaltung der vorstehenden Dienstvorschriften verpflichte ich mich durch meine eigenständig auf der Rendantur der Frauenklinik vorgenommene Unterschrift:

Rostock, den 19.....

Anlage

**Grundsätze vom 15. Februar 1910
über
die Remuneration der Assistenten
an den
Akademischen Instituten**

§ 1.

Die akademischen Assistenten werden, was das Jahrgeld betrifft, das sie beziehen, in vier Klassen eingeteilt.

§ 2.

- A. Zu den Assistenten, welche das Jahrgeld der ersten Klasse beziehen, gehören:
1. die Oberärzte der medizinischen Klinik, der chirurgischen Klinik und der Frauenklinik,
 2. der Prosektor am anatomischen Institut.
- B. Zu den Assistenten, welche das Jahrgeld der zweiten Klasse beziehen, gehören:

1. die ersten Assistenzärzte an der Augenklinik, an der Ohrenklinik und an der dermatologischen Klinik,
2. der erste Assistent am physiologischen Institut,
3. der erste Assistent am pathologischen Institut.

C. Zu den Assistenten, welche das Jahrgeld der dritten Klasse beziehen, gehören alle Assistenten, die ein Jahrgeld weder der ersten, noch der zweiten, noch der vierten Klasse beziehen.

D. Zu den Assistenten, welche das Jahrgeld der vierten Klasse beziehen, gehören:

1. der letzte Assistenzarzt an der chirurgischen Klinik,
2. die beiden letzten Assistenten am chemischen Institut.

§ 3.

Die Assistenten der Klasse I (A) beziehen ein Jahrgeld von 2400 M, unbeschadet der besonderen Bestimmungen über die Dienstverhältnisse des Oberarztes der Frauenklinik, der zugleich Hebammenlehrer ist.

Die Assistenten der Klasse II (B) beziehen ein Jahresgeld von 2000 M.

Die Assistenten der Klasse III (C) beziehen ein Jahrgeld von 1600 M mit der Maßgabe, daß diejenigen Assistenten, welche nicht approbierte Ärzte sind, im ersten Dienstjahr nur ein Jahrgeld von 1500 M erhalten, und daß die ersten oder einzigen Assistenten ein Jahrgeld von 1800 M beziehen, wenn sie sich in dieser Stellung drei Jahre lang befunden haben.

Die Assistenten der Klasse IV (D) beziehen ein Jahrgeld von 800 M.

§ 4.

Werden den Assistenten Naturalbezüge gewährt, so haben sie hierfür eine Entschädigung zu zahlen, die von ihrem Jahrgeld abgezogen wird.

Die Entschädigung beträgt für die „freie Station“, die aus möblierter Wohnung mit Heizung, Beleuchtung, Bettwäsche und Bedienung und aus Beköstigung besteht, jährlich 800 M; für die Wohnung mit Heizung, Beleuchtung, Bettwäsche und Bedienung allein 200 M; für die Beköstigung allein 600 M und für Mittag- und Abendessen allein 450 M.

§ 5.

Diejenigen Assistenten, welche nach den gegenwärtig bestehenden Dienstverträgen ein höheres Einkommen beziehen, als sie nach diesen Regulativ haben würden, behalten dies höhere Einkommen.

§ 6.

Rechtliche Ansprüche der Assistenten werden nur aus dem Dienstvertrag und nicht aus diesem Regulativ begründet.

§ 7.

Die Grundsätze treten am 1. April 1910 in Kraft.

Großherzogl. Mecklenburgisches Ministerium,
Abteilung für Unterrichts- u. Medizinalangelegenheiten.

Tabelle 5:

Betriebs-Ausgaben der Klinik in M im Jahre 1911

1 Oberarzt	2 400	Instrumentarium,	
4 Assistenzärzte	6 600	Inventar	
1 Pförtner	1 150	Bibliothek	11 000
1 Institutsdiener	884	Betrieb	330
1 Heizer	400	Feuerung	8 000
6 Diakonissinnen	2 840	Beleuchtung	6 000
5 Wärterinnen	1 500	Reinigung	2 000
1 Oberköchin	600	Wasser	1 200
1 Oberwäscherin	600	Betriebskosten	28 530
7 Hausmädchen	1 500		
1 Nachtportier	730		
1 Maschinist	1 400		
1 Oberhebamme	800		
1 Haushebamme	500		
Personalkosten	21 994		

Wie schlecht zur damaligen Zeit das Gesundheitswesen besoldet war und wie die menschliche Arbeitskraft ausgebeutet wurde, geht aus einer Aufstellung der Betriebsausgaben der Klinik im Jahre 1911 hervor (Tabelle 5). Nach dieser Aufstellung erhielt ein Oberarzt monatlich 200 Mark, ein Assistenzarzt 137,50 Mark, eine Diakonissenschwester 34,41 Mark, eine Wärterin 25 Mark, ein Hausmädchen 17,83 Mark. Die Oberköchin und Oberwäscherin erhielten je 50 Mark monatlich, die Oberhebamme 66,66 Mark, die Haushebamme 41,66 Mark. Der Maschinist erhielt ein Monatsgehalt von 116,66 Mark und war damit dicht unter dem Assistenzarzt eingestuft. Der Pförtner erhielt ein höheres Gehalt als die Oberhebamme. Wenn man sich dazu die Arbeitsbedingungen vergegenwärtigt, kann man sich ein Bild von der sozialen Lage der im Gesundheitswesen Tätigen machen.

Da der Klinikdirektor Mehrbedürfnisse beantragt (1 Laboratoriumsdiener, 1 Diakonissin, 2 Wärterinnen, 200 M Gehaltszulage pro Jahr für Oberhebamme und Haushebamme sowie 4000 M für Instrumente, Inventar einschließlich Bibliothek, 170 M für Betrieb, 2000 M für Feuerung, 4000 M für Beleuchtung, 800 M für Reinigung und 300 M für Wasserverbrauch), muß er diese begründen:

„Sämtliche Mehrbedürfnisse werden verursacht durch die schon genehmigte und direkt bevorstehende Erweiterung der klinischen Räume durch Hinzuziehung der vorhandenen seitherigen Direktorialwohnung.

Das Mehrbedürfnis für Gehalt der Hebammen ist verursacht durch die wesentlich erhöhten Anforderungen an deren Arbeitsleistung infolge der von Jahr zu Jahr zunehmenden Geburtenfrequenz; wirklich tüchtige Hebammen sind heutzutage nur auf Grund eines erhöhten Jahresgehaltes zu bekommen, welches wenigstens annähernd dem an anderen deutschen Universitäten bewilligten Jahresinkommens dieser Hebammen entspricht.

Außerdem wird sich unbedingt für die nächsten Jahre vernotwendigen:

1. Der Bau eines neuen Hörsaals; die Klinik besitzt z. Zt. nur einen einzigen Hörraum, in welchem sämtliche Unterrichtsstunden, sowohl theoretische als praktische, für Studierende und für die Hebammenschülerinnen abgehalten werden müssen, ein Mißstand, welcher beständig Veranlassung zu höchst unliebsamen Kollisionen gibt; außerdem reicht auch dieser eine Hörsaal für die Zahl der die Klinik be-

suchenden Studierenden längst nicht mehr aus, da er für höchstens 50 Studierende Raum bietet, während die Zahl der letzteren 70 jetzt schon erreicht hat.

2. Die Anschaffung eines Röntgenapparates (ca. 5000 M), sowie der Apparate für physikalische Heilmethoden ist längst in Aussicht genommen, mußte aber bis jetzt wegen mangelnder Geldmittel und geeigneter Räume zurückgestellt werden. Die genannten Apparate sind unbedingt erforderlich für die modernen Heilverfahren in der Gynäkologie.
3. Neuverputzung der Außenwände der Klinik, welche seit der Erbauung der Klinik (1887) noch nicht ein einziges mal ausgeführt worden ist, obwohl die Erneuerung der Verputzung in Folge der zahlreichen, durch die Witterungsverhältnisse entstandenen Abnutzung der Wände längst dringendes Bedürfnis geworden ist.

Sarwey.

1914 — 1918

Es ist erstaunlich, daß der erste Weltkrieg und seine Auswirkungen auch auf den zivilen Sektor in den Jahresberichten mit keinem Wort erwähnt wird. Selbstverständlich ist durch das Fehlen der zum Wehrdienst einberufenen Männer ein gewisser Rückgang der Geburtenziffern zu verzeichnen. Die Zahl der gynäkologischen Patientinnen nimmt gegen Kriegsende zu, vor allem in der Poliklinik, wahrscheinlich durch das Fehlen frei praktizierender Gynäkologen in der Stadt hervorgerufen. Vielleicht macht sich auch der allgemein reduzierte Ernährungszustand gegen Ende des Krieges mit einem Ansteigen der Morbidität bemerkbar.

Von 1915 — 1918 sind neben dem Direktor ein Oberarzt und 3 Assistenten in der Klinik tätig, außerdem 3 hauptamtlich tätige Hebammen. Die Zahl der Hebammenschülerinnen beträgt 1915 14, 1916 nur noch 6, 1917 8 und 1918 14. Dieser Rückgang dürfte darauf zurückzuführen sein, daß junge Frauen sich zumindest zu Beginn des Krieges aus patriotischer Begeisterung freiwillig zum Einsatz hinter der Front meldeten oder dazu verpflichtet wurden.

Auch in den operativen Zahlen ist nur ein leichter Rückgang festzustellen, die Häufigkeit der Kaiserschnitte schwankt zwischen 2,6 und 4,9 ‰.

1918 — 1933

Der Jahresbericht 1920 fehlt im Universitätsarchiv, vermutlich infolge des Sturzes der Monarchie und Veränderungen im Ministerium in Schwerin sowie innerhalb der Universität. In den Inflationsjahren steigt die Zahl der Entbindungen wieder auf das Vorkriegsniveau an. 1919 werden wieder 17 Hebammen ausgebildet, 1921 26, 1922 30, 1923 14 und 1924 10. Es ist anzunehmen, daß die in Frage kommenden jungen Frauen als Schwestern zur Versorgung der Verwundeten eingesetzt waren und nach Beendigung des Weltkrieges dann ihre Hebammenausbildung anstrebten.

1919, 1921 — 1924 sind es 1 Direktor, 1 Oberarzt und 4 Assistenten sowie 4 Hebammen, die die klinische Arbeit leisten.

Die Zahl der Außengeburtten nimmt ab 1921 ab. Das Ministerium der Landesregierung in Schwerin schreibt daher unter dem 20. 7. 1923 an den Rektor der Universität: „Der Jahresbericht der Universitäts-Frauenklinik von 1922 ergibt ein auffällig starkes Sinken der in der geburtshilflichen Poliklinik behandelten Fälle. Sie wollen die Leitung zu einem Bericht über die mutmaßlichen Ursachen dieser Erscheinung auffordern.“

Unter dem 2. 8. 1923 antwortet der Direktor der Klinik wie folgt:

„Vermutlich ist Abnahme der geburtshilflichen Poliklinik zurückzuführen in erster Linie auf die ungeheure Ausdehnung der Versicherungspflicht, in zweiter Linie auf die erhebliche Zunahme der praktischen Ärzte. — Auch der Umstand wird in Betracht zu ziehen sein, daß die den Hebammen für den Ruf der Poliklinik gewährte Vergütung mit Rücksicht auf die hierfür zur Verfügung stehenden beschränkten Mittel nicht mehr der heutigen Geldentwertung entspricht; die Vergütung betrug im Frieden 3 Mark für den Ruf, sie beträgt zur Zeit 1000 Mark. Eine Erhöhung auf 10 000 Mark würde vielleicht eine Vermehrung der Rufe zur Folge haben.“

Aus dieser Antwort geht eindeutig hervor, daß standespolitische und finanzielle Umstände bei der Beurteilung aller Leistungen der Klinik in Frage zu ziehen sind. Wenn also die Hebamme, die frei praktiziert, eine Vergütung dafür erhält, daß sie die geburtshilfliche Poliklinik ruft, so ist daraus zu entnehmen, daß die niedergelassenen prak-

tischen Ärzte und Geburtshelfer den Hebammen wahrscheinlich eine größere Summe anbieten, damit sie gerufen werden und die Geburt zu Ende bringen.

Von 1925 — 1928 werden jeweils 15 Hebammen ausgebildet, von 1929 — 1931 keine, 1932 wieder 14.

Auch dies spiegelt die ökonomische Situation der Weltwirtschaftskrise wider, denn die Hebammenschülerinnen mußten für ihre Ausbildung bezahlen.

Sowohl die Zahl gynäkologischer als auch geburtshilflicher Patienten ist konstant mit einer leicht zunehmenden Tendenz entsprechend der Größe der Stadt, deren Einwohnerzahl um 10 000 zunimmt.

Die Frequenz der Kaiserschnitte schwankt zwischen 2,5 und 5,7 %.

1933 — 1945

Die Übernahme des Direktorats durch Prof. Haselhorst brachte einige Bewegung in die Klinik, die wahrscheinlich auch notwendig war, nachdem Sarwey der Klinik 26 Jahre vorstand, damit die Klinik ihren weiteren Funktionen auch angesichts der wachsenden Stadt gerecht werden konnte. So schreibt der neuernannte Direktor am 10. 9. 1934 an das Mecklenburgische Ministerium für Unterricht, daß er einige Mißstände beseitigen will, die aber die Unterstützung des Ministeriums erfordern.

„Es jährt sich am 1. Oktober der Tag, an dem mir die Leitung der Frauenklinik übertragen worden ist. In dieser Zeit habe ich den inneren Betrieb der Klinik eingehend kennengelernt. Ich nehme Gelegenheit, auf eine Reihe von Mängeln hinzuweisen, die in allernächster Zeit dringend der Abhilfe bedürfen. Ich tue dies umso mehr, als mir inzwischen von Kennern der Verhältnisse der früheren Zeit die Mitteilung gemacht worden ist, daß die Frauenklinik in dem Rufe steht, daß die hygienischen Verhältnisse nicht einwandfrei seien. Leider habe ich die Anwürfe nur zum Teil zurückweisen können. Wenn es mir auch bereits gelungen ist, in manchen Dingen Wandel zu schaffen, so sind doch eine ganze Reihe von Mängeln vorhanden, deren Abstellung dringend notwendig ist.

1. Kreißaal

Neben der Oberhebamme sind nur 2 Hebammen vorhanden. Die Oberhebamme ist durch den Hebammen-Unterricht (Wiederholungskurse und Schülerinnen), fer-

ner durch die Oberaufsicht über die geburtshilfliche Station und die Vorbereitungen für die Vorlesungen des Direktors derartig in Anspruch genommen, daß sie für den eigentlichen Kreißaaldienst nicht in Betracht kommt. Dieser muß von 2 Hebammen versehen werden, die damit also ständig einen 12-Stunden-Dienst verrichten, wobei Nachtdienst gleich Tagdienst gerechnet ist. Das ist, besonders unter Berücksichtigung dessen, daß wegen der außerordentlich großen Zahl der Studierenden die Arbeit auf dem Kreißaal (Listenführung, Beaufsichtigung der Händedesinfektion u. a. m.) sehr an Umfang zugenommen hat, eine Unmöglichkeit. Es ergibt sich daraus noch folgender Überstand: Wenn eine der beiden Hebammen außer des Hauses ist, so hat die 3. Hebamme, die die Wochenstation zu versorgen hat, Bereitschaftsdienst. Sie muß also bei größeren geburtshilflichen Eingriffen und Operationen auf dem Kreißaal mit einspringen, obwohl sie infolge ihrer Tätigkeit auf der Wochenstation mit infektiösen Keimen behaftet ist. Es bedarf keiner weiteren Erörterung, daß hier Abhilfe geschaffen werden muß.

2. Wochenstation

Wie bereits erwähnt, untersteht diese der dritten Hebamme. Es war bislang Brauch, daß die 3 Hebammen sich in einem 14tägigen Turnus abwechselten. Um den Kreißaal vor der Einschleppung infektiöser Krankheitskeime streng zu schützen, muß das Personal des Kreißaals und der Wochenstation streng getrennt werden. Die Wochenstation muß von einer Hebamme oder einer erfahrenen Schwester geleitet werden, die den Kreißaal überhaupt nicht zu betreten hat. Dieser Schwester müssen jüngere Schwestern, mindestens 2, zur Seite stehen. Damit komme ich zu einem sehr wichtigen Punkt.

3. Die Zahl der Schwestern in der Frauenklinik ist eine viel zu geringe. Die Versorgung der Kranken, auch der Schwerverkranken und ebenso der Wöchnerinnen, liegt zum großen Teil in den Händen von völlig unausgebildetem Personal. Es sind Frauen, die vom Arbeitsamt kommen, die im allgemeinen noch niemals einen Kranken gepflegt haben und in einem Krankenhausbetriebe überhaupt noch nicht beschäftigt gewesen sind. Daß darunter die Hygiene leiden muß und daß sich die Kranken über den dauernden Wechsel beklagen, kann nicht wundernehmen. Gerade in der Frauenklinik, wo ein hoher Prozentsatz der Kranken schwerkrank ist und wo reichlich Gelegenheit zu Infektionen vorhanden ist, ist nur Personal zu gebrauchen, welches gut ausgebildet, beständig und gut

eingearbeitet ist. Es ist noch zu berücksichtigen, daß es sich vorwiegend um Frauen mit Unterleibserkrankungen handelt. Die kranken Frauen sind gegen Hilfeleistungen durch ungeschickte Hände sehr empfindlich, zumal, wenn das unausgebildete Personal dauernd wechselt.

Dieser Mißstand ist z. Zt. auf der Wochenstation und der gynäkologischen Station vorhanden. Er muß hier abgestellt werden, und es muß weiter Sorge getroffen werden, daß die eigentliche Krankenpflege auf der neu entstehenden konservativ-septischen sowie der Carcinomstation von vornherein in den Händen von Schwestern liegt. Eine Besserung ist nur dadurch möglich, daß die Zahl der Schwestern vermehrt wird.

Unhaltbar ist auch der Zustand auf dem Operationssaal. Es ist hier nur eine Schwester vorhanden und zwar die Instrumentier-Schwester. Sie hat praktisch einen 24-Stundendienst. Die Aufrechterhaltung des Operationsbetriebes ist bislang nur möglich gewesen, weil die jetzt vorhandene Schwester so gut wie niemals das Haus verläßt. Als Dauerzustand ist das eine Unmöglichkeit. Es ist erforderlich, daß der Instrumentier-Schwester wenigstens eine zweite Schwester beigegeben wird, die sich mit ihr die Arbeit teilt und sie im Urlaub oder Erkrankungsfall vertritt. Dafür kann dann eine der jetzt vorhandenen Wärterinnen an einer anderen Stelle der Klinik beschäftigt werden.

Ich werde die Zahl der zum 1. April 1935 notwendigen Schwestern in dem vorbereitenden Antrag zum nächsten Etat genau angeben. Falls die von mir beantragte Aufstockung des Anbaues für Assistentenwohnungen genehmigt wird, ist Sorge getragen, daß die Unterbringung der Schwestern keine Schwierigkeiten macht.

Es ist bis jetzt aus räumlichen Gründen nicht möglich gewesen, sowohl auf der Wochenstation als auch auf der gynäkologischen Station die hochfieberhaften und infektiösen Fälle von den übrigen abzutrennen. Diese Möglichkeit wird durch den Erweiterungsbau geschaffen.

5. Es ist bislang Brauch gewesen, daß die Hebammen, die zu Wiederholungskursen in die Klinik kommen und ebenso die Hebamenschülerinnen außer der Bettwäsche auch ihre eigenen Federbetten mitbringen. Daß diese ganz veraltete Einrichtung aus hygienischen Gründen sofort dringend abgeschafft werden muß, bedarf m. E. keiner weiteren Erörterung. Hier ist der Einschleppung von Krankheitskeimen Tür und Tor geöffnet.

6. Auf der gynäkologischen Station liegen die Kranken noch in Federbetten. Es handelt sich um Frauen mit blutigen und oft eitrigem Absonderungen (Fälle mit riechendem Ausfluß, mit fieberhaften Aborten, mit Unterleibskrebs usw.). Es ist leicht verständlich, daß eine ordnungsgemäße Desinfektion von Federbetten völlig unmöglich ist. Wollte man sie durchführen, so würde das Material in kürzester Zeit schweren Schaden nehmen. Es ist unbedingt erforderlich, daß die Federbetten, die ohnehin alt und zum großen Teil erneuerungsbedürftig sind, durch Wolldecken ersetzt werden, wie sie in jedem größeren Krankenhause heute im Gebrauch sind.

7. Es ist keine Operationswäsche für die Assistenten vorhanden. Die Assistenten sind gezwungen, bei den Operationen ihre eigenen Oberhemden zu tragen. Diese werden, besonders in den heißen Sommermonaten, jedesmal durchgeschwitzt. Entweder tragen nun die Assistenten diese nassen Hemden den Tag über weiter, was gesundheitsschädlich und unaesthetisch ist, oder sie müssen nach jeder Assistenz ihre Wäsche wechseln, was man, da sie für das Waschen und Reinigen selbst aufkommen müssen, billigerweise nicht verlangen kann. In allen größeren Krankenhäusern steht heute den Assistenten Operationswäsche zur Verfügung.

8. Es fehlt in der Klinik an einem Umkleieraum für das externe Personal. Dieses ist z. Zt. gezwungen, die Straßenkleidung in den Teeküchen und den sowieso sehr kleinen Abstellräumen abzulegen. Dieser Überstand wird durch Schaffung eines besonderen Raumes für diesen Zweck in dichtester Nähe eines Bades für das Personal abgestellt.

9. Es sind in der Klinik keinerlei Warte- und Aufenthaltsräume für Aufpatienten, sowie Besucher und Angehörige vorhanden. Solche Räume werden jetzt, wenn auch in beschränkter Zahl und in geringem Ausmaß, geschaffen werden.

Es wird gebeten, die oben skizzierten Mängel bei der Aufstellung des nächsten Etats zu berücksichtigen."

Dies heute zu lesen bedeutet für uns etwas Unfaßliches, da wir gewohnt sind, der Hygiene in der Klinik den Vorrang zu geben. Trotz Kenntnisse der Antisepsis und Asepsis hat es also noch vor 50 Jahren Mißstände im sachlichen und personellen Bereich gegeben, die heute undenkbar geworden sind.

Die Aktivitäten des neuen Direktors schlagen sich auch in aussagekräftigeren Jahresberichten nieder. Als Bettenzahl wird 1933 — 1935 angegeben 94 Betten + 18 Privatbetten = 112 Betten. Die uns heute geläufigen Verpflegungstage werden angegeben mit 22 in der 1. Klasse, 1 511 in der 2. Klasse und 35 062 in der 3. Klasse = 36 595 Verpflegungstage insgesamt. 1934 steigt diese Zahl bereits in entsprechenden Proportionen auf 40 755 und 1935 auf 44 287 und 1936 auf 50 059. Die Zunahme von 4 Prozent auf 8 Prozent der I. und II. Klasse in wenigen Jahren kann verschieden interpretiert werden, zum einen durch die wirtschaftliche Scheinblüte in den ersten Jahren des „Dritten Reiches“, zum anderen könnte der zunehmend bessere Ruf des neuen Chefs dazu beigetragen haben. Es gibt aber keine Beweise für die eine oder andere Deutung.

Nach Inbetriebnahme des Anbaus werden 1936 erstmalig 154 Betten + 18 Privatbetten = 172 Gesamtbetten ausgewiesen. Ein Direktor, 1 Oberarzt, 4 Assistenten, 1 Volontärarzt und 3 Medizinalpraktikanten sowie 4 Hebammen bewältigen das umfangreiche klinische Programm. In der Poliklinik wurden 1 217 Kurzwellen sowie 265 Höhensonnenbestrahlungen verabfolgt. Auch ökonomische Angaben finden sich im Jahresbericht 1936, so betragen die Einnahmen der Klinik 316 238 Reichsmark und 67 Reichspfennige, die Ausgaben 459 476,91 Reichsmark.

Der wahrscheinlich im Zusammenhang mit den Berufungsgesprächen bewilligte und 1936 bezogene Anbau scheint 1938 bereits unterdimensioniert, denn im Jahresbericht vom 23. 6. 1939 wird vermerkt:

„V. Allgemeines

Die Zahl der Entbindungen hat weiterhin erheblich zugenommen. Sie ist von 1 292 im Berichtsjahr 1937 auf 1 432 im Berichtsjahr 1938 angestiegen. War schon im Jahre 1937 grosser Platzmangel vorhanden, so ist dieser naturgemäss noch wesentlich grösser geworden. Die Zustände sind seit etwa einem Jahr ganz unhaltbar. Es stehen täglich 4 — 8 frisch entbundene Wöchnerinnen auf dem Flur. Es ist dies nicht nur aus gesundheitlichen und hygienischen Gründen in höchstem Masse bedenklich, sondern es ist dieser Zustand für eine Universitäts-Frauenklinik auch geradezu beschämend. Seit Juni des Jahres 1938 ist geplant und auch angeordnet, dass im oberen Stockwerk durch Verwendung früherer Schwesternzimmern etwa 15 Betten für Wöchnerinnen gewonnen werden. Be-

ginn und Fortgang der Arbeiten haben sich aber so verzögert, dass die Station immer noch nicht belegt werden kann, sodass auch heute noch nicht abzusehen ist, wann die Belegung tatsächlich erfolgen kann. Der jetzige Zustand ist unhaltbar, und die Direktion bittet nochmal, Sorge zu tragen, dass diese im Interesse der Volksgesundheit dringenden Arbeiten möglichst umgehend zum Abschluß gebracht werden.

Die Zunahme der Zahl der Entbindungen betrifft auch die Privatabteilung. Die Folge ist, dass die Oberhebamme, Frau Heinrich, die das 60. Lebensjahr überschritten und ungeheuer viel geleistet hat der stark vermehrten Arbeitsbelastung nicht mehr gewachsen ist. Es wird notwendig sein, auf dieser Station eine Säuglingsschwester einzustellen.

Ausserst unangenehm hat sich der Mangel an ärztlichen Hilfskräften bemerkbar gemacht. Es sind von den 7 vorgesehenen M. P.-Stellen nur ein bis zwei Stellen besetzt gewesen. Infolge der Heranziehung der angestellten Ärzte zu militärischen Übungen sind praktisch ein bis zwei Assistenten dauernd von der Klinik abwesend. Eine ordnungsgemässe Versorgung der Kranken ist daher nur unter intensivster Zusammenfassung aller Kräfte möglich gewesen. Es kann aber auf die Dauer den Ärzten nicht zugemutet werden, Tag und Nacht ohne Ruhepausen bereitzustehen. Es würde dies auch in krassem Gegensatz zu den heute überall vertretenen Auffassungen über Arbeitszeit und Freizeit stehen. Es ist des öfteren vorgekommen, dass Volontärärzte und Medizinalpraktikanten die Frauenklinik deswegen gemieden haben, weil sie hier Tag und Nacht beansprucht werden und irgend welche Zeit zur Erholung und zum Sport u.s.w. nicht übrig bleiben. Es muss in Zukunft gesorgt werden, dass die Zahl der Assistenten zur Menge der Arbeit in einem entsprechenden Verhältnis steht. Am Ende des Berichtsjahres ist die Zahl der ärztlichen Arbeitskräfte viel zu gering.“

Bereits am 24. 11. 1937 wurde in einem Schreiben an das Mecklenburgische Staatsministerium betont, daß die Überbelegung besonders der geburtshilflichen Station so stark geworden ist, daß eine baldige Erweiterung unbedingt notwendig ist. Es gibt größte Unterbringungsschwierigkeiten. Als Hilfsmaßnahme wird angeführt, daß Wöchnerinnen früher am 9. bis 10. Tag entlassen wurden, jetzt sei man gezwungen, bereits am 6. bis 7. Tag die Wöchnerinnen zu entlassen. Weiterhin wäre man gezwungen, auch fieberfreie Wöchnerinnen auf freie Betten der septischen Station zu verlegen. Dies würde etwa

5 Wöchnerinnen pro Woche betreffen. Außerdem müßten Betten für Wöchnerinnen im Schlafräum der Hausschwangeren aufgestellt werden. Die Gesamtbettanzahl beträgt derzeit 122 + 32 für Hausschwangere. Diese Überbelegung führt dazu, daß nicht mehr genügend gelüftet werden kann, daß das Personal überbelastet wird und daß sie ihren Dienst aufgeben, da die Anforderungen ihre Kräfte übersteigen. Als optimal bezeichnet Haselhorst eine Bettengröße von 200 + 25 Privatbetten + 30 für Hausschwangere.

1939 weist die Statistik 1 328 Geburten der 3. Klasse sowie 219 Geburten der 1. und 2. Klasse auf. Die Frequenz der Kaiserschnitte pendelt sich auf ein Niveau von 3 Prozent oder darunter ein und entspricht somit den Durchschnittswerten der damaligen Zeit. 163 Radium- und 3 803 Röntgenbestrahlungen wurden appliziert. Eine kleinere Station im obersten Stockwerk der Klinik wurde eingerichtet. Als unbedingte Notwendigkeit bezeichnet Prof. Haselhorst die Einrichtung eines Hebammenzimmers sowie eines Frühstücksraumes für auswärts wohnendes Personal. Auch über die ärztliche Besetzung beklagt er sich, da 1 Oberarzt und 3 Assistenten zur Wehrmacht eingezogen sind, dafür 2 Volontärärzte eingestellt werden konnten, die aber nicht voll einsetzbar sind. Wechselnde Bestimmungen über Medizinalpraktikantenzeit erschwert den Einsatz.

Von den 2 189 gynäkologischen Patientinnen des Jahres 1940 sind 857 auf der operativen Station, 678 auf der konservativ-septischen Station, 357 auf der Bestrahlungsstation und 297 auf der Privatstation untergebracht gewesen.

Infolge der Fortdauer des Krieges ist auch im Berichtsjahr die Zahl der Ärzte eine recht geringe gewesen. Vor allem macht sich das Fehlen von jüngeren Hilfskräften bemerkbar. Die wenigen vorhandenen Assistenten sind mit Arbeiten, die eigentlich nicht zu ihrem Tätigkeitsbereich gehören, wie Narkose, Assistenz auch bei kleineren Eingriffen, viel Schreibarbeiten stark beansprucht, so dass ihnen für ihre eigentlichen Aufgaben der Krankenuntersuchungen und Behandlung zu wenig Zeit übrig bleibt.

„V. Allgemeines

Der Zustrom von Kranken zur Klinik ist ein ausserordentlich grosser. Es bestehen seit Monaten grosse Aufnahmeschwierigkeiten, das gilt in gleicher Weise für alle Stationen.

Gross sind auch die Personalschwierigkeiten gewesen, dadurch bedingt, dass der Personalmangel allgemein vorhanden ist und ferner, dass unter den Kriegsverhältnissen ganz unausgebildetes und auch ungeeignetes Personal eingestellt werden musste. Dadurch ist das vorhandene Pflegepersonal, Schwestern und Pflegerinnen, zum Teil stark überbelastet.

Von Seiten der Schwesternschaft wird Klage geführt, dass die Einrichtung des gemeinsamen Essraumes mehr als notdürftig ist. Ein eigentlicher Aufenthaltsraum ist für die Schwesternschaft nicht vorhanden und so ist sie auf diesen Essraum angewiesen.

Bereits in früheren Jahresberichten ist auf das Fehlen eines Essraumes für die Hebammen hingewiesen worden. Dieser Mangel hat sich infolge der Vermehrung der Zahl der Hebammen im Berichtsjahr noch stärker bemerkbar gemacht, auch der Frühstücksraum für das übrige Pflegepersonal genügt in keiner Weise den berechtigten Ansprüchen, sodass die Unsitte, dass das Pflegepersonal in den Stationsküchen frühstückt, nicht aus der Welt geschafft werden konnte.“

Im Jahresbericht 1941 wird (ob unter dem Eindruck einer entsprechenden Forderung?) die Zahl von 102 ambulanten Tubendurchblasungen vermerkt. 1942 werden gleichfalls wieder 122 Perturbationen registriert. 181 Radium- und 5 821 Röntgenbestrahlungen werden appliziert. Infolge des Ärztemangels in der Stadt ist die Frequentierung der gynäkologischen Poliklinik sehr groß. In Bad Doberan wurde ein Wöchnerinnenheim neu eröffnet, die Zahlen sind in der Klinikstatistik mit enthalten.

1943 und 1944 werden ähnliche Zahlen genannt.

Wie die Zustände im pflegerischen Sektor gewesen sind, geht aus Folgendem hervor: Die Zahl der festangestellten, im Hause wohnenden Hebammen betrug 3. Die anfallenden Entbindungen und die Versorgung der Wöchnerinnen wurden durch die unentgeltlich arbeitenden Hebammenschülerinnen abgesichert. In ähnlicher Form wurde die Arbeitskraft der Hausschwangeren ausgenutzt, die Küchen- und Reinigungsarbeiten zu versehen hatten. Von 1911 — 1934 gab es 8 Diakonissen, die auf Station wohnten, freie Unterkunft und Verpflegung hatten, aber mit einem Minimum an Geld abgespeist wurden. Alle pflegerischen Arbeiten wurden durch angeleitetes Personal erledigt.

Bis 1934 waren somit 8 Schwestern und 3 Hebammen die einzigen qualifizierten Pflegekräfte auf den Stationen, erst 1935 erhöhte sich die Zahl auf 13 und 1936 auf 16 Schwestern. Der normale Stationsbetrieb wurde mit ungelerten Kräften und vor allem mit den Hausschwangeren bewältigt. Welch ungeheure Ausbeutung der menschlichen Arbeitskraft dahinter steht, vermag nur der ganz zu ermessen, der die Stellenpläne der Jetztzeit kennt. Auch der an großzügige bezahlte Freistellung zum Zwecke der eigenen Qualifizierung (Facharztkolloquium, Promotion) gewohnte Arzt unserer Tage sollte sich des Vermerks erinnern: „Assistenzarzt Dr. Hachmeister war vom 1. November 1938 bis 21. März 1939 zu wissenschaftlichen Arbeiten ohne Gehalt beurlaubt.“

Interessant auch eine ökonomische Aufstellung aus dem 1937, wo u. a. für Heilmittel 50 000 RM, für Bibliothek und Instrumente 11 000 RM, für einen Röntgenlichttheilapparat 2 000 RM und für Reisekosten 30 RM angesetzt waren.

1945 — 1961

Dieser Zeitraum ist historisch charakterisiert durch die Zerschlagung des Faschismus, durch die Errichtung und Festigung der antifaschistisch-demokratischen Ordnung sowie durch die Schaffung der Grundlagen des Sozialismus. In dieser Übergangsperiode vom Kapitalismus zum Sozialismus ging es unter dem Direktorat von H. H. Schmid primär darum, die Arbeitsfähigkeit der Klinik wiederherzustellen, Studenten und Hebammen auszubilden, die Kontinuität der medizinischen Betreuung abzusichern und sich daraus ergebende wissenschaftliche Fragestellungen zu bearbeiten. Aufgrund der herabgesetzten Allgemeinresistenz war eine größere Zahl von entzündlichen Genitalerkrankungen, auch an Tuberkulose, zu behandeln. Die Hausentbindungen gingen immer mehr zurück, so daß schon Mitte der 50er Jahre 90 Prozent aller Entbindungen in der Klinik stattfanden, 1960 bereits 96 Prozent. Dem konnte nur durch Senkung der Verweildauer Rechnung getragen werden, bedeutete aber für die Mitarbeiter der Klinik einen erhöhten Arbeitsaufwand. Die Gefahr des Hospitalismus konnte nur durch ein strenges arbeitsintensives Hygieneregime gebannt werden. Die Bettenzahl wurde durch die Umwandlung von Schwesternwohnungen, Ärztezimmern und Funktionsräumen in Krankenzimmer auf 218 Betten erhöht. Damit war die Klinik maximal ausgelastet. Leider gibt es gerade aus

dieser schweren Zeit des ersten Neuaufbaus fast keine schriftlichen Dokumente, verständlich bei der Fülle der Aufgaben, aber bedauerlich für eine objektive Darstellung der Entwicklung. Mit maximal 10 Ärzten wurde die Klinik reorganisiert und die Arbeit bewältigt. Trotzdem konnten in dieser Zeit 6 Mitarbeiter habilitiert werden. Die Klinik entwickelte sich zum Zentrum für die operative Gynäkologie, insbesondere die onkologische Betreuung.

1961 — 1985

Nach der Stabilisierung der politischen und ökonomischen Verhältnisse in der DDR, nach der Schaffung der Grundlagen des Sozialismus, konnte man planmäßig darangehen, die entwickelte sozialistische Gesellschaft aufzubauen. Diese Entwicklung vollzieht sich auch in der Klinik unter den Direktoren H. Kyank (1958 — 1981) und H. Wilken (ab 1981).

Waren 1958 an der Klinik 10 Ärzte beschäftigt, so sind es 1985 32 Ärzte, 6 Naturwissenschaftler sowie 164 Schwestern, med.-techn. Assistentinnen, Physiotherapeutinnen. Dazu kommen 57 Mitarbeiter des Hilfspersonals. Nur mit diesem personellen Potential sowie mit erheblichen materiellen Investitionen war es möglich, die Klinik schrittweise entsprechend den Möglichkeiten zu profilieren und sich sowohl klinisch als auch forschungsmäßig mit Fragen der Physiologie und Pathophysiologie der Schwangerschaft, der Endokrinologie und der Onkologie zu beschäftigen. Ebenfalls in Etappen vollzog sich parallel dazu der Übergang von überwiegend personengebundenen Einzelaufgaben, vergeben durch das Ministerium für Gesundheitswesen der DDR, zur komplexen auftragsgebundenen Kollektivforschung. Bei allem Bestreben, Methoden und Ergebnissen der Grundlagenwissenschaften zu nutzen und auch selbst zu deren Erkenntnisgewinn beizutragen, so blieben die Forschungsarbeiten doch immer klinikorientiert. Die meisten Ergebnisse der Forschung waren praxisrelevant und kamen unmittelbar wieder den Patientinnen zugute. Qualität ist schlecht meßbar, aber die Quantität der Publikationen gibt zumindest einen gewissen Anhaltspunkt für die geleistete Arbeit. In der Bibliographie der wissenschaftlichen Veröffentlichungen von 1959—1978 [5] sind 1004 Arbeiten, darunter 86 Promotionen A, 15 Promotionen B und 39 Diplomarbeiten sowie mehrere Lehrbücher, aufgeführt. Die Zahl der Vorträge ist nicht rekonstruierbar, da die Tradition der Jahresberichte erst 1981 unter H. Wilken wieder aufgenommen wurde.

Von 1981 — 1985 wurden 261 wissenschaftliche Arbeiten veröffentlicht und 422 Vorträge gehalten. Die zunehmende Spezialisierung und die Notwendigkeit der Erweiterung von Funktionsräumen für die Intensivschwangerenbetreuung, die Ultraschalldiagnostik, die Zervixpathologie, die Urogynäkologie, die onkologische Nachsorge und für die in-vitro-Fertilisation und Embryotransfer sowie der Neueinrichtung von zahlreichen Laboren für die klinische Routinediagnostik, die gynäkologische Histopathologie, die radiologische in-vitro-Diagnostik und immunologische Fragestellungen im Zusammenhang mit der menschlichen Reproduktion führte ab 1968 zur schrittweisen Reduzierung der Erwachsenenbetten auf zunächst 203, dann 193 Betten.

Die Zahlen der stationären Aufnahmen, die Kennziffern für Bettenbelegung und Verweildauer sind exakt nur in den letzten 25 Jahren zu erfassen. Es zeigt sich, bedingt durch das Wachsen der Bevölkerung, ein Anstieg bis 1965. Dann bringt die Eröffnung des Bezirkskrankenhauses Rostock-Südstadt eine vorübergehende Entlastung, die u. a. das Schließen der beiden Entbindungsheime in der Rosa-Luxemburg-Straße und in Warnemünde erlaubte und zur Qualitätsverbesserung beitrug. Aber bereits ab 1972 steigt die Zahl der Aufnahmen wieder erheblich an. Dem konnte nur durch eine Senkung der Verweildauer begegnet werden, denn die Bettenbelegung soll aus hygienisch-epidemiologischer Sicht in einer Frauenklinik das Optimum von 70 Prozent nicht überschreiten.

Aus der ursprünglichen Freisprechstunde für gynäkologische Patientinnen und der geburtshilflichen Poliklinik für Außenentbindungen entwickelte sich nach 1945 die heutige Poliklinik, in der die Bevölkerung des Wohngebiets fachspezifisch behandelt werden konnte und Überweisungen von Ärzten der Stadt und eines weiten Umfelds angenommen wurden. Mit dem Aufbau eines territorial und fachlich gegliederten Systems der medizinischen Betreuung mußte sich zwangsläufig der Charakter der Poliklinik wandeln. Die Grundbetreuung wurde an die Fachabteilungen der Medizinischen Zentren Rostock Mitte, Süd und Nord abgegeben und dafür die spezialisierte und hochspezialisierte Betreuung in Gynäkologie und Geburtshilfe übernommen. So erklärt sich der Rückgang der Konsultationsziffern ab 1966. Das Wiederanstiegen ab Mitte der 70er Jahre ist bei unveränderter Aufgabenstellung in der Zunahme der Wohnbevölkerung zu sehen.

In der Geburtshilfe kommt es bis 1965 zur kontinuierlichen Steigerung der Geburtenzahlen, dann vorübergehend zur Entlastung durch Eröffnung des Bezirkskrankenhauses, aber seit 1975 wieder zum Anstieg. Die Kaiserschnittfrequenz blieb immer unter 10 Prozent. Damit kann die Klinik dokumentieren, daß sie die Modeströmung der 70er Jahre mit unkritischer Steigerung auf 15 Prozent und mehr nicht mitgemacht hat und trotzdem eine Senkung der perinatalen Letalität für sich verbuchen kann. Auch die generelle Anwendung der abdominalen Schnittentbindung bei Beckenendlage wurde nie praktiziert, dafür schon ab 1960 die erweiterte Diagnostik zu Geburtsbeginn eingeführt, um bei der assistierten Spontanentwicklung keine Komplikationen zu erleben. Durch die Einführung des Vakuumentraktors kam es ab 1961 zum Anstieg der Häufigkeit der vaginal geburtsbeendenden Operationen bis auf 20 Prozent. Erst ab 1972 pendelte sich die Frequenz vaginaler Operationen auf ein vertretbares Maß ein, vielleicht auch unter dem Eindruck der Kardiotokographie, die eine bessere Objektierung und Abschätzung des Ausmaßes der fetalen Gefährdung erlaubt. Die beiden Qualitätsparameter geburtshilflichen Handelns sind die perinatale und peripartale Letalität (Tab. 6 und 7), die zwar immer über den DDR-Durchschnittswerten (Tab. 8) liegen, da es sich um ein negativ selektiertes, pathologieangereichertes Krankengut handelt. Das ständige Bemühen um eine kontinuierliche Senkung dieser Kennziffern auf ein Minimum läßt sich aber aus diesem Material eindeutig ablesen und dokumentiert die Leistungsfähigkeit der Klinik im nationalen und internationalen Vergleich.

Die gynäkologischen Operationen (Tab. 9) spiegeln die Entwicklung im Fachgebiet wider, u. a. an der Verschiebung der Relation von subtotaler zu totaler abdominaler Hysterektomie, an der abnehmenden Zahl der vaginalen Radikaloperationen nach Schauta, an der Zunahme der vaginalen Hysterektomien, absolut und in Relation zu den abdominalen.

Die Klinik hat sich neuen Trends nie verschlossen, zu beobachten u. a. an der Einführung der Laparoskopie als Diagnostikmethode mit steigender Häufigkeit seit 1968, an der Aufnahme der Diagnostik und Therapie von Erkrankungen der weiblichen Brustdrüse als einem der Reproduktion dienenden Organ und des Verfahrens der in-vitro-Fertilisation und des Embryotransfer seit 1981. Am 9. Juli 1985 wurde als erstes derart an der Klinik gezeugtes Kind Sophie Brandenburg geboren.

Tabelle 6:**Geburtshilfliche Statistik 1954 — 1985**

Jahr	Geburten	Geburtsbeendigung in %		Perinatale Letalität in ‰ (ungereinigt)
		abdominal	vaginal	
1954	2181	2,6	9,1	51,6
1955	2204	5,8	3,6	47,4
1956	2060	2,7	10,0	44,4
1957	2272	2,9	10,2	38,8
1958	2319	2,7	9,1	37,6
1959	2494	2,9	12,1	41,9
1960	2651	2,5	11,7	40,5
1961	2730	2,9	17,1	39,6
1962	2997	2,7	16,3	33,7
1963	3046	3,7	16,0	33,3
1964	2938	3,9	19,2	34,4
1965	2835	4,6	15,3	28,6
1966	2150	4,4	16,3	37,6
1967	1611	6,2	20,3	38,3
1968	1860	4,5	17,4	37,2
1969	1723	4,7	18,9	32,6
1970	1656	4,0	17,9	36,6
1971	2065	4,5	13,0	26,7
1972	1930	4,0	8,1	29,0
1973	1778	6,3	11,0	29,0
1974	1771	6,3	9,3	33,4
1975	2097	6,5	11,9	22,6
1976	2351	4,9	10,5	19,7
1977	2542	6,4	9,7	19,7
1978	2552	8,2	12,8	18,1
1979	2507	6,5	8,2	15,7
1980	2619	3,7	6,2	21,0
1981	2587	5,5	9,6	15,5
1982	2589	7,3	10,1	13,0
1983	2538	7,8	9,9	11,3
1984	2149	9,2	10,6	14,0
1985	2361	7,2	9,6	13,4

Tabelle 7:

Peripartale Mortalität 1946 — 1985

Zeitraum	Geburten	Mütterliche Sterbefälle	pro 10 000
1946 — 50	5 269	56	106,4
1951 — 55	9 412	37	40,7
1956 — 60	11 799	31	26,3
1961 — 65	14 545	11	7,6
1966 — 70	9 003	9	9,9
1971 — 75	9 641	6	6,2
1976 — 80	12 571	2	1,6
1981 — 85	12 224	1	0,8

Wenn auch die räumlichen Bedingungen das äußere Aussehen der Klinik seit 100 bzw. 50 Jahren praktisch nicht verändert haben, so sind doch die Aufgaben, die Funktionen und die Leistungen quantitativ und qualitativ unvergleichlich gewachsen. Die Abbildung 5 zeigt die Leitungsstruktur der Klinik im Jahr 1986. Seit 1974 bestehen an der Klinik zwei Lehrstühle. Sie hat insgesamt 4 Planstellen für Hochschullehrer, 9 Oberarztbereiche und 3 Oberassistentenbereiche.

Die Klinik ist seit vielen Jahren Zentrum für onkologische Betreuung im Bezirk Rostock, eines von drei Zentren der Reproduktionsmedizin in der DDR und Zentrum für die hochspezialisierte Therapie des schweren M. haemolyticus fetalis für die gesamte DDR.

Vergleicht man die heutige Situation mit der noch in den 30er Jahren, vergleicht man die Arbeits- und Lebensbedingungen damals und heute, so kann man unschwer er-messen, welche Vorteile für Patient und Personal das so-zialistische Gesundheitswesen gebracht hat und weiter bringen wird.

Tabelle 8:

Mütterliche und perinatale Sterblichkeit im Gebiet der DDR

Jahr	Mütterliche Mortalität		Perinatale Mortalität pro 1 000
	absolut	pro 10 000	
1962	310	10,4	30,0
1966	236	8,8	25,5
1967	240	9,5	25,1
1968	199	8,1	23,6
1969	168	7,0	23,0
1970	181	7,6	21,5
1971	162	6,9	20,1
1972	105	5,3	19,2
1973	91	5,0	18,6
1974	74	4,1	18,0
1975	73	4,0	17,4
1976	77	3,9	15,9
1977	59	2,6	15,1
1978	80	3,5	14,7
1979	92	3,9	14,2
1980	69	2,8	13,5
1981	79	3,3	13,6
1982	56	2,3	11,5
1983	73	3,1	10,9
1984	69	3,0	10,6

Tabelle 9:

Operationen 1959 — 1985

Jahr	Operationen insgesamt	davon: Wertheim	Hysterektomie		Schauta	Hysterektomie		Laparoskopie
			abdom.	subtot.		vaginale	vaginale m. Plast.	
1959	1876	32	49	20	42	21	26	—
1960	2055	46	61	27	26	16	14	—
1961	2138	22	74	8	42	29	32	—
1962	2349	27	74	23	36	25	28	—
1963	2570	32	80	21	27	41	39	—
1964	2647	19	119	20	11	36	37	—
1965	2822	21	111	35	16	31	22	—
1966	2463	36	92	36	10	35	44	—
1967	2173	12	86	41	14	34	39	—
1968	2080	14	72	30	12	33	26	2
1969	2094	21	114	17	13	43	46	5
1970	2046	24	101	17	9	65	82	12
1971	2107	32	137	23	11	51	74	19
1972	2999	25	134	11	7	51	78	61
1973	3280	37	180	17	8	52	61	64
1974	3216	24	162	8	5	69	47	98
1975	3099	28	149	9	4	44	36	123
1976	3151	35	152	3	5	55	39	132
1977	3322	34	140	6	3	50	18	162
1978	3620	26	150	5	7	60	29	133
1979	3232	56	99	5	4	73	34	128
1980	3436	31	140	3	—	69	25	130
1981	3347	27	163	3	—	39	29	140
1982	3691	30	129	7	—	50	42	228
1983	3807	34	185	4	—	66	37	340
1984	3589	19	199	4	—	50	41	366
1985	3741	29	145	4	—	61	52	390

Klinik für Gynäkologie und Geburtshilfe der Wilhelm Pieck - Universität

Ambulanter Bereich

Gynäkologische Poliklinik

Allgemeine Gynäkologie
Zervixpathologie
Mammaerkrankungen
Geschwulstnachsorge
Reproduktionsmedizin
Endokrinologie
Urogynäkologie
Kinder- und Jugendgynäkologie

Geburtshilfliche Poliklinik

Spezielschwangerenbetreuung
Ultraschalldiagnostik
Pränatale Diagnostik

Stationärer Bereich

Gynäkologie

Stationen

- Ia Konservative Gynäkologie
- Ib Onkologie
- IIa Reproduktionsmedizin u. Operative Gynäkologie
- IIb Operative Gynäkologie

Geburtshilfe

- III Wochenstation
- IV Schwangerschaftspathologie
- V Neugeborenenstation

Funktionsbereich

Operationssaal
Kreißsaal
Sterilgutversorgung
Physiotherapie
Klinische Laboratorien
Hormonlaboratorien
Gynäkologische Histopathologie
Reproduktionsimmunologie
In-Vitro-Fertilisation
Biomedizintechnik
EDV - Abteilung

Verwaltungs- und Wirtschaftsbereich

Verwaltung
Küche und Wirtschaftsversorgung
Wäscheversorgung

Abb. 5:
Struktur der Klinik 1986

Sowohl die Zahl der stationären Aufnahmen als die der ambulanten Konsultationen hat sich vervielfacht. Auch die Zahl der Ärzte, Naturwissenschaftler, des mittleren medizinischen Personals und Hilfspersonals ist noch im Vergleich zu den 30er Jahren enorm angewachsen, dementsprechend natürlich auch Quantität und Qualität der Arbeit zum Wohle der Frauen, die sich uns anvertrauen.

Durch Rationalisierung und Intensivierung ist es gelungen, die 100jährige Klinik in ihren Funktionen bei gleichbleibendem umbauten Raum immer wieder den Anforderungen der Jetztzeit anzupassen und ihnen gerecht zu werden, wenn auch nun die Grenzen der Leistungsfähigkeit erreicht sind.

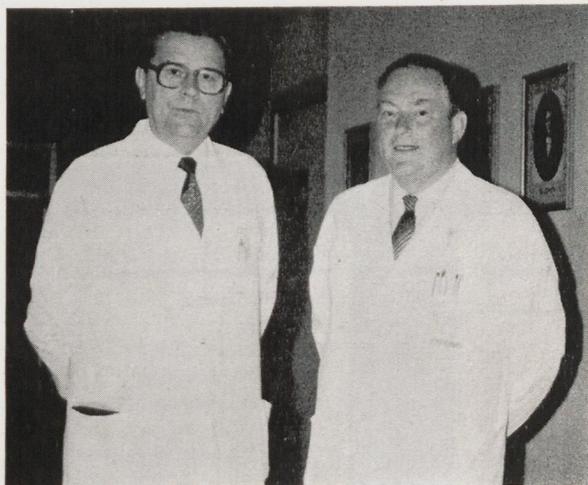


Abb. 6:
Die ordentlichen Professoren Hans Wilken
und Reinhold Schwarz 1986

Tabelle 10:
Verpflegungstage und Laborleistungen von 1969 — 1985

Jahr	Verpflegungstage ohne Neugeborene	Laborleistungen ohne Histologie
1969	58 113	
1970	57 375	77 800
1971	63 000	85 647
1972	64 200	89 790
1973	64 300	
1974	61 600	104 748
1975	64 400	181 308
1976	65 933	
1977	62 791	164 185

1978	61 391	
1979	62 292	174 338
1980	58 767	210 482
1981	55 223	149 212
1982	52 525	151 722
1983	58 079	153 926
1984	52 181	174 431
1985	57 817	181 075

Literatur

- [1] ALBRECHT, H.: Die Entwicklung der Geburtshilfe — dargestellt am Beispiel der Verbesserung der perinatalen Mortalität an der Universitäts-Frauenklinik Rostock der Jahre 1951–1966. Dissertationsschrift A, Rostock, 1978
- [2] HASELHORST, G.: Ergebnisse der Geburtshilfe in Praxis und Klinik unter besonderer Berücksichtigung der Frühgeburten. Arch. Gynäkol. 168 (1939) 266–294.
- [3] JUNGE, W.-D.: Die mütterliche Mortalität an der Universitäts-Frauenklinik Rostock von 1946 bis 1970. Wiss. Z. Univ. Rostock, Math.-Nat. R. 21 (1972) 47–53.
- [4] KLAUSCH, B.; SCHWARZ, R.: Die Geschichte der Frauenklinik der Universität Rostock von den Anfängen bis zur Gegenwart. Wilhelm-Pieck-Universität Rostock 1980
- [5] KLAUSCH, B.; RADLOFF, H.: Bibliographie der wissenschaftlichen Veröffentlichungen von 1959 bis 1978. Rostock: Wilhelm-Pieck-Universität, Universitätsbibliothek, 1980.
- [6] NIESERT, H. W.: Die Geburtshilfe und Gynäkologie an der Rostocker Universität. Wiss. Z. Univ. Rostock, Math.-naturwiss. R. 2 (1952/53) 175–185.
- [7] SCHWARZ, R.; WILKEN, H.: Die Geschichte der Frauenklinik der Universität Rostock. Wiss. Z. Univ. Rostock, Math.-naturwiss. R. 21 (1972) 1–8.

Tabelle 11:

Stationäre Aufnahmen, Bettenbelegung, Verweildauer und ambulante Konsultationen von 1960 — 1985

Jahr	Stationäre Aufnahmen (ohne Neugeb.)	Ambulante Konsultationen	Durchschnittliche	
			Bettenbelegung in %	Verweildauer in Tagen
1960	5 443	21 261		
1961	5 707	21 607		
1962	6 271	21 179		
1963	6 524	28 979		
1964	6 469	27 741		
1965	6 520	30 678		
1966	5 534	29 509		
1967	4 458	28 706	65,9	10,3
1968	4 785	25 066		
1969	4 969	23 258	76,4	11,1
1970	5 021	23 266	89,1	11,9
1971	5 157	25 876	85,2	12,2
1972	5 526	36 602	86,4	11,5
1973	5 877	31 474	85,0	10,9
1974	5 646	30 222	83,2	10,6
1975	5 776	30 463	86,9	10,6
1976	6 093	35 604	89,7	10,9
1977	6 339	39 001	85,6	8,8
1978	6 276	37 045	83,7	9,8
1979	6 427	36 878	85,8	9,6
1980	6 699	35 702	78,1	8,9
1981	7 321	32 254	78,4	8,3
1982	6 747	35 756	73,9	7,8
1983	6 815	37 827	82,4	8,5
1984	6 345	36 574	73,9	8,4
1985	6 911	43 478	82,1	8,3

40 Jahre Medizinisch-Wissenschaftliche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe der Bezirke Rostock, Schwerin und Neubrandenburg

Am 29. November 1987 jährt sich die Gründung der gynäkologisch-geburtshilflichen Regionalgesellschaft des Nordens der DDR zum 40. Male. Nachdem die Universitäten im sozialistischen Teil Deutschlands ihre Pforten wieder geöffnet hatten, erwachte überall auch neues wissenschaftliches Leben. Am 5. und 6. Oktober 1946 fand in Jena unter dem Vorsitz von Gustav Döderlein die erste wissenschaftliche Gynäkologentagung statt.

Nachdem am 21. Mai 1947 der Befehl Nr. 124 der SMAD zur Bildung medizinisch-wissenschaftlicher Gesellschaften ergangen war, wurde vom 15. bis 18. Oktober 1947 in Berlin jene denkwürdige „Tagung der Gynäkologen“ der damaligen sowjetischen Besatzungszone Deutschlands durchgeführt (1). Das Präsidium bestand u. a. aus K. Linser, dem damaligen Präsidenten der Deutschen Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen, W. Stoeckel (Berlin), H. Kraatz (Berlin) und H. H. Schmid (Rostock). In grundlegenden Referaten von K. Linser und Major Murawjow wurde der neue Charakter des Gesundheitswesens und der zubildenden medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften dargestellt. Anschließend folgte ein umfangreiches wissenschaftliches Programm. Danach wurden an den Universitäten in schneller Folge wissenschaftliche Fachgesellschaften gegründet. Die „Gesellschaft für Gynäkologie bei der Universität Rostock“ hatte ihre Gründungstagung am 29. November 1947. Danach folgte im Dezember 1947 die Gründung der Gynäkologischen Gesellschaft in Leipzig, wobei Robert Schröder zum Vorsitzenden gewählt wurde. Der Vorsitzende der Berliner Gesellschaft wurde auf ihrer Gründungsversammlung im Januar 1948 Walter Stoeckel.

Auf der ersten Tagung der neuen Gesellschaft im Hörsaal der Universitäts-Frauenklinik Rostock wurden H. H. Schmid als Vorsitzender (Abb. 1) und Meta Sander

(Abb. 2) als Schriftführer gewählt. Das wissenschaftliche Programm war nicht nach Hauptthemen gegliedert, sondern bestand aus zahlreichen Beiträgen für die klinische Praxis. Darunter befanden sich auch Themen, die heute kaum noch Bedeutung haben, wie z. B. die schwere Lungentuberkulose in der Schwangerschaft. H. H. Schmid sprach über die Straßmannsche Operation, F. Stephan über die Tubargravidität. Auch damals stand bereits die Leitungsanästhesie zur Diskussion. Pannke (Wismar) referierte über das Verfahren der Lumbalanästhesie. Interessant ist auch ein Vortrag von Seidler (Greifswald) über Transfusionen, Infusionen und Injektionen in die Vena jugularis. Die Tagung wurde nachhaltig durch die Persönlichkeit von H. H. Schmid beeinflusst. Meta Sander schildert im Nachruf 1963 folgendes:

„Prof. H. H. Schmid war der erste, der die medizinisch-wissenschaftliche Vortragstätigkeit an der Universität Rostock wieder in Gang brachte. Schon in dem harten Winter 1945/46 versammelte sich der damals noch kleine Kreis von Professoren und Assistenten im Operationsaal der Frauenklinik und später im Untersuchungszimmer, nachdem auch dieser Raum durch Aufstellung eines Ofens heizbar geworden war. Unter den schwierigsten Bedingungen wurde neues Wissen vermittelt, das uns durch die Kriegsjahre lange vorenthalten geblieben war. Diese ersten Sitzungen waren bei der Militäradministration als Fortbildungsgespräche angemeldet. Die Einladungen wurden auf einfache Zettel geschrieben und von Hand zu Hand weitergegeben.“

Bereits 1947 wurde eine erste Tagung der neu gegründeten Gesellschaft für Gynäkologie an der Universität Rostock von H. H. Schmid geleitet. Bei diesen Gelegenheiten entfaltete er seinen ganzen Charme und seine Großzügigkeit als Gastgeber. Am Ende dieser ersten Tagung

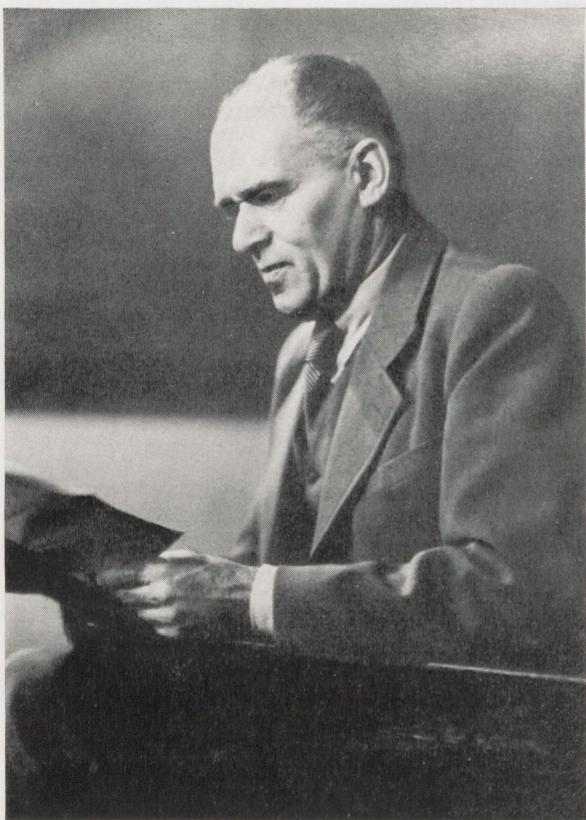


Abb. 1:
Hans Hermann Schmid (1884—1963)
von 1945—1957 Direktor der Universitäts-
Frauenklinik in Rostock

fand ein Heringssessen statt — damals für alle ein äußerst lukullischer Genuß. Dieses Essen war in Warnemünde nach einem kleinen Strandspaziergang im November arrangiert worden. Während wir bei leichtem Regen und vor dem Abendimbiß frierend herumstanden, sprang H. H. Schmid zu unser aller Entsetzen plötzlich

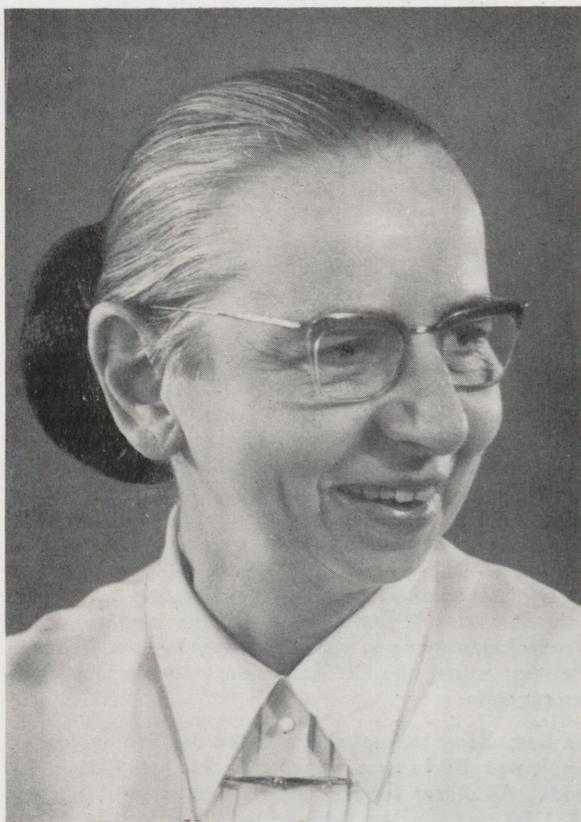


Abb. 2:
Meta Sander
bis 1958 Assistentin und Oberärztin an
der Universitäts-Frauenklinik Rostock.
Von 1958—1971 Chefärztin der Frauen-
klinik des Bezirkskrankenhauses Wismar

im Badeanzug in die Ostsee und schwamm in kräftigen Zügen an der Mole entlang.“

Bis in sein hohes Alter hat H. H. Schmid sommers wie winters in der Ostsee gebadet und immer eine sportliche Haltung bewiesen.

Bereits 1948 vereinigten sich die Gesellschaften an den Universitäten Rostock und Greifswald zu einer gemeinsamen Gesellschaft und einigten sich darauf, in Zukunft gemeinsame Tagungen abzuhalten. Die zweite Tagung der Mecklenburger Gynäkologen fand am 10. und 12. Juli 1948 wiederum in Rostock statt. Als 1. Vorsitzender fungierte weiterhin H. H. Schmid, 2. Vorsitzender wurde Mestwerdt (Greifswald). Auf dieser Tagung wurden Walter Stoeckel (Berlin) und Robert Schröder (Leipzig) zu Ehrenmitgliedern der Gesellschaft ernannt. Robert Schröder hielt dann auch ein Hauptreferat über klimakterische und postklimakterische Blutungen.

Die nächste Tagung fand dann am 24. und 25. Mai 1949 unter Vorsitz von G. Mestwerdt in Greifswald statt. Dieser hatte auch den 1. Vorsitz der Gesellschaft übernommen, H. H. Schmid war 2. Vorsitzender und H. Kramer (Greifswald) Schriftführer. Auf dieser Tagung wurde das Hauptreferat von G. Döderlein (Jena) gehalten. Sein Thema war: „Häusliche und klinische Geburtshilfe in heutiger Zeit“. Die weiteren Tagungen fanden in jährlichem Abstand abwechselnd in Greifswald und in Rostock statt. Bedingt durch die Tatsache, daß es damals noch nicht so viele wissenschaftliche Veranstaltungen wie heute gab, nahmen an den Regionaltagungen immer eine große Zahl Gynäkologen aus den anderen Gegenden der DDR teil. Meistens waren alle Ordinarien der anderen Universitäten zugegen.

Ein besonderer Höhepunkt im Leben der Regionalgesellschaft war die Tagung vom 21. bis 23. Juni 1956 in Rostock. An dieser Tagung nahmen zahlreiche Gäste aus der DDR und aus dem Ausland teil. Der Vorsitzende war zu dieser Zeit wieder H. H. Schmid, Schriftführer war Meta Sander. Der erste Teil der Tagung erfolgte gemeinsam mit der Medizinischen Gesellschaft Rostock. Ein Höhepunkt der Tagung war am 3. Tag das Eklampsie-Symposium unter Leitung von H. Runge (Heidelberg). Nach einem Referat von H. Kyank (damals Leipzig) über „Krankheitsbild und Therapie der Präeklampsie und Eklampsie“ sprachen Sjövall (Lund), Schröder (Leipzig), Kraatz (Berlin) und andere über ihre Erfahrungen mit dieser schweren Komplikation von Schwangerschaft und Geburt. Als praktisch wichtiges Hauptergebnis wurde das Abrücken von der Schnellentbindung durch Kaiserschnitt postuliert: Durch die in der modernen Narkose erprobten Mittel zur Blutdrucksenkung und zur allgemeinen Dämpfung gelingt es auch, bei den Gestosen ohne große

gefährliche Operationen den Krankheitszustand zum Besseren zu wenden. Eine Besonderheit dieser Tagung war ein Abschnitt über Operationen. So wurde von H. H. Schmid die künstliche Bildung einer Scheide aus der Flexur vorgeführt. E. C. Lork operierte eine vaginale Radikaloperation nach Schauta vor. Anschließend wurde ein Filmprogramm über verschiedene Operationen gezeigt.

Auch die Tagung am 17. und 18. Juni 1960 in Rostock zeichnete sich durch ein besonders hohes Niveau aus. Als Vorsitzende fungierte gleichberechtigt H. Kyank und H. H. Schmid (Rostock) sowie E. Kraußold (Greifswald). Hauptthemen waren „Erkrankungen während der Schwangerschaft“ und „Probleme der mütterlichen Mortalität“. Wiederum waren zahlreiche Gäste aus dem In- und Ausland nach Rostock gekommen, so Arvay (Debrecen), Dietel und Wendl (Hamburg), Friedberg (Mainz), Froewis (Wien), Hosemann (Göttingen), Käser (St. Gallen), Klaus, Koutsky, Kubes (Prag), Pokorny (Brno) und Snoeck (Büffel). Das damals durchgeführte Rundtischgespräch über Probleme der mütterlichen Mortalität hat ganz sicher wichtige Auswirkungen auf die Senkung der peripartalen Mortalität in unserem Land gehabt.

1961 erfolgten Überlegungen, wie man das wissenschaftliche Leben weiter konzentrieren könne. Deshalb kam es zu einer Vereinbarung mit der wissenschaftlichen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie in Berlin und den Gesellschaften in Greifswald und Rostock über die Abhaltung gemeinsamer Tagungen. Über mehrere Jahre hinweg wurden daher die Tagungen (1 bis 2 Tage) sowie die Freitagsabendsitzungen an der traditionsreichen Frauenklinik in Berlin in der Tucholskystraße gemeinsam gestaltet.

Ein neuer Abschnitt im Leben der Regionalgesellschaft erfolgte Anfang der 70er Jahre, als der Name der Gesellschaft verändert wurde. Von nun an war die Gesellschaft nicht mehr direkt an die Universitäten gebunden, sondern bekam jetzt den Namen „Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe der Bezirke Rostock, Schwerin, Neubrandenburg“. Die wissenschaftlichen Veranstaltungen der Gesellschaft erfolgten nun nicht nur in Greifswald, Rostock bzw. in Berlin, sondern auch an anderen Orten der 3 Nordbezirke. So erfolgten z. B. die Tagungen in Schwerin, Neubrandenburg, Stralsund und Wismar. Die Abbildungen 3 und 4, zeigen Titelblätter der Programme der jeweiligen Tagungen.

Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe
der Bezirke Rostock, Schwerin und Neubrandenburg
(Vorsitzender: OMR Prof. Dr. sc. med. H. Wilken)



Einladung und Programm zur Herbsttagung

am 11. Oktober 1985
in Wismar

Abb. 3:
Titelblatt der Tagung am 11. Oktober
1985 in Wismar

Rückblickend kann man feststellen, daß die 1947 gegründete Gesellschaft für die Entwicklung des Fachgebietes Gynäkologie und Geburtshilfe im Norden der DDR und darüber hinaus große Bedeutung hat. Sie hat ihre Aufgaben in der Gestaltung des wissenschaftlichen Lebens mit der Mitteilung neuester wissenschaftlicher Erkenntnisse sowie als Institution für die Fortbildung der Gynäkologen erfüllt. Die Tagungen sind auch für junge Nach-

TAGUNG
der
medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaften
für
Geburtshilfe und Gynäkologie
an den
Universitäten Rostock und Greifswald



in Rostock
am 17. und 18. Juni 1960

Abb. 4:
Titelblatt des Programms der Tagung
am 17. und 18. Juni 1960 in Rostock

wuchswissenschaftler eine gute Gelegenheit, ihre ersten wissenschaftlichen Vorträge zu halten und sich der Diskussion zu stellen. Viele aktive Kollegen haben die über 40 Tagungen gestaltet sowohl inhaltlich als auch organisatorisch. Möge die Gesellschaft sich auch weiterhin gut entwickeln und zum Fortschritt unseres Fachgebietes beitragen.

Literatur

- [1] Bericht über die Tagung der Gynäkologen der Sowjetischen Besatzungszone Deutschlands vom 15.–18. Oktober in Berlin. Zent. bl. Gynäkol. **69** (1947) 1253
- [2] Bericht über die erste wissenschaftliche Tagung der Gesellschaft für Gynäkologie bei der Universität Rostock 29. 11. 1947. Zent. bl. Gynäkol. **70** (1948) 101
- [3] Bericht über die Zweite Tagung der Mecklenburger Gynäkologen 10.–12. 7. 1948 in Rostock. Zent. bl. Gynäkol. **70** (1948) 908
- [4] Bericht über die Tagung der medizinisch-wissenschaftlichen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie an den Universitäten Greifswald und Rostock 24.–25. 5. 1949 in Greifswald. Zent. bl. Gynäkol. **71** (1949) 1061
- [5] Bericht über die Tagung vom 21.–23. 6. 1956 in Rostock. Zent. bl. Gynäkol. (1957) 358
- [6] Bericht über die Tagung am 17. und 18. 6. 1960 in Rostock. Zent. bl. Gynäkol. **83** (1961) 1253

Die geburtshilflichen Infektionen und ihre historische Entwicklung in den letzten 150 Jahren

Die Zeit nach Semmelweis

Die Geschichte der modernen Asepsis beginnt mit der Person von Ignaz P. Semmelweis (1818 — 1865). Er zeigte 1847 den Übertragungsweg des Kindbettfiebers auf, führte die Prinzipien der Asepsis und Antisepsis in die Geburtshilfe ein und stellte fest, daß Kindbettfieber und Wundfieber („Hospitalbrand“) identisch waren. Durch die von ihm eingeführten antiseptischen Maßnahmen wurde die Mortalität in seinem geburtshilflichen Spital von 11,4 Prozent im Jahre 1846 auf 1,27 Prozent im Jahre 1848 gesenkt. Es vergingen jedoch fast 3 Jahrzehnte bis zur allgemeinen Einführung der Antisepsis, wozu das Erscheinen des Buches von Semmelweis 1861 wesentlich beigetragen hat. In den 80er und 90er Jahren des vorigen Jahrhunderts war die mütterliche Mortalität durch Puerperalinfektionen dank der Desinfektionsmaßnahmen stark zurückgegangen. Als Zielstellung wurde von dem früheren Direktor der Rostocker Klinik, v. Winckel, in seinem 1888 erschienenen Lehrbuch gefordert, die puerperale Infektionsmortalität in Kliniken und Privathäusern auf 0,25 Prozent zu beschränken und die puerperale Morbidität (Temperaturen über 38 °C) auf 21 bis 29 Prozent zu vermindern. Auf Kongressen und Tagungen standen die Infektionen im Mittelpunkt, so auf der 4. Vollversammlung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie 1891 in Bonn, auf deren 6. Versammlung 1895 in Wien und auf der 8. Versammlung 1899 in Berlin. Die Ätiologie der Puerperalinfektionen war inzwischen weitgehend geklärt worden. 1872 hatten Coze, Feltz und Davine den Nachweis der bakteriellen Entstehung der Septikämie geführt, und 1879 wies Robert Koch die Erreger der Wundinfektionen nach. 1895 hielt der o. g. v. Winckel in Wien das Hauptreferat über die Ätiologie der Endometritis und nennt neben den spezifischen Formen (E. gonorrhoeica, tuberculosa und syphilitica) 3 Typen der puerperalen Endometritis: E. septica, E. putrida und E. diphtherica. Bei der ersteren handelte es sich überwiegend um Streptokok-

keninfektionen und zu einem geringen Teil um Infektionen mit Staphylokokken und Coli. Die E. putrida solle durch eine Mischinfektion von Kokken und Bazillen (Proteus vulgaris u. a) verursacht werden und zum Teil stinkende Fäulnis verursachen. Bumm wies 1899 darauf hin, daß die Virulenz der Streptokokken entscheidend für den Krankheitsverlauf sei.

Nach Semmelweis entstand die Selbstinfektionslehre im erweiterten Sinn. Sie besagte, daß Scheidenkeime zur Aszension führen können, wobei lange Geburtsdauer und häufiges Untersuchen die Aszension fördern. Dohn warnte 1891 vor einem Anstieg der operativen Entbindungen. Eifriger Verfechter der Selbstinfektionslehre war der Direktor der Marburger Universitäts-Frauenklinik F. Ahlfeld. Er vertrat die Meinung, daß die Puerperalinfektion ohne Mitbeteiligung von Arzt und Hebamme zustande käme und daß es deshalb keine wirksamen Verhütungsmaßnahmen gäbe. Dieser Auffassung wurde von anderen Geburtshelfern widersprochen. Bumm postulierte: „Die Gefahr kommt von außen!“ Asepsis und Antisepsis seien die entscheidenden Faktoren zur Bekämpfung des Kindbettfiebers. Heute steht fest, daß beide Infektionsarten auftreten können: Die Außeninfektion mit Hospitalkeimen und die Selbstinfektion durch Keime des Urogenitaltraktes.

Während Händedesinfektion, die Benutzung des neu eingeführten Gummihandschuhs und die Desinfektion des äußeren Genitale von allen geburtshilflichen Schulen empfohlen wurden, entstand um die Jahrhundertwende eine ausgedehnte Diskussion über das Für und Wider der „inneren Desinfektion“ der Kreißenden. Darunter wurde die prophylaktische Scheidenspülung mit Desinfektionslösungen verstanden.

Im Mittelpunkt der Bemühungen stand die Prophylaxe der Puerperalinfektionen. Die therapeutischen Möglichkeiten bei bereits bestehender Infektion waren dagegen sehr

gering. Ahlfeld, Fehling u. a. bevorzugten um die Jahrhundertwende die „abwartende Methode“, die aus Scheiden- und Uterusspülungen sowie Eisbeutelauflage bestand. Sie hatten damit bessere Ergebnisse als der der „aggressiven Methode“, der Kürettage zur Entfernung der Plazenta-, Eihaut- und Deziduareste. Vereinzelt wurde auch schon die Exstirpation des infizierten Uterus beschrieben. Für Uterus- und Scheidenspülungen wurden die verschiedensten Lösungen angewendet: Karbol, Soda-lösung, Sublimat, essigsäure Tonerde, Lysol, Chinosol, Alkohol, Formalin. Intoxikationen z. T. mit tödlichem Ausgang waren dabei jedoch nicht selten. 1905 wies Crede darauf hin, daß zu jener Zeit im Deutschen Reich immer noch 6 000 bis 7 000 Frauen pro Jahr an Puerperal-sepsis starben. Verschiedene Autoren berichteten über die günstigen Wirkungen der „Vaporisation“ bei Endometritis puerperalis. Es handelte sich um das Einleiten von Dampf in das Uteruskavum, zunächst 100 °C für 2 Minuten, dann 115 °C für $\frac{1}{4}$ bis 1 Minute. Einige Tage nach der Vaporisation wurde eine Uterusspülung vorgenommen.

Der Beginn der Chemotherapie

Eine der wichtigsten Leistungen der Medizin unseres Jahrhunderts ist zweifellos die Chemotherapie. Während die Arzneimittel der Vergangenheit weitgehend symptomatisch angewandt wurden, konnten nun Mittel mit bekannter und spezifischer Wirkung eingesetzt werden. Das neue Gebiet der Chemotherapie entstand vor allem durch das Wirken von Paul Ehrlich (1854 — 1915), der zusammen mit seinem japanischen Assistenten Hata 1910 mit dem Salvarsan ein wirksames Mittel gegen die Syphilis fand. Es vergingen jedoch weitere 25 Jahre, bis mit der Einführung der Sulfonamide durch Gerhart Domagk weitere wirksame Mittel zur Verfügung standen. So gab es auch in den ersten drei Jahrzehnten dieses Jahrhunderts keine wesentliche Verbesserung in der Diagnostik und Therapie der Puerperalinfektionen. Es erfolgten einige Versuche mit Sublimat-Salvarsan sowie mit Trypflavin, Argoflavin und Rivanol intravenös, die jedoch nicht überzeugend waren. Weiterhin wurde verschiedentlich über die Alkoholtherapie berichtet, wobei erhebliche Mengen peroral und intravenös bis zur Volltrunkenheit verabfolgt wurden.

Morbidität und Mortalität im Wochenbett blieben in den ersten Jahrzehnten unseres Jahrhunderts immer noch relativ hoch. Eine Statistik von 1925 aus der Tübinger Kli-

nik zeigt, daß z. B. die Sterblichkeit nach Kaiserschnitt bei ca. 5 Prozent lag.

1930 veröffentlichte Stoeckel eine Arbeit über die „Die puerperale Pyämie und ihre Behandlung“. Er definierte die Begriffe „Pyämie“ und „Sepsis“ und setzte sich kritisch mit der Methode der Venenunterbindung auseinander. Er schrieb noch 1930: „Wir haben die Prophylaxe des Puerperalfiebers erfaßt, sind aber heute fast ebenso weit davon entfernt, es heilen zu können, als zur Zeit von Semmelweis. Wenn es nicht von selbst heilt, dann geht die Erkrankte zugrunde, das ist das heute zu ziehende Fazit. Und deshalb lehre ich meinen Studenten: Beim Puerperalfieber bedeutet die Prophylaxe alles, die Therapie nichts.“

1937 erschienen dann die ersten Berichte über die Anwendung der Sulfonamide bei Puerperalinfektion. Wallischek berichtete über die Anwendung von Prontosil bei 100 Fällen mit septischen Erscheinungen und teilte gute Erfolge mit, wenn die Behandlung spätestens 48 Stunden nach dem ersten Fieberanstieg begann.

Die Antibiotika-Ära

Zu Beginn der vierziger Jahre wurden die Sulfonamide in verschiedenen Ländern teilweise von Penizillin oder ähnlichen Mitteln, die allgemein als Antibiotika bezeichnet werden, verdrängt. Die neue Beschäftigung mit dem Penizillin ging auf eine zufällige Beobachtung von Sir Alexander Fleming im Jahre 1929 zurück. Die praktische Entwicklung des Mittels wurde Florey und Chain 1939 in England durchgeführt. In Deutschland erfolgte die Anwendung infolge der Isolierung durch Faschismus und Krieg erst nach 1945. Auf der 26. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie 1941 in Wien war noch die Chemotherapie mit Sulfonamiden ein Hauptthema, wobei Domagk selbst das Hauptreferat hielt.

Auf der 27. Tagung der Deutschen Gesellschaft für Gynäkologie 1949 in Karlsruhe wurden dann die ersten Erfolge der Penizillin-Therapie mitgeteilt. Auch aus weiteren Arbeiten geht hervor, daß mit dem Penizillin und anderen Antibiotika, zum Teil in Kombination mit Sulfonamiden, eine echte Senkung der Morbidität und Mortalität bei Puerperalinfektionen zu erzielen sei. Statistiken aus verschiedenen Kliniken zeigten, daß nun der Schrecken der tödlichen Puerperalsepsis gebannt zu sein scheint.

Im Gefolge der Antibiotika kam es jedoch schon bald zum Auftreten eines Phänomens, das als moderner Hospitalismus bezeichnet wurde. Hospitalinfektionen (nosokomiale

Infektionen) hat es auch früher gegeben, wobei die von Semmelweis beobachteten Infektionen durch Streptokokken dazu gehören. Der moderne Hospitalismus ist jedoch vor allem durch den Erregerwandel gekennzeichnet. In den fünfziger und sechziger Jahren wurden immer mehr nasokomiale Infektionen durch penizillinresistente Staphylokokken verursacht, während die Streptokokken an Bedeutung verloren. Diese resistenten Staphylokokkenstämme sind als Hauskeime in den Kliniken verbreitet. Sie werden auf die Patienten und von diesen zurück auf die Pflegepersonen übertragen. 15 Jahre später ist die Situation wieder verändert. Gramnegative Keime wie Coli, Proteus, Pseudomonas und Klebsiellen stellen einen immer größeren Anteil der nachgewiesenen Keime bei Infektionen. Desweiteren zeigt sich ein Anstieg von Enterokokken-Infektionen. Die gramnegativen Keime zeichnen sich dadurch aus, daß sie gegen Penizillin und einige andere Antibiotika resistent sind.

Diese Veränderung in der Keimsituation der Krankenhäuser spiegelt sich auch in der klinischen Geburtshilfe wider. Im Gefolge der Zunahme penizillinresistenter Staphylokokken kam es Ende der fünfziger Jahre in fast allen geburtshilflichen Kliniken zu einem starken Anstieg der Mastitis-Häufigkeit. Neben einer kritiklosen Antibiotikalanwendung hatte wahrscheinlich auch die Vernachlässigung der Krankenhaushygiene zu dieser Häufung der Mastitis geführt.

Mit der Zunahme der Infektionen durch gramnegative Erreger rückte in der Geburtshilfe Anfang der sechziger Jahre ein anderes Krankheitsbild in den Mittelpunkt des Interesses: Der septische Schock. Es handelt sich um ein Schockgeschehen mit Blutdruckabfall, das ohne stärkere Blutung im Verlauf eines infektiösen Prozesses auftritt. Bei einem Teil der Fälle kommt es auch zu schweren Gerinnungsstörungen. Nach der ersten Beschreibung des Krankheitsbildes durch Studdiford und Douglas 1956 und weiteren Mitteilungen im Schrifttum berichteten Wilken und Mitarbeiter 1965 über ihre Beobachtungen bei diesem Krankheitsbild. Es trat vorwiegend im Zusammenhang mit illegalen Aborten auf, seltener bei Infektionen in der 2. Schwangerschaftshälfte. Die Mortalität des septischen Schocks war sehr hoch. Inzwischen hat diese Problematik wesentlich an Bedeutung verloren. Infolge der Liberalisierung des Abortes in den meisten Ländern und durch die konsequente Schockprophylaxe bei infektiösen Prozessen ist der bakterielle Schock in der Geburtshilfe zu einem sehr seltenen Krankheitsbild geworden.

In der DDR sind von 1958 bis 1965 noch 119 Frauen an puerperalen Infektionen gestorben. Heute ist diese Todesursache erheblich seltener geworden, wenn auch nicht ganz verschwunden. Ein hoher Anteil der Infektionstodesfälle tritt nach abdominaler Schnittentbindung auf. Ein weiteres Krankheitsbild, das auch heute große Aktualität besitzt, ist das Amnioninfektionssyndrom. Beim Amnioninfektionssyndrom oder der Chorioamnionitis handelt es sich um eine ascendierende Infektion, die in zeitlicher Abhängigkeit vom vorzeitigen Blasensprung auftritt. Über die Frage, ob beim vorzeitigen Blasensprung das aktive oder expektative Management günstiger ist, besteht bis heute keine Einigkeit.

Welche Entwicklung hat sich nun in der Antibiotikaära vollzogen? Die Beta-hämolisierenden Streptokokken der Gruppe A verloren in den vierziger Jahren ihre Bedeutung als Erreger von Wochenbettinfektionen. An ihre Stelle trat der Staphykokkus aureus, der ca. 2 Jahrzehnte lang bei verschiedenen Infektionen eine dominierende Rolle spielte, aber auch heute noch ein gefährlicher Hospitalkeim ist. Seit etwa 1960 nahmen gramnegative Erreger, insbesondere E. coli, ständig zu. Etwa zur gleichen Zeit und zunehmend seit 1970 lassen sich bei mütterlichen und Neugeboreneninfektionen gehäuft B-Streptokokken isolieren, die früher beim Menschen selten nachgewiesen wurden.

Schließlich stellt man seit Anfang der siebziger Jahre fest, daß anaerobe Erreger wie Bacteroides und anaerobe Kokken bei geburtshilflichen und chirurgischen Infektionen eine große Bedeutung besitzen. Das war in Vergessenheit geraten, nachdem bereits Bumm 1899 und Bondy 1911 darauf hingewiesen hatten. Zu ihrer effektiven Behandlung sind spezielle Chemotherapeutika (Metronidazol) und Antibiotika (Clindamycin u. a.) erforderlich. Seit Beginn der Antibiotikaära sind zahlreiche neue Antibiotikagruppen entwickelt und klinisch getestet worden. Dazu gehören u. a. die Breitspektrumpenizilline, die Cephalosporine der 1. bis 3. Generation, die Aminoglykoside und weitere Gruppen.

Dadurch ist es heute möglich, die Gefahr der tödlichen Puerperalsepsis auf ein Minimum zu reduzieren. Die Problematik der Infektionsmorbidity in der Peripartal- und Perinatalperiode besteht jedoch nach wie vor.

Literatur

Wilken, H., Kyank, H. R., Sudik, R.: Peripartale und puerperale Infektionen im Spiegel des Zentralblattes für Gynäkologie von 1878 - 1978.

Zent. bl. Gynäkol. 101 (1979) 369

Autorenverzeichnis

Dipl. Med. Hans Werner Kollhoff

Frauenklinik des Bezirkskrankenhauses

Neuruppin, DDR-1950

MR Prof. Dr. sc. med. Reinhold Schwarz

Wilhelm-Pieck-Universität Rostock

Bereich Medizin, Klinik für Gynäkologie
und Geburtshilfe

Doberaner Straße 142, Rostock, DDR-2500

Prof. Dr. sc. med. Wolfgang Straube

Ernst-Moritz-Arndt-Universität Greifswald

Bereich Medizin, Klinik und Poliklinik für
Gynäkologie und Geburtshilfe

Wollweberstraße 1, Greifswald, DDR-2200

Dr. med. Sigrid Wendschuh

Landambulatorium

Lützen, Kr. Weißenfels, DDR-4854

OMR Prof. Dr. sc. Hans Wilken

Wilhelm-Pieck-Universität Rostock

Bereich Medizin, Klinik für Gynäkologie
und Geburtshilfe

Doberaner Straße 142, Rostock, DDR-2500

Bildnachweis

Titelbild — Peter Franke

10 Bilder — G. Dahm

2 Bilder — Stadtarchiv Schwerin

8 Bilder — Archiv der WPU Rostock

16 Bilder — aus privater Hand

Veröffentlichungen zur Universitätsgeschichte

Geschichte der Universität Rostock 1419—1969
Festschrift zur 550-Jahrfeier der Universität Rostock

Band I: Die Universität 1419—1945

Band II: Die Universität 1945—1969

Autorenkollektiv unter Leitung von Gerhard Heitz,
Berlin 1969

Leinen, 48,00 Mark

In der Reihe

„Beiträge zur Geschichte der Wilhelm-Pieck-Universität“ ISSN 0232-539 X

erschienen bisher (Heft 1—5 vergriffen):

- Heft 1 25 Jahre Historisches Institut/Sektion Geschichte Wilhelm-Pieck-Universität Rostock
1956—1981
- Heft 2 Beiträge zur Geschichte der Wilhelm-Pieck-Universität Rostock 1982
- Heft 3 Beiträge zur Geschichte der Wilhelm-Pieck-Universität Rostock 1983
- Heft 4 Beiträge zur Geschichte der Wilhelm-Pieck-Universität Rostock 1983
- Heft 5 125 Jahre Germanistik an der Universität Rostock 1858—1983, Rostock 1983
- Heft 6 Beiträge zur Geschichte der Wilhelm-Pieck-Universität Rostock 1984
- Heft 7 25 Jahre landtechnische Ausbildung an der Universität Rostock, Rostock 1985
- Heft 8 40 Jahre neue Lehrerbildung an der Universität Rostock, Rostock 1986

Bezugsmöglichkeiten

Die Hefte der Schriftenreihe sind im Rahmen des Schriftentausches über die Wilhelm-Pieck-Universität Rostock, Universitätsbibliothek, Tauschstelle, Universitätsplatz 5, Rostock, DDR-2500, zu beziehen.

Es bestehen Bezugsmöglichkeiten für

- Bestellungen aus der DDR über die Wilhelm-Pieck-Universität Rostock, Abteilung Wissenschaftspublizistik, Vogelsang 13/14, Rostock, DDR-2500
- Bestellungen aus dem Ausland über die Firma Buchexport, Volkseigener Außenhandelsbetrieb der DDR, Leninstraße 16, Leipzig, DDR-7010

Herausgeber: Der Rektor der Wilhelm-Pieck-Universität Rostock

Redaktionskollegium: Lothar Elsner (Leiter), Martin Guntau, Gerhard Heitz, Ulrich Seemann

Redaktionsschluß: 30. 8. 1986

Zitat-Kurztitel: Beitr. Gesch. Wilhelm-Pieck-Universität Rostock (1987) 9

Wilhelm-Pieck-Universität Rostock

Abt. Wissenschaftspublizistik

Volgelsang 13/14, Rostock, DDR-2500

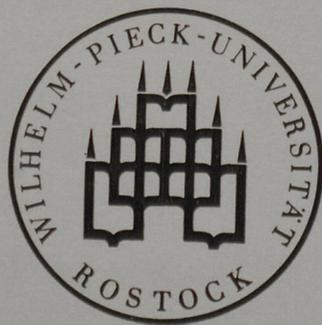
Telefon 36 95 77

Typografische Gestaltung: Heinrich Hoffmann

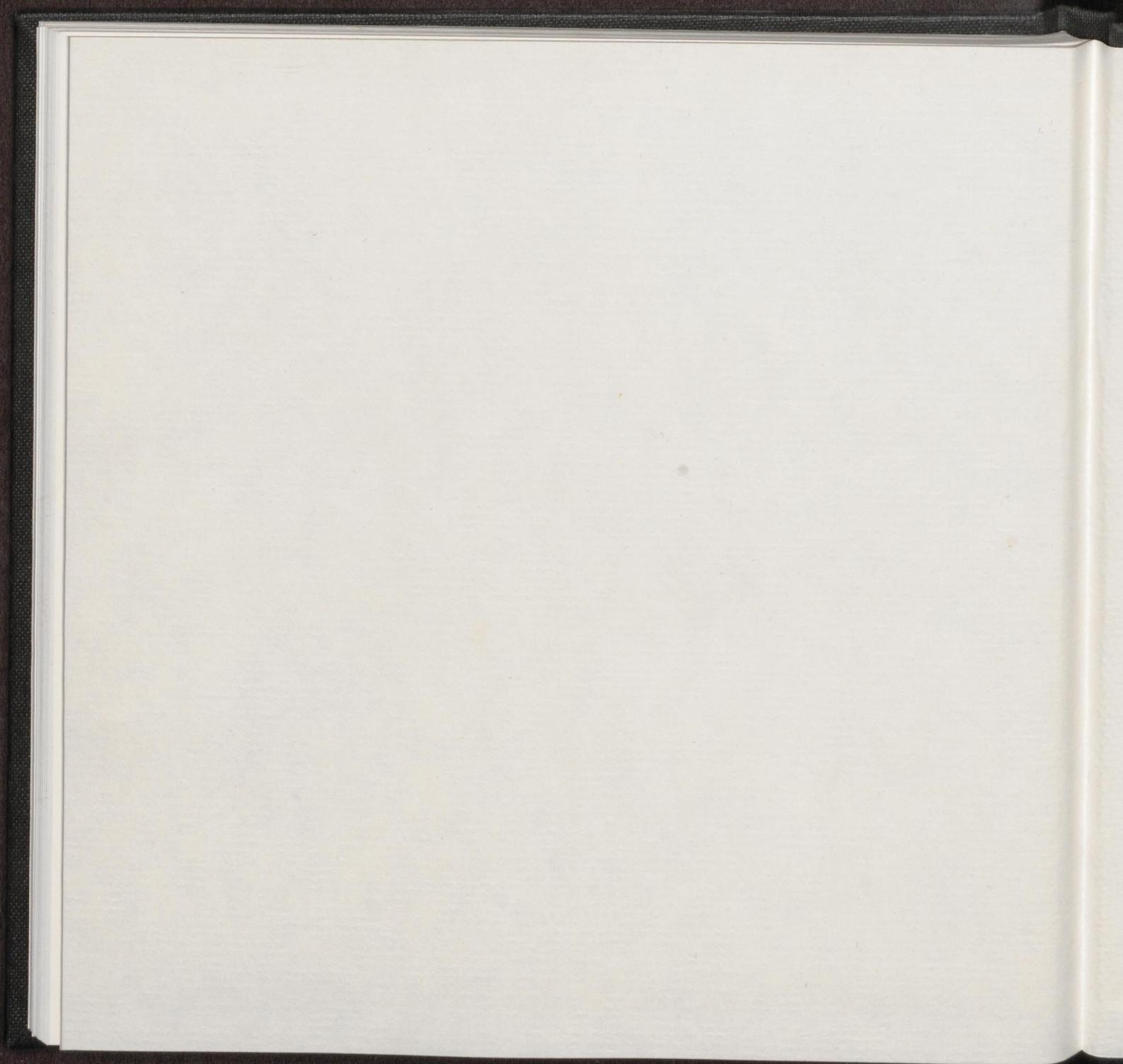
Druckgenehmigungs-Nr. C 58/87

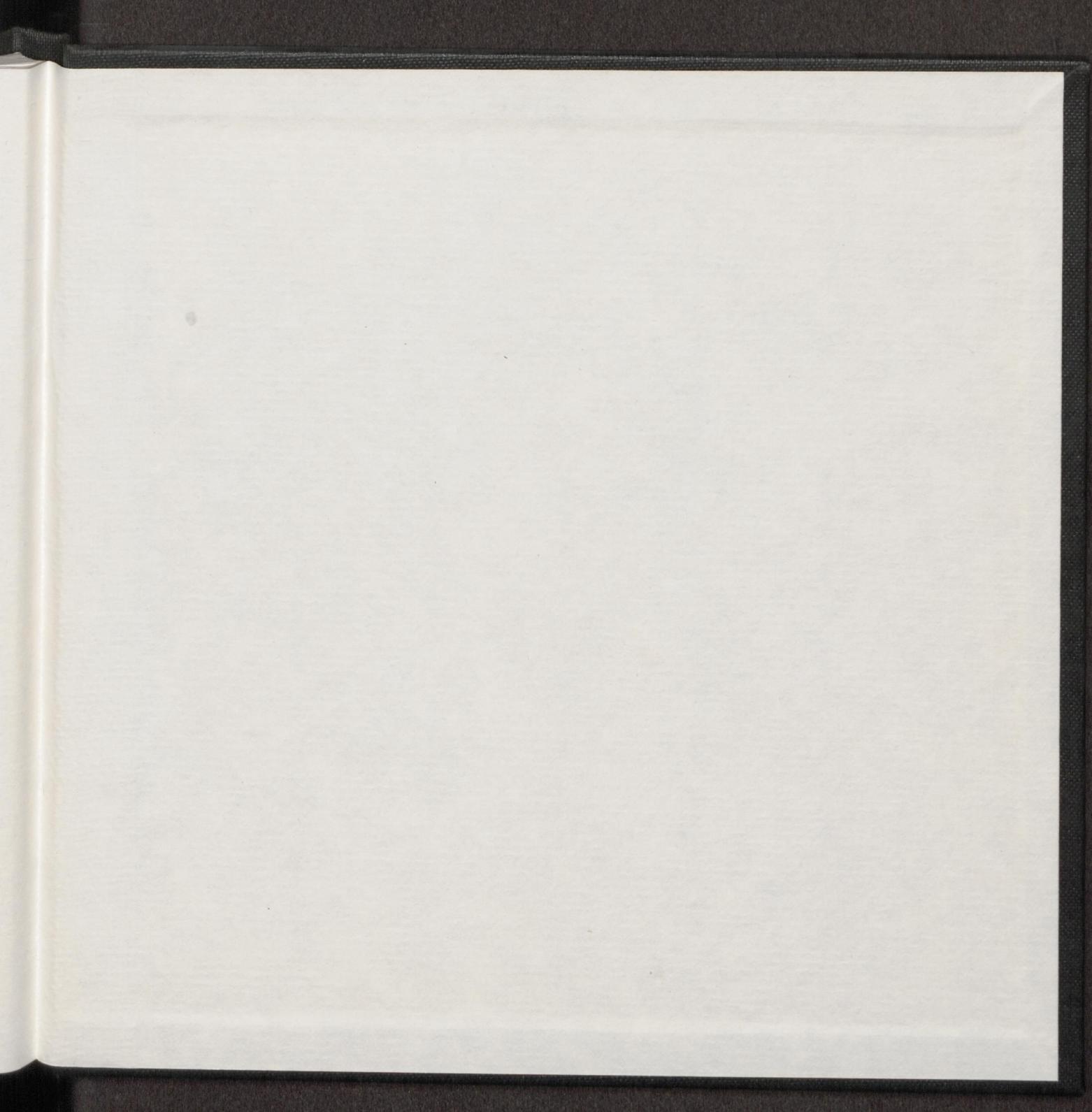
Satz und Druck: Ostsee-Druck Rostock, Betriebsteil Wismar II 20 8 - 1300

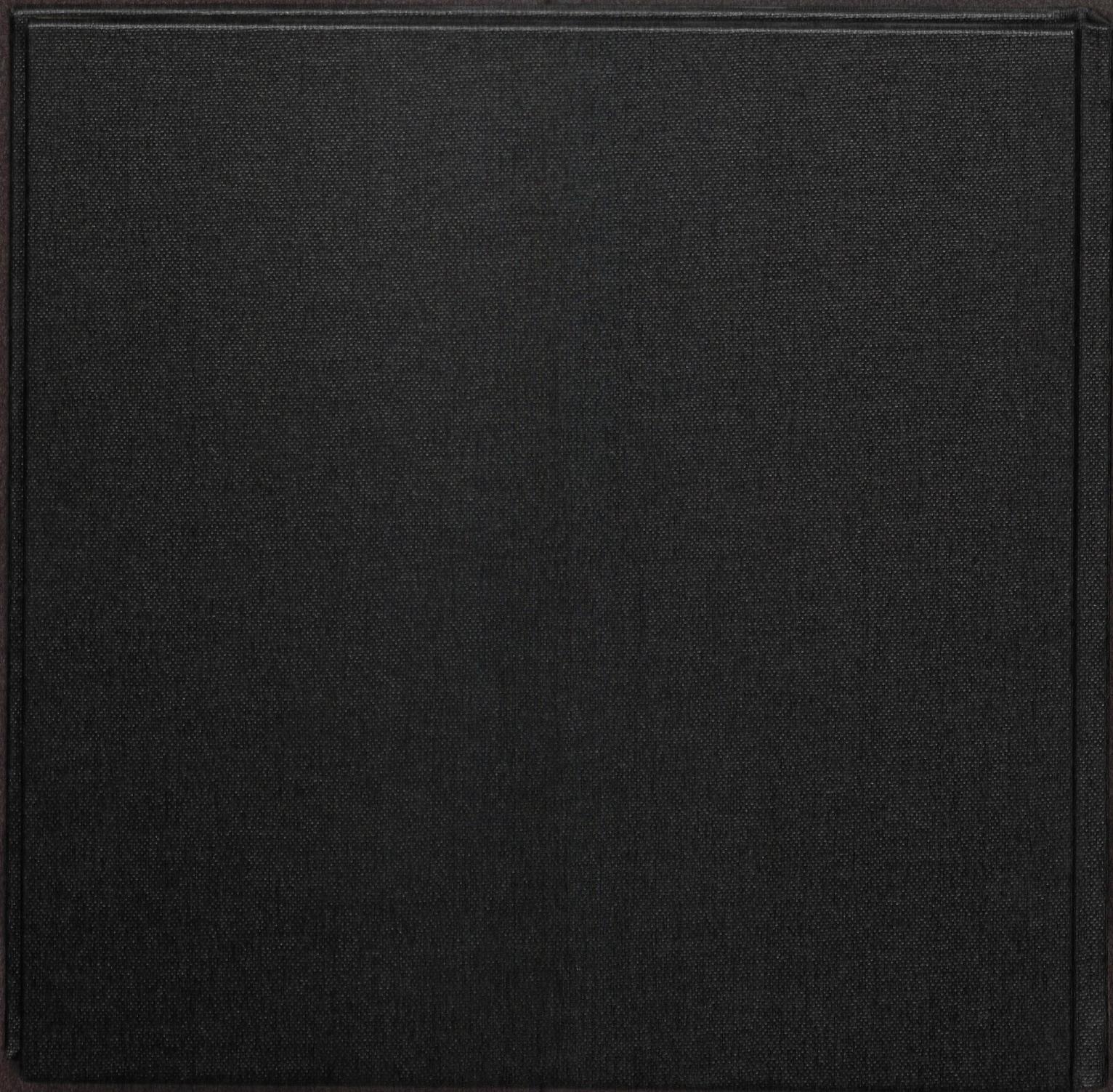
12 März 1988











Infektionen) hat es auch früher gegeben, wobei die von Semmelweis beobachteten Infektionen durch Streptokokken dazu gehören. Der moderne Hospitalismus ist jedoch vor allem durch den Erregerwandel gekennzeichnet. In den fünfziger und sechziger Jahren wurden immer mehr nasokomiale Infektionen durch penicillinresistente Staphylokokken verursacht, während die Streptokokken an Bedeutung verloren. Diese resistenten Staphylokokkenstämme sind als Hauskeime in den Kliniken verbreitet. Sie werden auf die Patienten und von diesen zurück auf die Pflegepersonen übertragen. 15 Jahre später ist die Situation wieder verändert. Gramnegative Keime wie Coli, Proteus, Pseudomonas und Klebsiellen stellen einen immer größeren Anteil der nachgewiesenen Keime bei Infektionen. Desweiteren zeigt sich ein Anstieg von Enterokokken-Infektionen. Die gramnegativen Keime zeichnen sich dadurch aus, daß sie gegen Penicillin und einige andere Antibiotika resistent sind.

Diese Veränderung in der Keimsituation der Krankenhäuser spiegelt sich auch in der klinischen Geburtshilfe wider. Im Gefolge der Zunahme penicillinresistenter Staphylokokken kam es Ende der fünfziger Jahre in fast allen geburtshilflichen Kliniken zu einem starken Anstieg der Mastitis-Häufigkeit. Neben einer kritiklosen Antibiotikalanwendung hatte wahrscheinlich auch die Vernachlässigung der Krankenhaushygiene zu dieser Häufung der Mastitis geführt.

Mit der Zunahme der Infektionen durch gramnegative Erreger rückte in der Geburtshilfe Anfang der sechziger Jahre ein anderes Krankheitsbild in den Mittelpunkt des Interesses: Der septische Schock. Es handelt sich um ein Schockgeschehen mit Blutdruckabfall, das ohne stärkere Blutung im Verlauf eines infektiösen Prozesses auftritt. Bei einem Teil der Fälle kommt es auch zu schweren Gerinnungsstörungen. Nach der ersten Beschreibung des Krankheitsbildes durch Studdiford und Douglas 1956 und weiteren Mitteilungen im Schrifttum berichteten Wilken und Mitarbeiter 1965 über ihre Beobachtungen bei diesem Krankheitsbild. Es trat vorwiegend im Zusammenhang mit illegalen Aborten auf, seltener bei Infektionen in der 2. Schwangerschaftshälfte. Die Mortalität des septischen Schocks war sehr hoch. Inzwischen hat diese Problematik wesentlich an Bedeutung verloren. Infolge der Liberalisierung des Abortes in den meisten Ländern und durch die konsequente Schockprophylaxe bei infektiösen Prozessen ist der bakterielle Schock in der Geburtshilfe zu einem sehr seltenen Krankheitsbild geworden.

In der DDR sind von 1958 bis 1965 noch 11 puerperalen Infektionen gestorben. Heute desursache erheblich seltener geworden, wenn ganz verschwunden. Ein hoher Anteil der Infälle tritt nach abdominaler Schnittentbindung weiteres Krankheitsbild, das auch heute grätät besitzt, ist das Amnioninfektionssyndrom, nioninfektionssyndrom oder der Chorioamnionitis, es sich um eine ascendierende Infektion, die Abhängigkeit vom vorzeitigen Blasensprung. Über die Frage, ob beim vorzeitigen Blasensprung aktive oder exspektative Management günstiger steht bis heute keine Einigkeit.

Welche Entwicklung hat sich nun in der Abt. vollzogen? Die Beta-hämolisierenden Streptokokken Gruppe A verloren in den vierziger Jahren fast als Erreger von Wochenbettinfektionen. An Stelle trat der Staphykokkus aureus, der ca. 50% lang bei verschiedenen Infektionen eine dominante Rolle spielte, aber auch heute noch ein wichtiger Hospitalkeim ist. Seit etwa 1960 nahmen die Infektionen durch E. coli, ständig zu. In den letzten Jahren Zeit und zunehmend seit 1970 lassen sich Streptokokken isolieren, die früher beim Menstruationsblut nachgewiesen wurden.

Schließlich stellt man seit Anfang der siebziger Jahre fest, daß anaerobe Erreger wie Bacteroides und Clostridien Kokken bei geburtshilflichen und chirurgischen Infektionen eine große Bedeutung besitzen. Das wurde von Bondy 1911 darauf hingewiesen hatten. Zur Behandlung sind spezielle Chemotherapeutika (Metronidazol) und Antibiotika (Clindamycin u. a.) erforderlich. Seit Beginn der Antibiotikaeära sind zahlreiche Antibiotikagruppen entwickelt und klinisch angewendet. Dazu gehören u. a. die Breitspektrumpeptidoglycan-Cephalosporine der 1. bis 3. Generation, die Aminoglykoside und weitere Gruppen.

Dadurch ist es heute möglich, die Gefahr der puerperalen Sepsis auf ein Minimum zu reduzieren. Die Problematik der Infektionsmorbidity in der postpartalen und Perinatalperiode besteht jedoch nach wie vor.

Literatur

Wilken, H., Kyank, H. R., Sudik, R.: Peripartale und postpartale Infektionen im Spiegel des Zentralblattes für Gynäkologie und Geburtshilfe 1978 - 1978.

Zent. bl. Gynäkol. 101 (1979) 369

