

Universitätsklinik und Poliklinik für Kinder- und Jugendmedizin
an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
Direktor: Prof. Dr. med. habil. D. Körholz



Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
des Krankenhauses St. Elisabeth u. St. Barbara in Halle (Saale)
Chefarzt: PD Dr. med. habil. L. Patzer

**Die besondere Situation konfessioneller Kinderkliniken in der Sowjetischen
Besatzungszone/DDR
(1945-1989)**

Dissertation
zur Erlangung des akademischen Grades
Doktor der Medizin (Dr. med.)

von Barbara Meißner
geboren am 10. Juni 1968 in Dessau

Gutachter: 1. PD Dr. J. Helm
2. Prof. Dr. E. Seidler (Freiburg i. Br.)

Datum der Verteidigung: 18.07.2007

urn:nbn:de:gbv:3-000012469

[<http://nbn-resolving.de/urn/resolver.pl?urn=nbn%3Ade%3Agbv%3A3-000012469>]

Referat und Bibliographie

Die ersten speziellen Krankenhäuser zur Behandlung von erkrankten Kindern gab es in Europa seit 1802 mit dem in Paris gegründeten „Hôpital des enfants malades“. Die seit dem 19. Jahrhundert in Deutschland entstandenen Kinderkrankenhäuser befanden sich in unterschiedlichen Trägerschaften.

Nach dem 2. Weltkrieges mit der Zerstörung vieler Krankenhäuser und der Zerschlagung der traditionellen Strukturen des Gesundheitswesens im Osten gab es einen enormen Bedarf an Kinderkrankenhäusern zur Behandlung von Infektionskrankheiten sowie Fehl- und Mangelernährung. Die Voraussetzung für das Fortbestehen auch kirchlicher Kinderkliniken, die dringend benötigt wurden, war, dass die Eigentumsverhältnisse konfessioneller Einrichtungen aufgrund der Festlegungen der Sowjetischen Militäradministration Deutschlands (SMAD) im Gegensatz zu den übrigen Ländern Osteuropas unter politischem Einfluss der Sowjetunion unverändert bestehen blieben.

Neben den bereits bestehenden Einrichtungen konnten sich in den folgenden Jahren auch neue Kinderabteilungen in konfessionellen Krankenhäusern etablieren, zunächst innerhalb von inneren und chirurgischen Kliniken und später als eigenständige Abteilungen.

In der vorgelegten Arbeit wurden die 10 Kinderkliniken in konfessioneller Trägerschaft in der sowjetischen Besatzungszone und in der DDR unter dem Aspekt von strukturellen und fachlichen Gemeinsamkeiten und Unterschieden zu staatlichen Kinderkliniken unter den besonderen gesellschaftlichen Bedingungen des sozialistischen Staates untersucht.

Trotz Benachteiligungen gegenüber den staatlichen Kinderkliniken war ihre Existenz durch die Unterstützung durch die Kirchen und die Regierung der Bundesrepublik Deutschland nie ernsthaft gefährdet. Eine wichtige Rolle für das Fortbestehen spielten die Anbindung der Kinderkrankenpflegeschulen an die kirchlichen Kinderkliniken sowie die Akzeptanz durch die überwiegend atheistische Bevölkerung.

Inhaltsverzeichnis

		Seite
1	Einleitung	1
2	Zielstellung	3
3	Methodik	4
3.1.	Untersuchungsgegenstand	4
3.2.	Methodik	4
4	Ergebnisse	6
4.1	Evangelisches Kinderhospital Altenburg	7
4.2	Kinderabteilung des Lutherstiftes Frankfurt (Oder)	11
4.3	Kinderklinik des St. Barbara-Krankenhauses Halle (Saale)	16
4.4	Kinderabteilung des Diakonissenkrankenhauses Halle (Saale)	19
4.5	Kinderabteilung des Krankenhauses Martha-Maria Halle (Saale)	20
4.6	Kinderabteilung des St. Vincent-Krankenhauses Heilbad Heiligenstadt	22
4.7	Kinderabteilung des Luise-Henrietten-Stiftes Lehnin	24
4.8	Kinderabteilung des Stiftes Bethlehem Ludwigslust	27
4.9	Kinderklinik Anna Hospital Schwerin	30
4.10	Kinderabteilung des Paul-Gerhard-Stiftes Lutherstadt Wittenberg	33
5	Diskussion	37
5.1	Daseinsberechtigung	37
5.2	Besonderheiten kirchlicher Kliniken	41
6	Zusammenfassung	58
7	Literaturverzeichnis	59
8	Anlagen	68
9	Thesen	80
10	Anhang	
10.1	Lebenslauf	
10.2	Eidesstattliche Erklärung	
10.3	Danksagung	

Abkürzungsverzeichnis

AO	Anordnung
DCV	Deutscher Caritasverband
DW	Diakonisches Werk
Nm.	Randnummer (RKK)
RKK	Rahmenordnung für die katholischen Krankenhäuser im Bereich der Berliner Bischofskonferenz
RKO	Rahmen-Krankenhausordnung
RKO/DW	Rahmenkrankenhausordnung des Diakonischen Werkes - Innere Mission und Hilfswerk - der Evangelischen Kirchen in der DDR
SBZ	sowjetische Besatzungszone
SED	Sozialistische Einheitspartei Deutschlands
SMAD	Sowjetische Militäradministration in Deutschland
VuM	Verfügungen und Mitteilungen (Ministerium für Gesundheitswesen)
VO	Verordnung

1 Einleitung

Kirchliche (klösterliche) und bürgerliche Spitäler (z.B. Augsburg, Hildesheim, Mainz, Speyer, Meißen) waren in Europa im Mittelalter die ersten Einrichtungen zur Betreuung von Kranken (Eckard 1990, S. 102). Später gingen sie häufig auf die Initiative wohlhabender Bürger zurück, die sich damit ein bleibendes Denkmal setzen wollten.

Stationäre Einrichtungen für Kinder, die man ein Krankenhaus im heutigen Sinne nennen kann, gab es seit 1802. Damals wurde in Paris das „Hôpital des enfants malades“ gegründet (Hertl 1998, S.6ff.). 1934 wurde in St. Petersburg ein Krankenhaus für Kinder eröffnet. Das erste Kinderhospital im deutschsprachigen Raum wurde 1837 in Wien errichtet. Aus ihm entwickelte sich 1849 das St. Annen-Hospital, das die erste deutschsprachige Universitätskinderklinik wurde (Spranger 2001, S. 1f.).

1897 gründete der Pädiater Schlossmann in Dresden das erste „Säuglingsheim“, in dem erstmals „Säuglingspflegerinnen“ ausgebildet wurden. Die spezielle Weiterbildung zum Facharzt für Kinderheilkunde wurde 1924 eingeführt, nachdem 1902 das Fachgebiet Pädiatrie zum obligatorischen Lehrfach im Medizinstudium erklärt wurde. Bis dahin waren Kinder meist von den internistischen Kollegen mitbetreut worden.

In den Jahren nach dem 2. Weltkrieg litten die Kinder an dessen physischen und psychischen Folgen. Die wichtigsten medizinischen Aufgaben waren aus staatlicher und pädiatrischer Sicht die Senkung der hohen Säuglings- und Kindersterblichkeit, die Eindämmung von Infektionskrankheiten und die Überwindung der Folgen der Fehl- und Mangelernährung.

Die Teilung Deutschlands in vier Besatzungszonen nach Beendigung des Krieges auf Grundlage der Konferenz in Jalta im Februar 1945 stellte auch für die Pädiatrie eine Zäsur dar. Die für das Gesundheitssystem in der sowjetischen Besatzungszone (SBZ) wichtigsten Veränderungen waren die weitgehende Abschaffung der traditionellen deutschen Vielfalt von Krankenhausträgern und Krankenkassen. Nach sowjetischem Vorbild wurde ein staatliches Gesundheitswesen mit einer Einheits-Krankenkasse eingeführt, zuständig für die ambulante und stationäre Behandlung.

Viele Krankenhäuser waren nach dem Krieg zerstört oder stark beschädigt. In der SBZ standen für die stationäre Behandlung von Kindern staatliche, konfessionelle und anfangs auch private Krankenhäuser zur Verfügung. Das Fortbestehen konfessioneller Krankenhäuser an sich stellt eine Ausnahme innerhalb der sozialistischen Staaten dar. Wie in der Sowjetunion, waren in der Volksrepublik Polen, Tschechoslowakei, Ungarn, Rumänien und

Bulgarien die Kirchen enteignet und kirchliche Krankenhausträger abgeschafft worden (Hockerts 2001, S. 27-36).

Konfessionelle Krankenhäuser, insbesondere die Kinderkrankenhäuser, besaßen in der Bevölkerung einen guten Ruf und waren über die Grenzen der jeweiligen Stadt hinaus bekannt. In der Gesundheitsversorgung der Gesellschaft nahmen sie einen festen Platz ein. Bemerkenswert ist, dass es in großen Städten wie Berlin, Dresden, Leipzig keine kirchlichen Kinderkliniken gab. Die konfessionellen Krankenhäuser wurden in dem erklärt atheistischen Staat DDR von konfessionslosen Bürgern teilweise als einziger Berührungspunkt mit der Institution Kirche wahrgenommen und z.T. auch staatlichen Einrichtungen vorgezogen. Die Leistungen wurden manchmal gerade von Menschen, die bewusst keiner Glaubensgemeinschaft angehörten, in Anspruch genommen, wusste man doch die hohe fachliche Kompetenz, die gute technische Ausstattung und die engagierte, liebevolle Pflege durch Diakonissen und Ordensschwestern zu schätzen. Dort wurden Kinder selbstverständlich unabhängig von ihrer Weltanschauung behandelt und gepflegt. Auf dem Gebiet der DDR gab es neben den staatlichen Krankenhäusern mit Kinderabteilungen auch 10 Kinderkliniken bzw. Kinderabteilungen in konfessionellen Krankenhäusern, die neben der stationären Versorgung auch ambulante Aufgaben wahrgenommen haben. Oft waren ihnen Kinderkrankenschwesternschulen angegliedert. Neben vielen Gemeinsamkeiten, die diese Häuser verbanden, hatte darüber hinaus jedes Haus seine ganz spezielle durch unterschiedliche örtliche Begebenheiten bestimmte Geschichte.

2 Zielstellung

Aufgabe dieser Dissertation ist es, eine Übersicht und Einordnung der konfessionellen Kinderkliniken in das Gesundheitswesen der SBZ bzw. DDR im allgemeinen und regionalen Kontext zu geben.

Die Darstellung erfolgte mittels retrospektiver, beschreibender Betrachtung nach einheitlichen Kriterien unter Einbeziehung von Originalunterlagen, Zeitzeugenaussagen und Sekundärliteratur. Mit den im Fragenkatalog aufgenommenen Fragen werden sowohl strukturelle Merkmale der einzelnen Kliniken als auch ideelle Charakteristika erfasst, die eine Aussage über die Spezifität von konfessionellen Kinderkrankenhäusern ermöglicht.

Nachdem einzelne offizielle Dokumente und Gespräche mit Zeitzeugen vielfach schon wissenschaftlich aufgearbeitet worden sind, steht eine zusammenfassende, Konfessionen übergreifende Darstellung der Kinderkliniken in der Trägerschaft der Caritas und des Diakonischen Werkes und Schilderungen deren Arbeitsalltags noch aus (Interview Willms; Mau 2003, S. 149). Aus diesem Grund besitzen Interviews mit ehemaligen Mitarbeitern einen hohen Stellenwert.

3 Untersuchungsgut und Methodik

3.1 Untersuchungsgut

Gegenstand der Untersuchung waren alle Kinderkrankenhäuser in der sowjetischen Besatzungszone und in der DDR, die sich von 1945 bis 1989 in konfessioneller Trägerschaft befanden. Auf die Darstellung von Details der Geschichte der Pädiatrie vor 1945 wurde bewusst verzichtet, um dem Ziel der Arbeit, kirchliche Kinderkliniken in der SBZ und in der DDR zu schildern, ausreichend gerecht zu werden.

Die Begriffe Kinderklinik, Kinderabteilung und Kinderhospital wurden dabei synonym verwendet. Berücksichtigt wurden nur die stationären Einrichtungen, die räumlich und administrativ von vorhandenen anderen Fachabteilungen des Krankenhauses getrennt waren und unter der Leitung eines Facharztes für Kinderheilkunde standen. Nicht berücksichtigt wurden Krankenhäuser mit nur einem fachlichen Schwerpunkt der Kindermedizin (z.B. die orthopädische Spezialklinik Freiberg/Sachsen), in der u.a. auch Kinder mitbetreut wurden, sowie Einrichtungen zur Pflege behinderter Kinder. Ebenso wenig wurden die Neugeborenenstationen in Verantwortung von gynäkologisch-geburtshilflichen Abteilungen in konfessionellen Krankenhäusern berücksichtigt, auch dann, wenn ein Kinderarzt eingestellt war.

Die sprachliche Gleichstellung der Geschlechter gilt auch, wenn nur die männliche oder die weibliche Form für Personen und Funktionsbezeichnungen verwendet wurde.

Der Begriff „Caritas“ wird gleichbedeutend wie die offiziellen Bezeichnung „Deutscher Caritasverband“ (DCV) gebraucht, ebenso „Diakonie“ statt „Diakonisches Werk - Innere Mission und Hilfswerk der Evangelischen Kirche in der DDR“.

3.2 Methodik

Die Ergebnisse wurden mittels Interviews, die durch Fragebögen vorbereitet wurden sowie der Sichtung von Originalkrankenhausesunterlagen und Quellen zusammengetragen.

Aufgrund der Tatsache, dass im Jahre 2005 nur noch vier der vormals 10 Kinderkliniken existierten und die Krankenhausunterlagen der nicht mehr bestehenden Einrichtungen an anderen Orten und z.T. ungeordnet untergebracht wurden, war der Zugang zu den Originalunterlagen schwierig. Außerdem wurden Quellen (Zeitungsartikeln und Festschriften, persönlichen Unterlagen und Briefe), soweit sie vorhanden und zugänglich waren, untersucht.

Viele der in Kinderkrankenhäusern tätigen Ärzte und Schwestern, nach 1945 meist diakonische Schwestern, Ordensschwestern und Diakonissen standen durch Umzug, fortgeschrittenes Alter, Krankheit oder Tod als Interviewpartner nicht mehr zur Verfügung. Die Möglichkeit, über die Nachfahren an Unterlagen zu gelangen, war bei Letztgenannten durch die selbstbestimmte Kinderlosigkeit nicht gegeben.

Informationen allgemeiner Art zu Verhandlungen der katholischen Krankenhäuser mit Vertretern des Staates wurden von Dr. Willms, ehemaliger Geschäftsführer der Kongregation der Schwestern zur heiligen Elisabeth Halle (Saale) gegeben. Zum Verhältnis Staat-Kirche gab Herr Dr. Heise vom Institut für vergleichende Staat-Kirche-Forschung in Berlin wichtige Informationen.

1. Fragebogen (Krankenhausträger) (Anlage 1)

Dieser Fragebogen wurde 2001 an die Diakonischen Werke verschickt. Damit wurden die Krankenhäuser identifiziert, die die o. g. Kriterien erfüllten. Die Kinderabteilungen in Trägerschaft der Caritas (St. Vincenz-Krankenhaus in Heilbad Heiligenstadt und das St. Barbara-Krankenhaus in Halle/Saale) waren durch die jährlichen Krankenhauskonferenzen bekannt.

2. Fragebogen (jeweilige Krankenhäuser) (Anlage 2)

2004 wurde ein zweiter Fragenkatalog in Vorbereitung auf die Interviews erarbeitet und an die 10 Kinderkliniken verschickt. Von allen 10 Kliniken wurde Unterstützung zugesagt.

Nach Rücksendung des Fragebogens erfolgte die Vereinbarung eines persönlichen Interviews in den Orten, in denen sich die Kinderabteilungen befunden haben bzw. sich befinden mit Besichtigung des Krankenhauses (soweit möglich). In acht von 10 Kliniken standen mindestens zwei Interviewpartner zur Verfügung. In den meisten Fällen hatten sich Ansprechpartner bereits vor Beantwortung der Fragen mit anderen Zeitzeugen unterhalten, die die Klinik von einer längeren Tätigkeit zur DDR-Zeit her kannten (z.B. mit den damals zuständigen Pastoren). Als Ansprechpartner stellten sich ehemalige und z.T. noch amtierende Chefärztinnen bzw. Chefärzte, ehemalige und noch amtierende Oberinnen, Diakonissen, diakonische Schwestern und Krankenschwestern bzw. ehemalige Kinderkrankenschwester-Schülerinnen zur Verfügung. Auch nach den eigentlichen Interviewterminen wurden noch zahlreiche Fragen, die sich bei der Bearbeitung des Themas ergaben, von ihnen beantwortet bzw. an andere Ansprechpartner verwiesen.

4 Ergebnisse

Tab. 1: Konfessionelle Kinderkliniken in der SBZ/DDR

Ort	Name	Bezirk der DDR	Bundesland	Stand 2005
Altenburg	Evangelisches Kinderhospital	Leipzig	Thüringen	Trägerwechsel
Frankfurt (Oder)	Lutherstift	Frankfurt	Brandenburg	Geschlossen
Halle (Saale)	St. Barbara-Krankenhaus	Halle	Sachsen-Anhalt	Besteht weiter
Halle (Saale)	Diakoniekrankenhaus	Halle	Sachsen-Anhalt	Geschlossen
Halle (Saale)	Krankenhaus Martha-Maria	Halle	Sachsen-Anhalt	Geschlossen
Heilbad Heiligenstadt	St. Vincenz-Krankenhaus	Erfurt	Thüringen	Besteht weiter
Lehнин	Luise-Henrietten-Stift	Potsdam	Brandenburg	Geschlossen
Ludwigslust	Stift Bethlehem	Potsdam	Brandenburg	Geschlossen
Schwerin	Anna-Hospital	Schwerin	Mecklenburg-Vorpommern	Geschlossen
Lutherstadt Wittenberg	Paul-Gerhard-Stift	Halle	Sachsen-Anhalt	Besteht weiter

4.1 Evangelisches Kinderhospital Altenburg

Der Pastor Karl Braune gründete 1854 in Altenburg einen Krankenverein. Sein Vater war Arzt und auch er wollte ursprünglich Medizin studieren. Einen offiziellen Status mit Statuten und Vorsitzendem bekam der Verein, der sich „Verein für Armen- und Krankenpflege“ nannte, 1879, als sich die Mitgliederzahl durch 30 hinzukommende Diakonissen aus einem Dresdner Mutterhaus stark erhöht hatte. Der Verein griff das Problem der hohen Säuglings- und Kindersterblichkeit, die hauptsächlich durch Infektionskrankheiten verursacht wurde, auf und wandte sich mit der Bitte an das Ministerium, eine Abteilung für Kinder im Landeskrankenhaus einzurichten. Dies wurde abgelehnt. Ein zweiter Versuch, an Infektionskrankheiten erkrankte Kinder in Kliniken in Leipzig behandeln zu lassen, scheiterte an den Unkosten und dem Aufwand des Transportes. Der Verein entschloss sich zum Bau eines eigenen Krankenhauses. Der erste Vorsitzende des Vereins, Herr von Minckwitz, der Oberhofmeister der Herzogin Agnes von Altenburg, war sehr engagiert bei der Gründung des Kinderhospitals. Einem Gesuch an den Stadtrat um die unentgeltliche Überlassung eines Bauplatzes wurde stattgegeben.

Das Kinderhospital wurde am 31.10.1886 nach einer Bauzeit von einem Jahr und drei Monaten eröffnet. Es verfügte über zwei Säle für je acht Kinder und 24 Betten in verschiedenen Isolierzimmern. Noch im gleichen Jahr erhielt der Verein die Eigenschaften und Rechte einer Milden Stiftung und damit einer juristischen Person. Die wachsende Zahl insbesondere an Diphtherie und Scharlach erkrankter Kinder machte 1903 den Bau einer weiteren Krankenstation erforderlich. Es folgten 1913 der Bau eines Wirtschaftsgebäude und 1914 die Erweiterung des Haupthauses, wodurch die Bettenzahl erhöht und Wohnräume für Schwestern geschaffen werden konnten. Den 1. Weltkrieg bekam das Krankenhaus besonders durch die Einberufung von zwei Ärzten zum Heeresdienst zu spüren, sodass nur noch ein Arzt zur Verfügung stand. Die allgemeine Inflation in Deutschland 1921/22 schien das finanzielle Ende des Krankenhauses zu bedeuten. Nur dank Spenden aus Kirchenkreisen, von deutschen Lutheranern aus Amerika und aus industriellen und kaufmännischen Kreisen konnte die drohende Schließung abgewendet werden. Zusätzlich wurden Räumlichkeiten des Krankenhauses an zwei Ärzte zur Errichtung von Privatkliniken vermietet. 1925 schloss sich der Verein dem Altenburger Landesverein für christliche Liebestätigkeit und damit dem Thüringer Verband für Innere Mission in Eisenach an. Die nächstfolgenden Jahre wurden für die schrittweise Erneuerung von Gebäuden, zur Einrichtung eines Röntgen- und Laborzimmers sowie weiterer zwei Infektionsstationen genutzt. Der 2. Weltkrieg war

unbeschadet überstanden worden, bis mit dem Einmarsch der Amerikaner zum Ende des Krieges einige Gebäude durch ca. 25 Granaten zum Teil stark zerstört wurden. Menschen wurden dabei nicht getötet oder verletzt.

Aus der Befürchtung heraus, dass mit dem Verbot aller Vereine durch die kommunistische Regierung auch der Verein der Armen- und Krankenpflege und damit auch das Kinderhospital in Gefahr sei, erfolgte 1948 eine Umbenennung des Vereins in „Evangelisches Kinderhospital (milde Stiftung) Sitz Altenburg“. Zur DDR-Zeit gehörte die Einrichtung zum Diakonischen Werk der Evangelisch-Lutherischen Kirche in Thüringen.

1946 wurde die sog. Seuchenbaracke den Bedürfnissen der Behandlung für Tuberkulosekranke angepasst und hatte mit der Eröffnung einer Liegehalle den Charakter einer Kindertuberkuloseheilanstalt für den Bereich Leipzig. Zusätzlich wurde in einem benachbarten Gebäude eine Masernstation eröffnet. In den 80er Jahren konnten Funktionsräume in einem neu erbauten Schwesternwohnheim in Betrieb genommen werden. Der Bau eines neuen Bettenhauses 1986 führte zur Verbesserung der räumlichen Situation für Patienten, Eltern, Schwestern und Ärzten.

Danach befanden sich zwei (Infektions- und Isolierstation) von fünf Stationen des Kinderhospitals im Neubau, jeweils eine Station für Jungen bzw. für Mädchen im Altbau und eine weitere Station in einem separaten Gebäude.

Mit dem Abschluss der ersten baulichen Veränderungen in den 50er Jahren stieg die Bettenzahl auf insgesamt 150 an. 1961 betrug sie 130, 1967: 120 und seit 1976 wird die Bettenzahl mit 115 angegeben. Die Gesamtpatientenzahl entwickelte sich wie folgt: 1960: 2631, 1965: 2175, 1975: 2126 und 1985: 1369.

Nach 1945 existierten fünf Fachabteilungen innerhalb der Pädiatrie: 1. Allgemeine Kinderheilkunde (Kinderarzt Dr. Weber), 2. Chirurgie (Dr. Ohl, Dr. Börngen), 3. HNO (Dr. Schlegelmünig, Dr. Ziemack), 4. Augenheilkunde (Dr. Kanter), 5. Lungenerkrankungen (Fr. Dr. Seyffarth). Alle Ärzte arbeiteten auf Belegarztbasis.

Nachdem in den ersten Jahrzehnten nach Beendigung des Krieges die Behandlung der Tuberkulose und anderer Infektionserkrankungen oberste Priorität besaß, entwickelten sich ab der Übernahme der Klinikleitung durch Dr. Lutz Schaefer 1976 die Gastroenterologie, die Bronchologie, die Nephrologie, die Neuropädiatrie, die Infektiologie und die bildgebende Diagnostik (Röntgen, Sonographie) zu neuen fachlichen Schwerpunkten. Ähnlich wie in

anderen konfessionellen Einrichtungen verfügte man auch in Altenburg über eine überdurchschnittlich gute medizintechnische Ausstattung, die Ultraschalldiagnostik wurde bereits 1984 eingeführt. Um die Zulassung für eine Ambulanz für Diagnostik musste lange mit den staatlichen Stellen verhandelt werden. 1978 war es dennoch möglich, sie zu eröffnen (Schaefer 2004, S. 22). Nach Schließung der städtischen Kinderklinik 1982 wurden auch die Früh- und Neugeborenen des Kreiskrankenhauses von Ärzten des Kinderhospitals betreut.

Die fachliche Spezialisierung war nicht zuletzt dank der sogenannten Schwerpunktmitteln über das Diakonischen Werk Berlin aus der Bundesrepublik möglich. Engpässe dagegen gab es zum Beispiel bei der nicht ausreichenden Lieferung von Kohle, Mobiliar und Spritzen.

Als Chefärzte auf Belegarztbasis fungierten die Chirurgen Dr. Herrmann Ohl (1874-1949) von 1944 bis 1948, Dr. Siegfried Börngen (1912-2001) von 1949 bis 1977 und die Kinderärztin Frau MR Dorothea Czygan (1920-1980) von 1962 bis 1969, die primär in der sich ebenfalls in Altenburg befindenden Kinderabteilung der Poliklinik angestellt war. Mit Dr. Gerhard Hauschild (1935-1975) wurde 1969 erstmals ein Chefarzt für das Kinderhospital hauptamtlich eingestellt, er war bis 1975 im Amt. Nach dessen plötzlichen Tod trat Dr. Lutz Schaefer (geb. 1932) 1976 seine Nachfolge an.

Die pflegerische Leitung lag in der Hand einer Diakonisse, das Amt der stellvertretenden Pflegedienstleitung hatte eine diakonische Schwester inne. Das dazugehörige Mutterhaus befand sich in Eisenach. Von 1929 bis 1964 hatten Sr. Helene Scheiding, danach bis 1973 Sr. Ilse Rank und von 1974 bis 1997 Sr. Margot Lange die Funktion der Leitenden Schwester inne.

Seit 1982 wurden im Evangelischen Kinderhospital in Zusammenarbeit mit dem Paul-Gerhard-Stift in Wittenberg auch Kinderkrankenschwestern ausgebildet, pro Kurs acht Schülerinnen. Die theoretische Ausbildung erfolgte gemeinsam mit Studentinnen aus Wittenberg an der Medizinischen Fachschule in Dessau sowie an zwei anderen Orten, die praktische Unterweisung jedoch in den jeweiligen Einrichtungen.

Neben Pfarrern aus der Kirchgemeinde von Altenburg sorgten auch die Diakonissen und diakonische Schwestern für die Weitergabe des christlichen Geistes. Zwei, manchmal auch drei Kindergärtnerinnen bzw. Kinderdiakoninnen beschäftigten sich intensiv mit den Kindern

in einem eigenen Spielzimmer und wenn der Aufenthalt dort nicht möglich war, auch am Bett der Patienten. Auch kirchliche Feiertage wurden dort kindgerecht vorbereitet und gefeiert. Einmal wöchentlich fand ein Kindergottesdienst im Andachtsraum statt, der von einem Pfarrer oder einem Diakon gehalten wurde.

Bereits seit 1921 existierte in Altenburg neben dem Evangelischen Kinderhospital eine städtische Kinderklinik, die im Laufe der Zeit der Verwaltung des Kreiskrankenhauses Altenburg unterstellt wurde. Die Einrichtung verfügte in den 50er Jahren über eine Bettenkapazität von 60 Betten, in den 60er Jahren sogar von 100 Betten. Zwischen den Kollegen bestand gutes Einvernehmen und man half sich bei personellen Engpässen gegenseitig aus. In der städtischen Einrichtung wurden ausschließlich Kinder im Säuglingsalter medizinisch betreut. Die medizinische Versorgung der älteren Kinder wurde durch das Evangelische Kinderhospital gewährleistet. Ungeachtet der guten Zusammenarbeit gab es 1968 Bestrebungen seitens des Kreisarztes, alle behandlungsbedürftigen Kinder in die staatliche Kinderklinik einweisen zu lassen, was jedoch nicht erfolgte. Sechs Jahre später, mit der Eröffnung einer kinderchirurgischen Abteilung an der städtischen Kinderklinik, war an eine Schließung der kinderchirurgischen Abteilung des Kinderhospitals gedacht worden. 1982 schloss jedoch dann die staatliche Kinderklinik. Als Gründe dafür müssen die Konkurrenzsituation durch das verkehrsgünstiger gelegene evangelische Kinderkrankenhospital und die damit auf Dauer unzureichende Bettenauslastung und schließlich Unrentabilität angenommen werden. Damit war das Evangelische Kinderhospital das einzige Kinderkrankenhaus in der Region, die nächsten Einrichtungen befanden sich in Leipzig, Borna und Gera. Wie in allen kirchlichen Einrichtungen war der Mangel an Personal, Ärzten sowie Schwestern, markant. Eng damit verbunden war die unbefriedigende Wohnraumsituation, insbesondere für die Schwestern. Abhilfe konnte geschaffen werden nach jahrelangem Ringen um eine Baugenehmigung durch die Errichtung eines neuen Schwesternwohnheimes, was jedoch nur durch die Finanzierung in Valutamark möglich wurde. Es handelte sich dabei um einen Mischvalutabau, d.h. der Anteil des Geldes aus Westdeutschland (D-Mark) betrug 25 %.

Ein Beispiel für die durch die berufliche Tätigkeit bedingten privaten Probleme, mit denen leitende Ärzte konfrontiert wurden, war die Verweigerung eines Studienplatzes für die Kinder der in kirchlichen Krankenhäusern angestellten Chef- und Oberärzte dar. Chefarzt

Dr. Schaefer nutzte den Umstand, Chefarzt der einzigen Kinderklinik in Altenburg zu sein, als nach Studienplatzablehnungen seiner älteren Kinder sich seine Tochter für einen Studienplatz für Medizin bewarb. Nachdem er gedroht hatte, das Kinderhospital im Falle einer erneuten Ablehnung zu schließen, erhielt sie einen Studienplatz. Dies wurde durch die Entscheidung des Bezirksarztes möglich, in dessen Ermessen es lag, zu entscheiden, welche vier Bewerber pro Jahr zum Studium delegiert wurden (Interview Schaefer).

Nach 1989 entwickelte sich das Evangelischen Kinderhospital durch Übernahme der Kinderchirurgie des Kreiskrankenhauses zu einem der ersten Kinderzentren in Thüringen. Nach Bau eines neuen Kreiskrankenhauses wurde die Kinderklinik dort übernommen und in Nachbarschaft zur Frauenklinik integriert. Die Gebäude des dadurch freiwerdenden Kinderhospitals beherbergen heute, den Versorgungserfordernissen entsprechend, unter dem alten Träger eine Klinik für Psychiatrie.

(Interview Schaefer; Schaefer 1986; Schaefer 1999, S. 12f.; Schaefer 2004)

4.2 Die Kinderstationen im Evangelischen Krankenhaus Lutherstift in Frankfurt (Oder) in Kooperation mit der Kinderklinik im Bezirkskrankenhaus

Die Einrichtung gehört zur Evangelischen Kirche Berlin-Brandenburgs.

Im Jahre 1883, anlässlich des 400. Geburtstages von Luther, gründete der damalige Regierungspräsident von Frankfurt (Oder), Herr von Heyden-Cadow, gemeinsam mit gleichgesinnten Bürgern einen Verein „Lutherstiftung in Frankfurt an der Oder“. Die Errichtung der Krankenanstalt des Lutherstiftes wurde bald Anliegen der Stadt Frankfurt (Oder) und deren evangelischer Bürger, die den Hauptteil der Bevölkerung ausmachten. Zuerst wurde eine kleine Krankenstation in der Sophienstraße unter der Leitung von Dr. Emil Wehmer eröffnet. 1891 erfolgte dann der Umzug in ein größeres Gebäude, das neu errichtete Haupthaus, in dem erstmals auch 12 kranke Kinder und 25 Frauen betreut werden konnten (Hemmerling 1977, S. 86). Diese wurden durch den Chirurgen „Geheimen Sanitätsrat“ Professor Dr. Ludwig Pernice (1863-1945) betreut. Das Haupthaus wurde bis 1897 um den Ostflügel erweitert, wodurch u.a. eine Männerabteilung mit 16 Betten entstand. Bis 1914 entstand ein umfangreicher Gebäudekomplex, der bis heute besteht. Erste Oberin des Hauses wurde die Diakonisse Elisabeth Jahn, die aus dem Diakonissenhaus Bethanien aus Stettin

kam. Das Lutherstift wurde von der Kaiserswerther Generalkonferenz als Mutterhaus anerkannt, 1895 fand die erste Diakonisseneinsegnung statt. 1899 wird bereits eine Kinderabteilung mit 12 Betten erwähnt. Ab 1896 waren an das Mutterhaus vier Ausbildungsstätten angegliedert: eine Krankenpflegeschule, eine Kinderkrankenpflegeschule, ein Kindergärtnerinnenseminar und eine Haushaltsschule. Im ersten Weltkrieg wurde das Lutherstift als Lazarett für 160 Verwundete genutzt. Ab 1926 hatte Helene Pfaff die Funktion der Oberin inne, die von Gisela von der Heyden abgelöst wurde. Von 1928-1945 war Professor Dr. Otto Specht (Chirurg), Nachfolger Pernices, Leiter der Einrichtung. Als Kinderarzt des Lutherstiftes fungierte in den 20er und 30er Jahren Dr. Oskar Weber. Wie bereits im 1. Weltkrieg waren die Diakonissen (max. 142 Schwestern) während des 2. Weltkrieges in die Kriegskrankenpflege integriert (Eichler 2003, S. 22). 1945 wurde das Krankenhaus nach Havelberg evakuiert. Fünfzehn Schwestern verweigerten den Befehl des Stadtkommandanten zur Zwangsevakuierung und damit die Stadt zu verlassen und verblieben im Lutherstift. Sie wurden für sieben Wochen Kriegsgefangene und versorgten die nicht transportfähigen Kriegsverwundeten (Michelke 1998, 26f.). Das Lutherstift wurde von 800-1000 sowjetischen Soldaten besetzt. Im August 1945 konnten die Oberin und die meisten Schwestern zurückkehren.

In der Nachkriegszeit wurde das Krankenhaus, wie auch später das städtische Krankenhaus, als Lazarett für russische Militärangehörige genutzt.

In dieser Zeit dominierten bei den Kindern vorrangig Infektionskrankheiten und Ernährungsstörungen. Für die Betreuung dieser Kinder standen 1946 120 Betten im sog. Holzhaus (Entwurf des Architekten Konrad Wachsmann) zur Verfügung (Klemm/Kotterba 2005, S. 5).

Ein besonderer Umstand war, dass die Gebäude des Lutherstiftes in der Heinrich-Hildebrand-Straße auch vom Bezirkskrankenhaus als Mieter genutzt wurden, da das ursprüngliche Stadtkrankenhaus an die russische Armee als Lazarett abgegeben werden musste. Die seit 1950 existierende staatliche Kinderabteilung, die von der einzigen Kinderärztin der Stadt Frankfurt (Oder), Frau Dr. Hildegard Duffing (1914-1977), geleitet wurde, war ebenso wie andere Abteilungen über die Stadt verteilt. Eine Station der späteren Bezirkskinderklinik befand sich im 2. Geschoss des Haupthauses des Lutherstiftes. Die Kliniken für Urologie, Neurologie, Psychiatrie und Dermatologie waren ebenfalls in Gebäuden des Lutherstiftes

untergebracht, die vom Bezirkskrankenhaus gemietet worden waren. Dem Lutherstift kamen die Mieteinnahmen gelegen.

Die Kinderstationen, die zum Lutherstift gehörten, befanden sich in zwei separaten Gebäuden, im sog. Elisabeth- und im Holzhaus. Mit dem Bau des Halbleiterwerkes ab 1958 zogen viele junge Familien nach Frankfurt (Oder), was sich auch in der Geburtenzahl widerspiegelte. Von den jährlich 1000-2500 Neugeborenen der Stadt und Umgebung wurde ein Drittel im Lutherstift geboren. Es bestand ein dringender Bedarf an einer neonatologischen Station zur Betreuung von Früh- und kranken Neugeborenen. Diese wurde schrittweise ab 1968 im Dachgeschoss der Entbindungsklinik des Lutherstiftes aufgebaut. Bemerkenswert war, dass sie von beiden Trägern (Lutherstift und Bezirkskrankenhaus) gemeinsam betrieben wurde. Sie war die einzige in dieser Region. Für diese Station stellte das Bezirkskrankenhaus schließlich zwei Drittel des Personals sowie der Ausstattung. Der Erwerb von Inkubatoren, Mess- und Überwachungsgeräten nach 1968 stellte einen großen Fortschritt dar. Bis dahin war man auf sechs Standcouveusen der Firma Asepta angewiesen. Neben den Stationen des Bezirkskrankenhauses hatte das Lutherstift Ende der 60er Jahre eine pädiatrische Kapazität von 100 Betten. Zusätzlich zu den 25 Frühgeborenen, 20 Kindern im Ober- und 19 Kindern im Untergeschoss des Holzhauses und 33 Kindern und Kleinkindern im Elisabethhaus wurden noch 33 Neugeborene versorgt. Krankenhauseinweisungen bzw. Verlegungen auf die Kinderstationen des Lutherstiftes wurden nach medizinischer Indikation ab dem Amtsantritt von Brückner 1969 durch die von ihm eingerichtete zentrale Notfallambulanz und eine Aufnahmestation im Komplex des Bezirkskrankenhauses vorgenommen. 1982 standen 20 Betten zur Betreuung Frühgeborener und 25 weitere Betten für erkrankte Kinder bis zu drei Jahren zur Verfügung. So wurden zwischen 1970-1979 jährlich bis zu 130 Frühgeborene betreut (Wicht 1977, S. 8). Die Abteilung für Gynäkologie und Geburtshilfe verfügte über 55 bzw. 20 Betten. Der bereits seit 1969 geplante Neubau des Bezirkskrankenhauses konnte schrittweise ab 1983 in Betrieb genommen werden, zunächst vorrangig für die operativen Fächer. 1984 waren auch die räumlichen Voraussetzungen für die neonatologische Intensivstation geschaffen worden. Der von der Bezirkskinderklinik in die neonatologische Station des Lutherstiftes eingebrachte Anteil an Personal und Ausstattung wurde nun in diesen Neubau umgesetzt. Unterstützung erfuhr das Lutherstift durch das Diakonische Werk 1983 durch Bereitstellung von Inkubatoren und ein Jahr später durch die Anschaffung eines Sonographiegerätes.

Im Frühjahr 1946 wurde die Frauenklinik unter der Leitung von Frau Dr. Ursula Sellschopp (1915-1998) aufgebaut. Sie hatte ihre Facharztausbildung unter der fachlichen Anleitung des Gynäkologen Professor W. Stoeckel (Berlin) absolviert und erlebte, wie viele Frauen mit dem Pferdewagen aus Frankfurt (Oder) zur frauenärztlichen Versorgung nach Berlin gebracht wurden. Durch Frankfurts Grenzlage zogen nach Beendigung des Krieges große Flüchtlingsströme durch die Stadt, die Gefahr von Seuchen war allgegenwärtig. Daraufhin entschloss sich Frau Dr. Sellschopp, gemeinsam mit einer Krankenschwester, künftig in Frankfurt (Oder) zu arbeiten und später die ärztliche Leitung des Lutherstiftes zu übernehmen (Eichler 2003, S. 50). Neben ihrer Qualifikation als Gynäkologin hatte sie sich mit Hilfe von Frau Duffing ein umfangreiches pädiatrisches Wissen angeeignet. Auf der von ihr aufgebauten Wachstation konnten auch Neugeborene und Säuglinge betreut werden. Durch ihre zusätzliche Tätigkeit in der Poliklinik als sog. Zusatz-Stelle konnte sie auch Klinikseinweisungen vornehmen.

Bei pädiatrischen Problempatienten zog Frau Sellschopp Frau Duffing zu Rate. Die Zusammenarbeit zur Kinderklinik des Bezirkskrankenhauses wurde nach Übernahme der Chefarztstelle durch Herrn Dr. med. habil. Heinrich Brückner (geb. 1928), der auch Vorsitzender der Glaubensgemeinschaft der Quäker in der DDR war, intensiviert. Ihm wurde die Verantwortung für die fachliche Betreuung aller Kinder, auch im Lutherstift, übertragen und dies in seinem Arbeitsvertrag fixiert. 1979 übernahm der Gynäkologe MR Dr. Dieter Tischendorf (geb. 1940) die ärztliche Leitung des Lutherstiftes. Die Verantwortung für die Kinderstationen wurde nach dem Auszug der Kinderstationen des Bezirkskrankenhauses 1984 dem bereits vorher im Lutherstift tätigen Kinderarzt Dr. Rhode übertragen. Er blieb 1988 nach einer Reise in Westdeutschland. Danach ging die Leitung kommissarisch an Herrn Dr. Kothe, ebenfalls Gynäkologe, über.

Das Amt der Oberin hatte von 1957–1964 kommissarisch Annemarie Woelfert inne, bis die Diakonisse Johanna Keller sie ablöste. Ihre Nachfolgerin ist seit 1983 Sr. Christel Kruse. Neben den Diakonissen hatte sich eine Diakonische Schwesternschaft gegründet.

Seit Einführung des Amtes der Oberschwester für die Pädiatrie 1979 konnten dafür Edeltraud Haake, Rosemarie Wiegand und Sr. Uschi Teubert gewonnen werden (Interview Haake).

Bis zum Beginn des 2. Weltkrieges hatte das Krankenhaus eine eigene Krankenschwesternschule, danach hatte es den Status eines Praktikumsortes. Pro Jahr

sammelten 12-15 Schülerinnen aus den Krankenhäusern Lehnin, Genthin, Halle (Saale), Magdeburg und Berlin dort ihre Erfahrungen im berufsvorbereitenden Jahr.

Pastor Dietrich Hemmerling kam 1959 an das Lutherstift und wirkte dort als Stiftsvorsteher 25 Jahre. Zweimal pro Woche wurde eine Andacht gehalten, donnerstags gab es auf den Stationen ein Stationssingen. Zusätzlich sangen und beteten die Schwestern jeden Tag mit den Kindern. Seine Nachfolger waren die Pastoren Scheel und Feldt.

Die Vorstellung, dass das in der Praxis bewährte „Frankfurter Modell“ auch für die Zusammenarbeit anderer Fachrichtungen beispielgebend sein könnte, hat sich nicht bewahrheitet. Brückner resümiert: „Auch keine übergeordnete Dienststelle auf Kreis- oder Bezirksebene war bereit, das geduldete pädiatrische Modell auch nur zu bestätigen, geschweige denn in vergleichbarer Weise auf die Geburtshilfe zu übertragen. Nach Ausscheiden von Frau Dr. Sellschopp „...wurden von Seiten des Lutherstiftes Abgrenzungsbemühungen deutlicher, um den geduldeten Schwebezustand zu beenden.“ (Brückner 2005, S. 154). Dieser von Brückner beschriebene Schwebezustand spiegelte sich auch in der fehlenden statistischen Zuordnung der neonatologischen Mitarbeiter wider. Formal waren die im Lutherstiftsbereich tätigen Mitarbeiter des Bezirkskrankenhauses Delegierte aus dem Stellenplan des Bezirkskrankenhauses, die dann an anderen Stellen vermisst wurden (Ambulanz). „Zu einer schriftlichen Vereinbarung oder Dokumentation ist es nie gekommen. Wäre in dieser Zeit aus politischen Gründen auch sehr diffizil gewesen.“ (Brückner 2005).

Brückner machte keine Unterschiede bei der Betreuung der ihm anvertrauten Kinder im staatlichen oder kirchlichen Bereich. Die Verzahnung dieser beider verwaltungsrechtlich unterschiedlichen Bereiche im übergeordneten Interesse der medizinischen Kinderversorgung ist für den Ortsunkundigen sicher schwer nachvollziehbar. In konkreten Situationen (z.B. notwendige Dachreparatur) wurde das Spannungsverhältnis deutlich (Anlage 4).

Trotz der großen Hochachtung, die das Lutherstift während der gesamten Zeit bei der Bevölkerung genoss, kam es ab 1989/90 durch den drastischen Geburtenrückgang zu einer erheblichen Bettenreduzierung wie in allen anderen Krankenhäusern und letztlich zur Schließung der Kinderabteilung 2003.

(Interview Brückner; Brückner 2005)

4.3 Kinderklinik des St. Barbara Krankenhauses in Halle (Saale)

Die „Schwestern der heiligen Elisabeth“, auch „Graue Schwestern“ genannt, kamen 1891 nach Halle (Saale). Ihr 1842 gegründeter Orden sah seine Aufgabe darin, Kranken und Notleidenden Hilfe anzubieten. In Halle arbeiteten die Schwestern als Nachtwachen in den Krankenhäusern, sie widmeten sich der ambulanten Krankenpflege und halfen der katholischen Gemeinde bei der Armenspeisung. 1894 war in der Mauerstraße das St. Elisabeth-Haus eröffnet worden. Im Untergeschoss waren die Schwestern untergebracht und das Obergeschoss bot die Möglichkeit, 24 Säuglinge aufzunehmen. Neben der Funktion als Kinderheim wurden auch Kinder von Dr. Klautsch medizinisch betreut. Nach einigen Jahren erwiesen sich die Räumlichkeiten, insbesondere aus hygienischer Sicht, als unzureichend. Die katholische Gemeinde von Halle, besonders deren Pfarrer Dr. Woker, bemühte sich gemeinsam mit den Schwestern um einen geeigneteren Platz zum Bau eines Kinderheimes. Seiner maßgeblichen Initiative war es mit zu verdanken, dass bereits 1890 ein „Verein zur Pflege der Armen, Kranken, Witwen und Waisen“ gegründet worden war. Gemeinsam fand man einen Bauplatz, der in der Merseburger Straße, damals im Grünen und außerhalb der Stadt, gelegen war. Das Haus, das zunächst St. Elisabeth-Kinderheim (Kinderpflege- und Heilanstalt) genannt wurde und bis zu 55 Kindern Unterkunft bot, konnte 1904 bezogen werden. Die Einweisung erfolgte durch die Armendirektion der Stadt. Als die baulichen Voraussetzungen geschaffen worden waren, konnten in dem Haus, das sich nun Elisabeth-Krankenhaus II nannte, auch akut kranke Kinder aufnehmen. In Finckes Chronik (Fincke et al 1997) wird berichtet, dass 1910 Frau Dr. Helene Stoeltzner und nach ihr der Internist Dr. Bruno Boye (1874-1957) ins Haus kamen. Boye blieb bis 1922 (Fincke et al. 1997). Das Nebeneinanderbestehen eines Kinderheimes und einer klinischen Abteilung für kranke Kinder und Säuglinge wurde damals vielerorts praktiziert. Während des 1. Weltkrieges diente das Krankenhaus u.a. als Reservelazarett. Die Weltwirtschaftskrise und die nachfolgende Inflation komplizierten die finanzielle Lage des Krankenhauses und machten eine Aufnahme von erwachsenen Patienten erforderlich. 1922 wurde die Gynäkologische Abteilung und 1926 die Chirurgische Abteilung eröffnet. Ab 1925 trägt die Einrichtung den Namen „St. Barbara-Krankenhaus“. Der für die erkrankten Kinder verantwortliche Kinderarzt war von 1925 bis 1944 Prof. Dr. Friedrich W. H. Lehnerdt (1881-1944). Während des 2. Weltkrieges wurde das Krankenhaus nicht, wie viele andere, als Lazarett genutzt. Lediglich in den letzten Kriegstagen wurden einige Verwundete in der chirurgischen Abteilung versorgt (Fukala 1994, S.11-35; Riechwiien 1988, S. 15-21).

Die Bettenzahl der Kinderklinik war in den nachfolgenden Jahrzehnten relativ konstant und betrug 75 Betten.

Anfang der 70er Jahren gab es staatlicherseits Überlegungen, die Kinderabteilung des St. Barbara-Krankenhauses, ebenso wie die Kinderabteilung des Diakoniekrankenhauses, in psychiatrische Abteilungen bzw. in Abteilungen für chronisch Kranke umzustrukturieren (Willms 2001, S. 194). Mit der Etablierung der Kinderanästhesie 1974 und der Kinderchirurgie 1977 zusätzlich zur bereits bestehenden Kinderklinik existierten drei Fachabteilungen zur Versorgung der Kinder unter einem Dach. Mit der Übernahme der Leitung durch Herrn Dr. Ernst Fukala (geb. 1939) 1976 konnten zusätzlich zu den allgemeinpädiatrischen Krankheitsbildern nun auch verstärkt kindernephrologische Erkrankungen sowie Erkrankungen des Magen-Darm-Traktes und des zentralen Nervensystems behandelt werden. Durch die Spezialisierung des Leitenden Oberarztes Dr. Albrecht Klaube auf dem Gebiet der Kinderkardiologie, zusätzlich zur Spezialisierung auf dem Gebiet der Neonatologie, und der Schaffung der notwendigen materiellen und personellen Voraussetzungen konnte 1985 eine Neonatologische Intensivstation eröffnet werden. Damit standen 15 Betten auf der neueingerichteten Neonatologischen Intensivstation zur Verfügung. Durch den Einsatz von neun Inkubatoren und vier Beatmungsgeräten, die dank der Unterstützung durch die Caritas angeschafft werden konnten, verbesserten sich die Überlebenschancen von Früh- und kranken Neugeborenen signifikant. 1976 wurde ein Ultraschallgerät des Types Vidoson 635 der Firma Siemens angeschafft, das in erster Linie der pränatalen Diagnostik dienen sollte. Viele Kollegen aus allen Bezirken der ehemaligen DDR, auch von der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg, erfuhren hier ihre Ultraschall-Ausbildung (Willms 2001, S. 193). Infolgedessen wurde das St. Barbara-Krankenhaus vom Bischof in Magdeburg zum kirchlichen Beratungs- und Behandlungszentrum bei pränatal diagnostizierten Fehlbildungen erklärt. Des Weiteren gab es eine Station für Säuglinge und Kleinkinder bis ca. zwei Jahre und eine Station für Kinder bzw. Jugendliche von 3 bis 18 Jahren.

Der Kinderarzt Dr. Karl Nißler (1908-1987) übernahm 1945 die Nachfolge seines Vorgängers Dr. Hans Menneke, der seit 1944 am St. Barbara-Krankenhaus tätig war. Ihm folgte 1953 Dr. Bernhard Fincke (geb. 1912), der dieses Amt bis 1976 innehatte. Von 1976 bis 2003 leitete Herr Dr. Fukala die Kinderklinik.

Die Ordensschwwestern waren in der Pflege in der Kinderklinik wie auch in allen anderen Krankenhausbereichen tätig. Im zunehmenden Maße wurde es erforderlich, auch Kinderkrankenschwestern ohne Kongregationszugehörigkeit einzustellen.

Das St. Barbara Krankenhaus beheimatete seit 1917 eine Ausbildungsstätte für Kinderkrankenschwestern. In der DDR war sie die einzige katholische Kinderkranken-Pflegeschule. In jeweils drei Ausbildungsjahren wurden zwischen 68 und 75 Schülerinnen ausgebildet. Interessierte Schulabgänger absolvierten in der Regel in den letzten Schulferien vor der Ausbildung ein dreiwöchiges Praktikum, um sich mit dem Krankenhaus und der zukünftig auf sie zukommenden Arbeit vertraut zu machen. Die Ausbildungsplätze waren sehr begehrt, auf einen Platz kamen drei bis vier Bewerber. Daraus resultierte eine Auslese, die das hohe fachliche Niveau der Kinderkrankenpflege erklärt. Viele Auszubildende kamen aus den wenigen katholischen Enklaven in der DDR, dem Eichsfeld, der Oberlausitz und der Rhön, aber auch aus den katholischen Gemeinden der Diaspora. Ab 1975 wurde die Ausbildung als Sonderform der Fachschulausbildung mit Anbindung an die Medizinische Fachschule am Clara-Zetkin-Krankenhaus-Weißenfels, später der Medizinischen Fachschule „Dr. Salvador Allende“ am Bezirkskrankenhaus Halle (Saale) geführt. Neben der Ausbildung als Direktstudium bestand zwischenzeitlich auch die Möglichkeit, die Ausbildung berufsbegleitend zu erlangen.

Die Weitergabe des christlichen Geistes erfolgte durch die Präsenz der Ordensschwwestern, durch das lebendige Zeugnis der Krankenschwestern und der Auszubildenden und durch zwei Kindergärtnerinnen, die seit 1983 tätig waren. Sie alle beteten, sangen, spielten und bastelten mit den Kindern. Besonders die Kindergärtnerinnen bereiteten kirchliche Feiertage mit den Kindern vor und feiern diese mit ihnen. Ein markanter Unterschied zu nichtkonfessionellen Kinderkliniken waren Kreuze in Patientenzimmern, Funktionsräumen und Personalaufenthaltsräumen. In Notsituationen wurden Nottaufen durchgeführt und es war möglich, einen Krankenhauspfarrer zu rufen. In der Anfangszeit war meist ein katholischer Priester für die Grauen Schwestern der Heiligen Elisabeth und die Krankenhausseelsorge hauptamtlich verantwortlich, später wurde dies „Teilbeschäftigung“ für einen meist in der Gemeinde tätigen Pfarrer. Seit 1986 war eine Lehrerin angestellt, die den Kindern den Unterrichtsstoff am Krankenbett vermittelte. Weiterhin sorgte sich eine Fürsorgerin besonders um die behinderten Kinder. Einen besonderen Beitrag zur „kulturellen Betreuung“ stellte ein Märchenerzähler dar, der von 1979 bis 1990 einmal pro Woche kam.

Eine Anbindung an das staatliche Gesundheitssystem fand durch die Teilnahme an der Schnellen Medizinischen Hilfe ab 1976 sowie durch die Teilnahme am Aufnahmedienst der Stadt Halle statt. In der Schule für Körperbehinderte wurde durch Kollegen der Kinderklinik regelmäßig eine Sprechstunde für Kinder mit Spina bifida abgehalten sowie ein Ferienlager für nierenkranke Kinder des Bezirkes Halle betreut (Fincke et al. 1997 Fukala 1994, S. 35-42; Riechwien 1988, S. 56f.).

Nach 1989 konnte das Kinderzentrum des St. Barbara-Krankenhauses, seit 2004 z.T. in den Räumlichkeiten des rekonstruierten St. Elisabeth-Krankenhauses, sein fachliches Spektrum erweitern.

4.4 Die Kinderabteilung im Diakonissenkrankenhaus in Halle (Saale)

Die Gründung des Diakonissenhauses im Jahre 1857 ist der Initiative von Frau Rätin Tholuck, der Gemahlin des Theologieprofessors der Hallenser Universität August Tholuck, zu verdanken, die wiederum von Theodor Fliedner, dem Begründer des Mutterhauses Kaiserswerth, unterstützt wurde, indem er ihr zwei Diakonissen zum Aufbau der Einrichtung zur Verfügung stellte. Bereits damals betreute man in einem Gebäude am Weidenplan neben 12 Erwachsenen auch 12 Kinder. Der Grundstein für ein größeres Gebäude im Mühlweg, das als Kranken- und Mutterhaus diente, welches auch noch heute existiert, wurde 1868 gelegt. Nach mehreren Umbauten war es nach 1874 möglich, 12-15 Kinder aufzunehmen. Die Bettenzahl erhöhte sich im weiteren Verlauf auf 25, nach Errichtung einer Isolierbaracke 1885 auf 41. Der Bau des Säuglingsheimes 1911 im Mühlweg bot 50 erkrankten Kindern Platz (Riechwien 1988, S. 8-15). Die Einrichtung gehörte zum Diakonischen Werk der Kirchenprovinz Sachsen.

Nachdem das Krankenhaus beide Weltkriege ohne größere Schäden überstanden hatte, mussten 1945 250 Betten an die sowjetische Armee verpachtet werden, für die Hallesche Bevölkerung standen im Diakonissenkrankenhaus somit nur noch 153 Betten zur Verfügung (Riechwien 1989, S. 55), 46 davon für die Betreuung von Kindern. Aus der neu entstandenen Situation heraus zog die Kinderabteilung in ein separates Haus in der Lafontainstraße. Dort bestand die Möglichkeit, ca. 25 Säuglinge im Erdgeschoss und maximal 20 größere Kinder im Vorschul- und Grundschulalter in der ersten Etage medizinisch zu versorgen. Größere Kinder (10-12 Jahre) lagen häufig auf Erwachsenenstationen.

Der fachliche Schwerpunkt der Klinik lag in der allgemeinen Pädiatrie. 1968 konnte eine pädiatrische Ambulanz nach Genehmigung durch den Rat der Stadt, Abteilung Gesundheits- und Sozialwesen, eröffnet werden.

Die Kinderabteilung wurde von 1945-1960 durch Prof. Dr. Walter Grävinghoff (1891-1975), der auch für das benachbarte Kinderkrankenhaus Martha-Maria zuständig war (vgl. Kapitel Kinderkrankenhaus Martha-Maria), geleitet. Ab 1960 erhielt er Unterstützung von Frau Dr. Annelise Vosbeck (geb.1920), die die Leitung später übernahm (Riechwie 1988, S. 55f.).

Die Leitung der Pflegekräfte (Diakonissen und sog. „freie“ Schwestern) hatte eine Diakonisse. Dies war bis zur Schließung der Einrichtung Sr. Herta Kummertat.

Seit 1910 besaß das Haus eine eigene, staatlich anerkannte Krankenpflegeschule und ab 1920 zusätzlich eine Kinderkrankenpflegeschule. Grävinghoff vermittelte den Krankenschwestern für allgemeine Krankenpflege spezielle Kenntnisse, die für die Betreuung kranker Kinder erforderlich waren. Der christliche Geist wurde, wie in anderen konfessionellen Kinderkliniken auch, durch die dort Tätigen vermittelt, indem sie mit den Kindern beteten, sangen und in Vorbereitung auf christliche Feiertage bastelten.

Wegen mangelnder Bettenauslastung, durch die erfolgreiche Behandlung der Infektionskrankheiten und Ernährungsstörungen, entschied sich der Träger 1979 zur Schließung der Säuglingsstation und 1980 zur Schließung der Kinderabteilung sowie der Ambulanz (Interview Kummertat, Turre 1979, S. 159f.).

4.5 Kinderklinik Martha-Maria in Halle (Saale)

Seit 1912 gab es in Halle, erst in der Wieland-, später in der Sophienstraße, eine Schwesternstation. Die Schwestern erbten von einer Dame, die sie zuvor gepflegt hatten, ein Grundstück mit einem zugehörigen Gebäude. Dies sollte für karitative Zwecke genutzt werden. Zur gleichen Zeit fehlte eine Unterbringungsmöglichkeit für kranke Kinder. So wurde am 24.4.1947 die Kinderklinik Martha-Maria in Halle (Saale) vom Mutterhaus „Martha-Maria“ mit Sitz in Nürnberg gegründet. Nach der Teilung Deutschlands wurde das Eigentum zur treuhänderischen Verwaltung an die Evangelisch-Methodistische Kirche der

DDR übertragen. Verwaltungsmäßig und organisatorisch gehörte die Kinderklinik zu den Evangelisch-Methodistischen Diakonissenwerken in der DDR mit Sitz in Leipzig.

Die Kinderklinik verfügte bei Gründung über 25 Betten. Noch im gleichen Jahr konnte durch die Anmietung weiterer Räume in einem Nachbarhaus die Bettenzahl auf 37 erhöht werden, 1950 waren es schließlich 60 und ab 1954 82 Betten. Entsprechend dem Bedarf wurden die Betten zur Behandlung der an Tuberkulose erkrankten Kinder und für intern kranke Kinder genutzt (Solbrig 1979, S. 260f.). Die 82 Betten verteilten sich auf drei Stationen, die örtlich getrennt, aber in enger Nachbarschaft (Bereich Fährstraße/Riveufer) waren: 15 Säuglingsbetten, 35 Betten für Kinder im Kleinkindalter und 35 Betten für Schulkinder. Bereits in den 80er Jahren wurde eine Zimmerpflege praktiziert. Auch soziale Indikationen waren häufig Grund zur Einweisung. Mit der Einstellung des Orthopäden Dr. Hoyer erfolgte eine partielle Umprofilierung zu einer orthopädischen Kinderklinik mit 40 Betten, worin man auch vom Rat der Stadt unterstützt wurde, da es außer der orthopädischen Universitätsklinik keinen Anlaufpunkt für Kinder mit orthopädischen Krankheitsbildern gab. Zu diesem Zweck wurde eine Veranda zum Turnsaal ausgebaut und eine zweite Physiotherapeutin eingestellt. Abhängig davon, ob die Kinder vorrangig wegen orthopädischer oder allgemeinpädiatrischer Erkrankungen aufgenommen werden mussten, wurden sie in unterschiedlichen Zimmern auf einer Station betreut. Stets war die Klinik auch Anlaufpunkt für akute Erkrankungen. Außerdem existierte noch eine allgemeinpädiatrische Ambulanz.

In den ersten Jahren wurden die Patienten von Gravinghoff betreut, der Leitender Arzt der Kinderklinik des Evangelischen Diakonissenkrankenhauses in Halle war. Aus der Personalunion des leitenden Arztes, der auch eine eigene Kinderarztpraxis betrieb, ergaben sich enge Kontakte zur nahegelegenen Kinderklinik des Diakonissenkrankenhauses in Halle. Bis 1951 wurden die Kinder zum Röntgen in einem Kinder- oder Handwagen dorthin gefahren. Aus der Praxis von Gravinghoff stammten viele der eingewiesenen Patienten beider Kinderkliniken. Seit 1960 war die Kinderärztin Frau Dr. Irmgard Hoyer (geb. 1928) in der Kinderklinik Martha–Maria tätig, die 1964 ärztliche Leiterin der Kinderabteilung wurde. Durch sie kam auch 1964 der Orthopäde Herr Dr. Bruno Hoyer (1926-1988) an die Klinik, der vorher an der Orthopädischen Klinik der Martin-Luther-Universität gearbeitet hatte (Riechwie 1988, S. 57-60). Während Frau Dr. Hoyer bis zu ihrem Ausscheiden 1990 Leiterin der pädiatrischen Abteilung war, war ihr Mann bis zu seinem Tod ärztlicher Direktor

der Einrichtung. Diese Aufgabe übernahm nach ihm der Orthopäde Dr. Gerhard Brauer (geb. 1943).

Die Funktion der Oberschwester hatte bis 1979 eine Diakonisse inne, die Gründerin Sr. Elisabeth Lange. In der Anfangszeit vermittelte Gravinghoff den Diakonissen, die für die allgemeine Krankenpflege ausgebildet waren, spezielle Kenntnisse, die für die Pflege erkrankter Kinder notwendig waren.

Später wurden auch Kinderkrankenschwestern ausgebildet. Sie absolvierten einen Teil der praktischen Ausbildung zur Kinderkrankenschwester in der Kinderklinik als Schülerinnen. Die theoretische Ausbildung erfolgte zentral in der Krankenpflegeschule des Evangelisch-Methodistischen Diakoniewerkes in Leipzig. Praktikumsorte waren Halle (Saale), Leipzig, Karl-Marx-Stadt und Plauen. Es wurde angestrebt, jedes Bett möglichst lückenlos zu belegen, da nur das belegte Bett auch bezahlt wurde. Kinder mit orthopädischen Erkrankungen und den häufig damit verbundenen langen Verweildauern wurden in der Klinik unterrichtet. Von der Sonderschule für Behinderte waren im Krankenhaus zwei Lehrerinnen und zwei Kindergärtnerinnen dauernd tätig.

Der christliche Charakter des Hauses wurde durch die Präsenz der Diakonissen, der diakonischen Schwestern, der Schülerinnen und der freien Schwestern, die sich diesem Geist auch verpflichtet fühlten, gelebt (Interview Ide).

Die Kinderklinik, die zuletzt 15 Betten hatte, wurde 1994 geschlossen

4.6 Kinderklinik am St. Vincenz-Krankenhaus in Heilbad Heiligenstadt

Das Krankenhaus St. Vincenz in Heiligenstadt war als einziges der 10 aufgeführten Kinderkrankenhäuser nicht in der für die DDR typischen Diaspora, sondern in einer Region angesiedelt, in der ein Großteil der Bevölkerung der römisch-katholischen Konfession angehört. Die Caritas war Träger des Krankenhauses.

Initiator und Gründer des Krankenhauses war der Pfarrer der Heiligenstädter Gemeinde St. Aegidien, Dr. Conrad Zehrt, der später auch Bischöflicher Kommissarius wurde. Zusammen mit zwei weiteren Heiligenstädterinnen stiftete er Geld, mit dem die erforderlichen Grundstücke erworben werden konnten. Die Eröffnung des St. Vincenz-Krankenhauses mit

17 Betten fand am 8. Dezember 1845 statt. Die Pflege und Betreuung der Kranken übernahmen Vincentinerinnen aus dem Mutterhaus in Paderborn. 1871/72 wurde ein Erweiterungsbau fertiggestellt, dem 1890 der Bau des Vorderhauses folgte. 1897 konnte sich die Chirurgie als erste eigenständige Abteilung im Haus etablieren, in die die Gynäkologie und die Geburtshilfe integriert waren. Seit 1932 verfügt das Krankenhaus über eine eigenen Krankenschwesternschule. Es überstand die Weltkriege ohne Zerstörungen der Bausubstanz, jedoch machten auch dort die allgemeinen Auswirkungen keinen Halt vor dem Krankenhaus.

1948 wurde die Innere Abteilung eine eigenständige Abteilung. Mit einem Anbau des St. Vincenz-Krankenhauses 1966 waren erstmals die räumlichen Voraussetzungen für eine separate Kinderstation mit 27 Betten gegeben, bis 1981 erhöhte sich die Zahl auf 35.

In der Kinderabteilung wurden allgemeinpädiatrische Krankheiten behandelt. Es gab eine allgemeine pädiatrische Sprechstunde. Ein kontinuierlicher pädiatrischer Bereitschaftsdienst am Krankenhaus für Akuterkrankungen und Notfälle für die Stadt Heiligenstadt konnte nur durch die Mitarbeit der niedergelassenen Kinderärzte realisiert werden. Einen fachlichen Schwerpunkt stellte die Betreuung von Frühgeborenen ab der 34. Schwangerschaftswoche dar. Dafür war die Nähe zur Gynäkologie und Geburtshilfe von Vorteil. Ein sich in einer anderen Abteilung befindendes Ultraschallgerät konnte mitgenutzt werden. Dies wurde auch dank der Unterstützung in Form von medizintechnischen Geräten (Infusomaten, Überwachungsgeräten) durch die Caritas möglich. Am St. Vincenz-Krankenhaus wurden konsiliarisch die Fachrichtungen Augenheilkunde und HNO (durch Belegärzte) sowie die Chirurgie und Anästhesie bei fachübergreifenden Problemfällen mit zu Rate gezogen.

Die dort stationär versorgten Kinder wurden ärztlicherseits auf Belegarztbasis von dem Kinderarzt Dr. Adolf Apel (geb. 1933) betreut. Frau Dr. Renate Bülow (geb. 1945) begann ihrer Tätigkeit als Leiterin der Abteilung, die inzwischen 35 Betten hatte, am 01.04.1981. Die Situation, dass Frau Dr. Bülow einzige Kinderärztin am Krankenhaus war, blieb bis zur Einstellung einer Kollegin 1988 so bestehen.

Sr. Ruthildis und Sr. Odela, beides Vincentinerinnen, oblag die Leitung aller Pflegekräfte, somit auch die der Kinderabteilung. Über eine eigene Kinderkrankenpflegeschule verfügte das Krankenhaus nicht. Viele Absolventinnen, die aus dem Eichsfeld stammten und am

St. Barbara-Krankenhaus in Halle (Saale) eine Ausbildung erfahren hatten, kamen danach zurück, um am St. Vincenz–Krankenhaus zu arbeiten.

Auf den Kinderstationen waren Ordensschwestern nicht präsent, Kindergärtnerinnen beschäftigten sich mit den Kindern und ließen sie auf ihre Weise an kirchlichen Festen und Traditionen teilhaben. Die Akzeptanz der Kinderklinik in der Bevölkerung war in der katholischen Enklave Eichsfeld besonders groß. Hier kannte jeder jeden, so dass viele persönliche Kontakte auch zu Vertretern der staatlichen Behörden existierten, die die Zusammenarbeit ohne größere Probleme ermöglichten. Auch diese wandten sich im Krankheitsfall der eigenen Kinder vertrauensvoll an die Ärzte und Schwestern des konfessionellen Krankenhauses.

Eine Beschulung der Kinder im schulpflichtigen Alter fand sporadisch statt.

Die Kinderklinik betreut zur Zeit 28 Betten sowie die Neugeborenen der Entbindungsabteilung.

(Interview Bülow; Deutscher Caritaverband 1982)

4.7 Kinderklinik des Luise-Henrietten-Stiftes in Lehnin

Zur DDR-Zeit gehörte das Luise-Henrietten-Stift der Evangelischen Kirche Berlin-Brandenburg an.

In der Nachkriegszeit wurde hier 1945 ein Notkrankenhaus mit 200 Betten gegründet. Zur Zeit des Nationalsozialismus befanden sich auf dem Gelände Baracken, die von den Nationalsozialisten als Verwaltungsgebäude genutzt wurden (Niklaus 1977, S. 92). Nachdem die Räume zum Kriegsende fluchtartig verlassen worden waren, erklärten sich die Diakonissen des Mutterhauses sofort bereit, die Patienten aus zwei zerstörten Krankenhäusern der unmittelbaren Umgebung dorthin aufzunehmen. Dazu gab es viele verletzte Flüchtlinge, vor allem schwerkranke und durch Tieffliegerbeschuss verwundete Kinder.

Das Krankenhaus hatte 180 Betten und beherbergte zur DDR-Zeit drei Abteilungen: eine Abteilung für Innere Medizin, eine für Chirurgie und eine für Kinderkrankheiten. Bis 1967 existierte eine Entbindungsstation, in der drei Hebammen tätig waren. Erforderliche Schnittenbindungen wurden durch die chirurgischen Kollegen realisiert. Weiterhin gab es

eine Fachambulanz für Chirurgie, eine Kranken- und Kinderkrankenpflegeschule sowie andere soziale Einrichtungen.

Erkrankte Kinder wurden bereits ab 1945 separat untergebracht und medizinisch betreut. Als Vorläufer der späteren Kinderabteilung und der Kinderkrankenpflege kann man ein bereits 1923 gegründetes Säuglingsheim und eine 1927 gegründete Kinderpflegerinnenschule nennen. Die Kinderabteilung war in einem sonst als Kinderheim genutzten Gebäude untergebracht, das „Kinderhaus“ genannt wurde.

In den Jahren von 1946-1951 waren zusätzlich 50 an Tuberkulose erkrankte Kinder aus dem Kinderkrankenhaus Berlin-Wedding untergebracht. Die Kinder waren vorrangig an Typhus, Ernährungsstörungen, Meningitiden, Osteomyelitiden, Pneumonien und anderen allgemeinpädiatrischen Krankheiten erkrankt. Die Bettenzahl betrug ab 1953 52 Betten. Die Abteilung war strukturiert in eine innere und eine Säuglingsstation sowie eine weitere Station für Kinder mit chirurgischen Krankheitsbildern. Auch Kinder mit kinderchirurgischen Krankheitsbildern und Frühgeborene wurden in Lehnin betreut. Durch persönliche Kontakte zwischen den Chefarzten anderer Bezirke wurden häufig Kinder mit bronchopulmonalen Problemen aus der stark luftverschmutzten Industrieregion Bitterfeld/Leipzig für einen längeren Zeitraum von vier Wochen aufgenommen (im Sinne einer Kur). Von 1980 an spezialisierte man sich nach Maßgabe des Ministeriums auf Neuropsychiatrie, 10 Betten wurden dafür genutzt.

Das Krankenhaus verfügte über eine allgemeinpädiatrische Sprechstunde, das nächstgelegene Krankenhaus befand sich im ca. 20 km weit entfernten Brandenburg.

In dem Zeitraum zwischen 1970-1980 gingen die Klinikseinweisungen zurück. Gründe dafür waren die bezahlte Freistellung der Mütter bei Erkrankung ihrer Kinder, die Auswirkungen der Geburtenplanung und die verbesserte ambulante Versorgung. Die ambulante Sprechstunde, die Chefarzt Dr. Freitag an der Klinik hielt, wurde ab 1980 in das Landambulatorium verlegt.

Die ersten Ärzte waren Flüchtlinge aus den deutschen Ostgebieten. Am 01.04.1945 wurde mit Dr. Loercke ein Vertrag über ärztliche Versorgung des Säuglings- und Kinderheimes abgeschlossen. Ebenfalls 1945 begann die Internistin Frau Dr. Ingeborg Freudel (geb. 1913) ihre Tätigkeit in der Kinderabteilung des Luise-Henrietten-Stiftes. Sie war vorher am katholischen St. Josefs-Krankenhaus in Potsdam beschäftigt gewesen, bis dieses durch einen

Bombenvolltreffer zerstört worden war. 1965 wurde die Leitung der Kinderabteilung dem Kinderarzt Dr. Eberhard Freitag (1935-1991) angetragen. Nach dessen plötzlichem Tod arbeitete Frau Dr. Weppner in Lehnin, die dieses Amt bis zur Schließung der Kinderabteilung bekleidete.

Am 07.04.1945 nahm der Chirurg Dr. Gustav Schülke, der davor im Evangelischen Krankenhaus in Posen angestellt und vertrieben worden war, seine Tätigkeit auf. Er arbeitete 11 Jahre in Lehnin. Neben den Erwachsenen versorgte er alle Kinder mit chirurgischen, infektiös- und ernährungsbedingten Krankheiten. Auf Drängen seiner Familie ging er 1956 nach Westdeutschland. Nach seinem Fortgang lag die chirurgische Betreuung der Kinder in den Händen von Dr. Günther Brandt, der 1992 aus Altersgründen ausschied. Die spärliche ärztliche Versorgung durch einen Chefarzt und nur einen Assistenzarzt spiegelt den engen Personalschlüssel wider.

Die pflegerische Leitung oblag von 1949-1968 der Diakonisse Sr. Flora, ihre Nachfolgerin war Sr. Ruth Sommermeyer, ebenfalls Diakonisse, die bis 1997 Oberin war. Seit Beginn der 70er Jahre waren neben vielen zivilen Pflegekräften auch diakonische Schwestern in allen Bereichen tätig.

Das Krankenhaus hatte ab 1946 eine Krankenpflegeschule und von 1969-1993 eine eigene Kinderkrankenpflegeschule. Die Ausbildungskapazität zusammen mit der Krankenpflegeschule betrug 27 Plätze pro Jahr, 12 davon waren für Kinderkrankenschwestern reserviert. Die Schülerinnen, die zu Beginn des Pflegevorjahres das 17. Lebensjahr noch nicht erreicht hatten, absolvierten ein vordiakonisches Jahr. Die Ausbildungsdauer betrug wie überall üblich drei Jahre (jeweils ein Jahr Pflegekurs, ein Jahr Unterkurs und ein Jahr Oberkurs). Lehnin war auch Ausbildungsstätte für Schülerinnen anderer Schwesternschaften und anderer Mutterhäuser der DDR (Niklaus 1986).

Pastor Werner Nicklaus, der gleichzeitig als Stiftsvorsteher fungierte, war eigens für das Luise-Henrietten-Stift zuständig. Es wurde gebetet, gesungen und Kindergottesdienste gefeiert. Besonders wurde dabei auch auf behinderte Kinder eingegangen. Ab Mitte der 70er Jahre waren zusätzlich zwei Kindergärtnerinnen angestellt.

Von Sr. Oberin Ruth Sommermeyer wird berichtet, dass die Versorgung der kranken Patienten durch hoch motiviertes Personal erfolgte. Von der Bevölkerung wurde dies so hoch

geschätzt, dass sie 1972 demonstrierte, um die drohende Schließung der Ambulanz abzuwenden.

Die Kinderabteilung wurde 1993 geschlossen.

(Interview Sommermeyer)

4.8 Kinderklinik des Stiftes Bethlehem in Ludwigslust

Die Gründung des Kinderhospitals, das den Ausgangspunkt eines ganzen Krankenhauskomplexes darstellte, ist eng mit Helene v. Bülow verbunden. Sie wurde am 14.01.1816 in Camin (Nähe Ludwigslust) als drittes von 12 Kindern geboren. Nach dem Tod des Vaters und eines Bruders sowie der Typhuserkrankung eines anderen Bruders reifte in ihr der Entschluss, Kranke berufsmäßig pflegen zu wollen. Sie erhielt ihre Ausbildung im Diakonissenhaus in Kaiserswerth, wo sie Pastor Theodor Fliedner kennen lernte. Danach kehrte sie zu ihrer Mutter nach Ludwigslust zurück, wo sie in einem Armen- und Krankenbesuchskreis mitwirkte. Dort gründete sie 1847 ein kleines Kinderhospital, in dem sechs bis acht Kinder Platz fanden. Die Kosten dafür wurden größtenteils von ihr selber bestritten. Fliedner, mit dem sie nach ihrer Ausbildung noch in Verbindung stand, ermutigte sie, wegen der inzwischen unzureichenden Räume des bestehenden Gebäudes, einen Neubau zu errichten. So entstand 1851 neben dem Diakonissen-Mutterhaus mit Waisenhaus und Frauenkrankenhaus ein größeres Kinderhospital. In den neugeschaffenen Räumlichkeiten fanden 20 Kinder, 15 Frauen und Schwestern Platz. Frau von Bülow war die erste Oberin. Auf einem benachbarten Gelände bauten die Johanniter noch zwei Krankenhäuser, die 1867 organisatorisch an das Krankenhaus übergingen. Ein weiterer Krankenhausneubau folgte 1888 mit 60 Betten. 1905 wurde das erste Röntgengerät angeschafft. Nach dem 1. Weltkrieg, der insbesondere durch den Abzug von qualifiziertem Personal für das Krankenhaus spürbar wurde, hatte es insbesondere finanzielle Probleme in der Zeit der Inflation 1921/22, in der alle Rücklagen aufgebraucht wurden.

Die Krankenhausleitung, einschließlich des Stiftsprobstes Rugenstein und seines Nachfolgers Preß, bekannte sich sehr frühzeitig zur Idee des Nationalsozialismus. Dennoch wurde es 1939 von den Nationalsozialisten beschlagnahmt, was jedoch nicht konsequent umgesetzt wurde. Wie bereits im 1. Weltkrieg wurde das Krankenhaus auch während des 2. Weltkrieges als Lazarett genutzt. Zu dieser Zeit verfügte das Krankenhaus über 240 Betten, zeitweise wurden aber bis zu 600 Patienten betreut.

Zu DDR-Zeiten hatte das Haus eine Bettenkapazität von 436 (Interview Bahr). Das Stift Bethlehem ist ein Krankenhauskomplex, der zu DDR-Zeiten die Funktion eines Kreiskrankenhauses mit medizinischer Vollversorgung hatte. Zum Krankenhaus gehörten neben der Abteilung für Kinderheilkunde die Abteilungen für Innere Medizin und für Chirurgie, Gynäkologie/Geburtshilfe und für Anästhesie/Intensivmedizin. Es gehörte zum Diakonischen Werk der Evangelisch-Lutherischen Landeskirche Mecklenburgs (Braune 1977, S. 143-146).

Die Kinderabteilung war die einzige Spezialeinrichtung in dieser ländlichen, dünn besiedelten Region Nordostdeutschlands. Die Kinderärzte wurden dringend zur Bekämpfung der Säuglings- und Kindersterblichkeit benötigt. Deshalb gehörte neben ihrer Krankenhaustätigkeit auch das Impfen in den Krippen zu ihrer Arbeit.

Anfangs wurden die pädiatrischen Patienten auf zwei separaten Stationen durch Internisten des Stiftes mitbetreut, bis ein Kollege, der in der städtischen Poliklinik angestellt war, die Betreuung mit übernahm. Von 1965 bis 1967 konnte durch einen Anbau an das bereits bestehende Kinderhaus die räumliche Situation der Kinderklinik erheblich verbessert werden. Eine Unterstützung durch die Bayrische Landesregierung erfuhr das Krankenhaus u.a. durch die Bereitstellung von Scharnieren für Kippfenster, die im Anbau des Kinderhauses verwendet werden sollten. Sie sollten auf dem Postweg zugestellt werden, ein Teil davon ist aber nie angekommen, was zur Bauverzögerung geführt hat. In dem durch den Anbau erweiterten Gebäude fanden 69 Betten Platz. Davon waren 49 rein „pädiatrisch“, die übrigen standen der Chirurgie und der HNO-Abteilung, zum Teil als Belegarztbetten, zur Verfügung. Ab 1967 wurde die Kinderabteilung eine eigenständige Abteilung.

Die Kinderklinik war rund um die Uhr zur Notfallversorgung bereit. Zusätzlich bestand eine allgemeinpädiatrische Sprechstunde. Mit steigender Anzahl der ärztlichen Kollegen in den 80er Jahren waren auch die personellen Voraussetzungen für die spezialisierte Betreuung einzelner Gebiete möglich. Es wurden Dispensaires für Allergologie, Nephrologie, Diabetes, Entwicklungsdiagnostik und Epilepsie eingerichtet. Ein wichtiger Schritt war die Etablierung des damals neuen diagnostischen Verfahrens Sonographie. Von den am Krankenhaus tätigen kinderärztlichen Kollegen wurde ein kleineres, sich ebenfalls in Ludwigslust befindendes Krankenhaus („Haus Sonnenschein“) für entwicklungsgestörte Kleinkinder bei pädiatrischen

Belangen mit versorgt. Diese Einrichtung unterstand ebenfalls dem Diakonischen Werk der Evangelisch-Lutherischen Landeskirche Mecklenburgs.

Die Kinderärztin Frau Dr. Johanna Bahr (geb. 1934) wurde 1967 Chefärztin der Kinderabteilung. Sie kannte das Haus bereits durch ihre Tätigkeit im pflegerischen Bereich von 1952-1953. Als Fachärztin für Kinderheilkunde war sie dann ab 1963 im Stift angestellt und nahm bereits zu diesem Zeitpunkt Leitungsaufgaben wahr. Ihr Schicksal, in dieser Zeit kein Einzelfall, war geprägt durch die ostdeutsche Nachkriegsgeschichte und sei deshalb hier erwähnt. Sie wurde 1952 wegen ihrer engagierten Mitarbeit in der Evangelischen Studentengemeinde an ihrem Studienort Rostock nach erfolgreichem Absolvieren ihres Physikums „relegiert“. Nach Stalins Tod 1953, dem im Ostblock eine politische „Tauwetterperiode“ folgte, stellte sie bei der Hochschule persönlich den Antrag, das Studium unter den veränderten Bedingungen fortsetzen zu können. Der Bescheid fiel positiv aus (Anlage 3).

Eine Besonderheit des Krankenhauses war die gemeinsame schwesterliche Leitung durch Diakonissen und Diakonieschwestern, die so erstmals an einer Einrichtung praktiziert wurde. Das Haus unterhielt eine eigene Kranken- und Kinderkrankenpflegeschule, die auch für andere Mutterhäuser ausbildete (Jenner 2001, S. 90f.).

Die Betreuung im Krankenhaus konfrontierte die Eltern und ihre Kinder mit einer besonderen Form der Glaubensausübung am Beispiel der stets präsenten Diakonissen, die auch auf den Stationen wohnten. In den 80er Jahren wurden zur Beschäftigung und seelsorgerischen Betreuung zwei speziell ausgebildete Kräfte eingestellt. Die größeren Kinder erhielten auf Wunsch der Kinderabteilung im Krankenhaus ab 1972 Schulunterricht. Für die personellen und finanziellen Voraussetzungen fühlte sich die Abteilung Volksbildung des Rates des Kreises verantwortlich.

Probleme mit den staatlichen Stellen traten auf, wenn es um Importe, Pflegesatz, Baukapazitäten oder Stellenbesetzungen ging. Viele kinderärztliche Kollegen, die später in staatlichen Einrichtungen tätig waren, haben ihre Weiterbildung zum Facharzt im Stift Bethlehem absolviert.

Mit dem Ausscheiden des letzten Chefarztes, Herrn Professor Dr. Stefan Wässer (geb. 1940), 2004, der in den Ruhestand ging, wurde die Kinderklinik geschlossen (Interview Bahr).

4.9 Kinderklinik Anna-Hospital in Schwerin (Bezirk Schwerin, heute Bundesland Mecklenburg-Vorpommern)

Die Eröffnung des Anna-Hospitals am 30.12.1866 verdankte man in erster Linie Ida Masius, die als Vorsitzende des Frauenvereins für Krankenpflege den Anstoß für eine Stiftung gab. In ihrem Haus wurden anfangs 15 Kinder betreut. Friedrich Franz II., Großherzog von Mecklenburg, stellte die finanziellen Mittel für den Neubau eines neuen, größeren Kinderkrankenhauses zur Verfügung, das nach seiner im Alter von sieben Jahren verstorbenen Tochter Anna benannt wurde. Dieses diente ab 1883 mit 24 Betten der medizinischen Versorgung kranker Kinder. 1887 wurde die ärztliche Leitung dem Leibarzt des Großherzogs, Carl von Meppenheim (1824-1898), übertragen, der dieses Amt bis 1898 inne hatte. Danach war Dr. Berwald im Anna-Hospital angestellt. Nach seinem Ausscheiden erfolgte die medizinische Versorgung durch Belegärzte. Das Anna-Hospital besaß bereits 1899, vier Jahre nach Einführung der Röntgendiagnostik, eine spezielle Röntgenanlage für Kinder. 1911 wurde eine separate Babystation in Betrieb genommen und 1913 eine Zentralheizung installiert.

Das Anna-Hospital war lange Zeit, noch vor Rostock, das größte Kinderkrankenhaus im Bereich Nordostdeutschlands. Während des Nationalsozialismus wurde das Krankenhaus enteignet. Es gehörte in den Zuständigkeitsbereich des Diakonischen Werkes der Evangelisch-Lutherischen Landeskirche Mecklenburgs - Innere Mission und Hilfswerk. Aufsichtsbehörde dieser Stiftung war jedoch der zuständige Oberkirchenrat.

Der Oberbürgermeister von Schwerin versuchte im April 1945, die Kinderklinik unter städtische Verwaltung zu stellen. Als Begründung führte er an, dass das Anna-Hospital eine private Anstalt wäre, die nur Kinder aufnehmen würde, die es aufnehmen wolle. Da dies nicht den Tatsachen entsprach, wurde dem seitens des Krankenhauses heftig widersprochen und der Wechsel der Verwaltung konnte verhindert werden (Gebauer 2003, S. 38f.).

Obwohl das Hospital die Kriegsjahre ohne größeren Schaden an den Gebäuden überstanden hatte, bestand in der Zeit danach ein permanenter Bettenmangel. Regulär konnten 80 Kinder aufgenommen werden, nicht selten wurden bis zu 118, maximal 140 Kinder aufgenommen. Aus der Not heraus lagen zeitweise auch zwei Frühgeborene in nur einem Bett. Ende der 50er Jahre konnten das Waschhaus umgebaut und eine größere Milchküche, ein Kühlraum und mehrerer Teeküchen eingerichtet werden. Das Haus bot seit den 60er Jahren Platz für 125

pädiatrische Betten (Braune 1977, S. 145), die auf sieben Stationen verteilt waren (drei Säuglingsstationen, zwei Stationen für Kleinkinder, eine Infektionsstation und eine Station für Kinder mit längerer Liegedauer). 1963 wurde ein neues Verwaltungsgebäude eingeweiht, in den dadurch freiwerdenden Gebäuden wurde Wohnraum für Schwestern geschaffen. Ein weiterer Gebäudekomplex mit Unterrichts- und Internatsräumen, einem Speiseraum und Funktionsräumen wurde 1986 in Betrieb genommen.

In der Nachkriegszeit dominierten wie vielerorts Krankheitsbilder wie Ernährungsstörungen und Infektionskrankheiten. Mit der Aufnahme der Chefarztstätigkeit 1967 durch Herrn Dr. Ulf Erben spezialisierte sich die Kinderklinik auf die Diagnostik und Therapie der Zöliakie, der Nieren- und Stoffwechselerkrankungen. Das Anna-Hospital hatte ebenso wie die 1980 errichtete Kinderklinik am Bezirkskrankenhaus eine Notfallambulanz.

Chefärzte des Anna-Hospitals waren von ca. 1950 bis 1956 Frau Dr. Roux und von 1956 bis 1967 Dr. Fridjof Erben (1902-1969). Nach dessen krankheitsbedingtem Ausscheiden übernahm ein Kollege der Bezirkskinderklinik vertretungsweise die Leitung des Anna-Hospitals. Der Sohn von Dr. Fridjof Erben, Dr. Ulf Erben (1935-1994), war im Anna-Hospital als Chefarzt von 1967 bis 1992 tätig. Erwähnenswert in seiner Biographie ist die in jener Zeit nicht seltene Tatsache, dass er in den Jahren 1952/53 wegen seines Engagements in der kirchlichen Gemeinde vorübergehend von der Oberschule suspendiert worden war, jedoch später den Schulbesuch fortsetzen konnte (Interview Erben).

Wie in allen kirchlichen Einrichtungen war auch in Schwerin die Arbeitskräftesituation immer prekär, die Einstellungen von ärztlichen Kollegen bedurften der Zustimmung des Kreisarztes. Die personelle Lage entspannte sich etwas durch die Regelung, dass Kollegen in der Ausbildung zum Facharzt für Allgemeinmedizin eine dreimonatige Weiterbildung im Fach Pädiatrie im Anna-Hospital absolvieren konnten. Auch angehende Kinderärzte verbrachten einen Teil der Zeit zur Facharztausbildung dort. Dadurch ergaben sich viele persönliche Kontakte, die sich später positiv auf das Einweisungsverhalten der niedergelassenen Kollegen auswirkten.

Bis 1950 waren im Krankenhaus vorrangig Diakonissen beschäftigt, danach Diakonieschwestern des Zehlendorfer Verbandes und sogenannte „freie Schwestern“. Die pflegerische Leitung oblag Sr. Marie Stadler, Sr. Ilse Diesing, Sr. Monika Findeisen und Sr. Gabriele Spehling.

Seit 1950 war dem Hospital eine Kinderkrankenpflegeschule angeschlossen. Die Ausbildung umfasste auch dort bis 1974 1 Jahr Vorpraktikum und anschließend zwei Jahre Ausbildung, später schloss sich dem Vorpraktikum eine dreijährige Ausbildung an. Pro Kurs standen 15 Ausbildungsplätze zur Verfügung. Das Vorpraktikum wurde meist in einem kirchlichen Kinderheim abgeleistet.

Ab der 70er Jahre war Dr. J. Hebert das geistliche Oberhaupt des Kinderhospitals.

Bereits zum Zeitpunkt der Planung des neuen Bezirkskrankenhauses in Schwerin bestand von staatlicher Seite das Ansinnen, das Anna-Hospital zu schließen. Mit der Errichtung einer Bezirkskinderklinik „Weinbergstraße“ 1951 im Schlosspark, in der auch bis 60 Frühgeborene betreut werden konnten, reduzierte sich dieses Patientengut im Laufe der Zeit im Anna-Hospital. In einem Schreiben hieß es „... durch die Vereinheitlichung und Verstaatlichung des Gesundheitswesens können alle Errungenschaften der medizinischen Wissenschaft unterschiedslos allen zugänglich gemacht werden.“ (Gebauer 2003, S. 62ff.).

Das 1980 errichtete Bezirkskrankenhaus vereinte die wichtigsten Fachrichtungen einschließlich der Kinderheilkunde an einem Standort. Die Kinderklinik des Bezirkskrankenhauses beinhaltete nun neben der Frühgeborenenstation eine Hämatologie-Onkologie, eine Rheumatologie sowie eine Kinderintensivstation, Subspezialisierungen, über die das evangelische Anna-Hospital nicht verfügte.

Das Anna-Hospital profitierte zeitweise von der deutlich günstigeren Verkehrsanbindung als das Bezirkskrankenhaus, was sich direkt auf die Bettenbelegung auswirkte. Die Akzeptanz dieses traditionsreichen Kinderhospitals in der Bevölkerung war sehr hoch.

Konflikte mit staatlichen Stellen gab es zum Beispiel anlässlich des Besuches von Erich Honecker Anfang der 80er Jahre in Schwerin, als man sich weigerte zu flaggen. Als problematisch wurde auch die unzureichende Bereitstellung von Heizmaterial für die Wintermonate geschildert. Auf der anderen Seite gab es aber auch eine Zusammenarbeit mit staatlichen Stellen. So wurde das Krankenhaus gefragt, ob man 10 bereits importierte Kinderbetten aus Schweden kaufen wollte, da das staatliche Krankenhaus kein Geld mehr dafür hatte. In einem Fall, als ein Antibiotikum dringend benötigt wurde, aber auf offiziellem Wege nicht erhältlich war, wurde dies über das Diakonische Werk organisiert. Bananen, die über Rezept für an Zöliakie erkrankte Kinder besorgt wurden, mussten direkt im Hafen in Rostock in Empfang genommen werden. Eine Erteilung von Schulunterricht im Krankenhaus

insbesondere für Patienten mit längerer Liegedauer wurde auf Antrag des Chefarztes seit 1970 durch zwei Lehrer realisiert.

Die Kinderklinik wurde aufgrund fehlender Finanzen für eine Umstrukturierung gegen den heftigen Protest der Bevölkerung 1994 geschlossen. In den Gebäuden sind heute Schulen und eine Sozialstation untergebracht.

(Interview Findeisen; Kerber)

4.10 Kinderabteilung des Paul-Gerhard-Stiftes in Lutherstadt Wittenberg (Bezirk Halle, heute Bundesland Sachsen-Anhalt)

Das Krankenhaus unterstand der Evangelischen Kirche der Kirchenprovinz Sachsen.

Die Idee zur Einrichtung des Krankenhauses entstand anlässlich einer Erinnerungsfeier zum 200. Todestag von Paul Gerhard, dem großen Theologen und Liederdichter, am 7.6.1876 in Gräfenhainichen (Böhmer 1983, S. 40). Mit der Errichtung des Krankenhauses, das eine Arbeitsstätte des praktischen Christentums und der tätigen Nächstenliebe sein sollte, wollte man ihm ein würdiges Denkmal setzen. Das Krankenhaus wurde 1883 eröffnet; damit konnten 63 Patienten versorgt werden. Zehn Jahre später erhöhte sich die Anzahl auf 162 und später auf 205. Dank finanzieller Unterstützung durch den Kreis, die Stadt und die angrenzenden Gemeinden konnten erforderliche bauliche Erweiterungen vorgenommen werden, bis 1910 ein Neubau in der Paul-Gerhard-Straße errichtet wurde. Nach weiteren Anbauten hatte das Paul-Gerhard-Stift 1939 eine Bettenkapazität von 563 Betten zur Behandlung von internistischen, chirurgischen und gynäkologischen Erkrankungen.

1940 konnten erstmals Kinder in einem freigewordenen Gebäude aufgenommen werden. In den Kriegsjahren 1941-1943 mussten Luftschutzbunker und ein Operationsbunker errichtet werden und es setzte Lazarett-Tätigkeit ein. In dieser Zeit kam es unter den Neugeborenen zu einer Enterokolitis-Endemie, an der von 57 erkrankten Kindern 19 verstorben sind. Daraufhin bemühte sich das Krankenhaus erstmals um die Anstellung eines Kinderarztes. In der Nachkriegszeit wurden die Räumlichkeiten des Paul-Gerhard-Stiftes auf Befehl der SMAD auch für die Unterbringung einer staatlichen Poliklinik genutzt, bis dann das Krankenhaus bald selbst über eine eigene Fachambulanz verfügte

Mit einer durchschnittlichen Gesamtbettenzahl von 560 (Interview Steiniger) war das Krankenhaus Paul-Gerhard-Stift das größte evangelische Krankenhaus der DDR. Das

Krankenhaus verfügte über eine innere, eine chirurgische, eine intensivmedizinische, eine radiologische, eine geburtshilflich-gynäkologische und eine pädiatrische Abteilung. Außerdem standen ein eigenes Zentrallabor und eine Pathologie zur Verfügung. Das Haus war eine Anstalt der Inneren Mission und hatte damals den Status eines Kreiskrankenhauses.

Diese Kinderabteilung war die einzige in Wittenberg, die nächstgelegenen vergleichbaren Einrichtungen befanden sich in Bitterfeld, Dessau, Halle (Saale), Leipzig und Berlin.

Die Kinderabteilung mit 58 Betten war in zwei Stationen unterteilt (eine für Säuglinge und eine für größere Kinder). In den Jahren 1979/80 wurde ein neonatologisches Zimmer im Kreißsaalbereich errichtet, das vorerst mit Couveusen, später zusätzlich mit einem Inkubator der Firma Draeger ausgestattet war. Über eine zentrale Sauerstoffanlage verfügte man damals noch nicht, die Versorgung erfolgte über O₂-Flaschen. Von 1979-1983 erfolgte der Umbau der Wochenstation mit einer integrierten neonatologischen Station. Für das Jahr 1982 wird eine Bettenzahl von 45 angegeben (sowie zusätzlich 26 kinderchirurgische Betten, die jedoch der chirurgischen Abteilung zugeordnet waren).

In enger Zusammenarbeit mit der im Haus befindlichen geburtshilflich-gynäkologischen Klinik und der benachbarten Entbindungsklinik Bosse wurde ein perinatologisches Zentrum mit einer neonatologischen Station mit 16 Betten und zunächst drei Beatmungsplätzen geschaffen. Die für die damalige Situation gute gerätetechnische Ausstattung war nur dank der Unterstützung durch das Diakonische Werk möglich. In den frühen Jahren der Nachkriegszeit erfolgten auch andere Formen der Hilfe, so z.B. Nesselstoff zur Herstellung von Bettbezügen im Wert von ca. 7000 DM vom Partnerkrankenhaus Mühlheim/Ruhr (Interview Besler).

Mit dem Chefarztwechsel 1984 wurden Schwerpunkte zur Betreuung von Stoffwechsel-, endokrinologischen (insbesondere Diabetes mellitus), Herzkreislauf-, gastroenterologischen (einschließlich Endoskopie), allergischen und neurologischen sowie Nierenerkrankungen geschaffen. Kinder mit kinderchirurgischen Erkrankungen wurden seit 1983 auf einer kinderchirurgischen Station innerhalb der Kinderklinik durch einen Facharzt für Kinderchirurgie (Oberarzt Dr. Opitz), der der chirurgischen Klinik zugeordnet war, versorgt. In der seit 1984 bestehenden Spezialambulanz für ausgewählte Krankheitsfälle, in die die ambulant tätigen Kollegen Problemfälle einwiesen, wurden ca. 8000-10000 Patienten/Jahr versorgt. Darüber hinaus existierte eine Kindernotfallambulanz.

Mit Frau Dr. Sophia Jaeger (1907-2001) wurden die erkrankten Kinder auf einer separaten Station Ende der 40er Jahre erstmals von einer Kinderärztin betreut (Anlage 5), die außerdem noch eine große eigene Kinderarztpraxis in Wittenberg unterhielt. Zuvor waren die Kinder meist von internistischen Kollegen mitversorgt worden. Auf die Leitung von Frau Jaeger folgte 1963 Frau Dr. Christine Hagedorn (geb. 1921). Von 1984 bis 2002 (mit Unterbrechungen) fungierte Dr. Udo Steiniger (geb. 1930) als Chefarzt, der davor im Kreiskrankenhaus Borna als solcher tätig war und nach seinen Angaben aus politischen Gründen nach Wittenberg wechselte.

Die Schwesternschaft bestand zu ca. zwei Dritteln aus evangelischen Diakonieschwestern und zu einem Drittel aus „freien Schwestern“ (Schulz 1977, S. 169). Mit Schwester Erika Augsten gab es ab 1986 eine eigene Abteilungsschwester für die Kinderabteilung.

Das Paul-Gerhard-Stift verfügte bereits 1911 über eine eigene Krankenpflegeschule. Gemeinsam mit dem konfessionellen Kinderhospital Altenburg und dem staatlichen Bezirkskrankenhaus Dessau bildete man auch Kinderkrankenschwestern aus (ca. 25 Schülerinnen/Jahr).

Die in einem christlichen Krankenhaus selbstverständlichen christlichen Inhalte wurden von den Diakonissen, den Diakonieschwestern, den freien Kinderkrankenschwestern und den Schülerinnen vermittelt, die mit den Kindern beteten und sangen. Ergänzt wurde deren Arbeit durch Pastor Gierra und eine Kinderdiakonin, Frau Flügel, die sonntags Kindergottesdienste abhielten sowie durch eine Kindergärtnerin, die seit 1984 ihren Dienst versah. Der Alltag lässt sich gut vorstellen, wenn man den damals gebräuchlichen Spruch: „Singen, Beten, Licht aus“ liest (Interview Besler).

Auf Antrag der Kinderklinik erfolgte in den Hauptfächern eine Beschulung durch einen Lehrer, vor allem für Kinder mit längeren Liegezeiten, z. B. mit rheumatischen Erkrankungen. Kinder mit Diabetes mellitus konnten während der stationären Behandlung die nächstgelegene Schule besuchen.

Die Zusammenarbeit mit den staatlichen Stellen war in den 80er Jahren erstaunlich unkompliziert, was möglicherweise mit im Lutherjahr 1983 begründet war. Aus diesem Anlass wurde durch Erich Honecker, Generalsekretär des Zentralkomitees der SED und

Vorsitzender des Staatsrates der DDR, persönlich verfügt, ein neues Schwesternhaus zu erbauen, welches wegen der unzureichenden und mangelhaften Hotelkapazität in Wittenberg zunächst den zu erwartenden nationalen und internationalen kirchlichen Würdenträger dienen sollte. Nach den Feierlichkeiten diene dieses Haus als Schwesternwohn- und Gästehaus, im Souterrain konnte auch noch die Krankenpflegeschule untergebracht werden (Interview Besler; Steiniger).

Die Kinderklinik besteht heute mit 42 Betten.

5 Diskussion

5.1 Daseinsberechtigung

Mehrere durch die historische Entwicklung bedingte Faktoren führten dazu, dass lediglich in der SBZ/DDR und sonst in keinem anderen sozialistischen Staat konfessionelle Krankenhäuser weiter bestehen bleiben konnten (Mecklinger 1998, S. 18). Dabei muss chronologisch differenziert vorgegangen werden. Abhängig von den jeweiligen Ereignissen, Strömungen und Stimmungen waren auch die Argumente und ihre Gewichtung unterschiedlich, die die Existenz der kirchlichen Einrichtungen rechtfertigten. Die Entwicklung der Beziehung zwischen Staat und Kirchen zwischen 1945 bis 1989/90 spiegelt sich auch in dem Umgang mit den kirchlichen Krankenhäusern und ihren Kinderabteilungen wider. Eine Grundvoraussetzung für den Bestand war, dass im Gegensatz zu anderen sozialistischen Staaten in der SBZ/DDR keine Enteignung der Kirchen stattgefunden hat (Dähn 1993, S. 8; Fukala 1994, S. 35f.). Damit waren die Kirchen bzw. ihre Rechtsträger weiterhin Eigentümer von Klöstern und Grundbesitz, aber auch von Krankenhäusern und von Schulen für Krankenpflege und Sozialeinrichtungen. In der Anfangszeit hätten einige Ortskommandanten an Neugründungen von Caritaskrankenhäusern Interesse gehabt, um mit der Nachkriegsnot fertig zu werden (Kösters/Tischner 2001, S. 239). Die Sozialistische Einheitspartei Deutschlands (SED) setzte sich auf ihrem Vereinigungsparteitag 1946 für den Schutz des kirchlichen Eigentums ein (Heise 1982, S. 12f.).

Möglicherweise spielten die kriegsbedingten Zerstörungen baulicher Kapazitäten eine Rolle (Fukala 1994, S. 36). Das jedoch hatte für die Nutzer den Nachteil, dass die vorhandenen Altbauten in Betrieb blieben und im Bedarfsfall auch renoviert wurden.

Nachdem man auf staatlicher Seite in der Nachkriegsperiode offenbar froh über die noch vorhandenen kirchlichen medizinischen Kapazitäten war, entbrannte die Diskussion um deren Fortbestand erneut nach der Gründung der DDR. Es bestand die Sorge, dass den Kirchen das Betreiben von Krankenhäusern untersagt werden könnte. Auch unter den Mitgliedern der SED wurde das Thema „Umgang mit Gläubigen und deren Einrichtungen“ kontrovers diskutiert (Heise 1982, S.153).

Gründe, die die DDR-Regierung bewogen haben könnten, sich nicht grundsätzlich anders zu entscheiden, waren möglicherweise, 1. dass Einrichtungen und Persönlichkeiten beider großer Kirchen Widerstand gegen das national-sozialistische Euthanasieprogramm geleistet hatten

und damit antifaschistisch eingestuft worden waren, 2. dass zuvor die SMAD die Caritas und die Diakonie akzeptiert und aufgefordert hatten, ihre Tätigkeit wieder aufzunehmen (Kösters/Tischner 2001, S. 238f.) und 3. dass die Volkssolidarität kein Verdrängungsinteresse gegenüber kirchlichen Einrichtungen hatte.

Die formale Eigenständigkeit war den Kirchen in der Verfassung der DDR zugestanden worden und wurde bei innerkirchlichen Entscheidungen größtenteils auch akzeptiert. Deshalb band man die Caritas organisatorisch an die katholische Kirche (bzw. die Diakonie an die evangelische Kirche), weil sie damit auch unter dem ausdrücklichen Schutz des katholischen Bischofs stand und ihr Bestehen gesichert war (Pilvousek 2001, S. 162). Einen eigenständigen Vereinsstatus durften die Caritas bzw. die Diakonie nicht besitzen, da alle nicht freien Organisationen verboten waren. Durch Zuordnung zu den Kirchen besaßen sie gewisse Handlungsspielräume, d.h. Unterhaltung eigener sozialer Dienste und Einrichtungen: Krankenhäuser, Heime, Beratungsstellen, Kindergärten. Darüber hinaus war dadurch die Möglichkeit gegeben, eigene Ausbildungsstätten zu unterhalten und z.B. (im Bereich der Caritas) jährlich 250 Ausbildungsplätze zu Krankenschwestern/Krankenpflegern und Kinderkrankenschwestern durch die Ausbildungsvereinbarung von 1975 bereit zu stellen.

Der Ausspruch vor internationalem Publikum „Sie sehen hier die einzige Caritas zwischen Elbe und Wladiwostok“, der wahrscheinlich von Alfred Kardinal Bengsch (1921-1979), seit 1962 Bischof von Berlin, geprägt wurde, ließe sich ebenso auf die Diakonie übertragen. Beide blieben als einzige Organisationen dieser Art im gesamten Ostblock bestehen. Darin ist die Tatsache begründet, dass lediglich in der DDR und sonst in keinem anderen Ostblockstaat, selbst nicht in einem durch die katholische Kirche geprägten Land wie Polen (dort nur bis 1950), überhaupt konfessionelle Krankenhäuser bestehen blieben (Pilvousek 2001, S. 180, Kösters/Tischner 2001 S. 238ff.).

Ausdruck für die enge Verbindung z.B. zwischen der Caritas und der katholischen Kirche war u.a., dass Josef Kardinal Bengsch (1921-1979) als Protektor der Caritas fungierte. Mitglieder der Berliner Ordinarienkonferenz (später Berliner Bischofskonferenz) nahmen gelegentlich an Sitzungen der Caritas teil (Pilvousek 2001, S. 165).

Für die Tätigkeit der konfessionellen Krankenhäuser war die Schaffung bzw. Erhaltung tragfähiger Rahmenbedingungen erforderlich. Das geschah durch regelmäßige Kontakte sowie wichtige Absprachen und Vereinbarungen, vor allem mit dem Ministerium für Gesundheitswesen. Verhandlungspartner auf Seiten der katholischen Kirche war insbesondere Stolte vom Deutschen Caritasverein (Pilvousek 2001, S. 155f.; Puschmann 1990, S.100).

Die Situation der Diakonie und deren Zuständigkeit für die von ihr unterhaltenen Kinderkrankenhäuser war die gleiche wie die der Caritas.

Es erscheint auch möglich, dass die Akzeptanz der „alten“ Kirchen (wobei die evangelische Kirche zahlenmäßig überwog) in der Bevölkerung Berücksichtigung fand. Diese war nach dem 2. Weltkrieg (volkskirchliche Grundlage) noch größer als in den 70er und 80er Jahren (Kösters/Tischner 2001, S. 240) und der Einfluss des „jungen“ Staates noch gering.

Die katholische Kirche befand sich in Ostdeutschland in einer Diaspora-Situation. Bekannten sich vor dem 2. Weltkrieg nur rund 6 % der Bewohner in dem Gebiet der späteren DDR zum katholischen Glauben, erhöhte sich nach Beendigung des Krieges die Zahl durch den Zuzug von Vertriebenen. Nach Gründung der DDR gehörten 89,5 % der Bevölkerung (ca. 16,7 Millionen Einwohnern) einer Kirche an (75 % der evangelischen und 14,5 % der katholischen Kirche). Damit war eine große Akzeptanz kirchlicher Einrichtungen einzukalkulieren (Heise 1982, S. 19). 1964 zählten sich 8,1 % der Bevölkerung im Rahmen einer Volkszählung der katholischen Kirche zugehörig. Bei späteren Volkszählungen wurde dieser Aspekt der Bevölkerung nicht mehr erfasst (Herbst et al. 1994, S. 852). Dieser „Minoritätenstatus“ hat die Einflussmöglichkeiten der Caritas neben der Behinderung durch den sozialistischen Staat deutlich eingeschränkt. Dennoch wirkte sie durch eine beträchtliche Zahl von caritativen Einrichtungen und auch Krankenhäusern in die Gesellschaft.

Von Heise ist darauf hingewiesen worden, dass die in der Verfassung festgelegte Trennung von Kirche und Staat nicht bedeutete, auf Regelungen zu verzichten, die im beiderseitigen Interesse lagen und vor allem dem Wohl der Werktätigen dienten. Schließlich einigte man sich jedoch darauf, dass die Sicherstellung der medizinischen Versorgung der Bevölkerung das Hauptanliegen der aktuellen Lage sein muss (Heise 1982, S. V).

Möglicherweise wollte man mit der Tatsache, dass die Regierung DDR-typische Lösungen fand, zeigen, dass die DDR nicht starr Regelungen anderer sozialistischer Länder (z.B. UdSSR) übernahm und dass der Staat insbesondere dort nach konstruktiven Regelungen suchte, wo gesamtgesellschaftliche Interessen berührt wurden und gemeinsame Anstrengungen der Bevölkerung nützten (Heise 1982, S. 155). Zugeständnisse wurden nachweislich auch gemacht, um bei den bevorstehenden Wahlen am 15.10.1950 (Wahlen zur Volkskammer, zu den Landtagen, Kreistagen, Stadtverordneten-Versammlung und Gemeindevertretungen) keine negativen Auswirkungen heraufzubeschwören. Außerdem

befürchtete die SMAD bei Repressalien die Negativpropaganda des Auslands (Rupieper 1998, S. 29).

Anfang der 50er Jahre verfolgte die Regierung der DDR den Kurs des forcierten Aufbaus des Sozialismus und damit die systematische Übertragung des sowjetischen Modells auf Ostdeutschland mit stalinistischen Methoden. Dabei überspannte die Regierung unter Ulbricht den Bogen. Das Verhältnis zwischen Staat und Kirchen verschlechterte sich zunehmend (Herrmann 1991, S. 47). Im Mai 1953 wurden u.a. Kinder- und Altenheime in Trägerschaft der Caritas Ziel repressiver Maßnahmen. Krankenhäuser waren nur indirekt durch die Einschränkung von Straßensammlungen der Caritas betroffen (Kösters 2001, S. 93). Es kam zu einer großen Unzufriedenheit in der Bevölkerung, die sich auch in der verstärkten Fluchtbewegung nach Westdeutschland widerspiegelte. Nach Stalins Tod im März 1953 drängte die Sowjetunion nach Kurskorrektur im eigenen Land auch die Regierung der DDR zu Liberalisierung und Revidierung von Überspitzungen. Es wurden zwar einzelne Zugeständnisse gemacht, jedoch unter Einbehaltung der überhöhten sozialistischen Normen in der Produktion. Diese waren der Anlass für den am 17.06.1953 im ganzen Land ausbrechenden Volksaufstand (Herrmann 1991, S. 47). Nach dem 1971 stattfindenden VIII. Parteitag der SED stand die Einheit von Wirtschaft- und Sozialpolitik im Vordergrund, mit dessen Beschlüssen auch die gesundheitliche Versorgung der Bevölkerung verbessert werden sollte (Seidler 1996, S. 244).

Außen-, deutschland- und innenpolitisch versuchte man, durch die Mitarbeit, Toleranz und Großzügigkeit der konfessionellen Träger eigene Kooperationsbereitschaft und –fähigkeit zu demonstrieren (Kaiser 1999, S. 73). So entwickelte sich für die finanzschwache DDR die Möglichkeit, über die konfessionellen Krankenhäuser an Devisen (Valuta-Mark) zu gelangen (Genex/Limex), die der medizinischen Versorgung der Werktätigen zugute kamen.

Die überdurchschnittliche technische Ausstattung stand auch Patienten staatlicher Krankenhäuser zur Verfügung, die z.B. zu Untersuchungen an bestimmten Geräten überwiesen wurden. Prof. Dr. med. Ludwig Mecklinger (1919-1994), Minister für Gesundheitswesen der DDR von 1971 bis 1988, resümierte „...Das Ministerium (für Gesundheitswesen) hatte allen Grund, angesichts des Platzes der konfessionellen Krankenhäuser im System der medizinischen Betreuung davon auszugehen, dass diese

moderne Ausstattung für Leistungen zur Verfügung stehen könnten, die von staatlichen Einrichtungen erbeten werden“ (Mecklinger 1998, S. 33).

Schließlich waren die geographische Nähe der DDR zur Bundesrepublik und zu ihren Medien (Dohle 1995, S. 9; Willms 2001, S. 192) sowie die engen verwandtschaftlichen Beziehungen zwischen den Bürgern beider deutscher Staaten für den sozialistischen Staat DDR immer zu bedenkende Entscheidungskriterien im Spannungsfeld zu den Kirchen.

Diese verschiedenen, für die sozialistischen Staaten in Ost- und Südosteuropa ungewöhnlichen Rücksichten führten dazu, dass kein kirchliches Krankenhaus in der DDR auf staatlichen Druck hin geschlossen wurde und dass sie sich in engen Grenzen entwickeln und fachlich profilieren konnten.

5.2 Besonderheiten kirchlicher Kinderkliniken

Bettenzahl, Verteilung

1982 rangierte die Pädiatrie mit 15601 Betten bei der Bettenzahl an 4. Stelle (1960 5. Stelle) hinter den „großen“ Fachrichtungen in der Medizin“ (Tabelle 2). Rund neun Prozent der Gesamtbettenzahl entfielen auf die Pädiatrie bei einem Anteil aller bis 15 jährigen an der Gesamtbevölkerung von ca. 21 % (Staatl. Zentralverw. f. Stat.).

Tab. 2: Bettenverteilung (Staatl. Zentralverwaltung f. Stat.)

Bettenzahl insgesamt 1982	171280
Innere Medizin	36880
Chirurgie	31816
Psychiatrie	30090
Pädiatrie	15601
Pädiatrie (in konf. Krankenhäusern)	685

In den konfessionellen Krankenhäusern befanden sich ca. 685 pädiatrischen Betten (Deutscher Caritasverband, Diakonisches Werk). Damit befanden sich 4,2 % der Gesamtkinderbettenzahl in konfessionellen Kinderabteilungen. Der allgemeine Prozentsatz betrug 6,9 % (Krankenhausbetten aller Fachrichtungen in kirchlichen Krankenhäusern in Bezug auf Gesamtbettenzahl stationärer Einrichtungen in der DDR) (Anlage 6). Die Behandlung in

einem konfessionellen Krankenhaus war lt. RKK bzw. RKO-DW selbstverständlich unabhängig von einer Religionszugehörigkeit. Der Anteil der Christen an der Gesamtpatientenzahl betrug jedoch 45 % bei einem Bevölkerungsanteil von nur ca. 14 % (Pruß 1993, S. 200).

Die Entwicklung der Bettenanzahl in der Pädiatrie zeigt die allgemeine Entwicklung in allen Krankenhäusern unabhängig von den Eigentumsverhältnissen. Der „Babyboom“ in der Nachkriegszeit und der hohe Anteil berufstätiger Frauen den ersten Jahrzehnten nach dem 2. Weltkrieg spiegelte sich u.a. in dem Bedarf an pädiatrischen Betten wider. Seit den 70er Jahren verringerte sich dieser Bedarf durch folgende Faktoren: Rückgang der Infektionskrankheiten und der Folgen der Fehl- und Mangelernährung, zentralisierte und optimierte Organisation der ambulanten Versorgung, Abnahme der Geburtenzahl und längere Freistellung nach Geburt eines Kindes bei vollem Lohnausgleich.

Stationäre Einweisungen sowohl in staatliche als auch in konfessionelle Kinderkliniken wurden meist durch die in staatlichen Polikliniken tätigen Kinderärzte nach medizinischer Indikation und Wunsch der Eltern vorgenommen. Nach der Etablierung der Fachambulanzen an kirchlichen Kinderkliniken konnten durch sie auch direkte Einweisungen erfolgen. In der Praxis waren die in der Poliklinik tätigen Kinderärzte froh, überhaupt ein freies Bett für ein erkranktes Kind zu finden. Die Trägerschaft des aufnehmenden Kinderkrankenhauses hatte keine Bedeutung.

Unterschiede zwischen staatlichen und konfessionellen Kinderkliniken gab es auch hinsichtlich der regionalen Verteilung.

Staatliche Kinderkliniken und Abteilungen waren spätestens seit den 70er Jahren in allen Bezirksstädten und in den meisten Kreisstädten anzutreffen.

Die geographische Verteilung der 10 konfessionellen Kinderkrankenhäuser innerhalb der DDR ist in Bezug auf die Verteilung über die Länder und später über die Bezirke (ab 1952) ungleichmäßig und erklärt sich aus den regionalen Gegebenheiten und nach dem Bedarf. In einer Stadt wie Halle (Saale) gab es z.B. drei Kinderkrankenhäuser in konfessioneller Trägerschaft und in Großstädten wie Berlin, Dresden, Leipzig keines.

Fünf Kinderkrankenhäuser befanden sich in Bezirksstädten, die übrigen fünf in dünn besiedelten Gebieten, was auf die Aktivität der kirchlichen Krankenhausträger zurückzuführen ist.

Finanzierung

Im Unterschied zu den staatlichen Einrichtungen erhielten die katholischen und evangelischen Krankenhäuser als Vergütung für ihre Leistungen vom Ministerium für Gesundheitswesen Pflegekostensätze bewilligt, die nur auf den tatsächlichen Kosten des Vorjahres basierten, womit Defizite programmiert waren (Höser 1999, S. 122). Mit den Erlösen aus Pflegekostensätzen waren Modernisierungen im Krankenhaus, laufende Instandhaltungskosten und notwendige Investitionen nicht finanzierbar. Das Weiterbestehen der Krankenhäuser auf dieser Grundlage wäre fraglich gewesen. Ein weiterer gravierender Unterschied zu den staatlichen Krankenhäusern bestand darin, dass die Bezahlung der Pflegekosten nur für das belegte Bett erfolgte. Es erforderte harte Kalkulationen, leer stehende Betten infolge mangelnder Bettenauslastung oder Renovierungs- und Reparaturarbeiten anderweitig mitzufinanzieren (Fukala 1994, S. 36).

Die kirchlichen Einrichtungen wurden durch den Staat benachteiligt, wenn es um die Planung und Zuweisung von Investitionen und Reparaturkapazitäten ging. Sie erhielten so gut wie keine sog. Bilanzanteile für medizintechnische Geräte, für Handwerker und Baumaterial (Willms 2001, S. 193).

Im Oktober 1977 wurde zwischen den Ministerien für Gesundheitswesen und dem Deutschen Caritasverband bzw. dem Diakonischen Werk die so genannte „Finanzierungsregelung“ vereinbart, die eine finanzielle Verbesserung für die beigetretenen Krankenhäuser brachte (Stolte 2001, S. 81f.).

In größeren Krankenhäusern gab es einen Stamm von angestellten Handwerkern zur Selbsthilfe. Außerdem wurde von der gesetzlichen Möglichkeit Gebrauch gemacht, „zusätzliche Arbeit bei der Vorbereitung und Durchführung von Baumaßnahmen“ durchzuführen. Diese sog. „Feierabendtätigkeit“ (Anordnung ü. die Zuverlässigk.) glich einer legalisierten Schwarzarbeit, spielte aber eine entscheidende Rolle, wenn in einem Krankenhaus etwas umgebaut werden musste, sodass man eher von legalisierter Schwarzarbeit sprechen konnte (Willms 2001, S. 193).

Die oben angedeutete Lücke der staatlichen Finanzierung wurde über die kirchlichen Beschaffungsstellen und zentralen kirchlichen Bauprogramme ausgeglichen.

Diese zentrale kirchliche Unterstützung der Krankenhäuser wie auch die Hilfe für die andere kirchliche Bereiche wurde finanziert durch die Zuschüsse und Spenden der Jurisdiktionsbezirke/Bistümer der DDR, durch die Straßensammlungen von Diakonie und Caritas, vor allem aber durch die finanzielle Hilfe der Kirchen in der Bundesrepublik und durch die Hilfen der Bundesregierung, die insbesondere bei der Beschaffung von moderner Medizintechnik und bei Bauvorhaben entscheidend war (Puschmann 2001, S. 54; Thiel 2001, S. 42f.; Wilms 2001 S. 59-69).

Zuverlässige Angaben über den Umfang der zentralen kirchlichen Spenden und der Zuschüsse der Bundesregierung, differenziert nach den einzelnen kirchlichen Bereichen, sind nicht bekannt.

Bauliche Situation

Nach Beendigung des Krieges waren zahlreiche Krankenhäuser zerstört oder schwer beschädigt. Es bestand ein erheblicher Bedarf an Renovierungen und Neubauten, um die gesundheitliche Versorgung sicherzustellen. In vielen Fällen waren keine Finanzaufwendungen zu erwarten. Diese Misere betraf sowohl staatliche als auch kirchliche Krankenhäuser. Manchmal mussten Abteilungen geschlossen werden, weil die Heizung oder das Dach defekt waren und durch improvisierte Ausbesserung der Schaden nicht behoben werden konnte (Arnold/Schirmer 1990, S. 104; Sachverständigenrat 1991, S. 127). Folge der überalterten baulichen Verhältnisse war auch, dass größeren Einrichtungen mehrere Zweigstellen zugeordnet wurden, die dann zwar dezentral, jedoch in Gebäuden mit besserer Bausubstanz untergebracht waren (Herbst et al. 1994, S. 362f.).

Eine Mitte der 60er Jahre durchgeführte Untersuchung zeigte, dass über 60 % der vorhandenen Krankenhäuser vor 1900 erbaut worden waren. Die erforderlichen Aufwendungen zur Aufrechterhaltung der Betriebsfähigkeit stiegen immer mehr, das Problem wurde jedoch verdrängt. Ab 1971 rückten die Probleme der medizinischen Versorgung wieder mehr in den Vordergrund. Es folgte eine kritische Bestandsaufnahme. Diese ergab u.a., dass in den zurückliegenden 25 Jahren von 620 Krankenhäusern lediglich 16 neu errichtet worden waren. Mit Hilfe eines Neubauprogrammes sollte der Neubau von Polikliniken verstärkt gefördert werden. Außerdem sollte als Schwerpunkt ein Neubau der Berliner Charité und ein neues Regierungskrankenhaus in Berlin errichtet werden, was eine Benachteiligung aller anderen Bezirke nach sich zog (Herbst et al. 1994, S. 362f.). Kirchliche Krankenhäuser wurden bei staatlichen Investitionen nicht berücksichtigt, sie mussten andere Wege gehen. Mit Hilfe eines Valuta-Sonderbauprogrammes der Kirchen Anfang der 70er Jahre gelang es,

auch einige konfessionelle Gesundheitseinrichtungen zu rekonstruieren und Nebengebäude zu errichten.

Rahmenkrankenhausordnung

Verbindliche Regelungen für alle Krankenhäuser wurden durch Gesetze und in Verfügungen und Mitteilungen getroffen, die meist durch das Ministerium für Gesundheitswesen herausgegeben wurden. Eine wesentliche Neuordnung der Grundsätze, Aufgaben und Organisation von Krankenhäusern war mit der sog. Rahmen-Krankenhausordnung erfolgt (Stolte 2001, S. 72, S. 82f.).

Am 14. November 1979 erließ der Minister für Gesundheitswesen eine Anordnung (Anordnung über die RKO), durch die eine neue Rahmen-Krankenhausordnung (RKO) in Kraft gesetzt wurde. Diese RKO regelte detailliert Aufgaben und Organisation der staatlichen Krankenhäuser. Außerdem enthielt sie im Teil B ausführliche „Grundsätze für die medizinische Betreuung der Patienten“ mit vielen gesundheitsrechtlichen Bestimmungen. Vielleicht auch wegen einer einheitlichen Regelung von medizinischen Betreuungsgrundsätzen für Patientinnen und Patienten aller Krankenhäuser wurde überraschenderweise den Trägern nichtstaatlicher Krankenhäuser überlassen (§3 Abs. 2 der Anordnung), „Aufgaben, Leitung und innere Organisation“ ihrer Einrichtungen selbst zu regeln. Sie hatten dabei (lediglich) die prinzipiellen Festlegungen der RKO, insbesondere oben genannte Grundsätze, zu berücksichtigen.

Mit Träger waren hier offensichtlich nicht die Rechtsträger der einzelnen kirchlichen Krankenhäuser gemeint, sondern die Kirchen bzw. die Diakonie und die Caritas. Diese wollten die einmalige Chance wahrnehmen.

Für die evangelischen Krankenhäuser wurde die „Rahmenkrankenhausordnung des Diakonischen Werkes – Innere Mission und Hilfswerk - der Evangelischen Kirchen in der Deutschen Demokratischen Republik“ vom 05.06.1980 (hier RKO/DW genannt) formuliert und in Kraft gesetzt (Diakonisches Werk 1982).

In der katholischen Kirche wurde eine „Rahmenkrankenhausordnung im Bereich der Berliner Bischofskonferenz“ (RKK)- vom 1. Januar 1984 erarbeitet (Deutscher Caritasverband 1984). Zentrales Anliegen der RKK war, das christliche Selbstverständnis katholischer Krankenhäuser, die Motivierung der Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter, die Regelung eines Leitungssystems unter der Zielsetzung einer Dienstgemeinschaft und unter Beachtung des

Grundsatzes partnerschaftlicher Zusammenarbeit, nicht zuletzt aber auch die Beschreibung der Vertretung katholischer Krankenhäuser gegenüber staatlichen Stellen zu formulieren.

Die RKK diente also einer grundsätzlichen innerkirchlichen Positionsbestimmung und Absicherung, was zwangsläufig zu einer deutlichen Abgrenzung vom staatlichen Gesundheitswesen führte (Stolte 2001, S. 82f.; Willms 2001, S.197f.).

Während beispielsweise in staatlichen Einrichtungen nach dem Leninschen Prinzip der Einzelleitung durch den Ärztlichen Direktor verfahren wurde, lag in katholischen Krankenhäusern die Gesamtverantwortung und die Zuständigkeit für grundsätzliche Angelegenheiten in den Händen des Rechtsträgers bzw. seiner Vertretung (z. B. Kuratorium oder Geschäftsführer). Die laufenden Angelegenheiten des Krankenhauses wurden jedoch kollegial verantwortet durch eine Hausleitung aus Leitendem Chefarzt, Oberin und dem Verwaltungsleiter bzw. durch eine erweiterte Hausleitung (Pilvousek 2001, S. 174). In den evangelischen Krankenhäusern wurde die kollegiale Leitung durch ein Direktorium umgesetzt, das sich aus einem Theologen, einer Oberin, einem Arzt, einem Ökonom und einer Krankenschwester zusammensetzte (Koltzenburg 1983, S. 66-83).

Technische Ausstattung

Die Versorgung mit moderner Medizintechnik und medizinischem Verbrauchsmaterial in der DDR entsprach nicht den Erfordernissen. Eine Grund dafür war die Rückständigkeit der Hersteller in der DDR und in den Ländern des RGW. Ein anderer war die Devisenknappheit, die es selbst Universitätskliniken schwer, für Kreiskrankenhäuser und konfessionelle Krankenhäuser fast unmöglich machte, in der DDR Importe zu erwerben.

Für kirchliche Krankenhäuser bestand die außerordentliche Möglichkeit, notwendige Geräte und Instrumente mit staatlicher Genehmigung als Geschenk auf dem Weg über die Diakonie oder die Caritas zu erhalten (sog. „Geschenkimport“). Das hatte auch den „Vorteil“, dass dadurch weder der Staatshaushalt noch das Budget des Krankenhauses belastet werden musste. Auf diesem Weg gelang eine teilweise überdurchschnittliche Ausstattung der konfessionellen Kinderkliniken z.B. mit Röntgen- und EKG-Geräten, Wärmebetten, Inkubatoren für Frühgeborene, Beatmungssystemen und Überwachungsmonitoren. In vielen Fällen wurde Ärzten der Universitäten und der staatlichen Bezirkskrankenhäuser die Möglichkeit eingeräumt, den Umgang mit solchen Geräten zu erlernen, bis sie selbst über diese Ausstattung verfügen konnten.

Daraus ergab sich ohne Zweifel für die begünstigten Krankenhäuser ein Standortvorteil in einer nivellierten Krankenhaus-Landschaft.

Genehmigung für Fachambulanzen

Die ambulante Betreuung der Bevölkerung war im sozialistischen Gesundheitswesen grundsätzlich den staatlichen medizinischen Einrichtungen vorbehalten. Eine Ausnahme bildete die immer geringer werdende Zahl niedergelassener Ärzte. Die Krankenhausträger hatten mehrfach erfolglos versucht, auch an konfessionellen Krankenhäusern Ambulanzen zu etablieren. Sie waren gegenüber den staatlichen Krankenhäusern, denen im allgemeinen Polikliniken angegliedert waren, im Nachteil. Nach einer Ablehnung wurde Widerspruch eingelegt und nach weiteren Verhandlungen, die sich über knapp zwei Jahre hinzogen, gelang es 1971 im Zuge der Teilnahme am Notaufnahmedienst schließlich, Fachambulanzen in konfessionellen Krankenhäusern einzurichten (z.B. pädiatrische Nieren-Dispensaire- und Kinder- und Frühgeborenen-Nachsorgesprechstunden). In der Krankenhaus-Rahmenordnung von 1984 werden sie als Regel-Bereiche ausgewiesen (Deutscher Caritasverband 1984, Nrn. 60, 66, 67; Diakonisches Werk 1980, B I/3; Willms 2001, S. 195).

Die Vergütung der ambulanten Leistungen erfolgte auf der Grundlage von Pflegekostensätzen.

Christliche Symbole

Die Aufnahme in einem konfessionellen Krankenhaus ist für viele atheistische Bürger der DDR möglicherweise die erste, und für manche sicher auch die einzige Begegnung mit der Kirche gewesen. Anliegen der Kirche war es unter anderem, die Erfahrung zu vermitteln, dass sie für alle Menschen, auch oder gerade für Andersdenkende, Kranke und Behinderte ihren Dienst anbietet (Freytag 1987, S. 20). Die kirchlichen Kinderkrankenhäuser wurden, ohne dass davon gesprochen wurde, von der Bevölkerung sehr wohl als „Kirche“ wahrgenommen, während die Amtskirche oder die Kirchengemeinden kaum bzw. keine Wirkung in der Öffentlichkeit hatten (Interview Fukala; Kösters/Tischner 2001, S. 238).

Unterschiede im Krankenhausalltag im Vergleich zu staatlichen Kinderkliniken wurden deutlich durch:

- Gebete, Lieder, Andachten oder Gottesdienste auf den Stationen mit den Patienten, Pflegekräften und Ärzten (Übertragung über Lautsprecher bzw. Beten auf dem Flur bei geöffneten Türen zu den Patientenzimmern)
- Feiern von Höhepunkten im Kirchenjahr (Patientenweihnachtsfeier, Ostern, in Kinderabteilungen zusätzlich Fasching, Martinstag) z.B. mit Hilfe von Kindergärtnerinnen, die eine kirchliche Ausbildung hatten
- Anbieten von persönlichen Gesprächen
- Kreuze oder andere christliche Symbole in den Zimmern
- Verteilen von Lektüre mit christlichem Inhalt (Kirchenzeitungen, Kalender)
- Anbieten von Sakramenten (Nottaufe, Krankensalbung/letzte Ölung, Bußsakrament)
- Krankenhausseelsorge als selbstverständliches Angebot, nicht wie die geduldete rechtliche Möglichkeit in staatlichen Krankenhäusern
- Geistliche Begleitung des Personals (z.B. Exerzitien) (Deutscher Caritasverband 1984, Nrn. 43, 46; Diakonisches Werk 1980, A/III)

Personal

Bei Neueinstellungen war die fachliche Qualifikation vor der Religionszugehörigkeit entscheidend, die Zugehörigkeit zu einer Religionsgemeinschaft war nicht notwendig. Allerdings wurde von den neuen Mitarbeitern erwartet, den christlichen Charakter des Krankenhauses zu respektieren und sich für die Verwirklichung der kirchlichen Aufgaben gewissenhaft und tatkräftig einzusetzen. Von allen leitenden Mitarbeitern wurde nach der RKK (Deutscher Caritasverband 1984, Nrn. 149; Diakonisches Werk 1980, A/10) erwartet, dass sie fachlich qualifizierte, menschlich engagierte und christlich geprägte Mitarbeiter waren. Die praktische Umsetzung dieser Vorgabe war in einem atheistischen Staat und überwiegend protestantischen Land sehr unterschiedlich. Es wurde zumindest eine aktive Toleranz im Sinne der Dienstaufgabe verlangt, aber nicht eng ausgelegt. In der RKO des Diakonischen Werkes waren auch klare Vorgaben über die Zugehörigkeit zu einer christlichen Kirche als Voraussetzung für eine Einstellung als Leitender Chefarzt oder Chefarzt enthalten.

Im Gegensatz zu Ärzten und Schwestern im staatlichen Bereich gab es keine zusätzlichen finanziellen Zuwendungen in Form von Einzel- oder Kollektivprämien in einer Höhe von 50

bis 150 Mark anlässlich verschiedener staatlicher Feiertage (Tag des Gesundheitswesens, Frauentag, Tag der Republik). Wobei die Mitgliedschaft im Freien Deutschen Gewerkschaftsbund (FDGB) Voraussetzung für den Erhalt der Prämien war (Interview Willms).

Pflegepersonal: Einsatz von Ordensschwestern, Diakonissen und diakonischen Schwestern

Insgesamt waren 1989 ca. 590000 Mitarbeiter im Gesundheits- und Sozialwesen beschäftigt, davon ca. 25000 in konfessionellen Einrichtungen (Arnold/Schirmer 1990, S. 90). In den Einrichtungen des Gesundheitswesens waren, verglichen mit dem prozentualen Anteil der Bevölkerung, sehr viele Christen tätig, da sie dort die Möglichkeit sahen, den Beruf als Berufung auszuüben (Hostombe 1985, S. 233).

In staatlichen Kinderkrankenhäusern waren zumeist Kinderkrankenschwestern tätig, die in (staatlichen) Medizinischen Fachschulen ausgebildet worden waren.

Im Gegensatz dazu bestand das Pflegepersonal in kirchlichen Kinderkrankenhäusern zumindest zur Gründungszeit fast ausschließlich aus Ordensschwestern, Diakonissen und diakonischen Schwestern, die, abgesehen von kurzen Unterbrechungen (Pausen zum Gebet, zu den Mahlzeiten und zum Schlafen), fast immer präsent waren und in fast allen Krankenhausbereichen eingesetzt wurden. Die Ordensschwestern in den katholischen und die Diakonissen und diakonischen Schwestern in den evangelischen Krankenhäusern fielen vor allem durch ihre jeweilige typische Tracht auf. Die Schüler und Schülerinnen der Kranken- und Kinderkrankenpflege der meist den Krankenhäusern zugehörigen Krankenpflegeschulen stellten die zweitgrößte Gruppe der Pflegenden dar. Durch die an das Krankenhaus angeschlossenen Krankenpflegeschulen war die Möglichkeit gegeben, geeignetes Personal auszubilden um dieses später, wenn auch nur partiell, dauerhaft anstellen zu können und damit einen Garanten für die Weitergabe des christlichen Geistes im Pflegeberuf in der später immer größer werdenden Diaspora zu haben. Durch den zahlenmäßigen Rückgang der Ordensleute und den damit verbundenen Engpass im Pflegebereich wurde nach und nach immer mehr „weltliches Personal“ (auch „freie“ Schwestern genannt) eingestellt. Ein Problem war die Gewinnung von geschultem, christlich orientiertem Personal, und dieses vor allem in ausreichender Zahl. Ein Grund für den allgemeinen Kinderkrankenschwestern- und Krankenschwesternmangel lag in der schlechten Bezahlung dieser Berufsgruppe, unattraktiven

Arbeitszeiten und in dem Verlust durch Abwanderung. Ende der 80er Jahre verschärfte sich die Situation infolge des Geburtenrückganges durch die Einführung der Kontrazeption und der Abruptio Ende der 60er bzw. Anfang der 70er Jahre. Krankenschwestern in kirchlichen Krankenhäusern waren bis 1967 finanziell benachteiligt und bezogen bis dahin eine durchschnittliche Nettovergütung von 400 Mark der DDR. Durch Sonderzuschläge für den Schichtdienst erhöhte sich diese für Krankenschwestern im staatlichen Bereich (und nur für diese) um ca. 20 Prozent. Durch den Abschluss der Vergütungsregelung Ende 1967 konnte dieser Unterschied zwischen kirchlichen und staatlichen Einrichtungen, der auch einen Wettbewerbsvorteil darstellte, beseitigt werden und damit eine weitere Dezimierung der Schwesternzahl, auch in kirchlichen Krankenhäusern, aufgehalten werden (Willms 2004, S. 49). Ein weiterer finanzieller Nachteil entstand für die Schülerinnen kirchlicher Krankenhäuser durch den um ein Jahr späteren Beginn der Lohnzahlung durch die längere Ausbildungszeit (durch das sog. Vorpraktikum).

Ausbildung: integrierte Kinderkrankenpflegeschulen mit Vermittlung christlicher Inhalte, Übersicht Kranken- und Kinderkrankenpflegeschulen

Die christlichen Krankenhäuser und ihre Kinderkliniken stellten zur Erfüllung ihres kirchlichen Auftrages hohe Anforderungen an die Eignung und das Verhalten ihrer Mitarbeiterinnen und Mitarbeiter. Die RKK der Caritas führt an „...kranken Menschen durch eine christliche motivierte und sowie fachlich gute ärztliche und pflegerische Betreuung in Verbindung mit dem Angebot seelsorglicher und fürsorglicher Hilfe zu dienen und damit zur Verwirklichung der Diakonie als einer wesentlichen christlichen Grundfunktion beizutragen“ (Deutscher Caritasverband 1984, Nrn. 16; Diakonisches Werk 1980 A/2, A/3).

Die Patientenbetreuung soll im christlichen Krankenhaus entsprechend dem kirchlichen Auftrag „...durch das christliche Verständnis vom Menschen, vom Leben, von Krankheit, Leid, und Tod geprägt sein. Der Kranke soll die Erfahrung machen können, dass er in seiner Gesamtheit mit all seinen Nöten angenommen wird.“ (Deutscher Caritasverband 1984, Nrn. 42).

Eine derart geprägte Mitarbeiterschaft in der Patientenpflege konnte in einem sozialistischen Staat auf Dauer nur durch das Fortbestehen einer eigenen christlich motivierten Krankenpflege-/Kinderkrankenpflege-Ausbildung abgesichert werden.

Kranken-/Kinderkrankenpflege-Ausbildung bis 1975

Bereits vor der Gründung der DDR gab es Schwierigkeiten für christliche Ausbildungseinrichtungen. So erging z.B. bereits am 3.2.1949 ein Erlass vom damaligen Minister für Arbeit und Sozialpolitik des Landes Sachsen-Anhalt, Dr. Mecklinger, an die Krankenpflegeschule des St. Elisabeth-Krankenhauses in Halle (Saale), dass sie ab 1.4.1949 für Neuzugänge gesperrt sei. Dieser Erlass wurde aber bereits am 24.3.1949 nach Intervention der zuständigen Kirchenleitung wieder aufgehoben (Krömer 1997, S. 128).

Anfang der 50er Jahre, als sich die Konflikte zwischen Staat und Kirche zuspitzten, wurden Krankenschwestern in staatlichen Einrichtungen gekündigt, wenn sie ihre Ausbildung an einer kirchlichen Krankenpflegeschule absolviert hatten (Hübner 1998, S. 80).

Bis 1975 konnten sieben katholische Krankenhäuser mit Krankenpflegeschulen jährlich bis zu 175 Schulabgänger/Innen neu in die Ausbildung zur „Vollkrankenschwester“ mit Facharbeiterabschluss und staatlicher Anerkennung aufnehmen (Stolte 2001, S. 78). Neben dem erfolgreichen Abschluss der 10. Klasse wurde von den christlichen Krankenpflegeschulen zusätzlich ein einjähriges Praktikum auf pflegerischem Gebiet gefordert, das vor der eigentlichen Ausbildung abgeleistet wurde (Kiel 1980, S. 117f.).

Im Jahre 1973 kam es in der DDR zu einer grundlegenden Veränderung in der Krankenpflegeausbildung mit Konsequenzen auch für die christlichen Ausbildungskrankenhäuser. Das Ausbildungsniveau sollte angehoben und die mittleren medizinischen Berufe sollten attraktiver gemacht werden, um die Abwanderung in die „Produktion“ zu stoppen.

Deshalb wurde staatlicherseits die Berufsausbildung „mittlerer medizinischer Fachkräfte“ in eine medizinische Fachschulausbildung umgewandelt. Auch wenn damit nicht vordergründig die Schließung der kirchlichen Krankenpflegeschulen beabsichtigt war, so konnte dies aber faktisch das Ende der bisherigen kirchlichen Ausbildungsform bedeuten (Stolte 2001, S. 78). Caritas und Diakonie forderten daraufhin vom Staat eine Fortsetzung der bisherigen Ausbildungsmöglichkeit von „Vollkrankenschwestern“ an kirchlichen Krankenhäusern. Da aber Fachschulen in kirchlicher Trägerschaft für den Staat, der das Bildungsmonopol beanspruchte, nicht in Betracht gezogen wurden, begannen langwierige und schwierige Verhandlungen, die für die katholische Seite von der Zentralstelle der Caritas in Berlin geführt wurden.

Die Schwierigkeiten bestanden darin, dass die Ausbildung zu sog. „Vollkrankenschwestern“ mit Fachschulabschluss nur noch an staatlichen Fachschulen durchgeführt werden sollte und damit eine christliche Prägung im Sinne der Kirchen nicht mehr erfolgen konnte.

Aus diesem Grund war auch das Angebot vom Staat, dass die kirchlichen Krankenhäuser geeignete Bewerber an die staatlichen Medizinischen Fachschulen delegieren könnten, nicht akzeptabel. Kirchlichen Krankenhäusern sollte lediglich die Möglichkeit eingeräumt werden, pflegerische Hilfskräfte mit Fachschulabschluss auszubilden mit der Option, danach ggf. im „Fernstudium“ an einer staatlichen medizinischen Fachschule die Qualifizierung zur Vollschwester zu erlangen (Stolte 2001, S. 78).

Schließlich wurde im Februar 1975 von Seiten des Ministeriums für Gesundheitswesen angeboten, die kirchlichen Ausbildungskapazitäten in die Fachschulausbildung einzubeziehen. Daraufhin wurde eine „Ausbildungsvereinbarung“ entwickelt und verhandelt. In diese Verhandlungen schaltete sich im Mai 1975 überraschend der Staatssekretär für Kirchenfragen mit einem eigenen Entwurf unter ausdrücklichem Bezug auf die Grundlage des Artikel 39 Absatz 2 der „Verfassung der Deutschen Demokratischen Republik vom 6. April 1968“ ein (DDR, S. 20). Er sprach sich auch für eine Unterzeichnung auf höchster Ebene aus. Dabei spielte nach Informationen aus dem Ministerium für Gesundheitswesens eine gewisse Rolle, dass Erzbischof Casaroli, als „Stellvertreter des Rates für Öffentliche Angelegenheiten der katholischen Kirche“ vom 9. bis 14.6.1975 zu einem offiziellen Besuch in der DDR erwartet wurde. Die „Regelung der Ausbildung mittleren medizinischen Personals für konfessionelle Gesundheitseinrichtungen“ beschäftigte sogar das Zentralkomitee der SED (Höllen 1998, S. 358).

Über Änderungswünsche der Kirchen konnte man sich schließlich mühsam einigen (Stolte 2001, S. 180).

So kam es zum Abschluss je einer „Vereinbarung über die Ausbildung von mittleren medizinischen Fachkräften für eine Tätigkeit in evangelischen bzw. katholischen Einrichtungen des Gesundheits- und Sozialwesens in der Deutschen Demokratischen Republik“ (Ausbildungsvereinbarung) vom 2. Juni 1975 bzw. vom 10. Juli 1975. Unterzeichnet wurden beide Vereinbarungen von Vertretern des Staates und der Kirchen.

Die Ausbildungsvereinbarungen besaßen besonderen Rang, denn sie waren die ersten und einzigen Vereinbarungen zwischen dem Staat und den Kirchen auf der Grundlage des Artikels 39 Absatz 2 der Verfassung („Die Kirchen und andere Religionsgemeinschaften ordnen ihre Angelegenheiten und üben ihre Tätigkeit aus in Übereinstimmung mit der Verfassung und den gesetzlichen Bestimmungen der Deutschen Demokratischen Republik. Näheres kann

durch Vereinbarungen geregelt werden.“) (Höllen 1998, S. 369ff.; Pruß 1993, S. 208; Stolte 2001, S. 80).

Aus Sicht der beiden Kirchen war wichtig, dass die Ausbildungsvereinbarungen grundsätzlichen und praktischen kirchlichen Interessen Rechnung trugen.

Evangelische Einrichtungen durften jährlich bis zu 310 Schulabgänger und katholische Einrichtungen bis zu 255 Schulabgänger für eine einjährige praktische Tätigkeit auf pflegerischem Gebiet anstellen. Von diesen Schulabgängern hatten 55 in evangelischen und 40 in einem katholischen Krankenhaus zum Ziel, eine Ausbildung zur Kinderkrankenschwester anzuschließen. Danach wurde in einer besonderen Form des Fernstudiums unter dem Dach von 15 evangelischen und neun katholischen Ausbildungskrankenhäusern die Ausbildung zu „Vollkrankenschwestern bzw. Vollkinderkrankenschwester“ als dreijähriges Krankenpflege-Fernstudium durchgeführt.

Der praktische Unterricht und der überwiegende Teil des theoretischen Unterrichtes wurden weiter von Lehrkräften der kirchlichen Einrichtungen vermittelt. Die Unterrichtung des Faches „Marxismus-Leninismus“ blieb z.B. grundsätzlich Dozenten der Medizinischen Fachschulen vorbehalten.

Die Fachschulanerkennung wurde durch die Medizinischen Fachschulen ausgesprochen, denen das Fernstudium jeweils zugeordnet war.

Im Zuständigkeitsbereich der evangelischen Kirche gab es 15 Ausbildungsstätten mit insgesamt 310 Ausbildungsplätzen für die Krankenpflegeausbildung

- Diakonissenmutterhaus Königin-Elisabeth-Hospital Berlin
- Ev.-Luth. Diakonissenanstalt Dresden
- Ev.-Luth. Diakonissenhaus Eisenach
- Diakonissenmutterhaus Johanniter-Krankenhaus Genthin
- Ev.-Luth. Diakonissenhaus Leipzig
- Pfeiffersche Stiftungen Magdeburg
- Diakonissenmutterhaus Johanniter-Krankenhaus Stendal
- Diakonissenmutterhaus Neuvandsburg Elbingerode
- Ev.-meth. Diakoniewerk Leipzig
- Paul-Gerhard-Stift Lutherstadt Wittenberg
- Sophienhaus Weimar

Speziell für Kinderkrankenpflege gab es vier Ausbildungskrankenhäuser, an denen 55 Schulabgänger eine Ausbildung absolvieren konnten (Bosinski 1977, S. 441f.):

- Evangelisches Diakonissenhaus Halle (Saale)
- Diakonissenmutterhaus Luise-Henrietten-Stift Lehnin
- Diakonissenmutterhaus Stift Bethlehem Ludwigslust
- Anna-Hospital Schwerin

Im Bereich der katholischen Kirche gab es neun Ausbildungskrankenhäuser für Krankenschwestern und -pfleger.

- St. Hedwig-Krankenhaus Berlin
- St. Antonius-Krankenhaus Berlin
- St. Joseph-Krankenhaus Potsdam
- St. Nepomuk-Krankenhaus Erfurt
- St. Vincenz-Krankenhaus Heilbad Heiligenstadt
- St. Elisabeth-Krankenhaus Leipzig
- St. Carolus-Krankenhaus Görlitz
- St. Elisabeth-Krankenhaus Halle (Saale)

Kinderkrankenschwestern wurden nur am St. Barbara-Krankenhaus Halle (Saale) ausgebildet.

Mit der Umsetzung der Ausbildungsvereinbarungen waren einerseits das Ministerium für Gesundheitswesen und andererseits das Diakonische Werk bzw. der Deutsche Caritasverband, Zentralstelle Berlin, beauftragt. Anfangs mussten die Kirchen sehr darauf achten, dass die Ausbildungsvereinbarung nicht durch übereifrige bzw. verunsicherte Vertreter der Medizinischen Fachschulen unterlaufen wurden. Insgesamt spielte sich diese Form der Krankenpflegeausbildung durch eine sachliche Zusammenarbeit zwischen Fachschulen und Ausbildungskrankenhäusern im Laufe der Zeit aber gut und hilfreich ein. Mit der Umsetzung der Ausbildungsvereinbarung war insgesamt ein Kompromiss erreicht worden (Krömer 1997, S. 128f.; Stolte 2001, S. 77-81), der es ermöglichte „so einigen tausend jungen Menschen eine christlich geprägte Ausbildung zuteil werden zu lassen“ (Pohl 1999).

Ärztliches Personal

Die Zeit nach dem 2. Weltkrieg war gekennzeichnet durch den großen Mangel an Ärzten in den kirchlichen wie in den staatlichen Krankenhäusern. Bereits vor Beendigung des Krieges waren Ärzte und auch Schwestern geflüchtet. In der Kinderheilkunde war die Situation besonders prekär, da ein großer Anteil der Kinderärzte (1933 fast 50 %) (Seidler 2000, S. 15), die vor 1939 tätig waren, jüdischen Glaubens waren und durch die Judenverfolgung entweder ins Exil geflüchtet waren oder in den Konzentrationslagern ermordet worden waren.

In den folgenden Jahrzehnten spielte die Abwanderung von Ärzten nach Westdeutschland bzw. in die Bundesrepublik Deutschland (1953, 1961 und 1989), von der Regierung der DDR „Republikflucht“ genannt, eine große Rolle (Pilvousek 1993, S. 57f.; Pruß 1993, S. 200). Um diese Entwicklung aufzuhalten, wurden z.B. Titel wie Medizinalrat (MR) und Sanitätsrat (SR) bzw. Obermedizinalrat (OMR) und Obersanitätsrat (OSR) wiederbelebt. Ersterer war meist Angestellten von staatlichen Einrichtungen vorbehalten (Interview Brückner, Schaefer; Anordnung ü. die Verleih.).

Der Abschluss von sog. Einzelverträgen mit finanziellen Vergünstigungen im staatlichen Gesundheitswesen, der für Ärzte in leitender Position in konfessionellen Krankenhäusern nicht vorgesehen war (Anordnung ü. die Kontingent.), sollte ebenfalls eine weitere Abwanderung verhindern. Ein erheblicher materieller Nachteil für alle Ärzte in kirchlichen Krankenhäusern war im Vergleich zum staatlichen Bereich die Verweigerung der zusätzlichen Altersversorgung „der Intelligenz... an medizinischen Einrichtungen der Deutschen Demokratischen Republik“ (sog. Intelligenzrente) vom 12. Juli 1951 (Verordnung ü. die Altersvers.). Die Rentenregelung für Ärzte und Zahnärzte in privaten und konfessionellen Einrichtungen des Gesundheitswesens in der DDR vom 7. März 1960 (Verfügungen und Mitteilungen) war in den angebotenen Versorgungsleistungen wesentlich schlechter als die o.g. Intelligenzrente für die Ärzteschaft im staatlichen Gesundheitswesen.

Diese Benachteiligung konnte erst einige Jahre später nach mehreren Verhandlungen durch Vereinbarungen mit dem Ministerium für Gesundheitswesen von 1979 und mit dem Staatssekretariat für Arbeit und Löhne 1988 ausgeglichen werden (Willms 2001, S. 192).

Die Weiterbildung zum Facharzt war generell geregelt durch die Facharzt- und Fachzahnarztordnung vom 11. August 1978 (Anordnung ü. die Weiterbild..) und vom 15. April 1986 (Anordnung Nr. 2 ü. die Weiterbild.). Die Dauer der Facharztweiterbildung

zum Kinderarzt betrug fünf Jahre. Die staatlichen Vorgaben zur Beteiligung kirchlicher Krankenhäuser an der Ausbildung junger Mediziner erschienen widersprüchlich. So durften das vorklinische Jahr, Famulaturen ebenso wie die Pflichtassistenz (letzter Studienabschnitt vor Erteilung der Approbation) zunächst am kirchlichen Krankenhaus erfolgen. Später war die Durchführung des Letzteren, im Rahmen der Studienreform in 6. Studienjahr umbenannten Abschnittes, in kirchlichen Krankenhäusern nicht mehr möglich.

Eine weitere Benachteiligung zeigte sich in der Verweigerung von Studienplätzen für Kinder, deren Eltern als Ärzte (in leitender Position) in konfessionellen Kinderkliniken tätig waren.

Als Motive, warum sich Ärzte trotz finanzieller und anderer Nachteile für eine Tätigkeit in einem konfessionellen Krankenhaus entschieden, wurden neben christlichen auch fachliche genannt: Freiraum für medizinische und therapeutische Innovationen, weniger staatliche Gängelei z.B. durch die Gewerkschaftsarbeit und Wettbewerbsprogramme sowie eine bessere medizintechnische Ausstattung (Kösters/Tischner 2001, S. 248).

Möglichkeiten politischer Meinungsäußerungen für politisch Andersdenkende/Oppositionelle

Im Gegensatz zu den staatlichen Krankenhäusern und volkseigenen Betrieben spielten die Machtinstrumente des Staates, wie der Freie Deutsche Gewerkschaftsbund (FDGB) und die Sozialistische Einheitspartei Deutschlands (SED) eine untergeordnete Rolle. Ähnlich verhielt es sich auch mit anderen gesellschaftlichen Organisationen wie z.B. der Gesellschaft für Deutsch Sowjetische Freundschaft (DSF), Kulturbund u.a. mehr. Unbestritten stellte das kirchliche Krankenhaus als Arbeitgeber eine der zahlreichen Nischen der DDR-Gesellschaft dar. In kirchlichen Krankenhäusern wird es keinen Mitarbeiter mit SED-Mitgliedschaft gegeben haben. Aber auch hier gab es Mitarbeiter, die von der Staatssicherheit erfolgreich angeworben worden sind. Manchmal waren konfessionelle Kliniken auch vor allem für Ausreisewillige (sog. Antragsteller), Bausoldaten, Oppositionelle, und Wehrdienstverweigerer wie die Zeugen Jehovas die letzte Möglichkeit, in einem Arbeitsverhältnis zu stehen (Pilvousek 2001, S. 178; Pruß 1993, S. 198-212).

In einigen Fällen boten kirchliche Krankenhäuser auch Möglichkeiten für gesellschaftliches Engagement.

Am 04.09.1982 z.B. gründeten evangelische Ärzte, nachdem die Idee dazu auf der zweimal jährlich stattfindenden Chefärztekonzferenz entstanden war, den „Arbeitskreis christlicher Ärzte“ (Interview Bahr, Schaefer). In Halle (Saale) galt das besondere Interesse der Staatssicherheit dem Arbeitskreis „Christliche Mediziner in sozialer Verantwortung“. Dieser Kreis wandte sich im März 1983 mit einem Schreiben an das 1982 gebildete „Komitee Ärzte der DDR zur Verhütung eines Nuklearkrieges“, das die DDR bei der Vereinigung „Internationale Ärzte für die Verhinderung eines Atomkriegs“ (engl. IPPNW) vertreten sollte. Es enthielt 57 Unterschriften (darunter 32 von Ärzten des St. Barbara Krankenhauses und des St. Elisabeth-Krankenhauses Halle) gegen die Verharmlosung „medizinischer Schutz- und Hilfsmöglichkeiten im Falle eines Nuklearkrieges in der DDR“ in der medizinischen Fachliteratur sowie in Schulbüchern (Büdke 2000, S. 71-77; Willms 2001, S. 199).

6 Zusammenfassung

Nach dem Zusammenbruch des Gesundheitssystems mit Beendigung des 2. Weltkrieges stand zur Behandlung von erkrankten Kindern nur eine unzureichende Anzahl von Krankenhäusern zur Verfügung. Die konfessionellen Kinderkrankenhäuser konnten ihre Tätigkeit fortführen bzw. sogar neue Wirkungsstätten gründen, nachdem die SMAD die Kirchen aufgerufen hatte, ihre Tätigkeit unverzüglich wieder aufzunehmen. Dies war nur möglich, da die Kirchen nicht enteignet worden waren. Auch nach der Gründung der DDR und in deren weiteren Entwicklung konnten sie sich, z.T. neben staatlichen Kinderkliniken im atheistischen Staat behaupten. Die Betreuung der Kinder wurde im zunehmenden Maße durch Kinderärzte realisiert, nachdem 1920 die Fachrichtung als eigenständige anerkannt worden war. Zuvor war dies meist durch Internisten oder Chirurgen erfolgt.

Ziel der Dissertation war es, Gründe für die Existenz und Charakteristika konfessioneller Kinderkliniken herauszuarbeiten. Dazu wurde bei den Trägern (Caritas und Diakonie) durch einen ersten Fragebogen erfragt, welche Kinderkliniken existierten. In einem zweiten Fragebogen standen strukturelle und ideelle Merkmale im Vordergrund. Die Beantwortung der Fragen des zweiten Fragebogens erfolgte vor Ort in Interviews mit Ärzten und Schwestern, die in der zu untersuchenden Zeit in den jeweiligen Einrichtungen tätig waren. Zusätzlich wurden schriftliche Nachweise, meist in Form von Chroniken oder Festschriften analysiert.

Die Gründe für das Fortbestehen dieser Kliniken in kirchlicher Trägerschaft waren sehr komplex und variierten entsprechend der politischen Ereignisse mehrerer Jahrzehnte. Eine große Rolle dürfte die spezielle Situation des Nebeneinanderbestehens zweier deutscher Staaten nach dem Bau der Mauer gespielt haben. Insbesondere im letzten Jahrzehnt vor dem Ende der DDR hatte die Devisenbeschaffung auf diesem Weg eine entscheidende Bedeutung. Unterschiede zwischen konfessionellen und staatlichen Kinderkliniken zeigten sich vor allem im prozentualen Anteil an der Gesamtbettenzahl, der Leitung, der Finanzierung, der baulichen Voraussetzungen und der technischen Ausstattung.

Dies betraf auch das pflegerische und ärztliche Personal und deren Ausbildung.

Die Rekrutierung christlich eingestellten Pflegepersonals aus den meist an die Krankenhäuser angegliederten Krankenpflegeschulen und die hohe Akzeptanz dieser Einrichtungen in der überwiegend atheistischen Bevölkerung hatten einen großen Anteil daran, dass es möglich war, die pflegerische und heilende Tradition im kirchlichen Auftrag auch im sozialistischen Staat über viele Jahrzehnte fortzuführen.

7 Literaturverzeichnis

1. Arnold M, Schirmer B: Gesundheit für ein Deutschland. Dt. Ärzte-Verlag, Köln, 1990
2. Bosinski G (Hrsg): Zur Antwort bereit. Evangelische Verlagsanstalt, Berlin, 1977, S. 427-442
3. Brückner, H: Gewundene Pfade der Hoffnung - Rückblicke eines Kinderarztes als „Anwalt“ der Schwächsten zwischen den Fronten. Unveröffentlichtes Manuskript, 2005, Privatbesitz
4. Büdke M: Christliche Mediziner/IPPNW. In: Rupiper HJ (Hrsg): Die friedliche Revolution in Sachsen-Anhalt. 2., verb. Aufl., mdv, Halle, 2000, S. 71 -77
5. Dähn H: Der Weg der Evangelischen Kirche in der DDR - Betrachtung einer schwierigen Gradwanderung. In: Dähn H (Hrsg): Die Rolle der Kirche in der DDR - Eine erste Bilanz. Olzog-Verlag, München, 1993, S. 7-20
6. Dohle H: SED und Kirche-Dokumentation ihrer Beziehungen. Bd. 2/2. Neukirchener Verlag der Erziehungsvereins GmbH, 1994
7. Eckart W: Geschichte der Medizin. Springer-Verlag, Berlin, Heidelberg, New York (usw.), 1990, S. 102
8. Eichler K: Zum 120. Gründungstag der Lutherstiftung Frankfurt/Oder am 10. November 2003. Text zum Dia-Vortrag, S. 50
9. Fincke B et al: Chronik des St. Elisabeth-Krankenhauses v. 1944-1997. maschinenschriftl., 1997. Archiv Halle, ohne Seitenangabe
10. Fukala E: 90 Jahre St. Barbara-Krankenhaus - 100 Jahre Kinderheilkunde mit den Grauen Schwestern von der heiligen Elisabeth. In: St. Barbara-Krankenhaus (Hrsg): 90 Jahre St. Barbara- Krankenhaus Halle (Saale) 1904 bis 1994. Union Druck Halle GmbH, Halle, 1994, S. 11-42
11. Herbst A, Ranke W, Winkler J: So funktionierte die DDR - Lexikon der Organisationen und Institutionen. Bd.1, Rowohlt Taschenbuch-Verlag, Reinbek bei Hamburg, 1994
12. Herbst A, Ranke W, Winkler J: So funktionierte die DDR - Lexikon der Organisationen und Institutionen. Bd. 2, Rowohlt Taschenbuch-Verlag, Reinbek bei Hamburg, 1994
13. Herrmann W: DDR-Grundriß der Geschichte. vollst. überarb. u. erg. Neuauflage, Fackelträger-Verlag, Hannover, ,1991

14. Hertl M: Kinderheilkunde und Pflege. 9. Aufl., Thieme-Verlag, Stuttgart, 1998, S. 6-9
15. Hockerts HG: Caritas in der Fürsorgediktatur. In: Kösters C (Hrsg): Caritas in der SBZ/DDR 1945-1989. Ferdinand Schöningh, Paderborn, München, Wien (usw.), 2001, S. 27-36
16. Höllen M: Loyale Distanz? - Katholizismus und Kirchenpolitik in der SBZ und DDR. Bd. 3/1, Druckerei Grabow, Berlin, 1998
17. Höser W: Die Finanzierung des diakonischen Auftrags in der DDR-skizziert am Diakonischen Werk Thüringen. In: Hübner I, Kaiser JC (Hrsg): Diakonie im geteilten Deutschland - Zur diakonischen Arbeit unter den Bedingungen der DDR und der Teilung Deutschlands. W. Kohlhammer GmbH+ Co., Stuttgart, 1999, S.117-130
18. Jaeger Sophia: Brief an Udo Steiniger. Maschinenschriftliche Abschrift, 1993, Privatbesitz
19. Kaiser JC: Diakonie in der Diktatur - Anmerkungen zur Geschichte der Inneren Mission zwischen 1933 und 1989. In: Hübner I, Kaiser JC (Hrsg): Diakonie im geteilten Deutschland - Zur diakonischen Arbeit unter den Bedingungen der DDR und der Teilung Deutschlands. W. Kohlhammer GmbH+ Co., Stuttgart, 1999, S. 62-76
20. Kiel E: Menschen im Dienst der Caritas. In: Kiel E (Hrsg): Kirche im Gespräch - Katholisches Hausbuch 1982. Benno-Verlag, Leipzig, 1980, S.117/118
21. Klemm B, Kotterba J: Holzhaus in historischem Schwedenrot. Märkische Oder-Zeitung. 09.11.2005
22. Kösters C, Tischner W: Caritas in der SBZ/DDR 1945-1989 - Ergebnisse der Diskussion. In: Kösters C (Hrsg): Caritas in der SBZ/DDR 1945-1989. Ferdinand Schöningh, Paderborn, München, Wien (usw.), 2001, S. 237-250
23. Krömer R: Die Krankenpflegeschule im Wandel der Zeit. In: St. Elisabeth-Krankenhaus (Hrsg): 100 Jahre St. Elisabeth-Krankenhaus Halle (Saale) 1897-1997. Thomas-Druck GmbH, Leipzig, 1997, S.127-129
24. Mau R: Die Evangelische Kirche in der DDR - Zur Forschung seit 1989/90. In: Dähn H, Heise J (Hrsg): Staat und Kirchen in der DDR - Zum Stand der zeithistorischen und sozialwissenschaftlichen Forschung. Peter Lang GmbH, Europäischer Verlag der Wissenschaften, Frankfurt a. M, 2003, S. 141-149

25. Mecklinger L: Zur Umsetzung der Gesundheitspolitik in Gesundheits- und Sozialwesen der DDR. Teil 1. In: Ewert G, Rohland L (Hrsg): Veröffentlichungen Medizin. u. Gesellschaft. Trafo Verlag/ Eigen Verlag, Berlin, 1998
26. Michelke K: Frankfurter Geschichten, Heft 28/ IX, Eigenverlag, Dortmund, 1998
27. Pilvousek J: Die katholische Kirche in der DDR. In: Dähn H (Hrsg): Die Rolle der Kirche in der DDR - Eine erste Bilanz. Olzog-Verlag, München, 1993, S. 56-72
28. Pilvousek J: Strukturen und Alltag der Caritas in der DDR. In: Kösters C (Hrsg): Caritas in der SBZ/DDR 1945-1989. Ferdinand Schöningh, Paderborn, München, Wien (usw., 2001, S. 145-182
29. Pohl E: Zwischen Ideologie und pragmatischer Akzeptanz. In: Tag des Herrn, 1999, Nr. 50
30. Pruß U: Caritas in der DDR. In: Dähn H (Hrsg): Die Rolle der Kirche in der DDR - Eine erste Bilanz. Olzog-Verlag, München, 1993, S. 198-212
31. Puschmann H: Caritas im Bereich der DDR. In: Soziale Arbeit. Sonderheft/Doppelausgabe 39. Jg. (1990) 98-104
32. Puschmann H: Arbeit und Bedeutung der Zentralstelle Berlin des Deutschen Caritasbandes. In: Kösters C (Hrsg): Caritas in der SBZ/DDR 1945-1989. Ferdinand Schöningh, Paderborn, München, Wien (usw.), 2001, S.47-58
33. Rupieper H J: Zur Kirchenpolitik der SMAD 1945-1949. In: Hallesche Beiträge zur Zeitgeschichte Halle 1998, Heft 5, S. 25-45
34. Sachverständigenrat für die konzertierte Aktion im Gesundheitswesen: Das Gesundheitswesen im vereinten Deutschland. Nomos, Baden-Baden, 1991
35. Schaefer L: Aus der Geschichte. In: Ev. Lukas-Stiftung Altenburg (Hrsg): In Klinik für Psychiatrie Altenburg - Festschrift anlässlich der Fertigstellung im Juli 1999.
36. Schaefer L: Vom Kinderhospital zur Klinik für Psychiatrie - 150 Jahre Vereinsgeschichte der Evangelischen Lukasstiftung Altenburg. In: Ev. Lukas-Stiftung Altenburg (Hrsg) Vom Kinderhospital zur Klinik für Psychiatrie - 150 Jahre Vereinsgeschichte der Evangelischen Lukasstiftung Altenburg DZA Druckerei zu Altenburg, 2004, S. 6-24
37. Seidler E: Geschichte der Medizin und der Krankenpflege. 6. neubearb. und erw. Auflage, Kohlhammer, Stuttgart, Berlin, Köln, 1993
38. Seidler E: Kinderärzte 1933-1945: entrechtet-geflohen-ermordet. Bouvier, Bonn, 2000

39. Spranger J: Einleitung. In: Lentze MJ, Schaub J, Schulte F J, Spranger J (Hrsg) Pädiatrie Grundlagen und Praxis. Springer, New York, Berlin, Heidelberg (usw.), 2001, S.1/2
40. Stolte D: Verhandlungen und Regelungen für die kirchlich-caritativen Einrichtungen im Bereich des Gesundheits- und Sozialwesens. In: Kösters C (Hrsg): Caritas in der SBZ/DDR 1945-1989. Ferdinand Schöningh, Paderborn, München, Wien (usw.), 2001, S. 71-86
41. Thiel HD: Aufgaben und Handlungsspielräume der Hauptvertretung des Deutschen Caritasverbandes in Berlin. In: Kösters C (Hrsg): Caritas in der SBZ/DDR 1945-1989. Ferdinand Schöningh, Paderborn, München, Wien (usw.), 2001, S. 37-46
42. Willms P: Teilaspekte caritativen Wirkens katholischer Krankenhäuser vor und nach der Wende. In: Kösters C (Hrsg): Caritas in der SBZ/DDR 1945-1989. Ferdinand Schöningh, Paderborn, München, Wien (usw.), 2001, S. 189-202
43. Willms P: Teilaspekte caritativen Wirkens katholischer Krankenhäuser vor und nach der Wende In: Krankenhaus St. Elisabeth- und St. Barbara Halle/Saale (Hrsg): 100 Jahre St. Barbara-Krankenhaus Halle/Saale 1904-2004 - 110 Jahre Kinderheilkunde mit den Grauen Schwestern von der Heiligen Elisabeth. Festschrift. Druckerei Berthold, Halle, 2004, S. 47-58
44. Wilms D: Unterstützung für die Caritasarbeit in der DDR durch die Bundesrepublik Deutschland. In: Kösters C (Hrsg): Caritas in der SBZ/DDR 1945-1989. Ferdinand Schöningh, Paderborn, München, Wien (usw.), 2001, S. 59-70, S. 83

Quellenverzeichnis

1. Böhmer W: Das Krankenhaus St. Gerhard-Stift im Wandel der Zeiten. In: Gierra P (Hrsg): Impulse zur Diakonie in der Lutherstadt Wittenberg. Evangelische Verlagsanstalt GmbH, Berlin, 1983, S. 40-105
2. Braune W: Diakonisches Werk der Evangelisch-Lutherischen Landeskirche Mecklenburgs -Innere Mission und Hilfswerk. In: Bosinski G (Hrsg): Zur Antwort bereit. Evangelische Verlagsanstalt, Berlin, 1977, S. 138-146
3. Deutscher Caritasverband: Verzeichnis der katholischen Gesundheitseinrichtungen in der DDR, Stand 31.12.1982

4. Deutscher Caritasverband: Rahmenordnung für die katholischen Krankenhäuser im Bereich der Berliner Bischofskonferenz-RKK vom 1. Januar 1984
5. DDR: Die Verfassung der DDR, VEB Deutscher Zentralverlag, Berlin, 1949, S. 20
6. Diakonisches Werk- IMHW- der Evangelischen Kirche in der DDR: Verzeichnis der evangelischen Gesundheitseinrichtungen in der DDR, Stand 15.5.1982
7. Diakonisches Werk- IMHW- der Evangelischen Kirche in der DDR: Rahmenkrankenhausordnung des Diakonischen Werkes - Innere Mission und Hilfswerk - der Evangelischen Kirchen in der Deutschen Demokratischen Republik vom 5. Juni 1980
8. Freytag G: Leben im Diakonat der Kirche. Kaiserswerther Generalkonferenz, Bonn, 1987
9. Gebauer B: Die Geschichte des Anna-Hospitals zu Schwerin, des ersten Kinderkrankenhauses Mecklenburgs, dargestellt unter der besonderen Berücksichtigung der Pflege und Pflegeausbildung, Diplomarbeit, Medizinische Fakultät, Humboldt-Universität Berlin, 2003
10. Heise J: Die Politik der SED unter Einbeziehung von Gläubigen in den Aufbau des Sozialismus und in den Kampf um den Frieden (von der Gründung der DDR im Oktober 1949 bis zur 2. Parteikonferenz der SED im Juli 1952. Diss. A, Humboldt-Universität Berlin, 1982
11. Hemmerling, D: Das Lutherstift in Frankfurt (Oder) In: Bosinski G (Hrsg): Zur Antwort bereit. Evangelische Verlagsanstalt, Berlin, 1977. S. 86f.
12. Hostombe P: Vierzehn Tage „Sonderurlaub“. In: Schollmeier K: Im Land der Heiligen Elisabeth - Glaube und kirchliches Leben im Bereich des bischöflichen Amtes Erfurt-Meiningen. St. Benno-Verlag, Leipzig, 1985, S. 233f.
13. Jenner H (Hrsg Stift Ludwigslust): Aus der Mitte heraus - 150 Jahre Stift Bethlehem Ludwigslust. Druckerei Buck GmbH, Ludwigslust, 2001
14. Koltzenburg W: Prinzipien und Leitung von Krankenhäusern der evangelischen Kirche in der Deutschen Demokratischen Republik. Diss. A, Berlin, 1983
15. Niklaus W: Luise-Henriettenstift Lehnin. In: Bosinski G (Hrsg): Zur Antwort bereit. Evangelische Verlagsanstalt, Berlin, 1977, S. 91f.
16. Niklaus W: Das Diakonissenhaus Luise-Henrietten-Stift Lehnin lädt herzlich ein zu seinem 75. Jahresfest. Festschrift, 1986, ohne Seitenangabe

17. Riechwieh R: Die Entwicklung der pädiatrischen Einrichtungen der Stadt Halle Mitte des 19. Jahrhunderts bis zur Gegenwart. Diss. A, Martin-Luther- Universität Halle, 1989
18. Schaefer L: Aus der Geschichte. In: 100 Jahre Evangelisches Kinderhospital Altenburg. Volksdruckerei Altenburg, 1986
19. Schulz E: Das Paul-Gerhard-Stift in Lutherstadt Wittenberg. (Evangelische Kirche der Kirchenprovinz Sachsen). In: Bosinski G (Hrsg): Zur Antwort bereit. Evangelische Verlagsanstalt, Berlin, 1977, S. 153-184, S. 166-168
20. Solbrig G: Die Diakonische Arbeit der evangelisch-lutherischen Kirche. In: Bosinski G (Hrsg): Zur Antwort bereit. Evangelische Verlagsanstalt, Berlin, 1977, S. 259-262
21. Staatliche Zentralverwaltung Amt für Statistik (Hrsg): Statistisches Jahrbuch der DDR 1982, Staatsverlag der DDR, Berlin, 1993, S. 330
22. Statistisches Amt der DDR (Hrsg): Statistisches Jahrbuch der DDR 1990. Rudolf Haufe-Verlag, Berlin, 1991, S. 371
23. Wicht U: Untersuchungen über den notwendigen Ausstattungsgrad von Frühgeburten- und Intensivpflegestation an spezifischen Materialien und die Auswirkungen auf den Beschaffungsprozeß dargestellt am Beispiel der Neonatologie Frankfurt/Oder unter Verwendung der bisherigen Erfahrungen in der Frauenklinik „Lutherstift“. Diplomarbeit. Ingenieurschule für Pharmazie, Leipzig, 1977

Gesetze, Verfügungen

1. Anordnung über die Kontingentierung und den Abschluss von Einzelverträgen mit Angehörigen der Intelligenz in der Deutschen Demokratischen Republik vom 16. Juli 1964 (GBl. 1964 Teil II Nr. 72 S. 641)
2. Anordnung über die Rahmen-Krankenhausordnung vom 14. November 1979 (GBl I 1980 Nr. 3 S. 29)
3. Rahmenkrankenhausordnung vom 14. November 1979 (GBl. 1980 Sonderdruck Nr. 1032 S. 1)
4. Anordnung über die Verleihung der Titel „Medizinalrat“, „Pharmazierat“, „Sanitätsrat“, „Obermedizinalrat“ und „Obermedizinalrat“ vom 1. Juni 1978 (GBl. I Nr. 19 S. 239)
5. Anordnung über die Weiterbildung der Ärzte und Zahnärzte vom 11. August 1978 (GBl. 1978 Teil I Nr. 25 S. 286)
6. Anordnung Nr.2 über die Weiterbildung der Ärzte und Zahnärzte vom 15. April 1986 (GBl. 1986 Teil I Nr.16 S. 262)
7. Anordnung über die Zuverlässigkeit, Vergütung und Kontrolle von zusätzlicher Arbeit bei der Vorbereitung und Durchführung von Baumaßnahmen vom 25. August 1980 (GBl. 1975 Teil I Nr. 35 S. 632)
8. Verordnung über die Altersversorgung der Intelligenz an wissenschaftlichen, künstlerischen, pädagogischen und medizinischen Einrichtungen vom 12. Juli 1951 (GBl. 1951 Teil II Nr. 85 S. 675)
9. Verfügungen und Mitteilungen des Ministerium für Gesundheitswesen, Nr. 7 S. 50

Interviews mit:

Bahr, Johanna, Dr. med., Stift Bethlehem Ludwigslust, Chefärztin von 1967-1995

Besler, Marianne, diakonische Schwester, von 1967-1970 als Schülerin der Kinderkrankenpflege, bis 1973 als Kinderkrankenschwester im Paul-Gerhard-Stift in Lutherstadt Wittenberg

Brückner, Heinrich, Dr. med. habil., Chefarzt der Bezirkskinderklinik in Frankfurt (Oder) von 1968-1993

Bülow, Renate, Dr. med., Chefärztin der Kinderabteilung des St. Vincenz-Krankenhauses in Heilbad Heiligenstadt seit 1984

Erben, Ilse, Kinderkrankenschwester, Zehlendorfer Diakonieschwester, tätig am Anna-Hospital Schwerin von 1963-1965 und von 1968-1975, Ehefrau des Chefarztes Dr. Ulf Erben

Findeisen, Monika, Zehlendorfer Diakonieschwester, Kinderkrankenschwester, von 1974-1994 leitende Schwester am Anna-Hospital in Schwerin

Fukala, Ernst, Dr. med., Chefarzt der Klinik für Kinderheilkunde- und Jugendmedizin des St. Barbara-Krankenhauses in Halle (Saale) von 1976-2003,

Haake, Edeltraud, Kinderkrankenschwester, Oberschwester von 1978-1980 u. vom 1982-1986 am Lutherstift in Frankfurt (Oder)

Heise, Joachim, Dr. phil., Historiker, 1979-1990 Mitarbeiter der Akademie für Gesellschaftswissenschaften der DDR, seit 1994 stellvertretender Leiter des Institutes für vergleichende Staat-Kirche-Forschung

Ide, Barbara, Krankenschwester, Zehlendorfer Diakonieschwester, von 1980 an Pflegedienstleiterin des Kinderkrankenhauses Martha-Maria, Halle (Saale)

Kerber, Christiane, Dr. med., Ärztin der Kinderklinik Anna-Hospital in Schwerin von 1970-1994, kommissarische Chefärztin vom 01.01.1993-30.09.1994

Kruse, Christel, Krankenschwester, Diakonieschwester, Oberin am Lutherstift Frankfurt (Oder) seit 1983

Kummetat, Herta, Krankenschwester, Diakonisse, Ausbildungsleiterin von 1968-1979, Oberin von 1979-1996 am Evangelischen Diakonissenhaus (seit 1982 Umbenennung in Evangelisches Diakoniewerk in Halle/Saale)

Schaefer, Lutz, MR Dr. med., Chefarzt des Evangelischen Kinderhospitals Altenburg von 1976-1997

Sommerfeld, Ruth, Krankenschwester, Diakonisse, Oberin von 1968 bis 1997 am Luise-Henrietten-Stift in Lehnin

Steiniger, Udo, MR Dr. med., Chefarzt der Kinderabteilung des Paul-Gerhard-Stiftes in Wittenberg von 1984-1998 und von 2000-2002

Willms, Peter, Dr. jur., Geschäftsführer der in der DDR befindlichen Einrichtungen der Grauen Schwestern von der heiligen Elisabeth von 1967-1998

8 Anlagen

Anlage 1

Krankenhaus • St.Elisabeth und St.Barbara • PF 200254 • 06003 Halle (Saale)

Diakonisches Werk der Ev.-Luth.
Kirche in Thüringen e.V.
Herrn Oberkirchenrat Udo Siebert
Postfach 1464

99804 Eisenach

Kinderzentrum

**Klinik für Kinder- und
Jugendmedizin**
Chefarzt Dr. E. Fukala
Ärztlicher Direktor

Barbarastrasse 4
06110 Halle (Saale)
PF 200254 06003 Halle
Tel.: (0345) 4825-5142
Fax: (0345) 4825-5045

Ihre Zeichen/Ihre Nachricht vom

Unsere Zeichen
cafu-klg

Durchwahl
4825-5142

Datum
18.07.2001

Kirchliche Kinderkliniken in der DDR/Bundesrepublik Deutschland

Sehr geehrter Herr Oberkirchenrat Siebert,

gestatten Sie bitte, mich Ihnen kurz vorzustellen. Seit 25 Jahren arbeite ich als Chefarzt einer Kinderklinik in katholischer Trägerschaft und habe in meiner Arbeit die erheblichen Veränderungen in den Kinderkliniken nach der Wiedervereinigung Deutschlands erlebt. Es sind viele Kinderkliniken geschlossen worden und ich habe meine Erfahrungen in einem Bericht veröffentlicht, dessen Titelseite ich Ihnen beilege. Sollten Sie an der gesamten Arbeit interessiert sein, sende ich Sie Ihnen gerne zu.

Ein Teilaspekt der großen Veränderungen in der stationären Kinderheilkunde ist das Fortbestehen oder die Schließung von Kinderkliniken in kirchlicher Trägerschaft. Um einen Überblick über diesen kleinen Teil unserer Geschichte zu erhalten, wende ich mich mit der Bitte um Hilfe an Sie. Ich wäre Ihnen sehr verbunden, wenn Sie mir durch Ausfüllen des beiliegenden kleinen Fragebogens Informationen und/oder Kontaktadressen senden könnten.

Ich bitte Sie dabei zu beachten, dass es um Kinderkliniken oder Kinderabteilungen an größeren Krankenhäusern (d. h. stationäre Einrichtungen der Kinderheilkunde) geht und nicht um andere Sozialeinrichtungen des Diakonischen Werkes wie z. B. Rehabilitationskliniken oder Förder- und Behinderteneinrichtungen.

Ich danke Ihnen für Ihre Mühe und sichere Ihnen zu, Ihnen das Ergebnis meiner Recherche mitzuteilen.

Mit vorzüglicher Hochachtung

Dr. Fukala
Chefarzt
Ärztlicher Direktor

Trägerin des Krankenhauses St.Elisabeth und St.Barbara ist die Katholische Wohltätigkeitsanstalt zur heiligen Elisabeth. Sie ist die Rechtsträgerin der Einrichtungen der Kongregation der Schwestern von der heiligen Elisabeth und unterhält Krankenhäuser, Altenheime sowie andere soziale Einrichtungen.

Betriebsnummer: 03 42 56 52
Inst-Kennz: 261500677
Bankverbindungen:
Deutsche Bank AG
Konto-Nr.: 5290432
BLZ: 860 700 00
Bank für Sozialwirtschaft AG
Konto-Nr.: 1483000
BLZ: 81020500

Diakonisches Werk der Evangelischen
Landeskirche Anhalts e.V.
GeschF: Burkhard Meyer
LPfr. Dr. Andreas Lischke
Johannisstraße 12

06844 Dessau

Diakonisches Werk in der
Kirchenprovinz Sachsen e.V.
Dir.: Pfr. Prof. Dr. Reinhard Turre
Postfach 84

39028 Magdeburg

Diakonisches Werk Berlin-Brandenburg e. V.
Geschf. Dir. Pfr. Eckhard Steinhäuser
Stellvertr. Dir. Barbara Aßmann
Paulsenstraße 55/56

12163 Berlin

Diakonisches Werk der Ev.-Luth-Landeskirche
Sachsens e.V.
Dir: OKR Jochen Bohl
Postfach 19

01435 Radebeul

Diakonisches Werk der Evang.-Luth. Landeskirche
Mecklenburgs e.V.
LP Dr. Hartwig Daewel
GeschF: Dr. Wolfgang Betz
Körnerstraße 7

19055 Schwerin

Diakonisches Werk der Evang. Kirche der
Schlesischen Oberlausitz e.V. Pfr. Ludwig
Ammer Klosterstraße 2

02826 Görlitz

Diakonisches Werk in der
Pommerschen Ev. Kirche e.V.
LPfr. Roland Springborn
GeschF: Thomas Fuhrmann
Fleischerstraße 1

17489 Greifswald

Diakonisches Werk der Ev.-Luth. Kirche
in Thüringen e.V. OKR Udo Siebert
Postfach 1464

99804 Eisenach

Trägerin des Krankenhauses St. Elisabeth und St. Barbara ist die Katholische Wohltätigkeitsanstalt zur heiligen Elisabeth. Sie ist die Rechtsträgerin der Einrichtungen der Kongregation der Schwestern von der heiligen Elisabeth und unterhält Krankenhäuser, Altenheime sowie andere soziale Einrichtungen.

Betriebsnummer: 03 42 56 52
Inst-Kennz.: 261500677
Bankverbindungen:
Deutsche Bank AG
Konto-Nr.: 529 04 32
BLZ: 860 700 00
Bank für Sozialwirtschaft AG
Konto-Nr.: 148 30 00
BLZ: 810205 00

Herrn CA Dr. Fukala
Krankenhaus St. Barbara
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Barbarastraße 4

06110 Halle (Saale)

Absender:

Datum:

- FRAGEBOGEN -

Kirchliche Kinderkliniken in der DDR/Bundesrepublik Deutschland

1. Kinderkrankenhäuser in Trägerschaft Ihrer Gliedkirche
 - vor 1990, Anzahl:
Anschrift:

 - nach 1990, Anzahl:
Anschrift:

2. Ist Ihnen bekannt, ob eines dieser Kinderkrankenhäuser nach 1990 geschlossen worden ist?
Wenn ja, welches?

3. Ist Ihnen bekannt, ob seit 1990 ein Kinderkrankenhaus eröffnet wurde?
Wenn ja, welches?

4. Können Sie Kontaktpersonen/Kontaktadressen nennen, die evtl. zu die diesen Fragen
Auskünfte geben können (Anschrift, Telefon)?

5. Ist Ihnen eine Informationsquelle/Dokumentation zu diesem Thema bekannt?
Wenn ja, welche?

6. Kennen Sie in Ihrem Gebiet Kinderkrankenhäuser anderer kirchlicher Träger?
Wenn ja, welche?

Herzlichen Dank für Ihre Hilfe!

Dr. Fukala
Chefarzt

Anlage 2

KRANKENHAUS ST. ELISABETH UND ST. BARBARA

AKADEMISCHES LEHRKRANKENHAUS DER MARTIN-LUTHER-UNIVERSITÄT HALLE - WITTENBERG



Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara • PF 200254 • 06003 Halle (Saale)

Frau
Dr. Christiane Kerber
Ärztliche Leiterin
Anna-Hospital
Plan der Jugend 25

19053 Schwerin

Kinderzentrum

Klinik für Kinder- und
Jugendmedizin
Chefarzt Priv.-Doz. Dr. med. L. Patzer

Barbarastrasse 4 06110 Halle (Saale) PF
200254 06003 Halle Tel.: (0345) 4825-5641
Fax: (0345) 4825-5643 E-mail:

patzer@krankenhaus-
aus-halle-saale.de

Ihre Zeichen/Ihre Nachricht vom

Unsere Zeichen
Mei

Durchwahl
213-5131

Datum
10.06.2004

„Konfessionelle Kinderkliniken in der DDR“

Sehr geehrte Frau Dr. Kerber,

gestatten Sie bitte, mich Ihnen kurz vorzustellen. Ich bin als Stationsärztin der Neonatologischen ITS an der Kinderklinik des Krankenhauses St. Elisabeth und St. Barbara tätig und arbeite an meiner Dissertation mit dem Thema „Konfessionelle Kinderkliniken in der DDR-Zeit“.

Vielleicht erinnern Sie sich, vor 3 Jahren einen ähnlichen Bogen erhalten zu haben. Damals bat Herr Dr. Fukala, damaliger Chefarzt der Kinderklinik, schon um Ihre Mitarbeit. Auf der 97. Jahrestagung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde und Jugendmedizin in Freiburg hatte er seinerzeit einen Vortrag mit dem gleichen Thema gehalten. Da damals die Daten nicht vollständig erhoben werden konnten, ergab sich daraus das Thema meiner Dissertation. Mit ihr soll versucht werden, einen umfassenderen medizinhistorischen Überblick zu gewinnen.

Über das Literaturstudium hinaus bin ich auf Interviews von Zeitzeugen, zu denen vielleicht auch Sie, Ihre Mitarbeiter oder ehemalige Mitarbeiter gehören, angewiesen. In Vorbereitung auf diese Interviews erlaube ich mir, Ihnen einige Fragen zu schicken. Möglicherweise sind aus Ihrer Sicht noch andere Aspekte wichtig, die nicht aus den Fragen hervorgehen. Über Anregungen Ihrerseits wäre ich sehr dankbar.

Als Zeitraum für ein Interview bietet sich für mich die Woche vom **12. bis 16.07.2004** an. Ich wäre Ihnen dankbar, wenn ich Sie in dieser Zeit besuchen könnte. Falls Ihnen diese Zeit nicht möglich ist, teilen Sie mir bitte einen anderen Termin mit.

Darüber hinaus suche ich schriftliche Quellen, z. B. Festschriften, Berichte über Jubiläumsveranstaltungen und anderes Archivmaterial. Ich wäre Ihnen sehr dankbar, wenn Sie mir Standorte solcher Materialien nennen oder sie mir zur Verfügung stellen könnten.

Trägerin des Krankenhauses St. Elisabeth und St. Barbara ist die Katholische Wohltätigkeitsanstalt zur heiligen Elisabeth. Sie ist die Rechtsträgerin der Einrichtungen der Kongregation der Schwestern von der heiligen Elisabeth und unterhält Krankenhäuser, Altenheime sowie andere soziale Einrichtungen.



Zertifiziert nach proCum Cert
incl. KTQ®

Betriebsnummer: 03 42 56 52
Inst.-Knnz.: 261500677
Steuernr.: 111/197/07805
Umsatzsteuer-ID: DE135131974
Bankverbindungen:
Deutsche Bank AG
Konto-Nr.: 529 04 32
BLZ: 860 700 00
Bank für Sozialwirtschaft AG
Konto-Nr.: 148 30 00
BLZ: 810205 00



Ich bin mir darüber im Klaren, dass ich Ihnen mit meiner Anfrage große Mühe bereite.

Mit freundlichen Grüßen

PD Dr. L. Patzer
Chefarzt

Dr. E. Fukala
Chefarzt i.R.

B. Meißner
Fachärztin für Kinderheilkunde

Anlage
Übersicht über konfessionelle Kinderkliniken in der DDR
Fragebogen zur Vorbereitung auf das Interview

Sie erreichen mich unter:

Barbara Meißner
Klinik für Kinder- und Jugendmedizin
Krankenhaus St. Elisabeth und St. Barbara
PF: 20 02 54
06003 Halle (Saale)
Tel.: 0345/2 13 51 31 (dienstlich)
0345/20334 39 (privat)
Fax: 0345/2135139
E-mail: barb.meissner@gmx.de



zertifiziert nach proCum Cert
incl. KTQ"

Betriebsnummef: 03425652
Inst-Kennz.: 261500677
Steuernr.: 111/197/07805
Umsatzsteuer-ID: DE135131974
Bankverbindungen:
Deutsche Bank AG
Konto-Nr.: 529 04 32
BLZ: 860 700 00
Bank für Sozialwirtschaft AG
Konto-Nr.: 148 30 00
BLZ: 810205 00

Trägerin des Krankenhauses St. Elisabeth und St. Barbara ist die Katholische Wohltätigkeitsanstalt zur heiligen Elisabeth. Sie ist die Rechtsträgerin der Einrichtungen der Kongregation der Schwestern von der heiligen Elisabeth und unterhält Krankenhäuser, Altenheime sowie andere soziale Einrichtungen.

Fragen zu „Konfessionellen Kinderkliniken in der DDR“

- Kennen Sie in Ihrer Region Kinderkrankenhäuser anderer kirchlicher Träger, die nicht aus der beigelegten Übersicht hervorgehen?
- In welchem Zeitraum existierte Ihr Krankenhaus (falls es geschlossen wurde)?
- Welche Chefärzte standen der Kinderklinik vor? (Nennung wenn möglich in chronologischer Reihenfolge und Amtszeit)
- Wie viele Betten hatte Ihre Kinderklinik?
- Nahm Ihre Kinderklinik an der Notfallversorgung Ihrer Stadt bzw. Ihres Gebietes teil? Wenn ja, seit wann?
- Gab es an Ihrem Krankenhaus eine allgemeinpädiatrische Sprechstunde (im Sinne der DDR-üblichen Institutsambulanz)? Wenn ja, seit wann?
- Hatte Ihre Kinderklinik über die allgemeine Pädiatrie hinaus im stationären Bereich einen fachlichen Schwerpunkt (z.B. Gastroenterologie, Nephrologie, Neonatologie)?

Existierten an Ihrem Krankenhaus Spezialambulanzen?
Wenn ja, seit wann und für welche Subspezialität?

- War Ihr Haus Ausbildungsstätte für Kinderkrankenschwestern? Wie viele Ausbildungsplätze standen pro Kurs zur Verfügung?
Können Sie uns andere Ausbildungsstätten für Kinderkrankenschwestern nennen?
Gab es in Ihrem Krankenhaus noch andere Fachabteilungen der Kindermedizin (z.B. Kinderchirurgie oder Kinder- und Jugendmedizin)?
- Kirchliche Krankenhäuser haben ihre Aufgabenstellung oft in Leitlinien oder ähnlichen programmatischen Schriften niedergelegt. Sollte solch ein Schriftstück bei Ihnen existieren, wäre ich Ihnen für die Einsicht bzw. das Überlassen einer Kopie sehr verbunden.
- Bestand aus Ihrer Sicht der Wunsch, sich von staatlichen Kinderkliniken in irgendeiner Art zu unterscheiden?
- Gab es aus Ihrer Sicht Unterschiede zu staatlichen Kinderkliniken?
- Welche Maßnahmen wurden ergriffen, um den kirchlichen Auftrag Ihrer Kinderklinik zu verwirklichen (z.B. Seelsorge, Fürsorge, Pflege)?
- Wie war die Zusammenarbeit mit den staatlichen Stellen (z.B. Kreisarzt- oder Bezirksarzt)?
- Gab es belegbare, die Krankenhausarbeit störende Konflikte mit staatlichen Stellen?
- Welches Echo kam von Eltern und Kindern (z.B. Briefe, Anerkennungsschreiben)?

Anlage 3

UNIVERSITÄT ROSTOCK
DER PROREKTOR
FÜR STUDENTENANGELEGENHEITEN,
DIE STUDIENORDNUNG UND DIE BERUFSPRAKTIKA

ROSTOCK, DEN 19. Juni 1955
STALINPLATZ, UNIVERSITÄTSHAUPTGEBÄUDE
FERNRUF 4522

Fräulein
Johanna Bahr

Rostock-Toitenwinkel

Auf Grund des Beschlusses des Ministerrates vom 11. Juni 1955 wird im Auftrag des Staatssekretariates für Hochschulwesen nach Überprüfung Ihrer Exmatrikulation vom 27. August 1952 der Entzug der Studierenerlaubnis zurückgezogen.

Sie haben das Recht, an der Universität Rostock weiterhin zu studieren (Fachrichtung Medizin).

Ich erwarte, daß Sie das in Sie gesetzte Vertrauen der Regierung rechtfertigen und Ihr Studium in tiefem Verantwortungsbewußtsein gegenüber der Deutschen Demokratischen Republik erfolgreich beenden,

Ich habe Ihrem Vater bereits am 19. Juni 1955 Ihre Reimmatrikulation mündlich mitgeteilt.

Ich würde es begrüßen, wenn Sie sich in den nächsten Tagen noch einmal zu einer Aussprache im Prorektorat für Studentenangelegenheiten einfinden würden.

Der Rektor



Anlage 4

Beispiel Dachreparaturen

Auch hier blieben zunächst die Bemühungen um die notwendigen Dachreparaturen auf dem regulären Dienstweg erfolglos. Weil das Gebäude eigentumsrechtlich dem Lutherstift gehörte, aber im Mietverhältnis vom Bezirkskrankenhaus betrieben wurde, sagten die staatlichen Vertreter (Ärztlicher Direktor, Kreisarzt) zur Begründung ihrer Zurückhaltung: „Das ist ein Haus der Kirche. Und für kirchliche Häuser können keine staatlichen Baukapazitäten (private gab es nicht) zur Verfügung gestellt werden.“ Wieder ging ich auf dem Beschwerdeweg bis zum Oberbürgermeister. Der meinte kurz und klar: „Ja, Doktor, in Frankfurt (Oder) regnet es auch in viele Wohnungen hinein. Und in der Wohnung hält sich der Bürger 10, 20, 30 oder 40 Jahre auf. Aber im Krankenhaus ist er doch nur kurze Zeit.“ Eine verblüffende Logik. In der Tat waren damals viele Wohnhaus-Dächer beschädigt, so dass zu dieser Zeit eine Sonderinitiative „Dächer dicht“ erfunden wurde, welche durch die Konzentration auf bestimmte Straßenzüge ein effektiveres Arbeiten mit den vorhandenen Kräften ermöglichen sollte. Das nützte aber „meinen“ Kindern nichts. Schließlich fand ich eine konstruktive Kompromissformel: „es handelt sich hier nicht in erster Linie um ein kirchliches Haus, sondern um unsere Patienten“ (des Bezirkskrankenhauses). Das half in der Tat, die festgefahrenen Fronten aufzulockern und schließlich das Dach in der Heinrich-Hildebrand-Straße zu sanieren. Der Schaden war allerdings seit der ersten Einschätzung über einige weitere Jahre von 12000 auf 73000 Mark angestiegen. In der Zwischenzeit waren auch einige Kinderzimmer so weit betroffen, dass sie mehr und mehr nach muffigen Kellerwohnungen rochen und große nasse Flächen an manchen Decken und Wänden entstanden. Selbstverständlich beantragte ich die Sperrung dieser Zimmer, was aber ausdrücklich nur mit Genehmigung des Bezirksarztes erlaubt war –und die blieb aus. So stand ich eines Abends wieder mit sorgenvollen Blicken die „Wasserzeichen“ musternd in einem solchen Zimmer. Da riss mir endgültig der Geduldsfaden. Plandisziplin hin oder her, kein sinnloses Palaver mehr, Sicherheit für die Kinder geht vor. „Jetzt wird dieses Zimmer geräumt -und zwar sofort“, sagte ich den Schwestern. Sie sahen ja auch, was los war...Als ich am anderen Morgen hinein schaute, war quadratmeterweise Putz von Wand und Decke auf die noch verbliebenen leeren Bettgestelle geprasselt... Wie so oft war uns auch hier das Glück hold, in dem wir gerade noch rechtzeitig die Patienten (ohne Genehmigung) herausnahmen. Einige solcher Details seien nur erwähnt, um die Probleme anzudeuten, die seinerzeit neben der unmittelbaren Patientenversorgungen zu lösen waren zwecks Durchsetzung bestimmter gesundheitspolitischer Zielsetzungen, welche auch für Frankfurt (Oder) gültig werden mußten. Hatte ich mich vergewaltigen lassen von den disziplinarischen und bürokratischen Hürden? Es hatte sich jedenfalls kein kürzerer Weg gefunden...Die total renovierte Station D leuchtete uns dann natürlich besonders hell (Brückner 2005).

Anlage 5

Schallsingen, den 8.1.96

Sehr verehrter Kollege Steininger!

Mir wurde ein Zeitungsausschnitt aus einer Wittenberger Zeitung zugeschickt. Darin habe ich gelesen, dass Sie ihren 65. Geburtstag feiern. Lassen Sie sich von einer fast 90zigjährigen Kollegin dazu herzlich gratulieren.

Ich kam als Kinderärztin im Juni 1948 nach Wittenberg. Als Halbtagsangestellte wurde ich im Stift angestellt und übernahm das Kinderhaus, das ehemalige Pastorenhaus. Darin lagen größere Kinder und Säuglinge, die nebenbei von den Internisten versorgt wurden. Die vielleicht noch von größeren Kindern, aber von Säuglingen keine Ahnung hatten!! Eine gute Säuglingsschwester war da, sonst erinnerte nichts an ein ev. Kinderklinikum. In der Bevölkerung hatte das Haus einen schlechten Ruf.

In den unteren Räumen waren die Zimmer mit Linoleum ausgekleidet, das sich aus den seitlichen Holzleisten gelöst hatte und nach oben stand! , dahinter eine Menge Staub, der sich kaum entfernen ließ. In den Kellern lagerten die Kartoffeln vom ganzen Stift!! Fußbodenbelag gab es nicht, da ließ ich Fliesen legen, die zwar hart aber sauber zu halten waren.

Bei den Säuglingsdyspepsien führte ich die Mohrrübendiät ein. Die Mohrrüben wurden auf dem Markt gekauft und mit der Passierrolle aus meiner Küche durch ein Haarsieb getrieben, bis ein Verwaltungsangestellter später einmal ein Gerät von der Leipziger Messe mitbrachte. Die Mohrrüben kamen dann in Mieten. Dann führte ich natürlich die intravenösen Infusionen ein.

Lange habe ich gekämpft, bis ich die riesigen Kartoffelmengen aus dem Hause hatte... Dann konnte ich unten eine Milchküche mit

einer Milchküchenschwester einrichten. Andere bauliche Veränderungen erlaubten die Belegzahl zu erhöhen und ich hatte eine Fachschwester auf der oberen und der unteren Abteilung.

Endlich nach ca. 2 Jahren hatte ich das Haus soweit, dass es in der Bevölkerung als Kinderklinik anerkannt wurde und die kranken Kinder gern gebracht worden!!

Schwierigkeiten hatte ich mit der Neugeborenenstation! Der damals scheidende chirurgisch-gynäkologische Chef sagte mir: übernehmen sie die Neugeborenenabteilung. Meine Assistenten verstehen nichts von Neugeborenen. Dort lag vieles im Argen, das ich abzustellen versuchte. Aber der chirurgisch-gynäkologisch zuständige Assistent fühlte sich in seiner Kompetenz beeinträchtigt und ekelte mich raus.

Das waren in Anfänge Ihres jetzt so großen Reiches!!

15 Jahre habe ich das Kinderhaus betreut, war aber hauptsächlich im staatlichen Gesundheitswesen angestellt. Beides, Kinderhaus und große Sprechstunden konnte ich nicht mehr verkraften. Die Kollegin Hagedorn wurde meine Nachfolgerin.

Noch eine Geschichte, die Ihnen zeigen soll, wie „gut“ damals die Gegend mit Kinderärzten versorgt war. Ich wurde von einem Vater angerufen und um einen Hausbesuch im Landhaus gebeten. Den musste ich aber aus Zeitgründen wegen der vollen Sprechstunden ablehnen. Der erboste Vater fragte mich wann wird auch zu uns ein Kinder-.....

...sagen: wenn mein nördlicher Kollege nicht mehr in Potsdam
sitzt mein westlicher in Dessau im Süden in Bitterfeld, Halle
Leipzig und im Osten in der Spreewaldgegend!

Und heute????? Tempora mutantur !!!

Der Vater kam am nächsten Tag in die Sprechstunde, das Kind
hatte eine leichte Angina.

Entschuldigen Sie meine schönen Schriften. Aber mit meiner
elektrischen Schreibmaschine komme ich nicht immer zurecht,
außerdem hat mein Augenlicht leider so nachgelassen, dass ich
die Fehler in der Maschine nicht mehr erkennen kann.

Nochmals alles Gute für Ihr Vorhaben !

Ihre alte Kollegin

Medizinalrat Dr. med.

Sophia Jaeger

(Jaeger 1993)

Anlage 6

Tab. 3: Krankenhäuser und Betten nach Eigentumsformen der Krankenhäuser
(Stat. Amt der DDR)

	Krankenhäuser und Betten nach Eigentumsformen der Krankenhäuser					
	staatlich und kommunal		privat			
			Religionsgemeinschaften		sonstige private Eigentümer	
	Anstalten	Betten	Anstalten	Betten	Anstalten	Betten
1950	764	176.790	98	13.288	201	6.141
1955	682		98		123	
1960	679	189.260	88	13.523	55	1.984
1965	633		89		35	
1970	523	176.536	82	12.540	21	949
1975	483		81		13	
1980	464	159.828	80	11.711	5	356
1985	456		77		4	
1989	462	151.969	75	11.076	2	260

9 Thesen

1. Nach der Beendigung des zweiten Weltkrieges mit vielfach zerstörten Krankenhäusern konnte man dem Bedarf an medizinischen Behandlungseinrichtungen nur gerecht werden, in dem man auf die bereits bestehenden Einrichtungen zurückgriff und deren Bettenzahlen erhöhte. Es konnten sich auch nach Gründung der DDR neue Kinderkrankenhäuser in konfessioneller Trägerschaft etablieren.
2. Im Gegensatz zu den anderen sozialistischen Staaten blieben auf dem Gebiet der SBZ/DDR Kinderkliniken in konfessioneller Trägerschaft bestehen und wurden sogar neu gegründet
3. Durch die Benachteiligung kirchlicher Krankenhäuser in der Krankenhausfinanzierung, in der Vergütung der Mitarbeiter, in der zusätzlichen Altersversorgung der Ärzte sowie in der Zuteilung von medizintechnischen Geräten und der Bilanzierung von Bau- und Reparaturkapazität wurde das ambivalente Verhältnis des Staates zu den Kinderkrankenhäusern in kirchlicher Trägerschaft sichtbar.
4. Die überdurchschnittliche gute medizintechnische Ausstattung, hohe Motivation und die sehr gute fachliche Ausbildung der Mitarbeiter in den konfessionellen Kinderkrankenhäusern war auch für Eltern erkrankter Kinder mit atheistischer Einstellung ein Grund, sich um dort um medizinische Betreuung zu bemühen und sie u.U. einer staatlichen Kinderabteilung vorzuziehen.
5. Trotz aller in der Öffentlichkeit bekundeten Wertschätzung waren die konfessionellen Krankenhäuser gezwungen, diese Wettbewerbsnachteile in Kauf zu nehmen. Geschenkimporte durch die Kirchen wogen diese Nachteile teilweise auf.
6. Ohne die Unterstützung durch die Bundesregierung und die Kirchen in Westdeutschland wäre die Existenz der kirchlichen Kinderkrankenhäuser kaum möglich gewesen.
7. Ohne den Erhalt und die Gründung neuer Krankenpflegeschulen an den konfessionellen Kinderkrankenhäusern wäre nach dem zahlenmäßigen Rückgang der

Ordensschwestern, Diakonissen und diakonischen Schwestern die Betriebsfähigkeit und die Wahrung des kirchlichen Charakters der Einrichtungen gefährdet gewesen.

8. Die konfessionellen Kinderkliniken leisteten im stationären und ambulanten Bereich einen unverzichtbaren Beitrag zur medizinischen Versorgung von erkrankten Kindern in der DDR.
9. Insbesondere dem Aspekt der ganzheitlichen Betreuung wurde in den konfessionellen Kinderkrankenhäusern große Bedeutung zugemessen. Diesem Anspruch wurde man gerecht durch die Realisierung der in der RKK, bzw. RKO/DW festgelegten seelsorgerischen Anliegen.

10 Anhang

10.1 Lebenslauf

Angaben zur Person

Name:	Meißner, Barbara
Geburtsdatum/-ort:	10.06.1968, Dessau
Staatsangehörigkeit:	BRD
Nationalität:	Deutsch
Familienstand:	Verheiratet
Kinder:	2 Söhne, geb. 13.06.1992 und 25.12.1993

Ausbildung:

Schulbildung:

1975-1985	Allgemeinbildende Polytechnische Oberschule, Dessau
1985-1987	Erweiterte Oberschule Philanthropinum, Dessau
1987	Abitur

Krankenpflegepraktikum:

1987-1988	Bezirkskrankenhaus Dessau, Abteilung für Gynäkologie
-----------	--

Studium:

1988	Aufnahme des Studiums der Humanmedizin an der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg
1990	Physikum
1996	Staatsexamen

Beruflicher Werdegang:

1996	Ärztin im Praktikum an der Klinik für Pädiatrische Kardiologie der Martin-Luther-Universität
1997	Approbation als Ärztin
1997-1998	Assistenzärztin an der Klinik für Pädiatrische Kardiologie an der Martin-Luther-Universität
1998-2003	Assistenzärztin in der Kinderabteilung des Krankenhauses St. Elisabeth- und St. Barbara, Halle/Saale
2003	Fachärztin für Kinder- und Jugendmedizin
2003-2004	Ärztin in der Kinderabteilung Krankenhauses St. Elisabeth- und St. Barbara, Halle/Saale
seit 2004	Ärztin im Fachbereich Gesundheit/Veterinärwesen, Halle

10.2 Eidesstattliche Erklärung

Hiermit erkläre ich, dass ich den Antrag auf Eröffnung des Promotionsverfahrens erstmalig an die Medizinische Fakultät der Martin-Luther-Universität Halle-Wittenberg stelle.

Halle/Saale, den

Hiermit erkläre ich, dass ich diese Arbeit selbständig verfasst und keine anderen Hilfsmittel als die angegebenen verwendet habe.

Halle/Saale, den

10.3 Danksagung

Herrn Prof. Seidler danke ich sehr für die Überlassung des Themas dieser Dissertation.

Herrn Dr. med. Fukala und Herrn PD Dr. med. habil. L. Patzer und danke ich für die intensive Betreuung der Arbeit und für das gezeigte Interesse an der Fertigstellung dieser Dissertation.

Herrn Dr. jur. Willms danke ich für die Interviews.

Meiner Familie möchte ich an dieser Stelle für die gewährte Unterstützung herzlich danken.