

Aus dem Institut Geschichte, Ethik und Theorie der Medizin der Medizinischen
Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

Analyse des Jahrgangs 1959 der Pädopathologie der Medizinischen Akademie
Magdeburg

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

zur Erlangung des Doktorgrades

Dr. med.

(doctor medicinae)

an der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg

vorgelegt von Melis Bulut

aus Helmstedt

Magdeburg 2024

DOKUMENTATIONSBLATT

Bibliographische Beschreibung:

Bulut, Melis:

Analyse des Jahrgangs 1959 der Pädopathologie der Medizinischen Akademie Magdeburg.

Magdeburg 2021 - 24 Bl: 132, 67 Abb., 13 Tab., 1 Anl.

Kurzreferat:

Über 30 Jahre nach der Wiedervereinigung Deutschlands ist sowohl das allgemeine als auch das politische und akademische Interesse an der Aufarbeitung von Themen der DDR-Zeit und ihrem Nachwirken auf die Gegenwart von großer Bedeutung. Auch die Forderung der Gesellschaft nach mehr Aufklärung und Informationen bezüglich der Arbeitsweise der Kliniken, insbesondere der Pädopathologie zum Thema mutmaßlicher Zwangsadoptionen, zu Zeiten der SED-Diktatur sind noch immer stark vertreten. Daher beschäftigt sich diese Arbeit als Teil des Forschungsprojektes *Die Pädopathologie an der Medizinischen Akademie Magdeburg (MAM) - zum Umgang mit Fehl- und Frühgeburten und dem Säuglingstod 1959-1989/90* des Institutes Geschichte, Ethik und Theorie der Medizin mit der Analyse der pädopathologischen Obduktionen an dem Institut der Pathologie der Medizinischen Akademie Magdeburg aus dem ersten in einem Registrierbuch dokumentierten Jahrgang 1959 und verfolgt dabei vor allem die Ziele die Dokumentation, Struktur und Verteilungsmuster der insgesamt 888 kindlichen Obduktionen des Jahres 1959 in historischem, politischem sowie medizinischem Kontext zu analysieren, mit den gewonnen Daten eine Grundlage für weitere Forschungsarbeiten im Rahmen des oben genannten Großprojektes zu leisten sowie die Transparenz bezüglich interner klinischer Abläufe an der MAM zu Zeiten der SED-Diktatur vor allem bezüglich jeglichen Anhalts für Zwangsadoptionen, Manipulation von Daten oder vergleichbarem durch die MAM und ihre Mitarbeiter*innen oder Personen sowie Funktionären der SED-Diktatur zu fördern. In diesem Kontext kommen sowohl der Pädopathologie der MAM als auch dem Obduktionsjahrgang 1959 eine besondere Bedeutung zu, da die Analyse des ersten dokumentierten Jahrgangs die grundlegende Vergleichsbasis für die Betrachtung sowie Bewertung der nachfolgenden Jahrgänge und damit die Möglichkeit zur Verfolgung der Entwicklung der Arbeitsabläufe der Pädopathologie innerhalb der DDR bildet.

INHALTSVERZEICHNIS

Dokumentationsblatt	2
Abkürzungsverzeichnis	6
Abbildungsverzeichnis	7
Grafikverzeichnis	8
Tabellenverzeichnis	11
1. Einführung	11
1.1. Die Bedeutung der Pädopathologie und des Jahrgangs 1959	12
1.2. Die Gründungsgeschichte d. Med. Akademie Magdeburg u. ihrer Institute bis 1964	13
1.2.1. Die Gründung d. Med. Akademie Magdeburg unter d. Leitung Hasso Essbachs	13
1.2.2. Pathologie und Pädopathologie	15
1.2.3. Die Kinderklinik	17
1.2.4. Die Frauenklinik	18
1.2.5. Die Landesfrauenklinik (LFK)	19
1.3. Hasso Essbach	20
1.3.1. Vita	20
1.3.2. Essbachs Wirken in d. Pathologie u. Pädopathologie d. Med. Akademie Magdeburg ..	21
2. Material und Methode	24
2.1. Aufbau u. Vorstellung d. Registrierbuches d. Pädopathologie aus dem Jahre 1959	24
2.2. Digitalisierung u. Struktur d. Registrierbuches d. Kinderpathologie aus dem Jahre 1959	26
3. Ergebnisse	28
3.1. Hinweise zur Auswertung	28
3.2. Definieren von Diagnosegruppen und Diagnoseverschlüsselung	29
3.3. Tabellarische Erfassung und Sortierung nach spezifischen Aspekten	31
3.4. Erstellung und Auswertung der Inhalte in grafischer Form	38
3.4.1. Altersverteilung	38
3.4.2. Geschlechtsverteilung	41
3.4.3. Diagnosegruppen	41
3.4.4. Verteilung nach Obduzent*innen	43
3.4.5. Aufteilung nach Kliniken	44
3.4.6. Obduktionen nach Monaten	48
3.5. Definition und Analyse der vier häufigsten Diagnosegruppen	50
3.5.1. Atemwegserkrankungen und Infektionen	50
3.5.2. Dyspepsie	54
3.5.3. Fehlbildungen und Anomalien	58
3.5.4. Infektionen und Entzündungen	62

3.6.	Definition und Analyse der drei häufigsten Monate	67
3.6.1.	Mai	67
3.6.2.	August	69
3.6.3.	Dezember	72
3.7.	Analyse nach Altersgruppen	74
3.7.1.	Föten und Totgeborene	74
3.7.2.	Neugeborene	78
3.7.3.	Säuglinge	81
3.7.4.	Kinder über einem Jahr	84
4.	Diskussion	87
4.1.	Vergleich der Demografie des Einzugsgebietes Magdeburg im Jahre 1959 und 2021	87
4.2.	Vergleich u. Interpretation d. vier häufigsten Diagnosegruppen u. d. Diagnosegruppe „Andere“	92
4.2.1.	Eindeutige Diagnosen und Nebendiagnosen	92
4.2.2.	Altersgruppen	95
4.2.3.	Jahresverlauf	97
4.2.4.	Geschlechtsverteilung	98
4.3.	Vergleich und Interpretation der drei häufigsten Monate	100
4.3.1.	Häufige Diagnosegruppen	100
4.3.2.	Altersgruppen	102
4.3.3.	Geschlechtsverteilung	103
4.4.	Vergleich und Interpretation nach Altersgruppen	104
4.4.1.	Häufige Diagnosegruppen	105
4.4.2.	Jahresverlauf	107
4.4.3.	Geschlechtsverteilung	108
4.5.	Das Problem der hohen Säuglingssterblichkeit und Maßnahmen dagegen	109
4.6.	Fazit	111
4.7.	Limitationen	112
4.8.	Ausblick	113
5.	Zusammenfassung	115
	Literaturverzeichnis	122
	Archivalien	122
	Online-Artikel und Quellen	122
	Zeitgenössische Literatur	122
	Sekundärliteratur	123
	Danksagung	124
	Ehrenerklärung	125

Darstellung des Bildungsweges (Lebenslauf)	127
Persönliche Daten	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Studium und Ärztliche Tätigkeit	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Tätigkeiten neben dem Studium	Fehler! Textmarke nicht definiert.
Anlagen.....	128
Tabellen	128

ABKÜRZUNGSVERZEICHNIS

ATW – Atemwegserkrankung(en)

Chir – Chirurgie

DG – Diagnosegruppe(n)

FWA – Fruchtwasseraspiration

HKL – Herz-Kreislauf-Versagen

HNO-Klinik – Hals-, Nasen-, Ohrenklinik

KA – Kreisarzt

k.A. – keine Angabe

KH – Krankenhaus

LFK – Landesfrauenklinik

MAM – Medizinische Akademie Magdeburg

MD – Magdeburg

SpA – Spontanabort

SSt – Säuglingssterblichkeit

StA – Strafanstalt

WK – Weltkrieg

PIV3 – Parainfluenzavirus Typ 3

ABBILDUNGSVERZEICHNIS

Abb. 1 - Registrierbuch des Jahrgangs 1959	25
Abb. 2 - Aufbau des Registrierbuches des Jahrgangs 1959	26
Abb. 3 - Das Einzugsgebiet der Pädopathologie Magdeburg	47
Abb. 4 - Viren respiratorischer Infektionen d. gemäßigten Klimazone im Jahresverlauf.....	101

GRAFIKVERZEICHNIS

Grafik 1 - Übersicht der Altersverteilung der Obduktionen	39
Grafik 2 - Prozentuale Altersverteilung der Obduktionen	40
Grafik 3 - Absolute Altersverteilung der Obduktionen.....	40
Grafik 4 - Geschlechtsverteilung der Obduktionen.....	41
Grafik 5 - Verteilung der Diagnosegruppen.....	42
Grafik 6 - Verteilung nach Obduzent*innen	43
Grafik 7 - Verteilung nach Obduzent*innen als Kreisdiagramm.....	44
Grafik 8 - Aufteilung nach Kliniken I.....	45
Grafik 9 - Aufteilung nach Kliniken II.....	46
Grafik 10 - Verteilung der Obduktionen nach Monaten	48
Grafik 11 - Verteilung der Obduktionen nach Monaten	49
Grafik 12 - Auftreten d. Atemwegserkrankungen u. Infektionen nach Diagnoseschlüssel 7 mit Nebendiagnosen	50
Grafik 13 - Geschlechtsverteilung der Atemwegserkrankungen und Infektionen	51
Grafik 14 - Prozentuale Altersverteilung der Atemwegserkrankungen und Infektionen.....	51
Grafik 15 - Absolute Altersverteilung der Atemwegserkrankungen und Infektionen	52
Grafik 16 - Absolute Verteilung d. Obduktionen d. Atemwegserkrankungen u. Infektionen nach Monaten.....	52
Grafik 17 - Prozentuale Verteilung d. Obduktionen d. Atemwegserkrankungen u. Infektionen nach Monaten	53
Grafik 18 - Auftreten d. Dyspepsien nach Diagnoseschlüssel 6 mit Nebendiagnosen	54
Grafik 19 - Geschlechtsverteilung der Dyspepsien.....	55
Grafik 20 - Prozentuale Altersverteilung der Dyspepsien.....	55
Grafik 21 - Absolute Altersverteilung der Dyspepsien	56
Grafik 22 - Absolute Verteilung der Dyspepsien nach Monaten	57
Grafik 23 - Prozentuale Verteilung der Dyspepsien nach Monaten.....	57
Grafik 24 - Auftreten d. Fehlbildungen u. Anomalien nach Diagnoseschlüssel 2 mit Nebendiagnosen	58
Grafik 25 - Geschlechtsverteilung der Fehlbildungen und Anomalien.....	59
Grafik 26 - Prozentuale Altersverteilung der Fehlbildungen und Anomalien	59
Grafik 27 - Absolute Altersverteilung der Fehlbildungen und Anomalien.....	60
Grafik 28 - Absolute Verteilung d. Obduktionen d. Fehlbildungen u. Anomalien nach Monaten	61

Grafik 29 - Prozentuale Verteilung d. Obduktionen d. Fehlbildungen u. Anomalien nach Monaten.....	61
Grafik 30 - Auftreten d. Infektionen u. Entzündungen nach Diagnoseschlüssel 3 u. 4 mit Nebendiagnosen	62
Grafik 31 - Geschlechtsverteilung der Infektionen und Entzündungen	63
Grafik 32 - Prozentuale Altersverteilung der Infektionen und Entzündungen.....	64
Grafik 33 - Absolute Altersverteilung der Infektionen und Entzündungen	64
Grafik 34 - Absolute Verteilung d. Obduktionen d. Infektionen u. Entzündungen nach Monaten	65
Grafik 35 - Prozentuale Verteilung d. Obduktionen d. Infektionen u. Entzündungen nach Monaten.....	66
Grafik 36 - Verteilung der Diagnosegruppen im Mai	67
Grafik 37 - Geschlechtsverteilung der Obduktionen im Mai	68
Grafik 38 - Prozentuale Altersverteilung der Obduktionen im Mai.....	68
Grafik 39 - Absolute Altersverteilung der Obduktionen im Mai	69
Grafik 40 - Verteilung der Diagnosegruppen im August	70
Grafik 41 - Geschlechtsverteilung der Obduktionen im August.....	70
Grafik 42 - Prozentuale Altersverteilung der Obduktionen im August.....	71
Grafik 43 - Absolute Altersverteilung der Obduktionen im August.....	71
Grafik 44 - Verteilung der Diagnosegruppen im Dezember	72
Grafik 45 - Geschlechtsverteilung der Obduktionen im Dezember	73
Grafik 46 - Prozentuale Altersverteilung der Obduktionen im Dezember.....	73
Grafik 47 - Absolute Altersverteilung der Obduktionen im Dezember	74
Grafik 48 - Verteilung der Diagnosegruppen der Föten und Totgeborenen	75
Grafik 49 - Geschlechtsverteilung der Föten und Totgeborenen	76
Grafik 50 - Absolute Verteilung der Obduktionen der Föten und Totgeborenen	76
Grafik 51 - Prozentuale Verteilung der Obduktionen der Föten und Totgeborenen.....	77
Grafik 52 - Verteilung der Diagnosegruppen der Neugeborenen	78
Grafik 53 - Geschlechtsverteilung der Neugeborenen	79
Grafik 54 - Absolute Verteilung der Obduktionen der Neugeborenen nach Monaten	79
Grafik 55 - Prozentuale Verteilung der Obduktionen der Neugeborenen nach Monaten	80
Grafik 56 - Verteilung der Diagnosegruppen der Säuglinge.....	81
Grafik 57 - Geschlechtsverteilung der Säuglinge	82
Grafik 58 - Absolute Verteilung der Obduktionen der Säuglinge nach Monaten.....	82

Grafik 59 - Prozentuale Verteilung der Obduktionen der Säuglinge nach Monaten	83
Grafik 60 - Verteilung der Diagnosegruppen der Kinder > 1 Jahr.....	84
Grafik 61 - Geschlechtsverteilung der Kinder > 1 Jahr	85
Grafik 62 - Absolute Verteilung der Obduktionen der Kinder > 1 Jahr nach Monaten.....	85
Grafik 63 - Prozentuale Verteilung der Obduktionen der Kinder > 1 Jahr nach Monaten	86

TABELLENVERZEICHNIS

Tab. 1 - Diagnosegruppen mit Diagnoseverschlüsselungen	31
Tab. 2 - Altersverteilung	32
Tab. 3 - Geschlechtsverteilung.....	32
Tab. 4 - Diagnosegruppen	34
Tab. 5 - Verteilung nach Obduzent*innen	35
Tab. 6 - Verteilung nach Kliniken.....	37
Tab. 7 - Verteilung nach Monaten.....	38
Tab. 8 - Einwohnerzahl Magdeburgs im Jahre 1959	87
Tab. 9 - Geburten und Sterbefälle in Magdeburg im Jahre 1959	88
Tab. 10 - Bevölkerungsstruktur minderjähriger Bevölkerung Magdeburgs im Jahre 1959.....	89
Tab. 11 - Hauptwohnsitzbevölkerung Magdeburgs im Jahre 2021	90
Tab. 12 - Geburten, Sterbefälle und Aborte in Magdeburg im Jahre 2021	91
Tab. 13 - Bevölkerungsstruktur minderjähriger Bevölkerung Magdeburgs nach Altersgruppen im Jahre 2021	91

1. EINFÜHRUNG

Über 30 Jahre nach der Wiedervereinigung Deutschlands ist sowohl das allgemeine als auch das politische und akademische Interesse an der Aufarbeitung von Themen der DDR-Zeit und ihrem Nachwirken auf die Gegenwart von großer Bedeutung. Dies zeigt unter anderem das durch das Land Sachsen-Anhalt im Zuge der *Aufarbeitung der SED-Diktatur* geförderte und seit 2018 bestehende Forschungsprojekt *Die Pädopathologie an der Medizinischen Akademie Magdeburg (MAM) – zum Umgang mit Fehl- und Frühgeburten und dem Säuglingstod 1959-1989/90* des Institutes für Geschichte, Ethik und Theorie der Medizin der Medizinischen Fakultät des Universitätsklinikum Magdeburgs¹. Regionale Artikel der *Volksstimme*² aus dem Jahre 2019, nach deren Veröffentlichungen sich viele Personen und Familien an das Institut Geschichte, Ethik und Theorie der Medizin gewandt hatten³, sowie die Interessengemeinschaft *Gestohlene Kinder der DDR* oder Gruppen in sozialen Netzwerken wie Facebook zeigen die Forderung der Gesellschaft nach mehr Aufklärung und Informationen bezüglich der Arbeitsweise der Kliniken, insbesondere der Pädopathologie, zu Zeiten der SED-Diktatur.

Daher beschäftigt sich diese Arbeit als Teil des oben genannten Forschungsprojektes des Institutes Geschichte, Ethik und Theorie der Medizin mit der Analyse der pädopathologischen Obduktionen an dem Institut der Pathologie der Medizinischen Akademie Magdeburg aus dem ersten in einem Registrierbuch erfassten Jahrgang 1959 mit dem primären Ziel diese Forschung fortzusetzen.

Es soll die Transparenz hinsichtlich der medizinischen Daten und Materialien der MAM und damit auch die Transparenz interner klinischer Abläufe gefördert werden um die Effekte durch die „unsachgemäße Berichterstattungen in den Medien, die dazu beigetragen haben Zweifel an der Richtigkeit von Unterlagen aufkommen zu lassen und Unsicherheiten hervorgerufen haben“⁴ zu verringern oder eine Grundlage geschaffen werden diese in einzelnen Fällen gar gänzlich widerlegen zu können.

Ein weiteres Motiv für diese Arbeit bildet die eigene Zugehörigkeit zur ärztlichen Berufsgruppe. Um der ethischen Verantwortung, die aus heutiger Sicht unabdingbar ist, und dem durch die Gesellschaft entgegengebrachten Vertrauen(svorschuss) gerecht zu werden, soll ein Beitrag zur

¹ Geschichte, Ethik und Theorie der Medizin - Forschung. (2021, 8. März).

<http://www.get.ovgu.de/Forschung.html> (letzter Aufruf 07. September 2023, 14:10).

² Walter, A.: Medizinische Akademie Magdeburg: Was wurde aus den verschwundenen Babys der DDR? In: *Volksstimme*, 20. April 2023. und Walter, A.: Stahl die DDR Müttern ihre Babys? In: *Volksstimme*, 6. September 2019.

³ Geschichte, Ethik und Theorie der Medizin - Forschung. (2021, 8. März).

<http://www.get.ovgu.de/Forschung.html> (letzter Aufruf 07. September 2023, 14:10).

⁴ Ebd.

Aufarbeitung praktizierter Medizin zu Zeiten der SED-Diktatur an der eigenen Ausbildungsstätte geleistet werden.

Hierfür soll überprüft werden, ob die Dokumentation im Registrierbuch des Jahrgangs 1959 nachvollziehbar ist. Bei Anzeichen für lückenhafte oder unstrukturierte Dokumentation sowie Datenlage sollen diesen nachgegangen werden und mögliche Ursachen im historischen Kontext dargestellt werden. Außerdem soll der Datensatz der kindlichen Obduktionen hinsichtlich bestehender Verteilungsmuster überprüft und erklärt werden.

Als methodisches Vorgehen wurde eine Datenbank angelegt, die die digitalisierte Form des Registrierbuches nachvollzieht. Die Daten der kindlichen Todesfälle wurden nach verschiedenen Kriterien wie beispielsweise Alter, Geschlecht und Todesursache gruppiert sowie kategorisiert. Dabei wurden die Verschlüsselungen und der Aufbau der Datenbank dynamisch gestaltet, damit diese zukünftig im Rahmen weiterer Forschungen zu diesem Themenkomplex problemlos erweitert und nach neuen Kriterien sowie Fragestellung gefiltert sowie gruppiert werden können.

Dadurch soll eine transparente Darstellung und kritische Analyse unter Berücksichtigung historischer, infrastruktureller sowie medizinischer Gesichtspunkte aller erhaltenen Dokumente und Daten der kindlichen Todes- und Obduktionsfällen der Pädopathologie der MAM im Jahre 1959 erfolgen.

1.1. Die Bedeutung der Pädopathologie und des Jahrgangs 1959

Der Pädopathologie kommt in vielerlei Hinsicht historisch eine besondere Bedeutung zu. Innerhalb der gesamten DDR und somit auch Magdeburg hatte sie aufgrund der vorherrschenden hohen Säuglings- sowie Kindersterblichkeit einen erheblichen Stellenwert. Ihre gesonderte Rolle für den Raum Magdeburg zeigt sich durch die Gründungsgeschichte der MAM, welche nicht nur einen Pathologen, Hasso Essbach (1909-1992)⁵ als ersten Rektor innehatte, sondern auch als erstes Gebäude das der Pathologie fertigstellte. Zusätzlich wurden früh Forschungs- sowie Lehrbestreben innerhalb der Pathologie und insbesondere der Pädopathologie vorangetrieben. Dies äußerte sich nicht nur im Anlegen einer Pathologiesammlung für Lehrzwecke, sondern auch im Beginn einer neuen Dokumentationskultur sowie dadurch dem systematischen Sammeln von Daten zur Kinder- und Säuglingssterblichkeit ab 1959 in Form der Registrierbücher. Daher kommt dem Registrierbuch

⁵ Nebelung, Bianka. Prof. Dr. sc. med. Dr. h. c. Hasso Eßbach – 1. Rektor, Prorektor und langjähriger Institutsdirektor der Medizinischen Akademie Magdeburg. Magdeburg. Kapitel: Kurzbiografie (1988). und Brinkschulte E, Roessner A. Pathologie in Magdeburg. Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Pathologie (2007) (91), S. 9.

des Jahres 1959 als erste strukturierte sowie erhaltene Dokumentation eine immense Bedeutung zu. Hasso Essbachs Beweggründe waren hierbei vermutlich nicht nur durch seine Funktion als Rektor und Pathologe motiviert, sondern persönlicher Natur durch den Verlust eigener Kinder.⁶

1.2. Die Gründungsgeschichte d. Med. Akademie Magdeburg u. ihrer Institute bis 1964

Nachfolgend werden sowohl die Geschichte über die Gründung der MAM als auch derer Institute, die im Zusammenhang mit den Obduktionen und der Pädopathologie einen besonderen Stellenwert innehatten, bis zum Jahr 1964 thematisiert. Hierzu gehören das Institut für Pathologie, die Kinder-, Frauen- sowie Landesfrauenklinik.

1.2.1. Die Gründung d. Med. Akademie Magdeburg unter d. Leitung Hasso Essbachs

Nach der Zerstörung Magdeburgs 1945 im Zuge des Zweiten Weltkrieges war die Anzahl der Krankenhausbetten zur gesundheitlichen Versorgung der Stadt und ihres Umlandes drastisch reduziert.⁷ Von den ca. 3.000 Betten der Vorkriegszeit waren nur noch etwas mehr als 10% mit etwa 300 Betten vorhanden.⁸ Im Rahmen des Wiederaufbaus der Stadt konnten die Bettanzahl mit verschiedenen Gesundheitseinrichtungen wie dem Krankenhaus Sudenburg auf ca. 2.000 Betten verschiedener Fachrichtungen wieder aufgestockt werden.⁹ Hasso Essbach, der seit 1952 Leiter des Pathologischen Institutes des Krankenhaus Sudenburgs war, welches ab 1948 Gustav-Ricker-Krankenhaus hieß,¹⁰ und späterer Direktor der Pathologie wurde war, arbeitete mit weiteren Leitern verschiedener Institute sowie Kliniken einen Plan für die Gründung der MAM aus.¹¹ Diese Neugründung stellte nicht nur wie bisher die Herausforderung des Wiederaufbaus im Rahmen der Sicherung und Verbesserung der medizinischen Versorgung mit Erhöhung der Bettenanzahl dar, sondern erweiterte diese um weitaus zukunftsorientierende „*Lehr- und Forschungsaufgaben*“.¹² Unter Zustimmung des Gesundheitsministeriums und des Staatssekretariats für das Hoch- und Fachschulwesen konnte die MAM am 7. September 1954

⁶ Wins, N. Dissertation Hasso Essbach. Magdeburg. Kapitel: Heirat mit Helena Gerda Sänger. (Laufendes Dissertationsprojekt), S. 9 f. Ich bedanke mich, dass Frau Wins mir die Manuskriptfassung zur Verfügung gestellt hat.

⁷ Medizinische Akademie Magdeburg. Festschrift 10 Jahre Medizinische Akademie Magdeburg. Kapitel: Geleitwort (1964), S. 11.

⁸ Ebd.

⁹ Ebd.

¹⁰ Brinkschulte E., Roessner A. Pathologie in Magdeburg. Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Pathologie (2007) (91), S. 8.

¹¹ Medizinische Akademie Magdeburg. Festschrift 10 Jahre Medizinische Akademie Magdeburg. Kapitel: Geleitwort (1964), S. 11.

¹² Ebd.

mit Hasso Essbach als ersten Rektor als Hochschule mit Promotionsrecht eröffnet werden.¹³ Die MAM bot zunächst nur den Klinischen Abschnitt des Medizinstudiums und schließlich ab 1961 auch den Vorklinischen Abschnitt.¹⁴ Schon die Eröffnungsrede Essbachs zeigte die besondere Stellung der Pathologie und insbesondere der Kinderpathologie in Magdeburg.¹⁵ Im Beisein politischer Funktionäre des damaligen Gesundheitsministeriums sowie Vertreter der Medizinischen Fakultät Leipzig, der Medizinischen Fakultät Berlin, der Medizinischen Fakultät Halle und der Deutschen Akademie der Wissenschaften nutzte Essbach die Aufmerksamkeit um damals vorherrschende Defizite der Kinderpathologie näher zu beleuchten.¹⁶ Weiterhin wurde der Bau des Pathologischen Institutes mit zwei Hörsälen, welches als erstes Institut 1959 fertiggestellt wurde, sowie der Bau des Pharmakologischen Institutes und eines Studentenwohnheimes veranlasst.¹⁷ Die MAM umfasste 1954 zum Gründungszeitpunkt das Gustav-Ricker-Krankenhaus, ehemals Sudenburger Krankenhaus, mit der Medizinischen Klinik, der Chirurgischen Klinik, Klinik für Neurologie und Psychiatrie, der Frauenklinik, der HNO-Klinik, der Augenklinik, der Hautklinik, dem Pathologischen Institut, dem Mikrobiologischen Institut, einer zentralen Apotheke, einem Schwesternhaus, der Kinderklinik sowie mit der Landesfrauenklinik.¹⁸ Des Weiteren zeigte sich durch die Etablierung einer Frühgeborenenstation der Kinderklinik sowie ärztlichen Tätigkeiten in Mütterberatungsstellen und Kinderkrippen erneut die hohe Stellung der Versorgung der Kinder und Reduzierung der Kindersterblichkeit.¹⁹ Zu den weiteren frühen Erfolgen der MAM zählen, laut der Festschrift anlässlich des zehn jährigen Jubiläums, die auf dem Gebiet der Kinderpathologie.²⁰ Das stete Wachstum und der Ausbau der MAM, insbesondere im Bereich der Lehre, wird durch die steigende Anzahl der Student*innen deutlich.²¹ Während bei der Gründung 1954 lediglich 47 Student*innen immatrikuliert waren, waren es 1961 bereits 829.²² 1957 gab es die ersten Absolvent*innen an der MAM.²³ Zwischen 1954 und 1964 konnte die MAM mithilfe von 180 Ärzt*innen und Zahnärzt*innen bei einer Gesamtbettzahl von 2.137 30.772 Patient*innen stationär behandeln.²⁴

¹³ Ebd., S. 12.

¹⁴ Ebd., S. 12-14.

¹⁵ Ebd., S. 12.

¹⁶ Ebd.

¹⁷ Ebd., S. 13.

¹⁸ Ebd., S. 12.

¹⁹ Ebd., S. 16.

²⁰ Ebd.

²¹ Ebd., S. 12-14.

²² Ebd.

²³ Ebd., S. 13.

²⁴ Ebd., S. 16.

1.2.2. Pathologie und Pädopathologie

Wie viele andere Kliniken ging auch das Institut der Pathologie und damit auch die Pädopathologie aus den Gebäuden des Sudenburger Krankenhauses, später Gustav-Ricker-Krankenhaus, hervor.²⁵ Dr. Richard Thoma (1847-1923)²⁶ war der erste Prosektor der Sudenburger Pathologie bis die Leitung des Institutes 1906 durch Prof. Gustav Ricker (1870-1948)²⁷ übernommen wurde, welcher die Funktion des Prosektors über die nächsten 29 Jahre innehatte.²⁸ Mit Gustav Ricker und seiner Relationspathologie als Gegenstück zu Virchows Zellulärpathologie läutete er den offiziellen Beginn der Magdeburger Pathologie ein.²⁹ Ricker betrachtete Reizwirkungen auf das Nervensystem als Ursache von Krankheiten und Organpathologien.³⁰ Während der Leitung Rickers erfolgte der Bau des neuen Gebäudes der Pathologie mit Schwerpunkt der Histologie am Standort des heutigen Anatomie Institutes.³¹ Mit der Machtübernahme 1933 durch die NSDAP wurde Ricker als Mitglied der SPD in den vorzeitigen Ruhestand entlassen.³² Von 1934 bis 1946 war nun Dr. Otto Schultz-Braun (?-?), ein späteres NSDAP-Mitglied, sein Nachfolger.³³ Braun legte als Prosektor seinen Forschungs- sowie Tätigkeitsschwerpunkt auf Brustdrüsengeschwülste³⁴ und die Schnellschnittdiagnostik.³⁵ Auch das Institut der Pathologie blieb nicht von der Zerstörung durch den Zweiten Weltkrieg verschont.³⁶ Wegen des großen Ausmaßes der Zerstörung wick die Pathologie mit seinen Mitarbeitern auf die Räumlichkeiten des Institutes für Hygiene sowie einem provisorisch wieder aufgebauten Sektionssaal aus um ihre Arbeit fortführen zu können.³⁷ Der nächste Leiter

²⁵ Medizinische Akademie Magdeburg. Festschrift 10 Jahre Medizinische Akademie Magdeburg. Kapitel: Das Institut für Pathologie (1964), S. 120.

²⁶ DNB. Katalog der Deutschen Nationalbibliothek. <https://d-nb.info/gnd/117640778> (letzter Aufruf 12. September 2023, 19:46).

²⁷ Ebd. <https://d-nb.info/gnd/139162569> (letzter Aufruf 12. September 2023, 19:46).

²⁸ Medizinische Akademie Magdeburg. Festschrift 10 Jahre Medizinische Akademie Magdeburg. Kapitel: Das Institut für Pathologie (1964), S. 120.

²⁹ Brinkschulte E., Roessner A. Pathologie in Magdeburg. Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Pathologie (2007) (91), S. 7.

³⁰ Ebd.

³¹ Medizinische Akademie Magdeburg. Festschrift 10 Jahre Medizinische Akademie Magdeburg. Kapitel: Das Institut für Pathologie (1964), S. 120.

³² Brinkschulte E., Roessner A. Pathologie in Magdeburg. Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Pathologie (2007) (91), S. 8.

³³ Medizinische Akademie Magdeburg. Festschrift 10 Jahre Medizinische Akademie Magdeburg. Kapitel: Das Institut für Pathologie (1964), S. 121.

³⁴ Brinkschulte E., Roessner A. Pathologie in Magdeburg. Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Pathologie (2007) (91), S. 8.

³⁵ Medizinische Akademie Magdeburg. Festschrift 10 Jahre Medizinische Akademie Magdeburg. Kapitel: Das Institut für Pathologie (1964), S. 121.

³⁶ Ebd.

³⁷ Ebd.

der Pathologie von 1946 bis 1952 Dr. Richard Penecke (1886-1965)³⁸ begann daher 1947 mit den Wiederaufbaumaßnahmen des Pathologie Institutes, welche drei Jahre dauerten.³⁹ 1952 wurde Penecke als Leiter der Pathologie des Gustav-Ricker-Krankenhauses von Prof. Hasso Eßbach abgelöst.⁴⁰ Mit ihm und der Gründung der MAM traten erstmals Forschung und Lehre als Aufgabe eines Leiters in den Vordergrund.⁴¹ Die Institutsleitung stand vor der Herausforderung mit einem kleinen Team von 13 Personen, darunter zwei Ärzte, den Betrieb durch großes organisatorisches Talent aufrechtzuerhalten. Gleichzeitig stand Eßbach nicht nur vor der Aufgabe für sein wichtigstes Forschungsgebiet der Kinderpathologie ein Spezialgebiet an der MAM einzurichten, sondern war auch ärztlicher Direktor am Gustav-Ricker-Krankenhaus.⁴² „Seine Hauptaufgabe“⁴³ bestand jedoch in der Gründung der MAM um einen Ort für Forschung und Lehre in Magdeburg zu errichten.⁴⁴ Zu Eßbachs Verdienst gehören die Überzeugung der Politik zur Gründung der MAM, der Bau eines Pathologiegebäudes und die Fertigstellung als erstes Gebäude der MAM im Jahre 1959 sowie das Erkennen der Notwendigkeit neue Spezialabteilungen der Pathologie einzuführen.⁴⁵ Als erstes wurde seinem Forschungsschwerpunkt entsprechend eine Abteilung für Pädopathologie eingerichtet, danach folgte die Hirnpathologie sowie 1956 die Gerichtsmedizin.⁴⁶ Ein weiterer Ausbau der Räumlichkeiten sowie die Modernisierung durch Anschaffung neuer Geräte wie eines Elektronenmikroskops, einer Mazerationsanlage sowie eines Universalspektrometers folgten.⁴⁷ Zusätzlich gehörte die Ausbildung von Assistenzärzten, das Vorantreiben der Zusammenarbeit mit Pädiatern, Chirurgen und Gynäkologen sowie deren Weiterbildung in sein Aufgabengebiet.⁴⁸ Die Erweiterungen unter Eßbachs Leitung zeigen sich auch im Anstieg der Sektionszahlen von 2.100 im Jahre 1956 auf 3.567 im Jahre 1962, der Institutsangehörigen von 28 auf 81 im selben Zeitraum sowie der Einführung von Einsendungen und Histologischen Präparaten im Jahre 1958, welche schließlich im Jahre 1962 einen Umfang von 29.500 bzw. 90.279 hatten.⁴⁹

³⁸ Landeshauptstadt Magdeburg. Stadtplanungsamt Magdeburg. Magdeburger Friedhöfe und Begräbnisstätten. Magdeburg (1998), S. 82

³⁹ Medizinische Akademie Magdeburg. Festschrift 10 Jahre Medizinische Akademie Magdeburg. Kapitel: Das Institut für Pathologie (1964), S. 121

⁴⁰ Ebd.

⁴¹ Ebd., S. 121 f.

⁴² Ebd., S. 121.

⁴³ Ebd.

⁴⁴ Ebd.

⁴⁵ Ebd., S. 122.

⁴⁶ Ebd.

⁴⁷ Ebd.

⁴⁸ Ebd., S. 123.

⁴⁹ Ebd., S. 122.

1.2.3. Die Kinderklinik

Die Kinderklinik hat ihre Anfänge in der zwischen 1906 und 1908 vom Kinderarzt Prof. Dr. Arthur Keller (1868-1934)⁵⁰ geführten Säuglingsabteilung.⁵¹ Diese wurde von 1908 bis 1913 unter Prof. Martin Thiemichs (1869-1921)⁵² Leitung zur Säuglingsklinik ausgebaut.⁵³ Sein Nachfolger bis 1925 Prof. Dr. Hans Vogt (1874-1963)⁵⁴ begann mit der Behandlung älterer Kinder ohne den hierfür erforderlichen Ausbau sowie Weiterentwicklung voranzutreiben.⁵⁵ Des Weiteren lies Vogt eine Pflegeschule für Säuglinge errichten.⁵⁶ Anschließend erfolgten weitere Umbaumaßnahmen durch Prof. Dr. Albert Uffenheimer (1876-1941⁵⁷).⁵⁸ Diese umfassten u.a. eine Milchküche, Röntgenabteilung sowie eine Kinderinfektionsabteilung mit internistischer Zusammenarbeit.⁵⁹ 1933 verließ Uffenheimer aufgrund der nationalsozialistischen Machtübernahme die Klinik und emigrierte in die USA, sodass Prof. Dr. Fritz Thoenes (1891-1974)⁶⁰ die Leitung schließlich übernahm.⁶¹ Dieser veranlasste 1943 aufgrund des Zweiten Weltkrieges die Verlegung der Klinik bis auf eine kleine Abteilung zur Aufnahme der Kinder in die Landesheilanstalt Uchtspringe.⁶² Während der Nachkriegszeit dienten verschiedene Gebäude als Übergangslösung für die Kinderklinik.⁶³ So war die Kinderklinik seit 1948 in verschiedenen Villengebäuden der Haberstädter Straße und seit 1953 in einer geplanten Hotelanlage sowie ab 1953 im Bördehof der Hellerstraße untergebracht.⁶⁴ Im Jahre 1954 und somit zum Zeitpunkt der Gründung der MAM übernahm Prof. Dr. Karl Ludwig Nißler (1908-

⁵⁰ DNB. Katalog der Deutschen Nationalbibliothek. <https://d-nb.info/gnd/13997301X> (letzter Aufruf 12. September 2023, 19:46).

⁵¹ Medizinische Akademie Magdeburg. Festschrift 10 Jahre Medizinische Akademie Magdeburg. Kapitel: Die Kinderklinik (1964), S. 74.

⁵² Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg Institut für Germanistik. Magdeburger Biographisches Lexikon. <https://mbl.ub.ovgu.de/Biografien/0162.htm> (letzter Aufruf 12. September 2023, 19:46).

⁵³ Medizinische Akademie Magdeburg. Festschrift 10 Jahre Medizinische Akademie Magdeburg. Kapitel: Die Kinderklinik (1964), S. 74.

⁵⁴ DNB. Katalog der Deutschen Nationalbibliothek. <https://d-nb.info/gnd/117703923> (letzter Aufruf 12. September 2023, 19:46).

⁵⁵ Medizinische Akademie Magdeburg. Festschrift 10 Jahre Medizinische Akademie Magdeburg. Kapitel: Die Kinderklinik (1964), S. 74.

⁵⁶ Ebd., S. 75.

⁵⁷ DNB. Katalog der Deutschen Nationalbibliothek. <https://d-nb.info/gnd/117267201> (letzter Aufruf 12. September 2023, 19:46).

⁵⁸ Medizinische Akademie Magdeburg. Festschrift 10 Jahre Medizinische Akademie Magdeburg. Kapitel: Die Kinderklinik (1964), S. 74 f.

⁵⁹ Ebd., S. 75.

⁶⁰ DNB. Katalog der Deutschen Nationalbibliothek. <https://d-nb.info/gnd/142104914> (letzter Aufruf 12. September 2023, 19:46).

⁶¹ Medizinische Akademie Magdeburg. Festschrift 10 Jahre Medizinische Akademie Magdeburg. Kapitel: Die Kinderklinik (1964), S. 76.

⁶² Ebd.

⁶³ Ebd.

⁶⁴ Ebd.

1987)⁶⁵ die Leitung der Kinderklinik und konnte den Ausbau sowie die Weiterentwicklung durch seine Vorgänger fortsetzen.⁶⁶ Während seiner Leitung war die Anzahl niedergelassener Kinderärzte in Magdeburg und Umgebung sehr gering, wodurch die Kinderklinik die ambulante Versorgung von Kindern mittragen musste.⁶⁷ Erst 1963 wurde ein Anbau mit Hörsaal errichtet und die Anzahl der Stationen auf 15 Stationen vergrößert.⁶⁸ Die Forschungsschwerpunkte der Kinderklinik als Teil der MAM lagen zu dieser Zeit auf der Bronchologie, enzymatischen Lebererkrankungen und dem Vitamin A Stoffwechsel von Neugeborenen.⁶⁹

1.2.4. Die Frauenklinik

Die Städtische Frauenklinik ging aus der 1906 gegründeten gynäkologischen Abteilung in der Städtischen Krankenanstalt Sudenburg, zunächst ohne Abteilung für Geburtshilfe, hervor.⁷⁰ Der Erste Leiter war Dr. Wilhelm Thorn (1857-1913)⁷¹, ein Abtreibungsgegner der zuvor eine private Frauenklinik betreute.⁷² Der spätere Leiter und Erfinder der Spekulumtbindung Herr Prof. Dr. Johann Adam Bauereisen (1875-1961)⁷³ erkannte aufgrund der jährlich steigenden Geburtsfälle die Wichtigkeit der Geburtshilfe und dehnte diese auf den gesamten damaligen Westflügel der Klinik aus und veranlasste 1925 zusätzlich den Bau des Ostflügels.⁷⁴ Außerdem veranlasste er die Einführung der Schwangerenberatung 1933.⁷⁵ Nach der Zerstörung im Zweiten Weltkrieg vollzog sich der Wiederaufbau bis 1948.⁷⁶ Mit Beginn der Planung der MAM wurde Herr Bauereisen als Leiter von Prof. Karlheinz Sommer (1907-1989)⁷⁷ abgelöst und die Städtische Frauenklinik wurde 1954 Teil der MAM und hatte somit einen Lehr- sowie

⁶⁵ DNB. Katalog der Deutschen Nationalbibliothek. <https://d-nb.info/gnd/130245070> (letzter Aufruf 12. September 2023, 19:46).

⁶⁶ Medizinische Akademie Magdeburg. Festschrift 10 Jahre Medizinische Akademie Magdeburg. Kapitel: Die Kinderklinik (1964), S. 76 f.

⁶⁷ Ebd., S. 78.

⁶⁸ Ebd., S. 77.

⁶⁹ Ebd., S. 78.

⁷⁰ Medizinische Akademie Magdeburg. Festschrift 10 Jahre Medizinische Akademie Magdeburg. Kapitel: Die Frauenklinik (1964), S. 56.

⁷¹ DNB. Katalog der Deutschen Nationalbibliothek. <https://d-nb.info/gnd/1071661329> (letzter Aufruf 12. September 2023, 19:46).

⁷² Medizinische Akademie Magdeburg. Festschrift 10 Jahre Medizinische Akademie Magdeburg. Kapitel: Die Frauenklinik (1964), S. 56.

⁷³ DNB. Katalog der Deutschen Nationalbibliothek. <https://d-nb.info/gnd/1100579516> (letzter Aufruf 12. September 2023, 19:46).

⁷⁴ Medizinische Akademie Magdeburg. Festschrift 10 Jahre Medizinische Akademie Magdeburg. Kapitel: Die Frauenklinik (1964), S. 56 f.

⁷⁵ Ebd., S. 57.

⁷⁶ Ebd.

⁷⁷ DNB. Katalog der Deutschen Nationalbibliothek. <https://d-nb.info/gnd/1147023832> (letzter Aufruf 12. September 2023, 19:46).

Forschungsauftrag inne.⁷⁸ Als wichtige Aspekte der Forschung der MAM werden neben der Krebsbekämpfung u.a. die „weibliche Sterilität und damit im Zusammenhang die Behandlung der fieberhaften Fehlgeburten“⁷⁹ sowie „die Bekämpfung der kindlichen Mortalität und ihrer Ursachen, besonders der kindlichen Asphyxie“⁸⁰ gesehen.⁸¹ Hierbei lag der Fokus auf der Senkung der Muttersterblichkeit zum Beispiel infolge von Verblutung sowie Kindbettfiebers.⁸² Zu Forschungszwecken begann eine interdisziplinäre Zusammenarbeit mit dem Institut der Pathologie unter der Leitung Essbachs sowie die Sammlung histologischer Präparate zu Lehrzwecken.⁸³ Eine weitere Zusammenarbeit etablierte sich mit der Kinderklinik im Rahmen der Einführung sowie Mitbetreuung der Neugeborenenzimmer.⁸⁴ Die im Vergleich von 1959 und 1963 zunehmende Geburtenzahl sowie Anzahl ambulanter Patient*innen zeigt das Wachstums sowie die Bedeutung der städtischen Frauenklinik in diesem Zeitraum.⁸⁵ 1959 lag die Geburtenzahl bei 1.645 und die Anzahl ambulant versorgter Patient*innen bei 13.665.⁸⁶ Vier Jahre später waren es bereits 2.181 Geburten sowie 17.169 ambulante Patient*innen.⁸⁷

1.2.5. Die Landesfrauenklinik (LFK)

Die LFK der MAM geht aus der einer 1772 errichteten Anstalt für Hebammenlehre sowie einer Geburtenanstalt hervor.⁸⁸ Im Jahre 1899 wurde diese unter der Leitung des damaligen Direktors F. Dahlmann um einen Neubau erweitert.⁸⁹ Die Bezeichnung Landesfrauenklinik wird seit 1914 geführt.⁹⁰ Ein weiterer Anbau, der Ausbau der Kreißsäle sowie die der seit 1936 in einem Nebengebäude befindliche Milchsammelstelle erfolgten in dem Zeitraum von 1907 und 1945.⁹¹ Dies alles geschah unter der Leitung von Dr. A. v. Alvensleben (?-?).⁹² Auch die LFK blieb nicht von der Zerstörung des Zweiten WK verschont, sodass 1945 nur ein kleiner nutzbarer Gebäudeteile erhalten blieb.⁹³ Der Betrieb und Erhalt wurde durch Dr. M. Penkert (1877-

⁷⁸ Medizinische Akademie Magdeburg. Festschrift 10 Jahre Medizinische Akademie Magdeburg. Kapitel: Die Frauenklinik (1964), S. 57.

⁷⁹ Ebd.

⁸⁰ Ebd.

⁸¹ Ebd., S. 57.

⁸² Ebd., S. 58.

⁸³ Ebd., S. 57.

⁸⁴ Ebd., S. 58.

⁸⁵ Ebd., S. 57-59.

⁸⁶ Ebd., S. 57.

⁸⁷ Ebd., S. 59.

⁸⁸ Medizinische Akademie Magdeburg. Festschrift 10 Jahre Medizinische Akademie Magdeburg. Kapitel: Die Landesfrauenklinik (1964), S. 60.

⁸⁹ Ebd., S. 61.

⁹⁰ Ebd.

⁹¹ Ebd.

⁹² Ebd.

⁹³ Ebd., S. 62.

1955)⁹⁴, der die Leitung in der versorgungskritischen Nachkriegszeit zwischen 1945 bis 1950 innehatte, gewährleistet.⁹⁵ Der nächste Leiter der LFK, Prof. Dr. Josef Peter Emmrich (1909-1963)⁹⁶, konzentrierte sich schließlich nicht nur auf den Betrieb, sondern auch auf den Beginn des Wiederaufbaues, die Erweiterung sowie die Modernisierung der Klinik.⁹⁷ In diesem Zuge wurden die Bettenanzahl erhöht sowie Funktionsräume, Operationssäle, Röntgenräume, die Ambulanz, Schwangerenberatung, Milchsammelstelle und ein Hörsaal in die LFK eingerichtet.⁹⁸ 1954 begann der Lehrbetrieb in den Bereichen der Gynäkologie und Geburtshilfe.⁹⁹ Als Forschungsschwerpunkt der Klinik etablierte sich wie bei der Frauenklinik u.a. die Müttersterblichkeit während der Schwangerschaft, Geburt sowie des Wochenbettes.¹⁰⁰ Das Wachstum und die Wichtigkeit der LFK spiegelt sich auch in den zunehmenden Entbindungen sowie der Konsultationen der Schwangerenberatungsstelle.¹⁰¹ Während 1954 1.757 Entbindungen und 4.196 Beratungen in der LFK stattfanden, waren es 1962 schon 3.084 bzw. 11.312.¹⁰² Damit war die Schwangerenberatung der LFK die zu jener Zeit am häufigsten besuchte in Magdeburg.¹⁰³

1.3. Hasso Essbach

1.3.1. Vita

Hasso Essbach wurde am 9. März 1909 in Chemnitz geboren und studierte von 1930 bis 1935 Medizin an der Universität Leipzig.¹⁰⁴ Dort promovierte er 1936 und erhielt im selben Jahr seine Approbation.¹⁰⁵ Zunächst begann er als Assistenzarzt der Chirurgie an der Universitäts-

⁹⁴ Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg Institut für Germanistik. Magdeburger Biographisches Lexikon. <https://mbl.ub.ovgu.de/Biografien/0105.htm> (letzter Aufruf 12. September 2023, 19:46).

⁹⁵ Medizinische Akademie Magdeburg. Festschrift 10 Jahre Medizinische Akademie Magdeburg. Kapitel: Die Landesfrauenklinik (1964), S. 62 f.

⁹⁶ Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg Institut für Germanistik. Magdeburger Biographisches Lexikon. <https://mbl.ub.ovgu.de/Biografien/0703.htm> (letzter Aufruf 12. September 2023, 19:46).

⁹⁷ Medizinische Akademie Magdeburg. Festschrift 10 Jahre Medizinische Akademie Magdeburg. Kapitel: Die Landesfrauenklinik (1964), S. 63.

⁹⁸ Ebd.

⁹⁹ Ebd.

¹⁰⁰ Ebd.

¹⁰¹ Ebd., S. 64.

¹⁰² Ebd.

¹⁰³ Ebd.

¹⁰⁴ Nebelung, Bianca. Prof. Dr. sc. med. Dr. h. c. Hasso Eßbach – 1. Rektor, Prorektor und langjähriger Institutsdirektor der Medizinischen Akademie Magdeburg. Magdeburg. Kapitel: Kurzbiografie (1988), keine Seitennummerierung vorhanden.

¹⁰⁵ Ebd.

linik Leipzig und wechselte dann in die Pathologie.¹⁰⁶ So nahm er 1937 seine Tätigkeit in der Pathologie am Pathologisch-Bakteriologischen Institut des St. Georgen Krankenhauses in Leipzig auf.¹⁰⁷ Zwei Jahre später arbeitete Essbach am Institut der Pathologie an der Universität Leipzig.¹⁰⁸ 1943 habilitierte er sich mit einer Arbeit zum Thema „Die Meningeome vom Standpunkt der organoiden Geschwulstbetrachtung“ und wurde zum stellvertretenden Prorektor in Leipzig ernannt.¹⁰⁹ Bereits ein Jahr später wurde ihm eine Dozentur in Pathologie in Leipzig angeboten und er erlangte schließlich 1951 den Professortitel in Leipzig.¹¹⁰ 1952 wurde Essbach zum Direktor des Institutes für Pathologie und wenig später zum Ärztlichen Direktor des Gustav-Ricker-Krankenhauses in Magdeburg ernannt.¹¹¹ Als Mitbegründer und erster Rektor der neuen MAM nahm er 1954 seine neuen Aufgaben im universitären Betrieb bis zu seiner Emeritierung 1974 wahr.¹¹² Zwischen 1958 und 1967 hatte er das Amt des Prorektors für Forschungsangelegenheiten inne.¹¹³ Wegen seines Wirkens an der Gründung der MAM sowie seinem wissenschaftlichen Erfolg auf dem Gebiet der Kinderpathologie wurde ihm 1979 die Ehrendoktorwürde durch die MAM verliehen.¹¹⁴ 1992 verstarb Hasso Essbach im Alter von 84 Jahren.¹¹⁵

1.3.2. Essbachs Wirken in d. Pathologie u. Pädopathologie d. Med. Akademie Magdeburg
Gemeinsam mit Gustav Ricker prägte Hasso Essbach die Entstehung der Pathologie in Magdeburg entscheidend.¹¹⁶ Sein Wirken als Person bei der Gründung der MAM und damit auch bei der Aufnahme des Lehrbetriebs war sehr bedeutend.¹¹⁷ Der Bau eines neuen Pathologiegebäudes sowie die Fertigstellung als erstes neues Gebäude der MAM 1959 unter

¹⁰⁶ Brinkschulte E., Roessner A. Pathologie in Magdeburg. Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Pathologie (2007) (91), S. 8.

¹⁰⁷ Ebd.

¹⁰⁸ Ebd.

¹⁰⁹ Folgende: Ebd.; Nebelung, Bianka. Prof. Dr. sc. Med. Dr. h. c. Hasso Eßbach – 1. Rektor, Prorektor und langjähriger Institutsdirektor der Medizinischen Akademie Magdeburg. Magdeburg. Kapitel: Kurzbiografie (1988), keine Seitennummerierung vorhanden.

¹¹⁰ Nebelung, Bianka. Prof. Dr. sc. Med. Dr. h. c. Hasso Eßbach – 1. Rektor, Prorektor und langjähriger Institutsdirektor der Medizinischen Akademie Magdeburg. Magdeburg. Kapitel: Kurzbiografie (1988), keine Seitennummerierung vorhanden.

¹¹¹ Ebd.

¹¹² Ebd.

¹¹³ Nebelung, Bianka. Prof. Dr. sc. Med. Dr. h. c. Hasso Eßbach – 1. Rektor, Prorektor und langjähriger Institutsdirektor der Medizinischen Akademie Magdeburg. Magdeburg (1988), S.13 f.

¹¹⁴ Ebd. Kapitel: Kurzbiografie.

¹¹⁵ Brinkschulte E., Roessner A. Pathologie in Magdeburg. Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Pathologie (2007) (91), S. 9.

¹¹⁶ Ebd., S. 7.

¹¹⁷ Ebd.

seiner Leitung wird zu Essbachs Verdiensten gerechnet.¹¹⁸ Auch war es Essbach der die Notwendigkeit der Spezialisierung der Pathologie an seinem Institut erkannte und dementsprechend weitere Abteilungen einführte.¹¹⁹ Zusätzlich zu diesen Maßnahmen trieb er den Ausbau und die Modernisierung des Institutes durch die Anschaffung neuer Geräte wie eines Elektronenmikroskops voran.¹²⁰ Die Bemühungen Essbachs beschränkten sich jedoch nicht nur auf finanzielle Projekte, sondern auch im Bereich der Ausbildung, Lehre und interdisziplinärer Zusammenarbeit von Ärzt*innen sowie Student*innen waren seine Bemühungen deutlich und erfolgreich.¹²¹ Daher ist es zutreffend zu sagen, dass „Essbach für den Beginn der universitären Pathologie“ steht.¹²²

Bereits in der Eröffnungsrede der MAM machte Hasso Essbach sein Interesse an der Pädopathologie deutlich, indem er diese einmalige Gelegenheit nutzte um über die Defizite in der Kinderpathologie aufmerksam zu machen.¹²³ Sein Interesse sowie Forschungsbestreben im Bereich der Pädopathologie war dabei nicht nur durch seine Funktion als Rektor oder Pathologe zu erklären, da auch er persönlich den Verlust eigener Kinder durchlebt hatte.¹²⁴ Aber dabei sollte es nicht bleiben und Essbach machte sich für die Einführung der Pädopathologie als erste Spezialabteilung der Pathologie stark.¹²⁵ Für seine Forschungen auf diesem Gebiet erhielt er mehrere Auszeichnungen und Ehrungen wie den Virchow Preis und festigte damit die Stellung der MAM in der Wissenschaft der Pathologie.¹²⁶ Dieser Erfolg gipfelte schließlich in seinem 1961 erschienen Lehrbuch *Paidopathologie*, welches das erste deutschsprachige Standardwerk im Bereich der Kinderpathologie darstellte und Themen wie die Konnatale Toxoplasmose, das Anpassungsvermögen der menschlichen Plazenta sowie morphologische Besonderheiten der Tumoren im Kindesalter umfasste und als „ein in der wissenschaftlichen Welt bekanntes Werk“

¹¹⁸ Medizinische Akademie Magdeburg. Festschrift 10 Jahre Medizinische Akademie Magdeburg. Kapitel: Das Institut für Pathologie (1964), S. 122.

¹¹⁹ Ebd.

¹²⁰ Brinkschulte E., Roessner A. Pathologie in Magdeburg. Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Pathologie (2007) (91), S. 9.

¹²¹ Medizinische Akademie Magdeburg. Festschrift 10 Jahre Medizinische Akademie Magdeburg. Kapitel: Das Institut für Pathologie (1964), S. 123.

¹²² Brinkschulte E, Roessner A. Pathologie in Magdeburg. Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Pathologie (2007) (91), S. 9.

¹²³ Medizinische Akademie Magdeburg. Festschrift 10 Jahre Medizinische Akademie Magdeburg. Kapitel: Geleitwort (1964), S. 12.

¹²⁴ Wins, N. Dissertation Hasso Essbach. Magdeburg. Kapitel: Heirat mit Helena Gerda Sängler. (Laufendes Dissertationsprojekt), S. 9 f. Ich bedanke mich, dass Frau Wins mir die Manuskriptfassung zur Verfügung gestellt hat.

¹²⁵ Medizinische Akademie Magdeburg. Festschrift 10 Jahre Medizinische Akademie Magdeburg. Kapitel: Das Institut für Pathologie (1964), S. 122.

¹²⁶ Nebelung, Bianca. Prof. Dr. sc. Med. Dr. h. c. Hasso Eßbach – 1. Rektor, Prorektor und langjähriger Institutsdirektor der Medizinischen Akademie Magdeburg. Magdeburg. (1988), S. 15.

Anerkennung erlangte.¹²⁷ Essbachs Wirken in der Kinderpathologie hörte mit der Niederlegung seines Amtes nicht auf. Danach kam es zu einer „strukturelle(n) Verselbstständigung der Kinderpathologie“ und ein zweiter Lehrstuhl wurde für eine seiner langjährigen Mitarbeiterin, Ingeborg Röse (?-?) bereitgestellt.¹²⁸ Diese betrieb auch wie Essbach bereits zuvor Forschung auf dem Gebiet der menschlichen Plazenta.¹²⁹

Zusammenfassend hat die lange Amtsperiode Essbachs über 20 Jahre von der Gründung der MAM bis 1974 deutliche Spuren in der Pathologie sowie Pädopathologie hinterlassen und deren Entwicklung in vielerlei Hinsicht stark geprägt.

¹²⁷ Medizinische Akademie Magdeburg. Festschrift 10 Jahre Medizinische Akademie Magdeburg. Kapitel: Das Institut für Pathologie (1964), S. 123.

¹²⁸ Brinkschulte E., Roessner A. (2007) (91), S. 10.

¹²⁹ Ebd.

2. MATERIAL UND METHODE

Das Kapitel Material und Methodik gliedert sich in zwei Abschnitte, die das methodische Vorgehen dieser Arbeit mit dem Registrierbuch der Pädopathologie der Medizinischen Akademie Magdeburgs aus dem Jahr 1959 als Hauptgrundlage detailliert beleuchten. Die Reihenfolge der Abschnitte in diesem Kapitel als auch im nachfolgenden Kapitel Ergebnisse wurde so gewählt, dass sie den chronologischen Ablauf der einzelnen Arbeitsschritte widerspiegelt. Bei der Dokumentation der einzelnen Schritte wurden zwecks einfacher Darstellung und inhaltlicher Zusammenfassung auf Tabellen- und verschiedene Diagrammformate zurückgegriffen. Im zweiten Abschnitt wird die Digitalisierung des pädopathologischen Registrierbuches des Jahrganges 1959, welches Thema des ersten Abschnittes ist, beschrieben.

2.1. Aufbau u. Vorstellung d. Registrierbuches d. Pädopathologie aus dem Jahre 1959

Die Dokumentation der kindlichen Obduktionen erfolgte in der Pädopathologie in einem sogenannten Registrierbuch. Hierzu wurde ein kariertes Notizbuch in DIN A4 Format verwendet. Der Einband trägt den handschriftlichen Titel „Kinder“. Auch der Rest des Buches wurde handschriftlich, der Handschrift nach zu urteilen durch verschiedene Personen, geführt. Die Einträge des Registrierbuches sind auf jeder Seite einheitlich tabellarisch über je eine Doppelseite aufgebaut, wobei die Zeilen die einzelnen Obduktionsfälle der verstorbenen Kinder darstellen. Die Spalten der linken Seite der jeweiligen Doppelseite tragen von links nach rechts die Aufschriften „Lfd. Nr.“ für die laufende Nummer, „Sekt. Nr.“ für die Sektionsnummer, gefolgt von den Spalten für Name, Vorname gemeinsam mit dem Alter, „♂ ♀“ für Geschlecht, Klinik, „Tag d. Obd.“ für Tag der Obduktion, Obduzent, „Histol.“ für Histologie sowie „Bakt.“ für die Bakteriologie. Auf der jeweiligen rechten Seite wird die Beschriftung der Spalten fortgeführt. Von links nach rechts tragen die Spalten die Aufschrift „Rö.“ für Röntgen, „Foto makr.“ für Foto makroskopisch, „Dem.“ für Demonstration, Diagnose, „Makr. Sammlung“ für Makroskopische Sammlung, „Mikro. Sammlung“ für Mikroskopische Sammlung sowie als letztes „Kurs“. Besonders hierbei ist, dass die Spalte für die Diagnosen die größte ist und durchgehend die längsten Eintragungen enthält. Weiterhin erwähnenswert sind die Eintragungen in der Spalte „Kurs“, welche, wenn ausgefüllt, durch einen Stempel mit einer Nummerierung erfolgten. Auffällig ist, dass zur Authentifizierung oder Bestätigung keine Unterschriften der eintragenden Person oder der Obduzent*innen zu finden sind. Des Weiteren sind die Spalten der rechten Seite der Doppelseiten häufig nicht korrekt nach

Spaltenbezeichnung ausgefüllt worden, davon ist die Spalte „Diagnose“ ausgenommen. Stattdessen wurden die Spalten der rechten Seite als Platz für Notizen oder Bemerkungen wie beispielsweise „Gerichtsmedizin“ genutzt. Am Ende des Buches ist eine kurze handschriftliche Auswertung nach Einzugsgebiet und Alter niedergeschrieben. Nicht nachvollziehbar ist hierbei wie alle Patient*innen einer Altersgruppe zugeordnet werden konnten, obwohl es auch vereinzelte Obduktionen mit der Eintragung „k.A.“, vermutlich als Kurzform für „Keine Angaben“, gibt.

Insgesamt lässt sich eine Bemühung und Planung um strukturiertes Vorgehen und Aufbau des Registrierbuches zur korrekten Erfassung der einzelnen Obduktionen erkennen, auch wenn die eigene Form des Buches beim Eintragen nicht immer strikt eingehalten worden ist. Schließt man von der Größe der Spalten auf die Wichtigkeit ist der Eintrag der Diagnose am wichtigsten, wohingegen das Alter der Patient*innen weniger wichtig erscheint, da dieses in dieselbe Spalte wie die des Vornamens hinzugefügt und lückenhaft ausgefüllt worden ist.

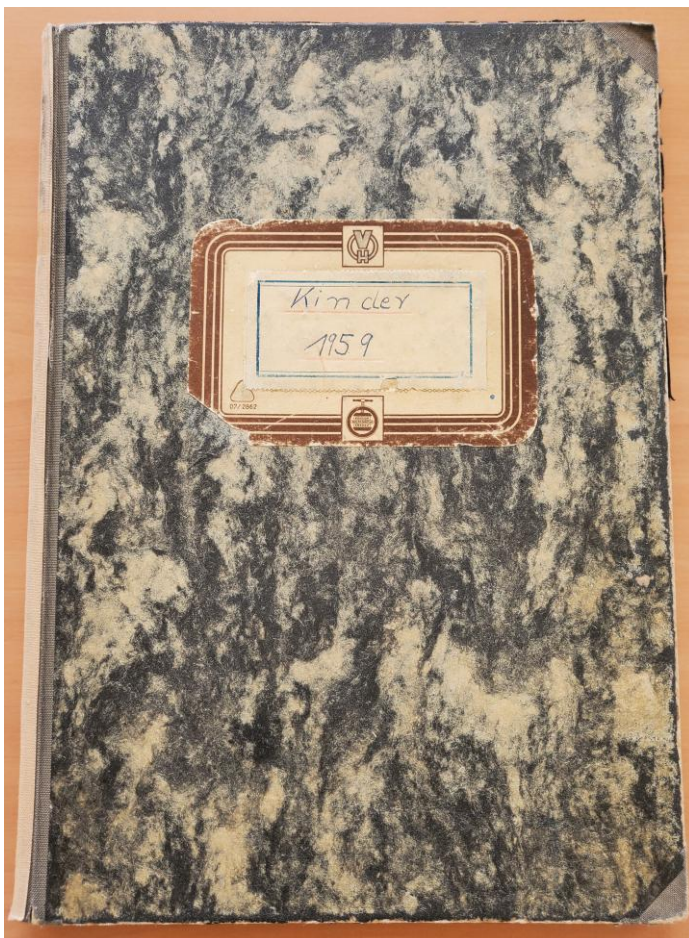


Abb. 1 - Registrierbuch des Jahrgangs 1959

No.	Tag	Name	Vorname	Alter	Klinik	Obduzent	Histologie	Bakteriologie	Organe	Röntgen	Foto makr.	Diagnose	Makr. Sammlung	Mikr. Sammlung	Kurs
599	1.1.59	Vogel		1.1.59	Dr. Becker	+	+	+	Organe vsg			Multifokale, lebervergrößerte Niss- brücken (Gedg)			
600	1.1.59	Götsch		1.1.59	Dr. Wolff	+	+	+	Organe vsg			Massive Aspiration von Schleim u. Blut aus d. Gaumenrachen			
601	1.1.59	Su 874		1.1.59	Dr. Nolte	+	+	+	Organe vsg			Postnatale Asphyxie, FNA ver- schiedene hyaline Membranen			
602	1.1.59	Su 875		1.1.59	Dr. Nolte	+	+	+	Organe vsg			Herdartige, subnatale Pneumonie, leichte gastrische Schädigung			
603	1.1.59	G 303		1.1.59	Dr. Wolff	+	+	+	Organe vsg			Erstickung (Vord. auf Kindes- tötung)			
604	1.1.59	Su 887		1.1.59	Dr. Becker	+	+	+	Organe vsg			Mazeration II-III Grades			
605	1.1.59	V 414		1.1.59	Dr. Nolte	+	+	+	Organe vsg			Min. Nabelschleimhautentzündung, interpartiale massive häute Aspi- ration			
606	1.1.59	G 310		1.1.59	Dr. Becker	+	+	+	Organe vsg			Connatale Pneumonie, V.terminalis- Blutungen, Lungenarterienverengungen			
607	1.1.59	G 311		1.1.59	Dr. Wolff	+	+	+	Organe vsg			V.terminalis-Blutung m. Hämorrhagien, Internus aus FNA			
608	1.1.59	Su 888		1.1.59	Dr. Nolte	+	+	+	Organe vsg			Beschränkte Bronchopneumonie, Eindeutige Blutungssteigerung			
609	1.1.59	Su 889		1.1.59	Dr. Nolte	+	+	+	Organe vsg			Infarktion, b. Ernährungs- störung u. Cerebralschaden (diffuse Fibrinose)			
610	1.1.59	Su 890		1.1.59	Dr. Becker	+	+	+	Organe vsg			Mazeration II-III Grades, FNA			
611	1.1.59	Su 891		1.1.59	Dr. Becker	+	+	+	Organe vsg			FNA			

Abb. 2 - Aufbau des Registrierbuches des Jahrgangs 1959

2.2. Digitalisierung u. Struktur d. Registrierbuches d. Kinderpathologie aus dem Jahre 1959

Die vorliegende Arbeit hat die Untersuchung der Pathologiefälle im Jahr 1959 der Pädiatrischen Pathologie der Medizinischen Akademie Magdeburg zum Ziel. Hierfür erfolgte retrospektiv die digitale Erfassung sowie strukturierte Darstellung und Auswertung aller Fälle des Jahrgangs 1959. Als Grundlage diente das von den Patholog*innen und weiteren Mitarbeitenden der Medizinischen Akademie Magdeburg zu jener Zeit geführte Registrierbuch über Patient*innen der Kinderpathologie des Jahres 1959. Die Dokumentation erfolgte in tabellarischer Form beginnend mit dem ersten Fall im Januar 1959, wobei nicht jedes Feld hierbei ausgefüllt worden ist und die Eintragungen zu einem Fall der Handschrift und Tinte nach weder von derselben Person stammen noch zeitgleich erfolgten. Die Tabelle gliedert sich der Reihe nach in folgende Spalten: Laufende Nummer, Tag der Obduktion, Sektionsnummer, Name, Vorname, Alter, Geschlecht, Klinik, Obduzent, Histologie, Bakteriologie, Organe, Röntgen, Foto Makroskopie, Demo, Diagnose, Makroskopische Sammlung, Mikroskopische Sammlung und Kurs. Die Zeilen ergeben sich aus den einzelnen Patient*innen. Insgesamt finden sich 888 dokumentierte Todesfälle in der Quelle. Zwecks digitaler Erfassung und Auswertung der Tabelleninhalte

wurden diese im ersten Schritt mit Hilfe des Programms Microsoft Excel in einer gleich aufgebauten Tabelle übernommen und alle Inhalte übertragen. Durchgestrichene Eintragungen und verworfene Diagnosen wurden bei der digitalen Erfassung nicht übernommen. In Vorbereitung auf die spätere Excel gestützte digitalen Auswertung der Daten wurde die Tabelle im zweiten Schritt um Spalten ergänzt, die die Inhalte mit zugeteilten eindeutigen Zahlenwerten beginnend bei 0 codieren.

3. ERGEBNISSE

3.1. Hinweise zur Auswertung

Bei der Betrachtung der nachfolgenden Ergebnisse und Auswertungen ist zu beachten, dass die Summe aller Obduktionen bei der Untersuchung der Verteilungen nach Obduzent*innen oder Diagnosen höher ist als die Anzahl der im Registrierbuch aufgeführten Kinder. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Kinder oft von mehr als einem/r Obduzent*in untersucht wurden und auch mehr als eine Todesursache als Diagnose gestellt wurde. Daher wurde übersichtshalber im Abschnitt *Definition und Analyse der vier häufigsten Diagnosegruppen* in den Balkendiagrammen der erste Balken farblich hervorgehoben. Dieses Kollektiv bildet die Anzahl der Kinder ab, denen nur eine einzige und somit eindeutige Diagnose vergeben wurde ohne zusätzliche Nebendiagnosen.

Im besagten Unterkapitel fällt auch auf, dass die Gruppe der „anderen“ Diagnosen (Diagnoseschlüssel 14), das heißt jene die nicht einer der großen Diagnosegruppen mit Schlüssel eins bis 13 im nächsten Abschnitt *Definieren von Diagnosegruppen und Diagnoseverschlüsselung* zugeordnet wurden, bei allen Diagnosegruppen als häufigste Gruppe der Nebendiagnose auftritt. Dies liegt darin begründet, dass bis auf wenige Ausnahmen alle Kinder mit mehrfacher Diagnose die Diagnosen Fruchtwasseraspiration¹³⁰ oder Spontanabort¹³¹ erhalten haben. Da diese Diagnosen sehr häufig ohne erkennbare Struktur vergeben wurden und wenig zur Differenzierung der einzelnen Todesursachen beitragen, werden sie im Folgenden nicht näher untersucht und erläutert.

Die Diagnosegruppe der Stoffwechselerkrankungen (Diagnoseschlüssel 5) wird bei keinem der Kinder als Diagnose aufgeführt und daher im weiteren Verlauf der Arbeit nicht grafisch dargestellt und weiter berücksichtigt. Des Weiteren taucht die Diagnose „Infektion oder Entzündung der Mutter“ nur bei einem Kind auf und wurde deshalb bei Vorkommen unter dem Diagnoseschlüssel 3 „Entzündung oder Infektion des Kindes“ subsummiert und an entsprechender Stelle mit Fußnote versehen.

Auffällig ist auch die Geschlechtsverteilung der untersuchten Kinder. Hierbei ist festzustellen, dass die Mehrheit männlichen Geschlechts ist und sich dies bei jedem im nachfolgend betrachteten Kollektiv bestätigt.

¹³⁰ Im Original und digitaler Version des Registrierbuches als „FWA“ abgekürzt.

¹³¹ Im Original und digitaler Version des Registrierbuches als „SpA“ abgekürzt.

3.2. Definieren von Diagnosegruppen und Diagnoseverschlüsselung

Aufgrund der uneinheitlichen Dokumentation der Diagnosen, Befunde und Verdachtsdiagnosen der jeweiligen kindlichen Todesfälle in der Spalte „Diagnose“, wurden 15 Diagnosegruppen zur übersichtlichen Erfassung der vergebenen Diagnosen definiert um eine spätere statistische Auswertung und Darstellung zu ermöglichen. Die folgende Tabelle zeigt die Diagnoseverschlüsselung sowie die Diagnosen der Quelle die sie umfasst. Eine komplette Übersicht mit exaktem Wortlaut aus dem Registrierbuch der Pädopathologie befindet sich in der Excel-Anlage.

Schlüssel	Diagnosengruppe	Aus der Quelle einschließende Diagnosen
0	Unbekannt	Unbekannt, keine Eintragung
1	Herz-Kreislauf-Versagen	Postnatale Asphyxie,
2	Makroskopische und/oder chromosomale Fehlbildungen, Anomalien, Hyperplasien, Zytomegalien und Unreife	Mongolismus, subaortaler Septumdefekt, Rachischisis lumbosacralis, Cytomegalie d. Parotis u. submandibularis, Hufeisenniere, Craniorhachischisis totalis, Vitium Cordis Congenitalis, Tentoriumdehiszenz, Craniotabes, Leistenlückenschädel, Aplasie der Niere u. des Ureters, Doppelseitige Cheilognathopalatoschisis, unreife Frühgeburt, Meningomyelocele, Aortenisthmusstenose, Hypertrophie d. li. Ventrikels, Thymushyperplasie, familiäre infantile spinale Muskelatrophie, persistierender Ductus, Darmmissbildung, ersichtliche Unreife durch Gewichtsangabe (<1000g), Oesophago-, Tracheal-Fistel bei Oesophagus- Atresie u. Duodenalatresie, Klumpfuß
3	Infektion oder Entzündung des Kindes	Otomastoiditis, (Streifen-) Pneumonie, Infekt der oberen Atemwege, infizierte Fruchtwasseraspiration ¹³² , Meningokokkensepsis, Meningitis, Waterhouse- Friedrichsensches Syndrom, Myokarditis, Encephalitis (Virus-Erkrankung), (Arrhin-) Encephalitis Rezidiv Meningitis tuberculosa, Intoxikation m. Pneumatosis intestini und Peritonitis, Soorinfektion, (eitrige) Otitis media, (eitrige) Nephritis, Listeriose, Pleuritis, Peritonitis, Jejunitis, Hirnlähmung bei Hirnabszess mit Hemipyocephalus u. Sinusthrombose bei Staphylokokkensepsis mit abscondierter Pneumonie u. chronisch rezidivierender Pleuritis, Status infectiosus, Sepsis/Status septicus, grippaler

¹³² Nicht-infizierte Fruchtwasseraspirationen sind unter dem Schlüssel Nummer 14 „Blutungen und Anderes“ aufgeführt.

		Infekt, (Mundboden-, Weichteil-, Kopfschwarten-) Phlegmone, (Polioencephalo-, Osteo-) Myelitis, (Lepto-) Meningitis, Soorenterocolitis, ulceröse Ösophagitis, eitrige murale Arteriitis, Toxoplasmose, Plazentitis, klinisch Tetanus, Phlebitis, Arteriitis, Arthritis, Erkältungsinfekt, Masern, Laryngitis, Tracheitis, Periorchitis, Orchitis, Epididymitis, akute Leukose, Pleuraemphysem, Windpocken, Pertussis, Hepatitis
4	Infektion oder Entzündung der Mutter	Grippaler Infekt der Mutter
5	Stoffwechselerkrankungen	/
6	Dyspepsie	Dyspepsie, Coli-Dyspepsie, parenterale Dyspepsie, akute Ernährungsstörung, chronische Dyspepsie
7	Atemwegserkrankungen	(Dystelektatische, connatale, katarrhalischdystelektatische, staphylomykotische) Pneumonie, (konfluierende) Bronchopneumonie, dystelektatisch-eitrige Herdpneumonie, Streifenpneumonie, Bronchitis, Bronchiolitis, Atemversagen, pneumoniebedingte Plazentitis, hyaline Membran, foetale Atelektase
8	Neoplasien, Karzinome, Leukämien	Leberzell- Ca
9	Mazeration	Mazeration II°/II-III°/III°
10	Geburtstrauma	geburtstraumatische Schädigung, geburtstraumatische Hirnschädigung, geburtstraumatische Blutung, Geburtstrauma
11	Erstickung	Speiseaspiration, Erstickung bei angeborener Zungengrundzyste
12	Weitere Intrauterine Ursachen (Lage, Nabelschnurbezug)	(Klinische/doppelte) Nabelschnurumschlingung, Vena terminalis Blutung
13	Verbrennungen und andere thermische oder chemische oder physikalische Intoxikationen bzw. Einwirkungen	Intoxikation mit Pneumatosis intestini und Peritonitis, Tentoriumriss, Folgen nach Tonsillektomie, Verschlucken eines Kragenknopfes, Seifenabort, flächenhafte Verbrennungen I°-II°, toxische Nephrose, Zustand nach OP, akute Ernährungsstörung nach Verbrennung II°, Misshandlung
14	Blutungen und Anderes	Lungenparenchymblutung, (terminale) Spontanpartus (SpA), Frühgeburt, Haematocephalus internus, Hydrocephalus internus, haemorrhagische Colitis,

		Zentralschaden, Fruchtwasseraspiration, Atemlähmung, sudurales Hämatom, Misshandlung, Totgeburt, hämorrhagische Diathese, diffuse gliöse Sklerosierung der Marklager beidseits, Thromboseneigung, generalisiertes seborrhoisches Ekzem, Morbus Leichner, Zustand nach OP
--	--	--

Tab. 1 - Diagnosegruppen mit Diagnoseverschlüsselungen

3.3. Tabellarische Erfassung und Sortierung nach spezifischen Aspekten

In diesem Unterkapitel folgt die tabellarische Darstellung verschiedener Verteilungen die einzelnen Todesfälle wie beispielsweise des Alters und Geschlechts sowie die Sortierung nach mehrfach vorkommenden Familiennamen. Aus datenschutzrechtlichen Gründen wurden die Familiennamen verschlüsselt.

Hierfür wurden alle tabellarischen Erfassungen gelistet, die als Grundlage für die Erstellung der Grafiken im nachfolgenden Abschnitt dienten. Dies umfasst die Tabelle der Altersverteilung (Tab. 2), Geschlechtsverteilung (Tab. 3), Diagnosegruppen (Tab. 4), Verteilung nach Obduzent*innen (Tab. 5), Verteilung nach Kliniken (Tab. 6) sowie Verteilung nach Monaten (Tab. 7). Es wurde der jeweiligen zu untersuchenden Kategorie wie beispielsweise dem Alter die jeweilige Anzahl der kinderpathologischen Patient*innen gegenübergestellt. Den Tabellen über die Diagnosegruppen, Verteilung nach Obduzent*innen, Verteilung nach Kliniken sowie Verteilung nach Monaten wurden jeweils eine Spalte mit der Benennung „Code“ vorangestellt die eine Verschlüsselung darstellt um die Auswertung mithilfe des Programms Excel zu vereinfachen. Bei Betrachtung der Tabelle 5 *Verteilung nach Obduzent*innen* ist zu beachten, dass die Summe aller Kinder nach Obduzent*innen nicht der Anzahl der Gesamtfälle entspricht, da Patient*innen, die von mehreren Obduzent*innen seziert worden sind auch allen Beteiligten zugerechnet worden sind. Dies trifft auch auf die Tabelle der Diagnosegruppen zu, da bei einem Kind während der Obduktion oft mehr als eine Diagnose gestellt wurde. Des Weiteren wurde eine zusätzliche Tabelle (s. Anlagen Tab. 1) zur Erfassung mehrfach vorkommender Familiennamen angelegt, um mögliche familiäre Häufungen nachverfolgen zu können. Diese Tabelle umfasst 72 aus datenschutzrechtlichen Gründen verschlüsselte Familiennamen, die mindestens zweimal vorkommen.

Alter	Anzahl	Anzahl (%)
Fötus/Totgeborene (< 1 Tag)	352	40
Neugeborene (1-7 Tage)	110	12
Säuglinge (8 Tage - 1 Jahr)	317	36
Kinder (> 1 Jahr)	79	9
Keine Angabe (k. A.)	30	3

Tab. 2 - Altersverteilung

Geschlecht	Anzahl	Anzahl (%)
unbekannt	1	0
männlich	503	57
weiblich	383	43

Tab. 3 - Geschlechtsverteilung

Code	Diagnose	Anzahl
1	HKL-Versagen	2
2	Makroskopische u/o chromosomale Fehlbildungen/Anomalien/Unreife	160
3	Infektion/Entzündung des Kindes/FWA	307
4	Infektion/Entzündung der Mutter	1
5	Stoffwechselerkrankungen	0
6	Dyspepsie	140
7	Atemwegserkrankungen und Infektionen	263
8	Neoplasien; Karzinome	8
9	Mazeration	52
10	Geburtstrauma	48
11	Erstickung	13
12	Weitere Intrauterine Ursache (Lage, Nabelschnur...)	42
13	Verbrennungen und andere thermische/chemische (Intoxikation)/physikalische Einwirkungen	54

14	Anderes	384
0	Unbekannt	9

Tab. 4 - Diagnosegruppen

Code	Obduzent*innen	Anzahl
1	Nolte	268
2	Wolff	101
3	Stötzer	25
4	Schnabel	5
5	Becher	247
6	Penecke	4
7	Motsch	20
8	Laufer	232
9	Poormann	2
10	Rühl	5
0	unbekannt	0

Tab. 5 - Verteilung nach Obduzent*innen

Code	Klinik	Anzahl Obduktionen
1	Uni MD(Chir)/Kinderklinik ¹³³	362
2	Kreisarzt MD	32
3	(Landes-)Frauenklinik	148
4	Entbindungsheim Burg	12
5	Kreisarzt Burg	19
6	Krankenanstalt/Kreisarzt Schönebeck	56
7	Kreisarzt/KH Haldensleben	21
8	KH Calbe/Saale	10
9	Kreisarzt Strassfurt	66
10	KA Oschersleben	19
12	Kreis-KH Burg	12
13	KA/Kinderklinikum Wernigerode	21
14	StA. des Bezirks MD (Haldensleben)/Wernigerode/Halberstadt/Schönebeck/Seehausen/Zerbst	16

¹³³ Gemeint sind Patient*innen die am Standort der Medizinischen Akademie Magdeburg obduziert worden sind.

15	Kreis-KH Neindorf	2
16	Salvator KH/Kreisarzt Halberstadt	6
17	KH Altstadt	5
18	KA/KH Wolmirstedt	13
19	Andere	67
0	Unbekannt	1

Tab. 6 - Verteilung nach Kliniken¹³⁴

¹³⁴ Alle Namen und Bezeichnung wurden im Original aus den Registrierbüchern übernommen und sind daher teilweise ohne klare Struktur benannt worden. Kreisärzte wurden unterschiedlich durch „KA“, „Kreisarzt“ oder gemeinsam mit dem zugehörigen Kreiskrankenhaus, welches mit „KH“ abgekürzt wurde, dokumentiert. Die Abkürzung „MD“ steht für Magdeburg.

Code	Monat	Anzahl Fälle
1	Januar	69
2	Februar	62
3	März	69
4	April	69
5	Mai	84
6	Juni	67
7	Juli	76
8	August	84
9	September	78
10	Oktober	81
11	November	60
12	Dezember	89
0	Unbekannt	0

Tab. 7 - Verteilung nach Monaten

3.4. Erstellung und Auswertung der Inhalte in grafischer Form

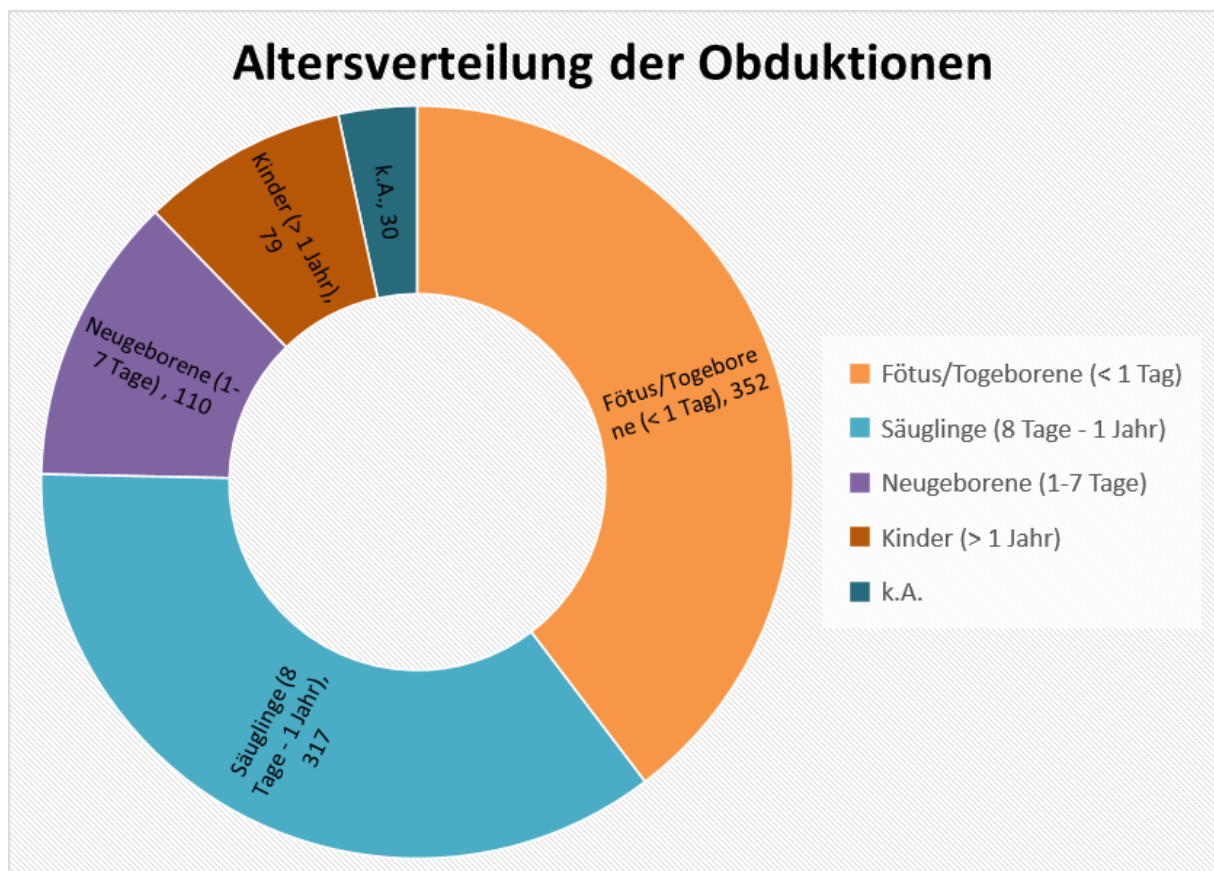
Die folgenden Unterkapitel zeigen die Dokumentation der Erstellung sowie Auswertung der einzelnen Inhalte in grafischer Form.

3.4.1. Altersverteilung

Die Einteilung in die Altersgruppierungen der nachfolgenden Diagramme entspricht folgendem Schema:

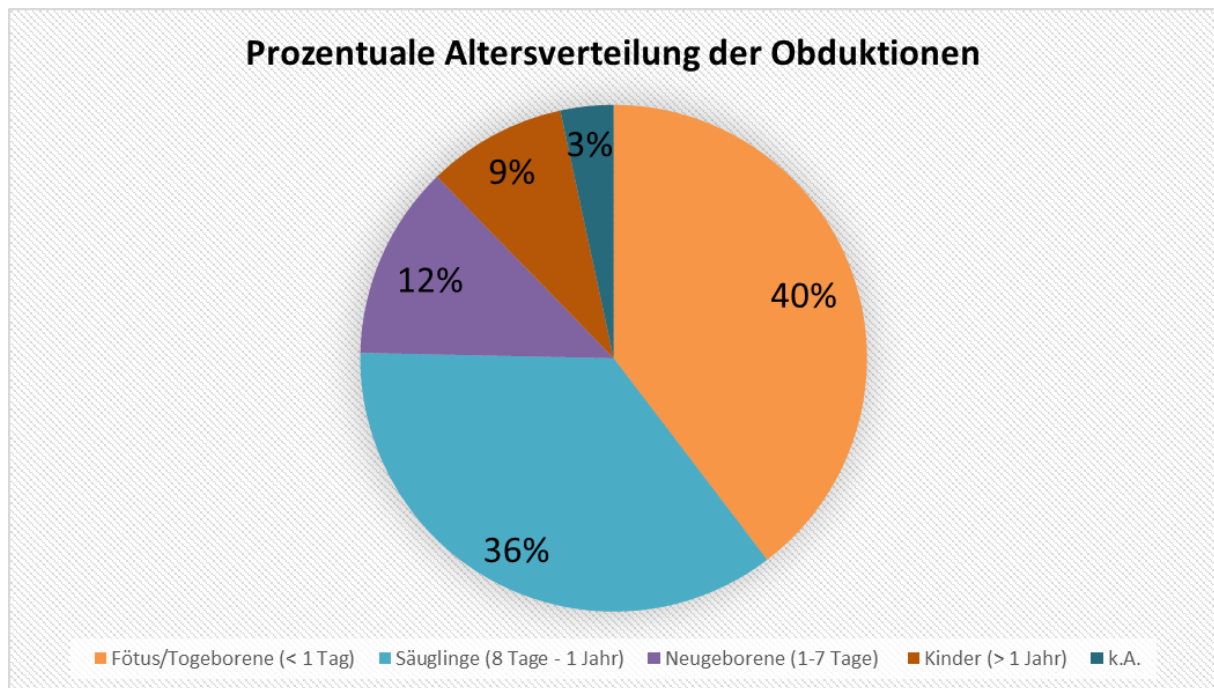
- Einteilung Fötus/Totgeborene (<1 Tag)
- Neugeborene (1-7 Tage)
- Säuglinge (8 Tage – 1 Jahr)
- Kinder (> 1 Jahr)
- k. A. (bei fehlender Eintragung)

Als Darstellungsformen wurden ein Doughnut-, Kreis- sowie Balkendiagramm gewählt.



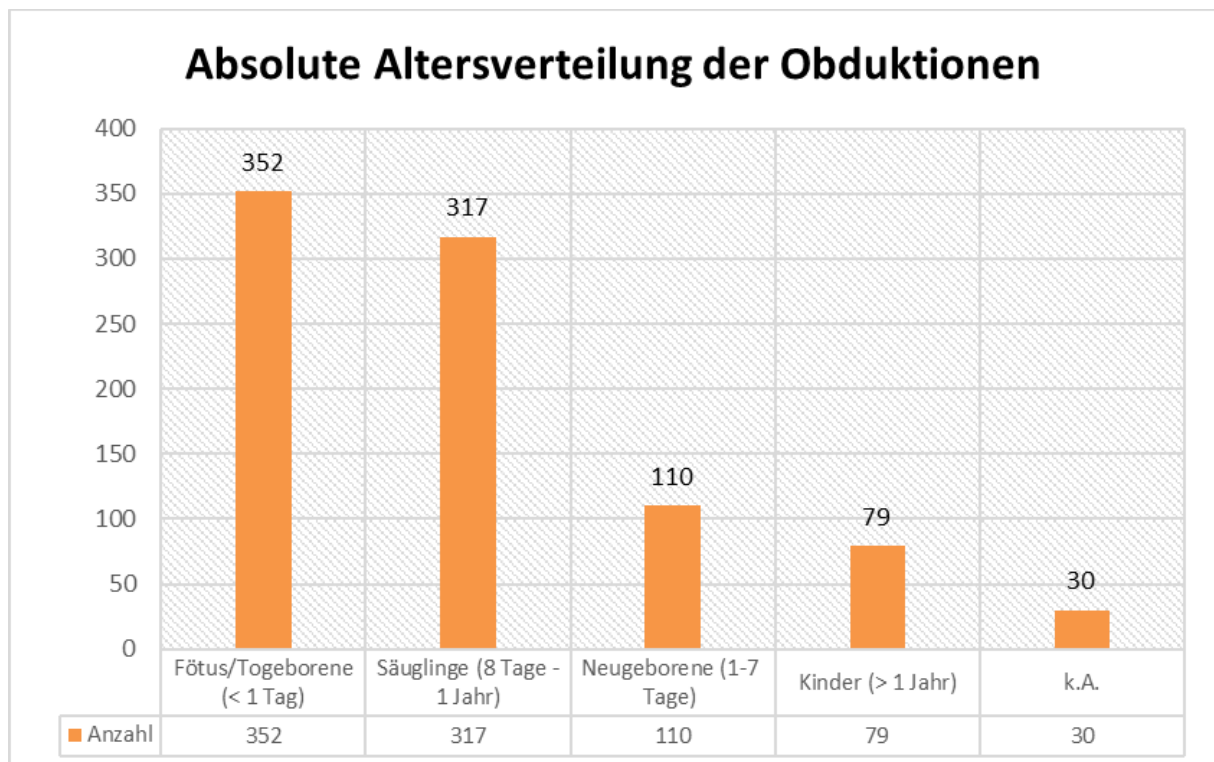
Grafik 1 - Übersicht der Altersverteilung der Obduktionen

Aus diesem Doughnutdiagramm ist die Altersverteilung der Patient*innen der Pädopathologie Magdeburg aus dem Jahre 1959 zu entnehmen. Es wird deutlich, dass die Gruppe der Säuglinge und der Föten/Totgeborene etwa gleichanteilig dominieren und gemeinsam mehr als zwei Drittel der Patient*innen ausmachen. 30 Obduktionen, d.h. 3%, konnten hierbei aufgrund von fehlenden Eintragungen keiner Altersgruppe zugeordnet werden.



Grafik 2 - Prozentuale Altersverteilung der Obduktionen

Im Vergleich zum vorherigen Doughnutdiagramm werden im Kreisdiagramm die präzisen Gruppenstärken durch angegebene Prozentzahlen deutlich, sodass die Gruppe der Kinder mit knapp zehn Prozent als zahlenmäßig schwächste Altersgruppe mit Angaben zum Alter identifiziert werden kann und die Gruppe der Föten/Totgeborenen als stärkste.

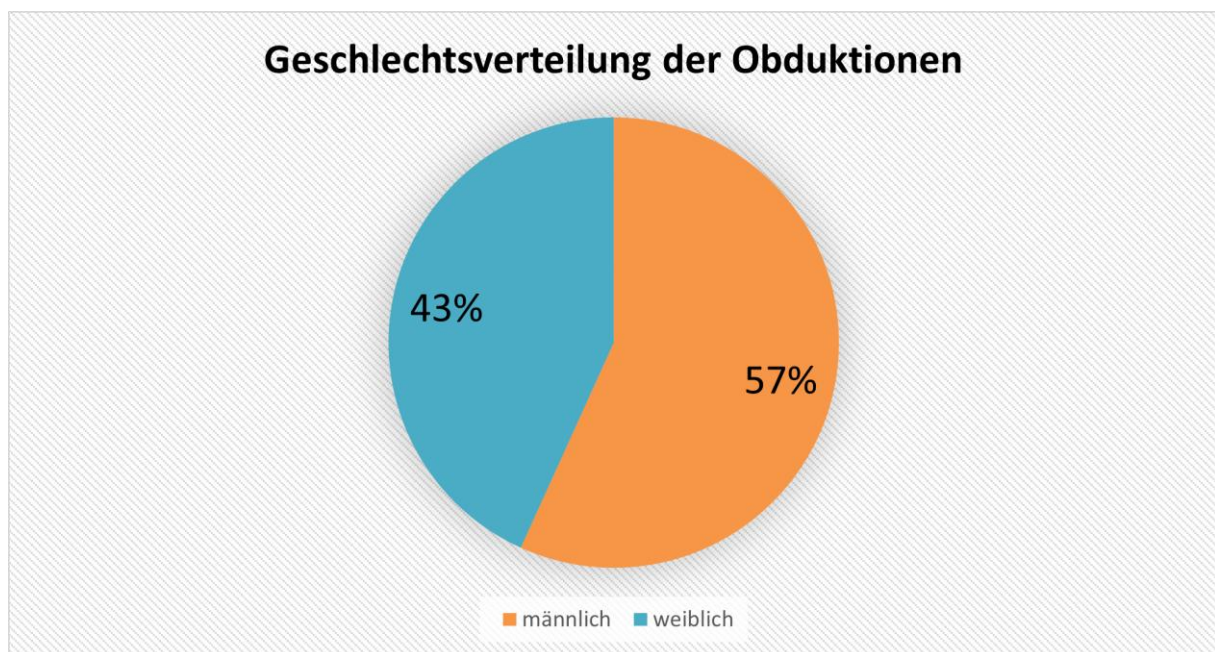


Grafik 3 - Absolute Altersverteilung der Obduktionen

Die Darstellungsform als Säulendiagramm zeigt sowohl grafisch als auch tabellarisch die Altersverteilung mit absoluten Zahlen. Diese Darstellung verdeutlicht in welcher Größenordnung die Anzahl der Kinder und die vorherigen relativen Zahlenwerte sowie Tendenzen einzuordnen sind.

3.4.2. Geschlechtsverteilung

Die Geschlechtsverteilung der Einträge aus dem Jahre 1959 werden im Folgenden als Kreisdiagramm dargestellt.



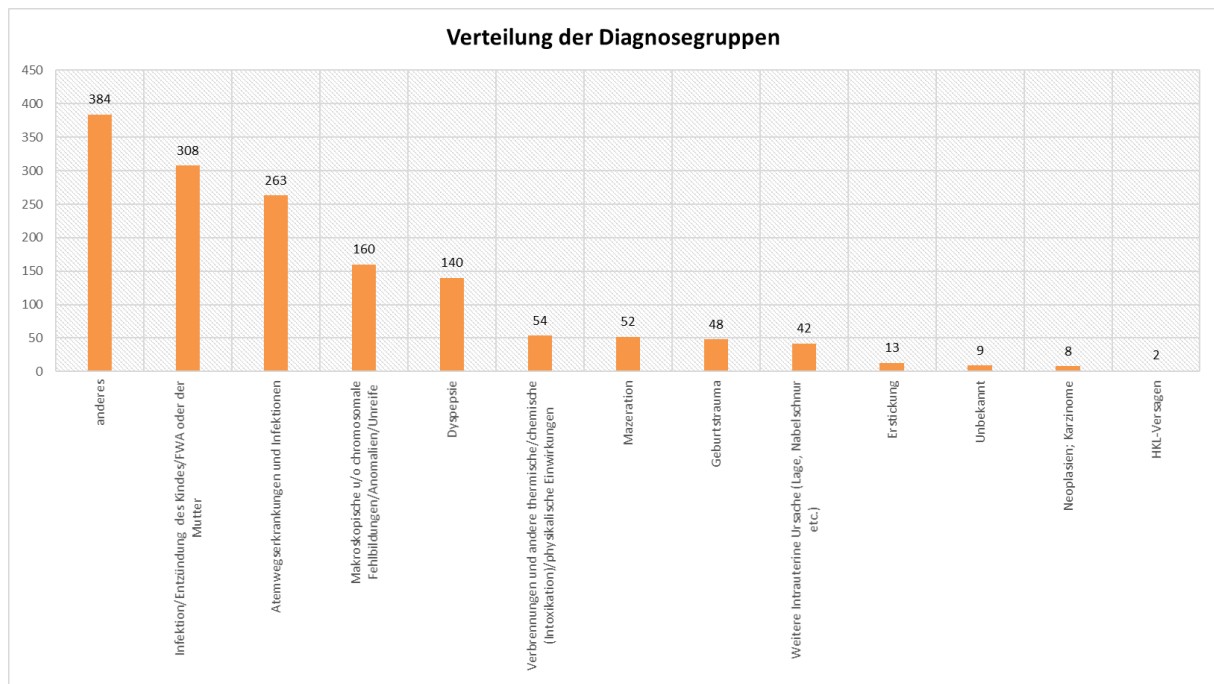
Grafik 4 - Geschlechtsverteilung der Obduktionen¹³⁵

Bei Analyse der Geschlechterverteilung wird erkenntlich, dass das männliche Geschlecht um 14 Prozentpunkte häufiger vertreten ist als das weibliche. Des Weiteren sind die Fälle mit unbekanntem Geschlecht vernachlässigbar klein, da sie weniger als ein Prozent ausmachen.

3.4.3. Diagnosegruppen

Die grafische Darstellung der wie im obigem Abschnitt *Definieren von Diagnosegruppen und Diagnoseverschlüsselung* zusammengefassten Diagnosegruppen erfolgt in Form eines Säulendiagramms mit Anzahl der absoluten Todesfälle.

¹³⁵ Zwei Patient*innen unbekannt.



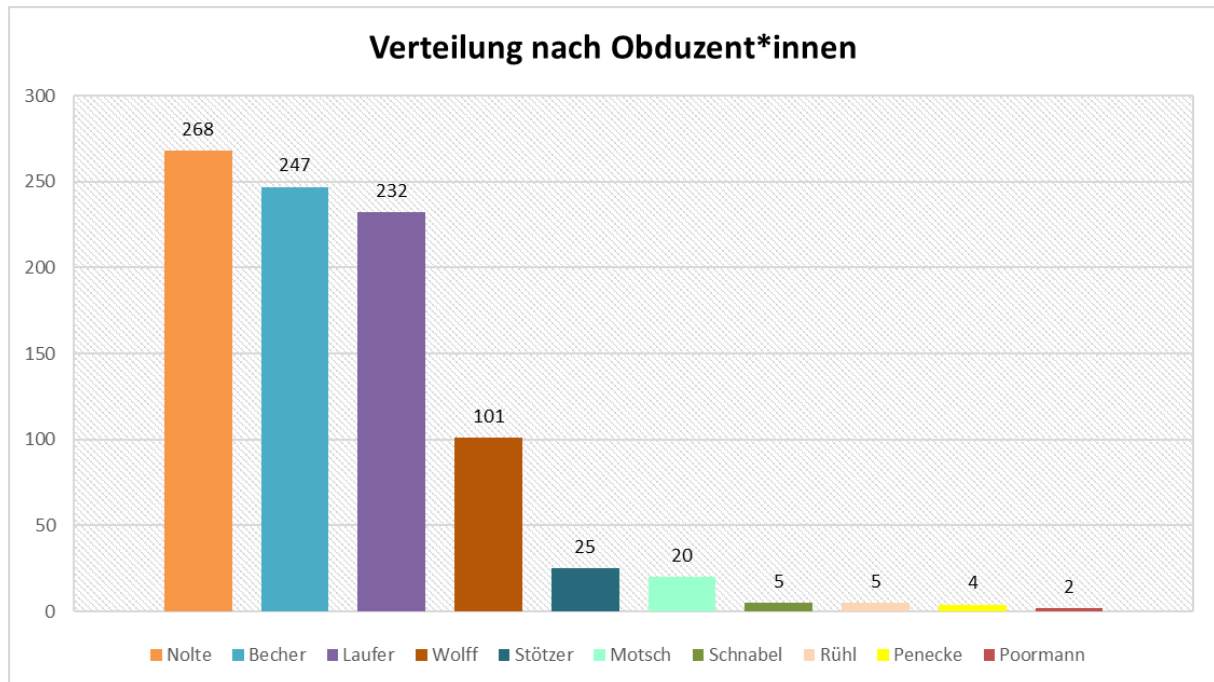
Grafik 5 - Verteilung der Diagnosegruppen

Bei Betrachtung des Diagramms stechen fünf Kategorien als prominent hervor. Diese umfassen in aufsteigender Gewichtung die Gruppen der „Dyspepsie“, „Makroskopische u/o chromosomale Fehlbildungen/Anomalie/Unreife“, „Atemwegserkrankungen und Infektionen“, „Infektion/Entzündung des Kindes/FWA“¹³⁶ und „anderes“ als größte Gruppe. Die Gruppe „anderes“, in der die Diagnosen FWA ohne Infektionszeichen und SpA dominieren, ist wie bereits im Abschnitt *Hinweise zur Auswertung* erläutert die am häufigsten auftretende Diagnosegruppe, da bis auf wenige Ausnahmen alle Kinder mit mehrfacher Diagnose ohne erkennbare Struktur oder Differenzierung diese Diagnosen der Fruchtwasseraspiration oder des Spontanaborts erhalten haben. Einige Gruppen wie „Verbrennungen und andere thermische/chemische (Intoxikation)/physikalische Einwirkungen“, „Mazeration“, „Geburtstrauma“ und „Weitere intrauterine Ursache“ besitzen ein Vorkommen zwischen 42 und 54. Die restlichen Diagnosegruppen „Erstickung“, „Unbekannt“, „Neoplasien; Karzinome“, „HKL-Versagen“ und „Infektion/Entzündung der Mutter“ zeigen sich in absteigender Reihenfolge als vernachlässigbar klein, da sie weniger als 15-mal vorkommen. Die Diagnose der Stoffwechselerkrankungen wurde als einzige Gruppe keinmal gestellt und wird daher in der Grafik nicht aufgeführt.

¹³⁶ Ein Fall dieser Gruppe wurde als Infektion der Mutter nachgewiesen.

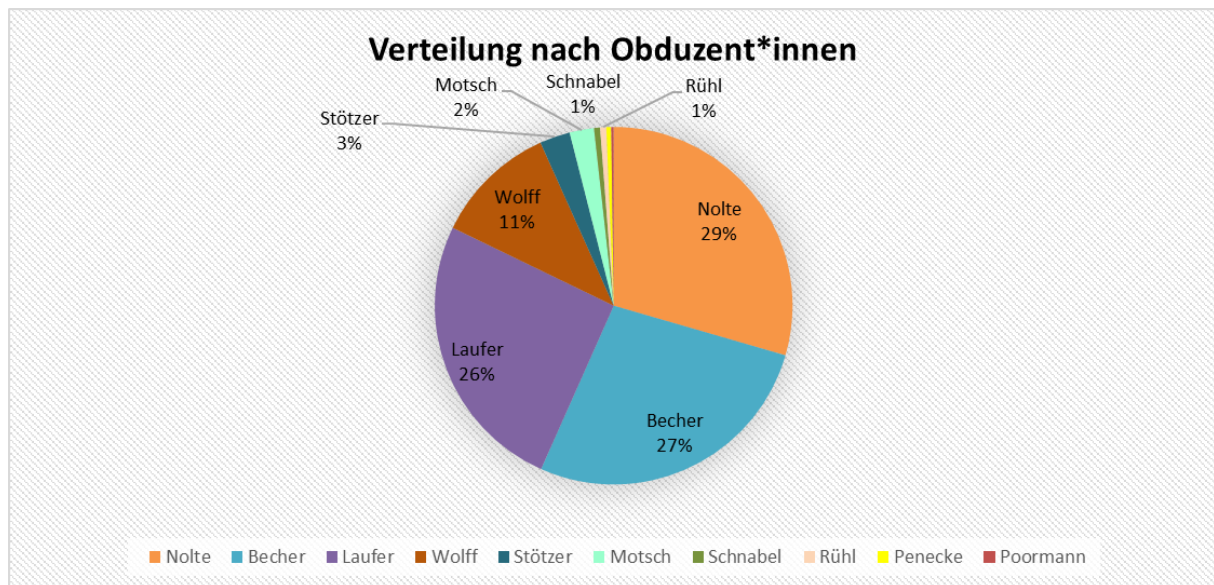
3.4.4. Verteilung nach Obduzent*innen

Nachfolgend ist die Verteilung der Obduzent*innen sowohl als Säulendiagramm mit absoluten Zahlen als auch vergleichend als Kreisdiagramm mit entsprechenden relativen Zahlen grafisch ersichtlich. Es gibt elf Kategorien mit insgesamt zehn Dozent*innen und die Todesfälle mit unbekannten/m Obduzent*innen. Haben mehrere Obduzent*innen einen Fall bearbeitet, wurde dieser allen beteiligten Obduzent*innen zugerechnet. Aus datenschutzrechtlichen Gründen wurden die Namen der Obduzent*innen verschlüsselt.



Grafik 6 - Verteilung nach Obduzent*innen

Vier der zehn Obduzent*innen haben über 100 Kinder obduziert, wobei die Obduzenten Nolte, Becher und Laufer sogar über 200 Patient*innen obduzierten. Jeder der Kinder ist einem oder mehreren Obduzent*innen zuzuordnen, sodass kein Kind eine/n unbekannte/n Obduzente/in hat.



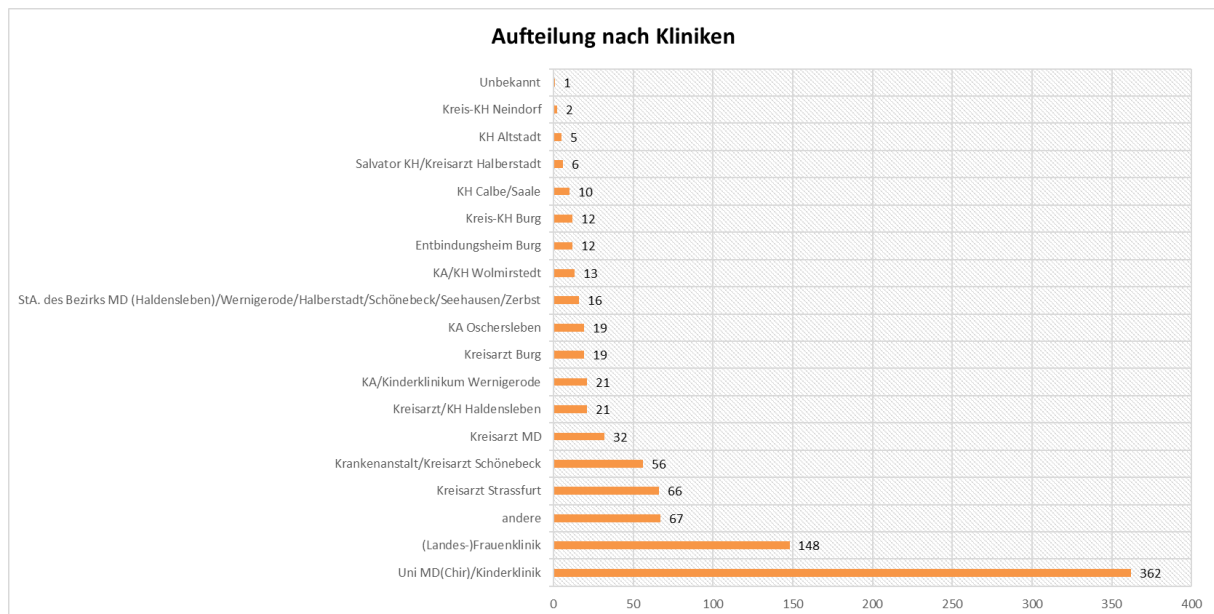
Grafik 7 - Verteilung nach Obduzent*innen als Kreisdiagramm¹³⁷

Dieses Kreisdiagramm verdeutlicht nochmals die starke Beteiligung der Obduzenten Nolte, Laufer und Becher mit einem Anteil von über 80% an allen Obduktionen. Die restlichen 18% setzen sich aus den Patient*innen der Obduzenten Stötzer, Schnabel, Penecke, Motsch, Poormann, Rühl sowie Wolff zusammen, wobei letzterer an elf Prozent der Gesamtfälle beteiligt war.

3.4.5. Aufteilung nach Kliniken

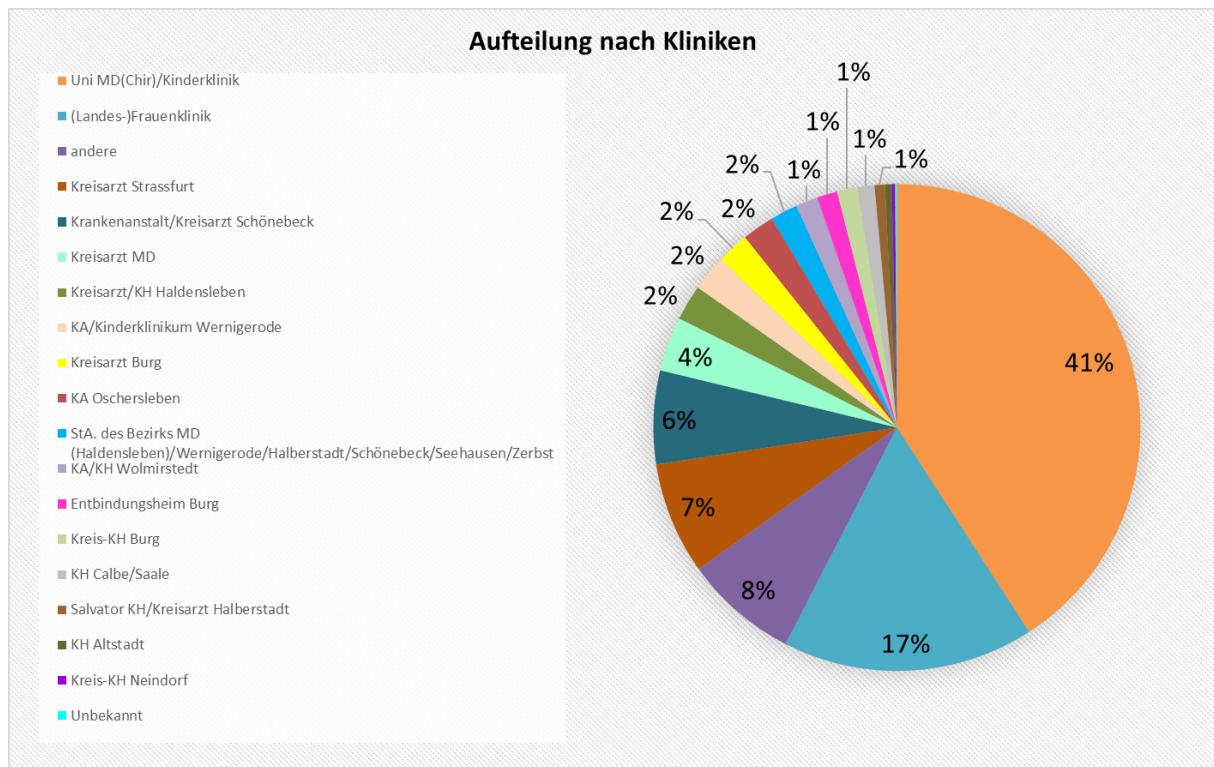
Die Verteilung der Obduktionsfälle auf die einzelnen Kliniken und Orte wurden als Balken- und Kreisdiagramm abgebildet. Zusätzlich gibt eine Karte, in welcher die Orte mit einem gelben Stern markiert wurden, eine Übersicht über das Einzugsgebiet. Hierzu wurden insgesamt 17 einzelne Orte oder Kliniken aufgeführt sowie weitere unter der Bezeichnung „andere“ zusammengefasst.

¹³⁷ „Penecke“, „Poormann“ und „unbekannt“ mit je null Prozent Anteil.



Grafik 8 - Aufteilung nach Kliniken I

Das Balkendiagramm gibt Auskunft über die absolute Anzahl an Kindern nach den Kliniken und Orten. Mit einem großen Vorsprung zu den restlichen aufgeführten Kliniken wurden die meisten der Kinder mit einer Anzahl von 362 in der Kinderpathologie Magdeburg obduziert. Im Vergleich dazu kamen 148 Kinder aus der Landesfrauenklinik zur Obduktion und somit weniger als halb so viele Kinder wie aus der Medizinische Akademie Magdeburg. Die übrigen aufgeführten Kliniken und Ärzt*innen haben lediglich eine Obduktionszahl im zweistelligen Bereich, wobei die höchsten in absteigender Reihenfolge auf „andere“ mit 67, den Kreisarzt in Strassfurt mit 66 und Schönebeck mit 56 Fällen entfallen. Lediglich eine Obduktion ist keinem Ort zuordenbar.



Grafik 9 - Aufteilung nach Kliniken II¹³⁸

Bei Betrachtung der Verteilung auf die Kliniken sticht die Dominanz der Medizinischen Akademie Magdeburg mit 41% hervor. Die Landefrauenklinik besitzt einen Anteil von 17% an der Gesamtheit der Obduktionen. Schönebeck, Strassfurt sowie die Gruppe „andere“ haben jeweils Anteile zwischen sechs und acht Prozent. Die restlichen Orte und Gruppierungen erreichen nur Anteile unter fünf Prozent.

¹³⁸ Kreisärzte wurden im Registerbuch unter dem Kürzel „KA“ aufgeführt, wenn nicht ausgeschrieben.



Abb. 3 - Das Einzugsgebiet der Pädopathologie Magdeburg¹³⁹

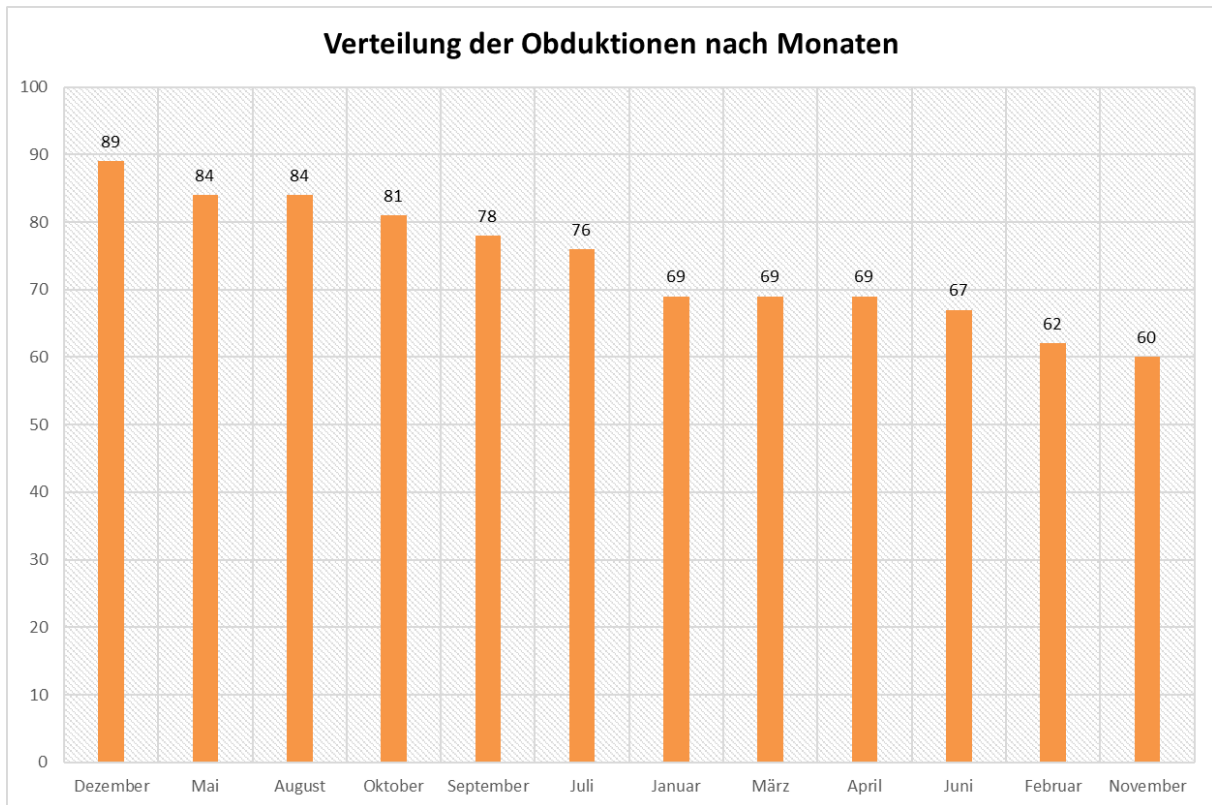
Die Landkarte Sachsen-Anhalts veranschaulicht das in den beiden vorherigen Diagrammen beschriebene Einzugsgebiet der Pädopathologie Magdeburg durch gelbe Sterne.

¹³⁹ In Anlehnung an Städte – Deutschland. Kinderweltreise.

<https://www.kinderweltreise.de/kontinente/europa/deutschland/bundeslaender/sachsen-anhalt/staedte/>
(letzter Aufruf 19. Januar 2024, 15:00).

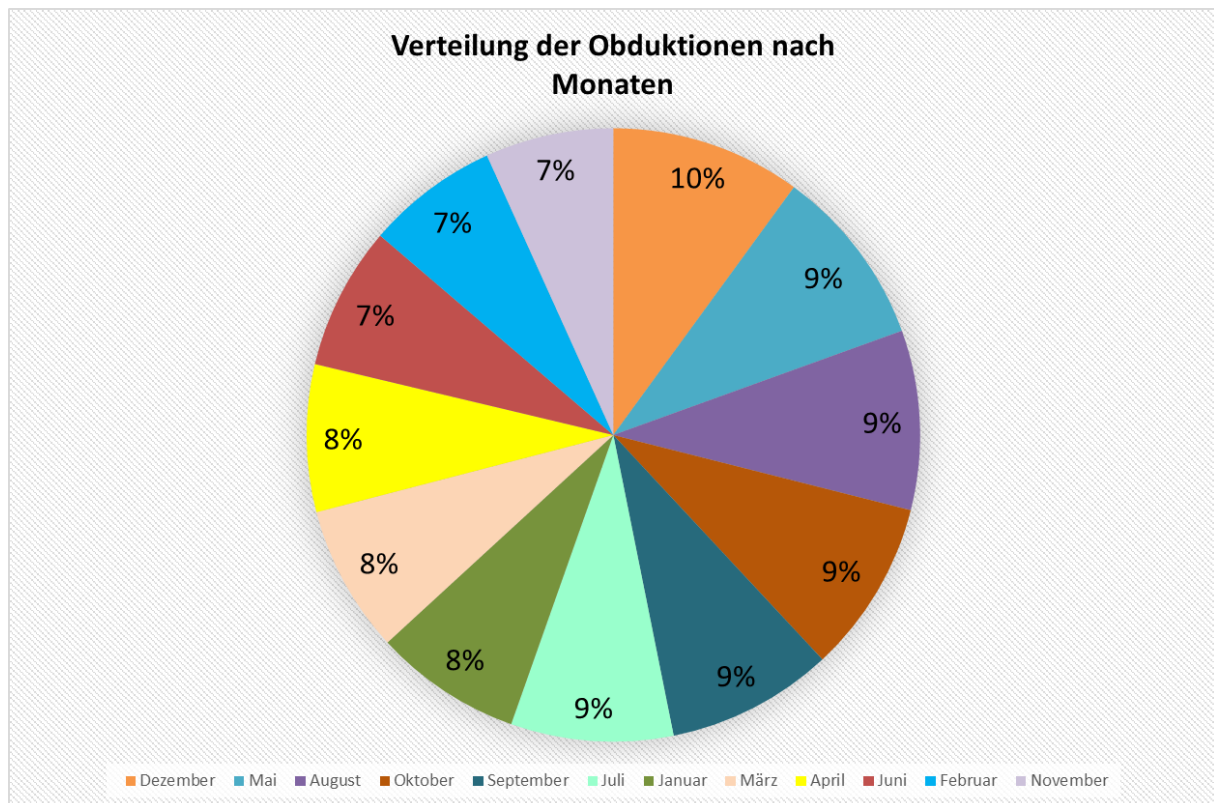
3.4.6. Obduktionen nach Monaten

In den folgenden zwei Diagrammen ist die Häufigkeit der Obduktionen nach den Monaten dargestellt. Alle Obduktionen sind eindeutig einem Monat zugeordnet worden, sodass keine Obduktionen unbekannten Monats vorhanden sind.



Grafik 10 - Verteilung der Obduktionen nach Monaten

In dem vorliegenden Balkendiagramm lässt sich eine gleichmäßige Verteilung der Patient*innen auf die einzelnen Monate des Jahres erkennen. Die Anzahl der Patient*innen je Monat beläuft sich auf minimal 60 Obduktionen im November und maximal 89 Obduktionen im Dezember, gefolgt vom August sowie Mai mit je 84 Patient*innen.



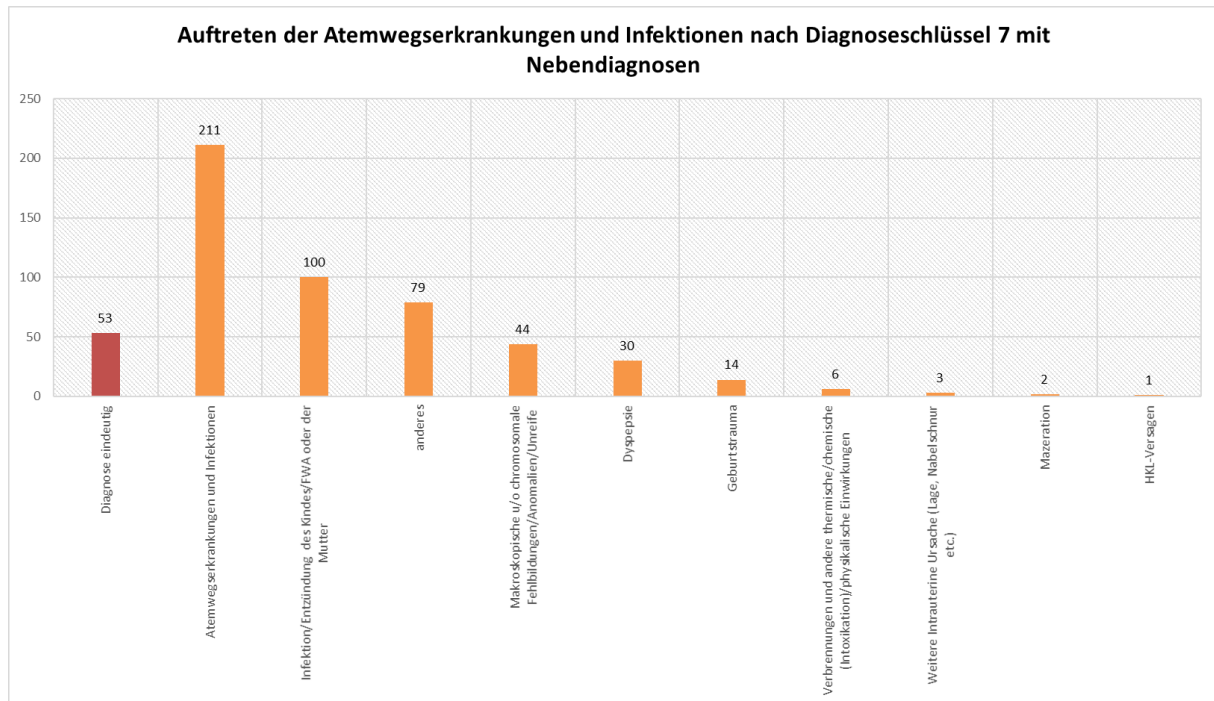
Grafik 11 - Verteilung der Obduktionen nach Monaten

Ergänzend zu den absoluten Zahlen im Balkendiagramm, stellen sich im Kreisdiagramm die relativen Anteile der Obduktionen nach den einzelnen Monaten dar. Beim Vergleich der einzelnen Monate sind keine Häufungen zu einem bestimmten Monat sichtbar, da der höchste Anteil im Dezember zehn Prozent beträgt und der geringste, mit lediglich drei Prozentpunkten weniger, sieben Prozent in den Monaten Juni, Februar sowie November.

3.5. Definition und Analyse der vier häufigsten Diagnosegruppen

Nachfolgend werden die vier häufigsten Diagnosegruppen „Atemwegserkrankungen und Infektionen“ (Diagnoseschlüssel 7), „Dyspepsie“ (Diagnoseschlüssel 6), „Fehlbildungen und Anomalien“ (Diagnoseschlüssel 2) sowie „Infektionen und Entzündungen“ (Diagnoseschlüssel 3 und 4) hinsichtlich ihrer Verteilung und Struktur näher untersucht.

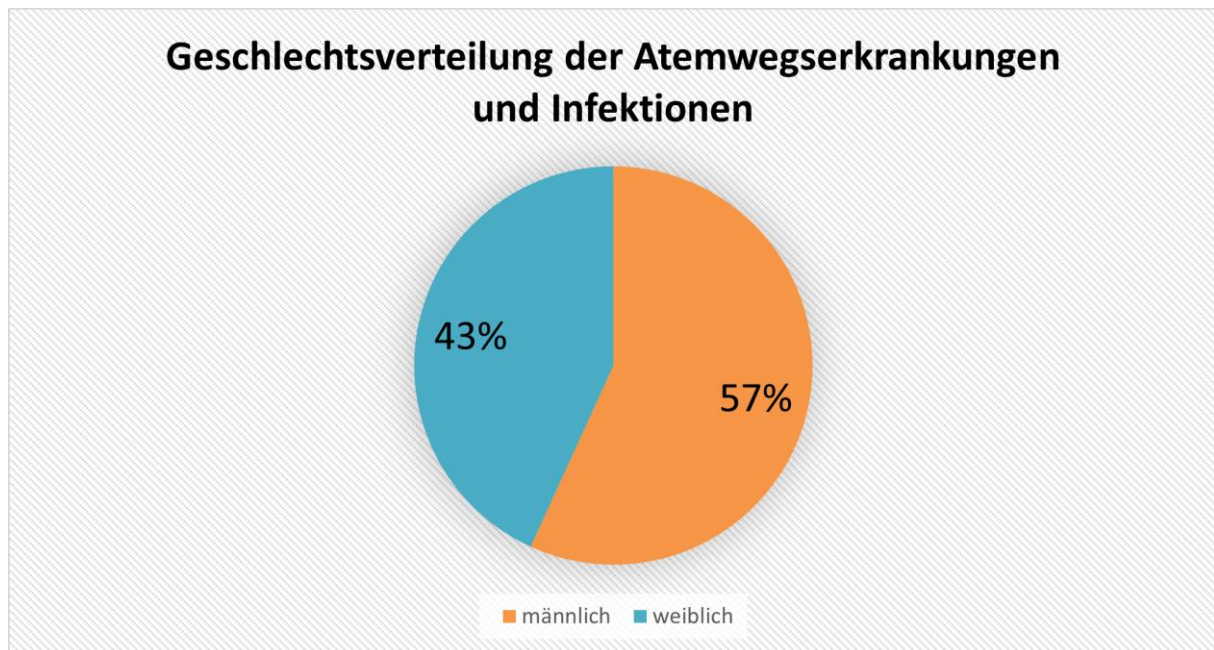
3.5.1. Atemwegserkrankungen und Infektionen



Grafik 12 - Auftreten d. Atemwegserkrankungen u. Infektionen nach Diagnoseschlüssel 7 mit Nebendiagnosen

Im obigen Balkendiagramm sind alle untersuchten Kinder mit der Diagnose Atemwegserkrankung und Infektionen (Diagnoseschlüssel 7) dargestellt und nach Nebendiagnose gruppiert. Die erste Gruppe „Diagnose eindeutig“ stellt Kinder mit der einzigen Diagnose einer Atemwegserkrankung dar.

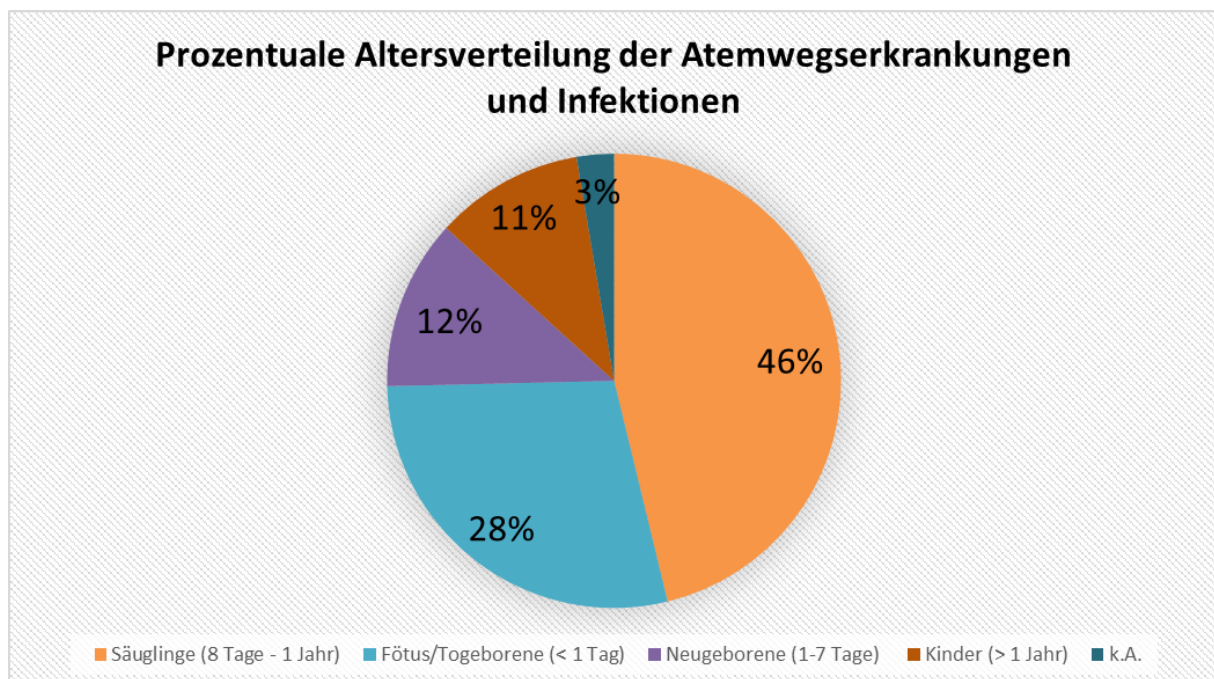
Bei Betrachtung aller Kinder mit einer Diagnose aus dem Bereich der Atemwegserkrankungen wird deutlich, dass diese mehrheitlich als Nebendiagnose in Erscheinung tritt. Lediglich 53 der 211 Kinder sind eindeutig und allein auf die Diagnose einer Atemwegserkrankung zurückzuführen. Diese sind im Diagramm in roter Farbe hervorgehoben. Besonders auffällig ist das die Vergesellschaftung einer Atemwegserkrankung und Infektion mit einer Entzündung. Dies trifft auf 100 und somit fast die Hälfte aller Kinder zu. Andere Nebendiagnose wie Fehlbildungen, Dyspepsie, Geburtsstrauma etc. zeigen kein häufiges Auftreten.



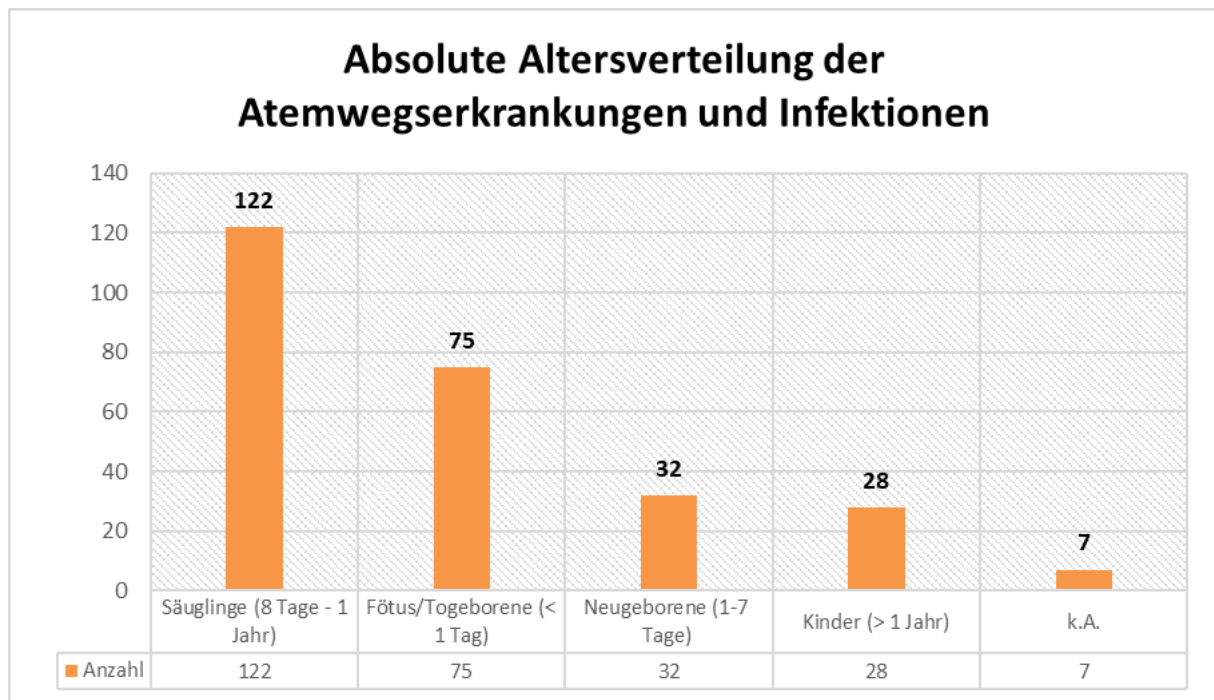
Grafik 13 - Geschlechtsverteilung der Atemwegserkrankungen und Infektionen

Dargestellt ist die Geschlechtsverteilung der Pathologien mit der Diagnose einer Atemwegserkrankung als Haupt- oder Nebendiagnose. Der Anteil der männlichen Kinder überwiegt mit 57% und somit 14 Prozentpunkten gegenüber den weiblichen.

Im Folgenden ist die Altersverteilung der Diagnosegruppe „Atemwegserkrankung“ als Kreis- und Balkendiagramm inklusive Tabelle abgebildet.

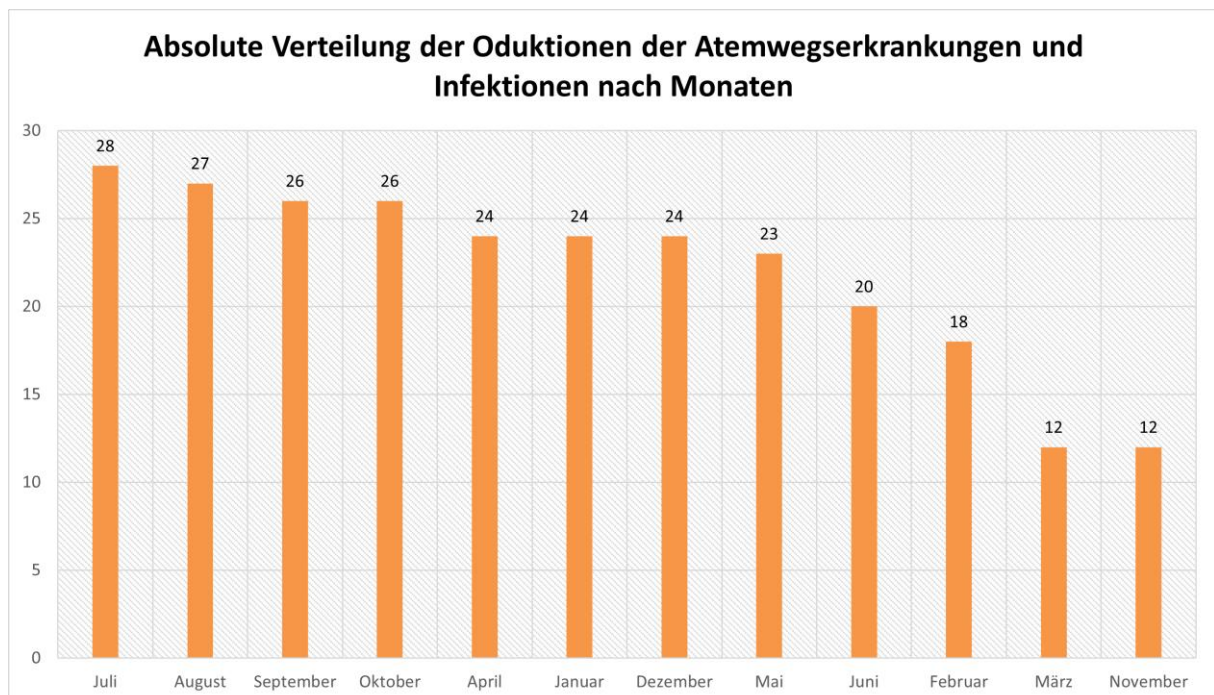


Grafik 14 - Prozentuale Altersverteilung der Atemwegserkrankungen und Infektionen



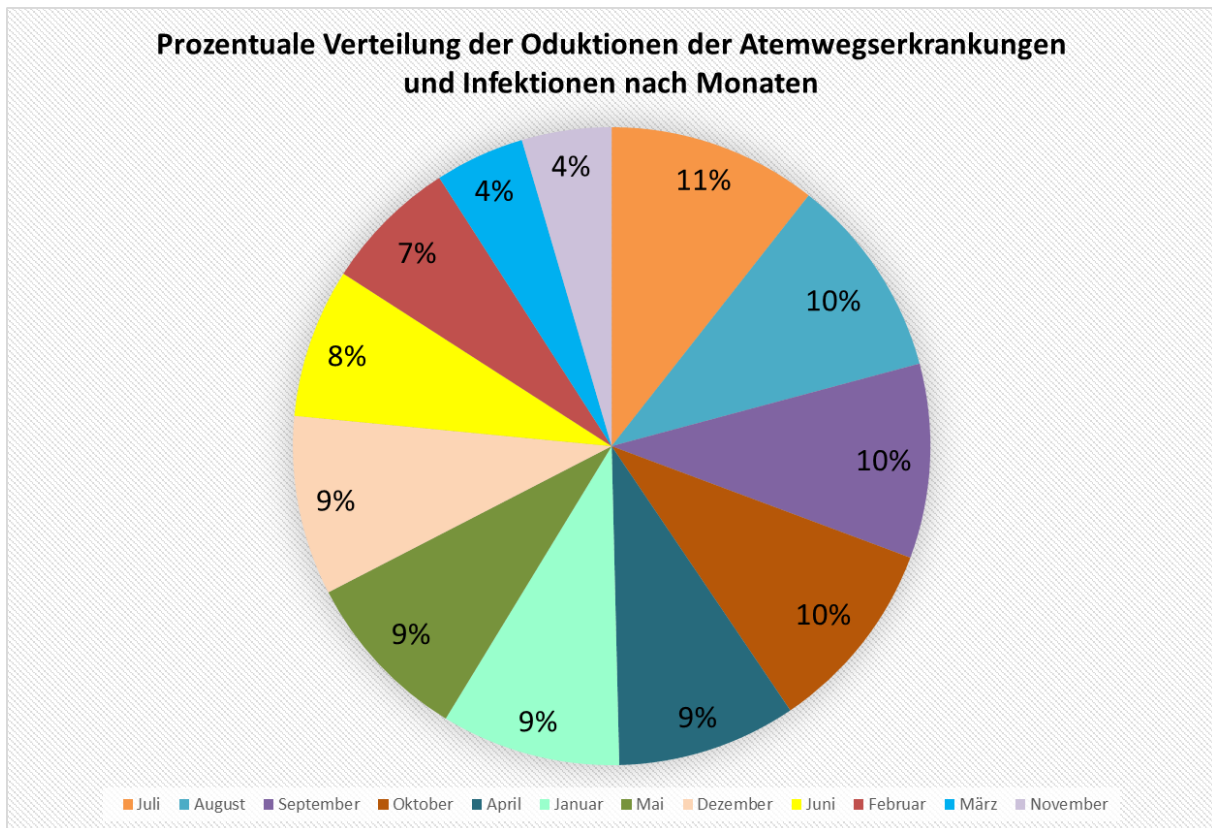
Grafik 15 - Absolute Altersverteilung der Atemwegserkrankungen und Infektionen

Auf einen Blick lässt sich erkennen, dass knapp die Hälfte aller Kinder in der Altersgruppe der Säuglinge im Alter zwischen acht Tagen und einem Jahr einzuordnen ist. Somit sind Säuglinge mit einer Gruppenstärke von 122 Fällen, d.h. 46%, am häufigsten vertreten. Dieser folgt die Gruppe der Föten und Totgeborenen mit 28%.



Grafik 16 - Absolute Verteilung d. Obduktionen d. Atemwegserkrankungen u. Infektionen nach Monaten

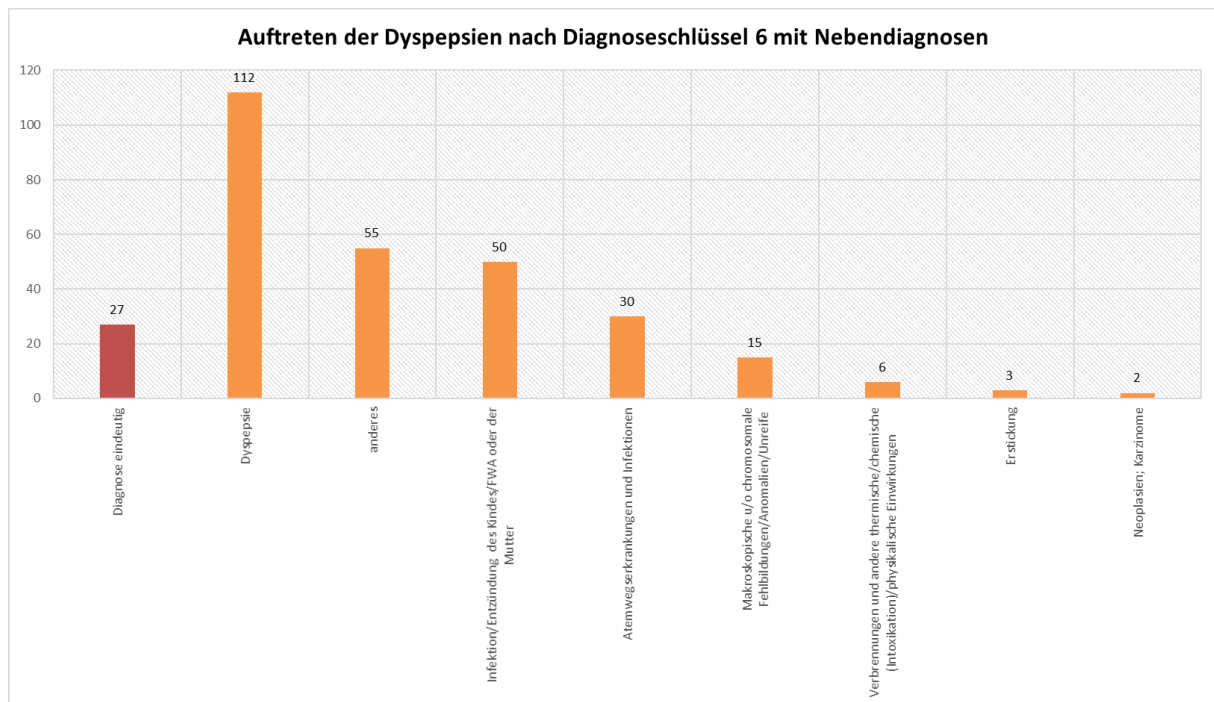
Das vorliegende Balkendiagramm und nachfolgende Kreisdiagramm zeigen wie sich die einzelnen Diagnosen der Atemwegserkrankungen auf die Monate verteilen.



Grafik 17 - Prozentuale Verteilung d. Obduktionen d. Atemwegserkrankungen u. Infektionen nach Monaten

In den Monaten Juli bis September zeigen sich die meisten Diagnosen mit einem Vorkommen zwischen zehn und elf Prozent d.h. maximal 28 Diagnosen. Somit tritt die Diagnose einer Atemwegserkrankung in den Sommermonaten so wie Anfang Herbst häufiger auf als zu anderen Jahreszeiten. Deutlich geringere Kinder mit dieser Diagnose sind in den Monaten März sowie November mit je zwölf Fällen im Durchschnitt zu beobachten. Im Jahresverlauf ist beachtlich, dass sich die pathologischen Befunde im April im Vergleich zum vorherigen Monat auf 24 Befunde verdoppeln. Dies lässt sich umgekehrt als Abfall um mehr als die Hälfte in dem Monat November beobachten, der weniger als halb so stark vertreten ist wie der vorherige Monat Oktober. Die übrigen Monate treten mit Häufigkeiten zwischen sieben und neun Prozent auf.

3.5.2. Dyspepsie



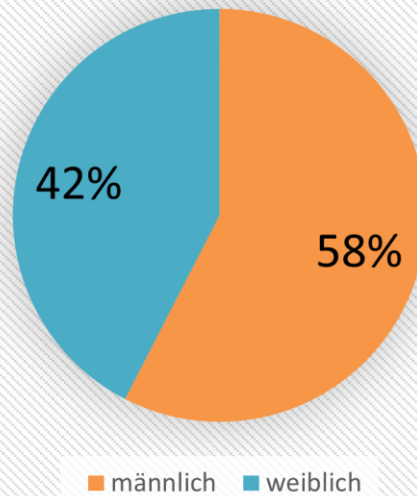
Grafik 18 - Auftreten d. Dyspepsien nach Diagnoseschlüssel 6 mit Nebendiagnosen

Im obigen Balkendiagramm sind alle untersuchten Kinder mit der Diagnose Dyspepsie (Diagnoseschlüssel 6) dargestellt und nach Nebendiagnose gruppiert. Die erste Gruppe „Diagnose eindeutig“ stellt Obduktionen mit der einzigen Diagnose einer Dyspepsie dar.

Weniger als ein Viertel aller Dyspepsie Diagnosen sind allein und eindeutig dieser Diagnose zuzuordnen. Fast die Hälfte aller Dyspepsien tritt gemeinsam mit der Diagnose einer Infektion oder Entzündung auf. Während 30 Kinder die Nebendiagnose einer Atemwegserkrankung und Infektion führen, haben weitere 15 Kinder zusätzlich die Diagnose einer Fehlbildung oder Anomalie. Lediglich weniger als je zehn Kinder mit den Nebendiagnosen äußerlicher Einflüsse, Erstickungen und Neoplasien oder Karzinome sind vorzufinden. Am häufigsten ist die Gruppe „andere“ Diagnosen vertreten.

Nachfolgend ist die Geschlechtsverteilung der Patient*innen mit der Diagnose einer Dyspepsie als Haupt- oder Nebendiagnose abgebildet.

Geschlechtsverteilung der Dyspepsien

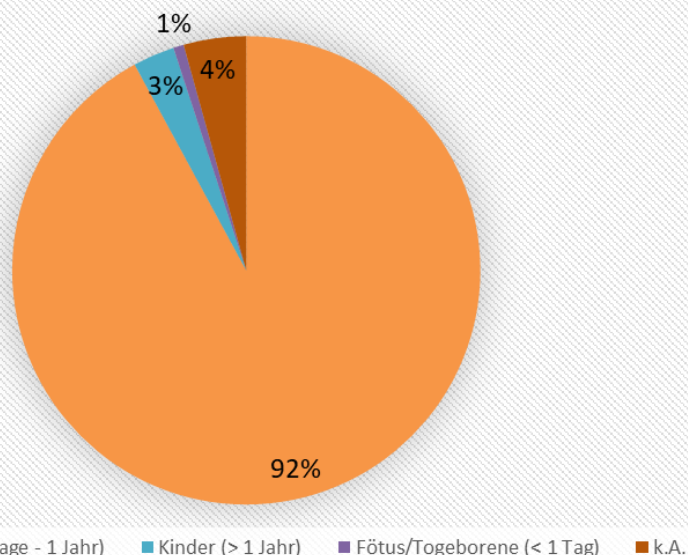


Grafik 19 - Geschlechtsverteilung der Dyspepsien

Die Gruppe der Jungen ist mit 58% häufiger vertreten als die der Mädchen.

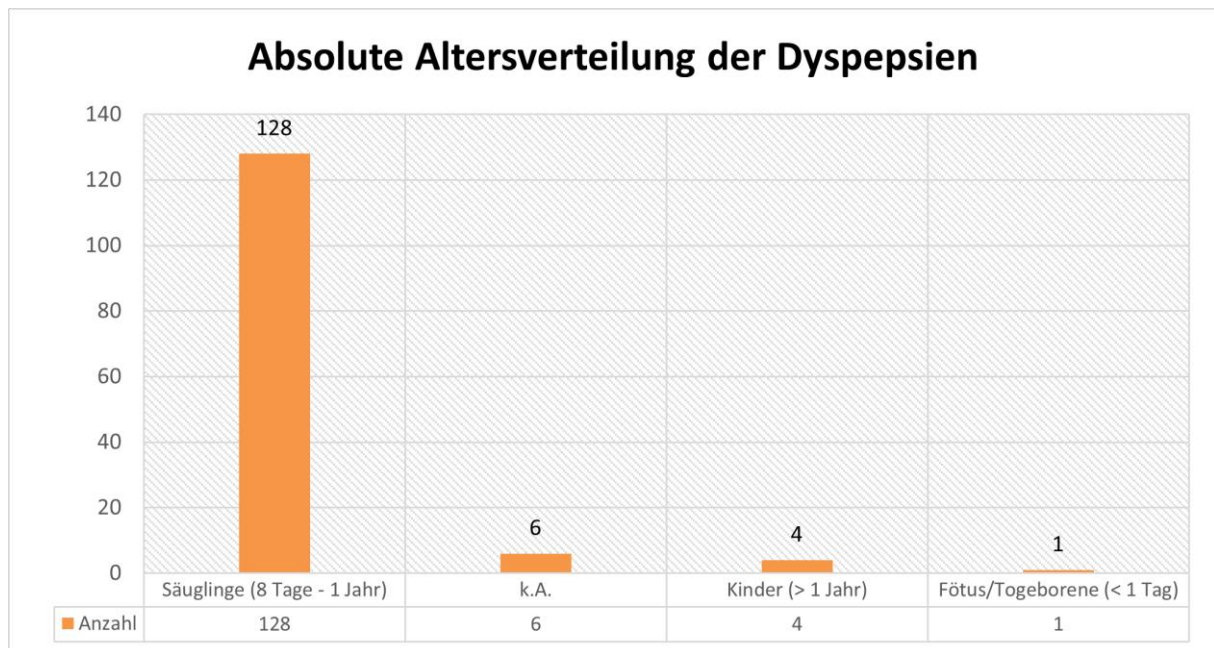
Die nächsten beiden Diagramme zeigen eine Übersicht der Altersverteilung der Diagnosegruppe „Dyspepsie“ in absoluten und relativen Zahlen als Kreis- sowie Balkendiagramme.

Prozentuale Altersverteilung der Dyspepsien



Grafik 20 - Prozentuale Altersverteilung der Dyspepsien¹⁴⁰

¹⁴⁰ Die Altersgruppe der Neugeborenen besitzt keine Diagnose einer Dyspepsie.



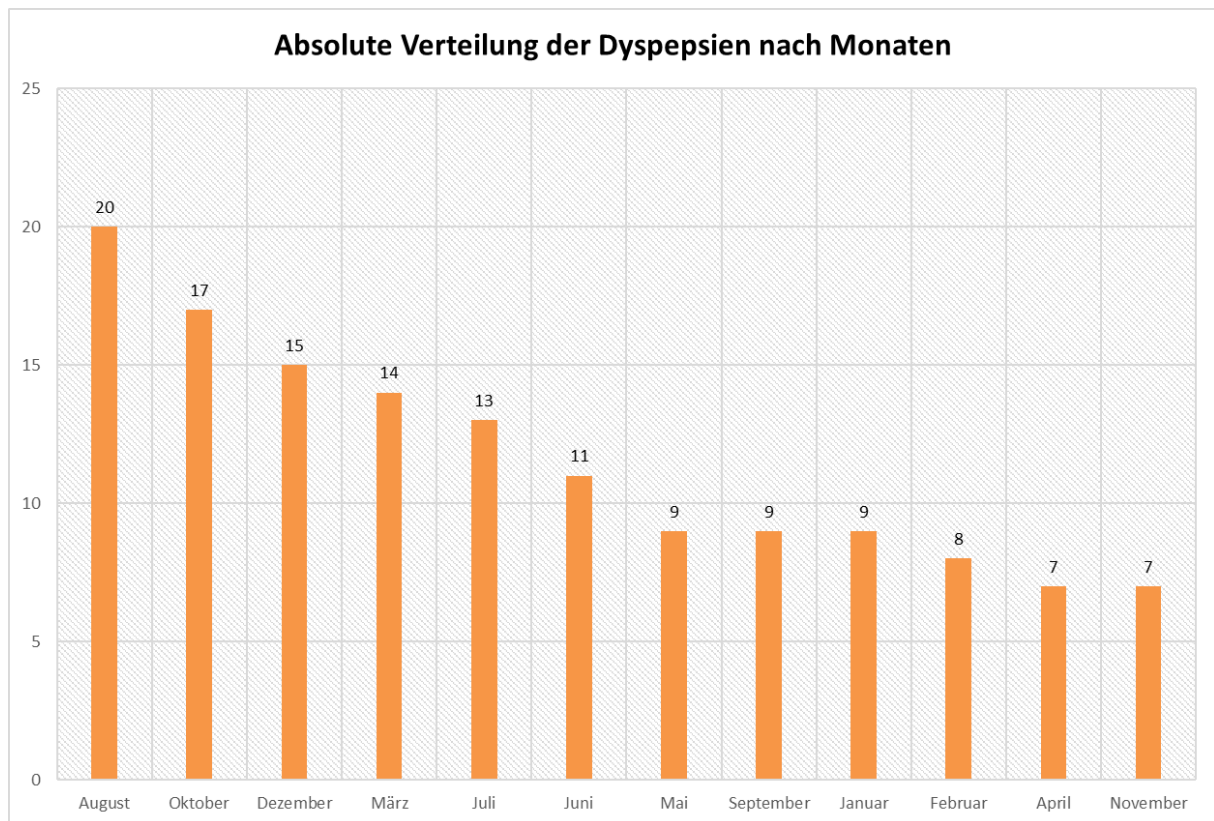
Grafik 21 - Absolute Altersverteilung der Dyspepsien¹⁴¹

Der Großteil der Dyspepsien mit einem absoluten Anteil von 128 und relativen Anteil von 96% ereignet sich im Säuglingsalter zwischen acht Tagen und einem Jahr. Nur fünf Patient*innen, davon vier im Kindesalter von über einem Jahr sowie eine Obduktion eines Fötus/Totgeborenen, gehören nicht zu dieser Gruppe. In der Gruppe der Neugeborenen sind keine Diagnosen der Dyspepsie verzeichnet. Sechs Obduktionen, d.h. sechs Prozent konnten aufgrund fehlender Eintragungen im Registrierbuch keiner Altersgruppe zugeordnet werden.

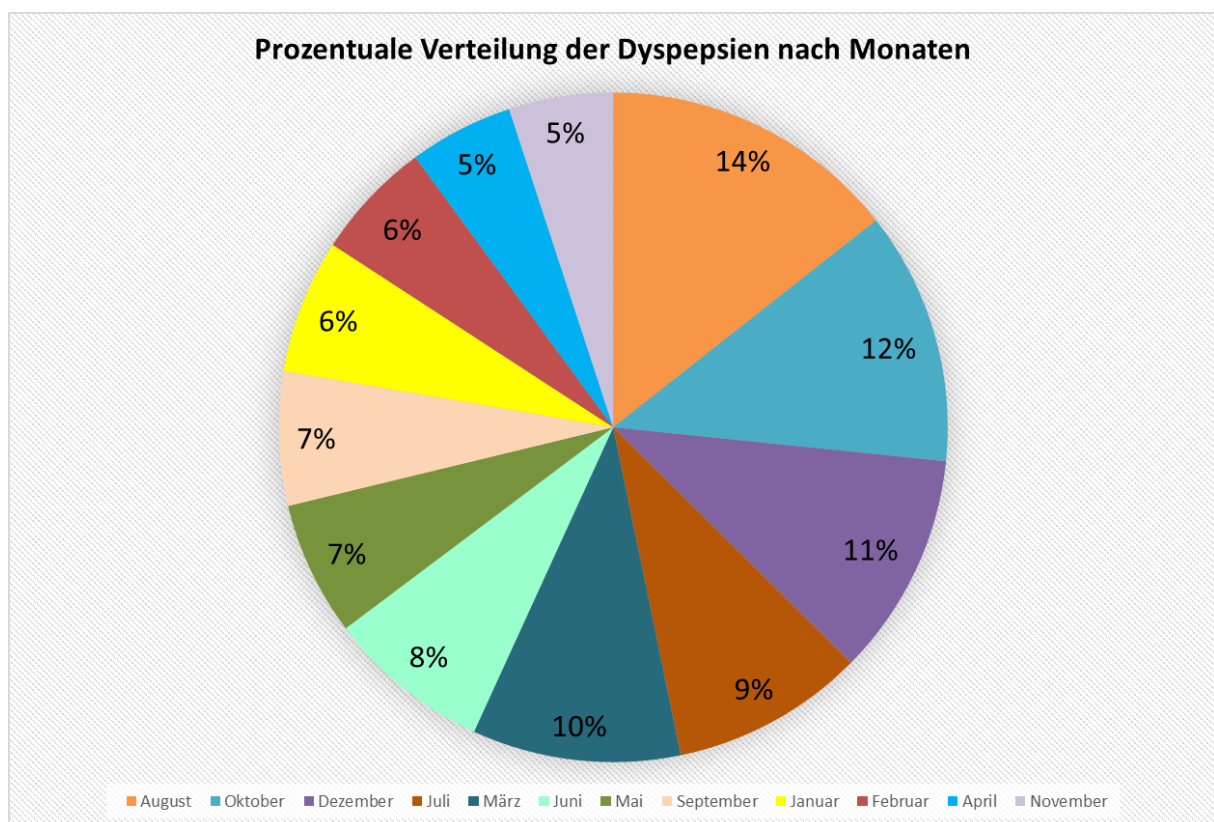
Die folgenden beiden Diagramme zeigen die Verteilung der Dyspepsie Diagnosen nach Monaten.

Mit 14% und 20 Kindern ist der Sommermonat August am häufigsten vertreten. Am geringsten hingegen die Monate April und November mit lediglich je fünf Prozent. Ein moderates Vorkommen zwischen acht und neun Kindern mit einem Anteil zwischen sechs und sieben Prozent zeigen die Monate Januar, Februar, Mai sowie September. Am zweit- und dritthäufigsten sind die Monate Oktober mit zwölf sowie Dezember mit elf Prozent vertreten. Die übrigen Monate März, Juni und Juli gehören mit jeweils über zehn Obduktionen zu den in Rahmen einer Dyspepsie häufig vorkommenden Monaten.

¹⁴¹ Die Altersgruppe der Neugeborenen besitzt keine Diagnose einer Dyspepsie.

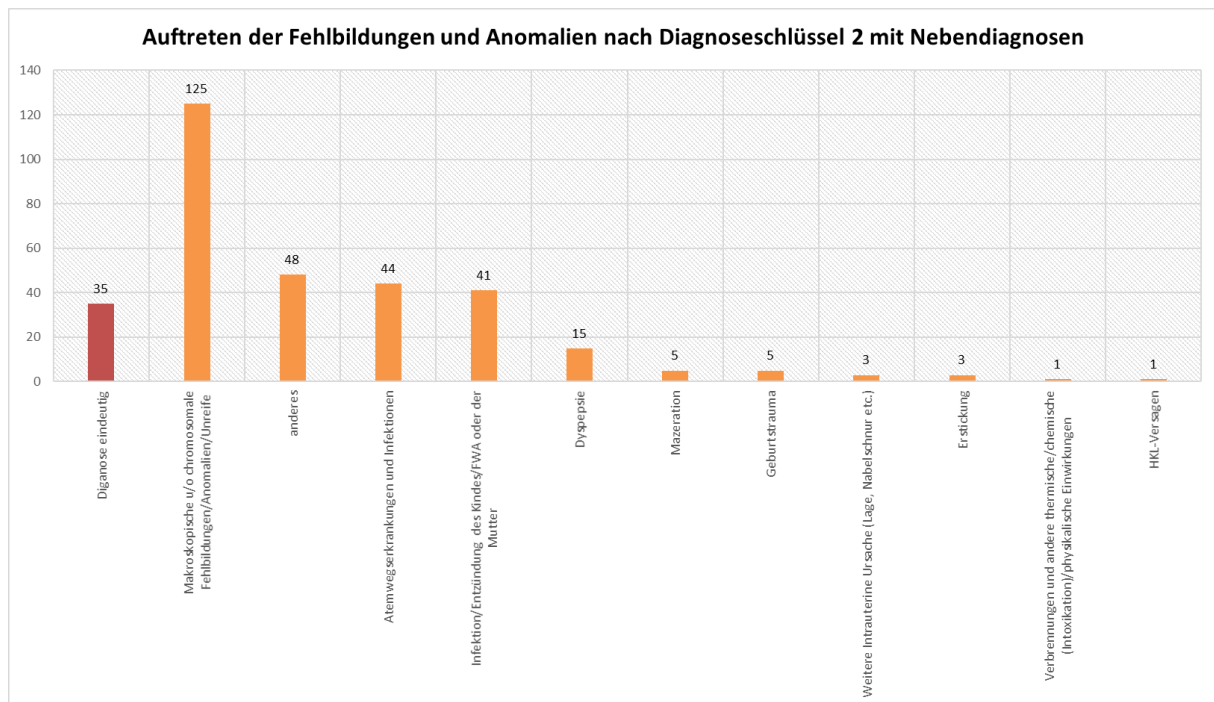


Grafik 22 - Absolute Verteilung der Dyspepsien nach Monaten



Grafik 23 - Prozentuale Verteilung der Dyspepsien nach Monaten

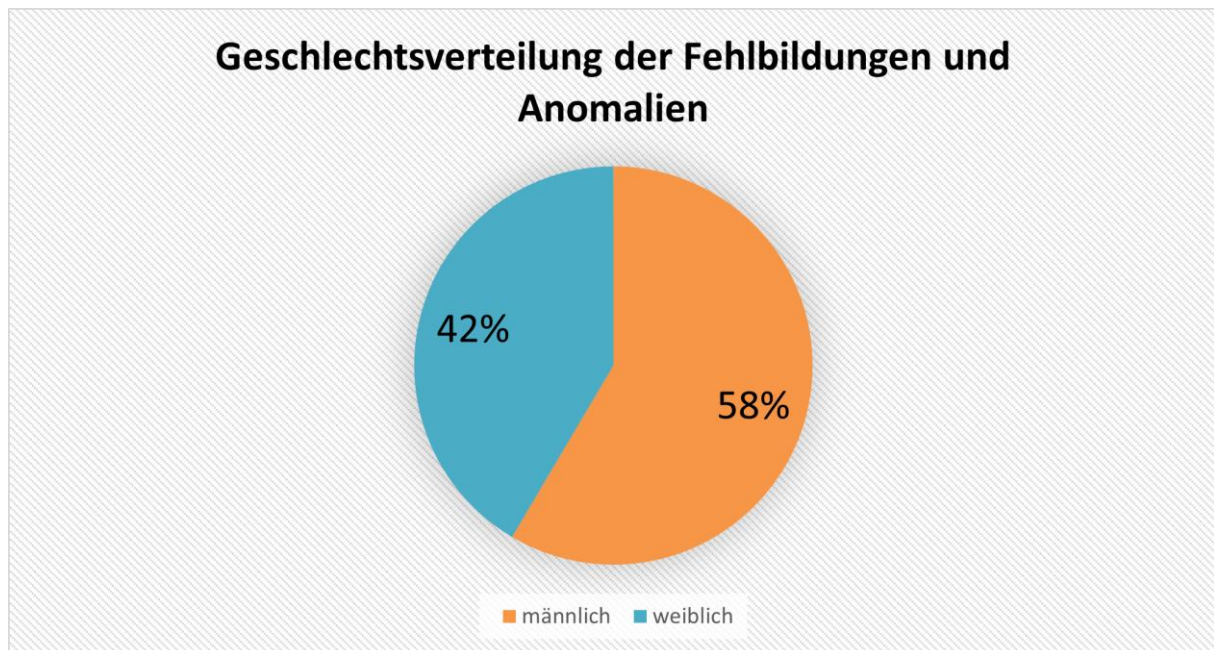
3.5.3. Fehlbildungen und Anomalien



Grafik 24 - Auftreten d. Fehlbildungen u. Anomalien nach Diagnoseschlüssel 2 mit Nebendiagnosen

Im obigen Balkendiagramm sind alle Kinder mit der Diagnose einer Fehlbildung oder Anomalie (Diagnoseschlüssel 2) dargestellt und nach Nebendiagnose gruppiert. Die erste Gruppe „Diagnose eindeutig“ stellt Kinder mit der einzigen Diagnose einer Fehlbildung oder Anomalie dar.

Lediglich 35, d.h. 28%, der 125 Kinder mit einer Fehlbildung oder Anomalie lassen sich eindeutig und allein auf diese Diagnose zurückführen. Den Großteil macht die Diagnosegruppe „anderes“ mit 48 Kindern aus, dicht gefolgt von der Gruppe mit Atemwegserkrankungen mit vier Kindern weniger und der Diagnosen der Infektion und Entzündungen mit 41 Kindern. Die nächste Gruppe „Dyspepsie“ weist eine deutlich geringere Gruppenstärke mit 15 Kindern auf. Noch weniger Anteil haben die übrigen Diagnosegruppen mit einem Vorkommen von maximal fünf Kindern.

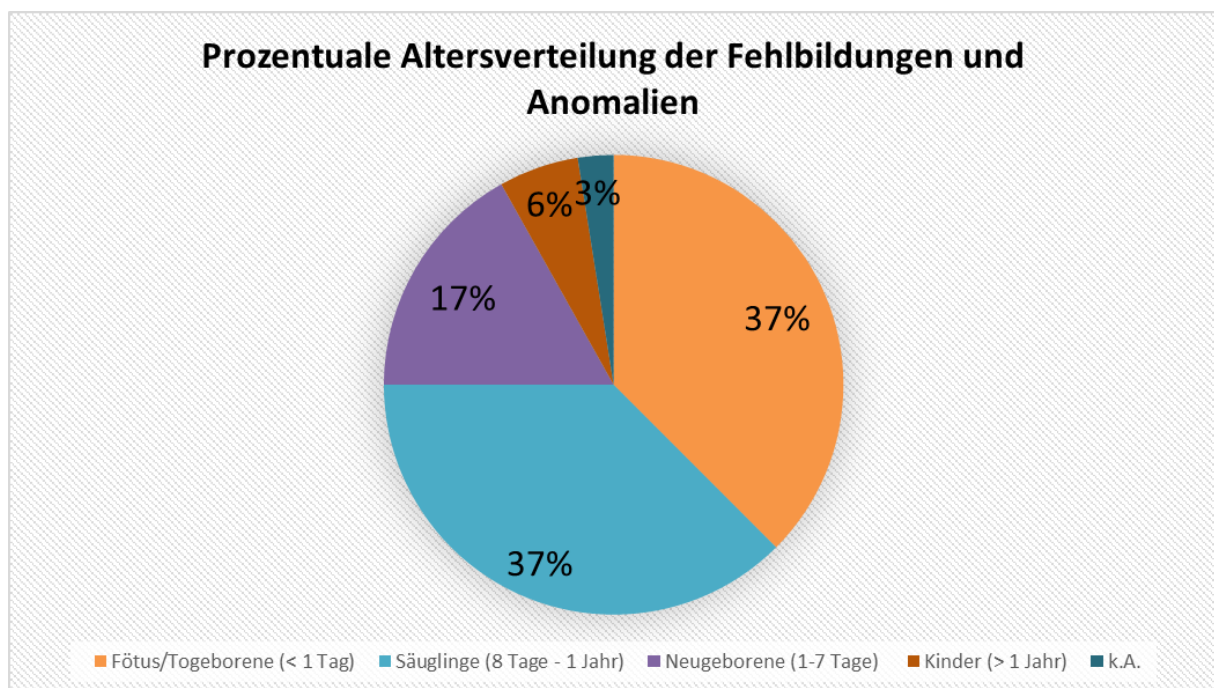


Grafik 25 - Geschlechtsverteilung der Fehlbildungen und Anomalien

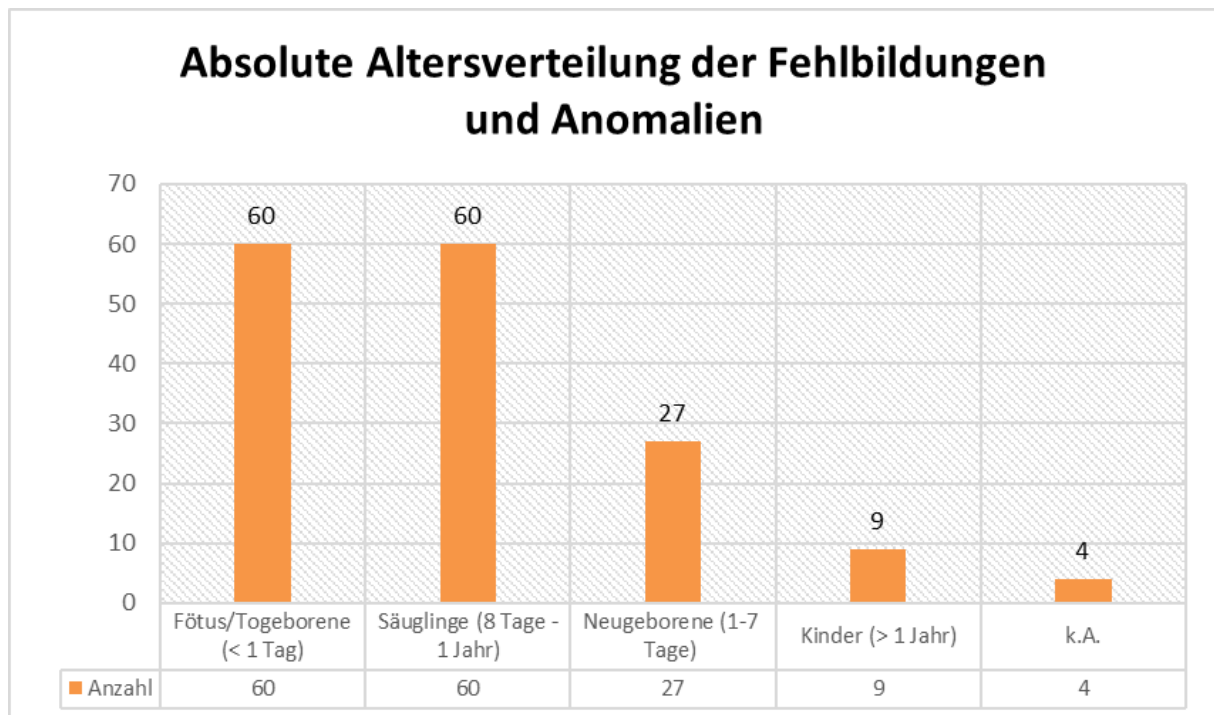
Zu betrachten ist die Geschlechtsverteilung der Pathologien mit der Diagnose einer Fehlbildung oder Anomalie als Haupt- oder Nebendiagnose.

Die Geschlechtsverteilung innerhalb der Diagnosegruppe „Fehlbildungen und Anomalien“ ist identisch mit der der Gruppe „Dyspepsie“. Auch hier ist die Gruppe der Jungen am häufigsten.

Die nachfolgenden zwei Diagramme der Altersverteilung zeigen die absolute oder relative Häufigkeiten der Gruppe der Föten und Totgeborenen, Neugeborenen, Säuglinge sowie Kinder.



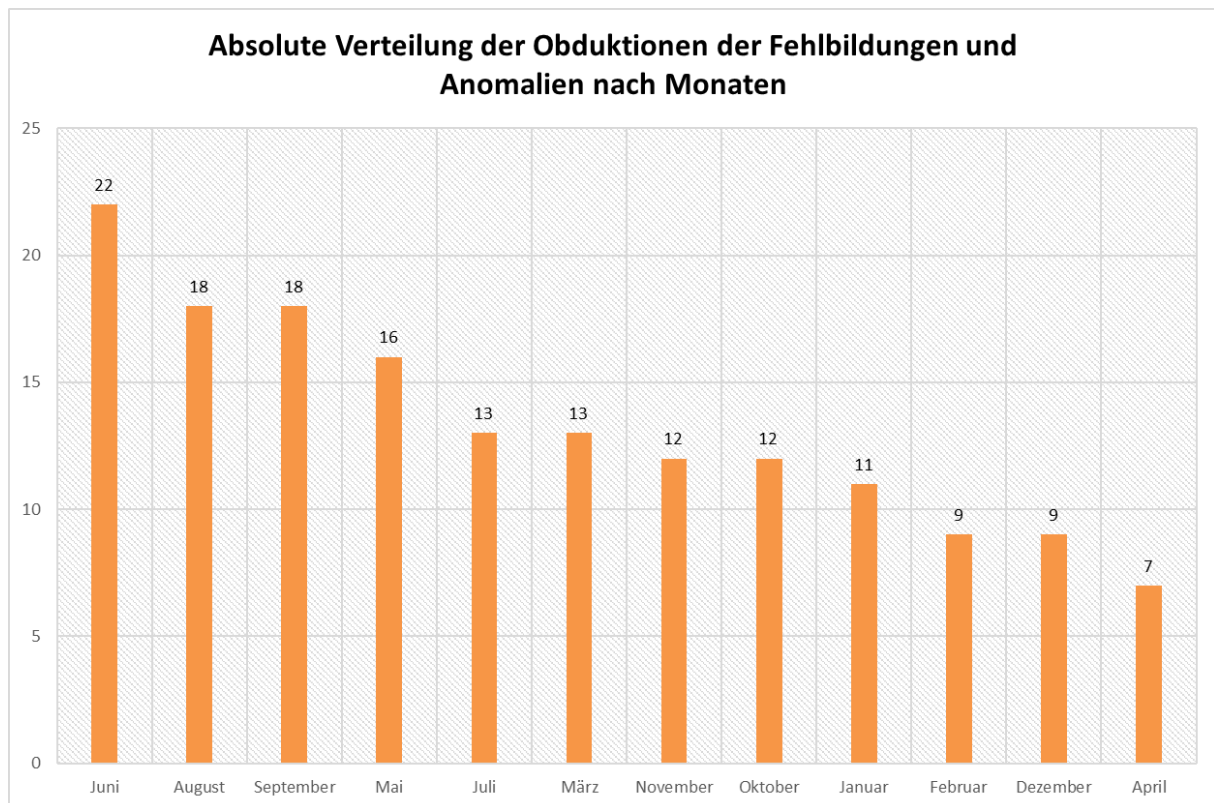
Grafik 26 - Prozentuale Altersverteilung der Fehlbildungen und Anomalien



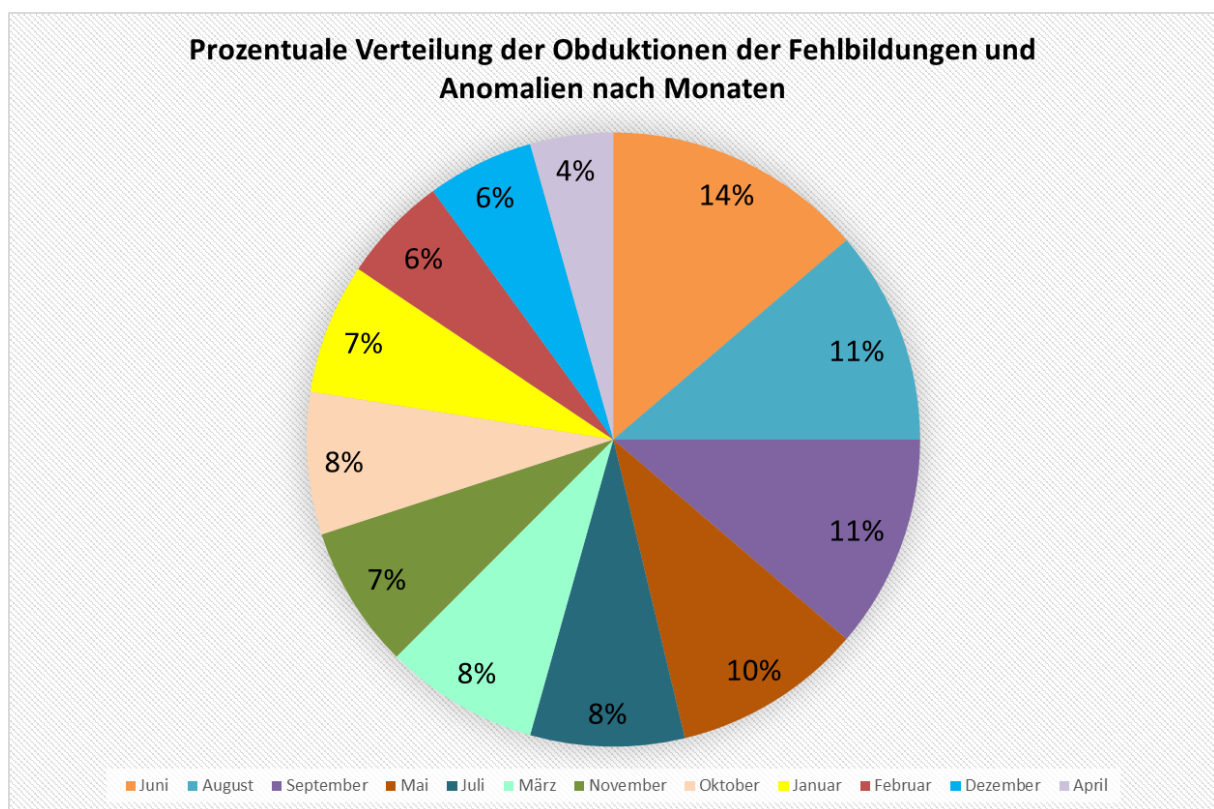
Grafik 27 - Absolute Altersverteilung der Fehlbildungen und Anomalien

Sowohl die Altersgruppe der Föten und Totgeborenen als auch die der Säuglinge zeigt eine Gruppenstärke von 60 Kindern, das heißt knapp 40%, auf. Mit weniger als die Hälfte der Kinder schließen sich die Neugeborenen mit einem relativen Anteil von 17% an. Die restlichen neun Obduktionen mit weniger als zehn Prozent geht auf die Gruppe der Kinder über einem Jahr zurück. Vier Obduktionen, d.h. 3%, konnten aufgrund fehlender Eintragungen im Registrierbuch keiner Altersgruppe zugeordnet werden.

Das folgende Balkendiagramm zeigt die Verteilung der Patient*innen der Diagnosegruppe der Fehlbildungen und Anomalien nach Monaten in absoluten Zahlen wohingegen das nächste Kreisdiagramm denselben Sachverhalt in relativen Häufigkeiten ergänzend darstellt.



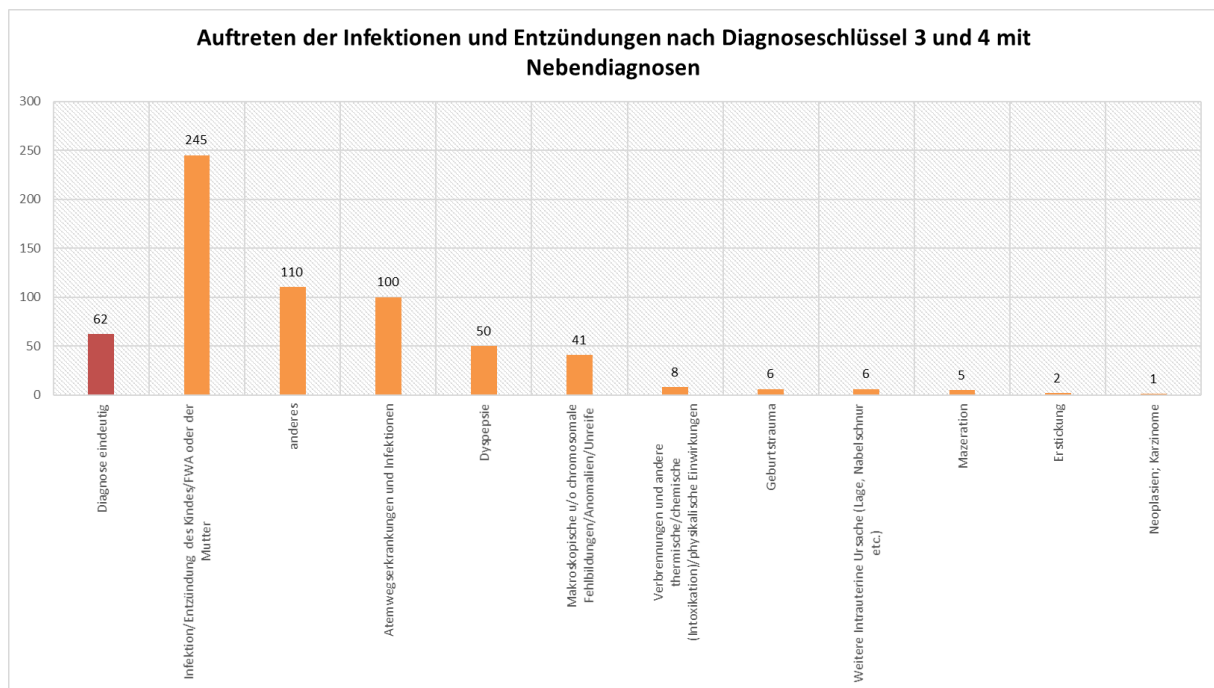
Grafik 28 - Absolute Verteilung d. Obduktionen d. Fehlbildungen u. Anomalien nach Monaten



Grafik 29 - Prozentuale Verteilung d. Obduktionen d. Fehlbildungen u. Anomalien nach Monaten

Todesfolgen mit der Diagnose „Fehlbildungen und Anomalien“ kommen im Sommermonat Juli mit 14% und einer absoluten Häufigkeit von 22 Obduktionen am häufigsten vor. Auch die Monate Mai, August sowie September zeigen einen Anteil von mindestens zehn Prozent auf. Weniger als zehn Kinder und somit am geringsten vertreten sind die drei Monate Februar, Dezember und April in absteigender Reihenfolge. Die übrigen Monate haben einen Anteil zwischen sieben und acht Prozent. Somit lässt sich zusammenfassen, dass im Sommer und Herbstanfang die meisten Todesfälle dieser Diagnosegruppe einzuordnen sind.

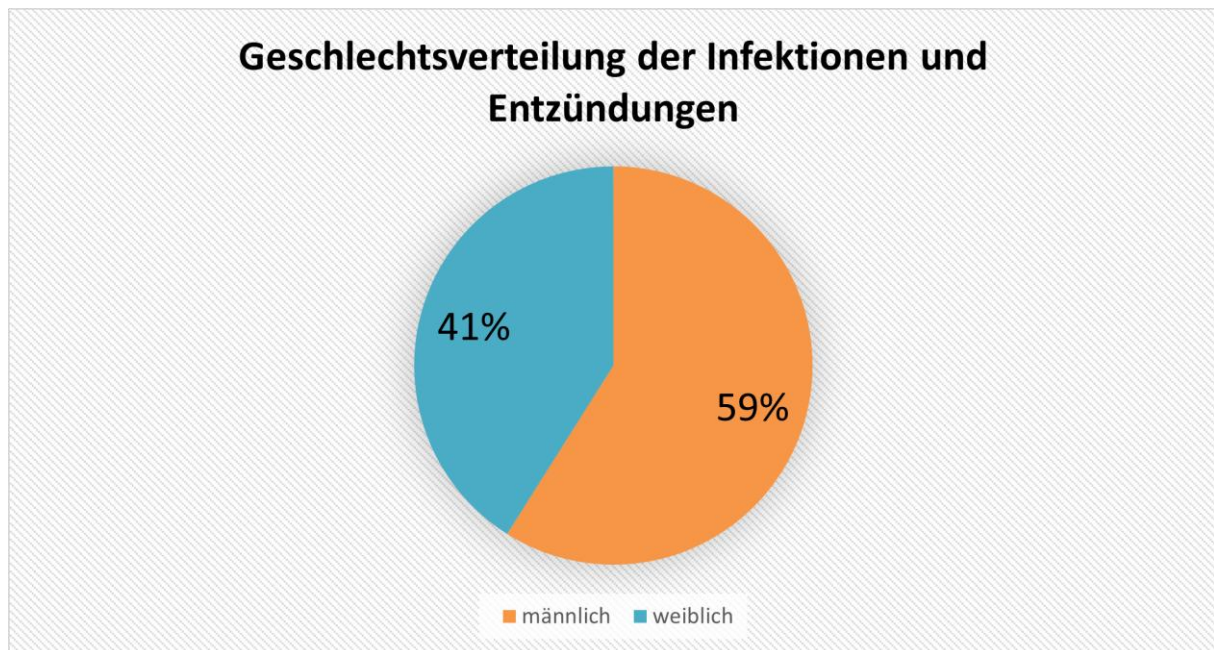
3.5.4. Infektionen und Entzündungen



Grafik 30 - Auftreten d. Infektionen u. Entzündungen nach Diagnoseschlüssel 3 u. 4 mit Nebendiagnosen

Im obigen Balkendiagramm sind alle pathologischen Todesfälle mit der Diagnose einer Infektion oder Entzündung (Diagnoseschlüssel 3, 4) dargestellt und nach Nebendiagnose gruppiert. Die erste Gruppe „Diagnose eindeutig“ stellt Obduktionen mit der einzigen Diagnose einer Infektion dar.

Von insgesamt 245 Fällen mit der Diagnose einer Infektion oder Entzündung sind 100 mit Atemwegserkrankungen, 50 mit Dyspepsie und 41 mit Fehlbildungen oder Anomalien vergesellschaftet. Den größten Teil der Nebendiagnosen bildet jedoch die Diagnosegruppe „anderes“. Die übrigen Nebendiagnosen Verbrennungen und andere äußerliche Einflüsse, Geburtstraumata, Intrauterine Ursachen, Erstickung sowie Neoplasien und Karzinome sind mit je weniger als zehn Obduktionen vernachlässigbar klein. Lediglich 62 der Todesfälle sind allein auf die Infektion zurückzuführen.



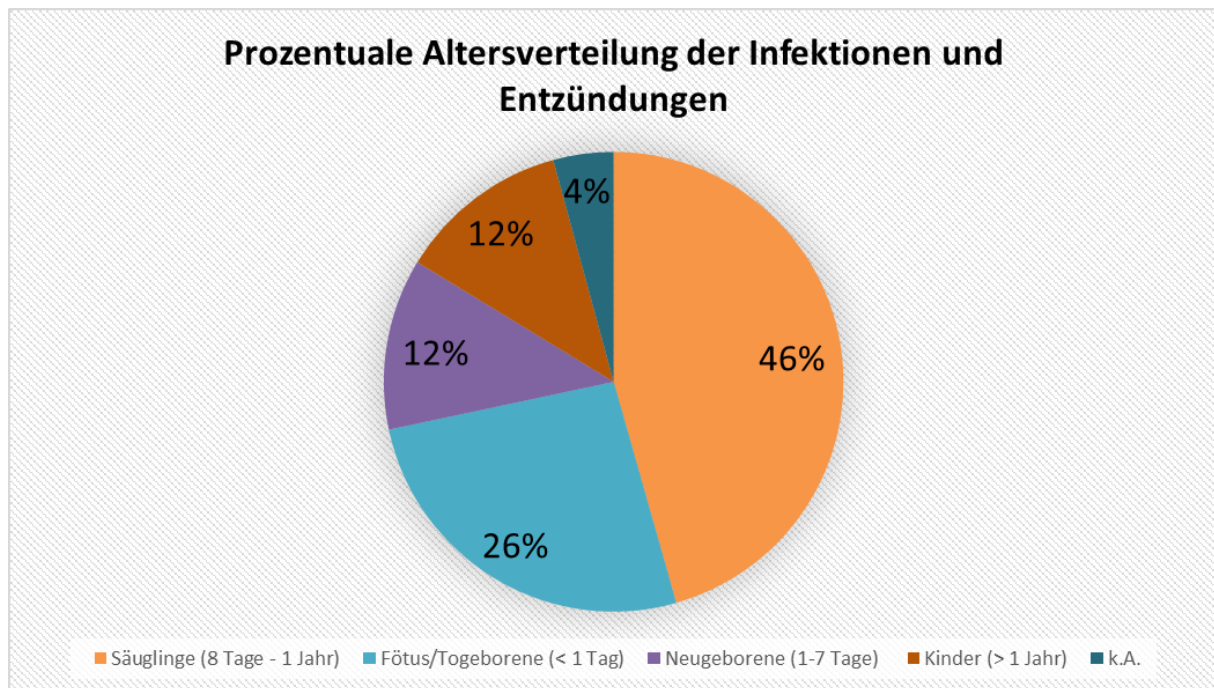
Grafik 31 - Geschlechtsverteilung der Infektionen und Entzündungen

Dargestellt ist die Geschlechtsverteilung der Kinder mit der Diagnose einer Infektion oder Entzündung als Haupt- oder Nebendiagnose.

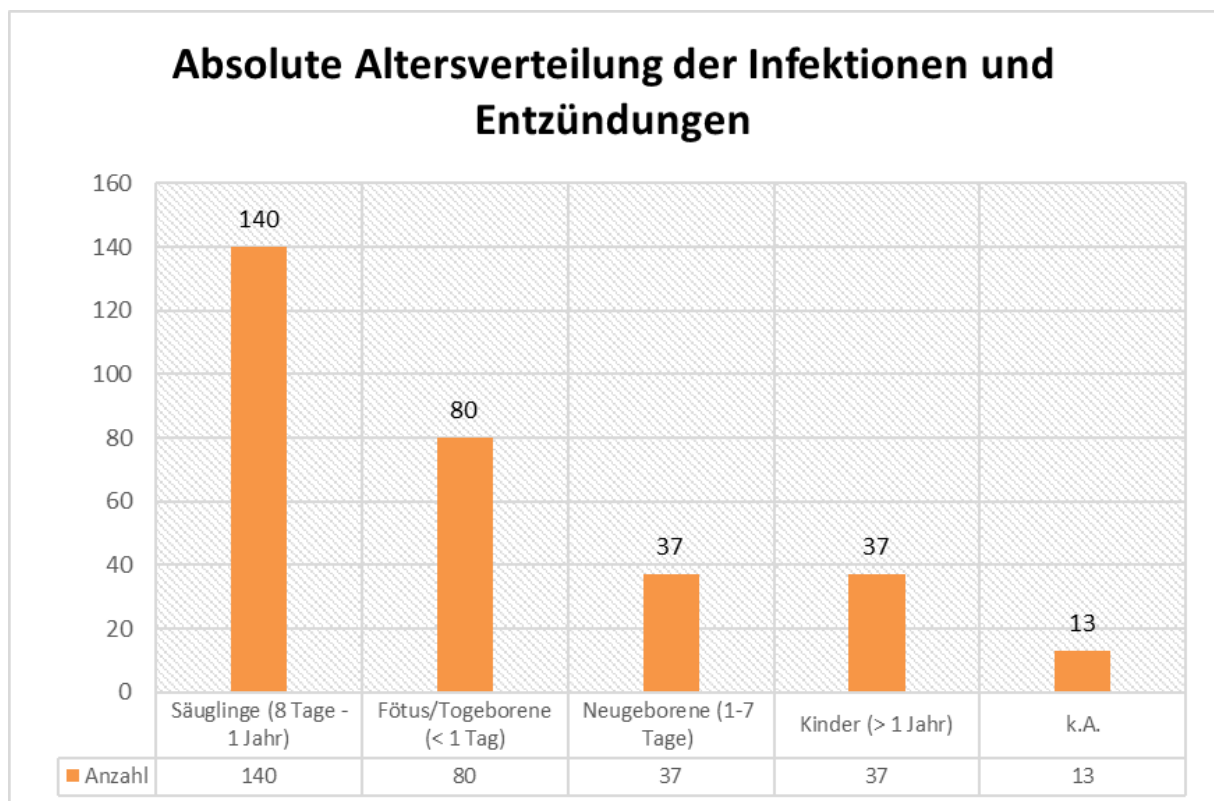
Wie in den vorherigen betrachteten Diagnosegruppen zeigt auch die Geschlechtsverteilung innerhalb der Infektionen fast ein Fünftel mehr Todesfälle des männlichen Geschlechts.

Die nächsten Diagramme zeigen die prozentuale sowie absolute Häufigkeiten der Altersverteilung innerhalb der Diagnosegruppe „Infektionen oder Entzündungen“.

Fast die Hälfte der Todesfälle aufgrund einer Infektion oder Entzündung treten mit 140 der insgesamt 246 Fälle im Säuglingsalter auf. Die nächstgroße Gruppe mit 80 Obduktionen ist die der Föten und Totgeborenen. Sowohl die Gruppe der Neugeborenen als auch der Kinder über einem Jahr machen mit je 37 Obduktionen gemeinsam ein Viertel der Infektionsfälle aus. Vier Prozent der Obduktionen, d.h. 13 Patient*innen, konnten aufgrund fehlender Eintragungen im Registrierbuch keiner Altersgruppe zugeordnet werden.

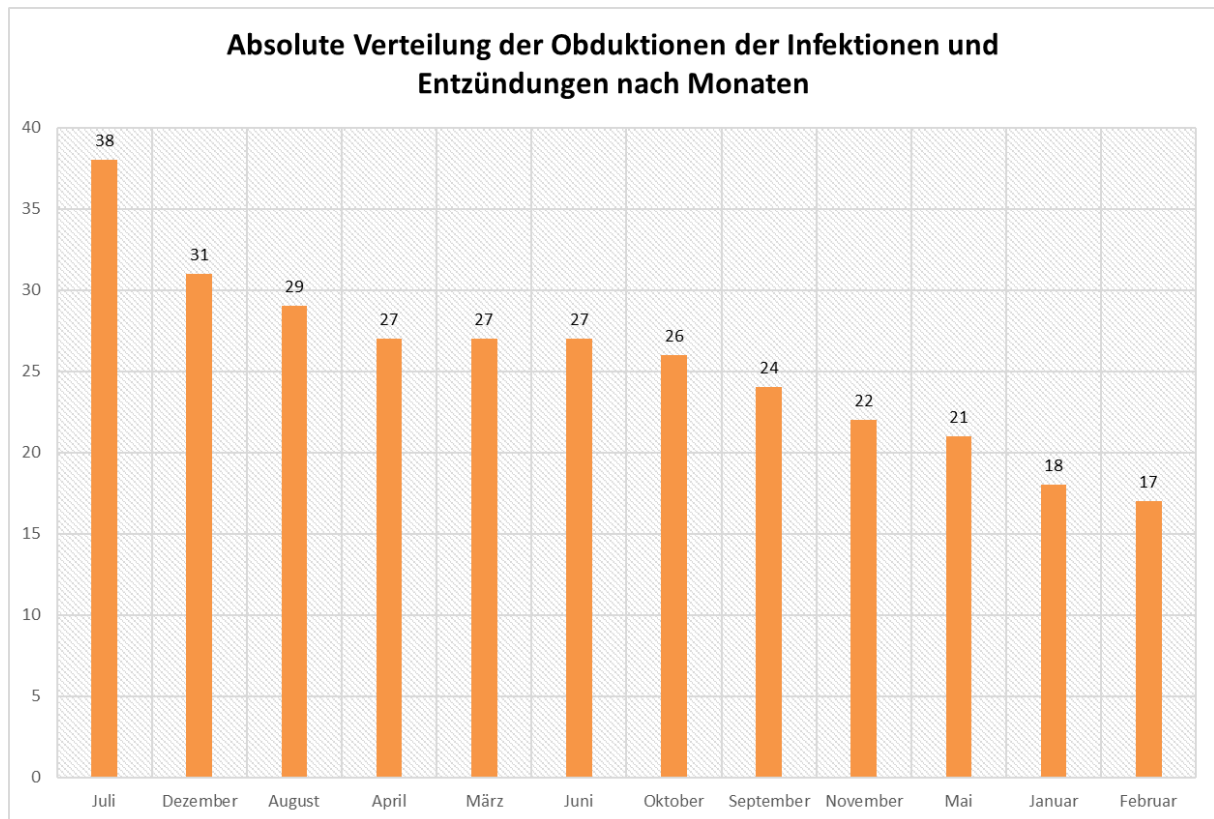


Grafik 32 - Prozentuale Altersverteilung der Infektionen und Entzündungen

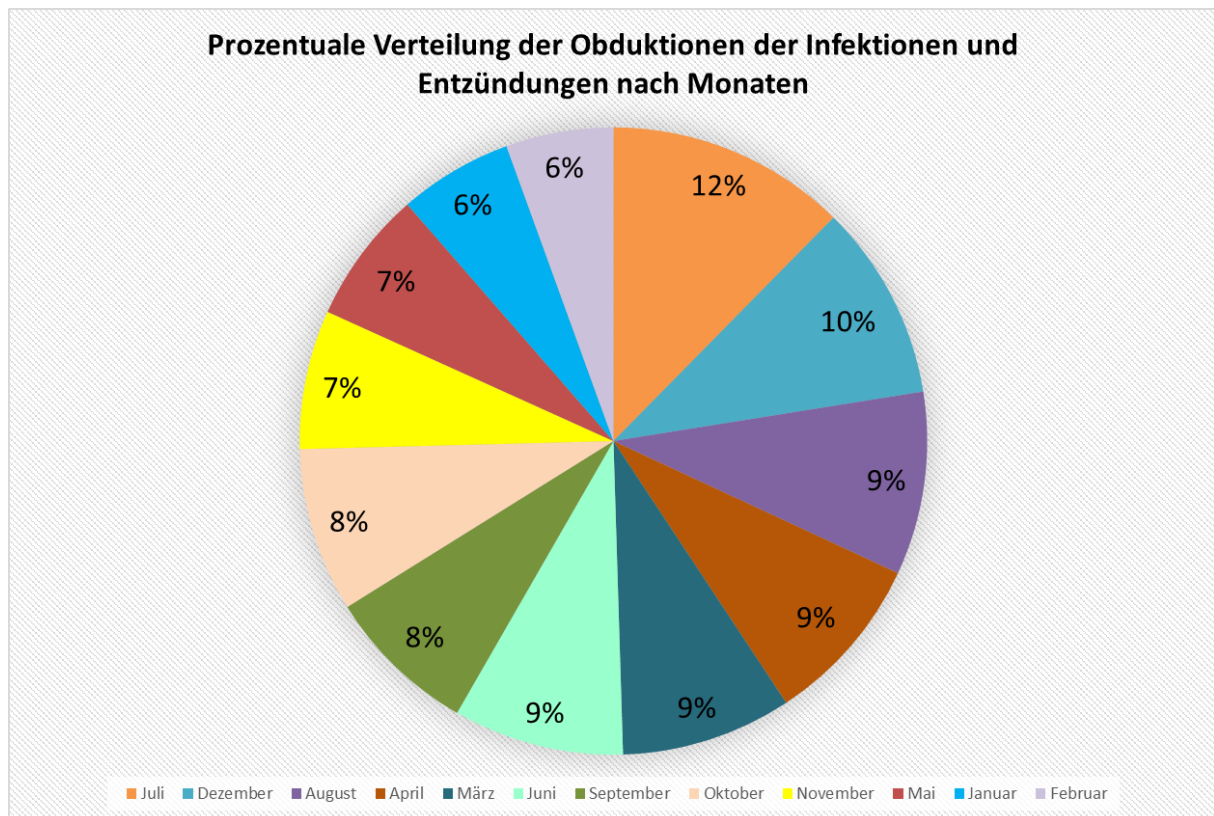


Grafik 33 - Absolute Altersverteilung der Infektionen und Entzündungen

Es folgen Diagramme der Verteilung der Infektionsfälle über die einzelnen Monate. Diese wird zum einen als Balkendiagramm mit absoluten Zahlen und zum anderen als Kreisdiagramm mit relativen Häufigkeiten dargestellt.



Grafik 34 - Absolute Verteilung d. Obduktionen d. Infektionen u. Entzündungen nach Monaten



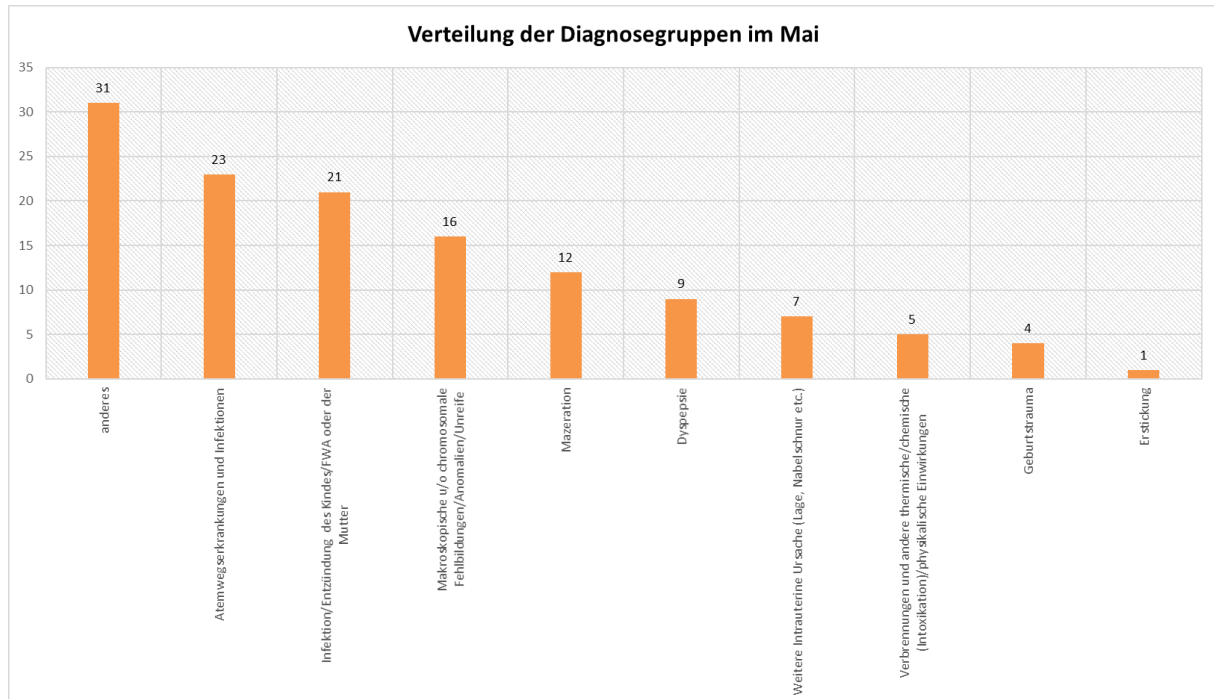
Grafik 35 - Prozentuale Verteilung d. Obduktionen d. Infektionen u. Entzündungen nach Monaten

Die meisten Todesfälle durch Infektionen oder Entzündungen treten mit einer Stärke von zwölf Prozent im Sommermonat Juli auf. Der Monate Dezember besitzt beide mit zehn Prozent den zweithäufigsten Anteil. Die Monate März bis Juni sowie September bis November sind mit Häufigkeiten zwischen neun und sieben Prozent vertreten. Die übrigen Wintermonate Januar und Februar zeigen mit weniger als 20 Obduktionen das geringste Vorkommen.

3.6. Definition und Analyse der drei häufigsten Monate

Zur näheren Betrachtung hinsichtlich Verteilung und Struktur der Todesfälle im Jahresverlauf, wurden die drei häufigsten Monate Mai, August sowie Dezember bezüglich Häufigkeiten der Diagnosegruppen und der Geschlechts- sowie Altersverteilung zur Analyse herangezogen.

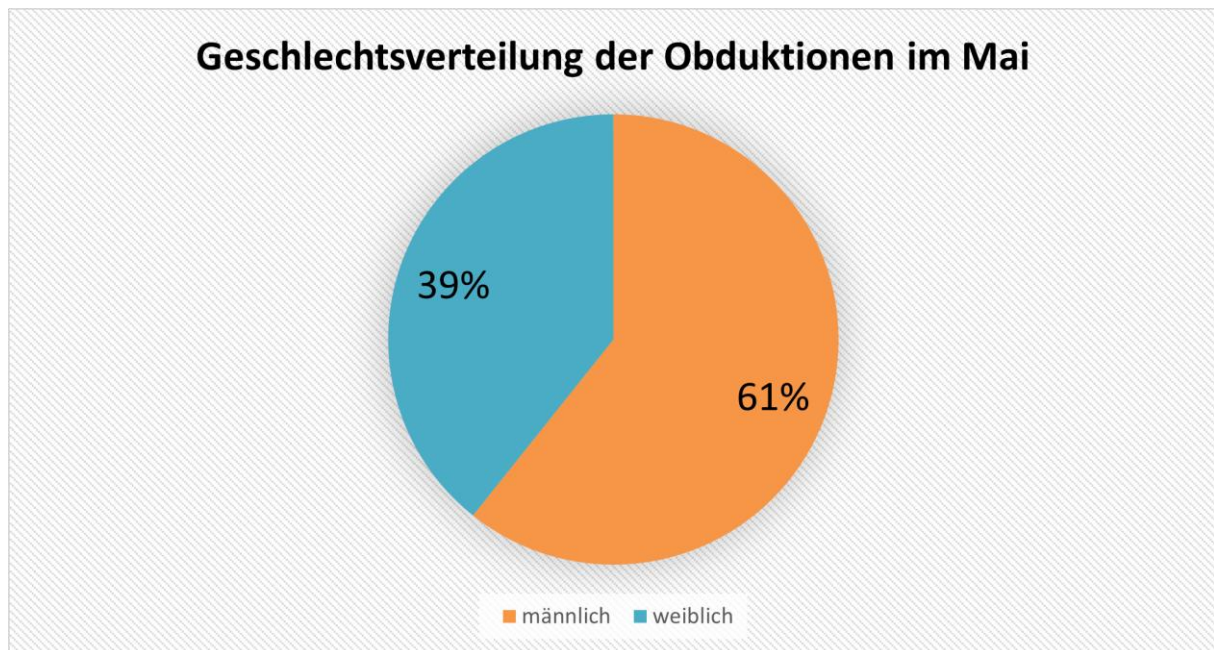
3.6.1. Mai



Grafik 36 - Verteilung der Diagnosegruppen im Mai

Das vorliegende Balkendiagramm zeigt die absolute Häufigkeitsverteilung der verschiedenen Diagnosegruppen im Monat Mai des Jahres 1959.

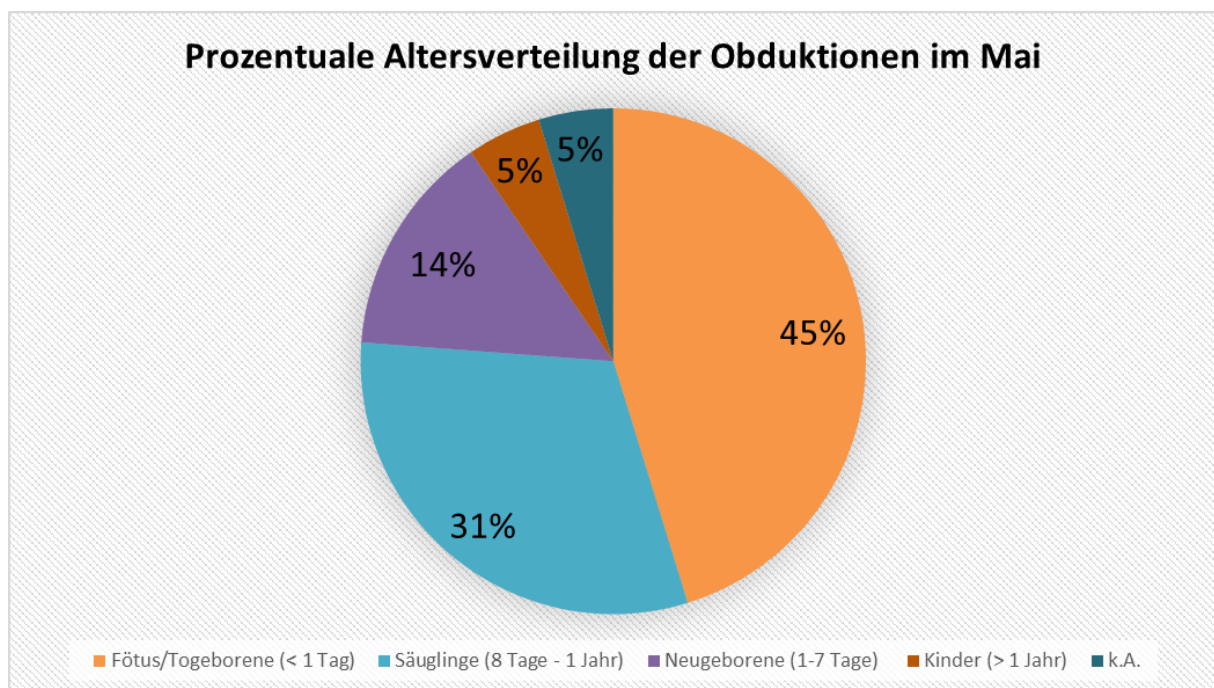
Die Diagnosegruppen „Unbekannt“, „Herz-Kreislauf-Versagen“ sowie „Neoplasien und Karzinome“ sind in diesem Monat als Todesursache nicht vertreten. Die drei höchstenteiligen Gruppen in absteigender Reihenfolge sind die nicht weiter zusammenfassbare Gruppe anderer Ursachen, die Atemwegserkrankungen und Infektionen sowie die Infektion und Entzündung mit Kinderobduktionen im Bereich von je 31 bis 21. Mit mindestens zehn Obduktionen in dieser Diagnosegruppe folgen die Gruppe der Fehlbildungen und Anomalien sowie Mazeration. Die restlichen Diagnosegruppen einschließlich der Diagnosen Dyspepsie, intrauteriner Ursachen, Verbrennungen und anderer äußerlicher Einflüsse, Geburtstraumata sowie Erstickung machen einen Anteil von weniger als 30 Obduktionen aus.



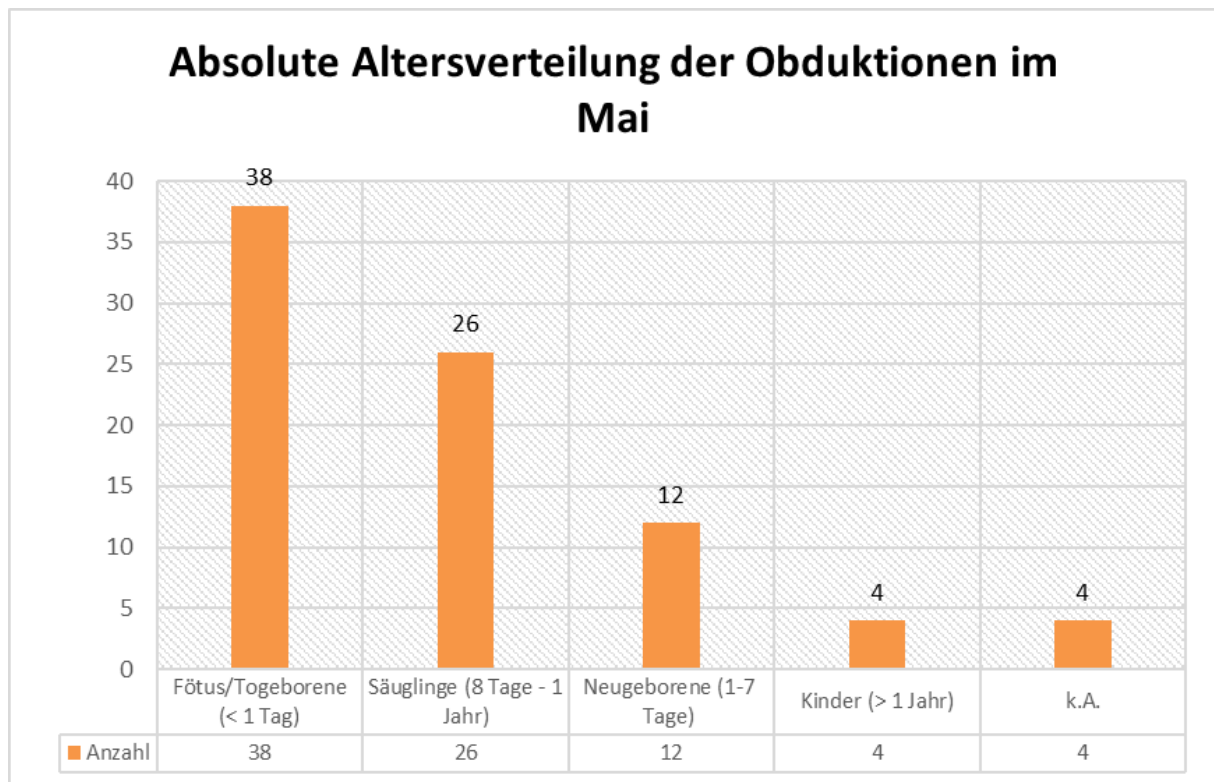
Grafik 37 - Geschlechtsverteilung der Obduktionen im Mai

Die Geschlechtsverteilung der Kinder im Monat Mai als Kreisdiagramm macht deutlich, dass die Jungen mit über 60% im Vergleich zu den Mädchen dominieren.

In den nächsten beiden Diagrammen wird die Altersverteilung der Kinder im Monat Mai sowohl in absoluten als auch relativen Zahlen veranschaulicht.



Grafik 38 - Prozentuale Altersverteilung der Obduktionen im Mai



Grafik 39 - Absolute Altersverteilung der Obduktionen im Mai

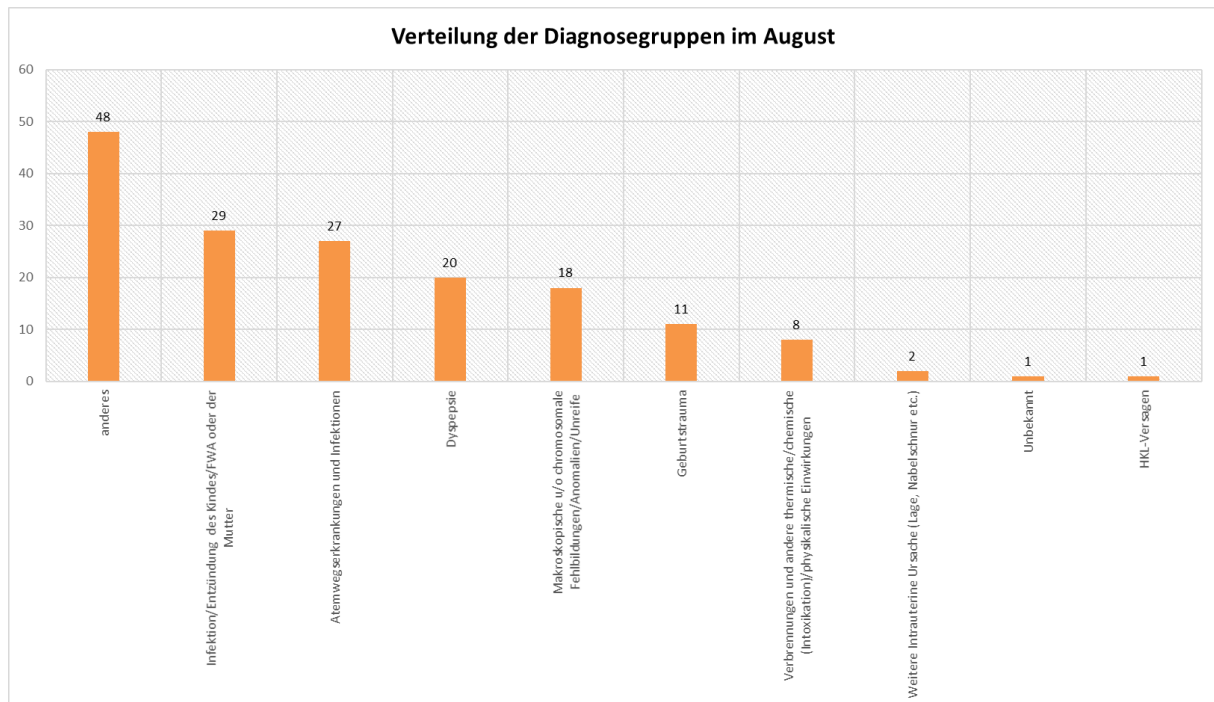
Knapp die Hälfte aller Todeseinträge bezieht sich auf die Gruppe der Föten und Totgeborenen. Mit 33% und somit 26 Obduktionen schließen sich die Säuglinge als zweitstärkste Gruppen an. Die übrigen Patient*innen verteilen sich mit 15% und 5% auf die Gruppe der Neugeborenen beziehungsweise Kinder über einem Jahr. Vier Obduktionen, d.h. fünf Prozent der Patient*innen, konnten aufgrund fehlender Eintragungen im Registrierbuch keiner Altersgruppe zugeordnet werden.

3.6.2. August

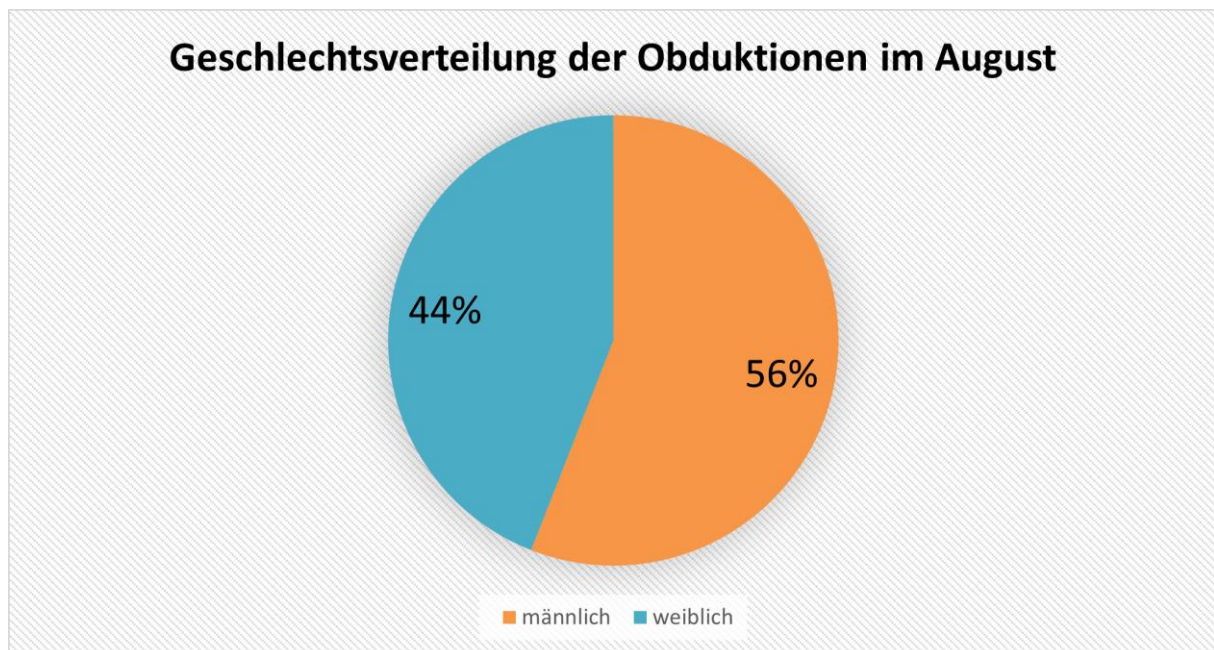
Das nachfolgende Balkendiagramm zeigt wie die einzelnen Diagnosegruppen im Monat August verteilt sind.

Die Diagnosegruppen „Mazeration“, „Erstickung“ sowie „Neoplasien und Karzinome“ kommen als Todesursache nicht vor. Die stärkste Gruppe stellt die Gruppe der Diagnoseverschlüsselung „andere“ dar, gefolgt von den Gruppen Infektionen und Entzündungen, Atemwegserkrankungen und Infektionen sowie Dyspepsien mit Einträgen der Größe von über 20 bis 29 in absteigender Reihenfolge. Die Diagnose Fehlbildungen und Anomalien sowie Geburtstraumata haben Anteile von 18 beziehungsweise elf Obduktionen. Die restlichen Todesfälle verteilen sich mit acht Obduktionen auf die Verbrennungen und

andere äußere Einflüsse, mit weiteren zwei Todesfällen auf intrauterine Ursachen sowie je einem Tod durch unbekannte Ursache und ein Herz-Kreislauf-Versagen.



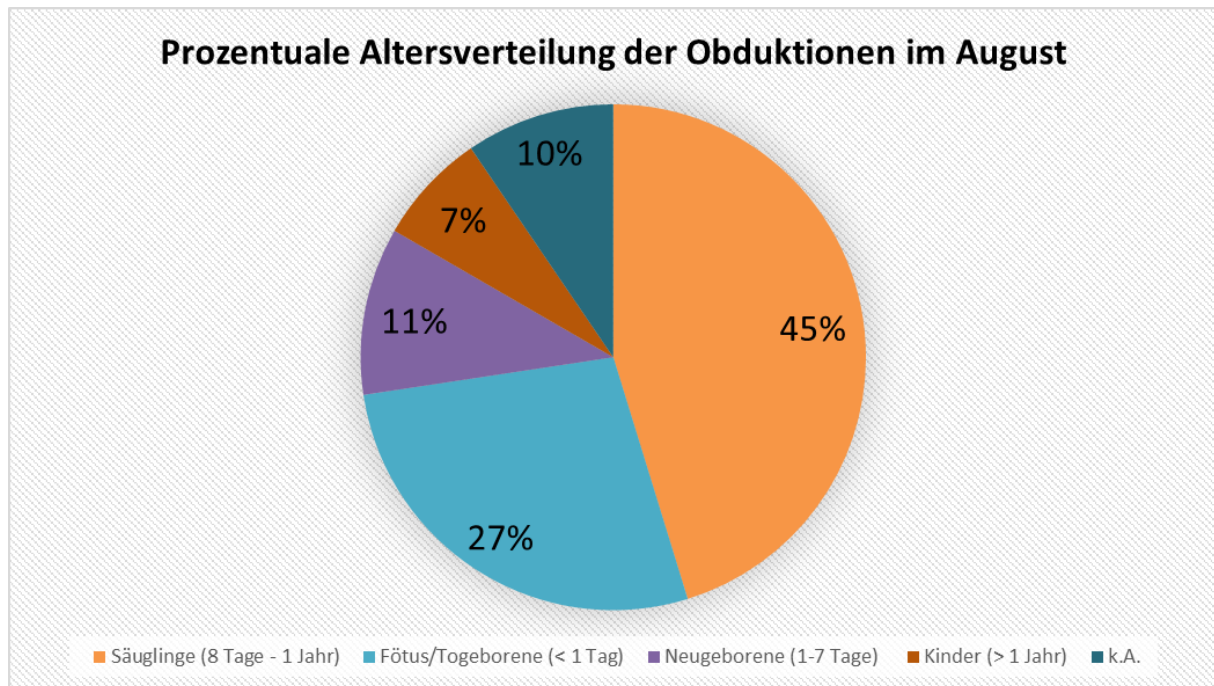
Grafik 40 - Verteilung der Diagnosegruppen im August



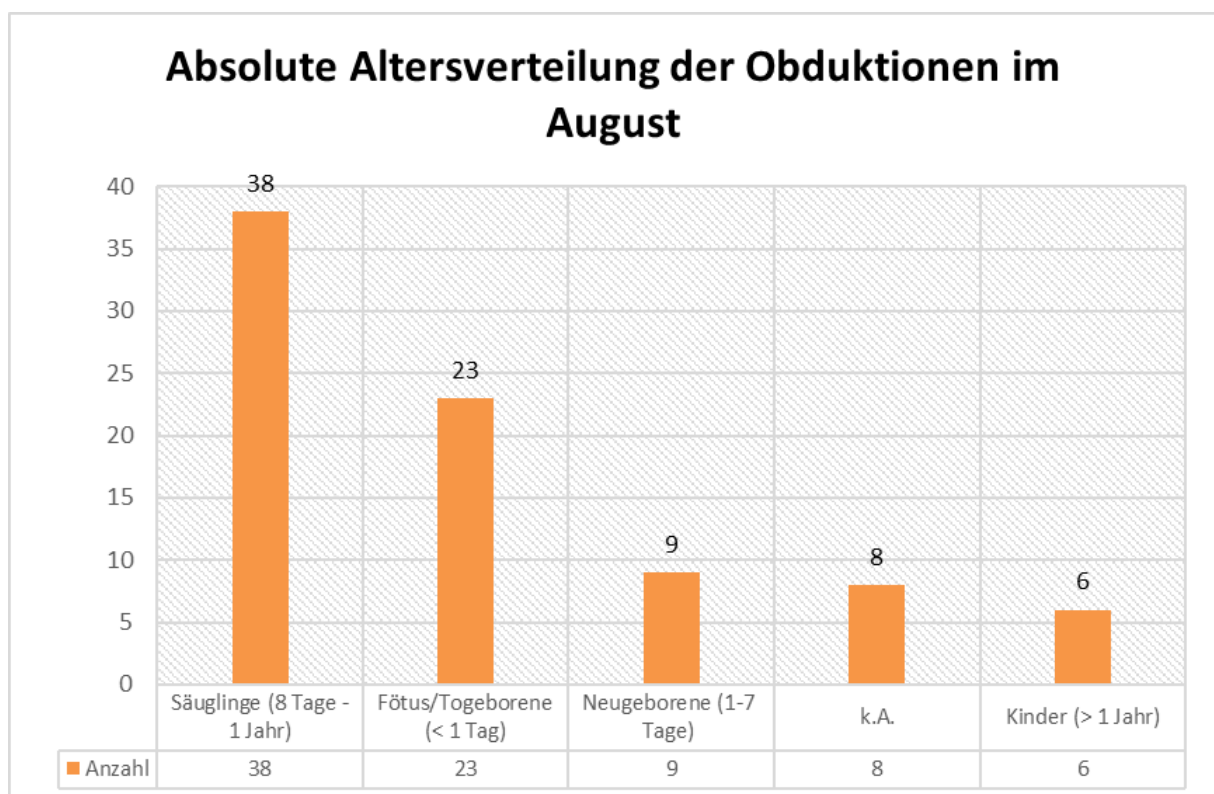
Grafik 41 - Geschlechtsverteilung der Obduktionen im August

Die Geschlechtsverteilung der Kinder im Monat August als Kreisdiagramm veranschaulicht, dass die Jungen mit 56% im Vergleich zu den Mädchen dominieren.

Sowohl das folgende Kreisdiagramm als auch Balkendiagramm zeigen die Altersverteilung der Kinder des Monats August mit absoluter und relativer Häufigkeit.



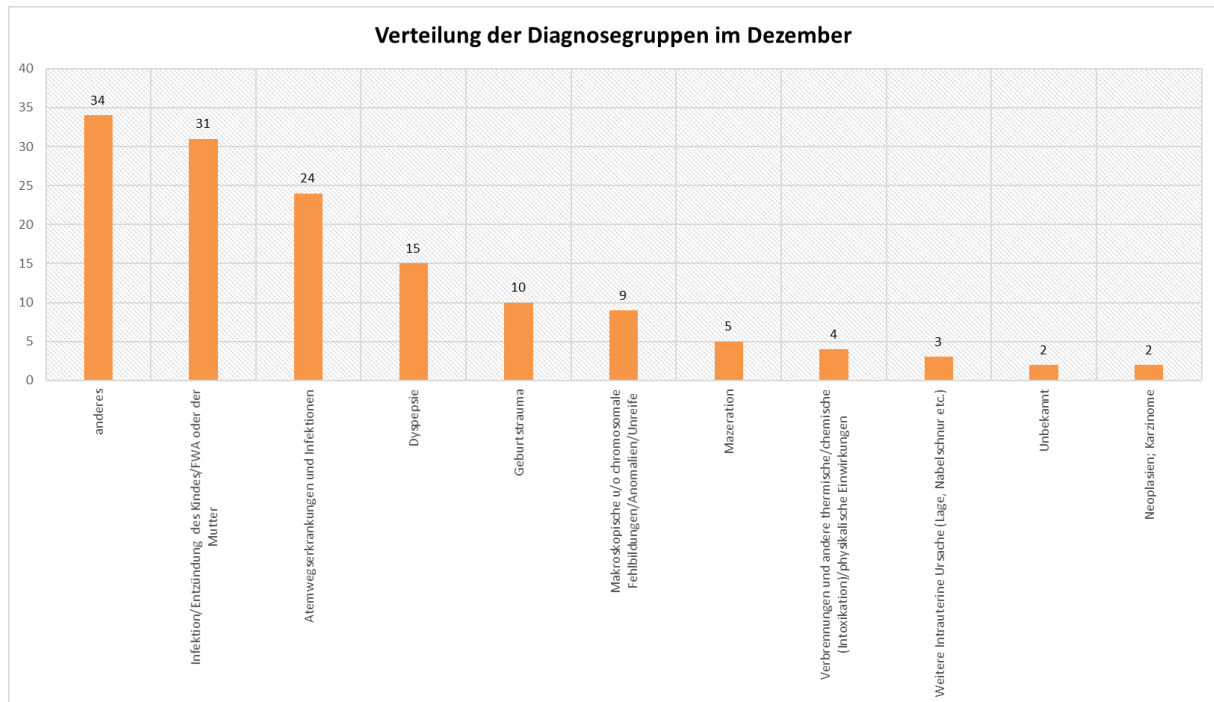
Grafik 42 - Prozentuale Altersverteilung der Obduktionen im August



Grafik 43 - Absolute Altersverteilung der Obduktionen im August

Genau die Hälfte aller Patient*innen im August betrifft mit einem Anteil von 38 die Altersgruppe der Säuglinge. Etwa ein Drittel aller Todesfälle lässt sich auf die Gruppe der Föten und Totgeborenen zurückführen. Die übrigen 20 Obduktionen betreffen die Neugeborenen mit zwölf sowie die Kinder über einem Jahr mit acht Prozent. Acht Obduktionen, d.h. zehn Prozent, konnten aufgrund fehlender Eintragungen im Registrierbuch keiner Altersgruppe zugeordnet werden.

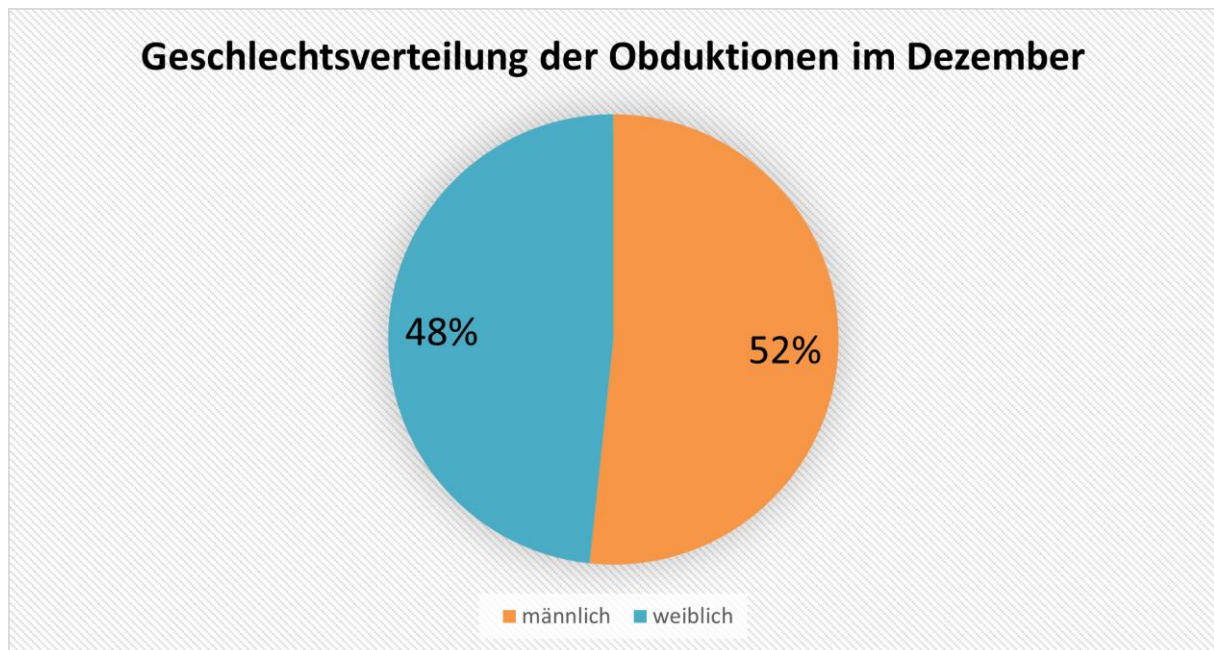
3.6.3. Dezember



Grafik 44 - Verteilung der Diagnosegruppen im Dezember

Das vorliegende Balkendiagramm zeigt die Verteilung der Todesfälle der Kinderpathologie im Jahr 1959 auf die einzelnen Diagnosegruppen im Monat Dezember.

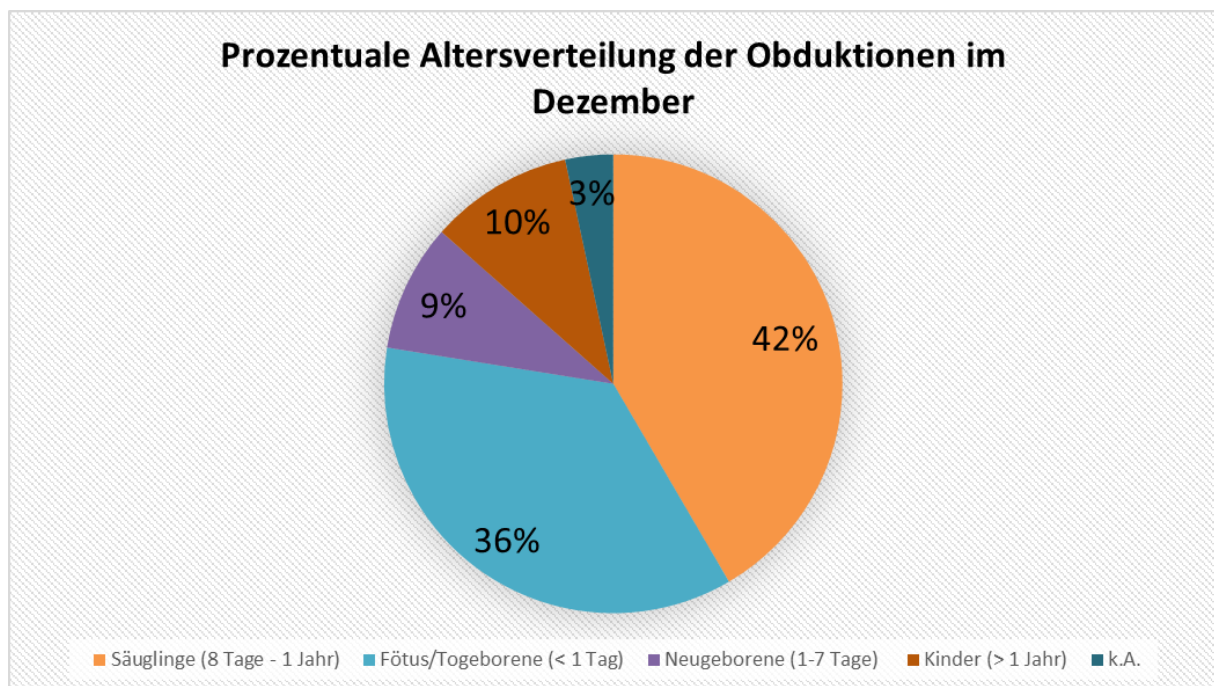
Die Gruppen des Herz-Kreislaufversagens und der Erstickungen verzeichnen in diesem Monat keine Eintragung. Mit 34 und 31 Todesfällen ist die Gruppe anderer Diagnosen als die in Diagnosegruppen verschlüsselten beziehungsweise die Gruppe der Infektionen und Entzündungen am häufigsten vertreten. Die dritthäufigste Gruppe bildet die Diagnose Atemwegserkrankungen und Infektionen mit einer Stärke von 24 Kindern. Mit einem Abstand folgen die Diagnosegruppen Dyspepsie, Geburtstraumata sowie Fehlbildungen und Anomalien mit Vorkommen zwischen 15 und neun. Die restlichen kleinen Gruppen der Mazeration, Verbrennung und anderen äußerlichen Einflüsse, weiteren intrauterinen Ursachen, Neoplasien und Karzinomen sowie unbekannten Ursachen besitzen zwischen fünf und zwei Einträgen zur Kinderobduktion.



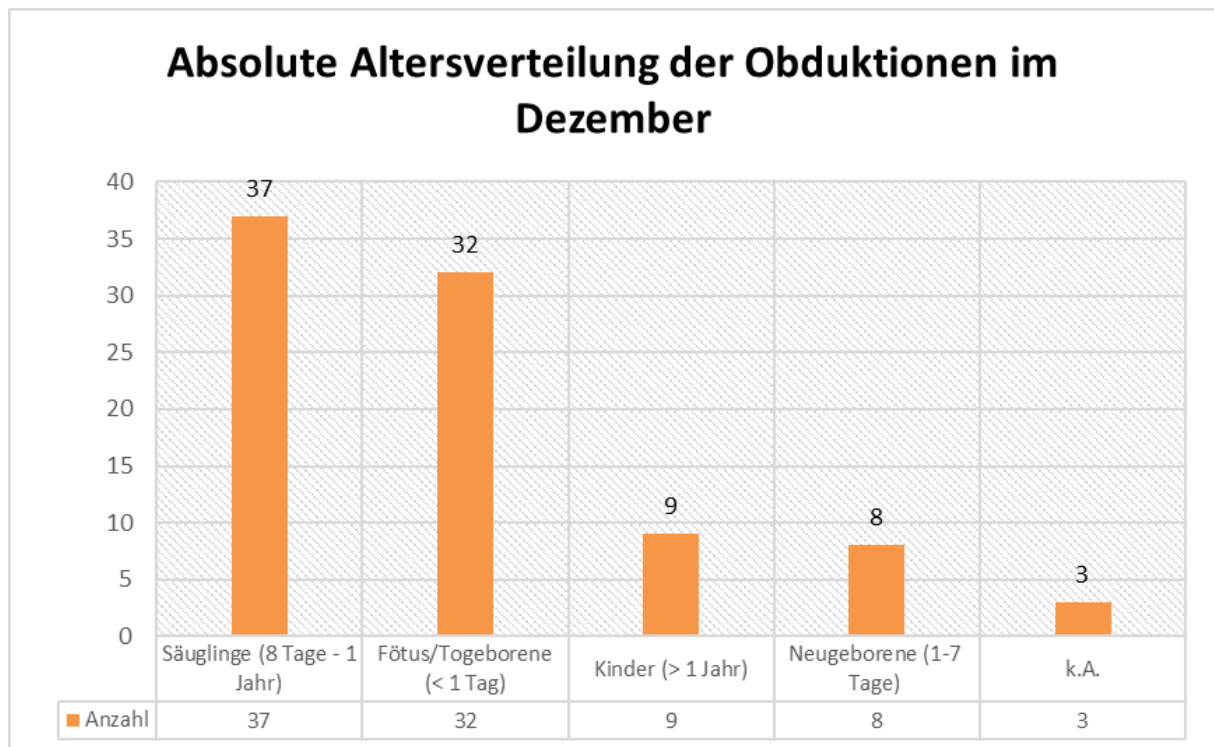
Grafik 45 - Geschlechtsverteilung der Obduktionen im Dezember

Die Geschlechtsverteilung der verstorbenen Kinder im Monat August als Kreisdiagramm zeigt, dass die Jungen mit 52% im Vergleich zu den Mädchen knapp dominieren.

Im Folgenden ist die Altersverteilung der Todesfälle des Monats Dezember dargestellt. Hierfür wurde die Darstellung in Form eines Kreis- sowie Balkendiagramms zur Veranschaulichung gewählt.



Grafik 46 - Prozentuale Altersverteilung der Obduktionen im Dezember



Grafik 47 - Absolute Altersverteilung der Obduktionen im Dezember

Mit 42% und insgesamt 37 Patient*innen ist die Gruppe der Säuglinge, gefolgt von der Gruppe der Föten und Totgeborenen mit 36% und 32 Patient*innen, die am stärksten vertretene Gruppe im Monat Dezember. Die restlichen Patient*innen teilen sich fast gleichmäßig auf die Gruppe der Neugeborenen und Kinder über einem Jahr auf. Drei Obduktionen, d.h. drei Prozent, konnten aufgrund fehlender Eintragungen im Registrierbuch keiner Altersgruppe zugeordnet werden.

3.7. Analyse nach Altersgruppen

Die folgenden vier Unterkapitel beschäftigen sich mit der Struktur und Verteilung der Todesfälle innerhalb eines Alterskollektivs. Hierbei werden die Gruppen der Föten und Totgeborenen, Neugeborenen, Säuglingen sowie Kindern über einem Jahr in Bezug auf die Verteilung der Diagnosegruppen, des Geschlechts sowie in den einzelnen Monaten dargestellt.

3.7.1. Föten und Totgeborene

Dieser Abschnitt befasst sich mit der Struktur und Analyse der Altersgruppe der Föten sowie Totgeborenen und umfasst somit alle Obduktionen von Kindern unter einem Tag alt.

Die nachfolgende Grafik zeigt die Verteilung der Diagnosegruppen innerhalb der Altersgruppe der Föten und Totgeborenen.

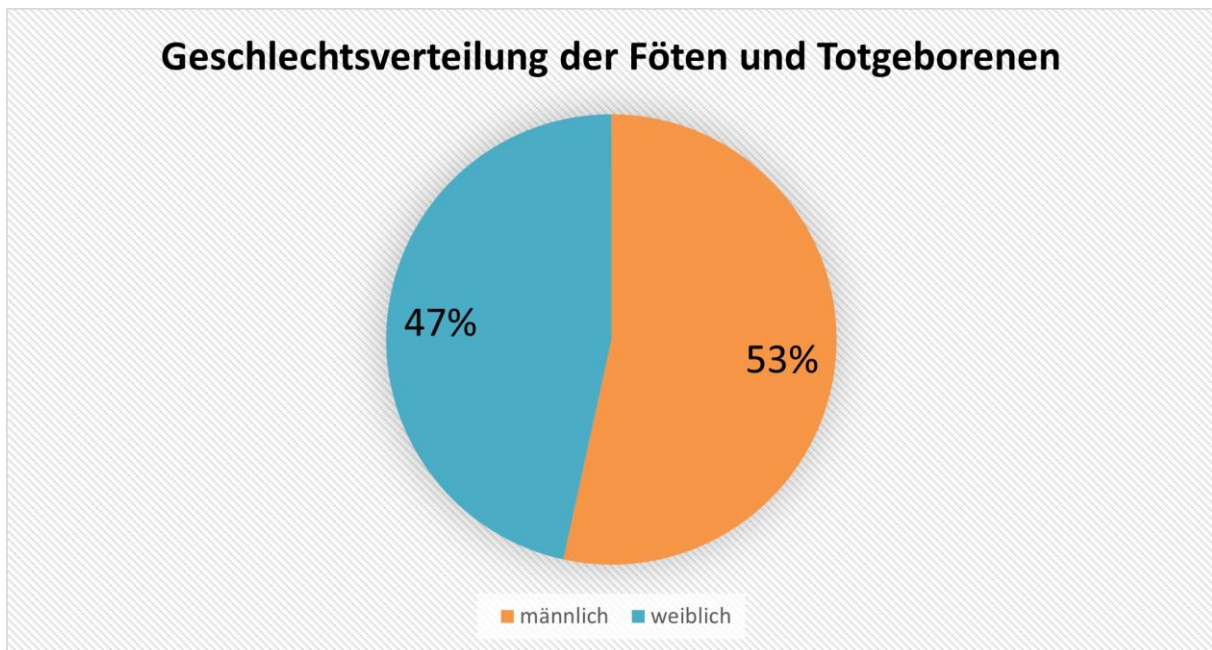


Grafik 48 - Verteilung der Diagnosegruppen der Föten und Totgeborenen¹⁴²

Dem Balkendiagramm ist zu entnehmen, dass auch hier die Diagnosegruppe „anderes“, das heißt die Diagnosen der Blutungen, Fruchtwasseraspirationen sowie Spontanaborte, mit 182 Kindern am stärksten vertreten sind. Mit circa 100 Einträgen weniger schließt sich die Infektion des Fötus an, gefolgt von den Atemwegserkrankungen mit 74 Betroffenen. Die nächsten beiden großen Gruppen bilden zum einen die Fehlbildungen und Anomalie sowie zum anderen die Mazerationen mit 60 beziehungsweise 52 Kindern. Lediglich 36 und 34 Einträge verzeichnen die Diagnose anderer intrauteriner Ursache sowie Geburtstraumata. Noch weniger Kindern ist die Diagnose einer Verbrennung oder anderer äußerlichen Ursache in 13 Einträgen zugeordnet. Die übrigen Diagnosen kamen in der Kohorte der Föten und Neugeborenen vernachlässigbar wenig oder gar nicht vor.

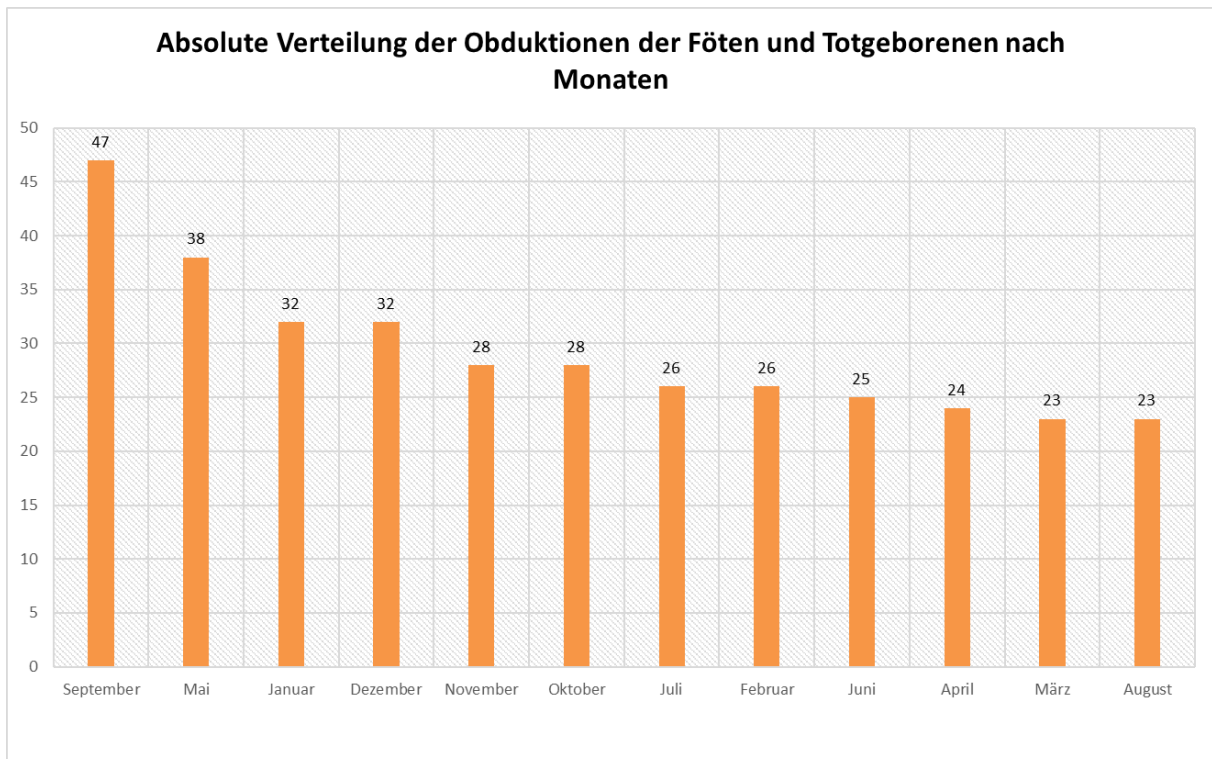
Das folgende Kreisdiagramm über die Geschlechtsverteilung der Föten und Totgeborenen stellt dar, dass das männliche Geschlecht mit 53% knapp gegenüber dem weiblichen überwiegt.

¹⁴² Die Diagnosegruppen „Erstickung“ sowie „Neoplasien und Karzinome“ sind nicht aufgeführt, da beide keine Einträge verzeichnen.

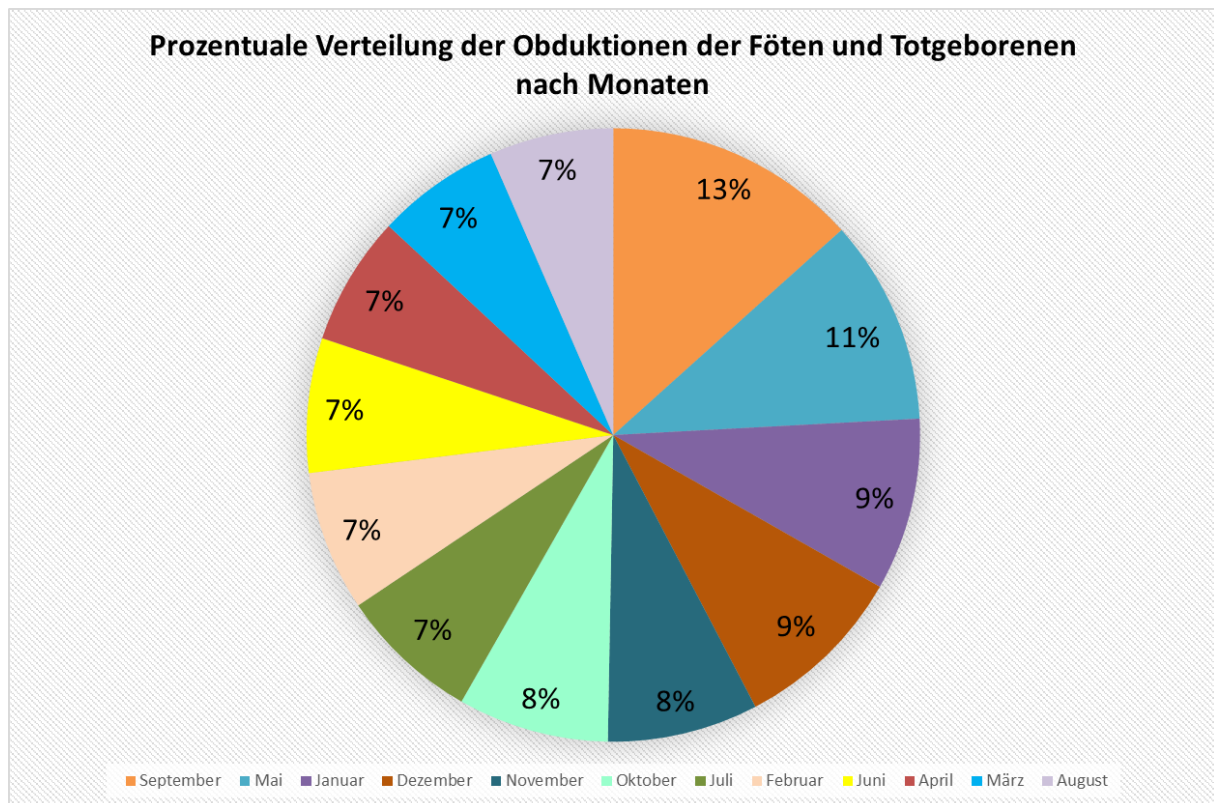


Grafik 49 - Geschlechtsverteilung der Föten und Totgeborenen

Die nächsten zwei Diagramme beschreiben in absteigender Gruppenstärke einerseits die absolute sowie andererseits die prozentuale Verteilung der Obduktionen der Föten und Totgeborenen nach Monaten.



Grafik 50 - Absolute Verteilung der Obduktionen der Föten und Totgeborenen

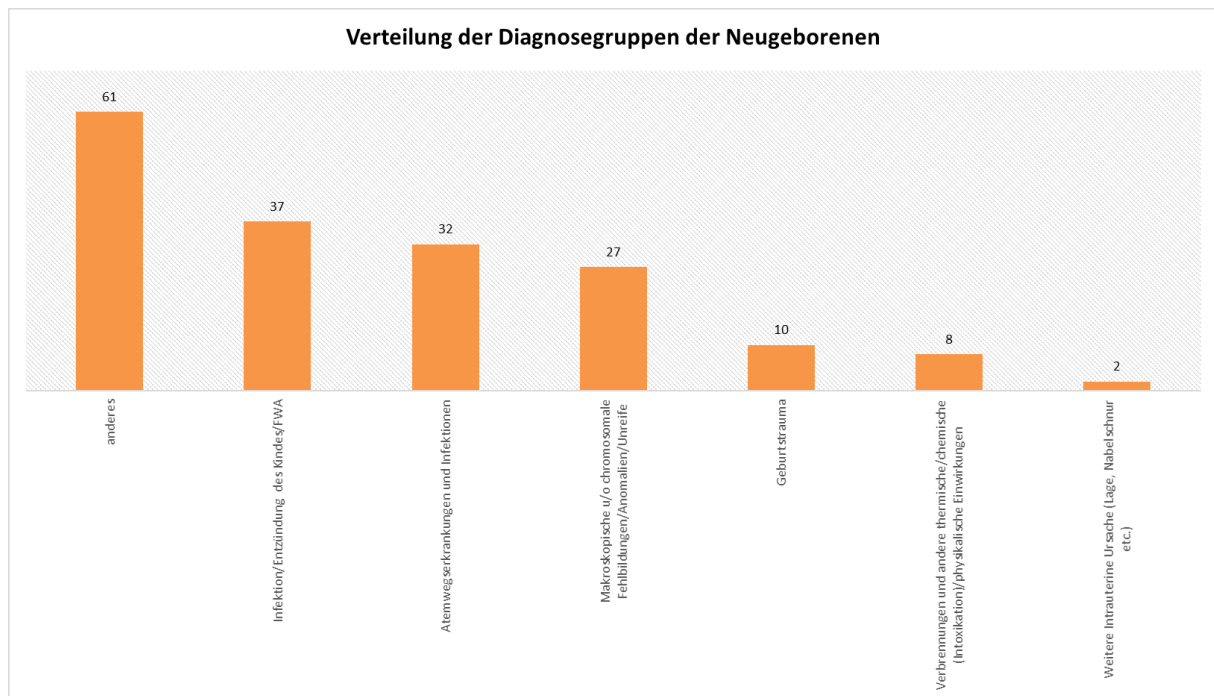


Grafik 51 - Prozentuale Verteilung der Obduktionen der Föten und Totgeborenen

Mit 13% und somit 47 Kindern sind die meisten Obduktionen im September zu beobachten. Auch im prozentual zweistelligen Bereich sind die Todesfälle im Monat Mai mit elf Prozent und daher 38 Kindern. Während die Monate Januar und Dezember je neun Prozent der Neugeborenen und Totgeborenen umfassen, sind im Oktober sowie November je acht Prozent der Obduktionen. Somit sind die Obduktionen während der Wintermonate sehr ähnlich verteilt. Die restlichen sechs Monate besitzen je einen Anteil von sieben Prozent mit Eintragungen zwischen 26 und 23 Kinderobduktionen.

3.7.2. Neugeborene

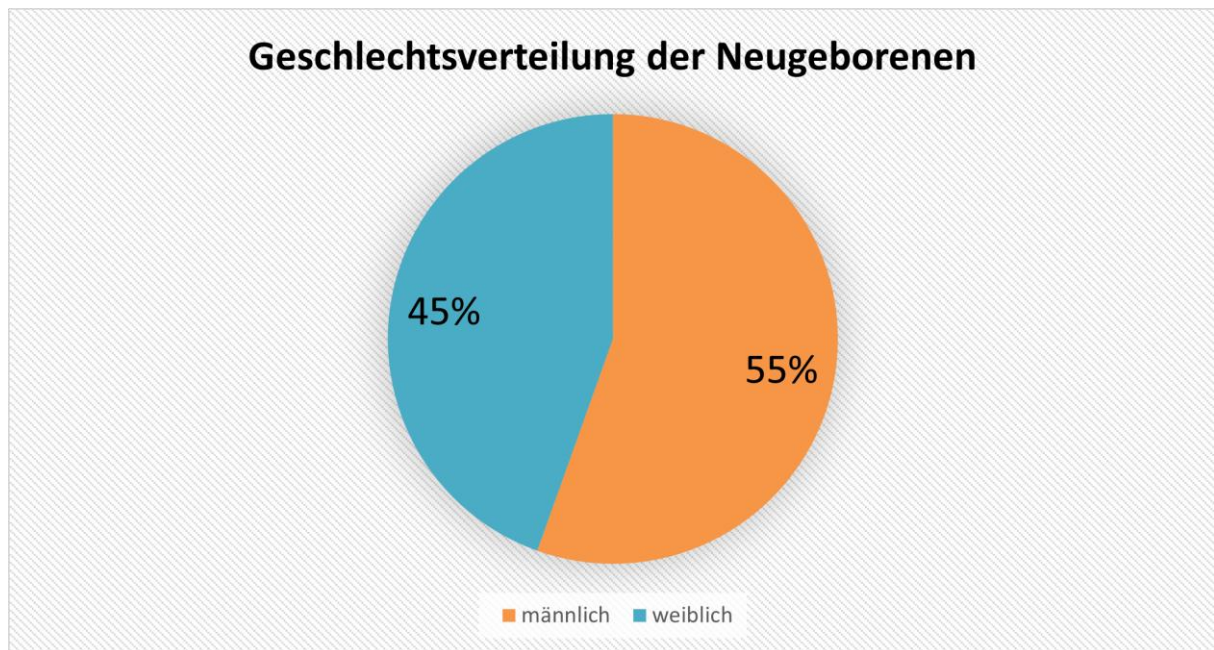
Im Folgenden wird das Alterskollektiv der Neugeborenen, also Kindern die zwischen einem und sieben Tage alt sind, näher betrachtet.



Grafik 52 - Verteilung der Diagnosegruppen der Neugeborenen¹⁴³

In der Gruppe der Neugeborenen ist die Diagnosegruppe „andere“ mit 61 Obduktionen am prominentesten. Am zweithäufigsten wurde bei den Neugeborenen die Diagnose einer Infektion oder Entzündung gestellt. Knapp 30 Obduktionen weniger als die stärkste Gruppe weist die Diagnose Atemwegserkrankungen mit 32 Neugeborenen vor. Ähnlich viele Kinder bekamen die Diagnose einer Fehlbildung oder Anomalie. Bei 18 Neugeborenen wurde während der Obduktion ein Geburtstrauma oder eine Verbrennung oder andere äußerliche Todesursache diagnostiziert. Lediglich zwei Neugeborene sind aufgrund einer „weiteren intrauterinen Ursache“ verstorben.

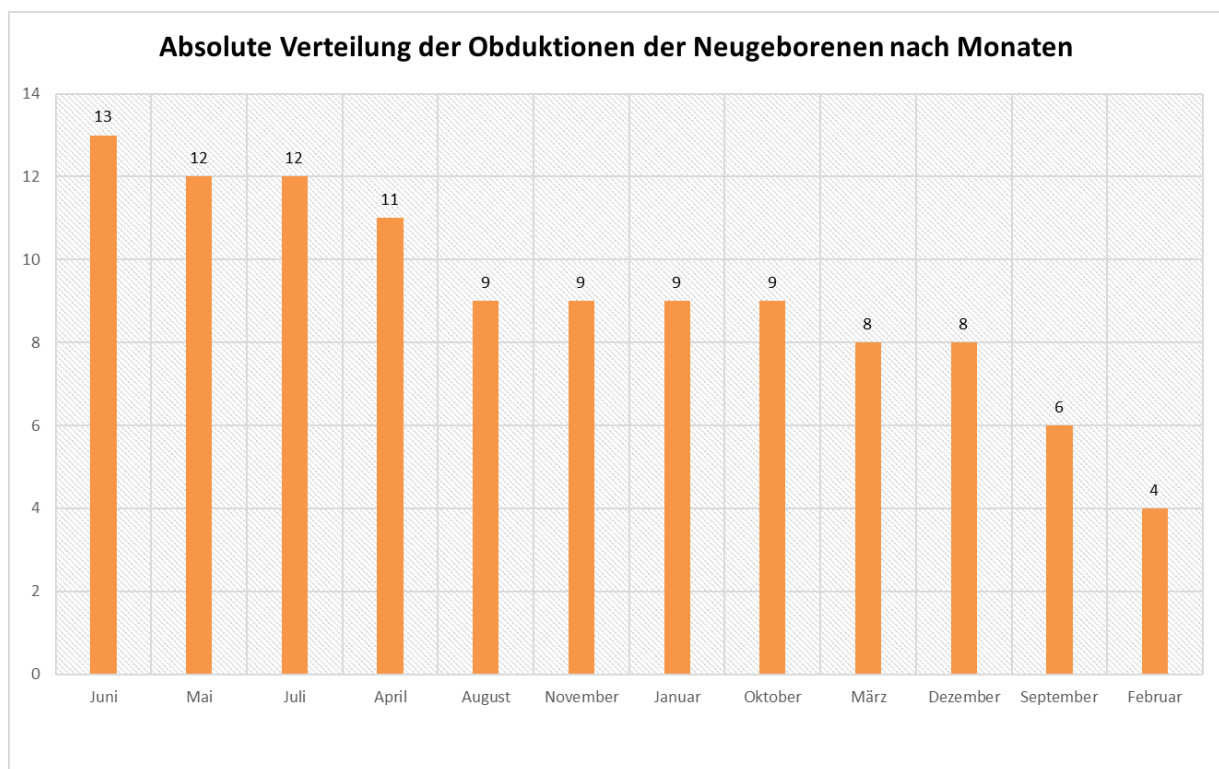
¹⁴³ Die Diagnosegruppen „HerzKreislaufversagen“, „Dyspepsien“, „Mazeration“, „Erstickung“ sowie „Neoplasien und Karzinome“ sind nicht aufgeführt, da sie keine Einträge verzeichnen.



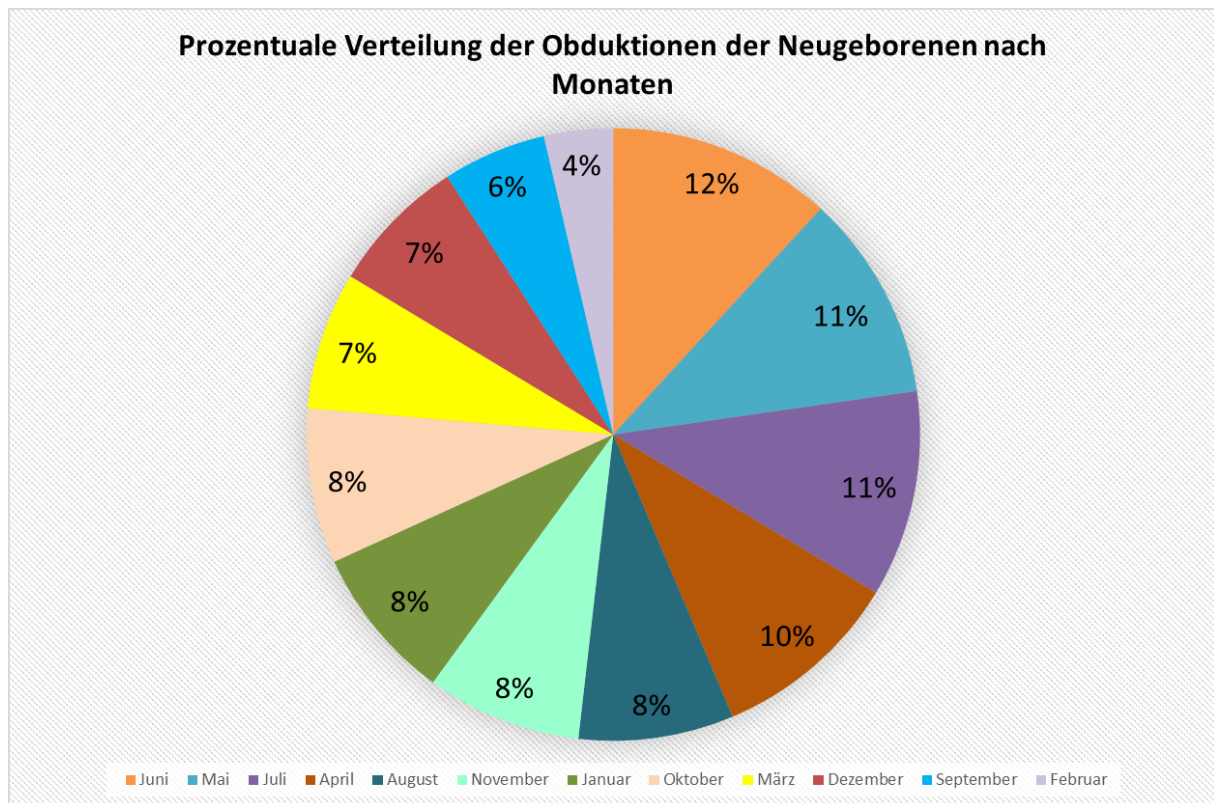
Grafik 53 - Geschlechtsverteilung der Neugeborenen

Die Geschlechtsverteilung der Gruppe der Neugeborenen zeigt, dass nur 45% weiblichen Geschlechts sind, wohingegen 55% männlich sind.

Nachfolgend ist sowohl die absolute als auch relative Verteilung der Obduktionen der Alterskohorte der Neugeborenen nach Monaten aufgeführt.



Grafik 54 - Absolute Verteilung der Obduktionen der Neugeborenen nach Monaten

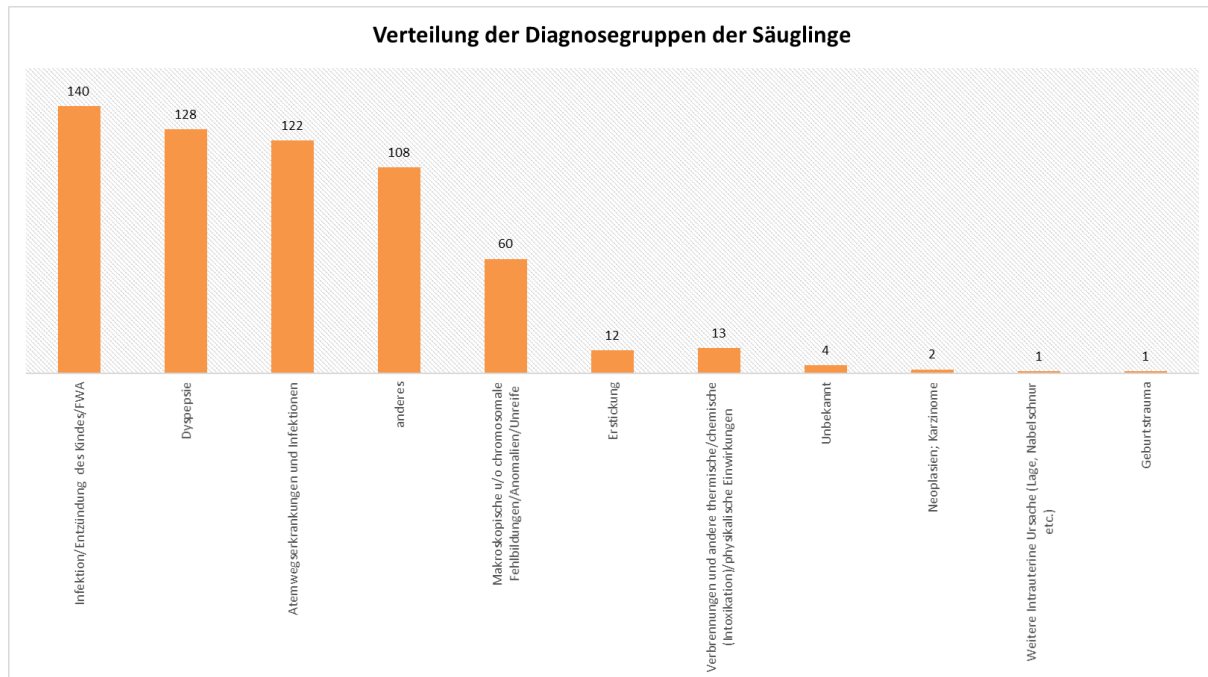


Grafik 55 - Prozentuale Verteilung der Obduktionen der Neugeborenen nach Monaten

Die Monate April bis Juli verzeichnen in der Altersgruppe der Neugeborenen mit zwölf bis zehn Prozent der Obduktionen je Monat den höchsten Anteil. Während die Monate Januar, August, Oktober sowie November je neun Obduktionen umfassen, sind es bei den Monaten März und Dezember eine Obduktion weniger. Diese sechs Monate machen demnach je acht bis sieben Prozent an den Obduktionen der Neugeborenen aus. Vergleichsweise wenig Obduktionen weisen die Monate September mit lediglich sechs Obduktionen und Februar mit nur vier auf.

3.7.3. Säuglinge

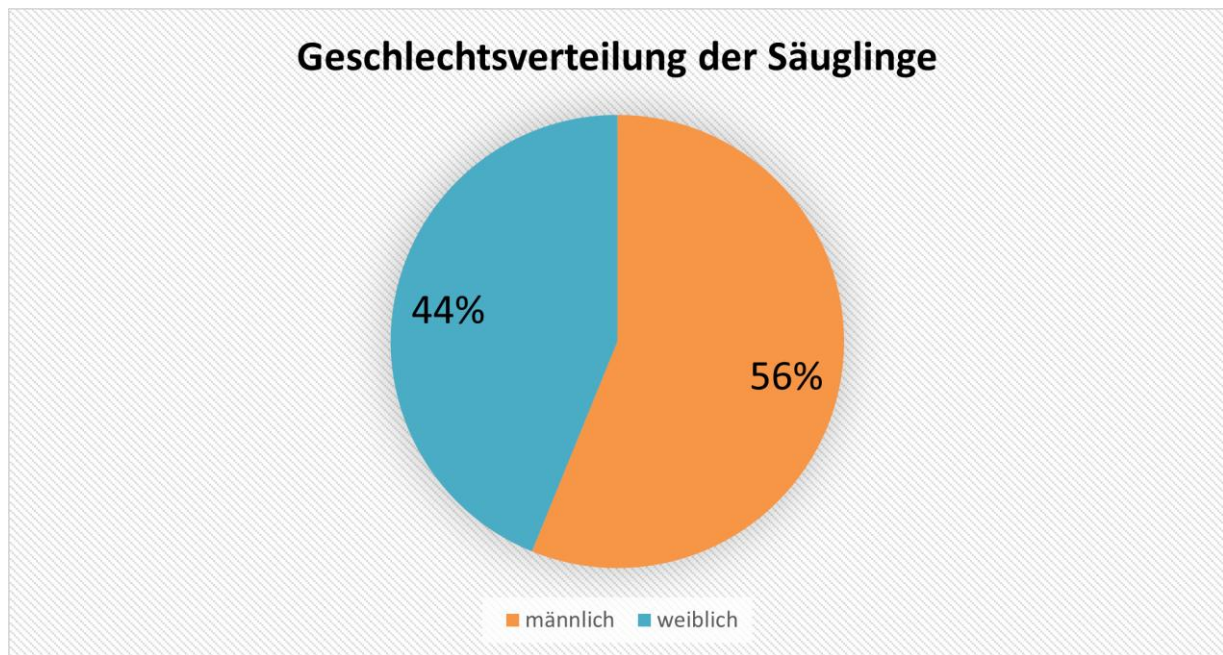
Dieser Abschnitt widmet sich der vorletzten Altersgruppe, den Säuglingen. Im Folgenden wird auf die Verteilung der Diagnosegruppen, der Geschlechter sowie der Obduktionen im Jahresverlauf näher eingegangen.



Grafik 56 - Verteilung der Diagnosegruppen der Säuglinge¹⁴⁴

Das Balkendiagramm zeigt die Verteilung der Diagnosegruppen der Säuglinge. Beachtlich im Vergleich zu den übrigen Diagrammen, die die Verteilung der Diagnosegruppen auf die einzelnen Obduktionen darstellen, ist, dass nicht die Diagnose „andere“ am häufigsten gestellt ist, sondern die Diagnosen „Infektionen und Entzündungen des Kindes“ mit 140, „Dyspepsie“ mit 128 sowie „Atemwegserkrankungen und Infektionen“ mit 122 der Obduktionen. Dem schließt sich die sonst häufigste Diagnose „andere“ mit 108 Kindern an. Mit großem Abstand und mehr als um die Hälfte weniger Todesfällen folgt die Diagnose einer Fehlbildung oder Anomalie. Deutlicher weniger häufig werden die Diagnosen „Erstickung“ sowie Verbrennungen oder andere äußerliche Einwirkungen mit Obduktionen im knapp zweistelligen Bereich gestellt. In weniger als zehn Todesfällen wird entweder die Diagnose einer Neoplasie oder Karzinoms, anderen intrauterinen Ursache, eines Geburtstraumas beobachtet oder bleibt gänzlich unbekannt.

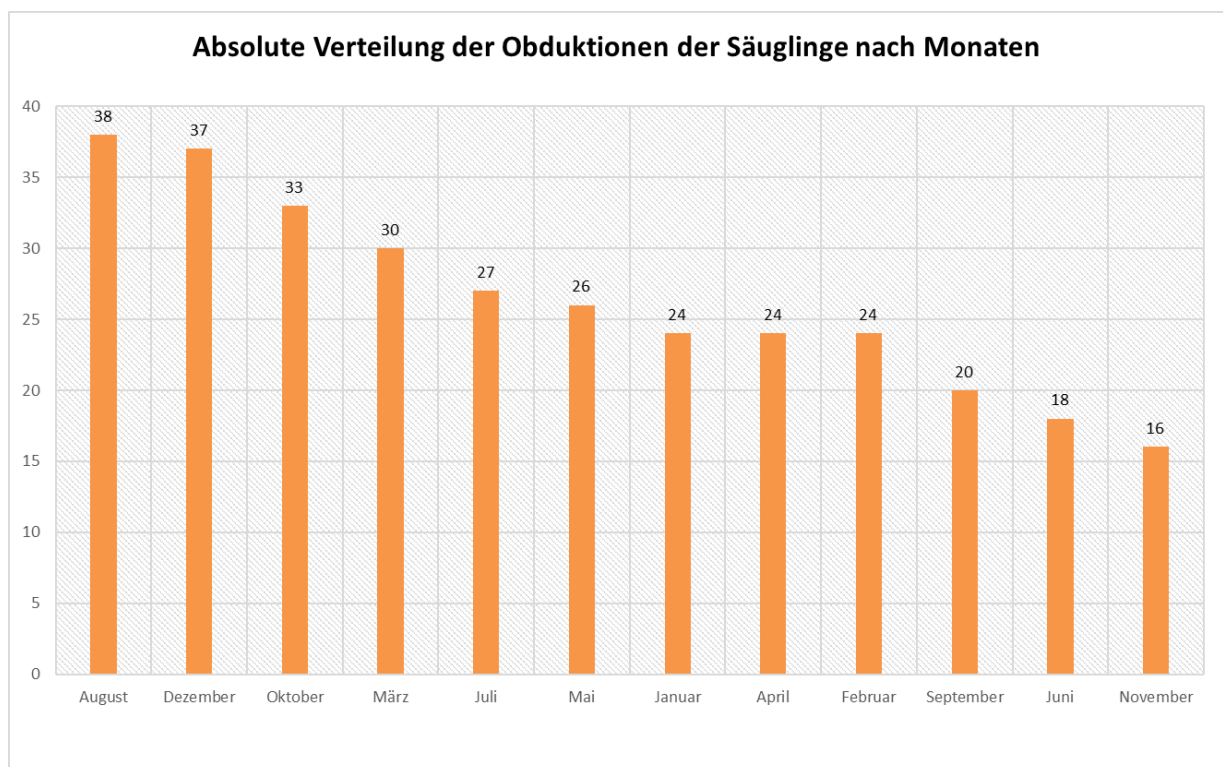
¹⁴⁴ Die Diagnosegruppen „HerzKreislaufversagen“ sowie „Mazeration“ sind nicht aufgeführt, da beide keine Einträge verzeichnen.



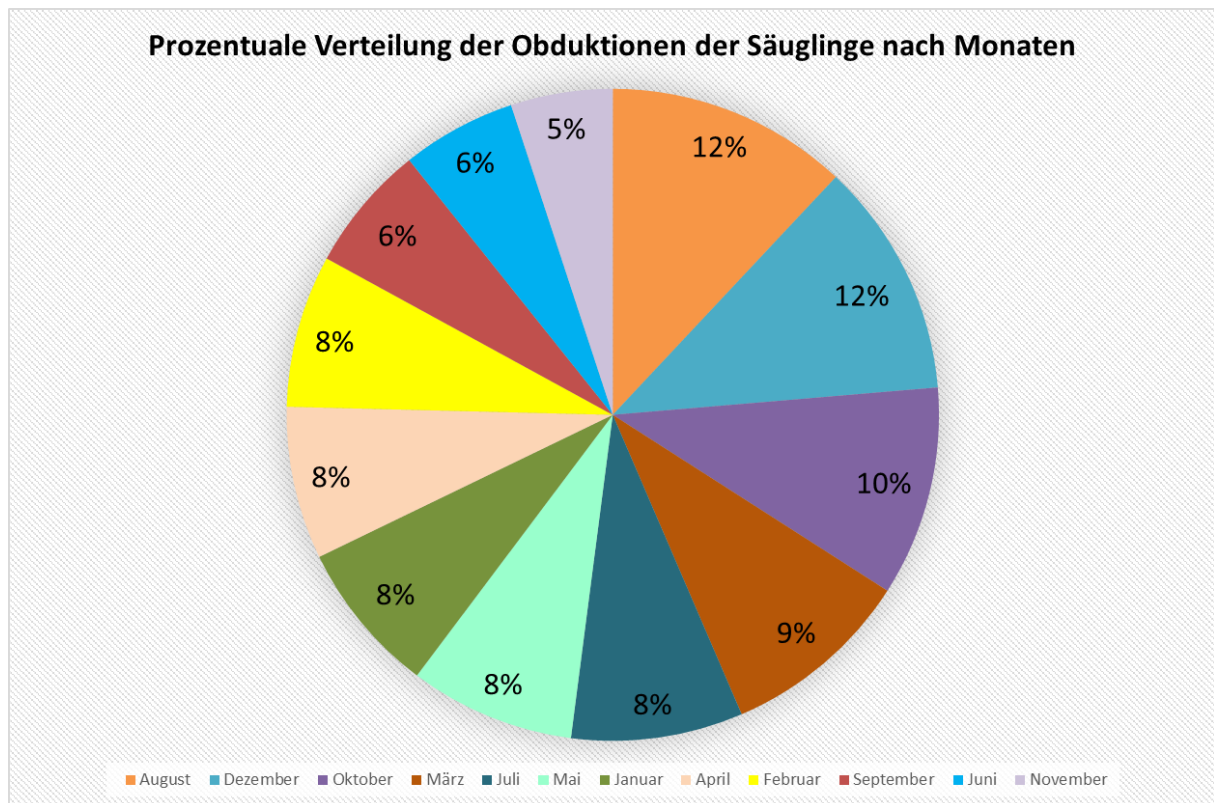
Grafik 57 - Geschlechtsverteilung der Säuglinge

Auch die Geschlechtsverteilung der Säuglinge setzt den Trend mit einer Häufung der Jungen mit 56% der Obduktionen fort.

Die beiden nächsten Diagramme zeigen als Balken- und Kreisdiagramm die absolute beziehungsweise prozentuale Verteilung der Obduktionen nach Monaten.



Grafik 58 - Absolute Verteilung der Obduktionen der Säuglinge nach Monaten

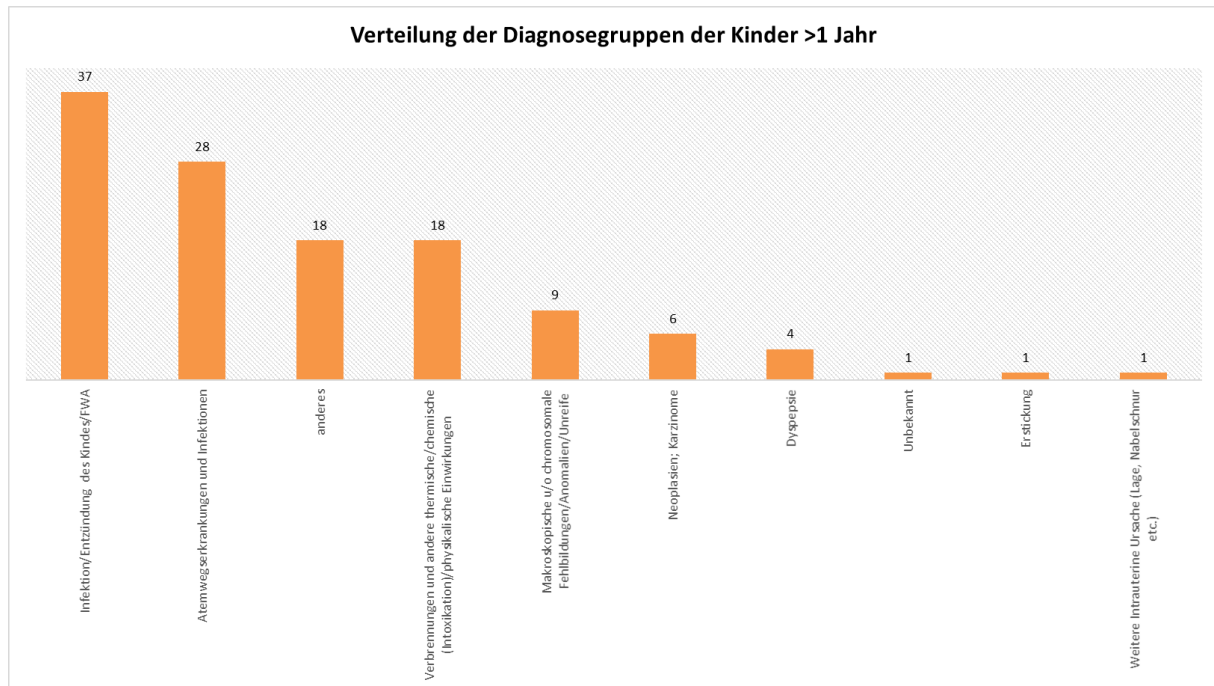


Grafik 59 - Prozentuale Verteilung der Obduktionen der Säuglinge nach Monaten

Die meisten Obduktionen in der Altersgruppe der Säuglinge werden im Sommermonat August mit zwölf Prozent der Obduktionen und somit 38 Kindern sowie im Wintermonat Dezember ebenfalls mit zwölf Prozent und 37 Einträgen verzeichnet. Der Oktober folgt mit zehn Prozent der Obduktionen bei 33 Patient*innen sowie der Monat März mit 30 Patient*innen und neun Prozent. Die Winter- und Frühlingsmonate Januar, Februar, April, Mai sowie der Sommermonat Juli stellen je acht Prozent der Diagnosen mit Todesfällen zwischen je 27 und 24 Obduktionen. Lediglich sechs bis fünf Prozent der Obduktionen finden im Juni, September oder November statt.

3.7.4. Kinder über einem Jahr

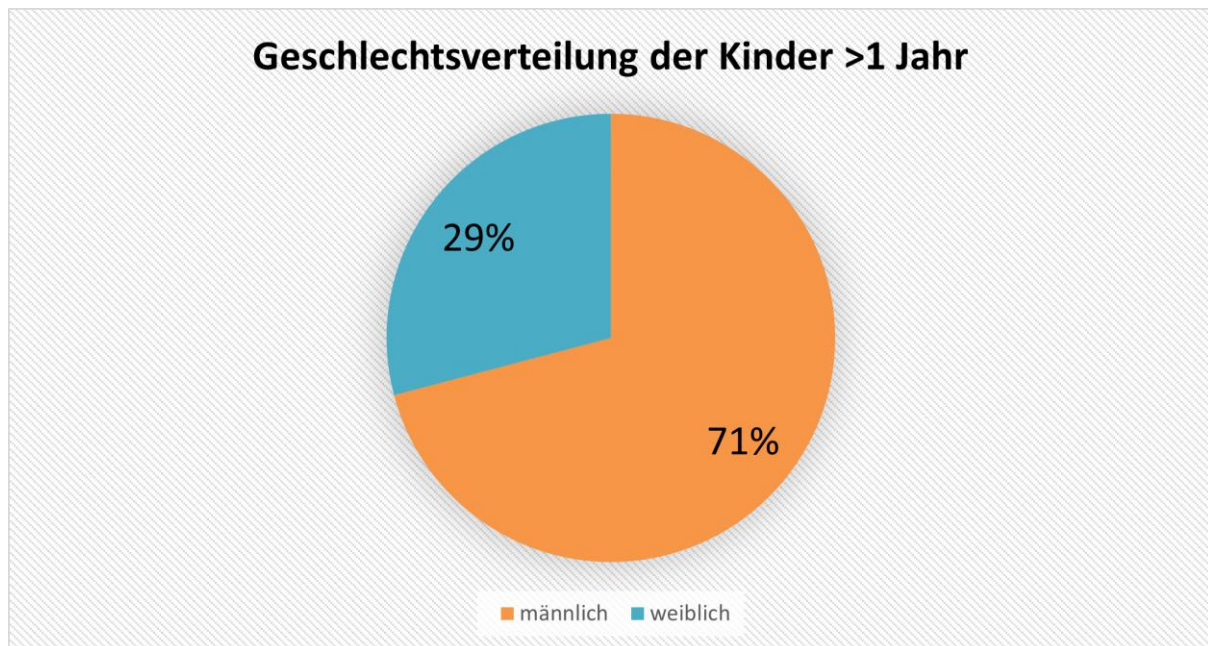
Zuletzt wird die Kohorte der Kinder über einem Jahr beleuchtet. Auch diese wird hinsichtlich Verteilung der Diagnosegruppen, Geschlechter sowie monatspezifischer Obduktionen genau untersucht.



Grafik 60 - Verteilung der Diagnosegruppen der Kinder > 1 Jahr¹⁴⁵

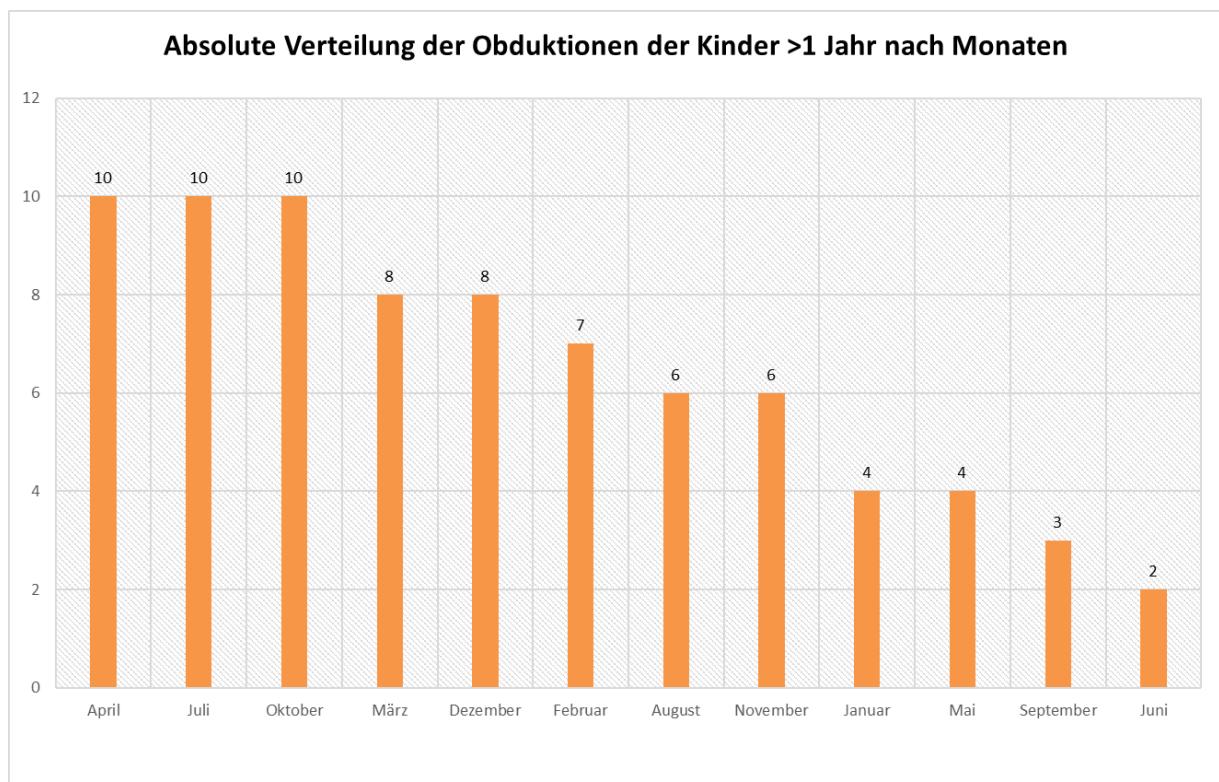
Auch in diesem Diagramm über die Verteilung der Diagnosegruppen der Kinder über einem Jahr wird der besondere Fall mit der Diagnose „andere“ als nicht häufigste Gruppe wie im Diagramm „Verteilung der Diagnosegruppen der Säuglinge“ im vorherigen Abschnitt „Säuglinge“ abgebildet. Sowohl die Diagnose einer Infektion oder Entzündung mit 37 Obduktionen als auch einer Atemwegserkrankung mit 28 Todesfällen wird häufiger diagnostiziert als die die sonst häufigste Diagnose „andere“ 18 Kinder betreffend. Bei weiteren 18 Kindern wird die Diagnose einer Verbrennung oder anderen äußerlichen Einwirkung gestellt. Weniger als je zehn Kinder erhalten die Diagnose einer Fehlbildung und Anomalie oder einer Neoplasie sowie eines Karzinoms. Lediglich weniger als insgesamt zehn Kinder erhalten entweder die Diagnose einer Dyspepsie, Erstickung, weiteren intrauterinen Ursache oder die Todesursache wird nicht festgestellt.

¹⁴⁵ Die Diagnosegruppen „HerzKreislaufversagen“, „Mazeration“ sowie „Geburtstrauma“ sind nicht aufgeführt, da sie keine Einträge verzeichnen.

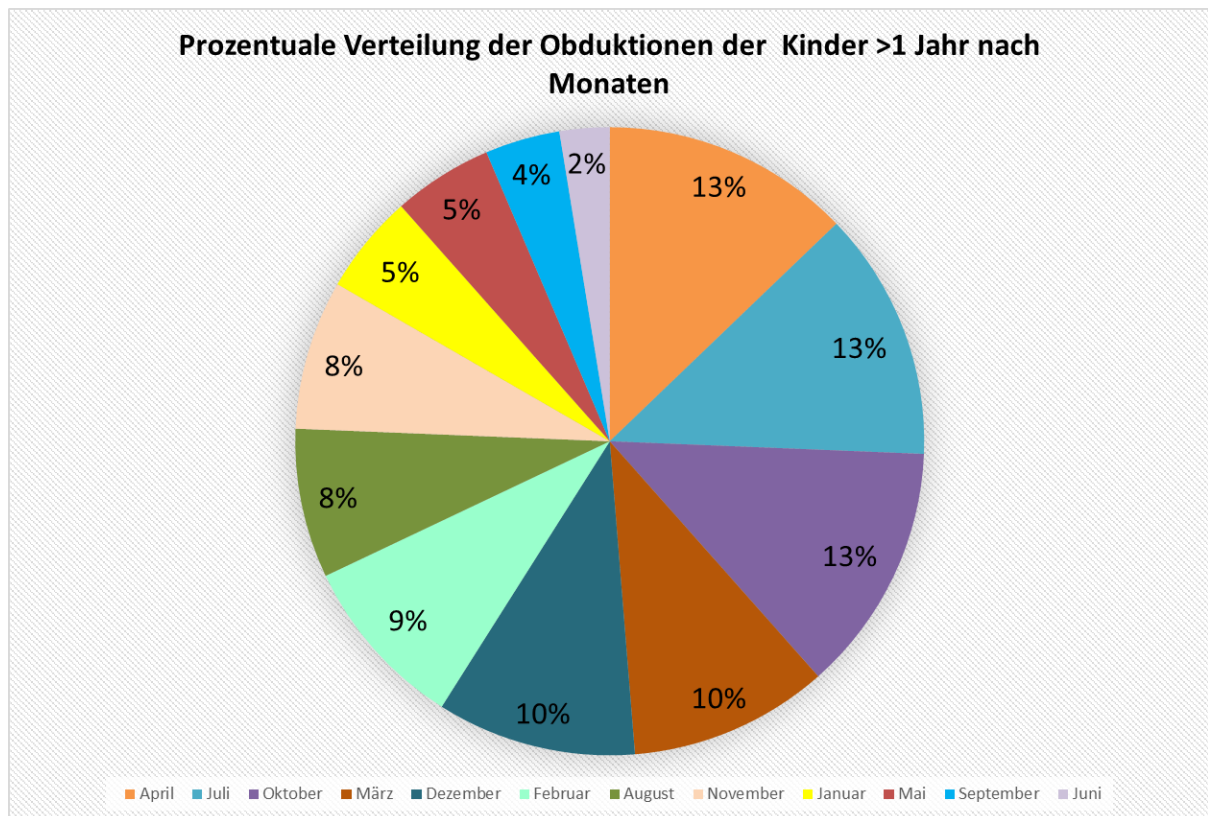


Grafik 61 - Geschlechtsverteilung der Kinder > 1 Jahr

Im vorliegenden Kreisdiagramm wird die Dominanz der Obduktionen an männlichen Kindern verstärkt deutlich. Bei fast dreiviertel der verstorbenen Kinder handelt es sich um Jungen.



Grafik 62 - Absolute Verteilung der Obduktionen der Kinder > 1 Jahr nach Monaten



Grafik 63 - Prozentuale Verteilung der Obduktionen der Kinder > 1 Jahr nach Monaten

Jeweils 10 Obduktionen mit einem Anteil von je 13% an der Gesamtzahl der Todesfälle der Kinder über einem Jahr finden in den Monaten April, Juli oder Oktober statt. Weitere 20% der Gesamtabduktionen in dieser Altersgruppe sind in den Monaten März und Dezember zu beobachten. Je acht Prozent der Obduktionen werden in den Monaten August sowie November verzeichnet und je fünf Prozent mit je vier Obduktionen in den Monaten Januar oder Mai. Die restlichen sechs Prozent verteilen sich auf die Monate September und Juni.

4. DISKUSSION

4.1. Vergleich der Demografie des Einzugsgebietes Magdeburg im Jahre 1959 und 2021

Um die im Kapitel *Ergebnisse* dargestellten Daten verstehen und analysieren zu können sowie den Interpretationen in den nachfolgenden Unterkapiteln zu folgen, ist es notwendig diese Daten historisch bezüglich der Demografie im Einzugsgebiet Magdeburg des Jahres 1959 einzubetten. Des Weiteren soll der Vergleich mit der aktuellen demografischen Situation Magdeburgs zum weiteren Verständnis der Größenordnungen der demografischen Zahlen beitragen. Hierzu werden im Folgenden die Einwohnerzahl, die Geburten sowie Sterbefälle und die kindliche Bevölkerungsstruktur Magdeburgs sowohl des Jahrgangs 1959 (vgl. Tab. 8 - Tab. 10) als auch 2021 (vgl. Tab. 11 - Tab. 13) vorgestellt. Zusätzlich sind die Aborte, sowohl spontan als auch induziert, des Jahres 2021 (vgl. Tab. 12) aufgeführt.

Wie in Tabelle 8 erkenntlich betrug im Jahre 1959 die Einwohnerzahl im Einzugsgebiet Magdeburg insgesamt 260.618 und setzte sich aus 117.482 (45%) Männern sowie 143.136 (55%) Frauen zusammen. Somit gab es bei einem Männeranteil von 45% einen Frauenüberschuss von 25.654 (10%).

	Insgesamt	Männlich	Weiblich	Bevölkerungsdichte/km ²
Einwohnerzahl	260.618	117.482 (45%)	143.136 (55%)	1.603

Tab. 8 - Einwohnerzahl Magdeburgs im Jahre 1959¹⁴⁶

In diesem Jahr gab es 3.870 Geburten (vgl. Tab. 9). Bei 3.811 Geburten mit einem Anteil von 98% handelte es sich um Lebendgeburten und die übrigen 59 und somit zwei Prozent wurden als Totgeburten klassifiziert (vgl. Tab. 9). Demgegenüber beträgt die Anzahl der Totgeburten und Föten im Alter von unter einem Tag im Registrierbuch 352 (vgl. Grafik 1) und liegt somit weitaus höher. Dies ist darin zu begründen, dass einerseits Aborte und Todesfälle in den ersten 24 Lebensstunden und ein größeres Einzugsgebiet (vgl. Tab. 6) in dem Registrierbuch inkludiert sind.

Als Lebendgeborene wurden vor dem 3.10.1990 „Geborene, bei denen nach vollständigem Verlassen des Mutterleibes, unabhängig von der Durchtrennung der Nabelschnur oder von der

¹⁴⁶ Staatliche Zentralverwaltung für Statistik Kreisstelle Magdeburg-Stadt. Statistisches Taschenbuch Kreis Magdeburg-Stadt 1959. Magdeburg (1960), S.5.

Ausstoßung der Plazenta, Herztätigkeit und Lungenatmung vorhanden sind“¹⁴⁷ gezählt, wohingegen als Totgeburten „Geborene, bei denen nach vollständigem Verlassen des Mutterleibes, unabhängig vom Durchtrennen der Nabelschnur oder von der Ausstoßung der Plazenta, von den Lebenszeichen Herztätigkeit und Lungenatmung beide nicht oder nur eines vorhanden ist (sind), das Geburtsgewicht mindestens 1.000 g beträgt“¹⁴⁸ bezeichnet worden sind.

Die Säuglingssterblichkeit, d.h. Säuglinge, welche im Alter von jünger als einem Jahr verstorben sind, betrug insgesamt 163 und betraf mit 82 Säuglingen zur Hälfte Jungen und zur anderen Hälfte mit 81 Sterbefällen Mädchen (vgl. Tab. 9). Vergleichsweise beträgt die Säuglingssterblichkeit im Registrierbuch 317 (vgl. Grafik 1) und liegt wie die Totgeburten deutlich höher. Auch hierbei spielt das größere und daher inkongruente Einzugsgebiet eine bedeutende Rolle. Magdeburg verzeichnete im Jahr 1959 insgesamt 3.873 Sterbefälle, welche sich zu 49% und demnach 1.906 Männern sowie zu 51% und 1.967 Frauen zusammensetzte (vgl. Tab. 9).

	Geburten	Lebend- geburten	Totgeburten	Sterbefälle	Säuglings- sterblichkeit (Alter < 1 Jahr)
Insgesamt	3.870	3.811 (98%)	59 (2%)	3.873	163
Männlich	2.003 (%)	1.965 (98%)	38 (64%)	1.906 (49%)	82 (50%)
Weiblich	1.867 (%)	1.846 (99%)	21 (36%)	1.967 (51%)	81 (50%)

Tab. 9 - Geburten und Sterbefälle in Magdeburg im Jahre 1959¹⁴⁹

Als nächstes wird die minderjährige Bevölkerungsstruktur Magdeburgs, d.h. die Bevölkerung die im Jahr 1959 maximal bis zu 17 Jahre alt war, in Ein-Jahresabständen tabellarisch vorgestellt. Im Jahr 1959 gab es insgesamt 54.134 Minderjährige von denen 51%, d.h. 27.619, Jungen und 49%, d.h. 26.515, Mädchen waren (vgl. Tab. 10). Bei vergleichbar gleicher Geschlechtsverteilung gab es insgesamt 3.728 Säuglinge im Alter von bis zu einem Jahr (vgl.

¹⁴⁷ Landeshauptstadt Magdeburg Amt für Statistik, Wahlen und demografische Stadtentwicklung. Bevölkerung & Demografie 2022 Magdeburger Statistik. Magdeburg (2022), S. 6.

¹⁴⁸ Ebd.

¹⁴⁹ Staatliche Zentralverwaltung für Statistik Kreisstelle Magdeburg-Stadt. Statistisches Taschenbuch Kreis Magdeburg-Stadt 1959. Magdeburg (1960), S.7 und S. 15.

Tab. 10). In Bezug zu der Säuglingssterblichkeit von 163 Kindern bedeutet dies, dass die Säuglingssterblichkeit anteilig 4,2% betrug.

Jahrgang	Alter bis Jahre	Bevölkerung Insgesamt	Männlich	Weiblich
1959	1	3.728	1.928 (52%)	1.800 (48%)
1958	2	3.206	1.688 (53%)	1.518 (47%)
1957	3	3.241	1.685 (52%)	1.556 (48%)
1956	4	3.224	1.634 (51%)	1.590 (49%)
1955	5	3.351	1.672 (50%)	1.679 (50%)
1954	6	3.257	1.630 (50%)	1.627 (50%)
1953	7	3.345	1.734 (52%)	1.611 (48%)
1952	8	3.380	1.676 (50%)	1.704 (50%)
1951	9	3.252	1.659 (51%)	1.593 (49%)
1950	10	3.384	1.759 (52%)	1.625 (48%)
1949	11	2.969	1.472 (50%)	1.497 (50%)
1948	12	2.828	1.440 (51%)	1.388 (49%)
1947	13	2.829	1.438 (51%)	1.391 (49%)
1946	14	2.340	1.215 (52%)	1.125 (48%)
1945	15	2.399	1.169 (49%)	1.230 (51%)
1944	16	3.571	1.820 (51%)	1.751 (49%)
1943	17	3.830	2.000 (52%)	1.830 (48%)
1943-1959	1-17	54.134	27.619 (51%)	26.515 (49%)

Tab. 10 - Bevölkerungsstruktur minderjähriger Bevölkerung Magdeburgs im Jahre 1959¹⁵⁰

¹⁵⁰ Ebd., S. 10 f.

Die Einwohnerzahl Magdeburgs betrug im Jahr 2021 236.188 von denen 116.626 und damit 49% männlich sowie 119.562 und somit 51% weiblich waren (vgl. Tab. 11). Insgesamt ist die Bevölkerung Magdeburgs demnach 2021 im Vergleich zu 1959 um 9,4% bei geringerem, aber erhaltenem, Frauenüberschuss gesunken.

	Insgesamt	Männlich	Weiblich
Einwohnerzahl	236.188	116.626 (49%)	119.562 (51%)

Tab. 11 - Hauptwohnsitzbevölkerung Magdeburgs im Jahre 2021¹⁵¹

Die Geburtenzahl betrug 2021 2.103, die sich aus 2.100 Lebendgeburten und lediglich drei Totgeburten zusammensetzte (vgl. Tab. 12). Während 1959 die Totgeburten noch einen Anteil von zwei Prozent ausmachte, waren es 2021 nur noch 0,1%. Als Lebendgeburt werden heutzutage „Kinder, bei denen nach der Scheidung vom Mutterleib entweder das Herz geschlagen oder die Nabelschnur pulsiert oder die natürliche Lungenatmung eingesetzt hat“¹⁵² bezeichnet. Demgegenüber steht die aktuelle Definition von Totgeburten mit „Kinder(n), bei denen sich keines der oben genannten Lebenszeichen gezeigt hat, deren Geburtsgewicht aber mindestens 500 g betrug“. ¹⁵³ Die Definitionen haben sich zum einen hinsichtlich der Gewichtsuntergrenze sowie des Einbezugs einer pulsierenden Nabelschnur verändert. Zum anderen mussten im Jahr 1959 sowohl Lungen- als auch Herztätigkeit vorhanden sein, wohin gegen aktuell nur eins der drei Kriterien bezüglich Lungen-, Herztätigkeit oder pulsierender Nabelschnur zutreffen muss. Demnach war zwar die Definition einer Lebendgeburt 1959 mit postulierter Lungen- und Herztätigkeit enger gefasst, aber da gleichzeitig eine Totgeburt ein Mindestgewicht von 1kg haben musste, d.h. dem doppelten Gewicht der heutigen Definition, ist auch die Definition einer Totgeburt deutlich enger gefasst, sodass die aufgezeichnete Anzahl der Totgeburten 1959 nach heutiger Gesetzeslage viel höher ausfallen würde. 2021 gab es im Einzugsgebiet Magdeburg zwölf Spontanaborte ab der 16. Schwangerschaftswoche und zehn induzierte Aborte. Vergleichsweise dazu werden Aborte von der Staatlichen Zentralverwaltung für Statistik der Kreisstelle Magdeburg-Stadt nicht thematisiert. Insgesamt gab es 2021 in Magdeburg 3.341 Sterbefälle.¹⁵⁴

¹⁵¹ Landeshauptstadt Magdeburg Amt für Statistik, Wahlen und demografische Stadtentwicklung. Bevölkerung & Demografie 2022 Magdeburger Statistik. Magdeburg (2022), S. 11.

¹⁵² Ebd., S. 6.

¹⁵³ Ebd.

¹⁵⁴ Ebd., S. 16.

	Geburten	Sterbefälle	Lebend- geburten	Tot- geburten	Spontanaborte ab 16.SSW	Induzierte Aborte
Anzahl	2.103	3.341	2.100	3	12	10

Tab. 12 - Geburten, Sterbefälle und Aborte in Magdeburg im Jahre 2021¹⁵⁵

Nachfolgend ist die Bevölkerungsstruktur der minderjährigen Bevölkerung Magdeburgs bis zum Alter von 17 Jahren tabellarisch dargestellt. Entsprechend der im Vergleich zu 1959 niedrigeren Gesamtbevölkerung ist auch die Anzahl der minderjährigen Bevölkerung mit insgesamt 36.061 Minderjährigen deutlich geringer (vgl. Tab. 13). Zusätzlich ist die niedrigere Anzahl durch den demografischen Wandel Deutschlands und der damit verbundenen Alterung der Gesamtbevölkerung zu erklären.

Altersgruppe	0-2 Jahre	3-6 Jahre	7-13 Jahre	14-17 Jahre	0-17 Jahre
Einwohnerzahl	6.129	8.609	14.000	7.323	36.061

Tab. 13 - Bevölkerungsstruktur minderjähriger Bevölkerung Magdeburgs nach Altersgruppen im Jahre 2021¹⁵⁶

Insgesamt sind die demografischen Zahlen wie Einwohnerzahl¹⁵⁷, Geburten- und Sterbefälle, Lebend- und Totgeborene sowie die Größe der minderjährigen Bevölkerung Magdeburgs im Zeitraum von 1959 bis 2021 rückläufig. Als mögliche Ursachen sind der demografische Wandel der Deutschen Bevölkerung sowie eine Abwanderung der Bevölkerung aus den neuen Bundesländern zu betrachten. Die Daten der Staatlichen Zentralverwaltung für Statistik der Kreisstelle Magdeburg-Stadt decken sich nicht mit den Daten des in dieser Arbeit betrachteten Registriertbuches und lassen daher nur einen ungenauen Vergleich zu, da weder das Einzugsgebiet kongruent ist noch die Definitionen der Altersgruppen. Dennoch bilden die aufgeführten demografischen Daten von 1959 und 2021 eine wichtige Grundlage an Informationen um die Kindersterblichkeit 1959 im Raum Magdeburg aus heutiger Sicht verstehen und kritisch interpretieren zu können.

¹⁵⁵ Götz D, Köhn A, Reißmann A, Spillner C, Vogt C. Jahresbericht des Bundeslandes Sachsen-Anhalt zur Häufigkeit von congenitalen Fehlbildungen und Anomalien sowie genetisch bedingten Erkrankungen 2021. Fehlbildungsmonitoring Sachsen-Anhalt an der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg. Magdeburg. (2022), S. 8.

¹⁵⁶ Ebd., S. 15.

¹⁵⁷ Bei erhaltenem Frauenüberschuss.

4.2. Vergleich u. Interpretation d. vier häufigsten Diagnosegruppen u. d. Diagnosegruppe „Andere“

Im nachfolgenden Abschnitt erfolgt der Vergleich und die Interpretation der vier häufigsten Diagnosegruppen der Gesamtabduktionen sowie gesondert der Gruppe „Andere“ unter den Gesichtspunkten der Eindeutigkeit einer Diagnose, des Vorkommens von Nebendiagnosen, der Alters- und Geschlechtsverteilung sowie des Jahresverlaufs mit Bezügen auf die Aussagen sowie Diagramme des Kapitels *Definition und Analyse der vier häufigsten Diagnosegruppen*.

4.2.1. Eindeutige Diagnosen und Nebendiagnosen

Wie im Kapitel *Ergebnisse* bereits dargestellt, wurden die Diagnosen, in absteigender Reihenfolge, aus den Diagnosegruppen „Infektionen und Entzündungen“ (Diagnoseschlüssel 3 und 4), „Atemwegserkrankungen“ (Diagnoseschlüssel 7), „Fehlbildungen und Anomalie“ (Diagnoseschlüssel 2) sowie „Dyspepsie“ (Diagnoseschlüssel 6) im Jahre 1959 in der Pädopathologie Magdeburg am häufigsten gestellt (vgl. Grafik 5). Die Diagnosegruppe „Andere“ (Diagnoseschlüssel 14) tritt bei jeder Diagnosegruppe als häufigste oder zweithäufigste Nebendiagnose auf. Dies liegt darin begründet, dass bis auf wenige Ausnahmen alle Kinder mit mehrfacher Diagnose die zusätzliche Diagnosen Fruchtwasseraspiration (FWA) oder Spontanabort erhalten haben. Diese Erkenntnis deckt sich mit den Beobachtungen der kindlichen Obduktionen Essbachs, die er in seiner Veröffentlichung *Woran sterben die Frühgeburten?* beschrieb. Auch er kam zu dem Ergebnis, dass die FWA neben Dyspepsien und Blutung(szeich)en zu den häufigsten Todesursachen zählen.¹⁵⁸ Genau wie in den hier analysierten Daten des Jahrgangs 1959 beschrieb er die FWA als sehr häufige Nebendiagnose, welche „erst durch ihre Ausdehnung und als Vermittler einer Infektion“¹⁵⁹ lebensbedrohliche Form annehme.¹⁶⁰

Vergleicht man unter den vier häufigsten Diagnosegruppen das Vorkommen von eindeutigen Diagnosen und das Vorkommen der jeweiligen Hauptdiagnose mit weiteren Nebendiagnosen, wird erkenntlich, dass nur sehr wenige Diagnosen von den Obduzenten eindeutig gestellt werden konnten. Von den insgesamt 308 Sterbefällen infolge einer Infektion oder Entzündung sind lediglich 20%, d.h. 62 der Obduktionen, eindeutig diagnostiziert (vgl. Grafik 30). Auffällig ist dabei, dass auch in den drei anderen der häufigsten Diagnosegruppen die eindeutigen

¹⁵⁸ Essbach, H, Peiper, A. *Woran sterben die Frühgeburten?*. In: Zeitschrift für Kinderheilkunde, Bd.73 (1953), S.189.

¹⁵⁹ Ebd., S.196.

¹⁶⁰ Ebd.

Diagnosen ein ähnliches Aufkommen zeigen. Während es in der zweithäufigsten Gruppe „Atemwegserkrankungen“ mit 53 eindeutigen Diagnosen von insgesamt 263 Obduktionen auch 20% sind (vgl. Grafik 12), sind in der dritthäufigsten Gruppe „Fehlbildungen und Anomalien“ mit 35 eindeutigen von insgesamt 160 und somit einem Anteil von 22% geringfügig mehr (vgl. Grafik 24) und in der vierthäufigsten mit einem Anteil von 19% bei 27 von insgesamt 140 Obduktionen geringfügig weniger (vgl. Grafik 18). Auf diese Problematik war auch Essbach während seiner Forschung über die Sterblichkeit von Kindern gestoßen. „In der Regel wird der Tod gar nicht durch einen bestimmten Schaden herbeigeführt, vielmehr treten meist mehrere klinisch oder pathologisch-anatomisch feststellbare Störungen zusammen, die in gegenseitiger Abhängigkeit voneinander stehen.“¹⁶¹, fasste er seine Erkenntnisse zusammen und ergänzte sie des Weiteren bei Vorliegen von mehreren Befunden und Diagnosen bezüglich einer einzelnen Obduktion um die Frage „Wer möchte sagen, in welchem Verhältnis zueinander die einzelnen Schäden an dem Eintritt des Todes beteiligt waren?“¹⁶². Daraus lässt sich schließen, dass 1959 unter Essbachs Leitung nicht die Stellung einer eindeutigen einzelnen Diagnosestellung zur Todesursache das primäre Ziel der pädiatrischen Obduktionen war, wie es sich vermutlich die Familien und Angehörigen zum einfacheren Verständnis und als Hilfe zur Verarbeitung dieses Verlustes gewünscht hätten, sondern die Beleuchtung aller zum Tode führenden Aspekte sowie das Zusammentragen aller wichtigen Befunde. Diese Vermutung wird auch dadurch bestätigt, dass er schon im Vorwort seines Buches *Paidopathologie: Kyematopathien Neogonopathien Thelamonopathien* von Krankheitskomplexen schreibt statt von systematischen Organopathien und die Kapitel auch nach diesen Komplexen gliederte.¹⁶³ Gleichzeitig bemängelte er in einer anderen Veröffentlichung, dass bei Kindersektionen Störungen und Befunde „bei ungenügender Sachkenntnis leicht übersehen“¹⁶⁴ werden würden und daraus folglich keine vollständig richtige Diagnose gestellt werden könne.¹⁶⁵ Daher lässt sich zusammenfassend sagen, dass sich der prozentuale Wert der eindeutigen Diagnosen um die 20% bewegt und diese Beobachtung sich tendenziell mit denen oben genannten Aussagen Essbachs decken.

Eine weitere Gemeinsamkeit dieser vier häufigsten Diagnosegruppen ist das Auftreten der Diagnosegruppe „Andere“ als häufigste Nebendiagnose. Mit Ausnahme der Gruppe der „Atemwegserkrankungen“, in der diese mit 79 Todesfällen und damit 30% nur als

¹⁶¹ Ebd., S.209.

¹⁶² Ebd.

¹⁶³ Essbach H. *Paidopathologie: Kyematopathien Neogonopathien Thelamonopathien*. Vorwort. Leipzig: Georg Thieme (1961).

¹⁶⁴ Essbach, H, Peiper, A. (1953), S. 188.

¹⁶⁵ Ebd.

zweithäufigste Nebendiagnose erscheint (vgl. Grafik 12) und die Gruppe der „Infektionen oder Entzündungen“ mit 100 Todesfällen und 38% am häufigsten (vgl. Grafik 30). Prozentual am häufigsten kommt die Nebendiagnose „Andere“ in der Diagnosegruppe „Dyspepsie“ vor. Hier hat sie einen Höchstanteil von 40% bei insgesamt 55 von 140 Sterbefällen (vgl. Grafik 18). In der häufigsten Diagnosegruppe „Infektionen oder Entzündungen“ sind es hingegen mit 36% und 110 von 308 Obduktionen vier Prozentpunkte weniger (vgl. Grafik 30). Auch die Gruppe der „Fehlbildungen und Anomalien“ weist wie die Gruppe der „Atemwegserkrankungen“ einen relativen Anteil von 30% bei einem absoluten Anteil von 48 Obduktionen der insgesamt 160 Sterbefälle auf (vgl. Grafik 24). Zusammenfassend kommt die Nebendiagnose „Andere“ bei einem Mindestanteil von 30% und Maximalanteil von 40% vor, d.h. mindestens ein Drittel der Obduktionen im Jahre 1959 ließen auf eine Todesursache im Zusammenspiel mit Spontanabort oder Fruchtwasseraspiration schließen. Auch diese Feststellung unterstreicht nochmals die von Essbach gemachte und oben beschriebene Beobachtung hinsichtlich FWA und ihrer Bedeutung als Nebendiagnose.

Wesentlich ist auch die zweithäufigste Nebendiagnose innerhalb dieser vier Gruppen bzw. die häufigste innerhalb der „Atemwegserkrankung“. Abgesehen von der größten Diagnosegruppe „Infektion oder Entzündungen“ tritt eben diese Gruppe als eine der drei häufigsten Nebendiagnosen mit relativen Werten zwischen 26% und 38% auf (vgl. Grafik 12, 18, 24). Bei den Todesfällen mit der Hauptdiagnose einer „Atemwegserkrankung“ tritt die Diagnosegruppe „Infektionen oder Entzündungen“ mit 100 Todesfällen und 38%, wie bereits im vorherigen Abschnitt beschrieben, am häufigsten auf (vgl. Grafik 12). Hierbei ist zu hinterfragen, ob diese Kinder zusätzlich zu der bereits bestehenden Atemwegserkrankung, welche in der Datensammlung am häufigsten ihren Ursprung in einer Infektion im Rahmen einer Pneumonie oder Bronchitis haben, tatsächlich eine weitere Infektion oder Entzündung haben, die auf ein anderes Keimspektrum der Hauptdiagnose zurückzuführen ist oder, ob der gleiche Erreger unterschiedliche Organsysteme befallen hat. Zu der Fragestellung nach dem Erreger sowie der Erregerausbreitung werden in keinem der Einträge Informationen geliefert. Daraus lässt sich schließen, dass bei Obduktionen zu dieser Zeit eine mikrobiologische Diagnostik zur Klärung der Todesursache in der Pädopathologie Magdeburg eine untergeordnete bis keine Rolle gespielt hat oder diese Untersuchungsergebnisse nicht im Buch schriftlich festgehalten worden sind. Umgekehrt sind dementsprechend die „Atemwegserkrankungen“ bei einem relativen Anteil von 32% und einen absoluten mit auch 100 Todesfällen bei insgesamt 308 Obduktionen in der Gruppe der Kinder mit der Hauptdiagnose einer „Infektion oder Entzündung“ die zweithäufigste Nebendiagnose (vgl. Grafik 30).

In den Obduktionsfällen mit der Hauptdiagnose „Fehlbildungen und Anomalien“ hingegen treten die Nebendiagnosen „Atemwegserkrankungen“ mit 44 Todesfällen bei einem Anteil von 28% (vgl. Grafik 24) sowie „Infektionen oder Entzündungen“ mit 41 Todesfällen bei einem Anteil von 26% mit ähnlicher Häufigkeit auf (vgl. Grafik 24). Auch in diesem Zusammenhang ist nicht eindeutig, ob diese Kinder eine zweifache Infektionskrankheit hatten oder diese Häufigkeiten auf die uneinheitliche Dokumentation der Todesursache ohne erkennbare Richtlinien des Pathologieinstitutes bei Durchführung einer Obduktion zurückzuführen ist. Die letzte Hauptdiagnose „Dyspepsie“ hat ebenfalls die Gruppe der „Infektionen oder Entzündungen“ als zweitgrößte Nebengruppe mit einer absoluten Häufigkeit von 50 Todesfällen bei insgesamt 140 und somit einer relativen Häufigkeit von 36% (vgl. Grafik 18). Sowohl über Atemwegserkrankungen (ATW) als auch über Dyspepsien erklärte Essbach, dass sie einerseits in Wechselwirkung mit der FWA stünden und andererseits auch in gegenseitiger Wechselwirkung, wie beispielsweise bei einer Nahrungsaspiration, die zu einer Pneumonie führe.¹⁶⁶ Dies erklärt damit auch warum in der Analyse des Jahrganges 1959 sowohl die Diagnosegruppen „Infektionen und Entzündungen“, die nicht zwischen einer ATW wie beispielsweise einer Pneumonie oder einer anderen Infektion unterscheidet, und „Atemwegserkrankungen“ als auch „Andere“ besonders gehäuft auftreten.

Schlussendlich zeigt sich im Vergleich der vier größten Diagnosegruppen hinsichtlich der Eindeutigkeit der Diagnosen sowie der Verteilung der Nebendiagnosen, dass ca. ein Fünftel der Diagnosen eindeutig sind und in den übrigen Todesfällen zusätzlich zur Hauptdiagnose die Nebendiagnosen eines Spontanaborts, einer Fruchtwasseraspiration oder eine Infektion oder Entzündung entweder der Atemwege oder eines anderen Organsystems gestellt worden sind.

4.2.2. Altersgruppen¹⁶⁷

Eine weitere Gemeinsamkeit innerhalb der vier größten Diagnosegruppen sticht bei Betrachtung der Verteilung der Gruppen auf die verschiedenen Altersgruppen Föten und Totgeborene, Neugeborene, Säuglinge sowie Kinder hervor. Während die Altersgruppe „Säuglinge“ in allen vier Diagnosegruppen mit einem relativen Vorkommen zwischen 37% und 92%, d.h. zwischen 60 und 128 Todesfällen, am häufigsten vorkommt¹⁶⁸, kommt die Altersgruppe „Kinder“ mit einer relativen Häufigkeit zwischen 3% und 12%, d.h. zwischen vier

¹⁶⁶ Essbach, H, Peiper, A. (1953), S. 189 und S. 209.

¹⁶⁷ Beim Vergleich der Altersgruppen wurden Patient*innen ohne Altersangabe nicht berücksichtigt. Die Patient*innen wurden jedoch im Kapitel *Ergebnisse* dargestellt.

¹⁶⁸ In der Diagnosegruppe „Fehlbildungen und Anomalien“ gleichhäufig mit der Altersgruppe „Föten und Totgeborene“.

und 37 Todesfällen, mit Ausnahme der Diagnosegruppe „Dyspepsie“¹⁶⁹, in allen Gruppen am seltensten vor (vgl. Grafik 14, 15, 20, 21, 26, 27, 32, 33).¹⁷⁰ Abgesehen von der Diagnosegruppe „Dyspepsie“ ist die von Sterbefällen am zweithöchsten betroffene Altersgruppe die der „Föten und Totgeborenen“ mit relativen Anteilen zwischen 26% und 37%, d.h. zwischen 80 und 60 Obduktionen vor (vgl. Grafik 14, 15, 26, 27, 32, 33). Bei den Obduktionen mit Hauptdiagnose einer Dyspepsie hingegen gibt es einen Sterbefall mit anteilig 1% in dieser Altersgruppe (vgl. Grafik 20, 21). Die Altersgruppe der Neugeborenen weist eine relative Verteilung zwischen 17% und 0%, d.h. zwischen 37 und keinem Sterbefall, auf (vgl. Grafik 14, 15, 20, 21, 26, 27, 32, 33). Somit ist sie insgesamt häufiger als die Gruppe der Kinder, aber seltener als die Gruppe der Säuglinge.

In den drei größten Diagnosegruppen „Infektionen und Entzündungen“, „Atemwegserkrankungen“ sowie „Fehlbildungen und Anomalien“ ergibt sich bezüglich der Anzahl der Obduktionen nach Altersgruppe absteigend folgende Reihenfolge: Säuglinge > Föten und Totgeborene > Neugeborene > Kinder.¹⁷¹ Laut Essbach sei die Sterblichkeit bei Säuglingen besonders hoch, da ihre Symptome bei Erkrankung im Vergleich zu anderen Altersgruppen schwerer zu erkennen seien und diese gleichzeitig im Vergleich zu älteren Kindern anfälliger für Erkrankungen sowie Störungen seien.¹⁷² Zu der zweit- und drittstärkste Gruppen der Föten, Totgeborenen und Neugeborenen schrieb er hingegen „überwiegen Geburtsschäden, Auskühlungen, Atem-, Saug- und Schluckstörungen“ als Todesursache „in der ersten Lebenszeit“. ¹⁷³ Eine Ausnahme von dieser Verteilungsstruktur bildet die Diagnosegruppe „Dyspepsie“, welche zu 92%, d.h. in 128 der insgesamt 140 Obduktionen, von der Altersgruppe „Säuglinge“ gestellt wird und lediglich zu 3%, folglich vier Obduktionen, von der Gruppe „Kinder“ und zu 1% mit einer Obduktion von den „Föten und Totgeborenen“ (Vgl. Grafik 20, 21). Der äußerst hohe Anteil der Altersgruppe der Säuglinge im Zusammenhang mit einer Diagnose der Dyspepsie stimmen mit den Ergebnissen Essbachs Forschung, in welcher er insbesondere bei Säuglingen zu den „häufigsten lebensbedrohende Erscheinungen“ Symptome einer Dyspepsie wie „Erbrechen, Ernährungsstörungen, Zeichen einer Nahrungsaspiration“ zählte.¹⁷⁴ Während eine ausgereifere erworbene Immunkompetenz das

¹⁶⁹ Seltenste Altersgruppe sind in dieser Gruppe die Föten und Totgeborene mit einem Anteil von einem Prozent.

¹⁷⁰ In der Diagnosegruppe „Infektionen und Entzündungen“ gleichhäufig mit der Altersgruppe „Neugeborene“.

¹⁷¹ In der Diagnosegruppe „Infektionen und Entzündungen“ Altersgruppe „Kinder“ gleichhäufig mit der Altersgruppe „Neugeborene“.

¹⁷² Essbach, H, Peiper, A. (1953), S. 188.

¹⁷³ Ebd., S. 190.

¹⁷⁴ Ebd., S. 189.

geringe Auftreten der Altersgruppe Kinder erklärt, muss bei der Gruppe Neugeborene beachtet werden, dass diese aufgrund der Definition ein geringeres Alterskollektiv einschließt und dementsprechend auch insgesamt ein geringeres Aufkommen vorweist.

Demzufolge sind die Altersgruppen der Säuglinge sowie Föten und Totgeborene insgesamt am anfälligsten gewesen, wohingegen die Altersgruppe der Kinder am wenigsten anfällig gewesen ist und die Gruppe der Neugeborenen auch ein geringeres Aufkommen besitzt.

4.2.3. Jahresverlauf

Bei Betrachtung der Häufigkeiten dieser Diagnosegruppen im Jahresverlauf fällt auf, dass alle einen Hochpunkt der Obduktionen im Sommer und Anfang Herbst verzeichnen. Die Diagnosegruppe „Infektionen und Entzündungen“ verzeichnet gesondert noch ein Hoch im Winter. Dies ist damit zu begründen, dass der Winter als Hochsaison der Grippe- und Erkältungsviren gilt.¹⁷⁵ Die Saisonalität von Viren und ihren Erkrankungen wird näher im Kapitel *Analyse/Vergleich und Interpretation der drei häufigsten Monate* erläutert.

Die Diagnosegruppe „Infektionen und Entzündungen“ besitzt sowohl in den Sommermonaten Juli mit zwölf Prozent der Gesamtabduktionen und insgesamt 38 Todesfällen (vgl. Grafik 34, 35) sowie August mit neun Prozent bei 29 Obduktionen (vgl. Grafik 34, 35) als auch im Wintermonat Dezember mit ebenfalls neun Prozent der Gesamtabduktionen und insgesamt 31 Patient*innen ein erhöhtes Aufkommen an Obduktionen.

Auch die Gruppe der „Atemwegserkrankungen“ weist eine erhöhte Anzahl an Obduktionen im Juli bis Oktober bei Obduktionsfällen je zwischen 26 und 28 und relativen Anteilen zwischen zehn Prozent und elf Prozent (vgl. Grafik 16, 17).

Die Diagnosen der „Fehlbildungen und Anomalien“ zeigen in den Monaten Mai bis September erhöhte Obduktionszahlen mit einem Peak im Juni bei einem relativen Anteil von 14% und insgesamt 22 Todesfällen (vgl. Grafik 28, 29).

Die Obduktionen mit der Hauptdiagnose „Dyspepsie“ zeigen in den Monaten August mit 14% der Patient*innen und demnach 20 Obduktionen sowie Oktober mit einem relativen Anteil von 12% bei 17 Sterbefällen eine erhöhte Häufigkeit (vgl. Grafik 22, 23).

Während die Häufigkeiten der Diagnosegruppen „Infektionen und Entzündungen“ und „Atemwegserkrankungen“ im Jahresverlauf auf die Saisonalität verschiedener Viren

¹⁷⁵ Pfänder S, Respiratorische Virusinfektionen: Mechanismen der saisonalen Ausbreitung. Deutsches Ärzteblatt: Perspektiven der Infektiologie (2020), S. 10.

zurückzuführen sind (vgl. Abb. 4), korrelieren die Obduktionen der anderen beiden häufigen Diagnosegruppen „Fehlbildungen und Anomalien“ sowie „Dyspepsie“ nicht mit den Jahreszeiten.

Schlussendlich zeigt sich im Vergleich der vier häufigsten Diagnosegruppen bezüglich der Jahresverteilungen der Obduktionen, dass alle Diagnosegruppen ein erhöhtes Vorkommen in den Sommermonaten sowie in den Monaten zu Herbstbeginn vorweisen. Außerdem zeigt die Gruppe der „Infektionen und Entzündungen“ in dem kalten Wintermonat Dezember eine erhöhte Patient*innenzahl auf.

4.2.4. Geschlechtsverteilung

Bei Ansicht der häufigsten Diagnosegruppen bezüglich der Geschlechtsverteilung sticht eine weitere Gemeinsamkeit hervor. In jeder der vier Diagnosegruppen überwiegen die Obduktionen des männlichen Geschlechts mit relativen Häufigkeiten zwischen 57% und 59% gegenüber dem weiblichen mit relativen Häufigkeiten zwischen 41% und 43% (vgl. Grafik 13, 19, 25, 31). Tendenziell kann man von einer 60:40 Verteilung sprechen. Wie die Zahlen unter Kapitel *Vergleich der Demografie des Einzugsgebietes Magdeburg im Jahre 1959 und 2021* lässt sich dieser Überschuss an Obduktionen männlicher Kinder nicht allein durch die Mehrheit von Minderjährigen männlichen Geschlechts erklären, da es im analysierten Jahrgang 1959 nur zwei Prozentpunkte und damit 1.104 mehr Jungen als Mädchen gab (vgl. Tab. 13). In der Diagnosegruppe der „Infektionen und Entzündungen“ sind 59% der Obduktionen dem männlichen Geschlecht zuzuordnen und lediglich 41% dem weiblichen (vgl. Grafik 31). Dies bedeutet, dass 181 der insgesamt 308 Obduktionen Jungen betreffen und 126 Mädchen (vgl. Grafik 30). In der Gruppe der „Atemwegserkrankungen“ sind 150 Jungen und 114 Mädchen von den insgesamt 263 Todesfällen betroffen, dementsprechend 57% Jungen und 43% Mädchen (vgl. Grafik 13). Bei den „Fehlbildungen und Anomalien“ sind 58% der Todesfälle männlichen Geschlechts wohingegen 42% weiblichen sind (vgl. Grafik 25). Dies entspricht in absoluten Zahlen bei einer Gesamtzahl von 160 Todesfällen 93 Jungen und 66 Mädchen (vgl. Grafik 24). Auch in der letzten Diagnosegruppe „Dyspepsie“ lässt sich dieser Trend bei einer Verteilung von 58% Jungen, folglich 80 von 140 Kindern, zu 42% Mädchen, 59 von 140 Kindern, erkennen (vgl. Grafik 19).

Vergleicht man diese Werte mit der Geschlechtsverteilung der Gesamtabduktionen, die sich in 57% Jungen und 43% Mädchen gliedert, lässt sich eine Kongruenz zwischen diesen erkennen (vgl. Grafik 4). Die allgemein höhere männliche Letalität Minderjähriger und fetale Abortrate gegenüber Mädchen ist eine bekannte statistische Beobachtung, die nicht nur auf Deutschland

beschränkt ist, sondern die meisten Länder betrifft,¹⁷⁶ und daher immer noch Forschungsschwerpunkt vieler wissenschaftlicher Arbeiten. Im Gegensatz zur Sterblichkeit im Erwachsenenalter beruhe die kindliche Sterblichkeit überwiegend auf biologische Faktoren statt auf geschlechtsspezifischen Lebensstilunterschieden.¹⁷⁷ Dies erkläre auch, warum vor allem im ersten Lebensjahr, in welchem auch biologische Faktoren dominieren würden, Jungen eine höhere Sterblichkeit aufweisen.¹⁷⁸ Jungen seien aufgrund ihres Chromosomensatzes mit nur einem X-Chromosomen und einem zusätzlich kleineren Y-Chromosomen, welches demzufolge auch ein weniger genetisch relevanter Informationsträger ist, anfälliger für X-chromosomal bedingte Krankheitsbilder.¹⁷⁹ Zusätzlich würden sie bei autosomal-dominanten und –rezessiven Erkrankungen mit schwerwiegenden Fehlbildungen eine höhere intrauterine Mortalität aufweisen.¹⁸⁰ Des Weiteren seien Jungen sowohl anfälliger für Infektionen sowie Faktoren, die mit Frühreife vergesellschaftet sind und die kindliche Entwicklung beeinflussen würden, als auch insgesamt anfälliger für perinatale Erkrankungen.¹⁸¹

Zusammenfassend überwiegt sowohl bei der Betrachtung der einzelnen Diagnosegruppen als auch der Gesamtabduktionen der Anteil des männlichen Geschlechts deutlich gegenüber dem weiblichen Geschlecht.

¹⁷⁶ Drevenstedt G, Crimmins E, Vasunilashorn S, Finch C. The rise and fall of excess male infant mortality. PNAS Vol. 105 no. 13 (2008), S. 5016.

¹⁷⁷ Ebd., S. 5019.

¹⁷⁸ Ebd.

¹⁷⁹ Rudnik-Schöneborn S, Swoboda M, Zschocke J. Genetische Untersuchungen bei wiederholten Spontanaborten: Aktuelle Empfehlungen unter besonderer Berücksichtigung der Präimplantationsdiagnostik. Der Gynäkologe 51, 2018 (2), S. 289.

¹⁸⁰ Ebd.

¹⁸¹ Drevenstedt G, Crimmins E, Vasunilashorn S, Finch C. The rise and fall of excess male infant mortality. PNAS Vol. 105 no. 13 (2008), S. 5019 f.

4.3. Vergleich und Interpretation der drei häufigsten Monate

Das folgende Unterkapitel widmet sich dem Vergleich und der Interpretation der im Kapitel *Definition und Analyse der drei häufigsten Monate* vorgestellten drei häufigsten Monate Mai, August und Dezember (vgl. Grafik 10, 11). Die Obduktionszahlen sind mit je 84 im Mai und August sowie 89 im Dezember ähnlich. Somit sind sowohl Frühling sowie Sommer als auch Winter bei ähnlicher Patient*innenanzahl vertreten und keine Jahreszeit sticht mit besonderer Häufigkeit hervor. Der Fokus liegt hierbei innerhalb jeden Monats auf den häufigsten drei Diagnosegruppen, der Altersstruktur sowie der Geschlechtsverteilung.

4.3.1. Häufige Diagnosegruppen

Zunächst erfolgt der Vergleich der drei häufigsten Diagnosegruppen innerhalb der drei häufigsten Monate.

Im Monat Mai hat die Diagnosegruppe „Andere“ einen relativen Anteil von 37% mit 31 Obduktionen, die Gruppe „Atemwegserkrankungen“ von 27% mit 23 Obduktionen und die Diagnosen der „Infektionen und Entzündungen“ von 26% mit 21 Obduktionen (vgl. Grafik 36). Demnach haben die letzten beiden Diagnosegruppen einen annähernd gleichen Anteil an den Gesamtabduktionen. Im August dominieren ebenfalls die Diagnosen der Gruppe „Andere“ mit 57% bei insgesamt 48 Patient*innen (vgl. Grafik 40). Mit 36% und demnach 29 Obduktionen folgt die Gruppe „Infektionen und Entzündungen“ (vgl. Grafik 40). Abschließend kommt die Gruppe der „Atemwegserkrankungen“ mit 27 Obduktionen und somit 32% (vgl. Grafik 40). Auch im Dezember überwiegt der Anteil der Diagnosegruppe „Andere“ mit einem relativen Anteil von 38% am Patient*innenkollektiv und einem absoluten Anteil von 34 (vgl. Grafik 44). Dem folgen die Diagnosen der „Infektionen und Entzündungen“ mit 35% und insgesamt 31 Sterbefällen sowie die der „Atemwegserkrankungen“ mit 27% und insgesamt 24 Obduktionen (vgl. Grafik 44).

Betrachtet man das folgende Schaubild (s. Abb. 4) über die Verteilung verschiedener Viren respiratorischer Infekte im Jahresverlauf, erkennt man, dass neben Ganzjahres-Viren auch solche vorkommen, die nur zu bestimmten Jahreszeiten und Monaten vorkommen.¹⁸² Auffällig ist, dass in jedem der drei häufigsten Monate zusätzlich zu den Ganzjahres Viren weitere spezifische Viren, die eine ATW und damit einen Infekt auslösen können, existieren. Im Monat Mai, welcher das höchste Patient*innen-Vorkommen aufweist, sind dies die Parainfluenzaviren vom Typ 3, das Humane Metapneumovirus sowie das Rhinovirus. Im August treten zusätzlich

¹⁸² Die Farbintensität stellt hierbei die Stärke des Vorkommens dar.

zu dem Humanen Metapneumovirus sowie Rhinovirus noch die Enteroviren und die Parainfluenzaviren vom Typ 1 auf. Im Dezember hingegen sind Winterviren wie das Influenzavirus, Humane Coronaviren als auch das Humane respiratorische Synzytialvirus stark vertreten.

Monat	Juni	Juli	Aug.	Sep.	Okt.	Nov.	Dez.	Jan.	Feb.	Mär.	Apr.	Mai	
Winter-Viren						Influenza-Virus							
						Influenza-Virus, Humane Coronaviren							
						Humanes Respiratorisches Synzytial-Virus							
Ganzjahres-Viren	Adenovirus/Humanes Bocaparovirus												
Typspezifische Viren	PIV3		Parainfluenza-Virus Typ 1										
Frühlings-Viren	Humanes Metapneumovirus												
Herbst-Viren	Rhinovirus												
Sommer-Viren	Enteroviren (Nicht-Rhinoviren)												

Abb. 4 - Viren respiratorischer Infektionen d. gemäßigten Klimazone im Jahresverlauf¹⁸³

Dies hat zur Folge, dass das noch wenig ausgereifte kindliche Immunsystem je nach Jahreszeit ständig neuen Virenarten ausgesetzt ist, die alle eine Infektion des Respirationstraktes auslösen können und gegen welche es noch eine Immunkompetenz entwickeln muss. Kleinkinder und Kinder im Vorschulalter haben beispielsweise jährlich ein sechs bis zehnfach erhöhtes Risiko gegenüber immunkompetenten Erwachsenen an einem Respiratorischen Infekt zu erkranken, während es bei Schulkindern und Jugendlichen bereits nur noch drei bis fünffach erhöht ist.¹⁸⁴ Auch heute noch sind Pneumonien eine wichtige Ursache kindlicher Erkrankung und Grund für einen Krankenhausaufenthalt in Industrieländern und weisen in Entwicklungsländern noch einen letalen Verlauf auf.¹⁸⁵ Dies unterstreicht nochmals die Bedeutung von Viren in Bezug auf Infektionen und ATW. Die Infektiösität, die Stabilität und Aktivität von Viren werden auch durch Umweltfaktoren wie Temperatur, Luftfeuchtigkeit und die Sonneneinstrahlung beeinflusst.¹⁸⁶ In kalten Wintermonaten wie dem Dezember haben die Viren einerseits aufgrund geringerer Außentemperaturen eine höhere Infektiösität aufgrund erhöhter Stabilität außerhalb eines Wirtes und andererseits begünstigt der längere Aufenthalt von mehreren Menschen in

¹⁸³ In Anlehnung an Moriyama M, Hugentobler W, Iwasaki A. Seasonality of Respiratory Viral Infections. Annual Review of Virology (2020) (7), S. 86.

¹⁸⁴ Pavia A. Viral Infections of the Lower Respiratory Tract: Old Viruses, New Viruses, and the Role of Diagnosis. Clinical Infectious Diseases 52 (S4) (2011), S. 284.

¹⁸⁵ Ebd., S. 285.

¹⁸⁶ Pica N, Bouvier N. Ambient Temperature and Respiratory Virus Infection (2014), S. 311.

geschlossenen Räumen die virale Transmission durch Aerosole.¹⁸⁷ Die im Sonnenlicht enthaltende UV-Strahlung hat zum einen eine inaktivierende Wirkung auf die Viren und zum anderen beeinflusst sie die Vitamin-D Produktion des Körpers, welche zur Immunfunktion beiträgt.¹⁸⁸ Sowohl Spontanaborte als auch FWA, die den Großteil der Diagnosen in der Diagnosegruppe (DG) „Andere“ bilden und als häufigste Diagnosen in den Monaten Mai, August sowie Dezember vorkommen, können ihren Ursprung in kindlichen Infektionen als auch mütterlichen Infektionen, die durch vertikale Übertragung an das Kind weitergegeben werden können, besitzen, da sie oft mit anderen Erkrankungen vergesellschaftet sind (vgl. Kapitel 4.2).

Demzufolge sind in allen drei Monaten die gleichen drei Diagnosegruppen die häufigsten, wobei die Diagnosegruppe „Andere“ die häufigste ist und die Gruppe „Infektionen und Entzündungen“ überwiegend an zweithäufigster sowie die „Atemwegserkrankungen“ an dritthäufigster Stelle kommen. Besonders hervorzuheben ist auch, dass die Diagnosegruppe „Andere“ im Monat August mit fast 60% der Gesamtabduktionen ihr Maximum hat, während in den anderen beiden Monaten der Anteil nur etwa 40% beträgt.

4.3.2. Altersgruppen¹⁸⁹

Als nächster Punkt wird die Verteilung der Altersgruppen bezüglich der häufigsten drei Monate näher betrachtet.

Im Mai betreffen fast die Hälfte der Obduktionen mit 47% die Gruppe der „Föten und Totgeborene“ bei insgesamt 38 Obduktionen (vgl. Grafik 38, 39). Nachfolgend betreffen ein Drittel der Sterbefälle die „Säuglinge“ bei einem absoluten Anteil von 26. Einen vergleichsweise geringen Anteil haben die Gruppen „Neugeborene“ mit zwölf Obduktionen, demnach 15%, und „Kinder“ mit nur 4 Patient*innen bei 5% Gesamtanteil (vgl. Grafik 38, 39). Am häufigsten sind demnach im Monat Mai die Altersgruppen mit geringerer Immunkompetenz betroffen. Da neben der FWA die am häufigsten gestellten Diagnosen in diesem Monat die der ATW und Infektionen sind, erklärt dies die Abhängigkeit der Häufigkeit des Vorkommens einer Altersgruppe von der Entwicklung eines ausgereiften Immunsystems.

¹⁸⁷ Douglas P, Stewart S. Seasonality and selective trends in viral acute respiratory tract infections. *Medical Hypotheses* 86 (2016), S. 104.

¹⁸⁸ Pfänder S. (2020), S. 11.

¹⁸⁹ Beim Vergleich der Altersgruppen wurden Patient*innen ohne Altersangabe nicht berücksichtigt. Die Patient*innen wurden jedoch im Kapitel *Ergebnisse* dargestellt.

Die Hälfte der Obduktionen im August betrifft die Altersgruppe der „Säuglinge“ mit einem absoluten Anteil von 38 (vgl. Grafik 42, 43). Die Gruppe der „Föten und Totgeborene“ macht bei 30% der Todesfälle mit absolut 23 Patient*innen fast ein Drittel der Obduktionen aus (vgl. Grafik 42, 43). Einen niedrigeren Anteil haben in diesem Monat ebenfalls die Altersgruppen „Neugeborenen“ mit zwölf Prozent bei insgesamt neun Obduktionen und „Kinder“ mit acht Prozent bei sechs Obduktionen (vgl. Grafik 42, 43).

Im dritthäufigsten Monat Dezember sind die „Säuglinge“ mit anteilig 43% bei 37 Obduktionen am häufigsten, die Gruppe der „Föten und Totgeborenen“ mit einem relativen Anteil von 37% bei absolut 32 Obduktionen am zweithäufigsten sowie die „Kinder“ mit absolut 9 Patient*innen bei einem relativen Anteil von 11% am dritthäufigsten vertreten (vgl. Grafik 46, 47). Die letzte und kleinste Gruppe bilden die „Neugeborenen“ mit einem Anteil von neun Prozent bei insgesamt acht Obduktionen (vgl. Grafik 46, 47). Auch in den Monaten August und Dezember sind die Säuglinge sowie Föten und Totgeborene bei einem starken Vorkommen von Infektionen und ATW am häufigsten betroffen. Daher spielt auch hier bezüglich der Häufigkeit eine hochentwickelte Immunabwehr eine übergeordnete Rolle und erklärt gleichzeitig auch die geringe Vertretung der Gruppe der Kinder.

Demnach sind die Gruppen der „Säuglinge“ sowie „Föten und Totgeborenen“ bei einer gemeinsamen Stärke von mindestens 80% in den Monaten Mai, August sowie Dezember am häufigsten vertreten, wohingegen die Gruppen „Neugeborene“ und „Kinder“ gemeinsam mit etwaigem gleichen Anteil nur 20% der Obduktionen ausmachen. Dabei ist zu beachten, dass unabhängig vom Monat bei Betrachtung des Gesamtkollektivs nach Altersgruppen (vgl. Kapitel 3.7) auch die Säuglinge sowie Föten und Totgeborene häufiger vertreten sind als Neugeborene und Kinder. Außerdem steigt mit fortschreitendem Alter die erworbene Immunkompetenz und damit sinkt auch die Anzahl an tödlichen Infektionen und ATW, zwei der häufigsten Obduktionsdiagnosen. Hinzu kommt als mögliche Ursache, das wie bereits im Kapitel *Vergleich und Interpretation der vier häufigsten Diagnosegruppen und der Diagnosegruppe „Andere“* erwähnte laut Essbach erschwerte Erkennen von Symptomen bei Säuglingen.

4.3.3. Geschlechtsverteilung

Bei Betrachtung der Geschlechtsverteilung innerhalb der jeweiligen Monate sticht hier ebenfalls die Dominanz des männlichen Geschlechts bei den Obduktionen mit relativen Häufigkeiten zwischen 52% und 61% gegenüber dem weiblichen mit Häufigkeiten zwischen 39% und 48% hervor (vgl. Grafik 37, 41, 45).

Im Monat Mai ist der Anteil der verstorbenen Jungen mit relativ 61% und absolut 51 Jungen maximal (vgl. Grafik 37). Demgegenüber stehen die Mädchen mit einem relativen Anteil von 39% und absoluten Anteil von 33 Mädchen (vgl. Grafik 37).

Die Verteilung des Geschlechts ist im August der im Mai ähnlich. Während 56%, d.h. 47 Jungen, der Obduktionen dem männlichen Geschlecht zuzuordnen sind, sind nur 44% weiblich bei einem absoluten Anteil von 37 (vgl. Grafik 41).

Der Monat Dezember unterscheidet sich trotz Mehrheit des männlichen Geschlechts bezüglich der Verteilung im Vergleich zu den anderen beiden häufigen Monate. Insgesamt 47 Obduktionen und somit 52% der Gesamtabduktionen dieses Monats betreffen Jungen, während 43 Obduktionen und damit 48% Mädchen betreffen (vgl. Grafik 45). Somit ist nahezu von einer gleichstarken Verteilung zu sprechen und das Geschlecht spielt eine untergeordnete Rolle bei den Sterbefällen.

Zusammenfassend überwiegen auch bei den Sterbefällen in den häufigsten Monaten die Jungen gegenüber den Mädchen wie bereits im vorherigen Kapitel *Vergleich und Interpretation der vier häufigsten Diagnosegruppen und der Diagnosegruppe „Andere“* und lassen sich auf dieselben Gründe zurückführen. Aufgrund der ähnlichen Verteilung ist anzunehmen, dass die Geschlechtsverteilung der Obduktionen unabhängig vom Jahresverlauf ist. Besonders ist jedoch, dass im Monat Dezember von einer Gleichverteilung gesprochen werden kann.

4.4. Vergleich und Interpretation nach Altersgruppen¹⁹⁰

Dieses Unterkapitel beschäftigt sich mit dem Vergleich und der Interpretation der im Kapitel *Analyse nach Altersgruppen* gewonnenen Ergebnisse unter den Gesichtspunkten der drei häufigsten Diagnosegruppen innerhalb jeder Altersgruppe, des Jahresverlaufs sowie der Geschlechtsverteilung. Wie bereits in Abb. 3, 4 und 5 dargestellt dominieren etwa gleichanteilig die Gruppe der Säuglinge und der Föten/Totgeborene und machen gemeinsam mehr als zwei Drittel der Patient*innen aus. Während die Gruppe der „Föten und Totgeborenen“ mit einem absoluten Anteil von 352 Patient*innen und einem relativen Anteil von 40% das größte Alterskollektiv bildet, bildet die Gruppe der Säuglinge mit 317 Patient*innen und anteilig 36% das zweitgrößte. Dem folgt die Gruppe der Neugeborenen mit einem Anteil über 12% bei 110 Patient*innen. Das kleinste Alterskollektiv zeigt sich bei der Gruppe „Kinder“ mit nur 9% und 79 Patient*innen.

¹⁹⁰ Beim Vergleich der Altersgruppen wurden Patient*innen ohne Altersangabe nicht berücksichtigt. Die Patient*innen wurden jedoch im Kapitel *Ergebnisse* dargestellt.

4.4.1. Häufige Diagnosegruppen

Bei Betrachtung der Verteilung der Diagnosegruppen auf die verschiedenen Altersgruppierungen (vgl. Grafik 12, 18, 24, 30) fällt auf, dass die häufigste Diagnosegruppe „Andere“ der Gesamtabduktionen (vgl. Kapitel 4.2) nicht bei jedem Alterskollektiv als häufigste Diagnosegruppe oder unter den drei häufigsten Diagnosegruppen erscheint. Dennoch tauchen drei der vier häufigsten Diagnosegruppen (vgl. Grafik 5) neben der Gruppe „Andere“ als eine der drei häufigsten Diagnosen in einem Alterskollektiv auf. Zu diesen Diagnosegruppen gehören „Infektionen oder Entzündungen“, „Atemwegserkrankungen“ und „Dyspepsien“. Zusätzlich tritt die Diagnosegruppe „Verbrennungen und andere thermische/chemische (Intoxikation)/physikalische Einwirkungen“ (Diagnoseschlüssel 13) beim Alterskollektiv „Kinder“ als dritthäufigste¹⁹¹ Diagnose neu auf.

Nachfolgend werden die vier Alterskollektive in aufsteigender Reihenfolge hinsichtlich häufiger Diagnosegruppen genauer betrachtet.

Im Kollektiv der „Föten und Totgeborenen“ erscheint die Diagnosegruppe „Andere“ mit 182 von 352 Obduktionen, d.h. 52%, an erster Stelle gefolgt von der Gruppe „Infektionen oder Entzündungen“ mit insgesamt 80 Obduktionen, folglich 23%, und abschließend die Gruppe der „Atemwegserkrankungen“ mit 74 Obduktionen und einem relativen Anteil von 21% (vgl. Grafik 48). Der große Anteil dieser Altersgruppe lässt sich durch das wenig ausgeprägte Immunsystem und der daraus resultierenden hohen Anfälligkeit für Erkrankungen und Infektionen erklären. Des Weiteren haben viele Infektionen in diesem Alter eine FWA, welche neben den Spontanaborten den Hauptanteil der häufigsten DG „Andere“ bildet, zur Folge, die bei entsprechender Ausdehnung nach Essbach tödlich ende.¹⁹²

Die insgesamt 109 Obduktionen der Altersgruppe „Neugeborene“ lässt sich ebenfalls in diese drei häufigen Diagnosegruppen in derselben Reihenfolge gliedern. Hierbei weist wieder die Gruppe „Andere“ den höchsten Anteil mit 61 Obduktionen, bei einem relativen Anteil von 56%, auf (vgl. Grafik 52). Die zweitgrößte Gruppe ist auch hier die Diagnosegruppe „Infektionen oder Entzündungen“ mit einem relativen Anteil von 34% und einem absolutem von 37 Obduktionen (vgl. Grafik 52). Als letzte Gruppe erscheinen die Diagnosen der „Atemwegserkrankungen“ mit 32 Obduktionen und 29% (vgl. Grafik 52). Folglich stimmen die Verteilung und Reihenfolge der häufigsten Diagnosegruppen innerhalb der beiden

¹⁹¹ Bei gleicher Obduktionsanzahl mit der Diagnosegruppe „Andere“.

¹⁹² Essbach, H, Peiper, A. (1953), S. 196.

Alterskollektive „Föten und Totgeborene“ sowie „Neugeborene“ mit denen des Gesamtkollektivs überein und sind auf dieselben Ursachen zurückzuführen (vgl. Kapitel 4.2).

Innerhalb der Altersgruppe „Säuglinge“ mit einer Stärke von 317 Obduktionsfällen ist die Diagnosegruppe „Infektionen oder Entzündungen“ mit insgesamt 140 Todesfällen, d.h. 44%, die häufigste und die „Dyspepsie“ mit einem absoluten Anteil von 128 und relativen von 40% die zweithäufigste (vgl. Grafik 56). Als dritthäufigste Diagnosegruppe ist die der „Atemwegserkrankungen“ mit 122 Obduktionen und folglich 38% aufgeführt (vgl. Grafik 56). Essbach erläuterte hierzu, dass dieses Alterskollektiv und das der Neugeborenen wegen seiner kindlichen Anatomien bezüglich ATW besonders gefährdet seien.¹⁹³ In Kombination mit einer Dyspepsie, also mit einer Ernährungsstörung, sei dies insbesondere für Säuglinge gefährlich.¹⁹⁴ Außerdem käme hinzu, dass man bei ATW wie beispielsweise Pneumonien den verschiedenen Pneumonieförmern noch keinem bestimmten Erregerspektrum zuordnen konnte.¹⁹⁵ Dementsprechend war die Behandlung sowie die Eindämmung der Verbreitung nicht gezielt möglich. Daraus folgt, dass die Diagnosegruppe „Andere“, obwohl sie insgesamt unter allen Obduktionen am häufigsten ist, diese nicht beim Alterskollektiv „Säuglinge“ als eine der drei häufigsten Diagnosegruppen auftritt. Im Gegensatz dazu erscheint die Diagnosegruppe „Dyspepsie“ nur bei den „Säuglingen“ als zweitgrößte Diagnosegruppe. Einerseits sei eine Speiseaspiration im Sinne einer Dyspepsie aufgrund der kindlichen Anatomie häufig und andererseits sei diese auch häufig die Ursache einer zum Tode föhrenden Pneumonie.¹⁹⁶ Ferner kam Essbach bei der Untersuchung von insgesamt 4.923 Kinderobduktionen im Zeitraum von 1952 bis 1959 zu einem vergleichbaren Ergebnis.¹⁹⁷ Auch hier war zum einen das Alterskollektiv der Säuglinge als stärkste Gruppe häufig vertreten und zum anderen war die Dyspepsie mit 31% die häufigste Hauptdiagnose gefolgt von verschiedenen Formen der Pneumonie mit 29,7% und den unspezifischen Allgemeininfekten mit 12,3%.¹⁹⁸

In dem kleinsten und ältesten Kollektiv „Kinder“ mit insgesamt 79 Obduktionsfällen treten dieselben drei häufigsten Diagnosegruppen wie bei den Gesamtoobduktionen oder „Föten und Totgeborene“ sowie „Neugeborene“ auf, jedoch zusätzlich erstmals auch die Diagnosegruppe „Verbrennungen und andere thermische/chemische (Intoxikation)/physikalische

¹⁹³ Ebd., S. 198.

¹⁹⁴ Ebd.

¹⁹⁵ Ebd.

¹⁹⁶ Ebd., S. 189.

¹⁹⁷ Vgl. Essbach H. Paidopathologie: Kyematopathien Neogonopathien Thelamonopathien. Leipzig (1961), S. 481.

¹⁹⁸ Ebd.

Einwirkungen“ mit demselben Anteil wie die Gruppe „Andere“ (vgl. Grafik 60). Dies zeigt die häufigsten Diagnosegruppen auch unabhängig vom Alter ein hohes Aufkommen aufweisen. Laut Essbach stünden bei „älteren Kindern“, deren Altersgrenzen er nicht näher beschrieb, „Ernährungsstörungen und interstitielle Pneumonien im Vordergrund“. ¹⁹⁹ Zusätzlich kommt hinzu, dass mit steigendem Lebensalter die Mobilität und Beweglichkeit von Kindern zunimmt und diese folglich mehr Gefahren durch ihre erweiterte Umgebung wie etwa Verbrennungen ausgesetzt sind. Während die Gruppe „Infektionen oder Entzündungen“ mit absolut 37 und relativ 47% der Obduktionen als häufigste vorkommt, kommt die Gruppe „Atemwegserkrankungen“ mit einer Häufigkeit von 28 Obduktionen und 35% vor (vgl. Grafik 60). Als dritthäufigste Diagnosegruppe treten die Gruppe „Andere“ und die für dieses Alterskollektiv spezifische Gruppe „Verbrennungen“ mit je 18 Obduktionen, d.h. 23%, auf (vgl. Grafik 60).

Schlussendlich zeigt sich im Vergleich der vier Altersgruppen hinsichtlich der drei häufigsten Diagnosegruppen sowie im Vergleich mit den Erkenntnissen aus dem Kapitel *Vergleich und Interpretation nach Diagnosegruppen*, dass bis auf das Kollektiv „Säuglinge“ alle Altersgruppen dieselben drei häufigsten Diagnosegruppen aufzeigen und diese auch im vorherigen Kapitel als häufigste Diagnosegruppen vorkommen. Die wesentlichen Unterschiede innerhalb dieser Altersgruppen sind, dass die Diagnosegruppe „Dyspepsie“ nur bei den „Säuglingen“ und die Gruppe „Verbrennungen und andere thermische/chemische (Intoxikation)/physikalische Einwirkungen“ nur bei den „Kindern“ als häufig auftreten. Des Weiteren erscheint die Diagnosegruppe „Fehlbildungen und Anomalien“ bei Betrachtung der Gesamtabduktionen als dritthäufigste Gruppe, aber nicht bei einem bestimmten Alterskollektiv.

4.4.2. Jahresverlauf

Nachfolgend erfolgt der Vergleich der verschiedenen Altersgruppen in aufsteigendem Alter im Jahresverlauf.

In der Altersgruppe der „Föten und Totgeborene“ sind die meisten Obduktionen im Monat September mit 13% der Gesamtabduktionen und insgesamt 47 Patient*innen gefolgt von dem Monat Mai mit einem relativen Anteil von 11% und 38 Obduktionen (vgl. Grafik 50, 51).

Fast die Hälfte der Obduktionen der „Neugeborenen“ findet in den Monaten April bis Juli statt. Damit sind insgesamt 43% der Gesamtabduktionen dieser Altersgruppe im Zeitraum Mitte Frühling bis Anfang Sommer durchgeführt (vgl. Grafik 54, 55). Während im Juni zwölf Prozent

¹⁹⁹ Ebd., S. 190.

der Obduktionen und insgesamt 13 Patient*innen aufgelistet sind, sind es im Mai sowie Juli je ein Prozentpunkt weniger und je eine Obduktion weniger, während es im April zehn Prozent der Gesamtabduktionen und elf Todesfälle sind (vgl. Grafik 54, 55).

Das Alterskollektiv „Säuglinge“ hat seine maximale Häufigkeit sowohl im Sommermonat August als auch im Wintermonat Dezember. Während es im August zwölf Prozent der Gesamtabduktionen bei 38 Patient*innen sind, sind es im Dezember geringfügig weniger bei ebenfalls elf Prozent und insgesamt 37 Patient*innen (vgl. Grafik 58, 59).

Die älteste Altersgruppe „Kinder“ weist kein spezifisches Verteilungsmuster hinsichtlich der Jahreszeiten vor. Die meisten Obduktionen finden gleichanteilig mit je zehn Obduktionen und einem relativen Anteil von 13% in den Monaten April, Juli sowie Oktober statt (vgl. Grafik 61, 62). Den zweitgrößten Anteil besitzen die Monate März und Dezember mit je zehn Prozent der Gesamtabduktionen bei absolut je 8 Patient*innen (vgl. Grafik 62, 63).

Abschließend kann als Gemeinsamkeit festgehalten werden, dass mit Ausnahme des Kollektiv „Föten und Totgeborene“ eine Häufung der Obduktionen in den Sommermonaten Juli und August zu beobachten ist. Zusätzlich verzeichnen die Altersgruppen „Säuglinge“ sowie „Kinder“ einen Winterpeak im Monat Dezember. Diese Sommer- sowie Winterpeaks sind überwiegend auf die Saisonalität von viralen Erkrankungen zurückzuführen, die bereits im Kapitel *Vergleich und Interpretation der drei häufigsten Monate* ausführlich erläutert worden sind. Weitere vom Jahresverlauf abhängige Gemeinsamkeiten oder Verteilungsmuster sind nicht ersichtlich.

4.4.3. Geschlechtsverteilung

Bei Ansicht der verschiedenen Altersgruppen bezüglich der Geschlechtsverteilung ist auffällig, dass bei allen Obduktionen die des männlichen Geschlechts mit relativen Häufigkeiten zwischen 53% und 71% gegenüber dem weiblichen mit relativen Häufigkeiten zwischen 29% und 47% überwiegen (vgl. Grafik 49, 53, 57, 61).

In der Altersgruppe der „Föten und Totgeborene“ sind insgesamt 352 Patient*innen im Buch der Pädopathologie mit erfasstem Geschlecht. Davon sind 53% bei 187 Obduktionen Jungen und 47% bei 163 Obduktionen hingegen Mädchen (vgl. Grafik 49).

Das Alterskollektiv der „Neugeborenen“ zeigt eine ähnliche Verteilung mit 61 Todesfällen, d.h. 55%, männlicher Patienten und 49 Todesfällen, d.h. 45%, weiblicher Patientinnen (vgl. Grafik 53). Bei den „Säuglingen“ dominieren ebenfalls die männlichen Patienten mit einem relativen

Anteil von 56% und absoluten Anteil von 178 Obduktionen. Wohingegen 44% und 139 der Obduktion Mädchen betreffen (vgl. Grafik 57).

Die relative Verteilung der „Neugeborenen“ und „Säuglingen“ ist demnach identisch. Lediglich die Altersgruppe „Kinder“ weist einen deutlichen Unterschied im Vergleich zu der Verteilung der übrigen Altersgruppen auf. Während 71% der Obduktionen, d.h. 56 Todesfälle, Jungen betreffen, sind es nur 29% bei insgesamt 23 Obduktionen, die Mädchen betreffen (vgl. Grafik 61).

Demnach überwiegt wie bereits in den vorherigen Kapiteln bezüglich Vergleiches der Diagnosegruppen und häufigen Monate auch in allen Altersgruppen der Anteil des männlichen Geschlechts deutlich gegenüber dem weiblichen Geschlecht, wobei die größte Differenz im Kollektiv der „Kinder“ mit einer 70:30 Verteilung aufzufinden ist. Diese Verteilung unterscheidet sich auch im Vergleich zur Verteilung des Geschlechts des gesamten Patientenkollektivs, welches eine Verteilung von 57% Jungen und 43% Mädchen zeigt (vgl. Grafik 4). Die Ursachen für die erhöhte männliche Sterblichkeit sind dieselben wie die, die bereits im Kapitel *Vergleich und Interpretation der vier häufigsten Diagnosegruppen und der Diagnosegruppe „Andere“* dargelegt worden sind.

4.5. Das Problem der hohen Säuglingssterblichkeit und Maßnahmen dagegen

Bis einschließlich 1965 lag die Säuglingssterblichkeit der DDR deutlich über der der BRD.²⁰⁰ Sowohl an der MAM als auch in der gesamten DDR wurden daher verschiedene politische, medizinische sowie auch präventive Maßnahmen ergriffen um das Problem der hohen Säuglingssterblichkeit einzudämmen.

Schon die Eröffnungsrede bei der Gründungsfeier der MAM durch Hasso Essbach, dem ersten Rektor der MAM, kann als erste Maßnahme gegen die Säuglingssterblichkeit gewertet werden. Essbach nutzte diese Rede und die damit verbundene Gelegenheit um in Anwesenheit wichtiger politischer Funktionäre des damaligen Gesundheitsministeriums sowie Vertreter der Medizinischen Fakultät Leipzig, der Medizinischen Fakultät Berlin, der Medizinischen Fakultät Halle und der Deutschen Akademie der Wissenschaften auf die vorherrschenden Defizite im Bereich der Kinderpathologie aufmerksam zu machen.²⁰¹ Dies kann insofern als erste Maßnahme gewertet werden, da weitere konkrete Maßnahmen nur Erfolge können, wenn den

²⁰⁰ Malik, S.: Lebendgeburten und Totgeburten in der DDR. Motive und Konsequenzen der Neudefinition von 1961, in: *Der Gynäkologe* 46 (2013) (11), S. 859.

²⁰¹ Medizinische Akademie Magdeburg. Festschrift 10 Jahre Medizinische Akademie Magdeburg. Kapitel: Geleitwort (1964), S. 12.

Ursachen für die Erkrankungen und ihre Letalität durch beispielsweise wie in diesem Zusammenhang Obduktionen auf den Grund gegangen wird. Des Weiteren erkannte Essbach, dass für das Voranschreiten der Forschung sowohl Spezialabteilungen notwendig waren als auch das Sammeln von Präparaten. Hierfür veranlasste er die Errichtung einer Abteilung für Pädopathologie, die die erste Spezialabteilung innerhalb der Pathologie der MAM bildete, und begann 1958 mit einer Sammlung histologischer Präparate.²⁰² Als weitere Maßnahme kann sein Bestreben nach interdisziplinärer Zusammenarbeit zwischen beispielsweise Pathologen sowie Kinderärzten und nach steter Modernisierung seiner Forschungsausrüstung gesehen werden.²⁰³ Eine seiner größten Beiträge zur Senkung der kindlichen Sterblichkeit im gesamten deutschsprachigen Raum bildet sein 1961 erschienenes Werk *Paidopathologie: Kyematopathien Neogonopathien Thelamonopathien*, welches zum Erscheinungszeitpunkt das erste und umfangreichste seiner Art darstellte.²⁰⁴

In der gesamten DDR wurden zahlreiche Maßnahmen zur Senkung der Säuglingssterblichkeit eingeführt und weiterverfolgt. Ein wichtiger Punkt war dabei die finanzielle Unterstützung von Familien mit Kindern. Zum einen gab es bezahlten Mutterschutzurlaub und zum anderen wurde den Frauen seit 1950 ab dem dritten Kind eine Einmalzahlung in Höhe von 100 Mark getätigt.²⁰⁵ Dieser Betrag wurde 1958 auf 500 Mark erhöht und schon ab der ersten Geburt ausgezahlt.²⁰⁶ Viele weitere Maßnahmen setzten sogar schon vor der Geburt an. Hierzu zählen präventive Vorsorgemaßnahmen wie die Schwangerenvorsorge sowie Mütterberatung, deren Teilnahme verpflichtend war, und auch „frühzeitige Klinikeinweisungen bei Risikoschwangerschaften“. ²⁰⁷ Auch Maßnahmen, die die Geburt selbst betrafen, wurden verfolgt. Hierfür wurden hochspezialisierte Entbindungsstationen eingerichtet und infolgedessen stiegen die Zahlen der Geburten in Kliniken von 65% im Jahre 1954 auf 91% im Jahre 1961.²⁰⁸ Nach der Geburt konnte die Entwicklung der Säuglinge durch die seit den 1960ern verfügbare künstliche und auch kostengünstige Säuglingsnahrung unterstützt werden, die vor allem den zahlreichen Todesfällen durch Dyspepsie entgegenwirken konnte.²⁰⁹ Zusätzlich erfolgte nach dem Tod

²⁰² Ebd., S. 122.

²⁰³ Ebd., 122 f.

²⁰⁴ Ebd.

²⁰⁵ Malik, S.: Lebendgeburten und Totgeburten in der DDR. Motive und Konsequenzen der Neudefinition von 1961, in: Der Gynäkologe 46 (2013) (11), S. 860 und S. 863.

²⁰⁶ Ebd., S. 860.

²⁰⁷ Ebd., S. 862.

²⁰⁸ Ebd., S. 863.

²⁰⁹ Ebd.

jedes Säuglings ab 1958 eine ausführliche Analyse durch die Fachkommissionen um neue präventive Maßnahmen zur Senkung der Säuglingssterblichkeit zu entwickeln.²¹⁰

Diese eingeführten Maßnahmen senkten die Säuglingssterblichkeit der DDR so stark, dass sie ab 1966 sogar unter der der BRD lag. In diesem Zusammenhang ist die 1961 eingeführte Neudefinition der Lebend- und Totgeburten der DDR kritisch zu beachten. Demnach die „relativ positive Entwicklung der Säuglingssterblichkeit (SSt) der DDR nicht aus Fortschritten des Gesundheitssystems, sondern ganz oder zu Teilen aus diesem juristischen Eingriff resultierte.“²¹¹

Demnach stellen sowohl das Wirken Essbachs in der Kinderpathologie der MAM sowie sein Lehrbuch zu diesem Thema als auch zahlreiche politische und medizinisch-strukturelle Maßnahmen der DDR wichtige Lösungsansätze in Bezug auf das Problem der Säuglingssterblichkeit dar.

4.6. Fazit

Diese Arbeit hatte vor allem das Ziel den Obduktionsjahrgang 1959 aus dem entsprechenden Registrierbuch hinsichtlich Dokumentation, Struktur und Verteilungsmuster in historischem, politischem sowie medizinischem Kontext zu analysieren, mit den gewonnen Daten eine Grundlage für weitere Forschungsarbeiten im Rahmen des Projektes *Die Pädopathologie an der Medizinischen Akademie Magdeburg (MAM) - zum Umgang mit Fehl- und Frühgeburten und dem Säuglingstod 1959-1989/90* zu leisten und die Transparenz bezüglich interner klinischer Abläufe an der MAM zu Zeiten der SED-Diktatur zu fördern.

Unter der Leitung Hasso Esbachs kam dem Problem der Kinder- und Säuglingssterblichkeit an der MAM seit ihrer Gründung eine besondere Aufmerksamkeit zu. Er trieb durch Spezialisierung, strukturellem und personellem Ausbau der Pathologie und der Pädopathologie die Forschung sowie Lehre voran und konnte damit Grundlage für Maßnahmen gegen die Sterblichkeit in der gesamten DDR schaffen. Seine Bemühungen und Planung für die Pädopathologie waren in verschiedenen Bereichen wie beispielsweise der Lehre durch sein veröffentlichtes Lehrbuch über die Kinderpathologie oder im Bereich der Forschung durch das Anlegen einer Präparaten- und Histologiesammlung erkennbar.

Das Registrierbuch des Jahrgangs 1959 selbst weist eine uneinheitliche Erfassung und Dokumentation der Obduktionen vor. Jedoch sind die ausschlaggebendsten Daten über die

²¹⁰ Ebd.

²¹¹ Ebd., S. 858.

Obduktionen wie die Diagnose, das Datum, die Patient*innen(nach)namen und die beteiligten Obduzent*innen vollständig erfasst. Wichtig anzumerken ist hierbei auch, dass keine Obduktion alleine von einer/m einzelnen Obduzent*in durchgeführt wurden ist, was eine Manipulation der Daten in jeglicher Hinsicht unwahrscheinlicher macht, wenn auch nicht gänzlich ausschließt.

In der gesamten DDR wurden zahlreiche medizinische und politisch-soziale Maßnahmen ergriffen mit dem Ziel die Säuglingssterblichkeit zu senken sowie Familien, insbesondere Schwangere und Mütter, sowohl medizinisch als auch finanziell zu unterstützen. Auch die neue Definition der Lebend- und Totgeburten 1961 hatte positiven Einfluss auf die Statistik der Säuglingssterblichkeit, die vermutlich einen unbeabsichtigten, aber willkommenen Nebeneffekt darstellte.

Insgesamt gibt es in den erfassten Daten des ersten Registrierbuches der Pädopathologie des Jahres 1959 keinen Anhalt für Zwangsadoptionen, Manipulation von Daten oder vergleichbarem durch die MAM und ihre Mitarbeiter*innen oder Personen sowie Funktionären der SED-Diktatur und bestätigen damit weder den Verdacht oder gar die Richtigkeit einer Kollektivschuldthese. Die für heutige Verhältnisse uneinheitliche Struktur, inkomplette Datenerfassung sowie ungenaue Diagnosestellung ist in Anbetracht der damaligen Ausstattung, Modernität bezüglich Forschung und Wissenschaft sowie dem jungen Alter und Unerfahrenheit der MAM sowie der Abteilung Pädopathologie und den damit zwangsweise verbundenen Defiziten zu mindestens unter Essbachs Leitung, der stets bemüht die Kinderpathologie vorangetrieben hat, als zeitgemäß frei von politischen Motivationsgründen zu werten.

4.7. Limitationen

Die zentralen Limitationen der vorliegenden Arbeit ergeben sich abgesehen von einem Registrierbuch aus dem untersuchten Jahrgang aus der begrenzten Verfügbarkeit von weiteren Materialien wie beispielsweise Obduktions-, Todesscheinen, Fotos sowie Histologischer Präparate wie in den späteren Jahrgängen und der daraus resultierenden eingeschränkten Betrachtung sowie Bewertung einzelner Patient*innen und Todesfällen bezüglich arbeitstechnischer Vorgehensweise, Dokumentation und Nachverfolgung.

Eine weitere Limitation bildet die Gruppierung sowie Verschlüsselungen der Diagnosen nach heutigen medizinisch-diagnostischen Gesichtspunkten und Literatur, welche die Mitberücksichtigung der Diagnosevergabe nach zeitgenössischer Kriterien sowie der damalig den Obduzent*innen zugänglichen Literatur erforderte.

Der Fokus der Auswertung im Rahmen dieser Arbeit lag bei der Art sowie Vollständigkeit der Dokumentation und Struktur der Pädopathologie und weniger auf der medizinischen Plausibilität sowie Richtigkeit der Diagnosen, daher wurden Einträge jeglicher Art wie „k.A.“, die für „keine Angabe“ stehen, in der Auswertung als vollständige Dokumentation, wie zum Beispiel das Alter betreffend, gewertet statt als unbekannt.

Die Relevanz der begrenzt verfügbaren Materialien sowie das methodische Vorgehen bei der Vergabe der Diagnoseschlüssel kann Gegenstand weiterführender Forschungen bezüglich dieses Thema sein.

4.8. Ausblick

Aus den dargelegten Analysen und Diskussionen lassen sich weitere Fragen ableiten, die auch in Zukunft einen relevanten Forschungsgegenstand darstellen.

Es bleibt offen, welchen Effekt die untersuchten Maßnahmen der MAM und DDR gegen die Säuglings- sowie Kindersterblichkeit im Einzugsgebiet Magdeburg in den Folgejahren hatten und ob dieser auch in den Registriebüchern und Materialien der Pädopathologie nach 1959 zu erkennen ist. In diesem Zusammenhang könnte auch die Relevanz des von Hasso Essbach veröffentlichten ersten deutschsprachigen Standardwerkes über die Pädopathologie untersucht werden.

Bei der kritischen Beurteilung der Dokumentationsweise in der Pädopathologie im Rahmen der Analyse des ersten Registrierbuches wurden Defizite wie die uneinheitliche Struktur oder das Fehlen jeglicher Zusatzdokumente wie etwa Protokolle, Anträge oder Einverständniserklärungen deutlich. Hieraus ergibt sich die Möglichkeit, in zukünftigen Arbeiten des Projektes *Die Pädopathologie an der Medizinischen Akademie Magdeburg (MAM) - zum Umgang mit Fehl- und Frühgeburten und dem Säuglingstod 1959-1989/90* andere Jahrgänge mit Hilfe der vorhanden Registrierbüchern der MAM hinsichtlich der Dokumentenvielfalt und Dokumentationsstruktur zu untersuchen um zu beantworten, ob die Arbeitsabläufe sowie die Dokumentation vor allem hinsichtlich der gestellten Diagnosen eindeutiger, strukturierter sowie differenzierter gestaltet worden sind. Dementsprechend soll untersucht werden, ob die MAM kritisch reflektiert und problemorientiert weitere Maßnahmen im Verlauf umgesetzt hat. Ein etwaiger Vergleich mit der Arbeits- und Dokumentationsweise anderer Pathologien, sowohl in der DDR als auch BRD, im selben Zeitraum ist hierbei denkbar.

Die im Rahmen dieser Arbeit angelegte Tabelle mit den mehr als einmal im Registrierbuch auftauchenden Familiennamen kann bei der Untersuchung weiterer Jahrgänge zum einen

erweitert werden und zum anderen abgeglichen werden, um etwaigen Häufungen von Kindersterblichkeit innerhalb einer Familie oder verwandten Familien zu untersuchen sowie ihre möglichen Ursachen abzuklären.

Diese Arbeit hat durch die Analyse und Darlegung von jeglichen Daten der Kinderpathologie aus dem Jahrgang 1959 ein Stückweit mehr Transparenz bezüglich der Vorgänge rund um die Kindersterblichkeit erzeugt. Es konnten jedoch nicht mögliche Parallelen zur Zwangsadoptionen belegt oder widerlegt werden. Daher bleibt offen, inwieweit die Analyse sowie Darlegung weiterer Daten und Dokumente der Kinderpathologien der DDR, eine mögliche Antwort auf diese Fragen leisten kann. Sowohl als Beitrag zum Großprojekt *Die Pädopathologie an der Medizinischen Akademie Magdeburg (MAM) - zum Umgang mit Fehl- und Frühgeburten und dem Säuglingstod 1959-1989/90* des Institutes für Geschichte, Ethik und Theorie der Medizinischen Fakultät Magdeburg als auch als Erweiterung und Kooperation mit weiteren Pathologien Sachsen-Anhalts sowie der gesamten neuen Bundesländer kann zur Erzeugung größerer bis hin zu maximaler Transparenz, die weiterhin von vielen Angehörigen erwünscht ist, die in dieser Arbeit über die Obduktionen und Patient*innendaten angelegte Datenbank erweitert und durch eine in einem Programm oder eine Website eingebetteten Suchfunktion ausgestattet werden. Dadurch können die Angehörigen oder andere Interessenten schnell informiert werden und erste Antworten auf Ihre Fragen erhalten. Für die rechtskonforme Gestaltung und Zugänglichkeit einer solchen Datenbank mit sensiblen Personenbezogenen Daten müssen datenschutzrechtliche Recherchen betrieben werden und die etwaige Notwendigkeit eines Registrierungsablaufes sowie einer Vergabe von Anmeldedaten und Kennwörtern geprüft werden. Konkret bedeutet dies für den Raum Magdeburg, dass in einer solchen Datenbank die Einträge aller Registrierbücher sowie Dokumente der Pädopathologie über die mutmaßlich verlorenen Kinder für jeden zugänglich gemacht werden.

Abschließend kann davon ausgegangen werden, dass die Thematik bezüglich der Kindersterblichkeit, der medizinischen Arbeitsabläufe, der Zwangsadoptionen und der verlorenen Kinder auch zukünftig weiteren Forschungsbedarf besitzt.

5. ZUSAMMENFASSUNG

Über 30 Jahre nach der Wiedervereinigung Deutschlands ist sowohl das allgemeine als auch das politische und akademische Interesse an der Aufarbeitung von Themen der DDR-Zeit und ihrem Nachwirken auf die Gegenwart von großer Bedeutung. Daher beschäftigt sich diese Arbeit als Teil des Forschungsprojektes *Die Pädopathologie an der Medizinischen Akademie Magdeburg (MAM) - zum Umgang mit Fehl- und Frühgeburten und dem Säuglingstod 1959-1989/90* des Institutes Geschichte, Ethik und Theorie der Medizin mit der Analyse der pädopathologischen Obduktionen an dem Institut der Pathologie der Medizinischen Akademie Magdeburg aus dem ersten in einem Registrierbuch dokumentierten Jahrgang 1959 und verfolgt dabei vor allem die Ziele die Dokumentation, Struktur und Verteilungsmuster der kindlichen Obduktionen des Jahres 1959 in historischem, politischem sowie medizinischem Kontext zu analysieren, mit den gewonnen Daten eine Grundlage für weitere Forschungsarbeiten im Rahmen des oben genannten Großprojektes zu leisten sowie die Transparenz bezüglich interner klinischer Abläufe an der MAM zu Zeiten der SED-Diktatur zu fördern. In diesem Kontext kommt sowohl der Pädopathologie der MAM als auch dem Obduktionsjahrgang 1959 eine besondere Bedeutung zu. Ein wichtiges Ereignis war hierbei für den Raum Magdeburg, in welchem wie in den übrigen Teilen der DDR die Kinder- und Säuglingssterblichkeit hoch waren, die Gründung der MAM, die bis heute als Medizinische Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität agiert, unter der Leitung des Pathologen Hasso Essbach. Hasso Essbach trieben auf dem Gebiet der Pädopathologie, dessen Gebäude als erstes der MAM fertiggestellt wurde, als erster Rektor der MAM und Forscher nicht nur sein akademisches Interesse an, sondern durch den Verlust eigener Kinder auch persönliche Motive.

Für die Datenanalyse diente das Registrierbuch der Pädopathologie des Jahrgangs 1959, welches erstmals in dieser Form alle kindlichen Obduktionen der MAM eines Jahrgangs systematisch erfasste, als Hauptgrundlage. Um sich mit der Struktur und dem Aufbau des Registrierbuches effizient auseinandersetzen zu können wurden im Rahmen dieser Arbeit die Einträge unverändert in Form einer Excel-Tabelle digitalisiert sowie diverse Tabellen und Diagramme erstellt. Des Weiteren wurden die Einträge durch das Einführen von 15 Diagnosegruppen nach heutigen medizinischen Gesichtspunkten verschlüsselt, um diese anschließend statistisch auswerten sowie analysieren zu können.

Bei der Analyse des Datensatzes basierend auf den Einträgen des Registrierbuches ist zu berücksichtigen, dass die Summe aller Obduktionen bei der Untersuchung der Verteilungen nach Obduzent*innen oder Diagnosen höher ist als die Anzahl der im Registrierbuch

aufgeführten Kinder. Dies ist darauf zurückzuführen, dass die Kinder oft von mehr als einem/r Obduzent*in untersucht wurden und auch mehr als eine Todesursache als Diagnose gestellt wurde. Obduktionen mit dem Ergebnis einer eindeutigen Diagnose ohne zusätzliche Nebendiagnosen wurden für jede Diagnosegruppe als Kollektiv erfasst. Besonders ist auch, dass die Gruppe der „anderen“ Diagnosen bei allen untersuchten Diagnosegruppen als häufigste Gruppe der Nebendiagnose auftritt. Dies liegt darin begründet, dass bis auf wenige Ausnahmen alle Kinder mit mehrfacher Diagnose die Diagnosen Fruchtwasseraspiration oder Spontanabort erhalten haben. Da diese Diagnosen sehr häufig ohne erkennbare Struktur vergeben wurden und wenig zur Differenzierung der einzelnen Todesursachen beitragen, wurden sie nicht näher untersucht und erläutert. Auffällig ist auch die Geschlechtsverteilung der untersuchten Kinder. Hierbei ist festzustellen, dass die Mehrheit männlichen Geschlechts ist und sich dies bei jedem im nachfolgend betrachteten Kollektiv bestätigt. Im Zuge der Analyse des Jahrgangs 1959 erfolgte sowohl die tabellarische als auch grafische Darstellung der insgesamt 888 Obduktionen nach Altersverteilung, Geschlechtsverteilung, Diagnosegruppen, Obduzent*innen, Kliniken sowie Monaten im Jahresverlauf.

Die vierhäufigsten Diagnosegruppen sind dabei in absteigender Reihenfolge die „Infektionen und Entzündungen“ bei insgesamt 62 eindeutigen und 245 nicht eindeutigen Diagnosen, die „Atemwegserkrankungen“ mit Infektionen des Kindes oder der Mutter mit insgesamt 53 eindeutigen sowie 211 nicht eindeutigen Diagnosen, die „Fehlbildungen und Anomalien“ mit 35 eindeutigen und 125 nicht eindeutigen Diagnosen sowie zuletzt die Gruppe der „Dyspepsien“, wovon 27 eindeutig und 112 nicht eindeutig sind. In jeder der vier häufigsten Diagnosegruppen bilden das Alterskollektiv der Säuglinge die Mehrheit. Während es bei der Diagnosegruppen der „Infektionen und Entzündungen“ bei einem Anteil von 46% 140 Obduktionen betrifft und bei den „Dyspepsien“ mit 92% 128 Obduktionen, sind es bei den „Atemwegserkrankungen“ 122 Obduktionen bei anteilig 46% sowie bei der Gruppe der „Fehlbildungen und Anomalien“, bei einem Gleichstand mit den Föten und Totgeborenen, 37% 60 Obduktionen betreffend. Bezüglich der Jahresverteilung treten die „Infektionen und Entzündungen“ im Registrierbuch am häufigsten im Juli mit einem Anteil von zwölf Prozent und 38 Kindern auf, wohingegen die „Fehlbildungen und Anomalien“ ihr Maximum im Juli bei 14% und 22 Obduktionsfällen verzeichnen. Ebenfalls bei anteilig 14% und damit 20 Kindern kommen die „Dyspepsien“ im August am häufigsten vor. Wohingegen die Diagnosegruppe der „Atemwegserkrankung“ ihre Hochpunkte im Juli bis September bei einem Vorkommen zwischen zehn und elf Prozent und maximal 28 Obduktionen besitzt.

Im Registrierbuch des Jahres 1959 kommen die Monate Mai, August sowie Dezember am häufigsten vor. Dabei besitzen sowohl der Mai als auch August bei je neun Prozent 84 Todesfälle, wohingegen im Monat Dezember mit anteilig zehn Prozent 89 Obduktionen verzeichnet sind. In allen der drei Monate haben die Diagnosen der Gruppen „Andere“, „Atemwegserkrankungen“ sowie „Infektionen und Entzündungen“ das größte Vorkommen. Im Mai kommt die Diagnose „Andere“ bei 31, die der „Atemwegserkrankungen“ bei 23 sowie die der „Infektionen und Entzündungen“ bei 21 Patient*innen vor. Während 48 der Obduktionen im August 1959 zur Gruppe „Andere“ gehören, gehören 29 zu den „Infektionen und Entzündungen“ sowie 27 zu den „Atemwegserkrankungen“. Im Dezember können 34 der Todesfälle zu der Diagnosegruppe „Andere“, 31 zu den „Infektionen und Entzündungen“ sowie 24 zu den „Atemwegserkrankungen“ zugeordnet werden. Betrachtet man die Altersverteilung tritt im Mai das Kollektiv der Föten und Totgeburten mit 38 Patient*innen und 45% am häufigsten auf, währenddessen sowohl im Monat August mit ebenfalls 45% bei 38 Kindern als auch im Dezember mit 42% und 37 Obduktionen die Gruppe der Säuglinge das höchste Vorkommen besitzt.

Bei der Analyse nach Altersgruppen kommen in aufsteigendem Alter die Föten und Totgeborene mit insgesamt 352 bei anteilig 40% der Gesamtabduktionen am häufigsten vor, die Neugeborenen besitzen eine Gruppenstärke von 110 Patient*innen bei zwölf Prozent, die Säuglinge zählen 317 Patient*innen bei 36%igem Anteil und die Kinder über einem Jahr machen neun Prozent der Gesamtabduktionen bei 79 Patient*innen aus. Drei Prozent und somit 30 der Obduktionen sind nicht einer Altersgruppe zugeordnet und besitzen den Eintrag „k.A.“ für „keine Angaben“. Das Kollektiv der Föten und Totgeborene sowie der Neugeborene besitzen beide die meisten Obduktionen in der Diagnosegruppe „Andere“ mit 182 beziehungsweise 61 Patient*innen. Bei den Säuglingen und Kindern über einem Jahr trifft dies auf die Gruppe der „Infektionen und Entzündungen“ mit 140 beziehungsweise 37 Obduktionsfällen zu. Die meisten Obduktionen der Föten und Totgeborene fanden im September bei anteilig 13% und 47 Patient*innen statt. Die Neugeborenen verzeichnen von Mai bis Juli ein erhöhtes Aufkommen zwischen elf und zwölf Prozent bei zwölf bis 13 Obduktionen. Mit je zwölf Prozent Anteil kommen die meisten Obduktionen der Säuglinge im August mit 38 sowie Dezember mit 37 Todesfällen vor. Bei der Altersgruppe der Kinder ist das maximale Aufkommen in den Monaten April, Juli sowie Oktober mit anteilig je 13% und zehn Obduktionen zu verzeichnen.

Beim Vergleich der o.g. Ergebnisse nach den vier häufigsten Diagnosegruppen zeigt sich hinsichtlich der Eindeutigkeit der Diagnosen sowie der Verteilung der Nebendiagnosen, dass ca. ein Fünftel der Diagnosen eindeutig sind und in den übrigen Todesfällen zusätzlich zur Hauptdiagnose die Nebendiagnosen eines Spontanaborts, einer Fruchtwasseraspiration oder einer Infektion oder Entzündung entweder der Atemwege oder eines anderen Organsystems gestellt worden sind. Beim Vergleich der Ergebnisse innerhalb der Diagnosegruppen nach Altersgruppen zeigt sich, dass das Alterskollektiv der Säuglinge sowie das der Föten und Totgeborene insgesamt am anfälligsten gewesen sind, wohingegen die Altersgruppe der Kinder am wenigsten anfällig gewesen ist und die Gruppe der Neugeborenen auch ein geringeres Aufkommen besitzt. Während die Häufigkeiten der Diagnosegruppen „Infektionen und Entzündungen“ und „Atemwegserkrankungen“ im Jahresverlauf auf die Saisonalität verschiedener Viren zurückzuführen sind, korrelieren die Obduktionen der anderen beiden häufigen Diagnosegruppen „Fehlbildungen und Anomalien“ sowie „Dyspepsie“ nicht mit den Jahreszeiten. Schlussendlich zeigt sich im Vergleich der vier häufigsten Diagnosegruppen bezüglich der Jahresverteilungen der Obduktionen, dass alle Diagnosegruppen ein erhöhtes Vorkommen in den Sommermonaten sowie in den Monaten zu Herbstbeginn vorweisen. Außerdem zeigt die Gruppe der „Infektionen und Entzündungen“ in dem kalten Wintermonat Dezember eine erhöhte Patient*innenzahl auf. Mit Blick auf die Geschlechtsverteilung zeigte sich, dass in jeder der vier Diagnosegruppen die Obduktionen des männlichen Geschlechts mit relativen Häufigkeiten zwischen 57% und 59% gegenüber dem weiblichen mit relativen Häufigkeiten zwischen 41% und 43% überwiegen. Sowohl bei der Betrachtung der einzelnen Diagnosegruppen als auch der Gesamtabduktionen ist der Anteil des männlichen Geschlechts deutlich höher als der des weiblichen Geschlechts.

Betrachtet man die Ergebnisse der drei häufigsten Monate sind in allen drei Monaten die gleichen drei Diagnosegruppen die häufigsten, wobei die Diagnosegruppe „Andere“ die häufigste ist und die Gruppe „Infektionen und Entzündungen“ überwiegend an zweithäufigster sowie die „Atemwegserkrankungen“ an dritthäufigster Stelle kommen. Besonders hervorzuheben ist auch, dass die Diagnosegruppe „Andere“ im Monat August mit fast 60% der Gesamtabduktionen ihr Maximum hat, während in den anderen beiden Monaten der Anteil nur etwa 40% beträgt. Auffällig ist, dass in jedem der drei häufigsten Monate zusätzlich zu den Ganzjahres Viren weitere spezifische Viren, die eine Atemwegserkrankung und damit einen Infekt auslösen können, existieren. Die Infektiosität, die Stabilität und Aktivität von Viren werden hierbei auch durch Umweltfaktoren wie Temperatur, Luftfeuchtigkeit und die Sonneneinstrahlung beeinflusst. Die Ergebnisse bezüglich der Altersverteilung stellen dar, dass

die Gruppen der „Säuglinge“ sowie „Föten und Totgeborenen“ bei einer gemeinsamen Stärke von mindestens 80% in den Monaten Mai, August sowie Dezember am häufigsten vertreten sind, wohingegen die Gruppen „Neugeborene“ und „Kinder“ gemeinsam mit etwaigem gleichen Anteil nur 20% der Obduktionen ausmachen. Dabei ist zu beachten, dass unabhängig vom Monat bei Betrachtung des Gesamtkollektivs nach Altersgruppen auch die Säuglinge sowie Föten und Totgeborene häufiger vertreten sind als Neugeborene und Kinder. Außerdem steigt mit fortschreitendem Alter die erworbene Immunkompetenz und damit sinkt auch die Anzahl an tödlichen Infektionen und Atemwegserkrankungen, zwei der häufigsten Obduktionsdiagnosen. Hinzu kommt als mögliche Ursache, das laut Hasso Essbach erschwerte Erkennen von Symptomen bei Säuglingen. Bei Betrachtung der Geschlechtsverteilung innerhalb der jeweiligen Monate sticht hier ebenfalls die Dominanz des männlichen Geschlechts bei den Obduktionen mit relativen Häufigkeiten zwischen 52% und 61% gegenüber dem weiblichen mit Häufigkeiten zwischen 39% und 48% hervor. Aufgrund der ähnlichen Verteilung ist anzunehmen, dass die Geschlechtsverteilung der Obduktionen unabhängig vom Jahresverlauf ist. Besonders ist jedoch, dass im Monat Dezember von einer Gleichverteilung gesprochen werden kann.

Abschließend zeigt sich im Vergleich der Ergebnisse nach Altersgruppen, dass sich bis auf das Kollektiv „Säuglinge“ alle Altersgruppen dieselben drei häufigsten Diagnosegruppen aufzeigen und diese auch im vorherigen Kapitel als häufigste Diagnosegruppen vorkommen. Die wesentlichen Unterschiede innerhalb dieser Altersgruppen sind, dass die Diagnosegruppe „Dyspepsie“ nur bei den Säuglingen und die Gruppe „Verbrennungen und andere thermische/chemische (Intoxikation)/physikalische Einwirkungen“ nur bei den Kindern als häufig auftreten. Des Weiteren erscheint die Diagnosegruppe „Fehlbildungen und Anomalien“ bei Betrachtung der Gesamtabduktionen als dritthäufigste Gruppe, aber nicht bei einem bestimmten Alterskollektiv. Bezüglich der Ergebnisse im Jahresverlauf kann als Gemeinsamkeit festgehalten werden, dass mit Ausnahme des Kollektiv Föten und Totgeborene eine Häufung der Obduktionen in den Sommermonaten Juli und August zu beobachten ist. Zusätzlich verzeichnen die Altersgruppen Säuglinge sowie Kinder einen Winterpeak im Monat Dezember. Diese Sommer- sowie Winterpeaks sind überwiegend auf die Saisonalität von viralen Erkrankungen zurückzuführen. Weitere vom Jahresverlauf abhängige Gemeinsamkeiten oder Verteilungsmuster sind nicht ersichtlich. Bei Ansicht der verschiedenen Altersgruppen bezüglich der Geschlechtsverteilung ist auffällig, dass bei allen Obduktionen die des männlichen Geschlechts mit relativen Häufigkeiten zwischen 53% und 71% gegenüber dem weiblichen mit relativen Häufigkeiten zwischen 29% und 47% überwiegen. Demnach

überwiegt auch in allen Altersgruppen der Anteil des männlichen Geschlechts deutlich gegenüber dem des weiblichen Geschlecht, wobei die größte Differenz im Kollektiv der Kinder mit einer 70:30 Verteilung aufzufinden ist. Diese Verteilung unterscheidet sich auch im Vergleich zur Verteilung des Geschlechts des gesamten Patientenkollektivs, welches eine Verteilung von 57% Jungen und 43% Mädchen zeigt.

Sowohl Magdeburg als auch die gesamte DDR waren mit dem Problem der Säuglings- und Kindersterblichkeit konfrontiert. Bis einschließlich 1965 lag die Säuglingssterblichkeit der DDR deutlich über der der BRD. Sowohl an der Medizinischen Akademie Magdeburg als auch in übrigen Teilen der DDR wurden daher verschiedene politische, medizinische sowie auch präventive Maßnahmen erfolgreich ergriffen um das Problem der hohen Säuglingssterblichkeit einzudämmen. Beispiele hierfür sind die Unternehmungen Hasso Essbachs im Rahmen seines Wirkens in der Pädopathologie als auch verschiedene Programme der DDR zur finanziellen Unterstützung von Familien mit Kindern oder der Ausbau und die Spezialisierung von Entbindungsstationen.

Die Ergebnisse dieser Arbeit tragen sowohl zur Transparenz bezüglich interner klinischer Abläufe an der MAM zu Zeiten der SED-Diktatur als auch zur Ergänzung des Forschungsprojekts *Die Pädopathologie an der Medizinischen Akademie Magdeburg (MAM) - zum Umgang mit Fehl- und Frühgeburten und dem Säuglingstod 1959-1989/90* des Institutes Geschichte, Ethik und Theorie der Medizin bei. Obwohl in der Dokumentation des Registrierbuchs für heutige Verhältnisse eine uneinheitliche Struktur, inkomplette Datenerfassung sowie ungenaue Diagnosestellung vorliegen, zeigt sich kein Anhalt für Zwangsadoption, Manipulation von Daten oder Vergleichbarem durch die MAM und ihre Mitarbeiter*innen oder Personen sowie Funktionären der SED-Diktatur unter Hasso Essbachs Leitung. Dieser spielte bei der Einführung einer Dokumentationskultur in Form eines Registrierbuches, der Gründung der MAM, der Spezialisierung sowie dem Ausbau der Pädopathologie inklusiver ihrer Forschung und Lehre unter anderem durch die Veröffentlichung des ersten deutschsprachigen Gesamtwerkes zu diesem Gebiet eine herausragende Rolle und trieb damit sämtliche Maßnahmen gegen die Kinder- und Säuglingssterblichkeit an.

Die zentrale Limitation bei der Erstellung dieser Arbeit bildete zum einen die begrenzte Verfügbarkeit weiterer Materialien als das Registrierbuch wie beispielsweise Obduktions-, Todesscheine, Fotos sowie Histologische Präparate wie in den späteren Jahrgängen und zum anderen die daraus resultierende eingeschränkte Betrachtungsmöglichkeit sowie Bewertung

einzelner Patient*innen und Todesfällen bezüglich arbeitstechnischer Vorgehensweise, Dokumentation und Nachverfolgung. Darüber hinaus ist zu beachten, dass die Einteilung der Obduktionen und Verschlüsselung nach Diagnosegruppen nach heutigen medizinischen Kenntnissen und Literatur erfolgte. Auch die Auswertung konzentriert sich nicht auf medizinische Aspekte, sondern hat ihren Fokus auf die Dokumentation und innere Schlüssigkeit dieser.

Relevant als Forschungsgegenstand zukünftiger Arbeiten zu diesem Themenkomplex im Rahmen des Großprojektes des Institutes für Geschichte, Ethik und Theorie der Medizin ist der Effekt der untersuchten Maßnahmen gegen die Kinder- sowie Säuglingssterblichkeit in Magdeburg sowie der DDR in den Folgejahren und ob diese auch mit den entsprechenden Registrierbücher korrelieren. Ein Vergleich mit der Dokumentation der BRD derselben Jahrgänge zu diesem Thema stellt dabei eine wichtige mögliche Ergänzung dar. Diese Arbeit hat durch die Analyse und Darlegung von jeglichen Daten der Kinderpathologie aus dem Jahrgang 1959 ein Stückweit mehr Transparenz bezüglich der Vorgänge rund um die Kindersterblichkeit erzeugt. Es konnten jedoch nicht mögliche Parallelen zur Zwangsadoptionen belegt oder widerlegt werden. Daher bleibt offen, inwieweit die Analyse sowie Darlegung weiterer Daten und Dokumente der Kinderpathologien der DDR, eine mögliche Antwort auf diese Fragen leisten können. Hierzu wäre in Zukunft das Anlegen einer Datenbank zu den verstorbenen und mutmaßlich „verlorenen Kindern der DDR“ in Kooperation weiterer Pathologien der neuen Bundesländer denkbar. Abschließend kann somit festgehalten werden, dass die Thematik bezüglich der Kindersterblichkeit, der medizinischen Arbeitsabläufe, der Zwangsadoptionen und der verlorenen Kinder auch zukünftig weiteren Forschungsbedarf besitzt.

LITERATURVERZEICHNIS

Archivalien

- (1) Registrierbuch 1959 der Pädiatrie der Medizinischen Akademie Magdeburg.

Online-Artikel und Quellen

- (1) DNB. Katalog der Deutschen Nationalbibliothek.
- (2) Geschichte, Ethik und Theorie der Medizin - Forschung. (2021, 8. März).
- (3) Städte-Deutschland. Kinderweltreise.
- (4) Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg Institut für Germanistik. Magdeburger Biographisches Lexikon.
- (5) Walter, A. (2019, 6. September). Stahl die DDR Müttern ihre Babys? Volksstimme.
- (6) Walter, A. (2023, 20. April). Medizinische Akademie Magdeburg: Was wurde aus den verschwundenen Babys der DDR? Volksstimme.

Zeitgenössische Literatur

- (1) Essbach H. Pädiatrie: Kyematopathien Neonopathien Thelamonopathien. Vorwort und Kapitel: Zur Frage der Mortalität und ihrer Ursachen. Leipzig (1961).
- (2) Essbach, H, Peiper, A. Woran sterben die Frühgeburten?. Zeitschrift für Kinderheilkunde, Bd.73 (1953), S.188-210.
- (3) Medizinische Akademie Magdeburg. Festschrift 10 Jahre Medizinische Akademie Magdeburg. Kapitel: Das Institut für Pathologie (1964), S. 120-123.
- (4) Medizinische Akademie Magdeburg. Festschrift 10 Jahre Medizinische Akademie Magdeburg. Kapitel: Die Frauenklinik (1964), S. 56-59.
- (5) Medizinische Akademie Magdeburg. Festschrift 10 Jahre Medizinische Akademie Magdeburg. Kapitel: Die Kinderklinik (1964), S.74-78.
- (6) Medizinische Akademie Magdeburg. Festschrift 10 Jahre Medizinische Akademie Magdeburg. Kapitel: Die Landesfrauenklinik (1964), S. 60-64.
- (7) Medizinische Akademie Magdeburg. Festschrift 10 Jahre Medizinische Akademie Magdeburg. Kapitel: Geleitwort (1964), S. 11-12.
- (8) Nebelung, Bianka. Prof. Dr. sc. Med. Dr. h. c. Hasso Eßbach - 1. Rektor, Prorektor und langjähriger Institutsdirektor der Medizinischen Akademie Magdeburg. Magdeburg (1988). Monographie.
- (9) Staatliche Zentralverwaltung für Statistik Kreisstelle Magdeburg-Stadt. Statistisches Taschenbuch Kreis Magdeburg-Stadt 1959. Magdeburg (1960).

Sekundärliteratur

- (1) Brinkschulte E, Roessner A. Pathologie in Magdeburg. Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Pathologie (2007) (91).
- (2) Douglas P, Stewart S. Seasonality and selective trends in viral acute respiratory tract infections. Medical Hypotheses 86 (2016), S. 104–119.
- (3) Drevenstedt G, Crimmins E, Vasunilashorn S, Finch C. The rise and fall of excess male infant mortality. PNAS Vol. 105 no. 13 (2008), S. 5016-5021.
- (4) Götz D, Köhn A, Reißmann A, Spillner C, Vogt C. Jahresbericht des Bundeslandes Sachsen-Anhalt zur Häufigkeit von congenitalen Fehlbildungen und Anomalien sowie genetisch bedingten Erkrankungen 2021. Fehlbildungsmonitoring Sachsen-Anhalt an der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität Magdeburg. Magdeburg (2022), S. 8.
- (5) Landeshauptstadt Magdeburg. Stadtplanungsamt Magdeburg. Magdeburger Friedhöfe und Begräbnisstätten. Magdeburg (1998).
- (6) Landeshauptstadt Magdeburg Amt für Statistik, Wahlen, und demografische Stadtentwicklung. Bevölkerung & Demografie 2022 Magdeburger Statistik. Magdeburg (2022).
- (7) Moriyama M, Hugentobler W, Iwasaki A. Seasonality of Respiratory Viral Infections. Annual Review of Virology (2020) (7), S. 83–101.
- (8) Pavia A. Viral Infections of the Lower Respiratory Tract: Old Viruses, New Viruses, and the Role of Diagnosis. Clinical Infectious Diseases 52 (S4) (2011), S. 284–289.
- (9) Pfänder S, Respiratorische Virusinfektionen: Mechanismen der saisonalen Ausbreitung. Deutsches Ärzteblatt: Perspektiven der Infektiologie (2020), S. 10-13.
- (10) Pica N, Bouvier N. Ambient Temperature and Respiratory Virus Infection (2014).
- (11) Rudnik-Schöneborn S, Swoboda M, Zschocke J. Genetische Untersuchungen bei wiederholten Spontanaborten: Aktuelle Empfehlungen unter besonderer Berücksichtigung der Präimplantationsdiagnostik. Der Gynäkologe 51, 2018 (2), S. 286–295.
- (12) Wins, N. Dissertation Hasso Essbach. Magdeburg. Kapitel: Heirat mit Helena Gerda Sänger. (Veröffentlichung ausstehend).

DANKSAGUNG

Die Danksagung ist in der Version aus Datenschutzgründen nicht enthalten.

EHRENERKLÄRUNG

Ich erkläre, dass ich die der Medizinischen Fakultät der Otto-von-Guericke-Universität zur Promotion eingereichte Dissertation mit dem Titel

Analyse des Jahrgangs 1959 der Pädopathologie der Medizinischen Akademie Magdeburg

im Institut Geschichte, Ethik und Theorie der Medizin

mit Unterstützung durch Frau Prof. Brinkschulte

ohne sonstige Hilfe durchgeführt und bei der Abfassung der Dissertation keine anderen als die dort aufgeführten Hilfsmittel benutzt habe.

Bei der Abfassung der Dissertation sind Rechte Dritter nicht verletzt worden.

Ich habe diese Dissertation bisher an keiner in- oder ausländischen Hochschule zur Promotion eingereicht. Ich übertrage der Medizinischen Fakultät das Recht, weitere Kopien meiner Dissertation herzustellen und zu vertreiben.

Magdeburg, den 22.01.2024

Unterschrift

ERKLÄRUNG ZUR STRAFRECHTLICHEN VERURTEILUNG

Bei der Abfassung der Dissertation sind Rechte Dritter nicht verletzt worden.

Ich erkläre hiermit, nicht wegen einer Straftat verurteilt worden zu sein, die
Wissenschaftsbezug hat.

Magdeburg, den 22.01.2024

Unterschrift

DARSTELLUNG DES BILDUNGSWEGES (LEBENS LAUF)

Der Lebenslauf ist in der Version aus Datenschutzgründen nicht enthalten.

ANLAGEN

Tabellen

Nachname	Anzahl der Fälle
Albrecht	3
Anhalt	2
Becker	2
Berger	2
Bieber	2
Borchert	2
Brandt	3
Donner	2
Ebeling	4
Engel	2
Fischer	3
Frebel	2
Fricke	2
Friedrich	2
Gehrmann	2
Grothe	2
Grunert	3
Hame	2
Hannemann	2
Hartmann	2
Heinrich	3

Henning	4
Heupel	2
Hinterbrandner	2
Hoffmann	2
Hoppe	2
Hübner	2
Kaiser	2
Kaufmann	2
Koch	2
Köhler	3
Krause	5
Krüger	3
Kühnaß	2
Lange	5
Lehmann	2
Lindner	2
Mai	2
Meyer	6
Müller	11
Naumann	2
Neubauer	2
Paul	3
Rabe	2
Rettschlag	2

Richter	4
Ritter	2
Rohde	3
Rosenowsky	3
Schmelzer	2
Schmidt	12
Schneider	2
Schrader	3
Schröder	2
Schulz	7
Schulze	6
Schütze	2
Seume	2
Sommer	2
Springer	2
Stock	2
Strauß	2
Thiel II	2
Ullrich	2
Unger	2
Urbaniak	2
Waesche	3
Wagner	2
Weiser	2

Wolf	3
Ziebert	2
Zimmermann	2

Tab. 1 Mehrfach vorkommende Familiennamen