

**Armutsrisiko Mutterschaft:
Mütter- und Säuglingsfürsorge im Deutschen Reich
1890-1924**

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung des Doktorgrades
der Philosophischen Fakultät
der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf

vorgelegt von
Silke Fehlemann
aus: Rinteln/Weser

Erstgutachter: Univ.-Prof. Dr. Dr. Alfons Labisch
Zweitgutachterin: Univ.-Prof. Dr. Irmtraud Götz von Olenhusen

D61

Tag der mündlichen Prüfung 11.11.2004

1. Einleitung.....	3
1.1 Mutterschaft und Sozialstaat: Ein exklusives Verhältnis?.....	3
1.2 Forschungsstand, Fragestellung und Methode.....	9
1.2.1 Gesundheitsfürsorge zwischen staatlichem, städtischem und privatem Engagement.....	11
1.2.2 Verberuflichungs- und Spezialisierungsprozesse in der Gesundheitsfürsorge.....	20
1.2.3 Mütter und Säuglinge in der medizinischen Normalisierung: Fürsorgekonzepte und ihre praktische Umsetzung	25
1.3. Quellenlage	34
2. Vorbedingungen.....	39
2.1 Soziale Lage und Gesundheitsverhältnisse	39
2.2 Soziale Politik: Bedingungen des Mutter- und Säuglingsschutzes bis 1914	55
2.2.1 Armenpflege und Sozialversicherung.....	55
2.2.2 Sozialreform und Gesundheitswissenschaften.....	71
2.2.3 Die „sociale Ausgestaltung der Armenpflege“	81
3. Der Beginn der Mütter- und Säuglingsfürsorge im Deutschen Reich	93
3.1 Die Vorläufer	94
3.2 Die Diskurse.....	105
3.3 Die Organisation der Mütter- und Säuglingsfürsorge auf der Reichsebene.....	125
3.3.1 Formen der Intervention.....	125
3.3.2 Der „Säuglingspalast“ des Deutschen Reiches. Das „Kaiserin Auguste Victoria-Haus“ und die ihm angeschlossenen Organisationen.	126
3.3.3 Die Deutsche Vereinigung für Säuglingsschutz	133
3.4 Die Organisation der Säuglingsfürsorge im Königreich Preußen.....	136
3.4.1 Der Regierungsbezirk Düsseldorf.....	139
3.4.1.1 Düsseldorf	159
3.4.1.2 Krefeld	162
3.4.2 Die Provinz Westfalen	164
3.4.2.1 Münster	170
3.5 Die Organisation der Mütter- und Säuglingsfürsorge im Großherzogtum Baden	173
3.5.1 Karlsruhe.....	182
3.5.2 Freiburg.....	184
3.6 Die Organisation der Säuglingsfürsorge im Königreich Sachsen.....	190
3.6.1 Dresden	197
3.6.2 Leipzig	198
3.7 Zusammenfassung.....	201

4. Protagonisten und Akteurinnen: Spezialisierung und Professionalisierung.....	205
4.1 Die Kinderärzte	208
4.1.1 Die Spezialisierung der Kinderheilkunde	208
4.1.2 (Kinder-)ärzte in der Säuglingsfürsorge.....	216
4.2 Mit Fürsorge Staat machen: Wohltäterinnen und Sozialreformerinnen, Fürsorgerinnen und Kinderkrankenschwestern.....	224
4.2.1 Frauenbewegung und Wohltätigkeit im ausgehenden 19. Jahrhundert	224
4.2.2 Sozialreformerinnen und Säuglingsfürsorge.....	231
4.2.3 „Von Frau zu Frau“: Die weiblichen Wohltätigkeitsvereine	240
4.2.4 Neue Frauenberufe in der Mütter- und Säuglingsfürsorge.....	250
4.2.5 Kooperationen und Konflikte: Die Hebammen	260
4.2.6 Zusammenfassung.....	279
5. Die praktische Ausgestaltung der Mütter und Säuglingsfürsorge	280
5.1 Offene Fürsorge	283
5.1.1 „Die Schulung zur Mutter“: Aufklärung und Gesundheitserziehung	283
5.1.2 Betriebliche Säuglingsfürsorge	293
5.1.3 Die Funktion der Fürsorge- und Beratungsstellen	298
5.2 Geschlossene Fürsorge.....	320
5.3 Zusammenfassung.....	331
6 Grundlinien der Mütter- und Säuglingsfürsorge im Ersten Weltkrieg und in der Weimarer Republik	333
6.1 Bevölkerungspolitik und Geburtenrückgang im Ersten Weltkrieg.....	333
6.2 Die Entwicklung der Mütter- und Säuglingsfürsorge in der Weimarer Republik.....	343
7. Schluss.....	360
8. Literaturverzeichnis.....	368
8.1 Archivalia.....	368
8.2 Zeitschriften	377
8.3 Quellen und Literatur	378
9. Abkürzungsverzeichnis	429

„Heute werden die Hersteller von Menschen von allen Seiten belastet, als sei es nötig, ihnen ihr Werk besonders zu erschweren. Weder der Vater noch die Mutter nehmen deshalb mehr ein, weil sie Kinder liefern. Jedes neue Kind verengt zunächst den Raum, vermehrt den Bedarf und verkürzt die Unabhängigkeit der Eltern. Vor allem aber bedeutet Mutterschaft – Geldverlust. Die Frau geht als Individuum leichter durch die kapitalistische Welt, wenn sie nicht Mutter wird.“

(Friedrich Naumann, Neudeutsche Wirtschaftspolitik 1902)

1. Einleitung

1.1 Mutterschaft und Sozialstaat: Ein exklusives Verhältnis?

Das Zitat von Friedrich Naumann scheint uns - angesichts ständiger Diskussionen um den Geburtenrückgang - höchst aktuell: Wer der Gesellschaft Kinder „liefert“, setzt sich einem erheblichen wirtschaftlichen Risiko aus. Das gilt für beide Elternteile, trifft aber auf Mütter in ganz besonderem Maße zu.¹ Schließlich können sich weder heute noch damals alle Mütter auf einen „Ernährer“ verlassen, sondern müssen oder wollen sich und ihre Familie selbst ernähren. Hierfür sind die Möglichkeiten, die die industrielle Erwerbsgesellschaft bietet, gering: Kinderbetreuungsangebote, flexible Arbeitsplätze und familienfreundliche Betriebe sind selten und gelten nach wie vor als äußerst „modern“.² Umso

¹ So sind in der Bundesrepublik nach dem letzten Armutsbericht der Bundesregierung fast ein Drittel der alleinerziehenden Mütter (28,1 %) von Leistungen aus der Sozialhilfe abhängig. Vgl. Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (Hg.), Lebenslagen in Deutschland. Der erste Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Berlin 2001, S. 114.

² „Menschen, die Kinder gebären und erziehen, sind im Kontext einer auf marktvermittelter Lohnarbeit basierenden Verteilung von Subsistenzmitteln nicht in der Lage, für ihre eigene Existenz zu sorgen“, zit. nach Teresa Kulawik, Wohlfahrtsstaat und Mutterschaft. Schweden und Deutschland 1870-1912, Frankfurt/M./New York 1999, S. 13. Im Folgenden wird in der Regel der Begriff „Sozialstaat“ verwendet, vgl. zur Begriffsdiskussion: Gerhard A. Ritter, Der Sozialstaat. Entstehung und Entwicklung im internationalen Vergleich, 2. überarbeitete und erheblich erweiterte Aufl., München 1991, S. 9-14. Zur Begriffsdefinition von Sozialpolitik und zum Aufgabenkatalog des Sozialstaates vgl. die Aufzählung der vier Bereiche aktueller sozialpolitischer Intervention bei Franz-Xaver Kaufmann: 1. Rechtliche Intervention (z. B. Arbeitsrecht), 2. Ökonomische Intervention, 3. Ökologische Intervention (Bereitstellung geeigneter Infrastrukturmaßnahmen, wie etwa Krankenhäuser, öffentliche Verkehrsbetriebe etc.) und 4. Pädagogische Intervention (z. B. Bildungs- und Beratungsangebote), vgl. Franz-Xaver Kaufmann, Elemente einer soziologischen Theorie sozialpolitischer Intervention, in: ders. (Hg.), Staatliche Sozialpolitik und Familie, München/Wien 1983, S. 49-86; grundlegend auch: Jens Alber, Vom Armenhaus zum Wohlfahrtsstaat. Analysen zur Entwicklung der Sozialversicherung in Westeuropa, Frankfurt/M. New York 1982; Wolfgang J. Mommsen (Hg.) in Zusammenarbeit mit Wolfgang Mock, Die Entstehung des Wohlfahrtsstaates in Großbritannien und Deutschland 1850-1950, Stuttgart 1981. Vgl. auch: Quellenedition zur Geschichte

erstaunlicher ist es, dass Stillräume in Fabriken, Fabrikrippen und auch flexible Arbeitsplätze für Mütter schon im ausgehenden 19. Jahrhundert intensiv diskutiert wurden. Die Frage nach der Einbeziehung in moderne Erwerbsprozesse auf der einen und nach der Zuständigkeit für Haus- und Kinderbetreuung auf der anderen Seite ist keineswegs neu, hat aber bis heute nichts von ihrer Aktualität verloren.³ Wenn sich aber in den letzten 120 Jahren die Möglichkeiten für Mütter, ihre Familie selbstständig abzusichern, kaum verbessert haben, so hätte doch ihrer sozialen Absicherung eine erhebliche Bedeutung zukommen müssen.⁴ Schließlich fand seit dem letzten Drittel des 19. Jahrhunderts auch ein intensiver Ausbau des Sozialstaates statt.

der deutschen Sozialpolitik 1867 bis 1914. Begründet von Peter Rassow im Auftrage der Historischen Kommission der Akademie der Wissenschaften und Literatur, hg. von Karl Erich Born/Hansjoachim Henning/Florian Tennstedt, Wiesbaden/Stuttgart/Darmstadt 1966ff.

- ³ Eine Darstellung mit weiteren Literaturhinweisen zur aktuellen Lage findet sich bei Eva Mädje/Claudia Neusüß, *Frauen in der Sozialpolitik- und Armutsforschung*, in: Theresa Kulawik/Birgit Sauer (Hg.), *Der halbierte Staat: Grundlagen feministischer Politikwissenschaft*, Frankfurt/M./New York 1996, S. 206-222; Vgl. auch den Sammelband von Kathrin Braun u. a. (Hg.), *Feministische Perspektiven der Politikwissenschaft*, München/Wien 2000.
- ⁴ Die Bedeutung der sozialpolitischen Absicherung von Müttern für die Geschlechterverhältnisse wird inzwischen auch durch die Fülle der internationalen Literatur zum Thema Frauen und Sozialstaat deutlich. Dabei bleibt es allerdings erstaunlich, welche Unterschiede schon allein in quantitativer Hinsicht zwischen der angloamerikanischen und der deutschen Forschungsliteratur bestehen. Vgl. die folgenden Forschungsüberblicke und Sammelbände: Lynne A. Haney, *Engendering the welfare state: A review article*, in: *Comparative Studies in Society and History* 40 (1998), S. 748-767; Anne Orloff, *Gender in the Welfare State*, in: *Annual Review of Sociology* 22 (1996), S. 51-78; Anne Digby/John Stewart (Hg.), *Gender, Health and Welfare*, London/New York 1996; Simon Szreter, *Fertility, class and gender in Britain, 1860-1940*, Cambridge 1996; Pat Thane, *Wohlfahrt und Geschlecht in der Geschichte*, in: *L'Homme. Zeitschrift für feministische Geschichtswissenschaft* 5 (1995), S. 5-18; Jane Lewis (Hg.), *Women and Social policies in Europe. Work, Family, and the State*, Hants 1993; Seth Koven/Sonya Michel (Hg.), *Mothers of a New World. Maternalist Politics and the Origins of Welfare States*, London/New York 1993; Gisela Bock/Pat Thane (Hg.), *Maternity and Gender Policies: Women and the Rise of the European Welfare State. 1880s-1950s*, New York 1991; Seth Koven/Sonya Michel, *Womanly Duties: Maternalist Politics and the Origins of Welfare States in France, Germany, Great Britain and the United States 1880-1920*, in: *The American Historical Review* 95 (1990), S. 1076-1108; Miriam Cohen/Michael Hanagan, *The Politics of Gender and the Making of the Welfare State 1900-1940*, in: *Journal of Social History* 24 (1990), S. 469-484. Während das Thema *Gender and Welfare* in den angloamerikanischen Ländern lebhaft diskutiert wird und die Literatur zu dieser Frage inzwischen kaum noch zu überblicken ist, kann in Deutschland von einer breiten Diskussion keine Rede sein. Obwohl sich in den letzten Jahren ein stärkeres Interesse an diesem Themenfeld zeigt: Vgl. als Auswahl: Sigrid Leitner, *Frauen und Männer im Wohlfahrtsstaat: Zur strukturellen Umsetzung von Geschlechterkonstruktionen in sozialen Sicherungssystemen*, Frankfurt/M. 1999; Kulawik, *Wohlfahrtsstaat und Mutterschaft*; Fait, *Arbeiterfrauen*; Hede Helfrich (Hg.), *Frauenleben im Wohlfahrtsstaat: Zur Situation weiblicher Existenzbedingungen*, Münster 1996; Gisela Bock, *Weibliche Armut, Mutterschaft und Rechte von Müttern in der Entstehung des Wohlfahrtsstaats 1890-1950*, in: Georges Duby/Michelle Perrot (Hg.), *Geschichte der Frauen*, Bd. 5: 20. Jahrhundert, Frankfurt a. Main u. a. 1995, S. 427-461; Young Sun Hong, *The contradictions of Modernization in the German Welfare State: Gender and the Politics of Welfare Reform in First World War Germany*, in: *Social History* 17 (1992), S. 266-267; Ann Taylor Allen, *Feminism and Motherhood in*

Seit den 1880er Jahren hatten die Sozialversicherungen die Armutrisiken der Erwerbsarbeiter wie Krankheit, Alter und Unfall schrittweise erfasst.⁵ Die spezifisch weiblichen Risiken wie Schwangerschaft, Wochenbett, Kinderbetreuungszeiten und Krankheit des Kindes wurden allerdings kaum berücksichtigt und erreichten eine breite öffentliche Diskussion eigentlich erst um die Jahrhundertwende. Das Armutrisiko der Mutter und das Gesundheitsrisiko des Säuglings bedürftiger Eltern wurden nun in einen gemeinsamen Kontext gestellt und mit der Debatte um nationale Macht- und Bevölkerungspolitik verbunden. Die Diskussion um die Absicherung des ‚Armutrisikos Mutterschaft‘ fand insofern verspätet statt, denn zum Höhepunkt der Debatte um 1900 waren die wesentlichen Weichen sozialstaatlicher Absicherung schon gestellt. Das hatte tiefgreifende Folgen: Die Möglichkeit, Frauen über berufsständische Merkmale hinaus in die Sozialversicherung mit einzubeziehen, war verpasst worden. Das bedeutete, dass Sicherungsaufgaben für mittellose Mütter nicht als Rechtsanspruch formuliert, sondern dem Bereich der Fürsorge zugeordnet wurden. Bedürftige Mütter waren im Kaiserreich weitgehend auf Wohltätigkeit und Fürsorgeleistungen angewiesen.⁶ Indem die Sozialversicherungen fast ausschließlich auf

Germany 1800-1914, New Brunswick 1991; Ruth Köppen, *Die Armut ist weiblich*, Berlin 1985; Illona Kickbusch/Barbara Riedmüller, *Die armen Frauen. Frauen und Sozialpolitik*, Frankfurt/M. 1984.

⁵ Vgl. als neuere Zusammenfassungen: Wolfgang J. Mommsen, *Sozialpolitik im Deutschen Reich*, in: Wolfgang Woelk/Jörg Vögele (Hg.), *Geschichte der Gesundheitspolitik in Deutschland. Von der Weimarer Republik bis in die Frühgeschichte der „doppelten Staatsgründung“*, Berlin 2002, S. 51-66. Philip Manow, *Der historische Weg der sozialen Krankenversicherung. Von der Behebung sozialer Not zur umfassenden Daseinsfürsorge - ein umgekehrter Weg*, in: Heinz Häfner (Hg.), *Gesundheit – unser höchstes Gut?*, Berlin u. a. 1999, S. 145-165. Weitere Literaturhinweise zur Entstehung der Sozialversicherungen finden sich im zweiten Kapitel dieser Arbeit.

⁶ Die Frage nach der Absicherung von unbemittelten Müttern wurde schon im Kaiserreich auf den vier „klassischen“ Ebenen sozialstaatlicher Absicherung diskutiert: 1. Arbeitsschutz, 2. Versicherungen, 3. Fürsorgeleistungen und 4. Versorgung (z.B. für Witwen), vgl. Christoph Sachße, *Der Wohlfahrtsstaat in historischer und vergleichender Perspektive*, in: *GuG* 16 (1990), S. 479-490, hier S. 482. Zu den Arbeitsschutzmaßnahmen für Frauen existieren schon grundlegende Untersuchungen von Sabine Schmitt, *Der Arbeiterinnenschutz im deutschen Kaiserreich. Zur Konstruktion der schutzbedürftigen Arbeiterin*, Stuttgart/Weimar 1995 und Kathrin Braun, *Gewerbeordnung und Geschlechtertrennung. Klasse, Geschlecht und Staat in der frühen Arbeitsschutzgesetzgebung*, Baden-Baden 1993. Zur geschlechterpolitischen Dimension der Sozialversicherung vgl. auch Karin Hausen, *Arbeiterinnenschutz, Mutterschutz und gesetzliche Krankenversicherung im Deutschen Kaiserreich und in der Weimarer Republik. Zur Funktion von Arbeits- und Sozialrecht für die Normierung und Stabilisierung der Geschlechterverhältnisse*, in: Ute Gerhard (Hg.), *Frauen in der Geschichte des Rechts. Von der frühen Neuzeit bis zur Gegenwart*, München 1997, S. 713-743. Barbara Fait, *Arbeiterfrauen und –familien im System sozialer Sicherheit: zur geschlechterpolitischen Dimension der „Bismarck’schen“ Arbeiterversicherung*, in: *Jahrbuch für Wirtschaftsgeschichte* 1 (1997), S. 171-205. Vgl. Kulawik, *Wohlfahrtsstaat und Mutterschaft*. Vgl. auch Nicole Matzner-Vogel, *Zwischen Produktion und Reproduktion. Die Diskussion über Mutterschaft und Mutterschutz im späten Kaiserreich und der Weimarer Republik (1905-1929)*, Frankfurt/Main 2006.

das „Normalitätsprofil“ (E. Pankoke) des männlichen Arbeiters zugeschnitten waren, schlossen sie die weiblichen Daseinsrisiken de facto aus, obwohl Frauen de jure an der Sozialversicherung teilhaben konnten. Arbeiterinnen waren also an der Sozialversicherung beteiligt, solange sie einen „männlichen“ Lebensverlauf hatten, d. h. solange sie keine Kinder bekamen. Denn schon mit ein oder zwei Kindern und dem damit verbundenen Betreuungsaufwand, konnten die Mütter nicht die Beitragsjahre erreichen, die etwa für die Altersrente notwendig gewesen wären, auch wenn sie davor schon jahrelang in die Rentenkasse eingezahlt hatten.⁷ Diese Entwicklung stellt eine *Exklusion in der Inklusion*⁸ dar, die die „strukturelle Rücksichtslosigkeit“⁹ unserer Gesellschaft gegenüber Müttern und Kindern weiterführt und neu produziert. Mütter konnten nur mittelbar, etwa über den Ehemann, Eltern oder andere Anverwandte ihre besonderen Daseinsrisiken auffangen und fielen im Bedarfsfall der privaten Hilfe oder der Fürsorge anheim. Beide Formen stellten aber Absicherungen ohne Rechtsanspruch dar, zeigten also wiederum auch eine exkludie-

⁷ Vgl. dazu ausführlich das zweite Kapitel der vorliegenden Arbeit. Bis heute ist es so, dass einer Witwe, die vor allem Kinder großgezogen hat, beim Todesfall ihres Ehemannes nur 60 Prozent seiner Rente zufallen, während der Ehemann, wenn er berufstätig war, die volle Rente weiter erhält, auch wenn er Witwer ist. Hier macht sich das Armutrisiko Mutterschaft erst im Alter bemerkbar.

⁸ Die Begriffe Inklusion und Exklusion wurden in der deutschen Wohlfahrtsstaatstheorie vor allem von Niklas Luhmann verwendet: „Der Begriff der Inklusion meint die Einbeziehung der Gesamtbevölkerung in die Leistungen der einzelnen gesellschaftlichen Funktionssysteme. Er betrifft einerseits *Zugang* zu diesen Leistungen, andererseits *Abhängigkeit* der individuellen Lebensführung von ihnen. In dem Maße, als Inklusion verwirklicht wird, verschwinden Gruppen, die am gesellschaftlichen Leben nicht oder nur marginal teilhaben. [...] Die bewußte entwicklungspolitische Beibehaltung solcher Marginalität, die Ausschließung ganzer Bevölkerungsgruppen aus der Partizipation an gesellschaftlichen Leistungen könnte man daher auch Exklusion nennen.“ vgl. Niklas Luhmann, Politische Theorie im Wohlfahrtsstaat, München 1981, hier S. 25f. Vgl. zur geschlechterpolitischen Dimension der Systemtheorie Luhmannscher Prägung die kritische Auseinandersetzung bei Sabine Berghahn, Verwaltung, Gleichheit, Gerechtigkeit – Der feministische und systemtheoretische Blick – unvereinbar?, in: Klaus Dammann u. a. (Hg.), Die Verwaltung des politischen Systems: Neuere systemtheoretische Zugriffe auf ein altes Thema. Niklas Luhmann zum 65. Geburtstag, Opladen 1994, S. 79-98, hier S. 98. Besonders anregend für die hier gewählte Formulierung der „Exklusion in der Inklusion“ war eine Arbeit von Rudolf Stichweh, in der der Autor anhand der Beispiele totaler Institutionen wie etwa des Gefängnisses von einer „Inklusion in der Exklusion“ ausging. Vgl. Rudolf Stichweh, Inklusion/Exklusion, funktionale Differenzierung und die Theorie der Weltgesellschaft, in: http://www.uni-bielefeld.de/soz/iw/pdf/stichweh_6.pdf, 15.04.2003, S. 13.

⁹ Siehe Franz-Xaver Kaufmann, Zukunft der Familie im vereinten Deutschland. Gesellschaftliche und politische Bedingungen, München 1995, hier S. 169 und S. 175ff.; vgl. auch ders., Zur Lage der Familie und der Familienpolitik in Deutschland, in: Friedrich Wilhelm Busch/Rosemarie Nave-Herz (Hg.), Ehe und Familie in Krisensituationen, Oldenburg 1996, S. 13-33.

rende Seite.¹⁰ Diese *Exklusion in der Inklusion* soll im Folgenden am Beispiel der Mütter- und Säuglingsfürsorge nachgezeichnet werden. Mutterschaft stand und steht dabei in einem grundsätzlichen Spannungsfeld: Zum einen besteht die Problematik, dass sich Familien- und Kinderbetreuungsarbeit unter den Bedingungen der ökonomischen Moderne erheblich armutsfördernd auswirken.¹¹ Zum anderen hat der Staat sowohl an der familiären und gesellschaftlichen Stabilität als auch an der Kontrolle der Reproduktion und der Gesundheit der Kinder ein maßgebliches Interesse.¹² Die Diskussion um die Senkung der Kindersterblichkeit und die Vermehrung der Bevölkerung war schon Bestandteil der Peuplierungspolitik des aufgeklärten Absolutismus gewesen. Jedoch waren sowohl Kommunikations- als auch Durchsetzungsmöglichkeiten dieser Politik im 18. Jahrhundert noch nicht umfassend ausgebaut. Zudem gewannen mit den Hungerkrisen des Pauperismus in der ersten Hälfte des 19. Jahrhundert die Befürworter „einer natürlichen“ Bevölkerungskorrektur durch Säuglingssterblichkeit an Bedeutung.¹³ Erst zum Ende des 19. Jahrhunderts wurde die Vermehrung der Bevölkerung als Reaktion auf den Geburtenrückgang wieder ein breit diskutiertes Thema.

Mütter- und Säuglingsfürsorge stellte in diesem kurz skizzierten Zusammenhang einen Vorsorgebereich dar, der zum einen innerhalb der zeitgenössischen Diskussion einen erheblichen Stellenwert besaß und zum anderen als einer der ersten Gesundheitsfürsorgezweige ausgebaut wurde. In der Untersuchung wird dargestellt werden, wie sich der „Wert des Säuglings“ am Ende des 19. Jahrhunderts als ein Produkt verschiedener Diskurse ver-

¹⁰ „In einer Gesellschaft, die auf dem Prinzip marktförmiger Privatarbeit beruht, sind sie also ‘systemfremd’. Die Fürsorge enthält daher auch eine Reihe von Mechanismen, die verhindern, daß sie zur *attraktiven* Alternative zur privaten Erwerbsarbeit wird: Sie ist grundsätzlich subsidiär, tritt nur ein, wenn alle anderen Reproduktionsmöglichkeiten scheitern. Leistungsempfänger müssen sich daher einer Bedürfnisprüfung mit entsprechenden Kontrollen (means test) unterziehen.“ zit. nach Sachße, *Der Wohlfahrtsstaat*, S. 483.

¹¹ Kulawik, *Wohlfahrtsstaat und Mutterschaft*, S. 57.

¹² Vgl. zu diesem Aspekt: Vera Steinecke, *Menschenökonomie. Der medizinische Diskurs über den Geburtenrückgang von 1911 bis 1931*, Pfaffenweiler 1996; Christiane Dienel, *Kinderzahl und Staatsräson, Empfängnisverhütung und Bevölkerungspolitik in Deutschland und Frankreich bis 1918*, Münster 1995; Anna Bergmann, *Die verhütete Sexualität. Die Anfänge der modernen Geburtenkontrolle*, Hamburg 1992; Cornelia Osborne, *Frauenkörper - Volkskörper: Geburtenkontrolle und Bevölkerungspolitik in der Weimarer Republik*, Münster 1994.

¹³ Vgl. dazu Martin Fuhrmann, *Volksvermehrung als Staatsaufgabe? Bevölkerungs- und Ehepolitik in der deutschen politischen und ökonomischen Theorie des 18. und 19. Jahrhunderts*, Paderborn u. a. 2002, hier vor allem S. 219f.

änderte und wie die Akteure die Mütter- und Säuglingsfürsorge nutzen konnten, um ihre jeweiligen Ziele politisch umzusetzen.¹⁴

Es werden in der vorliegenden Arbeit drei Grundlinien nachgezeichnet, die zusammengekommen ein umfassendes Bild der Sozial- und Organisationsstruktur der Mütter- und Säuglingsfürsorge ergeben: So sollen die Diskurse und die Organisation der Säuglingsfürsorgebewegung, die Träger und Akteurinnen der Bewegung und die Zielgruppe der Fürsorge behandelt werden.

Der Zeitrahmen der Untersuchung reicht von 1890 bis 1924. Die Jahre von 1890 bis 1904 können als Frühgeschichte der gesellschaftlichen Debatte um das Armutsrisiko Mutterschaft verstanden werden, der Schwerpunkt der Darstellung liegt auf den Jahren zwischen 1904 und 1914. Für diesen Zeitraum lässt sich ein kontinuierlicher Ausbau der Mütter- und Säuglingsfürsorge aufzeigen, in welcher die bis dahin bestehenden Wöchnerinnen- und Mütterfürsorgebestrebungen nach und nach aufgingen. Im Ersten Weltkrieg und in den ersten Jahren der Weimarer Republik fand eine Erweiterung der modellhaften Ansätze statt. Nach 1924 stagnierte die Säuglingsfürsorge bzw. die Zahl der Fürsorgestellten ging sogar zurück, da die Beratung mehr und mehr in den Aufgabenbereich der Gesundheitsämter und der niedergelassenen Ärzteschaft fiel. Insofern ist das Jahr 1924 als Endpunkt der Untersuchung gewählt worden.

¹⁴ Michel Foucault beschrieb die Diskursanalyse als „das Wiederfinden des stummen, murmelnden, unerschöpflichen Sprechens, das von innen die Stimme belebt, die man hört, um die Wiederherstellung des kleinen und unsichtbaren Textes, der den Zwischenraum der geschriebenen Zeilen durchläuft und sie manchmal umstößt.“ Michel Foucault, *Archäologie des Wissens*, Frankfurt/M. 1981, S. 43. Da die wirkungsmächtigen Diskurse, die die Entstehung der Mütter- und Säuglingsfürsorge prägten, in der Sekundärliteratur schon in anderen Zusammenhängen aufgearbeitet worden sind, können sie hier, ohne eine umfangreiche Diskursanalyse zu leisten, nachgezeichnet werden. Die Literatur zu den in der Forschung dargestellten Diskursen wird an den entsprechenden Stellen im dritten Kapitel angeführt. Zur Methodik in der Diskursanalyse vgl. neuerdings zusammenfassend Robert Jütte, *Diskursanalyse in Frankreich*, in: Joachim Eibach/Günther Lottes, *Kompaß der Geschichtswissenschaft. Ein Handbuch*, Göttingen 2002, S. 307-317 und auch Philipp Sarasin, *Subjekte, Diskurse, Körper. Überlegungen zu einer diskursanalytischen Kulturgeschichte*, in: Wolfgang Hardtwig/Hans-Ulrich Wehler, *Kulturgeschichte Heute*. Göttingen 1996, S. 131-164. Vgl. auch Achim Landwehr, *Geschichte des Sagbaren. Einführung in die historische Diskursanalyse*, Tübingen 2001; Michael Maset, *Diskurs, Macht und Geschichte. Foucaults Analysetechniken und die historische Forschung*, Frankfurt/M. 2002.

1.2 Forschungsstand, Fragestellung und Methode

Das Armutsrisiko Mutterschaft zeigte sich vor allem ein Gesundheitsrisiko für Mütter und Säuglinge.¹⁵ Insofern richtet sich der Blick der vorliegenden Untersuchung auf die Leistungen der Gesundheitsfürsorge für bedürftige Mütter und Säuglinge. In der deutschen Geschichte war die präventive Gesundheitsfürsorge seit dem Kaiserreich ein wichtiger Bestandteil des sich ausdifferenzierenden Sozialstaats und der Armenfürsorge.¹⁶ Der Begriff der Gesundheitsfürsorge impliziert zweierlei: Fürsorgeleistungen waren im Gegensatz zu den Versicherungsleistungen nicht an eine Erwerbsarbeit geknüpft. Anders als im Bereich der Versicherung und der Versorgung gab es für Fürsorgeleistungen keinen klaren Rechtsanspruch. Die zweite Ebene des Begriffes Gesundheitsfürsorge liegt in der gesundheitlichen Prävention als Gegenentwurf zur Kurativmedizin. Es ging darum, gefährdete Bevölkerungsgruppen vorbeugend aufzuklären und zu beraten, um z. B. eine Ansteckung mit Tuberkulose oder eine Verschlimmerung der Krankheit zu verhindern.¹⁷

In der internationalen Forschung ist ein stetig anwachsendes Interesse an der Entwicklung der Mütter- und Säuglingssterblichkeit zu erkennen, denn die Höhe der Säuglingssterblichkeit stellt einen Indikator für die jeweilige gesundheitliche Infrastruktur eines Landes bzw. einer Region dar.¹⁸ So ist das Thema Mütter- und Säuglingsfürsorge in internationaler Perspektive schon für zahlreiche Staaten und Regionen dargestellt worden.¹⁹

¹⁵ Vgl. zum Zusammenhang zwischen Armut und Mütter- und Säuglingsmorbidity und –mortality das zweite Kapitel der vorliegenden Arbeit.

¹⁶ Darauf haben vor allem Christoph Sachße und Florian Tennstedt hingewiesen, in: *Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland*, Bd. 2: *Fürsorge und Wohlfahrtspflege 1871-1929*, Stuttgart u. a. 1988.

¹⁷ Alfons Labisch/Florian Tennstedt, *Prävention und Prophylaxe als Handlungsfelder der Gesundheitspolitik im Deutschen Reich (1871-1945)*, in: Thomas Elkeles u. a. (Hg.), *Prävention und Prophylaxe. Theorie und Praxis eines gesundheitspolitischen Grundmotivs in zwei deutschen Staaten 1949-1990*, Berlin 1991, S. 13-28.

¹⁸ Vgl. die umfangreiche Bibliographie zur Mütter- und Säuglingssterblichkeit nach Kontinenten und Staaten geordnet, in: Valerie Fields/Lara Marks/Hilary Marland, *Women and Children First: International Maternal and Infant Welfare 1870-1945*, London/New York 1992; Für Deutschland vor allem Jörg Vögele, *Urban mortality Change in England und Germany, 1870-1910*, Liverpool 1998; ders., *Urban Infant Mortality in Imperial Germany*, in: *Social History of Medicine* 7 (1994), S. 401-425; Reinhard Spree, *On Infant Mortality Change in Germany since the Early 19th Century*, München 1995; Hallie J. Kintner, *The Determinants of Infant Mortality in Germany from 1871 to 1933*, unveröffentlichte Ph.D. thesis, Michigan 1982.

¹⁹ Vgl. weiterführend: Lara V. Marks, *Metropolitan Maternity: Maternal and Infant Welfare Services in Early Twentieth Century London*, Amsterdam/Atlanta 1996; Roger Cooter (ed.), *In the Name of the Child: Health and Welfare, 1880-1940*, London/New York 1992; Fields/Marks/Marland, *Women and Children*; Deborah Dwork, *War is good for Babies and Other Young Children: A History of the Infant*

Dagegen ist das Themengebiet für den deutschen Raum noch nicht umfassend untersucht worden. Die Dissertation von Sigrid Stöckel²⁰ und die Arbeiten von Stacey Freeman²¹ behandeln die zentrale Rolle Berlins in der Säuglingsfürsorge. Andere Regionen, obwohl für die Gestaltung der Gesundheitsfürsorge ebenfalls von erheblicher Bedeutung, sind dagegen noch kaum systematisch untersucht worden.²² Inzwischen findet sich eine steigende Anzahl von Veröffentlichungen über Kinder- und Jugendfürsorge, der Fokus dieser Arbeiten liegt aber eher auf älteren Kindern und Jugendlichen.²³

Die Frage nach der Organisation, den Akteuren und den Zielgruppen der Mütter- und Säuglingsfürsorge berührt zahlreiche Forschungszusammenhänge: Körpergeschichte,²⁴

and Child Welfare Movement 1898-1918, London 1987; Jane Lewis, *The Politics of Motherhood: Child and Maternal Welfare in England 1900-1939*, London 1980.

²⁰ Sigrid Stöckel, *Säuglingsfürsorge zwischen sozialer Hygiene und Eugenik. Das Beispiel Berlins im Kaiserreich und in der Weimarer Republik*, Berlin/New York 1996.

²¹ Stacey Freeman, „Medicalizing the Nurse“: Professional and Eugenic Discourse at the Kaiserin Auguste Victoria Haus in Berlin, in: *German Studies Review* 18 (1995), S. 419-440. Dies., *Constructing the Pediatric Nurse: Eugenics and the Gendering of Infant Hygiene in Early Twentieth Century Berlin*, in: *Dynamis* 19 (1999), S. 353-378.

²² Eine Ausnahme ist vor allem der Regierungsbezirk Düsseldorf, der von großer Bedeutung für die Mütter- und Säuglingsfürsorge ist. Dessen Initiativen nehmen auch in der vorliegenden Untersuchung einen großen Raum ein. Hier liegen auch schon einige Aufsätze vor: Adelheid Gräfin zu Castell Rüdenhausen, *Die Erhaltung und Mehrung der Volkskraft. Die Anfänge der sozialhygienischen Gesundheitsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf*, in: Imbke Behnken (Hg.), *Stadtgesellschaft und Kindheit im Prozeß der Zivilisation*, Opladen 1990, S. 26-42 und Sigrid Stöckel, *Gesundheitswissenschaft, bürgerliche Frauenbewegung und Familienfürsorge. Der Verein für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf e.V.*, in: Michael Hubenstorf u. a. (Hg.), *Medizingeschichte und Gesellschaftskritik. Festschrift für Gerhard Baader*, Husum 1997, S. 189-208; Wolfgang Woelk, *Von der Säuglingsfürsorge zur Wohlfahrtspflege: Gesundheitsfürsorge im rheinisch-westfälischen Industriegebiet am Beispiel des Vereins für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf*, in Wolfgang Woelk/Jörg Vögele (Hg.), *Stadt, Krankheit und Tod während der Epidemiologischen Transition*, Berlin 2000, S. 339-360. Vgl. auch Astrid Kleine, *Die Etablierung der Säuglingsfürsorge in Dortmund von der Jahrhundertwende bis zum Ersten Weltkrieg*, in: *Beiträge zur Geschichte Dortmunds und der Grafschaft Mark* 89 (1998), S. 237-261. Vgl. für Frankfurt/M.: Cornelia Thomann-Honscha, *Die Entstehung der Säuglingsfürsorge in Frankfurt am Main bis zum Jahre 1914*, Med. Diss., Frankfurt/M. 1988.

²³ Die Forschung über die deutsche Kinder- und Jugendfürsorge konzentriert sich vor allem auf das Gebiet der Fürsorgeerziehung. Vgl. Sabine Blum-Geenen, *Fürsorgeerziehung in der Rheinprovinz von 1871-1933*, Köln/Bonn 1997; Markus Gräser, *Der blockierte Wohlfahrtsstaat. Unterschichtjugend und Jugendfürsorge in der Weimarer Republik*, Göttingen 1995; Detlev Peukert, *Grenzen der Sozialdisziplinierung. Aufstieg und Krise der deutschen Jugendfürsorge 1878 bis 1932*, Köln 1986. Axel Schildt, *„Gesunde Jugend“ — „Gesunde Stadt“*. Zur Förderung von Erholung und Freizeit der großstädtischen Jugend in den 1920er Jahren — am Beispiel von Hamburg, in: Jürgen Reulecke/Adelheid Gräfin zu Castell Rüdenhausen (Hg.), *Stadt und Gesundheit. Zum Wandel von „Volksgesundheit“ und kommunaler Gesundheitspolitik im 19. und frühen 20. Jahrhundert*, Stuttgart 1991, S. 165-186; Thomas Bauer, *Gesundheitliche Jugendfürsorge und Konzeption des Stadtgesundheitsamtes Frankfurt am Main 1917-1933*, in: *Westfälische Forschungen* 43 (1993), S. 265-281.

²⁴ Vgl. die weiterführende Literatur bei Ute Planert, *Der dreifache Körper des Volkes: Sexualität, Biopolitik und die Wissenschaften vom Leben*, in: *GuG* 26 (2000), S. 539-576. Vgl. auch Carroll Smith-

Geschichte der Hygienewissenschaften,²⁵ Demographiegeschichte,²⁶ sowie die Frage nach den Verwaltungs- und Organisationsstrukturen des Deutschen Reiches²⁷.

Die vorliegende Arbeit ist in drei große Teile gegliedert, die den drei Fragekomplexen folgen. So sollen erstens die Diskurse und die Organisation der Säuglingsfürsorgebewegung, zweitens die Träger und Akteurinnen der Bewegung und drittens die Zielgruppe der Fürsorge behandelt werden.

Anhand dieser Gliederung der Untersuchung sollen im folgenden Forschungsstand und Fragestellung, Vorgehen und Quellengrundlage der Arbeit erläutert werden.

1.2.1 Gesundheitsfürsorge zwischen staatlichem, städtischem und privaten Engagement.

In diesem Untersuchungsteil steht die Analyse der staatlich-öffentlichen Handlungsebene und der Fürsorgepolitik im Vordergrund. In einem ersten Schritt soll die Entwicklung der öffentlichen Diskussion und der gesellschaftlichen und organisatorischen Grundlagen der Fürsorgebewegung nachgezeichnet werden. An den Beginn des Kapitels wird eine Darstellung der zeitgenössischen Diskurse gestellt, die die Mütter- und Säuglingsfürsorge reichsweit prägten. Daran anschließend wird die Umsetzung dieser Diskurse in politische und organisatorische Strukturen untersucht. Die organisatorischen und personellen Struk-

Rosenberg, Körper-Politik oder Körper als Politikum, in: Christoph Conrad/Martina Kessel, Geschichte schreiben in der Postmoderne. Beiträge zur aktuellen Diskussion, Stuttgart 1994, S. 310-350. Vgl. zur Körpergeschichte vor allem Philipp Sarasin, Reizbare Maschinen. Eine Geschichte des Körpers 1765-1914, Frankfurt/M. 2001, auf den im Folgenden noch häufiger zurückzukommen ist. Vgl. hier vor allem Kap. 5.3: Von der Degenerationsangst zur Rassenhygiene S. 433-451. Vgl. auch den Sammelband Clemens Wischermann/Stefan Haas (Hg.), Körper mit Geschichte. Der menschliche Körper als Ort der Selbst- und Weltdeutung, Stuttgart 2000.

²⁵ Dieser Frage ist vor allem Sigrid Stöckel anhand der Säuglingsfürsorge nachgegangen, vgl. Stöckel, Säuglingsfürsorge.

²⁶ Vgl. vor allem Jörg Vögele, Sozialgeschichte städtischer Gesundheitsverhältnisse während der Urbanisierung, Berlin 2001; Reinhard Spree, Soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod. Zur Sozialgeschichte des Gesundheitsbereichs im deutschen Kaiserreich, Göttingen 1981. Vgl. auch Kintner, The Determinants of Infant Mortality.

²⁷ Ein Beispiel für diesen Ansatz ist die umfassende Untersuchung von Johannes Vossen, die allerdings über eine reine Verwaltungsgeschichte weit hinausgeht. Siehe Johannes Vossen, Gesundheitsämter im Nationalsozialismus. Rassenhygiene und offene Gesundheitsfürsorge in Westfalen 1900-1950, Essen 2001. Einen umfassenden verwaltungshistorischen Bezug hat auch Wilfried Rudloff, Die Wohlfahrtsstadt. Kommunale Ernährungs-, Fürsorge- und Wohnungspolitik am Beispiel Münchens 1910-1933, 2 Bde., Göttingen 1995.

turen der Mütter- und Säuglingsfürsorge werden auf verschiedenen öffentlichen Ebenen dargelegt. Hier ist zu fragen, wie die staatliche Interessenpolitik Zugang zu lokaler Sozialpolitik zur „Sozialstadt“ fand.²⁸ Wo bestanden Kooperationen staatlicher und städtischer bzw. lokaler Fürsorgepolitik? Besonders interessant sind die Organisationen, die die heterogenen lokalen Maßnahmen in einen einheitlichen Rahmen bringen sollten. Zu diesen gehörten die gesundheitsfürsorgerischen Vereine, die sich im Kaiserreich auf zahlreichen (Verwaltungs-)ebenen bildeten und sich zunehmend untereinander vernetzten.

Insofern werden sowohl die Organisationen auf staatlicher Ebene, als auch die verschiedenen regionalen und kommunalen Zusammenschlüsse in der Säuglingsfürsorge, die miteinander organisatorisch verbunden waren, behandelt. So lassen sich Konflikte und Widerstände in der Umsetzung der Vorgaben von der reichs- und bundesstaatlichen bis auf die kommunale Ebene verfolgen.

Das Thema Fürsorge steht an der Schnittstelle von Staat, Gesellschaft und Gesundheit. Gesundheit hat sich, so beschreibt es Alfons Labisch, der die jeweiligen Deutungen von Gesundheit und ihre entsprechenden politischen Umsetzungen analysiert hat, in der Neuzeit zu einer „angemessenen Sinnwelt“ entwickelt:

„Die wissenschaftliche Deutung von Gesundheit [...] wurde zu einem für die gesamte Bevölkerung verbindlichen sozialen Konstrukt. Denn in Gesundheit als sozialem Gut hoben sich völlig verschiedene Interessen- und Bezugssysteme in einer neuen Sinnwelt auf.“²⁹

Während Alfons Labisch die Geschichte der Gesundheits(be-)deutungen seit der frühen Neuzeit betrachtet, nimmt Paul Weindling in seiner Darstellung die Zusammenhänge zwischen staatlicher Machtpolitik und Gesundheitswissenschaften vom deutschen Kaiserreich bis zum Nationalsozialismus in den Blick. Er interpretiert die nach der Jahrhundertwende expandierende Gesundheitsfürsorge als sozialintegrative Strategie und als Teil der nationalistisch ausgerichteten Sammlungspolitik.³⁰ So beteiligten sich an der Säuglingsfürsorge-

²⁹ Alfons Labisch, *Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit*, Frankfurt/M./New York 1992, hier S. 311 und S. 316 (Zitat). Vgl. auch Peter L. Berger/Thomas Luckmann, *Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie*, 5. Aufl. Frankfurt/M. 1970, vor allem S. 98-138.

³⁰ Paul Weindling, *Health, Race and German Politics Between National Unification and Nazism 1870-1945*, Cambridge 1989, S. 203-209. Ders., *Hygienepolitik als sozialintegrative Strategie im späten Deut-*

bewegung neben der Kaiserin und hohen Staatsbeamten auch Teile der Ärzteschaft, führende Kommunalbeamte, lokale Honoratioren, konservative Frauenvereine sowie Vertreterinnen der bürgerlichen Frauenbewegung. Nach Weindling war hier eine breite Unterstützungsbasis vorhanden, die dem Ziel der herrschenden Eliten dienen sollte, tiefe gesellschaftliche Widersprüche des Kaiserreichs zu neutralisieren.³¹ Obwohl also die Mütter- und Säuglingsfürsorge ein „nationales“ Thema war, sind viele der praktischen Maßnahmen auf lokaler Ebene durchgeführt worden. Das Verhältnis zwischen reichs- bundesstaatlichen und lokalen Interessen und Organisationen in der Mütter- und Säuglingsfürsorge ist insofern ein Kernthema der vorliegenden Untersuchung. Diese Frage kann an eine weitreichende Diskussion um das Verhältnis von staatlicher und städtischer Sozialpolitik anknüpfen. Diese entwickelte sich vor allem aus der Debatte über den Modernisierungsgrad und die Reformfähigkeit des deutschen Kaiserreiches. Die Kontroverse speiste sich aus der Suche nach den Entstehungsfaktoren der nationalsozialistischen Diktatur und suchte die Wurzeln der deutschen Entwicklung in dem neueren deutschen Sonderweg. Diese Diskussion wurde vor allem von der sogenannten Bielefelder Schule ausgelöst, die den deutschen Sonderweg als eine im Vergleich zu anderen Nationen rückständige Parlamentarisierung und Demokratisierung beschrieb, die in einem auffälligen Gegensatz zur wirtschaftlichen und industriellen Entwicklung des Deutschen Reiches gestanden habe. Die traditionellen agrarischen Eliten hätten dem aufstrebenden Bürgertum keine Möglichkeit gelassen, seine wirtschaftliche Stärke auch in politischen Einfluss umzuwandeln. Ebenso habe das Bürgertum seine liberalen demokratischen Ziele aus Angst vor sozialen Umwälzungen durch die wachsende Arbeiterklasse weitgehend aufgegeben und sich auf die Seite des preußischen Adels und des autoritären Staates geschlagen und eine demokratische Entwicklung verhindert.³² Vor allem durch Geoff Eley und David Blackbourn ist diese These von einem

schen Kaiserreich, in: Alfons Labisch/Reinhard Spree (Hg.) *Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel des 19. und 20. Jahrhunderts*, Bonn 1989, S. 37-55.

³¹ In eine ähnliche Richtung geht auch die nicht veröffentlichte Habilitationsschrift von Adelheid Gräfin zu Castell Rüdtenhausen, *Volksgesundheit und Fürsorgestaat. Die Bekämpfung der Tuberkulose und der Säuglingssterblichkeit zwischen Reichsgründung und Inflation unter besonderer Berücksichtigung Preußens (1871-1924)*, Habilitationsschrift Universität Bochum 1987.

³² Vor allem Hans-Ulrich Wehler, *Das deutsche Kaiserreich: 1871-1918*, 7. Aufl., Göttingen 1994 und zusammenfassend Helga Grebing, *Der „deutsche Sonderweg“ in Europa 1806-1945. Eine Kritik*, Stuttgart u. a. 1986.

deutschen „Sonderweg“ zurückgewiesen und der Blick auf den bürgerlichen Charakter des deutschen Kaiserreichs gerichtet worden, eine Tatsache, die vor allem an der lokalen Politik abzulesen sei.³³ Hier, auf der Ebene der kommunalen Politik, habe sich der Einfluss des liberal gesinnten Bürgertums gezeigt. Dieses habe den Ausbau einer modernen kommunalen Leistungsverwaltung vorangetrieben und konnte die Defizite industriekapitalistischer Produktion durch ein leistungsstarkes System sozialer Daseinsvorsorge kompensieren.³⁴

Diese Diskussion gab den Anstoß zu zahlreichen Forschungsarbeiten, die der Entwicklung der kommunalen Leistungsverwaltung an lokalen Beispielen nachgegangen sind.³⁵ Neben dem „Sozialstaat“ etablierte sich nun auch der Begriff der „Sozialstadt“.³⁶ Bahn-

³³ David Blackburn/Geoff Eley, *Mythen deutscher Geschichtsschreibung. Die gescheiterte bürgerliche Revolution von 1848*, Berlin 1980 (1984 in erweiterter englischer Fassung); Vgl. zur Kontroverse mit entsprechendem Literaturbericht Jürgen Kocka, *Der „deutsche Sonderweg“* in der Diskussion, in: *German Studies Review* 5 (1982), S. 365-379; vgl. auch Wolfgang J. Mommsen, *Wirtschaft, Gesellschaft und Staat im deutschen Kaiserreich*, in: ders., *Der autoritäre Nationalstaat. Verfassung, Gesellschaft und Kultur im deutschen Kaiserreich*, Frankfurt/M. 1990 S. 234-256, hier S. 251. Vgl. die Zusammenstellung neuerer Forschungen zum Kaiserreich bei Thomas Kühne, *Das Deutsche Kaiserreich 1871-1918 und seine politische Kultur: Demokratisierung, Segmentierung, Militarisierung*, in: *NPL* 43 (1998), S. 206-263, hier S. 208f.

³⁴ Vgl. dazu grundlegend Jürgen Reulecke, *Geschichte der Urbanisierung in Deutschland*, Frankfurt/M. 1985, S. 131 und auch Dieter Langewiesche, *Liberalismus in Deutschland*, Frankfurt/M. 1988, S. 200ff. und Wolfgang R. Krabbe, *Kommunalpolitik und Industrialisierung. Die Entfaltung der städtischen Leistungsverwaltung im 19. und 20. Jahrhundert. Fallstudien zu Dortmund und Münster*, Stuttgart u. a. 1985.

³⁵ Vgl. als Auswahl neuerer Literatur: Paul Brandmann, *Leipzig zwischen Klassenkampf und Sozialreform. Kommunale Wohlfahrtspolitik zwischen 1890 und 1929*. Köln/Wien 1998; Hans-Walter Schmuhl, *Die Herren der Stadt. Bürgerliche Eliten und städtische Selbstverwaltung in Nürnberg und Braunschweig vom 18. Jahrhundert bis 1918*, Gießen 1998; Gabriele Bußmann-Strelow, *Kommunale Politik im Sozialstaat. Nürnberger Wohlfahrtspflege in der Weimarer Republik*, Nürnberg 1997; Rudloff, *Wohlfahrtsstadt*; Ralf Zerback, *München und sein Stadtbürgertum. Eine Residenzstadt als Bürgergemeinde 1780-1870*, München 1997; Thomas Weichel, *Die Bürger von Wiesbaden. Von der Landstadt zur „Weltkulturstadt“ 1780-1914*, München 1997; Ralf Roth, *Stadt und Bürgertum in Frankfurt am Main. Ein besonderer Weg von der ständischen zur modernen Bürgergesellschaft 1760-1914*, München 1996; Jürgen Reulecke (Hg.), *Die Stadt als Dienstleistungszentrum. Beiträge zur Geschichte der „Sozialstadt“ in Deutschland im 19. und frühen 20. Jahrhundert*, St. Katharinen 1995; Georg Steinmetz, *Regulating the Social. The Welfare State and Local Politics in Imperial Germany*, Princeton 1993; Thomas Küster, *Alte Armut und neues Bürgertum: Öffentliche und private Vorsorge in Münster von der Ära Schwarzenberg bis zum Ersten Weltkrieg (1756-1914)*, Münster 1995; Hedwig Brüchert-Schunk, *Städtische Sozialpolitik vom wilhelminischen Reich bis zur Weltwirtschaftskrise. Eine sozial- und kommunalhistorische Untersuchung am Beispiel der Stadt Mainz 1890-1930*, Stuttgart 1994; Heinz Reif, *Die verspätete Stadt: Industrialisierung, städtischer Raum und Politik in Oberhausen 1846-1929*, 2 Bde., Bonn 1992/1993. Günther Seeber, *Kommunale Sozialpolitik in Mannheim 1888-1914*, Mannheim 1989.

³⁶ So bei Reulecke, *Stadt als Dienstleistungszentrum*, im Untertitel: *Beiträge zur Geschichte der „Sozialstadt“*. In anderen Arbeiten wurde die Stadt auch als Laboratorium der Moderne verstanden, anhand dessen sich Modernisierungsprozesse in konzentrierter und beschleunigter Form untersuchen lassen. Vgl. Dirk Matejowski (Hg.), *Metropolen. Laboratorien der Moderne*, Frankfurt/M./New York 2000. Vgl. dazu auch Rudloff, *der die städtische Wohlfahrtspflege im späten Kaiserreich und in der Weimarer Repu-*

brechend waren auch die Arbeiten zur Geschichte der Armenfürsorge³⁷, die zahlreiche weitere Lokalstudien zur Geschichte der Armen- und Gesundheitsfürsorge motiviert haben.³⁸ Die Untersuchung der Entstehungsbedingungen der städtischen Leistungsverwaltung betrifft in erheblichem Maße auch die Geschichte der Gesundheitspolitik. Da Gesundheitspolitik gegenwärtig ein Politikfeld darstellt, in dem alle modernen Sozialstaaten Krisenerscheinungen wahrnehmen und Lösungen noch nicht in Sicht sind,³⁹ etabliert sich die Geschichte der Gesundheitspolitik zur Zeit als ein wichtiges Thema der historischen Sozialpolitikforschung.⁴⁰ Hier fand das Forschungsinteresse an der städtischen Sozialpolitik, das sich zunächst vor allem von der Suche nach dem Reformpotential des deutschen Kaiserreichs genährt hatte, eine weitere Dimension: Die Rückbesinnung auf sozialhygienische Traditionen der Gesundheits- und Familienfürsorge im Kaiserreich und in der Wei-

blik als neokorporatistisches Modell interpretiert: Wilfried Rudloff, Konkurrenz, Kooperationen, Korporatismus. Wohlfahrtsvereine und Wohlfahrtsverbände in München 1900-1933, in: Andreas Wollasch (Hg.), Wohlfahrtspflege in der Region. Westfalen-Lippe während des 19. und 20. Jahrhunderts im historischen Vergleich, Paderborn 1997, S. 165-190, hier vor allem S. 187f.

³⁷ Vor allem Sachße/Tennstedt, Geschichte der Armenfürsorge Bd. 1-3.

³⁸ Vgl. Marianne Pagel, Gesundheit und Hygiene: Zur Sozialgeschichte Lüneburgs im 19. Jahrhundert, Hannover 1992; Ingo Tamm, Die Entwicklung des öffentlichen Gesundheitswesens an Beispielen aus Hannover und Linden (1850-1914). Ein Beitrag zur Urbanisierungsforschung, Tecklenburg 1992; Ralf Stremmel, Gesundheit – unser einziger Reichtum? Kommunale Gesundheits- und Umweltpolitik 1800-1945 am Beispiel Solingen, Solingen 1993; Steinmetz, Regulating the Social; Beate Witzler, Großstadt und Hygiene: Kommunale Gesundheitspolitik in der Epoche der Urbanisierung, Stuttgart 1995; Martin Weyer von Schoultz, Stadt und Gesundheit im Ruhrgebiet 1850-1929. Verstädterung und Gesundheitspolitik dargestellt am Beispiel der jungen Industriestadt Gelsenkirchen, Essen 1994; Ragnhild Münch, Gesundheitswesen im 18. und 19. Jahrhundert. Das Berliner Beispiel, Berlin 1995; Alfons Labisch/Jörg Vögele, Stadt und Gesundheit. Anmerkungen zur neueren sozial- und medizinhistorischen Diskussion in Deutschland, in: AfS 37 (1997), S. 181-209; Wolfgang Woelk/Jörg Vögele (Hg.), Stadt, Krankheit und Tod während der Epidemiologischen Transition, Berlin 2000; Sonia Horn/Susanne Claudine Pils, Sozialgeschichte der Medizin: Stadtgeschichte und Medizingeschichte, Thaur/Wien/München 1998.

³⁹ Vgl. das Gespräch mit Anthony Giddens „Es wird ziemlich schwer, öffentlichen Raum zurück zu gewinnen“, in: Frankfurter Hefte 6 (2000), S. 335-340, hier S. 339.

⁴⁰ Als Standardwerk mit Initialcharakter ist vor allem zu nennen: Ute Frevert, Krankheit als politisches Problem. Soziale Unterschichten in Preußen zwischen medizinischer Polizei und staatlicher Sozialversicherung, Göttingen 1984, hier vor allem S. 15f; Dagmar Ellerbrock, „Healing Democracy“ – Demokratie als Heilmittel. Gesundheit, Krankheit und Politik in der amerikanischen Besatzungszone 1945-1949, Bonn 2004; Wolfgang Woelk, „Gesundheit als politisches Problem?“ Historische Aspekte der Gesundheitspolitik und Gesundheitsverwaltung in Nordrhein-Westfalen und der Bundesrepublik Deutschland bis Mitte der 1960er Jahre, Phil. Diss., Düsseldorf 2001; Ulrike Lindner, Gesundheitspolitik in der Nachkriegszeit. Großbritannien und die Bundesrepublik Deutschland im Vergleich, München 2004; Marian Döhler, Strukturbildung von Politikfeldern, Opladen 1997. Vgl. auch den Sammelband: Woelk/Vögele, Geschichte der Gesundheitspolitik. Zur Erfassung der Literatur bis ca. 1996 sehr hilfreich: Axel Hof, Der soziale Ort der Gesundheit. Topographische Bibliographie zur Sozialgeschichte des Fürsorge-, Hospital-, Medizinal- und Wohlfahrtswesens, Regensburg 2000.

marer Republik zeigte „alternative“ Möglichkeiten der Gesundheitsprävention auf.⁴¹ Gerade die ortsnahe Versorgung, wie sie durch die kommunale Gesundheitsfürsorge in zugehender und präventiver Form verwirklicht wurde, konnte nicht nur in der historischen, sondern auch in der gesundheitswissenschaftlichen Forschung großes Interesse finden.⁴²

Als Akteur der städtischen Sozialpolitik wurde zunächst ein politisch weitgehend neutrales Stadtbürgertum beschrieben, das sich dem „Gemeinwohl“ verpflichtet fühlte.⁴³ In neueren Arbeiten werden nach der Anregung von Friedrich Lenger aber auch die Grenzen dieses kommunalpolitischen Engagements aufgezeigt und die politischen Interessen der Handlungsträger stärker sichtbar gemacht.⁴⁴

Die städtische Gesundheits- bzw. Hygienepolitik ist, von Lokalstudien abgesehen, in dieser Hinsicht schon von zwei umfassenden Darstellungen ausgeleuchtet worden. Die Arbeit von Jörg Vögele beschäftigt sich vor allem mit den Ergebnissen der kommunalen Gesundheitsfürsorge. Ausgehend von der These Mc-Keowns, dass die Verbesserung der Lebensverhältnisse in den westlichen Industriestaaten weniger auf medizinischem Fortschritt und sanitären Reformen, sondern vielmehr auf einer Verbesserung der Ernährungslage und der allgemeinen Lebensverhältnisse basiert, untersuchte Vögele vor allem mit quantitativem Material die Effektivität der sanitären und gesundheitsfürsorglichen Maß-

⁴¹ Dazu weiterführend: Norbert Schmacke, Schritte in die Öffentlichkeit. Die Wiederentdeckung der kommunalen Gesundheitsämter, Düsseldorf 1993.

⁴² Labisch/Vögele, Stadt und Gesundheit; Jürgen Reulecke/Adelheid Gräfin zu Castell Rüdenhausen (Hg.), Stadt und Gesundheit. Zum Wandel von "Volksgesundheit" und kommunaler Gesundheitspolitik im 19. und frühen 20. Jahrhundert, Stuttgart 1991. Thomas Elkeles u. a. (Hg.), Prävention und Prophylaxe. Theorie und Praxis eines gesundheitspolitischen Grundmotivs in zwei deutschen Staaten 1949-1990, Berlin 1991, S. 13-28; Sigrid Stöckel (Hg.), Prävention im 20. Jahrhundert, Weinheim 2002.

⁴³ Langewiesche, Liberalismus, S. 209.

⁴⁴ Vgl. dazu Friedrich Lenger, Bürgertum und Stadtverwaltung in rheinischen Großstädten des 19. Jahrhunderts. Zu einem vernachlässigten Aspekt bürgerlicher Herrschaft, in: Lothar Gall (Hg.), Stadt und Bürgertum im 19. Jahrhundert, München 1990. S. 97-169. Ein Beispiel für diesen Ansatz stellt die Untersuchung von Paul Brandmann dar. Vgl. Brandmann, Leipzig, S. 23f. Vgl. auch kritisch Kühne, Kaiserreich, S. 234: „Hinter dem ‚unpolitischen‘ Selbstverständnis, das die ‚Sachpolitik‘ und die Professionalität der Verwaltung hochhielt und die Parteipolitik perhorreszierte, stand eine Gemeinwohlpolitik, von der zwar auch die Unterschichten profitierten, aber die wohlhabenden Schichten noch mehr.“ Zu den Kontroversen innerhalb der Bürgertumsforschung, die vor allem durch die These von der klassenlosen Bürgergesellschaft (L. Gall) auf der einen und durch die Definition des Bürgertums als kultureller Formation (Bielefelder Schule) auf der anderen Seite, vgl. an neueren Überblicken: Manfred Hettling/Stefan-Ludwig Hoffmann (Hg.), Der bürgerliche Wertehimmel: Innenansichten des 19. Jahrhunderts, Göttingen 2000.

nahmen in den zehn größten Städten Deutschlands.⁴⁵ Beate Witzler widmete sich dagegen vor allem der Motivation der städtischen Akteure zur Einführung und zum Ausbau der verschiedenen Maßnahmen.⁴⁶

Nur sehr wenige Arbeiten beschäftigen sich mit den Verknüpfungen von staatlicher und städtischer Politik,⁴⁷ eine Perspektive, die für die Frage nach den Akteuren sozialpolitischer Interventionen von erheblicher Bedeutung ist. Um die organisatorische Vielfalt und Vernetzung⁴⁸ nachzuzeichnen, ist hier ein Zugang gewählt worden, der nicht eine bestimmte Stadt oder Region fokussiert, sondern mehrere Städte in ihren jeweiligen regionalen und bundesstaatlichen Zusammenhängen. Dafür sind drei Bundesstaaten ausgewählt worden: Preußen, Baden und Sachsen. Preußen wird in seiner Eigenschaft als konservativer Beamtenstaat betrachtet, als Gebiet, in dem städtisch und ländlich geprägte Gebiete weitgehend unvermittelt nebeneinander existierten.⁴⁹ Baden gilt in der Forschung nach wie

⁴⁵ Vögele, Sozialgeschichte, S. 35-44.

⁴⁶ Witzler, Großstadt und Hygiene, S.14f.

⁴⁷ Zu den Arbeiten, die ebenfalls einen bestimmten Gesundheitsfürsorgezweig organisationsübergreifend behandeln, gehören: Lutz Sauerteig, Krankheit, Sexualität, Gesellschaft. Geschlechtskrankheiten und Gesundheitspolitik in Deutschland im 19. und frühen 20. Jahrhundert, Stuttgart 1999 und Sylvain Hähner-Rombach, Sozialgeschichte der Tuberkulose. Vom Kaiserreich bis zum Ende des Zweiten Weltkriegs unter besonderer Berücksichtigung Württembergs, Stuttgart 2000; Elke Hauschildt, „Auf den richtigen Weg zwingen...“ Trinkerfürsorge 1922-1945, Freiburg/Brsg. 1995.

⁴⁸ Transmissionsriemen der Zusammenarbeit zwischen staatlichen und städtischen Funktionsträgern waren häufig Wohlfahrtsvereine oder sozial- und gesundheitspolitische Organisationen. Vgl. Andreas Wollasch, Wohlfahrt und Region. Beiträge zur historischen Rekonstruktion des Wohlfahrtsstaates in westfälischer und vergleichender Perspektive, Münster 1995, hier S. 7; Rudolf Bauer, Intermediäre Hilfesysteme personenbezogener Dienstleistungen in zehn Ländern – Eine Einführung, in: ders./Anna-Maria Thränhardt (Hg.), Verbandliche Wohlfahrtspflege im internationalen Vergleich, Opladen 1987, S. 9-31, hier S. 14ff. In diesem Zusammenhang ist auch auf kirchliche Organisationen zu verweisen, die sich vor 1918 häufig einer Einteilung in privat-frei bzw. öffentlich-staatlich verweigerten: „Auch darf nicht vergessen werden, daß die Kirchen in ihrer bis 1918 funktionierenden rechtlichen Einbindung in den Staat, d. h. in die Länder, integraler Bestandteil dieser politischen Systeme waren und auch mit der sozialen Arbeit nicht unbedingt ein ‚freies Werk‘ betrieben, sondern in gewisser Weise mit öffentlichem Mandat agierten.“ Vgl. Jochen-Christoph Kaiser, Einleitung zur Sektion III: Freie Wohlfahrt im Sozialstaat – Legitimationsinstanz und Leistungsanbieter, in: Andreas Wollasch (Hg.), Wohlfahrtspflege in der Region. Westfalen-Lippe während des 19. und 20. Jahrhunderts im historischen Vergleich, Paderborn 1997, S. 159-164, hier S. 160.

⁴⁹ Vgl. Wolfgang J. Mommsen, Bürgerstolz und Weltmachtstreben. Deutschland unter Wilhelm II. 1890-1918, Berlin 1995; S. 153. Vgl. auch ders., Wirtschaft, Gesellschaft und Staat, S. 239-243; Thomas Nipperdey, Deutsche Geschichte 1866-1918, Bd. 1: Arbeitswelt und Bürgergeist, München 1990, Bd. 2: Machtstaat vor der Demokratie, 2. durchges. Aufl., München 1993, S. 609-616.

vor als liberales Musterland. Wie Merith Niehuss gezeigt hat, waren die Klassengegensätze in den drei süddeutschen Staaten weitaus weniger ausgeprägt als in Preußen.⁵⁰

Sachsen ist gerade in der neueren Forschung als „drittes Deutschland“ (Hans Mommsen) mit wiedererwachtem Interesse betrachtet worden. Mit einem hohen Stand der Industrialisierung und einer starken Arbeiterbewegung bildete das „rote Königreich“ gleichsam ein alternatives Modell zu Preußen.⁵¹

Obwohl die gewählte Methode keine vollständige Erfassung aller Säuglingsfürsorgebestrebungen im Deutschen Reich leisten kann, stellt sie doch eine Möglichkeit dar, um Verflechtungen zwischen staatlichen, kommunalen und regionalen Trägern und Organisatoren nachzuzeichnen. Sie führt allerdings auch zu einigen Schwierigkeiten. Zum einen ist die Hegemonialstellung Preußens und die Verquickung reichsstaatlicher und preußischer Politik zu nennen. Innerhalb Preußens habe ich mich auf die Teile beschränkt, die nicht zu den preußischen Kernlanden gehören und von daher, das gilt insbesondere für die Rheinlande, keine entsprechende preußische Identität besaßen.⁵² Insofern können die ausgewählten Regionen nicht für Gesamtpreußen repräsentativ sein, sondern nur für das rheinisch-westfälische Industriegebiet und für Berlin.

Innerhalb der genannten Bundesstaaten wurden einzelne Städte ausgewählt. Düsseldorf, Krefeld, Freiburg, Karlsruhe, Münster, Dresden und Leipzig dienen der Arbeit als lokale

⁵⁰ Vgl. den Beitrag von ihr in Gerhard A. Ritter, *Arbeiter, Arbeiterbewegung und soziale Ideen in Deutschland. Beiträge zur Geschichte des 19. und 20. Jahrhunderts*, Göttingen 1996. Für Baden vgl. einführend: Angelika Schwall-Düren, *Kinder- und Jugendfürsorge im Großherzogtum Baden in der Epoche der Industrialisierung: Entwicklung und Zielsetzung der staatlichen, kommunalen und verbandlichen Fürsorge 1850-1914*, Freiburg/Br. 1980; Francisca Loetz, *Vom Kranken zum Patienten. „Medikalisierung“ und medizinische Vergesellschaftung am Beispiel Badens 1750-1850*, Stuttgart 1993; Arleen Marcia Tuchman, *Science, Medicine and the State in Germany: The Case of Baden 1855-1871*, New York 1993; Schmitthenner, *Die Liebeswerke in Baden*, o. O. 1928.

⁵¹ Vgl. die Beiträge in Simone Lässig/Karl Heinrich Pohl (Hg.), *Sachsen im Kaiserreich. Politik, Wirtschaft und Gesellschaft im Umbruch*, Weimar/Köln/Wien 1996. Zitiert wurde hier der Beitrag von Karsten Rudolph, *Das „rote Königreich“: Die sächsische Sozialdemokratie im Wilhelminischen Deutschland*, in: Lässig/Pohl, *Sachsen*, S. 87-99; Vgl. auch in demselben Sammelband: Karl Heinrich Pohl, *Politischer Liberalismus und Wirtschaftsbürgertum: Zum Aufschwung der sächsischen Liberalen vor 1914*, S. 101-131.

⁵² Vgl. dazu Dieter Kastner (Bearb.), *Die Rheinlande und Preußen. Parlamentarismus, Parteien und Wirtschaft; Ergebnisse eines Bonner Symposiums*, (26./27. April 1990), hg. von der Archivberatungsstelle Rheinland, Köln 1990; Robert Rumpe, *Die Gesundheitspflege in der Provinz Westfalen nach Vergangenheit und Gegenwart*, Jena 1933; ders., *Die Gesundheitspflege in der Rheinprovinz. Eine medizinisch-geschichtliche Studie*, Jena 1931; Andreas Wollasch, *Der Wohlfahrtsstaat in der Stadt. Wohlfahrtspolitik und Wohlfahrtspflege in Westfalen 1890-1945*, in: *Westfälische Forschungen* 44 (1994), S. 469-482.

Fallbeispiele. Diese Auswahl beruht auf drei Kriterien: Die Städte sollten „zentrale Orte“ der Mütter- und Säuglingsfürsorge darstellen, d. h. sie waren in einer spezifischen Form beispielhaft. Darüber hinaus spielten vor allem forschungspragmatische Gesichtspunkte eine Rolle. Ein wichtiges Auswahlkriterium war, dass sich der ausgewählte Fürsorgezweig mittels der Literatur- und/oder Quellenlage innerhalb der Stadt ausführlich darstellen lässt. Außerdem sollten die grundlegenden politischen Strukturen der kommunalen Leistungsverwaltung der ausgewählten Städte durch die Sekundärliteratur bereits aufgearbeitet sein, damit die vorliegende Arbeit hier anschließen konnte.

Freiburg ist von der historischen Forschung im Hinblick auf die kommunale Sozialpolitik im Kaiserreich schon sehr gut aufgearbeitet.⁵³ Ebenso sind Dresden und Münster durch die Sekundärliteratur erfasst.⁵⁴ Karlsruhe hat eine besondere Bedeutung für die Region als Residenzstadt des Großherzogtums Baden und ist vor allem wegen der Übernahme der sozialhygienischen Aufgaben durch den Badischen Frauenverein interessant.⁵⁵ Die Gesundheitsfürsorge in Leipzig, deren Bedeutung vor allem in ihrer innovation Organisation des Pflegekinderwesens liegt, ist sowohl von Beate Witzler als auch von Paul Brandmann inzwischen hervorragend und grundlegend aufgearbeitet.⁵⁶ In Düsseldorf und Krefeld ist vor allem die Quellenlage sehr gut. Über Düsseldorf sind wir gut informiert durch die

⁵³ Heiko Haumann/Hans Schadek (Hg.), *Geschichte der Stadt Freiburg im Breisgau*; Bd. 3, *Von der badi-schen Herrschaft bis zur Gegenwart*, Stuttgart 1992; Ulrike Viktoria Braunmüller, *Die Entwicklung der Säuglingsfürsorge in Freiburg im Breisgau und ihre allgemeinen Voraussetzungen*, Med. Diss., Frei-burg/Brsg. 1986; Ariane Hesse, *Ärztliche Vereine und Standesorganisationen in Freiburg im Breisgau*, Freiburg/Br. 1978.

⁵⁴ Vgl. Thomas Küster, *Alte Armut und neues Bürgertum*; Hedwig Schwanitz, *Krankheit – Armut – Alter: Gesundheitsfürsorge und Medizinalwesen in Münster während des 19. Jahrhunderts*, Münster 1990; Vgl. auch Horst Gründer, *Kommunale Armenfürsorge im 19. Jahrhundert am Beispiel der Stadt Münster*, in: Hans H. Blotevogel (Hg.), *Kommunale Leistungsverwaltung und Stadtentwicklung vom Vormärz bis zur Weimarer Republik*, Köln 1990, S. 59-70; Gisela Lünenborg, *Die öffentliche Gesundheitsfürsorge der Stadt Münster in Westfalen. Ein historischer Überblick von den Anfängen bis zur Errichtung staatlicher Gesundheitsämter*, Med. Diss., Münster 1971. Dresden ist sowohl in den Arbeiten von Jörg Vögele, *Sozialgeschichte*, als auch bei Beate Witzler, *Großstadt und Hygiene*, berücksichtigt.

⁵⁵ Vgl. Susanne Asche, *Fürsorge, Partizipation und Gleichberechtigung — die Leistungen der Karlsruhe-
rinnen für die Entwicklung zur Großstadt (1859-1914)*, in: *Karlsruher Frauen 1715-1945. Eine Stadtge-
schichte*, Karlsruhe 1992, S. 171-256 und Karl Stiefel, *Karlsruhe 1911. Festschrift der 83. Versammlung
Deutscher Naturforscher und Ärzte gewidmet von dem Stadtrat der Haupt- und Residenzstadt Karlsruhe*,
Karlsruhe 1911.

⁵⁶ Brandmann, *Leipzig*; *Bericht über die soziale Fürsorge der Stadt Leipzig in der Kriegszeit 1914-1918*.
Im Auftrag des Rates der Stadt Leipzig erstelltes Buch, Leipzig 1919 (1920); Else Lüders, *Über die städ-
tischen sozialen Einrichtungen in Leipzig*, in: *Evangelisch-Sozial* 26 (1918), S. 100-115.

mehrbändige Stadtgeschichte und das Findbuch „Medizin und Ärzte in Düsseldorf“⁵⁷. In Krefeld ist die Quellenlage auf der kommunalen Ebene durch das entsprechende Stadtarchiv sehr gut überliefert.⁵⁸ Die Kommunen liefern Fallbeispiele, an denen Organisationsformen und Maßnahmen vor Ort dargestellt werden können. Wenn ihre Ziele auch sehr ähnlich waren, repräsentieren die verschiedenen Städte aber vor allem die Heterogenität der Maßnahmen und Träger.

Anhand der Untersuchung staatlicher, regionaler und kommunaler Lenkungsstellen in einem ausgewählten Fürsorgebereich kann die Interventionsbereitschaft der städtischen Eliten überprüft und die staatlich-städtische Kooperation noch detaillierter herausgearbeitet werden. Zu diesem Aspekt soll die vorliegende Arbeit einen Beitrag leisten.

1.2.2 Verberuflichungs- und Spezialisierungsprozesse in der Gesundheitsfürsorge

Neben den öffentlichen Stellen, wie den staatlichen und kommunalen Institutionen, hofften auch unterschiedliche gesellschaftliche Gruppen, in der Säuglingsfürsorge ihre spezifischen Interessen durchsetzen zu können. Als Beispiele sind vor allem Ärzte und bürgerliche Frauen zu nennen, an denen sich exemplarisch Professionalisierungsprozesse am Beginn des 20. Jahrhunderts nachzeichnen lassen.⁵⁹ Eine Sonderstellung nahmen in diesem Prozess die Hebammen ein, deren spezifische Teilhabe an der Säuglingsfürsorge in einem eigenen Unterkapitel beschrieben wird.⁶⁰ Völlig ungeklärt ist in der Forschung bis-

⁵⁷ Hugo Weidenhaupt (Hg.), Düsseldorf: Geschichte von den Anfängen bis ins 20. Jahrhundert, Bd. 3: Die Industrie- und Verwaltungsstadt (20. Jahrhundert), von Peter Hüttenberger, Düsseldorf 1989, hier vor allem S. 112-150 und S.183-224. Wolfgang Woelk (Bearb.), Gesundheit in der Industriestadt. Medizin und Ärzte in Düsseldorf 1802-1933. Ein Findbuch zu den Quellen, Düsseldorf 1996.

⁵⁸ Die Bestände im Stadtarchiv Krefeld sind vergleichsweise umfassend überliefert.

⁵⁹ Vgl. Frevert, Krankheit als politisches Problem, S. 36f. Zur 'Professionalisierung' vgl. Claudia Huerkamp, Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten: Das Beispiel Preußens, Göttingen 1985, S. 14-21. Zur Verberuflichung in der Sozialarbeit, die nur sehr begrenzt als Professionalisierungsprozeß bezeichnet werden kann, vgl. z. B.: Christoph Sachße, Mütterlichkeit als Beruf. Sozialarbeit, Sozialreform und Frauenbewegung 1871-1929, Frankfurt/M. 1986; Susanne Zeller, Volksmütter — mit staatlicher Anerkennung. Frauen im Wohlfahrtswesen der zwanziger Jahre, Düsseldorf 1987; Iris Schröder, Arbeiten für eine bessere Welt. Frauenbewegung und Sozialreform 1890-1914, Frankfurt/M./New York 2001, S. 57-63.

⁶⁰ Vgl. zu den Hebammen und zur Geschichte von Geburts- und Wochenbettkultur vor allem Labouvie, Beistand in Kindsnöten, und dies., Andere Umstände. Eine Kulturgeschichte der Geburt, Köln/Weimar/Wien 1998. Der Schwerpunkt dieser Arbeiten liegt allerdings eher in der frühen Neuzeit als im neunzehnten und beginnenden zwanzigsten Jahrhundert. Darüber hinaus gibt es die umfassende

lang das Verhältnis von Mütter- bzw. Wöchnerinnenfürsorge zur nach der Jahrhundertwende aufkommenden Säuglingsfürsorge. Welche Gewichtung hatten diese beiden Felder innerhalb der Fürsorgebewegung und was bedeutete dies für die Ausgestaltung der Maßnahmen? Die Geschichte der Wöchnerinnenfürsorge ist bislang noch kaum aufgearbeitet worden.⁶¹

Da die Mütter- und Säuglingsfürsorge vorwiegend durch adlige und bürgerliche Frauen ausgeübt wurde und sich an Frauen der „arbeitenden Schichten“ richtete, lassen sich hier Fragen nach dem Verhältnis von Klasse und Geschlecht besonders zielgerichtet nachzeichnen. Die Analyse wird also auf der historischen und sozialkulturellen Kategorie „Geschlecht“ basieren.⁶² Das heißt für die hier entworfene Fragestellung: Inwieweit konnte die Tatsache, dass die Akteurinnen Frauen waren, ihr Verhältnis zur Zielgruppe der Fürsorge, den Müttern, beeinflussen? War ihre praktische Arbeit stärker durch ihre Klassen- oder

Arbeit von Hans-Christoph Seidel, Eine neue „Kultur des Gebärens“. Die Medikalisierung von Geburt im 18. und 19. Jahrhundert in Deutschland, Stuttgart 1998: er nimmt auch das Verhältnis von Hebammen und akademischer Geburtshilfe und Gynäkologie in den Blick.

⁶¹ Es gibt eine rechtshistorische Arbeit: Elke Maria Schmitz, Mutterschutz und Mutterpflichten. Eine Darstellung der Sondernormen für Schwangere und Wöchnerinnen von der römischen Antike bis zur Gegenwart, Köln 1992. Diese kann aber für einzelne Epochen aufgrund des langen Betrachtungszeitraums kaum genügen. Dies gilt ebenso für Anni Hink, Die Fürsorge für die Schwangere und Wöchnerinnen im Laufe der Jahrtausende, Med. Diss., Düsseldorf 1938. Die Entwicklung der Hauspflege ist inzwischen in Darstellungen zur Geschichte der Frauenbewegung z. T. mitberücksichtigt. Vgl. Dietlinde Peters, Mütterlichkeit im Kaiserreich. Die bürgerliche Frauenbewegung und der soziale Beruf der Frau, Bielefeld 1984, vor allem S. 319-324; Ellen Görs, Hauspflegeverein, in: dies./Ursula Bender (Hg.), Organisierter Weiberkram. Die organisierte Frauenbewegung in Düsseldorf 1900-1933, Düsseldorf 1992, S. 232-238. Vgl. auch Schröder, Arbeiten für eine bessere Welt. Elisabeth Meyer-Renschhausen, Weibliche Kultur und soziale Arbeit. Eine Geschichte der Frauenbewegung am Beispiel Bremens 1810-1927, Köln/Wien 1989. Auch die Geschichte der Hebammen, die in der Versorgung der Wöchnerin eine zentrale Rolle spielten, ist für das Kaiserreich bislang kaum aufgearbeitet worden. Die Arbeiten von Labouvie enden zwar am Beginn des zwanzigsten Jahrhunderts, der Schwerpunkt der Arbeiten liegt aber in der frühen Neuzeit: Labouvie, Beistand in Kindsnöten und dies., Andere Umstände. Einige Gebiete der Versorgung von Wöchnerinnen werden bei Hans-Christoph Seidel angeschnitten: Vgl. ders., Eine neue „Kultur des Gebärens“. Die Medikalisierung von Geburt im 18. und 19. Jahrhundert in Deutschland, Stuttgart 1998.

⁶² Vgl. als Grundlagentext Joan W. Scott, Gender: A Useful Category of Historical Analysis, in: American Historical Review 91 (1886), S. 1053-1075, und für Deutschland die Definition von Gisela Bock: „Die Kategorie Geschlecht bietet zwar fundamentale Erkenntnismöglichkeiten in bezug auf praktisch alle historischen Phänomene, aber sie sollte nicht als ein fixes, universales oder ursprungsmythisches Modell zur Erklärung der Fülle historischen Geschehens verstanden werden [...]. Geschlecht als sozialkulturelle Kategorie ernst zu nehmen, heißt vor allem, die sozialkulturelle Kategorie „Biologie“ zu begraben.“ Gisela Bock, Geschichte, Frauengeschichte, Geschlechtergeschichte, in: GuG 14 (1988), S. 364-391, hier S. 374. Vgl. auch zur Diskussion den Sammelband: Logie Barrow u. a. (Hg.), Nichts als Unterdrückung? Geschlecht und Klasse in der englischen Sozialgeschichte, Münster 1991.

durch ihre Geschlechtszugehörigkeit bestimmt? Hat sich durch die Beteiligung von Frauen auf der Akteursebene der Fokus der Fürsorge verändert?

In diesem Teil der Arbeit wird also danach gefragt, wie die verschiedenen Handlungsträger agiert haben. Wo konnten sich gemeinsame Interessen über schichtenspezifische oder geschlechtsspezifische Schranken hinweg finden und wo waren die Barrieren unüberbrückbar? Welche gemeinsamen Inklusions- und Exklusionsstrategien haben die Interessengruppen gefunden? Wer konnte davon in welcher Weise profitieren und wer waren die „Opfer“? Wie konnten die unterschiedlichen Interessen die Formen der Fürsorge beeinflussen? Nach Theda Skocpols Reinterpretation des amerikanischen Wohlfahrtsstaates ist gerade im Hinblick auf geschlechtergeschichtliche Fragestellungen ein effektives Instrumentarium in die Analyse von politischen Interessen, Akteure und ihrer Ziele eingeführt worden.⁶³ Die Einzelheiten dieser Untersuchung sind hier weniger von Interesse als die Methode Skocpols, mit der es ihr gelingt, Aushandlungsprozesse politischer Handlungsträger in ihrer historischen Kontingenz und in ihrem Zusammenspiel als eine als spezifisch nationale und zeitliche Konfiguration zu verstehen. Die Bedeutung einzelner Faktoren oder Gruppen wird nicht an ihrer jeweils eigenen Stärke gemessen, sondern ihr Einfluss ist vor allem in ihrem Zusammenspiel mit anderen parallelen Bedingungen untersucht worden. Zentral ist also das Verhältnis zwischen einzelnen Bestimmungsfaktoren und Handlungsträgern, das ebenso als zeitlich kontingent und reflexiv interpretiert wird.⁶⁴ Konkret angewendet auf die Akteure in der Mütter- und Säuglingsfürsorge im Deutschen Reich bedeutet diese Perspektive, dass man sowohl die Interessen der Ärzteschaft als auch die anderer Reformgruppen in ihren jeweiligen historischen Kontexten (ökonomische Voraus-

⁶³ Theda Skocpol, *Protecting Soldiers and Mothers. The political Origins of Social Policy in the United States*, Cambridge/Mass. 1992, vor allem S. 8-62. Skocpol kann zeigen, dass unter bestimmten gesellschaftlichen und politischen Gegebenheiten in den USA zwischen 1900 und 1930 maternalistische Bestrebungen weitaus größere politische Erfolge zeigten als die Bestrebungen der gesellschaftlichen Gruppen, die sich an den ernährerorientierten Sozialstaatsmodellen westeuropäischer Prägung orientiert. Deshalb seien die USA kein verspäteter Wohlfahrtsstaat gewesen, sondern hätten früher – von der historischen und politikwissenschaftlichen Forschung kaum beachtet – maternalistische Sozialpolitik betrieben. Während sich die Versuche, eine Rentenversicherung nach europäischem Vorbild zu installieren, nicht durchsetzen konnten, sind dagegen mit den „mothers pensions“ und dem Sheppard-Towner Act durchaus sozialstaatliche Leistungen für Mütter auf den Weg gebracht worden.

⁶⁴ Ebd.

setzungen, politische Zugangsrechte, kulturelle und soziale Identitäten) einordnen und darüber hinaus die besondere Dynamik der Kooperation untereinander erfassen muss.

Claudia Huerkamp hat in ihrer Geschichte der Professionalisierung der Ärzteschaft in Preußen in Anlehnung an Eliot Freidson und vor allem Magali Sarfatti-Larson betont, dass der „Professionalisierungsprozeß einer Berufsgruppe, das ‚professional project‘, [...] durch den Versuch, die Absatzchancen auf dem Markt für professionelle Dienstleistungen zu erweitern und Marktmacht zu etablieren“, gekennzeichnet sei.⁶⁵ In der vorliegenden Untersuchung wird gezeigt, wie sich die Kinderärzteschaft durch die Säuglingsfürsorge ein neues Marktsegment erschloss, um den eigenen Spezialisierungs- und Professionalisierungsprozess erfolgreich unterstützen zu können.

Neben der Ärzteschaft beteiligten sich viele Frauen gehobener, vor allem bürgerlicher Herkunft an der Mütter- und Säuglingsfürsorge. Dieser Einsatz gründete sich unter anderem auf den Wunsch, in der Fürsorge adäquate Berufe für bürgerliche Frauen zu finden.⁶⁶ Als im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts die Aufbauphase des modernen Sozialstaates einsetzte, begann auch die Entwicklung der klassischen ehrenamtlichen Armenpflege zur Sozialfürsorge. Dabei hat sich nicht nur die Form der Armenhilfe verändert, sondern auch die geschlechtsspezifische Beteiligung an dieser Arbeit. Es ist herausgestellt worden, dass der Beruf der Sozialarbeiterin bei seiner Entstehung ein reiner Frauenberuf war, obwohl sein Vorläufer, das Armenpflegeamt, in erster Linie von Männern ausgeübt wurde.⁶⁷ Dabei haben die politischen Vorstellungen der bürgerlichen Frauenbewegung auf diese Entwicklung einen großen Einfluss gehabt und die Sozialarbeit als Berufsbild ganz maßgeblich mitgeprägt. Welche persönlichen und politischen Ziele bürgerliche Frauen in der so-

⁶⁵ Huerkamp, *Der Aufstieg der Ärzte*, S. 16; Vgl. Zum Verhältnis zwischen Gesundheit, Ärzten und Staat vgl. auch Gerd Göckenjan, *Kurieren und Staat machen. Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt*, Frankfurt/M. 1985. Vgl. auch Ingo Tamm, *Ärzte und gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland und England 1880-1914*, Berlin 1998.

⁶⁶ Vgl. dazu allgemein: Peters, *Mütterlichkeit im Kaiserreich*; Meyer-Renschhausen, *Weibliche Kultur und soziale Arbeit*; Sachße, *Mütterlichkeit*; Young Sun Hong, *Femininity as a Vocation: Gender and Class Conflict in the Professionalization of German Social Work*, in: Geoffrey Cocks/Konrad H. Jarausch (Hg.), *German Professions 1800-1950*, Oxford 1990, S. 232-251; Schröder, *Arbeiten für eine bessere Welt*; Zeller, *Volksmütter*. Vgl. neuerdings auch Kerstin Wolff, *Stadtmütter. Bürgerliche Frauen und ihr Einfluss auf die Kommunalpolitik im 19. Jahrhundert (1860-1900)*, Königstein 2003.

⁶⁷ Vgl. Sachße/Tennstedt, *Geschichte der Armenfürsorge* Bd. 2, hier besonders S. 15-45.

zialen Arbeit verwirklichen wollten, wird in der neueren Geschlechtergeschichte unterschiedlich bewertet. Die Interpretationen bürgerlicher Sozialarbeit reichen von der Annahme, es sei diesen Frauen vor allem darum gegangen, die Arbeiterinnen zu bevormunden und ihnen ein bürgerliches Normensystem zu vermitteln und so Klassengegensätze zu verschleiern,⁶⁸ bis zu der These, weibliche Sozialfürsorge sei vorwiegend einem weiblichen Solidaritätsbewußtsein mit „armen Frauen“ entsprungen.⁶⁹

Zudem wird weibliche Sozialarbeit unter dem Überbegriff der „organisierten Mütterlichkeit“⁷⁰ eingeordnet. International hat dieses Phänomen als „Maternalismus“ inzwischen große Aufmerksamkeit in der Sozialstaatsdiskussion gefunden.⁷¹ Auch grundlegende Darstellungen deutscher Provenienz haben diesen Aspekt schon im Titel hervorgehoben.⁷² Wie jedoch in neueren Arbeiten herausgestellt wurde, war gerade die Verbindung dieser beiden Ansätze, also die Aufwertung von Mütterlichkeit und die Erlangung bürgerlicher Rechte im weiteren Sinne ein zentrales politisches Konzept der Frauenbewegung.⁷³

⁶⁸ Vgl. Ilka Riemann/Monika Simmel, Bildung zur Weiblichkeit durch soziale Arbeit, in: Ilse Brehmer u. a. (Hg.), Frauen in der Geschichte IV. „Wissen heißt leben...“. Beiträge zur Bildungsgeschichte von Frauen im 18. und 19. Jahrhundert, Düsseldorf 1983, S. 133-144, hier S. 139. Im Tenor ähnlich, wenn auch wesentlich differenzierter: Ute Frevert: „Fürsorgliche Belagerung“: Hygienebewegung und Arbeiterfrauen im 19. und frühen 20. Jahrhundert, in: GuG 11 (1985), S. 421-446, hier S. 446.

⁶⁹ Meyer-Renschhausen, Weibliche Kultur und soziale Arbeit, hier S. 372-378 und S. 128f. Sowohl Ilka Riemann als auch Elisabeth Meyer-Renschhausen betonen einen weiteren Aspekt von weiblicher Sozialarbeit. Sie werten diese Arbeit als Versuch, die den Frauen zugewiesene Aufgabenbereiche, wie Erziehung und Hausarbeit, zunehmend öffentlich sichtbar zu machen, vgl. Ilka Riemann: Soziale Arbeit als Hausarbeit. Von der Suppendame zur Sozialpädagogin, Frankfurt/M. 1985, hier S. 87.

⁷⁰ Der Begriff der „organisierten Mütterlichkeit“ geht zurück auf das Konzept der „geistigen Mütterlichkeit“, das vom gemäßigten Flügel der bürgerlichen Frauenbewegung entwickelt wurde. Es sollte Mütterlichkeit aus ihren biologischen Zusammenhängen lösen und als gesellschaftspolitische Handlungsmaxime einführen, vgl. Irene Stoehr, „Organisierte Mütterlichkeit“. Zur Politik der deutschen Frauenbewegung um 1900, in: Karin Hausen (Hg.), Frauen suchen ihre Geschichte. Historische Studien zum 19. und 20. Jahrhundert, München 1987, S. 225-253.

⁷¹ „‘Maternalismus’ verweist sowohl auf sozialpolitische Maßnahmen, die sich insbesondere an Frauen und Mütter richten, wie auf eine politische Identität, in der Frauen unter Rekurs auf Mütterlichkeit einen eigenständigen Einfluß auf die Gestaltung von Gesellschaft und Politik beanspruch(t)en.“ Vgl. dazu ausführlich Kulawik, Wohlfahrtsstaat und Mutterschaft, hier S. 41. Grundlegend ebenfalls: Susan Pederson, Family, dependence, and the Origins of the Welfare State: Britain and France 1914-1945, Cambridge 1993; Skocpol, Protecting Soldiers and Mothers.

⁷² Sachße, Mütterlichkeit, und Peters, Mütterlichkeit im Kaiserreich; für die Weimarer Republik siehe auch Zeller, Volksmütter, und im Tenor ähnlich: Sun Hong, Femininity as a Vocation, hier S. 236.

⁷³ Iris Schröder, Soziale Frauenarbeit als bürgerliches Projekt. Differenz, Gleichheit und weiblicher Bürgersinn in der Frauenbewegung um 1900, in: Klaus Tenfelde/Hans-Ulrich Wehler (Hg.), Wege zur Geschichte des Bürgertums, Göttingen 1994, S. 209-230, hier besonders S. 218. Schröder, Arbeiten für eine bessere Welt.

1.2.3 Mütter und Säuglinge in der medizinischen Normalisierung: Fürsorgekonzepte und ihre praktische Umsetzung

In der vorliegenden Untersuchung wird nach den Fürsorgekonzepten und deren Umsetzung gefragt. Wie sahen die Aktionen aus und wie kamen sie bei den Zielgruppen an? Welche Maßnahmen wurden angenommen, weil sie bei unterbürgerlichen Schichten⁷⁴ auch nachgefragt wurden und welche gingen an den Lebensbedingungen und Bedürfnissen der Zielgruppen vorbei und liefen deshalb ins Leere? Wie „eigen-sinnig“ konnte die Zielgruppe auf die Fürsorge reagieren?⁷⁵

In der Umsetzung der Mütter- und Säuglingsfürsorge spielte der Topos „Mütterlichkeit“ auf allen Ebenen eine entscheidende Rolle. Während bürgerliche Frauen *Mütterlichkeit* als genuin weibliche Kompetenz proklamierten, um sich Berufe innerhalb der Fürsorge zu sichern und öffentliche Handlungsspielräume zu erweitern,⁷⁶ waren die Empfängerinnen der Fürsorge den jeweiligen Deutungen von *Mütterlichkeit* in besonderer Weise ausgesetzt. Mütterlichkeit ist im Gegensatz zu den meisten Formen der Mutterschaft ein Konstrukt ohne biologische Basis und wird hier als ein Deutungsmuster verstanden, das in Abhängigkeit von sozialen, kulturellen und ökonomischen Faktoren jeweils anders besetzt werden kann.⁷⁷ Mutterschaft ist dagegen mit wenigen Ausnahmen ein biologisch-

⁷⁴ Eine ausgezeichnete Zusammenfassung des Klassen- und Schichtbegriffs nach Max Weber findet sich bei Spree, *Soziale Ungleichheit*, S.12ff. Soziale Schichtung wird als ein Prozeß verstanden, „in dem – ausgehend von Wertschätzungen oder von der Zumessung sozialer „Ehre“ – der intime gesellschaftliche Verkehr auf solche Personen (oder Gruppen) beschränkt wird, denen man einen ebenbürtigen „Status“ zubilligt. Dieser Prozeß ist demnach charakterisiert durch die soziale Bewertung individueller Attribute (vor allem Besitz von Gütern und Marktchancen, aber auch Qualifikationen oder Formen der Lebensführung) und durch ein daran orientiertes ein- oder ausschließendes soziales Handeln.“

⁷⁵ Vgl. die Zusammenfassung: Alf Lüdtke, Einleitung: Herrschaft als soziale Praxis, in: ders. (Hg.), *Herrschaft als soziale Praxis. Historische und sozial-anthropologische Studien*, Göttingen 1991, S. 9-63, hier S. 50: „In jedem Fall gehen die Formen von Distanzierung und Eigen-Sinn nicht in der Zweiwertigkeit von Gehorsam *oder* Widerstand auf.“ Vgl. auch Alf Lüdtke, *Eigen-Sinn, Fabrikalltag, Arbeitererfahrungen und Politik vom Kaiserreich bis in den Faschismus*, Hamburg 1993.

⁷⁶ Die Bedeutung von Mütterlichkeit war in beiden Ländern für die Diskussion innerhalb der Frauenbewegung von zentraler Bedeutung. In der deutschen bürgerlichen Frauenbewegung fand die Diskussion hauptsächlich zwischen dem sogenannten ‘gemäßigten’ und ‘radikalen’ Flügel der Frauenbewegung, im englischen Beispiel vor allem zwischen den ‘prosuffrage activists’ und den ‘antisuffrage women’, statt. Vgl. allgemein dazu Lisa Tickner, *The Spectacle of Women: Imagery of the Suffrage Campaign 1907-14*, Chicago 1988 und als Standardwerk für Deutschland: Barbara Greven-Aschhoff, *Die bürgerliche Frauenbewegung in Deutschland 1894-1933*, Göttingen 1981.

⁷⁷ Vgl. zu den verschiedenen Formen der Mutterschaft: Margrit Eichler, *Family Shifts. Families, Policies, and Gender Equality*, Toronto u. a. 1997.

physiologischer Zustand. Biologische Mütter stehen allerdings in besonderer Abhängigkeit von den entsprechenden Deutungen des Begriffes Mütterlichkeit.⁷⁸ So wurde in der Geschichtswissenschaft wie auch in der Ethnologie und in der Anthropologie lange diskutiert, ob Mutterliebe ein Konstrukt der Moderne sei, das den Müttern aufgrund staatlich-patriarchalischer Interessen von der Oberschicht oder herrschenden Eliten indoktriniert oder von ihnen selbst entdeckt worden sei.⁷⁹ Diese Debatte ist in jüngere Zeit durch sehr stark differenzierende Arbeiten abgeschwächt worden.⁸⁰

Deutlich macht diese Diskussion vor allem ein Phänomen: Der Diskurs über die biologischen Grundlagen von Mutterliebe und Mütterlichkeit war und ist auch aktuell hochgradig politisch besetzt. Er transportiert Geschlechterrollen und Machtstrukturen. Aus diesem Grund kann die Darstellung des sozialen und kulturellen Umgangs mit Mutterschaft die jeweilige Geschlechterordnung abbilden.

Die Entwicklung der Gesundheitsfürsorge für Mütter und Säuglinge kann aber nicht nur zur Erfassung der jeweiligen Deutungen von Mutterschaft dienen. Sie ist auch Gegenstand der Diskussion über Modernisierungsprozesse in einem allgemeineren Sinne.⁸¹ Abgeleitet

⁷⁸ Vgl. als Überblick zum Themenkomplex: Maria Wolf, Mutterschaft und Moderne. Die Vergesellschaftung der Bindekräfte des Lebendigen, in: Sieglinde Klettenhammer/Elfriede Pöder (Hg.), *Das Geschlecht, das sich (un)eins ist? Frauenforschung und Geschlechtergeschichte in den Kulturwissenschaften*, Innsbruck/Wien/München 1999, S. 109-130, hier vor allem S. 109-113.

⁷⁹ „Klassiker“ dieser Diskussion sind Phillippe Ariès, *Geschichte der Kindheit*, München/Wien 1975; Elisabeth Badinter, *Die Mutterliebe. Geschichte eines Gefühls vom 17. Jahrhundert bis heute*, München 1984 und auch Edward Shorter, *Die Geburt der modernen Familie*, Hamburg 1977. Dagegen Linda Pollock, *Forgotten children: Parent-child relations from 1550 to 1900*, Cambridge/New York 1983.

⁸⁰ Deutlich bei Yvonne Schütze, *Die gute Mutter – Zur Geschichte des normativen Musters „Mutterliebe“*, Bielefeld 1986. Sie geht von der Annahme aus, dass „Mutterliebe keine Neuerwerbung des menschlichen Gefühlshaushalts ist, daß aber seit diesem Zeitraum (seit Mitte des 18. Jahrhunderts, S.F.) sich in der bürgerlichen Gesellschaft unter dem Namen ‚Mutterliebe‘ ein kulturelles Deutungsmuster etabliert, das nicht nur die Mutter-Kind Beziehung, sondern gleichermaßen die Binnenstruktur der Familie und die Rolle der Frau normativ interpretiert.“, siehe ebd., S. 7. Vgl. auch zur Diskussion: Regina Schulte, *Das Dorf im Verhör. Brandstifter, Kindsmörderinnen und Wilderer vor den Schranken der bürgerlichen Gerichts*, Hamburg 1989. Vgl. den sehr gelungenen Überblick über neuere Forschungen bei Verena Pawlowsky, *Mutter ledig – Vater Staat. Das Gebär- und Findelhaus in Wien 1784-1910*, Innsbruck u. a. 2001, hier S. 269-276.

⁸¹ Darunter werden die Prozesse verstanden, die Detlev Peukert nach Max Weber folgendermaßen zusammenfasst: „Max Weber hat uns keine formelhafte Definition seiner Epoche, unserer Moderne hinterlassen, und auch angesichts seines Verständnisses von Historie wohl kaum geben wollen. Dennoch hebt er immer wieder zumindest vier strukturbestimmende Phänomene hervor, die uns zu einer definitorischen Annäherung an die Moderne dienen können: kapitalistische Wirtschaft und industrielle Klassengesellschaft; rational-bürokratische Staatsordnung und Sozialintegration; wissenschaftlich-technische Weltbeherrschung; rationalisierte und sozialdisziplinierte Lebensführung.“ Siehe Detlev Peukert, *Max Webers Diagnose der Moderne*, Göttingen 1989, S. 64. Vgl. auch Wolfgang J. Mommsen, *Die antinomische*

von der Interpretation des (Sozial-)disziplinierungsbegriffs bei Michel Foucault, der die zunehmenden Rationalisierungs- und Disziplinierungsfunktionen moderner Staatlichkeit von „harten“ Disziplinartechniken hin zu den „sanften“ Techniken der Wissenschaft betont⁸², entwickelte sich die Geschichte der Fürsorge zu einem umfassenden Forschungsgegenstand, anhand dessen das Verhältnis von Kontrolle, Disziplin und Freiheit in modernen Gesellschaften diskutiert wurde.⁸³ Eine der neueren Arbeiten, die für die hier vorliegende Untersuchung von besonderem Interesse waren, war die Studie über Fürsorgeerziehung von Detlev Peukert. Er beschrieb das „Janusgesicht der Moderne“ und betonte, dass die Moderne mit ihren Zwangs- und Normierungsmöglichkeiten die Neigung zur Ausgrenzung bestimmter Bevölkerungsgruppen immer in sich trage.⁸⁴

Dagegen öffnete Edward Ross Dickinson den Blick auf die politisch-konzeptionelle Seite der Jugendfürsorge. Er hat in seiner Überblicksdarstellung der Kinder- und Jugendfürsorge die Kontinuität der Fürsorgekonzeptionen vom Kaiserreich zur Bundesrepublik herausgestellt. In Anlehnung an die Devise „to bring the state back in“ lautet seine These, dass es nicht nur vom normierenden und disziplinierenden Charakter moderner Wohlfahrtsstaatlichkeit abhängt, wie in- oder exkludierend Fürsorge ausgestaltet ist, sondern

Struktur des politischen Denkens Max Webers, in: HZ 233 (1981), S. 35-64, hier besonders S. 46f. Vgl. auch Edith Hanke (Hg.), Max Webers Herrschaftssoziologie. Studien zur Entstehung und Wirkung, Tübingen 2001; Stefan Breuer, Max Webers Herrschaftssoziologie, Frankfurt/M./New York 1991, hier besonders S. 192-230.

⁸² Vgl. Michel Foucault, Überwachen und Strafen. Die Geburt des Gefängnisses, Frankfurt/M. 1994, hier S. 395 und als neuere Beiträge: Heinz Schilling, Profil und Perspektiven einer interdisziplinären und komparatistischen Disziplinierungsforschung jenseits einer Dichotomie von Gesellschafts- und Kulturgeschichte, in: ders. (Hg.), Institutionen, Instrumente und Akteure sozialer Kontrolle und Disziplinierung im frühneuzeitlichen Europa, Frankfurt/M. 1999, S. 3-36; Ulrich Behrens, „Sozialdisziplinierung“ als Konzeption der Frühneuezeitforschung. Genese, Weiterentwicklung und Kritik – eine Zwischenbilanz, in: Historische Mitteilungen 12 (1999), S. 35-68; und Stefan Breuer, Sozialdisziplinierung. Probleme und Problemverlagerungen eines Konzepts bei Max Weber, Gerhard Oestreich und Michel Foucault, in: Christoph Sachße/Florian Tennstedt (Hg.), Soziale Sicherheit und soziale Disziplinierung. Beiträge zu einer historischen Theorie der Sozialpolitik, Frankfurt/M. 1986, S. 45-69. Siehe auch Sachße/Tennstedt, Geschichte der Armenfürsorge Bd. 2, S. 12.

⁸³ Sachße/Tennstedt, Geschichte der Armenfürsorge Bd. 2; Peukert, Grenzen der Sozialdisziplinierung, Elizabeth Ruth Harvey, Youth and the State in the Weimar Republic: A Study of Public Policies towards Working-Class Adolescents in Hamburg 1918-1933, Phil. Diss., Oxford 1987; David F. Crew, Germans on welfare. From Weimar to Hitler, New York/Oxford 1998; Kai Detlev Sievers/Harm-Peer Zimmermann, Das disziplinierte Elend: Zur Geschichte der sozialen Fürsorge in schleswig-holsteinischen Städten 1542-1914, Neumünster 1994; Young-Sun Hong, Welfare, Modernity and the Weimar State 1919-1933, Princeton 1998.

⁸⁴ Vgl. Peukert, Grenzen der Sozialdisziplinierung, S.18f.

von jeweils spezifischen politischen und gesellschaftlichen Bestimmungsfaktoren.⁸⁵ Damit plädiert er dafür, dass man die jeweiligen politischen Spielräume moderner Gesellschaften stärker ausloten sollte.

Auf der Ebene des Gesundheitsverhaltens sind die Disziplinierungs- und Rationalisierungstechniken oder auch die "innere Kolonialisierung der Lebenswelt", wie sie etwa Ute Frevert in Anlehnung an Jürgen Habermas für die Säuglingsfürsorge in einem Aufsatz beschrieben hat,⁸⁶ vor allem mit dem Begriff der Medikalisierung gefasst worden. Dieser Terminus ist aber bislang wenig trennscharf geblieben, da trotz der Fülle der Literatur exakte Definitionen ausblieben.⁸⁷ Der Begriff umfasst in der aktuellen Forschung verschiedene Ebenen. Zum einen meint er das gemeinsame Interesse von Staat und Ärzten an der Kontrolle der Bevölkerung durch die akademische Medizin seit dem ausgehenden 18. Jahrhundert, weil die Bedeutung von Gesundheit im Säkularisierungsprozess ständig wuchs und Gesundheit das Heil ersetzte.⁸⁸ Die weitergehende Bedeutung des Begriffs ist die zunehmende Durchdringung der Bevölkerung mit medizinischen Normen, die „Hygienisierung“ des Alltags⁸⁹ und die wachsende Deutungsmacht der Medizin⁹⁰ in der

⁸⁵ Edward Ross Dickinson, *The Politics of German Child Welfare from the Empire to the Federal Republic*, Cambridge/Mass./London 1996, hier S. 2ff.

⁸⁶ Ute Frevert, *Fürsorgliche Belagerung*, S. 446; Vgl. auch Jürgen Habermas, *Theorie des kommunikativen Handelns*. 2 Bde., Frankfurt/M. 1981, hier vor allem Bd. 2, S. 171-293. Zum Begriff der Lebenswelt vgl. auch Alfred Schütz/Thomas Luckmann, *Strukturen der Lebenswelt*, 2 Bde., Frankfurt/M. 1979/84.

⁸⁷ Alfons Labisch/Reinhard Spree, *Neuere Entwicklungen und aktuelle Trends in der Sozialgeschichte der Medizin in Deutschland Rückschau und Ausblick (Teil 1)*, in: *VSWG* 84 (1997), S. 171-210, hier vor allem S. 193. Vgl. auch zu den verschiedenen Definitionen der Medikalisierung: Loetz, *Vom Kranken zum Patienten*, S. 40ff.

⁸⁸ Michel Foucault, *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*. 5. Aufl. Frankfurt/M. 1999, S. 208, das als Klassiker der Medikalisierungsliteratur gilt, wenn auch der Begriff der Medikalisierung hier gar nicht verwendet wird und auch nicht auf Foucault selbst zurückgeht. Vgl. Labisch, *Homo hygienicus*, S. 296. Zur Medikalisierung vgl. auch Michel Foucault, *La politique de la santé au XVIIIe siècle*, in: ders. u. a. (Hg.), *Les machines à guérir. Aux origines de l'hôpital moderne*, Paris 1976, S. 11-21 und Jean Pierre Goubert, *Die Medikalisierung der französischen Gesellschaft am Ende des Ancien Régime: die Bretagne als Beispiel*, in: *Medizinhistorisches Journal* 17 (1982), S. 89-114, hier S. 89. Zu den verschiedenen Dimensionen des Foucaultschen Medikalisierungsbegriffes vgl. Deborah Lupton, *Foucault and the medicalisation critique*, in: Alan R. Petersen/Robin Bunton (Hg.) *Foucault, Health and Medicine*, London u. a. 1997, S. 94-110, hier S. 102.

⁸⁹ Vgl. dazu Ute Daniel, *Der unaufhaltsame Aufstieg des sauberen Individuums. Seifen- und Waschmittelwerbung im historischen Kontext*, in: Imbke Behnken (Hg.), *Stadtgesellschaft und Kindheit im Prozess der Zivilisation. Konfigurationen städtischer Lebensweise zu Beginn des 20. Jahrhunderts*, Opladen 1990, S. 43-60, hier S. 44.

⁹⁰ Für die hier vorliegende Arbeit vgl. vor allem Claudia Honegger, *Frauen und medizinische Deutungsmacht im 19. Jahrhundert*, in: Alfons Labisch/Reinhard Spree (Hg.), *Medizinische Deutungsmacht im*

„Zwangssozialisation“ der Unterschichten,⁹¹ die mit der Ausweitung des Marktes für medizinische Dienstleistungen und der Verdrängung nicht-akademischer Heilkundiger korrespondierte.⁹² Diese Entwicklung wird vor allem für das 19. und beginnende 20. Jahrhundert beschrieben und ist für die vorliegende Untersuchung ein wichtiger Bezugsrahmen. Bezogen auf die Gegenwart wird der Begriff Medikalisierung in der Diskussion vor allem verwendet, um die zunehmende Pathologisierung normaler lebensgeschichtlicher Vorgänge durch eine Interessenkoalition von Ärzteschaft und pharmazeutischer Industrie zu erläutern. So ist in Bezug auf Schwangerschaft und Wechseljahren von einer „Medikalisierung weiblicher Lebensphasen“ die Rede.⁹³

Medikalisierung ist jedoch keine Einbahnstraße, sondern ist von vielen Autoren als ein komplexer wechselseitiger Prozess beschrieben worden. So argumentiert Franziska Loetz, dass die wachsende Durchdringung der Bevölkerung durch die wissenschaftliche Medizin im Sinne einer „medizinischen Vergesellschaftung“ von Seiten der Unterschichten durchaus bereitwillig angenommen wurde.⁹⁴ Loetz übersieht allerdings⁹⁵, dass auch schon andere Autoren, wie etwa Christoph Sachße, Florian Tennstedt und Alfons Labisch diesen Aspekt herausgestellt und das Wechselverhältnis zwischen Kontrolle und sozialer Sicherung beschrieben haben. Dabei wurde die Nachfrage nach sozial sichernden Maßnahmen auf Seiten der Unterschichtenbevölkerung herausgestellt.⁹⁶ Gerade im Bereich des Ge-

sozialen Wandel, Bonn 1989, S. 181-194. Goubert führte einen „zunehmenden Imperialismus des medizinischen Wissens und der medizinischen Technik“ an, Vgl. Goubert, *Medikalisierung*, S. 89.

⁹¹ In diese Richtung argumentiert Spree, *Soziale Ungleichheit*, S.156f.. Die Zwangssozialisation bezieht sich hier vor allem auf die Wirkung der gesetzlichen Krankenversicherung. Vgl. auch ähnlich Frevert, *Krankheit als politisches Problem*, S. 15f.

⁹² Huerkamp, *Aufstieg der Ärzte*, S. 12.

⁹³ So Petra Kolip, *Frauenleben in ärztlicher Hand. Die Medikalisierung weiblicher Umbruchphasen*, in: Dies. (Hg.), *Weiblichkeit ist keine Krankheit. Die Medikalisierung körperlicher Umbruchphasen im Leben von Frauen*, Weinheim 2000, S. 9-30.

⁹⁴ Loetz, *Vom Kranken zum Patienten*, S. 314ff. Vgl. auch Dies., „Medikalisierung“ in Frankreich, Großbritannien und Deutschland, 1750-1850: Ansätze, Ergebnisse und Perspektiven der Forschung, in: Wolfgang U. Eckart/Robert Jütte (Hg.), *Das europäische Gesundheitssystem: Gemeinsamkeiten und Unterschiede in historischer Perspektive*, Stuttgart 1994, S. 123-161. Vgl. auch Sauerteig, *Sexualität*, S. 19ff.

⁹⁵ Loetz, *Vom Kranken zum Patienten*, S. 50. „Das Konzept der Disziplinierung bedarf also der Ergänzung. Disziplinierung ist nicht allein ein Vorgang, in dem Interessenkollektive gegen widerständige Kräfte Macht ausüben. Disziplinierung entsteht auch durch Herrschaftsausübung kraft „Autorität“ und die eigenständige „rationale“ Einordnung der Betroffenen in Herrschaftsverhältnisse.“

⁹⁶ „Sozialpolitische Normalisierung diszipliniert nicht nur, sie schafft auch neuartige Freiräume und Freiheiten: Sie unterwirft das Individuum nicht nur neuen Kontrollen, sie setzt es auch aus traditionellen

sundheitsverhaltens habe eine „Enkulturation der Arbeiterschaft in die industrielle Lebenswelt“ stattgefunden, die ganz wesentlich durch die Wechselwirkung von Zwang und Angebot auf der einen und Bedürfnissen nach sozialer Absicherung und Beratung auf der anderen Seite vorangetrieben worden sei.⁹⁷

„Die Unterschichten befanden sich nach der langen Phase passiver Kolonisation ‚von oben‘ in einer aktiven Assimilation ‚von unten‘. Nicht nur medizinische Hilfe, sondern auch ärztlicher Rat wurden gerne angenommen. Die Arbeiter und ihre Familien hungerten nach einer neuen Sinnwelt, die neu angepaßte körperbezogene Verhaltensweisen begründete.“⁹⁸

Sauerteig hat dagegen noch stärker die kontrollierenden Aspekte dieses Assimilationsprozesses herausgestellt. Anhand des Umganges mit den Geschlechtskrankheiten interpretiert er den Vorgang der Durchdringung der Bevölkerung mit medizinischem Wissen und die zunehmenden Heilerfolge als die „Ablösung der einen Deutungsmacht durch die andere.“ Aus der Freiheit, sich behandeln lassen zu können habe sich eine Pflicht zur Behandlung entwickelt, „eine moralische Verpflichtung zu zweckrationalem Verhalten.“⁹⁹

In dieser Diskussion hat vor allem Sarasin eine neue Perspektive eingenommen. Er betont,

„[...] dass die Hygiene im 19. Jahrhundert als Randdisziplin der Medizin zwar nicht gerade eine ‚Lebenskunst‘ war, doch zu einem wesentlichen Teil eine Anleitung zum sorgfältigen, aufmerksamen Umgang mit sich selbst. Aus diesem Grund darf sie weder auf biopolitische Normalisierungsstrategien reduziert noch als bloßer Machteffekt am eigenen Leib verstanden werden. Die Hygieniker des 19. Jahrhunderts öffneten den diskursiven Raum für die subjektive Freiheit, sich ‚anders‘ als andere wahrzunehmen, ‚selbstverantwortlich‘ mit sich umzugehen und zwischen verschiedenen Verhaltensweisen eine Wahl zu treffen, [...]“¹⁰⁰

Ist diese Beschreibung auch überzeugend, solange es sich um hygienebewußte Männer handelte, so bleibt die Frage nach einer spezifisch weiblichen Selbstsorge unberücksichtigt – wie Sarasin auch selbst herausstellt. Ähnlich wie bei der sozialpolitischen Absicherung

Herrschaftsverhältnissen frei.“ zit. nach: Sachße/Tennstedt, Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland Bd. 2, S. 13; vgl. auch Labisch, Homo Hygienicus, hier vor allem S. 302; Vgl. auch den Sammelband: Christoph Sachße/Florian Tennstedt (Hg.), Soziale Sicherheit und soziale Disziplinierung. Beiträge zu einer historischen Theorie der Sozialpolitik, Frankfurt/M. 1986.

⁹⁷ Labisch/Spree, Neuere Entwicklungen, S. 193.

⁹⁸ Labisch, Homo Hygienicus, S. 257.

⁹⁹ Sauerteig, Sexualität, S. 444.

¹⁰⁰ Sarasin, Reizbare Maschinen, S. 23f.

stellt sich die Frage, ob Frauen als individuelle Subjekte der Hygiene gesehen wurden oder ob sie nicht nur in ihrer Funktion als Haus- und Familienfrauen angesprochen wurden.¹⁰¹ Bezieht man den Topos der „Selbstsorge“ auf Frauen als Mütter, wird ganz deutlich, dass die neuen Freiräume, die die bürgerliche Hygiene möglicherweise mit sich brachte, hier noch einmal überprüft werden müssen.

Frauen, vor allem Mütter waren ausführende Organe der bürgerlichen Hygienebewegung, das ist vielfach betont worden.¹⁰² Die mütterliche Sorge um sich selbst musste immer auch die Sorge für das Neugeborene bzw. für die Familie mit einschließen; möglicherweise widersprachen sich die Selbstsorge und die Sorge um die Familienhygiene in einigen Bereichen. Wo hier neue Freiräume entstehen konnten oder vielleicht auch wieder eingeschränkt wurden, kann anhand der Gesundheitsfürsorgebewegung für Mütter und Säuglinge ausgelotet werden. Potentielle neue Freiräume oder neue Zwänge können erfasst werden, indem gefragt wird, wie die betroffenen Mütter die Säuglingsfürsorge akzeptierten. Diese Frage ist für den angloamerikanischen Raum schon deutlicher aufgearbeitet worden: Als Beispiel für die unterschiedlichen Perspektiven können hier die Thesen von Jane Lewis auf der einen und Deborah Dwork auf der anderen Seite angeführt werden. Lewis betrachtet die Ausformung der Säuglingsfürsorge sehr kritisch, da sie zu sehr auf die Erziehung der Mütter fokussiert gewesen sei. Dies stelle einen Ansatz dar, der den geringsten Einsatz öffentlicher Gelder erfordert habe und die Verantwortung für die kindliche Gesundheit auf die Schultern der ohnehin schon völlig überforderten Mütter gelegt habe. Außerdem seien die Angebote größtenteils an den realen Bedürfnissen der Unterschichtenfrauen vorbeigegangen.¹⁰³ Deborah Dwork betont in ihrer Analyse der Geschichte der englischen Säuglingsfürsorge dagegen, dass im zeitgenössischen Kontext nicht mehr

¹⁰¹ Vgl. als Überblick und als Forschungsbericht: Dagmar Ellerbrock, Gesundheit, Krankheit und Geschlecht in historischer Perspektive, in: Klaus Hurrelmann/Petra Kolip (Hg.), *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich*, Bern u. a. 2002, S. 118-142; Kathrin Schmersahl, *Zur Konstruktion der Kategorie Geschlecht im medizinischen Diskurs des 19. Jahrhunderts*, Opladen 1998.

¹⁰² Vgl. etwa Frevert, *Fürsorgliche Belagerung*, S. 426.

¹⁰³ Lewis, *The Politics of Motherhood*, S. 67f.; vgl. außerdem zur englischen Säuglingsfürsorge: Marks, *Metropolitan Maternity*; vgl. auch für die USA: Richard A. Meckel, *Save the Babies: American Public Health Reform and the Prevention of Infant Mortality 1850-1929*, Baltimore 1990; Jennifer Maxwell, *Children and State Intervention: Developing a Coherent Historical Perspective*, in: Anne M. Rafferty u. a. (Hg.), *Nursing History and the Politics of Welfare*, London/New York 1997, S. 226-241.

als diese Form der Säuglingsfürsorge erreichbar gewesen sei und dass die Mütter die Angebote durchaus bereitwillig angenommen hätten.¹⁰⁴

Ein Teilbereich der Medikalisierung, nämlich die Prozesse der Gesundheitsberatung und die Diffundierung medizinischer Normen über Diskurse, Organisationen und Akteure, werden in der vorliegenden Arbeit als medizinische Normalisierung verstanden.¹⁰⁵ Korrespondierend mit anderen Fachöffentlichkeiten wie etwa Pädagogik oder Nationalökonomie, war die medizinische Normalisierung von Mutterschaft und Mütterlichkeit eine von mehreren Normalisierungsprozeduren, die darauf zielten, ein „Normalitätsprofil“ Mutter in der industriellen Moderne zu schaffen.¹⁰⁶ Dieser Prozess verlief ebenfalls nicht nur von oben nach unten, sondern war durch ein Geflecht hierarchischer Beziehungen strukturiert und geprägt.¹⁰⁷ Die miteinander verwobenen Machtstrukturen staatlich-wissenschaftlicher, geschlechtsspezifischer und gesellschaftlich-ökonomischer Art sollen anhand des Verhältnisses von Ärzten, Fürsorgerinnen und Müttern umfassend berücksichtigt werden. Hier schließt sich auch der Kreis zur „Exklusion in der Inklusion“. Es wird danach gefragt werden, wie die Herstellung des Normalitätsprofils „Mutter“ sowohl in der Sozialversicherung

¹⁰⁴ Vgl. die Auseinandersetzung Dworks mit den Thesen von Jane Lewis bei Dwork, *War is good for babies*, S. 227f.

¹⁰⁵ Vgl. zur Diskussion den Sammelband von Link, *„Normalität“*. Unter Bezugnahme auf Foucault versteht Link Normalisierungsprozeduren als Herstellung und Aufrechterhaltung der systemwichtigen Normalitäten. Jürgen Link u. a. , *Zur Einleitung: „Normalität“ im Diskursnetz soziologischer Begriffe*, in: Link, *„Normalität“*, S. 7-20, hier S. 9. und Jürgen Link, *Versuch über den Normalismus: wie Normalität produziert wird*, 2. aktualisierte und erweiterte Aufl., Opladen 1999. Vgl. auch den Begriff der sozialpolitischen Normalisierung bei Sachße/Tennstedt, *Geschichte der Armenfürsorge* Bd. 2, S.13.

¹⁰⁶ Vgl. auch Eckart Pankoke, *Gesellschaftlicher Wandel sozialer Dienste. Voraussetzungen und Entwicklungsperspektiven*, in: Engelbert Kerkhoff (Hg.), *Handbuch Praxis der Sozialarbeit und Sozialpädagogik*, Bd. 1, Düsseldorf 1981, S. 3-30, hier vor allem S. 10-15. Pankoke unterscheidet hier zwischen dem Normalitätsprofil „Erwerbsarbeit“ und dem des „Familienlebens“.

¹⁰⁷ Die Komplexität der Fürsorge zu erfassen, ist eine besondere Herausforderung. So nimmt Lutz Raphael eine häufig geäußerte Kritik auf: „Eine besondere Gefahr vor allem der deutschen Variante von „Sozialdisziplinierung“ aber auch des britischen „social control“ Ansatzes scheint mir darin zu liegen, daß sie unerschwerlich mit einem für die komplexen Gesellschaften des 20. Jahrhunderts geradezu anachronistischen Herrschaftsmodell arbeiten, das von einem „Oben“ und „Unten“, von zentralen Apparaten und Schaltstellen ausgeht und damit die Steuerungsmöglichkeiten wie die Eindeutigkeit der Gestaltungsrichtungen politisch-gesellschaftlicher Akteure überschätzt“, Vgl. Lutz Raphael, *Die Verwissenschaftlichung des Sozialen*, in: *GuG* 22 (1996), S. 165-193, hier S. 184. Vgl. auch Labisch, *Homo Hygienicus*, S. 302: „Das grundlegende Problem liegt nicht darin, daß Medikalisierungsprozesse gesellschaftliche Macht oder organisierte Herrschaft vermitteln. Das ist nicht nur unbestritten, das ist sogar unvermeidlich. Grundlegend ist, daß die jeweiligen Sinn- und Wertsetzungen individueller und sozialer Körper immer und überall Bestandteil gesellschaftlicher Macht und Herrschaft sind – nur jeweils in anderen Ausprägungen.“

als auch in der Fürsorge, die Exklusion bzw. Teilexklusion von Müttern aus dem Normalitätsprofil des „Erwerbsarbeiters“ befestigen konnte.

1.3. Quellenlage

Die Quellensituation stellt sich für die verschiedenen Teile der Arbeit höchst unterschiedlich dar. Generell lässt sich sagen, dass man die öffentliche Diskussion und die Organisation der Mütter- und Säuglingsfürsorge gut nachvollziehen kann. Zwischen 1900 und 1924 erschien eine Fülle von sozialpolitischen, nationalökonomischen und medizinischen Abhandlungen über Säuglingssterblichkeit und -fürsorge.¹⁰⁸ Diese wurden entlang der zentralen Begriffe, wie Nationalvermögen, Mütterlichkeit und Volkskörper analysiert. Daneben sind die Verhandlungen der gesundheitsfürsorgerischen und sozialreformerischen Vereine, wie etwa die des Vereins für Sozialpolitik, des Vereins für Armenpflege und Wohltätigkeit, des Deutschen und Niederrheinischen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege ausgewertet worden.¹⁰⁹ Des Weiteren sind die Bestände der am Ausbau der Säuglingsfürsorge beteiligten preußischen Ministerien und Reichsorganisationen bearbeitet worden.¹¹⁰ Dies gilt ebenso für das Königreich Sachsen und das Großherzogtum Baden.

¹⁰⁸ Als Auswahl der zentralen Quellentexte vgl. Hugo Neumann (Bearb.), *Öffentlicher Kinderschutz*, Jena 1895 (Handbuch der Hygiene 7,2); Gustav Temme, *Die sozialen Ursachen der Säuglingssterblichkeit*, Berlin-Schöneberg 1908; Eugen Schlesinger, *Moderne Säuglingsfürsorge. Die Bekämpfung der großen Kindersterblichkeit in Deutschland durch Vereine, städtische und staatliche Behörden*, Straßburg i.E. 1909; Adolf Würtz, *Säuglingsschutz durch Staat, Gemeinden und Private innerhalb des deutschen Sprachgebiets*. Preisschrift der Lamey-Stiftung der Kaiser-Wilhelm-Universität Straßburg, Stuttgart 1910; Max Seiffert, *Säuglingssterblichkeit, Volkskonstitution und Nationalvermögen*, in: *Klinisches Jahrbuch* 14 (1905), S. 65-94; Arthur Keller, *Kommunale Säuglingsfürsorge. Ärztliche Erfahrungen*, in: *Ergebnisse der Säuglingsfürsorge*, Leipzig 1908, S. 1-103; Gustav Tugendreich, *Die Mütter- und Säuglingsfürsorge*, Stuttgart 1910; *Medizinalabteilung des Ministeriums der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten* (Bearb.), *Die Säuglingssterblichkeit, ihre Ursachen und Bekämpfung*. Denkschrift, Berlin 1905; Karl von Behr-Pinnow, *Geburtenrückgang und Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit*, Berlin 1913; Ders., *Planmäßige Säuglingsfürsorge und ihre Durchführung*, Potsdam 1915; Marie Baum (Hg.) unter Mitwirkung von Anna von Gierke, *Grundriß der Gesundheitsfürsorge: Zum Gebrauch für Schwestern, Kreisfürsorgerinnen, Sozialbeamtinnen und andere Organe der vorbeugenden offenen Fürsorge bestimmt*, Wiesbaden 1919; Wilhem von Drigalski, *Säuglingsfürsorge und Mutterschutz nach den Erfahrungen der Vorkriegs-, Kriegs- und Nachkriegszeit*. Sozialhygienische Studie, Langensalza 1924.

¹⁰⁹ *Schriften des Vereins für Sozialpolitik*, Berlin/Leipzig/München 1873-1939, *Stenographischer Bericht über die Verhandlungen der ... Jahresversammlung des deutschen Vereins für Armenpflege und Wohltätigkeit*, München/Leipzig 1880-1918; *Verhandlungen auf der ... Versammlung des „Deutschen Vereins für Öffentliche Gesundheitspflege“*, in: *Deutsche Vierteljahresschrift für öffentliche Gesundheitspflege*. Organ des Vereins für öffentliche Gesundheitspflege, Braunschweig 1869-1915; *Verhandlungen des niederrheinischen Vereins für Öffentliche Gesundheitspflege am ... in ...*, in: *Zentralblatt für allgemeine Gesundheitspflege: Organ des Niederrheinischen Vereins für Öffentliche Gesundheitspflege*, Bonn 1882-1919.

¹¹⁰ Dies waren das Finanzministerium, das Innenministerium und das Ministerium der geistigen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten; dazu noch die Bestände des Geheimen Zivilkabinetts, die sich alle im Geheimen Staatsarchiv Preußischer Kulturbesitz in Berlin-Dahlem befinden.

Für Baden war im Generallandesarchiv in Karlsruhe besonders der umfangreiche Bestand „Badischer Frauenverein“ sehr aussagekräftig, da über diesen Verein die Ausgestaltung der Säuglingsfürsorge in Baden koordiniert wurde. Eine vergleichbar ausgebaute Organisation auf staatlicher Ebene bestand in Sachsen vor 1914 nicht. Deshalb wurden hier vor allem die Bestände des sächsischen Innenministeriums herangezogen.¹¹¹

Die beste Überlieferung für die Analyse der beteiligten Vereine bot der „Verein für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf“, da die zahlreichen eigenen Veröffentlichungen des Vereins und seine jährlich erschienenen Jahresberichte wie die von ihm herausgegebenen Flugblätter noch weitgehend erhalten sind. Daneben bietet auch der Verein für Säuglingsfürsorge in Westfalen eine umfangreiche Quellenauswahl. Auch hier liegen die Vereinsberichte mit Reporten über die Mitgliedsstädte vor.¹¹² Ebenso sind in den Hauptstaatsarchiven in Düsseldorf, Münster und Dresden die entsprechenden Aktenbestände des Regierungspräsidenten bzw. der Provinzialverwaltung, also der staatlichen Lenkungsbehörden im Hinblick auf die Maßnahmen innerhalb der Mütter- und Säuglingsfürsorge durchgearbeitet worden.

Da ein wesentliches Untersuchungsziel in der vergleichenden Betrachtung staatlicher, städtischer und privater Initiativen liegt, wurde neben der staatlichen auch die kommunale Ebene berücksichtigt. Vor allem die Städte Düsseldorf, Krefeld, Freiburg, Karlsruhe, Münster, Dresden und Leipzig wurden im Hinblick auf die Ausgestaltung der jeweiligen lokalen Mütter- und Säuglingsfürsorgeeinrichtungen untersucht. Aufgrund der verschiedenen Strukturen und Träger der Säuglingsfürsorge vor Ort sind auf der lokalen Ebene je nach Verfügbarkeit das Material der Wöchnerinnenvereine und Wöchnerinnenasyle, der Mütterberatungsstellen, des Armen- bzw. Gesundheitsamtes oder des Stadtarztes in den jeweiligen Stadtarchiven herangezogen worden.¹¹³

¹¹¹ Das ist die entsprechende Korrespondenz im Sächsischen Innenministerium und der Sächsischen Gesandtschaft in Berlin. In Baden ist vor allem der Bestand des Badischen Frauenvereins im Generallandesarchiv in Karlsruhe verwendet worden und seine Publikation „Blätter des badischen Frauenvereines“, die ebenso wie die Jahresberichte des Karlsruher Wöchnerinnenasyls im Stadtarchiv Karlsruhe liegen.

¹¹² Bericht über das ... Geschäftsjahr des Vereins für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf, Düsseldorf 1907/08ff.; Bericht über das ... Geschäftsjahr des Vereins für Säuglingsfürsorge des Vereins für Säuglingsfürsorge in der Provinz Westfalen, Münster 1910ff.

¹¹³ In Münster und Leipzig waren die entsprechenden Bestände der Stadtarchive durch die Sekundärliteratur schon umfassend bearbeitet: Vgl. Brandmann, Leipzig; Witzler, Großstadt und Hygiene; Christiane Can-

Für das dritte Kapitel der Untersuchung, das vor allem die gesellschaftlichen Akteure der Mütter- und Säuglingsfürsorge darstellt, stellte sich die Quellenlage etwas komplizierter dar. In der überwiegenden Mehrzahl werden wir zwar sehr gut über die Interessen und Motive der Reformen unterrichtet, weitaus spärlicher sind aber Informationen über die reale Beteiligungsformen und praktisches Vorgehen. Neben den schon erwähnten Quellen sind für diesen Teil der Untersuchung vor allem Biographien und Lebenserinnerungen von Ärzten, Fürsorgerinnen, Sozialreformern und Hebammen mit herangezogen worden.¹¹⁴ Von einiger Bedeutung waren hier auch die Kongress- und Tagungsprotokolle der verschiedenen Säuglingsfürsorgevereinigungen, da hier in den Aussprachen die beteiligten Berufsgruppen ihre Interessen formulierten, wenn auch die Ärzteschaft hier einen deutlichen Vorsprung vor allen anderen beteiligten Interessengruppen einnahm.¹¹⁵ Auch die Interessen der bürgerlichen Frauenbewegung und der Hebammen konnten durch die Durchsicht entsprechender Periodika gut dokumentiert werden.¹¹⁶ Daneben bot die Auswertung der

tauw-Groschek, „Es ist wichtiger, Krankheiten vorzubeugen, als Krankheiten zu heilen!“ Institutionalisierte Säuglingsfürsorge am Beispiel der Stadt Münster, in: Verena Burhenne (Hg.), *Kein Kinderspiel. Das erste Lebensjahr*, Münster 1994, S. 70-95; Kleine, *Kampf für den gesunden Nachwuchs*.

¹¹⁴ Robert Lehr (Hg.), *Auf neuen Wegen zu neuen Zielen. Festschrift zum 60. Geburtstag von Arthur Schlossmann*, 16. Dezember 1927, zusammengestellt und bearbeitet von Marta Fraenkel, Düsseldorf 1927; Margarete Cordemann, *Wie es wirklich gewesen ist. Lebenserinnerungen einer Sozialarbeiterin auf dem Hintergrund einer Beschreibung der deutschen Gesellschaft in der Zeit von 1890-1960*, Gladbeck 1963; Otto Heubner, *Lebenschronik. Von ihm selbst verfaßt und nach seinem Tod hg. von seinem ältesten Sohne Wolfgang Heubner*, Berlin 1927; Adalbert Czerny, *Die Pädiatrie meiner Zeit*, Berlin 1939; Hermine Heusler-Edenhuizen, *Du mußt es wagen! Lebenserinnerungen der ersten deutschen Frauenärztin. Mit einem Vorwort von Heide Soltau*, Hamburg 1999; Lisbeth Burger, *40 Jahre Storchentante: Aus dem Tagebuch einer Hebamme*, 12. bis 20. Aufl., Breslau 1929; Marie Baum, *Rückblick auf mein Leben*, Heidelberg 1950; BA Koblenz, N1151, Nr. 337 Nachlass Marie-Elisabeth Lüders, *Memoiren-Manuskript*.

¹¹⁵ *Stenographischer Bericht über die Verhandlungen des I. Deutschen Kongresses für Säuglingsschutz und der Mitgliederversammlung der Deutschen Vereinigung für Säuglingsschutz am 19. Juni 1909 in Dresden*, Berlin 1909; *Verhandlungen des II. Deutschen Kongresses für Säuglingsfürsorge in München am 20. und 21. Mai 1910*, Berlin 1910; *III. Deutscher Kongress für Säuglingsfürsorge Darmstadt 1912*, Berlin 1913; *IV. Deutscher Kongress für Säuglingsschutz Breslau 1913*; *II. Preußische Landeskonferenz für Säuglingsschutz*, Berlin 1913, Berlin 1914; *Bericht über den III. Internationalen Kongress für Säuglingsschutz Berlin 1911*, Berlin 1912.

¹¹⁶ Vor allem: *Die Frau: Monatsschrift für das gesamte Frauenleben unserer Zeit. Organ des Bundes Deutscher Frauenvereine*, Berlin 1893/94-1943/44; *Die Frauenbewegung: Revue für die Interessen der Frauen*, Berlin 1895-1919; *Mutter und Kind. Vierteljahresschrift für Säuglingsfürsorge*, Düsseldorf 1908/09-1921/22.

verschiedenen Fachzeitschriften einen guten Überblick über die vorhandenen Einrichtungen und die an ihnen beteiligten Akteure.¹¹⁷

Der Untersuchungsbereich des fünften Kapitels, die praktische Durchführung der Maßnahmen und ihre Akzeptanz, erforderte bezüglich der Quellen erhebliche Flexibilität. Gerade die Suche nach der praktischen Ausgestaltung der Fürsorge stellte ein wesentliches Motiv für die Auswahl von sieben verschiedenen Städten dar. Wie schon häufig in der medizinhistorischen Forschung beklagt, ist der direkte Zugang zur Perspektive der Patienten und Patientinnen äusserst schwierig.¹¹⁸ Das gilt ebenso für die Klientel der Fürsorgestellen. Annäherungen sind jedoch über Umwege möglich. Eine Möglichkeit besteht darin, über quantitative Informationen die Akzeptanz der gesundheitsfürsorgerischen Einrichtungen zu erfassen.¹¹⁹ In den lokalen Archiven fanden sich darüber hinaus Bitt- oder Beschwerdebriefe der Mütter, die auf eine bestimmte Fürsorgepraxis schließen lassen. Neben den allerdings ganz unterschiedlich ergiebigen archivalischen Bestände über die lokalen Einrichtungen wie etwa Mütterberatungsstellen oder Wöchnerinnenheime, mussten vor allem die Fachzeitschriften herangezogen werden. Des weiteren konnten - je nach Vorhandensein - Berichte von Fürsorgerinnen und Ärzten an die Stadtverwaltung und Zeitungsberichte berücksichtigt werden. Insofern bot die Untersuchungsgrundlage von sieben Kom-

¹¹⁷ Zeitschrift für Säuglingsschutz: Organ des Kaiserin-Auguste-Victoria-Hauses und der Deutschen Vereinigung für Säuglingsschutz, Berlin 1909-1916; die Nachfolgerinnen: Zeitschrift für Säuglings- und Kleinkinderschutz: Zeitschrift des Kaiserin-Auguste-Victoria-Hauses zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reich; Zeitschrift der Deutschen Vereinigung für Säuglingsschutz, Berlin 1917-1923 und Gesundheitsfürsorge für das Kindesalter: Veröffentlichungen des Kaiserin-Auguste-Victoria-Hauses, Reichsanstalt zur Bekämpfung der Säuglings- und Kleinkindersterblichkeit und der Deutschen Vereinigung für Säuglings- und Kleinkinderschutz, Berlin 1925-1933; Zeitschrift für Säuglingsfürsorge, Leipzig 1907-1915; später: Zeitschrift für Bevölkerungspolitik und Säuglingsfürsorge, Leipzig 1916-1922; Mutter und Kind. Vierteljahresschrift für Säuglingsfürsorge, Düsseldorf 1908/09-1921/22; Archiv für Kinderheilkunde, Stuttgart 1880-1971; Zeitschrift für Medizinalbeamte, Berlin 1888-1935; Beih. u. darin aufgeg: Zeitschrift für Hebammenwesen, Mutterschutz und Säuglingspflege: Offizielles Organ der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens, Berlin 1917-1919; Zeitschrift für Soziale Medizin, Medizinalstatistik, Arbeitsversicherung, soziale Hygiene und die Grenzfragen der Medizin und Volkswohlfahrt, Köln 1906-1908; Zeitschrift für Soziale Medizin, Säuglingsfürsorge und Krankenhauswesen sowie die übrigen Grenzgebiete der Medizin und Volkswirtschaft, Leipzig 1906-1910; Deutsche Vierteljahresschrift für öffentliche Gesundheitspflege: Organ des Deutschen Vereins für Öffentliche Gesundheitspflege, Braunschweig 1869-1915; Centralblatt für allgemeine Gesundheitspflege: Organ des Niederrheinischen Vereins für Öffentliche Gesundheitspflege, Köln 1882-1919.

¹¹⁸ Vgl. dazu Jens Lachmund/Gunnar Stollberg, *Patientenwelten. Krankheit und Medizin vom späten 18. bis zum frühen 20. Jahrhundert im Spiegel von Autobiographien*, Opladen 1995.

¹¹⁹ Diesen Weg hat vor allem Jörg Vögele gewählt, vgl. Vögele, *Sozialgeschichte*, S. 386-393.

munen die Möglichkeit, die verschieden Überlieferungsarten jeweils zu ergänzen, um so ein umfassendes Bild erstellen zu können.

2. Vorbedingungen

2.1 Soziale Lage und Gesundheitsverhältnisse

Die soziale Lage der arbeitenden Klassen und Unterschichten war seit dem Vormärz Thema einer breiten Reformbewegung. Im Kaiserreich erreichte die Diskussion einen vorläufigen Höhepunkt. Obwohl agrarstaatliche Strukturen durchaus weiterbestanden, entwickelte das Deutsche Reich zunehmend den Charakter eines Industriestaates.¹²⁰ Die Bevölkerungsverdichtung in den städtischen Ballungsräumen faszinierte und erschreckte, vor allem war sie Gegenstand einer weitreichenden gesellschaftlichen Debatte über die Neugestaltung des städtischen Lebens.¹²¹ Die zeitgenössischen Betrachter nahmen vor allem die soziale Verelendung der Industriearbeiterschaft in den Städten wahr, denn hier schienen sich die Veränderungen, die mit Industrialisierung und Urbanisierung über das Land gekommen waren, wie in einem Brennglas zu bündeln.

Da die Wahrnehmung der urbanen Lebensverhältnisse eine der wesentlichen Grundlagen für die Ausgestaltung der Mütter- und Säuglingsfürsorge war, sollen sie im Folgenden überblicksartig skizziert werden. Dabei wird neben der schichten- auch die geschlechtsspezifische soziale Ungleichheit in ihrer jeweiligen Wechselwirkung berücksichtigt,¹²²

¹²⁰ „Das Deutsche Reich blieb bis 1914 sowohl ein Agrar- wie ein Industriestaat, und beide Sektoren standen relativ unvermittelt nebeneinander.“ So die Einschätzung von Wolfgang J. Mommsen, vgl. ders., *Wirtschaft, Gesellschaft und Staat*, S. 243; vgl. allgemein Friedrich-Wilhelm Henning, *Handbuch der Wirtschafts- und Sozialgeschichte Deutschlands*, Bd. 2, *Deutsche Wirtschafts- und Sozialgeschichte im 19. Jahrhundert*, Paderborn u. a. 1996; Hubert Kiesewetter, *Industrielle Revolution in Deutschland 1815-1914*, Frankfurt/M. 1991. Vgl. als Gesamtdarstellungen: Mommsen, *Bürgerstolz und Weltmachtstreben*; Thomas Nipperdey, *Deutsche Geschichte 1866-1918*, Bd. 1: *Arbeitswelt und Bürgergeist*, München 1990, Bd. 2: *Machtstaat vor der Demokratie*, 2. durchges. Aufl., München 1993.

¹²¹ Vgl. für die jüngere Forschung: Jürgen Reulecke/Clemens Wischermann (Hg.), *Die Stadt als Moloch? Das Land als Kraftquell? Wahrnehmungen und Wirkungen der Großstädte um 1900*, Basel 1999; grundlegend: Klaus Bergmann, *Agrarromantik und Großstadtfeindschaft*, Meisenheim/Glan 1970.

¹²² Vgl. Rosmarie Beier, *Frauenarbeit und Frauenalltag im Deutschen Kaiserreich. Heimarbeiterinnen in der Berliner Bekleidungsindustrie 1880-1914*, Frankfurt/M./NewYork 1983, hier S. 125-128 und Marlene Ellerkamp, *Industriearbeit, Krankheit und Geschlecht. Zu den sozialen Kosten der Industrialisierung: Bremer Textilarbeiterinnen 1870-1914*, Göttingen 1991, hier S. 100-126 und vor allem die Kontroverse zwischen Gisela Bock und Jürgen Kocka zur Relevanz von Klasse oder Geschlecht, vgl. Gisela Bock, *Geschichte, Frauengeschichte, Geschlechtergeschichte*, in: *GuG 14* (1988), S. 364-391, hier S. 369 und Jürgen Kocka, *Einige Ergebnisse*, in: Ute Frevert (Hg.), *Bürgerinnen und Bürger: Geschlechterverhältnisse im 19. Jahrhundert*, Göttingen 1988, S. 206-209, hier S. 206 zusammenfassend auch Jürgen Kocka: *Fragen zum Thema*, in: *GuG 18* (1992), S. 137-142, hier S. 142.

denn gerade die Arbeiterinnen waren die Adressatinnen sozial- und gesundheitsfürsorglicher Bestrebungen.¹²³

In der Zeit des späten Kaiserreiches ging die Übersterblichkeit in den Städten deutlich zurück, obwohl den Zeitgenossen vor allem die städtischen Gesundheitsverhältnisse bedrohlich erschienen. Seit etwa 1900 hatten sich die städtischen Sterblichkeitsverhältnisse in Preußen im Vergleich zu den gesamtpreußischen Durchschnittszahlen verbessert.¹²⁴

Da aber vor allem die städtischen Lebensverhältnisse wahrgenommen wurden, richteten sich die Maßnahmen der Gesundheitsfürsorge vor allem auf die Lebens- und Wohnbedingungen der städtischen Arbeiterfamilien.¹²⁵ Die Wohnsituation wurde in der zeitgenössischen Statistik vor allem durch die Kriterien Wohnungsgröße, Wohndichte, Mietkosten und Wohnungsausstattung erfasst.¹²⁶ Mit diesen Standards können auch die hygienischen

¹²³ Vgl. Frevert, Fürsorgliche Belagerung S. 421f. Vgl. hier in dieser Arbeit Kap. 5.

¹²⁴ Vögele, Sozialgeschichte, S. 88-96.

¹²⁵ Zur Frage des arbeitsrechtlichen Mutterschutzes ist gerade die Untersuchung von Nicol Matzner-Vogel erschienen: Matzner, Zwischen Produktion und Reproduktion. Vgl. dazu auch Braun, Gewerbeordnung und Schmitt, Arbeiterinnenschutz.

¹²⁶ Mit der ersten Berliner Wohnungszählung setzte 1861 die kommunale Wohnungsstatistik in Deutschland ein. In anderen größeren Städten folgten wohnungsstatistische Erhebungen. Weitere wichtige Quellen für die Wohnverhältnisse sind vor allem die Wohnungszählungen im Statistischen Jahrbuch deutscher Städte. Amtliche Veröffentlichung des Deutschen Städtetages, bearb. vom Verbands der Deutschen Städtestatistiker, Jena 1890-1933 (SJDS), die 1885 einsetzen und bis 1910 regelmäßig dokumentiert werden. Die Statistiken sind enthalten in: E. Hasse, Wohnungen und Haushaltungen, in: SJDS 1 (1890), S. 70-82; ders., Wohnungen, in: SJDS 2 (1892), S. 50-56; ders., Wohnungen und Haushaltungen nach den Ergebnissen der Zählung von 1890, in: SJDS 3 (1893), S. 32-54; ders., Wohnungen und Haushaltungen nach den Ergebnissen der Zählung von 1895, in: SJDS 7 (1896), S. 53-73; ders., Wohnungen und Haushaltungen nach den Ergebnissen der Zählung von 1900, in: SJDS 11 (1903), S. 69-101; ders., Statistisches Amt der Stadt Leipzig, Wohnungen und Haushaltungen nach den Ergebnissen der Zählung von 1905, in: SJDS 16 (1909), S. 433-471; R. Kuczynski: Wohnungen nach den Zählungen von 1910, in: SJDS 21 (1915), S. 851-886. Weitere maßgebliche statistische Zusammenstellungen finden sich in den „Schriften des Vereins für Sozialpolitik“ zur Wohnungsfrage, die 1886 und 1901 erschienen sind, vgl. M. Neefe: Hauptergebnisse der Wohnungsstatistik deutscher Großstädte, in: Die Wohnungsnot der ärmeren Klassen in deutschen Großstädten und Vorschläge zu deren Abhilfe. Gutachten und Berichte, hg. im Auftrage des Vereins für Socialpolitik, Leipzig 1886, S. 161-199. Dabei ist zu beachten, dass die von Neefe geführte Statistik noch mit großen Mängeln behaftet war, vgl. dazu Hans-Jürgen Teuteberg, Die Debatte der deutschen Nationalökonomie im Verein für Socialpolitik über die Ursachen der „Wohnungsfrage“ und die Steuerungsmittel einer Wohnungsreform im späten 19. Jahrhundert, in: ders. (Hg.), Stadtwachstum, Industrialisierung, Sozialer Wandel. Beiträge zur Erforschung der Urbanisierung im 19. und 20. Jahrhundert, Berlin 1986, S. 13-59, hier S. 28; Hugo Lindemann, Wohnungsstatistik, in: Neue Untersuchungen über die Wohnungsfrage in Deutschland und im Ausland, hg. vom Verein für Socialpolitik, Leipzig 1901, S. 261-384. Vgl. dazu auch Lutz Niethammer/Franz J. Brüggemeier, Wie wohnten Arbeiter im Kaiserreich? in: AfS 16 (1976), S. 61-134, hier S. 67 und Sylvia Brander, Wohnungspolitik als Sozialpolitik. Theoretische Konzepte und praktische Ansätze in Deutschland bis zum Ersten Weltkrieg, Berlin 1984, hier S. 78.

Verhältnisse beschrieben werden.¹²⁷ Die Wohnungen, die Arbeiterfamilien zur Verfügung standen, hatten im Durchschnitt ein bis zwei (heizbare) Zimmer.¹²⁸ Tendenziell wurden die Wohnungen bis zum Ersten Weltkrieg durchschnittlich etwas größer.¹²⁹ Im Verhältnis von Miete und Einkommen galt für die Wohnungsreformer im Kaiserreich: Je geringer das Einkommen, desto höher der Prozentsatz der Miete daran (Schwabesches Gesetz).¹³⁰ So mussten Arbeiter zwischen einem Viertel und einem Drittel ihres Einkommens für die Wohnung ausgeben, während die Mietausgaben der Mittelschicht zwischen einem Fünftel und einem Zehntel des Einkommens lagen.¹³¹ Da aber bei wachsender Familienmitgliederzahl kaum an den sowieso schon knappen Lebensmitteln gespart werden konnte, mussten Arbeiterfamilien bei Zuwachs entweder in noch kleinere Wohnungen umziehen oder Schlafgänger, bzw. Zimmermieter, aufnehmen.¹³² So konnten zwar erhöhte Kosten ge-

¹²⁷ Bis 1900 wurde die Wohnungsgröße in den meisten Quellen nach der Zahl der heizbaren Zimmer erfasst. Danach wurde dieser Indikator bei einigen Städtestatistiken auf die Anzahl der Wohnräume umgestellt. Diese Umstellung bringt für Statistiker große Probleme mit sich, da sich so kaum vergleichende Reihen erstellen lassen; Elisabeth Gransche/Franz Rothenbacher, Wohnbedingungen in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts 1861-1910, in: GuG 14 (1988), S. 64-95, hier S. 65.

¹²⁸ Da in den maßgeblichen Statistiken selten der Berufsstand der Kleinwohnungsbewohner genannt wird, werden hier ungelernete Arbeiter, Facharbeiter, kleine Unterbeamte und Handwerker zusammengefasst, weil eine genauere Differenzierung der Wohnverhältnisse nicht möglich ist. Diese waren recht ähnlich, obwohl die ungelerten Arbeiter generell in schlechteren Verhältnissen lebten, als die letztgenannten Gruppen, vgl. Niethammer/Brüggemeier, Wie wohnten Arbeiter, S. 67f. und Brander, Wohnungspolitik, S. 77.

¹²⁹ Lindemann, Wohnungsstatistik, S. 297-300. Er schränkt ein, dass die scheinbare Vergrößerung der Wohnung bedeutete, dass sich nur die „Zubehörräume“ in heizbare Zimmer verwandelten. Außerdem hätten die Mieter bei größeren, teureren Wohnungen mehr Schlafgänger oder Zimmermieter aufnehmen müssen; gegen sein zweites Argument vgl. Gransche/Rothenbacher, Wohnbedingungen, S. 74f.

¹³⁰ Niethammer/Brüggemeier, Wie wohnten Arbeiter, S. 79 (Je geringer das Einkommen, desto mehr wuchs der Mietanteil mit den Jahren, während er bei hohen Einkommen eher fiel: Zweiter Teil des Schwabeschen Gesetzes). In der jüngeren Forschungsliteratur ist der zweite Teil dieser Regel mittlerweile widerlegt worden, vgl. Clemens Wischermann, Wohnungsmarkt, Wohnungsversorgung und Wohnmobilität in deutschen Großstädten 1870-1913, in: Peter Borscheid, Stadtwachstum, Industrialisierung, sozialer Wandel, in: Hans-Jürgen Teuteberg (Hg.), Beiträge zur Erforschung der Urbanisierung im 19. und 20. Jahrhundert, Berlin 1986, S. 101-133, hier S. 123 und Clemens Zimmermann, Von der Wohnungsfrage zur Wohnungspolitik: Die Reformbewegung in Deutschland 1845-1914, Göttingen 1991, hier S. 126.

¹³¹ Wolfgang R. Krabbe, Die Anfänge des sozialen Wohnungsbaus vor dem Ersten Weltkrieg, in: VSWG 71 (1984), S. 30-58, hier S. 32.

¹³² Schlafgänger und Zimmermieter fasst man am besten in einer Gruppe zusammen, da die Unterscheidung in den Statistiken oft fiktiv war und auf die Angst vor der Wohnungspolizei zurückzuführen ist, vgl. Franz J. Brüggemeier/Lutz Niethammer, Schlafgänger, Schnapskasinos und schwerindustrielle Kolonie. Aspekte der Arbeiterwohnungsfrage im Ruhrgebiet vor dem Ersten Weltkrieg, in: Jürgen Reulecke/Wolfgang Weber (Hg.), Fabrik, Familie, Feierabend. Beiträge zur Sozialgeschichte des Alltags im Industriezeitalter, Wuppertal 1978, S. 135-175, hier S. 151.

deckt werden, der Wohnraum wurde jedoch noch begrenzter.¹³³ Die Mitbewohner waren häufig junge Männer ohne Familie, die vom Land kamen und in den städtisch-industriellen Ballungsgebieten Arbeit suchten. Arbeiteten die Männer eines Haushalts im Schichtwechsel, konnte ein Bett bis zu dreimal am Tag genutzt werden.¹³⁴ Das Schlafgängerwesen trug also – vor allem in den Augen der bürgerlichen Betrachter – zur ohnehin schon hohen Wohndichte bei und förderte die Verbreitung von Krankheiten und Seuchen.¹³⁵

Wie dicht in den Altstadt- und Arbeitervierteln gewohnt wurde, zeigen die zeitgenössischen Statistiken, die überfüllte Wohnungen darlegten. Die offizielle Städtestatistik war äußerst großzügig bezüglich der Standards. Nach der Zählung von 1895 galt eine Wohnung erst dann als überfüllt, wenn mehr als fünf Bewohner in einem Zimmer wohnten.¹³⁶ Das bedeutete für Berlin eine Quote von 6,7 Prozent überfüllte Wohnungen. Lindemann hingegen zeigte im Jahr 1901, wie viele Wohnungen überfüllt gewesen wären, wenn der Standard strenger gefasst worden wäre. Er forderte zwei Bewohner pro heizbares Zimmer, einen Bewohner pro nicht heizbares Zimmer und einen Bewohner pro Küche als Mindeststandard.¹³⁷ Für die Berliner Einzimmerwohnungen hätte dieser Wert für das Jahr 1895 eine Quote von fast 44 Prozent überfüllten Wohnungen gebracht.¹³⁸ Die Belegungsdichte, d. h. die Anzahl der Bewohner pro Wohnung lag um 1910 bei 3,8 in Dresden, bei 4,5 in Frankfurt und in Düsseldorf.¹³⁹

¹³³ Fuchs gibt für 1890 an, dass 30 Prozent der Wohnungen in Leipzig, 23 Prozent der Wohnungen in Berlin, 31 Prozent in München und 20 Prozent der Wohnungen in Breslau in diesem Jahr Schlafgänger aufnahmen, vgl. Carl Johannes Fuchs, Die Wohnungsfrage, in: Verhandlungen des Vereins für Socialpolitik über die Wohnungsfrage und die Handelspolitik, in: Schriften des Vereins für Socialpolitik 98, Leipzig 1901, S. 15-41, hier S. 18.

¹³⁴ Niethammer/Brüggemeier, Wie wohnten Arbeiter, S. 127.

¹³⁵ Es ist auch betont worden, dass das Schlafgängerwesen für die hinzuziehenden Arbeiter eine wichtige Möglichkeit war, nicht nur in der fremden Stadt unterzukommen, sondern auch erste soziale Kontakte aufzunehmen, vgl. Jürgen Scheffler, „Weltstadt“ und „Unterwelt“. Urbanisierung, Armenpolitik und Obdachlosigkeit in Berlin 1871-1914, in: IWK 26 (1990), S. 151-181, hier S. 164, Das Schlafgängerwesen wurde von den bürgerlichen Wohnreformern immer als das dringlichste Problem der Wohnungsnot dargestellt, da es ihrer Ansicht nach die Familie und die Sittlichkeit bedrohe, vgl. Dorothea Berger-Thimme, Wohnungsfrage und Sozialstaat. Untersuchungen zu den Anfängen der staatlichen Wohnungspolitik in Deutschland (1873-1911), Frankfurt/M. 1976, S. 32.

¹³⁶ SJDS, 7 (1898), S. 63.

¹³⁷ Lindemann, Wohnungsstatistik, S. 342f.

¹³⁸ Ebd., S. 344 und SJDS 7 (1898), S. 63; Tabelle nach Brander, Wohnungspolitik, S. 94 (Tabelle 11).

¹³⁹ Vögele, Sozialgeschichte, S. 227.

Die Lage einer fiktiven Arbeiterfamilie kann folgendermaßen skizziert werden:¹⁴⁰ Ein ungelernter Arbeiter verdiente 1889 zwischen 1.000 und 1.100 Mark im Jahr.¹⁴¹ Dazu kam, wenn nicht Krankheit oder zu große Kinderzahl die Frau von einer Erwerbstätigkeit abhielten, der Nebenverdienst der Ehefrau. Heimarbeit, z. B. Nähen, war extrem unterbezahlt, der Verdienst lag bei etwa 150 bis 200 Mark im Jahr.¹⁴² Fiel in einer Familie der Nebenverdienst einer arbeitenden Frau aus, mussten neue Einnahmequellen, wie etwa Schlafgänger u. a., erschlossen werden. Der Alleinverdienst eines Arbeiters reichte häufig nicht aus, um eine Familie über dem Existenzminimum zu halten.¹⁴³ Die Wohnkosten beliefen sich auf etwa 240 bis 300 Mark im Jahr für eine Wohnung mit einem heizbaren Zimmer und einer Küche¹⁴⁴. Die Erträglichkeit der Wohnsituation war ganz maßgeblich von der Kinderzahl abhängig. Gehörten mehrere Kinder zur Familie, war es fast unmöglich, für jedes Familienmitglied ein eigenes Bett zur Verfügung zu stellen.¹⁴⁵ Für die Ar-

¹⁴⁰ Unter der Bezeichnung „Arbeiterfamilie“ verbirgt sich, wie etwa Klaus Tenfelde gezeigt hat, eine Fülle von verschiedenen Familienformen, die sich mehr voneinander unterscheiden können, als eine Facharbeiterfamilie von einer Gymnasiallehrerfamilie. Deshalb kann die hier beschriebene Lebenssituation nur eine oberflächliche Skizzierung sein, vgl. Klaus Tenfelde, Arbeiterfamilie und Geschlechterbeziehungen, in: GuG 18 (1992), S. 179-203, hier S. 199; vgl. auch Heidi Rosenbaum, Proletarische Familien. Arbeiterfamilien und Arbeiterväter im frühen 20. Jahrhundert zwischen traditioneller, sozialdemokratischer und kleinbürgerlicher Orientierung, Frankfurt/M. 1992.

¹⁴¹ Hier sind die Berliner Verhältnisse als Ausgangspunkt genommen worden. Diese können nur Tendenzen widerspiegeln. Für München existiert eine Sammlung von Lebensbeschreibungen von Arbeiterfamilien, in denen die Lebensverhältnisse sich allerdings sehr ähnlich zeigen. Else Conrad, Lebensführung von 22 Arbeiterfamilien Münchens, München 1909. In Hannover, Danzig, Posen und Kiel ergibt sich, dass über die Hälfte der Bevölkerung mit einem Einkommen unter 900 Mark auskommen mussten. Hier waren allerdings auch die Mietausgaben nicht so hoch. Vgl. Berger-Thimme, Wohnungsfrage und Sozialstaat, S. 31.

¹⁴² Otto Leixner, 1888 bis 1891. Soziale Briefe aus Berlin. Mit besonderer Berücksichtigung sozialdemokratischer Strömungen, Berlin 1891, S. 166-200, hier zit. nach: Hans-Jürgen Teuteberg/Clemens Wischermann (Hg.), Wohnalltag in Deutschland 1850-1914. Bilder – Daten — Dokumente, Münster 1985, hier S. 150.

¹⁴³ Niethammer/Brüggemeier, Wie wohnten Arbeiter, S. 115 und Berger-Thimme, Wohnungsfrage und Sozialstaat, S. 31.

¹⁴⁴ Rosemarie Beier, Leben in der Mietskaserne. Zum Alltag Berliner Unterschichtsfamilien in den Jahren 1900 bis 1920, in: Gesine Asmus (Hg.), Hinterhof, Keller und Mansarde. Einblicke in Berliner Wohnungselend 1901-1920, Hamburg 1982, S. 244-270, hier S. 246.

¹⁴⁵ „Als Ersatz für Betten finden sich für Erwachsene halbgrösse Betten, d. h. irgendwelche schmale und kürzere bettstattähnliche Möbelstücke, worin man liegen kann, wenn man sich nicht bewegt [...], der Ersatz der Betten für Kinder, für kleine Kinder auch voll genügend, besteht in Kinderbetten, Wagen, Wiegen oder Körben, ferner in gewöhnlichen Kanapees aller Form [...]“, vgl. Rosa Kempf, Das Leben der jungen Fabrikmädchen in München. Die soziale und wirtschaftliche Lage ihrer Familie, ihr Berufsleben und ihre persönlichen Verhältnisse. Nach Statistischen Erhebungen dargestellt an der Lage von 270 Fabrikarbeiterinnen im Alter von 14 bis 18 Jahren, Leipzig 1911, S. 116-118, zitiert nach Hans Jürgen Teuteberg/Clemens Wischermann, Wohnalltag in Deutschland 1850-1914. Bilder-Daten-Dokumente, Münster 1985, hier S. 285.

beiterfrauen war eine enge, durch Kinder und Schlafgänger überbelegte Wohnung besonders nachteilig. Während die Männer sich nach der Arbeit noch ins Wirtshaus oder in politische Versammlungen zurückziehen konnten, waren die Frauen durch Kinder, Heim- und Hausarbeit fast ausschließlich an die Wohnung gebunden.¹⁴⁶ Andere Gründe lagen vor allem in einer schlechten Ernährung: Fleisch und Butter bekam in erster Linie der Mann, so dass die Frauen somit häufiger unter ernährungsbedingten Mangelerscheinungen litten. Dazu kam chronische Erschöpfung, bedingt durch permanenten Schlafmangel, ausgelöst durch die Betreuung kleiner Kinder und Überarbeitung.¹⁴⁷ Da die Frauen häufig Heimarbeit an der Nähmaschine als Nebenerwerb verrichteten, waren auch arbeitsbedingte Krankheiten, wie etwa Rückenbeschwerden, Augenleiden und Unterleibserkrankungen, weit verbreitet.¹⁴⁸ Sozialversichert waren diese Tätigkeiten in der Regel nicht (s.u.). Fiel der Mann als Ernährer der Familie aus, war für die Frau eine Versorgung der Familie aufgrund der niedrigen Frauenlöhne kaum möglich. Besonders besorgniserregend gestaltete sich die Situation deshalb für alleinstehende Frauen mit Kindern, da zu den schlechteren Löhnen auch noch die Frage der Beaufsichtigung der Kinder in den Mittelpunkt trat.

Aufgrund dieser Rahmenbedingungen waren Frauen deutlich häufiger Empfängerinnen von Armenunterstützung.¹⁴⁹ Köppen berechnet den Anteil der Frauen bei den dauernd Unterstützten im Deutschen Reich 1886 mit 76,71 Prozent gegenüber 23,29 Prozent Männern. Bei den vorübergehend Unterstützten war das Verhältnis 62,51 Prozent Männer gegenüber 37,49 Prozent Frauen. Die unterstützten Frauen waren zu 94 Prozent alleinstehende Frauen. Die Gruppe der alleinstehenden Frauen setzte sich vor allem aus Witwen (61,63 Prozent) und aus ledigen Frauen (22,95 Prozent) zusammen, daneben gab es in sehr geringer Zahl „eheverlassene“ Frauen (4,77 Prozent) und geschiedene Frauen (1,47 Pro-

¹⁴⁶ Beier, Mietskaserne S. 250f.

¹⁴⁷ Vgl. dazu Beier, Mietskaserne, S. 260; Arthur E. Imhof, Die Übersterblichkeit verheirateter Frauen im fruchtbaren Alter. Eine Illustration der „condition feminine“ im 19. Jahrhundert, in: Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft 5 (1979), S. 487-510, hier S. 493 und insbesondere auch Ellerkamp, Industriearbeit, Krankheit und Geschlecht, S. 111. Sie weist für die Textilarbeiterinnen nach, dass ein durchschnittlicher Arbeitstag um die Jahrhundertwende mit Hausarbeit etwa 17 bis 18 Stunden andauerte.

¹⁴⁸ Vgl. die Schilderung der Lebensverhältnisse von Arbeiterfrauen bei Alice Salomon, Stumme Märtyrerinnen, in: Die Frau 16 (1909), S. 269-272.

¹⁴⁹ 1900 waren in Hamburg 82 Prozent der Armenhilfeempfänger weiblich; im Magdeburg zwischen 1885 und 1892 60 Prozent und in Bremen waren es auch etwa 60 Prozent im gesamten neunzehnten Jahrhundert, vgl. Steinmetz, Regulation the Social, S. 163.

zent).¹⁵⁰ Dabei bekamen alleinstehende Frauen in der Praxis oftmals weniger Gelder bewilligt als Männer in vergleichbarer Lage.¹⁵¹

Kinderbetreuung stellte das Kernproblem der erwerbstätigen Mütter dar. Zahlreiche Reformer und Ärzte berichten von Mohnsirup und Schnapssaugern, die den Kleinkindern zur Ruhigstellung verabreicht wurden.¹⁵² In der Gegend von Krimmitschau stellte eine Untersuchung fest, dass von 1605 Kindern von erwerbstätigen Müttern 39,2 Prozent durch Großmütter und 26,5 Prozent durch fremde Personen versorgt wurden, während 30,9 Prozent ohne jede Aufsicht und Verpflegung blieben, während die Mütter arbeiteten.¹⁵³ Kennzeichnend für das Leben der Arbeiterfamilie waren verschiedene Phasen der finanziellen Versorgung. Einem kinderlosen jungen Ehepaar ging es wirtschaftlich erheblich besser, als es ihnen nach der Geburt mehrerer Kinder und der damit verbundenen Einschränkung der Erwerbstätigkeit der Mütter ging. Dagegen konnte die Phase, in der die Kinder mitarbeiteten und zum Familieneinkommen beitrugen, die ökonomische Situation der Arbeiterfamilie wieder deutlich verbessern. Im Alter allerdings war das Leben der meisten Arbeiterfamilien durch Not und Entbehrung geprägt, da eine Vollbeschäftigung oft nicht mehr möglich war und die Arbeitszeit erheblich schlechter bezahlt wurde. Alter war neben Krankheit ein wesentlicher Armutsfaktor.¹⁵⁴

Trotz dieser insgesamt negativ erscheinenden Befunde ist jüngst herausgearbeitet worden, dass möglicherweise gerade Frauen von den durch die Industrialisierung veränderten Lebensbedingungen – langfristig beobachtet – profitierten, obwohl sie in der Hierarchie der Arbeiterfamilie erst hinter dem Ehemann rangierten. Bezüglich der vielzitierten Übersterblichkeit der verheirateten Frauen im fruchtbaren Alter zwischen 15 und 49 Jahren wird in der neueren Forschung deutlich differenziert.¹⁵⁵ Die Sterberate der Frauen war

¹⁵⁰ Köppen, *Die Armut ist weiblich*, S. 21-23.

¹⁵¹ Steinmetz, *Regulating the Social*, S. 165f.

¹⁵² Vgl. Temme, *Die sozialen Ursachen*, S. 49.

¹⁵³ Ebd.

¹⁵⁴ Heilwig Schomerus, *Die Arbeiter der Maschinenfabrik Esslingen. Forschungen zur Lage der Arbeiterschaft im 19. Jahrhundert*, Stuttgart 1977; Gerhard A. Ritter, *Sozialversicherungen in Deutschland und England. Entstehung und Grundzüge im Vergleich*, München 1983, hier S. 64.

¹⁵⁵ Imhof, *Übersterblichkeit*; W. R. Lee, *The impact of agrarian Change on Women's Work and Child Care in Early-Nineteenth-Century Prussia*, in: John. C. Fout (Hg.), *German Women in the Nineteenth Century. A Social History*, New York 1984, S. 234-255; Alfons Labisch, *Frau und Tod — Medizin und Moderne. Ein medizinhistorischer Essay*, in: *Der Gynäkologe* 26 (1993), S. 198-204.

besonders hoch in der Übergangsphase von der traditionellen zur kommerzialisierten Landwirtschaft, ging aber gegen Ende des 19. Jahrhundert deutlich zurück. Zwar blieb in den ländlichen Gebieten Preußens die weibliche Übersterblichkeit in den Altersgruppen von 5 bis 15 Jahren und 25 bis 35 Jahren bestehen, in den Großstädten verschwand die Übersterblichkeit jedoch bis auf eine Restrisikophase um das 10. Lebensjahr. Die Gründe dafür werden vor allem in der niedrigeren Geburtenzahl gesehen. Auch der allgemeine Rückgang der Infektionskrankheiten hatte bei den Frauen möglicherweise eine durchgreifendere Wirkung als bei den Männern, da sie als traditionelle Krankenpflegerinnen vorher einem höheren Infektionsrisiko ausgesetzt waren.¹⁵⁶ „Offenbar profitierten die Frauen von der städtischen Lebenswelt, die Männer dagegen waren die Opfer der Industrialisierung“¹⁵⁷, so stellt sich für Jörg Vögele die Lage am Vorabend des Ersten Weltkriegs dar. Wie paßt diese Einschätzung zur Beschreibung der Wohnbedingungen, deren negativen Auswirkungen Frauen deutlich mehr ausgesetzt waren als Männer? Möglicherweise liegt die Erklärung in einem durchaus aktuellen Phänomen: Trotz höherer Lebenserwartung leiden Frauen gegenwärtig deutlich häufiger an chronischen und psychogenen Erkrankungen als Männer.¹⁵⁸ Dass heisst, die Frauen profitieren zwar hinsichtlich der Mortalität, aber nicht in Bezug auf die Morbidität. Im vorliegenden Untersuchungszeitraum besteht allerdings ein erhebliches Überlieferungsproblem. Frauen waren seltener Mitglieder in Krankenkassen und wurden in den medizinischen Statistiken weniger berücksichtigt. Insofern weist die Morbiditätsstatistik für die Forschung große Probleme auf. Die Vermutung

¹⁵⁶ So die Einschätzung von Rita Müller, *Von der Wiege zur Bahre – weibliche und männliche Lebensläufe im 19. und frühen 20. Jahrhundert am Beispiel Stuttgart-Feuerbach*, Stuttgart 2000, hier S. 347. Vgl. auch Sylvia Schraut, *Krankheit und Tod in der sich industrialisierenden Residenz – Stuttgart im 19. Jahrhundert*, in: Woelk/Vögele, *Stadt, Krankheit und Tod*, S. 115-140, hier S. 131.

¹⁵⁷ Vögele, *Sozialgeschichte*, S. 123.

¹⁵⁸ Eine gute Zusammenfassung des Forschungsstandes zu spezifisch weiblicher und männlicher Gesundheit und Gesundheitsempfinden findet sich bei Petra Kolip, *Frauen und Männer*, in: Friedrich W. Schwartz u. a. (Hg.), *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*, München u. a. 1998, S. 506-516. Vgl. auch umfassend zur aktuellen Lage den Sammelband Klaus Hurrelmann/Petra Kolip (Hg.), *Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich*, Bern u. a. 2002. Vgl. auch allgemein Lawrence Conrad/Anne Hardy (Hg.), *Women and Modern Medicine*, Amsterdam/Atlanta 2001.

einer höheren weiblichen Morbidität bleibt also für den Untersuchungszeitraum im Bereich des Spekulativen.¹⁵⁹

Innerhalb der weiblichen Sterblichkeitszahlen in den fruchtbaren Lebensjahren war die Kindbettsterblichkeit besonders hoch.¹⁶⁰ Diese war in Gesamtpreußen höher als in den zehn größten Städten des Deutschen Reiches. Diese Tatsache wird vor allem auf die niedrigere Geburtenrate und auf die verbesserten Lebensbedingungen in den Städten zurückgeführt.¹⁶¹ Seit den 1880er Jahren ging die Kindbettsterblichkeit insgesamt deutlich zurück, eine Entwicklung, die in der Forschung immer noch nicht vollständig geklärt ist. Die wichtigste Determinante bestand wohl darin, dass sich zu diesem Zeitpunkt die Prophylaxe des Kindbettfiebers in weiten Kreisen durchsetzte.¹⁶² Dem preußischen Kultusministerium war 1878 eine Denkschrift vorgelegt worden, in der der Verlust an Menschenleben durch das Puerperalfieber mit dem „Verlust ganzer Landwehr-Bataillone“ verglichen wurde.¹⁶³ Der Berliner Arzt Max Boehr zeigte publikumswirksam auf, dass das Kindbettfieber mindestens so schlimme Folgen habe wie die Cholera und die Pocken.¹⁶⁴ Diese öffentliche Aufmerksamkeit erhöhte in der Folgezeit die Durchführung von a- und antiseptischen Maßnahmen in der Geburtshilfe. Der Standard und die Zahl der Entbindungsanstalten war bis zum Ende des 19. Jahrhunderts allerdings noch so niedrig, dass sie kaum einen positiven Effekt auf die Sterblichkeitszahlen gehabt haben können.¹⁶⁵ Die Entbindungsanstalt stellte auch im späten 19. Jahrhundert in der Hauptsache eine Ausweichmöglichkeit für

¹⁵⁹ Unterstützt wird diese Einschätzung bei Ingrid von Stumm, *Gesundheit, Arbeit und Geschlecht im Kaiserreich am Beispiel der Krankenkassenstatistik der Leipziger Ortskrankenkassen 1887-1905*, Frankfurt/M. 1995, hier S. 158-167 und bei Müller, *Von der Wiege*, S. 347ff.

¹⁶⁰ Grundlegend Irvine Loudon, *Death in Childbirth. An international Study of Maternal Care and Maternal Mortality 1800-1950*, Oxford 1992. Leider bezieht sich die Untersuchung nicht auf das deutsche Beispiel.

¹⁶¹ Vögele, *Sozialgeschichte*, S. 125f.

¹⁶² Phillipp Ehlers, *Die Sterblichkeit im „Kindbett“ in Berlin und Preussen 1877-1896*, Stuttgart 1900.

¹⁶³ Denkschrift, verfasst und dem preussischen Cultusministerium vorgelegt durch die von der Gesellschaft für Gynäkologie in Berlin gewählte Puerperalfieber-Commission, in: *Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie* 3 (1878), S. 1-15, hier S. 10.

¹⁶⁴ Max Boehr, *Untersuchungen über die Häufigkeit des Todes im Wochenbett in Preussen. Ihre Ursachen und ihre Konsequenzen für die Sanitätspolizei*, in: *Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie* 3 (1878), S. 17-151, S. 84f.

¹⁶⁵ Vgl. zur Entbindung in Gebä- und Entbindungsanstalten im späten 18. und frühen 19. Jahrhundert: Marita Metz-Becker, *Der verwaltete Körper. Die Medikalisierung schwangerer Frauen in den Gebäuhäusern des frühen 19. Jahrhunderts*, Frankfurt/M./New York 1997 und Pawlowsky, *Mutter ledig – Vater Staat*.

alleinstehende und sehr unbemittelte Mütter dar, für die allermeisten verheirateten Mütter galt noch bis weit in das 20. Jahrhundert hinein die Losung: „Die Geburt als wichtigstes Familienereignis gehört an den häuslichen Herd.“¹⁶⁶

Positiv auf die niedrigere Wochenbettsterblichkeit in den Städten hat sich aber womöglich die bessere Versorgung mit Hebammen ausgewirkt. So betont der Sozialhygieniker Alfons Fischer:

„daß diejenigen preußischen Regierungsbezirke, in denen zahlreiche Entbindungen ohne Hebamme stattgefunden haben, die höchsten Ziffern der Wochenbettsterblichkeit aufweisen.“¹⁶⁷

Insgesamt sind die Bedingungen der Müttersterblichkeit am Ende des 19. Jahrhunderts und zum Beginn des 20. Jahrhunderts von der historischen Demographie noch wenig untersucht.¹⁶⁸ Die Quellen- und Berechnungsgrundlage stellt sich allerdings auch, wie schon bei Tugendreich ausführlich dargelegt, als ausgesprochen schwierig dar. Um dies an einem Beispiel zu erläutern: Viele tuberkuloseerkrankte Frauen starben während der Geburt oder der Wochenbettzeit, da ihr Körper schon vorher extrem geschwächt war und die Geburtsstrapazen nicht verkraften konnte. Diese Sterbefälle sind weder der Tuberkulose- noch der Kindbettstatistik ohne weiteres zuzuweisen.¹⁶⁹

Die sanitären und hygienischen Bedingungen des Arbeiterwohnens wirkten sich vor allem auf die Säuglingssterblichkeit aus. Die Wohnungen der Arbeiter- und Unterschichten

¹⁶⁶ Alfons Fischer, Grundriß der sozialen Hygiene. Für Mediziner, Nationalökonomien, Verwaltungsbeamte und Sozialreformer, Karlsruhe 1913, S. 178. Vgl. dazu auch Kap. 5 dieser Arbeit.

¹⁶⁷ Ebd., S. 173. Er erläutert: „Bemerkt sei hierbei noch, dass in 44 Großstädten des Deutschen Reiches die Todesfälle im Kindbett, besonders an Kindbettfieber, häufiger sind als in Mittelstädten und den sonstigen Gemeinden; diese Erscheinung wird amtlicherseits darauf zurückgeführt, daß in den Großstädten die Zahl der öffentlichen und privaten Entbindungsanstalten durchweg recht hoch ist, und dass zahlreiche ihrer Entbindung entgegensehende weibliche Personen vom Lande und aus kleineren Gemeinden die Geburt des Kindes gern in einer großstädtischen Entbindungsanstalt erwarten, zumal wenn sie Grund haben, eine schwere, für ihr Leben gefährvolle Entbindung zu fürchten. Diese auf das ganze Deutsche Reich sich beziehenden Durchschnittsziffern sind freilich nur mit Vorsicht zu verwenden. Aus einer umfangreichen Spezialuntersuchung, die der Wiesbadener Kreisarzt Pils durchgeführt hat, ergab sich, dass die Ziffer der Wochenbettkrankungen bei der ländlichen Bevölkerung weit größer ist als bei der städtischen. — Die Diagnose ‚Wochenbettfieber‘ wird jedoch vielfach verschleiert; die pflichtgemäße Meldung eines solchen Krankheitsfalles unterbleibt oft.“

¹⁶⁸ Grundlegend immer noch Edward Shorter, *A History of Women's Bodies*, New York 1982, der auch Deutschland berücksichtigt.

¹⁶⁹ Tugendreich, *Mütter- und Säuglingsfürsorge*, S. 43-54; Vgl. dazu auch Seidel, *Kultur des Gebärens*, S. 61.

waren aus hygienischer Sicht sehr spärlich ausgestattet. In Hamburg etwa sah die geforderte Ausstattung zwar vor, dass jede Wohnung eine getrennte Küche und einen Abort besaß und jedes Zimmer heizbar war. Diese Forderungen wurden jedoch in der Realität nicht erfüllt.¹⁷⁰ 1887 benutzten noch 20.000 Einwohner Hamburgs Toiletten, die nicht an die öffentliche Kanalisation angeschlossen waren.¹⁷¹ Wenn sich auch das Wasserklosett relativ rasch durchsetzte,¹⁷² blieb doch der Nachteil, dass die Toiletten sehr häufig Gemeinschaftseinrichtungen waren. Waren diese dann noch nicht einmal an das öffentliche Kanalsystem angeschlossen, wurde die Entstehung und Verbreitung von Krankheiten sehr begünstigt. Aufgrund der Ansteckungsgefahr beeinflusste auch die Wohndichte den Gesundheitszustand der Bewohner unmittelbar. In Hamburg wurden 1898/99 200 Wohnungen untersucht, dabei ist ein Durchschnittswert von 14,24 Kubikmeter Luftraum pro Person festgestellt worden.¹⁷³ Als absoluter Mindestwert galt zu dieser Zeit ein Wert von zehn Kubikmeter pro Person.¹⁷⁴ So entwickelte sich in Hamburg während der 60er und 70er Jahre des 19. Jahrhunderts die Tuberkulose zur „tödlichsten Infektionskrankheit.“¹⁷⁵ Obwohl die Tuberkulosemortalität im übrigen Deutschland nach der Jahrhundertmitte zurückging, verzögerte sich dieser Rückgang in den inneren Stadtteilen Hamburgs durch die ungünstige Siedlungsstruktur.¹⁷⁶ Großes Erschrecken im ganzen Deutschen Reich erregte die Choleraepidemie 1892 in Hamburg. Eine zeitgenössische Untersuchung konnte daraufhin die Beziehung zwischen zu enger Siedlungsstruktur und Ansteckungsgefahr für die Innenstadt nachweisen.¹⁷⁷

¹⁷⁰ Genaue Zahlen bei Gransche/Rothenbacher, Wohnbedingungen, S. 80-82.

¹⁷¹ Zimmermann, Von der Wohnungsfrage zur Wohnungspolitik, S. 84.

¹⁷² 1871 besaßen neun Prozent der Einwohner Berlins Zugang zu einem WC, 1890 dann schon 81 Prozent der Einwohner, vgl. Gransche/Rothenbacher, Wohnbedingungen, S. 81.

¹⁷³ Zimmermann, Von der Wohnungsfrage zur Wohnungspolitik, S. 86.

¹⁷⁴ Renate Kastorff-Viehmann, Wohnungsbau für Arbeiter. Das Beispiel Ruhrgebiet bis 1914, Aachen 1981, hier S. 31.

¹⁷⁵ Zimmermann, Von der Wohnungsfrage zur Wohnungspolitik, S. 84.

¹⁷⁶ Ebd., S. 84.

¹⁷⁷ Niethammer/Brüggemeier: Wie wohnten Arbeiter, S. 94. Vgl. dazu allgemein auch Richard J. Evans, Tod in Hamburg. Stadt, Gesellschaft und Politik in den Cholera-Jahren 1830-1910, 2. unveränderte Aufl., Hamburg 1990, hier besonders S. 367-382.

Einen erheblichen gesundheitsgefährdenden Faktor stellten vor allem die Dach- und Kellerwohnungen dar.¹⁷⁸ Kellerwohnungen bedeuteten Feuchtigkeit, Licht- und Luftmangel. Die Dachwohnungen waren gerade im Sommer gesundheitsgefährdend durch Überhitzungsgefahr für Säuglinge und Kinder und durch die größere Verderblichkeit der Lebensmittel.¹⁷⁹ Der direkte Zusammenhang zwischen Wohnbedingungen und Krankheiten lässt sich durch Zahlen nur sehr eingeschränkt nachweisen, wie auch die jüngsten Untersuchungen zeigen. Die Zusammenhänge zwischen Wohn-, Arbeits- und Ernährungsbedingungen waren/sind sehr komplex und einzelne Bestimmungsfaktoren sind folglich kaum zu isolieren.¹⁸⁰ Jedoch lässt sich für die Städte belegen, dass die ansteckenden Krankheiten besonders in den Armen- und Arbeitervierteln gehäuft auftraten.¹⁸¹

Die skizzierten Wohnbedingungen stellen einen Trend dar. Für die im Einzelnen dargestellten Städte existierten immer besondere lokale Bedingungen. So war in Düsseldorf weniger das Wohnen in Mietskasernen verbreitet als vielmehr das sogenannte rheinische Haus. Die erste Wohnungsinspektorin, Magarete Cordemann, beschrieb diese spezifisch rheinischen Bedingungen:

„Meistens hatten diese Häuser nicht mehr als zwei Stockwerke über dem Erdgeschoß, was sich zunächst als günstig anhört. Aber das rheinische Haus ist als Einfamilienhaus konzipiert, und hier wurde es von vielen Familien bewohnt. [...] Die meisten Familien, die damals durchweg mehr Kinder hatten als die heutige Durchschnittsfamilie, hatten nur zwei Räume, keinen eigenen Wasserhahn, keine eigene Toilette. [...] Manchmal waren bis zu zwanzig Personen auf eine Toilette angewiesen.“¹⁸²

Auch wenn sich die spezifischen Zusammenhänge zwischen Wohnen und Krankheit nur sehr schwer statistisch nachweisen lassen, sind doch die krankheitsverursachenden Elemente elender Wohnverhältnisse evident.¹⁸³ So fasst Lutz Niethammer treffend zusammen:

¹⁷⁸ Vgl. Lindemann, Wohnungsstatistik, S. 321. 1875 lebten 10,2 Prozent der Berliner Bevölkerung in Kellerwohnungen. Von diesen Wohnungen hatten nur 65,3 Prozent ein heizbares Zimmer.

¹⁷⁹ Gransche/Rothenbacher, Wohnbedingungen, S. 73.

¹⁸⁰ Vögele, Sozialgeschichte, S. 248.

¹⁸¹ Vögele, Sozialgeschichte, S. 234.

¹⁸² Cordemann, Wie es wirklich gewesen ist, S. 156.

¹⁸³ Vögele, Sozialgeschichte, S. 221-249.

„In der Hauptursache muß der Einfluß des Wohnens auf die Gesundheit der Arbeiterfamilie aber wohl nicht so sehr in der Auslösung spezifisch akuter Erkrankungen gesucht werden als vielmehr in der Begünstigung chronischer Krankheiten, in der Behinderung der konstitutiven Entwicklung und in der Verweigerung der Erholung. Mangel an Licht und Luft, Überhitzung im Sommer, Ofenrauch oder Kälte im Winter, der Wasserdampf in überbelegten Wohn-Schlafräumen, die gleichzeitig als Küchen verwendet wurden, führten zu Anfälligkeit, insbesondere für Erkältungskrankheiten, zu Niedergeschlagenheit, zu schlechtem Schlaf und Depressionen, die häufig über Alkoholmißbrauch wieder unmittelbar auf die physische Gesundheit und nicht nur die eigene zurückwirkten.“¹⁸⁴

Gerade für die Qualität der jeweiligen regionalen und lokalen Lebens- und Wohnbedingungen gilt bis heute die Säuglingssterblichkeit als ein wesentlicher Indikator. Der Verlauf und die Bedingungen der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Kaiserreich sind inzwischen außerordentlich gut erforscht.¹⁸⁵ Die Säuglingssterblichkeit im Gebiet des Deutschen Kaiserreichs hatte ihr Maximum in den 1860er und 1870er Jahren erreicht.

Entwicklung der Säuglingssterblichkeit in drei deutschen Bundesstaaten (pro 100 Geburten)¹⁸⁶

Zeitraum	1871-80	1891-1900	1906-1910
Preußen	21	20	17
Baden	26	22	17
Sachsen	29	27	20

In Preußen waren die Sterblichkeitswerte vor allem aufgrund der Größe und der Heterogenität des Landes regional unterschiedlich verteilt. In Schlesien lag die Sterblichkeit zwischen 1889 und 1895 bei 25 Prozent und im Rheinland bei durchschnittlich 18 Pro-

¹⁸⁴ Niethammer/Brüggemeier, *Wie wohnten Arbeiter*, S. 94.

¹⁸⁵ Vor allem durch Vögele, *Sozialgeschichte und ders./Wolfgang Woelk/Silke Fehlemann, Decline of the urban penalty: Milk Supply and infant welfare centres in Germany, 1890s to 1920s*, in: Sally Sheard/Helen Power (Hg.), *Body and City. Histories of Urban Public Health*, Aldershot 2000, S. 194-213; Kintner, *The Determinants of Infant Mortality*; Arthur E. Imhof, *Unterschiedliche Säuglingssterblichkeit in Deutschland 18. bis 20. Jahrhundert — Warum?*, in: *Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft* 7,3 (1981), S. 343-382; Spree, *Soziale Ungleichheit*.

¹⁸⁶ Vögele, *Sozialgeschichte*, S. 133.

zent. Zwischen 1887 und 1914 veränderten sich insbesondere die städtischen Sterblichkeitsverhältnisse dramatisch. Wurden die Städte in der zweiten Hälfte des Jahrhunderts ihrem Ruf als „Säuglingskiller“ noch gerecht, änderte sich dies nach der Jahrhundertwende drastisch. Im Vergleich zu den Sterblichkeitszahlen in Gesamtpreußen, lagen die Mortalitätszahlen nun in den zehn grössten preußischen Städten deutlich günstiger.¹⁸⁷

Die Bedingungen, die die Höhe der Säuglingssterblichkeit bestimmen, sind äußerst komplex und miteinander verwoben. Einzelne Faktoren lassen sich kaum isoliert betrachten. Ernährungsweise, Wohnverhältnisse und sanitäre Verhältnisse, Legitimität, Geburtenzahl und Jahreszeit stellten Schlüsselvariablen dar. Damit verbunden waren auch Mentalitäten, Konfession, Bildungsgrad und vor allem die Einkommensverhältnisse der Eltern.¹⁸⁸

Einen besonders starken Einfluss auf die Säuglingssterblichkeit hatten die eingangs skizzierten Wohnbedingungen mit allen damit verbundenen Implikationen, wie Ansteckungsgefahr, Heimarbeit der Mutter und Beschaffenheit der Wohnungen. So stieg die Säuglingssterblichkeit insbesondere in den Sommermonaten stark an. Die Hauptursache von Säuglingssterblichkeit waren Magen- und Darminfektionen, ausgelöst durch verdorbene Milch und Lebensmittel, die in überhitzten und überbelegten Wohnungen nicht sauber und kühl gelagert werden konnten.¹⁸⁹ Die Ernährungsfrage, die zentrale Determinante für die Höhe der Säuglingssterblichkeit, war aber auch wiederum von zahlreichen anderen Faktoren abhängig, die die soziale Lage der Familie bestimmten. So konnte Erwerbstätigkeit sowohl positiven als auch negativen Einfluss auf die Ernährung der Säuglinge haben. Auf der einen Seite konnten die erwerbstätigen Mütter zum Familieneinkommen beitragen und so die Lebensverhältnisse verbessern, auf der anderen Seite war es für Arbeiterinnen kaum möglich, die Säuglinge in den ersten Monaten zu stillen. Der Muttermilchersatz erhöhte durch schlechte Surrogate und fehlende Kühlmöglichkeiten die Gefahr der gefährli-

¹⁸⁷ Jörg Vögele, Die Entwicklung der (groß)städtischen Gesundheitsverhältnisse in der Epoche des Demographischen und Epidemiologischen Übergangs, in: Jürgen Reulecke/Adelheid Gräfin zu Castell Rüdtenhausen (Hg.): Stadt und Gesundheit. Zum Wandel von „Volksgesundheit“ und kommunaler Gesundheitspolitik im 19. und frühen 20. Jahrhundert, Stuttgart 1991, S. 21-36.

¹⁸⁸ Vögele, Sozialgeschichte, S. 138f.

¹⁸⁹ Adelheid Castell, Unterschichten im „Demographischen Übergang“. Historische Bedingungen des Wandels der ehelichen Fruchtbarkeit und der Säuglingssterblichkeit, in: Hans Mommsen/Wolfgang Schulze (Hg.), Vom Elend der Handarbeit. Probleme historischer Unterschichtenforschung, Stuttgart 1981, S. 373-394, hier S. 378 und auch Rosenbaum, Proletarische Familien, S. 90.

chen Magen- und Darmerkrankungen für die Säuglinge. Spree wies nach, dass künstliche Ernährung tatsächlich zu einer weitaus höheren Säuglingssterblichkeit führte. Diese lag bei niedrigem Einkommen und künstlicher Ernährung deutlich über der Säuglingssterblichkeit in den Familien mit höherem Einkommen. In diesem Zusammenhang wurde deutlich, dass fehlende Kenntnisse über die Ernährungszusammensetzung und Ernährungshygiene die Lage noch erheblich verschlechterten. Zusammen mit der Verwendung billiger Milchsurgate und den infektionsfördernden engen Wohnverhältnissen, können diese Faktoren „als Armutssyndrom im Zusammenhang mit der Säuglingsernährung bezeichnet werden.“¹⁹⁰ Immer wieder wird auch diskutiert, inwieweit bewußte Vernachlässigung als „Familienplanungsinstrument“ zur hohen Säuglingssterblichkeit beigetragen hat. In neueren Arbeiten lassen sich allerdings kaum Belege für diese These finden.¹⁹¹ Vernachlässigung der Kinder war wohl weniger ein bewußtes Instrument, sondern unausweichliche Folge der Existenzbedingungen.

Dazu gehörte auch die Frage der Legitimität: Uneheliche Säuglinge hatten eine deutlich niedrigere Lebenserwartung als die verheirateter Mütter. Diese Tatsache hing wiederum mit der sozialen Lage zusammen. Uneheliche Mütter gehörten weit überproportional den Unterschichten an und lebten vielfach unterhalb der Existenzgrenze. Die Unterschiede in der Sterblichkeit zwischen ehelichen und unehelichen Säuglingen konnten aber regional erheblich variieren, vor allem wohl auch in Abhängigkeit davon, wie uneheliche Kinder in den jeweiligen Gebieten toleriert wurden. So lag in Bayern der Anteil der unehelichen Kinder sehr hoch und die Akzeptanz für diese Kinder war wahrscheinlich besser, ihre Sterblichkeit war jedenfalls kaum höher als die der ehelich geborenen Säuglinge. Auf der anderen Seite kann das Beispiel Düsseldorf angeführt werden. Hier lebten vergleichsweise nur sehr wenige illegitime Säuglinge, ihre Sterblichkeit war aber um ein vielfaches höher als die der legitimen Kinder.¹⁹²

Diese hier skizzierten Lebensverhältnisse wurden durch die adlig-bürgerlichen Eliten in erster Linie als politische, ökonomische und individuelle Bedrohung gesellschaftlicher

¹⁹⁰ Spree, Soziale Ungleichheit, S. 69.

¹⁹¹ Müller, Von der Wiege, S. 292f.

¹⁹² Vögele, Sozialgeschichte, S. 142f.

Stabilität wahrgenommen. Diese Unsicherheitsgefühle führten im Zusammengang mit zahlreichen anderen Motiven und Faktoren zu sozialpolitischen Gestaltungsprojekten auf verschiedenen Ebenen. Um den damit verbundenen Ausbau der sozialen Fürsorge im Folgenden ausreichend erklären zu können, sollen die gesetzlichen, sozialpolitischen und gesellschaftlichen Rahmenbedingungen eingehend erläutert werden.

2.2 Soziale Politik: Bedingungen des Mutter- und Säuglingsschutzes bis 1914

2.2.1 Armenpflege und Sozialversicherung

Die historische Sozialpolitikforschung beschäftigte sich bis in die 1980er Jahre vor allem mit der Entstehung der Sozialversicherungen, da diese Institution gerade im internationalen Vergleich einzigartig erschien.¹⁹³ Die Einführung der Sozialversicherungen markierte den vorläufigen Abschluss einer Entwicklung, in der mit zahlreichen neuen Formen sozialer Absicherung gegen die Armutsriskien Krankheit und Alter „experimentiert“ worden war.¹⁹⁴

In den letzten beiden Jahrzehnten sind aber auch andere soziale Stützfunktionen in den Blick gekommen. Die Armenfürsorge war eine Form der sozialen Sicherung, deren Ausgestaltung sich im 19. Jahrhundert dramatisch veränderte. Die gesetzlichen Grundlagen der traditionellen Armenfürsorge waren im „Preußischen Allgemeinen Landrecht“ von 1794 kodifiziert worden. Hier hatte sich der Staat verpflichtet, für die Bedürfnisse jener Bewohner zu sorgen, die ihren Unterhalt nicht selbst erarbeiten und auch nicht durch private Fürsorge erhalten konnten.¹⁹⁵ Bis in die Mitte des 19. Jahrhunderts wurde in den meisten deutschen Staaten diese Unterstützung nach dem „Heimatrecht“ gewährt. Danach war nur die Gemeinde zur Unterstützung eines Armen verpflichtet, in der der Unterstützungsbedürftige beheimatet, also in der Regel geboren war.¹⁹⁶ Aufgrund der ansteigenden Mobilität brach vor allem Preußen schon früh mit dieser Regelung. 1842 wurde hier durch das „Gesetz über die Aufnahme anziehender Personen“ und durch das preußische Armengesetz die Möglichkeit geschaffen, dass ein Hinzugezogener im Unterstützungsfall von der

¹⁹³ Vgl. als Auswahl: Ritter, Sozialstaat; Mommsen/Mock, Wohlfahrtsstaat; Jürgen Kocka (Hg.), Von der Arbeiterbewegung zum modernen Sozialstaat. Festschrift für Gerhard A. Ritter zum 65. Geburtstag, München u. a. 1994. Neuere Zusammenfassung bei Katrin Kraus/Thomas Geisen (Hg.), Sozialstaat in Europa: Geschichte, Entwicklung Perspektiven, Wiesbaden 2001;

¹⁹⁴ Vgl. Frevert, Krankheit als politisches Problem, vor allem S. 149-174.

¹⁹⁵ Allgemeines Landrecht für die preußischen Staaten von 1794. Textausgabe mit einer Einführung von Hans Hattenhauer und einer Bibliographie von Günther Bernert, Berlin 1970, Teil II, Titel 19, Paragraph 1. Vgl. auch Anke Breitenborn, Randgruppen im Allgemeinen Landrecht für die Preußischen Staaten von 1794, Berlin 1994, hier S. 144-147.

¹⁹⁶ Rolf Landwehr, Geschichte der Sozialarbeit: Hauptlinien ihrer Entwicklung im 19. und 20. Jahrhundert, unter Mitarbeit von Rüdiger Baron, Weinheim/Basel 1983, hier S. 16.

neuen Gemeinde versorgt wurde. Dazu musste er sich drei Jahre in der Gemeinde aufhalten, ohne die Armenpflege in Anspruch genommen zu haben. Diese Frist wurde in Preußen 1855 auf ein Jahr verkürzt.¹⁹⁷ Mit dem „Bundesgesetz, bzw. Reichsgesetz über den Unterstützungswohnsitz“ kam es 1870/71 zu einer einheitlichen Regelung, wobei die Frist für das Erlangen des Unterstützungswohnsitzes nun auf zwei Jahre festgesetzt wurde.¹⁹⁸ Damit konnte man der Mobilität großer Teile der Bevölkerung eher gerecht werden und die Industrialisierung durch Förderung eines flexibleren Arbeitsmarktes beschleunigen.¹⁹⁹ Die Unterstützung der Armen wurde hier in erster Linie den Gemeinden, in ihrer Funktion als Ortsarmenverbände auferlegt. Die näheren Ausführungen über die Art und das Maß der Zuwendungen sollte dabei den einzelnen Landesgesetzen überlassen bleiben.²⁰⁰ In Preußen bestimmte das entsprechende Ausführungsgesetz zwar die Grundbedingungen, die jedem Armen zu gewähren waren, wie Obdach, unentbehrlicher Lebensunterhalt, erforderliche Pflege in Krankheitsfällen und angemessenes Begräbnis, den Gemeinden wurde jedoch die Form und Ausführung der Unterstützung freigestellt.²⁰¹ Somit hatten die Gemeinden einen weiten Spielraum zur Gestaltung ihrer Armenpflege, dementsprechend variabel waren auch die Organisationsformen der Armenpflege innerhalb der einzelnen Ortsarmenverbän-

¹⁹⁷ Ebd., S. 16f. Gleichzeitig wurde den Gemeinden die Möglichkeit gegeben, die extrem bedürftige Klientel, nämlich Dienstboten, Handwerksgehilfen und Fabrikarbeiter als Bettler und Landstreicher einzuordnen, deren Behandlung durch das „Gesetz über die Bestrafung der Landstreicher, Bettler und Arbeits-scheuen“ vom 6. Januar 1843 geregelt wurde. Hier wurden die Gemeinden „zu Richtern und Zeugen in eigener Sache“, vgl. Christoph Sachße/Florian Tennstedt, *Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland*, Bd. 1, Vom Spätmittelalter bis zum 1. Weltkrieg, 2. verbesserte und erweiterte Aufl., Stuttgart u. a. 1998, hier S. 281; und Fritz Dross, *Health Care Provision and Poor Relief in Enlightenment and 19th Century Prussia*, in: Andrew Cunningham/Ole Peter Grell/Robert Jütte (ed.), *Health Care and Poor Relief in 18th and 19th Century Northern Europe*, Aldershot 2002, S. 69-111, hier S. 78.

¹⁹⁸ Der Gesetzestext findet sich in: *Gesetz über den Unterstützungswohnsitz*, vom 6. Juni 1870 (Nr. 511), in: *Bundes-Gesetzblatt des Norddeutschen Bundes*, Nr. 20, Berlin 1870, S. 360-373; hier § 10. Als Gesetz des Norddeutschen Bundes wird es 1871 als Reichsgesetz übernommen, vgl. *Gesetz betreffend die Verfassung des Deutschen Reichs*, vom 16. April 1871 (Nr. 628), in: *Bundes-Gesetzblatt des Norddeutschen Bundes*, Nr. 16, Berlin 1871, S. 63-100, hier § 2. Ausnahmen blieben zunächst Bayern und Elsaß-Lothringen, vgl. Sachße, *Mütterlichkeit*, S. 36.

¹⁹⁹ Ritter, *Sozialstaat*, S. 49.

²⁰⁰ *Reichsgesetz über den Unterstützungswohnsitz*, § 8.

²⁰¹ *Gesetz, betreffend die Ausführung des Bundesgesetzes über den Unterstützungswohnsitz*, vom 8. März 1871 (Nr. 7794), in: *Gesetz-Sammlung für die Königlichen Preussischen Staaten*, Nr. 7, Berlin 1871, S. 130-151, hier § 2-25. Die Landarmenverbände sollten die Fürsorge für die Personen übernehmen, die keinen Unterstützungswohnsitz mehr besaßen, sowie für „Geisteskranke, Idioten, Taubstumme, Sieche und Blinde“ und sie sollten gegebenenfalls die Ortsarmenverbände unterstützen, wenn diese ihren finanziellen Verpflichtungen nicht mehr nachkommen konnten, siehe ebd., § 31-39.

de.²⁰² Die Landarmenverbände waren für die Versorgung der Klientel zuständig, für die kein Unterstützungswohnsitz zu sorgen hatte.²⁰³

Im letzten Drittel des 19. Jahrhunderts setzte aber ein Trend zur Vereinheitlichung des Fürsorgewesens ein. Dabei war für viele Städte insbesondere das Elberfelder System attraktiv, das entsprechend lokaler oder politischer Gegebenheiten in den Städten modifiziert wurde.²⁰⁴ Dies soll im Folgenden kurz erläutert werden.

Die Armenordnung der Stadt Elberfeld trat am 1. Januar 1853 in Kraft. Die Stadt wurde verwaltungstechnisch in zehn Bezirke aufgeteilt. Diese Bezirke wurden jeweils in 15 (später 14) Quartiere eingeteilt.²⁰⁵ In jedem Quartier war ein Armenpfleger zuständig, der dort wohnte und seine Tätigkeit ehrenamtlich verrichtete. Einem Bezirk stand ein Bezirksvorsteher vor, der für die Weiterleitung der Gelder der Armenverwaltung an die Armenpfleger verantwortlich war. Der Bezirksvorsteher schuldete der Armenverwaltung dann Rechnungslegung. Die Aufgaben dieser Einrichtung bestanden im Wesentlichen in der Rechnungsaufsicht, dem Kassen- und Rechnungswesen und der Aufstellung des Armenetats. Die Armenpfleger mussten in ehrenamtlicher Arbeit ca. drei bis vier Bedürftige betreuen. Sie konnten selbst über das Unterstützungsbedürfnis einer Familie entscheiden.

Die Anforderungen, die an die Armenpfleger gestellt wurden, waren widersprüchlich. Einerseits sollten sie mit verständnisvoller Nächstenliebe die ihnen anvertrauten Armen betreuen, andererseits mussten sie dafür sorgen, dass die Hilfsbedürftigkeit nicht zu lange andauerte und die Gemeindekassen nicht übermäßig belastet wurden.²⁰⁶ Qualifiziert waren

²⁰² Sachße, *Mütterlichkeit*, S. 37.

²⁰³ Vgl. Dross, *Health Care Provision*, S. 79.

²⁰⁴ Dass das sogenannte „Elberfelder System“ keine innovative Neuschaffung darstellte, sondern auf Hamburger Vorläufern basierte, betont Ludovica Scarpa, *Gemeinwohl und lokale Macht. Honoratioren und Armenwesen in der Berliner Luisenstadt im 19. Jahrhundert*, München u. a. 1995, S. 329 f. Vgl. auch Barbara Lube, *Mythos und Wirklichkeit des Elberfelder Systems*, in: Karl Herrmann Beck (Hg.), *Gründerzeit. Versuch einer Grenzbestimmung im Wuppertal*, Köln 1984, S. 158-184, hier S. 183. Lube zeigt, dass die Vorläufer dieses Systems schon viel früher in Elberfeld bestanden haben. Weiterführende Literatur: Ulrike Dorn, *Öffentliche Armenpflege in Köln 1794-1871. Zugleich ein Beitrag zur Geschichte der öffentlich-rechtlichen Anstalt*, Köln/Wien 1990; Susanne Grindel/Winfried Speitkamp (Hg.), *Armenfürsorge in Hessen-Kassel. Dokumente zur Vorgeschichte der Sozialpolitik zwischen Aufklärung und Industrialisierung*, Marburg 1998; Küster, *Alte Armut*.

²⁰⁵ Im Folgenden nach Giovanna Berger, *Die ehrenamtliche Tätigkeit in der Sozialarbeit: Motive, Tendenzen, Probleme*, dargestellt am Beispiel des Elberfelder Systems, Frankfurt/M. 1979, hier S. 44-57 und Sachße, *Mütterlichkeit*, S. 37-40.

²⁰⁶ Berger, *Die ehrenamtliche Tätigkeit*, S. 52.

die Armenpfleger nicht durch fachliche Kompetenz, sondern durch ihren Wohnsitz im jeweiligen Stadtviertel. Es wurde erwartet, dass sie durch genaue Kenntnis der Familiensituation am ehesten über die Unterstützungsbedürftigkeit der Familien entscheiden konnten.²⁰⁷ Die Armenpfleger mussten die Familien alle zwei Wochen besuchen und kontrollieren, ob die Voraussetzungen für weitere Zuwendungen noch gegeben waren. Weiterhin konnten sie die Betroffenen beraten, ihnen gegebenenfalls Arbeitsplätze vermitteln, aber auch ihren regelmäßigen Kirchenbesuch und ihren Lebenswandel prüfen.²⁰⁸ Der kontrollierende Aspekt stand in ihrer Arbeit deutlich im Vordergrund und häufig wurden sie von den betroffenen Familien als „Pottkieker“ abgelehnt.²⁰⁹ Wer sich nicht gemäß den Richtlinien verhielt, konnte sofort von den Unterstützungen ausgeschlossen werden.²¹⁰ Eine Person, die Armenunterstützung bezog, verlor die bürgerlichen Ehrenrechte und wurde vom aktiven und passiven Wahlrecht ausgeschlossen.²¹¹ (Diese Einschränkung hatte für Frauen bis 1919 allerdings kaum einen abschreckenden Charakter, da sie kein Wahlrecht besaßen und auch nur über eingeschränkte Eigentumsrechte verfügten.) Die Unterstützungsleistungen waren sehr knapp bemessen. Sie hatten immer unter dem ortsüblichen Mindestlohn zu liegen.²¹²

In Elberfeld brachte dieses Armenpflegesystem rasch Erfolge. Die Straßenbettelei verschwand und die Kosten für die Armenverwaltung gingen rapide zurück. Insbesondere die

²⁰⁷ Sachße, Mütterlichkeit als Beruf, S. 38.

²⁰⁸ Vgl. zur Praxis in der Armenfürsorge in Münster auch Thomas Küster, Bürgertum und städtische Armut. Gesellschaftlicher Wandel im Urbanisierungsprozeß am Beispiel der kommunalen Armenfürsorge in Münster, in: Westfälische Forschungen 43 (1993), S. 58-80, hier S. 63. Er betont, dass in Münster die Armenpfleger auch den ganzen Tag über zu Hause für die Armen ansprechbar sein mussten. „Die Bezirksarmenpfleger übten wohl eine disziplinierende Aufsicht aus, standen aber auch selbst in der Pflicht, jederzeit zur Hilfeleistung bereit zu sein.“ Vgl. auch Ludovica Scarpa, Das Übergewicht des niedrigen Bürgerstandes. Von der Honoratiorenverwaltung zur hauptamtlichen „Fürsorge“ im Armenwesen, in: Archiv für Kommunalwissenschaften 32/II (1993), S. 245-261, hier S. 261: „Die Idee der Kontrolle, die mit dem ‚Visiting‘ der Armen seitens benachbarter Bürger verknüpft war, schlug oft ins Gegenteil um: aus einer Kontrolle wurde eine Patronage, aus einer Verwaltung ein Netz persönlicher Beziehungen. Die Honoratioren des Viertels brauchten genauso sehr ihre Armen, um weiterhin ihre angesehene Stellung zu bewahren, wie diese ihre Honoratioren.“

²⁰⁹ So jedenfalls Jürgen Reulecke, Die Armenfürsorge als Teil der kommunalen Leistungsverwaltung und Daseinsvorsorge im 19. Jahrhundert, in: Hans Heinrich Blotevogel (Hg.), Kommunale Leistungsverwaltung und Stadtentwicklung vom Vormärz bis zur Weimarer Republik, Wien 1990, S. 71-80, hier S. 77.

²¹⁰ Reulecke, Armenfürsorge, S. 76.

²¹¹ Landwehr, Geschichte der Sozialarbeit, S. 20. Vgl. auch Ritter, Sozialstaat, S. 63.

²¹² Wolfgang J. Mommsen, Das Ringen um den nationalen Staat. Die Gründung und der innere Ausbau des Deutschen Reiches unter Otto von Bismarck 1850-1890, Frankfurt/M./Berlin 1993, hier S. 628.

positive Kostenentwicklung machte dieses System auch für die anderen Städte attraktiv, da die Einsparungen nicht durch Ausweitung des städtischen Verwaltungspersonals, sondern durch eine stärkere Heranziehung von ehrenamtlichen Mitarbeitern erreicht werden konnte.²¹³

Diese Tatsache und die umfassende Propaganda des „Deutschen Vereins für Armenpflege und Wohltätigkeit“ (DVAW), auf den später noch einzugehen sein wird, sorgten dafür, dass sich das Elberfelder System zügig im Deutschen Reich ausbreitete.²¹⁴ Jedoch wurde die Bezeichnung „Elberfeld“ für eine Reihe von Neugestaltungen kommunaler Armenfürsorgesysteme gebraucht, obwohl nur oberflächliche Ähnlichkeiten mit dem ursprünglichen Modell bestanden.²¹⁵

„Die Berufung auf Elberfeld diene dabei der Legitimation eigener Neuorganisationen, indem sie die Neuerungen mit dem Anschein der Einführung des Altbewährten und allseits Geschätzten versah.“²¹⁶

Für die Betroffenen selbst stellte das Armutsrisiko Krankheit das bedrohlichste aller Daseinsrisiken dar. Wie Ute Frevert an den von ihr untersuchten frühen Sicherungsformen für den Krankheitsfall dargestellt hat, hatten die Mitglieder zahlreicher Kranken- und Sterbeladen sich vor allem gegen die aus Krankheit resultierende Armut versichert. Finanziert wurden Lohnersatzleistungen, die Bezahlung ärztlicher oder medikamentöser Hilfe gehörte nicht zu den Versicherungsleistungen.²¹⁷ Die Beiträge wurden von den Versicherten ausschließlich selbst finanziert. Neben der Heterogenität dieser Organisation war es vor allem die vollständige Eigenfinanzierung, in der sich diese Frühformen von den in den 80er Jahren entstehenden Sozialversicherungen unterschieden.

²¹³ Vgl. auch Ewald Frie/Thomas Küster, Privatwohltätigkeit und Kommunalisierung. Die Modernisierung der öffentlichen Armenpflege im 19. Jahrhundert am Beispiel der Stadt Münster, in: Westfälische Forschungen 40 (1990), S. 645-660, hier S. 653 und Reulecke, Armenfürsorge, S. 77.

²¹⁴ Vgl. Reulecke: Armenfürsorge, S. 76. Von 71 städtischen Armenverwaltungen hatten am Ende des 19. Jahrhunderts 55 das Elberfelder System übernommen.

²¹⁵ Frie/Küster, Privatwohltätigkeit und Kommunalisierung, S. 654.

²¹⁶ Sachße, Mütterlichkeit, S 42.

²¹⁷ Frevert, Krankheit als politisches Problem, S. 151-161. Vgl. auch Margaret Asmuth, Gewerbliche Unterstützungskassen in Düsseldorf. Die Entwicklung der Krankenversicherung der Arbeitnehmer 1841 bis 1884/5, Köln 1984.

Die unter Bismarck²¹⁸ eingeführten Sozialversicherungen²¹⁹ markieren, trotz ihrer vielfachen Vorläufer, eine neue Qualität sozialpolitischer Intervention. In der Forschung werden vier Motive für diese nun öffentlich-rechtlich systematisierte Form der sozialen Sicherung diskutiert: 1. Die innenpolitische Stabilisierung, die „innere Reichsgründung“ nach der erfolgreichen äusseren Reichsgründung.²²⁰ 2. Als Gegenstück zum repressiven Sozialistengesetz, als Politik von „Zuckerbrot und Peitsche“.²²¹ 3. Als Ersatz für eine fundierte Arbeiterschutzgesetzgebung, die Bismarck ablehnte²²² und 4. zur Modernisierung bzw. als Ersatz für die überlastete Armenfürsorge kommunaler Prägung.²²³

²¹⁸ Zur kontrovers diskutierten Rolle des Reichskanzlers und zur Bedeutung der Sozialversicherungen vgl. vor allem die sehr detailreichen Darstellung von Florian Tennstedt und Heidi Winter zur Entstehung der Unfallversicherung, „Der Staat hat wenig Liebe – aktiv wie passiv“. Die Anfänge des Sozialstaats im Deutschen Reich von 1871, Teil 1, in: Zeitschrift für Sozialreform 39 (1993), S. 362-392 und dies., „Jeder Tag hat seine eigenen Sorgen, und es ist nicht weise, die Sorgen der Zukunft freiwillig auf die Gegenwart zu übernehmen“ (Bismarck), in: Zeitschrift für Sozialreform 41 (1995), S. 671-706 und Jürgen Tampke, Bismarcks Sozialgesetzgebung: Ein wirklicher Durchbruch?, in: Mommsen/Mock, Wohlfahrtsstaat, S. 79-91, hier besonders S. 80; dagegen Ritter, Sozialversicherung, S. 42. Grundlegend Florian Tennstedt, Sozialgeschichte der Sozialpolitik in Deutschland. Vom 18. Jahrhundert bis zum Ersten Weltkrieg, Göttingen 1981 und ders. Vom Proleten zum Industriearbeiter. Arbeiterbewegung und Sozialpolitik in Deutschland 1800 bis 1914, Köln 1983.

²¹⁹ Gesetz, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter, vom 15. Juni 1883 (Nr. 1496), in: Reichsgesetz-Blatt, Nr. 9, Berlin 1883, S. 73-104, Unfallversicherungsgesetz, vom 6. Juli 1884 (Nr. 1552), in: Reichsgesetz-Blatt, Nr. 19, Berlin 1884, S. 69-111 und Gesetz, betreffend die Invaliditäts- und Altersversicherung, vom 22. Juni 1889 (Nr. 1858), in: Reichs-Gesetzblatt, Nr. 13, Berlin 1889, S. 97-144.

²²⁰ Diese These wird vor allem von Florian Tennstedt vertreten. Vgl. ders., Peitsche und Zuckerbrot oder ein Reich mit Zuckerbrot? Der deutsche Weg zum Wohlfahrtsstaat 1871-1881, in: Zeitschrift für Sozialreform 43 (1997), S. 88-101; vgl. auch: Hans Matthöfer/Walter Mühlhausen/Florian Tennstedt, Bismarck und die soziale Frage im 19. Jahrhundert, Friedrichsruh 2001 und Florian Tennstedt, Private Vorsorge und sozialstaatliche Intervention: Ein Rückblick auf die historischen Diskussionen zur Begründung des deutschen Sozialstaates, in: WSI-Mitteilungen: Monatsschrift des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts in der Hans-Böckler-Stiftung 54 (2001), S. 478-483; Christoph Sachße/Florian Tennstedt, Sozialpolitik vor dem Sozialstaat: Freizügigkeit und Armenwesen in der Gründungsphase des Deutschen Reiches, in: Zeitschrift für Sozialreform 47 (2001), S. 205-222. Vgl. auch Wolfgang J. Mommsen, Sozialpolitik im Deutschen Reich, in: Woelk/Vögele (Hg.), Geschichte der Gesundheitspolitik, S. 51-66.

²²¹ Dieser Aspekt ist lange Zeit von der älteren Forschung fast ausschließlich beannt worden, vgl. vor allem Franz Mehring, Geschichte der deutschen Sozialdemokratie, 2. Bd., Berlin 1960, S. 560. Vgl. auch Tennstedt/Winter, Die Anfänge des Sozialstaats, S. 362f.

²²² Vgl. Wolfgang Ayass, Einleitung, in: Quellensammlung Sozialpolitik, I. Abt., Bd. 3: Arbeiterschutz. Bearb. von Wolfgang Ayass, Stuttgart/Jena/New York 1996, S. XXXIII; vgl. auch Kulawik, Wohlfahrtsstaat und Mutterschaft, S. 133.

²²³ Vgl. Mommsen, Das Ringen um den nationalen Staat, S. 636 und Gerhard A. Ritter: Soziale Sicherheit in Deutschland und Großbritannien von der Mitte des 19. Jahrhunderts bis zum Ersten Weltkrieg. Ein Vergleich, in: GuG 13 (1987), S. 137-156, hier S. 142, dagegen allerdings Redder, die der Entlastung der Armenpflege nicht „den Rang eines eigenständigen Motivs“ zugestehen will; vgl. Ute Redder, Die Entwicklung von der Armenhilfe zur Fürsorge in dem Zeitraum von 1871 bis 1933 — eine Analyse unter Aufgaben-, Ausgaben-, und Finanzierungsaspekten am Beispiel der Länder Preußen und Bayern, Bochum 1993 (Bochumer Wirtschaftswissenschaftliche Studien, Bd. 133), hier S. 109.

Die steigende Mobilität, die die Industrialisierung begleitete, hatte für die Gemeinden zu erheblichen Ungleichverteilungen der Armenlasten geführt, da die Armenpflegeregelung nach dem Gesetz über den Unterstützungswohnsitz immer noch eine relativ hohe gesellschaftliche Stabilität voraussetzte.²²⁴ Auch konnte der großen Zahl der Gegner des staatlichen Zwangsversicherungssystems mit dem Argument begegnet werden, dass das öffentliche Fürsorgesystem durch Gelder, welche die Betroffenen zum Teil selbst aufbrachten, entlastet würde.²²⁵ Im hier dargestellten Zusammenhang ist besonders die Krankenversicherung von Interesse, deren Entstehung im zeitgenössischen Zusammenhang eigentlich kein besonders großes Reformpotential zugewiesen wurde. Bismarck selbst betrachtete die Krankenversicherung als ein „ihm untergeschobenes Kind“.²²⁶ Am 31. 5. 1883 wurde das Krankenversicherungsgesetz im Reichstag verabschiedet und trat am 1.12. 1884 in Kraft.²²⁷ Die Leistungen wurden zu zwei Dritteln von den Arbeitnehmern und nur zu einem Drittel von den Arbeitgebern finanziert. Die Kassen mussten für einen Versicherten im Krankheitsfall Krankentagegeld in Höhe eines halben ortsüblichen Lohnes zahlen und mit dem vierten Tag der Arbeitsunfähigkeit die Kosten für ärztliche Behandlung, Medikamente und Heilmittel übernehmen und gegebenenfalls einen Krankenhausaufenthalt bezahlen.

Vor allem die Krankenversicherung bot potentiell für die Armenpflegebehörden eine Entlastung, da die Gemeinden in der Regel verpflichtet waren, den Bedürftigen im Krankheitsfall einen Arzt sowie freie Behandlung und Verpflegung zu gewähren.²²⁸ In der Folgezeit entwickelten sich die Krankenkassen zu einflussreichen Organisationen im Interessenpluralismus der sich ausdifferenzierenden Gesundheitspolitik.²²⁹

Es muss in diesem Zusammenhang darauf hingewiesen werden, dass die Frage der Finanzierung der Arbeiterversicherung auch im Hinblick auf die Armenpflege konfliktreich

²²⁴ Mommsen, Das Ringen um den nationalen Staat, S. 640 und Redder, Entwicklung, S. 109.

²²⁵ Redder, Entwicklung, S. 109.

²²⁶ Kulawik, Wohlfahrtsstaat und Mutterschaft, S. 137.

²²⁷ RGBI. 1883, S. 73-104.

²²⁸ Mommsen, Das Ringen um den nationalen Staat, S. 629 und S. 647.

²²⁹ Vgl. dazu weiterführend Silke Fehlemann, Die Standespolitik der Ärzteschaft in Westdeutschland — Ein Neubeginn? Das Beispiel des Kassenarztrechts, in: Thomas Ruzicka u. a. (Hg.), Mensch und Medizin in totalitären und demokratischen Gesellschaften, Essen 2001, S. 137-145.

war. Einerseits sollten die Gemeinden durch die Sozialversicherungen deutlich im Armenpflegebereich entlastet werden,²³⁰ andererseits durfte das neue Versicherungssystem für die Arbeiterschaft nicht wie eine verbesserte Armenpflege aussehen, da diese von den Arbeitern als diskriminierend empfunden wurde.²³¹ So gab es zuerst noch Überlegungen, die Ortsarmen- bzw. dann auch die Landarmenverbände an den Kosten der Prämienaufbringung für das Unfallversicherungsgesetz zu beteiligen,²³² da sie erwartungsgemäß vom Versicherungssystem am meisten profitieren würden. Jedoch wurde im Gesetzentwurf bei der Vorlage im Bundesrat Anfang 1881 zunächst das Reich anstelle der Armenbehörden gesetzt,²³³ unter anderem weil man fürchtete, die Versicherung könne in den Augen der Arbeiterschaft wie eine gewöhnliche Armenpflege aussehen.²³⁴

Schon 1894 wurde von der Reichsverwaltung eine Erhebung durchgeführt, die die Auswirkungen der Sozialversicherung auf die Armenpflege untersuchen sollte. Auch eine Studie des DVAW untersuchte diese Zusammenhänge.²³⁵ Wenn man einmal davon ab-

²³⁰ So wies Bismarck in einer Reichstagsrede daraufhin, dass die Armenpflege eigentlich eine Staatslast sei, die auf die Armenverbände abgewälzt worden wäre und diese müßten nun entlastet werden, vgl. Stenographische Berichte zu den Verhandlungen des Reichstages, 4. Leg., 4. Session, 1881, Bd. 62, S. 163.

²³¹ In der Begründung zur Alters- und Invalidenversicherung wurde betont: „die Einführung der obligatorischen Alters- und Invalidenversicherung muss nämlich notwendig zugleich auf das gesamte bisherige System der Armenpflege zurückwirken. Nicht als ob diese Rückwirkung auf die Armenpflege der eigentliche Zweck der Vorlage wäre. Dieser Zweck ist vielmehr ausschließlich sozialpolitischer Natur. Die Gewährung eines rechtlich erzwingbaren, vermöge eigener Leistungen wohl erworbenen Anspruchs auf Alters- und Invalidenfürsorge reicht weit über das Gebiet der Armenpflege hinaus.“ Vgl. Entwurf eines Gesetzes betreffend die Alters- und Invaliditätsversicherung, in: Anlagen zu den Stenographische Berichte zu den Verhandlungen des Reichstages, 7. Leg., 4. Session, 1888/89, Bd. 108, S. 31-156, hier S. 50.

²³² Stenographische Berichte zu den Verhandlungen des Reichstages, 4. Leg., 4. Session 1881, Bd. 62, S. 714; vgl. auch Mommsen, Das Ringen um den nationalen Staat, S. 639.

²³³ Da der Reichszuschluss vor allem im Reichstag auf erheblichen Widerstand stieß, wurde er später fallengelassen; vgl. Mommsen, Das Ringen um den nationalen Staat, S. 639 und S. 655.

²³⁴ Vgl. die Begründung zu dem Unfallversicherungsgesetzentwurf nach Vorlage im Bundesrat: Anlagen zu den Stenographischen Berichten des Reichstages, 4. Leg., 4. Session, 1881, Bd. 3, Nr. 41, S. 234 „Gegen dieselbe (die Heranziehung d. Landarmenverbände, S.F.) spricht indessen [...] die Erwägung, dass durch Heranziehung der Träger der öffentlichen Armenlast zu den erforderlichen Beiträgen die ganze Maßregel in den Augen der Arbeiter leicht den Charakter einer gewöhnlichen Armenunterstützung erhalten würde, während es sich in der Tat darum handelt, die Lage einer ganzen Bevölkerungsklasse um des öffentlichen Interesses willen unter Mitverwendung öffentlicher Mittel, einer Besserung entgegen zu führen, eine Maßregel, welche mit der auf die Beseitigung unmittelbarer gegenwärtiger Not beschränkten Armenunterstützung nicht auf eine Stufe gestellt werden kann.“ Vgl. auch Redder, Entwicklung, S. 109.

²³⁵ Die Einwirkung der Versicherungs-Gesetzgebung auf die Armenpflege, in: Kaiserlich Statistisches Amt (Hg.): Vierteljahreshefte zur Statistik des Deutschen Reiches, 6/II (1897), S. 1-54, hier besonders S. 5 und Richard Freund, Armenpflege und Arbeiterversicherung. Prüfung der Frage, in welcher Weise die neuere sociale Gesetzgebung auf die Aufgaben der Armengesetzgebung und Armenpflege einwirkt, Leipzig 1895, (SDVAW 21), hier S. 1-14.

sieht, dass es nicht möglich war, andere noch mögliche Einflussfaktoren zu separieren, und die Untersuchungen schon sehr früh nach dem Eintreten der Versicherungen gemacht wurden, war jedoch deutlich zu sehen, dass die Kosten für die Armenpflege eher gestiegen als gesunken waren. Die Gründe dafür sind vielfältig. In dem hier untersuchten Zusammenhang muss insbesondere darauf hingewiesen werden, dass zwischen der Arbeiterversicherung und der Armenpflege eine gegenseitige Wechselwirkung stattfand. So konnte erst mit der Entlastung der Armenpflege durch die Sozialversicherungen das stattfinden, was unter dem Schlagwort der „sozialen Ausgestaltung“ der Armenpflege diskutiert wurde, nämlich die Entstehung einer professionellen, differenziert ausgestalteten sozialen Fürsorge, die weiter unten noch genauer beschrieben wird. Das bedeutet, dass die Kosten für die Armenpflege zwar nicht sanken, diese aber eine deutliche qualitative Verbesserung erfuhr.²³⁶ Dafür spricht auch, dass Gesuche nach Armenunterstützung nun eher bewilligt wurden und dass die Leistungen erhöht wurden.²³⁷ So wurden z. B. Maßnahmen, die von den Krankenkassen zur Rekonvaleszentenpflege getroffen wurden, wie z. B. die Gewährung von Kuren, bald auch von einigen Armenverwaltungen übernommen wurden. Also bewirkte die Sozialversicherung eine Qualitätssteigerung der Armenpflege, die sich allerdings nicht kostensenkend auswirkte.²³⁸ Es entwickelte sich eine spezifische Aufgabenteilung zwischen Sozialversicherung auf der einen und Fürsorge sowie Versorgung auf der anderen Seite. Der Bezug von Versicherungsleistungen war an den Besitz einer sozialversicherungspflichtigen Arbeitsstelle geknüpft. Dagegen widmete sich die auf lokaler Ebene

²³⁶ Vgl. Freund, Armenpflege und Arbeiterversicherung, S. 83f.: „Die Armenpflege ist in bedeutendem Maße von Unterstützungsfällen entlastet worden, welche nunmehr von der Arbeiterversicherung erledigt werden, die Arbeiterversicherung hat in erheblichem Maße die Arbeiterbevölkerung vor Inanspruchnahme der öffentlichen Armenpflege bewahrt. Die Arbeiterversicherung hat aber auch auf die Hebung der gesamten Lebenshaltung der unteren Bevölkerungsklassen schon jetzt einen derartig mächtigen Einfluß ausgeübt, daß die Armenpflege, indem sie diesem Umstände Rechnung zu tragen genötigt war, die erzielten Ersparnisse durch Verstärkung und Ausdehnung ihrer Leistungen zumeist völlig einbüßte, ja vielfach darüber hinaus Aufwendungen machen mußte.“ Vgl. auch Redder, Entwicklung, S. 111.

²³⁷ „In Deutschland wurde zwar die Armenhilfe vor allem durch die Kranken- sowie die Invaliditäts- und Altersversicherung entlastet. Der Anteil der dauernd unterstützten Personen in Höhe von 2-4 Prozent der Bevölkerung der großen Städte und der für den Unterhalt der Armen aufgebrauchten Mittel ging aber nicht zurück, da nun mehr Unterstützungsgesuche bewilligt und die Leistungen erhöht wurden. In Deutschland sorgte die Sozialversicherung also indirekt für eine Verbesserung der Armenhilfe, die vor allem in den reicheren Großstädten langsam den Charakter einer Fürsorge annahm.“ Vgl. Ritter, Sozialstaat, S. 96.

²³⁸ Redder, Entwicklung, S. 117f.

durch wohlthätige Vereine und Kommunalverwaltungen ausgeübte Fürsorge mehr und mehr spezifischen Problemlagen.²³⁹

Die Armenpflege mußte auch als zusätzliche Unterstützung einspringen, da die Sozialversicherungen noch erhebliche Schwachstellen hatten: eine große Reihe von Bedürftigen wurden nicht erfasst, die Zahlungen im Versicherungsfall waren zu gering.²⁴⁰ Die mangelhafte Ausgestaltung der Sozialversicherung im Hinblick auf die Höhe der Zahlungen und fehlende Versicherungen wie etwa die gegen Arbeitslosigkeit ist in der Forschung umfassend herausgestellt worden. Eine der wesentlichen Schwachstellen der Versicherung war die mangelnde Absicherung spezifisch weiblicher Armutsrisiken in der Sozialversicherung,²⁴¹ denn die Versicherung war fast ausschließlich auf den männlichen Industriearbeiter zugeschnitten.²⁴² Die Entstehungsphase der Sozialversicherung fiel in eine Phase, in der die politischen Mitbestimmungsrechte von Frauen durch das Wahlrecht und die Vereinsgesetzgebung der meisten Bundesstaaten erheblich beeinträchtigt waren.²⁴³ Welche Auswirkungen dies auf den Gesetzgebungsprozess hatte, darüber läßt sich letztlich nur spekulieren. Deutlich wird jedenfalls, dass sich eine realitätsnahe Wahrnehmung weiblicher Lebensläufe an keiner Stelle des Versicherungswerkes finden läßt. Mit der Sozialversicherung sollte das „Ernährer-Modell“ gestärkt werden: „Das gesellschaftspolitische Programm lief dementsprechend immer stärker darauf hinaus, nach dem Vorbild von Bürgern

²³⁹ Vgl. Dross, Health Care Provision, S. 93.

²⁴⁰ So wie z. B. bei der Rentenversicherung, deren Prämien von vornherein nur als „Zuschuß zu dem noch vorhandenen Arbeitsverdienst“ geplant waren. Siehe im Einzelnen die tabellarischen Aufstellungen der Versicherungsberechtigten bei Redder, Entwicklung, S. 113-115, S. 119, S. 120-126, S. 133f. und vgl. Wolfgang Schröder, Subjekt oder Objekt der Sozialpolitik? Zur Wirkung der Sozialgesetzgebung auf die Adressaten, in: Lothar Machtan (Hg.), Bismarcks Sozialstaat. Beiträge zur Geschichte der Sozialpolitik und zur sozialpolitischen Geschichtsschreibung, Frankfurt/M./New York 1994, S. 126-162, hier S. 129f. Vgl. auch den Bericht des Freiburger Armenrates von 1894: „Sehr häufig muß die Armenunterstützung ergänzend neben die Leistungen der Arbeiterversicherung treten, weil die Bezüge aus letzterer durchgehends unzureichend sind.“ Zit. nach Klaus Burger, „Prüfende Strenge statt blinder Weichherzigkeit“. Zur Geschichte der Armut und der Sozialeinrichtungen in Freiburg, in: Haumann/Schadek, Geschichte der Stadt Freiburg Bd. 3, S. 613-632, hier S. 619.

²⁴¹ Vgl. dazu als neuere Arbeiten vor allem Kulawik, Wohlfahrtsstaat und Mutterschaft; Fait, Arbeiterfrauen und Matzner, Zwischen Reproduktion und Produktion.

²⁴² Sie enthielt sogar noch zahlreiche berufsständische Elemente: „Diese Kassenvielfalt zielt auf die Aufrechterhaltung einer berufsbezogenen sozialen Differenzierung, die ihren Ausdruck nicht zuletzt darin fand, dass die Krankengeldhöhe in den Ortskrankenkassen als Hälfte des durchschnittlichen Tagelohns derjenigen Berufsklasse zu berechnen war, für welche die Krankenkasse errichtet wurde.“ Vgl. Kulawik, Wohlfahrtsstaat und Mutterschaft, S. 138.

²⁴³ Hausen, Arbeiterinnenschutz, S. 714.

und Handwerkern nun auch die Ernährer-Position der gelernten und angelernten Lohnarbeiter wirtschaftlich und sozial zu stärken.“²⁴⁴ Aber selbst diese Logik wurde im Hinblick auf die Versorgung von Frauen durchbrochen. So ist die von den meisten Beteiligten in den Beratungen als notwendig angesehene Hinterbliebenenversicherung im Gesetzeswerk zunächst zurückgestellt worden, da man erst einmal abwarten wollte, wie sich die Versicherung finanziell auswirken würde.²⁴⁵

Nur innerhalb der Unfallversicherung gab es beim Todesfall eines Arbeiters eine Versorgung von 20 Prozent des Arbeitslohnes für die Witwe, solange sie Kinder im Alter unter 15 Jahren zu versorgen hatte.²⁴⁶ Gerade die mangelnde Absicherung der Witwen trug dazu bei, dass die Armenpflege nicht sehr erheblich entlastet werden konnte.²⁴⁷ Erst 1912 wurden invalide Witwen und auch Waisen in die Rentenversicherung miteinbezogen.²⁴⁸

Bezüglich der Ansprüche auf die Alters- und Invalidenversicherung galt, dass der Anspruch auf eine eigenständige Altersabsicherung nur bestand, wenn eine Wartezeit von 30 vollen Beitragsjahren erreicht war, eine Zeit, die eine Mutter mehrerer Kinder selbst mit geringfügigen Erziehungszeiten kaum erreichen konnte. Dass genau dieses Prinzip den Abgeordneten ganz deutlich vor Augen war, formulierte der Freikonservative Arnold Lohren in den Beratungen. So würden „mehr wie 95 Prozent aller Arbeiterinnen [...] zwar zahlen, aber niemals einen Pfennig Rente erhalten.“²⁴⁹

Familienangehörige waren in der Regel nicht versichert, obgleich die Existenz der Familie sowohl durch die Erkrankung des Versicherten als auch durch die der Hausfrau und Mutter gefährdet war. Dennoch blieb die Ausdehnung des Versicherungsschutzes auf die

²⁴⁴ Ebd., S. 715.

²⁴⁵ Fait, Arbeiterfrauen, S. 191.

²⁴⁶ Vgl. dazu Wolfgang Dreher, Die Entstehung der Arbeiterwitwenversicherung in Deutschland, nach z.T. unveröffentlichten Quellen, Berlin 1978, hier S. 27.

²⁴⁷ Alice Salomon, Das Problem der Witwen- und Waisenversorgung, in: Die Frau 14 (1907), S. 330-342, hier S. 330f.

²⁴⁸ Gerhard A. Ritter/Klaus Tenfelde, Arbeiter im Deutschen Kaiserreich 1871 bis 1914, Bonn 1992, hier S. 701. Durch die Angestelltenversicherung wurde allerdings 1911 den Witwen von Angestellten ein Rentenanspruch eingeräumt; vgl. Karin Hausen, Die sprichwörtliche Armut der Witwen und Waisen und die Grenzen des Sozialstaats. Witwenversorgung in Deutschland im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts, in: Bericht über die 39. Versammlung deutscher Historiker in Hannover, 23. bis 26. September 1992, Stuttgart 1994, S. 206-207.

²⁴⁹ Zitiert nach Fait, Arbeiterfrauen, S. 196. Vgl. auch hier die genaue Beschreibung der Regelungen im Hinblick auf die Leistungen für Arbeiterfrauen.

Familienangehörigen eine fakultative Leistung.²⁵⁰ Entsprechend stellten auch die nach und nach auf die Familienangehörigen einer versicherten Person ausgedehnten Leistungsansprüche noch bis 1975 abgeleitete Versicherten-Ansprüche dar, die bei ehelichen Konflikten, Ehescheidungen und Getrenntleben der Ehepaare zu erheblichen Problemen führen konnten.²⁵¹

In den Bereichen, in denen weit überproportional Frauen tätig waren, wie etwa bei der Dienstbotenarbeit, Heim- und Landarbeit, wurde nicht obligatorisch versichert.²⁵² Dabei bedrohte auch dieser Verdienstaussfall die familiäre Existenz und konnte zur Inanspruchnahme der Armenfürsorge führen.²⁵³

Einen Versicherungsschutz für schwangere Frauen gab es zunächst überhaupt nicht. Erst nach der Geburt trat ein dreiwöchiger Wöchnerinnenschutz für eheliche erwerbstätige Wöchnerinnen ein, in dem Krankengeld gezahlt wurde.²⁵⁴ Auch hier wurde das Versicherungsprinzip an einem wichtigen Punkt durchbrochen. Uneheliche Wöchnerinnen hatten lange Zeit keinen Anspruch auf ihre in die Versicherung eingezahlten Leistungen. So hatte die beratende Kommission die Regierungsvorlage dahingehend geändert, dass ein §126a eingefügt wurde, der die Gewährung von Wöchnerinnenunterstützung auf eheliche Wöchnerinnen beschränkte.²⁵⁵

Berücksichtigt man die Struktur der Krankenkassen, wird deutlich, dass die Wöchnerinnenunterstützung auf die eigentlichen Berufskassen beschränkt war. Nun waren Frauen aber überproportional in der Gemeindeversicherung vertreten, die keine obligatorische Wöchnerinnenunterstützung zahlte.²⁵⁶ Nur die Orts-, Betriebs-, Bau- und Innungskranken-

²⁵⁰ „Bis 1914 hatte etwa ein Drittel der Kassen von der eingeräumten Befugnis, Familienangehörige in die Leistungsberechtigung mit einzubeziehen, Gebrauch gemacht. Überwiegend geschah dies sogar unter Verzicht auf die zulässige Erhebung eines höheren Beitrages“, vgl. Redder, Entwicklung, S. 116.

²⁵¹ Hausen, Arbeiterinnenschutz, S. 739.

²⁵² Die Versicherung von Heimarbeiterinnen war den Ortsstatuten überlassen, vgl. Redder, Entwicklung, S. 113.

²⁵³ Die Erfassung der erwerbstätigen Frauen machte in den nächsten Jahrzehnten jedoch erhebliche Fortschritte, da die Versicherungspflicht auf immer zahlreichere Berufsgruppen ausgedehnt wurde. 1885 waren nur 25 Prozent, 1895 schon 40 Prozent, 1907 50 Prozent und schließlich 1925 fast alle Frauen durch die gesetzlichen Krankenkassen erfasst. Vgl. Hausen, Arbeiterinnenschutz, S. 737.

²⁵⁴ Fakultativ sechs Wochen, vgl. Redder, Entwicklung, S. 114.

²⁵⁵ Kulawik, Wohlfahrtsstaat und Mutterschaft, S. 147.

²⁵⁶ Ebd., S. 144f. Der Widerstand innerhalb der freien Hilfskassen gegen ein obligatorisches Wochengeld war ebenfalls erheblich, vgl. ebd., S. 146.

kassen waren verpflichtet, eine Wöchnerinnenunterstützung für drei Wochen nach der Geburt zu zahlen; dies ist in der Novelle des Krankenversicherungsgesetzes von 1892 auf vier Wochen ausgedehnt worden. Diese Unterstützung lag bei der Hälfte, im Höchstfall bei 75 Prozent des durchschnittlichen Tagelohnes. Die Novelle von 1903 brachte einige kleine Verbesserungen. Die Dauer der Wochenbettunterstützung wurde auf sechs Wochen erhöht, bei durch Schwangerschaft vorliegender Erwerbsunfähigkeit konnte bis zu sechs Wochen Lohnersatz gezahlt werden, freie Arzt- und Hebammendienste wurden fakultativ gewährt. Diese medizinischen Dienstleistungen konnten von den Kassen auch für die Familienangehörigen gewährt werden.²⁵⁷ Obwohl im Vorfeld der Beratungen zur Reichsversicherungsordnung gerade die Diskussion um den Wochenschutz einen breiten Raum einnahm, waren die Ergebnisse äußerst bescheiden. „An dem eisernen Widerstand der Reichstagsmehrheit und der Reichsregierung, die eine über das vorgesehene Maß hinausreichende finanzielle Belastung der Arbeitgeber unbedingt verhüten wollten, scheiterten die bescheidensten Verbesserungsvorschläge“.²⁵⁸ Zumindest wurde die Dauer der Wochenbettunterstützung auf acht Wochen ausgedehnt (eine Ausnahme bildeten Dienstboten, Heim- und Landarbeiterinnen, deren Wochenschutz auf vier Wochen beschränkt wurde) und es wurden einige Verbesserungen bei den fakultativen Möglichkeiten der Kassen erreicht, vor allem bezüglich der Unterbringung in Wöchnerinnenheimen und bei der Verteilung von Stillgeldern.²⁵⁹

Vor allem das Wöchnerinnengeld innerhalb der Krankenversicherung gehörte – auch im internationalen Vergleich – zu den wenigen innovativen Momenten des Gesetzwerkes im Hinblick auf die sozialpolitische Absicherung von Frauen.²⁶⁰ Diese vordergründige sozialpolitische Neuerung wurde allerdings mit langfristigen Nachteilen der sozialpoli-

²⁵⁷ Alfons Fischer, Staatliche Mutterschaftsversicherung, in: Adele Schreiber (Hg.), Mutterschaft. Ein Sammelwerk für die Probleme des Weibes und der Mutter, hg. in Verbindung mit zweiundfünfzig Mitarbeitern, Einleitung von Lily Braun, Leipzig 1912, S. 299-311, hier S. 303-307.

²⁵⁸ Ebd., S. 310.

²⁵⁹ Vgl. Fr. Recke, Der Mutter- und Säuglingsschutz in der Reichsversicherungsordnung, in: Die Frau 19 (1912), S. 193-205, hier S. 198. Vgl. zu den Forderungen aus den Reihen der Säuglingsfürsorge: Arthur Schlossmann, Reichsversicherungsordnung und Säuglingsfürsorge, in: Zeitschrift für Soziale Medizin, Säuglingsfürsorge und Krankenhauswesen 5 (1910), S. 359-373.

²⁶⁰ Kulawik, Wohlfahrtsstaat und Mutterschaft, S. 136.

schen Absicherung weiblicher Lebensläufe bezahlt.²⁶¹ Kulawik untersuchte die sozialen, kulturellen und historischen Bedingungen, unter denen das Wöchnerinnengeld entstand und identifizierte seine politische Stoßrichtung. Sie stellt den Zusammenhang mit der Arbeiterschutpolitik²⁶² heraus und betont, dass die Wöchnerinnenunterstützung das sozialpolitische Pendant zu den arbeitsrechtlichen Bestimmungen der Gewerbeordnung darstellt.²⁶³ Sie resümiert:

„In Deutschland wird sich das Mutterschaftsgeld aus der Lohnarbeitsbezogenheit nicht zu lösen vermögen. Das heißt, die Leistungen werden den Frauen nicht qua ihrer Erziehungsarbeit als solcher gewährt, der Anspruch bleibt vielmehr an die Lohnarbeit gekoppelt, sei es durch die eigene versicherungspflichtige Beschäftigung der Frau oder abgeleitet vom Mann.“²⁶⁴

Das hatte vor allem zwei langfristige Auswirkungen. Zum einen wurde die Erziehungsleistung weiterhin nicht als Arbeit anerkannt. Desgleichen wurde weibliche Industriearbeit als grundsätzlich pathologisch konstruiert, denn der besondere Arbeiterinnenschutz bezog sich ja nur auf die bezahlte weibliche Industriearbeit, keinesfalls aber auf Land- und Hausarbeit. Zum anderen richtet sich die Pathologisierung auch auf Schwangerschaft und Geburt, die nun der Krankenversicherung zufallen. „Generative Reproduktion und Erziehungsarbeit werden hierdurch einem öffentlichen Diskurs über soziale Gerechtigkeit tendenziell entzogen.“²⁶⁵

Die Bindung der Sozialversicherung an die sogenannte „männliche Normalerwerbsbiographie“ führte mit all den beschriebenen Auswirkungen dazu, dass Frauen de facto aus diesem Sicherungssystem ausgeschlossen waren. Dies galt vor allem für die Zeit nach der Familiengründung:

„Die staatliche Sozialpolitik war auf die Absicherung der Familie durch den ‘Familienlohn’ eines ‘Familienvaters’ ausgerichtet. Die unbezahlte Hausarbeit be-

²⁶¹ Ebd., S. 311.

²⁶² Der Begriff des Arbeiterinnenschutzes wird inzwischen in der geschlechtergeschichtlichen Literatur eindeutig als Euphemismus aufgefasst, der verschleierte, dass mit dieser Gesetzgebung de facto ein Ausschluss von Frauen aus dem Erwerbsleben intendiert war. Vgl. Schmitt, Arbeiterinnenschutz, und Hausen, Arbeiterinnenschutz, S. 723.

²⁶³ Kulawik, Wohlfahrtsstaat und Mutterschaft, S. 145.

²⁶⁴ Ebd.

²⁶⁵ Ebd.

gründete keinen eigenständigen Sicherungsanspruch, obwohl die Erwerbsarbeit des 'Familienernährers' diese voraussetzte.²⁶⁶

Insofern blieb die sozialintegrative Funktion der Sozialversicherung weitgehend auf den männlichen Teil der Arbeiterschaft beschränkt und hatte für Frauen und insbesondere für Mütter in der Konsequenz einen exkludierenden Charakter, dessen strukturelles Element bis in die Gegenwart nicht aufgehoben werden konnte. In der Vergangenheit blieben Frauen im Hinblick auf finanzielle Absicherungen weitgehend auf die Armenfürsorge angewiesen. So entwickelte sich die offene Armenpflege bis 1914 noch stärker zu einer Absicherung für alleinerziehende Mütter und Witwen,²⁶⁷ was für diese Bevölkerungsgruppe eine zusätzliche Diskriminierung bedeutete. Denn in Folge der Sozialversicherungen entwickelte sich unter den Industriearbeitern ein besonderes Statusbewußtsein, während die Armenhilfeempfänger „Arme zweiter Klasse“ wurden.²⁶⁸ Im Hinblick auf die Sozialdemokratie war das ein durchaus erwünschter Effekt, da so eine Solidarisierung innerhalb der Unterschichten aufgebrochen werden konnte. Diese Ausrichtung hatte aber auch geschlechterpolitische Bedeutung, denn die langfristigen negativen Auswirkungen gingen noch weiter. Da die Logik der Versicherung an den Erwerb gekoppelt war,²⁶⁹ hatte eine eigenständige Mutterschaftsversicherung, wie sie um die Jahrhundertwende in breiten Kreisen diskutiert wurde, keine Chance auf Verwirklichung. Diese hätte Mutterschaft als eigenes Armuts- und Gesundheitsrisiko erfasst und der sozialstaatlichen Absicherung von Frauen eine potentiell andere Richtung gegeben.²⁷⁰

²⁶⁶ Zit. nach Karin Hausen, „... wir werden alt vom Arbeiten“. Die soziale Situation alternder Arbeiterfrauen in der Weimarer Republik am Beispiel Hamburgs, in: AfS 30 (1990), S. 247-295, hier S. 248. Vgl. auch Helga Maria Hernes, Die zweigeteilte Sozialpolitik: Eine Polemik, in: Karin Hausen/Helga Nowotny (Hg.): Wie männlich ist die Wissenschaft?, Frankfurt/M. 1984, S. 163-175; Ilona Kickbusch/Barbara Riedmüller (Hg.), Die armen Frauen. Frauen und Sozialpolitik, Frankfurt/M. 1984; Susanne Rouette, Zur Geschichte von Sozialpolitik und Sozialstaat in Deutschland. Einige neuere Veröffentlichungen, in: SOWI 18 (1989), S. 9-10.

²⁶⁷ Sievers/Zimmermann, Das disziplinierte Elend, S. 223.

²⁶⁸ Ebd., S. 222.

²⁶⁹ Wie diese Koppelung verstanden wurde, zeigt das Zitat des Zentrumpolitikers Franz Hitze: „Die eheliche Wöchnerin erhält die Unterstützung ohne daß sie einen besonderen Beitrag leistet; es ist eine Zugabe, ein Geschenk der Kassen. Deshalb können wir auch nicht sagen, daß die Unterstützung an uneheliche Wöchnerinnen eine gerechte Gegenleistung sei für ihre Beiträge. Nein, von Gegenleistung kann gar keine Rede sein, die Frauen müßten sonst einen höheren Beitrag leisten als die Männer, weil sie eine besondere Unterstützung genießen“. Stenographische Berichte zu den Verhandlungen des Reichstags, 8. Leg., 1. Session, 1891, Bd. 133, S. 3012.

²⁷⁰ Vgl. dazu auch Kap. 3 dieser Arbeit.

Ebenso wie in der neueren Forschung für die Arbeiterinnenschutzgesetze herausgestellt wurde, besaß die Sozialversicherung für Frauen trotz einiger innovativer Elemente vor allem eine ausschließende Funktion. So war es Frauen mit einer durchschnittlichen Kinderzahl nicht möglich, sich eine Altersversicherung zu erarbeiten, da Wochenbettzeiten und Erziehungszeiten zu zu kurzen Anwartschaftsjahren führten. Bei unverheirateten Müttern wurde das Versicherungsprinzip teilweise ganz durchbrochen. Die Kassen, die vor allem Frauen versicherten, wie etwa die Ortskrankenkassen, zahlten keine Wöchnerinnenunterstützung. Frauen wurden auf die Armenfürsorge verwiesen. Wichtig ist in unserem Zusammenhang, dass das Armutsrisiko Mutterschaft weitgehend privatisiert wurde, indem seine Absicherung nicht als öffentliche Aufgabe, sondern als Privatproblem aufgefasst wurde.

Auf der anderen Seite unterstützte die Sozialversicherung allerdings Verberuflichungs-, Ausdifferenzierungs- und Spezialisierungsprozesse, die auch den Frauen zu Gute kamen. Das Prinzip der Ehrenamtlichkeit der Armenpflege musste in der Folgezeit von vielen Städten aufgegeben werden.²⁷¹ Für diese Entwicklung sind mehrere Gründe anzuführen: Im Gegensatz zur Gemeinde Elberfeld stiegen die Armenpflegekosten in einigen Städten eher an, wofür die Stadtverwaltungen die Bewilligungsbereitschaft der ehrenamtlichen Armenpfleger verantwortlich machten. Zum anderen verlor das Ehrenamt Armenpflege an Attraktivität. Die Arbeit wurde komplexer, da die Armenpflege nun auch Sozialversicherungsleistungen ergänzen konnte. Dies setzte genaueres Fachwissen voraus. Die Armenpfleger mußten unterscheiden können, ob ein Bedürftiger Armenunterstützung bekommen oder durch die Versicherung unterstützt werden konnte, oder gegebenenfalls die Versicherungsleistungen durch die Armenpflege ergänzt werden musste.²⁷² Die Konsequenz war, dass erste berufliche Armenpfleger zur Kontrolle der ehrenamtlichen Mitarbeiter eingestellt wurden.²⁷³ So war auch in Düsseldorf das Elberfelder System eingeführt worden,

²⁷¹ Vgl. für das Beispiel Freiburg: Burger, *Geschichte der Armut*, S. 617f.

²⁷² Reulecke, *Armenfürsorge*, S. 78; Vgl. auch Wolfgang R. Krabbe, *Von der Armenpflege zur lokalen Sozial- und Gesundheitsverwaltung. Wandlungen im kommunalen Pflichtaufgabenbereich unter dem Druck der Modernisierung am Beispiel westfälischer Städte (1800-1914)*, in: *Beiträge zur Geschichte Dortmunds und der Grafschaft Mark*, 77/78 (1984/85), S. 155-215, hier S. 163.

²⁷³ Sachße, *Mütterlichkeit*, S. 42f.

aber man war schon 1898 (in Freiburg schon 1889) dazu übergegangen, vier Armenkontrollbeamte einzustellen, deren Zahl sich bis 1910 auf elf erhöht hatte.²⁷⁴ Dieser Verberuflichungsprozess der Armenfürsorge hatte langfristige Auswirkungen auf die Beteiligung von Frauen am öffentlichen (Berufs-)leben, wie sie im vierten Kapitel noch ausführlicher beschrieben werden.

Das Ziel der Krankenversicherung war vor allem, das im Krankheitsfall entstehende Armutsrisiko aufzufangen, weniger die Wiederherstellung von Gesundheit oder die Bekämpfung von Krankheit.²⁷⁵ Die Entstehung der Krankenversicherung stand in Wechselwirkung mit der öffentlichen Wahrnehmung von gesundheitsrelevanten Einflüssen, den sozialreformerischen Bestrebungen des Bürgertums und dem Aufstieg der verschiedenen Gesundheitswissenschaften.

2.2.2 Sozialreform und Gesundheitswissenschaften

Die Einführung der Sozialversicherung in den 1880er Jahren, aber auch die sozialreformerischen Ambitionen²⁷⁶ des städtischen Bürgertums, die sich durch zahlreiche Vereinsgründungen ausdrückten, bildeten einen entscheidenden Hintergrund für die Veränderung des Armenpflege- bzw. Fürsorgewesens ab 1890. Die theoretische Grundlage der bürgerlichen Sozialreformer bestand in der Annahme einer besonderen sozialen Verantwortung des bürgerlichen Mittelstandes. Soziale Reformen sollten eine „Gesellschaftsveränderung über eine Veränderung der individuellen Lebensweise, der individuellen Sozialverantwortung und der Integration durch soziale Hilfe“ erreichen.²⁷⁷ Ihre Anhänger waren der Ansicht, dass durch soziale Reformen die krassen sozialen Gegensätze überbrückt, die Arbeiterschaft in die bürgerliche Gesellschaft integriert und eine revolutionäre Umwälzung der bestehenden Verhältnisse verhindert werden würden.²⁷⁸

²⁷⁴ Vgl. Greve, Zwölf Jahre Düsseldorfer Armen- und Waisenverwaltung, in: Blätter für die städtische Armen- und Waisenpflege 5 (1911), S. 2-6, hier S. 5.

²⁷⁵ Vgl. Fritz Dross, Krankenhaus und lokale Politik 1770-1850. Das Beispiel Düsseldorf, Düsseldorf 2002.

²⁷⁶ Zum Begriff Sozialreform vgl. Christoph Dipper, Sozialreform. Geschichte eines umstrittenen Begriffs, in: AfS 32 (1992), S. 323-351, hier S. 335.

²⁷⁷ Sachße/Tennstedt, Geschichte der Armenfürsorge Bd. 2, S. 17.

²⁷⁸ Sachße, Mütterlichkeit, S. 25.

Als wichtige sozialreformerische Vereine sind der Deutsche Verein für Armenpflege und Wohltätigkeit (DVAW), der Verein für Sozialpolitik (VSP) und die Gesellschaft für soziale Reform zu nennen, auf die im Folgenden kurz eingegangen wird.

Der VSP ist in diesem Zusammenhang vor allem als wissenschaftlicher Wegbereiter der bürgerlichen Sozialreform zu nennen. Er sorgte dafür, dass Sozialpolitik und Sozialwissenschaft fest miteinander verbunden wurden. Nachdem vorher von der Freihandelschule des „Kongresses deutscher Volkswirte“ durch die „Naturgesetze des Marktes“ eine Verbesserung der Wirtschafts- und Gesellschaftslage erwartet wurde, gewann jetzt die historische Schule der Nationalökonomie, die sich organisatorisch im VSP manifestierte, deutlich an Einfluss. „Im Unterschied zur Statistik ging es bei den Enqueten [sc. des VSP, S. F.] nicht lediglich um quantitative Daten, sondern und gerade um die subjektive, ‘moralische’ Seite des Problems, also um qualitative Aspekte.“²⁷⁹ Wissenschaft sollte zum einen die Dringlichkeit sozialer Reformen aufzeigen, aber auch durch exakte Informationen praktische Lösungsansätze ermöglichen.²⁸⁰ Der VSP veranlasste in mehreren sozialpolitischen Bereichen, so z.B. zur „Wohnungsfrage“ erste, auf statistischem Material beruhende Untersuchungen. Das Mitgliederspektrum des Vereins für Sozialpolitik reichte von „gemäßigten Liberalen bis zu entschieden konservativen Staatssozialisten, von streng systematischen Theoretikern bis zu historisch-empiristischen Vertretern der Disziplin.“²⁸¹ Der VSP lässt sich in zwei – allerdings nicht streng getrennte – Richtungen unterteilen. Die sozialkonservative Richtung, hier waren die bekanntesten Vertreter Gustav Schmoller und Adolf Wagner, und die eher linksliberal orientierte Richtung mit Lujo Brentano, Karl Bücher und Ignaz Jastrow. Während die verschiedenen Richtungen zunächst recht gut integriert werden konnten, brachen später Konflikte aus, die zum bekannten Werturteilsstreit in den letzten fünf Jahren vor dem Krieg und damit zur Gründung der „Deutschen Gesellschaft für Soziologie“ führten.²⁸²

²⁷⁹ Sachße/Tennstedt, Geschichte der Armenfürsorge Bd. 2, S. 19.

²⁸⁰ Ebd.

²⁸¹ Vgl. Rüdiger vom Bruch, Bürgerliche Sozialreform im deutschen Kaiserreich, in: ders. (Hg.): „Weder Kommunismus noch Kapitalismus“. Bürgerliche Sozialreform in Deutschland vom Vormärz bis zur Ära Adenauer, München 1985, S. 61-180, hier S. 65.

²⁸² Vgl. dazu ausführlich Dieter Lindenlaub, Richtungskämpfe im Verein für Sozialpolitik. Wissenschaft und Sozialpolitik im Kaiserreich vornehmlich vom Beginn des „Neuen Kurses“ bis zum Ausbruch des

Neben dem VSP ist vor allem nach der Jahrhundertwende auch die „Gesellschaft für Soziale Reform“ von Bedeutung. Diese gründete sich 1901 unter dem früheren Handelsminister v. Berlepsch, als Zusammenschluss bürgerlicher Sozialpolitiker aus dem Zentrum und den liberalen Parteien und Arbeitnehmerverbänden, die nicht der Sozialdemokratie angehörten.²⁸³ Beide Vereinigungen waren männlich dominiert. Für Frauen war es äußerst schwierig, sich außerhalb der Frauenvereine sozialpolitisch zu betätigen. Z.B. war eine Mitgliedschaft in der „Gesellschaft für Soziale Reform“, ein Agitationsforum für praktische Sozialpolitik, erst nach der Entstehung des Reichsvereinsgesetzes von 1908 erlaubt

²⁸⁴

Noch wichtiger für das hier behandelte Thema ist der DVAW, der auch mit wissenschaftlichen Methoden arbeitete, sich aber in erster Linie als Zusammenschluss der Träger von öffentlicher und privater Hilfeleistung verstand.²⁸⁵ Insbesondere seine Untersuchungen und Berichte zu allen Bereichen der Armenpflege, die als Vorbereitung für die Jahresversammlungen erstellt wurden, sind heute eine unerlässliche Quelle für alle, die sich mit der Geschichte der Fürsorge beschäftigen.²⁸⁶ Mit Hilfe seiner Untersuchungen wollte der DVAW vor allem praxisnahe Lösungsmöglichkeiten bereitstellen. So rekrutierten sich seine Mitglieder vor allem aus Personen, die in allen Bereichen der öffentlichen und priva-

Ersten Weltkrieges (1890-1914), Wiesbaden 1967, S. 85-96 und S. 433-443. Vgl. Heino Heinrich Nau (Hg.), *Der Werturteilsstreit: Die Äußerungen zur Werturteilsdiskussion im Ausschuß des Vereins für Sozialpolitik* (1913), Marburg 1996.

²⁸³ Ursula Ratz, *Sozialreform und Arbeiterschaft. Die „Gesellschaft für Soziale Reform“ und die sozialdemokratische Arbeiterbewegung von der Jahrhundertwende bis zum Ausbruch des Ersten Weltkrieges*, Berlin 1980, hier S. 9.

²⁸⁴ Ratz, *Sozialreform*, S. 51f. und Alice Salomon, *Frauenforderungen zum sozialpolitischen Programm des deutschen Reichstags*, in: *Die Frau* 15 (1907), S. 146-154, hier S. 147. Sie schrieb: „Und selbst eine weniger offizielle Mitarbeit der Frauen [sc. als die Arbeit als Parlamentarierinnen S.F.] an den Aufgaben der Sozialpolitik ist nicht gewünscht, nicht einmal geduldet. Als vor sechs Jahren ein großer sozialpolitischer Verein zur Förderung der Sozialreform in Deutschland gegründet wurde und Frauen sich zum Beitritt meldeten, wies man sie ab, da bei der in Preußen geltenden Gesetzgebung das Bestehen des Vereins bei Aufnahme von Frauen gefährdet war.“

²⁸⁵ Zum DVAW sei auf die Untersuchung von Eberhardt Orthbandt verwiesen, die im Auftrag des DVAW erstellt wurde und die hauptsächlich auf vereinsinternem Quellenmaterial basiert, und eine sehr unkritische Beurteilung darstellt, vgl. ders., *Der Deutsche Verein in der Geschichte der deutschen Fürsorge*, Frankfurt/M. 1980. Zu nennen ist deshalb unbedingt die Auseinandersetzung von Florian Tennstedt mit Orthbandt, Florian Tennstedt, *Fürsorgegeschichte und Vereinsgeschichte. 100 Jahre Deutscher Verein in der Geschichte der deutschen Fürsorge*, in: *Zeitschrift für Sozialreform* 2 (1981), S. 72-100, hier besonders S. 72-78.

²⁸⁶ Eine Aufstellung dieser Schriften findet sich in: Hans Muthesius (Hg.), *Beiträge zur Geschichte der deutschen Fürsorge. 75 Jahre Deutscher Verein*, Köln/Berlin 1955, S. 339-348.

ten Fürsorge tätig waren.²⁸⁷ Seine Aufgaben sah der DVAW vor allem in der Verbindung von privater und öffentlicher Fürsorge, d. h. in der Vereinheitlichung der Fürsorge im Deutschen Reich. Aus diesem Grund engagierte er sich auch für die Verbreitung des Elberfelder Systems. Aber auch der Einsatz von Frauen in der öffentlichen Fürsorge wurde hier heftig diskutiert,²⁸⁸ so dass der DVAW für dieses Thema als Zusammenschluss der maßgeblichen Träger der in der Armenpflege und Gesundheitsfürsorge Tätigen eine zentrale Rolle spielte.²⁸⁹

Eine weitere maßgebliche Organisation, die sich dezidiert auf die Förderung der öffentlichen Gesundheit konzentrierte, war zunächst der Niederrheinische bzw. der Deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege. Da dieser sein Wirkungsfeld vor allem in der kommunalen Gesundheitsförderung sah, wird er im nachfolgenden Unterkapitel über den Ausbau der kommunalen Leistungsverwaltung erläutert werden.

Getragen wurde die Sozialreform durch mehrere wissenschaftliche Fächer. Neben der Statistik und der Nationalökonomie war vor allem die Hygiene, das vielzitierte „Zauberwort“, eine der Leitwissenschaften: „Die Hygiene wurde zum medizinischen Gegenstück der Nationalökonomie“²⁹⁰. Diese ist für die hier zu behandelnden Fragen von besonderem Interesse. Im Untersuchungszeitraum vollzog sich innerhalb der wissenschaftlichen Hygiene ein bedeutsamer Paradigmenwechsel von der sogenannten experimentellen zur sozialen Hygiene.

Die experimentelle Hygiene, mit ihrem bekanntesten Vertreter Max von Pettenkofer, hatte seit der Jahrhundertmitte vor allem die Assanierung der Städte vorangetrieben. Abseits konkreter sozialpolitischer Forderungen und somit nur wenig angreifbar, hatte die

²⁸⁷ So waren neben Stadträten, Magistraten und Armendeputationen zahlreicher Städte und Landarmenverbänden, vor allem Vereine der privaten Wohltätigkeit kooperative Mitglieder. Auch die Privatpersonen, die Mitglieder waren, waren vor allem Verwaltungsbeamte, vgl. z. B. das Mitgliederverzeichnis 1896, Stenographischer Bericht über die Verhandlungen der sechzehnten Jahresversammlung des deutschen Vereins für Armenpflege und Wohlthätigkeit am 24. und 25. September in Straßburg i.E., Leipzig 1896 (SDVAW 28), hier S. I-X.

²⁸⁸ Vgl. z. B. Stenographischer Bericht DVAW 1896, hier S. 87-120.

²⁸⁹ Ansonsten ist die Auswirkung der Aktivitäten des DVAW auf die Armenpflege und Fürsorge im Kaiserreich sehr schwer zu beurteilen, da es immer noch an einschlägigen Untersuchungen fehlt, vgl. auch Florian Tennstedt, Fürsorgegeschichte und Vereinsgeschichte. 100 Jahre Deutsche Verein in der Geschichte der deutschen Fürsorge, in: Zeitschrift für Sozialreform 2 (1981), S. 72-100, hier S. 75.

²⁹⁰ Labisch, Homo Hygienicus, S. 267.

experimentelle Hygiene ein wissenschaftlich, gesellschaftlich und politisch akzeptiertes Instrumentarium entwickelt, die umweltbezogenen Gesundheitsrisiken zu bekämpfen.²⁹¹ Lebensmittelkontrolle, Beerdigungswesen und vor allem die Wasserver- und Abwasserentsorgung wurden als genuin kommunalpolitische Aufgaben in Zusammenarbeit von Kommunalbeamten, Ingenieuren und Ärzten vorangetrieben. Die Frage, weshalb bestimmte Menschen unter spezifischen Lebensbedingungen erkrankten und andere nicht, konnte aber auch die experimentelle Hygiene mit ihrer Miasmentheorie nicht erklären. Selbst der Aufstieg der Bakteriologie, die die Ursache von Krankheiten vor allem in den ansteckenden Krankheitserregern sah, konnte den Entstehungszusammenhang zwischen Krankheit und Armut noch nicht vollständig deutlich machen.²⁹² Erst mit der Sozialhygiene konnte der Zusammenhang zwischen Krankheitserregern, Umgebung und Ansteckungsgefahr plausibel erklärt werden.²⁹³ Bestimmte Gruppen der Gesellschaft, die als besonders gefährdet galten, rückten in das Blickfeld der Sozialhygieniker. Sie fragten nach der gesellschaftlichen Lage der Erkrankten und rückten somit die Lebens-, Wohn- und Arbeitsverhältnisse in den Mittelpunkt ihres Ansatzes. Die Erkenntnis, dass eine zu enge, schlecht belüftete Umgebung, Schmutz, mangelnde Ernährung und eine schlechte Konstitution, aber auch der unsachgemäße Umgang mit Lebensmitteln die Verbreitung von Krankheitserregern und damit die Ansteckungsgefahr gerade auf die sozial benachteiligten Gruppen der Gesellschaft krankheitsfördernd wirkte, begünstigte den Ausbau von Einrichtungen, die sich weniger auf die allgemeine Umwelt (wie etwa Kanalisation und Lebensmittelkontrolle), sondern vielmehr vorbeugend auf bestimmte gruppenspezifische Maßnahmen fokussierten (wie etwa Säuglings- und Tuberkulosefürsorge). Folgerichtig war nicht nur die Medizin, sondern auch die Sozialwissenschaft Bezugsdisziplin der Sozialhygiene. Die

²⁹¹ Vgl. Reulecke, Die Stadt als Dienstleistungszentrum; Dross, Health Care Provision, S. 87ff.; Vgl. auch Woelk/Vögele, Stadt, Krankheit und Tod; Klaus Wisotzky/Michael Zimmermann (Hg.), Selbstverständlichkeiten. Strom, Wasser, Gas und andere Versorgungseinrichtungen: Die Vernetzung der Stadt um die Jahrhundertwende, Essen 1997.

²⁹² Vgl. dazu Alfons Labisch, Experimentelle Hygiene, Bakteriologie, soziale Hygiene: Konzeptionen, Interventionen, soziale Träger — Eine idealtypische Übersicht, in: Jürgen Reulecke/Adelheid Gräfin zu Castell Rüdenhausen (Hg.): Stadt und Gesundheit. Zum Wandel von „Volks Gesundheit“ und kommunaler Gesundheitspolitik im 19. und frühen 20. Jahrhundert, Stuttgart 1991, S. 37-47, hier S. 37-41.

²⁹³ Vgl. Alfons Labisch, Gemeinde und Gesundheit. Zur historischen Soziologie des kommunalen Gesundheitswesens, in: Bernhard Blanke/Adalbert Evers/Helmut Wollmann (Hg.), Die zweite Stadt. Neue Formen lokaler Arbeits- und Sozialpolitik, Opladen 1986, S. 275-305, hier S. 286f.

Definition der sozialen Hygiene, wie sie durch Alfred Grotjahn am 1. März 1904 vorgetragen wurde, lautete:

„Die soziale Hygiene als deskriptive Wissenschaft ist die Lehre von den Bedingungen, denen die Verallgemeinerung hygienischer Kultur unter der Gesamtheit von örtlich, zeitlich und gesellschaftlich zusammengehörigen Individuen und deren Nachkommen unterliegt. Die soziale Hygiene als normative Wissenschaft ist die Lehre von den Maßnahmen, die die Verallgemeinerung hygienischer Kultur unter der Gesamtheit von örtlich, zeitlich und gesellschaftlich zusammengehörigen Individuen und deren Nachkommen bezwecken“.²⁹⁴

Sie war eine politische Hygienewissenschaft, die ihr Ziel in einer Gesellschaftsreform sah. In ihr waren Vertreter nahezu aller politischen Richtungen vertreten, jedoch engagierten sich besonders liberale und sozialdemokratische Ärzte und sie entwickelte sich gegen Ende des Kaiserreiches und vor allem in der Weimarer Republik zur politisch und gesellschaftlich wirksamen Leitwissenschaft, die auf eine präventive dezentralisierte Gesundheitsfürsorge setzte und gegen einen staatlichen Zentralismus agierte.²⁹⁵

Die wachsende Bedeutung eugenischer Debatten beeinflusste auch die soziale Hygiene: Wenn der Zusammenhang zwischen Eugenik und Säuglingsfürsorge auch schon ausführlich bei Sigrid Stöckel erläutert worden ist,²⁹⁶ so ist doch ein kurzer Überblick über die Zusammenhänge zwischen Eugenik und Sozialhygiene auch für die vorliegende Untersuchung wichtig, um die Maßnahmen einordnen zu können.²⁹⁷

Sozialhygiene und Rassenhygiene trafen sich in ihrer Blickrichtung auf die zukünftige Generation. Die Sozialhygiene vertrat zwar ein egalitäres Menschenbild sowie die Achtung vor dem Individuum und dessen Rechten, richtete den Blick aber durchaus auf die

²⁹⁴ Alfred Grotjahn, Was ist und wozu treiben wir soziale Hygiene?, in: Hygienische Rundschau 14 (1904), S. 1017-1032, hier S. 1026.

²⁹⁵ Alfons Labisch/Florian Tennstedt (Hg.), Der Weg zum „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ vom 3. Juli 1934: Entwicklungslinien und -momente des staatlichen und kommunalen Gesundheitswesens in Deutschland, 2 Bde., Düsseldorf 1985, hier Bd. 1, S. 143f. und Bd. 2, S. 363f.

²⁹⁶ Stöckel, Säuglingsfürsorge, S.12-135.

²⁹⁷ So hat jüngst Philipp Sarasin hat in seiner Darstellung der Geschichte des Köpers einmal mehr ange mahnt, sehr sorgfältig die Brüche im Hygienediskurs zu analysieren: „Die zweite Hälfte des 19. Jahrhunderts war nicht einfach jene Nacht des finsternen Biologismus, in der alle Katzen grau sind und alle Diskurse immer nur dasselbe sagen. Man muss genau sein und untersuchen, wann und wo der Hygienediskurs seine Richtung änderte und mit der Verschiebung vom individuellen zum ‚Volkskörper‘ den *souci de soi* hinter dem Phantasma der ‚Rasse‘ verschwinden ließ.“ Sarasin, Reizbare Maschinen, S. 443.

zukünftige Generation und die Verbesserung der Volksgesundheit.²⁹⁸ Deshalb befasste sie sich weniger mit älteren gefährdeten Menschen als vielmehr mit der Gesundheit von Kindern und Jugendlichen. Hier sieht auch Sarasin eine neue Qualität des Hygienediskurses. Er betont, „dass der Diskurs der Sexualität, wie ihn die Hygieniker entfalteten, in dem Moment wirklich gefährlich wurde, als mit dem Paar auch der imaginäre Volkskörper sich ins Bett legte.“²⁹⁹ Der Aufstieg der Säuglingsfürsorge ist in dieser Perspektive Ausdruck einer veränderten Wahrnehmung der zukünftigen Generation als Träger nationaler Gesundheit.

Beide Gesundheitswissenschaften einte die Vorstellung von der umfassenden Regelbarkeit gesellschaftlicher Bedingungen durch sozialtechnologische Maßnahmen, den, wie Peukert es nannte, „sozialtechnischen Machbarkeitswahn“.³⁰⁰

Zudem war auch die Sozialhygiene gerade im Bereich der Fortpflanzungshygiene tief von eugenischem Gedankengut durchdrungen und sah Ausgrenzungsmaßnahmen für die „erblich Minderwertigen“ vor. Jedoch, so betonen Labisch und Tennstedt: „Die Fortpflanzungshygiene bevorzugt die positiven und präventiven Maßnahmen und berücksichtigt bei den negativen Maßnahmen die Persönlichkeitsrechte und die Formen demokratischer Entscheidungsfindung wie legalen öffentlichen Handelns.“³⁰¹

Die Wurzeln der Rassenhygiene waren schon im Deutschen Kaiserreich entworfen worden, wobei Grundelemente aus der internationalen eugenischen Debatte entnommen wurden.³⁰² Die „Eugenik“, ein Begriff, der durch Francis Galton geprägt wurde, „befaßt sich mit allen Einflüssen, welche die angeborenen Eigenschaften einer Rasse und diese Eigenschaften zum größtmöglichen Vorteil zur Erhaltung bringt - [...]“.³⁰³ In der Literatur wird Rassenhygiene meist als spezifisch deutsche Form der international diskutierten Eu-

²⁹⁸ Vgl. ausführlich Labisch/Tennstedt, Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens, Bd.1, S. 146.

²⁹⁹ Sarasin, Reizbare Maschinen, S. 451.

³⁰⁰ Detlev Peukert, Die Weimarer Republik. Krisenjahre der Klassischen Moderne, Frankfurt/M. 1987, hier S. 138.

³⁰¹ Labisch/Tennstedt, Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens, Bd. 2, S. 364.

³⁰² Vgl. dazu allgemein Stefan Kühl, Die Internationale der Rassisten. Aufstieg und Niedergang der internationalen Bewegung für Eugenik und Rassenhygiene im 20. Jahrhundert, Frankfurt/M./New York 1997.

³⁰³ Labisch/Tennstedt, Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens, Bd. 1, S. 150.

genik verstanden. Jedoch beeinflusste eugenisches Gedankengut, gerade in der Form der positiven Eugenik, in unterschiedlicher Form eigentlich alle Gesundheitswissenschaften am Beginn des 20. Jahrhunderts.³⁰⁴

Seit dem Ende des 19. Jahrhunderts galt Eugenik als eine „moderne“ Wissenschaft, die erhebliche sozialtechnologische Möglichkeiten eröffnete. Jedoch waren die Vertreter der Maßnahmen der negativen Eugenik (s.u.) im Kaiserreich noch eine kleinere Gruppe.³⁰⁵ In der praktischen Gesundheitsfürsorge spielte rassenhygienischen Perspektiven bis 1919 keine Rolle.³⁰⁶

Der Weg bis zu den menschenvernichtenden Greueln des nationalsozialistischen Regimes in Deutschland verlief keinesfalls linear.³⁰⁷ In der Eugenik bestanden seit ihrem Beginn zwei unterschiedliche Paradigmen: Erstens ein humangenetisch-klinischer Ansatz, der sich auf die Erforschung bzw. Verhinderung von Erbkrankheiten konzentrierte, und ein darwinistisch-populationsgenetisches Modell, das darauf zielte, die Verbesserung des Erbgutes durch die Veränderung gesellschaftlich-politischer Vorbedingungen und durch (zwangsweise) Manipulation des individuellen Fortpflanzungsverhaltens zu erreichen.³⁰⁸ Dieser letztgenannte Ansatz war in Deutschland in Form der Rassenhygiene zunächst vorherrschend. Dies begründet auch, weshalb die deutsche Form der Eugenik ganz besonders auf eine autoritäre Staatsgewalt setzte.

³⁰⁴ Alfons Labisch/Wolfgang Woelk, Geschichte der Gesundheitswissenschaften, in: Klaus Hurrelmann/Ulrich Laaser (Hg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften, Weinheim/München 1998, S. 49-89, hier S. 68.

³⁰⁵ Vgl. auch Sarasin, Reizbare Maschinen, S. 450.

³⁰⁶ Vossen, Gesundheitsämter, S. 136.

³⁰⁷ Die Beschreibung einer unilinearen Entwicklung von der Rassenhygiene im Kaiserreich bis hin zur nationalsozialistischen „Euthanasie“ findet sich vor allem in der Darstellung von Hans-Walter Schmuhl, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie: Von der Verhütung zur Vernichtung „lebensunwerten Lebens“, Göttingen 1987, ist dann aber Gegenstand einer umfangreichen Kontroverse geworden: Zur Einführung: Michael Schwartz, „Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie“? Kritische Anfragen an eine These Hans Walter Schmuhls, in: Westfälische Forschungen 46 (1996), S. 604-622 und Hans-Walter Schmuhl, Eugenik und „Euthanasie“ – Zwei Paar Schuhe? Eine Antwort auf Michael Schwartz, in: Westfälische Forschungen 47 (1997), S. 757-762.

³⁰⁸ Vgl. Peter Weingart/Jürgen Kroll/Kurt Bayertz, Rasse, Blut und Gene. Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland, Frankfurt 1988, hier S. 23f.

Wegbereiter der deutschen Rassenhygiene waren Wilhelm Schallmayer und Alfred Ploetz.³⁰⁹ Für sie und ihre Epigonen hatte sich die Rassenhygiene mit zwei Problemen zu beschäftigen: zum einen mit der „Fortpflanzungsauslese“, zum anderen mit dem „Reproduktionsverhalten der Lebenstüchtigen“. Während die Träger „schlechter Erbanlagen“ von der Fortpflanzung ausgeschlossen werden sollten (Negative Eugenik: diskutiert wurden etwa Eheverbot, Zwangsasylie oder Sterilisation), sollten die Träger „guter Erbanlagen“ gefördert werden (Positive Eugenik: vorgeschlagen wurden Steuervergünstigungen, Kinderzulagen, die Eindämmung der außerhäuslichen Frauenarbeit etc.). Somit stand die Vererbung der „guten Erbanlagen“ im Mittelpunkt dieser rassenhygienischen Überlegungen. Rassenhygiene umfaßte im Ploetzschen Verständnis „alle theoretischen und praktischen Maßnahmen, um Entartung zu verhindern“. Der Rassenhygiene lag aber im Gegensatz zur Sozialhygiene ein Verständnis zugrunde, das von der im Keimplasma festgelegten qualitativen Ungleichheit von Menschen ausging. Die Bezugsdisziplin der Rassenhygiene war die Genetik bzw. die Biologie. Einige Rassenhygieniker wie etwa Schallmayer hatten allerdings noch das Ziel, „die Errungenschaften der Medizin und des Sozialstaates mit ihren Forderungen nach der Fortpflanzungsauslese zu versöhnen.“³¹⁰

Die Entwicklung der Rassenhygiene in der Weimarer Republik war geprägt durch die Frage, ob sie sich stärker einer bürgerlichen, international verankerten Eugenik, die „Rassenverbesserung“ noch im Rahmen einer demokratisch liberalen Gesellschaftsordnung erstrebte, zuwenden sollte, oder ob sie sich eher der Rassenkunde öffnen sollte, die klar eine elitäre, exkludierende und antidemokratische Stoßrichtung verfolgte. Die Rassendiskussion konzentrierte sich nicht zuletzt durch die Arbeit Houston Stewart Chamberlains³¹¹ zunehmend auf die „germanische Rasse“, die mit der „arischen Rasse“ gleichgesetzt wurde. Hier lagen die Vorläufer einer spezifisch nationalsozialistischen exkludierenden Rassenkunde, die in der Vernichtungspolitik enden sollte.³¹² Die Frage

³⁰⁹ Vgl. zum folgenden ausführlich Labisch/Tennstedt, Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens, Bd.1, S. 150-158.

³¹⁰ Labisch/Tennstedt, Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens, Bd. 1, S. 153.

³¹¹ Vgl. ebd., S. 151f..

³¹² Ebd., S. 150ff.; Vgl. auch Silke Fehleemann/Christian v. Ferber/Wolfgang Woelk, Struktur des Gesundheitssystems: Entstehung und Wandel. Studententext im Rahmen des Studiengangs „Angewandte Gesundheitswissenschaften“ der Universität Bielefeld, Bielefeld 1997.

nach der Exklusion von Menschen unter eugenischen Vorzeichen wurde allerdings in zahlreichen Ländern diskutiert. Das weist darauf hin, dass Wissenschaft selbst jeweils subjektive Werte und Normen vorgibt. Im Fall der Eugenik war es unter anderem die Grundthese von der im Keimplasma angelegten qualitativen Verschiedenheit der Individuen, die die Basis für die gesellschaftliche Ausgliederung bestimmter Menschen bot.

„Die gängige Fixierung auf die kurze gemeinsame Geschichte von Rassenhygiene und dem ‘Dritten Reich’ führt zu irrigen Schlußfolgerungen der Art, daß die enge Verflechtung zwischen der Wissenschaft und dem politischen Kontext ausschließlich für diesen Zeitraum gilt.“³¹³

Da es auf der anderen Seite keinen objektivierbaren wissenschaftlichen Wertekanon gab, auf den sie sich hätten berufen können, sind kritische Stimmen innerhalb der deutschen Rassenhygiene, die sich von der Rassenkunde absetzen wollten, unter veränderten politischen Bedingungen schnell verhallt oder haben sich angepasst. Es war also

„der politische Kontext, der darüber entschied, ob die dünne Trennlinie zwischen einer Eugenik, die den politisch motivierten Rassismus ablehnte, und einer Rassenhygiene, die ihm gegenüber offen war, überschritten wurde.“³¹⁴

Es hat also keine lineare Entwicklung von der Sozialhygiene zur nationalsozialistischen Erb- und Rassenpflege gegeben, ganz im Gegenteil. Die Sozialhygiene war zwar in Teilbereichen von eugenischem Gedankengut beeinflusst, hatte aber mit den Sozialwissenschaften eine andere Bezugsdisziplin und einen anderen Interventionsansatz als die Rassenhygiene.³¹⁵

Nachdem nun die Bezugswissenschaften in groben Zügen erläutert worden sind, sollen im Folgenden die gesellschaftlich-politischen Bedingungen des Ausbaus der Armen- und Gesundheitsfürsorge dargelegt werden.

³¹³ Weingart/Kroll/Bayertz, Rasse, Blut und Gene, S. 22.

³¹⁴ Ebd., S. 381.

³¹⁵ Vgl. ergänzend zu der Entwicklung der Wissenschaften in den verschiedenen Milieus auch: Michael Schwartz, Sozialistische Eugenik. Eugenische Sozialtechnologien in Diskurs und Politik der deutschen Sozialdemokratie 1890-1933, Bonn 1995; Annette Herlitzius, Frauenbefreiung und Rassenideologie. Rassenhygiene und Eugenik im politischen Programm der „Radikalen Frauenbewegung“ (1900-1933), Wiesbaden 1995; Sabine Schleiermacher, Sozialethik im Spannungsfeld von Sozial- und Rassenhygiene. Der Mediziner Hans Harmsen im Centralausschuß für die Innere Mission, Husum 1998.

2.2.3 Die „sociale Ausgestaltung der Armenpflege“

Während sich die Gesundheitswissenschaften zunehmend ausdifferenzierten, beschränkte sich das staatliche Vorgehen auf dem Sektor „Gesundheitspolitik“, um einen nicht zeitgenössischen Begriff zu verwenden, weitgehend auf Moderation und Vereinheitlichung, in wenigen Bereichen bestanden Kontroll- und Aufsichtsfunktionen. Insbesondere auf dem Gebiet der Seuchenpolitik kann man von einer (reichs)-staatlichen Politik sprechen, z. B. durch das Reichsgesetz über die Pockenimpfung (1874) und das Reichsseuchengesetz, das 1900 in Kraft trat. 1876 wurde das Kaiserliche Gesundheitsamt geschaffen, eine Zentralbehörde, die eine beratende Funktion inne hatte und vor allem im Bereich Datenbeschaffung und Statistik tätig war. Ihr Symbolcharakter für den Zusammengang von ärztlichen Professionswünschen und nationalstaatlicher Interessenpolitik darf allerdings nicht unterschätzt werden.³¹⁶ Die Medizinalverwaltungen der Bundesstaaten unterstützten darüber hinaus den Prozess der Gesundheitsprävention seit der Jahrhundertwende erheblich, indem sie Informationen über den Stand der Maßnahmen abfragten, durch Erlasse und Verordnungen auf den Wert gesundheitsfördernder Institutionen aufmerksam machten und danach trachteten, den Prozessen eine einheitliche Richtung zu geben. Dies geschah in Preußen z. B. durch das „Gesetz betr. die Dienststellung des Kreisarztes und die Bildung von Gesundheitskommissionen“. Durch diese Regelung erreichte man in Preußen eine Verzahnung des staatlichen mit dem kommunalen Gesundheitswesen. Dabei wurde für Gemeinden mit über 5.000 Einwohnern die Bildung von Gesundheitskommissionen vorgeschrieben. Diese Kommissionen sollten, in Zusammenarbeit mit dem jeweiligen Kreisarzt, Vorschläge zur Gesundheitsvorsorge und Seuchenbekämpfung ausarbeiten.³¹⁷ So wurde schließlich auch die Seuchen- mit der allgemeinen Gesundheitsprävention verbunden. In Preußen setzte noch einmal ein Professionalisierungsschub innerhalb der

³¹⁶ „Das Kaiserliche Gesundheitsamt (KGA) wird die öffentlichkeitswirksame Demonstrationsinstanz der medizinischen Wissenschaft. Hier ist erstmals der Gemeinwohlcharakter, sind die sozialen Ambitionen der neuen Nützlichkeit der naturwissenschaftlich orientierten Medizin staatlich anerkannt“. Vgl. Göckeljan, Kurieren und Staat machen, S. 327.

³¹⁷ Gesetz, betreffend die Dienststellung des Kreisarztes und die Bildung von Gesundheitskommissionen, vom 16. Sept. 1899 (Nr. 10112), in: Gesetz-Sammlung für die Königlich-Preussischen Staaten, Nr. 30, Berlin 1899, S. 172-176 und Labisch/Tennstedt, Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens, Bd. 1, hier S. 47-51. Vgl. auch Pagel, Gesundheit und Hygiene, S. 72-84.

Medizinalverwaltung ein, nachdem diese 1911 vom Ministerium der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten in das Innenministerium verlegt wurde und einen ärztlichen Abteilungsdirektor erhielt.³¹⁸

Insgesamt blieb das direkte staatliche Vorgehen auf dem Sektor des öffentlichen Gesundheitswesens auf den ersten Blick zurückhaltend. Die Maßnahmen der Institutionen auf Reichsebene hatten nur wenig Durchschlagskraft, die Einzelstaaten blieben bis auf wenige Ausnahmen sehr zögerlich in der Formulierung gesundheitspolitischer Ziele. Labisch beschreibt die zeitgenössische Problematik staatlicher Gesundheitspolitik, die uns auch aktuell vertraut erscheint:

„[...] zu viele Interessen waren bei Gesundheitsfragen getroffen. Der Gesetzgebungsprozeß dauerte lange und schleppte sich bisweilen, wie in der Medizinalreform, über Jahrzehnte hin. Gesundheit berührte offenbar immer auch andere, als elementarer bewertete Rechte und Ansprüche – darunter nicht nur das jeweils einschneidende Wort des Finanzministers, sondern auch die eifersüchtig gehüteten Selbstbestimmungsrechte der Einzelstaaten, die traditionelle Selbstverwaltung der Städte oder Universitäten und nicht zuletzt den sorgsam abgegrenzten Bereich privater Lebensführung.“³¹⁹

Wie in den nachfolgenden Kapiteln anhand der Säuglingsfürsorge ausgeführt werden kann, gab es zwar zahlreiche staatliche Interessen in der Säuglingsfürsorge, es bestanden aber keine Institutionen, die bereit waren, dafür Geld auszugeben. Gerade das Finanzministerium widersetzte sich Initiativen der Medizinalabteilung des preußischen Kultusministeriums. Insofern wurden die Grenzen staatlichen Handelns auf dem Gesundheitsfürsorgektor immer deutlicher.³²⁰ Gesundheitsförderung, deren Potential in der industriellen Leistungs- und Erwerbsgesellschaft durchaus in breiten gesellschaftlichen Kreisen erkannt wurde, wurde über andere Kanäle vorangetrieben. Lokale und überregionale Vereine – manchmal durch staatliche Gelder geringfügig unterstützt – boten zahlreichen Interessengruppen, die sich von der Gesundheitsbewegung vielfältige Vorteile versprachen, ein breites Betätigungsfeld. Neben der Bekämpfung der Tuberkulose und der Geschlechtskrank-

³¹⁸ Labisch, *Homo Hygienicus*, S. 153.

³¹⁹ Ebd., S. 156f.

³²⁰ Ebd., S. 158.

heiten war auch die Säuglingsfürsorge ein Zielgebiet dieser Gesundheitsbewegung.³²¹ Da die staatliche Zurückhaltung auf dem Gebiet der Gesundheitspolitik deutlich wurde und das Reich von vielen Beteiligten nicht als der zuständige Partner gesehen wurde, wurden vor allem die Gemeinden als potentielle organisatorische und finanzielle Partner dieser lokalen und regionalen Vereinsbestrebungen wahrgenommen. Die Zusammenarbeit erfolgte im Rahmen des Ausbaus der kommunalen Leistungsverwaltung. Diese war für die Ausgestaltung der Gesundheitsfürsorge von besonderer Bedeutung, deshalb soll sie im Folgenden etwas ausführlicher erläutert werden.

Gerade im Bereich Gesundheitsfürsorge wird den Kommunen das größte Innovationspotential zugeschrieben.³²² Wie schon weiter oben ausgeführt, erkannten die Zeitgenossen das Problem vor allem anhand der städtischen Gesundheitsverhältnisse. Den Zusammenhang zwischen der Wahrnehmung der Dichte und der eigenen Gefährdung beschreibt Jürgen Reulecke sehr eindringlich. Deshalb sei an dieser Stelle ein längeres Zitat erlaubt:

„Ausgangspunkt dieses Prozesses war die Erfahrung ständig zunehmender und bedrohlich werdender Dichte. Dichte kann man zwar auch in trockenen Daten und quantifizierenden Korrelationen messen; viel bedeutsamer zum Verständnis dieser anstößigen und anstoßgebenden Dimension von Verstädterung war jedoch ihre Erlebnisqualität für die bürgerlichen Zeitgenossen. Dichte bedeutete für sie Distanzverlust und Konfrontation unterschiedlicher Lebenswelten zugleich, bedeutete die Nivellierung von Unterschieden und den Zusammenprall von Interessen, bewirkte den Zwang zum Kompromiß bzw. zum Teilen und das Bestreben nach vehementer Neuerrichtung sozialer Schranken; vor allem aber: Dichte führte, wie die Choleraepidemien und auch andere Seuchen zeigten, zur lebensbedrohenden Gefährdung der gesamten städtischen Gesellschaft und nicht nur einzelner sozialer Gruppen. Die Wahrnehmung der Dichte führte dementsprechend zu höchst widersprüchlichen Reaktionen. Eines wurde jedoch in diesem Zusammenhang immer mehr klar: Der dichtgefüllte ‚soziale Container‘ Stadt konnte nicht mehr durch einzelne nachvollziehende Reparaturstrategien oder gar durch Polizeigewalt am Ausbrechen gehindert werden; es mußte eine Politik betrieben werden, die voraussehbare Gefährdungen und Belastungen der städtischen Bevölkerung antizipierte und entsprechende Planungsschritte in die Wege leitete.“³²³

³²¹ Zur Gesundheitsfürsorge als Sammlungspolitik vgl. vor allem Weindling, Hygienepolitik, S. 54. Vgl. weiterführend Kap. 3 in dieser Arbeit.

³²² Vgl. den Literaturüberblick bei Alfons Labisch/Jörg Vögele, Stadt und Gesundheit – Anmerkungen zur neueren sozial- und medizinhistorischen Diskussion in Deutschland, in: AfS 37 (1997), S. 396-424.

³²³ Jürgen Reulecke, Von der Fürsorge über die Vorsorge zur totalen Erfassung. Etappen städtischer Gesundheitspolitik zwischen 1850 und 1939, in: Jürgen Reulecke (Hg.), Die Stadt als Dienstleistungszen-

Seit 1850/60 hatte die gestiegene Aktivität der beamteten Stadtverwaltungen zu einer Dynamisierung der städtischen Hygienepolitik geführt.³²⁴ Diese Phase war vor allem durch das englische Beispiel des „sanitary movement“ unter Federführung von Edwin Chadwick beeinflusst.³²⁵ Die sogenannte „Assanierung“ der Städte war noch erheblich durch die Theorien der experimentellen Hygiene bestimmt, die von Krankheitserregern in der unbelebten Umgebung ausging (Abwasser, Luft, etc.).

Um Maßnahmen der Assanierungspolitik durchzusetzen, also den Ausbau der Kanalisation, der Gewerbehygiene, der Einrichtung von Schlachthöfen u. a. m., war die Angst vor Krankheiten und Seuchen in der Bevölkerung häufig instrumentalisiert worden. Quarantäne- oder Isolationsmaßnahmen, die noch in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts dominiert hatten, waren in einer mobilen und flexiblen Industriegesellschaft, die vom freien Austausch von Waren und Dienstleistungen abhing, nicht mehr zeitgemäß. Die handelnden Experten waren in dieser frühen Phase weniger innerhalb der Ärzteschaft als vielmehr bei den Ingenieuren zu finden. Diese verwandten das Argument „Gesundheit“ als Rechtfertigungsstrategie innerhalb der städtischen Öffentlichkeit, um handfeste finanzielle Interessen durchzusetzen. Insofern trafen extrem ungesunde Städte keineswegs besonders weitgehende Infrastrukturmaßnahmen, stattdessen hing das Ausmaß des städtischen Engagements weitaus mehr von den Möglichkeiten der kommunalen Kassen und dem Einfluss der Interessengruppen ab.³²⁶

Ein wichtiger Motor dieses Prozesses war der Deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege, der sich aufbauend auf seinem Vorläufer, dem Niederrheinischen Verein für öffentliche Gesundheitspflege, 1873 gründete. In seiner Gründungsresolution wurde be-

trum. Beiträge zur Geschichte der „Sozialstadt“ in Deutschland im 19. und frühen 20. Jahrhundert, St. Katharinen 1995, S. 395-416, hier S. 395f.

³²⁴ Ebd.

³²⁵ Während die experimentelle Hygiene schon auf einer naturwissenschaftlichen Methodik fußte, war das „sanitary movement“ noch mehr durch einen philanthropisch-moralischen Ansatz bestimmt, der Schmutz und Unmoral diskursiv verband. Vgl. dazu ausführlicher Labisch, *Homo Hygienicus*, S. 114ff.

³²⁶ „Alle diese Beispiele deuten darauf hin, daß ökonomische Faktoren und unternehmerische Interessen ein wesentliches und schließlich bestimmendes Element beim Ausbau der sanitären Maßnahmen darstellten, während in der Öffentlichkeit gerne medizinische und hygienische Aspekte in den Vordergrund gespielt wurden. So ließen sich die teureren Investitionen eher durchsetzen und rechtfertigen“, Vögele, *Sozialgeschichte*, S. 275, vgl. auch S. 266ff.

tont, dass die Sorge für öffentliche Gesundheit vor allem den Gemeinden und Kreisen ob-
liege.³²⁷

³²⁷ Deutsche Vierteljahresschrift für öffentliche Gesundheitspflege 5 (1873), S. 634; Vgl. auch Labisch, Homo Hygienicus, S. 131 und Göckenjan, Kurieren und Staat machen, S. 324f.

Seit den 1890er Jahren trat neben die öffentliche Gesundheitspflege, die vor allem durch die Assanierungspolitik bestimmt war, die „sociale Ausgestaltung“ der kommunalen Armenpflege. Das individualisierende Prinzip der Armenpflege, also das moralische Einwirken auf den einzelnen Unterstützten, das bisher Grundlage der Armenpflege gewesen war, wurde von einigen Sozialreformern nun als veraltet zurückgewiesen.³²⁸ Die Sozialversicherungen hatten den Blick dafür geschärft, dass Armut weniger eigenverschuldet, sondern vor allem eine Auswirkung der sozialen Verhältnisse war.³²⁹ Mit der Einführung der Arbeiterversicherung war die finanzielle Basis für die Städte geschaffen worden, um Armenpflege und Fürsorge neu zu ordnen. Innerhalb des DVAWs wurde die Ausgestaltung der Fürsorge nun verstärkt diskutiert. Die traditionelle Armenpflege sollte immer noch für den Notfall eintreten, vor allem aber sollte dieser Notfall nun präventiv verhindert werden.³³⁰ Da vor allem Krankheit als ein wesentliches Armutsrisiko galt, zielten die Gemeinden vor allem darauf, Krankheiten vorzubeugen.

Zu Beginn der 1890er Jahre hatte auch das Reformklima des „Neuen Kurses“ im Armenwesen für eine gewisse Neuorientierung gesorgt.³³¹ Wie im politischen Leben der preußischen Städte die Honoratiorenverwaltung von einer kommunalen Verwaltungselite abgelöst wurde, änderte sich auch die ideologische Basis öffentlicher Fürsorge vom „wohlthätigen bürgerlichen Gemeingeist“ zur professionell betriebenen sozialen Daseinsvorsorge; aus dem Unterstützungswürdigen wurde der „bedürftige Mitbürger“.³³² Als Mitte der 1890er Jahre der „Neue Kurs“ ins Stocken geriet, verlagerten sich allerdings noch weitere Initiativen auf die Kommunalverwaltungen.³³³ Gestaltend wirkte auf diesen Prozess die „Expertenzirkulation“ innerhalb der großen Städte, die als ein Motor der Spezialisierung in der kommunalen Fürsorge angesehen wird. So waren seit der Jahrhundertmitte die Bürgermeister von großen Städten häufig gut ausgebildete Verwaltungsjuristen, die schon

³²⁸ Karl Flesch/Soetbeer, *Sociale Ausgestaltung der Armenpflege*, Leipzig 1901 (SDVAW, Heft 54), hier S. 9.

³²⁹ Ebd., S. 16f.

³³⁰ Albert Levy/H. v. Frankenberg, *Die berufliche und fachliche Ausbildung in der Armenpflege*, Leipzig 1907 (SDVAW 79), hier S. 4.

³³¹ Zum „Neuen Kurs“, vgl. Hans-Jörg von Berlepsch, „Neuer Kurs“ im Kaiserreich: Die Arbeiterpolitik des Freiherrn von Berlepsch 1890 bis 1896, Bonn 1987.

³³² Nach Dross, *Health Care Provision*, S. 86.

³³³ Brüchert-Schunk, *Städtische Sozialpolitik*, S. 30.

in anderen Stadtverwaltungen tätig gewesen waren.³³⁴ Auch die besoldeten Beigeordneten, die sich um die Jahrhundertwende durchsetzten, waren Verwaltungsfachleute, die im Verlauf ihrer Karrieren innerhalb der verschiedenen Stadtverwaltungen zirkulierten.³³⁵ Ein weiterer Faktor, der den Ausbau der Gesundheitsfürsorge begleitete, war die enorm steigende Zahl der Ärzte, die von 1876 bis 1913 von 14.000 auf 34.000 anstieg. Die Arztdichte sah regional extrem unterschiedlich aus, betrug aber 1913 durchschnittlich 5,1 Ärzte auf 10.000 Einwohner, also entfielen auf einen Arzt knapp 2.000 Einwohner.³³⁶ Großen Einfluss beim Ausbau der kommunalen Fürsorge hatte der DVAW, denn unter seinen Mitgliedern waren in der Mehrzahl Sozialpolitik- und Verwaltungsexperten, die hier ein Forum fanden, um Wissen und Erfahrungen auf dem Gebiet der Sozialfürsorge austauschen zu können.³³⁷ Diese Entwicklung wurde zudem durch die von 1895 bis 1913 dauernde wirtschaftliche Hochphase gefördert, die den Städten auch die notwendigen Gelder zuführte.³³⁸

Da die städtischen Parlamente zumeist fest in liberaler, meist nationalliberaler Hand waren, spielte auch die Hinwendung der liberalen Parteien zu praktischer Sozialpolitik Anfang der 90er Jahre für die kommunale Fürsorge eine nicht zu unterschätzende Rolle.³³⁹ Gerade in den süddeutschen Staaten bewirkte die wachsende Bedeutung der Sozialdemokraten in den Gemeindeparlamenten einen weiteren Druck zur Durchführung sozialer Maßnahmen.³⁴⁰ Denn auf lokaler Ebene waren diese vor allem revisionistisch geprägt.³⁴¹ Unter dem Leitbegriff „Gemeinde-Sozialismus“ kam es im Bereich der Gesundheitsfür-

³³⁴ Vgl. Lenger, Bürgertum und Stadtverwaltung, S. 130.

³³⁵ Ebd., S. 131 und Steinmetz, *Regulating the social*, S. 193.

³³⁶ Vgl. Nipperdey, *Deutsche Geschichte 1866-1918* Bd. 1, S. 151f.

³³⁷ So zeigte auch Brian Ladd, dass sich auch im Bereich der öffentlichen Gesundheitspflege, die Mitglieder im „Verein für öffentliche Gesundheitspflege“ nicht nur Ärzte, Techniker und Verwaltungsbeamte, sondern auch in hohem Maße Vertreter des städtischen Wirtschaftsbürgertum befanden, die oftmals gleichzeitig in ihren Gemeinden als Stadtverordnete fungierten, vgl. Brian Kenneth Ladd, *City Planning and Social Reform in Cologne, Frankfurt and Düsseldorf, 1866-1914*, Ph.D. thesis, Yale University 1986, hier S. 59ff.

³³⁸ Vgl. Hans-Ulrich Wehler, *Deutsche Gesellschaftsgeschichte*, Bd. 3, *Von der "Deutschen Doppelrevolution" bis zum Beginn des Ersten Weltkrieges 1849-1914*, München 1995, hier S. 595f.

³³⁹ Vgl. dazu Holger Tober, *Deutscher Liberalismus und Sozialpolitik in der Ära des Wilhelminismus: Anschauungen der liberalen Parteien im parlamentarischen Entscheidungsprozeß und in der öffentlichen Diskussion*, Husum 1999.

³⁴⁰ Steinmetz, *Regulating the social*, S. 189.

³⁴¹ Alfons Labisch, *Die gesundheitspolitischen Vorstellungen der deutschen Sozialdemokratie von ihrer Gründung bis zur Parteispaltung (1863-1917)*, in: *AfS* 16 (1976), S. 325-370.

und vorsorge zu einer begrenzten Zusammenarbeit zwischen Sozialdemokraten und bürgerlichen Reformern.³⁴²

All diese skizzierten Bedingungen trugen dazu bei, dass ein Vorsorgesystem eingefordert wurde, das den gruppenspezifischen Armuts- und Gesundheitsrisiken begegnen sollte. Die Städte begannen, die kommunale Daseinsvorsorge zu erweitern. Nachdem sie die infrastrukturellen und hygienischen Probleme, wie etwa Kanalisation, Müllbeseitigung und Lebensmittelkontrolle weitgehend in den Griff bekommen hatten, waren die sozialen Probleme allgegenwärtig.³⁴³ Neben die „Städteassanierung“, die vor allem durch die experimentelle Hygiene vorangetrieben worden war, trat nun eine Gesundheitsvorsorge, die weniger auf die Umwelt, sondern auf das einzelne Individuum ausgerichtet war.³⁴⁴ Die Etablierung der sozialen Hygiene als wissenschaftliche Leitdisziplin stellte einen wesentlichen Bestimmungsfaktor für den Ausbau der kommunalen Sozialfürsorge dar. Die bislang als Universalfürsorge verstandene kommunale Armenpflege wurde nun durch weitere Fürsorgebereiche ergänzt.³⁴⁵ Die Arbeitsfelder der städtischen Gesundheitsfürsorge lagen zunächst vor allem auf den Feldern Mütter- und Säuglingsfürsorge, Tuberkulosefürsorge, Wohnungspolitik, Alkoholiker- und Geschlechtskrankenfürsorge. Zeitgenössisch wurde der Ausbau der sozialen Fürsorge unter dem Begriff der „socialen Ausgestaltung der Armenpflege“³⁴⁶ zusammengefasst. Dabei waren die Kommunalverwaltungen zwar auch die Akteure dieser Bestrebungen, sie waren aber vor allem Sammelbecken unterschiedlicher fürsorglicher Bestrebungen kirchlicher, privater und verwaltungsorganisatorischer Art, wie es in den folgenden Kapiteln am Beispiel der Mütter- und Säuglingsfürsorge dargelegt werden wird. Die Institutionalisierung entsprechender Einrichtungen verlief häufig in der Form, dass sie, von bürgerlichen Wohltätigkeitsvereinen initiiert, von den Stadtverwaltungen mehr und mehr finanziell unterstützt, oftmals nach einigen Jahren vollständig in die

³⁴² Vgl. dazu Ratz, Sozialreform, und dies., Arbeiteremanzipation zwischen Karl Marx und Lujo Brentano. Studien zur Geschichte der Arbeiterbewegung und der Bürgerlichen Sozialreform in Deutschland, Berlin 1997.

³⁴³ Franz Adickes/Otto Beutler, Die sozialen Aufgaben der deutschen Städte. Zwei Vorträge, gehalten auf dem ersten deutschen Städtetag zu Dresden am 2. September 1903, Leipzig 1903.

³⁴⁴ Vgl. Witzler, Großstadt und Hygiene, S. 12f. Vgl. als Überblick Krabbe, Kommunalpolitik und Industrialisierung.

³⁴⁵ Sachße/Tennstedt, Geschichte der Armenfürsorge Bd. 1, S. 27.

³⁴⁶ So bei Flesch/Soetbeer, Sociale Ausgestaltung, S. 31.

städtische Trägerschaft übernommen wurden. Dies geschah in vielen Fällen aber erst nach dem Ersten Weltkrieg. Insofern kann man für das Kaiserreich weniger von einer kommunalen als vielmehr von einer lokalen Gesundheitsfürsorge ausgehen.

Ein wichtiges Instrument waren die sogenannten Fürsorgestellen, die seit der Jahrhundertwende in zahlreichen grösseren Städten eingerichtet wurden. Diese hatten ihre Vorbilder vor allem in England und Frankreich. Während allerdings in England die Kranken in den Beratungsstellen auch behandelt wurden, wurde in Deutschland nur beraten und, wenn notwendig, eine Diagnose gestellt. In Deutschland konnte den Fürsorgestellen nur so die Unterstützung der Ärzte gesichert werden, die sonst in diesen Einrichtungen eine erhebliche Konkurrenz gesehen hätten.³⁴⁷

So wurden zunächst Säuglings- und Tuberkulosefürsorgestellen eingerichtet. Es folgten in bescheidenem Maße Beratungsstellen für Alkoholkranke, Körperbehinderte, psychisch Kranke, Geschlechtskranke und Krebskranke.

„Die Kampagne zur Hebung der Volkshygiene verband reale Bedürfnisse nach Wohlfahrtssteigerung mit dem Hunger lokaler Honoratioren nach Ehrenämtern zugunsten verdeckter Interessen der Verwaltung und anderer einflußreicher Kreise. Fürsorgestellen wurden so ein Mittel, gleichzeitig soziale Reformen zu fördern und das Vordringen des Sozialismus zu verhindern.“³⁴⁸

Neben der Einrichtung von Fürsorgestellen führten insbesondere die katastrophalen Wohnverhältnisse zur Gründung von wohnreformerischen Vereinen, die den Ausbau von Wohnungsinspektion, öffentlichem Wohnungsbau und Bodenreform befürworteten. Sie strebten aber auch nach einem einheitlichen reichsweiten Vorgehen in der Wohnungsfrage, da die Gemeinden und Einzelstaaten höchst unterschiedliche Maßstäbe an eine soziale Wohnungspolitik stellten. Zu einem „Reichswohnungsgesetz“, wie es zahlreiche Reformer forderten, ist es jedoch vor dem Ende des Kaiserreiches nicht gekommen. Die größeren Kommunen entwickelten aber rege Aktivitäten in der Einrichtung einer Wohnungspflege, bzw. Wohnungsinspektion und sogar im kommunalen Wohnungsbau.³⁴⁹

³⁴⁷ Vgl. Weindling, Hygienepolitik, hier S. 44.

³⁴⁸ Ebd. S. 45.

³⁴⁹ Vgl. Zimmermann, Von der Wohnungsfrage zur Wohnungspolitik.

Die Ausdifferenzierung der Sonderfürsorgebereiche aus der allgemeinen Armenfürsorge war zudem notwendig geworden, weil den Gemeinden nach wie vor die Versorgung gerade der Klientel zufiel, die nicht durch die Versicherung erfasst wurde, also chronisch Kranke, vor allem TBC- Kranke, Geschlechtskranke und Alkoholiker, aber auch die große Gruppe der unversicherten Mütter und Kinder.³⁵⁰

Seit Mitte der neunziger Jahre zeigten sich im Armenpflege- und Fürsorgewesen deutliche Professionalisierungstendenzen. Im sogenannten „Straßburger System“, das sich nach der Jahrhundertwende entwickelte,³⁵¹ wurden zentrale Momente des Elberfelder Systems stark verändert. Zum einen wurde ein Berufsarmenpfleger an zentraler Stelle eingeplant und damit das Prinzip der Dezentralisierung aufgebrochen. So wurde ein zentrales Armenamt über die Bezirkskommissionen gesetzt, das die Gelder auszahlte, wobei die Entscheidungskompetenzen über den Unterstützungsfall nach wie vor bei der Bezirkskommission blieben. Der Berufsarmenpfleger musste den jeweilig Unterstützungsbedürftigen überprüfen und eine Stellungnahme über den Fall der jeweiligen Bezirkskommission zu-leiten. War der Bedürftige nur für kurze Zeit unterstützungsberechtigt, blieb der Berufsarmenpfleger zuständig; dauerte die Hilfsbedürftigkeit an, wurde der Fall an ehrenamtliche Pfleger übergeben. So waren die beruflichen Kräfte für die Verwaltungs- und Kontrollarbeit zuständig und die ehrenamtlichen Kräfte für „pädagogische Beratung“.³⁵² Von den Reformern im DVAW wurde jetzt auch die mangelnde Ausbildung der ehrenamtlichen und beruflichen Armenpfleger kritisiert, die nicht mehr den modernen Anforderungen an die Armenpflege entsprächen.³⁵³ An dieser Professionalisierung der Fürsorge, die durch die neuen Erfordernisse nötig wurde, konnte insbesondere die bürgerliche Frauenbewegung ansetzen.³⁵⁴

³⁵⁰ Labisch/Tennstedt, Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens, Bd. 1, S. 34.

³⁵¹ Ausformuliert wurde dieses System der sozialen Fürsorge 1905 von dem Straßburger Beigeordneten Rudolf Schwander durch eine Denkschrift, vgl. Rudolf Schwander, Bericht über die Neuordnung der Hausarmenpflege. Im Auftrag des Armenrates erstattet durch den Beigeordneten Dr. Schwander, Straßburg 1905.

³⁵² Zum Straßburger System vgl. Sachße/Tennstedt, Geschichte der Armenfürsorge Bd. 2, S. 25f.; Ludovica Scarpa hat ausserdem darauf hingewiesen, dass bei den berufstätigen Männern im 19. Jahrhundert freie Zeit, die für ein Ehrenamt zur Verfügung gestanden hätte, immer mehr zu einer Mangelware wurde. Vgl. Scarpa, Das Übergewicht des niedrigen Bürgerstandes, S. 257f.

³⁵³ Levy/Frankenber, Armenpflege, S. 5f.

³⁵⁴ Vgl. dazu ausführlicher Kap. 4 dieser Arbeit.

Neben dem öffentlichen Fürsorgesektor wurde auch die Privatwohltätigkeit einer Modernisierung und Spezialisierung unterzogen. Das Verhältnis von öffentlicher und privater Fürsorge ist nach wie vor noch ein Forschungsdesiderat und war von Kommune zu Kommune höchst unterschiedlich gestaltet.³⁵⁵ Im großen und ganzen haben aber Kooperationen zwischen diesen beiden Formen der Fürsorge vorgeherrscht; gerade bürgerliche Wohltätigkeitsvereine waren bereit, mit der öffentlichen Armenpflege zusammenzuarbeiten,³⁵⁶ während kirchliche, vor allem katholische Verbände, deutlich reservierter waren.³⁵⁷ In der Regel waren Vertreter der größeren Wohltätigkeitsvereine in einer Stadt auch Mitglieder der städtischen Armenkommissionen.³⁵⁸ Auch über die Verwendung von Stiftungsgeldern hatten häufig Mitglieder der städtischen Armenkommission mitzuentcheiden.³⁵⁹ Für den hier behandelten Untersuchungsbereich zeigte sich, dass oftmals eine Art Delegationsverfahren stattfand, d. h. private Wohltätigkeitsvereine bekamen von der Stadtverwaltung öffentliche Gelder, um bestimmte Einrichtungen der Fürsorge aufzubauen und zu unterhalten, wie z. B. in der Wöchnerinnenhilfe.³⁶⁰ Gerade bei den Wöchnerinnenheimen führte das Engagement der Kommunen häufig zu einer liberaleren Aufnahmepraxis. Wenn die Stadt Zuschüsse zum Unterhalt gab, verlangte sie in der Regel, dass auch uneheliche Mütter aufgenommen werden mußten.³⁶¹ Zur Koordination zwischen öffentlicher und privater Wohltätigkeit wurde in den Kommunen häufig eine sogenannte „Zentralstelle“ oder „Auskunftsstelle“ eingerichtet, deren Hauptfunktion in der Vermeidung von Doppelunterstützungen lag.³⁶²

³⁵⁵ In den letzten Jahren sind allerdings einige Arbeiten erschienen, die sich mit der Privatwohltätigkeit und mit dem Verhältnis von öffentlicher und privater Fürsorge beschäftigen. Vgl. Nitsch, *Private Wohltätigkeitsvereine*; Rudloff, *Wohlfahrtsstadt*; Jochen-Christof Kaiser u. a. (Hg.), *Soziale Reform im Kaiserreich: Protestantismus, Katholizismus und Sozialpolitik*, Stuttgart 1997.

³⁵⁶ Vgl. dazu Jürgen Reyer, *Die Rechtsstellung und der Entfaltungsraum der Privatwohltätigkeit im 19. Jahrhundert in Deutschland. Vorschläge zur sozialhistorischen Verortung*, in: Rudolf Bauer (Hg.), *Die liebe Not. Zur historischen Kontinuität der „Freien Wohlfahrtspflege“*, Weinheim/Basel 1984, S. 29-51, hier S. 47-49.

³⁵⁷ Emil Münsterberg, *Die Verbindung der öffentlichen und der privaten Armenpflege*, Leipzig 1891 (SDVAW, Heft 14), hier S. 28.

³⁵⁸ Münsterberg, *Die Verbindung*, S. 27.

³⁵⁹ Ebd., S. 28.

³⁶⁰ Ebd., S. 29; Reyer, *Die Rechtsstellung*, S. 39.

³⁶¹ Vgl. auch Kap. 3 und 5 dieser Arbeit.

³⁶² Die kommunalen Vertreter wollten verhindern, dass die öffentliche Armenpflege für die notwendigste Unterstützung zu sorgen hatte und die Privatwohltätigkeit noch zusätzlich Geld gab. Vgl. Münsterberg, *Die Verbindung*, S. 36f.

Nachdem die Städte in den 1980er und 1990er Jahren von der Forschung als Hochburgen erfolgreicher sozialer Politik, als „Sozialstädte“ entdeckt worden waren, werden in detailreichen Lokalstudien notwendige Differenzierungen vorgenommen. Brandmann hat z. B. für Leipzig herausgestellt, dass gerade die sozialhygienische Gesundheitsvorsorge das innovative Handlungsfeld der städtischen Politik war, während andere Bereiche, wie etwa die Erwerbslosenpolitik, von den wirtschaftlichen Eliten der Stadt erfolgreich blockiert wurde.³⁶³ „Hygiene“ entwickelte sich zum vielzitierten „Zauberwort“, zum Verbindungsglied der unterschiedlichen lokalen Interessengruppen in der Fürsorgepolitik.³⁶⁴ Dieses Vordringen der Hygiene manifestierte sich nicht nur in der Fürsorgepolitik, sondern wurde Gegenstand von Volksbelehrung, Werbefeldzügen und des Schulunterrichtes. Die wachsende Bedeutung von Reinlichkeit, wie z.B. häufiges Aufwischen der Böden, Abkochen der Wäsche u. a., ging einher mit einer zunehmenden Aufwertung von Hausarbeit, da diese Arbeiten sich immer stärker als „Sekundärtugenden“ verfestigt hatten.³⁶⁵

Insofern kommt der lokalen Gesundheitsfürsorge in diesem Zeitraum gerade durch ihren experimentellen Charakter eine wesentliche Bedeutung zu. Innerhalb der Gesundheitsfürsorge war die Sorge für die Volksgesundheit und für die nachwachsende Generation ein zentrales Eingriffsfeld. Am Beispiel der Mütter- und Säuglingsfürsorge werden im folgenden Kapitel die politischen und gesellschaftlichen Entstehungsbedingungen dieses Fürsorgezweiges nachgezeichnet.

³⁶³ Brandmann, Leipzig, S. 435f.

³⁶⁴ Ebd., S. 90: „Der gesamte Ausbau der Kommunalverwaltung und ihre Umwandlung zur modernen Leistungsverwaltung vollzog sich unter hygienisch-gesundheitspflegerischen Vorzeichen. Das lag vor allem daran, daß das wissenschaftlich fundierte Hygienekonzept innerhalb der städtischen Gremien wie kein anderes konsensfähig war.“

³⁶⁵ Vgl. Ute Daniel, Der unaufhaltsame Aufstieg des sauberen Individuums, S. 44 und Castell Rüdtenhausen, Die Erhaltung und Mehrung der Volkskraft, S. 33. Klaus Mönkemeyer, Schmutz und Sauberkeit. Figurationen eines Diskurses im Deutschen Kaiserreich, in: Imbke Behnken (Hg.), Stadtgesellschaft und Kindheit im Prozeß der Zivilisation. Konfigurationen städtischer Lebensweise zu Beginn des 20. Jahrhunderts, Opladen 1990, S. 61-76, hier S. 73.

3. Der Beginn der Mütter- und Säuglingsfürsorge im Deutschen Reich

„Alles was vor den Beratungsstellen Budins existierte, war nicht Säuglingsfürsorge, sondern Armenpflege, nicht prophylaktisches Eingreifen, sondern mitleidvolles Zudecken sozialer und moralischer Schäden.“³⁶⁶

Das einführende Zitat illustriert den von den Zeitgenossen empfundenen Umschwung in der Mütter- und Säuglingsfürsorge, der mit der Durchsetzung der Beratungsstellen und der Stillpropaganda einsetzte. In der Tat zeigte sich diese spezifische Form der Fürsorge als Ergebnis eines langen Aushandlungsprozesses. Im Verlauf der Entwicklung hatte es durchaus alternative Ansätze und Vorgehensweisen gegeben. Die Methoden der Mütter- und Säuglingsfürsorge, die sich nach 1904 durchsetzten, waren Ergebnis einer Gemengelage unterschiedlicher Interessen der beteiligten Handlungsträger. Nicht nur an der Vorgeschichte der institutionellen Entwicklung der Säuglingsfürsorge, sondern auch an der diskursiven Gestaltung lassen sich diese Prozesse darstellen. Im Folgenden soll zunächst der Verlauf der öffentlichen Diskussion nachgezeichnet und die unterschiedlichen Organisationsformen auf reichs-, bundesstaatlicher und lokaler Ebene dargestellt werden.

Entscheidend für das Entstehen einer professionellen Säuglingsfürsorge waren die Jahre 1895 bis 1904. In diesem Zeitraum richtete sich das öffentliche Interesse auf die Gesundheit der Säuglinge. Damit setzte eine organisatorische sowie inhaltliche Zäsur ein. Nicht nur bürgerliche Wohltätigkeitsvereine, sondern auch Kommunen und staatliche Lenkungsbehörden begannen, sich intensiv mit dem Problem der Säuglingssterblichkeit und seiner Bekämpfung zu befassen und ihre Maßnahmen aufeinander abzustimmen. Zahlreiche Vorläufermodelle innerhalb der Fürsorge für Mütter und Kinder konnten nun in der Säuglingsfürsorgebewegung aufgehen und – um es mit einem modernen Begriff zu fassen – Synergieeffekte entfalten.

³⁶⁶ Stefan Engel/H. Behrendt, Säuglingsfürsorge (einschließlich Pflegekinderwesen und Mutterschutz), in: Adolf Gottstein/Arthur Schlossmann/Ludwig Teleky (Hg.), Handbuch der Sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge, Bd. 4, Gesundheitsfürsorge, soziale und private Versicherungen, Berlin 1927, S. 28-146, hier S. 34.

3.1. Die Vorläufer

Diese Vorläufer, die im Folgenden kurz erläutert werden sollen, können in drei Bereiche aufgeteilt werden. Neben der Wöchnerinnenfürsorge entwickelten sich die so genannte Milchküchenbewegung sowie die Ziehkinderfürsorge. Die Fürsorge für arme Wöchnerinnen stellte jedoch mit Abstand den größten Aktivitätsbereich dar.

Bis in das zweite Drittel des 19. Jahrhunderts verharrte die Wöchnerinnenfürsorge in den Grenzen der privaten Wohltätigkeit. „Vereinsdamen“ aus gehobenen gesellschaftlichen Schichten verteilten Suppe und verliehen Säuglingswäsche an bedürftige – in der Regel verheiratete – Wöchnerinnen.³⁶⁷ Eine qualitativ neue Phase lässt sich seit den frühen achtziger und neunziger Jahren ausmachen. Nach den Kindbettfieberepidemien der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts – allein in Preußen waren in den Jahren zwischen 1816 und 1876 363.624 Frauen an Kindbettfieber gestorben – und der Erkenntnis, dass eine Teil dieser Sterbefälle bei richtiger Handhabung von Asepsis und Antiseptik hätte vermieden werden können, entstand eine öffentliche Diskussion über eine verbesserte Wochenbettpflege. Zunächst wurde die Wöchnerinnenfrage vor allem in medizinischen Fachkreisen diskutiert.³⁶⁸ Gegen Ende der neunziger Jahre des 19. Jahrhundert beschäftigten sich dann zwei einflussreiche Vereine mit dieser Frage. 1896 behandelte der Deutsche Verein für öffentliche Gesundheitspflege das Thema auf seiner Jahreshauptversammlung in Kiel³⁶⁹, und schon ein Jahr später ließ sich der Deutsche Verein für Armenpflege und Wohltätigkeit über das Thema von Emil Münsterberg und von Wilhelm Hauser, Obermedizinalrat in

³⁶⁷ Ein Beispiel für diese frühen Formen der Wohltätigkeit ist etwa die Ursula-Suppenanstalt für arme Wöchnerinnen, die seit 1841 in Düsseldorf aktiv war. Vgl. Jahresberichte über die „Wirksamkeit des Vereins der St. Ursula Gesellschaft: Suppen zu bereiten und zu vertheilen an kranke Frauen und arme Wöchnerinnen“ in: StA Düsseldorf III 1255. Die Ursula- Suppenanstalt für arme Wöchnerinnen 1856-1927. Die Wöchnerinnenvereine sind bislang ein vernachlässigtes Thema der Sozial- und Kulturgeschichte, vgl. dazu: Hink, Fürsorge.

³⁶⁸ Vgl. die Beiträge: Hermann Löhlein, Über Wöchnerinnenpflege und Pflegestätten für unbemittelte Wöchnerinnen, in: DMW 14 (1888), S. 103-105 und S. 530-531 (1888); Johannes Benjamin Brennecke, Bauet Wöchnerinnenasyle, Magdeburg 1888; Schatz, Über die Organisation des Hebammenwesens in: DMW 21 (1895), S. 671-672; R. Frommel, Zur Prophylaxe der Wochenbetterkrankungen, in: DMW 18 (1892), S. 202-204.

³⁶⁹ Bericht über die einundzwanzigste Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege zu Kiel 1896, Braunschweig 1897.

Karlsruhe, Bericht erstatten.³⁷⁰ Nachdem die zentralen Daseinsrisiken *Krankheit* und *Alter* sozialpolitisch angegangen worden waren, stellte sich nun vermehrt die Frage nach Armut und Gesundheit im Gefolge von Schwangerschaft und Geburt. Niederkunft und Wochenbett wurden als Krankheits- und Armutsrisiken für weite Bevölkerungsschichten erkannt und – von weitaus größerer Bedeutung – sie wurden als Bedrohung gesellschaftlicher Stabilität registriert. So vermuteten einige Reformer, dass die Arbeiterfrauen weniger durch schwere Arbeit erkranken würden, sondern vielmehr durch mangelhafte Versorgung während des Wochenbetts. Diese produziere zahlreiche Krankheiten und fördere sozialrevolutionäre Tendenzen. Denn die bürgerlichen Beobachter befürchteten,

„daß gerade die aus den vernachlässigten Wochenbetten entsprungenen krankhaften Zustände es sind, welche ganz besonders den Familienzusammenhalt, das häusliche Glück, den engeren Familienfrieden stören und hierdurch, wie kaum ein zweiter Faktor social unterwühlend wirken; sie sind es, und nicht wie Bebel meint, das Kochen und Scheuern, welche hauptsächlich die Schelmengrübchen zerstören, ihre Besitzerinnen früh altern, die gegenseitige Zuneigung, eheliches Glück und Zufriedenheit verschwinden lassen, dagegen Haß und Erbitterung nähren, deren Objekt zuerst die eigene Familie, bald aber auch die Gesellschaft darstellt, ein Haß, der gerade von den verbitterten Frauen [...] mit besonderer Leidenschaftlichkeit geschürt zu werden pflegt.“³⁷¹

Vor allem in den städtischen Arbeitervierteln wurden die Missstände zunehmend auch für das Bürgertum sichtbar. Die im ersten Kapitel beschriebenen Begleitfaktoren der Urbanisierung und Industrialisierung führten dazu, dass traditionelle Unterstützungsformen während des Wochenbettes, die vor allem durch Hilfe innerhalb der Nachbarschaft und der dörflichen Gemeinschaft geprägt waren, nicht mehr funktionierten.³⁷² Damit entwickelte sich die Wochenbettpflege zu einem Teil der „socialen Frage“. Wohn- und Lebenssituation der Arbeiterinnen gerieten in den Fokus der reformerischen Aufmerksamkeit. Sehr plastisch schilderte etwa der Wohnungsreformer Max Flesch die Lage der Arbeiterinnen im Wochenbett:

³⁷⁰ Wilhelm Hauser, Über Wochenbettpflege und ihre Beziehungen zur öffentlichen Armenpflege, in: Wilhelm Hauser/ Emil Münsterberg, Die Fürsorge für Wöchnerinnen und deren Angehörige. Zwei Berichte erstattet im Auftrage des Vereins, Leipzig 1897 (Schriften des deutschen Vereins für Armenpflege und Wohltätigkeit, H. 30), S. 1-32; und Emil Münsterberg, Die Wöchnerinnenpflege, in: Hauser/Münsterberg, Die Fürsorge für Wöchnerinnen und deren Angehörige, S. 33-47.

³⁷¹ Hauser, Über Wochenbettpflege, S. 12f.

³⁷² Labouvie, Andere Umstände, und dies., Beistand in Kindsnöten.

„Nehmen wir als Beispiel ein Wochenbett unter noch nicht einmal den schlimmsten Verhältnissen: nach der Entbindung muß der Mann ins Geschäft; die Frau bleibt allein. [...] Die Nachbarin, die allenfalls bei der Entbindung Wasser getragen oder Kaffee gekocht hat, muß selbst nach Arbeit gehen. Die Hebamme kommt im besten Falle zweimal am Tage auf wenige Minuten. Die Kinder bleiben ohne jede Pflege. Ein 4-, 6- oder 8-jähriges Kind soll der Mutter das Essen bringen, das Feuer unterhalten! Ohne jede Hilfe liegt die Frau da, was bleibt ihr anderes übrig, als am zweiten, dritten Tage sich mühsam aus dem Bett zu winden, damit die Kinder nicht im Unrat verkommen, damit sie selbst die Suppe, die ihr am Abend vorher der Mann zurechtgebraut hatte, sich wärmen kann. [...] Wohl wendet man ein, es müsse jeder – da man doch das Wochenbett voraussehen kann – für diese Zeit vorsorgen können: ernsthaft wird dies niemand für möglich halten, der einen Blick in die Lebensverhältnisse des Arbeiters gehabt hat. Eine derartige Ersparnis ist nur denkbar auf Rechnung direkter Entbehrungen in der Zeit der Schwangerschaft, einer Zeit, in welcher doch im Gegenteil eine bessere Ernährung, eine größere Schonung verlangt werden sollte.“³⁷³

Der Handlungsbedarf innerhalb der Wochenbettreform wurde damit begründet, dass die „Größe der Notlage“ neu sei. Der Not armer Wöchnerinnen abzuhelfen, sei schon seit Jahrhunderten als barmherzige Christenpflicht verstanden worden, nun müßten neben der Privatwohltätigkeit auch die Kommunen und Kreise herangezogen werden.³⁷⁴ Nicht nur von Sozialreformern und Ärzten, auch von Seiten der Hebammen wurde der sprunghafte Anstieg der Armegeburten beklagt.³⁷⁵ Dass bedürftige Frauen während der Geburt und während des Wochenbettes unversorgt und alleingelassen wurden, war keine Seltenheit. Wenn auch viele Gemeinden seit etwa 1895 Hebammen-Pauschalen für Armegeburten zahlten, war diese Tätigkeit für die Hebammen nicht besonders attraktiv und wenig lukrativ.³⁷⁶ Infolgedessen war die Bereitschaft, rechtzeitig zur Stelle zu sein, nicht sehr groß.³⁷⁷

³⁷³ Zit. nach Johannes Benjamin Brennecke, *Frauenhülfe auf dem Gebiet der Wöchnerinnen- und Säuglingsfürsorge*, Potsdam 1909, hier S. 4. Zur Wochenbettpflege auf dem Lande vgl. die Memoiren der Hebammen Maria Horner und Lisbeth Burger, Maria Horner. *Aus dem Leben einer Hebamme*, hg. von Christa Hämmerle, Wien/Köln/Graz 1985, besonders S. 7- 46; Burger, *Storchentante*.

³⁷⁴ Auch für die Wochenbettpflege gilt, dass vor allem die städtischen Verhältnisse von den Reformern wahrgenommen wurden: „Die Industriezentren der Großstädte mit ihrer von der Hand in den Mund lebenden Fabrikbevölkerung, mit ihren dumpfen, engen und schmutzigen Keller- und Dachwohnungen, werden selbstredend die gräßlichsten Bilder der Not und des Elends [...] liefern;“. Vgl. Hauser, *Über Wochenbettpflege*, S. 11f. und auch S. 13. Vgl. auch Labouvie, *Beistand in Kindsnöten*, S. 324, die davon ausgeht, dass die Zahl der Frauen, die Unterstützung bei der Niederkunft nicht mehr bezahlen konnten, seit der Mitte des 19. Jahrhunderts drastisch angestiegen sei.

³⁷⁵ Burger, *Storchentante*, S. 60f.

³⁷⁶ Münsterberg, *Wöchnerinnenpflege*, S. 43. In einigen Gemeinden war die Bezahlung der Armegeburten durch Streiks der örtlichen Hebammenschaft eingefordert worden. Vgl. Brigitte Kerchner, *Beruf und Geschlecht: Frauenberufsverbände in Deutschland 1848-1908*, Göttingen 1992, hier S. 188f.

Ein weiterer Hintergrund der Wochenbettreform war die grundsätzliche Frage nach der Rolle der Frauen in der industriellen Erwerbsgesellschaft:

„Die vielfachen bisher in unserer Frauenwelt schlummernden, latenten Kräfte für die heute fast ausschließlich von der Männerwelt occupierten Arbeitsgebiete mobil zu machen, wird und kann selbstredend mit Dauererfolg nur dann gelingen, wenn es möglich ist, mit körperlich intakten Frauenkräften diese Invasion in das zu erobernde Gebiet durchzuführen, und die Eroberung ohne zu rasche Konsumtion der Kräfte, ohne wesentliche Einbuße an gesundheitlichen Vermögen, festzuhalten.“³⁷⁸

In den 1890er Jahren wurde das ambivalente weibliche Rollenbild in der öffentlichen Diskussion über Wochenbettfürsorge fassbar. Auf der einen Seite sollten weibliche Arbeitskräfte für die Industrie erhalten werden, auf der anderen Seite wurde eindringlich vor der Auflösung bürgerlicher Familienstrukturen gewarnt. Beide Perspektiven standen in den Initiativen zur Reform der Wochenbettpflege und der Kinderbetreuung vor der Jahrhundertwende in einem permanenten Widerspruch. Vor der Jahrhundertwende zielten jedenfalls zahlreiche Projekte darauf, weibliche Erwerbsarbeit und Kinderbetreuung zu vereinbaren. Als sich 1877 der Berliner Krippenverein gründete,³⁷⁹ richteten seine Vertreter im gesamten Stadtgebiet Krippen für erwerbstätige unbemittelte Mütter ein. Die Sterblichkeitszahlen waren jedoch so hoch, dass man die Krippenexperimente in vielen Fällen wieder einstellen musste.³⁸⁰ Diese Erfahrungen machten zahlreiche Städte.³⁸¹ Die Ursachen für die hohe Sterblichkeit lagen vor allem darin, dass einige dieser Krippen Verwahranstalten waren, die mit den einfachsten Mitteln geführt wurden.³⁸² Dass die hohen Sterblichkeitszahlen in einigen Krippen auch aus ideologischen Gründen so stark hervorgehoben wurden, erläuterte der Berliner Arzt Tugendreich. Er betonte, dass zahlreiche gut geführte

³⁷⁷ Labouvie, Beistand in Kindsnöten, S. 324ff.

³⁷⁸ Hauser, Über Wochenbettpflege, S. 1.

³⁷⁹ Ein Vorgänger dieses Vereins war schon 1869 gegründet worden, vgl. Stöckel, Säuglingsfürsorge, S. 172.

³⁸⁰ Vgl. für Berlin: Stöckel, Säuglingsfürsorge, S. 170-184.

³⁸¹ Vgl. Tugendreich, Mütter- und Säuglingsfürsorge, S. 370.

³⁸² Eine Aufstellung der Krippen in deutschen Städten für das Jahr 1906 findet sich bei H. Frankenberg, Fürsorge für Wöchnerinnen und Säuglinge im Jahr 1906, in: SJDS 1909, S. 276-284, hier S. 277. Frankenberg zählt 64 Krippen ohne die Städte Berlin und Leipzig, d. h. man kann für 1906 mindestens von 84 Krippen im Deutschen Reich ausgehen. Vgl. auch Jürgen Reyer/Heidrun Kleine, Die Kinderkrippe in Deutschland. Sozialgeschichte einer umstrittenen Einrichtung, Freiburg/Br. 1997, hier S. 90-109.

Krippen auch günstige Zahlen vorweisen könnten.³⁸³ Die Gegner der Frauenerwerbstätigkeit sahen aber nur die schlecht ausgestatteten Krippen mit hohen Sterblichkeitszahlen, so kritisierte er.³⁸⁴ Die Kosten einer angemessenen und qualitativ hochwertigen Krippenpflege wurden allerdings sowohl von den Vereinen als auch von den öffentlichen Trägern, vor allem den Kommunen, gefürchtet.³⁸⁵

Die Ambivalenz in der weiblichen Rollenzuschreibung findet sich ebenfalls in der Debatte über eine verbesserte Wochenpflege. Diese lässt sich in zwei Richtungen unterteilen: Die eine, angeführt vor allem durch den Arzt Johannes Brennecke aus Magdeburg, forderte den vermehrten Aus- und Neubau von Wöchnerinnenasylen, in denen die Gebärenden während Geburt und Wochenbett betreut werden sollten, und ein leitender Arzt die Tätigkeit der Hebammen überwachen sollte.³⁸⁶ Die Wöchnerinnenheime bedeuteten allerdings, dass die Gebärende während dieser Zeit außer Haus war und das war in der interessierten Öffentlichkeit höchst umstritten.³⁸⁷ Denn zahlreiche an der Debatte Beteiligte vertraten die Ansicht, dass die Geburt ein Ereignis sei, das im Familienkreis stattfinden sollte. Die Wöchnerinnenheime wurden als gefährlicher Luxus wahrgenommen:

„Auf der einen Seite ist es nicht zu leugnen, daß alle derartigen Anstalten für die einfache Frau vom Lande etwas Verwöhnendes, die Begehrlichkeit Reizendes haben, auf der anderen aber kommt hinzu das Befremdende, daß die Familienmutter gerade in dieser schweren Stunde der Niederkunft von Hause fern ist; Familienbande der zartesten Natur würden durch dieses Fernsein gewiß nicht gefestigt, das Gefühl für das eigene Heim gewiß nur geschädigt.“³⁸⁸

³⁸³ Tugendreich, Mütter- und Säuglingsfürsorge, S. 370.

³⁸⁴ Einer der schärfsten Kritiker des Krippenwesens war der Wiesbadener Arzt Emil Pfeiffer. Seine scharfe Kritik haben diese Institution in Deutschland stark beeinträchtigt. Vgl. Emil Pfeiffer, Über Pflegekinder und Säuglingskrippen, Wiesbaden 1884. Vgl. die Diskussion zur Säuglingsfürsorge in: Vorberichte und Verhandlungen auf der VIII. Konferenz der Centralstelle für Arbeiterwohlfahrtseinrichtungen vom 15. und 16. Mai 1899, Berlin 1900, S. 89-112.

³⁸⁵ Ebd.; Vgl. auch Tugendreich, Mütter- und Säuglingsfürsorge, S. 369ff.

³⁸⁶ Denn ein wesentlicher Kritikpunkt war die katastrophale berufliche und soziale Lage der Hebammen, deren unzureichende Ausbildung und schlechte Bezahlung Gegenstand aller Diskussionen zu diesem Thema war. (Vgl. Kap. 4). Vgl. auch Johannes Benjamin Brennecke, Die Errichtung von Heimstätten von Wöchnerinnen, in: Bericht über die einundzwanzigste Versammlung des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege zu Kiel, Braunschweig 1897, S. 56-93, hier S. 56.

³⁸⁷ Eduard Dietrich, Das Fürsorgewesen für Säuglinge, in: ZfS 2 (1908), S. 1-29 und 45-61, hier S. 49.

³⁸⁸ Hauser, Über Wochenbettpflege, S. 20. In diesem Sinne äusserte sich auch Eduard Dietrich auf dem Deutschen Kongress für Säuglingsschutz 1909 in Dresden, vgl. Eduard Dietrich/Bruno Salge/Otto v. Franqué, Entbindungsanstalten, Wöchnerinnen- und Säuglingsheime als Mittel zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, in: Stenographischer Bericht über die Verhandlungen des I. Deutschen Kongresses für Säuglingsschutz und der Mitgliederversammlung der Deutschen Vereinigung für Säuglingsschutz

So fand das Karlsruher Wöchnerinnenheim in den ersten Jahren seines Bestehens nur öffentliche Akzeptanz, indem es keine Erstgebärenden aufnahm. Man befürchtete, sonst die Häuslichkeit der jungen Familien zu gefährden.³⁸⁹

Die Anhänger einer anderen Richtung, die auch eine breite Mehrheit fand, favorisierten das Modell der Wochen- oder Hauspflege, das vorsah, der Familie bei Bedarf eine Haushaltshilfe oder bei ernsthafter Erkrankung der Wöchnerin eine Wochenbettpflegerin zur Verfügung zu stellen. Die Kosten für diese Versorgung sollten, ebenso wie die Kosten für die Hebammenhilfe bei Armengeburt, systematisch von den Gemeinden und Kreisen übernommen werden.³⁹⁰ Als Vorreiter dieses Modells galt vor allem Frankfurt.³⁹¹ Die Einführung der Hauspflege trug wesentlich dazu bei, dass Teilbereiche der traditionellen Wöchnerinnenfürsorge sich zu einer öffentlich finanzierten Hilfsleistung entwickeln konnten.³⁹² Der DVAW, der sich vor allem aus Mitgliedern der Kommunalverwaltungen rekrutierte, unterstützte vorwiegend den Ausbau der Haus- und Wochenpflege. Die Vertreter des Vereins für öffentliche Gesundheitspflege, der zahlreiche Ärzte unter seinen Mitgliedern hatte, favorisierten hingegen stärker den Bau von Wöchnerinnenasylen. Bei allen beteiligten Reformern wurde die Versorgung bedürftiger Wöchnerinnen allerdings als eine Grauzone des öffentlichen Engagements wahrgenommen, in der die Grenzen zwischen staatlichen Belangen und der Privatsphäre der Familie fließend waren.³⁹³ Insofern wurde die gesamte Wöchnerinnenfrage nur sehr begrenzt als staatlich-öffentliches Eingriffsgebiet

in Dresden, Berlin 1909, S. 32-79, hier S. 34f.: „Es ist durchaus nicht meine Absicht, dafür einzutreten, dass die Frauen, die in geordneten Familienverhältnissen leben, ihren Haushalt verlassen, um sich in Anstalten entbinden zu lassen, denn die Hausfrau gehört in ihre Familie auch in der Stunde der Gefahr.“

³⁸⁹ Es wurde befürchtet, dass die Einrichtungen „das Familienleben schädigen, wenn sie die Frau aus dem Hause nehmen gerade in dem Augenblick, wo ihr Leiden einen ernsten, heilsamen Einfluß auf den Mann ausüben könnte.“ Vgl. Das Wöchnerinnen-Asyl zu Karlsruhe. Seine Entstehung, sein Zweck, seine Wirksamkeit, in: Blätter des Badischen Frauenvereins 20 (1896), S. 60-62 und 69-70, hier S. 70.

³⁹⁰ Münsterberg, Wöchnerinnenpflege, S. 44.

³⁹¹ Vorreiterin dieser Bewegung war die Frankfurterin Henriette Fürth. Vgl. dazu dies., Die Hauspflege. Ihr Wesen, ihre Organisation und ihr Ausbau, Gautzsch b. Leipzig 1911. Angelika Epple, Henriette Fürth und die Frauenbewegung im deutschen Kaiserreich. Eine Sozialbiographie, Pfaffenweiler 1996 und Christina Klausmann, Politik und Kultur der Frauenbewegung im Kaiserreich. Das Beispiel Frankfurt am Main, Frankfurt/M./New York 1997.

³⁹² Vgl. zu den Hauspflegevereinen Peters, Mütterlichkeit im Kaiserreich, S. 313-329.

³⁹³ „Das Wochenbett ist unter normalen Verhältnissen eine in jeder Familie vorauszu sehende Erscheinung. Es ist Sache der Familie, für Beseitigung der mit dem Wochenbett verbundenen vorübergehenden Störungen des häuslichen Gleichgewichts, für die sachgemäße Behandlung der Wöchnerin und des Neugeborenen Sorge zu tragen.“ Vgl. Münsterberg, Wöchnerinnenpflege, S. 43.

gesehen. Deshalb war die Frage nach den Trägern der Maßnahmen durchaus ein sensibles Gebiet. Die Vertreter des DVAW sahen höchstens die Bereitstellung von finanziellen Mitteln für bedürftige Wöchnerinnen als Aufgabe der städtischen Armenverwaltungen an, wobei „der Begriff der Bedürftigkeit hier nicht zu eng zu fassen sein“³⁹⁴ dürfte. Im Großen und Ganzen wurde die Wöchnerinnenfrage aber vorrangig als Angelegenheit der weiblichen Gesamtbevölkerung angesehen. Die praktische Seite der Wochenbettfürsorge, wie die Bereitstellung der Hauspflegerinnen, die Verteilung von Naturalien oder Säuglingswäsche, sollte, wo eben möglich, Frauenvereinen überlassen werden, die auch – wo nicht dauernde Unterstützungsbedürftigkeit vorlag – die Finanzierung der Hauspflegerinnen übernehmen sollten.³⁹⁵ So schlug der Magdeburger Arzt Brennecke vor, Frauenkammern zu gründen: „Ich denke mir diese gesetzliche Organisation etwa nach Art der Berufskammer oder Genossenschaften; es handelt sich ja hier um die Regelung der Frauenberufsinteressen.“³⁹⁶ In diesen Vorschlägen stellte man sich eine Art weibliches Kollektiv vor, in dem schichtenübergreifend die Geburts- und Wochenbettfürsorge organisiert werden sollte.³⁹⁷

Vor diesem Hintergrund blieb die Wochenbettfürsorge eine Reformbewegung mit begrenzter Wirkung, die in der Praxis fast ausschließlich durch private Initiativen getragen wurde. Von öffentlichen Stellen kam nur geringe Unterstützung. Die wenigen staatlichen Maßnahmen zur Verbesserung der Wöchnerinnengesundheit wie etwa die preußische Hebammenreform oder die Novellierung des Krankenversicherungsgesetzes von 1892 wurden als völlig unzureichend kritisiert.³⁹⁸

³⁹⁴ Ebd., S. 46.

³⁹⁵ Ebd., S. 43f.

³⁹⁶ So die Wortmeldung von Brennecke, in: Stenographischer Bericht über die Verhandlungen des I. Deutschen Kongresses für Säuglingsschutz und der Mitgliederversammlung der Deutschen Vereinigung für Säuglingsschutz, Berlin 1909, hier S. 114.

³⁹⁷ Brennecke schlug vor, dass „[...] von einer gewissen Steuerstufe des Mannes ab die sämtlichen Ehefrauen je eines Kreises auf gesetzlicher Grundlage zur Bildung eines festgefügtten Vereins oder einer Genossenschaft zu verpflichten sind, mit dem Recht der Beitragserhebung und mit der Aufgabe [...] für Befriedigung aller geburts- und wochenbetts- und säuglingshygienischen Bedürfnisse [...] Sorge zu tragen.“ Vgl. Johannes Benjamin Brennecke, Hebung des Hebammenstandes durch Fortbildung in der Säuglingshygiene? in: ZfS 1 (1906/7), S. 402-417, hier S. 413f. In die gleiche Richtung argumentiert auch Dietrich, Fürsorgewesen, S. 47: „Erziehen wir die Frauen mehr als bisher zum Dienste an den Frauen und Kindern, zur sachverständigen Mitarbeit an der Geburts-, Wochenbetts- und Säuglingshygiene, [...]“.

³⁹⁸ Vgl. dazu auch Kap. 4 in dieser Arbeit.

In eine andere Richtung gingen Initiativen, die ebenfalls als Vorläufer und Bestandteil der Säuglingsfürsorge angesehen werden können: Die Milchküchenbewegung hatte ihre Vorbilder in England, vor allem aber in Frankreich. Dort hatte man mit zwei verschiedenen Ansätzen versucht, der Säuglingssterblichkeit zu begegnen, einmal mit den *consultations de nourissons*, die von den Geburtshelfern Budin und Pinard an der Pariser Charité 1892 eröffnet wurden und mit den *gouttes de lait*, den in Armenvierteln eröffneten Milchabgabestellen. Die Milchküchen fanden zunächst in England eine rasche Verbreitung, jedoch sind die englischen *milk depots* nach einer kurzen Blütezeit nach und nach wieder geschlossen und durch *welfare centres* ersetzt worden. Die Gründe für diesen Misserfolg lagen vor allem in der unzureichenden Organisation dieser Stellen, in den für die Arbeiterfamilien trotz Ermäßigung immer noch zu hohen Preisen der Milch und in den höheren Stillquoten in der Unterschichtenbevölkerung.³⁹⁹

Die Forderung, dass die Versorgung der Bürger mit einwandfreier Säuglingsmilch zum Kernbereich der kommunalen Aufgaben gehören müsse, war schon 1877 auf einer Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege zu Düsseldorf erhoben worden.⁴⁰⁰ Da das Deutsche Reich der internationalen Entwicklung etwas „hinterher hinkte“,⁴⁰¹ konnte die Milchküchenbewegung hier nicht die gleiche Bedeutung erlangen, wie im benachbarten Ausland: 1907 existierten im gesamten Deutschen Reich zwar insgesamt 91 Milchabgabestellen, davon fungierten aber nur 18 als reine Milchküchen ohne Beratungsstellen.⁴⁰² Da sich in Frankreich und England gezeigt hatte, dass die Milchküchenbewegung die Stillquoten verringert hatte, war man in Deutschland direkt dazu über-

³⁹⁹ Vgl. dazu ausführlicher Silke Fehleemann/Jörg Vögele, Frauen in der Gesundheitsfürsorge am Beginn des zwanzigsten Jahrhunderts. England und Deutschland im Vergleich, in: Ulrike Lindner/Merith Niehuss (Hg.), Ärztinnen – Patientinnen. Frauen im deutschen und britischen Gesundheitswesen des 20. Jahrhunderts, Köln/Weimar/Wien 2002, S. 23-47; Arthur Keller, Säuglingsfürsorge und Kinderschutz in England und Schottland, Leipzig/Wien 1911 und Dwork, War is good for Babies, S. 116f.

⁴⁰⁰ Ferdinand Siegert, Über die Aufgaben der Gemeinden im Kampfe gegen die Säuglingssterblichkeit mit besonderer Berücksichtigung der Versorgung der Städte mit Säuglingsmilch, in: Centralblatt für allgemeine Gesundheitspflege 25 (1906), S. 49-59.

⁴⁰¹ In Hamburg hatte es zwar schon 1889 eine Milchküche gegeben, diese war aber ein absoluter Einzelfall und hatte zunächst keinerlei Vorläuferfunktion. Insofern gilt nach wie vor Frankreich als „Wiege der Säuglingsfürsorge“. Schlossmann hatte schon 1898 in Dresden eine Säuglingsmilchküche gegründet, also noch vor der ersten englischen Milchküche 1899 in St. Helens. Insgesamt betrachtet ist das Deutsche Reich etwas später in umfassender Form in die Säuglingsfürsorge eingestiegen.

⁴⁰² J. Trumpp, Die Milchküchen und Beratungsstellen im Dienste der Säuglingsfürsorge, in ZfS 2 (1908), S. 110-137, hier S. 120.

gegangen, Milchabgabestellen möglichst mit einer Beratungsstelle zu verbinden. Eine scharfe Kritik erfuhr die Milchküchenbewegung auf der Versammlung der Gesellschaft für Kinderheilkunde 1907. Der Pädiater Bruno Salge forderte hier:

„Die Säuglingsfürsorge ist in erster Linie durch Beratung und Aufklärung zu betreiben. Milchküchen haben eine Berechtigung nur in Verbindung mit ärztlich geleiteten Beratungsstellen. Milchküchen als solche, ohne Angliederung an Beratungsstellen, sind nicht als geeignete Einrichtungen der Säuglingsfürsorge anzusehen, ihre Schaffung beruht auf gänzlich falschen Voraussetzungen, sie sind ein Versuch mit ungeeigneten Mitteln.“⁴⁰³

Auch für die deutsche Entwicklung zeigte sich bald, dass zahlreiche der zunächst vielversprechend erscheinenden Milchküchen schon bald wieder geschlossen wurden.⁴⁰⁴ Insofern spielten Milchküchen innerhalb der Säuglingsfürsorge nur bis ungefähr 1908/9 eine Rolle, mit der wachsenden Stillpropaganda ging ihre Bedeutung langsam zurück.⁴⁰⁵

Neben der kommunalen Milchversorgung war in einzelnen Kommunen das Halte- oder Ziehkinderwesen reorganisiert und reformiert worden. Auch dies war ein Bereich, der schon seit dem Ende des 19. Jahrhunderts diskutiert wurde und dessen Reform in einigen Gemeinden – allen voran Leipzig – schon seit den neunziger Jahren des 19. Jahrhunderts umgesetzt wurde. Da das Vormundschaftswesen und die Waisenpflege durch die Gemeinde ausgeübt und kontrolliert wurden, eine Aufgabe, die das BGB von 1896 noch einmal betonte,⁴⁰⁶ hatten insbesondere die kommunalen Verbände Interesse, hier frühzeitig tätig

⁴⁰³ Zit. nach Oskar de la Camp, Die ärztliche und soziale Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, Freiburg/Br. 1908, S. 19. Vgl. auch Salges Ausführungen in GLA Karlsruhe 443, Nr. 768: Niederschrift über die Verhandlungen der ersten konstituierenden Landesversammlung zum Zwecke der Gründung eines Badischen Landesausschusses für Säuglingsfürsorge.

⁴⁰⁴ Arthur Keller berichtete 1909: „Vor zwei Jahren auf dem Brüsseler Kongress fand ich eine Reihe von Vertretern Englands, die alle mit grosser Freude von den Erfolgen ihrer Milkdepots sprachen. Nicht ganz ein Jahr später war ich selbst in England, um dort die Einrichtungen kennen zu lernen, und — mehr als die Hälfte der damals gerühmten Milchküchen war bereits wieder geschlossen. Es ist auch bei uns vielfach nicht anders gegangen, wir haben diesen Umweg über die Milchküche machen müssen, um zu den ärztlichen Beratungsstellen, zu den ärztlichen Fürsorgestellen zu gelangen, und es ist gewiss nicht von Schaden gewesen.“ In: Arthur Keller, Der Stand der Säuglingsfürsorge, in: Stenographischer Bericht über die Verhandlungen des I. Deutschen Kongresses für Säuglingsschutz und der Mitgliederversammlung der Deutschen Vereinigung für Säuglingsschutz in Dresden, Berlin 1909, S. 27-32, hier S. 30.

⁴⁰⁵ Hier wird zwischen den weitverbreiteten kommunalen Milchausschänken und den Säuglingsmilchküchen unterschieden. Erstere blieben noch länger Teil der kommunalen Lebensmittelkontrolle. Vgl. als Überblick Isaak Thalheimer, Milchversorgung, 5. Aufl., Düsseldorf 1911 und Wolfgang Woelk, Der Düsseldorfer Milchkrieg 1921. Ein Beitrag zur Sozialgeschichte der Ernährung im frühen 20. Jahrhundert, in: Düsseldorfer Jahrbuch 69 (1998), S. 211-235.

⁴⁰⁶ Vgl. Bürgerliches Gesetzbuch vom 18. August 1896 nebst dem Einführungsgesetze, hg. von Otto Fischer und Wilhelm Henle, 3. Aufl., München 1899 (§ 1837-1851).

zu werden. Da ein überwiegender Teil der Waisen auch von der Armenpflege abhängig war, besaß die Reorganisation des Haltekinderwesens für die städtischen Kassen auch einen erheblichen finanziellen Aspekt.⁴⁰⁷ Dies galt auch für die Vormundschaftsfrage. Sie war für die Kommunen von Bedeutung, da der gesetzliche Vormund des Kindes auch dessen Unterhaltsansprüche gerichtlich durchfechten konnte. Es hatte sich gezeigt, dass in den Fällen, in denen die Mutter oder der mütterliche Großvater des Kindes als Vormund bestellt war, die Alimentation nur unbefriedigend durchgesetzt wurde. Deshalb waren die Gemeinden an einer umfassenden Neuregelung des Vormundschaftswesens, etwa durch die Bestellung beruflicher Vormünder, interessiert. Die effektive Durchsetzung der Alimentationsansprüche des Kindes gegenüber dem unehelichen Vater ersparte der Gemeinde die Übernahme der Lebenshaltungskosten für das Kind.⁴⁰⁸ Die hohe Säuglingssterblichkeit der unehelichen Kinder führte dazu, dass diese von den in der Säuglingsfürsorge Tätigen besonders beachtet wurden. Da in den meisten Kommunen die unehelichen Säuglinge der (wohlfahrts-)polizeilichen Kontrolle unterstanden, mussten die Maßnahmen hier nicht auf freiwilliger Basis durchgesetzt werden.⁴⁰⁹ Im Gegensatz zur Wöchnerinnenfürsorge war also die Fürsorge für die unehelichen Kinder gerade für die Kommunen von besonderem Interesse, da hier elementare finanzielle Interessen berührt waren.

Es hatten sich somit unterschiedliche Vorläufer entwickelt, in denen einzelne Aspekte des „Armutrisikos Mutterschaft“ angegangen worden waren. Die Entwicklung einer Gesundheitsfürsorge für Mütter und Säuglinge und ihre Transformation zu einer öffentlichen Aufgabe zeichnete sich aber in aller Deutlichkeit erst nach der Jahrhundertwende ab.⁴¹⁰

⁴⁰⁷ „Neben der Verpflichtung zum Vorschlag der als Vormund, Gegenvormund, Pfleger und Beistand geeigneten Personen hat der Gemeindewaisenrat hauptsächlich die Aufgabe, in Unterstützung des Vormundschaftsgerichts darüber zu wachen, daß der Vormund für die Person der in seinem Bezirk befindlichen Mündel, insbesondere für ihre Erziehung und körperliche Pflege Sorge trage, ferner Mängel und Pflichtwidrigkeiten, die er in dieser Hinsicht wahrnimmt, anzuzeigen und auf Erfordernis über das persönliche Ergehen und das Verhalten eines Mündels Auskunft zu erteilen.“. Zit. nach Dorothea Hirschfeld, Die Frauen in der Armen- und Wohlfahrtspflege Deutschlands. Bericht aus Anlaß des internationalen Kongresses für Armenpflege und Wohltätigkeit in Kopenhagen 1910, Berlin 1909, S. 21.

⁴⁰⁸ Tugendreich, Mütter und Säuglingsfürsorge, S. 414f. Vgl. dazu allgemein: Willi Cuno/Georg Schmidt, Die Organisation der Gemeindewaisenpflege, Leipzig 1900 (Schriften des Deutschen Vereins für Armenpflege und Wohltätigkeit 47), und Johannes Petersen, Die öffentliche Fürsorge für die hilfsbedürftige Jugend, Leipzig 1907.

⁴⁰⁹ Vgl. dazu ausführlicher Kap. 5 dieser Arbeit.

⁴¹⁰ Eduard Dietrich, Die Säuglingssterblichkeit in Preußen, ihre Bekämpfung, in: ZfS 1 (1906), S. 43-50 und S. 86-100, hier S. 92.

Die Wahrnehmung der Problematik wurde nun dezidiert auf den Säugling gerichtet.⁴¹¹ Auf der Jahreskonferenz der Zentralstelle für Arbeiterwohlfahrtseinrichtungen im Jahr 1899 wurde das Thema Säuglingsgesundheit in einem breiteren Expertenkreis diskutiert und ein Jahr später auf der Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege debattiert.⁴¹² Hier läßt sich der Umschwung innerhalb des Fachpublikums sehr gut nachvollziehen: Man war sich weitgehend einig, dass eine wirkliche Verringerung der Säuglingssterblichkeit nur durch eine qualitativ hochwertige Krippenpflege bzw. durch eine Kontrolle der Tagespflegemütter in den Arbeitervierteln gelingen könne. Aufgrund der hohen Sterblichkeitszahlen in den vorhandenen Einrichtungen war man sich jedoch darüber im Klaren, dass eine Pflege in gut ausgestatteten Krippen organisiert werden müsste. Des weiteren sei es notwendig, den Müttern das Stillen zu ermöglichen. Insofern wurde die Einrichtung von Fabrikrippen als wesentlich angesehen. Als theoretische Bedingungen wurden diese Tatsachen durchaus anerkannt. Jedoch wurde für die Praxis betont, dass Krippen, wenn sie gut geführt wären, die teuerste Form der Fürsorge darstellten. Außerdem müsse man sich schon fragen, ob man überhaupt wolle, dass die verheiratete Arbeiterin erwerbstätig sei.⁴¹³ Diese Ausgangsfrage blieb auch in der weiteren Entwicklung der Mütter- und Säuglingsfürsorge von bleibendem Interesse.

⁴¹¹ „Je höher der Staat den Wert eines jeden Kindeslebens volkswirtschaftlich einschätzt, desto mehr wird er die Mutterschaft als soziale Funktion würdigen,[...]“ Vgl. Würtz, Säuglingsschutz, S. 44.

⁴¹² Vgl. Vorberichte und Verhandlungen auf der VIII. Konferenz der Centralstelle für Arbeiterwohlfahrtseinrichtungen vom 15. und 16. Mai 1899, Berlin 1900, S. 89-112; Wilhelm Prausnitz, Ursachen und Bekämpfung der hohen Säuglingssterblichkeit, in: Bericht über die 25. Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege 1900 in Trier, Braunschweig 1901, S. 83-118. Zur öffentlichen Wirkung dieser Diskussionen vgl. auch Eugen Schlesinger, Moderne Säuglingsfürsorge: Die Bekämpfung der großen Kindersterblichkeit in Deutschland durch Vereine, städtische und staatliche Behörden, Straßburg i. E. 1909, hier S. 10.

⁴¹³ Vorberichte und Verhandlungen auf der VIII. Konferenz der Centralstelle für Arbeiterwohlfahrtseinrichtungen vom 15. und 16. Mai 1899, Berlin 1900, S. 89-112.

3.2 Die Diskurse

In den nächsten Jahren entwickelte sich das Thema „Säuglingssterblichkeit“ zu einem Gegenstand von enormer öffentlicher Aufmerksamkeit. Dafür sorgte auch die internationale Konkurrenz. Ein Vorbild der deutschen Bewegung war vor allem die französische Bekämpfung der Kinder- und Säuglingssterblichkeit.

„[...] wie notwendig es ist, eine Zentralisation eintreten zu lassen, dafür kann uns das beste Beispiel Frankreich geben. Frankreich ist lange Zeit voran gewesen auf dem Gebiete der Säuglingsfürsorge, allerdings unter dem Druck der Verhältnisse. Wenn man [...] liest [...], dass in dem Nachbarstaate Deutschland heute trotz des Rückgangs der Geburtenzahl ein Überschuss von 800 000 Menschen jährlich vorhanden ist, und wenn der Franzose daneben stellt, dass sein Vaterland im Jahre 1907 bereits ein Minus von 20 000 jährlich hatte, so kann man verstehen, dass sie alles daran setzen, um da eine Änderung zu schaffen, zum mindesten aber, um die geborenen Säuglinge auch am Leben zu erhalten.“⁴¹⁴

Auch die internationale Entwicklung zeigte, dass sich gesunde Kinder zunehmend zu einem Symbol des Wachstums und des Potenzials der Nationalstaaten entwickelten.⁴¹⁵ Die Schriftstellerin Ellen Key hatte das zwanzigste Jahrhundert sogar zum „Jahrhundert des Kindes“ erklärt. Die Popularität von Künstlerinnen wie Paula Modersohn-Becker und Käthe Kollwitz, die Kinder als ein zentrales Motiv in ihren Arbeiten zeigten, sind für diese Entwicklung ebenso charakteristisch wie der Aufstieg zahlreicher Jugendbewegungen.

Die Sozialreformer, die sich seit Jahrzehnten für eine Reform der Wochenbettpflege eingesetzt hatten, konstatierten die plötzliche Popularität der Säuglingsgesundheit mit einer gewissen Resignation:

„Jetzt hat ein warmer Hauch von oben plötzlich Leben in die bisher so kalte und gleichgültige Masse gebracht, und alles ward mobil. In überstürzender Hast ging man zur Rettung der Säuglinge vor. [...] Blind und verschlossen gegenüber der Not der Wöchnerinnen – gefiel man sich in verschwenderischer Freigiebigkeit zum Besten der Säuglinge.“⁴¹⁶

1904 nahm die deutsche Kaiserin an einer Delegiertenversammlung des Vaterländischen Frauenvereins teil, auf dem der Münchner Arzt Trumpp über Säuglingssterblichkeit

⁴¹⁴ Zit. nach Arthur Keller, *Der Stand der Säuglingsfürsorge*, S. 31.

⁴¹⁵ Vgl. die Beiträge in: Valerie Fildes u. a. (ed.), *Women and Children First. International Maternal and Infant Welfare 1870-1945*, London/New York 1992.

⁴¹⁶ Brennecke, *Hebung des Hebammenstandes*, S. 412.

und deren Bekämpfung sprach. Im Anschluss an diese Veranstaltung forderte sie in einem Handschreiben an den Vorstand des Vaterländischen Frauenvereins die wohlthätigen Kreise auf, sich mit den entsprechenden Behörden zusammenzuschließen und sich für eine planmäßige Säuglingsfürsorge einzusetzen.⁴¹⁷ Dieser aufsehenerregende Einsatz der Kaiserin für die Säuglingsfürsorge gab der Bewegung sofort den Charakter einer Sache von nationaler Bedeutung und höchster Reputation. Als Regentin und Mutter von sieben Kindern, die der politischen Emanzipation der Frauen sehr distanziert gegenüber stand, war sie die ideale Symbolfigur, um die verschiedenen Bestrebungen in der Säuglingsfürsorge zu einen und sie von radikaleren Bestrebungen wie etwa dem 1905 gegründeten Bund für Mutterschutz fernzuhalten.⁴¹⁸ Das Engagement gegen die Säuglings- und Kindersterblichkeit wurde zu einem regelrechten *Trend*:

„Jedermann wird dieser Bewegung Interesse entgegen bringen, ihren beständig wachsenden Umfang freudig begrüßen; ist doch heute der Säugling geradezu ‚Mode‘ geworden.“⁴¹⁹

Nach dem Handschreiben der Kaiserin schalteten sich reichsweit private, kommunale und staatliche Stellen in die Säuglingsfürsorgebewegung ein und bemühten sich um eine einheitliche Form. So wurde das Handschreiben der Kaiserin im preußischen Kultusministerium als Signal verstanden, nun auf diesem Gebiet tätig zu werden. Zunächst verschickte der Kultusminister an die untergeordneten staatlichen Lenkungsbehörden, wie etwa die Regierungspräsidenten, ein Anschreiben, in dem er die Pläne des Vaterländischen Frauenvereins (Hauptverein) erläuterte.⁴²⁰ Darin bat er schließlich darum, die Kreisärzte aufzu-

⁴¹⁷ GStA PK, I. HA Rep. 76 Kultusministerium (M), VIII B, Nr. 2762, Bd. 2, Bl. 250f., Handschreiben der Kaiserin vom 15. November 1904.

⁴¹⁸ Vgl. Weindling, *Health, Race*, S. 194. Stellvertretend für die Wahrnehmung der Zeitgenossen kann hier ein Zitat von Eugen Schlesinger angeführt werden: „Besonders lebhaft wurde in Deutschland die Agitation zugunsten des unbemittelten, hilflosen Säuglings, und vielfach trat diese sozialhygienische Bewegung in ein neues Stadium, als Ihre Majestät die Kaiserin sich der Sache annahm [...]“ Vgl. Schlesinger, *Moderne Säuglingsfürsorge*, S. 10.

⁴¹⁹ Schlesinger, *Moderne Säuglingsfürsorge*, S. 3. Vgl. ebenso Dietrich, *Säuglingssterblichkeit in Preußen*, S. 43-50 und S. 86-100. Er betonte, dass Kritiker der Bewegung äußern würden, dass es auffallend sei, „welchen Raum in den Zeitungen die Säuglingsfürsorge jetzt einnehme. Bisher sei die Nation auch ohne die vielen jetzt angestrebten Veranstaltungen für die Pflege und Unterbringung der Säuglinge ausgekommen. Die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit sei Modesache geworden.“, vgl. ebd., S. 43.

⁴²⁰ „Der Vorstand des Vaterländischen Frauenvereins (Hauptvereins) hat sich bereit erklärt, den in einem allerhöchsten Schreiben Ihrer Majestät der Kaiserin und Königin vom 15. November v. Js. kundgegebenen Wünschen entsprechend die Maßnahmen der Behörden, Beamten und unmittelbar Beteiligten bei der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit durch geeignete Hilfeleistungen seitens seiner Zweigvereine

fordern, die Verteilung der Merkblätter durch mündliche Belehrung der Bevölkerung zu begleiten.⁴²¹ Gleichzeitig wurde im Kultusministerium eilig eine Denkschrift ausgearbeitet, die schon 1905 unter dem Titel „Die Säuglingssterblichkeit, ihre Ursachen und Bekämpfung“ erschien.⁴²² Wie aus der Korrespondenz des preußischen Kultusministeriums hervorgeht, wurde diese Denkschrift den einzelnen Regierungspräsidenten und anderen Vertretern der staatlichen Lenkungsbehörden zugesandt und auch von anderen beteiligten Stellen immer wieder im Ministerium angefordert. Da ihr Verbreitungsgrad in den administrativen Behörden sehr groß war und sie möglicherweise auf die Gestaltung der Säuglingsfürsorge in allen Teilen Preußens in praktischer und theoretischer Hinsicht einen erheblichen Einfluss gehabt hat, sollen hier kurz die entscheidenden Schlussfolgerungen der Studie dargelegt werden:

Nach einem vorangehenden statistischen Teil war die Denkschrift den Maßnahmen zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit gewidmet. Hier wurde die natürliche Ernährung als wichtigstes Werkzeug für eine wirksame Bekämpfung der Sterblichkeit angesehen.⁴²³

nach Kräften zu unterstützen.“ Vgl. GStA PK, I. HA Rep. 76 Kultusministerium (M), VIII B, Nr. 2782, Bl. 1, 2, Rundschreiben des preußischen Kultusministers (Stutt) vom 10. Februar 1905.

⁴²¹ „Euer Hochwohlgeboren ersuche ich ergebenst, auch den Kreisärzten eine entsprechende Mitteilung zugehen zu lassen und sie darauf hinzuweisen, daß die Wirkung des Merkblattes nur dann als gesichert angesehen werden kann, wenn zugleich eine mündliche Belehrung angeschlossen wird. Deshalb wird es in erster Linie Aufgabe der Kreisärzte sein, den Hebammen und Wochenpflegerinnen wiederholt zur Pflicht zu machen, über die gesundheitsgemäße Pflege und Ernährung der Säuglinge, namentlich über den Wert der mütterlichen Nahrung sich nicht nur selbst mit Hilfe des Hebammenlehrbuchs und des Merkblattes sorgfältig zu unterrichten, sondern auch auf die Schwangeren, Wöchnerinnen, Mütter und Angehörige der Kinder belehrend einzuwirken.“ Ebd.

⁴²² Medizinalabteilung, Die Säuglingssterblichkeit.

⁴²³ „Die hygienischen und sanitätspolizeilichen Maßnahmen, welche den schädigenden Einfluß innerer Krankheiten auf die gesamte Volksgesundheit herabzusetzen vermögen, entfalten für die Säuglingswelt die gleiche Wirkung wie für die Allgemeinheit der Bevölkerung. Die Eigentümlichkeit des Säuglingsschutzes besteht darin, daß über das Gebiet der Allgemeinheit hinaus Maßnahmen zu verlangen sind, die im wesentlichen durch die Sonderverhältnisse der Ernährung der Säuglinge bedingt werden. Alle Bestrebungen zur Herabminderung der Säuglingssterblichkeit müssen daher ihren Ausgangspunkt von der Behandlung der Ernährungsfragen nehmen.“ Vgl. Medizinalabteilung, Die Säuglingssterblichkeit, S. 49. „Auch ein Jahr später [1900 S.F.] auf der Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege fand sie [die Ernährungsfrage S.F.] nur in ätiologischer Hinsicht Beachtung, ohne indessen als der Ausgangspunkt für die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit hingestellt zu werden. Der Referent Prausnitz glaubte vielmehr das Hauptgewicht bei der Bekämpfung der hohen Kindersterblichkeit auf Herbeiführung einer Besserung der wirtschaftlichen, insbesondere der Wohnungsverhältnisse legen zu müssen. Zum ersten Male wurden in den Verhandlungen des Niederrheinischen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege im Herbst 1902 Leitsätze aufgestellt, welche rückhaltslos die Ernährungsfrage und zwar in erster Linie die Herbeiführung der natürlichen Ernährung als den Schwerpunkt aller Bestrebungen zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit anerkannten.“ Vgl. ebd., S. 50.

Die Sterblichkeit der Säuglinge sei in Preußen in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts proportional zur Abnahme des Stillens gestiegen. Diese Entwicklung wurde mit dem Aufschwung der Milchwirtschaft und der Überschätzung der Sterilisierungsverfahren begründet. Damit war die Hauptstoßrichtung der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit vorgegeben. Abschließend wurde die Förderung der natürlichen Ernährung erstens durch Belehrung, zweitens durch Unterstützung und Belohnung stillender Mütter, drittens durch den Schutz stillender Mütter in gewerblichen Betrieben, viertens durch die Fürsorge für Säuglinge und deren Mütter in besonderen Anstalten und schließlich fünftens durch ein verbessertes Ammenwesen als wichtigstes Ziel der Fürsorge herausgestellt.

Die Frage nach den potenziellen Trägern dieser Fürsorgemaßnahmen wird in der Schrift des Preußischen Ministeriums von 1905 noch weitgehend offen gelassen. Vor allem die Wohltätigkeitsvereine und die Gemeinden werden als Träger schon bestehender Maßnahmen genannt.

Der plötzliche Boom der Säuglingsfürsorge war umso erstaunlicher, wenn man berücksichtigt, dass die tatsächlichen Sterblichkeitszahlen zu diesem Zeitpunkt schon im Rückgang begriffen waren.⁴²⁴ Wo also sind die Motivationsfaktoren für den reichsweiten Ausbau dieser Bewegung zu finden und wie sahen die organisatorischen Bedingungen aus?

Zwischen 1904 und 1914 erschienen zahlreiche programmatische und analytische Schriften zum Thema Säuglingssterblichkeit, aus denen die Schlüsselargumente für eine öffentliche Säuglingsfürsorge dargelegt werden sollen.⁴²⁵ Kennzeichnend für die plötzliche

⁴²⁴ Allerdings gingen die Sterblichkeitszahlen keineswegs so zurück wie in anderen Ländern. Da der internationale Vergleich in der Säuglingsfürsorge immer wieder herangezogen wurde, muss man die Wahrnehmung der Sterblichkeitsverhältnisse in diesem Kontext sehen. In diese Richtung gehen jedenfalls die Äußerungen des einflussreichen preußischen Medizinalreferenten Eduard Dietrich: „Im Anfang des vorigen Jahrhunderts, in der Zeit von 1816-1820, zeigte Preußen eine Säuglingssterblichkeit von 16,9, Finnland von 1812 bis 1820 eine solche von 24,4 und Schweden eine solche von 18,3 auf 100 Lebendgeborene desselben Zeitraums. Im Jahre 1903 zeigte dagegen Preußen eine Sterblichkeit von 19,4, Finnland von 13,0 und Schweden von 9,28. Während demnach Finnland und Schweden in den letzten acht Jahrzehnten eine Abnahme der Kindersterblichkeit verzeichneten, ist die Sterblichkeit der Kinder im ersten Lebensjahre in Preußen in derselben Zeit um etwa 12 Prozent gestiegen.“ Zit. nach Eduard Dietrich, Das Kaiserin Auguste Victoria-Haus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reich: Separat-Abdruck aus der Festschrift zum 14. Internationalen Kongreß für Hygiene und Demographie, Berlin 1907, S. 184.

⁴²⁵ Als Auswahl: Temme, Die sozialen Ursachen; Schlesinger, Moderne Säuglingsfürsorge; Medizinalabteilung, Die Säuglingssterblichkeit; de la Camp, Die ärztliche und soziale Bekämpfung; Tugendreich, Mütter- und Säuglingsfürsorge; Würtz, Säuglingsschutz; Seiffert, Säuglingsterblichkeit.

Bedeutung der Säuglingsfürsorge war das Zusammentreffen und die Verschränkung dreier Diskurse, die in der Säuglingsfürsorge eine ideale Schnittmenge fanden: Zum einen zeigte sich eine diskursive Formation, die unter dem Begriff der „Menschenökonomie“⁴²⁶ den wirtschaftlichen Wert des Menschen und seines Fortpflanzungsverhaltens zu erfassen suchte, deren Träger vor allem die aufsteigende Nationalökonomie und die Ministerialbeamten waren.⁴²⁷

Der zweite Bereich war der Mütterlichkeitsdiskurs, in dem es um die Deutungen und Bedeutungen von Mütterlichkeit als Standortbestimmung der Frauen in der industriellen Moderne ging.⁴²⁸ Er wurde vor allem von der Frauenbewegung und der Ärzteschaft geprägt. Zum anderen fand ein Umschwung von der allgemeinen Hygiene zur Hygiene des Volkskörpers, wie ihn Sarasin als diskursiven Umbruch beschreibt, statt.⁴²⁹ Dessen Träger war vor allem die Ärzteschaft, hier vor allem die Vertreter der sich in zahlreiche Spezialfächer ausdifferenzierenden Hygienewissenschaften.⁴³⁰ Diese drei Diskurse waren miteinander verwoben und lassen sich auch im Folgenden nicht völlig eindeutig voneinander abgrenzen.

In der nationalökonomischen Perspektive, die große Wirkungsmächtigkeit entfalten konnte, wurde der „Wert des Menschen“ im Hinblick auf seinen ökonomischen und politischen Nutzen berechnet. Die Förderung der Säuglingsgesundheit als Bevölkerungspolitik war keine völlig neue Erscheinung.⁴³¹ Schon im Allgemeinen Preußischen Landrecht war

⁴²⁶ Der Begriff der Menschenökonomie wurde geprägt durch das Werk des Soziologen Rudolf Goldscheid, *Höherentwicklung und Menschenökonomie. Grundlegung der Sozialbiologie I*, Leipzig 1911. Vgl. zur Analyse dieses Diskurses: Steinecke, *Menschenökonomie*, S. 239.

⁴²⁷ Vgl. dazu den Zwischenbericht (unveröffentlichtes Manuskript vom 15. 1. 2003) zum DFG-Forschungsprojekt „Der Wert des Menschen in den Bevölkerungswissenschaften von der Mitte des 19. Jahrhunderts bis zum Ende der Weimarer Republik“, das am Institut für Geschichte der Medizin an der HHU Düsseldorf von Thorsten Halling und Julia Schäfer bearbeitet wird (wiss. Leitung: PD Dr. Jörg Vögele).

⁴²⁸ Ähnlich formuliert Karin Hausen für die Mutterschutz-Diskussion im deutschen Reich: „Mutterschutz lag nun im Kreuzungsbereich der Diskurse über Gesundheitspolitik, Rassenhygiene, Bevölkerungspolitik und genereller Verbesserung der sozialen und wirtschaftlichen Position von ledigen und verheirateten Frauen.“ Hausen, *Arbeiterinnenschutz*, S. 728.

⁴²⁹ Vgl. dazu Sarasin, *Reizbare Maschinen*, S. 356-451 und Moritz Föllmer, *Der „kranke Volkskörper“: Industrielle, hohe Beamte und der Diskurs der nationalen Regeneration in der Weimarer Republik*, in: *GuG 27* (2001), S. 41-67, und Raphael, *Die Verwissenschaftlichung*, S. 169ff.

⁴³⁰ Labisch/Tennstedt, *Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens Bd. 1*, S. 139ff.

⁴³¹ Vgl. als neuere Arbeit zur Geschichte der Bevölkerungspolitik Fuhrmann, *Volksvermehrung*, hier vor allem S. 128-167.

die Stilltätigkeit der Mütter vorgeschrieben worden. Die Dauer der Brusternährung war der Entscheidung des Vaters anheim gestellt.⁴³² Die Förderung der Säuglingsgesundheit als wehrpolitische Maßnahme findet sich auch in der Napoleonischen Politik. Dieser hatte von 1810 bis 1812 umfangreiche Staatsmittel zur Verfügung gestellt, um bedürftigen Müttern das Stillen zu ermöglichen.⁴³³

Jedoch erhielt die Diskussion um die Jahrhundertwende eine neue Dynamik. Entsprechende Texte argumentierten mit dem Topos des „Verlustes an Nationalvermögen“ oder „nationalen Gefahr“.⁴³⁴ So wurde in der Denkschrift des Preußischen Kultusministeriums beklagt,

„[...] daß die Sterblichkeit der Kinder im ersten Lebensjahre in Deutschland eine sehr hohe ist, so daß sie eine nationale Gefahr bedeutet.“⁴³⁵

Der Nationalökonom Max Seiffert lieferte noch im gleichen Jahr eine dezidiert ausgearbeitete Analyse, die für die weitere Diskussion das ökonomische Moment weiter stark machte. Hier berechnete er den volkswirtschaftlichen Verlust durch die im 1. Lebensjahr gestorbenen Säuglinge für das Jahr 1900:

„Diese 38.383.650 M. sind Ausgaben, welche in einem Jahre von der Nation gemacht worden sind für die Produktion und Erhaltung eines Nachwuchses, dessen Bestand überhaupt nicht das 1. Lebensjahr zu überdauern vermochte. [...] Der Kampf gegen die Kindersterblichkeit und gegen die von ihr ausgehende Verschlechterung der Konstitution unseres Volkes ist eine aus wirtschaftlichen Gründen unabweisliche und dringend gegebene Aufgabe der Nation [...]. Mit jedem Jahre belastet der junge Nachwuchs der Nation die „Soll“- Seite im Buche des Volkshaushaltes, um nach 20 Jahren schon berufen zu werden, durch Arbeits- und Wehrfähigkeit dem „Soll“ ein „Haben“ gegenüberzustellen, mit Gut oder, wenn es einmal sein soll, Blut. Die Kinder sind die Zukunft der Nation.“⁴³⁶

⁴³² Allgemeines Landrecht für die Preußischen Staaten von 1794, Dritte erweiterte Aufl. Neuwied u. a. 1996, Zweyter Abschnitt, §68.

⁴³³ Vgl. Schlesinger, *Moderne Säuglingsfürsorge*, S. 66f.

⁴³⁴ Diese Formulierung verwendet Schlesinger, *Moderne Säuglingsfürsorge*, S. 15. Die Berufung auf den volkswirtschaftlichen Schaden durch hohe Krankheits- und Sterblichkeitszahlen findet sich nicht nur in der Säuglingsfürsorge als ständig wiederkehrender Topos, sondern zieht sich durch den Hygienesdiskurs seit seiner Entstehung. Vgl. etwa Witzler, *Großstadt und Hygiene*, S. 186. Die Berufung auf das Nationalvermögen findet sich auch in der Diskussion um die Wöchnerinnenfürsorge: „[...] welche eine Fülle nationaler Kraft und nationalen Vermögens geht hier verloren, weil die Wöchnerinnenpflege noch immer nicht als eine soziale Pflicht der gesamten Frauenwelt erkannt und erfaßt wurde.“ Vgl. Brennecke, *Frauenhilfe*.

⁴³⁵ Medizinalabteilung, *Die Säuglingssterblichkeit*, S. 90f. Vgl. auch Dietrich, *Säuglingssterblichkeit*, S. 43.

⁴³⁶ Seiffert, *Säuglingssterblichkeit*, S. 91 und 93f.

Einige Jahre später konstatierte Gustav Temme:

„Kinder sind volkswirtschaftliche Werte, sie sind gewissermaßen das Rohmaterial eines Volkes, aus dem Ersatz zu nehmen ist für die jährlichen Verluste im Kampf ums Leben. Die gegenwärtige Säuglingssterblichkeit ist ein Raubbau an unserm Volksvermögen und an der Volkskraft.“⁴³⁷

Aus diesen Aussagen folgte die preisgekrönte Analyse von Adolf Würtz (leitender Arzt der Säuglingsheilstätte und Gemeindewaisenarzt in Straßburg) 1910:

„Heute hebt sich der Tod eines Säuglings aus der engen Auffassung eines Familienereignisses heraus und wir fragen, welches ist seine Bedeutung nicht mehr nur für die Familie, sondern für das ganze Volk. Von dieser höheren volkswirtschaftlichen Warte aus betrachtet wird die Säuglingssterblichkeit zu einem Problem der sozialen Hygiene, ja eine der wichtigsten Fragen der Sozialpolitik.“⁴³⁸

In dieser „Menschenökonomie“ entwickelte sich vor allem der junge Mensch zum militärischen und wirtschaftlichen Wachstumspotenzial.⁴³⁹

Einer der wichtigsten Drahtzieher innerhalb dieser Bewegung auf Reichsebene war der Kabinettsrat der Kaiserin, Carl von Behr-Pinnow. Dieser fordert schließlich 1913:

„Nur müßte der Staat sich auf einen metallischeren Boden stellen können [...]. Man sollte die Staatsmaxime wenigstens insoweit ändern, als man Mittel zur Fürsorge für das Gedeihen der gesunden Kinder bereitstellt, weil es sich hier um die Lösung eines den Staat in seinen vitalsten Interessen treffenden volkswirtschaftlichen und rassehygienischen Problems handelt.“⁴⁴⁰

Seit der Jahrhundertwende wurde die Frage der Säuglingssterblichkeit mit einem weiteren für die Zeitgenossen bedrohlichen Phänomen verknüpft. Der zunehmende Geburtenrückgang wurde zusammen mit der Säuglingssterblichkeit wahrgenommen und sowohl die Debatte als auch die Organisation der Säuglingsfürsorge bekamen dadurch noch einmal einen erheblichen, wenn nicht den entscheidenden An Schub.⁴⁴¹ Vor allem seit der Jahrhundertwende entwickelte sich die Frage des Geburtenrückgangs und der Bevölkerungspolitik zu einem Thema von enormer politischer Schlagkraft. Zahlreiche Veröffentlichungen

⁴³⁷ Temme, Die sozialen Ursachen, S. 6.

⁴³⁸ Würtz, Säuglingsschutz, S. 14.

⁴³⁹ Vgl. dazu auch Labisch, Homo Hygienicus, S. 177f.

⁴⁴⁰ Zit. nach Behr-Pinnow, Geburtenrückgang, S. 44.

⁴⁴¹ Vgl. dazu ausführlich Dienel, Kinderzahl und Staatsräson.

befassten sich – durchaus in kontroverser Form – mit dem Thema.⁴⁴² So spottete Helene Stöcker, Mitbegründerin des Bundes für Mutterschutz:

„Es wird bald leichter werden, diejenigen Kreise, Organisationen, Persönlichkeiten statistisch zu erfassen, die sich nicht mit dem Problem des Geburtenrückganges befaßt haben, als diejenigen, die sich in dem einen oder anderen Sinne zu ihm geäußert haben.“⁴⁴³

Unzählige Ursachen wurden für den Geburtenrückgang verantwortlich gemacht. Gerade die zurückgehende Geburtenzahl in den Arbeiterfamilien und ihre Etablierung als Massenphänomen erschienen bedrohlich. Die zurückgehende Geburtenziffer steht in den Texten als Chiffre für soziale und kulturelle Umbrüche, die Säkularisierung und Industrialisierung mit sich gebracht hatten: Zurückdrängen der Religion, steigende Mobilität, der Gebrauch von Verhütungsmitteln und die wachsende Anzahl von Schwangerschaftsabbrüchen wurden unter anderem als Gründe für dieses Phänomen angeführt.⁴⁴⁴ Mit zunehmender Radikalisierung der Diskussion wurde die Frauenbewegung verantwortlich gemacht. Beispielhaft für diese Haltung sind die Ausführungen des Düsseldorfer Arztes Jean Borträger, der im Auftrage des preußischen Innenministeriums 1912 eine Untersuchung über den Geburtenrückgang veröffentlicht hatte.⁴⁴⁵ Borträger war im Regierungsbezirk Düsseldorf auch an der Ausgestaltung der Säuglingsfürsorge beteiligt.⁴⁴⁶

Die Debatte um den Geburtenrückgang ist nicht zuletzt Ausdruck der tiefen Beunruhigung der wilhelminischen Gesellschaft über Rolle und Stellung der Frauen in der industriellen Moderne.⁴⁴⁷ Insofern war diese Debatte eng verbunden mit dem Mütterlichkeitsdiskurs, der sich seit der Jahrhundertwende auf allen gesellschaftlichen Ebenen nieder-

⁴⁴² Jean Borträger, Der Geburtenrückgang in Deutschland, seine Bewertung und Bekämpfung, in: Veröffentlichungen auf dem Gebiete der Medizinalverwaltung 1 (1912), S. 631-794; Karl Oldenberg, Über den Rückgang der Geburten- und Sterbeziffer, in: Archiv für Sozialwissenschaft und Sozialpolitik 32 (1911), S. 319-377; Julius Wolf, Der Geburtenrückgang. Die Rationalisierung des Geschlechtslebens unserer Zeit, Jena 1911. Vgl. dazu allgemein mit umfassender Literaturliste Steinecke, Menschenökonomie, hier besonders S. 88.

⁴⁴³ Helene Stöcker (Hg.), Die neue Generation. Publikationsorgan des deutschen Bundes für Mutterschutz, Berlin 1912, hier S. 591.

⁴⁴⁴ Behr-Pinnow, Geburtenrückgang, S. 32.

⁴⁴⁵ Borträger, Geburtenrückgang, S. 779.

⁴⁴⁶ Borträger war Mitglied des Verwaltungsrates des Vereins für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf, vgl. Geschäftsbericht VfS Düsseldorf 5 (1911/12), S. 4.

⁴⁴⁷ Vgl. Ute Planert, Antifeminismus im Kaiserreich: Indikator einer Gesellschaft in Bewegung, in: AfS 38 (1998), S. 93-116. Vgl. auch Bergmann, Die verhütete Sexualität, S. 243ff.

schlug.⁴⁴⁸ Dieser war ebenso mit der Ausgestaltung der Mütter- und Säuglingsfürsorge eng verwoben.

Die bürgerliche Frauenbewegung hatte zwischen 1900 und 1914 ihren organisatorischen und politischen Höhepunkt erreicht und versuchte, Mutterschaft und Mütterlichkeit als Grundlage politischer Teilhabe zu verankern. Die Bachofen-These, dass in früheren Kulturen ein Mutterrecht existiert habe, das eine primitive und instinktgeleitete Gesellschaftsform produziert habe, während das Patriarchat dann Zivilisation und Vernunft gebracht habe, wurde sowohl durch den Sozialismus als auch den Feminismus aufgenommen und sozusagen auf den Kopf gestellt.⁴⁴⁹ Nicht nur Bebel, sondern auch Engels hatten diese These popularisiert, indem sie die Verdrängung des Matriarchats als Beginn der Unterdrückung des weiblichen Geschlechts markierten.⁴⁵⁰ Mütterlichkeit, Sozialismus und Geschlechterhierarchie gingen in dieser Debatte eine Symbiose ein, die weit über die Thematisierung der sozialen Frage hinausging.

Die Frauenrechtlerinnen hofften, über die Betonung von „geistiger Mütterlichkeit“ und „Neuer Ethik“ öffentlichen Einfluss zu erlangen.⁴⁵¹ So frohlockte Marie Stritt 1912 in einem Schlusswort zu einem Aufsatz über „Die Mutter als Staatsbürgerin“, dass eine „höhere Bewertung der Mutterschaft“ dazu führen werde, dass tatsächlich „die Hand, die die Wiege bewegt, die Welt regiert“.⁴⁵² In der politisch und sozial fragmentierten Gesellschaft des späten Kaiserreichs schien die Deutungsmacht über Mütterlichkeit nicht nur politische Teilhabe zu versprechen, sondern vor allem sozialen und kulturellen Einfluss. Berücksich-

⁴⁴⁸ Vgl. dazu auch Kap. 4 in dieser Arbeit.

⁴⁴⁹ Johann Jakob Bachofen, *Das Mutterrecht*, Basel 1861; Friedrich Engels, *Der Ursprung der Familie, des Privateigentums und des Staats: Im Anschluß an Lewis H. Morgans Forschungen*, MEW, 5. Aufl., Berlin 1975, S. 59f. (Erste Auflage 1882); August Bebel, *Die Frau und der Sozialismus*, 62. Aufl., MLW, Berlin 1973, S. 60-70 (erste Auflage 1879).

⁴⁵⁰ Ann Taylor Allen, *Feminism and Motherhood in Germany, 1800-1914*, New Brunswick/N. J. 1991, hier S. 180f.

⁴⁵¹ Vgl. zum Thema weiterführend Taylor Allen, *Feminism and Motherhood*, S. 180f; Stöhr, *Organisierte Mütterlichkeit*; Thomas Sandkühler/Hans-Gerd Schmidt, „Geistige Mütterlichkeit“ als nationaler Mythos im Deutschen Kaiserreich, in: Jürgen Link/Wulf Wülfing, *Nationale Mythen und Symbole in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Strukturen und Funktionen von Konzepten nationaler Identität*, Stuttgart 1991, S. 237-255. Eine reiche Quelle dieses Mütterlichkeitsdiskurses, die zahlreiche Richtungen innerhalb der Frauenbewegung erfasst, ist der Sammelband „Mutterschaft“, der 1912 von Adele Schreiber herausgegeben wurde. Vgl. auch ausführlicher dazu das vierte Kapitel dieser Arbeit.

⁴⁵² Marie Stritt, *Die Mutter als Staatsbürgerin*, in: Schreiber, *Mutterschaft*, S. 688-703, hier S. 703.

tigt man diesen Hintergrund, war Säuglingsfürsorge das ideale Terrain für alle beteiligten Akteure, um sich diese Deutungsmacht anzueignen.

Innerhalb dieser Diskussion weitete sich die Frage nach den unehelichen Kindern und unverheirateten Müttern zu einem umfassenden Diskurs über die sittlich-moralischen Grundlagen der Gesellschaft aus.⁴⁵³ Die Gesundheit der unehelichen Kinder zu schützen, hieß in den allermeisten Fällen, die Situation der alleinerziehenden Mütter zu verbessern; das konnte nicht im Sinne der konservativen Kräfte der Bewegung sein. Die Gründung des Bundes für Mutterschutz 1905 war die radikale Wegmarke innerhalb der zeitgenössischen Diskussion. Das Engagement der deutschen Kaiserin in der Säuglingsfürsorgebewegung ist auch als Reaktion auf die Gründung dieses Bundes interpretiert worden.⁴⁵⁴ Das kann von den zeitlichen Abläufen her so nicht nachvollzogen werden. So beschwerte sich der Kabinettsrat der Kaiserin in ihrem Namen beim Berliner Polizeipräsidenten empört über die Gründung dieses Bundes und berichtete, dass die Kaiserin dessen Verbot angeregt habe.⁴⁵⁵ Die Kaiserin hatte bei den Vaterländischen Frauenvereinen schon 1904 ein verstärktes Engagement im Säuglingsschutz eingefordert, während der Bund für Mutterschutz sich bekanntlich erst 1905 gründete.⁴⁵⁶ Deutlich wird jedoch, dass die Gründung des Bundes, der die Erweiterung der Rechte unehelicher Mütter zu seinem Programm erhoben hatte, zu einer tiefen Beunruhigung der konservativen Kreise führte. Obwohl man sich darüber klar war, dass man diese Frauen, bzw. deren Kinder nicht einfach ihrem Schicksal überlassen konnte, war doch die existentielle Versorgung von Mutter und Kind in Säuglingsheimen sehr umstritten, da dies vielen Zeitgenossen als eine Belohnung erschien, als Anreiz, „un-

⁴⁵³ Ernst Pütter, *Das Ziehkinderwesen*. Gutachten erstattet im Auftrage des deutschen Vereins für Armenpflege und Wohlthätigkeit von Stadtrat Ernst Pütter, Leipzig 1902 (Schriften des deutschen Vereins für Armenpflege und Wohlthätigkeit, H. 59); vgl. Medizinalabteilung, *Die Säuglingssterblichkeit*, S. 90, vgl. auch Pawlowsky, *Mutter ledig – Vater Staat*.

⁴⁵⁴ Weindling, *Hygienepolitik*, S. 51ff.

⁴⁵⁵ GStA PK, I. HA Rep. 77 Tit. 662, Nr. 123: Schreiben Behr-Pinnows an den Königlichen Polizeipräsidenten Herrn von Borries vom 8. März 1905.

⁴⁵⁶ Nach Stürzbecher hatte die Kaiserin sich schon weitaus früher für Säuglingsschutz und Kinderheilkunde interessiert. Sie hatte 1894, als die erste Besetzung eines Lehrstuhls für Kinderheilkunde in Berlin anstand, darauf bestanden, in dieser Frage den damaligen Kultusminister Althoff zu sprechen. Vgl. Manfred Stürzbecher, *Karl von Behr-Pinnow (1864-1941)*. Kabinettsrat und Kammerherr Ihrer Majestät der Kaiserin, in: *Schriftenreihe zur Geschichte der Kinderheilkunde aus dem Archiv des Kaiserin Auguste Victoria Hauses 12* (1995), S. 30-43, hier S. 32.

kontrolliert“ Kinder in die Welt zu setzen.⁴⁵⁷ Diese moralische Debatte entwickelte sich ebenfalls zum Nebenkriegsschauplatz eines Diskurses über die Zuständigkeit für Produktion und Reproduktion.⁴⁵⁸

Vor der Jahrhundertwende hatte man die reale Lebenssituation der Arbeiterfamilien durchaus offen betrachtet. Ungeniert wurde von den Reformern das Dilemma formuliert, dass eine effektive Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit eigentlich auch die Akzeptanz weiblicher Erwerbsarbeit bedeutete. Für einen durchgreifenden Säuglingsschutz könne vor allem der flächendeckende Ausbau von Fabrikrippen sorgen.⁴⁵⁹ Einige Jahre später wurden diese Ansätze weitgehend ausgeblendet. Nun hieß es: Gegen die Säuglingssterblichkeit gebe es nur ein Mittel:

„[...] nicht nur die mütterliche Nahrung, sondern auch die wahre mütterliche Pflege“⁴⁶⁰. „Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit, heißt in erster Linie ‚Kampf gegen das moderne Unweib‘, heißt Erziehung der Mutter zu natürlicher Weiblichkeit und echter Sittlichkeit.“⁴⁶¹

Das „Armutrisiko Mutterschaft“ war damit endgültig zwischen die Fronten einer geschlechterpolitischen Diskussion geraten, die zunächst die Grundlagen weiblicher Aufgaben und Rechte klären musste. Zunehmend wurde deutlich, dass es sich um eine Grundsatzfrage handelte, die lautete: Wie sollte Mutterschaft in einer industrialisierten Gesellschaft aussehen? Das Dilemma zwischen ausserhäusiger Erwerbsarbeit und Kinderbetreuung, zwischen Geburt und Schwangerschaft als vor allem „natürlich“ gedachten Vorgängen und gleichzeitiger Medikalisierung dieser Ereignisse wird vor allem als wachsende Verunsicherung aller beteiligten gesellschaftlichen Gruppen deutlich. Auf der einen Seite sollten Frauen als Mütter die Aufgabe übernehmen, verlorene „Natürlichkeit“ zu ersetzen. Natürliche Geburt und Säuglingsernährung wurden in dieser Konstruktion zu

⁴⁵⁷ „Die unehelichen Mütter sollen nicht denken, dass die Gesellschaft mit ihrer Aufnahme in solche Heime ihnen noch einen gewissen Lohn für ihr früheres Verhalten zahlen will [...]. Aber auch das unehelich geborene Kind ist doch ein Mensch [...]“. Abgeordneter Heyn (Freisinnige Vereinigung), in: Die Säuglingsfürsorge im Reichstag 1912, Anhang zu: Moritz Pistor, Die Organisation der Landes-Zentralen für Säuglingsschutz unter besonderer Berücksichtigung der Mitarbeit der Ärzte: Vortrag, gehalten vom Reg.r. Pistor. Gr. Zentrale für Mütter und Säuglingsschutz in Hessen, Berlin 1912, S. 36-71, hier S. 57f.

⁴⁵⁸ Sehr schön im Titel gefasst bei Matzner, Zwischen Produktion und Reproduktion.

⁴⁵⁹ Vorberichte und Verhandlungen auf der VIII. Konferenz der Centralstelle für Arbeiterwohlfahrtseinrichtungen vom 15. und 16. Mai 1899, Berlin 1900, S. 89-112, hier S. 91f.

⁴⁶⁰ Max Taube, Das Fürsorgewesen für Säuglinge, in: ZfS 2 (1908), S. 30- 38, hier S. 38.

⁴⁶¹ Vgl. Brennecke, Hebung des Hebammenstandes, S. 414 und auch Kap. 5 dieser Arbeit.

Garanten einer als verloren geglaubten Harmonie mit der Natur.⁴⁶² Auf der anderen Seite zeigte sich der medizinisch-technische Fortschritt in der Bekämpfung des Kindbettfiebers und der Herstellung von Muttermilchsurrogaten, deren Hersteller den Markt zudem mit beeindruckenden Werbefeldzügen durchzogen.⁴⁶³

Innerhalb dieser Eckpunkte war der Geburtenrückgang das ideale Argument für die Gegner der Frauenarbeit. Die weibliche Erwerbstätigkeit, die „Individualisierung“ und vor allem die wachsende Bedeutung der Frauenbewegung und der „Mutterschaftsbewegung“ wurden als Ursachen für den Geburtenrückgang benannt.⁴⁶⁴ Das galt auch für die hohe Säuglingssterblichkeit. Da deren Gründe zunehmend im Rückgang des Stillens gesehen wurden, wurden neben den sozialen Ursachen vor allem die Mütter selbst für die hohe Säuglingssterblichkeit verantwortlich gemacht. Die zentralen Begriffe waren Unwissenheit, Bequemlichkeit und Indolenz:

„Ungezählte Kinder sterben an der Unwissenheit ihrer Mütter und Pflegerinnen, an dem mangelnden Sinn derselben für Reinlichkeit, an der Furcht vor frischer Luft, vor allem an der oft krassen Unkenntnis der Mütter über eine rationelle Ernährung des Säuglings.“⁴⁶⁵

Für den Rückgang des Stillens gerade in den 1870er und 1880er Jahren des 19. Jahrhunderts gab es zahlreiche Anhaltspunkte, aber keinesfalls verlässliche Zahlen.⁴⁶⁶ So war

⁴⁶² „Zurück zur Natur! Das ist die Losung, und ich möchte von dieser Stelle aus — und ich denke, in ihrer aller Namen — gerade den gebildeten Frauen zunächst einmal zurufen: denkt an eure Mutterpflicht!“ so der Freisinnige Abgeordnete Heyn 1912 in einer Reichstagsdebatte, vgl: Die Säuglingsfürsorge im Reichstag 1912, S. 56.

⁴⁶³ Vgl. Die Säuglingsfürsorge im Reichstag 1912.

⁴⁶⁴ Vgl. z. B. Schlesinger, *Moderne Säuglingsfürsorge*, S. 18; Bornträger, *Geburtenrückgang*, S. 779; Josef Graßl, *Der Geburtenrückgang in Deutschland, seine Ursachen und seine Bedeutung*, Kempten/München 1914, hier S. 112 f.: „[...] die Unterbrechung der Schwangerschaft, die Beseitigung des Foetus, die Einleitung frühzeitiger Geburten sind Verbrechen, die verhältnismäßig selten zur Ahndung kommen. Am gefährlichsten wirkt hier die Lehre eines Teiles der Mutterschaftsbewegung, die richtiger gesagt, eine Bewegung gegen die Mutterschaft ist. Erstere kennt nicht den Schutz des Kindes im Mutterleibe, betrachtet es vielmehr als einen Teil des Körpers der Mutter, die über ihn die freie Verfügung hat. Das ist dann der Gipfel der Verdrehung unserer natürlichen Rechtsbegriffe und unseres geltenden Rechtes.“ Siehe Behr-Pinnow, *Geburtenrückgang*, S. 32. Vgl. Osborne, *Frauenkörper*; Bergmann, *Die verhütete Sexualität*.

⁴⁶⁵ Schlesinger, *Moderne Säuglingsfürsorge*, S. 18. Vgl. dazu auch das fünfte Kapitel der vorliegenden Arbeit.

⁴⁶⁶ Vgl. Tugendreich, *Mütter- und Säuglingsfürsorge*, S. 255ff.; vgl. zu den statistischen Ergebnissen: Vögele, *Sozialgeschichte*, S. 159.

in ländlichen Gebieten die Stilltätigkeit keineswegs massiv zurückgegangen.⁴⁶⁷ Jedoch blieben der Topos der „Stillungsnot“⁴⁶⁸ und die Maßnahmen der Stillpropaganda eines der zentralen Anliegen der Bewegung. Unklar blieben auch die Gründe für die sogenannte Stillungsnot. Als Ursache wurde vor allem die weibliche Erwerbstätigkeit angeführt. Dabei war höchst umstritten, wie hoch die Zahl der Frauen war, die tatsächlich nicht stillfähig waren. Während die einen davon ausgingen, dass bis zu einem Drittel der Frauen nicht stillfähig waren,⁴⁶⁹ bestritten andere Veröffentlichungen diese Zahlen ganz energisch.⁴⁷⁰

Die „Renaissance der natürlichen Ernährung“ kann auf mehrere Faktoren zurückgeführt werden. Unter anderem war sie ein Korrektiv der hochfliegenden bakteriologischen Vorstellungen der 1880er und 1890er Jahre, als man glaubte, mit dem Soxhletschen Apparat, der die Keimabtötung der Muttermilch bewirken sollte, die Ernährung durch die Mutterbrust weitgehend überflüssig gemacht zu haben.⁴⁷¹ Wie im fünften Kapitel noch ausführlicher dargestellt wird, entwickelte sich die Stillpropaganda aber auch zu einem Instrument einer Körperpolitik, mit dem man die Geschlechterhierarchie in Teilbereichen aufrechterhalten und wiederherstellen konnte. Ein weiterer Bezugsrahmen war die Tatsache, dass Stillen schon seit der Aufklärung Ausdruck einer spezifisch bürgerlichen Familienvorstellung war, die im Gegensatz zum dekadenten adeligen Ammenwesen stand.⁴⁷² Diese sollte mit der Durchsetzung der Stillernährung auch auf die Arbeiterfamilien übertragen werden.

⁴⁶⁷ Solbrig, Aussprache, in: Rott; Bericht über die III. Landeskonferenz, S. 6: „Dabei ist bemerkenswert, dass durchschnittlich auf dem platten Lande 20:1000 mehr starben als in den Städten. Die Gründe hierfür müssen in anderen Faktoren als in dem mangelnden Stillen gefunden werden, denn auf dem Lande in Ostpreussen werden die Säuglinge fast durchweg gestillt, oft sogar länger als während des ersten Lebensjahres. Die erhöhte Sterblichkeit der Säuglinge auf dem Lande führe ich vor allem darauf zurück, dass es an Verständnis und Sinn für die einfachsten Regeln der Hygiene fehlt, wozu dann noch das Fehlen ärztlicher Hilfe in Erkrankungsfällen oder die Erschwerung, solche Hilfe herbeizuholen, kommt. Es bedarf deshalb der Osten und besonders das platte Land einer Säuglingsfürsorge in erhöhtem Masse.“

⁴⁶⁸ Hier zit. nach Tugendreich, Mütter- und Säuglingsfürsorge, S. 252.

⁴⁶⁹ Würtz, Säuglingsschutz, S. 13 und Agnes Bluhm, Die Stillungsnot, ihre Ursachen und die Vorschläge zu ihrer Bekämpfung, in: Zeitschrift für Soziale Medizin, Medizinalstatistik, Arbeitsversicherung, soziale Hygiene und die Grenzfragen der Medizin und Volkswirtschaft 3 (1908), S. 72-78, 160-172, 261-270, 357-392.

⁴⁷⁰ Vgl. Elisabeth Thiel, Ueber das Stillen von Wöchnerinnen, Med. Diss., Berlin 1914, S. 6; Tugendreich, Mütter- und Säuglingsfürsorge, S. 273.

⁴⁷¹ Vgl. Arthur Schloßmann/Otto Pankow/Erna Schloßmann, Über die Zunahme des Stillwillens, in: Klinische Wochenschrift 3 (1924), S. 79-81.

⁴⁷² Sabine Toppe, Die Erziehung zur guten Mutter. Medizinisch-pädagogische Anleitung zur Mutterschaft im 18. Jahrhundert, Oldenburg 1993; Vgl. auch Johanna-Luise Brockmann, Ammentätigkeit in Deutsch-

Von größerer Bedeutung war aber die Tatsache, dass Stillpropaganda auch das kostengünstigste Element der Säuglingsfürsorge war:

„Da es leider nicht in menschlicher Macht steht, die traurigen sozialen Verhältnisse vieler Tausende in den Großstädten zu beseitigen, so wird sich die Säuglingsfürsorge zunächst darauf beschränken müssen, [...] daß den Kindern die Mutterbrust erschlossen wird, [...].“⁴⁷³

Die weibliche Erwerbsarbeit blieb weiterhin Dreh- und Angelpunkt der Diskussion, insbesondere die Industriearbeit galt als ein wesentlicher Grund für die hohe Sterblichkeit der Säuglinge. Während die einen zumindest bereit waren, diese als „bittere“ Notwendigkeit anzuerkennen, argumentierten andere, dass „alle Bestrebungen zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit nur in beschränktem Maße wirken werden, wenn nicht die Frau auf ihren eigentlichen Beruf zurückgeführt [...] wird.“⁴⁷⁴ Die Konzentration der reformerischen Kritik auf die ausserhäusige weibliche Erwerbstätigkeit in den Fabriken macht die Stoßrichtung dieser Diskussion deutlich. Auch bei den Landarbeiterinnen war die schwere weibliche Arbeit für die Säuglinge lebensbedrohend. Die Herbst- und Winterkinder waren weitaus besser genährt und versorgt als die Säuglinge, die im Frühjahr geboren wurden, da die Frauen im Herbst und Winter im Haus arbeiten konnten.⁴⁷⁵ Die ländlichen Verhältnisse wurden zwar kritisiert, jedoch wurde die schwere Tätigkeit der Frauen in der Landwirtschaft nicht in Frage gestellt.⁴⁷⁶

Die dritte diskursive Formation, innerhalb derer sich die Säuglingsfürsorge entwickelte, und die eng mit dem Menschenökonomie-Diskurs verwoben war, drehte sich um den sogenannten Volkskörper. Innerhalb dieses Bezugsrahmens war es für die sich etablierende Pädiatrie von besonderer Relevanz, sich mit den Thesen zahlreicher Sozialdarwinisten

land (1750-1925). Eine Problemskizze zu einem vernachlässigten Thema der Sozialgeschichte, in: Zeitschrift für Pädagogik 28 (1982), S. 695-714.

⁴⁷³ Fritz Nesemann, Die Entwicklung der Säuglingsfürsorge und deren Stand 1907, in: Deutsche Vierteljahresschrift für öffentliche Gesundheitspflege 40 (1908), S. 450-482, hier S. 459.

⁴⁷⁴ Dietrich, Säuglingssterblichkeit, S. 91.

⁴⁷⁵ Medizinalabteilung, Die Säuglingssterblichkeit, S. 46.

⁴⁷⁶ Vgl. die Arbeiten von Marie Baum, die vor allem die Säuglingssterblichkeit in ländlicheren Gebieten untersucht hat: Marie Baum, Lebensbedingungen und Sterblichkeit der Säuglinge im Kreise Grevenbroich, in: ZfS 6 (1912), S. 197-208 und 309-316; dies., Lebensbedingungen und Sterblichkeit der Säuglinge in den Kreisen Mörs und Geldern, in: ZfS 4 (1911), S. 281-93, 309 -23 und 376-82. Vgl. auch Rosa Kempf, Die Hausmutter der landwirtschaftlichen Bevölkerung, in: Schreiber, Mutterschaft, S. 243-256.

auseinanderzusetzen, die der Kinder- und Säuglingssterblichkeit eine selektive Funktion zuschrieben und sich von ihr eine „Hebung der Rasse“ erhofften. Insofern waren für diese Gruppen die Beteiligung und die Hervorbringung des Volkskörperdiskurses von zentraler Bedeutung. Das Verhältnis der Kinderärzte zur Rassenhygiene bzw. zur Eugenik war jedoch ambivalent, da zahlreiche Vertreter der Rassenhygiene umfassende Maßnahmen der Säuglingsfürsorge als degenerierend ablehnten.⁴⁷⁷

Eine breite gesellschaftliche Unterstützung einer Auslese-These hätte das Selbstverständnis und die Bedeutung der Kinderheilkunde als medizinischer Disziplin erheblich eingeschränkt. Insofern musste es darum gehen, diese Thesen zu entkräften und Säuglingssterblichkeit als eine die Volkskonstitution schwächende Erscheinung zu beschreiben.⁴⁷⁸ Dabei verließen die Vertreter einer umfassenden Fürsorge für Säuglinge keinesfalls den Boden einer eugenischen Rechtfertigung.⁴⁷⁹ Sie verwendeten das Volkskörper-Argument im Sinne einer „positiven Eugenik“: Anstatt die Selektion durch Säuglingssterblichkeit zu betonen, konzentrierten sie sich darauf, die positiven Auswirkungen einer planmäßigen Säuglingsfürsorge auf die Konstitution des Volkskörpers zu beschreiben. Besonders deutlich geht dies aus dem weithin rezipierten ‚Handbuch der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge‘ hervor:

„Man [die Sozialdarwinisten, S.F.] meinte, daß durch die Säuglingsfürsorge nur minderwertige Kinder am Leben erhalten würden, welche man aus rassenbiologischen Erwägungen besser untergehen lassen sollte. Lieber wolle man eine geringere aber dafür vollwertige Nachkommenschaft als viele minderwertige Individuen unter dem Nachwuchs. Dem ist entgegen zuhalten, daß jeder, der mit solchen Argumenten die Existenzberechtigung des Säuglingsschutzes zu bestreiten sucht, völlig verkennt, daß die Säuglingssterblichkeit eben keine natürliche Auslese darstellt. Es ist ein leichtes [...], daß ohne fürsorgerischen Schutz nicht etwa nur minderwertige, nicht lebensfähige, unheilbar kranke, verkrüppelte, missgebildete Säuglinge vorzeitig absterben, sondern daß mit ihnen eine Unzahl vollwertiger,

⁴⁷⁷ Zum Verhältnis Eugenik/Kinderheilkunde vor allem Freeman, *Eugenics and the Gendering*, S. 358 und ausführlich Stöckel, *Säuglingsfürsorge*, S. 105-108, die allerdings die Unterschiede in der eugenischen Argumentation nicht so sehr hervorhebt. Dass zwischen den Vertretern der „positiven“ Eugenik und den Rassenhygienikern erhebliche Diskrepanzen bestanden, macht etwa die Besprechung von Seifferts Arbeit durch Ernst Rüdin deutlich. Rüdin kritisierte hier deutlich die Ablehnung der Selektionsthese durch Seiffert. Vgl. Ernst Rüdin, Max Seiffert, *Säuglingssterblichkeit, Volkskonstitution und Nationalvermögen*, in: *Archiv für Rassen- und Gesellschafts-Biologie* 3 (1906), S. 451-453.

⁴⁷⁸ Friedrich Prinzig, *Die angebliche Wirkung hoher Kindersterblichkeit im Sinne der Darwinschen Auslese*, in: *Centralblatt für allgemeine Gesundheitspflege* 22 (1903), S. 111-129.

⁴⁷⁹ Vgl. dazu auch ausführlicher das 2. Kap. dieser Arbeit.

durchaus heilbarer, zu den besten Hoffnungen berechtigter Kinder zugrunde gehen.“⁴⁸⁰

Stacey Freeman geht davon aus, dass die Kinderärzteschaft im Umfeld des nationalstaatlich ausgerichteten Kaiserin-Auguste-Victoria-Hauses zwar gegen Maßnahmen negativer Eugenik wie etwa Zwangssterilisationen Stellung nahm, jedoch den Diskurs um ein technokratisches Bevölkerungsmanagement zentral mitgestaltete.⁴⁸¹ Freemans überzeugender Interpretation zufolge schaffte es die Kinderärzteschaft, sich in diesem Diskurs um die quantitative und qualitative Verbesserung der Bevölkerung als die entscheidenden Expertengruppe darzustellen:

„[...] the pediatricians understood their professional project in terms of the rational management of a particular social group: mothers and their children up to age five. Moreover, pediatricians cast themselves as technologically sophisticated experts whose medicalized surveillance over this population contributed to the wider political goals of the German state.“⁴⁸²

Auch die dem Aufruf der Kaiserin beigelegte Informationsschrift, die an alle Vertreter der staatlichen Lenkungsbehörden versandt wurde, stellte sich gegen die Theorie der Auslese:

„Früher geltend gemachte wissenschaftliche Einwände, im besonderen die Darwinsche Selektionstheorie, haben sich als haltlos gezeigt. Als Beweis mag hier nur angeführt werden, daß Länder mit geringerer Säuglingssterblichkeit, z. B. das auf dem Gebiet des Kampfes gegen die Säuglingssterblichkeit weit voranschreitende Frankreich, regelmäßig auch eine geringere Kindersterblichkeit haben.“⁴⁸³

⁴⁸⁰ Engel/Behrendt, Säuglingsfürsorge, hier S. 36. Vgl. auch Würtz, Säuglingsschutz, S. 16. Ein vielfach angeführtes Argument bestand darin, dass zahlreiche „große Männer“ ebenfalls krankheitsanfällige Kleinkinder waren: „Und wenn weiter auch zugegeben werden soll, daß viele von Geburt auf und durch ihre ganze Jugend hindurch schwache Geschöpfe zu einer Verbesserung der Rasse nicht viel beitragen, ein Spinoza, Kant, Moltke, Helmholtz, Rousseau, Schiller und Heine, die alle während ihrer ganzen Jugend Sorgenkinder gewesen sind, beweisen, wie großes auch solche Individuen für die Entwicklung der Menschheit leisten können.“ Vgl. Schlesinger, Moderne Säuglingsfürsorge, S. 17f. In welcher Weise das Schicksal des deutschen Kaisers Wilhelm II., der ja ebenfalls als ein kränkliches Kind gegolten hatte, diese Diskussion beeinflusst hat, muss dahingestellt bleiben.

⁴⁸¹ Freeman, Eugenics and the Gendering, S. 359.

⁴⁸² Ebd., S. 359f.

⁴⁸³ HSA Düsseldorf, Reg. Düsseldorf, MF 945, Bl. 2 und 3. Dies wurde auch für die Frage der Militärfähigkeit herausgestellt: „Es ist statistisch nachgewiesen, daß die Gegenden mit größerer Kindersterblichkeit bei der Militäraushebung die wenigsten brauchbaren liefern und daß die meisten und kräftigsten Rekruten aus den Bezirken stammen, wo auch der Säuglinge wenig sterben.“ Vgl. Richard Hoerber, Moderne öffentliche Säuglingsfürsorge, gedrucktes Manuskript eines Vortrags vom 26. Januar 1910 in Augsburg, o. O. 1910, hier S. 25.

Mit diesen Überlegungen verbunden waren ebenfalls die bevölkerungspolitischen, militärischen und ökonomischen Motive, die als utilitaristische Argumentationsgrundlage dienten und sich an den zentralen Quellentexten nachvollziehen lassen.⁴⁸⁴

„Sollen wir die Prognose eines europäischen Krieges in der Zukunft in den Wind schlagen, mit der ein Graf Moltke uns gemahnt hat, kommenden Zeiten auch mit der ernstesten Sorge für einen wehrkräftigen Nachwuchs der Nation entgegenzusehen? [...] Solchen Aussichten gegenüber kann es auch der friedliebendsten Nation nichts nützen, nur Waffen zu schmieden, wenn sie nicht auch der kräftigen Arme sicher sein kann, sie zu führen: Hier ist der Punkt, an dem ein tieferes Studium der Säuglingssterblichkeit und vor allem des Einflusses, welchen ihre Ursachen auf die Konstitution und spätere Entwicklung der Überlebenden in das wehrfähige Alter hinein nachwirkend haben, einsetzen muß.“⁴⁸⁵

Die „Erhaltung der Wehrkraft“ über die Säuglingsfürsorge kann in dieser Perspektive durchaus als Teil der nationalen Aufrüstungspolitik begriffen werden.⁴⁸⁶

Alle drei relevanten Diskurse waren verwoben mit dem Vergleich mit anderen europäischen Staaten. Nicht nur dass diese, wie etwa Schweden, England und Norwegen, eine geringere Säuglingssterblichkeit vorweisen konnten, zudem hatten einige auch noch eine höhere Geburtenziffer.⁴⁸⁷ Dies galt zwar nicht für Frankreich, jedoch war dieses der Staat, der zum einen Vorbild, zum anderen Konkurrent in dieser Politik war. Den französischen *Gouttes de Lait* sollte mit der Stillpropaganda eine spezifisch deutsche Form der Säuglingsfürsorge – symbolisiert in der stillenden Mutter – entgegengesetzt werden.⁴⁸⁸ Darüber hinaus sollte das Deutsche Reich durch die umfassende Ausgestaltung und durch die öffentliche Abstimmung der Maßnahmen eine Führungsrolle in diesem für die Zeitgenossen

⁴⁸⁴ Max Seiffert, Säuglingssterblichkeit. Wichtig ist auch das Büchlein von Carl von Behr-Pinnow, das zwar erst 1913 erschien, in dem aber die Diskussion noch einmal zusammengefasst wurde. Behr-Pinnow nahm als Kabinettsrat der Kaiserin und als eifriger Förderer einer reichsweiten Vereinheitlichung der Gesundheitsfürsorge für Säuglinge und Kinder eine Schlüsselposition ein, vgl. Behr-Pinnow, Geburtenrückgang.

⁴⁸⁵ Seiffert, Säuglingssterblichkeit, S. 86.

⁴⁸⁶ Hoeber, Moderne öffentliche Säuglingsfürsorge, S. 28.

⁴⁸⁷ Schlesinger, Moderne Säuglingsfürsorge, S. 14f.

⁴⁸⁸ Vgl. GStA PK, I. HA Rep. 76, VIII B, Nr. 2764, Bericht Eduard Dietrichs vom internationalen Kongress der *Gouttes de Lait* in Brüssel am 1.10. 1907, Bl. 181-186, hier zit. nach 185f.: Dietrich stellte fest, „dass das französische Prinzip bei der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, die künstliche Ernährung durch Abgabe von einwandfreier Kindermilch zu verbessern, immer mehr zurücktritt gegenüber dem in Deutschland geübten Verfahren, in erster Linie die natürliche Ernährung und die Volksbelehrung zu begünstigen“.

so wichtigen Fürsorgezweig übernehmen.⁴⁸⁹ Säuglingsfürsorge verkörperte mehr als jeder andere Gesundheitsfürsorgezweig den Glauben an die Zukunft des Deutschen Reiches und dessen Machterhalt. Als Schnittpunkt restaurativer und fortschrittlicher Kräfte entwickelte sich die Förderung der Säuglingsgesundheit seit der Jahrhundertwende zum Gegenstand einer regelrechten Sammlungsbewegung, die breite Teile der Gesellschaft erfasste und politische Schranken überbrücken konnte.⁴⁹⁰ Vom ständisch-konservativen Kabinettscherr der Kaiserin wie Behr-Pinnow bis hin zu gemäßigten Vertreterinnen der Frauenbewegung wie Marie Baum waren unterschiedliche bürgerlich-adelige Eliten im Rahmen dieser Bewegung aktiv. Man war sich einig, dass die Gesundheit der Säuglinge verbessert und die Säuglingssterblichkeit gesenkt werden müsse. So spottete Otto Heubner, der erste Ordinarius für das Fach Kinderheilkunde:

„Wenn eine hochmögende Stelle die Trommel rührt, da pflegt die Herde immer zu folgen, es wird sogleich Mode, sich für die Idee zu begeistern, der allerhöchst Ausdruck gegeben wurde. [...] Bis dahin hatten sich Behörden wie Laien im großen und ganzen herzlich wenig um die Not der Säuglinge der unehelichen Mütter gekümmert; jetzt erwachte mit einem Male das Interesse bei aller Welt: Schriftstellerinnen hielten bewegliche Vorträge über die einschlagenden Übelstände, und die Damenwelt hörte tränenden Auges zu.“⁴⁹¹

Dieser „Aufstieg“ der Säuglingsfürsorge war Bestandteil eines grundlegenden Wechsels innerhalb der Gesundheitsfürsorge. Die herkömmliche weibliche Wohltätigkeitsarbeit, die einen wesentlichen Schwerpunkt in der Wöchnerinnenbetreuung gefunden hatte, wurde nach der Jahrhundertwende durch eine professionelle Gesundheitsfürsorge ergänzt. Durch die Beteiligung der Kaiserin und einflussreicher Staatsbeamter bekam sie zudem einen nationalen und imperialistischen Einschlag.⁴⁹²

⁴⁸⁹ „[...] die bestehenden Einrichtungen [werden] aus den Händen der Vereinswohltätigkeit, die sie gründeten, in städtischen Besitz und Betrieb übernommen [...], so daß sie die Stellung von Wohlfahrtseinrichtungen erhalten; unter Aufwendung großer städtischer Geldmittel vollzieht sich ihr Ausbau und ihre Erweiterung, während gleichzeitig die staatlichen Behörden anfangen, durch Verordnungen und andere Maßnahmen diese Bestrebungen zu fördern. Während am Ausgang des vergangenen Jahrhunderts Frankreich das klassische Land für die Säuglingsfürsorge war, sind heute deutsche Einrichtungen in vielfacher Hinsicht vorbildlich.“ Siehe Schlesinger, *Moderne Säuglingsfürsorge*, S. 11.

⁴⁹⁰ Weindling, *Hygienepolitik*, S. 50f.

⁴⁹¹ Heubner, *Lebenschronik*, S. 184.

⁴⁹² Weindling, *Health, Race*, S. 208f.

Ein wesentlicher Faktor, der den Professionalisierungsschub in der Säuglingsfürsorge unterstützte, war die Ausdifferenzierung der Kinderheilkunde als medizinischer Spezialdisziplin. Wie im vierten Kapitel noch ausführlich beschrieben wird, begann sich die Kinderheilkunde schon seit 1894 als medizinische Fachrichtung zu etablieren. Doch dieser Spezialisierungsschub ging langsam voran. Vor 1914 waren an deutschen Universitäten erst fünf Lehrstühle für Pädiatrie eingerichtet worden (Berlin 1894, Leipzig 1896, Breslau 1906, Straßburg 1910, München 1912).⁴⁹³

Doch obwohl die Säuglingsfürsorge immer wieder als dringende nationale Aufgabe betont wurde, tat sich der Reichstag sehr schwer, Gelder für diesen Zweck zu bewilligen. Schon im Jahre 1901 hatten die Sozialdemokraten gefordert, 30.000 Mark in den Etat einzustellen, um die Säuglingssterblichkeit zu bekämpfen. Sie waren zu diesem Zeitpunkt noch von den bürgerlichen Parteien verhöhnt worden. Erst im Jahr 1911 wurden erstmals 60.000 Mark für die Finanzierung des Kaiserin Auguste Victoria-Hauses bewilligt.⁴⁹⁴ Bis zum Ende des Kaiserreiches stieg der Beitrag auf immerhin 100.000 Reichsmark jährlich.⁴⁹⁵ Hintergrund einer gewissen „Reserviertheit“ gegenüber der Bewilligung von entsprechenden Summen war, dass selbst die Protagonisten einer von Reichsbehörden unterstützten Säuglingsfürsorge der Meinung waren, dass dieses Gebiet vor allem von den städtischen Wohlfahrtsbehörden organisiert und von diesen finanziert werden sollte.

„Es eignet sich aber kaum ein Gebiet wie dieses so dafür, unter eine starke Kontrolle der Gemeinden gestellt zu werden, denn die notwendige Exaktheit dieser Arbeit, in der der geringste Fehler oder kürzeste Aufschub die bedenklichsten Folgen haben kann, kann von den Organen der freiwilligen Liebestätigkeit allein nicht in genügender Form geleistet werden. Die Mutter- und Säuglingsfürsorge muß unbedingt durch das städtische Wohlfahrtsamt maßgeblich beeinflusst werden.“⁴⁹⁶

⁴⁹³ Vgl. ebd., S. 192. Vgl. zur Etablierung der Pädiatrie als medizinischer Spezialdisziplin das vierte Kapitel der vorliegenden Arbeit.

⁴⁹⁴ Die Säuglingsfürsorge im Reichstag 1912, S. 36.

⁴⁹⁵ Manfred Stürzbecher, Die Vor-, Gründungs- und Frühgeschichte des Kaiserin Auguste Victoria Hauses (KAVH) zur Bekämpfung der Säuglingsterblichkeit im deutschen Reiche im Spiegel der Reichstagsdebatten 1900-1930, in: Schriftenreihe zur Geschichte der Kinderheilkunde aus dem Archiv des Kaiserin Auguste Victoria Hauses 4 (1987), S. 24-42, hier S. 30.

⁴⁹⁶ Behr-Pinnow, in: Soziale Kultur 1913, hier zit. nach Witzler, Großstadt und Hygiene, S. 193.

Auch ein prominenter Vertreter des Preußischen Kultusministeriums forderte 1908, dass die Gemeinden kommunale Zentralorganisationen der Säuglingsfürsorge einrichten sollten.⁴⁹⁷

Stärker als bei anderen Bereichen der städtischen Hygienepolitik, wie etwa Kanalisation oder Straßenbau, hatten die Reichsbehörden jedoch am Ausbau der Säuglingsfürsorge ein elementares politisches Interesse. Seit ungefähr 1900 hatten vor allem die preußischen Ministerialverwaltungen begonnen, diesen Prozess, der zunehmend an öffentlicher Bedeutung gewann, durch gezielte Erlasse und Verordnungen zu begleiten.⁴⁹⁸ Insofern engagierten sich in diesem Fürsorgezweig nicht nur lokale Vereine und Kommunen, sondern auch staatliche Lenkungsbehörden. Wie die Mütter- und Säuglingsfürsorge auf den einzelnen Ebenen organisiert war und wie die Verbindungen der öffentlichen Träger untereinander aussahen, soll im Folgenden ausgeführt werden.

⁴⁹⁷ Dietrich, Fürsorgewesen, S. 56.

⁴⁹⁸ Vgl. Schlesinger, Moderne Säuglingsfürsorge, S. 11.

3.3 Die Organisation der Mütter- und Säuglingsfürsorge auf der Reichsebene

3.3.1 Formen der Intervention

Was bedeutete Mütter- und Säuglingsfürsorge für die Zeitgenossen zu Beginn des zwanzigsten Jahrhunderts? Auf die praktischen Formen der Mütter- und Säuglingsfürsorge wird im fünften Kapitel noch ausführlich eingegangen. Hier soll jedoch ein kurzer Überblick über das Vorgehen gegeben werden. Wie vielfältig die Maßnahmen waren, die unter dem Überbegriff „Säuglingsfürsorge“ zusammengefasst wurden, zeigt eine Veröffentlichung aus dem Jahre 1910. In diesem Jahr fasste eine Preisschrift der Lamey-Stiftung der Universität Straßburg die bis dahin existierenden Maßnahmen des Säuglingsschutzes pointiert zusammen. Verfasser war Dr. Adolf Würtz, leitender Arzt der Säuglingsheilstätte Straßburg und Gemeindewaisenarzt.⁴⁹⁹

Würtz teilte die verschiedenen Mittel des Säuglingsschutzes in drei Bereiche ein: Unter *Maßregeln zur Bekämpfung der hohen Säuglingssterblichkeit* verstand er ein sehr weites Netz von Maßnahmen, darunter Wohnungshygiene, Wasserversorgung, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, gesetzliche Regelungen zum Arbeiterinnen- und Mutterschutz, schließlich Hebammenwesen und Wochenbettpflege. Innerhalb der geschlossenen Fürsorge führt er Schwangeren-, Wöchnerinnen- und Mütterheime an.

Unter *Säuglingsfürsorge* im engeren Sinne ordnete er das Vormundschafts- und Ziehkinderwesen, die Regelung der Milchhygiene und Milchverteilung, die Einrichtung von Fürsorgestellen und die Verteilung von Stillprämien, den Ausbau von Krippen, Säuglingsheimen, Findelhäusern, Waisenasylen und schließlich Säuglingsheilstätten ein.

Wenn auch der Ausbau der geschlossenen Fürsorge für Mütter und Säuglinge im Vergleich mit den Zahlen der neuingerichteten Fürsorgestellen nicht den gleichen Stellenwert einnahm, so wurde doch eine Vermehrung der Säuglingsheime, Wöchnerinnenheime und Entbindungsstationen gefordert und auch begonnen.⁵⁰⁰ Die Institutionen der geschlossenen

⁴⁹⁹ Adolf Würtz, Säuglingsschutz. Die Ausführungen sollen hier dazu dienen, sich ein vorläufiges Bild von den fürsorglichen Maßnahmen zu machen, auf die dann im fünften Kapitel dieser Arbeit noch ausführlich eingegangen wird.

⁵⁰⁰ So Witzler, Großstadt und Hygiene, S. 196.

Fürsorge waren allerdings für die Kommunen weitaus kostenintensiver, insofern konnte ihr Ausbau nicht den gleichen Stellenwert erreichen wie die Maßnahmen der offenen Fürsorge.

Unter der Rubrik *Belehrung, Aufklärung und Organisation* beschrieb Würtz schließlich die Professionalisierung, Verberuflichung und Spezialisierung von Kinderärzten, Hebammen und Säuglingspflegerinnen sowie den Ausbau der staatlichen Organisationen.

Wie die Maßnahmen der Säuglingsfürsorge organisatorisch umgesetzt wurden, kann für die reichsstaatliche Ebene vor allem anhand des Ausbaus des Kaiserin Auguste-Victoria-Hauses (KVAH) in Berlin dargelegt werden. Seine Errichtung zeigt, dass Mütter- und Säuglingsfürsorge als nationale Aufgabe angesehen wurde. Diese Institution war nicht nur ein Prestigeobjekt des Deutschen Reiches, sondern auch der sich etablierenden Kinderheilkunde. Obwohl sich Friedrich Althoff in den neunziger Jahren sehr für die Schaffung eigener Lehrstühle für Kinderheilkunde an den Universitäten eingesetzt hatte, waren seine Bemühungen jedoch nur teilweise erfolgreich gewesen.⁵⁰¹ Insofern kam ein wesentlicher Anstoß für einen Professionalisierungsschub in der Säuglingsfürsorge von ausseruniversitärer Seite, denn das Kaiserin Auguste Victoria-Haus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit trieb gleichwohl den Ausbau der Kinderheilkunde sowie auch den der Mütter- und Säuglingsfürsorge voran.⁵⁰²

3.3.2 Der „Säuglingspalast“ des Deutschen Reiches. Das Kaiserin Auguste Victoria-Haus und die ihm angeschlossenen Organisationen.

An der Entstehungs- und Organisationsgeschichte dieser Anstalt und der mit ihr verbundenen Vereine lassen sich im Folgenden die Strukturen und die Ziele der staatlichen

⁵⁰¹ Vgl. Weindling, *Health, Race*, S. 192.

⁵⁰² Nach Bericht von Eduard Dietrich war Friedrich Althoff zunächst gegen die Gründung einer solch außeruniversitären Zentralanstalt, da er eine Konkurrenz für die Etablierung der Kinderheilkunde an den Universitäten fürchtete. Doch seien seine Bedenken sehr schnell der Befürwortung der Sache gewichen und er unterstützte die Angelegenheit durch seine Teilnahme und den Vorsitz am vorbereitenden Komitee. Vgl. Eduard Dietrich, *Das Kaiserin Auguste Victoria-Haus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reich*, in: *Zeitschrift für Säuglings- und Kleinkinderschutz* 11 (1919), S. 169-185, hier S. 176.

Säuglingsfürsorgebewegung deutlich machen. Eindeutig als „Reichsanstalt“ konzipiert, galt diese Institution als deutsches Prestigeobjekt und „Lieblingskind“ der Kaiserin.⁵⁰³ 1904 hatte sich auf ihre Initiative hin in Berlin eine „Gesellschaft zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit“ gegründet, in der sich alle einflussreichen städtischen und staatlichen Vertreter mit dem Thema Säuglingssterblichkeit beschäftigten.⁵⁰⁴ Es wurde die Einrichtung eines Musterinstituts für Säuglingspflege vorbereitet. Dieses sollte das internationale Renommee der deutschen Kinderheilkunde heben, neue Standards in Fragen der Säuglingsernährung setzen und die reichsweiten Bestrebungen bündeln und unterstützen. Die Finanzmittel, die für die Gründung der Anstalt aus den reichsstaatlichen und den preußischen Kassen flossen (das Reich gab 500.000 und Preußen 200.000 Mark als einmalige Zahlungen, s.u.), waren deshalb erstaunlich hoch, wenn man berücksichtigt, dass Gesundheitsfürsorge zu diesem Zeitpunkt nur sehr eingeschränkt als staatliche Aufgabe angesehen wurde. Wie weiter oben schon angeführt, wurden im Jahr 1911 vom Reichstag erstmals 60.000 Mark jährlich für den regelmäßigen Unterhalt des Kaiserin Auguste Victoria-Hauses bewilligt.⁵⁰⁵ Bis zum Ende des Kaiserreiches stieg der Beitrag auf immerhin 100.000 Reichsmark jährlich.⁵⁰⁶ Die Finanzierung der Anstalt blieb trotzdem problematisch, da keines der zuständigen Ministerien ausreichende regelmäßige Gelder für den Betrieb der Anstalt zur Verfügung stellte.

So bemerkte der preussische Finanzminister noch 1906,

„daß die Bestrebungen zur Verminderung der Säuglingssterblichkeit [...] vorzugsweise humanitären Charakter haben, daß demgemäß zu Trägern derselben die Wohltätigkeitsorganisationen und etwa die kommunalen Verbände zu machen seien, daß aber [...] von einem Eintreten mit staatlichen Beihilfen [...] Abstand genommen werden muss [...]. Dagegen erscheint es ohne grundsätzliche Erweiterung der staatlichen Aufgaben angängig, auch abgesehen von der Ausbildung der Ärzte an den Universitäten in der Kinderheilkunde, welche in den letzten Jahren eine

⁵⁰³ Zur Organisationsgeschichte des KAVH vgl. auch Castell Rüdtenhausen, *Volksgesundheit*, S. 208-224 und Stöckel, *Säuglingsfürsorge*, S. 248-260; ebenso Weindling, *Health, Race*, S. 204-209. Nach den Erinnerungen von Adalbert Czerny wurde der Entschluss zur Errichtung einer solchen Anstalt auf einer Versammlung der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde gefasst. Vgl. Czerny, *Pädiatrie meiner Zeit*, S. 65.

⁵⁰⁴ Weindling, *Health, Race*, S. 204; Stöckel, *Säuglingsfürsorge*, S. 185.

⁵⁰⁵ Die Säuglingsfürsorge im Reichstag 1912, S. 36.

⁵⁰⁶ Stürzbecher, *Die Vor-, Gründungs- und Frühgeschichte des Kaiserin Auguste Victoria Hauses (KAVH)*, hier S. 30.

bedeutende Ausgestaltung erfahren hat und durch den nächstjährigen Staatshaushalt erfahren wird, die wissenschaftlichen Forschungszwecke, welche die Musteranstalt sich zum Ziel gesetzt hat, zu unterstützen.“⁵⁰⁷

Während der Kostenvoranschlag von 1907 eine Gesamtsumme von 2,12 Mio. Mark vorsah, betrug das Finanzvolumen 1908 für die Gründung der Anstalt erst 1,63 Mio. Mark,⁵⁰⁸ Schon seit Ende 1905 hatte man versucht, nicht nur in Preußen, sondern im gesamten Reich Spendenkomitees zu gründen. Jedoch war man mit dem Aquirieren von Geldern für Berlin wenig erfolgreich. Entsprechend versuchte man in der Folgezeit schließlich, die Gemeinden des Reiches zu einem Finanzierungszuschuss für das KAVH zu bewegen:

„Von den Betriebskosten haben das deutsche Reich und Preußen zusammen etwa die Hälfte übernommen, da die eigenen Einnahmen zur Deckung des Restes nicht ausreichen, ist die Anstalt [...] auf Unterstützung von anderer Seite angewiesen. Euer Hochwohlgeboren wollten den Gemeinden namentlich den grösseren Stadtgemeinden nahelegen, sich schon jetzt ein besonderes Anrecht zur Inanspruchnahme der Anstalt durch Gewährung eines laufenden jährlichen Zuschusses zu den Kosten der Unterhaltung und des Betriebes zu sichern“⁵⁰⁹

Die Städte hatten jedoch wenig Interesse, sich an der Finanzierung des KAVHs zu beteiligen.⁵¹⁰ Ihr Widerstand konnte aber auch sehr weitreichende Folgen haben. Als die Stadt Kassel nicht den erwarteten Beitrag für die Errichtung des Hauses nach Berlin schickte, wurden auch für ihre Fürsorgeeinrichtungen staatlicherseits keine Gelder mehr zugesagt.⁵¹¹

⁵⁰⁷ GStA PK, I. HA Rep. 76 Kultusministerium (M), VIII B, Nr. 2764, Bd. 4, Bl. 63, 64, Schreiben des preussischen Finanzministers an den Minister der geistlichen pp. Angelegenheiten v. 4. Dez. 1906.

⁵⁰⁸ Castell Rüdtenhausen, Volksgesundheit, S. 210.

⁵⁰⁹ GStA PK, I. HA Rep. 77 Innenministerium (M), Tit. 719, Nr. 1 adhib. 5, Rundschreiben des preussischen Kultusministers an die Regierungspräsidenten und den Polizeipräsidenten zu Berlin v. 4. Dez. 1908.

⁵¹⁰ Die größeren badischen Städte lehnten fast einhellig etwaige finanzielle Beiträge für das KAVH ab. Vgl. die Korrespondenz der größeren badischen Städte StA Freiburg, C3, Nr. 381/6. Vgl. auch für die preußischen Städte das Kapitel 3.4.1.

⁵¹¹ GStA PK, I. HA Rep. 89 Geheimes Civilkabinett (M), H XIX Nr. 24552, Bl. 8, Schreiben des Kabinettsrates Behr-Pinnow an den Kabinettsrat Lucanus vom 24. März 1908, Bl. 8: Die Ablehnung wird mit der Haltung der Kaiserin begründet: „In der Hauptsache liegen die Gründe darin, daß Ihre Majestät zunächst gern die große Zentralanstalt in Charlottenburg sicher gestellt sehen möchte, welches noch nicht ganz der Fall ist, und daß gerade unter Berücksichtigung dieses Umstandes bei Gewährung von Mitteln an rein lokale Unternehmungen die Konsequenzen solcher Zersplitterung doppelt gefährlich werden könnten. Übrigens hat auch die Kommune Cassel sich zu dem großen Werke der Kaiserin — es handelte sich um einen nicht bedeutenden Jahresbeitrag — entgegen den Erwartungen aus mündlichen Konferenzen gänzlich ablehnend verhalten.“

Der Gründung des Reichskomitees waren zahlreiche Vorbereitungen im preußischen Kultusministerium vorangegangen. Trotz der ungeklärten Finanzierung hatte schon seit Oktober 1905 dort ein Komitee getagt, das die Errichtung der Anlage und die Gründung der reichsweiten Vereinigung vorbereitete. Vorsitzender war Friedrich Althoff, der seinen Widerstand gegen die geplante Institution schnell aufgegeben hatte.⁵¹² Althoff hatte zunächst befürchtet, dass der universitäre Ausbau der Kinderheilkunde beeinträchtigt werden könnte.⁵¹³ Aus diesem Ausschuss bildete sich 1906 das Deutsche Komitee zur Begründung einer Musteranstalt zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit. Otto Heubner erinnerte sich:

„Sofort ging es an den Entwurf der Pläne. Wir, [Eduard, S.F.] Dietrich und ich, hatten einen Komplex nicht teurer Baracken vorgeschlagen – da legte sich der Kaiser ins Mittel und beauftragte den genialen Messel, den Erbauer des Warenhauspalastes Wertheim, mit der Entwerfung eines Planes. So entstand denn ein Barockprachtbau, der freilich um das Vielfache kostspieliger wurde als unser einfach gedachter Komplex, aber dafür den Intentionen von S. M. entsprach [...]. Althoff, der Vielgebietende, hatte der ganzen Unternehmung anfangs ziemlich frostig gegenübergestanden; als er aber sah, daß der Kaiser sich der Sache angenommen hatte, änderte er den Kurs und war natürlich dann sehr bald Vorsitzender des Kuratoriums der Anstalt und Stiftung [...]“⁵¹⁴

Die Unterstützerliste war lang und umfasste viele illustre Namen aus der akademischen und politischen Welt. Alle Pädiater von Rang und Namen fanden sich hier.⁵¹⁵ Wie Weindling anführt, ist die Bedeutung des KAVH als sogenannte Reichsanstalt sehr hoch einzuschätzen, da es im zeitgenössischen Kontext nur wenige staatliche medizinische Anstalten gab.⁵¹⁶ Trotzdem war die Anstalt von Anfang an keineswegs unumstritten. Das Ausmaß des Vorhabens und dessen protziger Charakter führte bei zahlreichen Kinderärzten und Geburtshelfern, die sich seit Jahren mühten, bescheidene Gelder für ihre reformerischen Vorhaben oder für die Aufstockung der Lehrstühle für Kinderheilkunde „zusammenzukratzen“, zu erheblichem Unmut.⁵¹⁷ Schon die Planungsphase des Instituts war von Kon-

⁵¹² Weindling, *Health, Race*, S. 206.

⁵¹³ Stöckel, *Säuglingsfürsorge*, S. 249.

⁵¹⁴ Heubner, *Lebenschronik*, S. 180.

⁵¹⁵ Zusammenstellung der Unterstützer bei Stöckel, *Säuglingsfürsorge*, S. 251.

⁵¹⁶ Weindling, *Health, Race*, S. 206.

⁵¹⁷ Gerhard Joppich, *Das Kaiserin Auguste-Victoria-Haus und die Anfänge der Sozialpädiatrie in Deutschland*, in: *Der Kinderarzt* 6 (1975), S. 567-578, hier S. 571.

troversen zwischen den führenden Kinderärzten begleitet. Insbesondere Otto Heubner und sein Oberarzt Langstein polemisierten heftig gegen Philipp Biedert, dem vorgeworfen wurde, er wäre mit seinen Forschungen nicht mehr auf dem aktuellen ernährungsphysiologischen Stand.⁵¹⁸ Aus der politischen Perspektive waren es eher die konservativeren Vertreter innerhalb der Pädiatrie, die Einfluss auf den Ausbau und den Betrieb der Anstalt bekamen.⁵¹⁹ Die ständigen personellen Querelen und Rivalitäten blieben über lange Jahre kennzeichnend für den Betrieb des Hauses. Möglicherweise war die Positionierung des Projekts als Repräsentativ-Institution dafür verantwortlich. Schlossmann bezeichnete 1911 in einer Sitzung der preußischen Landeszentrale für Säuglingsschutz das KAVH als „Danaidenfass“. Die Akten des preußischen Finanzministeriums zeigen, dass es vor allem ein „Fass ohne Boden“ gewesen ist. Das KAVH war eindeutig ein „Prestigeobjekt“, das von vornherein zu groß und zu teuer angelegt war, wie der zuständige Referent im preußischen Innenministerium anmerkte.⁵²⁰ Anfang 1907 stand eine Summe von 950.000 Goldmark zur Verfügung, von denen das Reich 500.000 und Preußen 200.000 Mark übernommen hatten, der Rest stammte aus anderen Quellen.⁵²¹ Ein entsprechendes Grundstück hatte die Gemeinde Charlottenburg dem Kaiserpaar zu seiner Silberhochzeit geschenkt. Die Anstalt wurde 1909 eröffnet. Sie enthielt einen Musterkuhstall mit angeschlossenen Laboratorien,

⁵¹⁸ Stöckel, Säuglingsfürsorge, S. 249. Vgl. auch Philipp Biedert, Noch einmal die Musteranstalt, in: Archiv für Kinderheilkunde 44 (1906), S. 354-360, hier S. 559, der unverhohlen äußert: „Warum streiten wir uns also? Ehrlich: weil es sich nicht mehr darum handelt, was in der Anstalt gearbeitet wird, sondern wer es tut.“

⁵¹⁹ Eduard Seidler, Die Kinderheilkunde in der Gründungssituation des Kaiserin Auguste Victoria-Hauses, in: Leonore Ballowitz (Hg.), Schriftenreihe zur Geschichte der Kinderheilkunde 2 (1986), S. 5-13, hier S. 10.

⁵²⁰ GStA PK, I. HA Rep. 76 Kultusministerium (M), VIII B, 2799, Bd. 5, Bl. 235, Denkschrift Langsteins für den preussischen Innenminister (Randnotiz). Eindeutig auch das Urteil eines der führenden Ordinarii für Kinderheilkunde, Czerny: „Man übertrug das Protektorat über die Anstalt der deutschen Kaiserin und ihrem Kammerherrn, die ihre eigene Pädiatrie vertraten, und so entstand das Kaiserin-Auguste-Viktoria-Haus in Berlin. Äußerlich ein Palast, im Innern ein schlecht gebautes Säuglingsheim [...] Diese Anstalt [...], war nur ein Säuglingsheim, in dem gezeigt wurde, wie man mit sehr viel Geld wenige Säuglinge erhalten kann. Sozial kann man diese Leistung nicht nennen. Das Kaiserin-Auguste-Viktoria-Haus hatte noch den Beinamen: Anstalt zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche. Dazu muß ich bemerken, daß die Säuglingssterblichkeit in Deutschland ebenso abgesunken wäre, wenn das Haus nicht bestanden hätte. Kein medizinischer Fortschritt kam aus dem Hause. Es leistete nicht mehr wie jedes andere, sich weniger aufdringlich bemerkbar machende Säuglingsheim.“ Vgl. Czerny, Pädiatrie meiner Zeit, S. 65f.

⁵²¹ Nach Weindling waren die 200.000 Mark aus Preußen jährliche Beiträge, nach Stöckel beliefen sich die jährlichen Beiträge allerdings nur auf 25.000 Mark, vgl. Weindling, Health, Race, S. 206; Stöckel, Säuglingsfürsorge, S. 253.

eine Milchküche, Entbindungsstation, Wöchnerinnenheim und Abteilungen zur Versorgung kranker und gesunder Kinder. Ebenso gehörte eine Säuglingspflegeschule und eine Säuglingsfürsorgestelle zum Haus. Kurzum, das KVAH vereinigte alle Maßnahmen und Möglichkeiten der modernen Säuglingsfürsorge, die den Zeitgenossen bekannt waren.

Der erste ärztliche Leiter der Anstalt wurde Arthur Keller, der sein Amt aber schon 1911 wieder aufgeben musste, da ständige Querelen mit seinem Stellvertreter Langstein die Situation unhaltbar machten.⁵²² Auch die seinen Weggang begleitenden Auseinandersetzungen weisen darauf hin, dass die Reichsanstalt eine Spielwiese für Günstlinge der hohen Beamtenschaft und des Hofes war. Arthur Keller war von Althoff protegiert worden. Schon in den ersten Jahren wurde Keller durch erhebliche Schikanen und Intrigen von Seiten des Kuratoriums und innerhalb der Anstalt belastet. Keller machte sich zusätzlich unbeliebt, indem er sich darüber beschwerte, dass die Anstalt nicht nach wirtschaftlichen Maßstäben, sondern nach persönlichen Vorteilen geführt würde. So sei die erste Oberin des Hauses völlig unfähig und intrigensüchtig gewesen, eine Schwester habe schließlich wegen ihr Selbstmord begangen, trotzdem habe sie ihren Posten behalten können, da sie von Behr-Pinnow gefördert wurde. Zudem habe Otto Heubner ständig versucht, seine Schüler hineinzubringen und sei in seinen Bemühungen von Eduard Dietrich und Behr-Pinnow unterstützt worden. Insgesamt habe in der Anstalt großer Protektionismus geherrscht.⁵²³ Nach Althoffs Tod brachte sein Nachfolger im Kultusministerium Eduard Dietrich Leo Langstein als Kellers Stellvertreter in die Anstalt. Langstein galt als „Liebling der Kaiserin“ und auch als Protegé Behr-Pinnows. Er hatte also mächtige Gönner hinter sich.⁵²⁴

Die Kaiserin ließ sich regelmäßig von Behr-Pinnow über alle Vorgänge in der Anstalt berichten.⁵²⁵ Die extrem hohen Betriebskosten führten immer wieder zu finanziellen Eng-

⁵²² Joppich, Das Kaiserin Auguste-Victoria-Haus, S. 577.

⁵²³ GStA PK, I. HA Rep. 76 Kultusministerium (M), VIII B, Nr. 2798, Bd. 4, Bl. 184-207, Urteilsbegründung v. 6. März 1912 in Sachen Prof. Dr. med. Arthur Keller gegen die Stiftung „Kaiserin-Auguste-Viktoria-Haus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche“ vertreten durch den Vorsitzenden ihres Kuratoriums Herrn von Behr-Pinnow.

⁵²⁴ Castell Rüdtenhausen, Volksgesundheit, S. 212.

⁵²⁵ GStA PK, I. HA Rep. 92 Nachlass Althoff B (M), HVI, Rep 92, Nr. 29, Bd. 2, Bl. 31, Schreiben Eduard Dietrichs an Althoff vom 9. April 1908 „[...] Behr [...] ersuchte mich, Ihnen mitzuteilen, dass er es sehr beklagen würde, wenn Euere Excellenz [sc. Althoff, S.F.] dem Kaiserin Auguste Viktoria-Hause Ihr

pässen. Ständig mussten Fehlbeträge durch die Dispositionsfonds des Kaiserpaares ausgeglichen werden, die ihrerseits immer wieder dem Wunsch Ausdruck gaben, das KAVH müsse „in sachgemäßer Weise“ durch entsprechende Reichs- und Staatsbeihilfen gesichert werden.⁵²⁶ Dabei war jedoch strittig, ob Preußen oder das Reich die finanzielle Hauptlast tragen sollte. So wollte das Reichsamt des Innern seine Zahlungen nur erhöhen, wenn auch das preußische Finanzministerium seine Zuschüsse erweiterte.⁵²⁷ Erst 1923, nachdem ständige Beihilfen, Zuschüsse u.ä. für den Betrieb der Anstalt gegeben worden waren, forderten der preußische Minister für Volkswohlfahrt und der Finanzminister dringende Maßnahmen, die zu einer Verbilligung und zu einer Einschränkung im Betrieb führen müssten.⁵²⁸

Das Kaiserin Auguste Viktoria-Haus blieb sowohl in finanzieller als auch in fachlicher Hinsicht Gegenstand zahlreicher Auseinandersetzungen. Gerade Arthur Schloßmann, der einflussreiche Vorstandsvorsitzende des Düsseldorfer Säuglingsfürsorgevereins, auf den weiter unten noch ausführlich eingegangen werden wird, war ein Kritiker der Musteranstalt.⁵²⁹

Deutlich wird an der Diskussion um die Finanzierung des KAVH, dass die verantwortliche Ministerialbürokratie darauf zielte, Säuglingsfürsorge als nationales Projekt zu lancieren, die Gemeinden jedoch dafür aufkommen zu lassen. Der Finanzbedarf des KAVH überstieg auf Jahrzehnte die Bewilligungsbereitschaft des Reichstages, weitere Geldquellen mussten gefunden werden. Dies geschah vor allem durch die Gründung von Säuglingsfürsorgevereinigungen, die auf nationaler oder regionaler Ebene Spenden und öffentliche

Wohlwollen und Ihre Hilfe versagen würden. Er sei in der schwierigen Lage, von Ihrer Majestät den strengen Befehl erhalten zu haben, über alle Dinge, die das Kaiserin Auguste Victoriahaus angehen, der Kaiserin als Kabinettsrat Vortrag zu halten, noch ehe sie den Verwaltungsausschuss oder das Kuratorium beschäftigen. Ihre Majestät bringe häufig das Gespräch auf die Stiftung und äussere dann sogleich Wünsche, von denen schwer abgegangen werden könne.“

⁵²⁶ GStA PK, I. HA Rep. 76 Kultusministerium (M), VIII B, Nr. 2799, Bd. 5, Bl. 267.

⁵²⁷ GStA PK, I. HA Finanzministerium (M), Rep. 151, I C, Nr. 9071, betreffend die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit und des Geburtenrückgangs, Bl. 86.

⁵²⁸ GStA PK, I. HA Rep. 76 Kultusministerium (M), VIII B, Nr. 2800, Bd. 6, Rundschreiben vom 25. 4. 1923 und Schreiben des preußischen Finanzministers an den preußischen Minister für Volkswohlfahrt vom 29. September 1923.

⁵²⁹ Vgl. Arthur Schloßmann, Die Reichsmilchflasche, in: ZfS 4 (1910), S. 215-217. Vgl. auch GStA PK, I. HA Rep. 92, HVI, Althoff AI, Nr. 242 Säuglingsheim, Bd. 1, 1905-1907, Schreiben Schloßmanns an Althoff vom 13. Feb. 1906, Bl. 36-42.

Gelder einwerben und nach Berlin weiterleiten sollten. Die Kommunen und regionalen Eliten ließen sich aber nicht in dieser Form instrumentalisieren. Dies soll im Folgenden weiter erläutert werden.

3.3.3 Die Deutsche Vereinigung für Säuglingsschutz

„Der wesentlichste Fortschritt aber, glaube ich, in den letzten Jahren, der Fortschritt, um den uns alle Länder beneiden werden, ist der, dass wir jetzt zu einer vollständigen Zentralisation der Arbeit in der deutschen Vereinigung gekommen sind.“⁵³⁰ (Arthur Keller zu Gründung der Deutschen Vereinigung für Säuglingsschutz)

Die Initiative zur Gründung einer deutschen Organisation für Säuglingsschutz ging vor allem von Eduard Dietrich, einem der leitenden Medizinalbeamten im preußischen Kultusministerium (ab 1911 Innenministerium), aus, war aber auch durch die internationale Entwicklung motiviert. Da 1910 ein internationaler Kongress für Säuglingsfürsorge in Berlin stattfinden sollte, brauchte man auch eine Organisation, die diese Konferenz vorbereitete.⁵³¹

Arthur Keller begründete die Zentralisierung des Säuglingsschutzes mit dem Argument,

„[...] daß im Nachbarland bedeutend weniger Kinder zugrunde gehen, daß die Geburtenzahl, daß die Bevölkerungszunahme größer ist, das rüttelt die Aufmerksamkeit auf und so wird der Säuglingsschutz eine Nationalsache, aus der Fürsorge für das Individuum wird die Fürsorge für das Volk“.⁵³²

Gerade der Blick ins Ausland zeigte, dass die Erfolge bei der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit nur sehr schwer nachzuweisen waren. Man hoffte, dass das an den mangelnden Daten und nicht an den mangelnden Auswirkungen der Fürsorge lag. Insofern glaubte man, durch das Sammeln von umfassenden Daten auch effizienter den Erfolg der

⁵³⁰ Keller, Der Stand der Säuglingsfürsorge, S. 32.

⁵³¹ Eduard Dietrich, Die Deutsche Vereinigung für Säuglingsschutz 1909-1919, in: Zeitschrift für Säuglings- und Kleinkinderschutz 11 (1919), S. 429-437; vgl. auch Elmer Schabel, Soziale Hygiene zwischen sozialer Reform und sozialer Biologie: Fritz Rott (1878-1959) und die Säuglingsfürsorge in Deutschland, Husum 1995 (Abhandlungen zur Geschichte der Medizin und der Naturwissenschaften, 71), hier S. 45.

⁵³² Arthur Keller, Einheitsbestrebungen in der Säuglingsfürsorge, in: Archiv für Volkswohlfahrt 2 (1909), S. 592-598, hier S. 593.

Fürsorge nachweisen zu können.⁵³³ Um diesen Anforderungen gerecht zu werden, wurde am 18. Februar 1909 die Deutsche Vereinigung für Säuglingsschutz gegründet und am 19. Juni fand in Dresden die erste Mitgliederversammlung statt.

Im Vorfeld hatte man im preußischen Kultusministerium versucht, von Berlin aus die Gründung einzelner Landesorganisationen zu initiieren. Dies führte jedenfalls Eduard Dietrich als Motiv für die Gründung an:

„Wollten wir mit der Bildung von Landeszentralen Fortschritte machen, so konnte die Anregung dazu nur von einer Zentrale deutscher freiwilliger Wohlfahrtsorganisationen ausgehen, in der Vertreter der betreffenden Länder selbsttätig mitwirkten. Denn die Anregungen, die von einzelnen Persönlichkeiten aus der Reichshauptstadt versucht waren, hatten einen befriedigenden Erfolg nicht gehabt.“⁵³⁴

Die Deutsche Vereinigung sollte sich im Wesentlichen auf Organisations- und Koordinationsarbeit beschränken und die praktische Arbeit den einzelnen Landeszentralen überlassen, die zu diesem Zeitpunkt bereits in einigen Bundesstaaten bestanden und weiter gegründet werden sollten.⁵³⁵ Als ihr Hauptaufgabengebiet nannte Arthur Keller den Zusammenschluss der in der Säuglingsfürsorge tätigen Organisationen,

„ohne Beeinträchtigung ihrer Selbständigkeit, die Gründung von Landeszentralen und die Vertretung der deutschen Säuglingsfürsorge im Ausland. Die Praxis der Arbeit wird uns den Weg weisen, wie die Reichszentrale neben und mit den Landeszentralen fruchtbringend arbeiten kann, ohne daß sie sich gegenseitig stören.“⁵³⁶

Eine der wesentlichen Funktionen der Reichszentrale bestand in der Organisation von nationalen und internationalen Kongressen. Der erste deutsche Kongress für Säuglingsfürsorge wurde 1909 in Dresden abgehalten. Hier waren die Kernthemen die geschlossene Fürsorge in Form von Wöchnerinnen- und Säuglingsheimen und die Durchsetzung von Maßnahmen zur Förderung des Stillens.⁵³⁷ 1910 in München, 1911 in Berlin und 1913 in Breslau fanden die anschließenden Konferenzen statt, auf denen das Verhältnis zwischen Säuglingsfürsorge und Reichsversicherungsordnung, die Mitwirkung der Ärzte und He-

⁵³³ Ebd.

⁵³⁴ Dietrich, Die Deutsche Vereinigung, S. 431.

⁵³⁵ Vor allem in Hessen und Bayern.

⁵³⁶ Keller, Einheitsbestrebungen, S. 594.

⁵³⁷ Stenographischer Bericht über die Verhandlungen des I. Deutschen Kongresses für Säuglingsschutz und der Mitgliederversammlung der Deutschen Vereinigung für Säuglingsschutz in Dresden, Berlin 1909.

bammen, die Stellung der unehelichen Kinder und schließlich 1913 die Frage des Geburtenrückgangs erörtert wurden. Der Kongress von 1911 in Berlin fungierte gleichzeitig auch als der Dritte Internationale Kongress für Säuglingsschutz.⁵³⁸

Die Deutsche Vereinigung für Säuglingsschutz trieb die Gründung von Landeszentralen voran, deren Organisationsstruktur höchst unterschiedlich war. Die meisten waren keine staatliche Organisation, sondern die Verbindung mit staatlichen Stellen funktionierte über Personalunionen von Mitgliedern und Regierungsbeamten oder -vertretern. So war in Hessen der jeweilige Minister des Innern auch Vorsitzender der Landeszentrale für Mütter- und Säuglingsfürsorge.⁵³⁹ Der Deutschen Vereinigung waren die jeweiligen Landeszentralen angeschlossen und diesen sollten wiederum sogenannte Bezirks- und Provinzzentralen angeschlossen werden. Allerdings war die Organisation keinesfalls flächendeckend, da es in den meisten Teilen des Landes weder entsprechende Bezirks- noch Provinzzentralen gab.⁵⁴⁰

Die Organisationen waren also ‚Zwischen‘-Einrichtungen⁵⁴¹ zwischen staatlichen Lenkungsbehörden in der Person der jeweiligen Ministerialbeamten und den Leitern der regionalen Lenkungsbehörden. Ihre Aufgabe war es, die Fürsorgebestrebungen von der staatlichen bis auf die lokale Ebene zu vereinheitlichen und zu lenken. Dies wurde durch die Organisation von jährlichen oder zweijährlichen Kongressen sowie durch die Verteilung von Geldern und Propagandamaterial angestrebt.

1911 war am Kaiserin Auguste Victoria-Haus auch ein Organisationsamt für Säuglingsschutz gegründet worden, welches

„das sozialhygienische Institut der Stiftung Kaiserin Auguste Victoria Haus darstellt und als solches in der Hauptsache eigene theoretisch-wissenschaftliche und praktisch-organisatorische Arbeit auf dem Gebiete der Mutter-, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge leistet [...]“.

⁵³⁸ Vgl. Bericht über den dritten internationalen Kongress für Säuglingsschutz, (Gouttes de Lait), hg. von der Kongressleitung, redigiert vom Generalsekretär Professor Dr. Arthur Keller, Berlin 1912.

⁵³⁹ Pistor, Die Organisation, S. 3f..

⁵⁴⁰ Vgl. dazu auch Schabel, Soziale Hygiene, S. 47.

⁵⁴¹ Begriff zit. nach Labisch, Homo Hygienicus, S. 157.

Hier wurden Statistiken erstellt, Propagandamaterial entworfen, Auskunft an die Landeszentralen und an die Vereine gegeben. Ebenso liefen hier die von anderen Stellen in der Säuglingsfürsorge eingeforderten Gutachten und Berichte zusammen. Dagegen war die

„[...] Deutsche Vereinigung für Säuglingsschutz eine öffentliche wissenschaftliche Gesellschaft, in der Vertreter der Zentralorganisationen der Bundesstaaten und Fachleute der theoretischen und praktischen Fürsorgearbeit zu gemeinsamer Beratung und zur Bearbeitung bestimmter Fragen [...] zusammentreffen.“⁵⁴²

Während die Deutsche Vereinigung als Reichszentrale fungierte, wurden - wie oben erläutert - auf der Ebene der Bundesstaaten weitere Landeszentralen gegründet. Die größte war die Preußische Landeszentrale für Säuglingsschutz, deren Aufbau und Funktion im Folgenden erläutert werden soll.

3.4 Die Organisation der Säuglingsfürsorge im Königreich Preußen

Im größten Bundesstaat Preußen wurden zahlreiche Institutionen zur Säuglingsfürsorge eingerichtet. Abgesehen von Berlin, dessen Einrichtungen sowohl der Reichs- als auch der preußischen Ebene zugeordnet werden können, war in Preußen vor allem das rheinisch-westfälische Industriegebiet bei der Bildung von Säuglingsfürsorgeinstitutionen aktiv. Gerade im Regierungsbezirk Düsseldorf konnte man zum einen eine frühzeitig industrialisierte Region finden, zum anderen konnte die Gesundheitsfürsorge hier auf eine lange und einflussreiche Tradition zurückblicken.⁵⁴³ Folgerichtig gründete sich hier eine regionale Vereinigung noch vor der landesweiten preußischen Organisation. Die Gründung der entsprechenden Institution im Regierungsbezirk Düsseldorf erfolgte 1907, also drei Jahre vor der überregionalen preußischen Zentrale 1910, während die Provinzzentrale in Westfalen erst kurz nach ihr entstand. Insofern war die Gründung der Preußischen Landeszentrale Ergebnis und Motor der regionalen Säuglingsfürsorge zugleich. Ebenso wie die Deutsche Vereinigung für Säuglingsschutz war auch diese auf maßgebliches Betreiben von Eduard

⁵⁴² Fritz Rott, Entwicklung, derzeitige Gestaltung und bisherige Tätigkeit des Organisationsamtes für Säuglingsschutz, in: Zeitschrift für Säuglings- und Kleinkinderschutz 11 (1919), S. 204-215, hier S. 204f.

⁵⁴³ Alfons Labisch, Kommunale Gesundheitssicherung im rheinisch-westfälischen Industriegebiet (1869-1934) – ein Beispiel zur Soziogenese öffentlicher Gesundheitsleistungen, in: Hans Schadewaldt/Karl-Heinz Leven (Hg.), XXX. Congrès Internationale d’Histoire de la Médecine [Düsseldorf 31.8.-5.9.1986], Leverkusen 1988, hier S. 1077-1094.

Dietrich geschaffen worden. Trotzdem versuchte man, die Geschäfte der preußischen Landeszentrale, der Deutschen Vereinigung für Säuglingsschutz und des KAVHs zumindest organisatorisch voneinander zu trennen. Äußeres Signal war hier vor allem, dass die Geschäftsstelle der Preußischen Vereinigung nicht im KVAH eingerichtet wurde.⁵⁴⁴

Die konstituierende Versammlung der Preußischen Landeszentrale fand bezeichnenderweise im Offizierskasino der Kriegs-Akademie am 25. Januar 1910 statt.⁵⁴⁵ Die Teilnehmerschaft bestand vorwiegend aus Regierungs- und Ministerialbeamten, Professoren und Vertretern des Wirtschaftsbürgertums.⁵⁴⁶ Die anwesenden Frauen waren vor allem Ehefrauen der Honoratioren, keine Ärztinnen und keine Vertreterinnen der Frauenbewegung. Von diesen Frauen wurde einige Wochen später eine Damenkommission gebildet. Diese bestand aus 17 Frauen, deren Aufgabe es sein sollte, „neben der von der Landeszentrale aus zu betreibenden Werbearbeit an ihnen bekannte führende Personen der Frauenorganisationen heranzutreten“.⁵⁴⁷ So war eine der wichtigsten Fragen auf den Mitgliederversammlungen: „Wie gewinnen wir die Fühlung mit den arbeitenden Klassen?“⁵⁴⁸ Die anvisierten Organisationen waren vor allem nicht-sozialistische Arbeiterinnenorganisationen, wie der Gewerkverein für Heimarbeiterinnen, der Verein katholischer arbeitender Frauen und Mädchen, der Verein für Frauen und Mädchen der arbeitenden Klassen, Frauengewerkverein (Hirsch-Duncker), der Deutsch-Evangelische Frauen-Bund, der katholische Frauen-Bund und auch der Hebammenverein.⁵⁴⁹

Wie die Preußische Landeszentrale in ihrer ersten Werbebroschüre mitteilte, lag ein zentrales Motiv für die Begründung dieser Organisation darin, dass

„die Mittel, die dem Kaiserin Auguste Victoria-Haus für seine hohen Aufgaben zur Zeit zufließen nicht aus[reichen], um den Betrieb zu erhalten.“⁵⁵⁰

⁵⁴⁴ Schabel, Soziale Hygiene, S. 47.

⁵⁴⁵ Schlossmann, Reichsversicherungsordnung, S. 1.

⁵⁴⁶ StA Düsseldorf, III 1247, Bl. 25-29, Protokoll der konstituierenden Versammlung der Preußischen Landeszentrale am 25. Januar 1910 mit Mitgliederliste. An der konstituierenden Versammlung nahmen 77 Mitglieder teil.

⁵⁴⁷ Ebd., Bl. 61, Protokoll der Sitzung des geschäftsführenden Ausschusses v. 12. Mai 1910.

⁵⁴⁸ Ebd., Bl. 96, Einladung vom 1. Dez. 1910.

⁵⁴⁹ Ebd., Bl. 97-98, Protokoll der Sitzung des geschäftsführenden Ausschusses v. 13. Dez. 1910.

⁵⁵⁰ Ebd., Bl. 38, Broschüre: Zweck und Aufgaben der preussischen Landeszentrale für Säuglingsschutz.

Insofern lag eine wesentliche Funktion der Zentrale auch in der materiellen Unterstützung des KAVH. Dies stieß bei den zuwerbenden Mitgliedern gerade in der Rheinprovinz zunächst auf größtes Mißtrauen. Die Oberbürgermeister von Aachen, Köln, Düsseldorf, Elberfeld, Essen, Duisburg und Kassel lehnten einen Beitritt wegen der zu erwartenden finanziellen Belastungen zunächst ab.⁵⁵¹ Nachdem die Zentrale versichert hatte, dass sie kein „Geldbeschaffungsverein“ sei, sondern mehr organisatorisch wirken wolle, trat zumindest der Düsseldorfer Oberbürgermeister bei.⁵⁵² Daraufhin wurde er einige Tage später aufgefordert, der Landeszentrale potenzielle Spender in der Stadt zu nennen.⁵⁵³

Dem Ziel der Vereinheitlichung, vor allem der einheitlichen Erhebung von Spendengeldern, sollte die Gründung von Bezirks- und Provinzzentralen dienen. Diese Bemühungen stießen jedoch auf erhebliche Widerstände und die bestehenden Organisationen konnten sich durchaus als Konkurrenzunternehmen zur preußischen Zentrale entwickeln:

„Wie aus dem Bericht hervorgeht, stösst die Heranziehung von Mitgliedern aus den Provinzen auf immer grössere Schwierigkeiten. Auch wird durch die Begründung von Provinzial- und Bezirkszentralen, die in wachsender Masse ins Leben gerufen werden, der Landeszentrale immer mehr Boden in der Monarchie abgegraben. Und wenn diese Unterverbände der Landeszentrale bis jetzt mit einem nicht unerheblichen Kopfbeitrag angeschlossen worden sind, so ist doch der daraus entspringende Vorteil nur ein scheinbarer und nicht von Dauer. Er ist scheinbar, insofern diese Leistungen meist durch Gegenleistungen der Landeszentrale für Lieferung der Zeitschrift und für Verwaltungskosten aufgewogen werden; er ist voraussichtlich nicht von Dauer, da die Verbände durchweg auf eine Ermässigung bzw. Ablösung ihrer Leistungen drängen [...]“⁵⁵⁴

Staatliche Vertreter zielten darauf, den Ausbauprozess der Säuglingsfürsorge zu steuern und zu vereinheitlichen, ohne dafür größere Mittel aufzubringen. Die Begründung landesweiter Organisationen sollte vor allem der Geldbeschaffung dienen. Darüber hinaus wurden von den regionalen Lenkungsbehörden regelmäßige Berichte über den Ausbau der Säuglingsfürsorgebestrebungen eingefordert. In einer Rundfrage forderte der preußische

⁵⁵¹ Vgl. die Korrespondenz in ebd., Bl. 5-13.

⁵⁵² Ebd., Bl. 19, Schreiben von Behr-Pinnow an Düsseldorfer Oberbürgermeister v. 12. Jan. 1910 und Bl. 23, Schreiben von Krohne an Düsseldorfer Oberbürgermeister v. 2. März 1910.

⁵⁵³ Ebd., Bl. 43, Schreiben eines Vertreters der Preußischen Landeszentrale an Düsseldorfer Oberbürgermeister vom 15. März 1910.

⁵⁵⁴ GSStA PK, I. HA Rep. 76 Kultusministerium (M), VIII B, Nr. 2787, Bl. 67, 68, Schreiben der Preussischen Landeszentrale für Säuglingsschutz an den preussischen Innenminister v. 30. Dez. 1911.

Kultusminister 1908 von allen Regierungspräsidenten eine Aufstellung der bisher in der Säuglingsfürsorge gemachten Bestrebungen. Unter diesen schickte insbesondere der Regierungsbezirk Düsseldorf eine detaillierte Aufstellung. Hier bestand der Verein für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf e.V. (VfS Düsseldorf), der sich – wie schon erwähnt – als eine der ersten übergreifenden Einrichtungen für Säuglingsfürsorge erfolgreich etabliert hatte. Er galt schon bei der Gründung der Preußischen Landeszentrale als Vorbild für eine funktionierende Bezirkszentrale. Seine umfassende Arbeit stellte im Vergleich mit den anderen Regierungsbezirken eine Ausnahme dar.⁵⁵⁵ 1917 wurde der Verein dem preußischen Innenminister als beste Ausbildungsstelle des Regierungsbezirkes für Lehrerinnen in Säuglings- und Kleinkinderpflege empfohlen.⁵⁵⁶

Im Folgenden soll dieser rheinische Verein in seiner Entstehungs- und Organisationsgeschichte als ein Fallbeispiel ausführlich dargestellt werden. Diesem über die regionalen Grenzen hinaus bekannten Verein, der eine Vorreiterfunktion für weitere Gründungen dieser Art einnahm, wird anschließend sein westfälisches Pendant gegenübergestellt werden, als Beispiel für eine Provinzzentrale in einem eher ländlich geprägten Gebiet.

3.4.1 Der Regierungsbezirk Düsseldorf

Die Gründungsgeschichte des VfS Düsseldorfs kann das Verhältnis von staatlicher und kommunaler Fürsorgepolitik erhellen.⁵⁵⁷ Die Gründung des Vereins fand nach dem schon erwähnten Handschreiben der Kaiserin Auguste Viktoria von 1904 statt, das offiziell an die vaterländischen Frauenvereine gerichtet war. In diesem Schreiben forderte sie die

⁵⁵⁵ Vgl. die verschiedenen Antwortschreiben in: GStA PK, I. HA Rep. 76 Kultusministerium (M), VIII B, Nr. 2781 Akten betreffend die Berichte auf den Runderlaß vom 16. Juni 1908 (M 9501/07).

⁵⁵⁶ GStA PK, I. HA Rep. 76 Kultusministerium (M), VIII B, Nr. 2785, Bd. 2, Schreiben des Düsseldorfer Regierungspräsidenten an den preussischen Innenminister v. 14. März 1917.

⁵⁵⁷ Vgl. zum Regierungsbezirk Düsseldorf auch: Stöckel, Gesundheitswissenschaft; Castell Rüdénhausen, Die Erhaltung und Mehrung der Volkskraft; Woelk, Von der Säuglingsfürsorge zur Wohlfahrtspflege; und Elke Dahlmann, Der Verein für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf, Med. Diss., Düsseldorf 2001 (<http://www.ulb.uni-duesseldorf.de/diss/med/2001/dahlmann.pdf>). Die genannten Arbeiten dienen vor allem der Einführung ins Thema. Die im folgenden Kapitel bearbeiteten archivalischen Bestände sind für das Thema Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf bislang noch nicht umfassend aufgearbeitet worden.

wohltätigen Kreise auf, sich mit den Behörden zu vereinigen und sich an der Säuglingsfürsorge zu beteiligen.

Am 20. Oktober 1905 informierte der Oberpräsident der Rheinprovinz von Schorlemer den Düsseldorfer Regierungspräsidenten, dass in Berlin ein Musterinstitut zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit gegründet werden soll.

„Es wird dies durch eine Stiftung geschehen, welche auf wissenschaftlicher Grundlage vorgehen und unter anderem auch belebend und vorbildlich auf die bereits vielfach im Gange befindlichen lokalen Bestrebungen einwirken soll.“

Für den Aufbau dieser Stiftung bat er den Regierungspräsidenten, ein bis zwei geeignete Personen aus dem Regierungsbezirk zu nennen, die zu einer Gründungsversammlung nach Berlin einzuladen wären.⁵⁵⁸

In einem Schreiben vom 3. März 1906 regte der Oberpräsident die Gründung von Bezirkskomitees an, da die gesammelten Mittel für die Errichtung des Musterinstituts in Berlin noch nicht ausreichten. Der Regierungspräsident solle geeignete Persönlichkeiten des Regierungsbezirkes für die Sache gewinnen. Er nahm an, dass diejenigen Herren, die den Spendenaufruf von 1905 unterzeichnet hatten, auch zur Gründung eines Bezirkskomitees bereit seien.

„Abgesehen davon, dass die Arbeiten des Musterinstituts mittelbar den weitesten Kreisen zugute kommen werden, ist neuerdings auch beabsichtigt, aus dem Ertrag der Sammlungen einen besonderen Fonds zu schaffen, aus dessen Erträgen Forschungen verdienter Ärzte auf dem in Rede stehenden Gebiet auch in den einzelnen Provinzen Unterstützung finden sollen.“

Insbesondere solle auch darauf geachtet werden, Damen der verschiedenen Kreise an dem Unternehmen zu beteiligen.⁵⁵⁹

Am 24. März 1906 leitete Regierungspräsident Schreiber das Anliegen fast wortwörtlich an die Oberbürgermeister der größeren Städte des Regierungsbezirkes und an den

⁵⁵⁸ HSA Düsseldorf, Reg. Düsseldorf, MF 945, Bl. 1, Schreiben des Oberpräsidenten der Rheinprovinz Schorlemer an den Düsseldorfischen Regierungspräsidenten vom 20. Oktober 1905.

⁵⁵⁹ Ebd., Bl. 16, Schreiben des Oberpräsidenten der Rheinprovinz Schorlemer an den Düsseldorfischen Regierungspräsidenten vom 3. März 1906.

Landrat von Essen weiter. Am 16. Mai wurden auch die übrigen Bürgermeister und Landräte informiert.⁵⁶⁰

Am 26. Juni desselben Jahres hatten schließlich alle Städte und Landkreise des Regierungsbezirkes geantwortet. Jedoch bemerkten fast alle Antwortschreiben, dass die für die Bildung eines Komitees geeigneten Personen durchweg mit den Fürsorgebestrebungen in ihrer eigenen Gegend oder Ortschaft beschäftigt seien und dass dies auch vorgehe. Gerade finanzielle Opfer seien von den entsprechenden Personen nicht zu erwarten. Insbesondere die Oberbürgermeister der größeren Städte ließen diese Ansicht deutlich durchblicken und leiteten das Ansinnen des Regierungspräsidenten nicht einmal weiter, da sie nicht von lokalen Bestrebungen ablenken wollten. So betonte der Oberbürgermeister von Barmen:

„Was die Sammlung von Beiträgen angeht, so gestatte ich mir darauf hinzuweisen, dass in dieser Beziehung auf Barmer Kreise kaum gerechnet werden kann. Das Säuglingsheim, mit dessen Bau in allernächster Zeit hier begonnen wird, stellt an die Opferwilligkeit der dafür in Betracht kommenden Personen sehr hohe Ansprüche, dass vorläufig die Bereitstellung weiterer zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit dienende Mittel wohl nicht zu erwarten ist“.⁵⁶¹

Der Landrat von Krefeld stellte heraus, dass zunächst sicher gestellt werden müsse, dass es sich nicht *„um eine Anstalt handle, welche der Fürsorge des Staates unterliegt“*⁵⁶². Zudem müsse deutlich werden, dass die Arbeit des geplanten Musterinstitutes auch dem Regierungsbezirk zugute kommen würde.

Die Stadt Krefeld plante, sich vor allem für die Bereitstellung einwandfreier Säuglingsmilch einzusetzen, deshalb seien die Mittel erschöpft und es sei nicht sinnvoll, *„von den hiesigen örtlichen Bestrebungen abzulenken“*⁵⁶³. Auch der Landrat von Grevenbroich betonte ausdrücklich:

„Es werden gegen die Zentralisierung der Wohltätigkeitsbestrebungen Bedenken gehegt, die in unseren kleineren Gemeinden leicht zu einer Benachteiligung der lokalen Bedürfnisse führen kann.“

⁵⁶⁰ Ebd., Bl. 30, Verfügungen des Regierungspräsidenten vom 24. März und 16. Mai 1906.

⁵⁶¹ Ebd., Bl. 34, Antwortschreiben des Oberbürgermeisters von Barmen v. 17. Mai 1906.

⁵⁶² Ebd., Bl. 35, Antwortschreiben des Landrats von Crefeld v. 23. Juni 1906.

⁵⁶³ Ebd., Bl. 36, Antwortschreiben des Oberbürgermeisters von Crefeld v. 10. April 1906.

Der Landrat des Landkreises Essen sah die Schwierigkeit der Beitragserhebung vor allem unter finanziellen Gesichtspunkten. Er kritisierte, dass es sich bei den Spendenwünschen nur um höhere Summen handeln könne.⁵⁶⁴

So musste der Regierungspräsident schließlich nach einer Fristverlängerung und nach weiteren Versuchen, die Sache voranzutreiben, an den Oberpräsidenten die fast völlige Erfolglosigkeit der Angelegenheit melden. An finanziellen Mitteln sei nur die vergleichsweise geringe Summe von 8.420 Mark zusammengekommen und es hätten sich auch nur 18 Personen bereit erklärt, dem Bezirkskomitee beizutreten.⁵⁶⁵

In seinem Antwortschreiben auf die Nachfrage des Regierungspräsidenten hatte der Düsseldorfer Oberbürgermeister Marx Ende April 1906 unumwunden zugegeben, dass in Düsseldorf das Berliner Vorhaben als Konkurrenzunternehmen gesehen wurde:

„Irgend welche besonderen Bemühungen meinerseits nach dieser Richtung hin würden zur Zeit auch kaum im Interesse der Stadt Düsseldorf liegen, da das Programm der hier im Bau befindlichen allgemeinen städtischen Krankenanstalten die Errichtung einer ähnlichen Musteranstalt, wie sie für Charlottenburg geplant ist, vorsieht.“⁵⁶⁶

In den folgenden Wochen wurde das Vorhaben weiter vorangetrieben, nun scheinbar mit der Beteiligung Schloßmanns. Auch er zielte auf eine Organisation, die vor allem den Interessen des Regierungsbezirks dienen und erst in zweiter Linie Geld nach Berlin abführen sollte. Die Stadt Düsseldorf verfolgte den Plan allerdings argwöhnisch und am Ende des Jahres wies Oberbürgermeister Marx seinen Beigeordneten Greve mit dem Vermerk „vertraulich“ an:

„Wie ich erfahren habe, beabsichtigt Ihre Majestät die Kaiserin durch H. Prof. Schlossmann für das Rheinisch-Westfälische Industriegebiet ein Kinder [unleserlich] und Kinderheim-Institut, ähnlich wie ein solches in Berlin ist, unter dem Namen Kaiserin-Auguste-Kinderheim zu schaffen. Der Herr Oberpräsident ist durch das Kabinett der Kaiserin angewiesen, morgen mit Herrn Prof. Schlossmann in Düsseldorf zu verhandeln. Die Sache ist durchaus sekret zu behandeln [...]. Herr Schlossmann ist aber alsbald nach der Besprechung mit dem Herrn Oberpräsidenten auszufragen. Es muss aber jetzt die Frage geprüft werden, welchen Werth

⁵⁶⁴ Ebd., Bl. 42, Antwortschreiben des Landrats von Essen v. 4. Mai 1906.

⁵⁶⁵ Ebd., Bl. 83-88, Schreiben des Regierungspräsidenten Schreiber an den Oberpräsidenten der Rheinprovinz v. 22. 10. 1906.

⁵⁶⁶ Ebd., Bl. 39, Antwortschreiben des Oberbürgermeisters von Düsseldorf v. 27. April 1906.

eine solche Einrichtung für Düsseldorf hat, und welche Opfer dementsprechend die Stadt Düsseldorf bringen kann.“⁵⁶⁷

Greve antwortete, dass man sehr genau prüfen müsse, welche Aufwendungen die Stadt zu machen habe, wenn sie das Unternehmen an sich ziehe. Er plante Erkundigungen in Berlin über die Kostendeckung für das dort geplante Musterinstitut anzustellen.⁵⁶⁸ Am 1. Dezember 1906 fand die genannte Besprechung statt, an der wohl nur der Oberpräsident, der Regierungspräsident und Schloßmann teilnahmen.⁵⁶⁹

Schon am 19. Dezember fand eine weitere Besprechung statt, an der nun auch Oberbürgermeister Marx, der Beigeordnete Greve, Medizinalrat Bornträger, Regierungspräsident Schreiber und Schloßmann teilnahmen. Die von den Regierungsbehörden zunächst erwünschte Unterstützung des Berliner Musterinstituts wurde schließlich immer geringer. Nachdem zunächst noch geplant war, zumindest die Hälfte der Beiträge dem Kaiserin-Auguste-Viktoria-Haus zukommen zu lassen, hieß es in der Besprechung vom 19. Dezember schließlich:

„Es wird zu erwägen sein, nicht die Hälfte der Beträge, sondern lediglich die einer festen noch zu bestimmenden Summe weiterer Verhandlung mit Herrn Kabinettsrat von Behr-Pinnow in Aussicht zu nehmen, gegen die Verpflichtung der Anstalt, der Gesellschaft ihre Erfahrungen zum Wohle der Säuglingspflege mitzuteilen, andernfalls würde die Bereitwilligkeit zu geben leiden, wenn die Hälfte nach Charlottenburg ginge.“⁵⁷⁰

Man kam in der Folgezeit überein, dass das zu gründende Bezirkskomitee den Interessen des Düsseldorfer Regierungsbezirkes dienen und nicht Gelder für das Berliner Musterinstitut sammeln solle. Man hatte noch intensiv erörtert, ob man nicht besser die gesamte Rheinprovinz zum Tätigkeitsfeld der geplanten Organisation machen solle oder zumindest mit der Provinz Westfalen zusammen arbeiten solle. Diese Pläne wurden aber als zu unübersichtlich verworfen und man einigte sich auf das Gebiet des Regierungsbezirks Düs-

⁵⁶⁷ StA Düsseldorf III 1238 (nicht paginiert), Schreiben des Oberbürgermeister Marx an den Beigeordneten Greve vom 26.11. 1906.

⁵⁶⁸ StA Düsseldorf IV 37805, Der Verein für Säuglingsfürsorge Bd. II, 1908-1917, Schreiben des Abgeordneten Greve an Oberbürgermeister Marx vom 27. November 1906.

⁵⁶⁹ Arthur Schlossmann, Über die Organisation des Vereins für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirke Düsseldorf, in: Concordia 15 (1908), S. 239-249, hier S. 240.

⁵⁷⁰ StA Düsseldorf III 1238, Niederschrift über die Vorbesprechung betreffend Gründung einer Gesellschaft zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit v. 19. Dezember 1906.

seldorf,⁵⁷¹ der unter allen preußischen Regierungsbezirken über die höchste Geburtenrate verfügte.⁵⁷²

Mit dieser Konzeption, den Wirkungskreis des Vereins auf die Düsseldorfer Region zu beschränken, kam das Vorhaben nun richtig in Schwung. Am 6. Februar 1907 wurde in den Räumen des Regierungspräsidenten eine Sitzung abgehalten, zu der die bedeutenden Industriellen und die „sozial interessierten Persönlichkeiten“ des Regierungsbezirks eingeladen wurden. Schloßmann hielt eine engagierte und markige Rede, um potenzielle Unterstützer für den Verein zu gewinnen:

„Bisher glich der Kampf [gegen die Säuglingssterblichkeit, S.F.] einem Guerillakriege, bei dem wohl auch Taten großer Tapferkeit und Selbstaufopferung zu verzeichnen sind, dem aber die Einheitlichkeit der Disposition fehlt, durch die allein der Sieg zu erwarten ist. Und hier soll in erster Linie die Tätigkeit unseres Vereins einsetzen. Sie soll [...] der große Generalstab werden, der den Kriegsplan vorbereitet und den Feldzug leitet. Der Initiative und Tatkraft der detachierte[n] Truppenteile bleibt dabei wahrlich genug Spielraum zur Entfaltung ihrer freien Kräfte.“⁵⁷³

Die Stadt Düsseldorf stellte dem Verein eine einmalige Summe von 25.000 Mark sowie ein geeignetes Grundstück für den Bau des Vereinsgebäudes unter der Voraussetzung in Aussicht, dass der Vereinssitz dauerhaft in Düsseldorf bliebe.

Am 24. Juni 1907 folgte der schwierigste Teil des Unterfangens, nämlich die Städte und Landkreise des Regierungsbezirkes geschlossen zum Beitritt in den Verein zu bewegen. Schloßmann beschrieb die Diskussion als eine „*längere und sehr eingehende Aussprache*“⁵⁷⁴. Bedenken bestanden bei den Kommunen in dreifacher Hinsicht: Zum einen war von vornherein befürchtet worden, dass der Stadt Düsseldorf durch den Vereinssitz unangemessene Vorteile erwachsen würden. Des weiteren sorgte man sich, dass die jeweiligen lokalen Bestrebungen eine Einschränkung erfahren würden, wenn entsprechende Gelder an eine Zentralstelle weitergegeben würden. Drittens wurden Bedenken laut, ob es

⁵⁷¹ Ebd.

⁵⁷² Dietrich, Säuglingssterblichkeit, S. 49.

⁵⁷³ Schloßmann, Über die Organisation, S. 243.

⁵⁷⁴ Ebd.

nicht prinzipiell problematisch sei, Beiträge für einen Verein, der humanitären Zwecken diene, auf die Gesamtheit der Steuerzahler zu verteilen.⁵⁷⁵

Auch die Landkreise sollten mit einer kleinen Informationsschrift, die den Hinweis auf die geplante Steigerung des Milchverbrauchs erhielt, zum Beitritt in den Verein gewonnen werden:

„Es ist zu hoffen, daß durch die Tätigkeit des Vereins die Bedeutung der Milch als Volksnahrungsmittel, besonders als Nahrungsmittel für stillende Mütter und für die Kinder, die die Mutterbrust nicht oder nicht mehr bekommen, immer weitere Anerkennung findet und der hier so verbreitete Verbrauch ausländischer Konserven, Schweizermilch usw. eingeschränkt wird.“⁵⁷⁶

Wie weiter unten ausgeführt, blieben die Milchproduzenten aber skeptisch gegenüber der Begründung einer regionalen Säuglingsfürsorgeorganisation.

Ende Juni 1907 schrieb Schloßmann an Marie Baum, der designierten Geschäftsführerin des Vereins, dass die Gründung des Vereins langsam in Schwung komme:

„Vorige Woche haben die Städte und Landkreise die ihnen vom Regierungspräsidenten gemachten Vorschläge wegen Aufbringung der Mittel angenommen. Es gab dabei doch allerhand Schwierigkeiten, weil die Leute [...] nicht gern in den sauren Apfel beißen wollten, ungelegte Kreisgelder für sozialhygienische Zwecke aufzuwenden. Den vereinten Anstrengungen der beteiligten Herren ist es aber doch gelungen, endlich eine Einmütigkeit des Beschlusses herbeizuführen.“⁵⁷⁷

Es gelang also – wenn auch unter erheblichen Schwierigkeiten – alle Städte und Landkreise des Regierungsbezirkes geschlossen zum Beitritt in den Düsseldorfer Verein zu veranlassen. Die Gemeinden hatten nicht nur erhebliche Vorbehalte gegen die finanzielle Belastung, sondern auch gegen die Übertragung von fürsorgerischen Kompetenzen auf eine übergeordnete Institution, denn durch die Beteiligung von staatlichen Lenkungsbehörden war der Verein auf einer halbstaatlichen Ebene angesiedelt. Das Ziel, alle Städte und Landkreise unter einen Hut zu bringen, zeigte sich auch in der weiteren Vereinsgeschichte immer wieder als Problem. Trotz ihrer Vorbehalte brachten die Gemeinden und Landkreise eine jährliche Summe von 20.000 Mark für die Vereinstätigkeit auf. Gleichzei-

⁵⁷⁵ Ebd., S. 246.

⁵⁷⁶ Ebd., S. 249.

⁵⁷⁷ Universitätsbibliothek Heidelberg, Nachlass Marie Baum (EE), Schreiben von Schlossmann an Marie Baum vom 22. 6.1907.

tig zahlte die Provinzialregierung noch 6.000 Mark jährlich an den Verein. Mit einem Startvermögen von 429.463 Mark war die finanzielle Ausgangssituation des Vereins ausgezeichnet. Darin enthalten war ein einmaliger Beitrag der Stadt Düsseldorf von 25.000 Mark, der an die Bedingung geknüpft war, dass der Sitz des Vereins dauerhaft in Düsseldorf bleiben würde. Die privaten Geldgeber wurden eingeteilt in Stifter und Patrone. Stifter durfte sich nennen, wer einen einmaligen Beitrag von 10.000 Mark gestiftet hatte. Mit dieser Stellung war auch ein Sitz im Verwaltungsrat des Vereins verbunden. Patrone waren Geldgeber über 1.000 Mark.⁵⁷⁸ Das erste Mitgliederverzeichnis vom 31. März 1908 zählt 350 (korporative und nicht korporative) Mitglieder, davon waren 89 Patrone und 15 Stifter. Unter diesen Geldgebern waren fast alle namhaften Industriellen oder Industriebetriebe der Region, wie etwa Friedrich Bayer, Franz Haniel, Fritz Hardt, Otto Jagenberg, H. Lueg, Karl Rudolf Poensgen, Fa. Thyssen & Co., Bankhaus Trinkaus, Fa. von der Heydt, Fa. Friedrich Krupp AG. Fritz Henkel spendete die Säuglingsbaracke in Benrath, wollte aber ungenannt bleiben.⁵⁷⁹

Der Gründungsvorgang des Vereins macht zwei Sachverhalte deutlich. Zum einen zielten Vertreter des Reiches und des preußischen Staates darauf, die finanzielle Basis der geplanten „Reichsanstalt“ zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit durch private und kommunale Gelder aus den verschiedenen Landesteilen zu sichern. Zum anderen fiel die Anregung zur Gründung eines regionalen Spendenkommittees bei den Behörden und Honoratioren durchaus auf fruchtbaren Boden. Nur wurde das eigentliche Ziel gewendet. Statt die Gelder nach Berlin zu transferieren, wurden nun Kreis- und Gemeindegelder im Regierungsbezirk selbst zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit verwendet. Die nationale Symbolik, der die Errichtung der Reichsanstalt dienen sollte, stieß in der Region in dieser Form auf Desinteresse.

Der Verein wurde schließlich am 7. November 1907 in Düsseldorf gegründet. Er war einerseits ein Zusammenschluss aller Verbände auf der Kreis- und Kommunalebene, seine Gründungsmitglieder waren jedoch auch Vertreter der staatlichen Lenkungs- und Auf-

⁵⁷⁸ Schlossmann, Über die Organisation, S. 245.

⁵⁷⁹ Mitgliederverzeichnis, in: Geschäftsbericht VFS Düsseldorf 1 (1907/08), Anhang.

sichtsbehörden, wie etwa der Regierungspräsident. Das Ziel der Organisation lag darin, Gesundheitsfürsorge in einer durch rasche Industrialisierung geprägten Region zu gestalten, dabei mussten städtische Ballungszentren genauso wie ländlich strukturierte Gebiete berücksichtigt werden. Der Verein, der bis 1934 bestand, zählte neben den Vertretern der staatlichen und kommunalen Behörden außerdem bedeutende Industrielle und Industriebetriebe der Region, lokale Honoratioren und die größten Frauenvereine zu seinen Mitgliedern. Der Kinderarzt Prof. Dr. Arthur Schloßmann war aktives Gründungsmitglied und Vorsitzender des Vereins. Er war 1906 als Leiter der Kinderabteilung der neugegründeten Akademie für praktische Medizin nach Düsseldorf berufen worden.⁵⁸⁰ Mit seiner Mitgliederstruktur und seiner umfassenden Organisation konnte der VfS Düsseldorf einen maßgeblichen Einfluss auf die Gesundheits- und Sozialfürsorge im gesamten Regierungsbezirk gewinnen. Dadurch trug er dazu bei, dass das rheinisch-westfälische Industriegebiet eine Pionierrolle in der Gesundheitsfürsorge einnehmen konnte.

Die Organisationsstruktur des Vereins war durch den Verwaltungsrat und den Vorstand geprägt. Der Verwaltungsrat bestand 1. aus dem Oberpräsidenten der Rheinprovinz, 2. dem Regierungspräsidenten des Regierungsbezirkes Düsseldorf, 3. dem Landeshauptmann der Rheinprovinz, bzw. den jeweiligen Vertretern, 4. dann schließlich fünf Vertretern der Städte und Landkreise, die dem Verein als Mitglied angehörten. Diese wurden vom jeweiligen dienstältesten Landrat und Bürgermeister nach Absprache mit den übrigen Landräten und Bürgermeistern bestimmt. Dazu kamen 5. die Stifter, also die Mitglieder, die mehr als 10.000 Mark gezahlt hatten, und schließlich 6. die von der einmal jährlich stattfindenden Generalversammlung gewählten Mitglieder; diese sollten mindestens fünf, aber höchstens 15 an der Zahl sein.⁵⁸¹

⁵⁸⁰ Zur Person Schloßmanns vgl. Lehr, Auf neuen Wegen zu neuen Zielen; vgl. auch die Festschrift: Arthur Schloßmann und die Düsseldorf Kinderklinik. Festschrift zur Feier des 100. Geburtstages am 16. Dezember 1967, Düsseldorf 1967; Klaus Rücker, Prof. Schloßmann und der Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit in Deutschland zu Beginn des 20. Jahrhunderts, Med. Diss., Berlin/West 1959. Die Schreibweise des Namens wird uneinheitlich gehandhabt. Er selbst unterschrieb mit „Schloßmann“. Im folgenden wird im Text „Schloßmann“ verwendet und in den Fußnoten je nach Schreibweise in den Quellen verfahren.

⁵⁸¹ Schlossmann, Über die Organisation, S. 245.

Zu den Aufgaben des Verwaltungsrates gehörte die Leitung aller Vereinsangelegenheiten und die Überwachung der Geschäftsführung. Der Verwaltungsrat ernannte auch den Vorstand des Vereins, der aus einem Vorsitzenden und zwei Beisitzern bestand. Dem Vorstand oblag die gerichtliche und aussergerichtliche Vertretung des Vereins, die laufende Geschäftsführung und die Ausführung der Beschlüsse des Verwaltungsrates.⁵⁸²

Die Mitgliederzahl des Vereins stieg bis 1919 auf 431 an, wobei sich die absolute Mitgliederzahl kaum schätzen lässt, denn bei seiner Gründung hatte der VfS 350 Einzel- und Korporativmitglieder, wobei sich unter den Korporativmitgliedern zahlreiche lokale und regionale Wohltätigkeitsvereine befanden, deren Mitgliederzahlen sich nicht mehr bestimmen lassen.⁵⁸³

Das Vereinsgebäude, das sich in direkter Nähe zur Akademie für praktische Medizin befand, konnte aufgrund der außerordentlich günstigen finanziellen Lage des Vereins sofort nach der Gründung errichtet werden. Die Stadt Düsseldorf hatte das Grundstück für die große Jugendstilvilla an der Werstener Strasse zur Verfügung gestellt. Es war im Sommer 1908 bezugsfertig. Im Erdgeschoss gab es vier große Büroräume, einen Warteraum und eine Bibliothek. Im ersten Stock stand ein großer Saal für Vorträge oder Ausstellungen zur Verfügung. Die Geschäftsführerin konnte ebenfalls im Vereinsgebäude wohnen. Die direkte Nähe zur Klinik wurde von den Vertretern des Vereins positiv beurteilt.

„Die Lage des Verwaltungsgebäudes, am äußersten Rand der Stadt, begünstigt den Verkehr mit der akademischen Kinderklinik, was für die Abgabe der Milch aus dem Musterstall und weiterhin zu Zeiten der Abhaltung von Kursen, die zum Teil in der Kinderklinik, zum Teil im Verwaltungsgebäude stattfinden, von Nutzen ist.“⁵⁸⁴

Insgesamt aber wurde die Lage massiv kritisiert:

„Zugleich aber erschwert diese periphere Lage den persönlichen Verkehr mit dem Publikum, das sich nur langsam an die Überwindung der weiten, infolge der mangelhaften Verkehrsverhältnisse noch größer erscheinenden Wege gewöhnt. Unser Bestreben, uns mit breiten Kreisen der Bevölkerung in steter reger Fühlung zu hal-

⁵⁸² Ebd.

⁵⁸³ Vgl. Mitgliederverzeichnis, in Geschäftsbericht VfS Düsseldorf 1 (1907/08), Anhang.

⁵⁸⁴ Geschäftsbericht VfS Düsseldorf 2 (1908/09), S. 6f.

ten, wird, wie uns häufig sich wiederholende Äusserungen beweisen, vorläufig noch ungünstig durch diese Verhältnisse beeinflusst.“⁵⁸⁵

Neben dem eigentlichen Vereinsgebäude befand sich der sogenannte Lehr- und Musterstall. Die Notwendigkeit dieser Einrichtung war von Anfang an umstritten gewesen.⁵⁸⁶ Der Betrieb des Stalles wurde schließlich 1908 aufgenommen, kam aber nur etwas schleppend in Gang.⁵⁸⁷ Seit Januar 1908 bestand ein Vertrag mit der Stadt Düsseldorf, in dem diese sich verpflichtet hatte, die im Musterstall produzierte Milch zu 60 Pfennig pro Liter abzunehmen. Dieser Vertrag wurde jedoch zum 1. Januar 1911 gekündigt. Dies führte dazu, dass der Unterhalt des Stalles kaum noch aufrechterhalten werden konnte. Über die Gründe für die Kündigung ist nicht viel bekannt, scheinbar war die Stadt aber mit der Führung des Stalles nicht einverstanden, denn im Jahresbericht des Vereins beschwerte man sich:

„Leider sind nur aus unserer allernächsten Umgebung heraus unsere Bestrebungen auf diesem Gebiete nicht so voll gewürdigt worden, wie wir es gerne gesehen hätten und gerade da, wo man die Mißlichkeit unserer Düsseldorfer Milchverhältnisse am meisten hätte empfinden müssen, hat man unsere Arbeit auf diesem Gebiet nicht so geschätzt, wie sie es eigentlich verdient.“⁵⁸⁸

Man ließ von Seiten des Vereins den Stall schließlich durch zwei wissenschaftlich renommierte Gutachter beurteilen, die sich positiv über den Betrieb äusserten. Dennoch konnte der Betrieb des Musterstalles nicht aufrechterhalten werden. Dass die Existenz des Stalles insbesondere bei den ortsansässigen Landwirten auf Widerstand stieß, ist zu vermuten, da die Milchgewinnung, wie sie im VfS propagiert wurde, für den jeweiligen Landwirt einen deutlich erhöhten Kosten- und Arbeitsaufwand bedeutete.

Die ablehnende Haltung der regionalen Landwirte zeigte sich deutlich bei der Aufnahme eines Aufklärungsfilmes „In Todesangst um ihr Kind“, bei dem ein verschmutzter und ein sauberer Kuhstall in „erzieherischer“ Weise nebeneinander gestellt worden waren. Diese Aufnahmen hatten im Vorfeld für erheblichen Wirbel gesorgt, da die Landwirte der Region sehr empfindlich auf die künstliche Verschmutzung eines Milchstalles reagierten, der im Film als ein schlecht geführter Stall dargestellt werden sollte. Angeblich wäre dies

⁵⁸⁵ Ebd.

⁵⁸⁶ Schlossmann, Über die Organisation, S. 246.

⁵⁸⁷ Vgl. Dahlmann, Der Verein für Säuglingsfürsorge, S. 42.

⁵⁸⁸ Geschäftsbericht VfS Düsseldorf 3 (1909/10), S. 26f.

für die ansässigen Landwirte rufschädigend und werfe ein schlechtes Licht auf die regionale Landwirtschaft.⁵⁸⁹

Für die Verbesserung des Verhältnisses zwischen VfS und der ortsansässigen Landwirtschaft war es auch nicht hilfreich, dass der Verein Vergleichszahlen über die im Musterstall gewonnene Milch und die herkömmliche in Düsseldorf erhältliche Milch veröffentlichte. Angeblich enthielt die im Musterstall gewonnene Milch nur 200 Keime pro Kubikzentimeter, während in der Milch aus einem städtischen Milchhäuschen 2.400.000 Keime pro Kubikzentimeter gefunden worden seien. Laut den Vereinsvertretern

„ein Beweis dafür, dass bisher die Städtischen Krankenanstalten der Stadt Düsseldorf [die ihre Milch aus dem Musterstall des Vereins bezogen, S.F.] eine Oase in der Wüste des Milchschatzes darstellten.“⁵⁹⁰

Außer von den Landwirten, kam auch von Vertretern der katholischen Kirche Widerstand. Diese fürchteten die aufklärerische Arbeit der Säuglingsfürsorge und mögliche Ansätze einer Geburtenbeschränkung.⁵⁹¹

Das Ziel der Organisation war zunächst die Senkung der Säuglings- und Kleinkindersterblichkeit im Regierungsbezirk. Schon wenige Jahre nach seiner Gründung erweiterte der VfS sein Aufgabenspektrum um die Schulkinder- und Jugendfürsorge und die Tuberkulose- und Wohnungsfürsorge. Die Arbeit war so geplant, dass die Vereinszentrale durch eine umfassende Öffentlichkeitsarbeit und durch finanzielle Anschubförderungen Fürsorgeeinrichtungen in den Mitgliedsorten initiierte und beeinflusste. Dabei reichte das Spektrum der Einrichtungen sehr weit. Der Verein engagierte sich auf allen Gebieten, die als Teilbereiche der Säuglingsfürsorge galten: Einrichtung von Mütterberatungsstellen, Hausunterricht für Mädchen, Stillprämien, Zieh- und Haltekinderwesen, Wohnungsfürsorge, Wöchnerinnenheime, Stillstuben in Fabriken, Wanderlehrgänge in Säuglingspflege und Haushaltsführung. Im Juli 1909 nahm der Verein eine Schenkung von Otto Fellingner

⁵⁸⁹ HSA Düsseldorf, Reg. Düsseldorf, 38975a, Bd. 2, Zeitungsausschnitt aus der Landwirtschaftlichen Zeitung für die Rheinprovinz 14. Jg., 1913 und Düsseldorfer Tageblatt vom 8.4.1913, Nr. 97.

⁵⁹⁰ Geschäftsbericht VfS Düsseldorf 3 (1909/10), S. 30.

⁵⁹¹ BA Koblenz N 1151, Nr. 337, Nachlass Marie-Elisabeth Lüders, Bl. 194, 195. Memoiren-Manuskript. Vgl. auch HStAD R.D. 38976, Schreiben von Schloßmann an Regierungspräsident Kruse vom 22. Okt. 1910.

an. Die von ihm und seiner Schwester Henriette geführte Kuranstalt Stiftung Waldesheim in Düsseldorf Grafenberg wurde an den VfS Düsseldorf übertragen. Wenn auch mit der Schenkung der Anstalt 149.000 Mark Betriebskapital verbunden waren, bedeutete sie doch eine zusätzliche Belastung für den Verein. Um die Anstalt weiter betreiben zu können, waren erhebliche Investitionen für Umbaumaßnahmen notwendig. Nachdem die Anstalt schließlich im Frühjahr 1912 endgültig wieder in Betrieb genommen werden konnte, lief der Kurbetrieb jedoch nur schleppend. Erst seit 1913 konnten die Einnahmen der Anstalt die Ausgaben decken. Dieser normale Betrieb der Anstalt wurde jedoch dann durch den Kriegsausbruch 1914 unterbrochen und die Kuranstalt wurde als Reservelazarett eingesetzt.⁵⁹² Der Betrieb der Anstalt Waldesheim bedeutete eine zusätzliche Aufsplitterung der Vereinsaufgaben. Jetzt kam zu den Aufgaben des VfS auch die Erholungsfürsorge hinzu, die schließlich im Ersten Weltkrieg und vor allem in der Weimarer Republik als eine zentrale Form der städtischen Kinderfürsorge in den größeren Städten des Reiches eingeführt wurde.

Die Vielfalt der Aufgabengebiete war das Resultat des umfangreichen Schloßmannschen Ansatzes, der von Anfang an das Ziel verfolgte, aus dem Verein eine Musterorganisation zu machen. Die Stadt Düsseldorf hatte dem Verein das Baugrundstück nämlich nur unter der Bedingung überlassen, dass ein solcher Stall auf dem Gelände entstehen sollte. Dieser umfassende Ansatz, alle Bereiche der Gesundheitsfürsorge für Mütter und Säuglinge abzudecken, blieb die Stärke und die Schwäche des Vereins zugleich. Gegen die Kritik, dass man zu viele Ziele verfolge, argumentierte Schloßmann:

„Überall, wo man bisher das Düsseldorfer Programm der organisierten Säuglingsfürsorge in Kreisen von Fachmännern besprochen hat, ist als besonders anerkennenswert hervorgehoben worden, daß man hier nach einem völlig systematischen Plan und unter Ausnutzung aller sich bietenden Möglichkeiten vorzugehen beabsichtigt.“⁵⁹³

Auch die Öffentlichkeitsarbeit des Vereins wurde im zeitgenössischen Vergleich nach modernsten Maßstäben organisiert. Viel Aufwand wurde betrieben, um Flugblätter herauszugeben, die einerseits verständlich sein, aber andererseits auch dem aktuellen Stand der

⁵⁹² Dahlmann, Verein für Säuglingsfürsorge, S. 47.

⁵⁹³ Schlossmann, Über die Organisation, S. 248.

pädiatrischen Forschung entsprechen sollten. Ein Ziel war, dass alle 209 Standesämter des Regierungsbezirkes die aktuellen Flugblätter des VfS verteilten. Eine Umfrage des Vereins hatte nämlich ergeben, dass 1910 noch 93 Standesämter ein Flugblatt zur Säuglingsfürsorge des Medizinalbeamtenvereins von 1883 verteilten. 1909 wurde ein Wettbewerb für die Erstellung des besten in einem „volkstümlichen“ Ton gehaltenen Flugblattes ausgeschrieben. Ironischerweise führte einer der preisgekrönten Entwürfe den lateinischen (!) Titel „verba docent, exempla trahunt“.⁵⁹⁴

Konferenzberichte oder Vorträge wurden als „Veröffentlichungen des Vereins für Säuglingsfürsorge“ herausgegeben oder in der „Zeitschrift für soziale Medizin, Säuglingsfürsorge und Krankenhauswesen“ veröffentlicht. Seit 1908 wurde vom VfS die Zeitschrift „Mutter und Kind“ herausgegeben, die alle Mitglieder kostenlos erhielten.⁵⁹⁵ Zielgruppe dieser Veröffentlichung, die seit Oktober 1911 monatlich erschien, waren vor allem die Hebammen des Bezirks. Auch die Zeitschrift für Säuglingsfürsorge, von Schloßmann mit herausgegeben, wurde den Mitgliedern des Vereins seit Herbst 1910 kostenlos zugestellt.⁵⁹⁶

Daneben beteiligte sich der VfS bei zahlreichen Gesundheitsausstellungen.⁵⁹⁷ Neben zahlreichen Städteausstellungen und kleineren, themenbezogenen Ausstellungen ist an dieser Stelle vor allem die 1926 stattfindende GESOLEI zu nennen, die international große Beachtung finden sollte. Schloßmann war einer der Organisatoren und hat den Charakter der Ausstellung wesentlich geprägt.⁵⁹⁸ Darüber hinaus gab es eine rege Vortragstätigkeit. Allein Arthur Schloßmann und Marie Baum hielten im zweiten Vereinsjahr 38 Vorträge in

⁵⁹⁴ Das Flugblatt wurde veröffentlicht in: Mutter und Kind 2 (1909), S. 7-8. Vgl. Geschäftsbericht VfS Düsseldorf 3 (1909/1910), S. 10.

⁵⁹⁵ Geschäftsbericht VfS Düsseldorf 2 (1908/09), S. 39.

⁵⁹⁶ Geschäftsbericht VfS Düsseldorf 4 (1910/11), S. 12.

⁵⁹⁷ Städteausstellung Düsseldorf 1912, Ausstellung der „Union internationale des villes“ in Brüssel 1913, Baltische Ausstellung in Malmö 1914 und internationale Städteausstellung in Lyon 1914. Vgl. auch Dahlmann, Verein für Säuglingsfürsorge, S. 78.

⁵⁹⁸ Vgl. dazu Silke Fehlemann/Wolfgang Woelk, Der „Wiedergesundungsprozess des deutschen Menschen“. Zum Verhältnis von Gesundheit, Hygiene und Gesellschaft auf der Düsseldorfer Gesolei, in: Hans Körner/Angela Stercken (Hg.), 1926-2002 Ge So Lei. Kunst, Sport und Körper. Begleitbuch zur Ausstellung, Ostfildern-Ruit 2002, S. 186-192.

ihrer Funktion als Vereinsvertreter.⁵⁹⁹ Zudem organisierte der Verein drei große Konferenzen zu Themen aus dem Bereich der Sozialpolitik und der Gesundheitsfürsorge.⁶⁰⁰

Die Auskunftsstelle im Vereinsgebäude hatte die Aufgabe, nicht nur den in der Fürsorge tätigen beruflichen und ehrenamtlichen Kräften Informationen zur Verfügung zu stellen, sondern auch andere auswärtige Organisationen und Interessierte über die Arbeit des Vereins zu informieren. Die Anzahl der Anfragen war erheblich und stieg bis zum Beginn des Ersten Weltkriegs um ein Vielfaches an. Der Vereinsbericht von 1911/12 gibt die Zahl von 4221 an.⁶⁰¹ 1911 wurde unter Leitung Schloßmanns sogar der schon erwähnte Aufklärungsfilm erstellt, der mit dem Titel „In Todesangst um ihr Kind“,

„im Rahmen eines Kinodramas die Erkrankung eines unvernünftig gepflegten Kindes, die Gesundung durch die richtige Benutzung der vorhandenen Fürsorgeeinrichtungen, den Betrieb einer Beratungsstelle, einen guten und einen schlecht geführten Milchstall zeigt[e].“⁶⁰²

Innerhalb der Fürsorgearbeit verstand sich der VfS Düsseldorf vor allem als Koordinationsstelle sowohl für die Vermittlung und Weiterbildung von Fürsorgerinnen als auch für die Organisation und den Aufbau von Fürsorgeeinrichtungen. Im ersten Jahr seines Bestehens veröffentlichte der Verein eine Bestandsaufnahme der im Regierungsbezirk Düsseldorf vorhandenen Einrichtungen zur Säuglingsfürsorge in den Städten und Landgemeinden: Es bestanden neun kommunale Milchküchen, von denen zwei zum Zeitpunkt des Berichts in der Schließung begriffen waren, eine Milchküche in privater Trägerschaft, zwei Säuglingskrankenanstalten, (rein kommunale Säuglingsheime gab es 1908/09 noch gar nicht, allerdings gab es bei der Stadt Düsseldorf eine Pflegehausabteilung für Säuglinge). In zwei Fällen beteiligte sich die Kommune an einem privat geführten Säuglingsheim, weitere elf Säuglingsheime befanden sich in privater Trägerschaft. Nur zwei Kommunen unterhielten Mütterberatungsstellen, nämlich Essen und Mülheim/Ruhr, in fünf Orten wurden Mütterberatungsstellen durch private Träger organisiert, in zwei Fällen durch In-

⁵⁹⁹ Geschäftsbericht VfS Düsseldorf 2 (1908/09), S. 37.

⁶⁰⁰ Die Themen der Tagung waren „Berufsvormundschaft und Kostkinderfrage mit besonderer Berücksichtigung der im ersten Lebensjahr stehenden Kinder“ im April 1908, „Wohnungsfrage und Säuglingsfürsorge“ im April 1909 und „Fürsorge für ortsfremde oder nicht seßhafte Jugendliche“ im März 1914, vgl. auch Dahlmann, Verein für Säuglingsfürsorge, S. 80f.

⁶⁰¹ Geschäftsbericht VfS Düsseldorf 5 (1911/12), S. 13.

⁶⁰² Geschäftsbericht VfS Düsseldorf 6 (1912/13), S. 17.

dustriebetriebe (Fa. Bayer und Bergische Stahlindustrie).⁶⁰³ Der Schwerpunkt der kommunalen Fürsorgepolitik lag also zum Zeitpunkt der Vereinsgründung noch ganz deutlich auf der Bereitstellung von qualitativ guter Milch.

Ein weiteres wesentliches Standbein der Vereinstätigkeit lag in der Ausbildungs- und Weiterbildungsarbeit. Für die Vertreter des Vereins bestand ein wichtiges Anliegen darin, fachlich ausgebildete Kräfte zur Verfügung zu stellen, aber auch Wissen über Gesundheits- und Säuglingspflege in breite Kreise der Bevölkerung zu tragen. Um dies zu erreichen, bot der VfS Säuglingspflegekurse für junge Mädchen und Frauen an. Auf dem Lande sollte eine flächendeckende Verbreitung von Säuglingspflegekursen durch sogenannte Wanderhaushaltungsschulen realisiert werden. Diese sollten neben der Vermittlung einer hygienischen, gesundheitsfördernden Lebensweise und Haushaltsführung auch Kenntnisse in moderner Säuglingspflege vermitteln. Im Juli 1909 stellte der VfS eine eigene Wanderlehrerin an, die diese Aufgabe übernehmen sollte.⁶⁰⁴

Auf der professionellen Ebene bestanden Weiterbildungsangebote für Ärzte und Hebammen sowie für Tierärzte über Milchhygiene. In der Kinderklinik wurden Säuglingspflegerinnen ausgebildet, die der VfS weitervermittelte. Neben dieser aufklärenden weiterbildenden Tätigkeit richtete der Verein auch selbst Mütterberatungsstellen ein oder war Kommunen und Vereinen bei der Organisation derselben behilflich.

Es gab also sehr vielfältige Aufgabengebiete, die permanent erweitert wurden. Auf allen bis dahin existierenden Gebieten des Säuglingsschutzes war der Verein aktiv. Das Innovationspotential des Vereins erwies sich zugleich auch als seine Achillesferse. Das umfangreiche Aufgabenspektrum konnte auf Dauer nicht aufrechterhalten werden. Gleichzeitig macht die umfassende Vereinstätigkeit noch einmal deutlich, dass die Organisation durchaus als Konkurrenzunternehmen zum Berliner KAVH geplant war. Möglicherweise hatte Schloßmann die Planungen deshalb so gesteuert, weil er pikiert war, nicht umfassend am Berliner Vorhaben beteiligt worden zu sein, denn eigentlich galt er durch seine Arbeit

⁶⁰³ Geschäftsbericht VfS Düsseldorf 2 (1908/09), S. 27-35.

⁶⁰⁴ Geschäftsbericht VfS Düsseldorf 3 (1909/10), S. 21f.

am Dresdener Säuglingsheim als „der Experte“ auf dem Gebiet.⁶⁰⁵ Zur Preußischen Landeszentrale war sein Verhältnis jedenfalls sehr distanziert. Argwöhnisch verfolgte Schloßmann die Versuche der Landeszentrale, im Rheinland neue Mitglieder zu aquirieren. Er wies die Vertreter des VfS Düsseldorf an, dieser massiven Mitgliederwerbung entgegen zu treten und die Propaganda des Vereins auszuweiten.⁶⁰⁶

Auch die Konkurrenz der Mitgliedsstädte untereinander gefährdete gelegentlich die Kooperation. So wurde befürchtet, dass durch die Konzentration von Vereinsgründung und Vereinsitz in Düsseldorf, die Stadt vom Verein bevorteilt werden würde, denn der Sitz der Vereinszentrale in Düsseldorf störte die anderen großen Städte im Regierungsbezirk erheblich.⁶⁰⁷ Die Vertreter der Kommunen standen der Vereinsspitze keineswegs immer wohlwollend gegenüber. Gerade der direkte Ton des Vereinsvorsitzenden Schloßmann und seine wenig diplomatische Art, die eigenen Vorstellungen von effektiver Gesundheitsfürsorge durchzusetzen, waren Ursache von Konflikten. Zudem fühlten sich die kommunalen Vertreter durch die Arbeit und die Veröffentlichungen des Vereins kritisiert und gegängelt. Dies zeigt sich etwa in der Auseinandersetzung mit der Stadt Essen, die durch das Konkurrenzverhältnis zwischen Düsseldorf und Essen zusätzliche Nahrung erhielt. Die Stadt Essen kündigte 1910 die Beitragszahlung und die Mitgliedschaft, da die Stadt ein Wöchnerinnenheim und ein Säuglingsheim errichten und die Mitgliedsbeiträge für den Verein angeblich für diese Zwecke verwenden wollte.⁶⁰⁸ Da die Stärke des Vereins gerade darin lag, alle Städte und Kreise des Regierungsbezirkes zu Vereinen, hätte der Austritt der zweitgrößten Stadt des Regierungsbezirkes alarmierende Wirkung gehabt und möglicherweise weitere Austritte nach sich gezogen. Insofern betraf dieser Austritt die

⁶⁰⁵ So hatte Otto Heubner schon im August 1904 an den preußischen Kultusminister geschrieben, als erstmals die Frage der Errichtung eines großen Säuglingskrankenhauses in Berlin diskutiert wurde, dass er von der Errichtung eines zu grossen Säuglingskrankenhauses abraten würde, denn „auch das Dresdener Säuglingskrankenhaus, das durch das Organisationstalent seines Leiters (Prof. Schlossmann) einen verdienten Ruf genießt - ein Licht, daß man freilich auch trefflich verstanden hat unter dem Scheffel hervorzuheben - ist kein großes Institut [...]“, GStA PK, I. HA Rep. 76 Kultusministerium (M), VIII B, Nr. 2762, Schreiben von Otto Heubner an den preussischen Kultusminister v. 21. August 1904.

⁶⁰⁶ HSA Düsseldorf, Reg. Düsseldorf, MF 945a, Protokoll der Arbeitsausschusssitzung vom 30. Mai 1910, Bl. 261.

⁶⁰⁷ StA Krefeld 4/1628, Bl. 49-50, Protokoll der Sitzung des Verwaltungsrates des Vereins für Säuglingsfürsorge vom 28. April 1908, Bl. 49-50.

⁶⁰⁸ HSA Düsseldorf, Reg. Düsseldorf, 38976, Bd. 1 (nicht paginiert), Schreiben des Oberbürgermeisters v. Essen an den VfS v. 5.12. 1910.

Existenz des Vereins. Bei einer darauffolgenden Besprechung zwischen Schloßmann und Vertretern der Stadt Essen zeigte sich, dass die Vorbehalte der Stadt Essen tiefere Ursachen hatten. Schloßmann hatte in einem Artikel in der Zeitschrift für Säuglingsfürsorge ganz allgemein den bürokratischen Aufwand vieler Behörden und Ämter, die mit der Säuglingsfürsorge befasst waren, kritisiert.⁶⁰⁹ Dies fassten die Vertreter der Stadt Essen als Kritik an ihrer Säuglingsfürsorge auf und beklagten, dass Schloßmann nicht erwähnt habe, dass in den städtischen Krankenanstalten in Essen die Säuglinge ohne die vorherige Anlegung einer Akte aufgenommen werden würden, usw.⁶¹⁰ Auch der Artikel Schloßmanns über „Reichsversicherungsordnung und Säuglingsschutz“⁶¹¹ enthielt Kritik an kommunalen Einrichtungen und es werde nicht erwähnt, dass Essen in dieser Hinsicht vieles geleistet habe.

Da in beiden Veröffentlichungen die kommunale Sozialfürsorge tatsächlich nur sehr allgemein kritisiert wurde, liegt es nahe, zu vermuten, dass diese Kritikpunkte der Stadt Essen vorgeschoben waren. Im Verlaufe eines Gesprächs zwischen Schloßmann und den Vertretern der Stadt Essen wurde schließlich deutlich, dass die wirklichen Bedenken konkreter mit der Vereinsarbeit zusammenhingen.⁶¹² Der Verein solle kein Geld für Weiterbildungskurse für Ärzte und Hebammen ausgeben, denn diese Aufgabe sei Sache der Provinz. Des Weiteren sei es in weiten Kreisen Essens auf Unverständnis gestoßen, dass der VfS so eng mit Vertretern der Arbeiterschaft zusammenarbeite. So sei vom Verein ein Merkblatt mit dem Titel „Soll die Arbeiterschaft den Schutz von Mutter und Kind in ihr Programm aufnehmen?“ herausgegeben worden. Man solle aber die Arbeiterschaft nicht noch darauf stoßen, weitere Forderungen in ihr Programm aufzunehmen. Der deutlichste Vorwurf bestand aber darin, dass die Stadt Essen an den Vorteilen des Vereins nicht partizipierte. Schloßmann referierte die Kritik des Essener Oberbürgermeisters:

⁶⁰⁹ Arthur Schlossmann, Zwei wichtige Fragen aus dem Gebiete der Säuglingsfürsorge, in: ZfS 4 (1910), S. 233-237 und 266-270, hier S. 234f.

⁶¹⁰ HSA Düsseldorf, Reg. Düsseldorf, 38976, Bd. 1 (nicht paginiert), Aktennotiz zur Besprechung zwischen Schlossmann, dem Oberbürgermeister von Essen und seinem Beigeordneten Bucherius v. 23.12.1910.

⁶¹¹ Arthur Schlossmann, Reichsversicherungs-Ordnung und Säuglingsschutz, Drucksache Nr. 2 der Preussischen Landeszentrale für Säuglingsschutz, Berlin 1910, S. 7.

⁶¹² Zum Folgenden: HSA Düsseldorf, Reg. Düsseldorf, 38976, Bd. 1 (nicht paginiert), Aktennotiz zur Besprechung zwischen Schlossmann, dem Oberbürgermeister von Essen und seinem Beigeordneten Bucherius v. 23.12.1910.

„Das Hauptbedenken in Essen scheint mir der Gedanke zu sein, dass die Stadt Düsseldorf unangemessene Vorteile durch den Verein genießt, und dass der östliche Teil des Regierungsbezirkes Anspruch darauf habe, ebenso bevorzugt zu werden. Es sei gar nicht notwendig, die Hebammen nach Düsseldorf zu schicken, es wäre viel praktischer, wenn man sie in Essen ausbildete. Im übrigen habe Essen jetzt ein großartiges Krankenhaus, und auch für Säuglinge würden allerhand Maßnahmen geplant, so dass, was man in Düsseldorf kann, man alles auch dort könne.“⁶¹³

Dass der Austritt von Essen weitere Mitgliederkündigungen nach sich gezogen hätte, wurde auch im vorerwähnten Gespräch zwischen Vertretern der Stadt und des VfS deutlich. Geheimrat Holle aus Essen berichtete, „*dass auch noch andere Kreise und Städte auf seinem Standpunkt stünden*“.⁶¹⁴

Nachdem Schloßmann den Vertretern der Stadt Essen zugesagt hatte, in Zukunft mehr Veranstaltungen in Essen zu organisieren, konnte der Austritt Essens noch verhindert werden. Darüber hinaus schlug er dem Regierungspräsidenten vor:

„Notwendig erscheint es, dass wir an die Städte, deren Zeit abläuft, unsererseits zeitig herantreten, damit nicht erst in den Kommissionen Beschlüsse gefasst werden, deren Umstoßung immerhin mit Schwierigkeiten verknüpft ist.“⁶¹⁵

In den folgenden Jahren zeigte sich, dass die Stadt Essen kein Einzelfall blieb. Da im Düsseldorfer Verein zwischen den Städten und den sie umgebenden Landkreisen *de facto* eine Umverteilung stattfand, also die höheren Beitragszahlungen der größeren Kommunen die finanzielle Schwäche der kleineren ländlichen Ortschaften ausgleichen sollten, waren schon allein aus finanziellen Gesichtspunkten Konflikte mit den größeren Mitgliedsstädten vorprogrammiert. Im November 1913 beschwerte sich Marie Baum, die Geschäftsführerin des Vereins, dass die Stadt Duisburg ihren Jahresbeitrag eigenmächtig von 1.410 auf 50 Mark gesenkt habe. Die Stadt habe kritisiert, dass sie nicht genügend von den Mitgliedsbeiträgen profitiere. Baum monierte, dass diese Tatsache für alle kreisfreien Städte des Regierungsbezirkes gelte.

„Wir haben uns aber von Beginn unserer Tätigkeit an auf den Standpunkt gestellt, dass die Städte indirekt ein sehr erhebliches Interesse daran haben, wenn das sie umgebende Land mit Fürsorgeeinrichtungen besetzt wird [...]“⁶¹⁶

⁶¹³ Ebd.

⁶¹⁴ Ebd.

⁶¹⁵ Ebd.

Der Regierungspräsident besprach die Angelegenheit persönlich mit dem Duisburger Oberbürgermeister Robert Lehr und konnte – unter der Zusage, dass in Zukunft ein erheblicher Teil des Mitgliedsbeitrages für die Stadt Duisburg selbst verwendet werde – erreichen, dass der Beschluss in der Stadtverordnetenversammlung rückgängig gemacht wurde.⁶¹⁷

Auch Rheydt wollte 1913 die Mitgliedschaft kündigen.⁶¹⁸ Ebenso wie im Essener Fall ging es hier wieder stärker um Fragen der kommunalen Selbstdarstellung als um finanzielle Interessen. Scheinbar war Rheydt, in der ein städtischer Verein für Säuglingsfürsorge aktiv war, in den Statistiken des Vereins zu schlecht weggekommen. Schließlich konnte auch diese Kündigung mit der Zusage verhindert werden, der Verein werde sich vor der Veröffentlichung entsprechender Statistiken zuerst mit der Stadt Rheydt in Verbindung setzen.

Insgesamt aber blieb die Satzung des Vereins, nach der nur jeweils fünf Vertreter der Städte und Landkreise im Verwaltungsrat des Vereins mitbestimmen konnten, den kommunalen Mitgliedern ein Dorn im Auge. Gerade in der Zeit des Kaiserreiches sollte städtisches Selbstbewusstsein und städtische Selbstverwaltung für das liberale Bürgertum den mangelnden politischen Einfluss auf einer höheren Politikebene kompensieren.⁶¹⁹ Somit war es für die kommunalen Honoratioren nicht unproblematisch, sozialfürsorgerische Kompetenzen an eine halbstaatliche Ebene abzugeben.

Für den Verein glich diese Situation einem schwierigen Spagat. Auf der einen Seite mussten Sterblichkeitsverhältnisse und Fürsorgebestrebungen der Mitgliedsorte möglichst objektiv und angemessen dargestellt und veröffentlicht werden, daneben mussten die finanziellen Mittel des Vereins entsprechend der Bedürftigkeit möglichst gerecht verteilt werden. Dies stieß auf die jeweiligen Empfindlichkeiten der kommunalen Vertreter, die keinesfalls das Schlusslicht einer Statistik der Säuglingssterblichkeit sein oder im Ver-

⁶¹⁶ HSA Düsseldorf, Reg. Düsseldorf, 38976, Bd. 2 (nicht paginiert), Schreiben von Marie Baum an Regierungspräsidenten Kruse vom 25.11. 1913.

⁶¹⁷ Korrespondenz in: HSA Düsseldorf, Reg. Düsseldorf, 38976a, Bd. 2.

⁶¹⁸ Vgl. zum Folgenden die umfangreiche Korrespondenz in: HSA Düsseldorf, Reg. Düsseldorf, 38976a, Bd. 2 (nicht paginiert)

⁶¹⁹ Langewiesche, Liberalismus, S. 201f.

gleich mit den Fürsorgeleistungen anderer Städte schlecht da stehen und von ihren Vereinsbeiträgen entsprechend profitieren wollten. Umso bemerkenswerter ist es, dass der Verein bis zum Ende der Weimarer Republik Austritte verhindern konnte und Konflikte mit den Mitgliedsstädten in den uns überlieferten Fällen rasch beigelegt wurden. Nachdem im vorangegangenen Teil nun vorwiegend die regionale bzw. die interkommunale Organisation der Mütter- und Säuglingsfürsorge dargestellt wurde, sollen nun die Bedingungen der Fürsorgepolitik in zwei ausgesuchten Städten des Regierungsbezirkes dargestellt werden. Die Stadt Düsseldorf soll als Vereinssitz und Verwaltungszentrum des Regierungsbezirkes betrachtet werden. Dagegen wird Krefeld vor allem als wachsende Industriestadt mit hoher weiblicher Erwerbstätigenquote untersucht.

3.4.1.1 Düsseldorf

Obwohl Düsseldorf von den zehn größten Städten des Deutschen Reiches diejenige war, die bis zur Jahrhundertwende das größte Bevölkerungswachstum verzeichnen konnte,⁶²⁰ richtete sie im Vergleich mit anderen Städten dieser Größenordnung erst relativ spät eigene Säuglingsfürsorgestellen ein.⁶²¹ Während in den umliegenden Ortschaften, wie etwa in Ratingen und Hilden, schon 1909 Beratungsstellen eingerichtet wurden,⁶²² sind in Düsseldorf-Stadt erst 1913 kommunale Fürsorgestellen initiiert worden. Da der Verein für Säuglingsfürsorge in Düsseldorf seine Vereinszentrale besaß, erscheint dieses späte Engagement auf den ersten Blick erstaunlich. Vielleicht hat aber gerade der Sitz der Vereinszentrale in Düsseldorf, der die Stadt 20.000 Mark gekostet hatte, bei den Verantwortlichen den Eindruck hervorgerufen, genug auf diesem Sektor getan zu haben.

⁶²⁰ Die Bevölkerung Düsseldorfs stieg von 1871 mit 69 365 Einwohnern auf 253 274 im Jahr 1905. Das entsprach einem Wachstum von 265,1 Prozent. Vgl. Peter Hüttenberger, Düsseldorf, in: Hugo Weidenhaupt (Hg.) unter Mitarbeit von Manfred Fey, Geschichte von den Ursprüngen bis ins 20. Jahrhundert, Bd. 3; Die Industrie- und Verwaltungsstadt (20. Jahrhundert), Düsseldorf 1989, hier S. 112f. Vgl. zu Düsseldorf auch Jörg Vögele, „Düsseldorf – Eine gesunde Stadt“? Zur Entwicklung der Sterblichkeit in Düsseldorf im 19. und frühen 20. Jahrhundert, in: Düsseldorf Jahrbuch 69 (1998), S. 193-209.

⁶²¹ Vgl. zu Düsseldorf auch Ladd, City Planning; Bernd Balkenhol, Armut und Arbeitslosigkeit in der Industrialisierung — dargestellt am Beispiel Düsseldorfs 1850 – 1900, Düsseldorf 1976.

⁶²² Geschäftsbericht VfS Düsseldorf 3 (1909/10), S. 14.

Dagegen gab es in der Stadt Düsseldorf schon relativ früh Bestrebungen in der Wöchnerinnenfürsorge.⁶²³ Einer der ältesten Wohltätigkeitsvereine in der Stadt, der St. Ursula Verein, engagierte sich auf diesem Gebiet. Seit 1841 verteilten die Damen des Vereins Suppen an kranke und bedürftige Frauen und speziell an Wöchnerinnen. Seit den sechziger Jahren des 19. Jahrhunderts gehörte auch das Verteilen von Säuglingswäsche zu seinen Aufgabengebieten.⁶²⁴ Erst 1924 stellte er seine Tätigkeit ein. In diesem Zeitraum hatten seine Mitglieder in einigen Jahren durchschnittlich 150 Portionen Suppe am Tag verteilt.⁶²⁵

Als einer der ersten Städte war in Düsseldorf 1882 auf Betreiben des Arztes Dr. Hucklenbroich und des *Frauenvereins zur Unterhaltung eines Wöchnerinnen-Asyls für bedürftige Ehefrauen* ein Wöchnerinnen-Asyl eingerichtet worden.⁶²⁶ Die Aufnahmezahlen des Heimes erhöhten sich stetig. Während in den ersten neun Jahren des Bestehens noch durchschnittlich 117 Frauen jährlich dort entbanden, wurden im Geschäftsjahr 1911/12 schon 924 Geburten durchgeführt.⁶²⁷ Seit 1908 mussten dann auch unverheiratete Frauen aufgenommen werden, um einer Auflage der Kommune für eine höhere städtische Beihilfe zu entsprechen.⁶²⁸

Andere Formen der Wöchnerinnenfürsorge stießen auf größere Widerstände. In Düsseldorf hatte sich eine außergewöhnliche Organisation etabliert: Die beiden großen konfessionelle Fürsorgevereine, der *Katholische Fürsorgeverein für Mädchen, Frauen und Kinder* und der *Evangelische Frauen-Asylverein* hatten sich zu einem interkonfessionellen Verband unter dem Namen *Verband der Düsseldorfer Fürsorgevereine* zusammenschlossen und unterhielten ein Mütterheim und ein Versorgungshaus für uneheliche Müt-

⁶²³ Vgl. Dr. Möglich, in: Arthur Schlossmann (Hg.), *Die Düsseldorfer Kranken-, Heil- und Pflegeanstalten*, in Gemeinschaft mit den leitenden Ärzten und der Verwaltung hg. von Arthur Schlossmann, mit einem Geleitwort von Robert Lehr, Düsseldorf 1926.

⁶²⁴ StA Düsseldorf III 1255, Bl. 19, Fünfundzwanzigster Jahresbericht über die Wirksamkeit des unter dem Protektorat ihrer kgl. Hoheit der Frau Fürstin Josephine zu Hohenzollern-Sigmaringen stehenden Vereins der St. Ursula – Gesellschaft: Suppen zu bereiten und zu vertheilen an kranke Frauen und arme Wöchnerinnen während des Jahres 1866.

⁶²⁵ Vgl. ebd. StA Düsseldorf III 1255, Bl. 50, St. Ursula Suppenanstalt, Jahresbericht St. Ursula-Suppenanstalt von 1882.

⁶²⁶ Schlossmann, *Die Düsseldorfer Kranken-, Heil- und Pflegeanstalten*.

⁶²⁷ Vgl. StA Düsseldorf III 18467, Bl. 16-21, Die Jahresberichte des Vereins Wöchnerinnen-Asyl.

⁶²⁸ Ebd., Bl. 63f., Vertragsentwurf zwischen der Stadt Düsseldorf und dem Vorstände des Vereins „Wöchnerinnen-Asyl“ zu Düsseldorf und der Stadt Düsseldorf vom 5. Juni 1907.

ter.⁶²⁹ Von der Stadtverwaltung wurde diese Fürsorgearbeit keinesfalls nur als Entlastung wahrgenommen. Ein vom Oberbürgermeister in Auftrag gegebenes Gutachten legt dar:

„Seitdem die Vereine bestehen, werden eine große Anzahl schwangerer Mädchen nach Düsseldorf gezogen, die der Armenverwaltung später zumeist zur Last fallen. Da die Vereine die betreffenden Mädchen aufsuchen [...], also gewissermaßen heranholen, so fallen der Armenverwaltung viele Mädchen zur Last, die unter früheren Verhältnissen sich gar nicht an die Armenverwaltung gewandt haben würden.“⁶³⁰

Als 1912 ein unbekannter Wohltäter der Stadt Düsseldorf 100.000 Mark zur Fürsorge für bedürftige Wöchnerinnen zur Verfügung stellte, wurde nicht das Wöchnerinnenasyl bedacht, sondern das Geld sollte den geplanten Säuglingsfürsorgestellen zugute kommen.⁶³¹ Auch in Düsseldorf änderte sich der Fokus der Fürsorge. Anstelle der Wöchnerinnen kam nun der Säugling „in Mode“.

Ähnlich wie in den anderen Städten des Regierungsbezirks, legten in Düsseldorf die Vertreter des sehr einflussreichen Vereins für Säuglingsfürsorge ganz besonderen Wert auf eine kreisweise Organisation der Fürsorge. Insofern waren im Regierungsbezirk Düsseldorf gerade die Landkreise besonders aktiv. Während in Düsseldorf-Stadt selbst die Aktivitäten neben der gut ausgebauten Wöchnerinnenversorgung auf die Einrichtung der Kinderklinik und die Überwachung der unehelichen Säuglinge beschränkt waren, hatten die umliegenden Ortschaften, die später allerdings eingemeindet wurden, schon eine zugehende Säuglingsfürsorge eingerichtet.⁶³² Zudem wurden im Landkreis Düsseldorf bis 1911 zwei Kreisfürsorgerinnen angestellt, die auch Beamtenstatus erhielten.⁶³³

Vom Verein für Säuglingsfürsorge konnte die Stadt nicht weiter profitieren, ganz im Gegenteil: wann immer die Stadt Düsseldorf sich für ihre Einrichtungen Beiträge vom VfS erhoffte, wurde von Seiten zahlreicher Vereinsmitglieder das Argument vorgebracht, dass

⁶²⁹ StA Düsseldorf III 1241, Bl. 2 Verband der Düsseldorfer Fürsorgevereine: Satzung des Verbandes.

⁶³⁰ Ebd., Bl. 19, Gutachten des Beigeordneten o. D.

⁶³¹ Ebd., Bl. 306, Schreiben des Oberbürgermeisters von Düsseldorf an die Vorsitzende des Vereins Wöchnerinnen-Asyl v. 24. Okt. 1912.

⁶³² Vgl. die Kritik von Schlossmann: „Während fast alle Städte und sehr viele Landgemeinden im Regierungsbezirk Düsseldorf einer systematischen Säuglingsfürsorge erhöhte Aufmerksamkeit zugewandt haben, ist in der Stadt Düsseldorf, abgesehen von der Ueberwachung der Ziehkinder und der Versorgung der Säuglinge in den Krankenanstalten, nichts geschehen.“ Vgl. StA Düsseldorf III 4271, Bl. 1-4 Schreiben Arthur Schloßmanns an den Düsseldorfer Oberbürgermeister vom 9. Mai 1911.

⁶³³ Geschäftsbericht VfS Düsseldorf 4 (1910/11), S. 16.

gerade eine große und leistungsfähige Gemeinde wie Düsseldorf keine Zuwendungen erhalten solle. Die Möglichkeit, dass Düsseldorf bevorzugt werden könnte, habe schon bei der Gründung des Vereins größte Bedenken hervorgerufen.⁶³⁴

Die Stadt Düsseldorf bremste eher den Ausbau der Fürsorgemaßnahmen, als dass sie sie förderte. Während Schloßmann auf die Einrichtung von Säuglingsfürsorgestellen drängte, versuchte der Oberbürgermeister Oehler, die Angelegenheit zu verschleppen.⁶³⁵ Auf Eingabe von 17 liberalen Stadtverordneten wurde jedoch die Einrichtung von Beratungsstellen beantragt und schließlich einige Zeit später in der Stadtverordnetenversammlung beschlossen. Im Juni 1913 wurden sechs kommunale Fürsorgestellen unter der Leitung von Schloßmann eingerichtet.⁶³⁶ Ein eigener Fürsorgearzt und eine Fürsorgeassistentin verrichteten die Beratungsarbeit vor Ort. Mit diesen Anlaufstellen hatte Düsseldorf den Anschluss an die anderen Städte des Regierungsbezirkes gefunden. Während des Ersten Weltkrieges und der ersten Jahre der Weimarer Republik konnte Düsseldorf mit der Einrichtung des kommunalen Wohnungsamtes und der Familienfürsorge innerhalb der Gesundheitsfürsorge sogar eine Vorreiterrrolle einnehmen.⁶³⁷

3.4.1.2 Krefeld

An der Entwicklung der Mütter- und Säuglingsfürsorge in Krefeld kann verdeutlicht werden, wie die Kooperation der verschiedenen Handlungsträger einen umfassenden Ausbau der Säuglingsfürsorge vorantreiben konnte⁶³⁸. In Krefeld fand sich bei allen potentiellen Trägern der Bewegung großes Interesse für den Ausbau der Säuglingsfürsorge. Der Grund hierfür war womöglich die hohe Zahl weiblicher Erwerbstätiger in der Textilindustrie, dem wichtigsten Gewerbe der Stadt. Innerhalb der Säuglingsfürsorge befand sich

⁶³⁴ StA Krefeld 4/1628, Bl. 49-50, Protokoll der Sitzung des Verwaltungsrates des Vereins für Säuglingsfürsorge vom 28. April 1908.

⁶³⁵ Vgl. zum Folgenden die Korrespondenz in StA Düsseldorf III 4271, Generalia, Bl. 36-42 und Bl. 85.

⁶³⁶ Maßgebliches Argument für die Einrichtung der Beratungsstellen war der Verweis auf den Geburtenrückgang, vgl. ebd., Bl. 41 und 47.

⁶³⁷ Vgl. dazu auch Kap. 6 dieser Arbeit.

⁶³⁸ Wilhelm Kosenow, Die Frauenvereine als Pioniere der Sozialpädiatrie – dargestellt am Beispiel des Crefelder Frauen-Vereins, gegr. 1827, in: Der Kinderarzt 20 (1989), S. 1644-1653; Hüttenberger, Düsseldorf, Bd. 3, S. 113. 1905 besaß Krefeld etwa 110.344 Einwohner.

Krefeld in gewisser Weise in einer Konkurrenzsituation zu der kleineren Nachbarstadt Uerdingen, deren Säuglingsfürsorge als vorbildlich galt.⁶³⁹ So zeigten die kommunalpolitischen Vertreter der Stadt Uerdingen, eines späteren Stadtteils von Krefeld, schon früh Interesse, Säuglingsfürsorgeeinrichtungen zu etablieren. Seit 1907 beriet der Stadtrat über die Verteilung von Stillprämien. Für deren Einführung wurden verschiedene deutsche Kommunen angeschrieben und um Erfahrungsberichte gebeten.⁶⁴⁰ Die Stadt Krefeld setzte dagegen eher auf Beratungsarbeit und richtete Fürsorgestellen ein.

Schon seit den zwanziger Jahren des 19. Jahrhunderts hatte sich in Krefeld durch den *Krefelder Frauenverein* eine vergleichsweise umfassende Wöchnerinnenfürsorge etabliert.⁶⁴¹ Seit der Jahrhundertwende unterstützte auch der Vaterländische Frauenverein den Krefelder Verein; jetzt konnte dieser bei Bedürftigkeit der Wöchnerinnen auch eine Pflegerin zu Verfügung stellen.⁶⁴² 1908 wurde in Krefeld der städtische Verein für Säuglingsfürsorge gegründet, der enge personelle und inhaltliche Überschneidungen mit dem Frauenverein zeigte. Noch im gleichen Jahr riefen beide Vereine gemeinsam eine Mütterberatungsstelle ins Leben, der 1915 eine zweite Fürsorgestelle folgte.⁶⁴³

Die weitgehend durch Frauen aus adeligen und aus gehobenen bürgerlichen Schichten geführten Frauenvereine konnten in den nächsten Jahren mit der Unterstützung des ärztlichen Beraters Dr. Isidor Hirschfelder und des städtischen Beigeordneten Treutlein das Vereinseinkommen konsolidieren:

„Eine erstaunliche Erfindungsgabe entwickelten die Damen des Vorstandes [...], um der werktätigen Nächstenliebe zum Besten der Säuglingspflege Gelegenheit zu finanziellen Beisteuern zu geben. Immer fester wurde durch solche Einnahmen und außerordentliche Stiftungen die finanzielle Grundlage, und auch das Vertrauen der Stadt.“⁶⁴⁴

⁶³⁹ StA Krefeld 9/1840, Bericht des Kreisarztes über die Säuglingsfürsorge vom 9. 11.1908; Vgl. zur Säuglingsfürsorge in Uerdingen auch Johannes Thomassen, *Weder Samt noch Seide. Aspekte des Arbeiterlebens in Uerdingen 1890-1929*, Krefeld 1992, S. 174-178.

⁶⁴⁰ Vgl. die Schreiben des Uerdinger Bürgermeisters an verschiedene deutsche Städte, in denen schon Stillprämien verteilt wurden, in: StA Krefeld 9/3360, *Gewährung von Stillprämien*.

⁶⁴¹ Vgl. zur Geschichte des Frauenvereins auch Kosenow, *Frauenvereine als Pioniere der Sozialpädiatrie*.

⁶⁴² *Festschrift des Frauenvereins*, in: StA Krefeld F30.

⁶⁴³ Ebd.

⁶⁴⁴ Ebd., Bericht über das erste Jahr der Mutterberatungsstelle zu Krefeld 1908-1909.

Die solide finanzielle Entwicklung und die effektive Zusammenarbeit der Vereine führte dazu, dass die Stadt Krefeld 1913 einwilligte, eine jährliche Beihilfe von 2.000 Mark zur Anmietung von Räumen für den Betrieb eines Säuglingsheimes zu geben. Ab 1915 konnten in dieser Einrichtung schließlich Säuglingspflegerinnen ausgebildet werden. In der Beratungsarbeit wurde zwischen unehelichen und ehelichen Müttern getrennt, in die Fürsorgestelle kamen nur verheiratete Mütter, während für uneheliche Kinder eine gesonderte Ziehkindersprechstunde bestand.⁶⁴⁵

In Krefeld konnte die Säuglingsfürsorge also zum einen auf den Einrichtungen der Wöchnerinnenfürsorge aufbauen, zum anderen beruhte sie maßgeblich auf der Arbeit der lokalen Frauenvereine.⁶⁴⁶ Gerade die Zusammenarbeit zwischen Frauenvereinen und engagiertem Kinderarzt führte dazu, dass sich lokale Einrichtungen der Säuglingsfürsorge etablieren konnten. Das Krefelder Beispiel macht aber einen anderen Sachverhalt deutlich, der sich auch in anderen Städten zeigte: Bestand in den Kommunen ein einflussreicher Frauenverein mit verwandtschaftlichen Verbindungen zu den Honoratioren der Stadt, dann galt Säuglingsfürsorge als ideales Tätigkeitsfeld für die Frauen der gehobenen Schichten. Diese bestimmten dann über die Formen und Einrichtungen der Fürsorge, die Kommune konnte allerdings durch gezielte Förderungen steuernd eingreifen.

3.4.2 Die Provinz Westfalen

Als Gegenbeispiel für das hochindustrialisierte Rheinland kann die Provinz Westfalen angeführt werden. Hier gründete sich ebenfalls ein Verein für Säuglingsfürsorge, allerdings erst einige Jahre später als im Regierungsbezirk Düsseldorf, am 25. Februar 1910.⁶⁴⁷ Der Oberpräsident Staatsminister Freiherr von der Recke hatte an diesem Termin zu einer Gründungsversammlung in den Rathaussaal in Münster geladen. Einige Wochen vorher war die Bildung der Preußischen Landeszentrale erfolgt. Aufgrund dieser Übereinstim-

⁶⁴⁵ Geschäftsbericht VfS Düsseldorf 7 (1913/14), S. 47f.

⁶⁴⁶ Die Strukturen des Krefelder Frauenvereins werden auch im vierten Kapitel dieser Arbeit noch eingehend erläutert.

⁶⁴⁷ Cantauw-Groschek, „Es ist wichtiger“, S. 73.

mung der Termine liegt es nahe, dass auch die Gründung dieser westfälischen Provinzzentrale nach einer Initiative des preußischen Kultusministeriums erfolgt war.⁶⁴⁸

Zu dieser „stark besuchten“ Versammlung in Münster war Arthur Schloßmann als Vortragender eingeladen worden.⁶⁴⁹ Nach seinem Vortrag wurde beschlossen, dass ein Verein für Säuglingsfürsorge in der Provinz Westfalen errichtet werden sollte. Der Provinzialverein umfasste drei Regierungsbezirke, nämlich Münster, Minden und Arnsberg. Diese Regierungsbezirke waren im Provinzialverein jeweils durch einen Arbeitsausschuss vertreten. Vorsitzender des Arbeitsausschusses Münster war der Regierungspräsident von Münster, von Jarotzky.

Die Werbung von Mitgliedern war allerdings, wie man aus den Vereinsberichten erfahren kann, ziemlich erfolglos. Viele der Einzelpersonen, die sich nach dem Schloßmannschen Vortrag in Münster euphorisch in die ausliegenden Listen eingetragen hatten, zogen sich, als die Vereinsgründung real wurde, zurück.⁶⁵⁰ Von den Kreisen und Kommunen traten zwar sehr viele in den Verein ein, eine vollständige Erfassung wie im Regierungsbezirk Düsseldorf konnte jedoch nicht erreicht werden. Im ersten Jahr befasste man sich deshalb vorwiegend damit, sowohl korporative als auch zahlungskräftige Einzelmitglieder für den Verein zu werben. Dies gestaltete sich allerdings sehr mühsam. Von 168 angeschriebenen Einzelpersonen, die nach Solvenz und gesellschaftlicher Stellung ausgewählt worden waren, traten nur acht dem Verein tatsächlich bei.⁶⁵¹ Im Mai 1910 versuchte der Vereinsvorsitzende Hartmann, der selbst vorher Regierungspräsident des Bezirkes Mün-

⁶⁴⁸ Vgl. auch Kap. 3.4 in der vorliegenden Arbeit.

⁶⁴⁹ Geschäftsbericht VfS Westfalen 1 (1910), S. 3.

⁶⁵⁰ Hier hat es aber wohl auch erhebliche Pannen in der Vorbereitung gegeben. So schrieb der Vereinsvorsitzende Hartmann an seine Vorstandskollegen: „Von den Personen, welche in der Versammlung vom 15. Juni v. Jahres ihren Namen in die ‚Anmeldeliste zur Mitgliedschaft für den Provinzialverein für Säuglingsfürsorge in Westfalen‘ eingetragen haben, hat eine größere Anzahl sich zur Zahlung eines Beitrages nicht verstanden. Nach Besprechungen, die mit einzelnen Beteiligten stattgefunden haben, ist es zweifellos, daß hier nicht Nachlässigkeit vorliegt - [...] - sondern Absicht. Die Betreffenden erklären z. T., daß sie die Anmeldeliste für eine einfache Präsenzliste gehalten hätten und berichten ferner, daß eine Anmeldung für einen noch nicht vorhandenen Verein nicht bindend sei. Manche Landräte, Bürgermeister und Amtmänner haben jedenfalls nicht die Absicht gehabt, persönlich Mitglied zu werden, sondern nur die betreffende Körperschaft, (Kreis, Stadt, Amt) vertreten wollen.“ Vgl. StAMs, Reg. Münster Nr. 3520, Schreiben des Verwaltungsratsvorsitzenden Hartmann an den Verwaltungsrat vom 17. Oktober 1910.

⁶⁵¹ Ebd., Schreiben des Regierungspräsidenten zu Münster an den Vorsitzenden des VfS Westfalen vom 23. April 1910 (nebst Anlage).

ster gewesen war, noch einmal, alle Städte, Kreise und Ämter der Provinz zum Beitritt zu bewegen,⁶⁵² es kamen jedoch zahlreiche Absagen.⁶⁵³

Auch die finanzielle Ausgangssituation war mit der im Regierungsbezirk Düsseldorf nicht vergleichbar. Die Summe, die dem Verein zu Beginn seiner Tätigkeit zur Verfügung stand, belief sich auf 8.248 Mark (im Vergleich zu 429.463 Mark beim VfS Düsseldorf). Nur vier Mitglieder spendeten einen einmaligen Beitrag von mehr als 500 Mark. Das lag vor allem an der geringeren Zahl von zahlungskräftigen Industriellen in der Provinz. Die Mitgliederliste weist deutlich weniger Personen aus dem Wirtschaftsbürgertum auf als beim gleichnamigen Verein im Regierungsbezirk Düsseldorf.⁶⁵⁴ Alle korporativen Mitglieder zusammen brachten nur einen Jahresbeitrag von 2.230 Mark auf. Allerdings beteiligten sich in Westfalen deutlich mehr Frauen und Frauenvereine. In der Provinz Westfalen war die Organisation der Säuglingsfürsorge durch die Arbeit der Vaterländischen Frauenvereine dominiert, deren Engagement durch einige große Städte und Landkreise finanziell unterstützt wurde.⁶⁵⁵

Obwohl beide Vereine innerhalb der Preußischen Landeszentrale Bezirks- bzw. Provinzzentralen darstellten, kann von einer gleichförmigen Organisation nicht die Rede sein. Der westfälische Verein war keinesfalls so einflussreich wie sein rheinisches Pendant. Die unterschiedliche Bedeutung zeigt sich auch in der Quellenlage. Während die Geschäftsberichte des Düsseldorfer Vereins eine häufig mehr als 100 Seiten umfassende Quelle darstellen, bleiben die Vereinsberichte der westfälischen Organisation mit jeweils ungefähr 25 Seiten eher lapidar. Schloßmann als Protagonist des Düsseldorfer Vereins war allerdings auch in der Provinz Westfalen präsent. Er hatte nicht nur den Gründungsvortrag gehalten, sondern hielt auch weiterhin regelmäßig Vorträge in westfälischen Städten.⁶⁵⁶ Trotz der erheblichen Unterschiede zwischen dem rheinischen und dem westfälischen Verein in der

⁶⁵² Ebd., Aufruf des Vereinsvorsitzenden Hartmann v. 4. 5.1910.

⁶⁵³ Z. B. Stadt Meschede, Winterberg, Höxter, Lüdenscheid u. a., die Kreise Arnsberg und Lippstadt u. a. vgl. die Antwortschreiben in: StAMs Regierung Münster, Nr. 3520.

⁶⁵⁴ Geschäftsbericht VfS Westfalen 1 (1910), S. 4. Vgl. dazu auch Ute Daniel, Die Vaterländischen Frauenvereine in Westfalen, in: Westfälische Forschungen 39 (1989), S. 158-179.

⁶⁵⁵ Geschäftsbericht VfS Westfalen 1 (1910), S. 4.

⁶⁵⁶ Im Jahr 1912 allein in Bocholt, Rheine und Coesfeld, vgl. Geschäftsbericht VfS Westfalen 2 (1911/1912), S. 5.

finanziellen und organisatorischen Ausstattung, lässt sich am Beispiel der Provinz Westfalen sehr gut die Struktur, Organisation und Durchführung der Säuglingsfürsorge in einer fast durchweg ländlich geprägten Region nachzeichnen.

Hier fällt neben der Beteiligung von zahlreichen Frauenvereinen die stärkere Einbeziehung der Hebammen in die Säuglingsfürsorge auf. Diese konnten in den ländlichen Gebieten auf die Versorgung der Wöchnerinnen und Säuglinge noch deutlich mehr Einfluss nehmen.⁶⁵⁷ 1910 war in drei Kreisen das sogenannte Westerburger System eingeführt worden (1912 in fünf Kreisen), in dem die Hebammen Listen über die Ernährung, Erkrankungen und Todesfälle ihrer Klientel zu führen hatten. In einigen Orten wurden Hebammen prämiert, die sich in der Säuglingsfürsorge gut bewährten.⁶⁵⁸

Die Antwortschreiben auf die jährlichen Verfügungen des Regierungspräsidenten an die Stadt- und Landkreise, über ihre Fortschritte in der Säuglingsfürsorge zu berichten, zeigen deutlich, dass man in diesem ländlichen Gebiet von einer zugehenden Gesundheits- und Familienfürsorge, wie sie Arthur Schloßmann und Marie Baum im Regierungsbezirk Düsseldorf aufzubauen versuchten, noch weit entfernt war. In den meisten Ortschaften wurde eine traditionelle Wöchnerinnenfürsorge betrieben, indem den notleidenden Wöchnerinnen Lebensmittel und Säuglingswäsche zur Verfügung gestellt wurden. Deutlich wird jedoch auch, dass die jährlichen Anschreiben des Regierungspräsidenten ein Umdenken einleiteten und vereinzelte Aktivitäten auf dem Gebiet begannen wurden.⁶⁵⁹

Grundsätzlich galt Westfalen als eine Region mit sehr geringer industrieller Erwerbstätigkeit verheirateter Frauen.⁶⁶⁰ In den ländlichen Gebieten wurde die hohe Säuglingssterblichkeit mit der instabilen Lage der zugezogenen Arbeiterfamilien begründet:

„Die stetig steigende Zahl der Familien der arbeitenden Volksschichten in Greven und die Tatsache, daß die große Säuglingssterblichkeit und die Erkrankung der Mütter nach der Geburt in vielen Fällen auf mangelnde Wartung, schlechte Ernährung und das geringe Reinlichkeitsgefühl dieser Kreise zurückzuführen ist, lassen

⁶⁵⁷ Vgl. auch Monika Geschermann-Scharff, Zwischen Fürsorge und Kontrolle. Das Hebammenwesen im Münsterland am Beispiel des Amtes Telgte, in: Westfälische Forschungen 1994, 43 (1993), S. 80-99.

⁶⁵⁸ Zur Funktion der Hebammen vgl. ausführlicher das vierte Kapitel der vorliegenden Arbeit

⁶⁵⁹ Vgl. die Berichte in: Staatsarchiv Münster, Reg. Münster Abt. VI, Fach 8, Nr. 9.

⁶⁶⁰ „Dort, wo die Männer leidlichen Wochenverdienst haben, wie im Westfälischen, finden wir selten Mütter in den Fabriken, dort ist aber auch selbst in den Großstädten die Kindersterblichkeit eine durchaus geringe.“ Vgl. Temme, Die sozialen Ursachen, S. 43.

die sachgemäße Förderung der Säuglingspflege als unbedingt notwendig erscheinen.⁶⁶¹

Die veränderten Verhältnisse, die mit der Zunahme der industriellen Arbeiterschaft einher gingen, lenkten auch den Blick der Hebammen auf den Zusammenhang zwischen dem Zuzug der Arbeiterfamilien und Säuglingssterblichkeit. Eine Landhebamme erinnerte sich:

„Immer mehr Arbeiterbevölkerung wird in unseren einst so stillen Ort hineingezogen. Alle Schattenseiten der modernen Industrie zeigen sich und verdunkeln immer mehr unseren einst so klaren Himmel [...] Es kamen arme Leute her. Arme Leute, die nichts hatten als das bißchen Lohn [...] Die nie etwas zurücklegen konnten, weil der Lohn viel zu knapp war, und die darum von der Hand in den Mund leben mussten, ihren Kindern nichts geben konnten als abgeschmälzte Kartoffeln und Wassersuppen und trockenes Brot.“⁶⁶²

Es wurden also vor allem die Verhältnisse in der industriellen Arbeiterschaft wahrgenommen; die schwere ländliche Frauenarbeit spielte in der öffentlichen Wahrnehmung nur eine geringe Rolle.

Die Ausgestaltung der Säuglingsfürsorge in Westfalen war sehr stark durch die ländliche Struktur bedingt. In den kleinen Ortschaften betrieben vor allem die Vaterländischen Frauenvereine Säuglingsfürsorge als Aufgabe für Friedenszeiten. Von einigen Städten und Landkreisen erhielten sie finanzielle Beihilfen. Äußerst selten waren die Gemeinden selbst Träger der Maßnahmen.⁶⁶³

Eine Ausnahme innerhalb der Provinz Westfalen stellte der Regierungsbezirk Arnsberg dar. Von den drei Bezirken war dieser der aktivste und hatte auch die meisten Mittel zur Verfügung.⁶⁶⁴ Für diese Entwicklung waren die Städte Dortmund, Bochum, Gelsenkirchen, Hagen, Hamm und Witten mit ihren durch die rasche Industrialisierung verursachten Problemen ausschlaggebend.

Von Seiten der staatlichen Lenkungsbehörden wurde auf die paritätische Ausrichtung des Vereins geachtet. So sorgte der Arnsberger Regierungspräsident umgehend dafür, dass einige protestantische Mitglieder hinzugenommen wurden, nachdem man ihn darauf auf-

⁶⁶¹ StAMs, Reg. Münster Abt. VI, Fach 8, Nr. 9, Bl. 289, Schreiben einer Vertreterin des Elisabeth-Vereins in Greven an den Landrat in Münster vom 11. Oktober 1913, Bl. 289.

⁶⁶² Bürger, Storchentante, S. 60f.

⁶⁶³ Geschäftsbericht VfS Westfalen 1 (1910), S. 4.

⁶⁶⁴ Geschäftsbericht VfS Westfalen 2 (1911/1912), S. 4 und S. 10-13.

merksam gemacht hatte, dass der für den Regierungsbezirk Arnsberg in Dortmund gebildete Arbeitsausschuss nur aus katholischen Mitgliedern bestehen würde.⁶⁶⁵

Das Verhältnis zur Preußischen Landeszentrale war nicht immer konfliktfrei. Der VfS Westfalen war ihr direkt nach seiner Gründung als Einzelmitglied beigetreten und entrichtete einen Jahresbeitrag von 20 Mark. Dies entsprach jedoch nicht ihren Wünschen. Die Vertreter der Landeszentrale erwarteten, dass der VfS Westfalen als korporatives Mitglied beitreten und einen höheren Mitgliedsbeitrag zahlen würde. Daraufhin fragte der VfS Westfalen beim VfS Düsseldorf an, was er von diesem Vorschlag halte, die Antwort ist leider nicht überliefert.⁶⁶⁶ Jedoch beschloss man schließlich, den Jahresbeitrag für die Preußische Landeszentrale auf 100 Mark zu erhöhen, weitere Ansinnen aber konsequent abzulehnen.⁶⁶⁷ Die Landeszentrale begann daraufhin, eigene Mitglieder unter den korporativen Mitgliedern des VfS Westfalen zu werben.⁶⁶⁸

Auch hier zeigte sich also ein Spannungsverhältnis zwischen regionalen und bundesstaatlichen Organisationen in der Säuglingsfürsorge. Insgesamt konnte die westfälische Organisation – im Gegensatz zum VfS Düsseldorf – keinen durchschlagenden Erfolg erreichen. Obwohl ein Ziel der regionalen Lenkungsbehörden durchaus darin bestand, auch die ländlichen Gebiete gesundheitsfürsorgerisch zu versorgen, konnten hier jedoch kaum Mobilisierungseffekte bei den entsprechenden Akteuren erzielt werden. Die vaterländischen Frauenvereine, die in Westfalen schon seit längerer Zeit in der Wöchnerinnen- und Säuglingsfürsorge engagiert waren, hatten eigene regionale Strukturen und zentrale Vereinsteilen. Die Hebammen, die für eine effektive Säuglingsfürsorge auf dem Land nach wie vor unverzichtbar waren, hatten, wie im vierten Kapitel zu zeigen sein wird, nur geringes Interesse an der organisierten Säuglingsfürsorgebewegung. Zudem war das Wirtschaftsbürgertum, das im Regierungsbezirk Düsseldorf für eine hervorragende finanzielle Ausstattung des Vereins gesorgt hatte, in Westfalen nicht in dieser Dichte vorhanden. Die

⁶⁶⁵ StAMs, Reg. Münster Nr. 3520, Schreiben des Regierungspräsidenten von Arnsberg an den Verwaltungsratsvorsitzenden Hartmann vom 19. April 1910.

⁶⁶⁶ Ebd., Schreiben des Vorstandes des VfS Westfalen an den VfS Düsseldorf v. 27. Mai 1910.

⁶⁶⁷ Ebd., Schreiben des Vorstandes des VfS Westfalen an den Kreisverband der Vaterländischen Frauenvereine des Landkreises Schwelm vom 19. Oktober 1911.

⁶⁶⁸ Ebd., Schreiben des Vorstandes des Kreisverbandes der Vaterländischen Frauenvereine des Landkreises Schwelm an den VfS Westfalen vom 6. Oktober 1911.

Bestrebungen blieben so auf die größeren Städte beschränkt, die sich auf das Engagement und die Spendenbereitschaft ihrer Bürger stützen konnten, wie im Folgenden am Beispiel der Stadt Münster zu zeigen sein wird.

3.4.2.1 Münster

Münster gilt in der historischen Forschung als „Mischung einer Verwaltungs- und Garnisonsstadt mit einer Rentner- und Universitätsstadt“.⁶⁶⁹ Kennzeichnend war hier eine starke soziale und konfessionelle Homogenität.⁶⁷⁰ Die Ausgestaltung der Fürsorge in Münster war vorwiegend katholisch geprägt.⁶⁷¹ Die Einrichtungen der Säuglingsfürsorge zu Beginn des 20. Jahrhundert wurden fast vollständig durch die private Wohltätigkeit getragen. Auch hier bestanden die Vorläufer einer auf Säuglinge bezogenen Fürsorge vor allem in der Wöchnerinnenfürsorge. Der Verein zur Pflege armer Wöchnerinnen war 1876 gegründet worden. Er stellte unbemittelten Wöchnerinnen eine Helferin zur Verfügung und verteilte Suppe und Wäsche im Bedarfsfall.⁶⁷² Um die Jahrhundertwende erkundigte sich der Magistrat der Stadt Münster bei den umliegenden Städten nach der Errichtung von Wöchnerinnenheimen, da sich in Münster in der Versorgung bedürftiger Wöchnerinnen erhebliche Engpässe ergeben hatten. 1902 wurde im Magistrat beschlossen, dem Katholischen Fürsorgeverein für das geplante Wöchnerinnenheim „Monikastift“ erhebliche Zuschüsse zukommen zu lassen, allerdings unter der Bedingung, dass die Wöchnerinnen ohne Rücksicht auf die Konfession und ohne Trennung in eheliche und uneheliche aufgenommen werden sollten.⁶⁷³ Ähnlich wie in Düsseldorf wirkte sich das Engagement der Gemeinde liberalisierend auf die Aufnahmepraxis des Heimes aus. 1905 wurde mit städtischer Unterstützung ein weiteres Wöchnerinnenheim gegründet, das Mathildienstift. Beide Heime hatten eine unterschiedliche Klientel. Im Mathildienstift wurden nur eheliche

⁶⁶⁹ Hans-Jürgen Teuteberg, Bevölkerungsentwicklung und Eingemeindungen (1816-1945), in: Franz-Josef Jacobi (Hg.), Geschichte der Stadt Münster, Bd. 2, Münster 1993, S. 331-386, hier S. 332.

⁶⁷⁰ Vgl. dazu die grundlegende Arbeit von Küster, Alte Armut, S. 238.

⁶⁷¹ Küster, Alte Armut, S. 280ff.

⁶⁷² Kleine, Der Kampf für den gesunden Nachwuchs.

⁶⁷³ Ebd., S. 77. Vgl. auch zur Mitarbeit der Hebammen: Britta Schmitz, Hebammen in Münster. Historische Entwicklung – Lebens- und Arbeitsumfeld – Berufliches Selbstverständnis, Münster/New York 1994, S. 61-67.

Wöchnerinnen aufgenommen und es bot gestaffelte Pflegesätze, ein Anzeichen dafür, dass hier auch wohlhabende Patientinnen entbinden konnten. Die durchschnittliche Verweildauer war hier kürzer, sie lag hier bei durchschnittlich elf Tagen, während sie im Monikastift bei 32 Tagen lag. Hier bestand also eine längere Versorgung vor allem unehelicher Mütter.⁶⁷⁴

Das Ziehkinderwesen war in Münster durch das System der Einzelvormundschaft geregelt, das vor allem durch die Damen des Katholischen Fürsorgevereins durchgeführt und organisiert wurde. Die Vorsitzende des Vereins arbeitete auf diesem Gebiet eng mit dem Münsteraner Gemeindewaisenrat zusammen.⁶⁷⁵ Der in der Ortsgruppe Münster überaus aktive Katholische Fürsorgeverein für Mädchen, Frauen und Kinder war zudem Träger sowohl des Säuglingsheims/-krankenhauses als auch der Mütterberatungsstellen.⁶⁷⁶ Das Säuglingsheim war zum grössten Teil aus Provinzialmitteln errichtet worden. Zum Unterhalt war der Katholische Verein vor allem auf private Spendenmittel, aber auch zunehmend auf kommunale Mittel angewiesen.⁶⁷⁷ Diese geschlossene Einrichtung der Säuglingsfürsorge war die erste ihrer Art in Westfalen. Sie diente zahlreichen anderen Städten als Vorbild.⁶⁷⁸

Im Säuglingsheim und -krankenhaus wurden Kinder aus der gesamten Provinz Westfalen ohne Rücksicht auf die Konfession der Eltern aufgenommen.⁶⁷⁹ Dort wurden 1912 161 Säuglinge, 100 Kinder im Alter von zwei bis sechs Jahren und 109 unverheiratete Mütter versorgt und 195 Kinder medizinisch behandelt.⁶⁸⁰ Die hier ausgebildeten Pflegerinnen konnten schließlich in der Mütterberatungsstelle eine Anstellung finden. Diese 1908 gegründete Einrichtung war die erste ihrer Art in der Provinz Westfalen. Ähnlich wie in Düsseldorf diente die Beratungsstelle in ihrem ersten Jahr zunächst nur der Erfassung der

⁶⁷⁴ Kleine, Kampf für den gesunden Nachwuchs, S. 78.

⁶⁷⁵ Ebd., S. 82.

⁶⁷⁶ Zur Vereinstätigkeit allgemein vgl. Andreas Wollasch, Der Katholische Fürsorgeverein für Mädchen, Frauen und Kinder (1899-1945). Ein Beitrag zur Geschichte der Jugend- und Gefährdetenfürsorge in Deutschland, Freiburg/Br. 1991.

⁶⁷⁷ Cantauw-Groschek, „Es ist wichtiger“, S. 77.

⁶⁷⁸ Geschäftsbericht VfS Westfalen 2 (1911/12), S. 6.

⁶⁷⁹ Vgl. dazu ausführlich Gabriele Thie-Mummenthey, Vom Säuglingsheim zur Universitätskinderklinik. Die Entwicklung der Kinderklinik der westfälischen Wilhelms-Universität Münster, Münster 1980.

⁶⁸⁰ Geschäftsbericht VfS Westfalen 2 (1911/12), S. 6.

unehelichen Säuglinge und der ortspolizeilichen Beaufsichtigung der vom Katholischen Verein als Vormund übernommenen Kinder. Die ärztliche Aufsicht lag in den Händen des ersten Münsteraner Kinderarztes Dr. Schulte.⁶⁸¹ Schon im zweiten Jahr konnte die Fürsorgestelle für die Beratung aller Mütter ausgebaut werden, da die Stadt Münster zu diesem Zeitpunkt etwa 3/4 der Betriebskosten übernahm. Daneben stellte der Provinzialverband einen geringfügigen Beitrag von 125 Mark im Jahr zur Verfügung. Die darüber hinaus erforderliche Summe von ca. 475 Mark erbrachte der Katholische Verein, der auch das wirtschaftliche Risiko trug.⁶⁸² Neben der ehrenamtlichen Mitarbeit der weiblichen Mitglieder des Katholischen Vereins, die dem Kinderarzt Dr. Schulte bei der Abhaltung der Sprechstunden assistierten, halfen auch Vertreterinnen des Evangelischen Frauenvereins, um die evangelischen Mütter erfassen und beraten zu können. Diese paritätische Ausrichtung wurde auch beibehalten, als Säuglingspflegerinnen fest angestellt und nach dem Ersten Weltkrieg von der Stadt übernommen wurden.⁶⁸³ Neben diesen konfessionell ausgerichteten Vereinen halfen ebenfalls Vertreterinnen des Rheinisch-Westfälischen Frauenverbandes, der sich der bürgerlichen Frauenbewegung zurechnen lässt.⁶⁸⁴ Ähnlich wie in der Stadt Düsseldorf funktionierte die (ehrenamtliche) Zusammenarbeit von bürgerlichen Frauen aus verschiedenen konfessionellen und politischen Lagern sehr effektiv, schichtenspezifische Grenzen konnten allerdings kaum überwunden werden. Trotzdem führte die sehr gute Kooperation über private, öffentliche, konfessionelle und politische Schranken hinweg zu einer gut ausgestatteten Wöchnerinnen- und Säuglingsfürsorge, die sich deutlich von den Münster umgebenden ländlichen Gebieten abhob.

Im Gegensatz zu den beschriebenen preußischen Regionen, die höchst unterschiedlich strukturiert waren, zeigte sich in Baden schon allein aufgrund der Größe des Landes eine größere Homogenität in der Entfaltung der Mütter- und Säuglingsfürsorge.

⁶⁸¹ Otilie Ammermann, Die Gesundheitsfürsorge für Säuglinge und Kleinkinder in der Stadt Münster, Med. Diss., Münster 1934, S. 6.

⁶⁸² Cantauw-Groschek, „Es ist wichtiger“, S. 88.

⁶⁸³ Zunächst war die Bezahlung einer festangestellten evangelischen Säuglingspflegerin allerdings von der Evangelischen Gemeinde übernommen worden, bis die Stadt zwei Jahre später die Bezahlung aller Pflegerinnen übernahm, vgl. Cantauw-Groschek, „Es ist wichtiger“, S. 83.

⁶⁸⁴ StAMs Reg. Münster Abt. VI, Fach 8, Nr. 9, Bl. 273-374. Ausgefüllter Fragebogen der Säuglingsfürsorge- und Mutterberatungsstelle Münster für das Geschäftsjahr 1913.

3.5 Die Organisation der Mütter- und Säuglingsfürsorge im Großherzogtum Baden

Im kleinen „Musterlände“ Baden bestanden für die Organisation der Mütter- und Säuglingsfürsorge völlig andere Grundlagen als in Preußen. Die landesweite Organisation, die 1911 als Badischer Landesausschuss gegründet wurde, war zwar nominell der Preußischen Landeszentrale gleichgestellt, hatte aber von der Binnenstruktur eher die Form einer regionalen Organisation wie etwa die des Vereins für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf. Die Entstehungsbedingungen des Badischen Landesausschusses sollen im Folgenden im Mittelpunkt stehen.

Baden hatte eine vergleichsweise hohe Quote verheirateter erwerbstätiger Frauen. Sie lag bei 31 Prozent aller beschäftigten Frauen.⁶⁸⁵ In Baden hatte sich auch schon früh die Fürsorge für unbemittelte Kinder zu einem relevanten Thema entwickelt. Maßgeblich war der einflussreiche Badische Frauenverein an der Ausgestaltung der Säuglings-, Kinder- und Jugendfürsorge beteiligt. Dieser war 1859 von der Großherzogin Luise von Baden, Tochter Wilhelms I., gegründet worden. 1914, also nach 55 Jahren, zählten der Hauptverein und seine Zweigvereine fast 91.000 korporative und Einzelmitglieder.⁶⁸⁶

1861 war die Pflege von Wöchnerinnen zur Aufgabe aller Zweigvereine des Badischen Frauenvereins erklärt worden. Ein Jahr später organisierte der Verein regelmäßige Vortragskurse über die Pflege kleiner Kinder. Schließlich wurde 1874 die Kinderpflege des Karlsruher Armenrates ganz unter die Aufsicht des Badischen Frauenvereins gestellt. In der Folgezeit entwickelte sich demgemäß gerade die Aufsicht über die unehelichen und elternlosen Pflegekinder zum Hauptaufgabengebiet in der Kinderfürsorge des Badischen Frauenvereins. Schon 1892 wurde speziell die Säuglingsfürsorge als eigenständiges Arbeitsgebiet anerkannt. Nach einem Vortrag in der Landesversammlung des Badischen Frauenvereins fanden in den folgenden Jahren an den Universitäten Heidelberg und Freiburg „Volksbelehrungen“ statt. Im gleichen Jahr bildete sich in der Stadt Karlsruhe ein

⁶⁸⁵ Der durchschnittliche Anteil von verheirateten an allen erwerbstätigen Frauen lag bei knapp 20 Prozent, vgl. Würtz, Säuglingsschutz, S. 8.

⁶⁸⁶ Braummüller, Die Entwicklung der Säuglingsfürsorge, S. 214f.; vgl. allgemein Kerstin Lutzer, Der Badische Frauenverein 1859-1918. Rotes Kreuz, Fürsorge und Frauenfrage, Stuttgart 2002, hier vor allem S. 39 und S. 401-418.

Komitee von 42 Frauen des Badischen Frauenvereins, die Säuglinge in den Wohnungen besuchten.

Aufgrund dieses großen Einflusses bürgerlicher und adeliger Frauen, baute die Säuglingsfürsorge in Baden sehr stark auf dem Schutzdamen-System auf. Das bedeutete, dass Frauen aus höheren Schichten bedürftige Mütter, zunächst vor allem unverheiratete und Pflegemütter, aufsuchten und deren Kinderpflege begutachteten.

Am 25. Mai 1905 bildet sich in Baden unter Beteiligung der Großherzogin ein „Aktions-Comitee“, das sich der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit widmen wollte.⁶⁸⁷ Nach den vorliegenden Quellen war Baden damit auf diesem Gebiet früher tätig als das Berliner Komitee zur „Errichtung eines Musterinstituts zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit“. Beteiligt waren u. a. der Bürgermeister von Karlsruhe, der Obermedizinalrat Dr. Hauser, der Polizeidirektor, der Bürgermeister von Mannheim und verschiedene Bezirksärzte. Hinzu kamen noch 50 eingeladene Damen, zum größten Teil Mitglieder des Badischen Frauenvereins und vermutlich diejenigen, die die Kontrollbesuche durchführen sollten, sowie schließlich die Vertreter verschiedener religiöser Gruppen: Hofprediger Fischer, Stadtpfarrer Rapp, der Geistliche Rat Knörzer und der Rabbiner Dr. Appel. Die Beteiligung eines Rabbiners war im Vergleich mit anderen Organisationen dieser Art außergewöhnlich, an denen sich zwar jüdische Ärzte, aber keinesfalls Vertreter einer jüdischen Gemeinde in Funktion beteiligten.

Die parallel laufenden Planungen für ein Berliner Musterinstitut für Säuglingsfürsorge wurden in Baden mit Skepsis betrachtet. Der Gründungs- und Spendensammelaufwurf des Berliner Komitees war in Baden weitgehend erfolglos verhallt.⁶⁸⁸ Genauso wie in weiten

⁶⁸⁷ Vgl. zum Folgenden: GLA Karlsruhe 443, Nr. 761, Protokoll vom 9. Juni 1905 Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit betreffend.

⁶⁸⁸ Die Werbung für das Komitee war durch den Badischen Gesandten in Berlin weitergegeben worden, der dem Komitee auch beitreten wollte. Er berichtet an das Badische Ministerium der auswärtigen Angelegenheiten: „Kammerherr von Behr-Pinnow ersuchte mich, die in 5 Exemplaren angeschlossene Darstellung dem Geheimen Kabinett Ihrer Königlichen Hoheit der Grossherzogin und meiner Regierung mit der Bitte vorzulegen, dass ihm eine Anzahl Persönlichkeiten bezeichnet werden möchten, welche bereit wären, dem Komitee beizutreten sowie auch das Unternehmen pekuniär zu unterstützen. Erforderlich seien ungefähr 2 Millionen Mark.“ Vgl. Schreiben des badischen Gesandten von Berckheim an das Gr. Ministerium des Gr. Hauses und der auswärtigen Angelegenheiten vom 20. Oktober 1905, in: GLA Karlsruhe 443, Nr. 767.

Teilen Preußens wurde hier ebenfalls konstatiert, dass die zur Verfügung stehenden Gelder in eigene Wohltätigkeitsanstalten des Landes fließen würden. Besonderen Ärger hatte hervorgerufen, dass die Erträge des Berliner Aufrufs, der ja in erster Linie vom Preußischen Vaterländischen Frauenverein auf Wunsch der Kaiserin initiiert wurde,⁶⁸⁹ als Geschenk zur kaiserlichen Silberhochzeit geplant waren und insofern ausschließlich preußischen Zwecken zugute kamen.⁶⁹⁰ In Baden distanzierte man sich daher deutlich von den Sammelaktionen für Berlin. Die Vertreter des Badischen Frauenvereins betonten in einer etwas herablassenden Art und Weise, dass man im Großherzogtum Baden schon längst in Heidelberg ein solches Institut, wie es für Berlin geplant sei, besitze und dass der Badische Frauenverein schon seit Jahren in der Säuglingsfürsorge aktiv sei.⁶⁹¹ Auch die Planungen für eine so genannte Reichsanstalt zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit stießen hier auf wenig Gegenliebe.

Auf einer Besprechung des „Aktions-Comitees“ im Mai 1906 wurde die Säuglingsfürsorge schließlich als Abteilung VI des Badischen Frauenvereins begründet. Zunächst wurde berichtet, dass der Versuch, weitere zahlungswillige Mitglieder zu finden, weitgehend erfolglos war.

⁶⁸⁹ Auch die Vertreter des sächsischen Vereins, wie auch des hessischen Alice-Vereins, die ja beide Zweigvereine der Vaterländischen Frauenvereine waren, waren über dieses eigenmächtige Vorgehen des preußischen Vereins besonders erbost. Sie waren der Ansicht, dass zu diesem Anlass ein gemeinsames nationales Vorgehen angemessen gewesen wäre und keine Alleinentscheidung des preußischen Vereins. Die verschiedenen Frauenvereine hatten sich 1871 zum „Verband der Deutschen Vaterländischen Frauenvereine“ zusammengeschlossen. Der preußische Verein war zahlenmäßig der bedeutendste und stellte nach Ute Daniel „ein vor allem von der preußischen Regierung initiiertes und induziertes Instrument zur Verstärkung und Zentralisierung privater Spendentätigkeit im und für den Kriegsfall, insbesondere für den Ausbau der Krankenpflege“ dar. Vgl. Daniel, *Die Vaterländischen Frauenvereine in Westfalen*, S. 159.

⁶⁹⁰ „Ich meinerseits bedauere dies Vorgehen, denn das Richtige dürfte gewesen sein, dass alle Landesvereine gemeinschaftlich eine Sammlung veranstaltet hätten, deren Ergebnis Ihrer Majestät der Kaiserin zur freien Verfügung [...] überreicht worden wäre. Das wäre die der grossen Vergangenheit gemässe Fortführung unserer nationalen Schöpfung gewesen. Jetzt ist eine Absonderung des Vaterländischen Frauenvereins eingetreten [...].“ Vgl. GLA Karlsruhe 443, Nr. 767, Schreiben eines Vertreters des „Patriotischen Instituts der Frauenvereine im Großherzogtum Sachsen“ an die Großherzogin von Baden vom 16. November 1905. Vgl. auch das Schreiben des Vorstands des Badischen Frauenvereins an einen Vertreter des „Patriotischen Instituts“ im Großherzogtum Sachsen vom 29. November 1905 in: GLA Karlsruhe 443, Nr. 767, in dem betont wird, dass im Großherzogtum Baden schon für die Goldene Hochzeit der Großherzogin für wohltätige Zwecke gesammelt wurde: „Mir will fast scheinen, daß uns nur übrig bleiben wird, eine Glückwunschartadresse an Ihre Majestäten zu richten.“

⁶⁹¹ GLA Karlsruhe 443, Nr. 767 Schreiben des Vorstands des Badischen Frauenvereins an das Badische Innenministerium vom 29. November 1905: „Am weitesten ist man in dieser Sache in Heidelberg gekommen, dort findet sich in glücklicher Vereinigung ziemlich genau all das bereits beisammen, was in Berlin angestrebt wird.“

„Auf unsere Schreiben, die diese Angelegenheit betreffend, an die verschiedenen Behörden gerichtet waren, sind wenige Antworten erfolgt und zum Teil wenig befriedigend. Die Ortskrankenkasse hat sich meist ablehnend verhalten, die Finanzen erlaubten es nicht darauf einzugehen.“

Am positivsten reagierte die Stadtgemeinde Karlsruhe:

„Die Stadtgemeinde wird die Bestrebung unterstützen und event. aus der Wohltätigkeitskasse, nicht Armenkasse, seine Hilfe zusagen. Der Armenrat wird auch seine Mithilfe nicht versagen [...].“⁶⁹²

Zusätzlich zur Verteilung von Säuglingsmilch sollten in Zukunft auch stillende Mütter unterstützt werden. Dabei war vorerst unklar, ob diesen mit Geld oder Naturalien geholfen werden sollte. Diese Entscheidung sollte den Müttern selbst überlassen werden. Ebenso war geplant, dass die fürsorgebedürftigen Mütter sich selbst bei den Kontrolldamen melden konnten:

„Es wird vorgeschlagen, daß alle die Damen, welche mit den Frauen der fürsorgebedürftigen Volksschichten Fühlung haben, an diese mündlich die Aufforderung richten, gleichzeitig das Komitee durch einen gedruckten Aufruf die Mütter auffordert, die bereits vorhandenen, zur Obhut geeigneten Säuglinge bei bestimmter Stelle binnen bestimmter Frist anzumelden.“⁶⁹³

Darüber hinaus wurde die Herausgabe eines Jahresberichtes geplant, der pünktlich zum jährlichen Kinderhilfstag fertiggestellt sein sollte, um die finanzielle Lage der Abteilung VI zu verbessern. Zur weiteren Spendenakquise war anvisiert, das Büchlein „Der zweite Storch“ herauszugeben und an Familien mit Säuglingen zu übersenden.⁶⁹⁴ Die finanzielle Basis der Abteilung VI (Säuglingsfürsorge) lag, wie aus den Jahresberichten deutlich wird, weniger auf öffentlichen Geldern, sondern vielmehr auf privaten Spenden und auf Geldern aus Wohltätigkeitsveranstaltungen. Die Einnahmen lagen in den ersten Jahren zwischen 24.000 und 33.000 Mark im Jahr.⁶⁹⁵ Davon kamen seit 1907 nur 2.500 Mark vom Staat Baden. Allein 5.000 Mark hatte 1906 auf Vermittlung der badischen Großherzogin der Industrielle Luis Kannengiesser gespendet.⁶⁹⁶

⁶⁹² GLA Karlsruhe 443, Nr. 761, Protokoll der Sitzung v. 5. Mai 1906, Säuglingsfürsorge.

⁶⁹³ Ebd., Protokoll vom 9. Juni 1905 Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit betreffend.

⁶⁹⁴ Ebd., Protokoll der Sitzung v. 5. Mai 1906, Säuglingsfürsorge.

⁶⁹⁵ Vgl. die Jahresberichte der Abteilung VI (Säuglingsfürsorge) des Badischen Frauenvereins in GLA Karlsruhe 443, Nr. 775.

⁶⁹⁶ GLA Karlsruhe 443, Nr. 763, Telegramm aus Mainau von v. Chelius an den Obermedizinalrat Hauser.

Entgegen den offiziellen Verlautbarungen des badischen Frauenvereins, in denen immer von der Säuglingsfürsorge im Großherzogtum Baden geschrieben wurde, fand in den ersten Jahren der Großteil der Arbeit vorwiegend in der Stadt Karlsruhe statt.⁶⁹⁷ Auf Initiative des badischen Frauenvereins wurde hier 1905 eine Milchabgabestelle eingerichtet, 1907 folgten Mütterberatungsstunden. Relativ schnell fand man schließlich zu einer einheitlicheren Ausgestaltung der Mütter- und Säuglingsfürsorge in ganz Baden. 1911 wurde – wie in Preußen – die Säuglingsfürsorge zentralisiert. Aufbauend auf vorhandene Strukturen bildete man den Landesausschuss für Säuglings- und Kleinkinderpflege als eine weitere Abteilung des Badischen Frauenvereins. Dieses Engagement im Bereich der Säuglingsfürsorge wurde seit 1907 durch Beihilfen des Staates Baden befördert, die der Badische Frauenvereins an die einzelnen Zweigvereine weitergab, sofern sie erfolgsversprechende Maßnahmen auf dem Gebiet der Säuglingsfürsorge vorzuweisen hatten.

Um diese Mittel weiter zu erhalten, warb die Abteilung VI beim Ministerium für die Arbeit seiner Milchküche:

„Wir wollten damit nicht nur für den engeren Kreis unserer Säuglingsklientel eine Wohlfahrtseinrichtung schaffen, wie sie sich auch anderwärts bereits erprobt hat, sondern für das ganze Land eine Musteranstalt, dazu geeignet, uns selbst das Sammeln von reichen auch Anderen nutzbar werdenden Erfahrungen auf dem Gebiet der Säuglingsernährung zu ermöglichen“.⁶⁹⁸

Im gleichen Jahr wurde das KAVH in Berlin als Musteranstalt der Säuglingsfürsorge eröffnet. Die zunehmende Einrichtung von sogenannten Musteranstalten in zahlreichen Staaten zeigt, wie sehr auch die Konkurrenz zwischen Bundesstaaten, Regionen und Städten den Ausbau der Säuglingsfürsorge vorantrieb. Nicht nur die Musteranstalten, auch die Landeszentralen wurden in verschiedenen Bundesstaaten errichtet. Dass die Konkurrenz auch hier ein Motor war, lässt sich an den Vorträgen auf der Gründungsversammlung in Baden ablesen. Hier gab der Vorsitzende der Versammlung, Obermedizinalrat Hauser, seiner Überzeugung Ausdruck, dass es Aufgabe der Monarchinnen sei, die Säuglingsfürsorge zu beschirmen:

⁶⁹⁷ Vgl. zum Folgenden GLA Karlsruhe 443, Nr. 666.

⁶⁹⁸ GLA Karlsruhe 443, Nr. 763, Schreiben der Abteilung VI des Badischen Frauenvereins an das Badische Ministerium des Innern vom 17. August 1908.

„In Preussen war es I. M. die Kaiserin und in Baden I.K.H. die Grossherzogin Luise, welche die in der Frauenwelt schlummernden latenten Kräfte zum Schutze der Säuglinge mit warmen Hauche aufweckten“.

Danach äusserte er die Hoffnung,

„dass der neugegründete Landesausschuss sich in seinen Leistungen wie seinen Endzielen den in Preussen, Bayern und Hessen bereits bestehenden Zentralen für Säuglingsschutz ebenbürtig und in erfolgreicher Arbeit wetteifernd an die Seite stellen [...] möge.“⁶⁹⁹

Auch in der praktischen Arbeit wurde bei Einzelfragen immer wieder abgeklärt, wie die anderen Landeszentralen vorgingen.⁷⁰⁰ Die Gründung des Landesausschusses hatte unter anderem das Ziel, dass Säuglingsfürsorge als eine öffentliche Aufgabe anerkannt werden sollte.

„Heute hat man es nicht mehr mit einer Frage der Wohltätigkeit zu tun, sondern mit einer grossen sozialen Aufgabe. Dieser Umstand hat unter lebhafter Anteilnahme der Bundesregierungen zu einer Zentralisierung der Säuglingsfürsorge geführt“.⁷⁰¹

Der staatlichen Repräsentation dienten auch die Stillgelder, die aus der Handkasse der Großherzogin Luise an stillende Mütter gezahlt wurden. Diesen sollte jeweils ausdrücklich mitgeteilt werden,

„daß die Gaben im Auftrag der Großherzogin behändigt werden, der es eine besondere Freude bereite, von stillenden Müttern zu hören und die daher gern derartige Beihilfen gewähre.“⁷⁰²

Für die Gründung eines eigenen Landesausschusses für Säuglingsfürsorge sprachen nach Angaben der Initiatoren mehrere Argumente. Angeführt wurden vor allem die mangelnde Einheitlichkeit und fehlende wissenschaftliche Stichhaltigkeit der in der Säuglingsfürsorge angewandten Methoden:

„Eine von uns angestellte Umfrage bei den Zweigvereinen des Frauenvereins sowohl wie auch Erhebungen bei den übrigen sich mit Säuglingsfürsorge beschäftigenden Körperschaften haben indessen ergeben, dass die Wege, auf welchen das

⁶⁹⁹ GLA Karlsruhe 443, Nr. 768, Niederschrift über die Verhandlungen der I. konstituierenden Landesversammlung zum Zwecke der Gründung des Badischen Landesausschusses für Säuglingsfürsorge.

⁷⁰⁰ Ebd., Schreiben von Bruno Salge vom 22. Juli 1912.

⁷⁰¹ Ebd., Niederschrift über die Verhandlungen der I. konstituierenden Landesversammlung zum Zwecke der Gründung des Badischen Landesausschusses für Säuglingsfürsorge.

⁷⁰² GLA Karlsruhe 443, Nr. 761, Schreiben der General-Intendanz der Großherzoglichen Civilliste an den badischen Frauenverein vom 29. Januar 1909.

vorgesteckte Ziel der wirksamen Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit zu erreichen versucht wird, nicht nur verschiedene, sondern vielfach auch unrichtige sind, sodass, wie begreiflich, die Summe die diesem Zweck in bester Absicht zugewandten Mittel zu dem wirklich Erreichten in keinem richtigen Verhältnis steht.“⁷⁰³

Die Vertreter des Landesausschusses zielten insofern darauf, die Säuglingsfürsorge auch inhaltlich stärker zu vereinheitlichen. Um die Kosten dafür nicht nur durch den Landesausschuss aufbringen zu müssen, verlegte man sich darauf, die kommunalen bzw. lokalen Gelder gezielt einzufordern. So übernahm der Landesausschuss die Gehaltszahlungen der Wanderlehrerinnen und Fürsorgerinnen, die Reise- und Verpflegungskosten hingegen mussten jedoch die Gemeinden übernehmen.⁷⁰⁴

1911 wurde in 54 Zweigvereinen des Badischen Frauenvereins Säuglingsfürsorge betrieben. Die größeren Städte wie Karlsruhe, Freiburg, Heidelberg, Mannheim, Konstanz und Bruchsal hatten inzwischen eigene kommunale Institutionen geschaffen, wie Beratungsstellen, Polikliniken, Milchküchen, etc. Auch die Großindustrie beteiligte sich in Baden an dem Projekt: Firmen wie die Maggi-Fabrik oder die Rheinische Gummi- und Celluloid-Fabrik Mannheim richteten Gebäranstalten, Stillstuben oder Kinderhorte ein.⁷⁰⁵ Zudem gab es in Baden eine Entwicklung, die stark vom Nachbarland Frankreich beeinflusst war: Die Einrichtung von kommunalen Mutterschaftskassen. Alfons Fischer gründete in Karlsruhe 1909 die Propagandagesellschaft für Mutterschaftsversicherung, mit deren Unterstützung Mutterschaftskassen in einigen Städten Badens gegründet werden konnten, „ein Versuch, der sich als eine Mischform von Selbsthilfe und Wohlfahrtseinrichtung charakterisiert“.⁷⁰⁶ Auch deren Vertreterinnen beteiligten sich an der Arbeit des Landesausschusses.⁷⁰⁷

⁷⁰³ GLA Karlsruhe 443, Nr. 768, Aufruf zur Bildung eines Landesausschusses für Säuglingsfürsorge vom Juni 1911.

⁷⁰⁴ GLA Karlsruhe 69, Geheimes Kabinett der Großherzogin Luise, Nr. 900, die Abt. VI des Frauenvereins betr.: Beitrag von Frau Krausmann auf der 2. Landesversammlung des Badischen Landesausschusses für Säuglingsfürsorge.

⁷⁰⁵ Vgl. auch das fünfte Kap. dieser Arbeit.

⁷⁰⁶ Henriette Fürth, Die Sicherung des Mutterschutzes durch Mutterschaftskassen, in: Schreiber, Mutterschaft, S. 311-317, hier S. 315. Vgl. auch Marlene Ellerkamp, Mutterschaftsversicherung und städtische Mutterschaftskassen. Konzeption und ihre Umsetzung im Kaiserreich, in: Vögele/Woelk (Hg.), Stadt, Krankheit und Tod, S. 423-440.

⁷⁰⁷ So war eine Vertreterin der Propaganda-Gesellschaft für Mutterschaftsversicherung Heidelberg Mitglied des so genannten auswärtigen Ausschusses des Landesausschusses für Säuglingsfürsorge. GLA Karlsruhe

1912 traten schließlich auch die badischen Kreise dem Landesausschuss bei. Damit war die Organisation der Säuglingsfürsorge in Baden vereinheitlicht. Diese organisatorische Grundlage wurde dann bald in der praktischen Arbeit ausgebaut, denn im gleichen Jahr forderte der Badische Landesausschuss die Bezirksärzte im Großherzogtum auf:

„Falls zur Zeit in dem Bezirk und für den Bezirk noch keinerlei Organisation für Säuglingsfürsorge besteht, würde ich es in Übereinstimmung mit dem Ministerium des Innern für eine besonders verdienstvolle Aufgabe des Sanitätsbeamten halten, wenn sie sich in geeignetem Benehmen mit dem vorhin genannten, in diesen Fragen maßgebenden Behörden, Vereinen, Personen und Ständen um die Bildung eines Bezirksausschusses für Säuglingsfürsorge bemühen wollten.“⁷⁰⁸

Durch diesen Aufruf sollten die Maßnahmen zentralisiert und dadurch vereinheitlicht werden. Die einheitliche Organisation der Säuglingsfürsorge über die Kreisverwaltungen führte dazu, ähnlich wie im Regierungsbezirk Düsseldorf, dass Formen der Fürsorge finanziert und organisiert werden konnten, die für einen Kreis allein nicht bezahlbar gewesen wären, zum Beispiel die Einstellung einer Wanderlehrerin, die Kenntnisse über die „rationelle“ Säuglingspflege in den abgelegenen ländlichen Gebieten verbreiten sollte.⁷⁰⁹ Ebenso wie im Regierungsbezirk Düsseldorf und der Provinz Westfalen wurden auch im Großherzogtum Baden von der verantwortlichen Organisation Fragebögen versandt, um die Ausgestaltung der Säuglingsfürsorge bis in die kleinste Gemeinde und in den Landkreisen erfassen und systematisieren zu können. 1913 existierten im ganzen Großherzogtum 16 Beratungsstellen vom Badischen Frauenverein und 8 Beratungsstellen in anderer Trägerschaft (Kliniken, Krankenhäuser oder Gemeinden).⁷¹⁰

Abschließend lassen sich einige Besonderheiten des badischen Falles herausstellen. Zum einen ist die sehr enge Verzahnung staatlicher und kommunaler Gesundheitsfürsorge zu nennen. So war in Baden eine staatliche Polizeipflegerin zur Beaufsichtigung der Pfl-

he 443, Nr. 768, Niederschrift über die Verhandlungen der I. konstituierenden Landesversammlung zum Zwecke der Gründung des Badischen Landesausschusses für Säuglingsfürsorge.

⁷⁰⁸ Ebd., Rundschreiben des Vorsitzenden des Badischen Landesausschusses für Säuglingsfürsorge vom März 1912.

⁷⁰⁹ Ebd., Schreiben des Geschäftsausschusses des Badischen Landesausschusses für Säuglingsfürsorge an die Vorsitzenden der Kreisausschüsse vom 16. März 1912.

⁷¹⁰ Vgl. die Fragebogen in GLA Karlsruhe 443, Nr. 766: Die Säuglingsfürsorge in den übrigen Städten.

gekinder eingestellt worden, die eng mit den kommunalen Organen zusammenarbeitete.⁷¹¹ Für diese gut funktionierende Zusammenarbeit zwischen staatlichen und kommunalen Stellen war vor allem die effektive Organisation des badischen Frauenvereins verantwortlich, der auf allen Ebenen öffentlicher Verwaltung einen beachtlichen Einfluss ausüben konnte. Deutlich wird ebenfalls, dass nicht nur Konkurrenz zwischen den Kommunen ein Motor zur Einrichtung von Fürsorgeeinrichtungen war, sondern dass auch ein sehr intensiver Informationsaustausch zwischen den verschiedenen Gemeinden bestand.

Kennzeichnend für die Arbeit des Badischen Frauenvereins blieb der Widerspruch zwischen traditioneller weiblicher Wohltätigkeit auf der einen und der Mitarbeit an Institutionen staatlicher Sozialpolitik auf der anderen Seite. So war eine der Haupteinnahmequellen der Säuglingsfürsorgeabteilung des Badischen Frauenvereins der so genannte Kinderhilfs-tag, an dem junge Mädchen von Tür zu Tür gingen und Spenden sammelten, Wohltätigkeitsveranstaltungen, wie Tombolas, Benefizkonzerte etc. durchgeführt wurden.⁷¹² Insgesamt weist die badische Säuglingsfürsorge die größte Bandbreite zwischen traditionellen Wohltätigkeitselementen und zentralisierten Formen staatlicher Fürsorge auf. Gerade in dieser Integrationsfähigkeit lag auch die Stärke der badischen Mütter- und Säuglingsfürsorge.

Da sich der Badische Frauenverein wie schon erwähnt, zunächst vor allem auf die Stadt Karlsruhe konzentrierte, besaß Karlsruhe schon recht früh ein umfassendes System der Säuglingsfürsorge. Auch in Freiburg hatte man, wenn auch aus anderen Gründen, schon frühzeitig mit dem Ausbau der städtischen Säuglingsfürsorge begonnen. Diese beiden Städte sollen im Folgenden als lokale Beispiele für die Ausgestaltung der kommunalen Säuglingsfürsorge in Baden dienen.

⁷¹¹ Vgl. allgemein Gudrun Kling, *Frauen im öffentlichen Dienst des Großherzogtums Baden. Von den Anfängen bis zum Ersten Weltkrieg*, Stuttgart 2000; Lothar Barck, *Ziele und Aufgaben der weiblichen Polizei in Deutschland*, Lübeck 1928.

⁷¹² GLA Karlsruhe 443, Nr. 775, Rechenschaftsbericht der Abteilung VI des Badischen Frauenvereins vom 31. Dezember 1906 bis zum 1. Januar 1908.

3.5.1 Karlsruhe

Die Säuglingsfürsorge in Karlsruhe basierte vor allem auf dem so genannten „Schutzdamensystem“, das durch den Ortsverein des Badischen Frauenvereins organisiert wurde.⁷¹³ Die materiellen Unterstützungen waren mit häuslicher Kontrolle verbunden. Ungefähr 80 – zumeist bürgerliche – Frauen suchten bedürftige Mütter mit ihren Säuglingen in den Wohnungen auf. Die Damen verteilten Säuglingswäsche und andere notwendige Utensilien sowie Naturalien zur Stärkung der Mütter und zahlten auch Stillprämien aus. Diese Zahlungen wurden nur gewährt, wenn die Mütter bereit waren, Kontrollbesuche in Kauf zu nehmen und sich darüber hinaus alle 14 Tage in der Beratungsstelle der Säuglingspoliklinik vorzustellen.⁷¹⁴ Um Unterstützungen zu erhalten, musste darüber hinaus auch noch der Tatbestand der Bedürftigkeit vorliegen. Die Definition der Bedürftigkeit des Badischen Frauenvereins war allerdings eine andere als die der Stadtverwaltung Karlsruhe, wie in einem Monitum der Stadtverwaltung klar wurde. Der Armen- und Waisenrat betonte, dass er nicht in der Lage sei, die vom Badischen Frauenverein überwiesenen Mütter ohne eine eigene Prüfung durch die Armenkasse beim Stillen zu unterstützen. Der Badische Frauenverein müsse stattdessen um die Einstellung eines eigenen Betrages dafür beim Stadtrat ersuchen:

„Wir erlauben uns jedoch hierzu ergebenst zu bemerken, dass uns der Umfang, in welchem [...] die Unterstützung selbststillender Mütter z. Zt. dortseits gehandhabt wird, als erheblich zu weitgehend erscheint. Wir möchten glauben, dass eine grosse Anzahl von Ehemännern der in dem erwähnten Verzeichnis aufgeführten unterstützten Frauen sehr wohl in der Lage wären, auf entsprechende Beeinflussung und Belehrung über die Bedeutung des Selbststillens hin die verhältnismässig geringen Mehrkosten für eine zweckmässige Ernährung ihrer Ehefrauen während der Dauer des Selbststillens aufzubringen.“⁷¹⁵

Neben dem Schutzdamen-System hatte der Badische Frauenverein in Karlsruhe schon 1906 eine Säuglingspoliklinik an die bestehende Armen- und Krankenkassenpoliklinik

⁷¹³ Vgl. allgemein zu den Wohlfahrtseinrichtungen der Stadt Karlsruhe im Jahr 1911: Karlsruhe 1911. Festschrift der 83. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte, hg. vom Stadtrat der Haupt- und Residenzstadt Karlsruhe, Karlsruhe 1911, vgl. besonders S. 504-509.

⁷¹⁴ GLA Karlsruhe 443, Nr. 759, Dr. Arnold Schiller, Stellung und Aufgaben der Schutzdamen in der Säuglingsfürsorge o.D.

⁷¹⁵ GLA Karlsruhe 443, Nr. 761, Schreiben des Armen- und Waisenrates der Stadt Karlsruhe an die Präsidentin des Badischen Frauenvereins vom 25. September 1907.

angeschlossen, die den bedürftigen Frauen ärztlichen Rat und im Notfall auch ärztliche Hilfe zukommen lassen sollte. Nachdem die örtliche Ärzteschaft diese Institution massiv kritisiert hatte, wandelte man die Einrichtung in eine reine Beratungs- und Kontrollstation ohne Behandlungsmöglichkeit um. Daneben wurde saubere Milch an Bedürftige erheblich unter dem Marktpreis ausgegeben.⁷¹⁶

Die Gesundheitsfürsorge in Karlsruhe galt im innerdeutschen Vergleich als vorbildlich. So führte im Sommer 1910 eine Informationsreise Vertreter der Zentralstelle für Volkswohlfahrt nach Karlsruhe und Mannheim, um sich die Einrichtungen anzusehen,

„welche daselbst von Staat, Gemeinde oder privater Seite im Interesse der Hebung des Gesundheitszustandes und der Bildung der Bevölkerung [...] getroffen worden sind.“⁷¹⁷

In Karlsruhe wurde die Milchküche und das Wöchnerinnen-Asyl besichtigt, wobei man betonte, dass die Rentabilität der Milchküche aufgrund der hohen Kosten schlecht sei. Zudem wurde berichtet, dass man in Karlsruhe mit der Gewährung von Geldprämien an stillende Mütter schlechte Erfahrungen gemacht habe, denn es sei damit Missbrauch getrieben worden; insofern habe man die Zahlung wieder eingestellt und nur noch Stillprämien in Lebensmittelform gewährt.⁷¹⁸

Auch das Wöchnerinnenasyl wurde von einem Verein getragen, der in enger Verbindung zum Badischen Frauenverein stand und an dessen Spitze gleichfalls Frauen der Großherzoglichen Familie standen. 1910 verfügte der Verein Wöchnerinnen-Asyl über 636 Mitglieder.⁷¹⁹ In dem von ihm gegründeten Wöchnerinnenasyl wurden nur bedürftige Ehefrauen aufgenommen.⁷²⁰ Die Stadt Karlsruhe gab einen geringen finanziellen Beitrag zum Unterhalt des Heims, allerdings ohne die Aufnahme unverheirateter Mütter zu fordern.⁷²¹ Das Heim wurde in finanzieller Hinsicht vor allem durch den Verein Wöchnerin-

⁷¹⁶ GLA Karlsruhe 443, Nr. 775, Rechenschaftsbericht vom 1. Juli 1905 - 31. Dezember 1906 der Abteilung VI des Badischen Frauenvereins.

⁷¹⁷ SHStA Dresden, Sektion I, 2, Nr. 8955 (Innenministerium), Bl. 5.

⁷¹⁸ Ebd., Bl. 11-12.

⁷¹⁹ StA Karlsruhe, XIX. Jahresbericht des Vereins zur Erhaltung eines Wöchnerinnen-Asyls für bedürftige Ehefrauen über das Jahr 1910, S. 4.

⁷²⁰ Vgl. dazu auch Kap. 5 dieser Arbeit.

⁷²¹ Vgl. Das Wöchnerinnen-Asyl zu Karlsruhe. In Mannheim war der Beitrag der Stadt seit 1908 nur noch unter der Bedingung gezahlt worden, dass das Wöchnerinnen-Asyl auch uneheliche Schwangere aufnehme. Vgl. dazu SHStA Dresden, Mdl 8955, Bl. 13.

nen-Asyl, durch die aufgenommenen Wöchnerinnen selbst und durch die badische Regentenfamilie getragen, der städtische Beitrag von 1.000 Mark spielte demgegenüber nur eine geringe Rolle.⁷²² Insofern blieb das Heim in seiner Aufnahmepolitik unabhängig. Seit 1913 wurden allerdings auch hier in Ausnahmefällen unverheiratete Wöchnerinnen aufgenommen.⁷²³ Bis 1913 war das Wöchnerinnen-Asyl in den Räumen des Ludwig-Wilhelm-Krankenhauses, das vom Badischen Frauenverein geführt wurde, untergebracht. Auch die Karlsruher Krippe wurde vom Badischen Frauenverein getragen.⁷²⁴

Für Karlsruhe als Vereinszentrale des Badischen Frauenvereins läßt sich also beispielhaft aufzeigen, dass fast die gesamte Mütter- und Säuglingsfürsorge durch diesen Verein getragen bzw. im Fall des Wöchnerinnenheims durch diesen wesentlich beeinflusst wurde. Säuglingsberatungsstellen, die Säuglingsabteilung des Kinderheims, Milchküche, Schutzdamenkontrolle und die Säuglingskrippe wurden direkt vom Frauenverein getragen. Nur die Ziehkinderpflege war der Stadtverwaltung unterstellt.⁷²⁵ Die Stadtverwaltung konnte demgegenüber nur wenig Einfluß auf die Formen der Fürsorge nehmen, da der Verein auch finanziell weitgehend unabhängig fungieren konnte. Dies lag vor allem an den großzügigen Spenden der badischen Regentenfamilie, die den Badischen Frauenverein als Instrument ihrer Fürsorgepolitik nutzen konnten.

3.5.2 Freiburg

Ebenso wie Karlsruhe galt auch Freiburg als sehr weit fortgeschritten in der Mütter- und Säuglingsfürsorge.⁷²⁶ Hier war der Ausbau der Gesundheitsfürsorge in besonderem

⁷²² Vgl. Auszüge aus den Jahresberichten des Vereins zur Erhaltung eines Wöchnerinnen-Asyls für bedürftige Ehefrauen in den Blättern des Badischen Frauenvereins 21.1897 - 31.1907. Vgl. auch StA Karlsruhe, Jahres-Berichte des Vereins zur Erhaltung eines Wöchnerinnen-Asyls für bedürftige Ehefrauen in Karlsruhe in Baden 1908-1913. 1908 betrug die Ausgaben des Asyls 19.732 Mark.

⁷²³ Jedenfalls vermerkt der Jahresbericht für 1913 zum ersten Mal, dass drei Wöchnerinnen nicht verheiratet waren: StA Karlsruhe, XXII. Jahresbericht des Vereins zur Erhaltung eines Wöchnerinnen-Asyls für bedürftige Ehefrauen über das Jahr 1913, Karlsruhe 1914, S. 5.

⁷²⁴ Die Krippe zu Karlsruhe, in: Blätter des Badischen Frauenvereins 21 (1897), S. 24- 30 und 51-53.

⁷²⁵ Vgl. Säuglingsfürsorge in Karlsruhe, in: Blätter des Badischen Frauenvereins 38 (1914), S. 172f.

⁷²⁶ Schwall-Düren, Kinder- und Jugendfürsorge, S. 339. Vgl. auch J. Ehrler, Die Bekämpfung der Kinder-(Säuglings-)sterblichkeit in Freiburg i. Br., in: Soziale Praxis und Archiv für Volkswohlfahrt 20 (1910), S. 1290.

Maße durch die lokalen Verhältnisse beeinflusst, denn die Zusammenarbeit zwischen Stadt und Universität bei der Versorgung der Armenkranken hatte in Freiburg eine lange Tradition. Die medizinische Professorenschaft besaß zudem in der städtischen Politik großen Einfluss. Die Freiburger Krankenanstalten hatten einen Doppelcharakter: Sie waren akademische Lehrkrankenhäuser und Versorgungsanstalten der Bevölkerung. Insofern war die Ausgestaltung des öffentlichen Gesundheitswesens in Freiburg gegen Ende des 19. Jahrhunderts vergleichsweise weit gediehen.⁷²⁷

Wie in den anderen Städten auch, war das Vorgehen der städtischen Behörden zunächst vor allem durch die Ziehkinderfrage initiiert. Die Sterblichkeit der auf Kosten des Armenrats in der Krippenanstalt untergebrachten Säuglinge lag bei 80 Prozent, obwohl sie 1905 in ein neues Gebäude umgezogen war.⁷²⁸ Man entschied, die auf Kosten des Armenrats verpflegten Kinder unter einem Jahr bevorzugt in Privat-Einzelpflege zu geben und durch den Assistenzarzt des Hilda-Hospitals ärztlich überwachen zu lassen.⁷²⁹ Da die Polizei in den großen Städten Badens nicht der städtischen, sondern der staatlichen Kontrolle unterstellt war, musste die Aufsicht der Kinder, die nicht auf Kosten des Armenrates, sondern auf private Rechnung untergebracht waren, besonders geregelt werden. In diesem Fall fand man eine Regelung, in der die staatlichen und städtischen Behörden zusammenarbeiteten. 1911 wurden alle Kinder, die sich in Pflege befanden, einmal wöchentlich durch eine Dame des Luise-Frauenvereins kontrolliert und vierteljährlich durch die staatliche Polizeipflegerin überwacht. Die vom Armenrat untergebrachten Kinder wurden noch einmal im Vierteljahr durch die städtische Armenpflegerin kontrolliert.⁷³⁰ Seit 1907 wurden alle Kin-

⁷²⁷ Juliane Elsässer/Gerlinde Leininger/Eduard Seidler, „Die Sorge für die Gesundheit der Unterthanen“. Das Gesundheitswesen der Stadt Freiburg in den letzten zwei Jahrhunderten, in: Heiko Haumann/Hans Schadek (Hg.), *Geschichte der Stadt Freiburg im Breisgau*; Bd. 3: Von der badischen Herrschaft bis zur Gegenwart, Stuttgart 1992, S. 633ff, hier S. 636f.

⁷²⁸ Die Zahlen sind extrem widersprüchlich. Während sich bei Braummüller ohne Verweis die Zahl von fast 100 Prozent Mortalität findet, (vgl. Braummüller, *Die Entwicklung der Säuglingsfürsorge*, S. 169), spricht der Direktor der Kinderklinik bei einem Rückblick von „weitaus über die Hälfte“; vgl. de la Camp, *Die ärztliche und soziale Bekämpfung*, S. 27. Vgl. die Zahl 80 Prozent nach Hans Schelble, *Säuglingsfürsorge in Freiburg i. B.*, in: *ZfS* 2 (1908), S. 344-353, hier S. 347.

⁷²⁹ Vgl. StA Freiburg D.Ge 9/1, Jahresbericht über die Armen- und Waisenpflege im Jahre 1906. Dieser erhielt seit 1907 für die Ziehkinderüberwachung 300 Mark im Jahr, vgl. Braummüller, *Die Entwicklung der Säuglingsfürsorge*, S. 175.

⁷³⁰ Vgl. StA Freiburg C3/204/3, Art. der Freiburger Zeitung vom 17. Juli 1911. Hier wird besonders hervorgehoben: „Dem verständnisvollen Zusammenwirken von staatlichen und städtischen Behörden mit dem Luise-Frauenverein war bisher ein außerordentlich günstiger Erfolg insofern beschieden, als die

der, auch die auf private Kosten in Pflege gegebenen, ärztlich kontrolliert. Das System der Ziehkinderfürsorge entsprach – in modifizierter Form – dem Taubeschen System der Haltekinderaufsicht in Leipzig (s.u.). Freiburg war damit die erste Stadt Badens, die diesen Ansatz übernommen hatte.⁷³¹

Schon 1886 war das Hilda-Kinderhospital auf private Initiative gegründet worden. Von hier aus gingen weitere Bestrebungen zum Säuglingsschutz aus.⁷³² 1905 wurde das Hilda-Kinderhospital um eine Säuglingsmilchküche erweitert und für die Verteilung und den Verkauf auch an Nicht-Patienten umgerüstet. Der Stadtrat lehnte zunächst eine finanzielle Beteiligung ab,⁷³³ und der Betrieb wurde übergangsweise aus dem Erlös von Wohltätigkeitsveranstaltungen finanziert.⁷³⁴ Im Dezember 1907 entschied der Stadtrat zwar, die Milchküche mit 500 Mark im Jahr regelmäßig zu unterstützen, Bedingung war aber, dass die Milch nur an Frauen abgegeben wurde, die aus wirtschaftlichen oder medizinischen Gründen zum Stillen nicht in der Lage waren. Im Hilda-Kinderhospital hielten die dortigen Ärzte außerdem täglich eine Säuglingsprechstunde ab, in der Eltern Rat einholen konnten und verbilligte Säuglingsmilch aus der Milchküche bekamen. Seit Mai 1910 wurde das Hospital von der Stadt Freiburg verwaltet und wurde schließlich in die Universitäts-

Kinder-(Säuglings)-sterblichkeit einen wesentlichen Rückgang erfahren hat. Die außergewöhnlich günstigen Resultate, welche von keiner süddeutschen Großstadt erreicht wurden, sind hauptsächlich auf die besonderen Maßnahmen der Stadt Freiburg zur Bekämpfung der Kindersterblichkeit zurückzuführen.“

⁷³¹ Vgl. Braummüller, Die Entwicklung der Säuglingsfürsorge, S. 171.

⁷³² Elsässer/Leininger/Seidler, Gesundheitswesen, S. 645.

⁷³³ Diese Entscheidung ist möglicherweise darauf zurückzuführen, dass sich der Stadtrat in einer etwas schwierigen Position befand, denn auch der Luisenverein hatte eine Milchküche einrichten wollen, musste aber das Vorhaben zurückstellen. Das geht aus einem Anschreiben der Vorsitzenden an den Stadtrat hervor: „Mit Ablauf dieses Jahres sehen wir uns leider genötigt, unsere Kochschule aufzugeben, die wir so lange hindurch in den uns von der Stadt so freundlich zur Verfügung gestellten Räumen betrieben haben. Wie dem Stadtrat bekannt sein dürfte, hatten wir die Absicht in denselben Lokalitäten eine Anstalt für Zubereitung von Säuglingsnahrung einzurichten und hatten in Gemeinschaft mit dem Armenrat das Projekt so ausgearbeitet, dass eine Musteranstalt hätte werden können. Die Mitteilung dass das Hilda Kinderhospital eben daran sei, ein gleiches Unternehmen ins Leben zu rufen, zwingt uns, das unserige auf längere Zeit zurückzustellen und so sind wir genötigt, dem verehrlichen Stadtrat die Räumlichkeiten [...] wieder zur Verfügung zu stellen.“ Vgl. StA Freiburg C3/380/4, Schreiben der Präsidentin des Luisen-Frauenvereins an den Freiburger Stadtrat (o. D.).

⁷³⁴ Über den Preis der Milch werden keine genauen Angaben gemacht. „Die Abgabe der Kindernahrung soll von Seiten des Kinderhospitals so billig als möglich erfolgen; wir können nur nicht mit eigenem Verlust für die Öffentlichkeit arbeiten. Dazu reichen unsere beschränkten Mittel nicht.“ Ebd., Zeitungsartikel vom 17.2.1905.

Kinderklinik umgewandelt. Die angeschlossene Milchküche wurde 1912 geschlossen, da die Nachfrage erheblich zurückgegangen war.⁷³⁵

Die Stadt verfolgte schon zu einem frühen Zeitpunkt das Ziel, die Brusternährung zu fördern.⁷³⁶ Stillprämien wurden schon seit Anfang des Jahres 1906 ausgezahlt; eine Maßnahme, die gerade im Vergleich mit den anderen Städten sehr früh eingeführt wurde. In den anderen Kommunen lag der Schwerpunkt zu diesem Zeitpunkt noch darauf, kommunale Milchküchen einzurichten, die einwandfreie Säuglingsmilch lieferten. Das Freiburger Stillprämien-System war deshalb in den folgenden Jahren für andere deutsche Städte ein Vorbild (Uerdingen, Karlsruhe s.o.).

Die Stillgelder wurden an bedürftige Frauen im vierzehntägigen Rhythmus abgegeben. Die Kontrolle der Bedürftigkeit erfolgte durch eine städtische Beamtin, die Stilltätigkeit wurde jeweils vierzehntägig durch den Stadtarzt kontrolliert, der den Frauen bei dieser Gelegenheit nicht nur die Stillprämie aushändigen, sondern auch ärztlichen Rat erteilen sollte.⁷³⁷ Für diese Stillprämien war eine Kostenstelle von 4.000 Mark vorgesehen worden. Als die Nachfrage 1906 sehr rege war, verdoppelte man auf der einen Seite das Budget, verringerte auf der anderen Seite aber auch die Stillprämien von zehn auf sechs Mark pro 14 Tage.⁷³⁸

Bis zum Ersten Weltkrieg wurden die Stillprämien aus der kommunalen Kasse bezahlt. Paradigmatisch war dann die Auseinandersetzung um die Einführung der staatlichen Reichswochenhilfe. Die Zahlung der staatlichen Wochenhilfe wurde nämlich – anders als die städtischen Stillprämien – nicht von den Kontrollbesuchen bei den Müttern und deren Wohlverhalten abhängig gemacht. Diese Kontrolle war aber Tätigkeitsbasis der lokalen

⁷³⁵ Ebd., S. 155: „In der zweiten Jahreshälfte 1907 wurde eine Entscheidung im Hilda-Hospital gefällt, die den Milchverbrauch stark zurückgehen ließ. Man zog Konsequenz aus der Erkenntnis, daß eine nach der Schablone gefertigte Milch in vielen Fällen eher schädlich als nützlich sei und stellte die Herstellung der sechs Milchmischungen ein. Für eine ‘segensreiche Tätigkeit’ sollte die Nahrung eigens für jedes Kind nach ärztlichem Rezept hergestellt werden. Diese wohlmeinende Entscheidung fand bei den Müttern nicht das richtige Verständnis. Sie verzichteten lieber auf die Milch, als daß sie sich ein Rezept besorgten“.

⁷³⁶ Braummüller, Die Entwicklung der Säuglingsfürsorge, S. 150-155.

⁷³⁷ Bedürftigkeit lag vor, wenn das Tageseinkommen einer Familie mit einem Kind unter drei Mark lag. Bei jedem weiteren Kind wurde die Bedürftigkeitsgrenze um 50 Pfennig hochgesetzt, vgl. StA Freiburg C3/380/3, Bericht über die Verteilung der Stillprämien.

⁷³⁸ Ebd.

Wohltätigkeitsvereine. Diese verloren nun die rechtliche Grundlage, um die Verwendung der Gelder und eine regelmäßige Stilltätigkeit zu überprüfen. Mit den Beschwerden der Vereine – nicht nur aus der Stadt Freiburg – konfrontiert, lautete die Antwort aus dem Reichsamt des Innern:

„Eine Beihilfe aus Reichsmitteln muss in überall gleichbleibenden Beträgen gezahlt und der Anspruch darauf darf nicht im Einzelfalle vom Ermessen einer anderen, zumeist nur privaten, Stelle abhängig gemacht werden.“⁷³⁹

Schließlich könnten die Vereine oder andere Träger ja ihre Gelder über den vom Staat gewährten Zeitraum hinaus zahlen und die Bewilligung dieser darüber hinausgehenden Mittel vom Verhalten der Mütter über den gesamten Zeitraum abhängig machen.

Die Wöchnerinnenpflege wurde in Freiburg sowohl durch zwei Vereine für Wochenpflege als auch durch den Evangelischen und den Katholischen Fürsorgeverein für Frauen, Mädchen und Kinder organisiert. Diese baten die Stadt wiederholt um finanzielle Unterstützung. Die Zahlungen wurden allerdings noch 1900 mit der folgenden Begründung abgelehnt:

„Sind Hilfeleistungen aus städtischen Mitteln erforderlich, so sollen sie auch unter städtischer Kontrolle erfolgen [...]. Eine Vermehrung der aus städtischen Mitteln zu unterstützenden Wohltätigkeitsvereine würde unseres Erachtens zu bedenklichen Konsequenzen führen.“⁷⁴⁰

Seit 1905 gab die Stadt dann allerdings einen jährlichen Zuschuss von 200 Mark, eine Summe, die aber noch nicht einmal ein Zehntel der Kosten abdeckte. Die Satzungen gaben an, dass sich der Wöchnerinnenverein nur um verheiratete Frauen kümmerte, allerdings ohne Rücksicht auf ihre Konfession. Sie bekamen vierzehn Tage Kost und wurden mit Säuglingswäsche versorgt. Durchschnittlich wurden pro Jahr etwa 250-350 Frauen versorgt.⁷⁴¹ Dem zweiten Wöchnerinnenverein, dem „Verein für Wochen- und Hauspflege“ zahlte die Stadt seit 1909 einen jährlichen Zuschuss von 1.000 Mark. Diese höhere Unterstützung ist dadurch zu erklären, dass der städtische Armenrat die Hauspflegerinnen des

⁷³⁹ Ebd., Rundschreiben des Reichskanzlers vom 12. Dezember 1914. Vgl. zur Reichswochenhilfe auch das sechste Kap. der vorliegenden Arbeit.

⁷⁴⁰ StA Freiburg C3/381/2, Schreiben des städtischen Armenrathes an den Freiburger Stadtrat vom 29. Mai 1900.

⁷⁴¹ Vgl. die Rechenschaftsberichte und die Satzungen in ebd.

Vereins in Anspruch nahm. Er zahlte zudem noch zusätzlich eine Mark am Tag für eine in Dienst genommene Hauspflegerin. Die übrigen Ausgaben des Vereins wurden, wenn auch sehr unregelmäßig, durch Wohltätigkeitssammlungen und Stiftungsgelder bestritten.⁷⁴²

Uneheliche Wöchnerinnen konnten in einer „Zufluchtsstätte“ des „Katholischen Fürsorgevereins für Mädchen, Frauen und Kinder“ Aufnahme finden. Hier waren allerdings nicht nur Mütter, sondern auch arbeitslose, „sittlich gefährdete“ und aus dem Gefängnis entlassene Frauen und seit 1914 auch Fürsorgezöglinge untergebracht.⁷⁴³

Freiburg konnte also im zeitgenössischen Vergleich eine sehr weitgehende Gesundheitsfürsorge für Mütter und Säuglinge aufweisen. Dafür waren mehrere Faktoren verantwortlich. Zum einen bot die Nähe der Universität und der Kinderklinik einen schnellen Anschluß an die neuesten medizinischen und ernährungsphysiologischen Ergebnisse. Zum anderen führte die hohe Konzentration des Bildungsbürgertums in Freiburg ähnlich wie in Münster zu einer erhöhten Aktivität der wohltätigen Frauenvereine, die die Versorgung der Wöchnerinnen und der bedürftigen Säuglinge zu ihrem Aufgabengebiet erklärten.

Während in Baden insgesamt eine sehr effektive und auch gleichmäßige Organisation der Säuglingsfürsorge durchgeführt werden konnte, nicht zuletzt weil aufgrund der langsameren Industrialisierung die sozialen und gesellschaftlichen Spannungen vergleichsweise wenig ausgeprägt waren, sah die Lage im früh und nachhaltig industrialisierten Königreich Sachsen ganz anders aus.

⁷⁴² Braunmüller, Die Entwicklung der Säuglingsfürsorge, S. 184f.

⁷⁴³ Ebd., S. 192f.; Vgl. auch Hans Schelble, Säuglingsfürsorge in Freiburg i. B., in: ZfS 2 (1908), S. 344 - 353.

3.6 Die Organisation der Säuglingsfürsorge im Königreich Sachsen

Im Gegensatz zum liberalen Baden galt Sachsen lange Zeit in der Forschung als „Musterland der Reaktion“,⁷⁴⁴ in dem die Konservativen über eine sichere Machtbasis verfügten und die Frontstellung zur ebenfalls vergleichsweise starken Sozialdemokratie als permanente Reformblockade wirkte. Dieses Bild ist in neueren Beiträgen sehr modifiziert worden, und für die Phase nach 1900 diagnostizierte die Forschung ein größeres Reformpotenzial.⁷⁴⁵ Für den Bereich der Fürsorgepolitik wird diese Einschätzung allerdings nach wie vor bestritten.⁷⁴⁶ Kennzeichnend für Sachsen ist ein im Kaiserreich überdurchschnittlicher Grad der Industrialisierung, vor allem im Bereich der Textil- und Maschinenbauindustrie.⁷⁴⁷ Darüber hinaus verfügte die Arbeiterbewegung über eine breite Basis als „die Wiege und wichtigste Hochburg der deutschen Sozialdemokratie“⁷⁴⁸

Auf den ersten Blick scheint Sachsen eine Pionierfunktion in der Säuglingsfürsorge eingenommen zu haben. Zum einen wurde hier durch Arthur Schloßmann das erste Säuglingsheim begründet, das tatsächlich eine Senkung der Mortalitätszahlen erreichen konnte,⁷⁴⁹ und zum anderen war in der Stadt Leipzig durch den Sanitätsrat Max Taube eine effiziente Ziehkinderfürsorge eingeführt worden (s. u.).

⁷⁴⁴ Vgl. Überblick über die Forschung bei Christoph Nonn, Soziale Hintergründe des politischen Wandels im Königreich Sachsen vor 1914, in: Lässig/Pohl, Sachsen, S. 371-392 und bei Ewald Frie, Wohlfahrtsstaat Sachsen? Das Königreich und Preußen im Vergleich, in: Lässig/Pohl, Sachsen, S. 343-370.

⁷⁴⁵ Karl Heinrich Pohl, Ein zweiter politischer Emanzipationsprozeß des liberalen Unternehmertums? Zur Sozialstruktur und Politik der Liberalen in Sachsen zu Beginn des 20. Jahrhunderts, in: Klaus Tenfelde/Hans-Ulrich Wehler (Hg.), Wege zur Geschichte des Bürgertums. Vierzehn Beiträge, Göttingen 1994, S. 231-248. Vgl. auch den Sammelband: Helga Grebing/Hans Mommsen/Karsten Rudolph (Hg.), Demokratie und Emanzipation zwischen Saale und Elbe. Beiträge zur Geschichte der sozialdemokratischen Arbeiterbewegung bis 1933, Essen 1993.

⁷⁴⁶ Frie, Wohlfahrtsstaat Sachsen, S. 370 und für das kommunale Beispiel Leipzigs auch Brandmann, Leipzig, S. 435, der allerdings der Gesundheitsfürsorge in Leipzig ausnahmsweise ein besonderes Reformpotential zuschreibt. Ansonsten dominierte nach Brandmann in Leipzig die „klassenpolitische Konfrontation“.

⁷⁴⁷ Karlheinz Blaschke, Grundzüge sächsischer Geschichte zwischen der Reichsgründung und dem Ersten Weltkrieg, in: Lässig/Pohl, Sachsen, S. 11-26, hier S. 23.

⁷⁴⁸ Gerhard A. Ritter, Wahlen und Wahlpolitik im Königreich Sachsen 1867-1914, in: Lässig/Pohl, Sachsen, S. 29-86, hier S. 29.

⁷⁴⁹ Arthur Schloßmann, Ueber die Fürsorge für kranke Säuglinge unter besonderer Berücksichtigung des neuen Dresdner Säuglingsheimes, in: Archiv für Kinderheilkunde 43 (1906), S. 1-94, hier S. 88. Die Sterblichkeitsrate der kranken Säuglinge im Dresdener Heim konnte unter der Leitung von Schloßmann von 42 Prozent im Jahr 1908/09 bis auf 23 Prozent im Jahre 1904 gesenkt werden.

Neben diesen prominenten lokalen Protagonisten hat es jedoch vor 1914 nur wenige überregionale Ansätze innerhalb der Säuglingsfürsorge gegeben. Dies ist zunächst umso erstaunlicher, als Sachsen im reichsdeutschen Vergleich eine sehr hohe Säuglingssterblichkeit aufzuweisen hatte: Mit einer Sterblichkeitsquote von 26,5 Prozent bestanden in Sachsen zum Ende des Jahrhunderts im Vergleich mit den anderen deutschen Bundesstaaten extrem ungünstige Verhältnisse. Allerdings war die Geburtenrate im reichsdeutschen Vergleich um die Jahrhundertwende ebenfalls sehr hoch.⁷⁵⁰ Das Bevölkerungswachstum war also im Vergleich mit anderen Staaten weniger bedroht, insofern fühlten sich die staatlichen Vertreter nicht zu einem Vorgehen gedrängt. Die Initiative des preußischen Kultusministeriums (insbesondere der Erlass von 1907), aber auch ein Rundschreiben des Reichskanzlers mit beiliegendem Bericht des Kaiserlichen Gesundheitsamtes,⁷⁵¹ wirkte allerdings auch in Sachsen. Das sächsische Ministerium des Innern erließ noch im gleichen Jahr eine Verordnung, in der auf die besondere Zweckmäßigkeit der Säuglingsfürsorgestellen verwiesen wurde und die Gemeinden und Bezirke zur Gründung entsprechender Institutionen aufgefordert wurden.⁷⁵² Ab 1908 wurde schließlich die Tätigkeit der Gemeinden und der Kreishauptmannschaften regelmäßig überprüft.⁷⁵³ Per Verordnung war im April 1907 ein jährlicher Bericht der Kreishauptmannschaften über die Säuglingsfürsorge angefordert worden. Die allermeisten Berichte gingen schließlich zum April/Mai 1908 ein.⁷⁵⁴ Im Jahr 1907 hat es auch Bestrebungen zur Gründung eines landesweiten

⁷⁵⁰ Medizinalabteilung, Die Säuglingssterblichkeit, S. 9. Dagegen begründete der Bezirksarzt Nowacks das städtische Interesse an der Säuglingsfürsorge mit der sinkenden Geburtenziffer, vgl. Witzler, Großstadt und Hygiene, S. 187. Der Anteil der verheirateten Frauen an den erwerbstätigen Arbeiterinnen lag in Sachsen bei 33,4 Prozent, eine im Reichsdurchschnitt (knapp 20 Prozent) sehr hohe Zahl. Vgl. Würtz, Säuglingsschutz, S. 8.

⁷⁵¹ Vgl. SHStA Dresden, Sektion XIX, 6a, Nr. 17219, Schreiben des Reichskanzlers an die hohen Bundesregierungen vom 13. Februar 1907. Der beiliegende Bericht des Kaiserlichen Gesundheitsamts stammte vom 29. Dezember 1906, Bl. 57.

⁷⁵² Ebd., Bl. 53a, Zeitungsartikel aus der Sächsischen Arbeiterzeitung vom 20.12. 1907.

⁷⁵³ Verwaltungsrechtlich war Sachsen in 27 Amtshauptmannschaften eingeteilt, die etwa der preußischen Kreisorganisation entsprachen, diese wiederum waren in Kreishauptmannschaften zusammengefasst, die nicht nur staatliche Lenkungsbehörden waren, sondern auch Selbstverwaltungscharakter hatten; sie entsprachen also am ehesten der Provinzialverwaltung in Preußen. Vgl. dazu Blaschke, Grundzüge sächsischer Geschichte, hier S. 21.

⁷⁵⁴ Vgl. die Korrespondenz in SHStA Dresden, MdI 17219.

Ausschusses für Säuglingsfürsorge gegeben.⁷⁵⁵ Wahrscheinlich handelte es sich hierbei um ein Spendenkomitee für das KAVH in Berlin, das in einem Bericht der Kreishauptmannschaften im gleichen Jahr noch einmal als „Sächsischer Landesausschuss für die Stiftung ‘Kaiserin Augusta Viktoria Haus‘“ erwähnt wird. Allerdings hatte dieses Spendenkomitee, ähnlich wie in den anderen Bundesstaaten, nur einen sehr geringen Zulauf, es scheint in der weiteren Entwicklung keine Rolle mehr gespielt zu haben und hat auch nur wenige Mitglieder aquirieren können.⁷⁵⁶ Davon abgesehen hat es in Sachsen aber wohl vor dem Ersten Weltkrieg keinen Versuch gegeben, eine Landeszentrale zu gründen. Von den staatlichen Stellen wurde dagegen empfohlen, Fürsorgestellen zu gründen,

„[...] da die Errichtung und der Betrieb derselben [...] einen erheblichen Kostenaufwand nicht erfordern.“⁷⁵⁷

Trotzdem blieb das Ziel der staatlichen Lenkungsbehörden, eine möglichst weitgehende Vereinheitlichung der städtischen und ländlichen Maßnahmen zu erwirken, wenn man sich auch über den Weg dahin noch ziemlich unklar war.⁷⁵⁸ Auch im Ministerium des Innern war es fraglich, ob die Bezirksregierungen oder die Gemeinden für die Säuglingsfürsorge zuständig seien.⁷⁵⁹

⁷⁵⁵ Ebd., Bl. 33, Schreiben der Amtshauptmannschaft Dresden an das Sächsische Innenministerium vom 27. Okt. 1907: „An die Gemeindebehörden gehen in den nächsten Tagen Sammel-Einzellisten mit dem Veranlassen ab, die maßgebenden Kreise tunlichst am Kopfe der Liste zeichnen zu lassen.“

⁷⁵⁶ Ebd., Bl. 104, Schreiben der Kreishauptmannschaft Leipzig an das Sächsische Innenministerium vom 26. Juni 1908.

⁷⁵⁷ Ebd., Bl. 9, Schreiben des Landes-Medizinal-Kollegiums an das Sächsische Innenministerium v. 29. März 1907.

⁷⁵⁸ Im Bericht der Kreishauptmannschaft Chemnitz wurde folgende Ansicht dargelegt: „Wenn der Umfang der in den einzelnen Städten und Landbezirken in Sachen Säuglingsfürsorge getroffene Massnahmen ein ziemlich ungleicher ist, so glaubt die Kreishauptmannschaft, dass dies weniger auf die Verschiedenheit der örtlichen Verhältnisse, als darauf zurückzuführen ist, dass einerseits das Verständnis der empfohlenen Massnahmen, andererseits der gute Wille und das organisatorische Geschick der leitenden Persönlichkeiten ungleiche sind. Wenn sich nun auch eine völlige Gleichmässigkeit in dieser Beziehung nicht erzielen lässt, so muss es doch das Bestreben der Kreishauptmannschaft sein, die grössten, in der Verschiedenheit der örtlichen Verhältnisse nicht begründeten Ungleichheiten der Behandlung der hier fraglichen Materie tunlichst auszugleichen.“ Vgl. ebd., Bl. 118, Bericht der Kreishauptmannschaft Chemnitz an das Sächsische Innenministerium v. 10. August 1908.

⁷⁵⁹ So schrieb die I. Abteilung des Innenministerium an die II. Abteilung, „[...] daß nach diesseitiger Ansicht die Bekämpfung der Sterblichkeit der Säuglinge, so erfreulich das Interesse der Amtshauptleute hierfür ist, zur Zeit doch noch nicht zu den Bezirksangelegenheiten im Sinne von § 20 des Gesetzes, die Bildung der Bezirksverbände usw. betreffend, vom 21. April 1873 zu rechnen ist, weil die Angelegenheit weder unter die in § 21 des Gesetzes bezeichneten Angelegenheiten fällt, noch sonst gesetzlich zu einer Bezirksangelegenheit im Sinne von § 20 Ziffer 1 des Gesetzes erklärt worden ist.“ Vgl. ebd., Bl. 31, Beschluß des Ministeriums des Innern der I. Abt. an II. Abt. vom 4. Okt. 1907.

Ähnlich wie in Preußen und Baden war die Säuglingsfürsorge auf dem Lande sehr viel schwerer zu etablieren. Aus dem Umland der Städte, das in Sachsen verwaltungsrechtlich zu den Amtshauptmannschaften gehörte, wurde an das sächsische Innenministerium berichtet, dass sich viele Ortschaften ablehnend verhielten.⁷⁶⁰ Für die kleineren Ortschaften war der Unterhalt einer Fürsorgestelle häufig finanziell gar nicht möglich, gerade wenn die ortsansässigen Ärzte nicht bereit waren, die Beratung kostenlos zu übernehmen.⁷⁶¹ Zudem war die Organisationsform der Säuglingsfürsorgestelle ja auf die städtischen Lebensverhältnisse zugeschnitten, denn der regelmäßige Besuch einer derartigen Einrichtung war auf dem Lande schon aufgrund der räumlichen Distanzen überaus schwierig. Die Erwartung, diese großstädtischen Organisationsformen einfach auf das „platte Land“ zu übertragen, stieß schließlich bei den Vertretern ländlicher Ortschaften auf Widerstand.⁷⁶² In Baden und im Regierungsbezirk Düsseldorf ging man einige Jahre später neue Wege, um die ländlichen Regionen besser zu erreichen und zu versorgen. Hier wurden – wie erwähnt – Wanderlehrerinnen für Säuglingsfürsorge angestellt, die die Belehrung und Beratung vor Ort durchführen sollten.

Auch die mittelgroßen Städte Sachsens, wie etwa Bautzen oder Kamenz, lehnten den Aufbau einer kommunalen Säuglingsfürsorge ab. Sie argumentierten, dass die Stillquoten in ihrer Region enorm hoch seien.⁷⁶³ Insofern könne man sich auch von der Verteilung von Stillprämien keinen allzu großen Erfolg versprechen, zudem wurde bezweifelt, „dass die Gemeinden zu diesem Zweck finanzielle Opfer bringen würden“. In der eher ländlichen Gegend der Kreishauptmannschaft Bautzen konnten sich die Amtshauptmannschaften und Gemeinden darauf einigen, dass eine „umfassendere Verwendung der Hebammen zur Beaufsichtigung des Stillgeschäftes bzw. der Säuglingspflege und als vermittelnder Faktor

⁷⁶⁰ Ebd., Bl. 97-98, Schreiben der Kreishauptmannschaft Dresden an das sächsische Innenministerium vom 29. Mai 1908.

⁷⁶¹ Ebd., Bl. 110, Schreiben der Kreishauptmannschaft Chemnitz an das Sächsische Innenministerium vom 10. Aug. 1908.

⁷⁶² So wird der Stadtrat von Ehrenfriedersdorf zitiert: „Er hält es für bedenklich, großstädtische Experimente sozialer Fürsorge in den kleineren Orten schlechthin nachahmen zu lassen.“ Vgl. ebd., Bl. 113, Bericht der Kreishauptmannschaft Chemnitz an das Sächsische Innenministerium vom 10. August 1908.

⁷⁶³ Die Stillquoten lagen nach offiziellen Angaben zwischen 78 und 95 Prozent und im Bautzener Bezirk wurden 73 Prozent der Säuglinge länger als sechs Wochen gestillt. Vgl. ebd., Bl. 99, Schreiben der Kreishauptmannschaft Bautzen an das Sächsische Innenministerium vom 29. Mai 1908.

zwischen den bedürftigen Müttern und den Frauenvereinen bzw. der Gemeindebehörde“ stattfinden sollte.⁷⁶⁴ War dies auch ein Zugeständnis, das zunächst einmal konkrete Maßnahmen völlig offen ließ, verwies es auf ein Spezifikum der sächsischen Fürsorgepolitik, das sich fast in allen Ortschaften finden ließ, nämlich auf die wichtige Position der Hebammen. Diese hatte ihre Ursache zum einen in der im Vergleich besonders guten Ausbildung der Hebammen im Königreich Sachsen. Zum anderen standen die Hebammen unter der Oberaufsicht der staatlichen Lenkungsbehörden. Insofern wurde erwartet, dass die Prämien, die an die Hebammen gezahlt werden sollten, wenn sie sich für die Förderung des Stillens einsetzten, von Seiten des Staates bzw. aus Bezirksmitteln und nicht aus Gemeindemitteln gezahlt werden würden.⁷⁶⁵

Das Argument, der Staat sei für den Ausbau und vor allem für die Finanzierung der Gesundheitsfürsorge zuständig, tauchte bei den Gemeinden häufig auf. So wurde in Zittau und Bischofswerda ein städtisches Engagement in der Säuglingsfürsorge mit dem Verweis abgewiesen, dass „es vor allem Aufgabe des Staates sei, hierfür Mittel zu beschaffen, da die Gemeinden dazu außerstande seien.“⁷⁶⁶

In dieser Perspektive wurde unter Säuglingsfürsorge vor allem die Einrichtung von Beratungsstellen und die Verteilung von Stillprämien verstanden. Dagegen wurde das Bereitstellen einwandfreier Säuglingsmilch zu einem möglichst kostengünstigen Preis durchaus als kommunale Aufgabe gesehen.⁷⁶⁷ Hier zeigen sich Parallelen zu den anderen untersuch-

⁷⁶⁴ Ebd., Bl. 100, Schreiben der Kreishauptmannschaft Bautzen an das Sächsische Innenministerium vom 29. Mai 1908.

⁷⁶⁵ „Anzustreben würde vielleicht sein [...] eine möglichst weitgehende Heranziehung der Hebammen zur Überwachung der Säuglingspflege. Zweifellos würde letzteres durch Gewährung von Prämien außerordentlich gefördert werden, und es wäre deshalb nur zu wünschen, dass die Regierung die dazu erforderlichen Mittel zur Verfügung stellen könnte.“ Ebd., Bl. 102, Schreiben der Kreishauptmannschaft Bautzen an das Sächsische Innenministerium vom 29. Mai 1908.

⁷⁶⁶ Mit diesem Argument lehnten die Stadtverordneten von Bischofswerda eine die Förderung der Säuglingsfürsorge betreffende Ratsvorlage ab, vgl. ebd., Bl. 100, Schreiben der Kreishauptmannschaft Bautzen an das Sächsische Innenministerium vom 29. Mai 1908.

⁷⁶⁷ Die Städte und Ortschaften, die den Aufbau von Säuglingsfürsorgeeinrichtungen ablehnten, waren in der Kreishauptmannschaft Bautzen durchaus bereit, Milchabgabestellen oder Milchkontrollen einzurichten, vgl. SLHA MdI 17219 Schreiben der Kreishauptmannschaft Bautzen an das Sächsische Innenministerium vom 29. Mai 1908, Bl. 101. Ähnlich auch im Bezirk der Kreishauptmannschaft Chemnitz: So wird über die Stadt Thum geschrieben, dass der Stadtrat auf dem Gebiet der Milchkontrolle und der Milchverteilung einiges leistet, doch gleichzeitig wird berichtet: „Von Stillprämien hat er abgesehen, weil er glaubt, dass die in Fabriken und sonst auf Arbeit gehenden Mütter sich durch Stillprämien, die doch nur in bescheidener Höhe gewährt werden können, wegen des Verdienstausfalles nicht würden von der Ar-

ten Regionen. Sowohl in Westfalen und im Rheinland als auch in Baden war die kommunale Zuständigkeit für die Milchversorgung nicht in Frage gestellt worden. Dagegen war die Bereitschaft, spezifische Gesundheitsfürsorgeeinrichtungen für Säuglinge einzurichten, in allen Regionen von Stadt zu Stadt oder von Ortschaft zu Ortschaft sehr unterschiedlich ausgeprägt.

Auch die private Wohltätigkeit war im Königreich Sachsen nicht so effektiv wie in Baden und Preußen organisiert. Es haben sich zwar mancherorts städtische Vereine für Mütter- und Säuglingsfürsorge gegründet, deren Tätigkeit war aber den Berichten zufolge nicht sehr umfangreich. So engagierte sich zwar der Sächsische Zweigverein vom Roten Kreuz in der Säuglingsfürsorge, er war auch für die staatlichen Lenkungsbehörden Ansprechpartner für den Aufbau von Einrichtungen in der Säuglingsfürsorge; seine Arbeit kann aber keinesfalls mit dem umfassenden Ansatz des Badischen Frauenvereins verglichen werden. Auch die Berichte der verschiedenen Amtshauptmannschaften an das Sächsische Innenministerium belegen, dass sich die Privatwohltätigkeit in Sachsen vergleichsweise wenig engagiert hat.⁷⁶⁸

Von Seiten der Regierungsbehörden wurde den Ortschaften und Gemeinden ein gemeinsames Vorgehen mit Wohltätigkeitsvereinen und Ärzteschaft empfohlen. So heißt es in einem Rundschreiben der Amtshauptmannschaften:

„Sehr zweckmäßig erscheint es, nach einer hierher gelangten Verordnung der Königlichen Kreishauptmannschaft, die Säuglingsfürsorge in die Hände gemeinnütziger Vereine zu legen, so daß der Behörde selbst nur die Aufsicht und die finanzielle Unterstützung der Bestrebung zufällt. Schließlich ist nichts unversucht zu lassen, sich der Mitwirkung und der Unterstützung der praktischen Ärzte zu versichern. Ihren etwaigen Bedenken, daß in der unentgeltlichen Besorgung der von ihnen hinsichtlich der Säuglingsfürsorge etwa übernommenen Geschäfte von anderen Ärzten ein Verstoß gegen die ärztliche Standesordnung erblickt werden könne, ist entgegenzuhalten, daß es sich hierbei um eine gemeinnützige Tätigkeit handle, durch deren tunlichste Unterstützung sich ein Arzt gegen die Standesordnung nach Ansicht der Kreishauptmannschaften nicht vergeht.“⁷⁶⁹

beit abhalten lassen und selbst bei hohen Stillprämien dies aus der Befürchtung, die Arbeitsstelle in der Zwischenzeit zu verlieren, tun würden. Von den nicht außer Haus beschäftigten Müttern nimmt der Stadtrat an, dass sie, falls sie dazu im Stande sind, selbst stillen.“ Vgl. ebd., Bl. 116, Bericht der Kreishauptmannschaft Chemnitz an das Sächsische Innenministerium vom 10. August 1908.

⁷⁶⁸ Vgl. die gesammelten Berichte der Kreishauptmannschaften in ebd.

⁷⁶⁹ Das Rundschreiben wird zitiert in ebd., Zeitungsartikel aus „Volksstimme“ Nr. 257 vom 5. Nov. 1909.

Während die staatlichen Behörden also darauf zielten, die Säuglingsfürsorge durch die privaten Wohltätigkeitsvereine und die (unentgeltliche) Mitarbeit der Ärzte durchführen zu lassen, wurde diesem Ansatz von Seiten der Arbeiterbewegung mit harscher Kritik begegnet:

„Diese Verordnung läßt die ganze Rückständigkeit unserer hygienischen und sozialen Arbeiterfürsorge erkennen! Nach unserer Meinung ist die Säuglingsfürsorge eine Aufgabe der Gemeinde oder des Staates, nicht aber der privaten Wohltätigkeit. Obgleich aber die Gemeinde nur Zuschüsse zahlen soll, soll sie doch die „Aufsicht“ über die Bestrebungen ausüben. Staatliche Bürokratie an allen Ecken! Und schließlich sollen die Ärzte auch noch die ihnen zugedachte Mitwirkung unentgeltlich verrichten. Wir finden es ganz richtig, daß die Ärzte, wie es der Ärztliche Bezirksverein Chemnitz-Stadt getan hat, diese geforderte unentgeltliche ärztliche Tätigkeit ablehnen.“⁷⁷⁰

Diese unterschiedlichen Positionen und die mangelnde Verbindung zur Praxis unterstützen die These, dass die Wohlfahrtspflege in Sachsen vergleichsweise wenig effektiv gewesen sei. Sie hat es nicht vermocht, ihren vermeintlich politisch neutralen Ansatz erfolgreich zwischen den Fronten der Konservativen und der Sozialdemokraten zu vermitteln. „Die wohlfahrtspflegerische Dynamik der wilhelminischen Epoche verlor im sächsischen parteipolitischen Kräftefeld entscheidend an Fahrt“⁷⁷¹, lautet die Einschätzung Ewald Fries. Dennoch ist in Sachsen gegen Ende des Ersten Weltkriegs am 30. Mai 1918 ein Gesetz über Wohlfahrtspflege, das erste deutsche Ländergesetz zur Wohlfahrtspflege, in Kraft getreten. In diesem wurde jedem Pflegebezirk die Aufgabe auferlegt, Beratungsstellen für Gesundheitsfürsorge (Krüppel-, Tbc.-, Mütter- Säuglings- und Kleinkinderfürsorge) zu gründen.⁷⁷² Wenn dieses Gesetz auch nicht als großer Wurf bezeichnet werden kann,⁷⁷³ so kommt ihm doch zumindest die Ehre zu, das erste seiner Art innerhalb der deutschen Bundesstaaten gewesen zu sein. Zudem gehörten die beiden größten sächsischen Städte, Dresden und Leipzig, zu den innovativsten Gemeinden auf dem Gebiet der

⁷⁷⁰ Ebd.

⁷⁷¹ Frie, Wohlfahrtsstaat Sachsen, hier S. 370.

⁷⁷² Vgl. dazu Heinrich Schmidt, Das sächsische Gesetz über die Wohlfahrtspflege vom 30. Mai 1918, Jur. Diss. (masch.), Leipzig o. J. [1920]; Wilhelm Sattler, Die Organisation der öffentlichen Wohlfahrtspflege in Sachsen, Jur. Diss., Leipzig 1933, S. 12ff.

⁷⁷³ Brandmann, Leipzig, S. 303.

Gesundheitsfürsorge im Reichsgebiet. Insofern verdienen deren Verhältnisse besondere Aufmerksamkeit.

3.6.1 Dresden

In der Selbstwahrnehmung war Dresden eine „gesunde Stadt“: Der Leiter des Dresdner Statistischen Amtes betonte im Jahr 1905, dass Dresden im Vergleich mit den zehn anderen deutschen Großstädten mit mehr als 250.000 Einwohnern in der Höhe der Sterblichkeitszahlen erst an sechster Stelle stände. Dieses Urteil war in der zeitgenössischen Diskussion allerdings nicht unumstritten.⁷⁷⁴

Auf dem Gebiet der Säuglingsfürsorge mahnten Vertreter des ärztlichen Bezirksvereins schon 1905 beim Rat der Stadt die Einrichtung einer Beratungsstelle an:

„Es gibt aber auch Frauen, die wohl in der Lage wären zu stillen, und die, wenn sie erst über ihre Fähigkeit hierzu Gewißheit hätten, gerne ihrem Kinde diese Wohltat erweisen würden [...]. Für diese Personen fehlen zur Zeit noch geeignete Stellen, an denen sie über diese und andere [...] Fragen [...] Rat erhalten können [...]“⁷⁷⁵

Der Anstoß für die Einrichtung einer Fürsorgestelle in Dresden ist aber dann vom sächsischen Innenministerium ausgegangen.⁷⁷⁶ Außerdem hatte 1907 der Vorstand des Bundes für Mutterschutz in Berlin eine Anfrage an mehrere deutsche Städte gerichtet, in denen nach den bestehenden kommunalen Einrichtungen für Mutterschutz gefragt wurde. Daraufhin beschloss der Rat der Stadt, weitere Fürsorgemaßnahmen für Schwangere und Wöchnerinnen auf den Weg zu bringen. Man wollte sich jedoch zunächst über die soziale Lage der ledigen und verheirateten Schwangeren und Wöchnerinnen informieren. Da die aktuelle Lage über das vorhandene statistische Material kaum zu erfassen war, beauftragte die Stadt das statistische Amt mit der Durchführung einer Erhebung über die Verhältnisse

⁷⁷⁴ Witzler, Großstadt und Hygiene, S. 189 und Vögele, Sozialgeschichte, S. 92f.

⁷⁷⁵ StA Dresden, Krankenpfleg- und Stiftsamt, Nr. 82, Schreiben von Dr. Otto Kretzschmar (Vertreter des ärztlichen Bezirksvereins Dresden-Stadt) an den Rat zu Dresden v. 25 Juli 1905.

⁷⁷⁶ „Nach dem im Vorstehenden dargelegten wird dem Königlichen Ministerium empfohlen, die Errichtung eine Säuglingsfürsorgestelle bei der hiesigen Frauenklinik, insbesondere zur Unterweisung der Hebammenschülerinnen in der Säuglingspflege, anzuordnen [...]“ Vgl. SHStA Dresden, MdI 17219, Schreiben des Landes-Medizinal-Kollegiums an das Sächsische Innenministerium v. 29. März 1907.

unbemittelter lediger und verheirateter Wöchnerinnen in der Stadt.⁷⁷⁷ Die Initiative des Bundes für Mutterschutz löste zahlreiche weitere Aktivitäten im Bereich der Mutter- und Säuglingsfürsorge aus. 1907 übernahm die Stadt das von Schloßmann gegründete und enorm erfolgreich geführte Säuglingsheim in kommunale Regie, da der Leiter einen Ruf an die Akademie für praktische Medizin nach Düsseldorf erhalten hatte. Dieses Säuglingsheim hatte weit über die städtischen Grenzen hinaus Furore gemacht und galt auch für das KAVH als Vorbild.⁷⁷⁸ Da die zeitgenössischen Säuglingsheime noch am Beginn des 20. Jahrhunderts als „Nekropolen“ galten, war die erhebliche Senkung der Sterblichkeitszahlen, die Schloßmann in seiner Institution erreichen konnte, Aufsehen erregend. Dem Säuglingsheim war eine Beratungsstelle angeschlossen, die ebenfalls in kommunaler Trägerschaft unterhalten wurde. Im Mai 1908 bestanden in Dresden noch eine weitere Beratungsstelle des „Vereins für Mutterschutz und Säuglingsfürsorge in Dresden“ und vier weitere Kinderpolikliniken, die von verschiedenen Vereinen betrieben wurden.⁷⁷⁹ Seit 1908 veranstaltete die Stadt Dresden schließlich auch Kurse in Säuglingspflege.⁷⁸⁰ Dresden verfügte also im interkommunalen Vergleich sehr früh über ein differenziertes und untereinander vernetztes System der Mütter- und Säuglingsfürsorge.

3.6.2 Leipzig

Leipzig nahm innerhalb der Gesundheitsfürsorge in mehrfacher Hinsicht eine Pionierfunktion ein. Weit über die Stadtgrenzen berühmt war die Regelung des Leipziger „Ziehkinderwesens“ durch Max Taube (1851-1915).⁷⁸¹ Mit Hilfe seiner im zeitgenössischen Vergleich sehr gut ausgebildeten hauptamtlichen Pflegerinnen reorganisierte er das Zieh-

⁷⁷⁷ Statistisches Amt der Stadt Dresden (Bearb.), Die Verhältnisse unbemittelter lediger und verheirateter Wöchnerinnen in Dresden, Dresden 1912.

⁷⁷⁸ GStA PK, I. HA Rep. 76 Kultusministerium (M), VIII B, Nr. 2762, Schreiben von Otto Heubner an den preussischen Kultusminister v. 21. August 1904.

⁷⁷⁹ SHStA Dresden, Mdl 17219, Bl. 97, Bericht der Kreishauptmannschaft Dresden vom 29. Mai 1908.

⁷⁸⁰ StA Dresden, Krankenpfleg- und Stiftsamt, Nr. 77, Schreiben von Dr. Ritschel vom 28. Februar 1908 an das Krankenpfleg- und Stiftsamt und Beschluss des Rates zu Dresden vom 5. Oktober 1908 und ebd., Nr. 98, Bericht über die auf dem Gebiete der Säuglingsfürsorge im Jahre 1909 gemachten Erfahrungen von Dr. Hans Rietschel.

⁷⁸¹ Vgl. Herbert Studders, Das Taubesche System der Ziehkinderüberwachung in Leipzig, Stuttgart/Berlin 1919 und Paul Köhler, Max Taube, der Schöpfer der Unehelichenfürsorge, in: Leipzig. Eine Monatschrift 7 (1930/31), S. 198-199.

kinderwesen auf eine so effektive Art und Weise, dass das später sogenannte „Taubesche System“ zur Grundlage des Berufsvormundschaftsmodells im Reichsjugendwohlfahrtsgesetz von 1922 wurde.⁷⁸² Seit 1886 waren alle unehelichen Kinder der Generalvormundschaft des Armenamtes unterstellt. Alle Pflegemütter unehelicher Kinder mussten sich einmal wöchentlich beim Ziehkinderarzt vorstellen. Im Jahr 1900 wurden auch die leiblichen Mütter, die ihre eigenen unehelichen Kinder beaufsichtigten, dazu verpflichtet.

Aufgrund des enormen Betreuungsaufwandes hatte sich die Jugendfürsorge in Leipzig schon 1909 in einem eigenen Pfleg- und Jugendfürsorgeamt organisatorisch verselbständigt. Überdies war Leipzig auch die erste Stadt in Sachsen, die kommunale Mütterberatungsstellen eingerichtet hatte.⁷⁸³ Seit 1906 baute der Gesundheitsausschuss der Stadt diese Einrichtungen aus. Zudem bewilligte der Stadtrat im Vergleich mit anderen Städten des deutschen Reiches erhebliche Mittel für Stillprämien. Die Summe für das Jahr 1907 lag bei 15.000 Mark und darüber hinaus gab es noch 1.000 Mark für Hebammen, die sich bei den von ihnen betreuten Müttern besonders für das Stillen einsetzen.⁷⁸⁴

„Die Stillbeiträge, deren Höhe nach den festgestellten wirtschaftlichen Verhältnissen der Gesuchstellerin bemessen wird, betragen in diesem Jahr (1907 S.F.) 3-6 Mark wöchentlich und wurden im allgemeinen als Ersatz für entgehenden Arbeitsverdienst oder zur Ermöglichung besserer Ernährung zum Zwecke der Erhaltung der Stillfähigkeit so lange gewährt, bis das Kind ein Alter erreicht hat, indem es nach ärztlichem Ausspruch ohne Schaden entwöhnt werden kann.“⁷⁸⁵

Die Summe von drei bis sechs Mark pro Woche lag im Vergleich mit anderen Einrichtungen dieser Art sehr hoch, wurde allerdings maximal ein Vierteljahr ausgezahlt.⁷⁸⁶ Für diese Zahlung mussten sich die Mütter einmal wöchentlich zu einem bestimmten Termin

⁷⁸² Vgl. zum Folgenden: Brandmann, Leipzig, S. 92ff.

⁷⁸³ Vgl. SHStA Dresden, MdI 17219, Bl. 9, Schreiben des Landes-Medizinal-Kollegiums an das Sächsische Innenministerium v. 29. März 1907: „Innerhalb Sachsens ist man zunächst in Leipzig mit der Begründung von Beratungsstellen vorgegangen, in dem daselbst im vorigen Jahre durch Vermittlung des Stadtrates 4 solche Stellen errichtet worden sind, in denen von Ärzten, die diesen Dienst freiwillig und unentgeltlich übernommen haben, zu bestimmten Zeiten Sprechstunden zur Untersuchung der Kinder und Belehrung der Mütter abgehalten worden.“

⁷⁸⁴ Vgl. ebd., Schreiben des Landes-Medizinal-Kollegiums an das Sächsische Innenministerium v. 29. März 1907.

⁷⁸⁵ Ebd., Bl. 38, Schreiben der Stadt Leipzig an die Königliche Kreishauptmannschaft zu Leipzig vom 8. Nov. 1907.

⁷⁸⁶ Ehefrauen bekamen drei Mark und uneheliche Mütter erhielten sechs Mark pro Woche. Vgl. Stadtrat Hofmann, Maßnahmen zur Förderung des Stillens, in: Verhandlungen des 1. deutschen Kongresses für Säuglingsschutz am 19. Juni 1909 in Dresden, S. 89-102, hier S. 100.

in der Mütterberatungsstelle untersuchen lassen.⁷⁸⁷ 4.500 Mütter nahmen diese Möglichkeit im Jahr 1907 wahr, 1911 waren es 8.000.⁷⁸⁸

In anderer Hinsicht scheiterte die Stadt allerdings an ihren sich selbst gesetzten Zielen. Die Aufforderung an alle Betriebe mit über 50 Arbeiterinnen, Stillstuben einzurichten, stieß nur auf wenig Gegenliebe. Von den ansässigen Fabrikbesitzern war nur ein Siebtel überhaupt bereit, solche Einrichtungen grundsätzlich ins Auge zu fassen. Die überwiegende Mehrheit sah die Verantwortung für die Stilltätigkeit ganz klar bei den Müttern selbst bzw. die Förderung des Stillens als Aufgabe der Stadtverwaltung.⁷⁸⁹

Insgesamt aber galt Leipzig als vorbildlich in der Gesundheitsfürsorge und insbesondere in der Säuglingsfürsorge. Zahlreiche interessierte Anfragen von Kommunalpolitikern anderer deutscher Großstädte bestätigen diese Einschätzung.⁷⁹⁰ Brandmann führt den erfolgreichen Ausbau der Gesundheitsfürsorge darauf zurück, dass sozialhygienische Themen in den verschiedenen kommunalpolitischen Lagern außerordentlich konsensfähig waren. Gerade die Zustimmung des sozialistischen Lagers war in Leipzig durch die revisionistische Ausrichtung der führenden Sozialisten leichter zu erringen als in anderen Gebieten Sachsens.⁷⁹¹

⁷⁸⁷ Vgl. SHStA Dresden, MdI 17219, bl. 38, Schreiben an die königliche Kreishauptmannschaft zu Leipzig vom 5. Nov. 1907.

⁷⁸⁸ Brandmann, Leipzig, S. 95.

⁷⁸⁹ Vgl. Witzler, Großstadt und Hygiene, S. 199.

⁷⁹⁰ Brandmann, Leipzig, S. 95.

⁷⁹¹ Ebd., S. 90 und 97.

3.7 Zusammenfassung

Gegen Ende des 19. Jahrhunderts machte sich das Zusammengehen der „socialen Frage“ mit der „Frauenfrage“ auf zahlreichen öffentlichen Ebenen bemerkbar. Die Frage, wie die Rolle und die Stellung der Frauen in der industrialisierten Gesellschaft aussehen sollte, formte die Subtexte der medizinischen und ökonomischen Aussagen über Mütterlichkeit und angemessener Versorgung der Säuglinge. Zudem fand die Debatte der spezifisch weiblichen Armutsrisiken zu einem Zeitpunkt statt, als die Grundlinien der sozialpolitischen Absicherung bereits geregelt waren. Dies war einer der Gründe, warum sich die Diskussion vor allem auf Fürsorgemaßnahmen konzentrierte. Während zunächst die Frage der mütterlichen Gesundheit im Vordergrund stand, konzentrierte sich die Diskussion nach der Jahrhundertwende mehr und mehr auf die Gesundheit der Säuglinge. In dieser Bewegung konnten drei große gesellschaftliche Themenfelder diskursiv zusammenfließen: das Ziel des gesunden Volkskörpers, die Frage nach dem nationalökonomischen Wert des Menschen und der Mütterlichkeitsdiskurs. Der gesunde Säugling einer stillenden Mutter entsprach einer nationalen Symbolik, die Stärke, Wehrkraft und Prosperität verhiess. Insofern konnte diese Bewegung zahlreiche gesellschaftliche Gruppen integrieren, nicht zuletzt deshalb, weil sie auch berufliche und materielle Interessen befriedigen konnte.⁷⁹²

Die Maßnahmen der Mütter- und Säuglingsfürsorge waren in verschiedenen Regionen und Städten höchst unterschiedlich organisiert und effektiv.⁷⁹³ Die Gewichtung der einzelnen Träger wird durch zahlreiche Überschneidungen erschwert, es lassen sich aber in allen dargestellten Städten Grundlinien herausstellen.

Die Städte hatten schon seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert die Versorgung ihrer Einwohnerinnen mit einwandfreier Milch als eine Aufgabe der kommunalen Daseinsvorsorge angesehen. Ein gemeinsames Kennzeichen der kommunalen Politik war, dass sie die Kontrolle der Milch als Aufgabe der städtischen Leistungsverwaltung verstanden. Darüber hinaus waren sie durchaus bereit, im Bereich der Armenfürsorge spezielle Säuglingsmilch oder Milchmischungen zu einem vergünstigten Preis an bedürftige Mütter abzugeben. Die-

⁷⁹² Vgl. dazu ausführlich Kap. 4 dieser Arbeit.

⁷⁹³ Witzler, Großstadt und Hygiene, S. 203.

se Maßnahme der Mütter- und Säuglingsfürsorge konnte sich allerdings langfristig nicht durchsetzen, da die Milchküchen nicht ausreichend Resonanz fanden. Insofern war das kommunale Engagement in der Säuglingsfürsorge kurzfristig irritiert.

Während die Versorgung mit Milch eindeutig als kommunale Aufgabe angesehen wurde, ist die Betreuung unbemittelter Wöchnerinnen schon seit der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts vorwiegend als private Angelegenheit betrachtet und damit weitgehend den wohlthätigen (Frauen-)Vereinen überlassen worden.⁷⁹⁴ Die Einrichtung von Wöchnerinnenheimen, eine Maßnahme der geschlossenen Fürsorge, ist nach der Jahrhundertwende von den Kommunen höchstens mit – teilweise allerdings sehr geringen – finanziellen Zuschüssen gefördert worden, da diese die Armenverwaltungen entlasten konnten. Diese Entlastung konnte aber nur funktionieren, wenn die Wöchnerinnenheime auch uneheliche Mütter aufnahmen, denn gerade diese stellten die Klientel der städtischen Armenfürsorge. Insofern war die Zahlung eines städtischen Beitrages in den meisten Fällen von der Aufnahmepraxis in den Heimen abhängig. In den badischen Städten, in denen die Säuglingsfürsorge vorwiegend über den finanzkräftigen Badischen Frauenverein organisiert wurde, blieb diese liberalisierende Wirkung der städtischen Zuschüsse aus.

Obwohl die Wöchnerinnenfrage als öffentliches Thema diskutiert wurde, galt sie doch bis weit in das zwanzigste Jahrhundert hinein als Tätigkeitsgebiet privater Wohltätigkeitsvereine. Dies war ein wesentlicher Unterschied zur Säuglingsfürsorge, bei der nach der Jahrhundertwende stärker darauf gezielt wurde, sie als öffentliche Aufgabe zu etablieren.

Gerade das Engagement des Kaiserpaares in der „Säuglingsfrage“ und die Spendensammelaktion trugen dazu bei, dass in den Bundesstaaten die entsprechenden regionalen Eliten Säuglingsfürsorge als öffentliche Aufgabe wahrnahmen und jeweils eigene Projekte lancierten. Diese lenkten ihre Aktivitäten aber wesentlich weniger nach Berlin, wie es durch die Reichsspitze vorgesehen war, sondern bemühten sich, häufig durchaus in konkurrierender Absicht, Säuglingsfürsorgeaktivitäten in der eigenen Region voranzutreiben.

⁷⁹⁴ „Während also die Fürsorgestellen und Milchküchen größtenteils aus städtischen Mitteln erhalten werde, sind sich die Kommunen ihrer weiteren Pflicht, der für Mutter und Kind gleich bedeutsamen Fürsorge durch Heime, noch nicht ausreichend bewußt geworden.“ Vgl. Adele Schreiber, Einige Zahlen über Mütterheime in Deutschland, in: Schreiber, Mutterschaft, S. 363-370, hier S. 370.

Dabei ist vor allem das Engagement der Frauenvereine, der Ärzte und der Vertreter staatlicher Lenkungsbehörden hervorzuheben.⁷⁹⁵ Die Stadtverwaltungen blieben eher im Hintergrund und besaßen vor allem fördernde bzw. moderierende Funktionen. Ein prominentes Beispiel für diese Einschätzung liefert Düsseldorf. Während der regionale Verein für Säuglingsfürsorge vor allem durch die Mitarbeit von regionalen Wohltätigkeitsvereinen, Staatsbeamten und Ärzten geprägt war und beispielhafte Modellprojekte in der gesamten Region vorantrieb, hat die Stadt Düsseldorf erst sehr spät ein dezidiertes Interesse an einer kommunalen Förderung der Säuglingsfürsorge gezeigt.

Auf der Reichsebene dominierte die Errichtung des Berliner Prestigeobjektes „Kaiserin-Auguste-Victoria-Haus“, einer Forschungseinrichtung, deren Finanzierung nie wirklich abgesichert werden konnte. Obwohl als „Reichsanstalt und Musterinstitut“ konzipiert, konnten weder im Reich noch in Preußen, und auch nicht in den anderen Bundesstaaten die notwendigen Mittel erhoben werden, um diese Institution zu finanzieren. Die entsprechenden Haushaltslöcher der Anstalt wurden ständig durch die Dispositionsfonds des Kaiserpaars ausgeglichen. Von Seiten des Reiches sind zwar zahlreiche öffentliche wie auch gespendete Gelder in den Ausbau der Säuglingsfürsorge geflossen. Kennzeichnenderweise war das Ergebnis jedoch eine pompöse, unwirtschaftliche und durch Intrigen gekennzeichnete Repräsentativeinrichtung, deren übertriebene Ausmaße und Ausstattung in den entsprechenden Fachkreisen auf wenig Verständnis und zum Teil auf harsche Kritik stieß.

In allen drei untersuchten Bundesstaaten basierte die Ausgestaltung der Säuglingsfürsorge auf verschiedenen Grundlagen: In Preußen wurden neue Vereine gegründet, die sowohl staatliche, kommunale und private Unterstützung erhielten, und die sich von der herkömmlichen traditionellen Wohltätigkeit absetzen sollten. Dagegen konnte man in Baden auf den Strukturen der traditionsreichen Wohltätigkeitsorganisation „Badischer Frauenverein“ aufbauen, die – besonders in Karlsruhe – das gesamte Fürsorgewesen mit geringer

⁷⁹⁵ Hier bestätigen sich Einschätzungen der neueren Stadtgeschichte, nach denen die Stadtverwaltungen sehr viel weniger aktiv waren als vielmehr die in lokalen oder auch regionalen Zusammenhängen arbeitenden Wohltätigkeitsvereine, vgl. für München: Rudloff, Konkurrenz, Kooperationen, Korporatismus, hier besonders S. 170 und 171 „Die Vereine wirkten nicht nur dort als Ergänzungsfaktoren zur städtischen Armenpflege, wo deren Kräfte überspannt waren, sie waren nicht nur unverzichtbare Lückenbüßer im Institutionennetz der geschlossenen Fürsorge – sie waren ebenso die Pioniere neuer sozialer Problembewältigungsstrategien.“

kommunaler Unterstützung in der Hand hielten. In Freiburg lagen die lokalen Verhältnisse aufgrund der langen Tradition der Zusammenarbeit zwischen Universität und Stadt ein wenig anders. Hier konnte vor allem die Ärzteschaft großen Einfluss erringen und der hohe Anteil von medizinischen Professoren im Stadtrat hatte zur Folge, dass sich die Ergebnisse der medizinischen Forschung deutlich schneller in der kommunalen Politik durchsetzten als in anderen Städten. So wurden schon 1906 vom Freiburger Stadtrat „Stillprämien“ gewährt.

In Sachsen gaben die staatlichen Behörden Anregungen, hielten sich aber sonst weitgehend im Hintergrund. Hier waren die großen Städte sehr früh bereit, Projekte in der Säuglingsfürsorge zu lancieren, zudem gab es herausragende Protagonisten, wie etwa Arthur Schloßmann und Max Taube, die bahnbrechende Vorarbeiten auf verschiedenen Gebieten der Säuglingsfürsorge leisteten. Dadurch war die Säuglingsfürsorge aber sehr uneinheitlich ausgebaut, es bestanden spektakuläre „Modellprojekte“ in den Städten, von einer flächendeckenden Versorgung konnte keine Rede sein.

Wenn die Arbeit in den Händen überregionaler Vereine lag, die auch kommunale Unterstützung besaßen, wie etwa beim VfS Düsseldorf, konnten die Maßnahmen am effektivsten und am gleichmäßigsten durchgeführt werden. In Westfalen war die Gründung der regionalen Organisation durch die preußische Regierung initiiert worden und hatte am wenigsten Unterstützung durch die Städte und Ortschaften. Hier konnte allein in Münster ein umfassendes System der Mütter- und Säuglingsfürsorge initiiert werden.

Die vielbeschworene nationale Vereinheitlichung der Säuglingsfürsorge, die über das KAVH und über die Deutsche Vereinigung ausgebaut werden sollte, stieß in allen Bundesstaaten und auch in den preußischen Regionen schnell an ihre Grenzen. Zu unterschiedlich waren die Trägergruppen und die Organisation der Säuglingsfürsorge. Keiner war bereit, Gelder für „nationale“ Fürsorgepolitik auszugeben. Die Konkurrenz der Staaten, Regionen und Städte untereinander hatte zwar auch motivierende Auswirkungen, für eine einheitliche nationale Gestaltung wirkte sie allerdings auch deutlich bremsend.

4. Protagonisten und Akteurinnen: Spezialisierung und Professionalisierung

„Säugling zu sein, ist in unserer Zeit eine Lust. Was auf dem Verordnungswege möglich ist, geschieht, um dem jungen Weltbürger sein Leben lebenswert zu machen und um ihm alle Steine des Anstoßes aus der Wiege zu räumen.“⁷⁹⁶

Dieses spöttische Zitat von Arthur Schloßmann kennzeichnet die Entwicklung nach der Jahrhundertwende. Der „Markt“ für Säuglingsfürsorge war heiß umkämpft, die plötzliche Popularität eines Bereiches, der vormals als private Angelegenheit der Familie galt und nun in ein massives öffentliches Interesse geriet, brachte zahlreiche neue Berufsfelder und Spezialisierungsmöglichkeiten mit sich. Davon konnten und wollten möglichst viele berufliche und gesellschaftliche Gruppen profitieren.

Innerhalb der Säuglingsfürsorge gab es zahlreiche handelnde Personen, deren Interessenlage und Motivation höchst unterschiedlich war. Einige, wie etwa die Kinderärzte, Fürsorgerinnen und Säuglingspflegerinnen, waren ganz elementar am Ausbau dieses Fürsorgezweiges beteiligt und erhofften sich eine immer weitere professionelle Ausdehnung der Säuglingsfürsorge. Andere Handlungsträgerinnen waren dagegen intensiv an der Bewegung beteiligt, ohne dass sie ein genuines Interesse an der Spezialisierung und Professionalisierung der Säuglingsfürsorge hatten, vor allem wohltätige Frauenvereine oder Hebammen. Sie mussten sich eher einer neuen Idee anpassen, als dass sie sie initiierten.

Innerhalb der Geschlechtergeschichte der Medizin ist das Themengebiet „Frauen und medizinische Professionalisierung“ von der Forschung inzwischen recht ausführlich behandelt worden.⁷⁹⁷ Fragen der Medikalisierung und der Professionalisierung sind lange entlang der biologischen Geschlechtergrenzen diskutiert worden. Patientinnen sind auf der einen Seite als Opfer von Ärzten,⁷⁹⁸ auf der anderen Seite als Profiteurinnen der Moderne

⁷⁹⁶ Arthur Schlossmann, Die staatlich geprüfte Säuglingspflegerin, in: DMW 43 (1917), S. 751-754, hier S. 751.

⁷⁹⁷ Vgl. als neueren Überblick über das Thema wie auch als Forschungsbericht: Ellerbrock, Gesundheit, Krankheit und Geschlecht.

⁷⁹⁸ Ute Frevert, Frauen und Ärzte im späten 18. und frühen 19. Jahrhundert, in: Annette Kuhn/Jörn Rüsen (Hg.), Frauen in der Geschichte II, Düsseldorf 1982, S. 177-210; Honegger, Frauen und medizinische Deutungsmacht, S. 190ff.; Barbara Duden, Geschichte unter der Haut – ein Eisenacher Arzt und seine Patientinnen um 1730, Stuttgart 1991; Johanna Geyer-Kordesch/Annette Kuhn (Hg.), Frauenkörper – Medizin - Sexualität. Auf dem Weg zu einer neuen Sexualmoral, Düsseldorf 1986.

dargestellt worden.⁷⁹⁹ Hebammen sind vorwiegend als Opfer der akademischen Medizin beschrieben worden.⁸⁰⁰ Wenn diese Ansätze auch von zentraler Bedeutung waren, um die hierarchischen Strukturen und die Interessengebundenheit der Medizin herauszustellen, haben doch neuere Forschungen statt dieser polarisierten Wahrnehmung eher eine differenzierte Perspektive verfolgt. Zu nennen sind etwa die Arbeiten von Patricia Stokes, Hans-Christoph Seidel und Francisca Loetz.⁸⁰¹ Gerade der Ansatz von Stokes kann deutlich machen, in welcher Weise man das komplexe Verhältnis zwischen Ärzten und Patientinnen erfassen kann, ohne dass Patientinnen als Opfer oder männliche Ärzte als Unterdrücker fungieren aber trotzdem geschlechtsspezifische Hierarchien und Perspektiven berücksichtigt.⁸⁰²

Gegen Ende des 19. Jahrhunderts begannen vor allem bürgerliche und kleinbürgerliche Frauen als Fürsorgerinnen, Wochenpflegerinnen, Kinderkrankenpflegerinnen aktiv an der medizinischen Enkulturation von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett teilzuhaben.

Das Spannungsverhältnis zwischen der Verengung des Marktes für nicht-akademische (weibliche) Heilberufe wie etwa Hebammen durch den „Aufstieg der Ärzteschaft“ auf der einen und die Erweiterung des Spektrums an Frauenberufen durch die Ausdifferenzierung und Spezialisierung der akademischen Medizin auf der anderen Seite, ist bisher kaum in den Blick genommen worden.

Auch das Verhältnis der Akteurinnen untereinander, die Unterstützung, die Konkurrenz und die Kooperation innerhalb verschiedener „weiblicher“ Berufsgruppen, die Verdrängung und Auflösung typisch bürgerlich-weiblicher Wohltätigkeit durch ausgebildete Frauen ist bislang ebenfalls wenig thematisiert worden.

Dieser Perspektive, die nach den Interessen der an der Gesundheitsfürsorge Beteiligten fragt und entsprechende Kooperationen, Koalitionen und Konflikte entlang der Kategorien Geschlecht und Klasse betrachtet, soll im Folgenden nachgegangen werden. Dass sich in

⁷⁹⁹ Shorter, *A History of Women's Bodies*.

⁸⁰⁰ Vgl. in dieser Perspektive auch noch Labouvie, *Beistand in Kindsnöten*.

⁸⁰¹ Loetz, *Vom Kranken zum Patienten*; Seidel, *Kultur des Gebärens*; Patricia R. Stokes, *Pathology, Danger and Power: Women's and Physicians' View of Pregnancy and Childbirth in Weimar Germany*, in: *Social History of Medicine* 13 (2000), S. 359-380.

⁸⁰² Ebd., S. 359-369.

diesem Prozess die Kategorien von „Geschlecht“ und „Klasse“ nur in ihrer gegenseitigen Verschränkung analysieren lassen, kann vor allem am Beruf der Fürsorgerin dargestellt werden.⁸⁰³

Noch stärker als die Fürsorgerinnen/Reformerinnen trieb eine andere Gruppe den Ausbau der Gesundheitsfürsorge allgemein und der Säuglingsfürsorge im speziellen voran: Die Ärzte, insbesondere die Kinderärzte, sahen hier ein weites Feld, um ihren gesellschaftlich-politischen Einfluss zu steigern, den medizinischen Markt auszuweiten und soziales Engagement zu beweisen.

⁸⁰³ Vgl. zur Einordnung von Klasse und Geschlecht grundlegend vor allem Bock, *Geschichte, Frauengeschichte, Geschlechtergeschichte*, und Kathleen Canning, *Geschlecht als Unordnungsprinzip: Überlegungen zur Historiographie der deutschen Arbeiterbewegung*, in: Hanna Schissler (Hg.), *Geschlechterverhältnisse im historischen Wandel*, Frankfurt/M. 1993, S. 139-163.

4.1 Die Kinderärzte

4.1.1 Die Spezialisierung der Kinderheilkunde

Vom Aufschwung der Säuglingsheilkunde konnte vor allem die sich etablierende Pädiatrie profitieren.⁸⁰⁴ Im Folgenden wird gezeigt, wie die Kinderärzteschaft sich durch die Säuglingsfürsorge ein neues Marktsegment erschloss, um den eigenen Spezialisierungsprozess erfolgreich weiter führen zu können. Huerkamp hat in ihrer Geschichte der Professionalisierung der Ärzteschaft in Preußen in Anlehnung an Eliot Freidson und vor allem Magali Sarfatti-Larson betont, dass der

„Professionalisierungsprozeß einer Berufsgruppe, das ‚professional project‘, [...] durch den Versuch, die Absatzchancen auf dem Markt für professionelle Dienstleistungen zu erweitern und Marktmacht zu etablieren“,

gekennzeichnet sei.⁸⁰⁵ Um die Säuglingsfürsorge unter dieser Vorgabe als Instrument zur Herausbildung eines neuen medizinischen Marktes zu beschreiben, soll die Entwicklung der Pädiatrie zu einem medizinischen Spezialfach kurz skizziert und so die Bedeutung der Kinderheilkunde innerhalb der Säuglingsfürsorge eingeordnet werden.⁸⁰⁶

Eine eigene „Section für Pädiatrik“ war schon 1868 innerhalb der „Gesellschaft Deutscher Naturforscher und Ärzte“, eines der maßgeblichen wissenschaftlichen Foren im 19. Jahrhundert, eingerichtet worden. Diese Gründung blieb in den folgenden Jahren nicht unumstritten, insbesondere von Seiten der Internisten wurden die Bemühungen um die Etablierung der Kinderheilkunde als Spezialfach mit großem Missfallen gesehen.⁸⁰⁷ Die Kinderärzte reagierten auf diese Kritik und beschlossen, ein Handbuch herauszugeben, in

⁸⁰⁴ Vgl. auch für USA und Kanada: Kathleen W. Jones, Sentiment and science: the late nineteenth century pediatrician as mother's advisor, in: *Journal of Social History* 17 (1983), S. 79-96.

⁸⁰⁵ Huerkamp, *Der Aufstieg der Ärzte*, S. 16.

⁸⁰⁶ Zur Vorgeschichte vgl. Marie-France Morel, Die Konzeption des Kindes in der Medizin des 18. Jahrhunderts, in: Alfons Labisch/Reinhard Spree (Hg.), *Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel*, Bonn 1989, S. 195-206 und Reinhard Spree, Sozialisationsnormen in ärztlichen Ratgebern zur Säuglings- und Kleinkinderpflege. Von der Aufklärung zur naturwissenschaftlichen Pädiatrie, in: Jochen Martin/August Nitschke (Hg.) unter Mitarbeit von Klaus Arnold, *Zur Sozialgeschichte der Kindheit*, Freiburg/Br./München 1986, S. 609-683.

⁸⁰⁷ Ein ausgezeichnete Überblick über die Geschichte der deutschen Pädiatrie ist immer noch der Beitrag von Eduard Seidler, *Die Kinderheilkunde in Deutschland*, in: Paul Schweier/Eduard Seidler (Hg.), *Lebendige Pädiatrie*, München 1983, S. 13-85, hier vor allem S. 18-25.

dem der aktuelle Forschungs- und Wissensstand durch die Protagonisten der Kinderheilkunde dargestellt werden sollte.⁸⁰⁸

Die führenden Themengebiete der Kinderheilkunde begannen sich hier und in den folgenden Jahren abzuzeichnen: Ernährungslehre, Hygiene des Säuglings und Infektionskrankheiten. Schließlich entwickelte sich aus der „Section für Pädiatrik“ 1883 eine eigene „Gesellschaft für Kinderheilkunde“.⁸⁰⁹ Zu diesem Zeitpunkt galt vor allem die französische Pädiatrie, die im europäischen Vergleich am besten entwickelt war, noch als leuchtendes Vorbild für die deutschen Ärzte.⁸¹⁰ Doch in den folgenden 40 Jahren konnte sich die deutsche Kinderheilkunde konsolidieren: 1921 waren 19 Ordinariate gegründet worden und es bestanden sechs (deutschsprachige) Fachzeitschriften für Kinderheilkunde.⁸¹¹

Ausgesprochen öffentlichkeitswirksam und mit erheblicher administrativer Unterstützung konnte die Kinderheilkunde im späten Kaiserreich seit etwa 1890 ihren Ausbau fortsetzen. Dazu trugen mehrere Faktoren bei: Zum einen konnte die Kinderärzteschaft von den spektakulären Errungenschaften der naturwissenschaftlichen Medizin erheblich profitieren, denn die Fortschritte in der Bekämpfung der Infektionskrankheiten und beim Impfschutz konnten gerade bei den Kindern durchschlagende Erfolge verzeichnen. Folgerichtig wurden auf der Feier zum 25-jährigen Bestehen der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde im Jahre 1908 auch die vier Wissenschaftler zu Ehrenmitgliedern erhoben, deren Forschungsleistungen sich besonders positiv auf die Kinderheilkunde auswirkten: Robert Koch, Emil von Behring, Paul Ehrlich und Max Rubner.⁸¹²

Zum anderen entwickelte sich nach der Jahrhundertwende der schon vielfach beschriebene „Aufstieg der Ärzteschaft“ gerade für die Kinderärzteschaft zu einem Türöffner:

„Indem sie [sc. die Ärzte S.F.] die Gesellschaft analog zum menschlichen Körper zum ‚Volkskörper‘ umfunktionierten, leiteten sie für sich das Recht ab, nicht nur von ihren Patientinnen als maßgebliche Stelle gehört zu werden, sondern auch von

⁸⁰⁸ Carl Gerhardt (Hg.), Handbuch der Kinderkrankheiten, Band 1-6, 2. Nachtrag, Tübingen 1877-1889.

⁸⁰⁹ Die Gründungssitzung fand am 18. September 1883 in Freiburg im Rahmen der 56. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte statt. Vgl. dazu Adolf Windorfer/Rolf Schlenk, Die Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde. Ihre Entstehung und historische Entwicklung, Berlin/Heidelberg/New York 1978.

⁸¹⁰ Czerny, Pädiatrie meiner Zeit, S. 18.

⁸¹¹ Einen informativen — wenn auch vollständig subjektiven Blick — auf zeitgenössische Zeitschriften und Lehrbücher in der Kinderheilkunde wirft Czerny, siehe ebd., S. 18-26.

⁸¹² Seidler, Die Kinderheilkunde in Deutschland, S. 40.

der Regierung. Sie beanspruchten für Politik, Moral und Medizin eine Führerrolle im Fortpflanzungsbereich.“⁸¹³

Dass innerhalb des Diskurses um den gesunden „Volkskörper“ vor allem die Themen Geburtenrückgang und Säuglingssterblichkeit in den Blick kamen, sicherte den Kinderärzten in dieser Debatte allerhöchste Aufmerksamkeit. Schon 1893 berief der einflussreiche Friedrich Althoff den Leipziger Kinderarzt Otto Heubner unter Protest der Berliner Fakultät als ersten Ordinarius für Kinderheilkunde. In den folgenden Jahren wurde das Fach auch unter Protektion des Kaiserpaares nach und nach ausgebaut.⁸¹⁴

Innerhalb der Gesamtärzteschaft war die Herausbildung eines Spezialfaches Kinderheilkunde allerdings sehr umstritten. Die Schwierigkeiten, die die Etablierung des Faches begleiteten, lagen teilweise darin begründet, dass sich die Kinderheilkunde nicht wie andere Fächer aus der Hochschulmedizin entwickelt hatte.⁸¹⁵ Ihr Blick auf den Kranken war in gewisser Weise gegenläufig zu den allgemeinen Entwicklungen der Medizin. Während sich die anderen Fächer, wie z. B. Hals-, Nasen- und Ohrenheilkunde oder die Augenheilkunde, durch einen spezialisierten Blick auf bestimmte Organe im Rahmen der lokalistischen Pathologie aus der allgemeinen Medizin ausdifferenzierten, fokussierte die Kinderheilkunde das Individuum, nämlich das Kind in seiner Gesamtheit, mit allen organischen, infektiösen und psychischen Erkrankungen.⁸¹⁶ Dies implizierte Widerstände der allgemeinen Medizin gegen die Spezialisierung der Kinderärzte vor allem im Bereich des medizinischen Marktes.⁸¹⁷ Die Herausbildung eines besonderen Spezialisten für Kinderheilkunde bot gerade im Verhältnis zu den Allgemeinmedizineren erhebliches Konfliktpotential, da

⁸¹³ Steinecke, Menschenökonomie, S. 268.

⁸¹⁴ Vgl. zur Berufung im einzelnen Heubner, Lebenschronik, hier S. 136-147. Vgl. auch Czerny: „Das Verlangen nach einer Pädiatrie stellte sich stets ein, wenn zwischen Sterblichkeit und Zuwachs ein Mißverhältnis entstand: Dieses drohte Deutschland. Eine Persönlichkeit, die dies sehr bald erkannte, war der damalige preußische Ministerialdirektor Althoff. Ihm verdanken wir die Möglichkeit der Entwicklung einer deutschen Pädiatrie, und wer je eine Geschichte der Kinderheilkunde schreiben wird, muss seiner in größter Dankbarkeit gedenken.“ Czerny, Pädiatrie meiner Zeit, S. 27. Vgl. auch Kap. 3.

⁸¹⁵ Vgl. zum folgenden Hans-Heinz Eulner, Die Entwicklung der medizinischen Spezialfächer an den Universitäten des deutschen Sprachgebietes, Stuttgart 1970, S. 202-221 und Hans Schadewaldt, Die Anerkennung der Kinderheilkunde als selbständiges Fach, in: Kinderheilkunde einst und jetzt, Festvorträge anlässlich des 75jährigen Bestehens der Rheinisch-Westfälischen Kinderärztevereinigung, Düsseldorf 1975, S. 7-29.

⁸¹⁶ Eulner, Spezialfächer, S. 202.

⁸¹⁷ Dieses Argument findet sich vor allem bei Huerkamp, Der Aufstieg der Ärzte, S. 184.

sie die Position des Hausarztes, der in seinem Selbstverständnis die gesamte Familie von der Geburt bis zum Tod medizinisch betreute, auch materiell gefährdete.

„Wenn die Patienten zu glauben begannen, nur der Kinderarzt könne Kinder ärztlich behandeln, gefährdete das die Existenz des alten Hausarztes in ganz anderer Weise, als wenn die Familienmitglieder sich bei Augenkrankheiten von ihm an einen Augenarzt überweisen ließen.“⁸¹⁸

Viele niedergelassene Ärzte waren zwar bereit, Kinderärzte als Leiter von Kinderkliniken zu akzeptieren, keinesfalls aber als Kollegen mit Behandlungspraxis.⁸¹⁹ Diese, deren Vertreter ein eigenständiges Fach Kinderheilkunde eigentlich ablehnten, akzeptierten höchstens Fachärzte für Säuglingskrankheiten.⁸²⁰ So bot gerade die Säuglingsheilkunde in den ersten Jahrzehnten der Kinderheilkunde einen gewissen Schutzschild, unter dem die Pädiater ihr Fach konsolidieren konnten. Die Kinderärzte selbst griffen die Kritik am Spezialistentum auf und forderten einen vermehrten Unterricht an den Universitäten: Wenn es für alle Ärzte eine fundierte Ausbildung in Kinderheilkunde gäbe, dann würden sich die Eltern nur in den ersten Lebensjahren an spezielle Kinderärzte wenden und in den folgenden Jahren nur in besonders komplizierten Fällen, ansonsten aber einen Allgemeinmediziner konsultieren.⁸²¹ Nach dem Ersten Weltkrieg wurde der Fokus dann mehr und mehr auch auf das Klein- und Schulkind ausgeweitet. An der Geschichte der Kindergesundheitsfürsorge lässt sich diese Entwicklung eindrücklich nachvollziehen.

Innerhalb der medizinischen Fächer war aber auch den Gynäkologen die Ausdifferenzierung eines Spezialfachs Kinderheilkunde ein Dorn im Auge. „Während die Innere Medizin nach wie vor Kompetenz beanspruchte für alle älteren Kinder, mußte mit den Gynäkologen um das Recht der Betreuung Früh- und Neugeborener gestritten werden“.⁸²²

⁸¹⁸ Ebd.

⁸¹⁹ Beispielhaft für einen solchen Konflikt zwischen Allgemeinmedizinern bzw. praktischen Ärzten und Kinderärzten waren die Vorgänge in Offenbach, geschildert bei Bruno Salge, Die Bezeichnung „Kinderarzt“, in: ZfS 1 (1906), S. 191-198.

⁸²⁰ Czerny, Pädiatrie meiner Zeit, S. 55.

⁸²¹ So argumentiert Emil Feer, Die Kinderheilkunde im Universitätsunterricht Deutschlands, in: Archiv für Kinderheilkunde 52 (1910), S. 244-259, hier S. 251.

⁸²² Seidler, Kinderheilkunde in Deutschland, S. 57. Ironisch bemerkt dazu Czerny in seinen Lebenserinnerungen: „Die Kinderheilkunde ist innere Medizin, begrenzt auf den Menschen vom Tage der Geburt bis zur Pubertät. Strittiges Grenzgebiet blieb nur das Pubertätsalter. Die Folge davon ist, daß weder die Pädiater noch die Internisten auf diesem Gebiete Bemerkenswertes geleistet haben.“ Vgl. Czerny, Pädiatrie meiner Zeit, S. 2.

Die Gynäkologie befand sich allerdings auch in einem Spezialisierungs- und Professionalisierungsprozess, der sich schließlich auf die Kinderheilkunde positiv auswirkte. Geburtshilfe, das eigentliche Kerngebiet der Gynäkologie, wurde mehr und mehr von der Behandlung der sogenannten Frauenkrankheiten flankiert, denn die Geburtshilfe hatte den Ärzten kaum eine Existenzgrundlage bieten können. Sie war vor allem wichtig, um sich bei den Familien als Haus- und Familienarzt zu etablieren und „einen Fuß in die Tür zu bekommen“.⁸²³ Die Hinwendung der Geburtshelfer zu dem erweiterten Fachgebiet Frauenkrankheiten bot den Pädiatern die Möglichkeit, sich ohne allzu großen Widerstand von Seiten der Gynäkologie den Säuglingen zuwenden zu können. Zudem verfügten die Kinderärzte in den folgenden Jahren über weitaus mehr öffentlichen und administrativen Einfluss als die Frauenheilkunde, wie ein Gynäkologe auf dem III. Internationalen Kongress für Säuglingsfürsorge etwas resigniert feststellte:

„Die Pädiatrie ist eine junge Wissenschaft und ich möchte sie mit einem strammen Jungen vergleichen, der mit kräftiger Stimme sein Recht in der Welt geltend macht und es auch erreicht, dass man ihn an der massgebenden Stelle hört.“⁸²⁴

Zwischen Gynäkologen und Pädiatern lagen klare Interessensunterschiede vor, die sich auch am Beispiel der weiter unten behandelten Hebammenfrage zeigten. Die Kinderärzte unterstellten den Gynäkologen, sie hätten kein ausreichendes Wissen in der Säuglingspflege. Die Kinderheilkunde gerierte sich als modernes Fach, dessen Vertreter mit alten Vorurteilen, wie sie in der Gynäkologie bezüglich der Pflege Neugeborener noch bestanden, aufräumten. Sie forderten, dass pädiatrische Kenntnisse insbesondere in den ersten Lebenstagen und in Fragen der Säuglingspflege und Säuglingsernährung zu berücksichtigen

⁸²³ „Das änderte sich erst mit dem Aufstieg der Gynäkologie ‚zur großen Schwester der Geburtshilfe‘; ein Prozeß, der sich seit dem frühen 19. Jahrhundert abzuzeichnen begann, sich seit den 1840er Jahren deutlich beschleunigte, aber erst seit dem Anfang der 1880er Jahren endgültig zum Abschluß kam. Mit der Wandlung der alten Universitätsentbindungsanstalt zur Frauenklinik wurde der Praktikant nicht länger zum Geburtshelfer ausgebildet, der sich bei dieser Gelegenheit auch einige Kenntnisse über Frauenkrankheiten aneignete, sondern zum Gynäkologen, für den die Geburtshilfe nur noch ein wichtiges innerhalb seines Spezialfaches darstellte.“, Seidel, Kultur des Gebärens, S. 342.

⁸²⁴ So v. Franqué, Wortbeitrag, in: Bericht über den III. Internationalen Kongress für Säuglingsschutz, hier S. 292.

seien.⁸²⁵ Diese Haltung implizierte ein deutliches Zurückdrängen der Gynäkologen, Geburtshelfer und Hebammen.⁸²⁶

Die Konzentration auf die Säuglinge, vor allem aus der Konkurrenz mit der inneren Medizin bzw. im Konflikt mit den Allgemeinmedizinern erwachsen, zeigte sich nach der Jahrhundertwende als eine ausgesprochen glücklich gewählte Strategie. Mit zunehmender Bedeutung der Bevölkerungswissenschaft und -politik wurde sie zur Basis des politischen und gesellschaftlichen Aufschwunges der Kinderheilkunde am Beginn des zwanzigsten Jahrhunderts. Die enge Verbindung zur Bevölkerungspolitik wurde von den pädiatrischen Standesvertretern auch immer wieder als Argument für einen schnelleren Ausbau der Kinderheilkunde verwendet.⁸²⁷ „Der richtige und billigste Weg zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit besteht in einer besseren Ausbildung der Ärzte in Säuglingsheilkunde.“⁸²⁸ Nach der Jahrhundertwende entzündete sich die Diskussion um die Bezeichnung

⁸²⁵ Bruno Salge kritisiert die mangelnde Beteiligung der Pädiatrie an den Entbindungsanstalten: „[...] dass man nicht überall an den Entbindungsanstalten es für nötig hält, sich mit den Anforderungen der modernen Pädiatrie genügend vertraut zu machen, ja dass man auf sie vielfach überhaupt keine Rücksicht nimmt und weiter nach gänzlich veralteten Anschauungen in bezug auf die Säuglingsernährung und Säuglingspflege arbeitet, die wir nicht mehr anerkennen können [...]. Es erklärt sich dies Verhalten vielmehr ganz ungezwungen aus dem schroffen Missverhältnis der Bedeutung der Kinderheilkunde für die ärztliche Praxis und der Bedeutung, die man ihr bisher als Lehr- und Prüfungsfach eingeräumt hat.“ Vgl. Bruno Salge/Otto v. Franqué/Eduard Dietrich, Entbindungsanstalten, Wöchnerinnen- und Säuglingsheime als Mittel zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, Referat, in: Stenographischer Bericht über die Verhandlungen des I. Deutschen Kongresses für Säuglingsschutz und der Mitgliederversammlung der Deutschen Vereinigung für Säuglingsschutz, Berlin 1909, S. 32-78, hier S. 40.

⁸²⁶ „Schliesslich ist die Frage zu erwägen, unter welcher Leitung diese Anstalten stehen sollen. Ich habe mich durch Umfrage bei einem grösseren Teil von Leitern von Wöchnerinnen- bzw. Säuglingsheimen danach erkundigt, ob sie es für möglich halten, dass Wöchnerinnenheime im Nebenamt von einem Direktor einer Entbindungsanstalt besorgt werden könnten, oder ob dazu ein besonders vorgebildeter Kinderarzt notwendig wäre. In der überwiegenden Mehrzahl der Antworten wird die Anschauung vertreten, dass zu dieser Aufgabe nur ein Pädiater befähigt sei.“ Vgl. ebd., S. 48.

⁸²⁷ „Die große nationale Bewegung [...] stellt sich eine gewaltige Aufgabe und hat reiche Mittel erfordert und wird noch mehr fordern. Für den Einsichtigen besteht aber kein Zweifel, daß der Erfolg der Anstrengungen lange nicht den aufgewandten Mitteln entsprechen kann, solange die Mehrzahl der praktischen Aerzte, welche zu den natürlichen Leitern dieser Bestrebungen berufen sind, nicht die nötige Vorbildung besitzt, um sachgemäß die Ernährung des gesunden und kranken Säuglings zu leiten. Ja, es besteht gegenwärtig geradezu ein auffallender Gegensatz zwischen den Interessen der Volksgesundheit und den Anforderungen der Säuglingsfürsorge einerseits und den Kenntnissen und Leistungen der praktischen Ärzte auf diesem Gebiete andererseits“, vgl. Feer, Kinderheilkunde, S. 248.

⁸²⁸ „Was nützen die gewaltigen Anstrengungen der Gemeinwesen und der ganzen Nation zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, zum Schutze des Säuglings, wenn die einzigen berufenen Vertreter dieser Bestrebungen, die Ärzte, grobenteils nicht über die erforderliche Ausbildung verfügen, diese Bestrebungen erfolgreich ins Werk zu setzen? Die schweren Geldopfer, welche hier ohne den entsprechenden Nutzen gebracht werden, der Schaden, den der Staat in nationalökonomischer Hinsicht erleidet, steht in gar keinem Verhältnis zu den Kosten, welche eine bessere Ausbildung der Ärzte in der Kinderheilkunde erfordern wird.“ Ebd., S. 258.

„Kinderarzt“ noch einmal. Schon allein in der Bezeichnung sahen viele allgemeine Ärzte eine Bedrohung ihrer hausärztlichen Kompetenz.⁸²⁹

Die Vertreter der Kinderheilkunde konnten jedoch die öffentliche Unterstützung für ihr Fach gut nutzen. Obwohl der erste Lehrstuhl für Kinderheilkunde schon 1893/4 in Berlin eingerichtet worden war, vollzog sich die eigentliche Etablierung als medizinisches Spezialfach erst im beginnenden zwanzigsten Jahrhundert.⁸³⁰

Ein wesentlicher Markstein war die neue preußische Prüfungsordnung von 1901, die verlangte, dass die Medizinstudenten ein Semester Kinderklinik bzw. Kinderpoliklinik hören sollten. Dies setzte die Universitäten unter Druck, weitere Lehrstühle für Kinderheilkunde einzurichten. Bis zum Ersten Weltkrieg wurden entsprechende Lehrstühle in Breslau und Düsseldorf 1906, Strassburg 1910 und München 1912 eingerichtet. Trotzdem hatten die deutschen Universitäten weiterhin noch erhebliche Probleme, das Fach Kinderheilkunde flächendeckend anzubieten.⁸³¹

Besonders der Bundesstaat Baden war weit fortgeschritten im Ausbau des Universitätsfaches Kinderheilkunde.⁸³² In Preußen war die Kinderheilkunde 1908 durch einen Erlass des Kultusministers als medizinisches Spezialfach mit einer Weiterbildungszeit von 3 Jahren anerkannt worden. Durch die Gründung der Akademie für praktische Medizin – einer völlig neuen Organisationsform – gehörte Düsseldorf zu den innovativen Städten, da die Kinderklinik von vornherein sehr gut ausgestattet war.⁸³³ Diese sehr guten Startbedingungen wurden vom ersten Direktor dieser Kinderklinik in intensiver Art und Weise genutzt und ausgebaut. Es war der schon erwähnte Arthur Schloßmann, der sowohl den Ausbau

⁸²⁹ Vgl. Salge, Die Bezeichnung „Kinderarzt“; vgl. auch die Diskussion zwischen H. Quinke, Über ärztliche Spezialitäten und Spezialärzte, in: Münchner Medizinische Wochenschrift 53 (1906), S. 1213-17 u. 1260-64, und Adolf Baginsky, Kinderheilkunde als Specialität. — Kinderkrankenhäuser. — Interne Klinik und Kinderklinik, in: Archiv für Kinderheilkunde 44 (1906), S. 178-193 und die Diskussion in: ärztliches Vereinsblatt für Deutschland 1906, Nr. 580, S. 497-99; Nr. 582, S. 543-50; Nr. 583, S. 589f.; Nr. 584, S. 606-10.

⁸³⁰ Vgl. dazu Feer, Kinderheilkunde, S. 244-259.

⁸³¹ Ebd., S. 246f.

⁸³² „Besondere Anerkennung verdient Baden, das trotz der großen Lasten, welche die zwei Universitäten dem kleinen Lande aufbürdeten, nicht gezögert hat, in Heidelberg (1907) und jüngst in Freiburg bei gegebener Gelegenheit die Kinderheilkunde von der medicinischen Poliklinik zu trennen und eine eigene etatmäßige Professur für Kinderheilkunde zu gründen“. Ebd., S. 250.

⁸³³ Ebd., S. 255.

der Kinderheilkunde, den Aufbau der Säuglingsfürsorge und die Ausbildung der pädiatrisch-medizinischen Paraprofessionen als einer der führenden Standesvertreter vorantrieb.⁸³⁴ Nicht nur als Mediziner von herausragendem Ruf, sondern auch politisch engagiert, konnte Schloßmann auf die Ausdifferenzierung und Gestaltung der deutschen Kinderheilkunde einen entscheidenden Einfluss ausüben.⁸³⁵

Die Einrichtung besonderer Universitätskinderkliniken und -abteilungen wurde mit dem Beginn des zwanzigsten Jahrhunderts von den Regierungen sehr gefördert; sie sahen, wie der einflussreiche Ober-Medizinalrat im preußischen Kultusministerium, Eduard Dietrich, darlegte, in der Kinderärzteschaft einen „mächtigen Bundesgenossen im Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit“.⁸³⁶ Während des Ersten Weltkrieges verstärkte sich diese Verbindung zwischen staatlicher Interessenpolitik und Ausbau des Faches noch einmal. Bevölkerungspolitik war zu einer Zauberformel geworden, mit der man die Verluste an Menschenleben kompensieren zu können glaubte und eine „Wiederaufforstung des deutschen Volksbestandes“⁸³⁷ durchführen wollte. Schloßmanns Vortrag über „Kinderkrankheiten und Krieg“, dem eine ausführliche Denkschrift und Petition angeführt war, die den Stand der Kinderheilkunde als Universitätsfach dokumentierte, erregte große Aufmerksamkeit.⁸³⁸ Die Kinderheilkunde konnte sich als willige und kompetente Gehilfin der Bevölkerungspolitik darstellen. Sie hatte in Schloßmanns Augen wissenschaftlich von den Erfahrungen des Krieges profitieren können:

„Wer von uns hätte je geglaubt, daß wir ganze Kapitel aus der Lehre von der menschlichen Ernährung in einer so umfassenden Weise an Millionen von Versuchspersonen zu gleicher Zeit auf ihre Richtigkeit würden prüfen können.“

⁸³⁴ „Professor Schloßmann war einer der ersten Mediziner, die Säuglingskrankheiten als besonderes Fach bearbeiteten. Bisher waren zu ihrem Nachteil die Säuglinge von der Inneren Medizin als lästige Anhängsel mitgeschleppt worden. Vielfach, wie zum Beispiel in Hamburg, als ich dort arbeitete, überließ man in den großen Krankenhäusern die armen so empfindlichen Säuglinge der Behandlung der Volontäre, die noch keine Erfahrung hatten. Entsprechend war die Sterblichkeit erschreckend groß!“. Vgl. Heusler-Edenhuizen, Du mußt es wagen, S. 79.

⁸³⁵ Wilhelm Haberling, Arthur Schloßmann, sein Leben und sein Werk, in: Lehr, Auf neuen Wegen zu neuen Zielen, S. 1-32 und die Zusammenstellung seiner Veröffentlichungen durch Martha Fraenkel, in: Lehr, Auf neuen Wegen zu neuen Zielen, S. 33-42.

⁸³⁶ Dietrich, Fürsorgewesen, S. 45.

⁸³⁷ Arthur Schloßmann, Kinderkrankheiten und Krieg. Verhandlungen der 31. Versammlung der Gesellschaft für Kinderheilkunde, Leipzig 1917, Wiesbaden 1918, S. 1-28.

⁸³⁸ Ebd.

Sie stellte aber auch die berufene Fachrichtung dar, um die quantitative und „qualitative Aufbesserung“ der Bevölkerung zu unterstützen.

„Mehr als je heißt es für uns, unser Sondergebiet pflegen und die Bedeutung der Kinderheilkunde zu betonen, [...] damit wir über die schweren Wunden hinwegkommen, die der Krieg uns schlägt.“⁸³⁹

Öffentliche Wirkung entfaltete der Vortrag vor allem nach dem Krieg: Zwischen 1919 und 1921 wurden schließlich an 14 von 19 Universitäten Ordinariate für Kinderheilkunde eingerichtet.⁸⁴⁰

4.1.2 (Kinder-)Ärzte in der Säuglingsfürsorge

Zahlreiche Mediziner waren als Mitglieder der Säuglingsfürsorgebewegung aktiv, vor allem auf Kinderheilkunde spezialisierte Fachärzte, Dozenten, Professoren der Pädiatrie und Medizinalbeamte.⁸⁴¹

Die Professionalisierung und Spezialisierung in verschiedene Fachgebiete gestaltete auch das Verhältnis der Ärzte zur Fürsorge. Mehrere Ziele ließen sich in der Fürsorge verfolgen:

- Neue Berufe innerhalb der ärztlichen Qualifikationsmerkmale zu schaffen
- Steigerung des öffentlichen Einflusses insbesondere auf kommunalem Gebiet
- Steigerung des Bekanntheitsgrades und die Erweiterung des Patientenkreises für eine bereits bestehende oder zu gründende Praxis durch Tätigkeit in der Fürsorge.

Gerade bei dem letzten Motiv lohnt eine genauere Betrachtung. Frauen und Kinder waren ein Patientenstamm, der für die Ärzte schwer zu erreichen war. Die Hospitalisierung

⁸³⁹ Ebd.

⁸⁴⁰ Seidler, Kinderheilkunde in Deutschland, S. 57.

⁸⁴¹ Die Mitgliederzahlen lassen sich nur ganz grob angeben, da die korporativen Mitglieder nicht einzeln aufgeführt werden und die Berufsbezeichnungen der Mitglieder nicht vollständig angegeben werden. So ist bei einigen Ärzten ein Dr. med. dazugesetzt, bei einigen nur ein Dr., so dass sich hinter diesem Titel auch Nationalökonom, Juristen etc. verbergen können. Doch selbst bei einer vorsichtigen Zählung kann man davon ausgehen, dass die Mediziner mindestens die Hälfte der Mitglieder der Deutschen Vereinigung für Säuglingsschutz stellten. Darunter waren viele Ärzte mit öffentlichen Funktionen, weniger niedergelassene Ärzte. Vgl. Mitgliederliste, in: Stenographischer Bericht über die Verhandlungen des I. Deutschen Kongresses für Säuglingsschutz, S. 6-11.

der Geburt war noch kaum erfolgt.⁸⁴² Die gesellschaftlichen Widerstände gegen eine Entfernung der jeweiligen Hausfrauen und Mütter aus ihrem jeweiligen Lebensumfeld für die Geburts- und Wochenbettphase waren extrem groß.⁸⁴³ Gleichzeitig begann sich abzuzeichnen, dass die Frauen durch die Ausrichtung der Krankenversicherung auf das Erwerbsprinzip als Kassenpatienten weit unterrepräsentiert waren. Wenn man nun die in der Forschung vielfach beschriebenen Elemente der ärztlichen Professionalisierung berücksichtigt, so können vor allem zwei wesentliche Motive für das ärztliche Engagement in der Säuglingsfürsorge genannt werden. Zum einen wurde – für das Beispiel Preußen insbesondere von Huerkamp – betont, wie zentral die Erschließung neuer medizinischer Märkte für den Professionalisierungsprozeß gewesen sei. Zum anderen führte vor allem Spree für den Gesundheitsfürsorgebereich aus, wie die (Zwangs-)Sozialisation von Unterschichten der Sicherung des professionellen Status und der Vermittlung von bürgerlichen Werten dienen konnte.⁸⁴⁴

„Die über ihre unmittelbare Zwecksetzung im einzelnen hinausgehende gesellschaftliche Bedeutung dieser sich zunehmend systematisch ergänzenden Maßnahmen und Institutionen muß darin gesehen werden, daß durch sie speziell solche Bevölkerungsgruppen zwangsweise Erfahrungen mit Prinzipien und Formen rationalisierter Lebensführung machen mußten, die bisher kaum mit einem zeitlich und ökonomisch durchorganisierten und zweckgerichteten Lebensstil vertraut waren“.⁸⁴⁵

Die Ärzte fungierten hier als „Exponenten der bürgerlichen Elite“,⁸⁴⁶ die die im Bürgertum schon festgesetzten Ansichten über eine „gute Mutter“ nun auch in die Arbeiterschichten hineintrugen. Das Bündnis der Ärzte mit den bürgerlichen Müttern war schon recht stabil.⁸⁴⁷ Die Kinderärzte mussten als Spezialisten jedoch neues Gebiet erobern. Gerade die Arbeiterfamilien stellten noch „pädiatrisches Neuland“ dar.

⁸⁴² Vgl. Kap. 5 der vorliegenden Arbeit.

⁸⁴³ Vgl. Kap. 3 und 5 der vorliegenden Arbeit.

⁸⁴⁴ Vgl. Huerkamp, *Der Aufstieg der Ärzte*, S. 17 und Spree, *Soziale Ungleichheit*, S. 156-162.

⁸⁴⁵ Ebd., S. 158.

⁸⁴⁶ Ebd., S. 160.

⁸⁴⁷ Vgl. dazu grundlegend Jacques Donzelot, *Die Ordnung der Familie* (deutsche Übersetzung der französischen Originalausgabe von 1977), Frankfurt/M. 1980, hier vor allem S. 31f.; Vgl. auch Uta Ottmüller, „Mutterpflichten“ – Die Wandlungen ihrer inhaltlichen Ausformung durch die akademische Medizin, in: *Gesellschaft. Beiträge zur Marxschen Theorie* 14 (1981), S. 97-138 und Frevert, *Fürsorgliche Belagerung*, S. 420f.

So mussten die pädiatrischen Lehren nicht nur über geschlechtsspezifische Schranken, sondern auch über gesellschaftliche Barrieren transportiert werden. Dieser Fürsorgezweig war der passende Rahmen, um sich einer sonst kaum erreichbaren Gruppe zu nähern und sie in den Prozess der medizinischen Enkulturation mit einzubeziehen und – sozusagen nebenbei – auch noch den Patientenstamm zu erweitern. Das Ziel, gerade die Frauen zu erreichen, wurde noch durch eine weitere Einsicht bestärkt: Den Hausfrauen wurde innerhalb der Familie die Verantwortung für Reinlichkeit, Hygiene und Gesunderhaltung zugeschrieben. Dies machen vor allem die zahlreichen Gesundheitsratgeber, die sich an die Hausfrauen und Mütter wandten, deutlich.⁸⁴⁸ Insofern forderte das Erreichen dieser Klientel ganz besonders heraus, denn die Mütter hatten in den Augen vieler Ärzte eine Multiplikatorenfunktion. So war das bildliche Symbol der Bewegung: „Die gesunde Mutter mit dem gedeihenden Brustkind vor dem beratenden Arzt“.⁸⁴⁹ Die Maßnahmen in der Säuglingsfürsorge, die die Kinderärzte propagierten, sicherten ihnen einen regelmäßigen Einfluss auf die Mütter. So war die Verteilung der Stillprämien in fast allen Städten an die ärztliche Kontrolle gebunden.⁸⁵⁰ Auch an den Milchküchen war die „erzieherische Tätigkeit des Arztes“ vermeintlich „unentbehrlich“⁸⁵¹ (Vgl. dazu im einzelnen Kap. 5).

In Krefeld lässt sich der Zusammenhang zwischen dem Ausbau der Säuglingsfürsorge und des sich etablierenden Kinderarztes an einem lokalen Beispiel nachzeichnen: Nach seinem Medizinstudium ließ sich der junge Arzt Dr. Isidor Hirschfelder als Facharzt für Kinderkrankheiten 1906 in Krefeld mit eigener Praxis nieder.⁸⁵² In enger Zusammenarbeit

⁸⁴⁸ Ebd., S. 430f. und S. 443f. Vgl. dagegen Sarasin, *Reizbare Maschinen*, S. 165, der davon ausgeht, dass sich die allgemeinen Gesundheitsratgeber an Männer und Frauen richteten, jedoch nimmt er Ratgeber, die sich explizit mit Säuglingsfürsorge, Krankenpflege und Hygiene von Schwangerschaft und Geburt beschäftigen, von dieser Feststellung aus.

⁸⁴⁹ Pistor, *Die Organisation*, S. 10.

⁸⁵⁰ „Ich halte es für einen großen Vorteil, daß die stillende Mutter sich jederzeit unter ärztlicher Kontrolle befindet, da sonst [...] bei einer vielfach stillenden Bevölkerung die Resultate recht schlecht sein können.“ Salge, *Stillprämien*, S. 68. Diese alleinige Zuständigkeit war nicht immer ohne Konflikte durchzusetzen. In Freiburg kam es zu einer Auseinandersetzung über die Frage, ob in jedem Fall die Ärzte der Universitätskinderklinik die „Stillmütter“ kontrollieren mussten, oder ob eine Bescheinigung der Hebammen ausreichen würde. Vgl. StA Freiburg C3/380/3, Schreiben des Armenrates an den Stadtrat vom 10. Mai 1916.

⁸⁵¹ Trumpp, *Milchküchen*, S. 128. Vgl. auch Kap. 5 dieser Arbeit.

⁸⁵² Isidor (Kurt) Hirschfelder, geb. 1878, blieb als Kinderarzt in Krefeld tätig. Seit 1933 durfte er weder in der Mütterberatungsstelle, noch im Säuglingsheim tätig sein. Am 29. Okt. 1941 kam er seiner vorgesehene Deportation durch Freitod zuvor, indem er sich mit seiner Dienstpistole aus dem Ersten Weltkrieg

mit dem Krefelder Frauenverein konnte Hirschfelder die Säuglingsfürsorge ausbauen, seinen Einfluss und seine Praxis erweitern. Zwei Jahre nach der Eröffnung seiner Praxis wurde eine Mütterberatungsstelle eröffnet, deren Träger der örtliche Frauenverein war (s.u.). Hier leistete Hirschfelder Beratungsarbeit, gleichzeitig setzte er sich für die Einrichtung eines Säuglingsheimes ein. Dieses konnte im Sommer 1914 eröffnet werden und Hirschfelder wurde dessen medizinischer Leiter.⁸⁵³ Vergleichbar verlief auch Schloßmanns Werdegang in Dresden. Zunächst ließ er sich mit eigener Praxis 1893 nieder, gründete 1904 zunächst eine Poliklinik für Säuglinge und Kinder und einige Jahre später ein Säuglingsheim, dessen ärztlicher Leiter er wurde.⁸⁵⁴

Trotz dieser Möglichkeiten war die Mehrheit der niedergelassenen Ärzteschaft keineswegs begeisterte Verfechterin der Fürsorgebestrebungen. Ebenso wie beim Ausbau der Polikliniken sahen sie in den Fürsorgestellen Konkurrenzunternehmen zu ihren Praxen und versuchten, die Klientel so eng wie möglich zu begrenzen.⁸⁵⁵ An die städtischen Milchküchen waren häufig Beratungsstellen angegliedert, zu denen die niedergelassenen Ärzte ihre Patientinnen mit Rezepten für eine Milchmischung und zur Beratung überweisen konnten. Doch hier wurde Kritik von den Verantwortlichen geübt: „Hebammen weisen oft zu, Ärzte fast niemals“.⁸⁵⁶

Als im sächsischen Zittau Säuglingsfürsorgestellen eingerichtet werden sollten, beschloss der ärztliche Bezirksverein die unentgeltliche Beratung in diesen Institutionen abzulehnen,

„da diese Einrichtungen der öffentlichen Wohlfahrt, nicht aber eine Wohltätigkeitseinrichtung sind und für erstere Staat und Gemeinden die nötigen Mittel aufbringen müssen. Außerdem glaubt der Verein, daß Fürsorgestellen für andere Krankenkategorien folgen werden und so allmählich zum Schaden der Ärzte ein unentgeltliches Poliklinikunwesen großgezogen wird.“⁸⁵⁷

erschoss. Vgl. Ingrid Schuppeta, Lebensspuren Dr. Isidor Hirschfelder, in: Stadt Krefeld (Hg.), Steinerne Zeugen. Jüdische Grabstätten in Krefeld, Krefeld 1991, S. 30-33.

⁸⁵³ Ebd.

⁸⁵⁴ Haberling, Schlossmann, S. 5f.

⁸⁵⁵ Trumpp, Milchküchen, S. 129.

⁸⁵⁶ Ebd.

⁸⁵⁷ SHStA Dresden, Mdi 17219, Artikel der Sächsischen Arbeiterzeitung v. 20.12.1907.

Die Frage der Bezahlung war ein umstrittener Punkt. Energisch drangen die Ärzte auf die Vergütung ihrer Tätigkeit an den Fürsorgestellen und in den übrigen Gebieten der Säuglingsfürsorge.⁸⁵⁸ Häufig wurde aber gerade auf dem Land erwartet, dass die Ärzte die Beratungsstunden unentgeltlich durchführten.⁸⁵⁹

Die ärztlichen Befürworter der Säuglingsfürsorgebewegung zielten darauf, die Klientel bei den Fürsorgestellen weiter zu fassen als bei den Polikliniken, denn

„Familien, die im Krankheitsfalle einen Arzt bezahlen können, die heute in den meisten Fällen von einer Kasse dann unterstützt werden, würden nie auf den Gedanken kommen und niemals in der Lage sein, einfach wegen der Ernährung ihres zunächst gesunden Kindes dauernd eine ärztliche Überwachung zu fordern und zu bezahlen“.⁸⁶⁰

In ländlichen Gebieten wurde auch die Fürsorgeschwester als Konkurrenz der ärztlichen Tätigkeit gesehen.⁸⁶¹ In Baden sollten die Fürsorgerinnen, die die Familien vor Ort besuchten und gleichzeitig in den Beratungsstunden anwesend waren, bei ihren Hausbesuchen einen „erzieherischen Einfluß“ auf die Mütter ausüben. Bei sich verschlechterndem Befinden des Kindes sollte die Fürsorgerin auch „energisch auf der Zuziehung eines Arztes bestehen, sein Kommen womöglich selbst veranlassen“.⁸⁶² Für die Fürsorgestelle in Dessau wurde ebenfalls berichtet, dass der beratende Arzt die Mutter verpflichtete, bei Krankheit des Säuglings einen niedergelassenen Arzt aufzusuchen. Insofern, so wurde argumentiert, entzögen die Fürsorgestellen dem Arzt keineswegs die Patientinnen. Dagegen berichtete der preußische Medizinalbeamte Eduard Dietrich, dass nach seinen Berichten sowohl Ärzte als auch Kinderärzte eine Abnahme ihres Patientenstammes verzeichneten und finanzielle Einbußen zu erleiden hätten.⁸⁶³

⁸⁵⁸ Trumpp, Milchküchen, S. 133f.

⁸⁵⁹ „Die Einrichtung auf dem Lande wird jedoch als schwierig bezeichnet. Sie ist schon an den Kosten, die durch die ärztliche Beratung entstehen, gescheitert.“ SHStA Dresden, MdI 17219, Bl. 110, Schreiben der Kreishauptmannschaft Chemnitz an das Sächsische Innenministerium vom 10. Aug. 1908.

⁸⁶⁰ Salge, Stillprämien, S. 69.

⁸⁶¹ „Gar oft kam mir schon der Vorwurf zu Ohren, die Kreisfürsorge schädige oder beeinträchtige die ärztliche Praxis.“ Zit nach Frau Krausmann (Wanderlehrerin) auf der 2. Landesversammlung des Badischen Landesausschusses für Säuglingsfürsorge, in: GLA Karlsruhe 69, Geheimes Kabinett der Großherzogin Luise, Nr. 900.

⁸⁶² Ebd.

⁸⁶³ Dietrich, Fürsorgewesen, S. 51.

So wurde für das Großherzogtum Baden empfohlen, die niedergelassenen Ärzte abwechselnd als Leiter der Beratungsstellen einzusetzen, um dem Misstrauen der praktischen Ärzte entgegenzutreten.⁸⁶⁴ Ausserdem bot die Tätigkeit in der Säuglingsfürsorge Ausbildungs- und damit Spezialisierungsmöglichkeiten für alle Ärzte.⁸⁶⁵

Die Bedingungen für die Mitarbeit von Ärzten waren also ambivalent. Auf der einen Seite konnte der Patientenstamm erweitert und der öffentliche Einfluss gesteigert werden, auf der anderen Seite wurden die jeweiligen Fürsorgestellen durchaus auch als Konkurrenz für die eigene Praxis gesehen.⁸⁶⁶ Insofern wurden in einigen Städten die Bedingungen der ärztlichen Tätigkeit in den Fürsorgestellen zum Teil auf das Genaueste ausgearbeitet. Diese Instruktionen bestimmten, dass in den Fürsorgestellen nur beraten werden dürfte, wenn der Säugling sich noch nicht in ärztlicher Behandlung befand. Bei kleinsten Anzeichen einer bestehenden Erkrankung müsste sofort zum niedergelassenen Arzt überwiesen werden, möglichst mit einer für die Anverwandten unverständlichen, auf einem Überweisungsschein notierten Diagnose.⁸⁶⁷ Die niedergelassenen Ärzte in der Stadt Freiburg sollten gründlich informiert werden, dass sie durch die Fürsorge über viele Vorteile verfügten:

„Unentgeltliche Materialerteilung in allen Fragen der Fürsorge: Zusendung der vorläufig gestellten Diagnose, Anamnesen-Aufnahme und der Hauspflege.“⁸⁶⁸

Deshalb wurde von den Ärzten ein klarer Forderungskatalog aufgestellt, der die Bedingungen ihrer Mitarbeit deutlich machte: „Mitarbeiten heisst auch ‘Mitbestimmen’“ so die Losung eines führenden preußischen Medizinalbeamten zur Funktion der Ärzte in der

⁸⁶⁴ Frau Krausmann (Wanderlehrerin) auf der 2. Landesversammlung des Badischen Landesausschusses für Säuglingsfürsorge, in: GLA Karlsruhe 69, Geheimes Kabinett der Großherzogin Luise, Nr. 900.

⁸⁶⁵ Pistor, Die Organisation, S. 6.

⁸⁶⁶ StA Freiburg C3/204/3, Schreiben des Stadtarztamtes an den Stadtrat (ohne Datum). Hier betonen die Stadtärzte: „wir haben [...] ängstlich vermieden irgendwelchen Rat, um welchen wir allerdings oft angegangen wurden, zu erteilen und haben die Betreffenden immer an ihre Hausärzte – meistens also die Kassenärzte – verwiesen. Nur so war es möglich, daß keinerlei Differenz mit den Ärzten entstand.“

⁸⁶⁷ StA Freiburg C4/XII/10/13, Ergebnisse der Besprechung vom 27. April 1921. Vgl. auch StA Düsseldorf III 4271, Schreiben von Schlossmann an OB Oehler vom 9. Mai 1911, Bl. 1-4. „Die Behandlung kranker Kinde ist auszuschließen. Diese sind vielmehr an die behandelnden Ärzte zu verweisen. Ernährungsstörungen wären jedoch dann zu behandeln, wenn es sich um kranke Säuglinge mit Armenschein handelt oder wenn seitens der die Familie behandelnden Aerzte die Beratung für das Kind nach dieser Richtung hin ausdrücklich gewünscht wird.“

⁸⁶⁸ StA Freiburg C4/XII/10/13, Ergebnisse der Besprechung vom 27. April 1921.

Säuglingsfürsorge.⁸⁶⁹ Insofern wurde für die Ärzte in den Organisationen des Säuglingschutzes eine leitende Stellung verlangt.

„Dass diese Regelung mit einer ausreichenden Honorierung der Aerzte verbunden sein muss, versteht sich von selbst.“⁸⁷⁰

Und so ergab sich die Forderung, dass nicht nur die Leitung der sich ausbreitenden Landeszentralen tunlichst in die Hände der Kinderärzte gelegt werden sollte, sondern Kinderärzte alle leitenden und kontrollierenden Tätigkeiten in der Säuglingsfürsorge ausführen sollten.⁸⁷¹ Dies war auch einer der Gründe, weshalb die Milchküchenbewegung sich in der Säuglingsfürsorge nicht durchsetzen konnte. Sie sicherte den Ärzten keinen weiteren Ausbau ihres Einflusses, sie dienten nicht der ärztlichen Professionalisierung. Insofern kam von Seiten der Kinderärzteschaft keine Unterstützung für die Milchküchen.⁸⁷²

Nach 1905 wurde die Säuglingsfürsorge mehr und mehr von den spezialisierten Kinderärzten übernommen; eine der ersten Städte war Freiburg. Hier bat der Leiter der Kinderklinik Bruno Salge, einer derjenigen Kinderärzte, die sich auch berufspolitisch für eine Spezialisierung des Faches einsetzten, den Bürgermeister der Stadt Freiburg, die Verteilung der Stillprämien und den damit verbundenen Rat an die Mütter, einem Arzt der Kinderklinik anstelle des Stadtarztes zu übertragen. Da der überbelastete Stadtarzt gegen eine

⁸⁶⁹ Pistor, Die Organisation, S. 4 und 5 „Die Ärzte haben [...] ein Recht, zu verlangen, von vornherein in den Landeszentralen so beteiligt zu sein, dass sie mitbestimmen können; insbesondere da, wo die ärztliche Praxis in Frage kommt. Sie müssen, um es gerade heraus zu sagen, verhindern können, dass etwas geschieht, was mit den Forderungen des ärztlichen Standes nicht im Einklang steht.“

⁸⁷⁰ Pistor, Die Organisation, S. 5. Vgl. auch Schlossmann, Zwei wichtige Fragen, hier S. 233f.

⁸⁷¹ „Nur ein ärztlich geschulter Beobachter ist imstande zu sagen, ob die hygienischen Bedingungen der Wohnung und der Lebenshaltung der Familie solche sind, daß dabei eine normale Entwicklung der in der Familie geborenen Kinder möglich ist. Die Mitarbeit des Arztes ist weiter notwendig, wenn es sich um die Beurteilung handelt, wo uneheliche Kinder untergebracht werden sollen, ob die hierfür bestimmten Pflegefrauen geeignet sind, ob ihre Wohnung und ihre sonstigen sozialen Verhältnisse berechtigten Anforderungen genügen [...]. Ebenso ist das Urteil des Arztes notwendig für Anlage und Betrieb von Säuglingsheimen, Krippen usw. [...] Die Tätigkeit des Arztes ist weiter nicht zu entbehren bei der Fürsorge für Individuen eines Lebensabschnittes, in welchem die Disposition zu Krankheiten ganz besonders groß ist [...].“ Dass die Ärzte Kinderärzte sein sollten, geht aus den folgenden Ausführungen hervor. Vgl. Bruno Salge, Die Stellung der Ärzte in der Säuglingsfürsorge, in: ZfS 7 (1913), S. 149-155, hier S. 149f.

⁸⁷² De la Camp, Die ärztliche und soziale Bekämpfung, S. 19.

Arbeitserleichterung nichts einzuwenden hatte, ging der Wechsel unproblematisch vor sich.⁸⁷³

Ärzte und insbesondere Kinderärzte wurden an allen Stellen der Fürsorge eingesetzt. In Leipzig kontrollierten sie sogar die Verhältnisse der unehelichen Mütter vor Ort, wenn der Bericht der „Aufsichtsdame“ nicht günstig ausgefallen war.⁸⁷⁴

Die Einrichtung und der Ausbau von Entbindungsanstalten, Wöchnerinnen- und Säuglingsheimen bedeuteten für die Kinderärzteschaft einen klaren Ausbau ihres Einflusses.⁸⁷⁵ Nicht nur als Lehr- und Ausbildungsanstalt für den eigenen Nachwuchs, sondern auch für das von ihnen erwünschte Hilfspersonal, den Säuglingsschwestern und Kinderkrankenpflegerinnen förderten die Ärzte den Ausbau der geschlossenen Fürsorgeinstitutionen.⁸⁷⁶

Bezüglich der Ernährungsfrage gab es zwischen den Ärzten erhebliche Kontroversen. Während die einen künstliche Ernährung nur im allergrößten Notfall einsetzen, war für andere die Zusammensetzung der verschiedenen Milchmischungen von erheblicher Bedeutung. Hier bestand auch eine Kluft zwischen der ersten und der zweiten Generation der Pädiater. Während ältere Vertreter wie etwa Biedert der Herstellung von Milchmischpräparaten große Aufmerksamkeit widmeten, waren die jüngeren Vertreter des Faches vom großen Wert des Stillens überzeugt.⁸⁷⁷ Nach der Jahrhundertwende setzte sich die Stillpropaganda bei den Ärzten fast vollständig durch. Auch Schloßmann, der noch Anfang der neunziger Jahre in einer Annonce für ein Milchmischpräparat geworben hatte, entwickelte sich zu einem der eifrigsten Verfechter des Stillens.⁸⁷⁸

⁸⁷³ Vgl. StA Freiburg C3/380/3, Schreiben des zweiten Bürgermeisters Riedel an den Stadtrat vom 1. Juli 1911.

⁸⁷⁴ Max Taube, Die Säuglings-Fürsorge durch Staat, Gemeinde und freie Liebestätigkeit, in: ZfS 1 (1906), S. 25-34, hier S. 33.

⁸⁷⁵ Vgl. auch für die USA: Jones, Sentiment and Science, S. 81.

⁸⁷⁶ Sehr deutlich wird dieses Ansinnen im Beitrag von Salge/Franqué/Dietrich, Enbindungsanstalten, hier S. 37f.

⁸⁷⁷ Vgl. Czerny, Pädiatrie meiner Zeit, S. 64ff. Vgl. auch Schloßmann/Pankow, Über die Zunahme des Stillwillens, S. 79-81.

⁸⁷⁸ Vgl. die Auseinandersetzungen zwischen Schloßmann und dem Verleger der Hebammenzeitung: Arthur Schloßmann, Hebammen, Hebammen-Zeitung und natürliche Säuglingsernährung, in: ZfS 1 (1906/7), S. 256-266 und Erich Staude, Erwiderung auf den Aufsatz: Hebammen, Hebammen-Zeitung und natürliche Säuglingsernährung von Professor Schloßmann, Düsseldorf, in: ZfS 1 (1906/7), S. 267-272 und die folgenden Repliken auf S. 273 und 274.

4.2 Mit Fürsorge Staat machen: Wohltäterinnen und Sozialreformerinnen, Fürsorgerinnen und Kinderkrankenschwestern

4.2.1 Frauenbewegung und Wohltätigkeit im ausgehenden 19. Jahrhundert

Die Zusammenfassung der weiblichen Motive in der Säuglingsfürsorge in einem Unterkapitel gibt zunächst eine Einheitlichkeit vor, die dem Sachverhalt eigentlich nicht angemessen ist. Ganz im Gegenteil, die Interessen der an der Säuglingsfürsorge beteiligten Frauen waren teilweise sogar völlig gegensätzlich. Trotzdem sind sie im Folgenden in einem Kapitel zusammengefasst, da sich auf diese Weise die Kategorien von Geschlecht, Schicht und Klasse in ihrer Komplexität und wechselseitigen Verschränkung am besten erfassen lassen. Aber auch die Konfliktlagen und Kooperationen innerhalb der Frauen adelig-bürgerlicher Herkunft sind in einem zusammenfassenden Kapitel am besten darzustellen. In neueren Arbeiten wird herausgestellt, dass die Reduktion von Wohltätigkeit und Reform auf Akteurinnen bürgerlich-liberaler Herkunft ein schiefes Bild zeichnet. Entscheidend sei vielmehr, dass zwischen bürgerlichen und adeligen Frauen vielfache Kooperationen auf konzeptionellem und praktischem Gebiet bestanden haben.⁸⁷⁹

Um die vielfachen weiblichen Interessen in der Säuglingsfürsorge zu verstehen, ist hier ein kurzer Exkurs zur Lage der Frauen gehobener Gesellschaftsschichten im 19. und beginnenden 20. Jahrhundert angebracht. Grundlegend für die Ausgestaltung der Wohltätigkeitsarbeit und der weiblichen Sozialreform war das vor allem im Bildungsbürgertum propagierte Frauenbild, das – basierend auf einer medizinisch-naturwissenschaftlichen Symbolik – seit dem ausgehenden 18. Jahrhundert verstärkt formuliert wurde.⁸⁸⁰ Seine Genese

⁸⁷⁹ Vgl. Jean H. Quataert, „Damen der besten und besseren Stände“: „Vaterländische Frauenarbeit“ in Krieg und Frieden 1864-1890, in: Karen Hagemann/Ralf Pröve (Hg.), *Landsknechte, Soldatenfrauen und Nationalkrieger: Militär, Krieg und Geschlechterordnung im historischen Wandel*, Frankfurt/M./New York 1998, S. 247-275, hier vor allem S. 250f. Andrea Süchting-Hänger, „Das Gewissen der Nation“. Nationales Engagement und politisches Handeln konservativer Frauenorganisationen 1900 bis 1937, Düsseldorf 2002, hier S. 11 und 37.

⁸⁸⁰ Vgl. Dazu grundlegend vor allem Claudia Honegger, *Die Ordnung der Geschlechter. Die Wissenschaften vom Menschen und das Weib 1750-1850*, Frankfurt/M. 1991, hier S. 213f. und Doris Alder, *Die Wurzel der Polaritäten. Geschlechtertheorie zwischen Naturrecht und Natur der Frau*, Frankfurt/M./New York 1992, hier S. 106f. Vgl. auch Thomas Laquer, *Auf den Leib geschrieben. Die Inszenierung der Geschlechter von der Antike bis Freud*, Frankfurt/M./New York 1992.

und Ausgestaltung soll kurz erläutert werden: Die bürgerliche Familie⁸⁸¹ war im 19. Jahrhundert weiterhin in einem Umbruchprozess begriffen. Mit den veränderten wirtschaftlichen Bedingungen mussten auch die Aufgaben und Positionen innerhalb der (bürgerlichen) Familien neu verhandelt und definiert werden. Der Bedeutungsverlust der Familie als wirtschaftliche Produktionseinheit hatte die Zuweisung der Erwerbstätigkeit an die Männer und der häuslichen Aufgaben an die Frauen zur Folge. Diese neue Aufgabenteilung wurde mit den sogenannten ‚natürlichen Geschlechtscharakteren‘ propagiert und legitimiert.⁸⁸² Dabei wurden dem Mann Eigenschaften wie Rationalität, Aktivität und Energie zugesprochen und der Frau Passivität, Emotionalität und vor allem Mütterlichkeit zugewiesen. Diese Ideologie von den natürlich-biologisch bestimmten Geschlechterrollen fand im 19. Jahrhundert eine enorme Verbreitung und wurde vor allem vom Bildungsbürgertum und hier insbesondere von Ärzten und Naturwissenschaftlern mit wissenschaftlichen Argumenten vertreten.⁸⁸³ Dadurch wurden Frauen zum einen als prädestiniert für häusliche Aufgaben dargestellt, zum anderen konnten ihnen im Einklang mit der Naturrechtslehre staatsbürgerliche Rechte vorenthalten werden, ohne mit aufklärerischen Idealen brechen zu müssen. Sie konnten so als „natürlich“ nicht-rational und damit weder politikfähig noch eigentumsfähig bezeichnet werden.⁸⁸⁴ Darüber hinaus war die Stellung der bürgerlichen Frauen nicht nur durch erhebliche Eingrenzungen geprägt, sondern war in besonderem Maße durch Widersprüche bestimmt. So wurde sie zwar einerseits in die Rolle der alleini-

⁸⁸¹ Vgl. einführend Jürgen Kocka (Hg.), *Bürger und Bürgerlichkeit im 19. Jahrhundert*, Göttingen 1987; ders. (Hg.), *Arbeiter und Bürger im 19. Jahrhundert. Varianten ihres Verhältnisses im europäischen Vergleich*, München 1986; Ute Frevert (Hg.), *Bürgerinnen und Bürger: Geschlechterverhältnisse im 19. Jahrhundert*, Göttingen 1988; Gunilla F. Budde, *Auf dem Weg ins Bürgerleben. Kindheit und Erziehung in deutschen und englischen Bürgerfamilien 1840-1914*, Göttingen 1994; Hettling/Hoffmann, *Der bürgerliche Wertehimmel*.

⁸⁸² Zum folgenden immer noch grundlegend Karin Hausen, *Die Polarisierung der Geschlechtscharaktere. Eine Spiegelung der Dissoziation von Erwerbs- und Familienleben*, in: Werner Conze (Hg.), *Sozialgeschichte der Familie in der Neuzeit*, Stuttgart 1976, S. 363-393, hier S. 367-370. Ähnlich auch Barbara Duden, *Das schöne Eigentum. Zur Herausbildung des bürgerlichen Frauenbildes an der Wende vom 18. zum 19. Jahrhundert*, in: *Kursbuch 47 (1977)*, S. 125-140, hier S. 132 und auch Honegger, *Die Ordnung der Geschlechter*, S. 213f.; Alder, *Die Wurzel der Polaritäten*, S. 106f., und Ute Frevert, *Mann und Weib und Weib und Mann. Geschlechterdifferenzen in der Moderne*, München 1995, hier vor allem S. 13-60.

⁸⁸³ Vgl. Honegger, *Frauen und medizinische Deutungsmacht*, S. 181.

⁸⁸⁴ „Ist der Rekurs auf die ‚Natur der Frau‘ als Argument gegen Frauen gewendet genau genommen auch nicht neu, so ist es jedenfalls die Stringenz, mit der er in der Folge immer wieder angeführt werden wird, um Frauen auszuschließen. Mit dem Erstarken des Naturrechts Ende des 18. Jahrhunderts bekam die ‚Natur‘ der Frau eine neue Qualität“. Vgl. Alder, *Die Wurzel der Polaritäten*, S. 106f.

gen Erzieherin und Vorsteherin des Haushaltes gedrängt, andererseits wurden ihre Funktionen gerade deswegen einzigartig, denn sie war nun als Erzieherin die zentrale Vermittlungsinstanz für bürgerliche Normen und Werte innerhalb der Familie.⁸⁸⁵ Deshalb wurde es zunehmend schwieriger, den Frauen den Zugang zur Bildung, konkret zur höheren Schulbildung und zur Universität zu verweigern.

Dies weist darauf hin, dass die Konstruktion des bürgerlichen Frauenbildes nicht nur negative Implikationen hatte, wie etwa die „bis in die Psyche reichende Unterdrückung der Frau“,⁸⁸⁶ sondern langfristig gerade die widersprüchliche Ausprägung mit dazu beigetragen hat, den Frauen die staatsbürgerlichen Rechte gleichfalls zukommen zu lassen.

In der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts fand insbesondere der wirtschaftliche Aspekt der so genannten „Frauenfrage“ eine gewisse Akzeptanz bei den bürgerlichen Männern, weil auf Grund der gestiegenen Lebenshaltungskosten und der ökonomischen Krisen die Versorgung der unverheirateten Töchter und der anderen allein stehenden weiblichen Verwandten zunehmend zu einer großen finanziellen Belastung wurde.⁸⁸⁷

An den Widersprüchen und ökonomischen Notwendigkeiten, die sich aus der ambivalenten Stellung der bürgerlichen Frauen ergaben, konnte in den späten 1860er Jahren die organisierte Frauenbewegung ansetzen.⁸⁸⁸ Neben den schon angeführten ökonomisch-gesellschaftlichen Ursachen war der Lebensstil junger bürgerlicher Frauen, der von vielen von ihnen als „parasitär“ empfunden wurde, ein weiterer Grund für die Entstehung der Frauenbewegung.⁸⁸⁹ Für viele dieser Frauen hat in ihrem Engagement für eine Tätigkeit in

⁸⁸⁵ Vgl. dazu vor allem Ulrich Engelhardt, „... geistig in Fesseln“? Zur normativen Plazierung der Frau als „Kulturträgerin“ in der bürgerlichen Gesellschaft während der Frühzeit der deutschen Frauenbewegung, in: Rainer Lepsius (Hg.), *Bildungsbürgertum im 19. Jahrhundert*, Teil III, *Lebensführung und ständische Vergesellschaftung*, Stuttgart 1992, S. 113-175, hier S. 117.

⁸⁸⁶ Duden, *Das schöne Eigentum*, S. 125.

⁸⁸⁷ Zum folgenden vgl. Richard J. Evans, *The Feminist Movement in Germany 1894-1933*, London/Beverly Hills 1976, S. 41-52; Greven-Aschhoff, *Die bürgerliche Frauenbewegung*, S. 45-47; Bärbel Clemens, „Menschenrechte haben kein Geschlecht!“ Zum Politikverständnis der bürgerlichen Frauenbewegung, Pfaffenweiler 1988, hier S. 49-53; Theresa Wobbe, *Gleichheit und Differenz. Politische Strategien von Frauenrechtlerinnen um die Jahrhundertwende*, Frankfurt/M./New York 1989.

⁸⁸⁸ Zur Entstehungsgeschichte der bürgerlichen Frauenbewegung vgl. als Einführung: Ute Gerhard, *Unerhört. Die Geschichte der deutschen Frauenbewegung*, unter Mitarbeit von Ulla Wischermann, Hamburg 1990, S. 76-79.

⁸⁸⁹ Vgl. als ein Beispiel für viele: Alice Salomon, *Soziale Arbeit und persönliches Glück*, in: *Centralblatt des Bundes deutscher Frauenvereine* 7 (1905), S. 122-124.

der sozialen Arbeit weniger der Gelderwerb als vielmehr die Suche nach einer sinnvollen Tätigkeit und nach öffentlicher, gesellschaftlich anerkannter Arbeit an erster Stelle gestanden. In der männlichen Öffentlichkeit war aber die ökonomische Situation der alleinstehenden bürgerlichen Frauen ausschlaggebend für eine begrenzte Akzeptanz der so genannten „Frauenfrage“.⁸⁹⁰

In den 1890er Jahren erlebte die bürgerliche Frauenbewegung einen organisatorischen Aufschwung. Die Forschung in den achtziger und frühen neunziger Jahren betonte die Trennlinie zwischen den verschiedenen politischen Gruppierungen, vor allem zwischen den so genannten „Radikalen“ und „Gemäßigten“.⁸⁹¹ Dagegen wird in den neueren Arbeiten eher das Bild wechselnder Kooperationen und Koalitionen vermittelt.⁸⁹²

Vom einschränkenden bürgerlichen Frauenleitbild ausgehend, hingen zahlreiche Vertreterinnen der bürgerlichen Frauenbewegung dem Theorem der „geistigen Mütterlichkeit“ an, das von einer spezifisch weiblichen Kulturmission ausging. Es besagte, dass in der Gesellschaft bisher eine einseitig männliche Kultur geherrscht habe, und dass erst durch die gleichberechtigte Ergänzung von weiblichen Einflüssen die gesellschaftlichen Verhältnisse zu einer harmonischen Entwicklung finden würde. Diese Frauen versprachen sich von einem weiblichen Wirken in der Gesellschaft, dass Auflösungserscheinungen und soziale Schäden aufgefangen werden könnten, die durch die Industrialisierung entstanden waren. Sie lösten also das Konstrukt der bürgerlichen Weiblichkeit von seiner Beschränkung auf Haus und Familie und wollten den Frauen so die Teilnahme an öffentlich-politischen Aufgaben ermöglichen.

⁸⁹⁰ Herrad-Ulrike Bussemer, Bürgerliche Frauenbewegung und männliches Bildungsbürgertum, in: Ute Frevert (Hg.), Bürgerinnen und Bürger: Geschlechterverhältnisse im 19. Jahrhundert, Göttingen 1988, S. 190-205, hier S. 195.

⁸⁹¹ Vgl. Greven-Aschhoff, Die bürgerliche Frauenbewegung, S. 88; Clemens, „Menschenrechte haben kein Geschlecht!“, S. 49-53; Wobbe, Gleichheit und Differenz; Sachße, Mütterlichkeit, und Peters, Mütterlichkeit im Kaiserreich.

⁸⁹² Vgl. stellvertretend Iris Schröder, Arbeiten für eine bessere Welt, S. 14, Fn. 14. Hier kritisiert Schröder, dass durch die Einteilung der bürgerlichen Frauenbewegung in „Radikale“ und „Gemäßigte“ der „Kontroverse des späten 19. Jahrhunderts eine unangemessene große Reichweite zugesprochen“ werden würde, „ein Großteil der tatsächlichen ‚gemeinsamen‘ Programmpunkte historiographisch übergangen“ werde. Vgl. auch Gisela Bock, Frauenwahlrecht: Deutschland um 1900 in vergleichender Perspektive, in: Michael Grüttner u. a. (Hg.), Geschichte und Emanzipation. Festschrift für Reinhard Rürup, Frankfurt/M. 1999, S. 95-136.

Gerade die gemäßigten Vertreterinnen der bürgerlichen Frauenbewegung hielten dabei an einer Leistungsideologie fest. Sie gingen davon aus, dass sie sich durch soziale Arbeit für den Staat das politische Mitspracherecht gleichsam verdienen könnten. Mit diesem Ansatz reagierten sie auf die Argumentation, dass die Männer schließlich mit dem Militärdienst etwas für den Staat leisteten und somit das Wahlrecht verdienten.⁸⁹³

Diese Strategie, die eingrenzenden Geschlechtszuweisungen aufzunehmen und offensiv anzuwenden, stellte für die Mehrzahl der bürgerlich geprägten Frauen den einzig gangbaren Weg dar, den ihnen zugewiesenen Handlungsspielraum innerhalb der bürgerlichen Gesellschaft auszuweiten.

Mit diesen kurzen Ausführungen sind die wesentlichen Bestimmungsfaktoren für die intensive Beteiligung von bürgerlichen Frauen an allen Formen der sozialen Fürsorge angedeutet. Schon seit 1868 hatten Vertreterinnen der Frauenbewegung die Forderung nach einer Beteiligung von Frauen an der Armen- und Waisenpflege gestellt. Eine Realisierung dieser Forderung zeichnete sich aber erst um die Jahrhundertwende ab.⁸⁹⁴ Bei einer näheren Betrachtung ist eine vergleichsweise langsame Eingliederung von Frauen in die Sozial- bzw. Armenfürsorge vor allem darauf zurückzuführen, dass die Forderungen und Ansätze der Frauenbewegung weit über die herkömmliche weibliche Wohltätigkeitsarbeit hinausgingen. Der Widerstand, der den Frauen bis zur Jahrhundertwende von den Gemeindeverwaltungen und von der Öffentlichkeit entgegengebracht wurde, entstand keinesfalls aus der Angst vor „organisierter Mütterlichkeit“, sondern weil man die politischen Dimensionen ihrer Forderungen durchaus wahrnahm: Die Armenpflege war ein bürgerliches Ehrenamt und zog die Forderung nach dem Gemeindewahlrecht nach sich.⁸⁹⁵

⁸⁹³ Die Ziele und Vorstellungen der gemäßigten bürgerlichen Frauenbewegung sind am besten zusammengefasst bei: Helene Lange, Die Frau als Bürgerin, in: Die Frau 11 (1904), S. 526-535.

⁸⁹⁴ Hirschfeld, Die Frauen in der Armen- und Wohlfahrtspflege Deutschlands, S. 6.

⁸⁹⁵ Vgl. den programmatischen Aufsatz von Lange, Die Frau als Bürgerin, hier S. 529f. Es müsse „die Annahme dahin gehen, daß nicht etwa von heute auf morgen den Frauen das politische Stimmrecht beschieden wird, sondern daß sie in langsamen Fortschreiten eine stete Erweiterung des Kreises ihrer bürgerlichen Pflichten und Rechte erkämpfen werden. Sie werden das Feld ihrer Tätigkeit in der Gemeinde ausdehnen, über Armen- und Waisenpflege hinaus in das Gebiet der Schulverwaltung eindringen und allmählich zu immer verantwortungsvolleren Ämtern aufsteigen [...] und es wird einmal der Augenblick gekommen sein, wo die Frau in ihre vollen Bürgerrechte eintritt [...]“

Die Vertreterinnen der Frauenbewegung entwickelten eine Konzeption von Wohlfahrtsarbeit, in der Bildung einen semantischen Dreh- und Angelpunkt darstellte, da Bildung und Ausbildung gesellschaftliche Emanzipation verhiessen.⁸⁹⁶ An der Ausbildung zur sozialen Arbeit sollten die Frauen zu „Staatsbürgerinnen“ reifen und sie sollte ihnen die gesellschaftliche Achtung für das Erlangen der politischen Rechte sichern.⁸⁹⁷ Zudem gewannen sie einen Vorsprung zu ihren männlichen Konkurrenten, da die männlichen Armenpfleger normalerweise nicht über eine Ausbildung für ihr Amt verfügten.

Soziale Arbeit hatte für die bürgerlichen Sozialreformerinnen aber auch noch eine andere Funktion. Frauen waren aus einigen sozialreformerischen Vereinen, wie etwa der „Gesellschaft für soziale Reform“, ausgeschlossen und politische Arbeit im parteipolitischen Sinne war ihnen bis zum Reichsvereinsgesetz von 1908 sowieso verwehrt. Somit hatte das Engagement für soziale Arbeit auch eine Ersatzfunktion, denn

„es war das einzige Ventil derer, denen doch jede politische Betätigung zur Verwirklichung ihrer sozialen Ideale noch verschlossen war.“⁸⁹⁸

Ausserdem kam der Wunsch nach Öffentlichkeit hinzu. Aus der „Enge des Hauses“ in die Öffentlichkeit zu treten, bedeutete für diese Frauen ein Etappenziel auf dem Weg zur Staatsbürgerin, aber auch ganz pragmatisch eine Ausweitung ihres begrenzten Lebens- und Handlungsspielraumes. Die Sozialreformerinnen verwiesen immer wieder auf ihr Wissen und auf ihre Erfahrungen in der Haus- und Erziehungsarbeit.⁸⁹⁹ So konnten sie die Funktionszuweisung als Hausfrau und Mutter aufbrechen. Diese Arbeit, die ja eigentlich unsichtbar sein sollte,⁹⁰⁰ wurde hervorgehoben, indem sie als Schlüsselqualifikationen für soziale Arbeit dargestellt wurde.⁹⁰¹

⁸⁹⁶ Margret Kraul, Normierung und Emanzipation. Die Berufung auf den Geschlechtscharakter bei der Institutionalisierung der höheren Mädchenbildung, in: Karl-Ernst Jeismann (Hg.), *Bildung, Staat, Gesellschaft im 19. Jahrhundert. Mobilisierung und Disziplinierung*, Stuttgart 1989, S. 219-231, hier S. 219.

⁸⁹⁷ Marie Baum, *Der Geist der sozialen Arbeit*, in: *Die Frau* 21 (1914), S. 257-268, hier S. 262.

⁸⁹⁸ Alice Salomon, *Die Stellung der Jugend zur sozialen Frage*, in: *Die Frau* 20 (1913), S. 449-459, hier S. 452.

⁸⁹⁹ N.N., *Über die Tätigkeit einer städtischen Armenpflegerin*, in: *Die Frau* 11 (1904), S. 630-631.

⁹⁰⁰ Sibylle Meyer, *Die mühsame Arbeit des demonstrativen Müßiggangs. Über die häuslichen Pflichten der Beamtenfrauen im Kaiserreich*, in: Karin Hausen (Hg.), *Frauen suchen ihre Geschichte. Historische Studien zum 19. und 20. Jahrhundert*, 2. Aufl., München 1987, S. 175-197.

⁹⁰¹ Auf die zentrale Bedeutung der Begriffe „Bildung“ und „Arbeit“ für das sozialreformerische Projekt der bürgerlichen Frauenbewegung verweist vor allem Schröder, *Arbeiten für eine bessere Welt*, S. 332f.

Die allgemeine Zulassung zur Armenpflege war der Durchbruch für die Beteiligung von Frauen an den neu entstehenden sozialen Berufen. Der entscheidende Umschwung für die Beteiligung von Frauen an der Armen- und Waisenpflege ist aber erst um die Jahrhundertwende zu verzeichnen.⁹⁰² In den folgenden Jahren etablierten sich im ganzen Deutschen Reich „Soziale Frauenschulen“, die auf der Pionierarbeit von Alice Salomon in Berlin aufbauten.⁹⁰³ Damit hatte die Frauenbewegung sozusagen eine „Marktlücke“ entdeckt. Zum einen hatte sie den Bedarf der sich ausdifferenzierenden und spezialisierenden Armenfürsorge nach ausgebildeten Kräften erkannt, zum anderen wurde soziale Fürsorge für die Töchter des kleinen und mittleren Bürgertums zu einer standesgemäßen Berufsausbildung,⁹⁰⁴ wobei Erwerbstätigkeit nicht der wichtigste Punkt in der Konzeption der Frauenbewegung war. Dies änderte sich allerdings zunehmend, als auch die ersten Akademikerinnen nach der Öffnung der Universitäten eine Beschäftigung im Bereich der sozialen Fürsorge suchten.

Einheitliche weibliche Interessen sind also bei den Frauen in der sozialen und gesundheitlichen Fürsorge nicht zu finden. Die Motivationen der frisch aus den Universitäten entlassenen Akademikerinnen, die einen theoretischen Ansatz und ein politisches Konzept mit der sozialen Fürsorge verfochten, wie etwa Marie Baum, waren andere als die der Frauen aus dem mittelständischen und kleinen Bürgertum, die standesgemäße Erwerbsberufe suchten, die nicht als „unweiblich“ galten. Zahlenmäßig am größten war aber die Gruppe der Frauen aus allen bürgerlichen Schichten, die eine sinnvolle Aufgabe in den diversen bürgerlichen Wohltätigkeitsvereinen suchten. Diese unterschiedlichen Ansätze

⁹⁰² 1896 und 1901 hatten die entscheidenden Organisationen sich für eine Beteiligung von Frauen ausgesprochen, zum einen der „Deutscher Verein für Armenpflege und Wohltätigkeit“ und zum anderen der „Preussische Städtetag“. Vgl. Verhandlungen des Dritten Allgemeinen Preussischen Städtetages, am 29. und 30. Januar 1901 zu Berlin, Berlin 1901, S. 31-36.

⁹⁰³ Alice Salomon gilt bis heute als Begründerin der modernen Sozialarbeit in Deutschland. Sie hatte über die von Jeanette Schwerin in Berlin gegründeten „Mädchen- und Frauengruppen für soziale Hilfsarbeit“, in denen Frauen erstmals in einer einheitlichen Form für fürsorgliche Aufgaben ausgebildet wurden, Zugang zu diesen Fragen gefunden. Nach deren Beispiel wurden auch in anderen deutschen Städten die ersten Ausbildungsbestrebungen organisiert. Vgl. Alice Salomon, Zwanzig Jahre soziale Hilfsarbeit. Anlässlich des zwanzigjährigen Bestehens der Mädchen- und Frauengruppen für soziale Hilfsarbeit in Berlin im Auftrag des Vorstandes verfaßt, Karlsruhe 1913, S. 16-18 und dies., Zur Eröffnung der sozialen Frauenschule, in: Die Frau 16 (1908), S. 103-107 und Adele Beerensson, Soziale Frauenbildung in Deutschland, in: Zeitschrift für das Armenwesen 6 (1913), S. 78-87, hier S. 87.

⁹⁰⁴ Adelheid von Bennigsen, Der soziale Frauenberuf, Berlin 1914, S. 10.

innerhalb der weiblichen Sozialreform sollen in den folgenden Ausführungen beleuchtet werden.

4.2.2 Sozialreformerinnen und Säuglingsfürsorge

Mutterschaft mit allen biologischen, gesellschaftlichen und politischen Implikationen war das Kernthema der Frauenbewegung.⁹⁰⁵ Hier nahmen die verschiedenen Richtungen innerhalb der Frauenbewegung allerdings unterschiedliche Positionen ein. Die konservativeren Vertreterinnen waren der Ansicht, dass die Erwerbsarbeit nur ein notwendiges Übel sei, das die Frauen von den Erziehungspflichten und der Familienarbeit entfremde.⁹⁰⁶ Fortschrittlichere „Frauenrechtlerinnen“ vertraten dagegen die Meinung, dass die weibliche Erwerbsarbeit wegen der notwendigen ökonomischen Unabhängigkeit vom Mann notwendig und wünschenswert sei.⁹⁰⁷ Die gemäßigten Vertreterinnen zielten unter dem Motto der „geistigen Mütterlichkeit“ auf die Schaffung neuer Arbeits- und Berufsfelder für Frauen.⁹⁰⁸

Die Vertreterinnen des Bundes für Mutterschutz stellten demgegenüber stärker das körperliche Selbstbestimmungsrecht der Frauen in den Vordergrund (Verhütung, Schwangerschaftsabbruch) und zielten auf eine rechtliche Gleichstellung der unehelichen Mütter.⁹⁰⁹ Diese Organisation – 1905 von Helene Stöcker gegründet – konnte zunächst eine enorme Anziehungskraft auf die linksliberalen Intellektuellen der Epoche ausüben, so waren unter anderem Max Weber und Werner Sombart Mitglieder. Sie war ein Diskussionsforum, in

⁹⁰⁵ Vgl. zum Zusammenhang zwischen Frauenbewegung und Mutterschaftsbewegung grundlegend: Allen, *Feminism and Motherhood*. Vgl. neuerdings auch Matzner, *Zwischen Produktion und Reproduktion*, S. 217-308.

⁹⁰⁶ Vgl. dazu stellvertretend die Kontroverse zwischen Marianne Weber und Rosa Kempf. Rosa Kempf, *Inkonsequenzen der Frauenbewegung*, in: *Centralblatt des BDF* 8 (1906/07), S. 58-60 und Marianne Webers Antwort, *Mutterschaft und Erwerbsarbeit*, in: *Centralblatt des BDF* 8 (1906/07), S. 75-76 und S. 84-85. Vgl. zur Diskussion auch Adele Gerhard/Helene Simon, *Mutterschaft und geistige Arbeit. Eine psychologische und soziologische Studie auf Grundlage einer internationalen Erhebung mit Berücksichtigung der geschichtlichen Entwicklung*, Berlin 1908 und die Beiträge im Sammelband von Adele Schreiber, *Mutterschaft*.

⁹⁰⁷ Vgl. etwa Gertrud Woker, *Naturwissenschaftliche Streiflichter über das Problem Mutterschaft und Beruf*, in: Schreiber, *Mutterschaft*, S. 221-229.

⁹⁰⁸ Peters, *Mütterlichkeit im Kaiserreich*, S. 74-79; Sachße, *Mütterlichkeit*, S. 105-125.

⁹⁰⁹ Vgl. dazu ausführlich Matzner, *Zwischen Produktion und Reproduktion*, S. 244ff.

dem nicht nur politische und soziale Fragen des Mutterschutzes diskutiert wurden, sondern eine grundlegende Reform der sexuellen Moral und Ethik.⁹¹⁰ Grund für die enorme Anziehungskraft in den ersten Jahren war auch hier die drängende Frage, wie das Verhältnis zwischen Staat und Mutterschaft, zwischen Öffentlichkeit und Privatheit, zwischen Reproduktionsaufgaben und öffentlicher Moral neu gestaltet werden sollte. Das „Armutrisiko Mutterschaft“ war eine Bedrohung für den gesunden Nachwuchs, der im öffentlichen Interesse eine immer größere Bedeutung einnahm.

Der Bund für Mutterschutz blieb allerdings sehr umstritten,⁹¹¹ auch innerhalb der Frauenbewegung. Er wirkte jedoch mit seinen radikalen Forderungen im Hinblick auf die unehelichen Mütter auf die gesamte öffentliche Debatte enorm dynamisierend.⁹¹²

Mutterschaft war und blieb eines der Kernthemen der Frauenbewegung, und das politische Spektrum der Ansätze war sehr breit.⁹¹³ Ein strukturell neuer Weg wurde mit dem Vorschlag einer eigenständigen Mutterschaftsversicherung eingeschlagen, der im Lager der sozialistischen Feministinnen große Unterstützung fand.⁹¹⁴ Diese strukturelle Reform hätte die Bereiche Schwangerschaft und Wöchnerinnenschutz aus dem Odium der Krankheit einerseits und aus der engen Bindung an die Erwerbsarbeit andererseits herausgelöst und eine Grundsicherung für alle Mütter bedeutet.⁹¹⁵ Die bürgerlichen Reformerrinnen,

⁹¹⁰ Vgl. dazu weiterführend Bernd Nowacki, *Der Bund für Mutterschutz*, Husum 1983; Christl Wickert, *Helene Stöcker 1869-1943. Frauenrechtlerin, Sexualreformerin und Pazifistin. Eine Biographie*, Bonn 1991; Kirsten Reinert, *Frauen und Sexualreform 1897-1933*, Herbolzheim 2000.

⁹¹¹ Der Bund für Mutterschutz war in der Säuglingsfürsorgebewegung allerdings sehr umstritten: „Der Wunsch nach Kindern führt aber nach unseren Auffassungen zur Ehe, das kann ganz allgemein gesagt werden, trotz der erwähnten wilden Ehe und dem hysterisch perversen ‚Schrei nach dem Kinde‘ entgleister Frauenrechtlerinnen für alleinstehende Angehörige des weiblichen Geschlechts, den der gesunde Sinn vernünftiger Völker lächelnd ablehnt.“ Vgl. von Behr-Pinnow, *Geburtenrückgang*, S. 13.

⁹¹² Weindling sieht sogar die Gründung des KVAH und das Entstehen der nationalen Säuglingsfürsorge als Reaktion konservativer Kreise auf die Gründung des Bundes für Mutterschutz. Vgl. Weindling, *Hygienepolitik*, S. 50. Vgl. auch Kap. 3 der vorliegenden Arbeit.

⁹¹³ Vgl. allgemein zu diesem Themenkomplex: Allen, *Feminism and Motherhood*. Hier werden auch dezidiert die unterschiedlichen Ansätze der deutschen Frauenbewegung zum Thema „Mutterschaft“ aufgeführt.

⁹¹⁴ Auslöser der Diskussion war in Deutschland die Schrift von Louis Frank, „L'assurance maternelle“ von 1897, die in Deutschland unter dem Titel: *Die Versicherung der Mutterschaft*, Leipzig 1902 erschien. Lily Braun, *Die Mutterschaftsversicherung. Ein Beitrag zur Frage der Fürsorge für Schwangere und Wöchnerinnen*, Berlin 1906; Henriette Fürth, *Mutterschutz durch Mutterschaftsversicherung*, Mannheim 1907, hier S. 12f.

⁹¹⁵ Matzner, *Zwischen Reproduktion und Produktion*, S. 309ff. Vgl. auch James Bruno, *die Mutterschaftsversicherung und ihre Bedeutung für die Säuglingsfürsorge*, in: *Veröffentlichungen auf dem Gebiete der Medizinalverwaltung Bd. 1 (1912)*, S. 5-30.

allen voran Alice Salomon, fühlten sich dagegen eher dem politisch Machbaren verbunden und strebten eine Ausweitung des Wöchnerinnenschutzes bzw. der Unterstützung innerhalb der bestehenden Krankenversicherung an.⁹¹⁶ Fortschrittlicher war dagegen der Entwurf des Bundes für Mutterschutz unter Federführung von Paul Mayet, der eine erhebliche Ausdehnung der Versicherungspflicht (auf alle Arbeitnehmerinnen, also auch Dienstmädchen und Landarbeiterinnen)⁹¹⁷ des Versicherungsschutzes und der finanziellen Unterstützung vorsah.⁹¹⁸ Die Diskussion um die Mutterschaftsversicherung hatte ihren Höhepunkt in den Jahren zwischen 1903 und 1912. Dann setzte schließlich die Verabschiedung der RVO der öffentlichen Debatte einen vorläufigen Schlusspunkt.

Die Haltung zur Mütter- und Säuglingsfürsorge innerhalb der bürgerlichen Frauenbewegung war ambivalent. Hauptziel der Frauenbewegung war die Verbesserung des gesetzlichen Mutterschutzes.⁹¹⁹ Die Fürsorge für Mütter und Säuglinge wurde ergänzend konzipiert. Innerhalb der verschiedenen Ansätze zur Verbesserung der Lebenssituation von Müttern stellten die Maßnahmen der Säuglingsfürsorge innerhalb der Frauenbewegung die konservativste Richtung dar. Die Chancen, die im Ausbau der Säuglingsfürsorge sowohl in beruflicher als auch in sozialpolitischer Hinsicht lagen, wurden aber deutlich erkannt. Die Vertreterinnen der bürgerlichen Frauenbewegung sahen in der Säuglingsfürsorge die Möglichkeit, die an die Frauen gestellten Forderungen nach einer höheren „Bevölkerungsproduktion“ abzuwenden und die Pflege des schon geborenen Nachwuchses in den Vordergrund zu stellen:⁹²⁰ „Die Aufzucht einer gesunden, zahlreichen, geistig und sittlich

⁹¹⁶ Während eine Petition des Bundes Deutscher Frauenvereine von 1903 noch eine Ausdehnung des Wöchnerinnenschutzes auf zwölf Wochen angestrebt hatte, forderte Salomon 1908 nur noch die Einhaltung der bestehenden Schutzfrist von acht Wochen, vgl. Alice Salomon, Mutterschutz und Mutterschaftsversicherung, Leipzig 1908, hier S. 49.

⁹¹⁷ Vgl. Paul Mayet, Mutterschaftsversicherung und Mutterschutz, in: Soziale Praxis 22 (1907), S. 562-564.

⁹¹⁸ Ebd.: Der Versicherungsschutz sollte auf alle im Haushalt eines Versicherungsnehmers lebenden weiblichen Angehörigen ausgedehnt werden und das Wochengeld sollte zwölf Wochen in voller Lohnhöhe gezahlt werden. Vgl. dazu auch Nowacki, Der Bund für Mutterschutz, S. 45.

⁹¹⁹ Die wichtigsten programmatischen Veröffentlichungen sind: Alice Salomon, Mutterschutz und Mutterschaftsversicherung; Else Lüders, Das Problem der Mutterschaftsversicherungen, Berlin 1905, Henriette Fürth, Die Mutterschaftsversicherung, Jena 1911. Vgl. auch Ellerkamp, Mutterschaftsversicherung und städtische Mutterschaftskassen, S. 423-440.

⁹²⁰ „Es liegt daher nahe, im Rahmen der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit die Frage aufzuwerfen, ob nicht eine ungeheure Kraftvergeudung verhütet werden könnte, wenn eine niedrige Geburtenziffer zu ermöglichen sei, die ohne weiteres die Gewähr einer geringeren Säuglingssterblichkeit geben würde.“ Vgl. Alice Salomon, Die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, in: Die Frau 13 (1905), S. 129-139, hier S. 139. Vgl. auch Cornelia Osborne, „Pregnancy is the Women’s active Service“: Pronatalism in

tüchtigen Nachkommenschaft kann nur erzielt werden durch die Arbeit intellektuell und sittlich reifer, körperlich gesunder, sich ihrer Verantwortung bewusster Mütter.“⁹²¹ Diese Betonung einer verantwortungsvollen Mutterschaft zielte in mehrere Richtungen. Durch die Säuglingspflege konnte die Erziehungsarbeit aufgewertet werden. Dies ermöglichte den Frauen, die Aufgaben, die ihnen mit der Entstehung der bürgerlichen Kleinfamilie so nachdrücklich zugewiesen worden waren, gesellschaftlich herauszustellen und weibliche Arbeit wieder stärker nach außen sichtbar zu machen. Zum anderen konnte das Engagement in der Säuglingsfürsorge als spezifisch weibliche „nationale Pflichterfüllung“ dargestellt werden. Damit konnte den Vorwürfen begegnet werden, die Frauenbewegung schwäche den nationalen Zusammenhalt und trage für den Geburtenrückgang eine erhebliche Mitverantwortung.⁹²² Insofern war ein verstärktes Engagement in der Säuglingsfürsorge auch ein Versuch, die wichtigsten Topoi der Debatte wie etwa Nationalvermögen, Bevölkerungsproduktion und staatliches Machtinteresse aufzunehmen und für weibliche Interessen einzusetzen.⁹²³

Säuglingsfürsorge hatte also für die Feministinnen als politisches Konzept keine besonders innovative Relevanz. Jedoch stellte die Mütter- und Säuglingsfürsorge den kleinsten

Germany during the First World War, in: Jay Winter (Hg.), *The Upheaval of War: Family, Work and Welfare in Europe 1914-1918*, Cambridge 1988, S. 389- 416.

⁹²¹ Anna Pappritz, Zur Frage des Geburtenrückgangs, in: *Die Frauenbewegung 19 (1913)*, S. 171-173 und S. 180-181, hier S. 172. Vgl. zum Gesamtzusammenhang auch Herlitzius, *Frauenbefreiung und Marielouise Janssen-Jurreit, Sexualreform und Geburtenrückgang – Über die Zusammenhänge zwischen Bevölkerungspolitik und Frauenbewegung um die Jahrhundertwende*, in: Annette Kuhn/Gerhard Schneider (Hg.), *Frauen in der Geschichte*, Bd. 1, *Frauenrechte und die gesellschaftliche Arbeit der Frauen im Wandel. Fachwissenschaftliche und fachdidaktische Studien zur Geschichte*, Düsseldorf 1982, S. 56-81.

⁹²² Diese Vorwürfe finden sich etwa bei Bornträger, *Der Geburtenrückgang*, und bei Graßl, *Der Geburtenrückgang*.

⁹²³ Vgl. dazu Anna Pappritz, Die Errichtung von Wöchnerinnenheimen und Säuglingsasyle – eine soziale Notwendigkeit, eine nationale Pflicht, in: *Sozialer Fortschritt* 12/13 (1904), S. 1-26, hier S. 2: „Man braucht nur einmal einen Blick in eine Arbeiterfamilie mit großem Nachwuchs zu tun, um zu erkennen, dass hier vielfach ein Menschenmaterial gezüchtet wird, das für die Entwicklung eher einen Hemmschuh als eine Förderung bedeutet, das dem Staate zur Last, nicht zur Stütze wird. Der entkräftete Körper einer Frau, die bei harter Arbeit noch alle Jahre ein Kind gebären soll, ist nicht imstande, einem entwicklungs-fähigen Nachwuchs das Leben zu geben. Die Sozialpolitiker, die dem Kinderreichtum ein unbedingtes Loblied singen, vergessen ganz, dass vier kräftige, lebensfähige Kinder für den Staat mehr Wert haben, als acht Schwächlinge, die nach unzähligen Opfern an Kraft, Gesundheit und Geld nur dazu bestimmt sind, die kleinen Gräber auf den Kinderfriedhöfen zu vermehren. Die Stimmen aber, die in dieser Beziehung reformierend wirken wollen (ich erinnere nur an Oda Olberg, Dr. Heberlin u. a.), verhalten ungehört – wir stecken zu tief in der Anschauung, dass der Geburtenüberschuss als solcher die notwendige Basis der Volkswohlfahrt ist.“

gemeinsamen Nenner zwischen der reformfeministischen und der pronatalistischen Bewegung dar und konnte dazu beitragen, Mutterschaft politisch und kulturell aufzuwerten.⁹²⁴ Vor allem war Säuglingsfürsorge ein ideales Feld, um hier neue Erwerbsberufe für Frauen zu schaffen. Im Einklang mit den gängigen Rollenzuschreibungen von Weiblichkeit und Mütterlichkeit, konnten hier zahlreiche neue Berufe geschaffen werden, ohne allzu heftigen öffentlichen Widerstand zu erfahren.

Diese Strategie ließ sich in der Folge aber nur verwirklichen, indem sich die bürgerlichen Frauen gegenüber den Arbeiterinnen als Expertinnen in Fragen der hygienischen Haushaltsführung und der Kinderpflege darstellten.⁹²⁵

Die fortschrittlichste innerhalb der hier untersuchten Organisationen für Säuglingsfürsorge, der VfS Düsseldorf, wies in seiner Zentralstelle eine auffallend hohe Zahl von akademisch gebildeten Frauen auf; beispielsweise beschäftigte er drei Ärztinnen als Dozentinnen für Säuglingspflege. Dies war 1911, nachdem in Preußen das Studium für Frauen erst seit drei Jahren offiziell genehmigt war,⁹²⁶ eine vergleichsweise hohe Zahl. Zwei weitere Akademikerinnen waren als Assistentin der Geschäftsführung und als wissenschaftliche Assistentin bei der statistischen Arbeit des Vereins tätig.⁹²⁷ Die zentrale Funktion hatte allerdings die Geschäftsführerin Dr. Marie Baum inne. Sie war promovierte Chemikerin

⁹²⁴ „Obwohl die pronatalistische Politik in anderen und zuweilen widersprüchlichen Motiven wurzelte, traf sie sich teilweise mit den feministischen Forderungen nach Sozialreform und Rechten für Mütter. Während maternalistische Feministinnen die Anerkennung von Müttern als Bürgerinnen und von Mutterschaft als Bestandteil von Staatsbürgerinnen anstrebten – Staatsbürgerschaft also nicht trotz, sondern wegen Mutterschaft –, sahen Pronatalisten die Mutterschaft als nationale Ressource“, vgl. Bock, weibliche Armut, S. 447.

⁹²⁵ „Durch Besuche im Hause zeigen wir der Mutter selbst, wie sie Vorschriften praktisch durchführen kann. Die Hausbesuche führen uns in unsere Arbeit tiefer hinein. Hier kommen wir als Freundin und Beraterin zu der einzelnen Frau. Wir bekommen einen Eindruck der ganzen Häuslichkeit, und hier muß die Aufklärung und Belehrung einsetzen. Sehr wichtig sind die Anweisungen über die richtige Benutzung der Wohnung“. So der Erfahrungsbericht einer Kreisfürsorgerin des Vereins für Säuglingsfürsorge, in: HSA Düsseldorf, Reg. Düsseldorf, 38979, Vortrag der Kreisfürsorgerin Christern am 3. 5.1919; Vgl. auch die Tätigkeitsbeschreibung einer städtischen Armenpflegerin: „Sie selbst soll den Frauen zeigen, wie eine Wohnung reinzumachen ist, sie soll die größeren Kinder, falls die Mutter bettlägerig ist, beim Fegen, Scheuern, Fensterputzen helfen lassen, bzw. sie dazu anlernen [...]“. Vgl: N.N., Über die Tätigkeit einer städtischen Armenpflegerin, S. 630f.

⁹²⁶ Allerdings waren die ersten Studentinnen trotz ihres Gasthörerstatus schon 1899 in Preußen zur Approbation zugelassen worden, vgl. dazu: Sandra Leukel, Die öffentliche Diskussion über das Frauenstudium in Preußen 1896-1908, unveröffentl. Magisterarbeit, Düsseldorf 1994, S. 38f.

⁹²⁷ Dr. Wilhelmine Eberhagen und Dr. Ida Kisker, vgl. Geschäftsbericht VfS Düsseldorf 7 (1913/14), hier S. 6 und Geschäftsbericht VfS Düsseldorf 4 (1910/11), S. 15.

und bis in die 1960er Jahre profilierte Sozialpolitikerin. Sie war eine der Sozialreformerinnen, die sich als erste umfassend mit dem Thema Säuglingssterblichkeit und Gesundheitsfürsorge für Säuglinge befasste. Ihr Lebenslauf ist exemplarisch für die Gruppe der ersten Akademikerinnen im Kaiserreich, deshalb soll er hier kurz dargelegt werden.

Marie Baum wurde am 23. März 1874 in Danzig geboren. Der Vater war preußischer Militärarzt und ab 1876 Chefarzt des städtischen Krankenhauses in Danzig. Die Mutter hatte zusammen mit anderen Danzigerinnen so genannte „Realkurse für Frauen“ angeboten, in denen sich die Mädchen auf eine externe Abiturprüfung vorbereiten konnten, da ihnen die höhere Schulbildung mit Abiturabschluss in Preußen verwehrt war. Wie viele andere in ihrer Frauengeneration studierte Marie Baum in Zürich. Ihr Fach war Naturwissenschaft mit dem Hauptfach Chemie. Ihr beruflicher Werdegang war zunächst geprägt durch ihre Stellung als eine der ersten Akademikerinnen in einer ausschließlich von Männern geprägten Arbeitswelt. Als sie eine Stelle als Laborassistentin und Doktorandin bei Prof. Bamberger antreten wollte, wurde die Besetzung von der Universitätsleitung und vom entsprechenden Schulrat abgelehnt und stattdessen sollte ein Mann und „Schweizerbürger“ die Assistentenstelle erhalten. Dank der Unterstützung ihrer akademischen Lehrer und der Studenten konnte sie die Stelle schließlich doch antreten. Großes Aufsehen erregte nach einigen Jahren ein weiterer Konflikt, in den sie als badische Beamtin geriet: Nachdem sie einige Jahre bei der AGFA gearbeitet hatte (auch hier hatte sie die Stelle wiederum erst nach einigen Widerständen bekommen), hatte sie als Nachfolgerin von Else von Richthofen, die Position als badische Fabrikinspektorin angenommen.⁹²⁸ Hier geriet sie in erhebliche Auseinandersetzungen mit ihrem Vorgesetzten, Karl Bittmann, da sie nicht mit ihren männlichen Kollegen gleichgestellt war. Dieser Konflikt wurde damals in die Öff-

⁹²⁸ Inzwischen ist Marie Baum von der historischen Forschung „wiederentdeckt“ worden. Ihr Nachlass in der Universitätsbibliothek Heidelberg wurde kürzlich aufgearbeitet, vgl. Petra Schaffrodt (Bearb.), Nachlaßverzeichnis Dr. Marie Baum (1874-1964): ein Leben in sozialer Verantwortung, unter Mitwirkung von Werner Moitz und Arnim Schlechter, Heidelberg 2000; zu ihrer Biographie: Wolfgang Bocks, Marie Baum 1874-1964, in: Elisabeth Noelle-Neumann (Hg.), Baden-Württembergische Portraits. Frauengestalten aus fünf Jahrhunderten, Stuttgart 2000, S. 203-214; Christa Paulini, Marie Baum, in: Wegbereiterinnen der modernen Sozialarbeit, in: Maike Engelmann (Hg.), Wegbereiterinnen der modernen Sozialarbeit, Weinheim 1999, S. 204-228; vor allem aber Heide-Marie Lauterer, „Weil ich von dem Einsatz meiner Kräfte die Überwindung der Schwierigkeiten erhoffte.“ Marie Baum (1874-1964): Frauenbewegung, Politik und Beruf, in: Stadtarchiv Heidelberg (Hg.), Frauengestalten. Soziales Engagement in Heidelberg, Heidelberg 1995, S. 55-116, hier S. 55-72.

fentlichkeit gebracht, da Max Weber in der Frankfurter Zeitung öffentlich für Marie Baum Partei ergriff.⁹²⁹

Da sie die schwelende Auseinandersetzung als immer unerträglicher empfand, schied sie 1907 aus ihrem Amt und wurde Geschäftsführerin des Vereins für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf (VfS). Sie konnte auf den Verein erheblichen Einfluss ausüben und blieb bis 1916 in dieser Position.⁹³⁰

Marie Baum war eine der bekanntesten Sozialreformerinnen der Zeit, seit 1913 im Vorstand des Bundes Deutscher Frauenvereine, also der führenden Organisation der bürgerlichen Frauenbewegung. In der Weimarer Republik war sie eine der ersten weiblichen Abgeordneten im Reichstag.

Schon in ihrer Karlsruher Zeit hatte sie sich mit dem Thema Säuglingssterblichkeit und Säuglingsfürsorge befasst: 1905 fasste sie ihre Vorstellungen in einem Vortrag auf der Jahresversammlung des Deutschen Vereins für Armenpflege und Wohltätigkeit (DVAW) zusammen. Sie verwies auf die Notwendigkeit einer hauswirtschaftlichen und hygienischen Ausbildung der Frauen, den Ausbau des gesetzlichen Wöchnerinnenschutzes und die Verbesserung der Versorgung der unehelichen Mütter, und sie forderte, allen Frauen das Stillen zu ermöglichen.⁹³¹ Hier wurde schon deutlich, dass die bürgerlichen Sozialreformerinnen die Situation der Unterschichtenfrauen nur bedingt erfassten. Zwar sahen sie, dass die wirtschaftliche Lage und die Arbeitsbelastung der Unterschichtenfrauen eine gefahrlose Geburt und eine gesunde Entwicklung des Kindes fast unmöglich machten, und sie schlugen mit der Forderung nach einer Verbesserung des Mutterschutzes innerhalb des Arbeitsrechtes und der Krankenkassen eine adäquate Richtung ein. Jedoch konnte ein

⁹²⁹ Der Artikel erschien allerdings anonym. (Max Weber), Zur Stellung der Frau im modernen Erwerbsleben, in: Frankfurter Zeitung Nr. 22 vom 13. August 1906, vgl. Lauterer, Marie Baum, S. 63, Fn. 38.

⁹³⁰ Vgl. zum folgenden: Schlossmann, Über die Organisation, hier S. 140f.; Stöckel, Gesundheitswissenschaft; Castell Rüdénhausen, Die Erhaltung und Mehrung der Volkskraft; Woelk, Von der Säuglingsfürsorge zur Wohlfahrtspflege.

⁹³¹ Marie Baum/Brugger/Heinrich Finckelstein, Die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, Hauptbericht erstattet von Brugger, Mitberichte von Heinrich Finkelstein und Marie Baum, in: Schriften des Deutschen Vereins für Armenpflege und Wohltätigkeit 74-80 (1905-1907), S. 89-125, hier S. 105-111. Auch in den traditionellen bürgerlichen Frauenzeitschriften wurde befürwortet, dass jedes Schulmädchen in der Schule Unterricht in Säuglingspflege erhalten solle, vgl. Marie Heller, Die Unterweisung der Jugend in der Säuglingspflege, in: Die Deutsche Frau 2 (1912), S. 11-13.

besserer Mutterschutz innerhalb der Sozialversicherung nur einen geringen Teil der Frauen erfassen, da ein Großteil von ihnen nicht in sozialversicherten Verhältnissen arbeitete (vor allem Hausfrauen, Land- und Heimarbeiterinnen, Dienstmädchen und andere Hausangestellte s.o.). In ihrer Konzeption der Säuglingsfürsorge wurde die alleinige Verantwortung der Mütter für eine hygienische Kinderpflege nicht in Frage gestellt, die zusätzliche Belastung durch hauswirtschaftlichen Unterricht und durch andere gut gemeinte Weiterbildungsangebote wurde von den bürgerlichen Frauen nicht wahrgenommen.

Marie Baum beteiligte sich zwar auf der einen Seite engagiert an der Verbreitung der Stillpropaganda, verwies auf der anderen Seite aber auch darauf, dass die Stilltätigkeit für arbeitende Frauen eine unverhältnismäßige Belastung darstellte.⁹³² In der Zeit als Geschäftsführerin des Vereins für Säuglingsfürsorge zielte sie mit ihren sozialwissenschaftlichen Untersuchungen vor allem darauf, die Lebenssituation der verschiedenen Arbeiterinnen und Arbeiterfrauen differenziert zu erfassen. In ihren Arbeiten wird ersichtlich, dass es den Reformerrinnen um einen angemessenen Schutz der Mütter ging. Mutterschaft sollte nicht mehr als Privatsache betrachtet werden, die von den Frauen neben zahlreichen anderen Aufgaben auch noch erledigt werden sollte, sondern als eine Aufgabe, die öffentlicher Unterstützung bedurfte: „Die Mutterschaft kann eben nicht sozusagen nebenher geleistet werden, neben den ohnehin drückenden Doppelpflichten von Haus und Beruf.“⁹³³

Ohne weibliche Erwerbstätigkeit grundsätzlich für wünschenswert zu halten, versuchte sie, die Realität der weiblichen Arbeiterinnen des Bezirks zu erfassen und ihren Bedingungen gerecht zu werden. So gehörte es zu ihren wesentlichen Zielen, die notwendige Erwerbstätigkeit von Frauen durch den Ausbau von Stillmöglichkeiten zu unterstützen.⁹³⁴ Sie plante, Stillstuben in den Betrieben einzurichten und lenkte das Augenmerk der Frauen

⁹³² Marie Baum, Sterblichkeit und Lebensbedingungen der Säuglinge im Kreise Neuß, in: Zeitschrift für Soziale Medizin, Säuglingsfürsorge und Krankenhauswesen 4 (1909), S. 1-46; dies., Über den Einfluß der Stilldauer auf Entstehung und Erhaltung des folgenden Kindes; ZfS 4 (1910), S. 196-214, hier S. 196. Marie Baum, Sterblichkeit und Lebensbedingungen der Säuglinge in den Stadtkreisen M.-Gladbach und Rheydt und in dem Landkreise M.-Gladbach, in: Zeitschrift für Soziale Medizin, Säuglingsfürsorge und Krankenhauswesen 5 (1910), S. 65-126.

⁹³³ Marie Baum, Mutter- und Säuglingsschutz in dem neuen Entwurfe zu einer Reichsversicherungsordnung, in: Concordia 17 (1909), S. 3-18, hier S. 5.

⁹³⁴ Baum, Sterblichkeit und Lebensbedingungen der Säuglinge in den Stadtkreisen M.-Gladbach, hier S. 119.

auch darauf, dass die Stilltätigkeit nicht nur billiger sei und gesündere Kinder hervorbrächte, sondern auch weitere Schwangerschaften verzögern könnte.⁹³⁵

Jedoch stieß sie mit beiden Initiativen auf erhebliche Widerstände. Die Stillstuben konnte sie gegenüber der Unternehmerschaft nicht durchsetzen, und wegen ihrer Propaganda für das Stillen als Verhütungsmittel wurde ihr insbesondere von einflussreichen katholischen Honoratioren vorgeworfen, den Geburtenrückgang durch Schwangerschaftsverhütung zu unterstützen. Insofern war ihren Versuchen, die Lebensrealitäten der Arbeiterfrauen stärker in die Fürsorgearbeit einzubeziehen, wenig Erfolg beschieden.⁹³⁶

Ein weiteres Anliegen gewann in ihren Arbeiten immer mehr Gewicht. Dies war eine Forderung, die sie nicht nur mit den so genannten Frauenrechtlerinnen verband, sondern auch mit zahlreichen führenden Ärzten in der Säuglingsfürsorgebewegung. Sowohl Marie Baum als auch Arthur Schloßmann waren sich einig, dass die Arbeit der Frauenvereine, deren Mitglieder weitgehend ehrenamtlich und ohne ausreichende Ausbildung arbeiteten, in engen Grenzen gehalten werden sollte. Ihr gemeinsames Ziel war in jedem Fall das Vortreiben der Verberuflichung von Sozialarbeit, und das bedeutete, standardisierte Ausbildungsberufe zu schaffen. So versuchte Marie Baum, die Laienarbeit von traditionellen Frauenvereinen in engen Grenzen zu halten und in alle Städte und Landkreise ausgebildete Fürsorgerinnen zu vermitteln.

Dies führte zu Konflikten mit den traditionellen Frauenvereinen, die die Säuglingsfürsorge aus einer christlich-wohltätigen paternalistischen Haltung heraus betrieben. Im Konflikt mit den Reformern, die sich Ausbildungsberufe in der Fürsorge wünschten, sind die Frauenvereine nicht selten von den Kommunen unterstützt worden. Für die Gemeinden war die Anstellung von ausgebildeten Fürsorgerinnen sehr viel teurer, als die ehrenamtliche Arbeit von „Besuchsdamen“ oder ähnlicher Einrichtungen (s. u.).

Wenn es auch Schnittstellen gab, hatte die Fürsorgearbeit für die Frauen in den Wohltätigkeitsvereinen jedoch eine wesentlich andere Bedeutung als für die Reformern.

⁹³⁵ HSA Düsseldorf, Reg. Düsseldorf 38976, Protokoll der Verwaltungsratssitzung v. 15. 11. 1910.

⁹³⁶ Vgl. den Briefwechsel von Marie Baum und Landrat v. Brandt, in: HSA Düsseldorf, Reg. Düsseldorf 39006.

4.2.3 „Von Frau zu Frau“: Die weiblichen Wohltätigkeitsvereine

Weibliche Wohltätigkeit speiste sich aus unterschiedlichen Traditionen. Die wichtigsten Organisationen waren in kirchlichen oder militärischen Zusammenhängen entstanden. Von erheblicher Bedeutung für die Mütter- und Säuglingsfürsorge waren die Vaterländischen Frauenvereine, deren Vorläufer sich schon in den Befreiungskriegen gebildet hatten.⁹³⁷ Der Berliner Hauptverein gründete sich 1866 auf Initiative der preußischen Königin Augusta. In den folgenden Jahren zielte der Hauptverein darauf, Zweigvereine bzw. Landesvereine in den preußischen Provinzen und in den anderen Bundesstaaten zu begründen oder anzugliedern. 1871 entstand wiederum auf Initiative der Kaiserin Augusta der Verband der deutschen Frauenvereine, zu denen u. a. der Vaterländische Frauenverein, der Badische Frauenverein und das Patriotische Institut der Frauenvereine für das Großherzogtum Sachsen gehörten.⁹³⁸ Im Jahr 1909 hatten diese Vereine, die zugleich die jeweiligen Frauenabteilungen der Vereine vom Roten Kreuz waren, schon erstaunlich viele Mitglieder rekrutiert. Der Vaterländische Frauenverein verfügte über 395.054 und der Badische Frauenverein über 75.305 Mitglieder.⁹³⁹

Mit dieser Fürsorgearbeit ist in Kriegs- und Friedenszeiten ein spezifisch weiblicher Patriotismus demonstriert worden. Folgerichtig standen vor allem die jeweiligen „Landesmütter“, also die Repräsentantinnen der Regentenfamilien an der Spitze der verschiedenen Zweigvereine.

⁹³⁷ Taube, Säuglings-Fürsorge, S. 30. Zur Geschichte der Vaterländischen Frauenvereine ist in den letzten Jahren intensiv geforscht worden und ihre Bewertung hat sich gewandelt. Während Ilka Riemann die Vaterländische Frauenvereine in eine extremistisch-paramilitärische Ecke rückte, und Ute Daniel sie als Instrument der preußischen Regierung für den Kriegsfall beurteilte und ihre Wohltätigkeitsarbeit als völlig ineffektiv beschrieb, ist in neueren Arbeiten die Bedeutung dieser Vereine Neubewertet worden. Sowohl Quataert als auch Süchting-Hänger betonen sowohl die Möglichkeit, durch die einen spezifisch weiblichen Patriotismus zu demonstrieren als auch die Politisierung und Aktivierung von Frauen aus dem konservativen Milieu. Ilka Riemann, Die Rolle der Frauenvereine in der Sozialpolitik: Vaterländischer Frauenvereine und gemäßiger Flügel der Frauenbewegung zwischen 1865 und 1918, in: Ilona Kickbusch/Barbara Riedmüller (Hg.), Die armen Frauen. Frauen und Sozialpolitik, Frankfurt 1984, S. 201-224 und Daniel, Die Vaterländischen Frauenvereine in Westfalen, hier S. 158. Vgl. auch Quataert, Vaterländische Frauenarbeit, S. 255 und Süchting-Hänger, Nationales Engagement, S. 11 und S. 50. Vgl. zur Frühgeschichte auch Dirk Alexander Reder, Frauenbewegung und Nation. Patriotische Frauenvereine in Deutschland im frühen 19. Jahrhundert (1813-1830), Köln 1998.

⁹³⁸ Süchting-Hänger, Nationales Engagement, S. 26-30.

⁹³⁹ Ebd., S. 35.

„Die auf die Gesellschaft erweiterte fürsorgliche Verantwortung der ‚Patriotinnen‘ wurde durch das in der Öffentlichkeit propagierte Bild der fürsorglichen Mutter[...] bekräftigt [...]. In ihrer Rolle als fürsorgliche Mutter konnte die Frau wiederum als Sinnbild der staatlichen Fürsorge für die Bedürftigen der Gesellschaft gesehen werden.“⁹⁴⁰

Die Mitglieder der Vaterländischen Frauenvereine stammten vorwiegend aus der adeligen und bürgerlichen Mittel- und Oberschicht. Die Frauen aus den Regentenfamilien *personifizierten* und *symbolisierten* die staatliche Fürsorge, während die Damen aus dem Adel und dem gehobenen Bürgertum die Fürsorgearbeit *realisierten*.⁹⁴¹ In zeitgenössischen Gedenkfeiern zur Reichgründung sind die Frauen mit ihrer Fürsorgetätigkeit auch als „Schöpferinnen des Nationalbewußtseins“ bezeichnet worden.⁹⁴²

Auch die liberaleren Frauenorganisationen, die sich wohltätigen Zwecken widmeten, sahen ihre Arbeit als spezifisch weiblichen Beitrag zu Staatsbildung.⁹⁴³ In ihrer Argumentation nahm die Forderung nach Bildung und Arbeit in der sozialen Fürsorge eine emanzipatorische Wendung:

„[...] der sozial geschulte, tiefer blickende Mensch [...] fühlt sich verantwortlich für Zustände, die geworden und daher der Veränderung unterworfen sind. Er fühlt sich verantwortlich mit Leib und Seele und reift an dieser eindringlichen Kenntnis und Verantwortlichkeit zum Staatsbürger heran.“⁹⁴⁴

Der spezielle Bereich der Wöchnerinnenfürsorge gehörte schon seit der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts zu den zentralen Arbeitsgebieten zahlreicher weiblicher Wohltätigkeitsvereine.⁹⁴⁵ Für viele war die Hilfe im Wochenbett, die traditionell als eine rein weib-

⁹⁴⁰ Quataert, Vaterländische Frauenarbeit, S. 255.

⁹⁴¹ Ebd., vgl. auch Süchting-Hänger, Nationales Engagement, S. 37.

⁹⁴² Neue Preußische (Kreuz)-Zeitung Nr. 142 v. 11. Juni 1871, zitiert nach Quataert, Vaterländische Frauenarbeit, S. 273. Vgl. zum Themenkomplex auch den Sammelband von Ute Planert (Hg.), Nation, Politik und Geschlecht. Frauenbewegungen und Nationalismus in der Moderne, Frankfurt/M. 2000.

⁹⁴³ Vgl. zum Spektrum der Vereine die umfangreiche Untersuchung von Meinolf Nitsch, Private Wohltätigkeitsvereine im Kaiserreich. Die praktische Umsetzung der bürgerlichen Sozialreform in Berlin, Berlin/New York 1999.

⁹⁴⁴ Marie Baum, Der Geist der sozialen Arbeit, S. 262 und Quataert, Vaterländische Frauenarbeit, S. 256.

⁹⁴⁵ Klaus Tenfelde, Die Entfaltung des Vereinswesens während der industriellen Revolution in Deutschland (1850-1873), in: Otto Dann (Hg.), Vereinswesen und bürgerliche Gesellschaft in Deutschland, München 1984, S. 55-114. Ein Beispiel ist der St. Ursula Suppenverein in Düsseldorf, der sich schon 1841 gründete. Vgl. die Jahresberichte in: StA Düsseldorf III 1255, St. Ursula Suppenanstalt und auch Kap. 3.

liche Angelegenheit galt,⁹⁴⁶ das zentrale Motiv zur Gründung eines Frauenvereins.⁹⁴⁷ Seit Ende der 1880er Jahre kam es zu intensiven Debatten über die Verbesserung der Wöchnerinnenpflege, die auf mehrere Ursachen zurückzuführen ist: Zum einen hatten die Kindbettfieberepidemien die Aufmerksamkeit auf die miserable medizinische Versorgung der Wöchnerinnen gelegt, zum anderen wurde deutlich, dass die Wochenbettkrankheiten der Frauen zu einem erheblich erhöhten Armutsrisiko führten. Dies führte zur Wahrnehmung des Problems durch verschiedene sozialreformerische Institutionen.⁹⁴⁸

Wöchnerinnenpflege rückte nun noch sehr viel stärker in den Tätigkeitsbereich verschiedener Frauenvereine und es entstand ein breites Spektrum von Organisationen, die sich mit den Geburts- und Wochenbettrisiken beschäftigten. Es entstanden sowohl Organisationen zur Begründung von Wöchnerinnenasylen als auch lokale Mutterschutzversicherungen und die Anzahl wohltätiger Wöchnerinnenpflegevereine erweiterte sich erheblich.⁹⁴⁹ Darüber hinaus kam es zur Begründung der sogenannten Hauspflege, die aber nicht ehrenamtlich, sondern durch bezahlte Hauspflegerinnen besorgt wurde. Traditionsreiche Frauenvereine, wie z. B. die Zweigvereine der Vaterländischen Frauenvereine, nahmen Wöchnerinnenpflege samt Hauspflege als ein zentrales Arbeitsgebiet in ihr Aufgabenspektrum auf.

„Vom Kind und vom Säugling war zunächst nur nebensächlich die Rede. Gewiß entsprang die Notlage der Mutter öfters aus dem Vorhandensein des Kindes. Man stand ihr aber weniger bei, weil das Kind litt, sondern mehr, weil die Mutter durch die langdauernde Erkrankung eines Kindes in Sorge geriet. Niemand dachte damals im Frauenverein daran, daß die Erhaltung des kindlichen Lebens dereinst eine der Haupt Sorgen, wenn nicht die Haupt Sorge des Vereins werden könnte.“⁹⁵⁰

⁹⁴⁶ Die Wahl der entsprechenden Hebamme im Dorf oder später für den Bezirk war eine der wenigen Wahlmöglichkeiten, die Frauen besaßen. Vgl. etwa Geschermann-Scharff, Zwischen Fürsorge und Kontrolle, S. 81f.

⁹⁴⁷ Johannes Schoedel, Frauenvereine und Säuglingsfürsorge, in: Veröffentlichungen auf dem Gebiete der Medizinalverwaltung 14 (1921), S. 183-200, hier S. 185.

⁹⁴⁸ Wilhelm Hauser/Emil Münsterberg, Die Fürsorge für Wöchnerinnen und deren Angehörige. Zwei Berichte erstattet im Auftrage des Vereins, Leipzig 1897 (Schriften des deutschen Vereins für Armenpflege und Wohltätigkeit, H. 30). Vgl. dazu auch Kap. 3 dieser Arbeit.

⁹⁴⁹ Einen sehr guten Überblick über die zeitgenössischen Bestrebungen in der Wöchnerinnenfürsorge findet sich im Sammelband von Adele Schreiber, Mutterschaft.

⁹⁵⁰ Schoedel, Frauenvereine und Säuglingsfürsorge, S. 185.

Als sich nach der Jahrhundertwende die öffentliche Aufmerksamkeit mehr und mehr der Säuglingsfürsorge zuwendete, wurde auch dieses Arbeitsgebiet als „genuin weibliches“ anerkannt und als Kernbereich weiblicher Wohltätigkeitsvereine verstanden. Als Beispiele seien noch einmal die im dritten Kapitel eingeführten Vereine genannt und näher erläutert: Für Westfalen sind hier insbesondere die verschiedenen lokalen Gruppen der Vaterländischen Frauenvereine⁹⁵¹ und des Katholischen Fürsorgevereins für Mädchen, Frauen und Kinder⁹⁵² zu nennen. In Baden widmete sich der Badische Frauenverein schon seit 1861 der Fürsorge für arme Wöchnerinnen.

Eine besonders lange Tradition hatte die Wöchnerinnenfürsorge in Krefeld. Schon seit seiner Gründung 1827 hatte der Krefelder Frauenverein die Fürsorge für arme Wöchnerinnen zu einem seiner Hauptarbeitsgebiete gezählt.⁹⁵³ Ursprünglich als ein Frauenverein für allgemeine Wohltätigkeit gegründet, beschlossen die Gründungsmitglieder schon im ersten Jahr ihres Bestehens, sich auf Wöchnerinnenfürsorge zu konzentrieren.⁹⁵⁴ Zunächst wurden an bedürftige Frauen nach der Geburt Mahlzeiten und Wäsche ausgegeben. 1827 wurden 60 Wöchnerinnen in dieser Form unterstützt, 1893 waren es schon 572. Seit 1900 arbeitete der Vaterländische Frauenverein mit dem Krefelder Frauenverein zusammen und der Verein konnte bei Bedürftigkeit der Wöchnerinnen auch eine Pflegerin zu Verfügung stellen. Seit 1904 verteilten beide Vereine gemeinsam sterilisierte Säuglingsmilch. 1906 wurde der Ansatz geändert und der Verein verteilte die Milch an die stillenden Mütter, die kostenfrei ins Haus geliefert wurde. Die Mütter, die Zuwendungen erhielten, mussten die Besuche der „Bezirksdamen“ akzeptieren, die die Säuglingspflege vor Ort kontrollierten.⁹⁵⁵ Als 1908 in Krefeld ein Verein für Säuglingsfürsorge gegründet wurde, riefen beide Vereine gemeinsam eine Mütterberatungsstelle ins Leben, 1915 eine zweite Fürsorgestelle. Von Anfang an haben zwischen beiden Vereinen zahlreiche personelle und inhaltliche Überschneidungen bestanden.

⁹⁵¹ Daniel, Die Vaterländischen Frauenvereine in Westfalen, S.170ff.

⁹⁵² Cantauw-Groschek, „Es ist wichtiger“, S. 77; Wollasch, der Katholische Fürsorgeverein, S. 52-62.

⁹⁵³ StA Krefeld F 30.

⁹⁵⁴ Vgl. zur Geschichte des Frauenvereins auch Kosenow, Frauenvereine als Pioniere der Sozialpädiatrie.

⁹⁵⁵ StA Krefeld F30.

„Die Damen beider Vereine besorgten abwechselnd während der Beratungsstunde das Wiegen der Kinder und die Buchführung: zwei Aerzte erteilten meist gemeinsam die ärztliche Belehrung [...]. Die zur Unterstützung stillender Mütter notwendigen Mittel wurden zum größten Teil vom Crefelder Frauenverein bereitgestellt, während ein kleiner Teil der stillenden Mütter speziell der illegitimen Kinder, vom Verein für Säuglingsfürsorge unterstützt wurde.“⁹⁵⁶

Wie schon im dritten Kapitel beschrieben, konnten die beiden Frauenvereine in den nächsten Jahren mit der Unterstützung des ärztlichen Beraters Dr. Isidor Hirschfelder und des städtischen Beigeordneten Treutlein das Vereinseinkommen konsolidieren. Mit Blumentagen, Kinderfesten, Kirmesveranstaltungen und Basaren konnten erhebliche Einnahmen erzielt werden, die schließlich dazu führten, dass die Stadt seit 1913 eine jährliche Beihilfe von 2.000 Mark zum Betrieb eines Säuglingsheimes gab, das schließlich im Juli 1914 eröffnet wurde. Ab 1915 konnten in dieser Einrichtung schließlich Säuglingspflegerinnen ausgebildet werden.⁹⁵⁷

Das lokale Beispiel unterstützt die These, dass die wohltätigen Frauenvereine zu den maßgeblichen Trägern der Gesundheitsfürsorgebewegung gehörten; ohne ihre Mitarbeit wäre in den meisten Städten keine „soziale Ausgestaltung der Armenpflege“ möglich gewesen.⁹⁵⁸ Eine Erhebung im Jahr 1915, durchgeführt in 54 Städten, ergab, dass in der öffentlichen Wohlfahrtspflege etwa 10.000 Frauen ehrenamtlich tätig waren, während nur 761 Frauen einer bezahlten Tätigkeit nachgingen.⁹⁵⁹ Kennzeichnend für die weibliche ehrenamtliche Tätigkeit war, dass ihre Vertreterinnen allen gesellschaftlichen Schichten entstammten, während die männlichen „Ehrenämter“ in der überwiegenden Zahl aus dem unteren Mittelstand stammten.⁹⁶⁰ Innerhalb der Vereine entwickelten sich sogenannte „fe-

⁹⁵⁶ Bericht über das erste Jahr der Mutterberatungsstelle zu Crefeld 1908-1909, in: ebd.

⁹⁵⁷ „Eine erstaunliche Erfindungsgabe entwickelten die Damen des Vorstandes in der Veranstaltung von vier karnevalistischen Kinderfesten und Kirmessen (1910-1913) sowie eines besonderen Blumentages, um der werktätigen Nächstenliebe zum Besten der Säuglingspflege Gelegenheit zu finanziellen Beistellungen zu geben. Immer fester wurde durch solche Einnahmen und außerordentliche Stiftungen die finanzielle Grundlage, und auch das Vertrauen der Stadt.“ Ebd.

⁹⁵⁸ Die Bedeutung der Frauenvereine für die Realisierung der lokalen Fürsorgearbeit wird in der Forschung zunehmend stärker herausgestellt. Vgl. Sachße/Tennstedt, Geschichte der Armenfürsorge, Bd. 2, S. 9 und Quataert, Vaterländische Frauenarbeit, S. 266.

⁹⁵⁹ Ute Frevert, Frauen-Geschichte. Zwischen Bürgerlicher Verbesserung und Neuer Weiblichkeit, Frankfurt/M. 1986, hier S. 102.

⁹⁶⁰ Cordemann, Wie es wirklich gewesen ist, S. 187f. Diese schichtenspezifischen Unterschiede zeigten sich auch in der Armenpflege. Die Armenpflegerinnen entstammten höheren Schichten als ihre männlichen Kollegen. Vgl. Adelheid von Welczek, Die deutsche Frau in der öffentlichen Armen- und Waisenpflege.

male dominions“, weibliche Kultur- und Politiksphären⁹⁶¹, die allerdings nicht frei von Konfliktpotentialen waren.

So gerieten die „Wohltäterinnen“ in Auseinandersetzungen mit den „modernen“ Kräften der öffentlichen Säuglingsfürsorge. Die der Frauenbewegung nahestehenden Frauen lehnten die Beschränkung vieler Wöchnerinnenvereine auf verheiratete Wöchnerinnen ab und weigerten sich, hier mitzuarbeiten.⁹⁶² Während die Vertreterinnen der Frauenbewegung ihren Fokus gerade auf Hilfe für uneheliche Mütter richteten, wurden diese aus den Einrichtungen der Vaterländischen Frauenvereine ausgeschlossen.⁹⁶³ Zudem konnten die Wohltätigkeitsvereine den Spezialisierungs- und Professionalisierungsansprüchen der Frauenbewegung häufig nicht gerecht werden. Auf der einen Seite war ihre Arbeit im wörtlichen Sinne „unbezahlbar“, da sie insbesondere in kleineren Orten fast die gesamte Wohlfahrtspflege organisierten⁹⁶⁴ und, wie in Krefeld und in Solingen⁹⁶⁵, die Anstellung von Säuglingspflegerinnen und Kreisfürsorgerinnen finanzierten.⁹⁶⁵ Auf der anderen Seite bedeuteten die karitativen Frauenvereine, deren Mitglieder ehrenamtliche Arbeit leisteten, für die ausgebildeten Kräfte eine erhebliche Konkurrenz. Das führte an einigen Orten zu Missstimmungen zwischen den in der Wohlfahrtspflege tätigen Kräften. Öffentliche Aufmerksamkeit bei den Zeitgenossen hat hier die Auseinandersetzung zwischen der Armenverwaltung und dem „Kommunalen Frauenverein“ in Charlottenburg erregt. Der „Kommunale Frauenverein“, dessen Mitglieder ehrenamtlich arbeiteten, wollte die Einstellung

Aufgrund der vom Verband Fortschrittlicher Frauenvereine veranstalteten Umfrage vom 12. Februar 1904, Leipzig 1904, S. 4; Brüchert-Schunk, Städtische Sozialpolitik, S. 67.

⁹⁶¹ Vgl. zu diesem Begriff: Nitsch, Private Wohltätigkeitsvereine, S. 471.

⁹⁶² Helene Lange Archiv im LA Berlin, Nachlass Anna von Gierke 1-4(4), Der Lebensgang von Fr. Heyl. Hier wird ersichtlich, dass Hedwig Heyl die Mitarbeit in einem Wöchnerinnenverein mit diesem Argument ablehnte.

⁹⁶³ So wurden in den Krippen der Vaterländischen Frauenvereine in der Regel uneheliche Kinder nicht aufgenommen. Vgl. Ergebnis der Umfrage betr. Aufnahme unehelicher Kinder in Krippen und Kinderbewahranstalten, in: Die Frauenbewegung 10 (1904), S. 44. Vgl. auch: Die Unehelichen: Mutter und Kind, in: Die Frauenbewegung 11 (1905), S. 9-11.

⁹⁶⁴ So sind in einer (allerdings unvollständigen) Aufstellung des VfS über die wichtigsten Einrichtungen in der Säuglingspflege, in elf von 28 angeführten Orten Einrichtungen von Frauenvereinen angeführt, vgl. Geschäftsbericht VfS Düsseldorf 2 (1908/09), S. 26-35.

⁹⁶⁵ Die Kreis-Oberfürsorgerin wurde durch den Kreisverband der vaterländischen Frauenvereine im Landkreis Solingen bezahlt, vgl. Geschäftsbericht VfS Düsseldorf 4 (1910/11), hier S. 20.

bezahlter Armenfürsorgerinnen verhindern und geriet damit in eine öffentliche Auseinandersetzung mit Vertreterinnen der bürgerlichen Frauenbewegung.⁹⁶⁶

Aber auch in anderen Städten war die Konkurrenz zwischen den „billigen“ ehrenamtlichen Kräften und den besoldeten ausgebildeten Frauen an der Tagesordnung: Dass dies zu einer Allianz der Ärzte und Sozialreformerinnen gegen städtische Behörden und weibliches Ehrenamt führte, soll im Folgenden anhand einiger Städte im Regierungsbezirk Düsseldorf verdeutlicht werden.

Der VfS im Regierungsbezirk Düsseldorf arbeitete zwar eng mit wohltätigen Frauenvereinen zusammen, das Verhältnis zu ihnen war aber eindeutig ambivalent. Obwohl der Verein in weiten Teilen auf die ehrenamtliche Arbeit angewiesen war, waren bei Vertretern des VfS die zahlreichen fachlich nicht ausgebildeten ehrenamtlichen Helferinnen nicht sehr beliebt, denn der Verein wünschte vor allem ausgebildete (und besoldete) Kräfte in der Wohlfahrtspflege. So betonte Marie Baum: Nur dort, wo die geschulten Kräfte nicht ausreichten,

„[...] wird man natürlich auch der nichtgeschulten Dank wissen, sofern sie in richtiger Erkenntnis ihrer Grenzen und bei rechtzeitiger Zuziehung des Arztes oder der geschulten Hilfskraft die schwere Verantwortung der Überwachung von Säuglingen auf sich nimmt [...] und es hat eine gründliche Auswahl und Sichtung der sich anbietenden Helferinnen stattgefunden, von denen jetzt nur noch der kleinere, aus besonders tüchtigen Frauen bestehende Teil der Arbeit treu geblieben ist.“⁹⁶⁷

So ging es auch Marie Baum nicht um die Tätigkeit von Frauen in der Wohlfahrtspflege, sondern um die fachlich geschulte Sozialfürsorgerin. Für dieses Ziel arbeitete sie im VfS Düsseldorf mit vollem Einsatz. Hier wurde der Beruf der Kreisfürsorgerin geschaffen. Diese sollte möglichst sowohl krankenflegerisch als auch sozial vorgebildet sein, wobei einheitliche Anforderungen an die Bewerberinnen kaum möglich waren, da die institutionelle Ausbildung im gesamten Deutschen Reich noch in ihren Kinderschuhen steckte.⁹⁶⁸

⁹⁶⁶ Vgl. Schröder, *Arbeiten für eine bessere Welt*, S. 298.

⁹⁶⁷ Geschäftsbericht VfS Düsseldorf 4 (1910/11), S. 25f.

⁹⁶⁸ Ebd. 7 (1913/14), S. 16.

Die Damen der Vaterländischen Frauenvereine hatten im Gegensatz zu den Ärzten und Fürsorgerinnen vielerorts andere Einflussmöglichkeiten.⁹⁶⁹ Insofern stellt das folgende Beispiel sicherlich keine Ausnahme dar: Schon seit Anfang 1911 hatte Schloßmann versucht, den Oberbürgermeister von Düsseldorf von der Notwendigkeit der Beratungsstellen für ehelich geborene Säuglinge⁹⁷⁰ zu überzeugen.⁹⁷¹ Doch ihm wurde mitgeteilt, dass der Oberbürgermeister die Angelegenheit zunächst „mit seiner Frau Gemahlin, die dem Provinzialverein des Vaterländischen Frauenvereins angehört, bereden“ wolle.⁹⁷² Schließlich wollte er 1911 die Säuglingsberatungsstellen nicht durch Schloßmann und den VfS Düsseldorf, sondern durch den Vaterländischen Frauenverein organisieren lassen.⁹⁷³ Die ehrenamtliche Arbeit der vaterländischen Frauen hätte die Stadt weitaus weniger Geld gekostet, denn Schloßmann forderte die Anstellung von jeweils mindestens einer besoldeten Fürsorgerin in den Beratungsstellen.⁹⁷⁴ Es geschah aber nichts in dieser Frage, denn Schloßmann insistierte 1912 noch einmal beim städtischen Beigeordneten Greve, indem er durch einen Vergleich mit der Säuglingsfürsorge in Köln an die Städtekonkurrenz appellierte, und er betonte:

„Verhängnisvoll würde es sein, irgendeinem kleinen, etwa ad hoc zu gründenden Verein oder bestehenden Verein mehr oder minder unbeschäftigter Damen die Säuglingspflege zu übertragen. Säuglingspflege muß fachmännisch und aufgrund von Kenntnissen betrieben werden. Will man die Sache einem Verein übertragen, so kommt nur der Verein für Säuglingspflege im Regierungsbezirk Düsseldorf in Betracht [...]“⁹⁷⁵

Erst auf die Initiative einiger Stadtverordneten, die das Thema auf die Tagesordnung der Stadtratssitzung brachten, wurden schließlich 1913 sechs Beratungsstellen in kommu-

⁹⁶⁹ Vgl. Pagel, *Gesundheit und Hygiene*, S. 251. Vgl. auch Nitsch, *Private Wohltätigkeitsvereine*, S. 514 f., der das Phänomen der „Mehrfachfunktionärinnen“ beschreibt. Häufig waren engagierte Vereinsmitglieder auch noch in mehreren anderen Vereinen der Stadt aktiv, so dass diese Frauen enormen Einfluss auf die Ausgestaltung der Wohlfahrtspolitik nehmen konnten.

⁹⁷⁰ Bisher gab es in Düsseldorf nur Beratungsstellen für uneheliche Kinder und Ziehkinder, StA Düsseldorf III 4271, S. 32, *Aufstellung der Beratungsstellen in den kreisfreien Städten im Regierungsbezirk Düsseldorf*.

⁹⁷¹ Ebd., Schreiben Schlossmann an Greve v. 9. Mai 1911, Bl.1-4.

⁹⁷² Ebd., Bl. 37, *Mütterberatungs- und Säuglingsfürsorgestellen* Aktenvermerk des Beigeordneten Greve v. 23. November 1911.

⁹⁷³ Ebd., Schreiben Greve an Schlossmann v. 23. Nov. 1911. Bl. 36-37.

⁹⁷⁴ Ebd., Schreiben Schlossmann an Greve v. 6. Juni 1912. Bl. 18-22.

⁹⁷⁵ Ebd..

naler Regie unter der Leitung Schloßmanns eingerichtet.⁹⁷⁶ Für diese Beratungsstellen in Düsseldorf-Stadt wurde eine Fürsorgeassistentin mit sozialer Vorbildung eingestellt. Bei einer Besoldung von 2.200 Reichsmark jährlich ist zu vermuten, dass diese Stelleninhaberin von einer sozialen Frauenschule stammte.⁹⁷⁷ Dies war in Düsseldorf-Stadt die erste höher qualifizierte Sozialarbeiterinnen-Stelle, die von der Stadt geschaffen wurde. Ihr oblag vor allem die Beaufsichtigung der anderen Fürsorgerinnen und Fürsorgehelferinnen in den Beratungsstellen und deren Koordination.⁹⁷⁸

Der entscheidende Unterschied zwischen diesen Gruppen bestand darin, dass die Vertreterinnen der bürgerlichen Frauenbewegung sich für eine berufliche Ausbildung in der sozialen Fürsorge einsetzten, während die traditionellen weiblichen Wohltätigkeitsvereine an einer ehrenamtlichen, öffentlichen und standesgemäßen Aufgabe interessiert waren.⁹⁷⁹ Zudem war Säuglingspflege ein Gebiet, auf dem althergebrachte Vorstellungen von Weiblichkeit nicht angetastet wurden. Zahlreiche Vereine lassen sich aber weder dem einen noch dem anderen Flügel zurechnen. Offiziell als Wohltätigkeitsverein tätig, legten ihre Vertreterinnen großen Wert auf eine möglichst professionelle Ausgestaltung der Vereinsarbeit.⁹⁸⁰

Die Tätigkeit der privaten Wohltätigkeitsvereine war aber insgesamt sowohl bei den Fürsorgerinnen als auch bei den Kinderärzten einigermaßen umstritten. Obwohl in einigen Städten und Regionen fast die gesamte soziale Fürsorge auf der Mitarbeit von Wohltätigkeitsorganisationen und ehrenamtlich tätigen bürgerlichen „Vereinsdamen“ aufbaute, wur-

⁹⁷⁶ Ebd., Bl. 41 und 47. Die Stadtverordneten begründeten ihr Vorgehen in einem Brief an den OB mit dem Hinweis auf den Geburtenrückgang, und es wurde auf der Stadtratssitzung die Bildung einer Kommission beschlossen, die die Pläne für die Einrichtung von Mütterberatungsstellen ausarbeiten sollte.

⁹⁷⁷ Ebd., Bl. 64 u. Bl. 85.

⁹⁷⁸ Ebd., S. 167-168, Bericht über meine in den Bezirken der Fürsorgerinnen gemachten Hausbesuche, von Lucie Krauß (städt. Fürsorgeassistentin).

⁹⁷⁹ Einige wohlthätige Damen hatten wohl wenig Verständnis für die Verberuflichungsziele zahlreicher Fürsorgerinnen. So kritisiert Schloßmann 1910: „Der Widerstand der Frauen hiergegen ist mir unerklärlich. Sie sollten sich doch freuen, daß ihren auf Erwerb angewiesenen Geschlechtsgenossinnen hier eine der Frauennatur durchaus liegende, sie materiell unabhängig machende und für die Gesamtheit wichtige Aufgabe, ein Lebensberuf im besten Sinne des Wortes geboten ist.“ Schloßmann, Zwei wichtige Fragen, S. 236.

⁹⁸⁰ Ein gutes Beispiel für einen Verein, der traditionelle Wohltätigkeit und professionelle Ziele in sich vereinte, war der Fürsorgeverein für Mädchen, Frauen und Kinder, vgl. Wollasch, Der katholische Fürsorgeverein. Auch der Badische Frauenverein vereinigte beide Ansätze in sich.

de von zahlreichen Vertretern vor dieser Form der Hilfstätigkeit immer wieder gewarnt. Charakteristisch ist das Urteil des Münchner Arztes Hecker auf dem Ersten Deutschen Kongress für Säuglingsschutz:

„Ich glaube, wir müssen einmal ganz von der privaten Wohltätigkeit wegkommen! Es ist das eine so unsichere Sache für unser ganzes Unternehmen, dass wir je eher je lieber davon frei werden müssen. [...] Die private Wohltätigkeit [...] hat etwas derart innerlich Unwahres, dass ich darauf nicht weiter einzugehen brauche.“⁹⁸¹

Die Kinderärzte und Fürsorgerinnen sahen in dieser Hinsicht mit Sorge, wie Säuglingsfürsorge nach der Jahrhundertwende „zur Mode“ wurde: „Fast scheint es, als wolle sich krasser Dilettantismus gerade dieses Feld der Betätigung sichern“, wettete Schloßmann 1910 gegen die Frauenvereine.⁹⁸²

„Gerade zu der Zeit, wo man doch unmöglich in Berlin sein kann, wo man sich in Heringsdorf oder im Engadin trifft, da erkranken die mit den Gepflogenheiten des gesellschaftlichen Lebens nicht vertrauten Kinder, und kommt man zurück [...], dann ist der undankbare Säugling tot.“⁹⁸³

Selbst in der preußischen Regierung wurde die Tätigkeit unbezahlter Aufsichtsdamen nicht gern gesehen.⁹⁸⁴ Einige Ärzte wollten auf die Mitarbeit der Vereinsdamen nicht verzichten, machten aber deutlich klar, wo die Grenzen lagen:

„Diese Mitarbeit beschränke sich auf Aufsicht, auf Bedienung der Kinderwaage, auf Buchführung, auf Verteilung von Unterstützungen; sie mische sich aber nie in die ärztliche und schwesterliche Verordnung oder übernehme auch nicht die Hausbesuche [...]“⁹⁸⁵

Der Erfolg des Düsseldorfer Vereins lag nicht zuletzt darin, dass seine Vertreter versuchten, die freiwillige Hilfsarbeit zu systematisieren. Eine Wanderlehrerin im Regierungsbezirk war nur dafür eingestellt worden, um diese Frauen als Helferinnen für die Fürsorge und für die Übernahme von Ehrenämtern weiterzubilden.⁹⁸⁶ Neben der ehrenamtlichen bzw. unbezahlten Tätigkeit in der Fürsorge, fungierten zahlreiche Frauenvereine aber auch als Arbeitgeber. Diese Auffassung von Wohltätigkeit bevorzugten sowohl die Ärzte

⁹⁸¹ Dr. Hecker, in: Stenographischer Bericht über die Verhandlungen des I. Deutschen Kongresses für Säuglingsschutz, S. 125.

⁹⁸² Schloßmann, Zwei wichtige Fragen, S. 235.

⁹⁸³ Ebd., S. 237.

⁹⁸⁴ Dietrich, Fürsorgewesen, S. 46.

⁹⁸⁵ Schoedel, Frauenvereine und Säuglingsfürsorge, S. 196.

⁹⁸⁶ Geschäftsbericht VfS Düsseldorf 7 (1913/14), S. 38f.

als auch die Städte und Gemeinden, denn so konnte ausgebildetes Personal eingestellt werden, ohne dieses finanzieren zu müssen.⁹⁸⁷ Der ärztliche Leiter des Mütter- und Säuglingsheims in Chemnitz äußerte seine Vorliebe klar und deutlich: Als Arbeitgeberinnen seien ihm die Frauenvereine sehr willkommen, als Laienhelferinnen stünde er ihnen äußerst misstrauisch gegenüber.⁹⁸⁸

Die Frage der ehrenamtlichen und laienhaften Mitarbeit von Frauen blieb umstritten, denn Kinderärzte und Sozialreformerinnen wollten in erster Linie Ausbildungsberufe in der Gesundheitsfürsorge schaffen.

4.2.4 Neue Frauenberufe in der Mütter- und Säuglingsfürsorge

Gerade Marie Baum engagierte sich bei der Besetzung der Fürsorgerinnenstellen sehr für die Anstellung von fachlich qualifizierten Frauen. Da der VfS Düsseldorf sehr hohe finanzielle Zuschüsse für die Anstellung von Kreisfürsorgerinnen gab, konnte er einen gewissen Einfluss auf die Auswahl der Fürsorgerinnen in den Städten und Landkreisen nehmen.⁹⁸⁹ Dies hatte allerdings auch seine Grenzen, da hier verschiedene Interessen aufeinander trafen. So geriet Marie Baum in eine Auseinandersetzung mit dem Landrat von Neuss, Brandt, da sie die Stelle einer Kreisfürsorgerin in Neuss mit einer höher qualifizierten Bewerberin besetzen wollte, als der Landrat dies vorgesehen hatte. Während der Landrat ein Mitglied des Krankenpflegevereins Köln damit beauftragen wollte,⁹⁹⁰ dessen Kosten den vom VfS bewilligten Zuschuss nicht maßgeblich überstiegen hätten, favorisierte Baum eine ausgebildete Krankenpflegerin, die schon selbständig gearbeitet haben und die Bildung, „Intelligenz, Takt und Initiative besitzen“ müsse. Außerdem sollte diese noch mehrere Wochen speziell durch den VfS ausgebildet werden. Sie habe schließlich eine „überlegenere und mehr autoritative Stellung“ auszufüllen.⁹⁹¹ Nachdem Brandt dieses An-

⁹⁸⁷ Ebd., S. 33.

⁹⁸⁸ Schoedel, Frauenvereine und Säuglingsfürsorge, S. 191f.

⁹⁸⁹ Um das Berufsniveau zu fördern, waren 90 Prozent der materiellen Beihilfen, die der VfS im Jahr 1913/14 an Gemeinden und Landkreise ausgab, Zuschüsse zur Anstellung von Fürsorgerinnen, vgl. Geschäftsbericht VfS Düsseldorf 7 (1913/14), S. 20f.

⁹⁹⁰ HSA Düsseldorf, Reg. Düsseldorf. 39006, Schreiben v. Landrat Brandt an den VfS vom 13. Mai 1911.

⁹⁹¹ Ebd., Schreiben von Marie Baum an Brandt vom 15. Mai 1911.

liegen abgelehnt hatte und es zu keiner Einigung gekommen war, schaltete Baum den Düsseldorfer Regierungspräsidenten Kruse ein.⁹⁹² In zwei langen Briefen legte auch Landrat Brandt dem Regierungspräsidenten seine Motivation dar, die vom VfS vorgeschlagene Kraft nicht einzustellen.⁹⁹³ In erster Linie betonte er, dass eine sehr gut ausgebildete Fürsorgerin für den Landkreis viel teurer wäre als die Kraft, die er vorgeschlagen habe. Deutlich wird aber auch, dass zwischen Brandt und Baum, aufgrund der Untersuchungen über Säuglingssterblichkeit in Neuss, die Baum gemacht hatte, schon länger Querelen bestanden.⁹⁹⁴ Brandt warf ihr vor, dass sie in ihren Untersuchungen die Neusser Verhältnisse zu schlecht dargestellt und die Lebens- und Arbeitssituation der Neusser Landfrauen verurteilt habe. Außerdem habe sie sich gegen das „zwecklose Hervorbringen zahlloser Kinder“ ausgesprochen. In einem durch religiöses Empfinden geprägten Landkreis habe dies „böses Blut gemacht“. Sie sei eine „theoretisch denkende, ausschließlich großstädtisch vorgebildete und empfindende, d. h. einseitige Kraft“. Diese Vorwürfe verdeutlichen, wie angreifbar die Stellung von Marie Baum war. So wurde ihr ihre Verbindung zur Frauenbewegung zwar nicht explizit, aber doch unterschwellig vorgeworfen, da ihre sehr vorsichtige Befürwortung einer Geburtenkontrolle gegen sie angeführt wurde. Auch die übrigen Fürsorgerinnen standen unter besonderer sozialer Kontrolle, da ihre Lebensweise als alleinstehende berufstätige Frauen neu und die zeitgenössischen Sittlichkeitsvorstellungen rigide waren. Um die vom VfS geförderten Fürsorgerinnen allgemein zu diskreditieren, berichtete Brandt von einer Fürsorgerin, die nachts „Herrenbesuche“ empfangen hätte und schon deshalb, so betonte er, müsse man bei den vom VfS empfohlenen Kräften Vorsicht walten lassen.⁹⁹⁵ Somit war die Stellung der alleinstehenden Fürsorgerinnen und Pflegerinnen sehr leicht zu verunglimpfen. Insgesamt hat ein enormer sozialer Druck auf ihnen gelastet. Zum einen wurde in der Öffentlichkeit eine selbständige berufliche Tätigkeit der Frauen mit Misstrauen verfolgt, und zum anderen erwarteten die Vertreterinnen der Frauenbewegung, dass sie eine Vorbildfunktion für andere Frauen erfüllten. Gerade für die

⁹⁹² Ebd., Schreiben von Marie Baum an Regierungspräsident Kruse vom 3. Juni 1911.

⁹⁹³ Ebd., Schreiben von Brandt an Kruse vom 9. Juni 1911 und vom 21. Juni 1911.

⁹⁹⁴ Marie Baum, Sterblichkeit und Lebensbedingungen in Neuß, S. 41f.

⁹⁹⁵ HSA Düsseldorf, Reg. Düsseldorf, 39006, Schreiben von Brandt an Kruse vom 21. Juni 1911.

höheren Positionen in der Fürsorge war die Isolation in einer vor allem durch männliche Kollegen und männliche Vorgesetzte geprägten Berufswelt kennzeichnend.⁹⁹⁶

Neben den Fürsorgerinnen, die aber selten allein in Säuglingsfürsorge ausgebildet waren, sondern als Stadt-, Kreis- oder Familienfürsorgerinnen verschiedene Bereiche der Gesundheitsfürsorge abdecken mussten, wie etwa Tuberkulose-, Alkohol- und „Krüppel“-Fürsorge, war die Säuglingspflege ein wichtiger Ausbildungsberuf, der durch die Gesundheitsfürsorge neu geschaffen wurde.

Auf einer Konferenz zur Ausbildung von Säuglingspflegerinnen, die 1912 stattfand, wurde deutlich, dass die Kinderärzteschaft hoffte, nicht weniger als fünf verschiedene Berufe rund um die Säuglingsbetreuung zu etablieren: 1. die Säuglingskrankenpflegerin, die als Spezialkrankenschwester für kranke Säuglinge fungieren sollte, 2. die Säuglingsfürsorgeschwester, die für leitende Positionen in Fürsorgeeinrichtungen oder Kindertagesstätten eingesetzt werden sollte, 3. Säuglingskrankenwärterin, eine Hilfspflegerin der Säuglingskrankenpflegerin, 4. die „Lady Nurse“, eine Säuglingspflegerin, die mehr oder weniger als vornehmes Kindermädchen nach englischem Beispiel für wohlhabende Familien ausgebildet werden sollte und 5. die Säuglingswärterin, die als Kindermädchen und Haushaltshilfe für mittelständische Haushalte konzipiert wurde.⁹⁹⁷ Diese Auffächerung der Berufe versprach zwei wichtigen Zielen zu dienen: Erstens konnten die Ergebnisse einer modernen und rationalisierten Säuglingspflege, wie sie die Kinderärzte zu entwickeln versuchten, nicht nur in die Krankenhäuser, sondern auch in breite Schichten der Bevölkerung hineingetragen werden. Dies konnte wiederum dem zweiten Ziel zugute kommen: der Ausdehnung und Vertiefung des ärztlichen, insbesondere des pädiatrischen Einflusses auf alle gesellschaftlichen Bereiche.⁹⁹⁸ Das ambitionierte Ziel, so viele unterschiedliche Berufe in

⁹⁹⁶ Neben dem Lebensweg Marie Baums, die mehrere Male in ihrem Berufsleben aufgrund ihres Geschlechts in einer männlich dominierten Berufswelt Probleme bekam, findet sich diese Ablehnung in zahlreichen Memoiren. Beispielhaft etwa Magarete Cordemanns Erinnerungen als sie Leiterin der Düsseldorf-Familienfürsorge wurde: [...] nicht nur der damalige Wohlfahrtsdezernent war mir nicht wohlgesinnt, sondern auch die älteren Amtsleiter in der Wohlfahrtsverwaltung betrachteten mich als einen unbequemen und unangenehmen Eindringling in die ihnen vorbehaltenen Bereiche, geheiligte Männerbereiche.“ Vgl. Cordemann, *Wie es wirklich gewesen ist*, S. 185.

⁹⁹⁷ Konferenz zur Beratung von Grundsätzen, betreffend die einheitliche Ausbildung der Säuglingspflegerinnen: Stenographischer Bericht, Berlin 1912.

⁹⁹⁸ Leo Langstein/Fritz Rott, *Der Beruf der Säuglingspflegerin*, Berlin 1915.

der Säuglingspflege zu etablieren, ließ sich in der Folgezeit kaum realisieren, die Bezeichnung Säuglingspflegerin blieb zunächst die Oberbezeichnung für die unterschiedlichen Berufsformen. Da die Ausbildungsbedingungen bis 1917 kaum einheitlich geregelt waren, blieben die genauen Abgrenzungen der einzelnen Berufe auch weiterhin unklar. Die Ausbildung der Säuglingskrankenpflegerin fiel unter die in Preußen 1907 erlassenen Vorschriften über die staatliche Prüfung von Krankenpflegepersonen und waren damit nicht gesondert geregelt.⁹⁹⁹ Ähnlich sah die Situation auch in den übrigen deutschen Bundesstaaten aus.¹⁰⁰⁰

Die Diskussion über die Verberuflichung der Säuglingspflege führte erst im Ersten Weltkrieg zu verbindlichen Ausbildungsvorgaben. Seit 1913 hatte das preußische Innenministerium Gutachten von führenden Kinderärzten zur Frage der Säuglingspflegeausbildung einholen lassen. Diesen waren insbesondere die, in gehobenen deutschen Familien verbreiteten, so genannten „Lady Nurses“ ein Dorn im Auge. So illustriert das folgende längere Zitat die Vorbehalte der deutschen Ärzte:

„Die Ausbildung besonderer Pflegerinnen für das Kindes- und insbesondere das Säuglingsalter wird in England schon seit vielen Jahrzehnten geübt und hat sich als dermaßen zweckentsprechend herausgestellt, daß die dort erzogenen Nurses nicht nur in ihrem Heimatland allgemein von den Familien begehrt sind, sondern auch in Deutschland von vornehmen und wohlstuierten Hausständen für die jungen Kinder berufen werden: Es besteht sogar vielfach die Annahme, daß man ohne englische Nurse bei der Aufzucht der Säuglinge überhaupt nicht auskommen könne. Das ist nicht nur deshalb bedauerlich, weil so das Ausland sich bei uns eines Prestiges erfreut, das Deutschland in jeder Beziehung fähig wäre, sich selbst zu anzueignen, und weil unnötig viel deutsches Geld ausländischen Personen zufließt, das Deutsche verdienen könnten, sondern auch und noch mehr deshalb weil die englischen Pflegerinnen, da sie nicht von deutschen Ärzten ausgebildet sind, sich vielfach diesen in der Säuglingspflege überlegen oder wenigstens nicht untergeordnet wirken, und in ihrem Gebaren sich oft recht eigentümlich und nach überholten Traditionen nicht zum Vorteil ihrer Pfleglinge verhalten. Sachlich ist dieses schon deshalb nicht gerechtfertigt, weil die englische Pädiatrie der deutschen in keiner Hinsicht überlegen ist, vielmehr im Laufe der letzten Jahrzehnte sich nicht

⁹⁹⁹ Ministerialblatt für Medizinal- und medizinische Unterrichtsangelegenheiten, hg. im Ministerium der Geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten, Berlin 7 (1907), S. 185 und S. 192.

¹⁰⁰⁰ Langstein/Rott, Säuglingspflegerin, S. 14.

übermäßig an den auf dem Gebiete der Säuglingsheilkunde erzielten Fortschritten beteiligt hat [...]“.¹⁰⁰¹

Gerade der mangelnde Respekt den deutschen Ärzten gegenüber war ein wesentlicher Kritikpunkt:

„In einigen Kreisen hat die Vorliebe für alles Fremde zu Anstellung englischer Nurses oder ähnlich angezogener und vorgebildeter deutscher Pflegerinnen, die sich auch 'Lady Nurses' nennen, geführt. Diese Personen verweigern jede Hausarbeit, bedürfen deshalb zur eigenen Bedienung und zur gröberen Arbeit in der Kinderstube noch einer weiteren Person und sind im Allgemeinen, da sie mit geringen Leistungen hohe Ansprüche verbinden und sich Grund ihrer mit Diplomen belegten Ausbildung und Erfahrung sogar den ärztlichen Anordnungen gegenüber leicht widerspenstig verhalten und die Mütter und Familien beeinflussen, nicht zu empfehlen“.¹⁰⁰²

Zwei Faktoren spielten also in der Diskussion eine besondere Rolle: Zum einen der immer wieder angesprochene Topos, dass die Säuglingspflegerin dem Kinderarzt hierarchisch untergeordnet sein müsse, d. h. sich eindeutig seinen Anweisungen zu beugen habe. Dies wurde in den Gutachten an dem Gegenmodell der englischen „Lady Nurse“ deutlich gemacht. Diese arbeitete selbständig und fügte sich nicht unbedingt den Vorgaben der Ärzte.

Die Ablehnung der englischen „Lady Nurse“ war ausserdem Teil der Strategie, die deutsche Kinderheilkunde international aufzuwerten. Da England in den Statistiken weit aus günstigere Sterblichkeitszahlen aufwies, obwohl die Pädiatrie als Spezialfach eine wesentlich geringere Rolle als in Deutschland spielte, zog das englische Beispiel die Spezialisierung und Professionalisierung der deutschen Kinderärzteschaft in Zweifel. Arthur Keller, der erste Direktor des KAVH, war schon zu Beginn des Jahres 1908 extra nach England gereist, um sich vom Stand der englischen Säuglingsheilkunde und Kinderpflege zu überzeugen.¹⁰⁰³

¹⁰⁰¹ GStA PK, I. HA Rep. 76 Kultusministerium (M), VIII B, Nr. 2791, Bl. 53-55, Gutachten von Professor Heubner über die Ausbildung von Säuglingspflegerinnen und Krankenpflegerinnen für den preussischen Innenminister v. 1. September 1913.

¹⁰⁰² Ebd., Bl. 50f., Gutachten der wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen für den preussischen Innenminister (unterzeichnet von E. Bumm) v. 25. November 1916.

¹⁰⁰³ Vgl. GStA PK, I. HA Rep. 76 Kultusministerium (M), VIII B, Nr. 2765 Bericht über die Reise nach England vom 30. April 1908; vgl. auch die Veröffentlichung einige Jahre später: Keller, Säuglingsfürsorge.

Während Kellers Beschreibung der englischen Säuglingsfürsorge 1908 noch recht ausgewogen und moderat ausfiel, zeigte sich die Kritik Langsteins und Rott in den Kriegsjahren dann um ein vielfaches harscher.

„Ohne in irgendeiner Weise in meinem Urteil beeinflusst zu sein, darf ich aussprechen, daß das, was England zum Schutze der bedrohten Säuglingswelt tut, in Art und Menge weit hinter dem zurücksteht, was Deutschland leistet.“

Trotz dieses scharfen Urteils muss er allerdings an einer anderen Stelle zähneknirschend konstatieren:

„Die deutsche Frau verbindet mit dem Begriff ‚Nurse‘ den Gipfel der Vollkommenheit in der Säuglings- und Kinderpflege [...]. Sie blickt auf die deutsche Säuglingspflege und diejenigen weiblichen Persönlichkeiten, die sie ausüben, mit Geringschätzung herab [...]“¹⁰⁰⁴

Und wiederum wurde die selbständige Stellung der Säuglingspflegerin nach englischem Vorbild kritisiert:

„An der Stellung der Nurse in der deutschen Familie, die für den deutschen Arzt von jeher etwas ungemein Peinliches hatte, wirken drei Faktoren zusammen: die mangelnde Ausbildung der Nurse in wichtigen Fragen der Krankenpflege, ihre durch den Ausbildungsgang erklärte Unbotmäßigkeit den deutschen Ärzten gegenüber und die unwürdige Stellung, die die deutsche Mutter der Ausländerin gegenüber ohne eigene Kritik einnimmt.“¹⁰⁰⁵

Die Befürchtungen gegenüber einer eigenständigen, unabhängigen Nurse beruhten möglicherweise auf den Erfahrungen der Ärzte in wohlhabenden deutschen Familien, in denen erfahrene englische Kinderschwester die jungen unerfahrenen Pädiater einfach nicht ernst nahmen. Die englische Nurse wurde in der Diskussion mehr und mehr zum Gegenbild einer dem Kinderarzt klar untergeordneten deutschen Säuglingspflegerin hochstilisiert. Mit dieser Strategie konnte Ausbildungs- und Professionalisierungsforderungen der Pflegerinnen entgegengetreten werden. Stacey Freeman geht anhand ihrer Untersuchungen zum Kaiserin-Auguste-Victoria-Haus davon aus, dass der Ansatz dieser Institution

¹⁰⁰⁴ Langstein/Rott, Säuglingspflegerin, S. 2f..

¹⁰⁰⁵ Ebd., S. 9.

„had the ambiguous result of broadening training opportunities for pediatric nurses, while simultaneously limiting professional autonomy.“¹⁰⁰⁶

Die Kinderärzteschaft war sich allerdings keineswegs einig darüber, ob man Säuglingspflegerinnen für den Bedarf in Krankenhäusern oder für die privaten Haushalte bzw. Fürsorgestellen öffentlich ausbilden sollte:

„Für das Gemeinwohl, für die allgemeine Praxis würde ich die staatlich gewährleistete Ausbildung von Säuglingspflegerinnen für das weitaus größere Bedürfnis halten, als die Ausbildung von Säuglingskrankenpflegerinnen,“

war die Ansicht von Siegert aus Köln.¹⁰⁰⁷ Dagegen hielt der erste Ordinarius für Kinderheilkunde Otto Heubner

„eine Spezialisierung in Pflegerinnen für ‚gesunde‘ und ‚kranke‘ Säuglinge, chirurgische Kranke, gynäkologische Fälle, innere Kranke, usw. [...] für nicht frei von Bedenken, dagegen die Ausbildung von Säuglingspflegerinnen mit staatlicher Approbation neben derjenigen der bereits bestehenden ‚Krankenpflegepersonen‘ für eine Forderung der Zeit. Der Staat hat keine Verpflichtung, ‚Kinderfrauen‘ oder ‚Kindermädchen‘ auszubilden, worunter ein Teil der Kinderärzte eben ‚Säuglingspflegerinnen‘ versteht, wohl aber die Ausbildung der Pflegerinnen Kranker, auch kranker Säuglinge und den Nachweis ordentlicher Ausbildung zu regeln und zu überwachen.“¹⁰⁰⁸

Damit war Heubner mit seinen Kollegen in der Säuglingsfürsorgebewegung allerdings weitgehend einig: Die deutsche Vereinigung für Säuglingsschutz hatte 1912 gefordert, dass es eine strenge Trennung zwischen der Säuglingskrankenschwester und der vor allem in Familien tätigen Säuglingspflegerin geben müsse. Die Ausbildungszeit der Säuglingskrankenpflegerin sollte mindestens zwei Jahre und die der Pflegerin für gesunde Säuglinge nur ein halbes Jahr betragen.

Von der Seite der Fürsorgerinnen wurde eine fundierte staatliche Ausbildung von Säuglingspflegerinnen, die nicht in der Krankenpflege tätig sein sollten, ebenfalls mit Misstrau-

¹⁰⁰⁶ Freeman, *Eugenics and the Gendering*, S. 360.

¹⁰⁰⁷ GStA PK, I. HA Rep. 76 Kultusministerium (M), VIII B, Nr. 2791, Bl. 53-55, Gutachten von Professor Heubner über die Ausbildung von Säuglingspflegerinnen und Krankenpflegerinnen für den preussischen Innenminister v. 1. September 1913.

¹⁰⁰⁸ Ebd., Bl. 56f., Abschrift Gutachten Siegert aus Köln über die Ausbildung von Säuglings- und Krankenpflegerinnen für den preussischen Innenminister v. 2. September 1913.

en gesehen. Zu groß erschien die Konkurrenzgefahr durch weniger geschulte, dafür aber günstigere Säuglingspflegerinnen, die als Fürsorgerinnen eingesetzt werden konnten.¹⁰⁰⁹

Die Kinderärzteschaft befand sich bei der Ausbildungsfrage in einem gewissen Dilemma. Ganz deutlich wurde der Anspruch formuliert, dass die Säuglingspflegerin ihre Kompetenzen keinesfalls überschreiten dürfe, deshalb dürfe die Ausbildung nicht zu gründlich und nicht sehr theoretisch sein. Wie bei fast allen medizinischen Assistenzberufen bestand auch bei der Säuglingspflegerin die Gefahr der Konkurrenz zum Arzt:

„In modernen Spitälern ausgebildete Pflegerinnen kommen leicht zur Ansicht, dass sie in ihren Kenntnissen der Säuglingspflege vielen Ärzten überlegen sind; sie glauben sich oft auch befähigt, selbständig kranke Säuglinge zu behandeln. Um hier missliche Konflikte zu vermeiden [...], ist es notwendig, sie im Unterricht über die Grenzen ihrer Kompetenzen aufzuklären [...].“¹⁰¹⁰

Für die Begründung musste wieder einmal die besondere weibliche Eigenart, der weibliche Geschlechtscharakter erhalten:

„Der weibliche Charakter eignet sich in erster Linie nicht zur Aufnahme von Theorie, sondern ist zweifellos mehr praktisch veranlagt; was allerdings diese praktische pflegerische Seite angeht, so können die Anforderungen nicht hoch genug gestellt werden.“¹⁰¹¹

Auf der anderen Seite sollten die Säuglingsschwestern ebenso gut wie die Krankenpflegerinnen ausgebildet sein, da eine geringer qualifizierte Helferin gegenüber der allgemeinen Ärzteschaft einen Prestigeverlust für die Kinderärzteschaft bedeutet hätte.

Der preußische Innenminister hatte schon 1914 genaue Vorstellungen über die Ausbildung der Säuglingspflegerinnen kundgetan. Seiner Meinung nach sollte die Ausbildung nicht länger als ein Jahr dauern. Er bat aber den Vorsitzenden der Wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen Ernst von Bumm im Sommer 1914 um seine Stellungnahme.¹⁰¹² Der Ausbruch des Ersten Weltkrieges führte wohl dazu, dass diese Angelegen-

¹⁰⁰⁹ Marie Baum, Die staatliche Anerkennung von Säuglingspflegerinnen, in: DMW 43 (1917), S. 913-915.

¹⁰¹⁰ Emil Feer, Die Ausbildung von Säuglingspflegerinnen für Anstalt und Familie, in: III. Internationaler Kongress für Säuglingsschutz, S. 249-256, hier S. 253.

¹⁰¹¹ So die Wortmeldung von Hans Rietschel, in: Bericht über die III. Landeskonferenz der Preussischen Landeszentrale für Säuglingsschutz am 30. Oktober 1916 in Berlin, in: Zeitschrift für Säuglings- und Kleinkinderschutz 9 (1917), S. 26-64, hier S. 60.

¹⁰¹² GStA PK, I. HA Rep. 76 Kultusministerium (M), VIII B, Nr. 2791, Bl. 52, Schreiben des pr. Innenministers an die wissenschaftliche Deputation für das Medizinalwesen v. 10. Juni 1914: „Es würde daher zu erwägen sein, nach Maßgabe der mit Erlaß vom 10. Mai 1907 herausgegebenen Vorschriften, betreffend

heit zunächst zurückgestellt wurde. Bumm forderte schließlich 1916 eine mindestens ein- einhalbjährige Ausbildung.¹⁰¹³ Ohne diese Einschätzung und die Gutachten der ärztlichen Sachverständigen umfassend zu berücksichtigen, wurde der Erlass im ursprünglichen Sinne des Ministers geregelt: Die Ausbildungsbestimmungen, die in Preußen verabschiedet wurden, legten die Ausbildungszeit auf ein Jahr fest. Sie sahen für die staatliche Anerkennung als Säuglingspflegerin ein halbes Jahr Krankenpflegeschule und ein halbes Jahr Ausbildung in Säuglings- und Kinderpflege vor.¹⁰¹⁴ Die Stimmen der Kritiker waren zahlreich. Gerade die Tatsache, dass zwischen Säuglingskrankenpflegerinnen und Säuglingspflegerinnen für gesunde Säuglinge kein Unterschied gemacht wurde, erboste die Fachleute: Die Kritiker (v. a. Leopold Langstein, Max Taube, Hans Rietschel und Arthur Schloßmann)¹⁰¹⁵ sahen in der Formel, dass es nur **eine** Säuglingspflegerin mit einjähriger Ausbildung geben sollte, einen faulen Kompromiss. Nach den Berichten von Hans Rietschel, der in der vorbereitenden Kommission für den Erlass saß, ist an den Wünschen der überwiegenden Mehrheit der Kinderärzte vorbei gegangen worden.¹⁰¹⁶ Diese hatten – ebenso wie 1912 die Deutsche Vereinigung für Säuglingsschutz – weitgehend einstimmig für zwei Jahre Aus-

die staatliche Prüfung von Krankenpflegepersonen, die Angelegenheit in der Weise zu regeln, daß die betreffenden Personen zunächst ein halbes Jahr in der allgemeinen Krankenpflege in einer staatlich anerkannten Krankenpflegeschule, ein weiteres halbes Jahr in einem geeigneten und hierfür staatlich anzuerkennenden Säuglingskrankenhaus ausgebildet würden und in diesem dann eine Prüfung abzulegen hätten, nach deren Bestehen ihnen ein Zeugnis als staatlich geprüfte Säuglingspflegerin auszustellen wäre. Die wissenschaftliche Deputation ersuche ich ergebenst, sich über diese Frage an der Hand der mitfolgenden Vorgänge gutachtlich zu äußern.“

¹⁰¹³ Ebd., Bl. 50f., Gutachten der wissenschaftlichen Deputation für das Medizinalwesen, unterzeichnet von E. Bumm v. 25. November 1916 für den pr. Innenminister: „Was die Dauer der Ausbildung anlangt, so wird diese bestimmt durch den Umfang dessen, was die Säuglingspflegerinnen lernen sollen. Man wird von den Gemeindegewerkschaften und staatliche approbierten Säuglingspflegerinnen ein gewisses Maß allgemeiner Kenntnisse der Krankenpflege und dazu noch spezielle Kenntnisse und Erfahrung, wie sie zur Pflege des gesunden und kranken Kindes gehören, fordern müssen. Der Ausbildungsgang muss deshalb mit den grundlegenden Lehren der allgemeinen Krankenpflege beginnen und sich dann besonders eingehend und immer unter Bevorzugung der praktischen Anweisung und Belehrung auf die Säuglingspflege erstrecken. Für den allgemeinen Unterricht wird ein halbes Jahr genügen, eine praktische einigermaßen genügende Ausbildung in der Pflege kranker Kinder wird aber nicht unter einem Jahr zu erreichen sein. Viel längere Zeit würde natürlich eine Ausbildung in Anspruch nehmen, die den Pflegerinnen gewisse Kenntnisse der Kinderkrankheiten und Kinderheilkunde beizubringen beabsichtigt. Diese Art von Halbbildung kann aber niemand nützen und scheint nicht empfehlenswert.“

¹⁰¹⁴ Schlossmann, Die staatlich geprüfte Säuglingspflegerin.

¹⁰¹⁵ Hans Rietschel, Bemerkungen zum preussischen Ministerialerlass über die Prüfung von Säuglingspflegerinnen, in: Zeitschrift für Säuglings- und Kleinkinderschutz 9 (1917), S. 497-503, hier S. 499f.

¹⁰¹⁶ Rietschel, Bemerkungen, S. 499 und S. 502.

bildungszeit der Kinderkrankenpflegerinnen plädiert.¹⁰¹⁷ Schloßmann kritisierte, dass diese Säuglingspflegerin in den vorgesehenen Ausbildungsinstitutionen, nämlich Krankenhaus und Säuglingsheim, möglicherweise niemals einen gesunden Säugling zu Gesicht bekäme. Darüber hinaus sei für die Säuglingspflegerin, die in Familien tätig sein würde, keine einjährige Ausbildung erforderlich, sondern ein halbes Jahr völlig ausreichend.¹⁰¹⁸

Das preußische Vorgehen auf diesem Gebiete war für die übrigen Bundesstaaten, mit Ausnahme der Großherzogtümer Hessen und Sachsen-Weimar sowie Hamburg, die diesen Bereich schon gesetzlich geregelt hatten, richtungsweisend.¹⁰¹⁹

Ganz deutlich war das Ziel, für diesen Beruf Mädchen und Frauen aus bürgerlichen Familien zu gewinnen:

„Die Anforderungen eines Alters von 20 Jahren und eines gründlichen Schulunterrichtes bietet den nicht hoch genug anzuschlagenden Vorteil, dass ungeeignete Elemente aus dem Proletariate weniger leicht sich diesem Berufe zuwenden werden und wir mehr auf Töchter aus besseren Familien und gebildeten Ständen rechnen dürfen.“¹⁰²⁰

Auch für die praktische Ausbildungsarbeit am KAVH hat Stacey Freeman herausgestellt, dass die Säuglingspflegerinnen eine Vermittlerfunktion zwischen männlichen bürgerlichen Ärzten und Familienmüttern der Arbeiterschicht einnehmen sollten:

„And it was in this space – between scientific rules and working class homes – that Zerwer [die Oberin des KAVH, S.F.] sought to insert pediatric nurses. Their task was to be essentially one of translation, of making the hygienic rules formulated by masculinist pediatric knowledge accessible and practicable for mothers and young girls.“¹⁰²¹

Auch für die Säuglingsfürsorgerin wurde immer wieder betont, dass die Vermittlungsfunktion der Fürsorgerin auf praktischem und nicht auf theoretischem Gebiet liegen sollte.

¹⁰¹⁷ Es gab allerdings auch unter den Kinderärzten Vertreter, die mit dem preußischen Ministerialerlass konform gingen. Vgl. etwa Walther Kaupé, Die neuen preussischen Bestimmungen über die Prüfung von Säuglingspflegerinnen und unsere bisherigen Erfahrungen bei deren Ausbildung, in: Zeitschrift für Säuglings- und Kleinkinderschutz 11 (1917), S. 390-394.

¹⁰¹⁸ Schlossmann, Die staatlich geprüfte Säuglingspflegerin.

¹⁰¹⁹ „Sodann aber sind auch die Bundesstaaten insofern direkt durch den Erlass betroffen, als es nicht ganz leicht für sie sein wird, in einer solchen Organisationsfrage sich evt. in bewusstem Gegensatz zu Preussen zu setzen.“ Dies war die Einschätzung von Hans Rietschel, der mittlerweile Ordinarius in Würzburg war, vgl. Rietschel, Bemerkungen, S. 497f.

¹⁰²⁰ Feer, Die Ausbildung von Säuglingspflegerinnen, S. 251.

¹⁰²¹ Freeman, Eugenics and the Gendering, S. 375.

Keinesfalls sollte sie zur „Winkelkonsulentin“ herangebildet werden.¹⁰²² Insofern hatten die an der Entscheidung beteiligten Vertreter bei Berufen innerhalb der Säuglingsfürsorge das vornehmliche Interesse, dass diese dem ärztlichen Personal assistieren sollten.

Ein Beruf stand jedoch quer zu den vermeintlichen Notwendigkeiten einer rationellen und modernen Säuglingsfürsorge: Die Hebamme war ein traditioneller Frauenberuf, der sich in das hierarchisch gegliederte Berufssystem nicht recht einfügen ließ.

4.2.5 Kooperationen und Konflikte: Die Hebammen

Wie schon beschrieben, waren Mütter- und Säuglingsfürsorge eng miteinander verknüpft. Die Mütterfürsorge, die zum Zeitpunkt der Geburt einsetzte, wurde als Wöchnerinnen- oder Wochenbettfürsorge bzw. als Wochenpflege bezeichnet.¹⁰²³ Auf diesem Gebiet spielten die Hebammen eine ganz zentrale Rolle.¹⁰²⁴

Bis in das zwanzigste Jahrhundert hinein blieb die Klinikgeburt ein Ausnahmeereignis, das vor allem Frauen betraf, die unverheiratet ein Kind zur Welt brachten oder einige mittellose Frauen in den größeren Städten.¹⁰²⁵ Bekanntlich konnte sich auch dann die Einrichtung von reinen Entbindungs- bzw. Wöchnerinnenhäusern nicht durchsetzen. Die Geburt in der Klinik wurde schließlich in den Ausbau der allgemeinen Krankenhäuser integriert. Dies war aber eine Entwicklung, die in vollem Maße erst in der Mitte des 20. Jahrhunderts einsetzte. Um 1897 wurden im Deutschen Reich noch etwa 95 Prozent der Geburten von Hebammen zuhause geleitet.¹⁰²⁶

¹⁰²² Karl von Behr-Pinnow, Kreisfürsorgegesetz und Kreisfürsorgerin, in: Bericht über die III. Landeskonferenz der Preussischen Landeszentrale für Säuglingsschutz, S. 32 und 35.

¹⁰²³ Vor dem Ersten Weltkrieg wurde begrifflich noch nicht sauber zwischen Wochenpflege (für versicherte und selbstzahlende Frauen) und Wochenfürsorge (für bedürftige Frauen durch die Fürsorge finanziert) getrennt. Erst mit dem Reichsgesetz über Wochenhilfe setzte sich diese Unterscheidung begrifflich langsam durch. Vgl. Kap. 6 dieser Arbeit.

¹⁰²⁴ Vgl. zum Thema weiterführend Labouvie, Beistand in Kindsnöten; Schmitz, Hebammen in Münster; Cornelia Liebold, Hebammen in Leipzig. Zur Sozialgeschichte einer weiblichen Berufsgruppe im 19. Jahrhundert, in: Susanne Schötz (Hg.), Frauenalltag in Leipzig. Weibliche Lebenszusammenhänge im 19. und 20. Jahrhundert, Köln 1997, S. 47-78; Annemarie Uebe, Die rechtliche Situation der Hebammen in der Geburtshilfe in Deutschland seit 1871, Hannover 2000.

¹⁰²⁵ Vgl. dazu ausführlicher Kap. 5.2 dieser Arbeit.

¹⁰²⁶ Hauser, Die Fürsorge für Wöchnerinnen, S. 3.

Die Versorgung mit Hebammen variierte in den verschiedenen Regionen und zwischen Stadt und Land erheblich. 1887 musste eine Hebamme in der Rheinprovinz durchschnittlich 10,37 qkm, in der Provinz Posen aber 45,82 qkm versorgen. Gerade in Ostpreußen gehörte es eher zur Ausnahme, dass eine Hebamme bei einer Geburt anwesend war, an regelmäßige Wochenbettbesuche war hier gar nicht zu denken.¹⁰²⁷ 1910 gab es in Preußen 21.118 Hebammen, von denen 11.415 Bezirkshebammen und 9.703 freitätige Hebammen waren.¹⁰²⁸ Seidel hat errechnet, dass 1905 im gesamten preußischen Staatsgebiet nur bei knapp acht Prozent der von Hebammen geleiteten Geburten um ärztliche Hilfe nachgesucht wurde:

„Dies verdeutlicht einerseits, daß die Ärzte nur in sehr beschränktem Maße am Dienstleistungsmarkt Geburtshilfe partizipierten, andererseits aber, daß das beanspruchte Monopol auf die Behandlung von Geburtskomplikationen bis zur Mitte des 19. Jahrhunderts tendenziell und bis zum Ende des Jahrhunderts nahezu vollständig durchgesetzt war.“¹⁰²⁹

Um die Jahrhundertwende hatte sich also die Hierarchisierung der Geburtshilfe eigentlich vollständig durchgesetzt.¹⁰³⁰ Die Gynäkologen wurden bei komplizierten Geburten hinzugezogen, während die normalen Geburten von Hebammen überwacht wurden. Über die Hinzuziehung eines Arztes entschied die Hebamme, wobei sie sich strafbar machte, wenn sie bei einer „regelwidrigen“ Geburt nicht rechtzeitig den Arzt hinzuzog.¹⁰³¹ Da die Hebamme im Falle einer notwendigen Konsultation einen Arzt empfehlen konnte, waren die Ärzte häufig auf das Wohlwollen der Hebammen angewiesen.¹⁰³² Der Spielraum zwischen ärztlichen Geburtshelfern und Hebammen war enorm groß. In zahlreichen Fällen klappte die Kooperation reibungslos, jedoch fand Seidel auch einige Orte, in denen die Hebammen ihre Autonomie weit über das vorgeschriebene Maß ausdehnten. Die Struktur

¹⁰²⁷ Seidel, Kultur des Gebärens, S. 324.

¹⁰²⁸ Renetta Brandt-Wyt, Zur Hebammenfrage, in: Schreiber, Mutterschaft, S. 395-402, hier S. 401.

¹⁰²⁹ Seidel, Kultur des Gebärens, S. 327.

¹⁰³⁰ Vgl. zu den internationalen Forschungsdiskussionen: Hilary Marland/Ann-Marie Rafferty (Hg.), *Midwives, Society and Childbirth: Debates and Controversies in the Modern Period*, London/New York 1997. Vgl. auch Calixte Hudemann-Simon, *Die Eroberung der Gesundheit 1750-1900* (aus dem Französischen von Andrea van Dülmen), Frankfurt/M. 2000, hier S. 188-199; Jacques Gélis, *La sage-femme ou le médecin. Une nouvelle conception de la vie*, Paris 1988.

¹⁰³¹ Vgl. Preußisches Ministerium der Geistlichen Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten (Hg.), *Hebammen-Lehrbuch*, Berlin 1904, S. 231 (§312).

¹⁰³² Seidel, Kultur des Gebärens, S. 382.

des Verhältnisses zwischen ärztlichem Geburtshelfer und Hebamme war auf jeden Fall potenziell konfliktreich. So machten Ärzte regelmäßig die Hebammen für die bis in die neunziger Jahre hohen Zahlen der Kindbettsterblichkeit verantwortlich.¹⁰³³

Die Verantwortung für die (medizinische) Versorgung der Wöchnerin und des Säuglings lag also bei der überwiegenden Mehrzahl der Geburten bei der jeweiligen Hebamme. Die in den normativen Quellen geforderte reguläre Wöchnerinnenfürsorge sollte drei Wochen nach der Geburt andauern.¹⁰³⁴ Da gerade die ersten Lebenswochen für das Überleben der Säuglinge von großer Bedeutung waren,¹⁰³⁵ kam der Hebamme für diesen Zeitraum als Beraterin und Pflegerin der Mutter eine zentrale Rolle zu. Hierbei muss aber die große Bandbreite der Wöchnerinnenfürsorge berücksichtigt werden, denn selbst in Hebammenordnungen oder Lehrbüchern wurden die normativen Vorgaben relativiert. So riet das Preußische Hebammen-Lehrbuch von 1904:

„Wie lange die Wochenbettbesuche fortgesetzt werden sollen, hängt von dem Befinden der Wöchnerin ab. Es ist erwünscht, daß sie mindestens 3 Wochen hindurch erfolgen. Aber oft ist die große Entfernung hinderlich, die Hebamme hat auch vielleicht andre Geburten zu leiten, die Wöchnerin wünscht auch zuweilen keine Besuche mehr, dann befolge man die Regel: in der ersten Woche sind die Besuche unbedingt nötig, in der zweiten sehr erwünscht, in der dritten nützlich.“¹⁰³⁶

Insgesamt kam in dem hier untersuchten Zeitraum den Hebammen jedoch eine große Verantwortung in der Säuglingsversorgung der ersten Wochen zu. Bei normalen Geburten waren sie in der Regel die einzigen fachlich ausgebildeten Personen, die den Säugling in den ersten zwei bis vier Wochen zu Gesicht bekamen. Sie waren diejenigen, die die Wöchnerinnen zum Stillen ermutigen oder davon abraten konnten. Sie legten den Säugling an und berieten die Wöchnerin beim „Stillgeschäft“. Indem sie Sauberkeits- und Hygienevorschriften befolgten oder nicht, wirkten sie wesentlich auf die Übertragung oder Eindämmung von unterschiedlichsten Infektionen ein. Gerade bei Erstgeborenen hatten sie bei

¹⁰³³ Hauser, Über Wochenbettpflege, S. 5f.

¹⁰³⁴ Dies ist ein Bereich, in dem man die tägliche Praxis nur mit Tagebuchaufzeichnungen von Wöchnerinnen, Memoirenliteratur und vor allem mit mündlichen Befragungen rekonstruieren könnte. Auch die (amtlichen) Hebammentagebücher führen hier nicht weiter, da sie für ein kontrollierendes amtliches Publikum (z. B. Medizinalbehörde) verfasst wurden.

¹⁰³⁵ Vgl. dazu ausführlich Kap. 2 dieser Arbeit.

¹⁰³⁶ Preußisches Ministerium der Geistlichen pp., Hebammen-Lehrbuch, S. 186f. (§254).

Fragen der Lagerung, Versorgung und Kleidung des Säuglings eine erhebliche Verantwortung. Der Einfluss, den eine Hebamme bei der einzelnen Wöchnerin tatsächlich erhalten konnte, kann jedoch nicht generalisiert werden. In jedem Einzelfall konnten andere Frauen aus dem Umkreis der Mutter, wie etwa die eigene Mutter, die Schwester oder die Nachbarin diese möglicherweise weitaus mehr beeinflussen. Zudem konnte auch die umsichtigste Hebamme nichts gegen die strukturellen Probleme wie etwa zu kleine Wohnungen, schlechter Ernährungszustand der stillenden Mutter oder mangelndes Geld für Säuglingsmilch oder -wäsche ausrichten. Krankheit und Mangelernährung der Mutter waren immer potenzielle Gefahren für den Säugling, da die Stillfähigkeit eingeschränkt war und Vernachlässigung des Kindes drohte.¹⁰³⁷

Die Übernahme der Geburtskosten durch die Krankenkassen war vor dem Ersten Weltkrieg selbst bei versicherten Frauen keinesfalls die Regel.¹⁰³⁸ Bedürftigen Frauen wurden seit dem Ende des neunzehnten Jahrhunderts in größeren Städten sogenannte Armengeburtten bewilligt.¹⁰³⁹ Diese Geburten wurden in der Regel durch eine vom Armenarzt oder Armenpfleger bewilligten Armenhebamme durchgeführt. Die Hebamme sollte dafür sorgen, dass das Entbindungslager und die Wohnung notdürftig ausgestattet waren. Machte der Geburtsverlauf das Hinzuziehen eines Arztes erforderlich, dann musste die Hebamme zuerst den Armenarzt informieren.¹⁰⁴⁰ Nur in Berlin bestand freie Hebammenwahl auch bei Armengeburtten.¹⁰⁴¹ Wie schon im dritten Kapitel angeführt, war die Gefahr für mittel-

¹⁰³⁷ Hier riet das Hebammen-Lehrbuch: „Es ist sehr bedauerlich, daß heute eine große Anzahl von Müttern, besonders in den Großstädten, ihr Kind nicht stillen kann. Die Milchabsonderung ist zu gering, oder die Frauen kommen bei dem Stillen herunter. Sie magern ab, verlieren den Appetit, werden nervös[...]. Leider gibt es aber auch Frauen, welche das Kind nicht stillen wollen. Die Hebamme mache es sich zur Regel, in allen Fällen, wo das Stillen möglich erscheint, auf das Stillen zu dringen“. Vgl. Preußisches Ministerium der Geistlichen pp., Hebammen-Lehrbuch, S. 184 (§250).

¹⁰³⁸ In Dresden wurde diese Regelung der örtlichen Dienstbotenkrankenkasse wie folgt begründet: „Bei der Dienstbotenkrankenkasse kommen fast ausschließlich weibliche Personen in Frage, bei welchen schon vom Standpunkt der Sittlichkeit aus und mit Rücksicht auf das enge Zugehörigkeitsverhältnis, in dem dieselben zu den Herrschaften stehen, Schwangerschaft und Entbindung nicht vorkommen sollten“. Zit. nach Tugendreich, Mütter- und Säuglingsfürsorge, S. 225.

¹⁰³⁹ Nach der Jahrhundertwende ist in einigen Städten die kommunale Übernahme der Hebammentaxen bei Armengeburtten von streikenden Hebammen selbst durchgesetzt worden, vgl. Kerchner, Beruf und Geschlecht, S. 188f.

¹⁰⁴⁰ Münsterberg, Wöchnerinnenpflege, S. 37ff. und Tugendreich, Mütter- und Säuglingsfürsorge, S. 227f.

¹⁰⁴¹ Ebd., Mütter- und Säuglingsfürsorge, S. 228.

lose Gebärende, bei der Geburt ohne Hebammenhilfe da zu stehen, sehr groß, da die Gebühren für die Hebammen bei Armengeburt sehr niedrig waren.

Im Laufe des 19. Jahrhunderts wurden die Wochenbettbesuche der Hebamme mehr und mehr in der Form rationalisiert, indem bestimmte medizinische Überwachungstätigkeiten wie etwa Fieber messen und Puls fühlen, als regelmäßige Tätigkeit verlangt und kontrolliert wurden. Wie Labouvie ausgeführt hat, entwickelte sich das Hebammentagebuch vom persönlichen Notiz- und Erinnerungsbuch zu einem amtlichen Dokument, in dem diese Tätigkeiten nachgewiesen werden mussten.¹⁰⁴² Diese Rationalisierung der Hebammentätigkeit lag im Interesse der Medizinalbehörden und der Ärzteschaft, die diese zu einem medizinischen Assistenzberuf mit klar geregelter Ausbildung und Kompetenz formen wollten. Im Spannungsfeld von medizinischer Spezialisierung und Professionalisierung fand auch die Diskussion um die Hebammenreform statt, die gegen Ende des 19. Jahrhundert noch einmal erhebliche Dimensionen einnahm. In dieser Debatte wurde nicht nur die uneinheitliche und unzureichende Ausbildung der Hebammen kritisiert, sondern auch die unsichere und schlechte Bezahlung und die mangelnde Altersabsicherung. Diese beiden Kritikpunkte wurden von den verschiedenen an der Diskussion Beteiligten in einen klaren Zusammenhang gesetzt:

„[...] die boshafte, mit gemeinsten Mitteln niederer Klatscherei kämpfende Konkurrenz, eine rohe, urdumme, am Aberglauben hängende Klientel, welche mißtrauisch jede auf Reinlichkeit und Desinfektion abzielende Maßregel der jungen Hebamme als schädliche und lästige Quälerei empfindet, manchmal auch über Asepsis recht sonderbar denkende und darnach handelnde Ärzte, vor allem aber die unwürdige niedere social-ethische und materielle Berufsstellung, das sind die Faktoren, welche dieses Degenerieren in wenigen Jahren [...] zustande bringen. Die schlimmsten dieser Faktoren sind unzweifelhaft die genannten letzten zwei, die geringe Wertschätzung und Achtung, die der Stand sich bis heute zu erwerben verstand, und dann die äußerst prekäre, manchmal geradezu jämmerliche Bewertung und Entlohnung, die ihm von seiten des Publikums zuteil wird: selbst als ob schon an dem Wort Hebamme etwas Minderwertiges, Entehrendes hinge, so sehr sträuben sich Frauen und Mädchen auch oft der niedrigen Stände, die es eben nicht absolut ‚nötig haben‘ gegen die Zumutung, für den Beruf sich herzugeben;“¹⁰⁴³

¹⁰⁴² Labouvie, Beistand in Kindsnöten, S. 308f.

¹⁰⁴³ Hauser, Über Wochenbettspflege, S. 7f.

Gegen Ende des 19. Jahrhunderts besaßen Hebammen weder gesellschaftliche Anerkennung noch Respekt, geschweige denn ein finanzielles Auskommen. Die materielle Lage der meisten Hebammen – insbesondere der auf dem Lande – sah schlicht und einfach katastrophal aus. Wenn staatlich festgelegte Gebühren bestanden, dann wurden sie jedoch nicht eingehalten.¹⁰⁴⁴ Für einige badische Kreise errechnete Wilhelm Hauser 1897 ein durchschnittliches Jahreseinkommen von 172 Mark pro Hebamme.¹⁰⁴⁵ Dieses Einkommen lag noch unter dem Verdienst einer Tagelöhnerin. Auch im Alter bestand für die Hebammen keine institutionalisierte Form der Absicherung, sie fielen der Armenfürsorge anheim oder mussten bis ins hohe Alter tätig sein, eine Entwicklung, die sich wiederum negativ auf das Ansehen des Berufsstandes auswirkte.¹⁰⁴⁶ Der Beruf mit seinen unplanbaren Arbeitszeiten, die fachliche Isolierung als häufig einzige Hebamme in einem Bezirk bzw. die harte Konkurrenz – wenn zwei oder mehr Hebammen tätig waren – um den sowieso schon kärglichen Verdienst, die weiten Wege, die geringe Vorbildung der Hebammen erschwerten die Gründung eines Berufsverbandes erheblich. Die Gewerbeordnung von 1869, die spätere Reichsgewerbeordnung von 1871, in der das Hebammenwesen als Gewerbe zugelassen worden war, hatte sich für die Hebammen als „Danaergeschenk“ erwiesen, da sich der zunehmende Konkurrenzdruck häufig zur existenziellen Bedrohung auswuchs.¹⁰⁴⁷

Die wachsende Konkurrenz und die zurückgehende Geburtenziffer führten in den 1880er und 1890er Jahren dazu, dass die Reform des Hebammenwesens und der Wochenpflege nicht nur von männlichen Sozialreformern und Hebammenlehrern diskutiert wurde, sondern dass sich die Hebammen selbst zu Berufsorganisationen zusammenfanden. Nach der Gründung des Berliner Hebammenvereines 1885 bildeten sich zahlreiche weitere Ver-

¹⁰⁴⁴ Ebd.

¹⁰⁴⁵ Ebd., S. 8f.

¹⁰⁴⁶ „[...] wenn Hebammen bis über das 70., ja über das 80. Lebensjahr hinaus ihren Beruf versehen müssen; wenn die Kreisärzte sich bei körperlichem oder geistigem Mangel der Hebammen scheuen, die Entziehung des Prüfungszeugnisses zu beantragen, da niemand für das Alter der Hebammen sorgt, so liegt hier noch viel, ja eigentlich alles im Argen. Kann man sich da wirklich noch der Hoffnung hingeben, daß geistig und moralisch besser befähigte Frauen sich diesen Beruf erwählen und daß sie gar mit Liebe oder Begeisterung ihren Pflichten nachkommen?“ Siehe Köstlin, Hebammenwesen, in: Otto Rapmund (Hg.), Das Preussische Medizinal- und Gesundheitswesen in den Jahren 1883-1908, Berlin 1908, S. 384-402, hier S. 396.

¹⁰⁴⁷ (§ 30 RGO) vgl. dazu Uebe, Die rechtliche Situation, S. 8f. und Brennecke, Frauenhülfe, S. 2.

bände, die sich auf dem ersten deutschen Hebammentag 1890 in Berlin zu einem Dachverband, der „Vereinigung Deutscher Hebammen (VDH)“ zusammenfanden.¹⁰⁴⁸

Anders als in Preußen¹⁰⁴⁹ und Baden sah die Situation in Sachsen aus. Hier bestand ein Bezirkshebammensystem, das den Hebammen ein Einkommen von 400-500 Mark im Jahr und eine entsprechende Altersversorgung garantierte. Diese Einrichtung wurde in der Diskussion um das Hebammenwesen immer wieder als vorbildlich angeführt. Das Hebammenwesen in Preußen war durch die dualistische Zuständigkeit von Staats- und Provinzialbehörden sehr uneinheitlich geregelt; Kritiker bemängelten die dadurch entstehenden Reibungsverluste.¹⁰⁵⁰

Eine 1883 in Preußen erlassene allgemeine Verfügung hatte kurzfristig Hoffnung auf eine Hebung des Berufsstandes gefördert. Sie blieb jedoch wirkungslos, denn sie konnte keine Gesetzeskraft erlangen, sondern hatte in Fragen der Besoldung und der Vorbildung der Hebammen eher appellativen Charakter.¹⁰⁵¹ Nachdem deutlich wurde, dass die Reform des Hebammenwesens davon kaum profitieren konnte, wurde die Diskussion um die Jahrhundertwende noch einmal erheblich lebhafter. 1908 wurde die Hebammenfrage auch im Reichstag diskutiert, jedoch konnte die Diskussion mit dem Verweis von Bethmann Hollweg (Staatssekretär des Innern) beendet werden, dass die Regelung des Hebammenwesens Sache der einzelnen Bundesstaaten sei und sich nicht für eine reichsgesetzliche Regelung eigne.¹⁰⁵²

¹⁰⁴⁸ Vgl. dazu Uebe, Die rechtliche Situation, S. 15f. und Kirsten Tiedemann, Hebammen im Dritten Reich: Über die Standesorganisation für Hebammen und ihre Berufspolitik, Frankfurt/M. 2001, hier S. 16.

¹⁰⁴⁹ Eine Ausnahme in Preußen machte der Kreis Liebenwerda, wo der spätere Medizinalrat im preuß. Kultusministerium Eduard Dietrich ein Bezirkshebammensystem organisierte, das den Hebammen ebenfalls ein Mindesteinkommen von 450 Mark garantierte.

¹⁰⁵⁰ „Jetzt untersucht der Staatsbeamte die sich zur Ausbildung meldenden Frauen auf ihre Brauchbarkeit, der Provinzialbeamte bildet sie aus oder entläßt sie wegen Untauglichkeit, der Staatsbeamte beaufsichtigt sie und hält, zum Teil mit dem Provinzialbeamten, Nachprüfungen ab, und der Provinzialbeamte muß nun wieder die Hebammen, welche ihm vom Staatsbeamten zum Wiederholungskurs geschickt werden, weiter bilden. Wieviel Reibeflächen zwischen Staats- und Provinzialbehörden, wieviel erschwerende Schreiberei sind damit geschaffen, da die Berichte durch die vorgesetzten Behörden des Staates und der Provinz zu gehen haben!“ Köstlin, Hebammenwesen, S. 389.

¹⁰⁵¹ Ebd.

¹⁰⁵² Stenographische Berichte zu den Verhandlungen des Reichstags, 12. Leg., 1. Session, 1908, Bd. 231, S. 3835 (13. März 1908).

Obwohl es in Preußen bis in das zwanzigste Jahrhundert hinein zahlreiche Versuche gegeben hat, durch verschiedene Erlasse Schülerinnen mit besserer Vorbildung und aus so genannten „besseren Schichten“ für den Hebammenberuf zu gewinnen und die Anforderungen an die Hebammen zu erhöhen, konnte die Wurzel des Übels nicht beseitigt werden. Ohne eine höhere Bezahlung konnten keine besser vorgebildeten Anwärtinnen gewonnen werden. So musste ein Hebammenlehrer noch 1908 konstatieren:

„Daß diese Hilfsmittel, das Hebammenwesen durch Steigerung der Anforderungen von Schülerinnen und Hebammen zu heben, ihren Zweck nicht erfüllen konnten, war vorausgesagt und ist durch die Zeit bewiesen. Eine bessere Auswahl und damit eine bessere Ausbildung ist einfach unmöglich, so lange sich nur die ärmsten und ungebildetsten Frauen, und auch sie nur aus Not, zu diesem Berufe melden. Ein besseres Schülerinnenmaterial ist eben nur zu erzielen durch wirtschaftliche Hebung des Standes.“¹⁰⁵³

Die Hebammen selbst wollten allerdings auch ihre „proletarischen“ Wurzeln erhalten und wehrten sich gegen die „sich zierenden Bürgerstöchter“.¹⁰⁵⁴

Insofern konnten die Reformziele in Preußen nicht verwirklicht werden: Den Hebammen wurden nur mehr Pflichten auferlegt, aber die Reformen führten nicht zu einer Verbesserung ihrer beruflichen und finanziellen Lage.¹⁰⁵⁵

Diese fehlgeschlagenen Reformversuche hatten ihre Ursache nicht zuletzt darin, dass der Beruf der Hebammen sich gegen Ende des 19. Jahrhunderts durchaus auf dem Prüfstand befand. Zahlreiche Ärzte sahen einfach mit schlichter Ablehnung, Arroganz und Verachtung auf die Hebammen herab.¹⁰⁵⁶ Seit den 1890er Jahren wurde offen über die Abschaffung des Berufes diskutiert.¹⁰⁵⁷ Möglicherweise ist dies auch eine Erklärung dafür,

¹⁰⁵³ Köstlin, Hebammenwesen, S. 394f.

¹⁰⁵⁴ Zit. nach Kerchner, Beruf und Geschlecht, S. 194.

¹⁰⁵⁵ Rissmann, Unterricht und Fortbildung der Hebammen auf dem Gebiete der Säuglingsheilkunde und Säuglingsfürsorge, in: III. Internationaler Kongress für Säuglingsschutz, S. 270-291, hier S. 273.

¹⁰⁵⁶ Die Ärzte beklagten immer wieder Dummheit, mangelnde Bildung und fehlendes Gewissen. Vgl. etwa E. Kehrer, Bedeutung, Aufgaben und Organisation der Mutter-, Säugling- und Kleinkindfürsorge, in: Zeitschrift für Bevölkerungspolitik und Säuglingsfürsorge 9 (1917), S. 162-220 und S. 230-243, hier S. 169; Hauser, Über Wochenbettspflege, 7f.

¹⁰⁵⁷ So auch die Einschätzung von Nora Szász, die zur Zeit eine Dissertation über die Berufsverbände der Hebammen im Deutschen Kaiserreich verfasst; vgl. den bislang unveröffentlichten Vortrag (Aller Anfang... Zur Geschichte der Geburt, Tagung des Vereins für Sozialgeschichte in Wien, Oktober 2002): Organisierte Hebammen. Zur Genese ihrer Berufsverbände im deutschen Kaiserreich.

dass die Refomversuche der preußischen Regierung halbherzig blieben und nicht über einige Verordnungen hinausgingen.

Bot die Säuglingsfürsorge den Hebammen in dieser Situation eine Möglichkeit, ihre Stellung zu verbessern? Wie sah ihre Beteiligung an dieser Fürsorgebewegung aus?

Als Geburtshelferinnen und Betreuerinnen der Frauen und Kinder im Wochenbett und in der Nachsorge war die Arbeit der Hebammen für die Senkung der Sterblichkeitszahlen von enormer Bedeutung.¹⁰⁵⁸ Sie konnten am Ausbau der Säuglingsfürsorge in mehrfacher Hinsicht beteiligt werden. Sie konnten auf der einen Seite ausführende Vermittlerinnen bürgerlicher Säuglingsfürsorge sein, waren gleichzeitig aber auch Zielgruppe der pädiatrisch-gynäkologischen und fürsorgerischen „Aufklärungsmission“ auf der anderen.

Wie auf den Kongressen für Säuglingsfürsorge deutlich wird, ging es bei dieser Frage vor allem um den Einflussbereich der verschiedenen Fachärzte. Die sich schnell etablierende Kinderärzteschaft hatte kein Interesse an einer Förderung des Hebammenwesens, da die Hebammen als Assistentinnen der Gynäkologen und Geburtshelfer angesehen wurden. Die Kinderärzte wollten sich mit der Säuglingsschwester eigenes medizinisches Assistenzpersonal verschaffen, das speziell auf ihre Bedürfnisse zugeschnitten war, da sie auf die Hebammen weniger Zugriff und Einfluss hatten. Hebammen wurden für zahlreiche Missstände in der Säuglingsfürsorge verantwortlich gemacht. An erster Stelle stand der Vorwurf, sie förderten das Stillen nicht energisch genug.¹⁰⁵⁹ Für die Kinderärzte war vor allem die Werbekampagne der Nahrungsmittelindustrie in den Hebammenzeitungen ein Dorn im Auge. Zudem bekamen die Hebammen von der Firma Backhaus eine Prämie von 3 Mark, wenn sie es erreichen konnten, dass der Säugling mit dieser Milchmischung ernährt wurde.¹⁰⁶⁰

¹⁰⁵⁸ „Die eigentlichen Berater der Frau aus dem Volke in der Pflege des gesunden oder mindestens des für gesund gehaltenen Kindes, des Neugeborenen wie des älteren Säuglings sind [...] nach wie vor die Hebammen.“ Vgl. Schlesinger, *Moderne Säuglingsfürsorge*, S. 29; vgl. auch Tugendreich, *Mütter- und Säuglingsfürsorge*, S. 166-186.

¹⁰⁵⁹ Salge, *Stillprämien*, S. 66.

¹⁰⁶⁰ Ebd., S. 66f.

Wie Schlossmann sich die Weiterbildung der Hebammen vorstellte, erläuterte er auf dem I. Deutschen Kongress für Säuglingsschutz in Dresden:

„Kein Mensch hat verlangt, den Hebammen weitere Rechte zu geben, sondern wir verlangen, ihnen weitere Kenntnisse zu geben. [...] an den Beratungsstellen und Kliniken, den Polikliniken können den Hebammen kranke Kinder gezeigt werden, nicht etwa um die Pathologie der Säuglingskrankheiten vor ihnen zu erörtern, sondern um ihnen zu zeigen: ‚Seht hier, dass das Kind so aussieht, hat der Unverständ eurer Kolleginnen fertig gebracht.‘ Und wenn dann das Kind an die Brust gelegt wird, und die Hebamme es in 14 Tagen wieder sieht, dann wird sie den Unterschied zwischen natürlicher und unnatürlicher Ernährung besser erkennen als durch den schönsten theoretischen Vortrag. Auf diese Weise sollen die Hebammen fortgebildet werden.“¹⁰⁶¹

Schloßmann gehörte hier schon zu den fortschrittlicheren Vertretern seiner Zunft. Gerade der von ihm geleitete VfS Düsseldorf etablierte zahlreiche Einrichtungen zur Weiterbildung von Hebammen. Die meisten Kinderärzte lehnten eine Weiterbildung der Hebammen über das Allernotwendigste hinaus zunächst völlig ab. Diese Haltung musste allerdings auf dem vier Jahre später stattfindenden 3. Internationalen Kongress für Säuglingsschutz etwas modifiziert werden. Hier wurde allgemein die Notwendigkeit anerkannt, die Hebammen zumindest bei der Stillpropaganda verstärkt in die Säuglingsfürsorge einzubeziehen. Man kam an den Hebammen nicht vorbei. Auf der Konferenz kam es zwischen den Vertretern der Geburtshilfe und den Vertretern der Pädiatrie zu einer kontroversen Diskussion über Kompetenzen und Befugnisse der Hebammen.¹⁰⁶² Die Pädiater, die die Befugnisse und Ausbildungsfelder möglichst klein halten wollten, stimmten einer Weiterbildung der Hebammen in Säuglingspflege nur unter der Bedingung zu, dass diese Ausbildung durch Kinderärzte erfolgen sollte.¹⁰⁶³ Sie wünschten, beim Hebammenunterricht

¹⁰⁶¹ Schlossmann, Stenographischer Bericht über die Verhandlungen des I. Deutschen Kongresses für Säuglingsschutz.

¹⁰⁶² Dies wird etwa kritisiert bei Suessmann, Die Hebamme in der Säuglingsfürsorge. – Epikritische Betrachtungen zum III. Internationalen Kongreß für Säuglingsschutz und zum II. Internationalen Hebammenkongreß, in: Zeitschrift für Medizinalbeamte 24 (1911), S. 770-772, hier S. 770. Der Verfasser (Kreisassistentenarzt) kritisiert die Abwertung der Hebammen in der Säuglingsfürsorge und betont, dass „für die Ausbreitung der Säuglingsfürsorge im Großen, wie die Verhältnisse jetzt liegen, in erster Linie der Kreisarzt und die Hebamme in Betracht kommen.“

¹⁰⁶³ „Es ist nun ein merkwürdiger Streit darüber entstanden, wer diesen Unterricht [in der Säuglingsfürsorge S. F.] erteilen soll. Der Leiter eines Säuglingsheims oder einer Gebäranstalt?“ Vgl. Heinrich Fritsch, Hebung des Hebammenstandes durch Fortbildung in der Säuglingshygiene, in: ZfS 1 (1906/7), S. 392-401, hier S. 398.

mitwirken zu können, um den Hebammen entsprechende Kenntnisse in der Säuglingspflege zu vermitteln und gleichzeitig deutlich zu machen, bei welchen Störungen der Kinderarzt aufgesucht werden müsste.¹⁰⁶⁴ Gerade in der Frage der Stillfähigkeit wurde der Rat der Hebamme kritisiert.¹⁰⁶⁵ Bruno Salge forderte, dass die Hebammen einen Säugling sofort an den Arzt überweisen müssten, sobald er nicht mehr gestillt werde.

„Künstliche Nahrung darf nicht von den Hebammen verordnet, noch viel weniger darf von ihnen ein Ernährungsergebnis beurteilt werden, dazu ist unbedingt eine ärztliche Ausbildung notwendig, eine Kenntnis in der Stoffwechsellkunde, die natürlich für die Hebamme nicht möglich ist. So leicht ist die Kinderheilkunde denn doch nicht [...]“.¹⁰⁶⁶

Siegert aus Köln wurde noch deutlicher:

„Die Hebamme soll gar nichts lernen von der künstlichen Ernährung kranker oder auch gesunder Kinder. Sie soll nur lernen, dass und wann gestillt werden muss, weiter nichts. Wenn sie aber darüber hinaus etwas von Kinderernährung lernen soll, dann vom Pädiater.“¹⁰⁶⁷

Schon 1905 hatte der Solinger Arzt Paul Selter gefordert, den Hebammen zu verbieten, selbständig eine künstliche Ernährung einzuleiten.¹⁰⁶⁸ Diese Ansicht wurde allerdings von seinen Kollegen als „leider“ undurchführbar zurückgewiesen.¹⁰⁶⁹ Aber sie betonten:

„[...] allmählich muss sich das Publikum daran gewöhnen, dass die Behandlung eines wie auch immer erkrankten Säuglings Sache des Arztes und nicht der Hebamme ist.“¹⁰⁷⁰

Die Vertreter des noch sehr jungen, aber umso stimmkräftigeren Faches Kinderheilkunde versuchten, ihre Ziele durch Abgrenzung zur Gynäkologie zu erreichen. Dagegen waren

¹⁰⁶⁴ Rissmann, Unterricht und Fortbildung der Hebammen, S. 275.

¹⁰⁶⁵ Obwohl bei nichtgestillten Säuglingen die Hebammen deutlich weniger als die Ärzte zum Nichtstillen geraten hatten, wurde gefordert, den Hebammen die Beratung zu entziehen, dagegen sollten den Ärzten vermehrt Möglichkeit gegeben werden, sich in Kinderheilkunde fortzubilden. Vgl. Paul Selter, Die Notwendigkeit der Mutterbrust für die Ernährung der Säuglinge, in: Centralblatt für allgemeine Gesundheitspflege 21 (1902), S. 377-393, hier S. 385f.

¹⁰⁶⁶ Salge, Wortbeitrag in: III. Internationaler Kongress für Säuglingsschutz, S. 296.

¹⁰⁶⁷ Siegert, Wortbeitrag in: III. Internationaler Kongress für Säuglingsschutz, S. 296.

¹⁰⁶⁸ Vgl. Verhandlungen der Gesellschaft für Kinderheilkunde vom 25. September 1905, in: Jahrbuch für Kinderheilkunde N.F. 12 (1905), S. 570-573 und Fritsch, Hebung des Hebammenstandes, S. 394.

¹⁰⁶⁹ Vgl. Verhandlungen der Gesellschaft für Kinderheilkunde vom 25. September 1905, S. 570-573. „Wird den Hebammen jede Mitwirkung bei Einrichtung der künstlichen Ernährung untersagt, so müßte fast in jedem Falle der Arzt sofort post partum zugezogen werden. Das wird aber nicht durchführbar sein. Gäbe es auch genug Ärzte, so würden die armen Leute den Arzt nicht rufen und nicht bezahlen wollen [...]“ Vgl. Fritsch, Hebung des Hebammenstandes, S. 396.

¹⁰⁷⁰ Salge/v. Franqué/Dietrich, Entbindungsanstalten, S. 51.

die Gynäkologen und der Geburtshelfer eher daran interessiert, die Hebammen in Säuglingspflege umfassend auszubilden und sie auf diesem Gebiete tätig sein zu lassen.

„Seit Jahrzehnten rufen wir Geburtshelfer nach einer Reform des Hebammenwesens und einer Verbesserung der Stellung der Hebammen in materieller und sozialer Beziehung. Wir haben so gut wie nichts erreicht. Die Pädiatrie ist eine junge Wissenschaft und ich möchte sie einem strammen Jungen vergleichen, der mit kräftiger Stimme sein Recht in der Welt geltend macht und es auch erreicht, dass man ihn an der massgebenden Stelle hört. Wir Geburtshelfer werden es mit der herzlichen Freude begrüßen, wenn dieser stramme Junge seine kräftige Stimme auch einmal für die Verbesserung des Hebammenwesens hören lässt und wenn er es erreichen wird, dass wir einen ausgebildeten bezahlten Hebammenstand bekommen. – Dann werden auch wir Geburtshelfer nichts mehr dagegen haben, wenn die geburtshilfliche Schwester der Zukunft sich, wenn nötig, zeitweilig in eine Säuglingsschwester umwandelt.“¹⁰⁷¹

Der sich seit Jahren für eine Reform des Hebammenwesens und der Wochenpflege einsetzende Magdeburger Arzt Johannes Brennecke äußerte seine Verstimmung über die anmaßenden Pädiater deutlich:

„Der Geburtshelfer ist doch wahrlich kein Neuling in der Säuglingsbehandlung, und ich begreife nicht, mit welchem Rechte ihm plötzlich von strebsamen Pädiatern die Fähigkeit abgesprochen werden darf, sich auch fernerhin in der Säuglingshygiene zu betätigen und den Hebammenschülerinnen den hierin erforderlichen Unterricht zu erteilen.“

Er fuhr fort, dass auch die Pädiater die von den Geburtshelfern seit Jahrzehnten eingeklagte notwendige Reform nicht durchführen könnten, wenn nicht durch bessere Bezahlung und größeres öffentliches Ansehen „durchweg bildungsfähige, auf einem höheren intellektuellen und sozialen Niveau stehende Persönlichkeiten“ für die Hebammenausbildung erreicht werden könnten.¹⁰⁷² Er kritisierte, dass sich die Geburtshelfer seit Jahrzehnten für eine Verbesserung der Gesundheit der Mütter und Wöchnerinnen einsetzten, ohne ein breites öffentliches Publikum zu finden, dass sich die Frage der Säuglingssterblichkeit aber nun geradezu zu einem „offiziellen Wohlfahrtsrennen“ entwickelt habe.

¹⁰⁷¹ V. Franqué, Wortbeitrag in: III. Internationaler Kongress für Säuglingsschutz, S. 291-292, hier S. 292.

¹⁰⁷² „Die Hebammenfrage ist in erster Linie eine Finanzfrage!“ Brennecke, Hebung des Hebammenstandes, hier 405.

„Darf man hoffen, daß sich nun endlich die Überzeugung Bahn brechen wird, daß es vor allem der *Wöchnerinnen* und zahlloser Mütter Not ist, die das Sterben und Verderben auch der Säuglinge bedingt [...].“¹⁰⁷³

Die Frage, welche Aufgaben die Hebammen in der Säuglingsfürsorge übernehmen sollten, war vor allem deshalb so schwer zu beantworten, da viele Kinderärzte am liebsten ganz auf sie verzichten wollten. 1916 konstatierte der preußische Innenminister:

„Wie sich aus verschiedenen Beobachtungen ergibt, herrscht an manchen Stellen die Auffassung, daß die Hebammen durchweg für die Mitwirkung an den Bestrebungen der Säuglingsfürsorge ungeeignet und daher beim Ausbau dieses Zweiges der Fürsorge auszuschalten seien.“¹⁰⁷⁴

Die Kinderärzte zielten darauf, alle Tätigkeiten im Wochenbett, die über die reine Versorgung der Wöchnerin hinausgingen, in ihren Verantwortungsbereich zu übernehmen. Die Hebammen wurden als lästige Überbleibsel dargestellt, die aus einer Zeit stammten, in der rationelle Säuglingspflege noch ein Fremdwort war.¹⁰⁷⁵ Die Pädiater konnten erreichen, dass die Mitarbeit der Hebammen gewissermaßen als Parameter für Modernisierung galt; dort, wo die Säuglingsfürsorge nach „großstädtischem“ Muster organisiert werden konnte, waren die Hebammen an der Säuglingsfürsorge kaum beteiligt. Nur auf dem Lande waren sie unverzichtbar und ihre Mitarbeit wurde hier geduldet.¹⁰⁷⁶

So bot die Säuglingsfürsorge die Möglichkeit, den Führungsanspruch der Ärzteschaft nicht nur inhaltlich-fachlich, sondern auch räumlich auszudehnen: Die städtischen Hebammen waren schon überwiegend der Kontrolle durch die Ärzteschaft ausgesetzt und hatten in der Ausübung ihrer Tätigkeit eher assistierende Funktionen, dagegen konnten die Hebammen auf dem Lande noch weitgehend selbständig Geburten betreuen und die Nachsorge der Neugeborenen übernehmen.¹⁰⁷⁷ Mit der Durchsetzung der Fürsorgemaßnahmen auch in ländlichen Gebieten, ein wesentliches Ziel der neugegründeten Säuglingsfürsorgeorganisationen, konnten auch die ländlichen Hebammen erreicht und administrativ stärker kontrolliert werden.

¹⁰⁷³ Ebd., S. 413.

¹⁰⁷⁴ HSA Düsseldorf, Reg. Düsseldorf, 53851, Verfügung des Minister des Innern v. 7. Nov. 1916.

¹⁰⁷⁵ „Die Vorbehalte gegenüber den Hebammen führten dazu, dass sie bei der Durchsetzung der Säuglingsfürsorge nur dort zum Zuge kamen, wo es sozusagen keine andere Möglichkeit gab.“ Vgl. Schabel, Soziale Hygiene, S. 279.

¹⁰⁷⁶ Vgl. Schabel, Soziale Hygiene, S. 280.

¹⁰⁷⁷ Vgl. zu den Landhebammen etwa Labouvie, Beistand in Kindsnöten, hier vor allem S. 16f.

Die Hebammen mussten sich durch die zahlreichen Aus- und Weiterbildungsbestrebungen der Säuglingsfürsorgeinstitutionen in ihrer Autonomie zunehmend eingeschränkt fühlen. Vor dem Hintergrund des kaum reformierten Hebammenwesens, das nur einen recht kärglichen Lebensunterhalt sicherte, und der mangelhaften Ausbildung vieler Hebammen, ist zu vermuten, dass die Motivation für ein Engagement in der Säuglingsfürsorge eher niedrig war. Die Ausdifferenzierung der verschiedenen Berufe im Umfeld von Geburt und Wochenbett führte zur Einschränkung der beruflichen Autonomie der Hebamme. Insofern war es nicht nur der Führungsanspruch der Ärzte, der von zahlreichen Hebammen als bedrohlich wahrgenommen wurde, diese Erklärung würde zu kurz greifen. Es waren die zahlreichen plötzlich entstehenden Berufe, die potenzielle Konkurrenz gerade im heiß umkämpften Feld der betuchten Patientinnen bedeuten konnten.¹⁰⁷⁸ In diesem Zusammenhang wurde auch die Zunahme von Wöchnerinnenheimen von den Hebammen mit Misstrauen gesehen.¹⁰⁷⁹ Auch waren die Hebammen durch den Geburtenrückgang wirtschaftlich betroffen.¹⁰⁸⁰

Ein Hebammenlehrer kritisiert die Zunahme der medizinischen Hilfsberufe im Zusammenhang mit der Wochenbettpflege auf dem Kongress für Säuglingsfürsorge 1911:

„Für alle anderen Verhältnisse [außer den großstädtischen S.F.] glaube ich, dass speziell vorgebildete Wochenbettpflegerinnen oder Säuglingsschwestern unnötig sind und ausserdem im Hinblick auf den Hebammenstand äusserst schädlich wirken würden. Wir Hebammenlehrer insbesondere sollten erst eine würdige Stellung und angemessene Bezahlung für unsere Hebammen wünschen und nicht diese absolut notwendige Reform gefährden durch den Ruf nach Wochen- und Säuglingspflegerinnen, für die ein allgemeines Bedürfnis meiner Meinung nach auch gar nicht vorliegt.“¹⁰⁸¹

So wandte sich die Vertreterin der Hebammen, Olga Gebauer, gegen die Einführung von Säuglingsschwestern:

„Für die Säuglingsschwestern oder die Säuglingspflegerinnen wird eine einjährige Ausbildung verlangt. Wir Hebammen verlangen, wenn dafür Mittel vorhanden

¹⁰⁷⁸ Schlesinger, *Moderne Säuglingsfürsorge*, S. 58.

¹⁰⁷⁹ Als ein Hebammenlehrer auf einem Delegiertentag die Wöchnerinnenheime als private Entbindungsanstalten und als Konkurrenzunternehmen darstellte, erntete er stürmischen Beifall in der Versammlung. Vgl. Brennecke, *Errichtung von Heimstätten*, hier S. 70.

¹⁰⁸⁰ Vgl. Tiedemann, *Hebammen*, S. 17 und Burger, *Storchentante*, S. 119.

¹⁰⁸¹ Rissmann, *Unterricht und Fortbildung der Hebammen*, S. 271.

sind, für die ältere ‚Schwester‘ Hebamme solche bereit zu halten und sie aufzuwenden [...], dann wird die Hebammenschaft ebenso Tüchtiges zu leisten imstande sein, wie die Säuglingspflegerinnen.“¹⁰⁸²

Bedrohlich für die Hebammen war nicht nur, dass die Säuglingspflegerinnen aus kleinbürlichem Milieu stammten, sondern auch die unterschiedlichen Voraussetzungen in der Vorbildung. So wurde etwa von der Säuglingsschwester die höhere Töchterbildung als Vorbedingung für die Ausbildung gefordert, während die Hebamme nur über die Volksschulbildung verfügen sollte.¹⁰⁸³ Die Bemühungen der Ärzteschaft, die Säuglingspflegerinnen ausreichend auszubilden, wurden von den organisierten Hebammen mit unverhohlenem Misstrauen betrachtet:

„Seitdem von moderner Säuglingspflege gesprochen wird, wird die Anschauung immer mehr verbreitet, dass die Hebammen dieselbe nicht verstehen und auch nicht mehr bildungsfähig dafür sind [...]. Gerade in den Bestrebungen, die Säuglingspflegerinnen und Fürsorgerinnen so gründlich als möglich auszubilden, und sie sodann möglichst zu versorgen, sehen die Hebammen eine beneidenswerte Bevorzugung [...]. Wir können [...] angesichts der berechtigten Bestrebungen, in den Stand der Säuglingspflegerinnen nur Personen mit einer gediegenen Allgemeinbildung und mit einer zweijährigen Ausbildungszeit zu nehmen, mit einer Ausbildungszeit von 9 Monaten für Hebammen nicht mehr zufrieden sein.“¹⁰⁸⁴

Seit der Jahrhundertwende wurde auf den Delegiertentagen der Hebammen regelmäßig über die Fälle berichtet, in denen Wochenpflegerinnen die Hebammen bei der Betreuung der Wöchnerin verdrängt hatten.¹⁰⁸⁵ Die Landhebamme Lisbeth Burger beschreibt in ihren Erinnerungen, wie sie die Ausdifferenzierung der verschiedenen geburtshilflichen Berufe und den Professionalisierungsprozess der Medizin persönlich erlebte:

„Wenn in gut situerter Familie heute ein Kind auf die Welt kommt, so ist das ein furchtbares Ereignis. Da wartet nun schon seit zwei Wochen eine Wochenpflegerin auf den großen Moment, da sie in Aktion treten kann. Eine Säuglingsschwester ist gestern eingetroffen: Die Amme wartet auf telegraphischen Bescheid [...]. Der Arzt muß alle zwei Tage nachschauen. Ein Professor aus der Stadt war bereits zweimal da. Und endlich holte man mich auch dazu. So stehen nun viele Leute umeinander, reden viel und dumm.“¹⁰⁸⁶

¹⁰⁸² Olga Gebauer, Wortbeitrag in: III. Internationaler Kongress für Säuglingsschutz, S. 294.

¹⁰⁸³ Vgl. auch Kerchner, Beruf und Geschlecht, S. 194.

¹⁰⁸⁴ Olga Gebauer, Aussprache, in: Bericht über die III. Landeskonferenz der Preussischen Landeszentrale für Säuglingsschutz, S. 61.

¹⁰⁸⁵ Kerchner, Beruf und Geschlecht, S. 196.

¹⁰⁸⁶ Burger, Storchentante, S. 116f.

Auch im Preußischen Hebammenlehrbuch wurde betont, dass die Hebamme nur Aufgaben in der Wochenpflege übernehmen dürfe, wenn die Wöchnerinnen keine Wochenpflegerin wünsche. Sie dürfe sich gegen diesen Wunsch nicht sträuben, da ihr so auch mehr Zeit für ihre eigentliche Aufgabe, der Geburtsbetreuung bliebe.¹⁰⁸⁷

Für die Pflege der Wöchnerinnen im eigenen Heim setzte sich mehr und mehr die Einrichtung der Hauspflege durch.¹⁰⁸⁸ Die Hauspflegerinnen stammten aus der Arbeiterschicht und verfügten nicht über eine medizinische Vorbildung: „Da die Hauspflege das ersetzen soll, was unter gewöhnlichen Verhältnissen die Hausfrau leistet, eignen sich dazu am besten Frauen und Mädchen aus der Arbeiterbevölkerung auch deshalb, weil sie mit dem geringen Einkommen eines Tagelöhners einen Haushalt zu führen wissen“.¹⁰⁸⁹ Zu Beginn war die Hauspflegebewegung eine vor allem von Wohltätigkeitsvereinen getragene Einrichtung, zum Teil auch kommunal unterstützt.¹⁰⁹⁰ Von Anfang an wurde jedoch darauf hingearbeitet, aus der „Wohltat ein Recht“ zu machen und die Hauspflege als Versicherungsleistung anzugliedern oder als eigenständige Versicherung zu etablieren.¹⁰⁹¹ Die Hauspflege blieb aber eine unterprivilegierte Tätigkeit mit extrem schlechter Bezahlung. Zur Situation der Hauspflegerinnen schreibt das städtische Fürsorgeamt in Freiburg 1922:

„Der Verein [der örtliche Hauspflegeverein, S.F.] war und ist ein schlecht zahlender Arbeitgeber, der von seinen Leuten angestrengteste Arbeit verlangen muß. Vielfach erhalten die Pflegerinnen gerade in unseren Familien kaum etwas zu essen – weil nichts da ist! Oder sie bringen aus Mitgefühl sogar noch für Hungernde etwas mit!“¹⁰⁹²

¹⁰⁸⁷ Preußisches Hebammenlehrbuch 1904, S. 187f. (§256).

¹⁰⁸⁸ Vgl. dazu vor allem Peters, Mütterlichkeit, S. 313-329; Hella Flesch, Mutterschutz und Hauspflege, in: Schreiber, Mutterschaft, S. 318-325.

¹⁰⁸⁹ StA Freiburg C3/381/3, Schreiben des Vereins für Wochen- und Hauspflege an den Freiburger Stadtrat vom 16. Mai 1903.

¹⁰⁹⁰ Einen Überblick über den Stand der Hauspflege in den deutschen Städten geben die Mitteilungen der Zentralstelle des Deutschen Städtetages V, Nr. 9 (1915), S. 238-249.

¹⁰⁹¹ Flesch, Mutterschutz und Hauspflege, S. 318-325.

¹⁰⁹² StA Freiburg C3/381/3, Schreiben des Städtischen Fürsorgeamtes an das Rechnungsamt vom 18. Februar 1922. Von Seiten des städtischen Fürsorgeamtes wurde diese Klage weitergegeben, um zu verhindern, dass der Hauspflegeverein seine Arbeit einstellen müsse und stattdessen städtische Pflegerinnen eingestellt werden müßten; das wäre für die Stadt viel teurer gekommen. Vgl. zum Hauspflegeverein in Düsseldorf: Ursula Bender/Ellen Görs, Organisierter Weiberkram. Die organisierte Frauenbewegung in Düsseldorf 1900 bis 1933, Düsseldorf 1992, S. 232-238.

Die Hauspflege entwickelte sich nicht zu einem Ausbildungsberuf und stellte insgesamt keine Konkurrenz der Hebammenschaft dar.

Innerhalb der Säuglingsfürsorgebewegung hatten die Hebammen nur wenige Fürsprecher. Auch Marie Baum als Vertreterin der Fürsorgerinnen verwahrte sich 1911 dagegen, die Hebammen stärker in die Säuglingsfürsorgebewegung einzubeziehen:

„Die Hebamme hat normalerweise mit dem Neugeborenen, mit der Stillpropaganda viel und wichtiges zu tun. Die sonstige Säuglingsfürsorge umfasst aber zahlreiche weitere Aufgaben, denen nur besonders geschulte, halbwegs hochstehende Persönlichkeiten gewachsen sind.“¹⁰⁹³

Die bürgerliche Frauenbewegung war an der Schaffung bürgerlicher Frauenberufe interessiert und förderte die Verberuflichung der Säuglingspflegerin, der Fürsorgerin etc., Berufe, die von den Hebammen als potentielle Konkurrenz gesehen wurden.¹⁰⁹⁴ Für die bürgerlichen Frauen, die ihre Zukunft vor allem in den Fürsorgeberufen sahen, stellten umgekehrt die Hebammen eine Konkurrenz dar.¹⁰⁹⁵

Von der Ärzteschaft wurde misstrauisch jede mögliche Ausweitung der Beratungstätigkeit der Hebammen überwacht. Problematisch waren Annoncen in der Hebammenzeitung und auch einzelne Zeitschriften über Säuglingsfürsorge:

„Wozu z. B. werden im Hebammenkalender Anpreisungen aufgenommen von Abführmitteln, Brandbinden bei Unterschenkelgeschwüren, Antisepsis wie Lysoform und Aisol, welche die Hebamme weder selbst anwenden noch empfehlen darf?“¹⁰⁹⁶

Noch bedrohlicher erschien die Situation für die Hebammen, als diskutiert wurde, dass eine effektive Säuglingsfürsorge ohne Schwangerenfürsorge nicht denkbar sei und dass diese auch von den Mütterberatungsstellen übernommen werden sollte. Die Hebammen setzten sich gegen diese Expansion der Gesundheitsfürsorge ohne ihre Beteiligung zur Wehr. Olga Gebauer, die Vorsitzende der Vereinigung Deutscher Hebammen, war auf

¹⁰⁹³ Marie Baum, Wortbeitrag in: III. Internationaler Kongress für Säuglingsschutz, S. 292.

¹⁰⁹⁴ Vgl. Kerchner, Beruf und Geschlecht, S. 195.

¹⁰⁹⁵ Vgl. die Wortmeldung von Marie Elisabeth Lüders, in: Fritz Rott, Bericht über die III. Landeskonferenz der Preussischen Landeszentrale für Säuglingsschutz am 30. Oktober 1916 im Herrenhause in Berlin, in: Zeitschrift für Säuglings- und Kleinkinderschutz 9 (1917), S. 26-64, hier S. 63: „Die Verwendung der Hebammen als selbständige Säuglingsfürsorgerinnen kann bei dem derzeitigen Bildungsstande, dem die meisten Hebammen angehören, nicht in Betracht kommen.“

¹⁰⁹⁶ Köstlin, Hebammenwesen, S. 397.

jedem Kongress zur Säuglingsfürsorge zugegen und meldete sich als eine von wenigen Frauen zu Wort. 1916 bekämpfte sie die Etablierung einer Schwangerenfürsorge ohne Hebammen:

„Ganz besonders wenden wir uns aber dagegen, dass den berufsmässigen Säuglingspflegerinnen oder Säuglingsfürsorgerinnen auch die Schwangerenberatung übertragen wird. Das würde den Hebammen wieder ein Stück von ihrer Tätigkeit kosten und würde sie um das Vertrauen bringen, welches sie gerade während der Geburt bei den Frauen unbedingt besitzen müssen [...].“¹⁰⁹⁷

Die Hebammen hatten also seit den 1890er Jahren eine recht effektive eigene Interessenvertretung aufgebaut und konnten die Abschaffung ihres Berufes verhindern. Die Gründe für diese erfolgreiche Berufspolitik in einer fast aussichtslosen Situation, in der erhebliche Gegenwehr von zahlreichen Seiten kam, können hier nicht eruiert werden.¹⁰⁹⁸ Der Ausbau der Säuglingsfürsorge konnte jedoch nur wenig dazu beitragen, dass der Beruf Hebamme weiterhin Bestand hatte. Den Hebammen wurde bei der Gestaltung der Säuglingsfürsorge allenfalls eine Nebenrolle zugewiesen. Auch der breite gesellschaftliche Konsens, die Säuglingssterblichkeit senken zu wollen, konnte die Reform des Hebammenwesens nicht entschieden vorantreiben. Jedoch kam die Säuglingsfürsorgebewegung an der Hebamme nicht vorbei. Gerade in ländlichen Gebieten war ihre Bedeutung zu groß, als dass man sie in der Säuglingsfürsorge hätte ignorieren können. In diesen Gebieten versuchte man, die Hebammen durch ein Prämiensystem an der Säuglingsfürsorge zu beteiligen. Die Hebamme, die die meisten stillenden Mütter vorweisen konnte, erhielt eine finanzielle Zuwendung. Dieses Prämiensystem ist von den Hebammen selbst als demütigend empfunden worden.¹⁰⁹⁹ Insofern haben sie sich diesen Plänen häufig widersetzt, wie an einem Beispiel aus der Provinz Westfalen verdeutlicht werden kann:

„Die vor einigen Jahren hier eingeführte Säuglingsstatistik nach dem Westerburger System hat der Kreis mit Beginn dieses Jahres wieder eingehen lassen, weil

¹⁰⁹⁷ Olga Gebauer, Aussprache, in: Rott, Bericht über die III. Landeskonferenz, S. 62.

¹⁰⁹⁸ Hier sei noch einmal auf die Dissertation von Nora Szász verwiesen, die sich dieser Frage widmen wird.

¹⁰⁹⁹ Vgl. Olga Gebauer, in: Rott, Bericht über die III. Landeskonferenz, S. 46.

die Hebammen nach Mitteilung des Herrn Kreisarztes vielfach willkürliche Eintragungen machten, wodurch die ganze Sache illusorisch wurde.“¹¹⁰⁰

Obwohl die Zusammenarbeit schwierig war, konnte man auch in anderen Orten auf die Mitarbeit der Hebammen nicht verzichten: Im Regierungsbezirk Düsseldorf hatte der VfS Düsseldorf zahlreiche Weiterbildungsmöglichkeiten für Hebammen eingerichtet, hier war auch auf Seiten der Hebammen das Interesse sehr groß.¹¹⁰¹ Schließlich wirkte sich auch der Erste Weltkrieg positiv auf das Ansinnen der Hebammen aus. Mit der Hinwendung zu einer aktiven Bevölkerungspolitik (vgl. dazu auch Kap. 7) verfügte der preußische Innenminister 1916, dass die Hebammen stärker an der Säuglingsfürsorge beteiligt werden sollten. Zu diesem Zweck sollten an den Hebammen-Lehranstalten der Provinzen ein 14-tägiger Kurs für Säuglingsfürsorge eingerichtet werden.¹¹⁰²

Zum Ende des 19. Jahrhunderts hatte also die allgemeine Lage der Hebammen durchaus bedrohlich ausgesehen. Man kam aber, auch wenn sich dies augenscheinlich mancher Kinderarzt und manche Fürsorgerin gewünscht hatte, an den Hebammen aber nicht vorbei. Der Verberuflichungsprozess in der Kinderheilkunde/Gynäkologie hat sich in den folgenden Jahren durchaus im Sinne der Hebammen entwickelt. Spätestens im preußischen Hebammen-gesetz von 1922 wurde die Mitarbeit der Hebammen in der Säuglingsfürsorge dann offiziell anerkannt.¹¹⁰³ Der Beruf der Wochenbettpflegerin hat sich nicht durchsetzen können und auch die Säuglingsschwester hat sich als reiner Klinikberuf weiterentwickelt. Betrachtet man die isolierte Lage der Hebammen gegen Ende des 19. Jahrhunderts, so ist die Beibehaltung ihres beruflichen Status durchaus als eine „Erfolgsstory“ zu werten. Die Säuglingsfürsorge allerdings hatte die Bedrohung, die die Hebammen durch die Entstehung weiterer Berufe in diesem Bereich empfanden, zunächst noch verschärft. Die Stellung zwischen Selbstständigkeit auf der einen und der Assistenz des Arztes auf der ande-

¹¹⁰⁰ StAMs, Reg. Münster Abt. VI, Fach 8, Nr. 9, Bl. 185, Schreiben des Landrates des Kreises Lüdinghausen an den Regierungspräsidenten zu Münster vom 19. November 1912; ebd., Bl. 167, Schreiben des Landrates des Landkreises Borken an den Regierungspräsidenten von Münster vom 1. Juli 1912.

¹¹⁰¹ Vgl. StA Krefeld 4/1627, Bl. 15, Zeitungsartikel: Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf. Hier wird berichtet, dass der Andrang der Hebammen zu den Weiterbildungskursen so groß war, dass zu den geplanten sechs Kursen noch ein weiterer eingerichtet werden musste.

¹¹⁰² HSA Düsseldorf, Reg. Düsseldorf 53851, Verfügung des Minister des Innern vom 7. Nov. 1916.

¹¹⁰³ Otto Krohne, Das neue preußische Hebammen-gesetz, in: Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Zentralverwaltung 17 (1922), S. 3-22, hier S. 9.

ren Seite führte dazu, dass das Verhältnis zwischen Ärzten und Hebammen ambivalent und potenziell konflikträftig blieb. Der Hebammenschaft fehlten zunächst Bündnispartner, um adäquat an der Säuglingsfürsorge beteiligt zu werden. Auch die bürgerlichen Sozialreformerinnen hatten nur wenig Interesse an einer Stärkung der Hebammenschaft. Langfristig gesehen konnte die Säuglingsfürsorgebewegung aber auf die Mitarbeit der Hebammen nicht verzichten und trug auf diesem Wege zur Statussicherung bei. Die reibungslose Zusammenarbeit zwischen Hebamme, Geburtshelfern und Kinderärzten war vor allem eine Frage der individuellen Arbeitshaltung der jeweiligen Vertreterin oder des Vertreters der erwähnten Berufsgruppen.

4.2.6 Zusammenfassung

Deutlich wird im Zusammenspiel der verschiedenen Akteure und Akteurinnen, dass sich die Motive nur sehr bedingt entlang der Geschlechtergrenzen ordnen lassen. Vielmehr war die Interessenlage äußerst komplex. Die Kinderärzte hatten das Ziel, die öffentliche Protektion der Säuglingsfürsorge zum Ausbau ihrer Patientenschaft und ihrer spezifischen Assistenzberufe und nicht zuletzt zum Ausbau ihres öffentlichen Einflusses zu nutzen. Hier entwickelte sich eine Konkurrenz zu den Geburtshelfern, Gynäkologen und Hebammen, die genau diese öffentliche Protektion der Pädiatrie mit Misstrauen verfolgten.

Innerhalb der Frauenbewegung war Mutterschaft eines der Kernthemen der Diskussion. Dabei reichte das Spektrum der Ansätze sehr weit. Vor allem die Fürsorge für uneheliche Mütter war Thema des Bundes für Mutterschutz, sie konnten jedoch innerhalb der Frauenbewegung keinen entscheidenden Einfluss erringen. Dagegen gehörten die Sozialreformerinnen, die sich in der Säuglingsfürsorge engagierten, vorwiegend dem sehr gemäßigten Flügel der bürgerlichen Frauenbewegung an. Sie verfolgten vor allem das Ziel, den gehobenen Fürsorgerinnenberuf auszubauen und waren insofern bereit, in erheblichem Maße mit den Pädiatern zu kooperieren, da sie die sozialhygienische und pädagogische Komponente der Pädiatrie durchaus berufspolitisch für sich nutzen konnten. Darüber hinaus wollten sie die weiblichen Spielräume in der Politik erweitern und über ihr Engagement in der Fürsorge Veränderungen in der sozialen und politischen Kultur schaffen.

Die Motive der Vertreterinnen der wohltätigen Frauenvereine lagen dagegen weniger auf berufspolitischem und ökonomischem Gebiet, sondern zielten vorwiegend auf Herrschaftssicherung der regierenden Eliten. Ihr Einfluss war vor allem vom Stand ihrer Väter und Ehemänner abgeleitet. Sie zielten darauf, diese schichtenspezifische Herrschaft zu repräsentieren und entsprechende weibliche Formen nationaler Identität herzustellen. Durch die finanzkräftige Ausstattung der Vereine, das Einbringen ihrer unentgeltlichen Organisations- und Arbeitskraft und den guten Verbindungen zu den herrschenden Kreisen konnten sie erheblichen Einfluss innerhalb der Fürsorge erringen. Die Ärzte strebten zwar nach ausgebildetem Assistenzpersonal, konnten aber weder auf das Geld noch auf die Arbeitskraft der wohltätigen „Damen“ verzichten.

Obwohl die Vertreterinnen der bürgerlichen Frauenbewegung Berufe schaffen wollten, passten doch die Hebammen kaum in ihr Konzept eines modernen bürgerlichen Frauenberufs. Die Hebammen hatten im Prozeß dieser Ausdifferenzierung der Gesundheitsfürsorge die geringsten Möglichkeiten, Interessenkoalitionen einzugehen. Die einzige Gruppe, die sich in begrenztem Maße für die Belange der Hebammen einsetzte, waren die Geburtshelfer und Gynäkologen. Sie sahen in der Beteiligung von Hebammen an der Säuglingsfürsorge einen Garant für den eigenen Einfluss. Jedoch fehlte den Geburtshelfern seit dem Ende des 19. Jahrhunderts die öffentliche Protektion.

5. Die praktische Ausgestaltung der Mütter und Säuglingsfürsorge

„[...] um sich heute noch vorstellen zu können, welcher Mut, welche Überzeugungskraft damals dazu gehörte, den Müttern solche völlig neuartige Einmischung in den Bereich ihrer persönlichen Obliegenheiten zuzumuten.“¹¹⁰⁴

Nachdem die gesellschaftlichen Bedingungen, organisatorischen Grundlagen und die verschiedenen Trägergruppen der Mütter- und Säuglingsfürsorge dargelegt wurden, sollen im Folgenden die praktischen Maßnahmen beschrieben und die Akzeptanz bei der Zielgruppe dargestellt werden. Zur Einführung sollen noch einmal die verschiedenen Maßnahmen zusammengefasst werden:

¹¹⁰⁴ Engel/Behrendt, Säuglingsfürsorge, S. 31f.

Im weiteren Umfeld sind vor allem Ansätze zu nennen, die auf eine Verbesserung der Lebensbedingungen zielten. Dazu gehörten etwa: Wohnungshygiene, Wasserversorgung, Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten, gesetzliche Regelungen zum Arbeiterinnen- und Mutterschutz. Die konkreten Maßnahmen der Mütter- und Säuglingsfürsorge wurden in der Literatur in „offene“ und „geschlossene“ Fürsorge unterteilt. In der offenen Fürsorge spielten vor allem die **Beratungsstellen** und die **Verteilung von Stillprämien und Säuglingsmilch** eine wesentliche Rolle. Diese richteten sich im Wesentlichen auf die Gesundheit der Säuglinge. Vorrangig auf die Gesundheit der Mutter zielten **Hebammenhilfe**, die **Wochenbett- und Hauspflege** und das **Verteilen von Mahlzeiten**.

Auch die geschlossene Fürsorge war zweigleisig organisiert. Der Ausbau von **Krippen**, **Säuglingsheimen**, **Findelhäusern**, **Waisenasylen** und schließlich **Säuglingsheilstätten** richtete sich vorwiegend auf die Verringerung der Säuglingssterblichkeit, während die Einrichtung der **Schwangeren-, Wöchnerinnen- und Mütterheime** der Mutter, in erster Linie der Stabilisierung der familiären Verhältnisse dienen sollte.¹¹⁰⁵

Institutionen der geschlossenen Fürsorge waren weitaus kostenintensiver, insofern konnte ihr Ausbau nicht den gleichen Stellenwert erreichen wie die Maßnahmen der offenen Fürsorge, auch wenn eine Vermehrung der Säuglings- und Wöchnerinnenheime und Entbindungsstationen von den Reformern immer wieder gefordert wurde.¹¹⁰⁶

Die Zielgruppe der Fürsorge stellten ausschließlich Frauen dar. Väter spielten als Ansprechpartner keine Rolle. Die ideale Ratsuchende war nach den Vorstellungen der Reformen die bedürftige aber nicht völlig verarmte Ehefrau eines gelernten oder ungelerten Arbeiters, die in der Lage war, die Ratschläge aufzunehmen und umzusetzen.¹¹⁰⁷ Während die bürgerlichen Frauen über die entsprechende Ratgeberliteratur schon seit dem ausgehenden 18. Jahrhundert in den Prozess einer medizinischen Normalisierung einbezogen worden waren,¹¹⁰⁸ ging es zum Anfang des zwanzigsten Jahrhundert darum, die Regeln einer „verantwortungsvollen Mutterschaft“ in die Arbeiterfamilien und in das Kleinbürger-

¹¹⁰⁵ Vgl. hierzu auch Kap. 3 der vorliegenden Arbeit.

¹¹⁰⁶ So Witzler, Großstadt und Hygiene, S. 196.

¹¹⁰⁷ Baum, Säuglingsfürsorge, in: Dies., Grundriß der Gesundheitsfürsorge, S. 174.

¹¹⁰⁸ Vgl. zum Mütterlichkeitsdiskurs des ausgehenden 18. und frühen 19. Jahrhunderts: Ottmüller, Mutterpflichten; Toppe, Die Erziehung zur guten Mutter.

tum zu tragen.¹¹⁰⁹ Bürgerliche Frauen oder allgemein die „Damen der besseren Stände“ sollten sich nun in der Säuglingsfürsorge fortbilden, um dann ihr Wissen innerhalb der Wohltätigkeitsarbeit oder an ihre häuslichen Dienstboten weiterzugeben.¹¹¹⁰

Wenn innerhalb der Fürsorgebewegung auch durchaus Verständnis für die sozialen Verhältnisse formuliert wurde, so gab es doch auch zahlreiche Äußerungen, die die Adressatinnen diffamierten. Indolenz, Bequemlichkeit und Unwissenheit wurde den Frauen der unteren Schichten unterstellt,¹¹¹¹ während die „Damen“ der gehobenen Schichten ihre Kinder vermeintlich aus Eitelkeit und Vergnügungssucht nicht stillten.¹¹¹² Die weibliche Erwerbstätigkeit aber galt als wesentliche Ursache für die hohe Säuglingssterblichkeit.¹¹¹³ Diese führe zur Vernachlässigung des Haushaltes, der Familie und damit zu einer Destabilisierung des gesamten Familienlebens.¹¹¹⁴

Wenn auch die Mütter die Zielgruppe der Fürsorge darstellten, so galt die Sorge doch vorwiegend den Säuglingen. Gerade im Vergleich zur Mütter- und Säuglingsfürsorge in anderen Ländern waren die deutschen Einrichtungen fast ausschließlich auf die Säuglinge konzentriert.¹¹¹⁵ Alle Hilfsangebote, die man in anderen Ländern zu dieser Zeit für Mütter kannte, etwa Speiseanstalten für stillende Mütter, Stillstuben, Mütterheime und lokale Mutterschaftskassen, haben sich in Deutschland nur in sehr geringem Umfang durchsetzen können.¹¹¹⁶ Deutlich macht diesen Ansatz etwa die Diskussion über die untergewichtigen Mütter. Einige Ärzte lehnten die beratende und finanzielle Unterstützung untergewichtiger Mütter mit dem Argument ab, sie könnten ja ohnehin nicht stillen.¹¹¹⁷ Es ging also um die Gesundheit der Säuglinge, das Wohlbefinden der Mütter war nur indirekt betroffen. Gerade die Perspektive der Hebammen, die den Blick eher auf die Gesundheit der Mütter rich-

¹¹⁰⁹ Frevert, *Fürsorgliche Belagerung*, S. 426.

¹¹¹⁰ Dietrich, *Säuglingssterblichkeit*, S. 94.

¹¹¹¹ Z. B. Taube, *Säuglings-Fürsorge*, S. 27.

¹¹¹² Vgl. etwa Salge, *Stillprämien*, S. 66.

¹¹¹³ Vgl. auch Kap. 3 dieser Arbeit.

¹¹¹⁴ Taube, *Fürsorgewesen*, S. 33.

¹¹¹⁵ Die Fürsorge für die Mutter wurde vor allem als Instrument gesehen, um die Säuglinge zu erreichen, vgl. Dietrich, *Fürsorgewesen*, S. 47 und 59.

¹¹¹⁶ Vgl. die Beiträge: „Zur Lage der Frau als Mutter in den verschiedenen Ländern“, in: Schreiber, *Mutterschaft*, S. 481-575 und Adele Schreiber, *Ergänzende Einrichtungen der offenen Fürsorge*, in: Dies., *Mutterschaft*, S. 325-339.

¹¹¹⁷ Vgl. Agnes Bluhm, *Referat über Tugendreich. Über die Beziehungen zwischen Körpergewicht und Stillen bei der Arbeiterfrau*, in: *Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie* 8 (1911), S. 122-123.

teten, wurde von den Ärzten in dieser Frage massiv kritisiert: „Für die Durchschnittshebamme existiert in der ärmeren Bevölkerung nur die Mutter, und kommt der Säugling wenig in Betracht.“¹¹¹⁸ Besonders misstrauisch begegnete man dem Rat der Hebammen, wenn sie die Mütter davor warnten, weitere Kinder zu bekommen, da bei der letzten Geburt Komplikationen aufgetaucht seien.¹¹¹⁹ Schließlich fürchteten zahlreiche Vertreter der Säuglingsfürsorgebewegung die politischen und gesellschaftlichen Folgen des Geburtenrückgangs.¹¹²⁰ Die Ignoranz der mütterlichen Bedürfnisse in der praktischen Fürsorgearbeit stand in einem auffälligen Gegensatz zur Sakralisierung und Erhöhung der Mutterschaft in öffentlichen Debatten und Stellungnahmen.¹¹²¹

Nach diesen kurzen einführenden Sätzen sollen im Folgenden die verschiedenen Formen der Fürsorge eingehend betrachtet werden.

5.1 Offene Fürsorge

5.1.1 „Die Schulung zur Mutter“:¹¹²² Aufklärung und Gesundheitserziehung

„Man darf getrost sagen: der Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit in seinem innersten und nachhaltigsten Wesen ist eine geistige *Pénétration pacifique*, ein un-

¹¹¹⁸ Taube, Säuglings-Fürsorge, S. 28.

¹¹¹⁹ Der weitere Bezugsrahmen der ärztlichen Vorbehalte gegen die Hebammen wird in einigen Texten deutlich. So etwa beim Krefelder Kreisarzt Berger: „Ein Wort über die Hebammen. Man sollte von vornherein der Meinung sein, daß die Hebammen in dieser ganzen Frage kein Hindernis sein können; dem ist jedoch nicht so. Ich glaube, daß die Tatsache, die mir mitgeteilt worden ist, nicht vereinzelt ist und allgemeine Beachtung verdient: ein Ehemann kommt zu seinem Arzt und klagt diesem höchst unwillig: ‚Ich weiß nicht, was das jetzt mit meiner Frau ist, meine Frau will durchaus kein Kind mehr haben, und wir haben erst 2, was soll man bloß [sic] dabei machen?‘ Nachforschungen ergaben, daß die Hebamme bei der letzten Geburt gesagt hatte: ‚Das war aber eine schwere Geburt, so was habe ich noch nicht gesehen; da können Sie aber diesmal noch von Glück sagen!‘ Der Zweck dieses Geredes ist ja vielleicht durchsichtig. Wie verhängnisvolle Folgen hat das aber! Man wird gut tun, auch auf die Hebammen ein wachsames Auge zu haben.“ Zit. nach H. Berger, Studien zum Rückgang der Geburten, in: Zeitschrift für Medizinbeamte 24 (1911), S. 875-881, hier S. 877.

¹¹²⁰ Vgl. Kap 3 der vorliegenden Arbeit.

¹¹²¹ Der Gegensatz zwischen Verherrlichung der Mutterschaft und fehlender Unterstützung fiel schon den Zeitgenossinnen auf: „In keinem Land der Welt hat man in der Theorie die Mutterschaft so verherrlicht, hat man ihre Heiligkeit so gepriesen, hat man die Frauen so nachdrücklich auf ihre ‚natürlichen Aufgaben‘ hingewiesen wie in Deutschland. Und doch fehlt es im praktischen Leben der Mutter an Schutz und Hilfe.“ Vgl. Salomon, Mutterschutz und Mutterschaftsversicherung, S. 47.

¹¹²² Tugendreich, Mütter- und Säuglingsfürsorge, S. 193.

terrichtliches Durchdringen der deutschen Frauen und Mädchen, das nicht früh genug begonnen werden kann.“¹¹²³

Im Vordergrund der „Belehrungsarbeit“ durch die Mütter- und Säuglingsfürsorge stand die Propaganda für das Stillen. Von allen Faktoren, die die Säuglingssterblichkeit beeinflussen konnten, versprachen sich die Sozialreformer die größten Erfolge von der Ernährung mit Muttermilch.¹¹²⁴

Die Stillhäufigkeit in den hier dargestellten Gebieten kann aufgrund der unterschiedlichen Erhebungsarten nicht zuverlässig dargelegt werden. In einigen Gegenden ist man fast ausschließlich auf die Hebammenbücher angewiesen, die in ihrer Aussagekraft aber stark differieren. In ihrer überwiegenden Zahl berichten sie ausschließlich über die der Geburt folgenden zwei Wochen.¹¹²⁵ Tendenziell wird aus den vorliegenden Zahlen aber deutlich, dass in den hier untersuchten Gebieten Sachsen, Baden und Preußen der Anteil der gestillten Kinder bei etwa 60 bis 90 Prozent lag.¹¹²⁶ Innerhalb Preußens waren die regionalen Unterschiede am größten: In Schlesien lag der Anteil der nicht-gestillten Kinder bei etwa 35 Prozent, in Dortmund dagegen wurde sehr lange gestillt und der Anteil der nicht-gestillten Kinder betrug auch nur 8,5 Prozent.¹¹²⁷ Obwohl auch die Zeitgenossen kaum zuverlässige Zahlen vorlegen konnten, war das Nachlassen der Stilltätigkeit doch ein ständig wiederkehrender Kritikpunkt der Reformer.¹¹²⁸

Die Frage nach der Stillfähigkeit der Frauen wurde kontrovers diskutiert. Während die einen davon ausgingen, dass beinahe jede Mutter ihr Kind stillen konnte, nahm ein Teil der Ärzteschaft eine degenerative zunehmende Stillunfähigkeit an.¹¹²⁹ Gustav von Bunge hatte in einer aufsehenerregenden Analyse die These vertreten, dass die Stillfähigkeit de-

¹¹²³ Behr-Pinnow, Geburtenrückgang, S. 61.

¹¹²⁴ Vgl. Kap. 3.

¹¹²⁵ Vgl. zu den statistischen Problemen und zur Unzuverlässigkeit der überlieferten Zahlen Tugendreich, Mütter- und Säuglingsfürsorge, S. 252f.

¹¹²⁶ Hallie Kintner, Trends and Regional Differences in Breastfeeding in Germany from 1871 to 1937, in: Journal of Family History (1985), S. 163-182.

¹¹²⁷ Tugendreich, Mütter- und Säuglingsfürsorge, S. 258.

¹¹²⁸ Medizinalabteilung, Die Säuglingssterblichkeit, S. 19, und vor allem Selter, Die Notwendigkeit der Mutterbrust, S. 377-393.

¹¹²⁹ Die zeitgenössische medizinische Literatur zu diesem Thema ist zahlreich. Im Folgenden nur einige beispielhafte Veröffentlichungen: Vgl. Thiel, Ueber das Stillen; Hugo Neumann, Ueber die Häufigkeit des Stillens, in: DMW 28 (1902), S. 795; Carl Stuhl, Natürliche Schwierigkeiten beim Stillen, in: DMW 35 (1909), S. 1062-1064; Bluhm, Stillungsnot.

generativ abnahme: Wenn die Mutter nicht gestillt habe, könnte auch die Tochter nicht stillen. Ebenso verlöre die Tochter die Stillfähigkeit, wenn der Vater chronisch alkoholabhängig gewesen wäre.¹¹³⁰ Bunge forderte dementsprechend, dass Mädchen, die nicht von ihrer eigenen Mutter gestillt wurden, die aus einer Familie mit tuberkulösen, psychopathischen oder durch Alkoholabusus belasteten Hintergrund stammten, nicht heiraten durften. Das hätte zu einem Fortpflanzungsverbot für zahlreiche Frauen gerade aus nicht-bürgerlichen Schichten geführt.

Jedoch wurden diese Thesen innerhalb der Säuglingsfürsorge weithin abgelehnt. Die Mehrzahl ihrer Vertreter ging im Gegenteil von einer umfassenden Stillfähigkeit aus, die auch durch soziale Verhältnisse nicht beeinträchtigt sei.¹¹³¹

Dagegen nahmen die Ärzte vor Ort aufgrund elender Lebensverhältnisse und damit verbundener Unterernährung und notwendiger ausserhäusiger Arbeit durchaus eine physische und psychische Stillunfähigkeit wahr,¹¹³² doch zeigte sich die Diskussion der Maßnahmen davon im Großen und Ganzen unbeeinflusst. Soziale Stillhindernisse wurden zwar erwähnt, aber sie konnten nach Ansicht der meisten Ärzte durch Aufklärung und Belehrung ausgeglichen werden.¹¹³³

In der neueren Forschung ist bestätigt worden, dass die Ernährung mit Muttermilch tatsächlich eine beträchtliche sterblichkeitssenkende Wirkung auf die Säuglinge hatte.¹¹³⁴ Wie Jörg Vögele überzeugend dargelegt hat, darf dieser Faktor jedoch nicht isoliert betrachtet werden. Die ausserhäusige Erwerbsarbeit von Frauen führte zwar zu erheblichen

¹¹³⁰ Gustav von Bunge, Die zunehmende Unfähigkeit der Frauen, ihre Kinder zu stillen: Die Ursachen dieser Unfähigkeit, die Mittel zur Verhütung – ein Vortrag, 5. Aufl., München 1907. Moderater als Bunge, aber auch von einer degenerativen Stillunfähigkeit ausgehend: Alfred Hegar, Brüste und Stillen, in: DMW 22 (1896), S. 539-541.

¹¹³¹ Tugendreich, Mütter- und Säuglingsfürsorge, S. 273ff. Vgl. dazu auch Agnes Bluhm, Familiärer Alkoholismus und Stillfähigkeit, in: Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie 5 (1908), S. 635-655 und z. B. Taube, Fürsorgewesen, S. 30.

¹¹³² Vgl. z. B. die diversen Berichte der Bezirksärzte in Baden in GLA Karlsruhe 443, Nr. 774; Taube, Fürsorgewesen, S. 31 und Theodor Escherich, Die Ursachen und Folgen des Nichtstillens bei der Bevölkerung Münchens, in: Münchner Medicinische Wochenschrift 34 (1887), S. 233-235 und S. 256-259, hier S. 257.

¹¹³³ Tugendreich, Mütter- und Säuglingsfürsorge, S. 275.

¹¹³⁴ Spree, Soziale Ungleichheit, S. 49-86.

Stillhindernissen, diese Nachteile konnten jedoch etwa durch das zusätzliche Familieneinkommen der Mutter wieder voll ausgeglichen werden.¹¹³⁵

Die Säuglingsfürsorgebewegung stellte die Propaganda für das Stillen in das Zentrum ihrer Agitation, wertete die Stilltätigkeit als eine nationale Aufgabe und konstruierte sie damit zu einer moralischen Pflicht.¹¹³⁶ Man hoffte zudem, durch die Stillpropaganda „in den jungen Müttern die Mutterliebe, das Muttergefühl und vor allem die Mutterpflicht großzuziehen.“¹¹³⁷ Das Stillen wurde in den Texten als Chiffre für modernisierte Formen „natürlicher“ Mütterlichkeit verwendet. Keineswegs sollte die Stillfrage der Mutter selbst und ihrem „Instinkt“ überlassen bleiben, die natürliche Ernährung musste stattdessen in ein Gerüst wissenschaftlich-rationaler Regeln eingebaut werden, die von den Müttern gewissenhaft erlernt und angewendet werden sollten.¹¹³⁸ Anlegetechniken, Brustwarzenpflege, Stundenpläne für die Mahlzeiten waren die Garanten für ein einwandfreies Stillverhalten. Ein wesentliches Ziel der Fürsorge lag darin, die Frauen auf die Mutterrolle festzulegen und diese gleichzeitig zu modernisieren. Die Mütter der unteren Schichten waren nach Ansicht der Reformer keinesfalls in der Lage, ihr Kind ohne erzieherischen Einfluss gesund zu erhalten.¹¹³⁹ Marie Baum zählt die zahlreichen Gefahren auf, die sich aus „Anlage oder Milieu“ ergeben konnten:

„Überfütterung [...], falsche Zusammensetzung der künstlichen Nahrung oder Beikost, mangelhafter Stillwille, der berüchtigte Schnuller, der ‚lange Sauger‘, das schwere Federbett, das Wickelband, der Mangel eines eigenen Bettchens, Standort des Bettchens am Herd oder Ofen, mangelhafte Lüftung – wer vermag alle die Quälereien aufzuzählen, die meist in guter Absicht das arme Opfer treffen!“¹¹⁴⁰

Kritisiert wurde vor allem, wie die Kinder ruhig gestellt wurden, wenn die Mütter erwerbstätig waren. Dazu gehörte:

¹¹³⁵ Vgl. Vögele, Sozialgeschichte, S. 218f. Er verweist aber auch auf die erheblichen regionalen Unterschiede in der Wirkung der Frauenerwerbsarbeit auf die Säuglingsgesundheit.

¹¹³⁶ Vgl. Kap. 3 und z. B. Behr-Pinnow, Geburtenrückgang, S. 65.

¹¹³⁷ Wortmeldung von Dr. Nahmacher aus Dresden in der Diskussion, in: Stenographischer Bericht über die Verhandlungen des I. Deutschen Kongresses für Säuglingsschutz, S. 102-138, hier S. 115.

¹¹³⁸ Behr-Pinnow, Geburtenrückgang, S. 61ff.

¹¹³⁹ „Junge Mütter, die nicht in der Lage sind, eine ausgebildete Pflegerin annehmen zu können, treiben sehr häufig eine gefährliche experimentelle Säuglingspflege [...]“. Zit. nach Behr-Pinnow, Geburtenrückgang, S. 61.

¹¹⁴⁰ Baum, Säuglingsfürsorge, in: Dies.: Grundriß der Gesundheitsfürsorge, S. 189.

„[...] die Säuglinge in eine Art große Holztüte zu stecken und sie mit einem Schnuller mit in Alkohol getränktem Zucker im Mund an der Wand aufzuhängen, bis die Mutter von der Arbeit zurückkam!“¹¹⁴¹

Neben dem Alkoholmissbrauch wurde auch der Mohnsirup als Beruhigungsmittel für Säuglinge angeprangert.¹¹⁴²

Als eine wesentliche Ursache für fehlende Kenntnisse in der Kinderpflege stellte man vor allem die Industriearbeit der jungen Frauen heraus: „Die jungen Mädchen sind halb verwildert aufgewachsen, sie sind dem hauswirtschaftlichen Leben entfremdet, haben eine Tätigkeit, die nicht die geringste Beziehung zum Mutterberuf hat.“¹¹⁴³ Ebenso wurden mangelnde Koch- und Haushaltsführungskenntnisse angeführt.¹¹⁴⁴ Dass die Mütter in der Regel erwerbstätig sein mussten, wurde nur selten thematisiert und man zog keine praktischen Konsequenzen aus dieser Tatsache. In der Säuglingsfürsorgebewegung wurde offen ausgesprochen, dass weibliche Industriearbeit nur ein bedauernswertes Übergangsphänomen darstelle, dessen Einschränkung „ein kulturelles Ziel unserer Volksentwicklung“¹¹⁴⁵ sein sollte. Gegen die Säuglingssterblichkeit gebe es nur ein Mittel: „[...] nicht nur die mütterliche Nahrung, sondern auch die wahre mütterliche Pflege.“¹¹⁴⁶ Die Pflege, die den Müttern in den Merkblättern abverlangt wurde, war äußerst umfangreich. Ein von den Standesämtern verteiltes Merkblatt des Vaterländischen Frauenvereins riet, das Kind jeden Tag zu baden, Kopfgrind (wird heute üblicherweise als Milchschorf bezeichnet) sollte jeden Morgen entfernt werden. Die Räume dürften nicht wärmer als 18°C sein, das Kind durfte weder in einer Wiege liegen noch länger auf dem Arm geschaukelt werden.¹¹⁴⁷ Das neue Regelwerk kannte wenig Grenzen. So forderte Max Taube, der bekannte Ziehkinderarzt von Leipzig, man solle doch den jungen Mädchen in den Fortbildungsschulen vorschreiben, jeden Tag eine halbe Stunde Turnübungen zur Kräftigung der Brust vorzunehmen. Jedoch dürfte vor der Schwangerschaft keinesfalls eine „lokale Kräftigung der Nähr-

¹¹⁴¹ BA Koblenz N1151, Nr. 337, Nachlass Marie-Elisabeth Lüders, Memoiren-Manuskript, Bl. 194.

¹¹⁴² SHStA Dresden, SHStA Dresden, Sektion XIX, 6a, Nr. 17219, Schreiben der Kreishauptmannschaft Zwickau an das Ministerium des Innern vom 8. Mai 1908, Bl. 96.

¹¹⁴³ Temme, Die sozialen Ursachen, S. 77.

¹¹⁴⁴ So etwa Taube, Fürsorgewesen, S. 33.

¹¹⁴⁵ Stadtrat Hofmann, Maßnahmen zu Förderung des Stillens, S. 93.

¹¹⁴⁶ Taube, Fürsorgewesen, S. 38.

¹¹⁴⁷ Medizinalabteilung, Die Säuglingssterblichkeit, S. 32-33 und 41-42.

organe“ stattfinden, schließlich könnte durch diese Stimulation bei den jungen Mädchen sexuelle Erregung ausgelöst werden.¹¹⁴⁸

„Natürliche“ Mutterschaft und Kinderpflege nach „modernen, rationalen Maßstäben“ sollten in einer Weise miteinander verbunden werden, die die Rolle der Frauen nicht grundsätzlich in Frage stellte und die mütterlichen Tugenden als „Kontrasttugenden“¹¹⁴⁹ erhielt. Der „sittliche Faktor der Neubelebung des Mutterpflichtgefühls und des Mutterstolzes“¹¹⁵⁰ galt als die Grundlage der Säuglingsfürsorge. Die Stilltätigkeit schien eine ideale Garantie, um die Mütter im Haus zu halten, so betonten die Ärzte die engen Bindungen zwischen den gestillten Säuglingen und ihren Müttern.¹¹⁵¹ So sollte ein „natürliches System der Mutter- und Säuglingsfürsorge“ entstehen.¹¹⁵²

Diese Konstruktion aus natürlicher Bestimmung, medizinisch-pädagogischer Kontrolle und Rationalisierung der Mutterrolle ermöglichte es, einerseits den Forderungen der Frauen nach Teilhabe am Erwerbsleben entgegen zu treten, ihnen andererseits die Mutterrolle zu überlassen, ohne die Deutungsmacht über Mütterlichkeit zu verlieren: „Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit, heißt in erster Linie ‚Kampf gegen das moderne Unweib‘, heißt Erziehung der Mutter zu natürlicher Weiblichkeit und echter Sittlichkeit.“¹¹⁵³

Trotz ihrer unterschiedlichen Motive kam dieser Ansatz allen beteiligten Akteurinnen und Akteuren entgegen. Die Kinderärzte sahen sich als Vermittlungsinstanz „rationeller Mutterschafts- und Säuglingshygiene“¹¹⁵⁴ und sicherten sich eine weitere Patientengruppe, Mütter und Kinder. Die bürgerlichen Sozialreformerinnen und Fürsorgerinnen konnten sich als Vermittlerinnen dieser Idee Berufe und öffentlichen Einfluss sichern und gleich-

¹¹⁴⁸ Taube, Fürsorgewesen, S. 35.

¹¹⁴⁹ Noch 1981 verwies Jürgen Habermas auf die die sogenannten weiblichen Kontrasttugenden „die über ein zur Männerwelt komplementäres der einseitig rationalisierten Alltagspraxis entgegengesetztes Wertregister entfalten.“ Vgl. Habermas, Theorie des kommunikativen Handelns, Bd. 2, S. 579.

¹¹⁵⁰ Brennecke, Hebung des Hebammenstandes, S. 413.

¹¹⁵¹ „Es ist eine Erfahrungstatsache, die wir täglich zu beobachten Gelegenheit haben, daß die Mutter ihr neugeborenes Kind gerne oder mit sehr geringer Wehmut von sich hinweggibt, während sie das einige Wochen alte - von ihr gesäugte - Kind unter keinen Umständen mehr von sich weggibt und alles erträgt und allem entsagt, um bei ihrem Kinde bleiben zu können.“ Vgl. Alexander Szana, Staatliche Säuglingsfürsorge in Ungarn, in: Münchener Medizinische Wochenschrift 44 (1905), S. 2136- 2139, hier S. 2136f.

¹¹⁵² Tugendreich, Mütter- und Säuglingsfürsorge, S. 281.

¹¹⁵³ Vgl. auch Kap. 3, Brennecke, Hebung des Hebammenstandes, S. 414.

¹¹⁵⁴ Tugendreich, Mütter- und Säuglingsfürsorge, S. 196.

zeitig schien dieser Ansatz auch noch eine Hilfe von „Frau zu Frau“ zu verkörpern.¹¹⁵⁵ Denn auch die Vertreterinnen der bürgerlichen Frauenbewegung befürworteten keinesfalls die Erwerbsarbeit verheirateter Frauen.¹¹⁵⁶ Marie Cordemann, die erste Wohnungsinspektorin in Düsseldorf, beschrieb die Konzeption von Fürsorge und Solidarität, wie sie die ersten Sozialarbeiterinnen verstanden:

„Sie hilft dabei der Hausfrau und Mutter unter den Umständen des modernen Lebens, die Hüterin der ‚heiligen Herdflamme‘ zu sein und die Wärme zu verbreiten, ohne die die Kinder nicht gedeihen können und auch der männlichste Mann verkümmert und verwildert.“¹¹⁵⁷

Für die Mütter, die die Zielgruppe dieser Aufklärungskampagnen waren, bedeutete die Betonung der Kindererziehung und Hausarbeit auf jeden Fall erhebliche Mehrarbeit, vielleicht aber auch eine symbolische Aufwertung dieser Aufgaben.¹¹⁵⁸ Inwieweit sie sich auf diese Belehrungskampagnen einließen, wird im Folgenden zu klären sein.

Der preußische Medizinalreferent Dietrich beklagte sich in einem Beitrag über Säuglingsfürsorge, dass im Gegensatz zum Preußischen Landrecht, das ja die Stillpflicht gesetzlich bestimmt habe, nun das allgemeine Stillen durch Belehrung und Aufklärung gelingen müsse.¹¹⁵⁹ Wie „segensreich“ der Zwang wirken konnte, illustrierte er anhand eines Beispiels aus der Geschichte der Stadt Paris. Als die Milchzufuhr in die Stadt während der Belagerung durch die Deutschen unterbrochen war, sei den Müttern nichts anderes übrig

¹¹⁵⁵ Marie Baum begründete die Erziehung zu professioneller Mutterschaft, da die Mütter „in jedem Augenblick die Wogen über sich zusammenschlagen fühlen, weil sie nicht über ihrer Arbeit stehen, sie nicht richtig anzufassen wissen, kein lebendiges, selbstschaffendes Können ihr gegenüber besitzen.“ Vgl. Marie Baum, in: Die Förderung und Ausgestaltung der hauswirtschaftlichen Unterweisung. Vorbericht und Verhandlungen der 2. Konferenz der Zentralstelle für Volkswohlfahrt am 11. und 12. Mai 1908 in Berlin, Berlin 1908 (Schriften der Zentralstelle für Volkswohlfahrt Heft 2. Neue Folge), S. 306.

¹¹⁵⁶ Die bürgerlichen Reformerrinnen sahen die Erwerbsarbeit verheirateter Frauen vielmehr als traurige Notwendigkeit an: „Denn die verheiratete Frau geht in der Regel nicht aus Übermut in die Fabrik; sie vernachlässigt nicht ihre Kinder, weil ihr das Leben in der Fabrik besser zusagt, oder weil sie mit ihrem Verdienst Luxusbedürfnisse befriedigen will. Sie geht in die Fabrik, wenn die Not sie dazu zwingt, wenn sie keine andre Lebensmöglichkeit besitzt, wenn sie sich und ihre Kinder vor Hunger schützen will.“ Alice Salomon, Die deutschen Arbeiterinnenschutzgesetze, Leipzig 1906, hier S. 9.

¹¹⁵⁷ Cordemann, Wie es wirklich gewesen ist, S. 167.

¹¹⁵⁸ So jedenfalls Wolf, Mutterschaft und Moderne, S. 112.

¹¹⁵⁹ „Die Zeiten einer derartigen Polizeiherrschaft sind vorüber. In den modernen Staaten bleibt solchen Unsitten [dem Nicht-Stillen, S. F.] gegenüber nichts anderes übrig, als die Bevölkerung zu belehren und das Pflichtgefühl der Mütter zu wecken.“ Vgl. Dietrich, Säuglingssterblichkeit, S. 89.

geblieben, als die Kinder mit Muttermilch zu ernähren. Dies habe die Säuglingssterblichkeit nach seinen Angaben von 33 auf 17 Prozent gesenkt.¹¹⁶⁰

Die „Belagerung“ der deutschen Mütter musste jedoch auf unwegsameren Pfaden durchgeführt werden. Einen zentralen Ansatz, um die Frauen wieder „auf ihren eigentlichen Beruf“ zurückzuführen, stellte die Forderung nach hygienischem Haushalts- und Kinderpflege-Unterricht dar. Dieser wurde umfassend debattiert und sollte idealerweise durch Ärzte durchgeführt werden.¹¹⁶¹ Die Unterweisungen sollten möglichst schon in der Volksschule beginnen, spätestens aber in der Fortbildungsschule flächendeckend für alle Mädchen eingeführt werden.¹¹⁶² Die „Schulung zur Mutter“ war das erklärte Ziel.¹¹⁶³ Vorläufig musste man sich jedoch mit den zur Verfügung stehenden Maßnahmen abfinden, und die Schulung und Belehrung auf anderen Wegen organisieren. Gerade zu Beginn der Säuglingsfürsorgebewegung blieb diese vorwiegend auf die Verteilung von Merkblättern beschränkt.

Diese stellen reiche, symbolgeladene Quellen für die Geschichte der so genannten „Volksaufklärung“ dar. In vielen wurden die machtpolitischen Interessen unverhüllt dargestellt. Ein Flugblatt des VfS Düsseldorf zeigte wohlgenährte Jungen im Matrosenanzug auf einem Segelschiff und in Soldatenuniform auf einem Schaukelpferd, darunter fanden sich dann die Regeln für Säuglingspflege.¹¹⁶⁴ Ein Flugblatt aus Hannover zeigte das degenerierte Flaschenkind, das als Erwachsener schließlich nicht militärtauglich war, während sein gestilltes Pendant in fescher Uniform seinen Militärdienst ableisten konnte.¹¹⁶⁵ Auf einem anderen Flugblatt hatte man einen Spiegel abgebildet, denn man meinte, die Mütter so zu häufigem Lesen animieren zu können. Der Flugblatttext bildete den Rahmen des Spiegels.¹¹⁶⁶

¹¹⁶⁰ Ebd.

¹¹⁶¹ Tugendreich, Mütter- und Säuglingsfürsorge S. 212f., Schlesinger, Moderne Säuglingsfürsorge, S. 28f. und 36.

¹¹⁶² Vgl. dazu allgemein: Derek S. Linton, Between School and Marriage, Workshop and Household: Young Working Women as a Social Problem in Late Imperial Germany, in: European History Quarterly 18 (1988), S. 387-408.

¹¹⁶³ Tugendreich, Mütter- und Säuglingsfürsorge, S. 193.

¹¹⁶⁴ StA Krefeld 4/1628, Flugblatt des VfS Düsseldorf, Bl. 102.

¹¹⁶⁵ Vgl. das Flugblatt des Vereins für Säuglingsfürsorge in Hannover, in: Mutter und Kind 4 (1911), S. 5-8.

¹¹⁶⁶ Tugendreich, Mütter- und Säuglingsfürsorge, S. 310.

Jedoch konnten sich die Reformen kaum auf einheitliche Regeln einigen, die auf den Flugblättern veröffentlicht werden sollten. Die Ansätze und Ratschläge waren äußerst heterogen. Tugendreich kritisierte zahlreiche Merkblätter massiv: Das eine hing dann doch noch zu sehr der künstlichen Ernährung an, der nächste vernachlässigte die Säuglingspflege usw.¹¹⁶⁷ Die Einheitlichkeit, die in den Handbüchern beschworen wurde, konnte in der Praxis vor Ort nicht gefunden werden. Trotz aller unterschiedlichen Ansätze wurden die Mütter auf allen Flugblättern ermahnt, bei einem Unwohlsein des Kindes sobald wie möglich den Arzt zu rufen, dessen Rat in jedem Falle befolgt werden sollte. Ein Flugblatt aus Krefeld formuliert dies schon in der Überschrift sehr deutlich: „Achtung Mütter: Hört was die Ärzte sagen“.¹¹⁶⁸

Der aufklärerische Wert der Merkblätter und anderer Propagandaaktionen wurde allerdings schon von den zeitgenössischen Reformern bezweifelt: „Man darf aber den Wert dieser Belehrungen nicht überschätzen und keine allzu großen Hoffnungen auf sie setzen [...]. So manche Frau, für die sie am ersten berechnet sind, ist gar nicht in der Lage, ihren Inhalt zu verstehen oder richtig auszulegen; achtlos legt sie das Papier zur Seite.“¹¹⁶⁹ Immer wieder kritisierte man, dass die Unterweisung in Säuglingspflege über die Flugblätter zu spät einsetze, sie müsse schon in der Volksschule bzw. in der Fortbildungsschule einsetzen.¹¹⁷⁰

Zum Zwecke der Fortbildung in der hygienischen Säuglings- und Kinderpflege bildete etwa der VfS Düsseldorf Wanderlehrerinnen für Säuglingspflege aus, die im Anschluss an Wanderhaushaltungsschulen den Frauen und Mädchen aus armen Bevölkerungsschichten Kurse in Säuglingspflege anboten.¹¹⁷¹ Nach Ansicht der Vereinsvertreter war die „Grundlage hygienischer Kultur in Haus und Familie [...] eine gute (haus)wirtschaftliche Ausbildung der Mädchen.“¹¹⁷² Im Geschäftsjahr 1913/14 sind im Regierungsbezirk Düsseldorf

¹¹⁶⁷ Ebd., S. 309.

¹¹⁶⁸ StA Krefeld 4/1628, Flugblatt, Bl. 224.

¹¹⁶⁹ Schlesinger, *Moderne Säuglingsfürsorge*, S. 33.

¹¹⁷⁰ Leo Langstein, *Belehrung der Bevölkerung in Säuglingspflege und Säuglingsernährung*, in: Bericht über den III. Internationalen Kongress für Säuglingsschutz, S. 304-319, hier S. 314.

¹¹⁷¹ Vgl. Kornelie Bading, *Meine ersten Unterrichtskurse in Kinder- und Säuglingspflege*, in: *Mutter und Kind* 2 (1909), Nr. 1, S. 10-11 und Nr. 2, S. 8-9 und Geschäftsbericht VfS Düsseldorf 2 (1908/09), S. 24.

¹¹⁷² Geschäftsbericht VfS Düsseldorf 3 (1909/10), S. 19.

immerhin 105 Wanderlehrkurse für Säuglings- und Kinderpflege mit insgesamt 1.575 Teilnehmerinnen durchgeführt worden.¹¹⁷³ Diese Kurse waren vor allem für junge Mädchen und Frauen gedacht, die sich auf ihre Aufgabe als Hausfrauen und Mütter vorbereiten sollten. Die Lehrerinnen klagten jedoch, dass der „Zwang zur Teilnahme“ fehle, denn so würden „stets nur die strebsameren besseren Elemente teilnehmen, während die, die es im besonderen Maße nötig hätten, fernbleiben.“¹¹⁷⁴ So berichtete eine Wanderlehrerin für Säuglingspflege, dass die meisten Teilnehmerinnen dem „besseren Arbeitsstande“ angehörten. Besonders die Dienstmädchen seien im Gegensatz zu den Fabrikarbeiterinnen eifrigere Teilnehmerinnen. Bei den Fabrikarbeiterinnen gehöre oft „sehr große Mühe dazu, gerade diese Frauen, die es doch am nötigsten haben, zur Besichtigung an dem Kursus heranzuziehen [...]“.¹¹⁷⁵ Es war also für die schon mit bürgerlichen Haushalten in Berührung gekommenen Dienstmädchen weit erstrebenswerter als für die Fabrikarbeiterinnen, eine bürgerlich-hygienisch geprägte Lebensweise zu erlernen. Eine andere ebenso plausible Erklärung ist, dass sie von ihren jeweiligen Dienstherrinnen, die sich in den lokalen Wohlfahrtsorganisationen für Säuglingspflege einsetzten, dorthin geschickt wurden, um die Kurse zu füllen.¹¹⁷⁶ Auch für Dresden berichtete der örtliche Stadtarzt über die dort abgehaltenen Kurse:

„Sie waren stets sehr gut besucht. Indessen ist interessant, dass die eigentliche Arbeiter-Bevölkerung, für die sie besonders gedacht waren, sich leider meist fernhält. Es liegt dies zweifellos an einer gewissen Indolenz dieser Frauen und Mädchen. Es waren in den Kursen für Unbemittelte fast nur Frauen und Mädchen des kleinen Beamten- und Handwerkerstandes erschienen.“¹¹⁷⁷

In den Kreisarztberichten aus Baden findet sich für einige Orte interessanterweise der Hinweis, dass „mehr Männer als Frauen“ an den Informationsabenden über Säuglingspfle-

¹¹⁷³ StA Krefeld 4/1627, Art. Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf, Bl. 15.

¹¹⁷⁴ Geschäftsbericht VfS Düsseldorf 3 (1909/10), S. 19.

¹¹⁷⁵ Geschäftsbericht VfS Düsseldorf 6 (1912/13), S. 13.

¹¹⁷⁶ Vgl. auch Silke Fehleemann, Soziale Arbeit und bürgerliche Frauenbewegung im Deutschen Kaiserreich, unveröffentlichte Magisterarbeit, Düsseldorf 1995.

¹¹⁷⁷ StA Dresden, Krankenpfleg- und Stiftsamt, Nr. 98, Bericht über die auf dem Gebiete der Säuglingsfürsorge im Jahre 1909 gemachten Erfahrungen.

ge teilnahmen.¹¹⁷⁸ Gründe für dieses einzigartige männliche Interesse an der Säuglingsfürsorge werden allerdings nicht genannt.

Für die hier dargestellten Regionen lässt sich also zusammenfassend feststellen, dass die Einrichtungen des Säuglingspflegeunterrichtes zwar gut besucht waren, sie erreichten aber kaum die eigentliche Zielgruppe, die Arbeiterinnen oder Arbeiterhefrauen. Der durchschnittliche Arbeitstag einer Arbeiterin beinhaltete bis zu 18 Std. Arbeit am Tag, wenn man die Hausarbeit mitzählt.¹¹⁷⁹ Auch die Arbeiterhefrauen gaben die Erwerbstätigkeit in der Regel erst auf, wenn die Zahl der Kinder eine ausserhäusige Arbeit vollständig verhinderte. Hier blieb für Kurse zur Weiterbildung keine Zeit. Das Kursangebot ging an den Lebensrealitäten der meisten Arbeiterinnen und Arbeiterfrauen schlicht und einfach vorbei. Wie sah es aber mit den Maßnahmen aus, die direkt im Betrieb, bzw. der Arbeitsstätte angeboten wurden?

5.1.2 Betriebliche Säuglingsfürsorge

Beim Blick in das Mitgliederverzeichnis des VfS Düsseldorf fällt der hohe Anteil des Wirtschaftsbürgertums sofort ins Auge. Ungefähr neunzig Prozent der Mitglieder waren Kommerzienräte und Fabrikbesitzer. Wie dieser extrem hohe Anteil zu bewerten ist, darüber kann nur spekuliert werden. So ist zum einen eine traditionelle paternalistisch-wohlthätige Haltung als Motiv zu nennen. Ein weiterer Beweggrund war die Hoffnung, durch sozialfürsorgerische Maßnahmen der Sozialdemokratie das Wasser abzugraben. Zudem war gerade das Wirtschaftsbürgertum als Gegenleistung für gesellschaftliche Anerkennung bereit, sich für staatliche Interessen einzusetzen.¹¹⁸⁰ Daneben dienten der Erhalt und die Vorsorge für die Arbeitskraft der zukünftigen Arbeitergenerationen einer zunehmend an Menschen- und Arbeitsökonomie interessierten industriellen Oberschicht. Die personelle Beteiligung einflussreicher und finanzstarker Unternehmer darf aber nicht dar-

¹¹⁷⁸ Vgl. GLA Karlsruhe 443, Nr. 774, Auszug aus dem Jahresbericht des Grossh. Bezirksarztes in Breisach für 1908 und 1909, Bl. 8.

¹¹⁷⁹ Vgl. eindrücklich Ellerkamp, *Industriearbeit, Krankheit und Geschlecht*, S. 111.

¹¹⁸⁰ GStA PK, I. HA Rep. 76 Kultusministerium (M), VIII B, Nr. 2796, Bd. 2. Aus der Akte geht hervor, dass an zahlreiche Spender des KAVH vom deutschen Kaiser Orden als Dankeszeichen verliehen wurden. Vgl. auch Labisch, *Homo Hygienicus*, S. 162f.

über hinwegtäuschen, dass Maßnahmen für Wöchnerinnen und Mütter in den Betrieben nur sehr vereinzelt eingerichtet wurden.¹¹⁸¹ Die Bereitschaft, ab und an einige hundert Mark für gesunde Säuglinge zu spenden oder tatsächlich langfristig die Bedürfnisse der Arbeiterinnen als Mütter zu beachten, waren zwei ganz unterschiedliche Ansätze

Der Hansa-Bund für Gewerbe, Handel und Industrie gab anlässlich des 25-jährigen Regierungsjubiläums Kaiser Wilhelms II. eine Zusammenstellung der Wohlfahrtseinrichtungen der Arbeitgeber heraus, in der auch unterschiedliche Mütter- und Säuglingsfürsorge-maßnahmen ausführlich beschrieben wurden.¹¹⁸² Die Forderungen nach betrieblicher Sozialfürsorge für Mütter und Säuglinge wurde im Untersuchungsgebiet vor allem bei den größeren Unternehmen wie *Henkel* in Düsseldorf und *Bayer* in Leverkusen umgesetzt. Bei *Bayer* existierte ein Wöchnerinnenheim, in dem im Jahr 1911 immerhin 246 Geburten stattfanden. Es bestand zudem eine fabrikeigene Säuglings- und Mutterberatungsstelle, die auch Säuglingsmilch abgab und Stillprämien bezahlte.¹¹⁸³

In Baden führten vor allem die *BASF* (Badische Anilin und Sodafabriken) und das Unternehmen *Karl Bensinger* Säuglingsfürsorge in ihren Betrieben durch.¹¹⁸⁴ Bensinger verfügte über eine Entbindungsanstalt, eine Milchküche und ein Säuglingsheim. Um die Arbeiterinnen, wie es ein firmeninternes Merkblatt formulierte, zu ihrer heiligsten Pflicht, dem Stillen, zu animieren, wurden die Arbeitspausen verlängert, um der Arbeiterin die Möglichkeit zu geben, ihren Säugling in diesen Pausen selbst zu ernähren.¹¹⁸⁵ Dieser umfassende Ansatz stellt eine absolute Ausnahme dar.

Die meisten dieser Maßnahmen zielten darauf, die Aufgaben der Industriearbeiterinnen mit ihren traditionell als weiblich verstandenen Tätigkeiten zu „versöhnen“. So waren die

¹¹⁸¹ Vgl. allgemein Susanne Hilger, Sozialpolitik und Organisation. Formen betrieblicher Sozialpolitik in der rheinisch-westfälischen Eisen- und Stahlindustrie seit Mitte des 19. Jahrhunderts bis 1933, Stuttgart 1996; und Ellerkamp, Industriearbeit, Krankheit und Geschlecht, S. 152.

¹¹⁸² Hansa Bund (Hg.), Die freiwilligen sozialen Fürsorge- und Wohlfahrtseinrichtungen in Gewerbe, Handel und Industrie im Deutschen Reiche, Halle 1913.

¹¹⁸³ Im Jahr 1911 wurden 3.632 Portionen Säuglingsmilch abgegeben und 4.204 Mark Stillprämien ausbezahlt. Ebd., S. 19. Hopmann, Mütterberatungs- und Säuglingsfürsorgestelle der Farbenfabriken, vorm. Friedr. Bayer & Co, Leverkusen, in: Mutter und Kind 5 (1913), Nr. 9, S. 3-5.

¹¹⁸⁴ GLA Karlsruhe 443, Nr. 766, Sonderdruck des Vereinsblattes der Pfälzischen Ärzte, April 1910: Dr. Dehler, Die Säuglingsfürsorge der Rhein. Gummi- und Celluloid-Fabrik Mannheim-Neckerau.

¹¹⁸⁵ Ebd.

Säuglingsfürsorgeeinrichtungen häufig mit Mütter- und Haushaltungskursen gekoppelt. Man verstand diese Kurse als Vorbereitung der Arbeiterinnen für ihr späteres Dasein als Mutter und Hausfrau. Dagegen war die Einrichtung von Stillstuben, die vor allem von den bürgerlichen Reformern gefordert worden waren, kaum verbreitet.¹¹⁸⁶ Die Idee der Stillstuben stammte aus Südeuropa und hatte sich besonders in Italien durchgesetzt. Hier hatte ein Erlass aus dem Jahr 1902 verfügt, dass jeder Betrieb mit mehr als 60 Arbeiterinnen eine Stillstube bereithalten musste.¹¹⁸⁷ Marie Baum hatte im rheinischen Industriegebiet versucht, Fabrikarbeiterinnen mit dieser Initiative zu erreichen. Sie plante, in einigen Textilbetrieben in Mönchengladbach Stillkrippen einzurichten, damit die Arbeiterinnen ihre Kinder während ihrer Arbeitszeit stillen konnten. Doch dieser Plan scheiterte - wie Baum erklärte - „an den Widerständen der zuständigen Stellen“¹¹⁸⁸, also vermutlich an den Eigentümern der Fabriken. Für Westfalen, wo zeitweise ein Überangebot an weiblichen Arbeitskräften bestand, berichtete die Gewerbeinspektion in Bielefeld, dass die Fabrikbesitzer die Einrichtung von Stillstuben ablehnten,

„da im letzten Jahre ein Überfluss an Arbeiterinnen vorhanden ist, welcher die Fabrikanten weniger geneigt macht, derartige Wohlfahrtseinrichtungen zur Erhaltung ihrer weiblichen Arbeitskräfte zu schaffen.“¹¹⁸⁹

1914 bestanden in 21 Gemeinden Deutschlands Stillkrippen.¹¹⁹⁰ Die Widerstände gegen diese waren von Seiten der Unternehmer mannigfaltig. Die Kosten, ungeeignete Räumlichkeiten, mangelnde bzw. unklare Inanspruchnahme bei den Arbeiterinnen wurden benannt.¹¹⁹¹ Ganz aus der Luft gegriffen waren diese Bedenken nicht, denn in der organisierten Arbeiterschaft war die Haltung den Stillstuben gegenüber eher distanziert. So konnten die Arbeiter in Dresden verhindern, dass in einer großen dort ansässigen Tabakfabrik Still-

¹¹⁸⁶ Gegen diese Stillstuben in industriellen Großbetrieben bestand von Seiten der Industriellen ein erheblicher Widerstand, obwohl die Kosten dieser Einrichtung minimal waren. Vgl. Schlesinger, *Moderne Säuglingsfürsorge*, S. 108.

¹¹⁸⁷ Über die Effektivität dieser Stillstuben (*Sale di Maternità*) lässt sich nur wenig sagen. Bei den Mailänder Zigarrenarbeiterinnen stieg die Stillquote angeblich von 27 auf 58 Prozent, vgl. Schreiber, *Ergänzende Einrichtungen*, S. 332.

¹¹⁸⁸ HSA Düsseldorf, Reg. Düsseldorf, 38976, Bd. 1, Protokoll der Verwaltungsratssitzung v. 15. 11. 1910.

¹¹⁸⁹ Vossen, *Gesundheitsämter*, S. 123.

¹¹⁹⁰ Fritz Rott, *Umfang, Bedeutung und Ergebnisse der Unterstützung an stillende Mütter*, Berlin 1914, (zugleich: *Veröffentlichungen auf dem Gebiet der Medizinalverwaltung* 3 (1914), S. 649-784), hier S. 38f.

¹¹⁹¹ Vgl. auch Reyer, *Die Kinderkrippe in Deutschland*, S. 102ff.

stuben eingerichtet wurden, indem sie im Vorfeld heftig dagegen agitierten.¹¹⁹² Inwieweit die organisierten Arbeiter dabei auch die Interessen ihrer Anhängerinnen vertraten, muss dahingestellt bleiben. In anderen Orten wurde jedenfalls von einem regen Interesse der Arbeiterinnen an den Stillstuben berichtet.¹¹⁹³

An dieser Entwicklung wird deutlich, dass sich in Deutschland die Einrichtungen, die auf die Verbindung von Mutterschaft und Fabrikarbeit zielten, nicht etablieren konnten. Bevorzugt boten einige Unternehmen allerdings Fürsorgemaßnahmen an, die sich an die Ehefrauen der Arbeiter richteten. Dies zeigt sich vor allem bei der Firma Henkel in Düsseldorf. Die Wöchnerinnenfürsorge in Form von Besuchen der Krankenschwester und der Verteilung von Säuglings- und Wöchnerinnenwäsche richtete sich an die Familie des Arbeiters und nicht an die Arbeiterinnen. Allerdings wurden die Säuglinge, die aufgrund der Erwerbsarbeit der Mutter vernachlässigt wurden, im Benrather Säuglingsheim aufgenommen:

„Kann im elterlichen Hause auf die Pflege der kleinen Wesen nicht die nötige Sorgfalt verwandt werden, so finden diese liebevolle Aufnahme in dem benachbarten Benrath erbauten Säuglingsheim, einer Schöpfung des Seniorchefs der Firma, Herrn Kommerzienrats Henkel. Die ärztliche Leitung der Anstalt liegt in den Händen von Professor Dr. med. Schlossmann, Düsseldorf.“¹¹⁹⁴

Kaisers Kaffeegeschäft in Viersen hatte Maßnahmen zur Wöchnerinnenpflege eingerichtet: Eine geprüfte Pflegerin übernahm die Versorgung von Mutter und Kind und stellte bei Bedarf Säuglings- und Wöchnerinnenwäsche und stärkende Mahlzeiten zur Verfügung.¹¹⁹⁵ Diese Einrichtungen stellten aber Ausnahmen dar. Häufig bestand die einzige Fürsorge für Mütter und Kinder darin, dass sich die jeweiligen Ehefrauen der Fabrikeigentümer mehr oder weniger intensiv für die sozialen Belange der Arbeiterinnen interessierten:

„Nun fing die Frau Direktor an, sich für die soziale Frage zu interessieren. Nach einiger Zeit besuchte sie die Stillstube unserer Fabrik. Es hatten gerade zwölf Mütter ihre Kleinen da untergebracht. Sie fragte die Leute aus nach ihren Verhält-

¹¹⁹² Tugendreich, Mütter- und Säuglingsfürsorge, S. 381.

¹¹⁹³ Reyer, Die Kinderkrippe in Deutschland, S. 103f.

¹¹⁹⁴ Hansa-Bund (Hg.), Wohlfahrtseinrichtungen, S. 165.

¹¹⁹⁵ Ebd.

nissen, ihrer Kinderzahl; versicherte ihnen, dass man doch nun nicht mehr so dumm sei, so viele Kinder zu haben, und ging wieder. Damit war den Frauen nicht nur nichts geholfen - es blieb ein Stachel mit Widerhaken in der Seele sitzen [...]. So wurden die armen kleinen Leute stutzig gemacht und neugierig nach dem geheimnisvollen Verbotenen, das helfen sollte, wenn man es wußte,¹¹⁹⁶

erinnerte sich die Hebamme Lisbeth Burger empört.

Einige wenige grössere Unternehmen richteten Säuglingspflegekurse ein, wie z. B. Bayer, Krupp und Mannesmann.¹¹⁹⁷ Diese wurden allerdings von der Arbeiterinnenschaft keineswegs mit Begeisterung aufgenommen. So schrieb ein Vertreter der Mannesmann Röhren-Werke an das Städtische Waisen- und Fürsorgeamt Düsseldorf 1916, dass die Arbeiterinnen keine Bereitschaft zeigten, an diesen Kursen teilzunehmen. Die Arbeiterinnen betonten, dass sie sich tagsüber müde gearbeitet hätten, es ihnen sowieso am Notwendigsten zum Gedeihen der Kinder fehlte und sie deshalb weder Zeit noch Lust zur Teilnahme an den Kursen hätten. Der Schreiber selbst distanzierte sich von der Haltung der Arbeiterinnen und stellte fest, dass es nicht das erste Mal wäre, dass er auf „*Indolenz*“ der Arbeiterinnen gegenüber gut gemeinten Wohlfahrtseinrichtungen getroffen wäre.¹¹⁹⁸

Die eigentliche Zielgruppe dieser Fortbildungsveranstaltungen, die Fabrikarbeiterinnen, erreichte man häufig nur durch Zwang. Bei der Firma Henkel in Düsseldorf war der Haushaltungs- und Mütterunterricht für die Arbeiterinnen verpflichtend:

„Damals fand die Ausbildung während der Arbeitszeit statt. Dabei mußten unsere weiblichen Gefolgschaftsmitglieder zum Besuch der Schule gezwungen werden. Dazu hatten wir das Recht, da wir die Unterrichtsstunden bezahlen mußten.“¹¹⁹⁹

Die wenigen Maßnahmen, die innerhalb der betrieblichen Fürsorge für Arbeiterinnen angeboten wurden, waren zumeist unzureichend oder stießen auf mangelnde Akzeptanz. Erschwerend kam hinzu, dass die Mehrzahl der Einrichtungen sich nicht auf die Arbeiterinnen, sondern auf die Ehefrauen der Arbeiter bezogen. Obwohl in den untersuchten Regionen zwischen 10 und 30 Prozent Prozent der Arbeiterinnen verheiratet waren, kümmer-

¹¹⁹⁶ Burger, Storchentante, S. 118.

¹¹⁹⁷ Hopmann, Mütterberatungs- und Säuglingsfürsorgestelle und: Aus den Wohlfahrtseinrichtungen der Firma Fried. Krupp Akt.-Ges., Essen (Ruhr), in: Mutter und Kind 5 (1913), Nr. 12, S. 2-7.

¹¹⁹⁸ StA Düsseldorf III 4276, Bl. 70, Brief der Mannesmann-Röhren-Werke an das städtische Waisen- und Fürsorgeamt v. 23. März 1916.

¹¹⁹⁹ Vgl. Werksarchiv Henkel, K/Nr. 213, Rede des Prokuristen Wild zur Wiedereröffnung der Mütterschule 1935. Er berichtet hier über die Geschichte der Mütterschulung bei Henkel.

ten sich weder die Reformen noch die Betriebseigentümer darum, Erwerbsarbeit und Mutterschaft zu vereinbaren.

Die wichtigsten und umfangreichsten Einrichtungen der Säuglingsfürsorge stellten die offenen Beratungsstellen dar. Ob deren Arbeit die Lebensumstände der Arbeiterfamilien berücksichtigte, soll im Folgenden erläutert werden.

5.1.3 Die Funktion der Fürsorge- und Beratungsstellen

Die Fürsorgestellen waren das wichtigste Instrument der Säuglingsfürsorgebewegung. Ihre praktische Ausgestaltung war allerdings äußerst heterogen: Von einmal wöchentlich stattfindenden Sprechstunden in einer Gaststätte bis hin zu regelrechten Gesundheitszentren mit einem breiten Leistungsangebot reichte das Spektrum dieser Einrichtungen. Insbesondere seit 1904/5, als die Senkung der Säuglingssterblichkeit als nationale Aufgabe etabliert wurde, ist der Ausbau dieser Institutionen vorangetrieben worden. Man orientierte sich am französischen Beispiel. Hier waren seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert sowohl Milchabgabestellen *Goutte de lait* als auch Beratungsstellen *Consultations de nourrissons* eingerichtet worden. Das Vorbild der Milchabgabestellen fand in Deutschland nur sehr eingeschränkte Nachahmung. Zu dem Zeitpunkt, als die Bewegung in Deutschland Fuß fasste, bezweifelten die europäischen Nachbarn den Nutzen der Milchverteilung bereits wieder. So blieb die Einrichtung von Säuglingsmilchküchen in den Anfängen stecken.¹²⁰⁰

Insofern hatte die Einrichtung von Beratungsstellen von Anfang an eine besondere Bedeutung, da hier materielle Hilfe mit Gesundheitserziehung verknüpft werden konnte. Nur in dieser Mischform konnten die Ziele sowohl der Pädiater als auch der Fürsorgerinnen, Säuglingsschwestern und den übrigen im Umfeld der Bewegung stehenden Berufe verfolgt werden.¹²⁰¹ Unter der Bezeichnung Mütterberatungs- oder Säuglingsfürsorgestelle¹²⁰²

¹²⁰⁰ Vgl. dazu ausführlich Kap. 3 dieser Arbeit.

¹²⁰¹ Vgl. dazu ausführlich Kap. 4 dieser Arbeit.

¹²⁰² Während Tugendreich als einheitlichen Begriff die Bezeichnung Mütterberatungsstelle vorschlägt, kritisierte Adele Schreiber, Mitbegründerin des Bundes für Mutterschutz: „Dennoch möchte ich lieber den Namen Säuglingsfürsorgestelle [...] befürworten, weil diese Einrichtungen doch in erster Linie dem Wohle des Kindes dienen, während eine eigentliche Mütterberatungsstelle, weit über das begrenzte Programm der Säuglingsernährung und Kinderpflege hinaus, eine Zentrale sein soll, die ehelichen und un-

wurden hier die Kinder untersucht, Beratungen durchgeführt, Stillgelder und saubere Milch verteilt. Des Weiteren ging von den Fürsorgestellten häufig die Organisation der Kurse für Säuglingspflege und die Hausbesuche der Fürsorgerinnen aus.

Das Spektrum der zum Besuch der Fürsorgestelle Berechtigten war von Stadt zu Stadt unterschiedlich geregelt, meistens musste mindestens ‚Bedürftigkeit‘ nachgewiesen werden. Der Begriff der Bedürftigkeit wurde deutlich weiter gefasst als der der Armut. Während die Armenpflege das „unbedingt Notwendige in Bezug auf Wohnung, Kleidung und Nahrung, sowie die erforderliche Pflege in Krankheitsfällen zu beschaffen“¹²⁰³ hatte, orientierte sich die Bedürftigkeit am „Minimum einer nach hygienischen Grundsätzen geordneten Existenz“.¹²⁰⁴ In Freiburg bezogen im Jahr 1906 von den 442 Müttern, die Stillbeihilfen bekamen, nur 55 auch Armenunterstützung.¹²⁰⁵ In Berlin war jede Familie zum Besuch der Fürsorgestelle berechtigt,

„[...] deren Bedürftigkeit nachgewiesen ist. Der Nachweis der Bedürftigkeit geschieht durch Befragen in der Sprechstunde und durch Recherchen in der Wohnung der Klienten seitens der Schwestern der Fürsorgestellten, die gelegentlich durch Auskünfte der Armen- und Bezirksvorsteher ergänzt werden.“¹²⁰⁶

Der Status der Bedürftigkeit war nicht allgemeingültig festgelegt. Marie Baum empfahl, die Grenze bei 3000 Mark Jahresfamilienkommen festzulegen, eine Summe, die einem vergleichsweise guten Einkommen einer Arbeiterfamilie entsprach.¹²⁰⁷

Dies war allerdings eine großzügige Empfehlung. In Freiburg lag die Bedürftigkeitsgrenze deutlich niedriger. Bei einem Kind durfte die Familie nur ein Einkommen von wenig mehr als 1000 Mark im Jahr zur Verfügung haben, wenn sie Stillprämien bekommen wollte.¹²⁰⁸ Nach den Angaben von Rott lag die durchschnittliche Grenze der Bedürftigkeit

verehelichten Müttern zu allen Zeiten und in allen komplizierten Fällen [...] Rückhalt und Schutz gewährt.“ Schreiber, Ergänzende Einrichtungen, S. 325- 339, S. 328.

¹²⁰³ Vgl. dazu Buehl, Art. „Armenwesen“ in: Weyls Handbuch der Hygiene. Suppl. Bd. IV, Jena 1904.

¹²⁰⁴ Tugendreich, Mütter- und Säuglingsfürsorge, S. 3f..

¹²⁰⁵ StA Freiburg C3/380/3, Bericht über die Auszahlung von Stillprämien im Jahr 1906.

¹²⁰⁶ Die Säuglingsfürsorge der Haupt- und Residenzstadt Berlin, verfasst im Auftrage des Magistrats von der Waisenverwaltung. Gewidmet dem III. internationalen Kongress für Säuglingsschutz, Berlin 1911.

¹²⁰⁷ Vgl. die Lohnangaben für Männer und Frauen, in: Stefan Bajohr, Die Hälfte der Fabrik. Geschichte der Frauenarbeit in Deutschland 1914 bis 1945, Marburg 1979, S. 32.

¹²⁰⁸ StA Freiburg D.Ge 9/1, Jahresbericht über die Armen- und Waisenpflege im Jahre 1906.

zwischen 900 und 1200 Mark.¹²⁰⁹ Entscheidend war es, die Klientel zu erreichen, die sich den Besuch beim Arzt nicht leisten konnte, aber auch keinesfalls über diese Grenze zu kommen, um die niedergelassenen Ärzte nicht zu verärgern.¹²¹⁰ Der Radius der zu Beratenden sollte aber in jedem Fall weiter gezogen werden als bei den Polikliniken, also sich nicht nur auf die Armenfürsorgeberechtigten beschränken.¹²¹¹ Darüber hinaus musste jeder Vergleich mit der Armenfürsorge verhindert werden, um Ratsuchende nicht vorzeitig abzuschrecken.¹²¹² Die Bedürftigkeit der Besucherinnen der Fürsorgestellen wurde vor allem geprüft, um sich nicht den Unmut der niedergelassenen Ärzteschaft zuzuziehen, denn die Frage nach dem Spektrum der Klientinnen der Fürsorgestellen musste jeweils mit der ortsansässigen Ärzteschaft mühsam ausgehandelt werden.¹²¹³ Um das Familieneinkommen einschätzen zu können, erkundigte sich die Fürsorgeschwester nach dem Arbeitslohn und nach der Zahl der Kinder:

„Es wird unter Umständen Einblick genommen in die Lohnbücher des Mannes, mit Hilfe der Quittungskarte der Arbeiterkrankenversicherung läßt sich die Dauer der Arbeitslosigkeit des Ernährers feststellen. Anfragen beim Hauswirt [...] können über die Verschuldung der Familie aufklären.“¹²¹⁴

Nach zeitgenössischen Berichten stammte die überwiegende Klientel der Beratungsstelle aus der ungelerten Arbeiterschaft, während „untere Beamte, kleine Gewerbetreibende und Angestellte“ weitaus seltener die Einrichtungen frequentierten.¹²¹⁵ Gerade das unregelmäßige Einkommen in vielen Arbeiterfamilien führte dazu, dass die Beratungsstellen häufig in Krisenzeiten, wie etwa bei Arbeitslosigkeit, aufgesucht wurden.¹²¹⁶

¹²⁰⁹ Rott, Umfang, Bedeutung, S. 27.

¹²¹⁰ Baum, Säuglingsfürsorge, in: Dies., Grundriß der Gesundheitsfürsorge, S. 174 und Schlesinger, Moderne Säuglingsfürsorge, S. 58.

¹²¹¹ Salge, Stillprämien, S. 69.

¹²¹² Rott, Umfang, Bedeutung, S. 28.

¹²¹³ Ein Zitat, dass die Lage in Düsseldorf darstellt, gibt Einblick in das komplizierte Aushandlungsverfahren: „Die Behandlung kranker Kinder ist auszuschließen. Diese sind vielmehr an die behandelnden Ärzte zu verweisen. Ernährungsstörungen wären jedoch dann zu behandeln, wenn es sich um kranke Säuglinge mit Armenschein handelt oder wenn seitens der die Familie behandelnden Ärzte die Beratung für das Kind nach dieser Richtung hin ausdrücklich gewünscht wird.“ Vgl. StA Düsseldorf III 4271, Bl. 1-4, Schreiben Schlossmanns an Düsseldorfer OB vom 9. Mai 1911. Vgl. auch StA Freiburg C4/XII/10/13, Ergebnisse der Besprechung vom 27. April 1921.

¹²¹⁴ Tugendreich, Mütter- und Säuglingsfürsorge, S. 288f.

¹²¹⁵ Schlesinger, Moderne Säuglingsfürsorge, S. 58.

¹²¹⁶ Ebd.

Die Mütterberatungsstellen sollten immer unter ärztlicher Aufsicht betrieben werden. Sie unterstützten die ärztliche Standespolitik, indem sie den Ärzten mit Fürsorgerinnen und Säuglingsschwestern gut ausgebildete und spezialisierte medizinische bzw. soziale Paraprofessionen zur Verfügung stellte. Für die Ärzte war, soweit sich das verallgemeinern lässt, die Tätigkeit in den Beratungsstellen als Stadtarzt scheinbar eine attraktive Tätigkeit. So beschloß der Ärzteverein in Neuss gegen den Willen des Neusser Oberbürgermeisters Klein, dass der Arzt in der Mütterberatungsstelle zur Kündigung gezwungen und die Stelle im jährlichen Wechsel nach dem Alphabet vergeben werden sollte. In diesem Fall hatten auch niedergelassene Ärzte großes Interesse an der nebenamtlichen Tätigkeit, die sie in Kontakt mit möglichen Patientinnen bringen konnte. Theoretisch wurde während des Besuches der Mütterberatungsstelle gefordert, dass der Säugling „inspiziert“ wurde, „bei irgendwelchen Störungen genau untersucht, der Befund kurz im Journal notiert und darauf der Mutter aufs eingehendste Aufklärung, Belehrung, Anordnung zu Teil“¹²¹⁷ werden sollte. Normalerweise wurde der Säugling gewogen, kurz untersucht und die Mutter wurde nach den Ernährungspraktiken befragt. Die Arbeit konnte allerdings auch erheblich rationalisiert werden, wie etwa Arthur Keller es für seine Tätigkeit als Fürsorgearzt beschrieb. Er ließ gleich mehrere Frauen mit ihren ausgekleideten Kindern an den Beratungstisch treten:

„Das hat [...] den großen Vorteil, daß das, was ich der einen Frau sage, gleichzeitig von 6 bis 8 anderen gehört wird, so daß ich mich nicht so oft zu wiederholen brauche, und daß Lob und Tadel unter diesen Umständen wesentlich stärker wirkt.“¹²¹⁸

Der „Erfolg“ der Beratungsstellen ist nur sehr schwer messbar. Geht man von der Sterblichkeit der Säuglinge aus, so ist diese im Zeitraum von 1905 bis 1924 zwar von durchschnittlich knapp 20 Prozent auf ca. 12 Prozent gesunken, diese Zahlen lassen aber kaum Rückschlüsse auf die Effektivität der Beratungsstellen zu, da, wie etwa Vögele herausgearbeitet hat, der Verbesserung der Lebens- und Lohnverhältnisse ein weitaus größerer Einfluss zugeschrieben werden muss.¹²¹⁹

¹²¹⁷ Tugendreich, Mütter- und Säuglingsfürsorge, S. 287.

¹²¹⁸ Arthur Keller, Kommunale Säuglingsfürsorge, S. 66.

¹²¹⁹ Vögele, Sozialgeschichte, S. 137 und 394.

Ein anderer Maßstab für den Erfolg der Säuglingsfürsorge ist die Besucherinnenfrequenz in den Beratungsstellen. Diese lässt sich kaum verallgemeinern. Sie konnte von Jahr zu Jahr erheblich variieren. In Krefeld kamen im Jahre 1911 1.058 Beratungen zustande und im Jahr 1913 nur 145, wobei die Zahl der behandelten Kinder absolut in beiden Jahren in etwa gleich war, ca. 300 Kinder. Ob die Kinder 1911 in einer so schlechten gesundheitlichen Verfassung waren, dass sie häufig wiederkommen mussten (im Jahr 1911 gab es einen Sommer mit extremen Hitzeperioden), oder ob Mängel in der statistischen Überlieferung diese unterschiedlichen Zahlen bedingen, kann nicht abschließend geklärt werden.

Häufig wurde vor Ort von überfüllten Sprechstunden berichtet. So beantragte die Düsseldorfer Stadtärztin Reeder einen Hilfsarzt, da in die Nachmittagssprechstunde 50-60 Frauen kämen, was für Mütter und Ärzte „ein psychisch und physisch unwürdiger und unverträglicher Zustand sei“.¹²²⁰

Zahlreiche Hinweise belegen, dass die Resonanz einer Beratungsstelle maßgeblich von ihrer geographischen Lage abhängen konnte. 1927 berichtet eine Krefelder Fürsorgerin dem Bürgermeister, dass sie sich den Betrieb der Mütterberatungsstelle im alten Rathaus angeschaut habe, der Warteraum vor der Beratungsstelle sei überfüllt, heiß und stickig gewesen, die Säuglinge müssten hier schon ausgezogen werden und dann über den kalten Flur in das Sprechzimmer gebracht werden. Die Räumlichkeiten wären nicht geeignet für den Betrieb der Beratungsstelle.¹²²¹ Die Mütterberatungsstelle wurde daraufhin in eine Schule verlegt. Daraufhin gingen die Besucherinnenzahlen von 40-60 Müttern pro Stunde auf 10-15 Mütter zurück. Schließlich musste die Beratungsstelle wieder in die alten Räume gelegt werden.¹²²² Das Beispiel zeigt: In derselben Stadt konnten je nach Lage der Beratungsstelle die Akzeptanz außerordentlich hoch oder niedrig sein, es ergibt sich kein gleichmäßiges Bild. Die Mütter konnten aber durch ihr Erscheinen oder Nicht-Erscheinen durchaus Einfluss auf die Ausgestaltung dieser Fürsorgearbeit nehmen. In Karlsruhe wurde die Milch von den „Vereinsdamen“ des Badischen Frauenvereins den Müttern nach Hause gebracht. Um die Mütter stärker der ärztlichen Kontrolle zuzuführen, änderte man

¹²²⁰ StA Düsseldorf III 4215, Statistik über den Besuch der Mütterberatungsstellen.

¹²²¹ StA Krefeld 9/2700, Schreiben der Fürsorgerin an den Bürgermeister vom 17. November 1927.

¹²²² StA Krefeld 9/2700, Textausschnitt ohne Titel.

das System und verlangte, dass sie die Milch persönlich in der Beratungsstelle abholten. Daraufhin blieben zahlreiche Mütter aus und brachten auch ihre Säuglinge nicht mehr in die Beratungsstelle.¹²²³ Schließlich wurden Stillprämien eingeführt, um die Mütter an die Fürsorgestellen zu binden.¹²²⁴ Das sehr verstreute und uneinheitliche Zahlenmaterial aus den unterschiedlichen Städten lässt dann auch dem Urteil des Münchner Arztes Trumpp zustimmen, der zur Resonanz der Milchküchen und Beratungsstellen anführt: „Bald wird über zunehmendes Verständnis oder erfreuliches Entgegenkommen berichtet, bald über mangelhaftes oder völlig fehlendes Interesse“.¹²²⁵

Der Erfolg einer Fürsorgestelle wurde also auch vom „Eigen-Sinn“ der Mütter beeinflusst.¹²²⁶ Wenn die Maßnahmen die Zeit der Mütter zu sehr strapazierten, blieben sie der Säuglingsfürsorge fern. Als 1907 in der Milchküche des Freiburger Hilda-Hospitals entschieden wurde, die Milch an die Mütter nur nach individuellem ärztlichen Rezept auszugeben, blieben die Besucherinnen aus. Der Weg zum Arzt und anschließend zur Milchküche war für die zu erwartende Leistung dann doch zu weit.¹²²⁷

Auch bei einem ausschließlichen Beratungsangebot blieben die Mütter sehr häufig weg. Ganz deutlich wurde dies in Leipzig. Hier wurden 1906 zwei Beratungsstellen eröffnet, jedoch kamen keine Mütter.¹²²⁸ Daraufhin wurden in Leipzig Stillprämien eingeführt, deren Zahlung vom Besuch der Beratungsstelle abhängig gemacht wurde. Nun kamen die Mütter zu den Sprechstunden.¹²²⁹ Hier lagen die Stillgelder allerdings zwischen drei und sechs Mark die Woche, eine vergleichbar hohe Summe, die schon fast als Lohnersatzleistung angesehen werden kann.¹²³⁰ Dementsprechend war das Leipziger Modell im Ver-

¹²²³ Asche, Fürsorge, Partizipation, S. 228.

¹²²⁴ Schiller, Stillprämien und Stillbeihilfen, S. 321-333.

¹²²⁵ Trumpp, Milchküchen, S. 129.

¹²²⁶ Vgl. die neuere Zusammenfassung: Lüdtke, Einleitung zu Herrschaft als soziale Praxis, hier S. 50: „In jedem Fall gehen die Formen von Distanzierung und Eigen-Sinn nicht in der Zweiwertigkeit von Gehorsam oder Widerstand auf.“

¹²²⁷ Braunmüller, Die Entwicklung der Säuglingsfürsorge, S. 155.

¹²²⁸ Vgl. SHStA Dresden, Sektion XIX, 6a, Nr. 17219, Bericht der Kreishauptmannschaft Dresden an das Ministerium des Innern vom 29. Mai 1908, Bl. 97.

¹²²⁹ Stadtrat Hofmann, Maßnahmen zur Förderung des Stillens, S. 99.

¹²³⁰ SHStA Dresden, Sektion XIX, 6a, Nr. 17219, Schreiben der Stadt Leipzig an die Königliche Kreishauptmannschaft zu Leipzig vom 8. Nov. 1907, Bl. 38. Rott gibt eine Summe von 2,50 Mark pro Woche und eine Abschlussprämie von 3 Mark an. Vgl. Rott, Umfang, Bedeutung, S. 17.

gleich mit anderen Orten sehr erfolgreich. In den Jahren zwischen 1907 und 1911 erhöhte sich die Zahl derer, die während eines Jahres Stillprämien in Anspruch nahmen, von 4.800 auf 8.000 Frauen. Diese hatten zumindest regelmässigen Kontakt mit den Mütterberatungsstellen.¹²³¹

An dieser Stelle nahmen die Arbeiterinnen Einfluss auf die Fürsorge. So niedrig die Stillprämien und Unterstützungsgelder auch waren, es hätte sie nicht gegeben, wenn die Mütter nur um der ärztlichen Beratung willen in die Sprechstunde gekommen wären. Rott bezeichnete die Stillgelder als „Lebensbedingung der Beratungsstelle“.¹²³² Diese Erfahrung machten fast alle Beratungsstellen: Ohne Stillgelder blieben die Frauen zu Haus.

„Die Stillprämien – darüber sind sich nachgerade die meisten erfahrenen und nüchternen Beobachter einig – sind das einzige bisher als wirksam befundene Mittel, die übergroße Mehrzahl der Frauen aus ihrer Indolenz herauszulocken, sie zum regelmäßigen Besuch der Fürsorgestellen zu veranlassen und sie damit unter den beabsichtigten ärztlichen Einfluß zu bringen.“¹²³³

Insofern hatten zahlreiche Einrichtungen zwar – absolut gesehen – eine recht hohe Besucherinnenzahl, jedoch kam der überwiegende Anteil der Frauen nur so lange, wie die Stillunterstützungen ausgezahlt wurden.¹²³⁴ Die Aufgabe der Stillprämien lag nicht in erster Linie darin, für die Mutter eine sinnvolle finanzielle Unterstützung darzustellen, sondern, so wurde ganz unverhohlen formuliert:

„Besser als theoretische Überlegungen beweisen Höhe und Dauer der Unterstützungen, daß diese Prämie größtenteils nicht anders betrachtet wird als ein Lockmittel zum Stillen. Dafür genügen aber schon geringwertige Prämien [...]“¹²³⁵

Die Gründe für diese mangelnde Bereitschaft, nur um der Aufklärung willen in die Beratungsstellen zu kommen, wurde von einigen Reformern klar erkannt. So erklärte Tu-

¹²³¹ Brandmann, Leipzig, S. 95. In der Zahl sind aber noch nicht die Mütter enthalten, die nur das Beratungsangebot der Fürsorgestelle in Anspruch nahmen.

¹²³² Rott, Umfang und Bedeutung, S. 54-57.

¹²³³ Schiller, Stillprämien und Stillbeihilfen, S. 327; vgl. auch Tugendreich, Mütter- und Säuglingsfürsorge, S. 293; Baum, Säuglingsfürsorge, in: dies., Grundriß der Gesundheitsfürsorge, S. 188.

¹²³⁴ Vgl. Schlesinger, Moderne Säuglingsfürsorge, S. 56: „Gleichwohl läßt noch mancherorts die Frequenz der Anstalten zu wünschen übrig, nicht bezüglich der Zahl der eingeschriebene, der in der Fürsorgestelle einmal eingetretenen Säuglinge, sondern bezüglich der Dauer der ärztlichen Kontrolle, der Anzahl der Besuche des einzelnen Säuglings in der Anstalt, indem, wie schon gesagt, die Mütter nicht selten alsbald nach Aufhören der materiellen Unterstützung [...] gleich wieder wegbleiben, ihre Kinder wieder der Kontrolle entziehen [...]“.

¹²³⁵ Tugendreich, Mütter- und Säuglingsfürsorge, S. 303.

gendreich: „Menschen, die im wahrsten Sinne des Wortes von Tag zu Tag ums Brot zu kämpfen haben, finden keine Zeit, an die Zukunft zu denken.“¹²³⁶ Ein anderer Sozialreformer erläuterte durchaus klarsichtig:

„Der ärztliche Rat [...] wird eben von den Frauen aus der breiten Masse des Volkes, aus den Arbeiterkreisen keineswegs immer, ja vielleicht kaum in der Hälfte der Fälle so hoch bewertet, daß sie deshalb alle 14 Tage eine oder einige Stunden opfern, um ihr Kind zur Kontrolle zu bringen.“¹²³⁷

Als die Mütter sich in Freiburg beschwerten, dass die Stillprämien verzögert ausgezahlt würden und sie das Geld aber sofort nach Ausstellung der Bescheinigung bräuchten, reagierte das Stadtarztamt prompt und stellte das Verfahren um.¹²³⁸ Auch hier konnten die Frauen in bescheidenen Grenzen durchaus Einfluss auf die Gestaltung der jeweiligen Fürsorgeverfahren nehmen und ihre Interessen verwirklichen.

Trotzdem waren die Stillprämien bei den organisierten Arbeiterinnen keinesfalls beliebt. Auf der von der Frauenbewegung organisierten ersten Konferenz zur Förderung der Arbeiterinneninteressen sprachen sich zahlreiche Arbeiterinnen gegen die Stillprämien aus.¹²³⁹ Kritisiert wurden die unklaren Bestimmungen, die Festlegung der Bedürftigkeit, die der Vergabe der Stillprämien häufig zugrunde lagen. Von den Ärzten als „flexible Handhabung“ gewünscht, war die mangelnde Rechtsgrundlage der Stillunterstützungen den Arbeiterinnen ein Dorn im Auge. Die Dresdener Volkszeitung kritisierte 1908:

„Eine Frau von hier machte einen Versuch, die Stillprämie zu erhalten. Die Frau geht sonst stets in die Fabrik, im Interesse ihres Kindes wollte sie jedoch das Opfer bringen, das der Stadtrat [...] anrät. Leider wurde sie [...] abgewiesen [...]. Die Abweisung ist ohne jede Begründung erfolgt. Wenn also verfahren wird, dann ist diese ‚soziale Einrichtung‘ nichts weiter als bloßer Schein.“¹²⁴⁰

Die Verrechtlichung der Stillprämien wurde auch von den Vertreterinnen der Frauenbewegung eingefordert. Sie lehnten auch die Bezeichnung Stillprämie ab. Sowohl Alice Salomon als Marie Baum wollten die „hässliche Bezeichnung“ durch den Begriff der

¹²³⁶ Ebd., S. 292f.

¹²³⁷ Schlesinger, *Moderne Säuglingsfürsorge*, S. 56.

¹²³⁸ StA Freiburg C3/380/3 Schreiben des Stadtarzamt Freiburg an den Stadtrat vom 20.3.1906.

¹²³⁹ Alice Salomon, Stillprämien, in: *Berliner Tageblatt*, 7. Juni 1908, 2. Beiblatt.

¹²⁴⁰ SHStA Dresden, Sektion XIX, 6a, Nr. 17219, Artikel aus der *Dresdner Volkszeitung* vom 3. Juli 1908, Bl. 94.

Stillunterstützung oder der Stillbeihilfe ersetzt wissen, „da eine Mutter für diese selbstverständliche Darreichung der mütterlichen Nahrung keinerlei Belohnung (prämium) bedarf“.¹²⁴¹

Stillbeihilfen wurden in den Ortschaften und Städten auf unterschiedliche Weise vergeben. In Rheindahlen konnten sich die Mütter um die Stillprämie bewerben und die Mütter, deren Kind am besten gediehen war, bekamen eine einmalige Geldzahlung. Die Entscheidung wurde auf dem so genannten Säuglingstag in Rheindahlen gefällt, an dem die Säuglinge wie bei einer Tierschau regelrecht vorgeführt wurden.¹²⁴²

Einmalige oder maximal dreimalige Zahlungen gab es in einigen Städten, wie etwa Bernburg, Braunschweig, Erlangen und Fürth. In anderen Orten wurde das Stillgeld als regelmäßige Zuwendung ausgezahlt, jedoch konnte die Höhe der Summe keinesfalls einen etwaigen Lohnverlust ausgleichen. Die Summe überstieg in der Regel nicht drei Mark **wöchentlich**,¹²⁴³ der durchschnittliche **Tagesverdienst** einer Arbeiterin lag im Frühjahr 1914 etwa bei 2,30 Mark.¹²⁴⁴

Für alle Stillgelder galt, dass die Summen sehr niedrig waren und ihre Verteilung an hohe Auflagen geknüpft war. Voraussetzung für ihre Gewährung war zum einen Bedürftigkeit, deren Feststellung wie weiter oben beschrieben, ein aufwendiges Verfahren darstellte. Häufig mußte das Geld dann noch an einer anderen Stelle, z. B. bei der Stadtkasse, abgeholt werden. In Freiburg, wo die Stillprämien schon sehr früh eingeführt wurden, musste die Wöchnerin 14 Tage nach der Geburt ein Formular ausfüllen mit Angaben über den Familienstand, Beruf und Wohnung etc., hier musste die Hebamme oder der Arzt dann das Stillen des Kindes bestätigen. Der Stadtrat liess daraufhin durch Armenkontrolleure die Bedürftigkeit prüfen, erst dann konnte mit der Auszahlung der Stillprämie begonnen werden, d. h. die Mütter bekamen frühestens drei Wochen nach der Geburt tatsächlich finanzielle Unterstützung. Um die Prämie über einen längeren Zeitraum zu erhalten, muss-

¹²⁴¹ „Den Leitern der Fürsorgestellen kann nur empfohlen werden, ihren Besuchern Rat, Auskunft und Vermittlung als die eigentliche und wesentliche Tätigkeit der Beratungsstunden darzustellen [...]. Vgl. Baum, Säuglingsfürsorge, in: dies.: Grundriß der Gesundheitsfürsorge, S. 190f.

¹²⁴² Marie Baum, Stillbeihilfen und ihre Verbreitung im Regierungsbezirk Düsseldorf, in: Mutter und Kind 5 (1913), S. 4-8.

¹²⁴³ Vgl. Fritz Rott, Umfang, Bedeutung, S. 3-17.

¹²⁴⁴ Vgl. die Lohnangaben bei Stefan Bajohr, Die Hälfte der Fabrik, S. 32.

te sich die Wöchnerin nach weiteren 14 Tagen zum Stadtarzt begeben, der das Stillen überprüfte, um anschließend das Armensekretariat aufzusuchen. Schließlich erhielt sie bei der Stadtkasse sechs Mark für weitere 14 Tage. Da sich alle entsprechenden Behörden in demselben Rathaus befanden, wurde die Einrichtung nach Bekunden des Stadtrates stark in Anspruch genommen. 1906 bekamen 442 Mütter die Stillprämien.¹²⁴⁵ In einigen Städten bestand für die Prämien auch eine Karenzzeit, d. h. sie wurden erst nach sechswöchigem Stillen ausgezahlt.¹²⁴⁶

Die Annahme des Stillgeldes verpflichtete die verheirateten Mütter zum ein- bis zweiwöchentlichen Besuch der Beratungsstelle. In Düsseldorf gab es in der Fürsorgestelle wöchentlich nur einen Termin, an dem das Geld abgeholt werden mußte. Dieser wurde nicht abgesprochen, sondern den Frauen mitgeteilt. Wenn die Mutter ihn mehr als einmal verpasste, wurde keine Stillprämie mehr ausgezahlt.¹²⁴⁷

Das wichtigste Ziel der Zahlungen bestand also darin, die Mütter an die Beratungsstelle zu binden und der ärztlichen Kontrolle zuzuführen.¹²⁴⁸ Beim Erhalt der Stillgelder mussten die Frauen nachweisen, dass der Säugling auch wirklich gestillt wurde. Diese Nachweispflicht konnte so weit gehen, dass das Kind vor den Augen des Fürsorgearztes gestillt werden musste.¹²⁴⁹ Inwieweit dadurch das Schamgefühl der Klientinnen beeinträchtigt wurde, können wir nur bedingt erfassen. Wenn Francisca Loetz in ihrer Analyse des Verhältnisses zwischen Ärzten und Patientinnen auch davon ausgeht, dass das Schamgefühl der Frauen keine wesentliche Rolle spielte¹²⁵⁰, so zeichnete Christoph Seidel anhand der von ihm verwendeten Quellen aus dem geburtshilflichen Bereich ein anderes Bild. Bei gynäkologischen Untersuchungen sollten und wollten die Frauen möglichst wenig Klei-

¹²⁴⁵ StA Freiburg D.Ge 9/1.

¹²⁴⁶ Tugendreich, Mütter- und Säuglingsfürsorge, S. 304; Rott, Umfang, Bedeutung, S. 54.

¹²⁴⁷ StA Düsseldorf III 4272, Aktenvermerk v. 16.2.1916, Bl. 248.

¹²⁴⁸ „Der indirekte Nutzen der Stillprämien ist dadurch wichtig, daß wir die Kinder unter ärztlicher Kontrolle behalten.“ Vgl. Taube, Fürsorgewesen, S. 34 und Tugendreich, Mütter- und Säuglingsfürsorge, S. 289: „Die Fürsorgestelle hat das größte Interesse daran, die Autorität des Arztes zu stärken und den Müttern den Unterschied zwischen dem sachkundigen, wohlüberlegten Rat des Arztes und den unverbindlichen und unüberlegten Meinungen der Nachbarinnen und Großmütter darzutun.“ Vgl. auch Salge, Stillprämien, S. 68 und Stadtrat Hofmann, Maßnahmen zur Förderung des Stillens, S. 100.

¹²⁴⁹ Ignaz Steinhardt, Über moderne Säuglingsfürsorge, in: Deutsche Vierteljahresschrift für öffentliche Gesundheitspflege 41 (1909), S. 659-675, hier S. 661.

¹²⁵⁰ Vgl. Loetz, Vom Kranken zum Patienten, S. 279.

dungsstücke ablegen und der behandelnde Arzt sollte alles tun, um keine entblößte Haut zu Gesicht zu bekommen.¹²⁵¹ Die z. T. sehr weiten Wege zur Beratungsstelle bargen noch ein weiteres Problem. Wenn der Säugling in dieser Zeit hungrig wurde, war es für die Mütter extrem schwierig, sein Nahrungsbedürfnis zu stillen, denn im öffentlichen Raum war dies vermutlich äußerst unüblich. Die Frage der Scham wird in den Quellentexten völlig ausgeklammert. Seidel geht davon aus, dass sich gegen Ende des 19. Jahrhunderts tendenziell eine stärker technisch-rationale Haltung zu medizinisch notwendigen Untersuchungen entwickelt habe.¹²⁵² Dennoch muss berücksichtigt werden, dass die Zulassung der Frauen zum Medizinstudium noch am Beginn des zwanzigsten Jahrhunderts damit begründet wurde, dass zahlreiche Frauen sich schämten, sich von einem männlichen Arzt untersuchen zu lassen. Aus diesem Grunde seien gerade in der Gynäkologie Ärztinnen erforderlich.¹²⁵³ Berücksichtigt man diese Argumente, wird umso deutlicher, dass die Kontrolle durch den Fürsorgearzt von den stillenden Müttern vermutlich als demütigend empfunden wurde.

Für die direkte Stillpropaganda ist festzustellen, dass die Erfolge sehr gering waren. Selbst die Auszahlung der Stillprämien war nur für die Mütter verlockend, die ihre Säuglinge sowieso stillten. Untersuchungen der Fürsorgestellen in Karlsruhe, Magdeburg, Berlin, Leipzig, Köln und Breslau ergaben, dass eine Erhöhung der Stilltätigkeit mit wenigen Ausnahmen nicht erreicht werden konnte. Es haben vor allem die Mütter Stillprämien erhalten, die ihre früheren Kinder auch schon gestillt haben.¹²⁵⁴ Eine Erhöhung der Stillquoten konnte erst im Ersten Weltkrieg erreicht werden, als aufgrund der Lebensmittelrationierung Stillen nicht nur die preiswertere, sondern die einzige Alternative darstellte.¹²⁵⁵ Die Stillpropaganda ging in weiten Teilen an den Realitäten der Arbeiterinnen vorbei. So riet ein Flugblatt des VfS Düsseldorf, keinesfalls im Frühjahr oder im Sommer abzustillen, da dies den Säugling wegen der Sommerhitze erheblich gefährde. Dieser Ratschlag bedeu-

¹²⁵¹ Vgl. dazu ausführlicher Seidel, *Kultur des Gebärens*, S. 404-410. Er führt eine Klage eines Geburtshelfers von 1844 an, dass „der Arzt oft keine vernünftigen Ratschläge zum Stillen geben konnte, weil er aus „Delikatesse“ die Brustwarzen nicht begutachten durfte.“ Zit. nach ebd., S. 405.

¹²⁵² Ebd., S. 410.

¹²⁵³ Leukel, *Frauenstudium in Preußen*, S. 36ff.

¹²⁵⁴ Rott, *Umfang, Bedeutung*, S. 45-54.

¹²⁵⁵ Vögele, *Sozialgeschichte*, S. 394.

tete, dass die Mutter, die häufig einer Erwerbstätigkeit nachgehen musste, gegebenenfalls bis zu einem halben Jahr länger stillen sollte.¹²⁵⁶ Unter diesen Maßgaben verwundert es nicht, wenn die Mütter sich einer solch unrealistischen Beratung entzogen und vor allem die materiellen Zuwendungen mitnahmen.

Die Notwendigkeit der weiblichen Erwerbsarbeit wurde von zahlreichen zeitgenössischen Beobachtern völlig außer Acht gelassen. Den Müttern wurde unterstellt, sie hätten auch die Möglichkeit, sich der Arbeit zu entziehen.

„Freilich muß die Mutter unter allen Umständen dem Kind zu lieb, falls es nicht gewissenlos vernachlässigt werden soll, auf einen Theil ihrer gewohnten Arbeit verzichten [...].“¹²⁵⁷

Eine besondere Zielgruppe innerhalb der Mütter- und Säuglingsfürsorge waren die unverheirateten Mütter. Ihre spezielle Rolle wurde damit begründet, dass bei den unehelich geborenen Kindern die Säuglingssterblichkeit besonders hoch war.¹²⁵⁸ Die Kinder der unverheirateten Mütter hatten schon während des gesamten 19. Jahrhunderts unter – zumeist – ortspolizeilicher Kontrolle gestanden. Diese wurde lange durch Gendarme ausgeübt.¹²⁵⁹ Mit der Durchsetzung moderner Fürsorgemethoden sollten diese wohlfahrtspolizeilichen Aufgaben nun durch Fürsorgerinnen und Ärzte übernommen werden. Die unehelichen Mütter galten einerseits als Hauptzielgruppe, da die Sterblichkeit der unehelichen Kinder die der ehelichen bei weitem überwog, jedoch schlossen die auf die Mütter gerichteten Einrichtungen der Mütterfürsorge sie auf vielen Ebenen aus: In zahlreichen Wöchnerinnenheimen fanden sie keine Aufnahme. Krippen oder Säuglingsheime nahmen ihre Kinder häufig ebenfalls nicht auf.¹²⁶⁰

¹²⁵⁶ „Stille dein Kind im Frühling oder Sommer unter keinen Umständen ab, denn Muttermilch ist der beste Schutz gegen die Gefahren der Sommerhitze“, so ein Hitzemerklblatt des VfS Düsseldorf, in: Geschäftsbericht VfS Düsseldorf 6 (1912/13), Beilage.

¹²⁵⁷ (Cless), Die Kindersterblichkeit in Württemberg. Ein Mahnruf an das Volk, Stuttgart 1868, zit. nach Sylvia Schraut, Krankheit und Tod in der sich industrialisierenden Residenz – Stuttgart im 19. Jahrhundert, in: Woelk/Vögele, Stadt, Krankheit und Tod, S. 115-140, hier S. 119.

¹²⁵⁸ In Preußen lag die durchschnittliche Sterbeziffer im Zeitraum 1901-10 für die legitimen Säuglinge bei 16,8 (per 100 Geburten) und für die illegitimen bei immerhin 30,8. Vgl. Engel/Behrendt, Säuglingsfürsorge, S. 40.

¹²⁵⁹ Vgl. allgemein Alf Lüdtke (Hg.), „Sicherheit“ und „Wohlfahrt“. Polizei, Gesellschaft und Herrschaft im 19. und 20. Jahrhundert, Frankfurt/M. 1992.

¹²⁶⁰ Vgl. ausführlicher Kap. 5. 2 der vorliegenden Arbeit.

Eine wesentliche Ursache für die offenkundige Diskriminierung der unverheirateten Mütter war nach Ansicht des Berliner Kinderarztes Hugo Neumann, dass

„die bürgerliche Gesellschaft in berechtigtem Selbsterhaltungstrieb kein Interesse daran [hat], Verhältnisse zu begünstigen, die sich außerhalb der von ihr entwickelten Formen bewegen.“¹²⁶¹

Die Ambivalenz zwischen dem Wunsch, die unehelich geborenen Kinder fürsorglich zu erfassen und der moralischen und „sittlichen“ Ablehnung der unverheirateten Mütter ist in den Texten an vielen Stellen zu finden. Uneheliche Mütter, so der Leiter der städtischen Ziehkinderfürsorge in Leipzig, Taube, seien die ungeeignetsten Personen für die Pflege ihrer eigenen Kinder. „Nicht die geringsten Kenntnisse von Kinderpflege sind hier vorhanden“.¹²⁶²

Die Lage der ledigen Mütter war denkbar schwierig. Die finanziellen Schwierigkeiten begannen häufig schon vor der Geburt. Ein Großteil der unverheirateten Schwangeren gebar in einer Entbindungs- oder Gebäranstalt, wo sie häufig Lehr- und Forschungszwecken dienen mussten.¹²⁶³ Diejenigen, die in einer Privatwohnung enbinden konnten, gehörten in der Gruppe der unehelichen Mütter schon zu der „Privilegierteren“, denn sie verfügten über funktionierende soziale und familiäre Verbindungen.¹²⁶⁴ Von den ledigen Schwangeren entbunden in Dresden im Jahr 1909/10 von 1. 169 nur 118 nicht in einer Entbindungsanstalt oder in einem Wöchnerinnen- oder Mütterheim.¹²⁶⁵ Die Entbindungskosten mussten die Frauen in der Regel selbst tragen, denn die Wenigsten erhielten Wöchnerinnenunterstützung. Eine große Gruppe unter den unehelichen Müttern waren Dienstmädchen, die durch die Sozialversicherung nicht abgesichert waren.¹²⁶⁶ Für Dresden ist nachgewiesen,

¹²⁶¹ Neumann, Öffentlicher Kinderschutz, S. 462.

¹²⁶² Taube, Säuglings-Fürsorge, S. 26; er erläutert an derselben Stelle: „Die bei den Zieheltern untergebrachten unehelichen Kinder finden fast immer eine gute Pflege, eine weniger günstige bei Großeltern und die schlechteste bei der eigenen Mutter, welche zu mittellos ist, ihr Kind in Pflege zu geben, es höchstens am Tage einer Frau überläßt und nachts, um Geld zu sparen, es selbst zu sich in ihr Bett mitnimmt.“

¹²⁶³ Vgl. auch Kap. 5.2 in dieser Arbeit.

¹²⁶⁴ Stefan Bajohr, Uneheliche Mütter im Arbeitermilieu: Die Stadt Braunschweig 1900-1930, in: GuG 7 (1981), S. 474-506, hier S. 485.

¹²⁶⁵ Vgl. Statistisches Amt der Stadt Dresden (Hg.), Die Verhältnisse, S. 11. Vgl. auch für Braunschweig Bajohr Uneheliche Mütter, S. 480, der davon ausgeht, dass knapp 70 Prozent der unehelichen Mütter in Anstalten entbunden.

¹²⁶⁶ Taube, Fürsorgewesen, S. 33.

dass die versicherten Arbeiterinnen ihren Anspruch auf Wöchnerinnenunterstützung verloren, wenn sie früher als drei Wochen vor der Geburt mit der Erwerbsarbeit aufhörten.¹²⁶⁷ 34 Prozent der ledigen Schwangeren arbeiteten deshalb bis unmittelbar vor ihrer Entbindung, da ja der Geburtstermin in der Regel nicht exakt vorhersehbar war.¹²⁶⁸ Die Väter übernahmen nur in 20 Prozent der Fälle die Wochenbettkosten, obwohl sie gesetzlich dazu verpflichtet waren. Wenn die Frauen selbst mittellos waren, dann musste die Stadt für die Kosten aufkommen. Dies war aber häufig mit einem so erheblichen bürokratischen Aufwand verbunden, dass die hochschwangeren Frauen diesen Anforderungen kaum nachkommen konnten.¹²⁶⁹ Gerade in ländlichen Verhältnissen stellte sich noch ein weiteres Problem: Wo sollten völlig mittellose und möglicherweise obdachlose schwangere Frauen untergebracht werden?¹²⁷⁰

Im eigenen Interesse halfen die kommunalen Vertreter besonders eifrig, wenn es darum ging, säumige Zahler unter den Vätern zu ermahnen, da dies die städtischen Kassen entlasten konnte. Die Väter – so Taube für die Leipziger Verhältnisse – zahlten in 77 Prozent der Fälle keinen Unterhalt für ihre Kinder, obwohl sie rein finanziell dazu in der Lage gewesen wären.¹²⁷¹ Hier half die Fürsorge nach: „Durch Klagen, die vom Amte geführt werden, und Aufforderungen, wurden im Jahre 1905 180.772 Mark an das Amt gezahlt.“¹²⁷²

In Leipzig war die Kontrolle über die unehelichen Kinder so geregelt, dass sich ihre Mütter oder ihre Pflegemütter seit 1900 einmal wöchentlich dem Ziehkinderarzt vorzustellen hatten. Das bedeutete für eine erwerbstätige Mutter mit einem Säugling einen enorm

¹²⁶⁷ Vgl. Statistisches Amt der Stadt Dresden (Hg.), Die Verhältnisse, S. 13.

¹²⁶⁸ Ebd., S. 10. Vgl. auch die Wortmeldung von Siegert in der Diskussion, in: Stenographischer Bericht über die Verhandlungen des I. Deutschen Kongresses für Säuglingsschutz, S. 102-138, hier S. 105.

¹²⁶⁹ So kritisiert der Leiter der Klinik für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Düsseldorf in einem Brief v. 11. Juli 1908 an den Oberbürgermeister: „Die Sparsamkeit ist augenblicklich in der Stadtverwaltung so groß, daß die Armenverwaltung sich weigert, für die armen Wöchnerinnen zu zahlen, wenn sie nicht alle Formalitäten, die sehr oft mit großen Unzuträglichkeiten für eine Frau in gesegneten Umständen verknüpft sind, peinlich erfüllt.“ Vgl. StA Düsseldorf III 18467, Bl. 51.

¹²⁷⁰ „Wird von einer womöglich noch obdachlosen Schwangeren oder Wöchnerin die Armenhilfe in Anspruch genommen, so kommt selbst die Armenverwaltung, namentlich in ländlichen Bezirken, nicht selten in nicht geringe Verlegenheit. Daß das Armen- und Arbeitshaus für diese Geschöpfe nicht der richtige Platz ist, leuchtet jedem ein.“ Vgl. Schlesinger, Moderne Säuglingsfürsorge, S. 39.

¹²⁷¹ Auch für Dresden hat eine zeitgenössische Erhebung gezeigt, dass nur 32 Prozent der Väter den gesetzlichen Unterhalt für das uneheliche Kind bezahlten. Vgl. Statistisches Amt der Stadt Dresden (Hg.), Die Verhältnisse, S. 12.

¹²⁷² Taube, Säuglings-Fürsorge, S. 33.

hohen Zeitaufwand.¹²⁷³ In den großen Städten Badens unterstand die Polizei nicht der städtischen sondern der staatlichen Kontrolle, weshalb mussten staatliche und städtische Behörden zusammenarbeiten mussten. 1911 wurden alle Kinder, die sich in Pflege befanden, einmal wöchentlich durch eine Dame des Luise-Frauenvereins kontrolliert und vierteljährlich einmal durch die staatliche Polizeipflegerin überwacht. Die vom Armenrat untergebrachten Kinder wurden zusätzlich einmal im Vierteljahr durch die städtische Armenpflegerin kontrolliert.¹²⁷⁴ Die Zieh- und Haltekinder, also die Kinder, die bei einer Pflegemutter untergebracht waren, stellten eine zentrale Zielgruppe der fürsorgerischen Arbeit dar. Aber auch bei den unehelichen Kindern, die bei der leiblichen Mutter lebten, setzte die Aufsicht des Gemeindevaisenrates und eine Vormundschaftsregelung ein.¹²⁷⁵ Obwohl auch erwerbstätige verheiratete Mütter oftmals ihre Kinder nicht ausreichend versorgen konnten, griff der Staat jedoch hier nur bei drastischen Fällen von Kindesvernachlässigung und -mißhandlung ein, da hier ein Schutz der Familie bestand.¹²⁷⁶

Im Jahr 1913 trug eine neue Polizeiverordnung im Regierungsbezirk Düsseldorf zu einer erneuten Verschärfung der Kontrollmöglichkeiten über die bei ihren Müttern lebenden unehelichen Kindern bei. Von diesem Zeitpunkt an konnten die Wohnverhältnisse wiederholt kontrolliert werden und die Kinder wurden regelmäßig einer Säuglingsberatungsstelle oder einem Arzt vorgeführt, sofern „nach dem Ermessen der Ortspolizeibehörde ein Gesundheitspolizeiliches Interesse“ vorlag.¹²⁷⁷

Obwohl diese Verschärfung vom VfS Düsseldorf begrüßt wurde, forderten seine Vertreterinnen und Vertreter eine Abschaffung der polizeilich ausgeübten Fürsorge, denn die

¹²⁷³ Brandmann, Leipzig, S. 93f.

¹²⁷⁴ Vgl. StA Freiburg C3/204/3, Artikel der Freiburger Zeitung vom 17. Juli 1911. Hier wird besonders hervorgehoben: „Dem verständnisvollen Zusammenwirken von staatlichen und städtischen Behörden mit dem Luise-Frauenverein war bisher ein außerordentlich günstiger Erfolg insofern beschieden, als die Kinder - (Säuglings)-sterblichkeit einen wesentlichen Rückgang erfahren hat. Die außergewöhnlich günstigen Resultate, welche von keiner süddeutschen Großstadt erreicht wurden, sind hauptsächlich auf die besonderen Maßnahmen der Stadt Freiburg zur Bekämpfung der Kindersterblichkeit zurückzuführen.“

¹²⁷⁵ Vormund konnte auch die leibliche Mutter sein, war es aber in der Regel nicht, vgl. Marie Baum, Vormundschaft und Pflegschaft über vermögenslose Minderjährige, Berlin 1909, hier S. 12.

¹²⁷⁶ Dieser Vorrang des elterlichen Erziehungsrechtes vor der öffentlichen Fürsorge ist schließlich im Reichsjugendwohlfahrtsgesetz von 1922 festgeschrieben worden, vgl. Karl Vossen, Das Jugendwohlfahrtsrecht, Düsseldorf 1932.

¹²⁷⁷ Der Wortlaut der Polizeiverordnung findet sich in: Die neue Polizeiverordnung, betreffend das Haltekinderwesen im Regierungsbezirk Düsseldorf, in: Mutter und Kind 5 (1913), Nr. 12, S. 7-8.

Kontrollen wurden in einigen Orten tatsächlich durch Gendarmen oder Schutzleute durchgeführt. Die Kontrolle sollte aber durch in der Säuglingsfürsorge fachlich ausgebildete Pflegerinnen bzw. Fürsorgerinnen erfolgen.¹²⁷⁸

In Düsseldorf mussten alle unehelichen Mütter die Beratungsstelle nur alle drei Monate aufsuchen, jedoch kam alle vier bis sechs Wochen die Fürsorgerin direkt in die Wohnung, um nach den häuslichen Verhältnissen zu sehen.¹²⁷⁹ Diese Regelung wirkt auf den ersten Blick deutlich diskriminierender. Jedoch scheint für die unehelichen Mütter der Besuch der Beratungsstelle mit größeren Problemen behaftet gewesen zu sein als die Visite der Fürsorgerin. An Düsseldorfer Beispielen wird deutlich, warum sich einige Mütter und Pflegemütter einfach weigerten, einer regelmäßigen Vorstellungspflicht in der Beratungsstelle nachzukommen. Die Argumente geben auch einen Eindruck von der Akzeptanz der Beratungsstellen. Die Frauen argumentierten fast immer mit Zeitmangel wegen eigener Erwerbstätigkeit oder zu langer Wartezeiten in der Beratungsstelle. Eine Mutter erklärte, „daß sie auf den Nachmittag beschäftigt sei, indem sie unsere Damen [der Stadt] frisieren müsse und sie dann ihre Kundschaft verliere“.¹²⁸⁰ Andere kritisierten, dass ihr Kind nach dem letzten Besuch der Beratungsstelle schwer erkrankt sei und sie deshalb ablehnten, ihren Zögling noch einmal der Gefahr einer Erkrankung auszusetzen.¹²⁸¹ Eine weitere Mutter gehörte der kleinen Gruppe der begüterten ledigen Mütter an und betonte, sie sei in der Stadt sehr bekannt und würde nicht gern in der Beratungsstelle gesehen werden. Sie hätte zwei Bedienstete und das Kind erfreue sich allerbesten Pflege.¹²⁸² Die Begründungen deuten darauf hin, dass die Fürsorgestellen immer noch mit dem Odium der Armenfürsorge belastet waren und die Ansteckungsgefahr in einem Raum voller anderer Kinder als sehr bedrohlich wahrgenommen wurde. Für die Frauen bedeutete der Besuch der Fürsorgerin im Vergleich zum erzwungenen Besuch der Beratungsstelle möglicherweise eine Erleichterung.

¹²⁷⁸ Vgl. Die Notlage der Haltekinder und ihrer Mütter, in: Mutter und Kind 5 (1912), Nr. 2, S. 3-4.

¹²⁷⁹ Geschäftsbericht VfS Düsseldorf 7 (1913/14), S. 55f.

¹²⁸⁰ StA Düsseldorf III 4271, Bl. 125f., Erklärung der städtischen Fürsorgerin Frau Vesper v. 5. Febr. 1914.

¹²⁸¹ Ebd.

¹²⁸² Ebd.

In einigen Städten wurden den unehelichen Müttern die entsprechenden Stillprämien nur beim ersten unehelichen Kind ausgezahlt, beim zweiten nicht mehr.¹²⁸³ In vielen Orten wurden die Stillunterstützungen auch den verheirateten Frauen nur unter der Bedingung gewährt, dass sie den Fürsorgerinnen gestatteten, sie in ihrer Wohnung aufzusuchen.¹²⁸⁴

Die Vertreterinnen der bürgerlichen Frauenbewegung verfolgten in der Frage der Stillkontrollen eine Doppelstrategie. Marie Baum beteiligte sich engagiert an der Verbreitung der Stillpropaganda. Auf der anderen Seite verwies sie in Vorträgen und Veröffentlichungen aber auch darauf, dass für die arbeitenden Frauen die Stilltätigkeit eine unverhältnismäßige Belastung darstellte. Von ihrer Seite gab es zaghafte Versuche, die Lebensumstände der Arbeiterinnen und die Stilltätigkeit zu verbinden. Sie plante, Stillstuben in den Betrieben einzurichten und lenkte das Augenmerk der Frauen auch darauf, dass die Stilltätigkeit nicht nur billiger sei und gesündere Kinder hervorbrächte, sondern auch weitere Schwangerschaften verzögern könnte. Jedoch stieß sie mit beiden Initiativen auf erhebliche Widerstände. Die Stillstuben konnte sie gegenüber der Unternehmerschaft nicht durchsetzen (s.o.) und bei der Propagierung der Stilltätigkeit als Verhütungsmittel warfen ihr insbesondere einflussreiche katholische Honoratioren vor, den Geburtenrückgang und die willkürliche Familienplanung zu unterstützen.¹²⁸⁵

Die Hebammen gehörten dagegen nicht so sehr zu den uneingeschränkten Stillpropagandisten. Sie hatten einerseits – als Betreuerinnen der Frauen vor Ort – die realistischere Wahrnehmung der Lebensumstände der Arbeiterinnen, darüber hinaus bekamen Hebammen von der expandierenden Milch- und Nahrungsmittelindustrie, wie z. B. Nestlé, oftmals Provisionen für jede Kundin.¹²⁸⁶ Insofern war auch von der ökonomischen Seite her das Interesse der Hebammen an der Verbreitung der Stillpropaganda nicht besonders groß.

Ein wesentliches Element der Säuglingsfürsorge war die häusliche Kontrolle der Frauen, die Stillunterstützungen bekamen, von der Armenfürsorge abhingen oder uneheliche Kinder geboren hatten. Die Haltung der Fürsorgerinnen zu diesem Teil ihrer Arbeit zeigt

¹²⁸³ Schlesinger, *Moderne Säuglingsfürsorge*, S. 66.

¹²⁸⁴ Geschäftsbericht VfS Düsseldorf 6 (1912/13), S. 65.

¹²⁸⁵ Vgl. etwa die Schilderung der Auseinandersetzung mit dem Neusser Landrat Brandt im fünften Kapitel dieser Arbeit.

¹²⁸⁶ Schloßmann, *Hebammen*, S. 256-266.

eine große Bandbreite und war ambivalent. Exemplarisch zeigt dies der Vortrag einer Kreisfürsorgerin, in dem sie Praxis der Hausbesuche erläutert.

„Durch Besuche im Hause zeigen wir der Mutter selbst, wie sie Vorschriften praktisch durchführen kann. Die Hausbesuche führen uns in unsere Arbeit tiefer hinein. Hier kommen wir als Freundin und Beraterin zu der einzelnen Frau. Wir bekommen einen Eindruck der ganzen Häuslichkeit, und hier muß die Aufklärung und Belehrung einsetzen. Sehr wichtig sind die Anweisungen über die richtige Benutzung der Wohnung; häufig kommen wir in ungelüftete Schlafzimmer hinein, deren Betten noch daliegen, wie sie verlassen sind, und doch ist Lüften und Auslegung der Betten bei Gewöhnung wohl in jedem Haushalt durchführbar. Häufig ist die Küche heiß und voller Dunst, der Säugling steht in der Nähe des Herdes und das Oberlicht ist nicht geöffnet. Ich habe oft das Gefühl, daß wir das lebendige Gewissen sein müssen, denn beim Eintritt unsererseits wird häufig sofort das Fenster geöffnet [...]. Wir werden uns hüten, irgendwelche Unzufriedenheit zu wecken, solange die Wohnungsverhältnisse noch so schwierig sind wie heute. Aber gerade unter diesen Bedingung ist eine vorsichtige Belehrung sehr am Platze [...]. Selbstverständlich kann man am Anfang nicht alles sagen, was man sagen müsste. Das würde oft nur tauben Ohren gepredigt sein. Es kommt zuerst darauf an, Vertrauen zu gewinnen und in manchen Fällen werden wir eingeweiht in alle Schwierigkeiten und Nöte, an denen Frauenschicksale oft so reich sind. Das nächstliegende aber, was der Schwester geklagt wird, sind Krankheiten in der Familie. Auf diesem Wege erreichen wir manches gefährdete Kind.“¹²⁸⁷

Diese Zeilen belegen die eigentümliche Mischung aus Bevormundung, Hilfsbereitschaft und Belehrung, die charakteristisch für die Haltung der bürgerlichen Fürsorgerinnen waren.¹²⁸⁸ Gegenüber der allzu bürokratischen Kontrolle des Fürsorgeamtes aber ist, soweit die spärlichen Quellen es überliefern, eine durchaus solidarische Haltung zu den Müttern zu finden. Als der Düsseldorfer Fürsorgearzt Lehmann im Zusammengang mit Arthur Schlossmann bei den alleinerziehenden Müttern und Pflegemüttern, die nicht bei der Fürsorgestelle erschienen waren, Disziplinarmaßnahmen durchsetzen wollte, rückte die Fürsorgerin Frau Vesper bei den in Frage stehenden Fällen die Sachlage gegenüber der Stadtverwaltung in ein anderes Licht. Sie bestätigte die Angaben der Mütter, um diese zu schützen. Sie konnte so durchsetzen, dass die Stadtverwaltung nicht gegen diese Frauen vorging.¹²⁸⁹ Cordemann beschrieb ebenso für das Beispiel Düsseldorf, dass die Familienfür-

¹²⁸⁷ Erfahrungsbericht einer Kreisfürsorgerin des Vereins für Säuglingsfürsorge, in: HSA Düsseldorf, Reg. Düsseldorf, 38979, Vortrag der Kreisfürsorgerin Christern am 3. 5.1919.

¹²⁸⁸ Vgl. dazu Cordemann, *Wie es wirklich gewesen ist*, S. 166ff.

¹²⁸⁹ Vgl. die Korrespondenz in StA Düsseldorf III 4271, Bl. 123-127. Die Fürsorgerinnen haben in ihrer Arbeit teilweise wohl mit Verständnis auf die uneheliche Mutter reagiert, so berichtet eine Fürsorgerin:

sorgerinnen, die im Rahmen der Säuglingsfürsorge Hausbesuche machten, grundsätzlich jeden Säugling einmal besuchten, um dieser Fürsorge den „Charakter der Armeleutefürsorge“ zu nehmen.¹²⁹⁰ Die bessergestellten Familien wurden jedoch nur einmal besucht, während die Besuche in den übrigen Familien weiter fortgeführt wurden. Bei den Hausbesuchen kontrollierten die Fürsorgerinnen die Größe der Wohnung, das Familieneinkommen, die Ordnung und der Zustand der Wohnung sowie die Berufe der Eltern.¹²⁹¹ Insbesondere die Kontrolle der Reinlichkeit in den Wohnungen nahm man in den meisten Orten sehr ernst, denn es herrschte bei den Vertreterinnen der Fürsorge die Einstellung:

„Ist es nun einmal nicht zu ändern, daß ein großer Teil unserer armen Familien in engen und dumpfen Räumen lebt, so lassen sich doch durch Reinlichkeit und besonders durch regelmäßiges Lüften, die schlimmsten Folgen dieses Wohnungselends noch abwenden oder wenigstens mildern.“¹²⁹²

Die Kontrolle der Wohnungen führten nicht nur Fürsorgerinnen, sondern auch ehrenamtlich tätige Frauen durch.¹²⁹³ Die ehrenamtlichen „Besuchsdamen“ oder „Helferinnen“ kamen in der Regel unangemeldet, sie konnten aber auch von den Familien an der Tür abgewiesen werden.¹²⁹⁴ Gerade auf Seiten der unehelichen Mütter bestand ein erhebliches Misstrauen gegenüber den Kontrollen. In die Beratungsstellen kamen sie jedenfalls nicht freiwillig. So wurde z.B. aus Krefeld berichtet, dass vor allem eheliche Mütter freiwillige Besucherinnen der Fürsorgestelle waren, denn sie waren in der Regel keinen häuslichen Kontrollen ausgesetzt.¹²⁹⁵ Bei ihnen war es schwieriger, in die Häuser zu kommen, denn

„Die Tochter wird nicht immer, wie es früher der Fall war, auf die Straße gesetzt, wenn ihr Zustand bekannt wird. Aber die harten Worte und bitteren Vorwürfe, die sie bis zur letzten Stunde hören muß, lassen das Hinausgestoßensein und das Herumziehen in der weiten Welt, wo niemand sie kennt und niemand sie schilt, ihr oft begehrenswert zu dem Leben zu Hause [...] erscheinen“, vgl. Helene Lohmann, Ratschläge für die Fürsorgearbeit, in: Mutter und Kind 5 (1913), Nr. 10, S. 9-11, hier S. 9.

¹²⁹⁰ Cordemann, Wie es wirklich gewesen ist, S. 170.

¹²⁹¹ StA Düsseldorf III 4272, Bl. 31, Erfassungsbogen der Städtischen Mütter- und Säuglingsberatungsstelle Düsseldorf.

¹²⁹² Geschäftsbericht VfS Düsseldorf 6 (1912/13), S. 65.

¹²⁹³ Ebd.

¹²⁹⁴ „Wir warten nicht, bis die Mütter zu uns kommen, sondern gehen selbst in die Häuser hinein, und unsere Helferinnen sind bei diesen unerbetenen Versuchen mit wenigen Ausnahmen sehr freundlich und dankbar aufgenommen worden“. Wortmeldung vom Stadtschularzt Peters aus Halle. Vgl. Diskussion, in: Verhandlungen des I. Deutschen Kongreß für Säuglingsschutz am 19. Juni 1909 in Dresden, S. 102-138, hier S. 121.

¹²⁹⁵ Vgl. Bericht über das 2. Jahr (Oktober 1909 bis Oktober 1910) der Mutterberatungsstelle des Vereins für Säuglingsfürsorge in Crefeld, in: Mutter und Kind 3 (1911), Nr. 3, S. 9-11 und Geschäftsbericht VfS Düsseldorf 5 (1911/12), S. 29.

bei den ehelichen Müttern konnte die Wohnung nur kontrolliert werden, wenn die Familie armenunterstützt war oder die Mutter Stillbeihilfe bezog.¹²⁹⁶ In anderen Städten, in denen der Besuch der Beratungsstellen für alleinstehende Mütter nicht verpflichtend war, da die Kontrolle in den Wohnungen durchgeführt wurde, entsprach die Zahl der ratsuchenden unehelichen Mütter allerdings auch nicht den Wünschen der Reformer.¹²⁹⁷

Auch die Kurse für Säuglingspflege, welche im Anschluss an die Wanderhaushaltungsschule für Mädchen und Frauen aus ärmeren Bevölkerungsschichten abgehalten wurden, konnten dazu benutzt werden, um Zutritt in die Häuser bedürftiger Familien zu bekommen. So berichtete eine Wanderlehrerin über ihre Besuche bei Fabrikarbeiterinnen:

„Doch zeigt sich dann während des Kursus, daß unsere Mühe gerade bei diesen der Belehrung am meisten bedürftigen Frauen und Mädchen nicht immer die erhofften Früchte trägt. Trotzdem ist ihre Beteiligung an dem Kursus nicht etwa wertlos, denn wir lernen sie kennen, suchen sie in ihrer Wohnung auf, können dann in ihrer Häuslichkeit selbst auf sie einwirken und ihnen dort verständlich machen, was sie etwa aus dem methodisch geführten Kursus nicht selbst mitnehmen.“¹²⁹⁸

Die Hebammen wurden angewiesen, den Fürsorgerinnen die Adressen anzugeben, in denen ihr Besuch erwünscht sei. Zudem waren die Hauspflegerinnen ein weiterer Bestandteil des fürsorgerischen Netzes, über welches Informationen weitergegeben wurden, denn diese kamen in die Haushalte, um die Familie während des Wochenbettes der Hausfrau zu versorgen.¹²⁹⁹ Häusliche Kontrollen wurden mancherorts auch bei der Verteilung der städtischen Milch durchgeführt. Besoldete Aufsichtsdamen und Fürsorgerinnen kontrollierten, wie die Milch in den Wohnungen gelagert wurde und wer in ihren Genuss kam. Dabei

¹²⁹⁶ Innerhalb der sozialreformerischen Frauenbewegung wurde die Fürsorge über alle Kinder, nicht nur über die unehelichen gefordert: „Aber nicht etwa durch Vermehrung und Verschärfung der Vorschriften kann dies erreicht werden, sondern viel eher durch Organisierung einer großzügigen, wohlwollenden, alles umfassenden Beratungsinstanz. Dieser hätten alsdann nicht allein die Pflegekinder zu unterstehen, sondern alle Kinder [...]“, vgl. Anna Baader, Säuglingsfürsorge, in: BfSA 2 (1910), S. 66-67, hier S. 67.

¹²⁹⁷ Stadtrat Hofmann, Maßnahmen zur Förderung des Stillens, S. 100.

¹²⁹⁸ Vgl. Geschäftsbericht VfS Düsseldorf 6 (1912/13), S. 13.

¹²⁹⁹ HSA Düsseldorf, Reg. Düsseldorf 8067, „Verein für Hauspflege für Düsseldorf und Vororte“. Die Hauspflegerinnen hatten die Aufgabe, nach der Geburt, während die Wöchnerin noch schwach war, den Haushalt und die anderen Kinder der Wöchnerin zu versorgen. Die Kosten dafür mussten in der Regel von der Familie selbst getragen werden, konnten aber im Falle der Bedürftigkeit auch vom Verein selbst getragen werden, vgl. Kleine Mitteilungen, in: Mutter und Kind 2 (1909), Nr. 2, S. 10 und allgemein zur Hauspflege Fürth, Die Hauspflege, hier besonders S. 22.

schaute sie auch, dass etwa die für stillende Wöchnerinnen bestimmte Milch nicht an die Säuglinge verfüttert wurde.¹³⁰⁰

In einem Bericht über die Kooperation zwischen Wohnungs- und Säuglingsfürsorge in Dresden betonte Arthur Schloßmann, wie er sich eine umfassende und zugehende Säuglingsfürsorge vorstellte:

„Um ein Beispiel anzuführen, wie man hierbei vorgehen und was man erreichen kann, möchte ich erwähnen, daß ich in dem großen neuen Häuserkomplex des gemeinnützigen Spar- und Bauvereins in Dresden, an dessen Leitung ich als 2. Vorsitzender beteiligt war, die Errichtung eines Kinderhortes und einer Haushaltungsschule für heranwachsende Töchter der Hausbewohner veranlaßt habe, an denen diese auch in der Kinderpflege und der Kinderwartung unterrichtet wurden. Durch Anweisung und Gewährung von Prämien wurden die Mütter zum Selbststillen veranlaßt und ihnen, wenn künstliche Nahrung geboten war, hierbei mit Ratschlägen an die Hand gegangen. Bei vorkommenden Todesfällen von Säuglingen in den Häusern des Vereins wurde ermittelt, ob auch alles, was in Menschenkräften steht, geschehen war, um die Kinder am Leben zu erhalten. Durch Vorträge wurden die Mieter und Mitglieder der Genossenschaft dauernd über gesundheitliche Fragen, besonders auch über Säuglingsfürsorge unterrichtet und ange-regt.“¹³⁰¹

Zusammenfassend kann man davon ausgehen, dass die Maßnahmen der Säuglingsfürsorge in vielfache Bereiche des täglichen Lebens hineinwirkten. Jedoch gingen fast alle Maßnahmen an den Bedürfnissen und Lebenslagen der Frauen, die man erreichen wollte, vorbei. Den zeitlichen und zum Teil auch materiellen Luxus eines Vortragsabends oder eines Weiterbildungskurses über Kindererziehung und Haushaltsführung, konnten sich nur wenige Arbeiterinnen leisten. Dagegen konnte der rechtzeitige Besuch der Mütterberatungsstelle möglicherweise den teuren Gang zum Arzt ersparen, denn Frauen und Kinder waren über die Sozialversicherung nicht obligatorisch erfasst.

Ein zeitgenössischer Beobachter gab 1909 zu bedenken, dass sich reichsweit selbst bei einer vollen Ausschöpfung der vorhandenen Einrichtungen nur etwa zehn Prozent der Säuglinge (50.000 Säuglinge) in fürsorgerischer Überwachung befänden, so dass eine durchgreifende Senkung der Sterblichkeitszahlen durch die Fürsorge allein wohl nicht zu

¹³⁰⁰ Taube, Säuglings-Fürsorge, S. 30f.; Geschäftsbericht VfS Düsseldorf 7 (1913/14), S. 76.

¹³⁰¹ Schloßmann, Über die Organisation, S. 246.

erwarten sei.¹³⁰² Obwohl die Säuglingssterblichkeit in der Zeit vor dem Ersten Weltkrieg erheblich zurückgegangen ist und viele Reformer sich dies als ihren Erfolg auf die Fahnen schrieben, ist das Absinken der Säuglingssterblichkeit – soweit man die Gründe erfassen kann – sehr viel eher auf allgemein verbesserte Lebensumstände, wie etwa höhere Löhne und bessere Lebensbedingungen zurückzuführen.¹³⁰³ Kennzeichnend für die Maßnahmen der Säuglingsfürsorge bleibt, dass sie alle sehr viel eher den Interessen der beteiligten Trägergruppen dienten als den anvisierten Zielgruppen. Die Formen der Arbeit entsprachen den beruflichen Ansprüchen der beteiligten Interessengruppen und waren den Lebenslagen der Arbeiterinnen kaum angepasst. Nur wenn diese Ansprüche durch den Widerstand bzw. die Gleichgültigkeit der Arbeiterinnen gefährdet waren, konnten diese Einfluss auf die Ausgestaltung der Fürsorge nehmen, wie das Beispiel der Stillprämien zeigte.

In der praktischen Ausgestaltung wurde die Wochenpflege der Säuglingsfürsorge weitgehend untergeordnet.¹³⁰⁴ In der geschlossenen Fürsorge spielte die Wöchnerinnenfürsorge allerdings eine größere Rolle.

¹³⁰² Schlesinger, *Moderne Säuglingsfürsorge*, S. 133f.

¹³⁰³ Vgl. dazu Vögele, *Sozialgeschichte*, S. 412.

¹³⁰⁴ Dietrich, *Säuglingssterblichkeit*, S. 99.

5.2 Geschlossene Fürsorge

Innerhalb der geschlossenen Fürsorge bestanden zahlreiche Anstalten, die sich dem Mütter- und Säuglingsschutz verpflichtet sahen. Die Zahl der aufgenommenen Mütter und Säuglinge war allerdings auf die Gesamtanzahl der Geburten gesehen, noch sehr gering.¹³⁰⁵ Trotzdem sind diese Einrichtungen von erheblichem Interesse, markieren sie doch Experimentierfelder eines gesellschaftlichen Interesses an Geburt, Wochenbett und Säuglingsschutz. Beispiele für Institutionen der geschlossenen Fürsorge waren Krippen, Säuglingsheime und Mütter- bzw. Wöchnerinnenheime.

Das Krippenwesen hatte im Deutschen Reich von Anfang an einen sehr schweren Stand. Kurzfristig wurden in den 1880er Jahren nach französischem Vorbild in vielen Städten Krippen eingerichtet, doch konnten sie niemals die gleiche Bedeutung wie im Nachbarland erringen. Innerhalb der Betreuungsmöglichkeiten, die erwerbstätigen Müttern zur Verfügung standen, nahmen die Krippen nur einen untergeordneten Platz ein.¹³⁰⁶ Die meisten deutschen Mütter bevorzugten eine Unterbringung des Kindes bei einer Pflegemutter oder bei der Großmutter. Abgesehen von Oberbayern waren in Deutschland nur drei bis zehn Prozent der Kinder in Anstalten, wie Krippen, Kinderbewahranstalten u.ä. versorgt.¹³⁰⁷ Seit den 1890er Jahren gerieten die Krippen in der öffentlichen Diskussion auch schon wieder in Verruf, da Kritiker die hohe Sterblichkeit in ihnen beklagten.¹³⁰⁸ Obwohl allen Seiten bekannt wurde, dass bei einer gut geführten und ausgestatteten Krippe die Säuglingssterblichkeit nicht höher sei als bei vergleichbaren Säuglingen ohne Krippe

¹³⁰⁵ 1900 lag die Zahl der Geburten, die in Anstalten durchgeführt wurden, bei 1,5 Prozent der Geburten und auch 1913 fanden nur 3,3 Prozent der Geburten in Anstalten statt. Vgl. Matzner, *Zwischen Produktion und Reproduktion*, S. 462.

¹³⁰⁶ Tugendreich, *Mütter- und Säuglingsfürsorge*, S. 368f.; vgl. auch Feld, *Die Kinder der in den Fabriken arbeitenden Frauen und ihre Verpflegung*, in: *Probleme der Fürsorge* 3 (1906), S. 62.; Vgl. Reyer/Kleine, *Die Kinderkrippe in Deutschland*, S. 90-109.

¹³⁰⁷ Ebd. Bei den Zahlen handelte es sich auch um ältere Kinder, nicht nur um Säuglinge.

¹³⁰⁸ Großen Einfluss auf die Entwicklung des Krippenwesens konnte die Streitschrift des Wiesbadener Arztes Emil Pfeiffer nehmen, der aufgrund der Wiesbadener Erfahrungen alle Krippen in Bausch und Bogen diskreditierte. Vgl. zum so genannten Krippenstreit ausführlich Reyer, *Die Kinderkrippe in Deutschland*, S. 94ff.

penbetreuung,¹³⁰⁹ blieb das Krippenwesen in Deutschland für Kinder unter drei Jahren eine eher randständige Erscheinung.¹³¹⁰

Neben den Krippen gab es geschlossene Einrichtungen, die vor allem kranke Säuglinge aufnahmen, so genannte Säuglingsheime. Diese wurden nach der Jahrhundertwende in zahlreichen Städten eingerichtet und waren ganz unterschiedlich organisiert.¹³¹¹ Manche fungierten mit angeschlossener Krippe, andere waren reine Krankenanstalten. Höchst unterschiedlich waren auch die Sterblichkeitszahlen. Während das von Schloßmann in Dresden gegründete Säuglingsheim sehr gute Erfolge vorweisen konnte,¹³¹² galten einige Heime in Westfalen als berüchtigt: „In verschiedenen mit mehr gutem Willen ins Leben gerufenen als mit Sachkenntnis geleiteten Anstalten grassierte zunächst der sog. Hospitalismus, und man stand ratlos da, als fast alle Säuglinge starben“.¹³¹³ Wachsender Beliebtheit erfreuten sich vor dem Ersten Weltkrieg naturnahe Einrichtungen, wie etwa Walderholungsstätten für Säuglinge.¹³¹⁴ So wurden in der Berliner Walderholungsstätte auch Kinder aufgenommen, „deren Mütter kräftig genug sind, ihre Kinder morgens mitzubringen und abends wieder nach Hause zu tragen, sie zu pflegen und auch selbst zu stillen.“¹³¹⁵ Für die Mütter bedeutete dies allerdings eine erhebliche körperliche Belastung.

Auch das Barmer Säuglingsheim, dem eine Krippe angegliedert war, verlangte, dass die in der Krippe untergebrachten Kinder mehrmals täglich von den Müttern gestillt wurden.¹³¹⁶ Ledige Mütter, die hier nur als Hausammen aufgenommen wurden, erhielten eine

¹³⁰⁹ Tugendreich, Mütter- und Säuglingsfürsorge, S. 369.

¹³¹⁰ Vgl. dazu auch Kap. III.

¹³¹¹ Im Regierungsbezirk Düsseldorf bestanden zwölf Einrichtungen für kranke Säuglinge: in Barmen, Mönchen-Gladbach, Krefeld und Essen waren eigenständige Säuglingsheime zu finden, in den übrigen Ortschaften bestanden immerhin Säuglingsabteilungen an den jeweiligen Krankenanstalten. Vgl. Geschäftsbericht VfS Düsseldorf 7 (1913/14), S. 97.

¹³¹² Die Sterblichkeitsrate der kranken Säuglinge im Heim konnte unter der Leitung von Schloßmann von 42 Prozent im Jahr 1898/99 bis 23 Prozent im Jahr 1904 gesenkt werden. Vgl. Arthur Schloßmann, Ueber die Fürsorge für kranke Säuglinge unter besonderer Berücksichtigung des neuen Dresdner Säuglingsheimes, in: Archiv für Kinderheilkunde 43 (1906), S. 1-94, hier S. 88.

¹³¹³ StAMs, Reg. Münster VI, Fach 8, Nr. 9: Vorstandssitzung des VfS Westfalen 1910.

¹³¹⁴ Tugendreich, Mütter- und Säuglingsfürsorge, S. 404ff.

¹³¹⁵ Dietrich, Säuglingsfürsorge, S. 98.

¹³¹⁶ Theodor Hoffa, Ein Säuglingsheim in Barmen, in: ZfS 1 (1906), S. 121-123, hier S. 122. Einige Jahre später heisst es allerdings nur noch, dass die in der Krippe untergebrachten Kinder pünktlich abgeholt werden sollen. Vgl. Theodor Hoffa, Das Säuglingsheim zu Barmen, in: ZfS 2 (1908), S. 172-182 und 191-203, hier S. 201.

Besoldung von 25 Mark monatlich. Von diesen wurden 15 Mark für die Verpflegung ihres eigenen Kindes abgezogen, obwohl sie dieses selbst stillten und pflegten. Für eine besonders hohe Milchproduktion (2.000 ml./Tag) erhielten sie eine gesonderte Prämie. Kinder unehelicher Mütter wurden darüber hinaus nur in Ausnahmefällen aufgenommen. Grundsätzlich wurden in der Krippe und im Säuglingsheim Kinder „von arbeitsamen, in gutem Ruf stehenden Witwen [...], welche tagsüber außerhalb der Wohnung arbeiten müssen“¹³¹⁷ oder Säuglinge, deren Mütter krank waren, versorgt.

Wie in den Krippen konnten auch in Säuglingsheimen die hohen Sterblichkeitszahlen nur durch aufwendige Anschaffungen und hochwertige Pflege verhindert werden. Im Gegensatz zu den Krippen schreckte man in den Säuglingsheimen vor den Kosten nicht zurück. Dies könnte möglicherweise darauf zurückzuführen sein, dass im Säuglingsheim die jeweilige Leitung selbstverständlich den Ärzten zukam. Insofern dienten diese Einrichtungen – anders als die Krippen – der ärztlichen Spezialisierung und Professionalisierung.

Eine vergleichbare Zielrichtung hatten die Einrichtungen für Mütter bzw. für Schwangere und Wöchnerinnen. Hier besaßen die schon seit dem ausgehenden 18. Jahrhundert bestehenden Universitätsentbindungsanstalten eine längere Tradition. Diese dienten vorwiegend der Ausbildung von Geburtshelfern/Gynäkologen und der Hebammen. In ihnen entbanden vorwiegend ledige Mütter. Die Akzeptanz der Anstalten war nicht sehr groß, denn die Sterblichkeit war höher als bei den Hausgeburten und die Mütter wurden als Lehr- und Anschauungsmaterial mit äußerst schmerzhaften Folgen mißbraucht.¹³¹⁸ Soziale Gesichtspunkte spielten bei der Einrichtung der Entbindungsanstalten nur eine geringe Rolle. Das gilt auch für die vielen kleinen privaten Entbindungsanstalten, die von Hebammen geleitet wurden und häufig über weniger als fünf Betten verfügten.¹³¹⁹

¹³¹⁷ Ebd., S. 201.

¹³¹⁸ Vgl. Seidel, „Kultur des Gebärens“, S. 157ff. Vgl. dazu weiterführend Metz-Becker, Der verwaltete Körper und Verena Pawlowsky, Ledige Mütter als „geburtshilfliches Material, in: *Comparativ* 3 (1993), S. 33-52. Vgl. auch Bajohr, *Uneheliche Mütter*, S. 480.

¹³¹⁹ Von diesen existierten 1907 in Preußen 158 Anstalten, die zusammen über 376 Betten verfügten, d. h. auf eine Anstalt kamen durchschnittlich knapp 2,4 Betten. Vgl. Tugendreich, *Mütter- und Säuglingsfürsorge*, S. 347.

Die Verbreitung der unterschiedlichen Institutionen der geschlossenen Wöchnerinnenfürsorge kann nur ungenügend erfasst werden, denn die Nomenklatur der Institutionen ist höchst verwirrend und die Bezeichnungen waren nicht klar voneinander abgegrenzt. Dennoch lassen sich die Unterschiede in den Anstalten herausarbeiten. Es gab die Entbindungsanstalten, von denen die größeren, wie oben beschrieben, zumeist an eine Forschungsanstalt angeschlossen waren. 1904 bestanden im gesamten Deutschen Reich 22 Entbindungsanstalten, die Universitätslehrzwecken dienten.¹³²⁰ Daneben existierten Wöchnerinnenheime, Schwangeren- und Mütterheime, Rettungshäuser, Versorgungshäuser u. a.¹³²¹ Während die Entbindungsanstalten vorwiegend der Versorgung während und nach der Geburt dienten und in erster Linie Lehr- und Forschungsaufgaben wahrnahmen, hatten die Wöchnerinnenheime dagegen vor allem einen sozialen Zweck und sollten „ehrbaren Frauen“ eine hygienische Geburt und ein betreutes Wochenbett ermöglichen. Die Anstalten, die die Mütter schon während der Schwangerschaft aufnahmen und auch nach der Entbindung noch einige Wochen betreuten, wurden häufig als Mütterheime bezeichnet. Daneben bestanden sogenannte Zufluchtsstätten und Versorgungshäuser, die in der Regel nur die ledigen Mütter aufnahmen, die aber in diesen längere Zeit verbringen mussten.¹³²² Zwischen diesen Einrichtungen bestanden aber zahlreiche Überschneidungen, welche die klare Zuordnung erschweren.¹³²³ Noch 1908 existierten im Deutschen Reich ungefähr 59 Versorgungshäuser bzw. Wöchnerinnenheime insgesamt, von denen mindestens 18 überhaupt keine unehelichen Mütter aufnahmen, die übrigen 33 nahmen diese nur in Ausnahmefällen auf.¹³²⁴

Im vorliegenden Untersuchungszeitraum – also seit 1890 – waren Morbidität und Mortalität an Kindbettfieber erheblich zurückgegangen und durch die verbesserten Operations-

¹³²⁰ Ebd., S. 346f

¹³²¹ Ebd., S. 339f.

¹³²² Ebd., S. 339f. und 343f.

¹³²³ So konstatierte Adele Schreiber: „Es erscheint fast unmöglich, eine zuverlässige und richtige Zusammenstellung aller in Deutschland bestehenden Mütterheime zu geben, zumindest existiert bisher noch keine solche Tabelle. Hieran ist zum großen Teil auch die Verworrenheit der Benennungen schuld, die zu einer Begriffsverwirrung führt; [...] Alle bisherigen Umfragen haben, und zwar nicht durch Schuld ihrer Veranstalter, lückenhafte und unklare Resultate gezeitigt.“ Vgl. Adele Schreiber, Einige Zahlen über Mütterheime, S. 365.

¹³²⁴ Tugendreich, Mütter und Säuglingsfürsorge, S. 349f. und 354f.; Alice Salomon, Mutterschutz und Mutterschaftsversicherung, in: SDVAW 87 (1908), S. 84-101, hier S. 96.

techniken waren auch Sterbefälle nach dem Kaiserschnitt deutlich geringer.¹³²⁵ Insofern hatten sich nach der Jahrhundertwende Sterblichkeitszahlen in Entbindungsanstalten und bei Hausgeburten angeglichen. Statistisch bestanden in den Anstalten immer noch höhere Sterblichkeitszahlen, diese waren aber auf deutlich gehäufte Fälle komplizierter Schwangerschaften und Gebärender mit schlechtem Gesundheitszustand zurückzuführen.¹³²⁶ Aufgrund der verbesserten Anti- und Asepsis, die gerade für den Rückgang des Kindbettfiebers zentrale Bedeutung erlangte, konnten die Entbindungsanstalten im Untersuchungszeitraum ihren Ruf erheblich verbessern.¹³²⁷ Häufig mussten nun schwangere Frauen aus „Platzmangel“ abgewiesen werden.¹³²⁸ Zahlenmäßig blieben die „Anstaltsgeburten“ allerdings noch lange marginal, erst 1928 wurden 10,4 Prozent der Geburten im Deutschen Reich in Anstalten durchgeführt.¹³²⁹

Die langsam wachsende Akzeptanz der Klinikgeburten förderte in ganz bescheidenem Maße auch den Ausbau von Wöchnerinnenheimen und -asylen. In der Praxis der Wöchnerinnenheime wurde zwischen unverheirateten und verheirateten Müttern streng getrennt. Die bis ins zwanzigste Jahrhundert bestehenden Wöchnerinnenheime trugen häufig Namen wie „Wöchnerinnen-Asyl für bedürftige Ehefrauen“, in denen, wie der Name schon sagte, nur Ehefrauen zugelassen wurden. Den Betrieb eines Wöchnerinnen-Asyls für Ehefrauen, von denen 1908 etwa 25 im Deutschen Reich existierten,¹³³⁰ beschrieb der unermüdliche Wochenpflege-Reformer, Johannes Brennecke für die Stadt Magdeburg:

„Das Wöchnerinnen-Asyl steht zunächst als eine von dem Frauenverein unterhaltene Entbindungsanstalt jeder Ehefrau (und nur solchen) ohne alle vorher zu erfüllenden Formalitäten zur Abwartung der Geburt und des Wochenbetts offen, wenn aus irgend welchem Grunde die eigene Häuslichkeit der Frau dazu nicht geeignet erscheint. Jeder Hebamme der Stadt steht es ohne weiteres frei, mit ihrer bedürftigen Klientel aus der Enge und dem Schmutz einer ärmlichen Häuslichkeit in die wohlgeordneten Verhältnisse der Anstalt zu flüchten und hier unter allen antiseptischen Kautelen die Entbindung weiter zu leiten. Ärmere Frauen werden ganz un-

¹³²⁵ Vgl. dazu ausführlich Seidel, Kultur des Gebärens, S. 200-231.

¹³²⁶ Tugendreich, Mütter und Säuglingsfürsorge, S. 345 und Seidel, Kultur des Gebärens, S. 216ff.

¹³²⁷ „Die eigentlich moderne Periode, welche die so lange mißkreditierte anstaltliche Entbindung zu Ehren bringt, datiert seit der Einführung der ‚Asepsis‘“. Vgl. Tugendreich, Mütter- und Säuglingsfürsorge, S. 341.

¹³²⁸ Statistisches Amt der Stadt Dresden (Hg.), Die Verhältnisse, S. 11.

¹³²⁹ Matzner, Zwischen Produktion und Reproduktion, S. 462

¹³³⁰ Vgl. Brennecke, Frauenhilfe, S. 6 und Tugendreich, Mütter- und Säuglingsfürsorge, S. 349f.

tentgeltlich aufgenommen, und die dabei amtierende Hebamme wird auch noch vom Frauenverein für ihre Mühewaltung honoriert.“¹³³¹

Die Notwendigkeit von Wöchnerinnen-Asylen wurde auch damit begründet, dass die Entbindungsanstalten die Wöchnerinnen rigoros und ohne Rücksicht auf ihre Versorgung am neunten Tage entließen.¹³³² Das Ziel, dass die Wöchnerinnenheime die Patientinnen länger betreuen sollten, wurde in der Praxis allerdings kaum verwirklicht. Im Düsseldorfer Wöchnerinnenheim zeigt sich allerdings für die ersten neun Jahre eine durchschnittliche Verweildauer von 10,7 Tagen, für das Geschäftsjahr 1903/4 eine Verweildauer von 11,7 Tagen und 1911/12 von 9,1 Tagen.¹³³³ Das Wöchnerinnen-Asyl in Düsseldorf hatte also die Funktion einer Gebäranstalt, die allerdings über etwas Spielraum bezüglich der Aufnahmedauer verfügte. Eine soziale Versorgung unbemittelter Wöchnerinnen über die erste Wochenbettzeit hinaus wurde hier nicht angestrebt.¹³³⁴ Insgesamt zeigte sich, dass die Wöchnerinnenheime für verheiratete Frauen eine durchschnittliche Aufenthaltsdauer von ungefähr 10 Tagen hatten, während die Verweildauer in den gemischten oder in denen für uneheliche Mütter deutlich höher lag.¹³³⁵ Im Grunde handelte es sich bei den Wöchnerinnenheimen für verheiratete Frauen um nichts anderes als Entbindungsanstalten, die allerdings eine neue Klientel erreichen wollten, nämlich die „ehrbare“ unbemittelte Familienmutter. Die Wöchnerinnenheime zielten zudem weniger auf Lehr- und Forschungszwecke.

Sehr gut nachvollziehen lässt sich diese Strategie der Reformen und Reformierenden am Wöchnerinnenasyl in Karlsruhe. Zu Beginn der 1890er Jahre begründet, zunächst mit nur 6 Betten ausgestattet, sollte das Heim nur „ehrbare“ (verheiratete) Frauen aufnehmen, deren Leumund vorher von den Vorstandsdamen des Wöchnerinnen-Asyl-Vereins überprüft

¹³³¹ Brennecke, Frauenhilfe, S. 6.

¹³³² Taube, Die Säuglings-Fürsorge, S. 28.

¹³³³ StA Düsseldorf III 18467, Bl. 16, Jahresberichte 1890/91; Bl. 19, Jahresbericht 1903/4; Bl. 128; Jahresbericht 1911/12.

¹³³⁴ So wurde in den Statuten angegeben, dass die Anstalt „den Zweck verfolgte, dürftigen, unbescholtenen Ehefrauen [...], ohne Unterschied der Konfession, bei ihrer Niederkunft dadurch Beistand zu gewähren, daß dieselben in eine unter ärztlicher Leitung stehende Anstalt aufgenommen und bis zur Wiedergenesung in derselben unentgeltlich gepflegt werden sollten.“ Vgl. StA Düsseldorf III 18467, Statuten für das Wöchnerinnen-Asyl zu Düsseldorf v. 18. November 1885.

¹³³⁵ Vgl. Tugendreich, Mütter- und Säuglingsfürsorge, S. 353. Im Wöchnerinnenheim „Monikastift“ in Münster, das uneheliche und eheliche Mütter aufnahm, bestand eine durchschnittliche Verweildauer von 32 Tagen. Vgl. Kleine, Kampf für den gesunden Nachwuchs, S. 77f.

wurde.¹³³⁶ Öffentlicher Widerstand gegen die Entfernung der Frauen aus der Familie sorgte nach den ersten drei Jahren des Bestehens dafür, dass keine Frauen aufgenommen wurden, die ihr erstes Kind erwarteten. Man wollte die Frau nicht in den Tagen aus dem Haus holen, „wo ihr Leiden einen ernsten, heilsamen Einfluss auf den Mann ausüben könnte.“¹³³⁷ Die Aufnahme war zunächst völlig unentgeltlich. Betont wurde, dass die Betreuung der Wöchnerinnen unter „täglicher ärztlicher Leitung und Aufsicht“ stand.¹³³⁸ Die tägliche medizinische und pflegende Betreuung der Mütter bot für die Vermittlung hygienischer Leitlinien optimale Ausgangsbedingungen.¹³³⁹ Die Klientel des Wöchnerinnenheims veränderte sich nach und nach. Man entschied im Jahr 1900 auch Frauen aufzunehmen, die Verpflegungsgeld zahlen konnten.¹³⁴⁰ Das Ziel des Vereins, die Entbindung in einer Anstalt zu einem öffentlich akzeptierten Ereignis zu machen, konnte bis zum Ersten Weltkrieg mehr und mehr verwirklicht werden. Während sich noch 1898 die soziale Herkunft der Wöchnerinnen fast ausschließlich aus Familien von Tagelöhnern, Fabrikarbeitern und unselbständigen Handwerkern herleitete, gelang vor allem im Jahr 1910 mit der Aufnahme von 52 Ehefrauen von Kaufmännern und Lehrern (von insgesamt 660 im Jahr 1910 neu aufgenommenen Frauen) der Durchbruch ins kleinbürgerliche Milieu.¹³⁴¹ Diese Tendenz verstärkte sich noch.¹³⁴² 1911 wurde im Jahresbericht betont, dass inzwischen 22,3 Prozent der Geburten in Karlsruhe im Wöchnerinnenheim stattfanden.¹³⁴³

Sowohl in Münster als auch in Düsseldorf hatte, wie im vierten Kapitel schon berichtet, die Zahlung eines städtischen Beitrages liberalisierend auf die Aufnahmepraxis der Wöchnerinnenheime ausgewirkt. Sie mussten als Bedingung alle Frauen ohne Rücksicht auf

¹³³⁶ Vgl. Das Wöchnerinnen-Asyl zu Karlsruhe.

¹³³⁷ Ebd., S. 70.

¹³³⁸ Ebd., S. 69.

¹³³⁹ „Manche der Frauen, obwohl sie daheim schon ein Häuflein Kinder hat, gesteht es ein, erst hier von der Schwester die richtige Behandlung der Neugeborenen gelernt zu haben und überzeugt sich, wieviel die unbedingte Reinlichkeit, wie viel die frühe Gewöhnung zu Regelmäßigkeit und Ordnung zu ihrem Gedeihen beiträgt.“ Vgl. ebd., S. 70.

¹³⁴⁰ Zusammenfassung des VIII. Jahresberichtes des Vereins zur Erhaltung eines Wöchnerinnen-Asyls für bedürftige Ehefrauen in Karlsruhe, in: Blätter des Badischen Frauenvereins 24 (1900), S. 325-326.

¹³⁴¹ StA Karlsruhe, XIX. Jahresbericht des Vereins zur Erhaltung eines Wöchnerinnen-Asyls für bedürftige Ehefrauen in Karlsruhe in Baden über das Jahr 1910, Karlsruhe 1911, S. 3.

¹³⁴² Vgl. ebd., XXII. Jahresbericht des Vereins zur Erhaltung eines Wöchnerinnen-Asyls für bedürftige Ehefrauen in Karlsruhe in Baden über das Jahr 1913, Karlsruhe 1914, S. 4f.

¹³⁴³ Ebd., XX. Jahresbericht des Vereins zur Erhaltung eines Wöchnerinnen-Asyls für bedürftige Ehefrauen in Karlsruhe in Baden über das Jahr 1911, Karlsruhe 1912, S. 3.

Familienstand oder Konfession aufnehmen.¹³⁴⁴ Auch innerhalb der bürgerlichen Frauenbewegung wurde beständig gefordert, dass die Wöchnerinnenheime und -asyle auch für unehelich Gebärende geöffnet werden sollten.¹³⁴⁵ Hier wurde aber auch von den Vertreterinnen der Frauenbewegung konstatiert, dass

„sich gerade die armen Ehefrauen aus dem Arbeiterstande, die aus Not ein solches Heim aufsuchen, [...]“¹³⁴⁶ häufig gegen einen gemeinsamen Aufenthalt mit unehelichen Müttern sträubten.

Der VfS Düsseldorf versuchte, den Bau von Wöchnerinnenheimen für uneheliche Mütter mit materiellen Beihilfen zu fördern,¹³⁴⁷ wobei sich auch hier Marie Baum besonders engagierte.¹³⁴⁸ Dass die Ausgrenzung der unehelichen Mütter mit dieser Politik fortgesetzt wurde, ist innerhalb des Vereins nicht problematisiert worden.¹³⁴⁹ Die Intention der Heime für unverheiratete Mütter war vor allem, dass die Kinder nach der Geburt möglichst lange von ihren Müttern gestillt und versorgt werden konnten. Ohne den Schutz des Heimes mussten die Kinder sonst häufig direkt nach der Geburt zu einer Haltefrau gebracht werden, weil die Mutter wieder arbeiten musste. Die Versorgungshäuser nahmen unverheiratete Mütter erst nach dem Aufenthalt in den Entbindungsanstalten auf.¹³⁵⁰ Wenn uneheliche Mütter in Wöchnerinnenheimen Aufnahme fanden, dann wurden sie häufig zur Teilnahme an moralisch-religiösen Belehrungsveranstaltungen gezwungen und räumlich von den verheirateten Müttern separiert.¹³⁵¹ Auch die Versorgungshäuser nahmen häufig nur Frauen auf, die zum ersten Mal ein uneheliches Kind erwarteten, so genannte „erstgefallene Mädchen“.¹³⁵² Die Versorgungshäuser wurden vielfach von den Missionsgesellschaften

¹³⁴⁴ Vgl. Kap. 3 der vorliegenden Arbeit.

¹³⁴⁵ Pappritz, Die Errichtung von Wöchnerinnenheimen, S. 8.

¹³⁴⁶ Ebd. Vgl. dagegen aber Schlossmann, Zwei wichtige Fragen, S. 268, der davon ausgeht, dass dies ein vorgeschobenes Argument sei, mit dem die Reformer und Reformerinnen ihre eigenen moralischen Maßstäbe auf die unterbürgerlichen Schichten übertragen.

¹³⁴⁷ Vgl. Geschäftsbericht VfS Düsseldorf 3 (1909/10), hier S. 12 u. S. 15, und Geschäftsbericht VfS Düsseldorf 5 (1911/12), hier S. 18.

¹³⁴⁸ Vgl. z. B. HSA Düsseldorf, Reg. Düsseldorf, Präs. Büro 945, a, Fiche 3439, Bl. 225, Sitzung des Verwaltungsrates vom 2. Juli 1909.

¹³⁴⁹ Vgl. M.B. [vermutlich Marie Baum, S.F.], Ein neues Versorgungshaus für Frauen, Mädchen und Kinder, in: Mutter und Kind 5 (1913) Nr. 11, S. 5-8, hier S. 7.

¹³⁵⁰ Salomon, Mutterschutz und Mutterschaftsversicherung, S. 96f.

¹³⁵¹ Vgl. Taylor Allen, Feminism and Moothood, S. 180; Pappritz, Die Einrichtung von Wöchnerinnenheimen, S. 8.

¹³⁵² Tugendreich kritisiert diese Praxis: „Vom sozialhygienischen Standpunkt ist eine derartige Auslese der Aufnahmebedürftigen natürlich abzulehnen; der Sozialhygieniker hat das Prinzip, immer da zu helfen,

unterhalten und sollten vor allem der moralischen „Besserung“ der Frauen dienen, diesem Zweck war die soziale und medizinische Versorgung untergeordnet.¹³⁵³ Wie sehr der moralische Zeigefinger an der Realität vorbeiging, zeigt die Untersuchung von Anna Pappritz, in der sie die Zufluchtsstätten und Versorgungshäuser berücksichtigte, die sich vor allem an uneheliche Mütter richteten. Sie berichtete von den zahlreichen Vergewaltigungsopfern, die in den Anstalten Aufnahme fanden, von den noch unkonfirmierten, also unter 14-jährigen schwangeren Mädchen. „Andere wieder kommen durch die schrecklichen Wohnungsverhältnisse in ihre traurige Lage. Man findet in fast jedem Wöchnerinnenheim halbe Kinder von 14-16 Jahren, die von Verwandten oder Schlafburschen mißbraucht wurden“.¹³⁵⁴ Sie berichtete von der „Zufluchtsstätte“ in Dresden, die 1892 vom Dresdener Frauenverein zur Hebung der Sittlichkeit gegründet wurde, dass die überwiegende Zahl der Pfleglinge Waisen ohne elementare Schulkenntnisse waren, die vor allem aus Schlesien, Böhmen oder Ostpreußen kamen. Obwohl unter den unehelichen Müttern in Dresden die Fabrikarbeiterinnen die weitaus größte Gruppe bildeten, stellten vor allem Dienstmädchen die Klientel der Versorgungshäuser.¹³⁵⁵ Dies lag nicht zuletzt an den besonderen Lebensumständen dieses Berufes. Anders als die Fabrikarbeiterinnen verloren sie bei einer Schwangerschaft nicht nur die Arbeit, sondern auch die Wohnstätte. Neben der in den meisten Heimen geltenden Regelung, dass nur erstgebärende uneheliche Schwangere aufgenommen werden sollten, traten zahlreiche andere Bestimmungen. So berichtet die Leiterin der Geschäftsstelle der „Deutschen Gesellschaft für Mutter- und Kindesrecht“:

„Andere Heime machen die Aufnahme von der Zugehörigkeit zu einer bestimmten Gemeinde abhängig, manche von einer festgesetzten Altersgrenze, andere von der Hinterlegung einer [...] Geldsumme, von der Arbeitsfähigkeit, der Konfession der

wo Hilfe not tut, ohne zunächst die ‚Schuldfrage‘ zu berücksichtigen.“ Vgl. Tugendreich, Mütter- und Säuglingsfürsorge, S. 353.

¹³⁵³ Alice Salomon, Mutterschutz und Mutterschaftsversicherung, in: SDVAW 87 (1908), S. 84-101, hier S. 96.

¹³⁵⁴ Pappritz, Die Errichtung von Wöchnerinnenheimen, S. 9.

¹³⁵⁵ Vgl. Statistisches Amt der Stadt Dresden (Hg.), Die Verhältnisse, S. 5; Pappritz betont: „Als charakteristisch sei erwähnt, dass auch in dieser Anstalt sich die alte Erfahrung bewahrheitet, dass die meisten und die besonders bedürftigen Wöchnerinnen dem dienenden Stande angehörten. Fabrikarbeiterinnen, Schneiderinnen etc. gehören zu den Ausnahmen.“ Vgl. Pappritz, Die Errichtung von Wöchnerinnenheimen, S. 16; Würtz, Säuglingsschutz, S. 42 und Schlesinger, Moderne Säuglingsfürsorge, S. 45.

Mutter, von der Befürwortung seitens bestimmter Behörden, Vereine oder Personen [...] von der Stillfähigkeit [...].¹³⁵⁶

Es bestanden also abgesehen von den sowieso sehr knappen Plätzen in solchen Häusern zahlreiche Hindernisse für uneheliche Mütter, wenn sie dort untergebracht werden wollten.

Als eine Art „Musteranstalt“ für uneheliche Mütter galt das „Kinderheim“ in Leipzig. Die Bezeichnung „Kinderheim“ sollte den eigentlichen Zweck der Anstalt verschleiern, da den Versorgungshäusern für unehelich Schwangere vorgeworfen wurde, sie leisteten der „Unsittlichkeit“ Vorschub. Die Frauen mussten bei Aufnahme vor der Entbindung zwischen 50 Pfennig und 1 Mark Pflegegeld pro Tag zahlen, nur bei völliger Mittellosigkeit konnten Freistellen zur Verfügung gestellt werden. Nach der Entbindung war der Verbleib kostenlos, wenn die Frauen die ebenfalls in der Anstalt aufgenommenen Kostkinder der Stadt mitversorgten. Bedingung für die Aufnahme des geborenen Kindes als Pflegekind der Anstalt war, dass die Frauen für ein halbes Jahr in der Anstalt verbleiben mußten. Zahlreiche Mütter gaben ihre Kinder aber zu Verwandten in Pflege und wollten nicht in der Anstalt verbleiben.¹³⁵⁷ Dies war ein grundsätzliches Problem der Wöchnerinnenheime. Obwohl die bürgerlichen Reformer das Ziel verfolgten, gerade die unehelichen Mütter für einige Monate in den Heimen zu halten, wollten viele Frauen nicht lange dort verweilen.¹³⁵⁸ Das lag vor allem daran, dass die Mütter in den Heimen unter erheblicher Kontrolle standen. Sie mussten bei Bedarf nicht nur ihr eigenes, sondern auch andere Kinder mitstillen und Hausarbeiten verrichten. Vor allem das Waschen, das als extrem schwere Arbeit galt, gehörte zum Pflichtenkreis der Insassinnen.¹³⁵⁹

Die Akzeptanz der Wöchnerinnenheime konnte im Untersuchungszeitraum erheblich erhöht werden. Das schlägt sich allerdings nicht in den reichsweiten Durchschnittszahlen nieder, da nur in wenigen Städten Wöchnerinnenasyle bestanden. In den Städten aber, in denen sie bestanden, konnten die Aufnahmezahlen beträchtlich erhöht werden. Zahlreiche Schwangere begriffen das Asyl als eine Unterstützung und zogen die Geburt im Wöchner-

¹³⁵⁶ Francis Sklarek, Einiges über die Wirksamkeit der Mütterheime, in: Schreiber, Mutterschaft, S. 350-363, hier 362.

¹³⁵⁷ Pappritz, Die Errichtung von Wöchnerinnenheimen, S. 20.

¹³⁵⁸ Ebd., S. 7.

¹³⁵⁹ Schlesinger, Moderne Säuglingsfürsorge, S. 44-46.

rinnenheim einer Hausgeburt vor. Wenn in einer Stadt wie Karlsruhe die Geburtenrate im Wöchnerinnenheim 1911 bei über 20 Prozent aller städtischen Geburten lag, so war das im zeitgenössischen Vergleich eine sehr hohe Zahl (reichsweit fanden 3,3 Prozent der Geburten in Anstalten statt, s.o.). Die Wöchnerinnenheime können hier durchaus als Wegbereiter der allgemeinen Klinikgeburt interpretiert werden. Sie konnten im Vergleich zur Entbindungsanstalt eine neue Klientel erreichen und ließen die Geburt in der Anstalt als „salonfähig“ gelten.

5.3 Zusammenfassung

Die Erfolge oder Misserfolge der Mütter- und Säuglingsfürsorge lassen sich schwerlich isoliert betrachten. Die Senkung der Sterblichkeitszahlen allein ist kein Maßstab, mit dem man die Erfolge beurteilen kann, da sich die allgemeinen Lebensbedingungen im Untersuchungszeitraum so verändert haben, dass dieser Einfluss wahrscheinlich Ausschlag gebender war. Kennzeichnend war bei allen Maßnahmen, dass sie nicht den Lebensumständen der Zielgruppen angepasst waren, sondern den Bedürfnissen der beteiligten Interessengruppen. Die Einrichtung der Beratungsstellen war ein Kompromiss zwischen den Wünschen der Kinderärzte, der Medizinalbeamten und der Fürsorgerinnen. Die häuslichen Fürsorgebesuche entsprachen den Wünschen der sich etablierenden Familienfürsorge. Dasselbe gilt für Haushaltungs- und Säuglingsfürsorgekurse. Die bürgerlichen Sozialreformerinnen hatten zwar in einigen Details wirklich einen „anderen“ Blick als ihre männlichen Kollegen. Sie richteten ihre Forderungen stärker darauf, Erwerbsarbeit und Mutterschaft zu verbinden. Jedoch waren sie ebenfalls zu sehr mit ihren eigenen berufspolitischen Zielen beschäftigt, um angemessene Verbesserungen zu erreichen. Auch die Wöchnerinnenheime entsprangen dem Wunsch, nicht nur ledige Mütter, sondern auch „ehrbare“ Frauen für eine geburtshilfliche Behandlung erreichen zu können, sie dienten also vor allem den Interessen der Ärzteschaft. Wenn sich aus diesen Ansätzen heraus mehr oder weniger zufällig eine Übereinstimmung mit den Wünschen der Zielgruppe entwickelte, dann konnten die Maßnahmen durchaus breite Akzeptanz finden, wie das Beispiel des Karlsruher Wöchnerinnenheims zeigte. In ganz bescheidenem Maße konnten die Mütter auch durch vollständiges Ignorieren der Fürsorgeeinrichtungen durchaus Verbesserungen für sich erreichen. So haben sich die Stillprämien vor allem deswegen durchgesetzt, weil die Frauen nur die Fürsorgestellen aufsuchten, wenn sie sich dadurch materielle Vorteile versprachen. In dieser Hinsicht konnten die „befürsorgten“ Frauen einen begrenzten Einfluss auf die praktische Fürsorge nehmen.

Im Großen und Ganzen gingen die Maßnahmen aber an den Bedürfnissen der Mütter vorbei. Um deren Situation zu verbessern, wäre es vor allem notwendig gewesen, Erwerbsarbeit und Mutterschaft zu verbinden und das hätte bedeutet, vor allem Stillstuben, Krippen und Suppenküchen auszubauen. Das Ziel der meisten Reformer, weibliche Er-

werbsarbeit soweit wie möglich zurückzudrängen, verhinderte adäquate Maßnahmen schon im Ansatz.

6 Grundlinien der Mütter- und Säuglingsfürsorge im Ersten Weltkrieg und in der Weimarer Republik

6.1 Bevölkerungspolitik und Geburtenrückgang im Ersten Weltkrieg

Aus unterschiedlichen Gründen brachte der Erste Weltkrieg in sozialpolitischen Fragen große Umwälzungen. An erster Stelle sind die erheblichen Notlagen in der Bevölkerung zu nennen.¹³⁶⁰ Abgesehen von diesen zunehmenden Mangelerscheinungen zeigte sich schon gleich zu Beginn des Krieges ein massives Armutproblem, das vor allem Mütter und Kinder betraf. Die freiwilligen und die wehrpflichtigen Soldaten ließen ihre Familien größtenteils unversorgt zurück, da der ausgezahlte Sold nicht im Entferntesten ausreichte, um eine Familie zu ernähren.¹³⁶¹ Das „Gesetz betreffend die Unterstützung von Familien in den Dienst eingetretener Mannschaften“ vom 28. Februar 1888 in der Fassung vom 4. August 1914 sollte diese Lücke füllen. Damit wurde eine umfangreiche öffentliche Unterstützung initiiert, die bald weitere freiwillige Wohlfahrtsleistungen nach sich zog. Das Gesetz gewährte finanzielle Unterstützungsleistungen an Ehefrauen und eheliche Kinder unter 15 Jahren sowie an weitere Verwandte ersten Grades, soweit sie nachweislich von dem jeweiligen ins Feld gezogenen Soldaten unterhalten wurden.¹³⁶² Während der nachfolgenden Kriegsjahre wurde der Kreis der Unterstützungsberechtigten mehrmals erweitert. Die Inanspruchnahme dieser Leistungen brachte im Gegensatz zur herkömmlichen Armenfürsorge keine diskriminierenden Begleitfaktoren mit sich. Trotzdem waren diese Zahlungen keinesfalls ausreichend und verzögerten sich oftmals.¹³⁶³

¹³⁶⁰ Vgl. dazu Jürgen Kocka, *Klassengesellschaft im Krieg. Deutsche Sozialgeschichte 1914-1918*, 1. Aufl. Göttingen 1973, hier vor allem S. 12f. und Ute Daniel, *Arbeiterfrauen in der Kriegsgesellschaft. Beruf, Familie und Politik im Ersten Weltkrieg*, Göttingen 1989, hier vor allem S. 167ff.

¹³⁶¹ Vgl. dazu ausführlich Birthe Kundrus, *Kriegerfrauen. Familienpolitik und Geschlechterverhältnisse im Ersten und Zweiten Weltkrieg*, Hamburg 1995, S. 43-97.

¹³⁶² Ebd. und Sachße/Tennstedt, *Geschichte der Armenfürsorge*, Bd. 2, S. 49f.

¹³⁶³ Die Zahlungen betragen bei Kriegsbeginn im Sommer monatlich neun Mark und im Winter zwölf Mark und für jedes Kind noch einmal sechs Mark monatlich. Das war bei weitem nicht ausreichend um die Lebensführung der Familien zu sichern. Zahlreiche Gemeinden stockten diese Zahlungen noch aus kommunalen Mitteln auf. Die Höhe der Zahlungen war allerdings sehr unterschiedlich. Vgl. Mommsen, *Bürgerstolz und Weltmachtstreben*, S. 578f.

Auch im Bereich der Mütter- und Säuglingsfürsorge ist im Verlauf des Krieges ein umfangreiches Netz sozialer Leistungen geschaffen worden. Jedoch wurden die Leistungen der Mütter- und Säuglingsfürsorge vollständig unter das Primat einer nationalen Bevölkerungspolitik gestellt. Hatte schon in den Jahren vor dem Ersten Weltkrieg der Geburtenrückgang als „drohendes Gespenst“ die Diskussion erheblich beeinflusst, dominierte dieser Aspekt nun die öffentliche Debatte über Mütter- und Säuglingsfürsorge fast ausschließlich.¹³⁶⁴ Die Geburtenrate pro Jahr sank von 1,9 Millionen Geburten im Jahr 1913/14 auf 940.000 im Jahre 1917 um mehr als die Hälfte.¹³⁶⁵ Dabei blieb die Säuglingssterblichkeit während des Ersten Weltkriegs weitgehend konstant, bzw. ging sogar ein wenig zurück.¹³⁶⁶ Der rapide Rückgang der Säuglingssterblichkeit zwischen 1900 und 1914 setzte sich jedoch nicht fort.¹³⁶⁷

Immer wieder betonte man, dass „Mütterfürsorge, Fortpflanzungsfähigkeit, Stilltätigkeit, große Volkszahl, hohe Militärtauglichkeit und erfolgreiche Vaterlandsverteidigung in einem engen Zusammenhange“ ständen.¹³⁶⁸ Gerade in der Ärzteschaft fand die Kriegsmobilisierung breite Zustimmung. Von 33.000 männlichen Ärzten dienten 24.000 der deutschen Wehrmacht. Zahlreiche namhafte Universitätsprofessoren waren schnell bereit, sich freiwillig zum Kriegsdienst zu melden.¹³⁶⁹ Unter Ihnen war auch Arthur Schloßmann, der mit Begeisterung in den Krieg zog und als Lazarettarzt in Frankreich diente.¹³⁷⁰ Schloßmann, bisher ein gemäßigter Vertreter der Gesundheitsfürsorge und Sozialhygiene, unterstützte nun die Kriegsziele des Alldeutschen Verbandes¹³⁷¹ und hielt während der Kriegs-

¹³⁶⁴ Vgl. Dienel, Kinderzahl und Staatsräson; Osborne, Pregnancy is the woman's active service; Paul Weindling, The medical profession, social hygiene and the birth rate in Germany, 1914-18, in: Jay Winter (Hg.), The Upheaval of War: Family, Work and Welfare in Europe 1914-1918, Cambridge 1988, S. 417-437. Vgl. Auch Daniel, Arbeiterfrauen und Kriegsgesellschaft, S. 155.

¹³⁶⁵ Nach Schabel, Soziale Hygiene, S. 63.

¹³⁶⁶ Drigalski, Säuglingsfürsorge und Mutterschutz, S. 74.

¹³⁶⁷ Ebd.

¹³⁶⁸ Alfons Fischer, Staatliche Mütterfürsorge und der Krieg, Berlin 1915, hier S. 7f.

¹³⁶⁹ Weindling, Medical Profession, S. 422. Insgesamt war die Zahl derer, die sich freiwillig meldeten, gerade im Bildungsbürgertum besonders hoch, vgl. Mommsen, Bürgerstolz und Weltmachtstreben, S. 582.

¹³⁷⁰ Die Kriegsbriefe an seine Frau sind im Institut für Geschichte der Medizin in Düsseldorf erhalten.

¹³⁷¹ Die alldeutschen Kriegsziele waren innerhalb der zeitgenössischen deutschen Diskussion sehr weitgehend. Vgl. Mommsen, Bürgerstolz und Weltmachtstreben, S. 619f.

jahre markige Vorträge über „Die Umwertung des Bevölkerungsproblems - Ein tragender Gedanke im neuen Deutschland“, in denen er beklagte, dass es nicht genüge,

„einfach die Zahl der Toten in unsere Verlustrechnung einzusetzen; über das Zahlenmäßige hinaus haben wir Qualitätsverluste erlitten. Denn das geben wir Überlebenden den Toten huldigend ohne weiteres zu: da oben in Flandern und da drüben in Polen, auf den Pässen der Karpathen und in der Champagne und überall, wo Teile unserer tapferen Truppen gefochten, gesiegt und geblutet haben, da sind aus den Besten heraus die Opfer gefallen. Zukunftshoffnungen und Zukunftswerte deckt die feindliche Erde. Wie der Raubvogel aus der Leber des Prometheus, so haben unsere Feinde Stücke aus den edelsten Teilen unseres Volkskörpers herausgerissen. Es ist ein schlechter Trost, wenn wir uns sagen, dass wir redlich Gleiches mit Gleichem vergolten haben. So ist z.B. das russische Menschenmaterial mit dem unseren an innerem Werte nicht zu vergleichen [...].“¹³⁷²

Schloßmann trieb auch die Umbenennung der „Zeitschrift für Säuglingsfürsorge“ voran, die sich seit 1916 „Zeitschrift für Bevölkerungspolitik und Säuglingsfürsorge“ nannte. An seiner Person kann man nach vollziehen, wie sehr der Erste Weltkrieg die Debatte über Quantität und Qualität der Bevölkerung radikalisierte. Nicht nur Schloßmann, sondern auch zahlreiche andere Unterstützer der Mütter- und Säuglingsfürsorge aus der Vorkriegszeit behandelten das Thema nun ganz unter bevölkerungspolitischen Gesichtspunkten. Leo Langstein schrieb über „Säuglingsfürsorge - die Grundlage für Deutschlands Zukunft“,¹³⁷³ Alfons Fischer veröffentlichte „Staatliche Mütterfürsorge und der Krieg“ und auch Marie Baum resümierte über „Sozialhygienische Bevölkerungspolitik“.¹³⁷⁴ Die regierungsnah Deutsche Vereinigung für Säuglingsschutz veranstaltete im März 1915 eine Sondertagung zur Bevölkerungsentwicklung, die Zentralstelle für Volkswohlfahrt (früher: Centralstelle für Arbeiterwohlfahrtseinrichtungen) hielt im Oktober 1915 eine Konferenz zum Thema „Erhaltung und Mehrung der deutschen Volkskraft“ ab.¹³⁷⁵ Seit Anfang 1915 findet sich in den Akten des preußischen Innenministeriums eine rege Korrespondenz zum Thema Bevölkerungspolitik. Im März 1915 fand eine interne Beratung über die Frage statt,

¹³⁷² Arthur Schlossmann, Die Umwertung des Bevölkerungsproblems - ein tragender Gedanke im neuen Deutschland, in: Zeitschrift für Bevölkerungspolitik und Säuglingsfürsorge 9 (1916), S. 1-11, hier S. 2f.

¹³⁷³ Leo Langstein, Säuglingsfürsorge, die Grundlage für Deutschlands Zukunft. Dringliche Aufgaben des Säuglingsschutzes, Berlin 1916.

¹³⁷⁴ Fischer, Staatliche Mütterfürsorge; Marie Baum, Sozialhygienische Bevölkerungspolitik, in: Zeitschrift für Bevölkerungspolitik und Säuglingsfürsorge 9 (1917), S. 321-333.

welche bevölkerungspolitischen Maßnahmen nach dem Krieg weiter ausgebaut bzw. beibehalten werden sollen.¹³⁷⁶ Die Tagesordnung umfasste u. a. die folgenden Punkte: Abänderung der Reichsversicherungsordnung im Sinne weitergehender Unterstützung der Schwangeren und Wöchnerinnen; Einrichtung bzw. Vermehrung der öffentlichen Entbindungsanstalten; flächendeckende Einrichtung von Säuglingsfürsorge- und Mütterberatungsstellen; Ausbildung und staatliche Prüfung von Säuglingspflegerinnen; Einführung der Berufsvormundschaft und Verbesserung der Rechtsstellung des unehelichen Kindes. Kontrovers wurde bei der Besprechung der Entwurf Behr-Pinnows für ein Kreisfürsorgegesetz diskutiert. In diesem war vorgesehen, die Gesundheitsfürsorge kreisweise zu organisieren und staatlicherseits zu beaufsichtigen. Der Vertreter des preußischen Finanzministeriums wies das Anliegen zurück und betonte erneut, dass die Säuglingsfürsorge in den Bereich der kommunalen und karitativen Zuständigkeiten falle.¹³⁷⁷

Die Themen waren also die gleichen wie in den Vorkriegsjahren, doch die Handlungsbereitschaft war nun deutlich erhöht, wenn auch Fragen der Finanzierung immer noch von einem zum anderen Träger geschoben wurden.¹³⁷⁸

Die bevölkerungspolitischen Beratungen wurden von der preußischen Regierung weiter fortgesetzt und durch Expertenanhörungen vertieft, bis 1917 schließlich vom Innenministerium eine „Denkschrift des Ministers des Innern über die Ergebnisse der Beratungen der Ministerialkommission für die Geburtenrückgangsfrage“ herausgegeben wurde.¹³⁷⁹ Als Ergebnis wurden schließlich in den preußischen Etat von 1918 erstmals 500.000 Mark für Maßnahmen der Säuglingsfürsorge vorgesehen.¹³⁸⁰ Auch im Reichstag beschäftigte sich seit dem 30. Mai 1916 ein entsprechender Ausschuss mit bevölkerungspolitischen Fragen, der zwei Reichstagsanträge zu beraten hatte: Zum einen die Frage einer reichsgesetzlichen Regelung des Mutter- und Säuglingsschutzes und zum

¹³⁷⁵ Castell Rüdenhausen, Volksgesundheit, S. 286.

¹³⁷⁶ GStA PK, I. HA Rep. 151 Finanzministerium (M), I C, Nr. 9071.

¹³⁷⁷ Ebd.

¹³⁷⁸ Vgl. Kundrus, Kriegerfrauen, S. 186.

¹³⁷⁹ Vossen, Gesundheitsämter, S. 134.

¹³⁸⁰ Ebd., S. 135.

anderen die Einordnung der Reichswochenhilfe in den Leistungskatalog der Krankenkassen.¹³⁸¹

Neben den bevölkerungspolitischen Argumenten trug auch die sich während des Krieges zügig verändernde weibliche Erwerbsarbeit zu einem weiteren Ausbau des Mutter- und Säuglingsschutzes bei. Wenn auch die Zahl der erwerbstätigen Frauen im gleichen Tempo wie in den Vorkriegsjahren anstieg, war die Arbeit jedoch anders strukturiert: Weibliche Arbeitskräfte wechselten aus den Dienstbotenberufen und der Landwirtschaft in die industrielle Erwerbstätigkeit.¹³⁸² Das 'bedauernswerte Übergangsphänomen' der weiblichen Erwerbsarbeit wurde gefördert, um kriegswichtige Produktionsbereiche aufrechterhalten zu können. Im Kriegsamt versuchte man alle Hindernisse, die einer Ausweitung weiblicher Erwerbstätigkeit im Wege standen, aus dem Weg zu räumen. General Groener errichtete eine Frauenarbeitszentrale, die sich vorrangig dieser Aufgabe widmen sollte. Darüber hinaus wurden an allen Kriegsamtstellen Referate für Frauenarbeit geschaffen, die man mit namhaften Sozialreformerinnen als Leiterinnen besetzte.¹³⁸³ Die gestiegene Wertschätzung der Reformerinnen machte sich auch beim VfS Düsseldorf bemerkbar. Nachdem schon 1915 Marie Baum nach Danzig gegangen war, um dort die Kriegswohlfahrtspflege zu reorganisieren, wurde auch ihre Nachfolgerin Marie-Elisabeth Lüders schon nach kurzer Zeit wieder abberufen, um die Frauenarbeitszentrale beim Kriegsamt zu leiten.¹³⁸⁴ Diese Frauen, die zugleich auch prominente Vertreterinnen der bürgerlichen Frauenbewegung waren, ließen sich bereitwillig für diese Aufgaben einteilen, zumal ihre sozialpolitischen Kompetenzen nun zum ersten Mal vom Staat offiziell anerkannt wurden. Dies entsprach der allgemeinen Losung der bürgerlichen Frauenbewegung: Der gemäßigte

¹³⁸¹ Castell Rüdtenhausen, Volksgesundheit, S. 286.

¹³⁸² Ute Daniel, Fiktionen, Friktionen und Fakten – Frauenlohnarbeit im Ersten Weltkrieg, in: Gunther Mai (Hg.), Arbeiterschaft in Deutschland 1914-1918. Studien zu Arbeitskampf und Arbeitsmarkt im Ersten Weltkrieg, Düsseldorf 1985, S. 277-323, S. 186ff.

¹³⁸³ Mommsen, Bürgerstolz und Weltmachtstreben, S. 720. Greven-Aschhoff, Die bürgerliche Frauenbewegung, S. 148-159.

¹³⁸⁴ Vgl. BA Koblenz N1151, Nr. 337, Nachlass Marie-Elisabeth Lüders, Memoiren-Manuskript, Bl. 193-195. Baum, Rückblick auf mein Leben, S. 183 und Lauterer, Marie Baum, S. 69f.

Flügel ordnete seine politischen Emanzipationsbestrebungen weitgehend den Erfordernissen der Burgfriedenspolitik unter und hoffte auf den ‚Nachkriegslohn‘.¹³⁸⁵

Die Frauenreferate unterstützten den gesamten Maßnahmenkatalog, der weibliche Erwerbstätigkeit erleichtern sollte: Ausbau von Krippen und Bewahranstalten, Kindergärten, Horten, Stillstuben, Mütter- und Säuglingsberatungsstellen sowie eine vermehrte Anstellung von Haus-, Gemeinde-, Land- und Kreisfürsorgerinnen.¹³⁸⁶ Nicht immer fanden die Maßnahmen auch die erhoffte Resonanz bei den erwerbstätigen Frauen. So wurden die neuen Krippen von den Arbeiterinnen häufig gar nicht in Anspruch genommen. Zum einen hatten sie Angst vor der Ansteckungsgefahr, denn die hygienischen Standards der Kriegskrippen waren sehr niedrig; zum anderen passten die Öffnungszeiten der Einrichtungen oftmals nicht mit den enorm ausgeweiteten Arbeitszeiten der Frauen zusammen.¹³⁸⁷

Sowohl die bevölkerungspolitischen Anstrengungen als auch die Erfordernis weiblicher Industriearbeit förderten den Ausbau der Mütter- und Säuglingsfürsorge. Insofern diente der Erste Weltkrieg als Schrittmacher für diverse Maßnahmen zum Säuglings- und Wöchnerinnenschutz, denn die Unterstützung dieser Bevölkerungsgruppen wurde nun eindeutig als öffentliche Aufgabe verstanden,¹³⁸⁸ wenn auch weiterhin umstritten blieb, ob Reich, Bundesstaaten oder Kommunen für diese Arbeit aufkommen sollten. Zumindest übernahm das Reich die finanzielle Verantwortung bei der Neuregelung der Wochenhilfe übergangsweise. Am 3. Dezember 1914 erließ der Bundesrat aufgrund des §3 des „Gesetzes über die Ermächtigung des Bundesrates zu wirtschaftlichen Maßnahmen usw.“ vom 14. August 1914 eine Verordnung über Wochenhilfe.¹³⁸⁹ Hier wurde die Zahlung einer Wochenhilfe an alle weiblichen Mitglieder verfügt, deren Ehemänner „in diesem Krieg dem Reiche Kriegs-, Sanitäts- oder ähnliche Dienste leisten oder an deren Weiterleistung oder an der Wiederaufnahme einer Erwerbstätigkeit durch Tod, Verwundung, Erkrankung oder

¹³⁸⁵ Vgl. dazu auch Sabine Hering, *Die Kriegsgewinnlerinnen: Praxis und Ideologie der deutschen Frauenbewegung im Ersten Weltkrieg*, Pfaffenweiler 1990, hier vor allem S. 71ff.

¹³⁸⁶ Daniel, *Fiktionen, Friktionen und Fakten*, S. 297.

¹³⁸⁷ Kundrus, *Kriegerfrauen*, S. 178; Reyer, *Die Kinderkrippe in Deutschland*, S. 112f.

¹³⁸⁸ Vgl. dazu auch Crew, *Germans on Welfare*, S. 5.

¹³⁸⁹ Kundrus, *Kriegerfrauen*, S. 185.

Gefangennahme verhindert sind“, sofern sie in einer Krankenversicherung versichert waren.¹³⁹⁰ Dies bedeutete vor allem für die nicht erwerbstätigen Ehefrauen versicherter Kriegsteilnehmer eine erhebliche Verbesserung. Durch Bundesratsverordnungen vom 23. April 1915 wurden Ehefrauen minderbemittelter Kriegsteilnehmer, ab dem 6. Juli 1917 auch Ehefrauen und Mütter unehelicher minderbemittelter Hilfsdienstpflichtiger mit einbezogen. Schließlich wurde die Unterstützung durch die Verordnung vom 22. November 1917 auf alle minderbemittelten Mütter mit unehelichen Kindern, zu deren Unterhalt ein Kriegsteilnehmer verpflichtet war, ausgedehnt.¹³⁹¹ Bis zum Ende des Jahres 1917 war also der Kreis der Anspruchsberechtigten schließlich auf fast alle deutschen Wöchnerinnen ausgeweitet worden. Die Unterstützung belief sich auf höchstens 133 Mark pro Geburt, 10 Mark als Beihilfe zur Behandlung möglicher Schwangerschaftsbeschwerden, 25 Mark Entbindungsbeihilfe, 56 Mark Wochengeld und 42 Mark Stillgeld. Anstelle der Geldleistungen bei Schwangerschaftsbeschwerden und Entbindung konnte auch freie Behandlung durch Arzt bzw. Hebamme einschließlich Arzneimittel gewährt werden. Insofern enthielt die Reichswochenhilfe vergleichsweise weitgehende Leistungen für Wöchnerinnen, die noch bei den Beratungen zur RVO strikt abgelehnt worden waren. (Vgl. Kap. 2 und 4) Trotzdem leitete sich der Anspruch auf Reichswochenhilfe aus der Kriegsteilnahme des Vaters bzw. Ehemannes ab und bezog sich nicht auf die Stellung der Wöchnerin. Allerdings zahlten auch die Krankenkassen während des Krieges eine erweiterte Wochenhilfe, so dass auch selbstversicherte Frauen in den Genuss der Leistungen kamen.¹³⁹² Über die Regelungen der Reichswochenhilfe gelang es auch, die Fürsorgestellen fester in der Bevölkerung zu etablieren, denn die in der Reichswochenhilfe festgelegten Stillgelder wurden in zahlreichen Orten nach Vereinbarung mit den Krankenkassen in den Säuglingsberatungsstellen ausgezahlt.¹³⁹³ Auf diese Weise konnte die Besucherinnenzahl der Beratungsstellen erheblich gesteigert werden.¹³⁹⁴ Zugleich konnten die Mütter langfristiger an die

¹³⁹⁰ Baum, Grundriß der Gesundheitsfürsorge, S. 184.

¹³⁹¹ Ebd. S. 184f.; Castell Rüdtenhausen, Volksgesundheit, S. 279f.

¹³⁹² Baum, Grundriß der Gesundheitsfürsorge, S. 184f.

¹³⁹³ Schabel, Soziale Hygiene, S.65.

¹³⁹⁴ In der Stadt Düsseldorf wurde nicht nur die Stillbeihilfe, sondern auch das Reichswochengeld über die Fürsorgestellen ausgezahlt. Vgl. Geschäftsbericht VfS Düsseldorf 9 (1915/16), S.79.

Fürsorgestelle gebunden werden. Die Arbeit der Beratungsstellen wurde so in das öffentliche Leistungsangebot integriert. Daraus erwuchs ein enormer Ausbau von Säuglingsfürsorgestellen während des Ersten Weltkrieges. So bestätigte Marie Baum

„Erfreulicherweise ist denn auch seit Inkrafttreten der Reichswochenhilfe der Wirkungsbereich der Mutterberatungsstellen außerordentlich erweitert worden, neue wurden gegründet, bestehende ausgedehnt, so dass an zahlreichen Orten ihnen fast die Gesamtheit der Säuglinge zugeführt wird. Worum man bei freiwilligem Besuch oft vergebens warb, das ist durch diese einfache Verknüpfung einer gesetzlichen Leistung mit der Beobachtung durch die Beratungsstelle erreicht.“¹³⁹⁵

Die Reichswochenhilfe markierte einen deutlichen Umschwung in der Entwicklung der Mütter- und Säuglingsfürsorge, da nun das Reich umfangreiche finanzielle Verpflichtungen eingegangen war. Die finanzielle Verantwortung war bis dahin immer den Kommunen, privaten Trägern und Krankenkassen überlassen worden.¹³⁹⁶

Wenn auch die Reichswochenhilfe schon während der Demobilisierungsphase wieder eingestellt worden ist, hat das „Gesetz über Wochenhilfe und Wochenfürsorge vom 26. September 1919“ an die Regelungen der Kriegswochenhilfe angeknüpft.¹³⁹⁷ Dieses führte eine Familienwochenhilfe ein, die die Wochenhilfe in der RVO ergänzte und setzte die Kostenübernahme der Wochenfürsorge für unbemittelte und nicht versicherte Mütter durch das Reich durch.¹³⁹⁸

Auch organisatorisch unternahm die Reichsregierung nun wieder vermehrte Anstrengungen für eine nationale Vereinheitlichung der Mütter- und Säuglingsfürsorge. Unter dem Protektorat von Herzogin Viktoria Luise zu Braunschweig und Lüneburg, der Tochter Wilhelms II., die nun in die Fußstapfen ihrer Mutter trat, wurde die Dachorganisation „Deutschlands Spende für den Säuglings- und Kleinkinderschutz“ am 21. Juni 1916 in Berlin ins Leben gerufen. Ähnlich wie die Spendensammelausschüsse für das KAVH sollte diese Organisation im gesamten Reich Spenden für den Säuglings- und Kleinkinderschutz zusammentragen. Nun sollten allerdings nicht nur ein Berliner Musterinstitut, son-

¹³⁹⁵ Baum, Grundriß der Gesundheitsfürsorge, S. 188.

¹³⁹⁶ Vgl. auch Kundrus, Kriegerfrauen, S. 186f.

¹³⁹⁷ Luise Schröder, Mutter und Säugling in der Gesetzgebung, Berlin 1925, S.15.

¹³⁹⁸ Castell Rüdtenhausen, Volksgesundheit, S. 291.

dem Einrichtungen in ganz Deutschland gefördert werden. Man hatte insofern aus den Misserfolgen bei der Finanzierung des KAVH gelernt.¹³⁹⁹ Diese Vereinigung sollte sozialfürsorgerische Maßnahmen finanzieren, mit denen der Staat überfordert war. Leider ist nicht überliefert, welche finanzielle Ausstattung die Organisation besaß und wie viele Spenden sie tatsächlich eintreiben konnte. Sowohl Stöckel als auch Schabel gehen jedoch von vergleichsweise hohen Summen aus, die „Deutschlands Spende“ verteilen konnte. Sowohl die Begründung neuer Fürsorgestellen als auch die Bildung von entsprechenden Landes- und Provinzzentralen konnte ihrer Ansicht nach in erheblichem Umfang von der Organisation finanziert werden.¹⁴⁰⁰ Bestätigt wird diese Einschätzung durch die Tatsache, dass die Einrichtung neuer Säuglingsfürsorgestellen vor allem in die Jahre 1917/18 fiel. Insgesamt waren in den Kriegsjahren 1.274 neue Säuglingsfürsorgestellen eingerichtet worden, von denen allein 1.020 auf die Jahre 1917/18 fielen.¹⁴⁰¹

Die Kriegsfolgen auf die Gesundheit der Säuglinge wurden kontrovers diskutiert. Während der Charlottenburger Pädiater Arthur Kettner ein stark abgesunkenes Geburtsgewicht kritisierte, wurde dies von Leo Langstein und seinem Oberarzt Fritz Rott während des Krieges energisch bestritten.¹⁴⁰² Allerdings mussten auch sie Jahre später zugeben, dass das Gewicht der Säuglinge während der Kriegsjahre langsamer angestiegen war. Richtig deutlich zeigten sich die Kriegsfolgen jedoch bei den Kleinkindern anhand von Krankheiten wie Rachitis, Tuberkulose und anderer Infektionskrankheiten.¹⁴⁰³ Insofern wurde die Säuglingsfürsorge schon während des Ersten Weltkrieges auf vielen Ebenen durch die Kleinkinderfürsorge ergänzt.¹⁴⁰⁴ Dies bedeutete einen weiteren Ausbau der pädiatrischen Zuständigkeit. Öffentliches Interesse konnte dieser Fürsorgezweig erringen, weil man erkannte, dass ein großer Prozentsatz der Krankheiten des Kleinkindalters nicht akuter sondern chronischer Natur war, deren Behandlung schwierig, langwierig und teuer war. We-

¹³⁹⁹ Vgl. dazu ausführlich Kap. 3 der vorliegenden Arbeit.

¹⁴⁰⁰ Schabel, *Soziale Hygiene*, S. 69-71 und Stöckel, *Säuglingsfürsorge*, S. 269-271.

¹⁴⁰¹ Schabel, *Soziale Hygiene*, S. 64.

¹⁴⁰² Ebd., S. 63f.

¹⁴⁰³ Reyer, *Die Kinderkrippe in Deutschland*, S. 108.

¹⁴⁰⁴ Ebd.

niger die Sterblichkeitszahlen als vielmehr der hohe Prozentsatz chronisch kranker und behinderter Kinder, die den Schulärzten bei den Schuleingangsuntersuchungen auffielen, führten zu einer vermehrten öffentlichen Unterstützung der Kleinkinderfürsorge.¹⁴⁰⁵

Dass die Sterblichkeit der Säuglinge während der Kriegsjahre nicht dramatischer ausfiel, lag möglicherweise an den deutlich erhöhten Stillquoten. All das, was Beratung und Aufklärung kaum vermocht hatte, nämlich die Mütter zum vermehrten Stillen ihrer Säuglinge zu bewegen, wurde durch die Lebensmittel- und vor allem Milchknappheit bittere Notwendigkeit.¹⁴⁰⁶ Die Zahl stillender Mütter erhöhte sich erheblich und blieb auch in den Nachkriegsjahren konstant. Dies hatte auch durchschlagende Wirkung auf die Senkung der Säuglingssterblichkeit. Sie sank kontinuierlich in den Nachkriegsjahren, und auch der berühmte Sommergipfel der Säuglingssterblichkeit verschwand.¹⁴⁰⁷

Der Erste Weltkrieg wirkte insgesamt fördernd auf den Ausbau der Mütter- und Säuglingsfürsorge. Unter bevölkerungspolitischen Gesichtspunkten wurde die Fürsorge für gesunde Mütter und Säuglinge zunehmend als öffentliche Aufgabe verstanden. Die öffentlichen Maßnahmen der Kriegsjahre erhöhten sowohl bei den Verantwortlichen als auch in der Bevölkerung die Akzeptanz für staatliche Eingriffe in den Bereich der Reproduktion.

¹⁴⁰⁵ Vgl. Heinrich Hirtsiefer, *Die staatliche Wohlfahrtspflege in Preußen 1919-1923*, Berlin 1924, hier S. 28 und 31f. Schabel, *Soziale Hygiene*, S. 56-59.

¹⁴⁰⁶ Vgl. etwa Drigalski, *Säuglingsfürsorge und Mutterschutz*, S. 110.

¹⁴⁰⁷ Vögele, *Sozialgeschichte*, S. 392f.

6.2 Die Entwicklung der Mütter- und Säuglingsfürsorge in der Weimarer Republik

In sozialpolitischer Perspektive hat der Erste Weltkrieg also für die Weimarer Zeit wie ein Labor gewirkt. In den Kriegsjahren war innerhalb der halbstaatlich organisierten Kriegswohlfahrtspflege die Übernahme zusätzlicher sozialstaatlicher Aufgaben durch den Zentralstaat ausgetestet worden:

„Typisch für diese neue Form regulierender Staatlichkeit war einerseits die Zentralisierung der Aufgabenfestlegung und andererseits die zumeist städtische Erfüllung der neuen Aufgaben entsprechend einem neuen Modell der Verflechtung zwischen zentralstaatlicher und gemeindlicher Ebene, die das Leitbild für das Staatshandeln in den zwanziger Jahren abgab.“¹⁴⁰⁸

In der Weimarer Republik veränderten sich allerdings die verfassungsrechtlichen Grundlagen auch für das öffentliche Gesundheitswesen fundamental. Die Förderung der Gesundheit war mehrmals und ausdrücklich in der Weimarer Verfassung festgelegt worden. Nach Art. 119 war die Reinerhaltung, Gesundung und soziale Förderung der Familie Aufgabe des Staates und der Gemeinden. Nach Art. 122 war die Jugend gegen Ausbeutung, sowie gegen sittliche, geistige oder körperliche Verwahrlosung zu schützen. Staat und Gemeinde haben die erforderlichen Einrichtungen zu treffen. Nach Art. 161 sollte das Reich zur Erhaltung der Gesundheit und Arbeitsfähigkeit, zum Schutze der Mutterschaft und zur Vorsorge gegen die wirtschaftlichen Folgen von Alter, Schwäche und Wechselfällen des Lebens ein umfassendes Versicherungswesen unter maßgebender Mitwirkung der Versicherten schaffen. In Art. 7 und 9 war das Gesundheits- und Wohlfahrtswesen der konkurrierenden Gesetzgebung zugeordnet worden.¹⁴⁰⁹ Diese umfangreiche verfassungsrechtliche Ausgestaltung des Sozialstaatsprinzips führte allerdings auch dazu, dass die

¹⁴⁰⁸ Dietmar Petzina in Zusammenarbeit mit Manfred Köhler und Burkhard Zeppenfeld, Kommunale Handlungsspielräume und kommunale Finanzen - Erfahrungen in Deutschland zwischen Erstem Weltkrieg und Nationalsozialismus, in: Reulecke, Die Stadt als Dienstleistungszentrum, S. 153-180. Vgl. zur Sozialpolitik in der Weimarer Republik: Werner Abelshäuser (Hg.) Die Weimarer Republik als Wohlfahrtsstaat: Zum Verhältnis von Wirtschafts- und Sozialpolitik in der Industriegesellschaft, Stuttgart 1987 und Volker Hentschel, Die Sozialpolitik in der Weimarer Republik, in: Karl Dietrich Bracher/M. Funke/H.-A. Jacobsen (Hg.), Die Weimarer Republik . Politik – Wirtschaft – Gesellschaft, 3. Aufl. Bonn 1998, S. 197-217. Gerald D. Feldman, Vom Weltkrieg zur Weltwirtschaftskrise. Studien zur deutschen Wirtschafts- und Sozialgeschichte 1914-1932, Göttingen 1984.

¹⁴⁰⁹ Ernst Rudolf Huber, Dokumente zur deutschen Verfassungsgeschichte, Bd. 3, Dokumente der Novemberrevolution und der Weimarer Republik, Stuttgart u. a. 1966, hier S. 129-155.

”sozialpolitische Realität immer hinter den hohen Zielvorgaben zurückbleiben musste. Nicht der Zuwachs an einzelnen Leistungen, sondern der Rückstand gegenüber den Versprechungen und Erwartungen beherrschte das öffentliche Urteil.“¹⁴¹⁰

Obwohl Gesundheit in der Weimarer Verfassung so deutlich herausgestellt wurde, konnte sie organisatorisch nicht eigenständig verankert werden. Es konnte kein Gesundheitsministerium geschaffen werden, obwohl dieses Postulat gerade durch die USPD von Anfang an vertreten wurde und in der öffentlichen Diskussion während der Weimarer Jahre immer präsent blieb.¹⁴¹¹ Maßgebliche Behörden waren vor allem die Abteilung für Volksgesundheit, Wohlfahrtspflege und Deutschtum im Reichsinnenministerium. Daneben konnte aber auch das Reichsarbeitsministerium eine führende Rolle auf dem Gebiet der präventiven Gesundheitsfürsorge einnehmen. Einen entscheidenden Einfluss auf die Gestaltung der sozialen und gesundheitlichen Fürsorge in Preußen konnte das neugeschaffene preußische Ministerium für Volkswohlfahrt ausüben, dem die Abteilung „Volksgesundheit“ zugeordnet war.¹⁴¹²

Die quantitative Bevölkerungspolitik des Kaiserreiches wurde von den neuen politischen Eliten weithin abgelehnt. Das „Wettgebären“ galt als Ausdruck imperialistischen Weltmachtstrebens und sollte nun durch einen neomalthusianischen Ansatz abgelöst werden.¹⁴¹³ Nun lautete die Losung vielmehr: „Qualitätspolitik‘ anstelle der ‚Quantitätspolitik‘; nicht mehr Menschen, sondern besser geborene, besser ernährte, besser erzogene Menschen!“¹⁴¹⁴

Die Regelungen der Reichswochenhilfe (s.o.) waren in der Demobilisierungsphase zunächst aufgehoben und der Mutterschutz war wieder auf selbstversicherte Frauen begrenzt

¹⁴¹⁰ Peukert, Die Weimarer Republik, S.137.

¹⁴¹¹ Kurt Nemitz, Die Bemühungen zur Schaffung eines Reichsgesundheitsministeriums in der ersten Phase der Weimarer Republik 1918-1922, in: Medizinhistorisches Journal 16 (1981), S. 424-445.

¹⁴¹² Vgl. Hirtsiefer, Die staatliche Wohlfahrtspflege, S. 6ff.; Labisch/Tennstedt, Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens, Bd. 1, S. 63f. Vgl. auch Thomas Saretzki, Reichsgesundheitsrat und Preußischer Landesgesundheitsrat in der Weimarer Republik, Berlin 2000, hier S. 40ff.

¹⁴¹³ Vgl. ausführlicher Vossen, Gesundheitsämter, S. 180f.

¹⁴¹⁴ Erich Unshelm, Bevölkerungsproblem und Bevölkerungspolitik im neuen Staate, in: Zeitschrift für Soziale- und Gewerbehygiene, Fürsorge- und Krankenhauswesen 4 (1923), S. 28-39, hier S. 28, siehe auch Vossen, Gesundheitsämter, S. 180.

worden. Mit den zurückkehrenden Soldaten stieg allerdings die Zahl schwangerer Frauen drastisch an, und aufgrund der Nachkriegssituation befanden sich viele von ihnen in akuten Notlagen. Insofern drängte eine Neuregelung der Wochenhilfe und Wochenfürsorge.¹⁴¹⁵ Die Nationalversammlung verabschiedete am 26. September 1919 das „Gesetz über Wochenhilfe und Wochenfürsorge“,¹⁴¹⁶ das den versicherten Frauen Entbindungskosten, Wochengeld für zehn Wochen und Aufwandszahlungen für Arzt oder Hebamme zusicherte. Für die nicht versicherten bedürftigen Frauen wurde nun eine Wochenfürsorge eingeführt, die bis auf das niedrigere Wochengeld kaum hinter den Leistungen der Krankenkassen zurückblieb. Aufgrund der Inflation verloren die Unterstützungen allerdings rapide an Wert. Mit der Reichsfürsorgepflichtverordnung vom 13. Februar 1924 wurde die Wochenfürsorge, d. h. die Unterstützung bedürftiger nicht versicherter Wöchnerinnen, der Zuständigkeit von Ländern und Kommunen übergeben. Diese vernachlässigten diese Aufgabe aufgrund ihrer enormen finanziellen Schwierigkeiten allerdings zunehmend.¹⁴¹⁷

Während im Kaiserreich vor allem die Säuglingsfürsorge ein Sammelbecken gesundheitsfürsorgerischer Bestrebungen gewesen war, erweiterte sich nun der Ansatz. Unter anderem wurde der Säuglingsfürsorge nun die Vorsorge für schwangere Frauen vorangeschaltet. Die Mediziner entdeckten einerseits die professionellen und ökonomischen Möglichkeiten, die eine vorgeburtliche Betreuung schwangerer Frauen barg; andererseits trafen die medizinischen Angebote bei den Schwangeren auf entsprechende Nachfrage.¹⁴¹⁸ Während die krankenversicherten Frauen und die Mittelschichtpatientinnen sich durch den Besuch beim niedergelassenen Arzt einer normal verlaufenden Schwangerschaft vergewissern konnten, mussten sich weniger begüterte Frauen an die Schwangerenberatungsstellen wenden. Aber auch hier galt, dass die Beratungsstelle in der Regel (Ausnahmen stellten die Ambulatorien dar) ausschließlich präventiv und nicht kurativ arbeitete. Die Beratungsstellen empfahlen den ratsuchenden Frauen gesunde Ernährung und Kleidung, weitgehen-

¹⁴¹⁵ Stöckel, Säuglingsfürsorge, S. 296; Schröder, Mutter und Säugling, S. 19-23; Vossen, Gesundheitsämter, S.182f.

¹⁴¹⁶ RGBl. I, 1919, S. 1757.

¹⁴¹⁷ Stöckel, Säuglingsfürsorge, S. 298.

¹⁴¹⁸ Das Zusammenspiel der ärztlichen Interessen und der Patientinnen ist sehr eindrücklich beschrieben bei Stokes, Pathology, Danger and Power, S. 378ff.

de sexuelle Enthaltbarkeit sowie Bewegung in freier Luft und das Vermeiden körperlicher Überanstrengung.¹⁴¹⁹ Ähnlich wie in der Säuglingsfürsorge zeigt sich auch hier eine fragwürdige und unrealistische Wahrnehmung des Alltags der Arbeiterinnen und Arbeiterfrauen.

Nach dem Ersten Weltkrieg, als eine flächendeckende Schwangerschaftsfürsorge ausgebaut wurde, wurde diese Aufgabe in den Leistungskatalog der Mütter- und Säuglingsberatungsstellen aufgenommen.¹⁴²⁰ 1920 forderte der preußische Minister für Volkswohlfahrt die Städte und Kreise auf, vermehrt Beratungsstellen für Schwangere und Wöchnerinnen einzurichten.¹⁴²¹ Zu diesem Zeitpunkt bestanden in ganz Preußen 205 kommunale Schwangerenberatungsstellen, von denen sich allein sechs in Berlin und 145 in der Rheinprovinz befanden, die auch hier wieder eine Pionierfunktion einnehmen konnte.¹⁴²² 1928 bestanden reichsweit 1509 Schwangerenberatungsstellen mit regionalen Schwerpunkten in der Rheinprovinz, in Berlin und in Sachsen.¹⁴²³ Matzner zeigt anhand des Erfolges der Ambulatorien, wie unangemessen der Ansatz der ausschließlichen Beratung in den Fürsorgestellen war. Die Ambulatorien baten im Gegensatz zu den Beratungsstellen Beratung **und** ärztliche Untersuchung an. Letztere wurde von den Patientinnen fast ausnahmslos in Anspruch genommen. Insofern war das Bedürfnis der schwangeren Frauen nach ärztlicher Untersuchung und Kontrolle der Schwangerschaft sehr hoch.¹⁴²⁴ Der große Zulauf der Ambulatorien führte einmal mehr zu Widerständen bei der niedergelassenen Ärzteschaft,

¹⁴¹⁹ Matzner, Zwischen Produktion und Reproduktion, S. 449ff.

¹⁴²⁰ Stöckel, Säuglingsfürsorge, S. 313f. Vgl. dazu auch Fritz Rott, Handbuch der Mütter-, Säugling- und Kleinkinderfürsorge, Bd. 2, Berlin 1925.

¹⁴²¹ Erlaß des preußischen Ministers für Volkswohlfahrt vom 20. August 1920 betreffend Mütter- und Säuglingsfürsorge, in: Ministerialblatt „Volkswohlfahrt“, in: Zeitschrift für Säuglings- und Kleinkinderschutz 12 (1920), S. 18-22.

¹⁴²² Matzner, Zwischen Produktion und Reproduktion, S.453.

¹⁴²³ Vgl. Alice Vollnhals: Mutterschutz und Säuglingsfürsorge, in: Jahrbuch der Krankenversicherung 1927, Berlin 1928, S. 190-215, hier S. 296ff.

¹⁴²⁴ Matzner, Zwischen Produktion und Reproduktion, S. 449ff.

die schließlich erreichen konnte, dass nur Familienangehörige von Sozialversicherten die Ambulatorien aufsuchen durften, nicht aber selbstversicherte Frauen.¹⁴²⁵

Abgesehen von der Schwangerenfürsorge wurde die Säuglingsfürsorge nun durch den intensiven Ausbau der Klein- und Schulkinderfürsorge ergänzt.¹⁴²⁶ Während sich in den Augen der Zeitgenossen die Erfolge der Säuglingsfürsorge in der Stabilisierung der Sterblichkeitsverhältnisse seit 1914 gezeigt hatten, hatte sich dagegen die Sterblichkeit der älteren Kinder und Jugendlichen mindestens verdoppelt, zum Teil verdreifacht.¹⁴²⁷ Durch die Folgen des Krieges und die so genannte „Kriegsverwilderung der Jugend“¹⁴²⁸ entwickelte sich nun auch die Jugendgesundheit zum zentralen Bestandteil der Reformdiskussion.

Als innovativer Bereich der Kinder- und Jugendgesundheitsfürsorge zeigte sich die Schulgesundheitsfürsorge. Sie hatte schon im Kaiserreich bestanden, wurde aber nun erheblich ausgebaut, da man sich von ihr vergleichsweise lückenlose Reihenuntersuchungen ganzer Kindergenerationen erhoffte und durch sie auf dem einfachsten Weg die Kinder aus Unterschichten- und Arbeiterfamilien erreichte. So existierten 1920 im Regierungsbezirk Düsseldorf in sechs größeren Städten hauptamtliche Schulärzte.¹⁴²⁹ Auch hier zeigte sich wieder die Bedeutung des Regierungsbezirkes als „Modellregion“ der Gesundheitsfürsorge.¹⁴³⁰

Damit hatten die Sozialhygieniker eines ihrer wesentlichen Anliegen umgesetzt, nämlich die Installation einer systematischen und zugehenden Gesundheitsfürsorge.¹⁴³¹ In der

¹⁴²⁵ Atina Grossmann, Berliner Ärztinnen und Volksgesundheit in der Weimarer Republik: Zwischen Sexualreform und Eugenik, in: Christiane Eifert/Susanne Rouette (Hg.), *Unter allen Umständen. Frauengeschichte(n) in Berlin*, Berlin 1986, S. 183-217, hier S. 197.

¹⁴²⁶ Vgl. dazu allgemein Jürgen Bennack, *Gesundheit und Schule: Zur Geschichte der Hygiene im preußischen Volksschulwesen*, Köln u. a. 1990.

¹⁴²⁷ Vgl. die Sterblichkeitszahlen für den Regierungsbezirk Düsseldorf, in: *Geschäftsbericht VfS Düsseldorf 11 (1920/22)*, S. 33.

¹⁴²⁸ Kundrus, *Kriegerfrauen*, S. 191; vgl. dazu auch Alfons Kenkmann, „Wilde Jugend“: Lebenswelten großstädtischer Jugendlicher zwischen Weltwirtschaftskrise, Nationalsozialismus und Währungsreform, *Essen* 1996; und Karl Roller, Die Einwirkung des Krieges auf die Gesundheit der Jugend, in: *Zeitschrift für Schulgesundheitspflege* 31 (1918), S. 330-352.

¹⁴²⁹ *Geschäftsbericht VfS Düsseldorf 10 (1919/20)*, S. 82.

¹⁴³⁰ Vgl. dazu ausführlich Kap. 3 der vorliegenden Arbeit.

¹⁴³¹ Vgl. dazu Labisch/Tennstedt, *Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens*, Bd.1, S. 139-144. Zum Verhältnis Sozialhygiene, Rassenhygiene und Säuglingsfürsorge vgl. auch Stöckel, *Säuglings-*

Säuglingsfürsorge konnten letztlich nur die polizeilich überwachten, unehelichen und die Kinder bedürftiger Familien erreicht werden. Nun aber konnte eine zugehende, fast lückenlose und vorbeugende Gesundheitsfürsorge einer ganzen Generation durchgesetzt werden.¹⁴³² Somit läßt sich an der umfassenden Durchsetzung der Schulgesundheitsfürsorge der Aufstieg der Sozialhygiene von der Außenseiterwissenschaft im Kaiserreich zur Leitwissenschaft in der Weimarer Republik deutlich ablesen.

Die wachsende Bedeutung der Fürsorge für die nachwachsende Generation, unter der auch die Säuglingsfürsorge gefasst wurde, wird auch durch die Verabschiedung des Reichsjugendwohlfahrtsgesetzes deutlich. Die Entwicklung der Mütter- und Säuglingsfürsorge in den ersten Jahren der Weimarer Republik war maßgeblich davon beeinflusst, dass bis 1924 dieses Gesetz diskutiert und verabschiedet wurde. Das Reichsjugendwohlfahrtsgesetz von 1922, das erst 1924 nach langer Vorlaufzeit in Kraft trat, war ein umfassendes Regelwerk, das von der Säuglingsfürsorge über die Fürsorgeerziehung und die Vormundschaft bis hin zur Jugendgesundheitsfürsorge zentrale Fragen der Jugendfürsorge erstmals gesetzlich organisierte.¹⁴³³ Innerhalb der Säuglingsfürsorgebewegung wurde dabei die zunächst vorgesehene Zuordnung der Säuglingsfürsorge als Aufgabe der Jugendämter scharf kritisiert. Diese „Sozialpädagogisierung“ der Gesundheitsfürsorge wurde von den Kinderärzten nicht gern gesehen. Man einigte sich schließlich im Gesetz auf die Regelung, dass sowohl das Jugend- als auch das Gesundheitsamt die Verantwortung für die Mütter- und Säuglingsfürsorge übernehmen konnte (§10, Abs. 2).¹⁴³⁴ Dies verstärkte den Effekt, dass

fürsorge, S. 307f. und S. 366f. Zur Sozialhygiene als Wissenschaft vgl. auch Kap. 2 der vorliegenden Arbeit.

¹⁴³² Bei einer Umfrage unter 169 Städten über 25.000 Einwohnern zeigte sich 1925, dass bereits 66 Prozent der Schulkinder erfasst wurden, vgl. Labisch/Tennstedt, Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens, Bd. 1, S. 71.

¹⁴³³ Zur Vorgeschichte des Reichsjugendwohlfahrtsgesetzes vgl. ausführlich Sachße/Tennstedt, Geschichte der Armenfürsorge Bd. 2, S. 101-110.

¹⁴³⁴ Vgl. ausführlicher zu dieser Diskussion: Schabel, Soziale Hygiene, S. 86-93 und Stöckel, Säuglingsfürsorge, S. 300-307.

in den Städten, in denen beide Ämter nebeneinander existierten, permanente Abgrenzungsprobleme bei den Aufgaben der Jugendgesundheitsfürsorge bestanden.¹⁴³⁵

Grundsätzlich wurde die Jugendpflege als eine spezifische kommunale Aufgabe beschrieben, denn im §4 wurde die Zuständigkeit der Gemeinden auf diesem Gebiet eindeutig betont. Während diese Regelung für die großen Städte zunächst vergleichsweise unproblematisch war, da sie mit den kommunalen Einrichtungen in der Jugendfürsorge schon weitgehend den Anforderungen des neuen Gesetzes entsprach, sahen sich die kleineren Gemeinden aufgrund dieser Anforderungen in finanzieller Bedrängnis.¹⁴³⁶ Schließlich hatte die Erzbergersche Reichsfinanzreform mit dem dort vorgesehenen Dotationsprinzip schon erheblich in die finanzielle Autonomie der Gemeinden eingegriffen. Die Städte befanden sich beim Verteilungskampf um die kommunalen Finanzen nun an letzter Stelle.¹⁴³⁷ Die desolante Finanzsituation der Gemeinden im Zuge der Hyperinflation führte schließlich dazu, dass sich der Deutsche Städtetag gegen die im RJWG zunächst vorgesehene obligatorische Einführung von Jugendämtern auf der Gemeindeebene zur Wehr setzte. Er konnte 1924 schließlich durchsetzen, dass die Aufgaben des Jugendamtes, falls es in einer Gemeinde nicht existierte, auch von einer anderen kommunalen Behörde (z. B. vom Wohlfahrtsamt) wahrgenommen werden konnte.¹⁴³⁸

Schon durch die Reichsfinanzreform von 1920, durch die Hyperinflation und das Reichsjugendwohlfahrtsgesetz war also der Boden für erhebliche Auseinandersetzungen zwischen Reich und Städten um die Finanzierung der Jugend- und Gesundheitsfürsorge bereitet. In diesem Spannungsfeld entwickelte sich die Gesundheitsfürsorge zu einem

¹⁴³⁵ Vgl. für das Beispiel Frankfurt: Thomas Bauer, Gesundheitliche Jugendfürsorge und Konzeption des Stadtgesundheitsamtes Frankfurt am Main 1917-1933, in: Westfälische Forschungen 43 (1993), S. 265-281, hier S. 270.

¹⁴³⁶ Vgl. Sachße/Tennstedt, Geschichte der Armenfürsorge Bd. 2, S. 103.

¹⁴³⁷ Petzina/Köhler/Zeppenfeld, Kommunale Handlungsspielräume, S. 165. Hier wird allerdings auch auf einen positiven Nebeneffekt der Reichsfinanzreform verwiesen: „Gleichsam als Nebeneffekt der Neugestaltung des Finanzausgleichs von 1920 ergab sich ein, wenngleich in der Größenordnung begrenzter horizontaler Ausgleich zwischen den Kommunen, da sich der Verteilungsschlüssel niemals ausschließlich am örtlichen Steueraufkommen, sondern auch an der Einwohnerzahl, zeitweise an der Zahl der Kinder oder Schüler orientierte. Tendenziell näherten sich damit die Gemeinden im Einnahmenniveau an - angesichts der erheblichen Unterschiede in der Steuerkraft zwischen unterschiedlich strukturierten Städten ein auch sozialpolitisch bedeutsamer Sachverhalt.“

¹⁴³⁸ Sachße/Tennstedt, Geschichte der Armenfürsorge Bd.2, S. 104.

Schauplatz, auf dem die Kämpfe um die kommunale Finanzautonomie und die staatlichen Eingriffsrechte zwischen Reich und Gemeinden stellvertretend ausgefochten wurden. Dabei war die Konfliktlage teilweise unüberschaubar und äußerst ambivalent. Denn das Reich versuchte einerseits, Kompetenzen der Gesundheitsfürsorge an sich zu ziehen, andererseits wurde die kommunale Fürsorge vom Staat gefördert, um finanzielle Lasten auf die Gemeinden abzuwälzen. Die Kommunen befanden sich immer in einer zweifachen Zwangssituation. Sie mussten auf der einen Seite ihre Zuständigkeit für die Sozial- und Gesundheitsfürsorge betonen, andererseits bestand ständig die Gefahr, dass kostspielige Aufgabenbereiche auf sie abgewälzt wurden. Dabei folgten die Auseinandersetzungen zwischen Reich und Städten den in der Geschichtswissenschaft herausgearbeiteten Phasen der Weimarer Republik.¹⁴³⁹ In der Inflationsphase bis 1923 galt die kommunale Wohlfahrtspolitik als einer der innovativsten Bereiche sozialer Politik, denn trotz aller Vereinheitlichungsversuche konnte ein vergleichsweise schwacher Zentralstaat die kommunale Kompetenz außerhalb des Finanzspielraums nicht wirklich zurückdrängen, da er außerstande war, auf die drängenden sozialen Probleme adäquat zu reagieren.¹⁴⁴⁰ Die Zurückdrängung kommunaler Kompetenzen wurde dann jedoch in der Phase der relativen Stabilisierung intensiv vorbereitet, während mit der Weltwirtschaftskrise die Einschränkung kommunaler Handlungsspielräume eindeutig manifest wurde. Der Anstieg der Arbeitslosigkeit und die nicht ausreichende staatliche Absicherung durch die Arbeitslosenversicherung führten dazu, dass die Kommunen die eigentlichen Lastenträger der Wirtschaftskrise waren und ihre finanziellen Möglichkeiten zum Auffangen der Wohlfahrtsempfänger und zur Finanzierung anderer Sozialleistungen erschöpft waren. Durch die 1930 einsetzenden

¹⁴³⁹ Zur Phaseneinteilung der Weimarer Sozialpolitik vgl. Volker Hentschel, Die Sozialpolitik in der Weimarer Republik, in: Karl Dietrich Bracher/Manfred Funke/Hans-Adolf Jacobsen (Hg.), Die Weimarer Republik. Politik-Wirtschaft-Gesellschaft, S. 197-217, S. 207.

¹⁴⁴⁰ Timothy Moss, Der Spielraum und die Leistungen kommunaler Sozialpolitik nach dem Ersten Weltkrieg. Ein Städtevergleich zwischen Berlin, Köln und Frankfurt/M., in: Archiv für Kommunalwissenschaften 2 (1993), S. 280-299, hier S.283f. und Christian Engeli, Städte und Staat in der Weimarer Republik, in: Bernhard Kirchgässner/Jörg Schadt (Hg.), Kommunale Selbstverwaltung, Idee und Wirklichkeit, Sigmaringen 1983, S. 163-181, hier S. 163. Vgl. auch Lothar Weiß, Rheinische Großstädte während der Weltwirtschaftskrise (1929-1933): Kommunale Finanz- und Sozialpolitik im Vergleich, Köln u. a. 1999.

Präsidialregime wurde die kommunale Finanzautonomie schließlich vollständig eingeschränkt.¹⁴⁴¹

Nicht zuletzt aufgrund der Differenzen zwischen Reich und Gemeinden war die öffentliche Diskussion um die Weimarer Gesundheitsfürsorge durch den Vorwurf der „Zersplitterung“ und den Ruf nach „Vereinheitlichung“ gekennzeichnet. Jedoch zeigten sich am Beispiel der Gesundheitsfürsorge zahlreiche weitere Konfliktfelder. Zündstoff bot immer wieder die Tatsache, dass den Fürsorgeärzten die Behandlung in den Fürsorgestellen untersagt war und sie angehalten waren, kranke Kinder zur Behandlung zum Kassenarzt zu schicken.¹⁴⁴² In der Weimarer Republik verschärften sich die Konflikte zwischen Fürsorgeärzten und Kassenärzten.¹⁴⁴³ Gerade das Beispiel der Säuglingsfürsorge diente den niedergelassenen Ärzten als Argumentationsgrundlage. Sie führten an, dass die Säuglingssterblichkeit so erheblich gesunken sei, dass eine eigenständige zugehende Fürsorge eigentlich nicht mehr nötig sei. Durch diese Debatte wurde eine grundsätzliche Auseinandersetzung um den Fortbestand der Säuglingsberatungsstellen ausgelöst.¹⁴⁴⁴

¹⁴⁴¹ Sachße/Tennstedt, *Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland*, Bd. 3: *Der Wohlfahrtsstaat im Nationalsozialismus*, S. 22. Vgl. auch die Einschätzung von Petzina/Köhler/Zeppenfeld, *Kommunale Handlungsspielräume*, S. 167f.: „Die Krise der kommunalen Finanzen wurde auf diese Weise in der Weltwirtschaftskrise zum Schwanengesang der gemeindlichen Selbstverwaltung, die freilich bereits in der Weimarer Republik durch die Verreichlichung der Finanzpolitik Einschränkungen erfahren hatte [...]. Insofern war die Aushöhlung städtischer Autonomie unter dem Vorzeichen der Kontrolle kommunaler Finanzpolitik ein zentraler Aspekt der sich beschleunigenden Umformung des Verfassungssystems von Weimar“.

¹⁴⁴² Weindling, *Hygienepolitik*, S. 44.

¹⁴⁴³ Vgl. Fritz Rott, *Der Ausgleich zwischen Fürsorgearzt und praktischem Arzt. Grundsätzliches zum Fürsorgeproblem*, in: *DMW* 53 (1927), S. 1785f., S. 1863-1865, hier S. 1785. Vgl. auch Vonessen, *Die Fürsorgearztstätigkeit und die praktizierende Ärzteschaft*, in: *Zeitschrift für Schulgesundheitspflege und soziale Hygiene* 39 (1926), S. 485-494, hier S. 486f., der die Position des Hartmannbundes referiert: „Zwischen öffentlicher Gesundheitsfürsorge und ärztlicher Behandlung des einzelnen Kranken muß eine reinliche Grenze bleiben. Die Krankenbehandlung muss aus der Tätigkeit des Fürsorgearztes ausgeschlossen bleiben, um ein reibungsloses Zusammenarbeiten zwischen diesem und den praktischen Ärzten im Interesse der Volksgesundheit zu gewährleisten.“ Vgl. zur dieser Diskussion Stöckel, *Säuglingsfürsorge*, S. 372-377; vgl. auch allgemein Eberhard Wolff, *Mehr als nur materielle Interessen: Die organisierte Ärzteschaft im Ersten Weltkrieg und in der Weimarer Republik 1914-1933*, in: Robert Jütte (Hg.), *Geschichte der deutschen Ärzteschaft. Organisierte Berufs- und Gesundheitspolitik im 19. und 20. Jahrhundert*, Köln 1997, S. 97-142.

¹⁴⁴⁴ Schließlich wurde 1926 der Sinn der Säuglingsberatungsstellen grundsätzlich angezweifelt. Vgl. die Diskussion zwischen Curt Walder, *Die Krisis der Säuglingsfürsorgestellen*, in: *Zeitschrift für Schulgesundheitspflege und soziale Hygiene*, 39 (1926), S. 494-497 und Meyer-Housselle, *Die Krisis der Säuglingsfürsorgestellen* und Wolf, *Die Krisis der Säuglingsfürsorgestellen. Eine Entgegnung*, in: *Zeitschrift für Schulgesundheitspflege und soziale Hygiene* 40 (1927), S. 28-31 und S. 70-76; Richard Roeder, *Kri-*

Darüber hinaus bestanden auch Zuständigkeitsprobleme zwischen Kommunen und Krankenkassen. Vertreter der Krankenkassen forderten unter anderem, dass in „Kreis und Stadt die Krankenkassen und in der Provinz die Landesversicherungsanstalten zu Trägern der öffentlichen Gesundheitspflege gesetzlich bestellt oder freiwillig ausgebildet werden“¹⁴⁴⁵ sollten. Dagegen konnten die Gemeinden einwenden, dass die Krankenversicherung noch längst nicht alle Bevölkerungsgruppen erfassen würde, dass deshalb eine kommunale Vorsorge unverzichtbar sei.¹⁴⁴⁶ Jedoch konnte dieser Konflikt im „Reichsgesetz über den Ausbau der Angestellten- und Invalidenversicherung und über Gesundheitsfürsorge in der Reichsversicherung vom 28. Juli 1925“ angegangen werden. Hier wurde die Gesundheitsfürsorge in der Sozialversicherung geregelt und die Zusammenarbeit zwischen den verschiedenen Trägern der Gesundheitsfürsorge geordnet. In der Folgezeit waren im öffentlichen Gesundheitswesen Reich, Staaten, Provinzialverbände, Kreise, Städte, freie Vereinigungen und Sozialversicherungsträger in sehr unterschiedlich geprägten Arbeitsgemeinschaften tätig.¹⁴⁴⁷ Gegen eine Zusammenarbeit mit den Sozialversicherungsträgern hatten die Kommunen als maßgebliche Träger der Gesundheitsfürsorge auch nichts einzuwenden, da dies ja eine erhebliche finanzielle Entlastung für die Gemeinden mit sich bringen konnte.¹⁴⁴⁸

Für die ständig beklagte „Zersplitterung des Wohlfahrtswesens“ gab es also unterschiedliche Lösungskonzepte. Für die konservativen Kritiker und die staatlich orientierten Kreisärzte bestand das Allheilmittel in Zentralisierung und Vereinheitlichung. Den meist auf kommunaler Ebene tätigen Sozialhygienikern und Fürsorgerinnen war der Ruf nach einer zentralisierten staatlichen Gesundheitsfürsorge ein beständiger Dorn im Auge. Sie

sis der Säuglings-Fürsorgestellen? In: Zeitschrift für Schulgesundheitspflege und Soziale Hygiene 40 (1927), S. 139-143; vgl. auch Stöckel, Säuglingsfürsorge, S. 372f.

¹⁴⁴⁵ Peter Krautwig, Die Organisation der Gesundheitsfürsorge, in: Handbuch der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge, hg. von Adolf Gottstein/Arthur Schlossmann/Ludwig Teleky, Bd. 1: Grundlagen und Methoden (bearb. von Eduard Dietrich u. a.), Berlin 1927, S. 439-495, hier S. 463.

¹⁴⁴⁶ Ebd.

¹⁴⁴⁷ Vgl. die Aufstellung der diversen Arbeitsgemeinschaften in der Gesundheitsfürsorge bei J. Schoppen, Der Aufbau des Gesundheitswesens in den deutschen Städten, insbesondere die städtischen Gesundheitsämter, in: Statistisches Jahrbuch Deutscher Städte 26 (1931), S. 469-497.

¹⁴⁴⁸ Krautwig, Die Organisation der Gesundheitsfürsorge, S. 463.

setzten auf selbstbestimmte Vereinheitlichung öffentlicher Gesundheitsfürsorge, etwa durch den freien Zusammenschluss in Arbeitsgemeinschaften, wie zum Beispiel in der "Kommunalen Vereinigung für Gesundheitsfürsorge im rheinisch-westfälischen Industriebezirk", ein Zusammenschluss von Ruhrgebietsstädten (gegr. 1920), die in gegenseitiger Abstimmung und Unterstützung ihre Gesundheitsfürsorge organisierten.¹⁴⁴⁹ Die Akteure im kommunalen Gesundheitswesen gestanden dem Staat zwar das Recht für eine Rahmengesetzgebung zu, wiesen aber Eingriffe in die inhaltliche Gestaltung der Fürsorge strikt zurück.

In den ersten Jahren der Weimarer Republik besaßen in diesen Auseinandersetzungen die Träger der freien Wohlfahrtspflege, deren Position durch das Reichsjugendwohlfahrtsgesetz deutlich gestärkt worden war, eine Schlüsselposition. Das Gesetz erkannte die grundsätzliche Gleichberechtigung zwischen freien und öffentlichen Trägern der Wohlfahrtspflege an und es verpflichtete die Jugendämter, „Männer und Frauen, die erfahren und geeignet zur Jugendwohlfahrt“ waren, zur Jugendfürsorge heranzuziehen. Sie sollten von „privaten Vereinigungen benannt werden, die sich ganz oder teilweise der Förderung der Wohlfahrt bzw. der Jugendbewegung widmeten“. So wurde ein großer Teil der Aufgaben der Jugendwohlfahrtsämter per Vertrag an private Wohlfahrtsorganisationen vergeben.¹⁴⁵⁰

Diese Tendenz wurde durch die 1924 erlassene Reichsfürsorgepflichtverordnung noch verstärkt. Hier wurde mit dem Subsidiaritätsprinzip der Vorrang der freien Träger vor den öffentlichen Trägern fixiert. Danach durften Einrichtungen der öffentlichen Fürsorge nur dann geschaffen werden, wenn noch keine entsprechende Organisation der freien Wohlfahrtspflege vorhanden war.¹⁴⁵¹

¹⁴⁴⁹ Martin Weyer-von Schoultz, Die Kommunale Vereinigung für Gesundheitsfürsorge im Ruhrgebiet 1919-1929. Möglichkeiten und Grenzen kommunaler Gesundheitspolitik in der Zwischenkriegszeit, in: Woelk/Vögele, Geschichte der Gesundheitspolitik, S. 83-91.

¹⁴⁵⁰ Vgl. David F. Crew, Eine Elternschaft zu Dritt - staatliche Eltern? Jugendwohlfahrt und Kontrolle der Familie in der Weimarer Republik 1919-1933, in: Alf Lüdke (Hg.), Sicherheit und Wohlfahrt: Polizei, Gesellschaft und Herrschaft im 19. und 20. Jahrhundert, Frankfurt/M. 1992, S. 267-294, hier S. 269.

¹⁴⁵¹ Sachße/Tennstedt, Geschichte der Armenfürsorge Bd. 2, S. 149-152.

Noch vor der endgültigen Verabschiedung des Gesetzes hatte die Inflation die freien Wohlfahrtsverbände allerdings erheblich geschwächt. Für sie bedeutete die Hyperinflation oftmals entweder eine Verstaatlichung oder eine „Verstadtlichung“, abhängig von ihrem Tätigkeitsraum und ihrer Größe. Als Beispiel für diese Konfliktlage kann noch einmal das Beispiel des „Vereins für Säuglingsfürsorge und Wohlfahrtspflege im Regierungsbezirk Düsseldorf“ angeführt werden. Der Verein stand ja als ein Zusammenschluss aller Kommunen und Landkreise des Regierungsbezirks und durch die Beteiligung von Vertretern der staatlichen Mittelinstanzen wie etwa dem Regierungspräsidenten an der Schnittstelle zwischen staatlicher und kommunaler Gesundheitsfürsorgepolitik. Schon vor dem Ersten Weltkrieg hatte er sein Konzept ausgeweitet und sein Aufgabenfeld Säuglingsfürsorge um TBC, Wohnungs- und Jugendfürsorge erweitert. Nach dem Krieg war eine deutliche Konzentration auf alle Bereiche der Fürsorge für ältere Kinder zu verzeichnen, wie etwa Schulgesundheitsfürsorge, Kindererholungsfürsorge, Jugendzahnpflege, Kinderhortwesen etc. Gerade die Koordination der Kommunen untereinander und die Verzahnung mit staatlichen Lenkungsbehörden sorgte dafür, dass der Regierungsbezirk Düsseldorf auch in der Weimarer Republik weiterhin als Pioniergebiet vorbeugender und zugehender Gesundheitsfürsorge galt.¹⁴⁵²

Um unter den Bedingungen der Hyperinflation, die ja in den Anfangsjahren der Republik für viele Vereine der öffentlichen und privaten Wohlfahrtspflege den Bankrott bedeutet hatte, weiter bestehen zu können, musste sich der VfS Düsseldorf allerdings eng an die staatlichen Instanzen halten. Seine Vertreter waren gezwungen, sich enger an den Regierungspräsidenten anzuschließen, da der Verein von den staatlichen Zuschüssen abhängig war, die der Regierungspräsident ihm über den preußischen Minister für Volkswohlfahrt vermittelte. Der Regierungspräsident übernahm den Hauptteil des Gehaltes der Geschäftsführerin des Vereins Dr. Gundula Kall, indem sie als Referentin für Wohlfahrtspflege bei der Regierung angestellt wurde. Ebenso wurden einer bestimmten Zahl von Angestellten Räume im Regierungsgebäude gewährt.¹⁴⁵³ Somit wurde die halbstaatliche Organisation

¹⁴⁵² Vgl. dazu ausführlich Kap. 3 der vorliegenden Arbeit.

¹⁴⁵³ GStA PK, I. HA Rep. 76 Kultusministerium (M), Rep. 76, VIII B, Nr. 4702, Bd.1.

des Vereins auch durch die Örtlichkeiten öffentlich deutlich. Diese Maßnahmen, die in die Zeit der Auseinandersetzungen um die Erzbergersche Reichsfinanzreform fallen, führten wiederum zur erheblichen Gegenwehr der Städte. Die enge Anbindung an die staatliche Instanz kostete den Verein sehr viel Unterstützung bei den Städten. Zunehmend unwillige Stadtverwaltungen setzten den Verein nun ihrerseits stärker unter Druck. Durch die Zurückhaltung ihrer Mitgliedsbeiträge versuchten sie die Vereinsarbeit zu beeinflussen.¹⁴⁵⁴ Das Spannungsverhältnis zwischen staatlicher Instanz und städtischer Selbstverwaltung blieb also während der gesamten Existenz des Vereins akut.

Somit führte die Inflation zu einer Polarisierung der Vereine zwischen staatlicher und städtischer Seite. Dadurch verstärkten sich auch auf Seiten der freien Verbände die Grabenkämpfe zwischen städtischen und staatlichen Fürsorgekompetenzen. Dabei bestand aber zwischen den freien Wohlfahrtsverbänden und dem Reich bei diesen Auseinandersetzungen eine gewisse Interessenidentität. Bei beiden stand die Furcht vor den vermeintlichen Sozialisierungs- und Säkularisierungstendenzen kommunaler Sozialpolitik im Vordergrund und führte auf Seiten der freien Wohlfahrtsverbände zu einer oftmals beschriebenen „Vertristung“.¹⁴⁵⁵ Ohne eine größere finanzielle Verantwortung übernehmen zu müssen, konnte das Reich durch die Stärkung der freien Verbände die Einflussmöglichkeiten der kommunalen Gesundheitsfürsorge beschneiden.

Auf der Ebene der Adressaten der Kinder- und Jugendfürsorge lag ein weiteres Konfliktpotential in der Übernahme ehemals wohlfahrtspolizeilicher Aufgaben durch das Jugend- oder Gesundheitsamt. Es gehörte zum Selbstverständnis dieser sozialen Gesundheitsfürsorge, dass die ehemals polizeilichen Schutzaufgaben, wie etwa die Aufsicht über uneheliche Kinder, durch sozial geschulte Fürsorgerinnen durchgeführt wurde.¹⁴⁵⁶ Trotz-

¹⁴⁵⁴ StA Mönchengladbach Nr. 1c 2594: Auszug über die Sitzung des Vorstandes des Rheinischen Städtetages am 12. Januar 1929 im Rathaus in Düren. Die Städtevertreter konnten erreichen, dass statt der bisherigen zehn Stimmen (fünf pro Land und fünf pro Stadtkreise) im Verwaltungsrat des Vereines nun alle Stadt- und Landkreise jeweils eine Stimme hatten. Damit wurde das Gewicht der kommunalen Vertretungen erheblich gestärkt.

¹⁴⁵⁵ Vgl. dazu Jochen-Christoph Kaiser, Freie Wohlfahrtsverbände im Kaiserreich und in der Weimarer Republik. Ein Überblick, in: Westfälische Forschungen 43 (1993), S. 26-57, hier S. 28 und Sachße/Tennstedt, Geschichte der Armenfürsorge Bd. 2, S. 172.

¹⁴⁵⁶ Vgl. auch Ralf Jessen, Polizei, Wohlfahrt und die Anfänge des modernen Sozialstaates in Preußen während des Kaiserreiches, in: GuG 20 (1994), S. 157-180, hier S. 168.

dem wirkte die Übernahme dieser Aufgabenbereiche gerade im Bereich der Jugendfürsorge sehr negativ auf die Sozialfürsorge zurück, zumal die staatliche Kontrolle gerade im Bereich der Kinder- und Jugendschutzaufsicht im ersten Drittel des Jahrhunderts erheblich ausgeweitet wurde.¹⁴⁵⁷ Die Furcht der unehelichen Mütter vor den staatlich-kontrollierenden Ansätzen der Fürsorgerinnen führte dazu, dass sie auch die auf freiwilliger Basis gewährten fürsorgerischen Angebote ungern annahmen. Aus Angst, auf sich aufmerksam zu machen, gingen sie bei Problemen häufig nicht freiwillig zur Beratungsstelle.¹⁴⁵⁸ In der Jugendgesundheitsfürsorge zeigte sich das sogar im eigentlich sehr gut akzeptierten Bereich der Schulgesundheitsfürsorge. Wenn sich bei der Untersuchung durch den Schularzt zeigte, dass ein Kind unterernährt war oder erhebliche gesundheitliche Schäden aufwies, konnte der Schularzt eine Fürsorgerin anweisen, die die Eltern zu Hause besuchte, um zu prüfen, ob die Mutter die ärztlichen Ratschläge auch befolgte. Dies konnte - obwohl in vielen Städten die Akzeptanz der Schulgesundheitsfürsorge durchaus hoch war, zu einem Mißtrauen der Eltern führen, das sich in Verweigerungshaltung ausdrückte. So beklagten sich Schulärzte, dass in einigen Klassen am Tag der vorher angekündigten Schuluntersuchung nur ein Drittel der Schüler anwesend war.¹⁴⁵⁹ Für die Akzeptanz der Kinder- und Jugendfürsorge innerhalb der Bevölkerung blieb die Zwischenposition zwischen den Aufgaben der staatlichen Kontrolle und der vorbeugenden Gesundheitsfürsorge allerdings ein Dilemma. Insofern blieb die Ambivalenz zwischen vorbeugender Fürsorge und wohlfahrtspolizeilichen Aufgaben grundsätzlich bestehen.

Die Aufzählung all dieser Konfliktfelder sollte aber nicht darüber hinwegtäuschen, dass in den zwanziger Jahren ein umfassender Ausbau der Mütter-, Kinder- und Jugendfürsorge statt. Diese Entwicklung lässt sich hervorragend an der Düsseldorfer Ausstellung für Gesundheitspflege, soziale Fürsorge und Leibesübungen (GeSoLei) von 1926 nachvollziehen. In der Abteilung soziale Fürsorge wurde die Säuglings-, Kinder- und Jugendfürsorge als

¹⁴⁵⁷ So wurden zunächst die Polizeiordnungen in vielen Bezirken erheblich verschärft, aber auch im Reichsjugendwohlfahrtsgesetz war die Aufsicht über alle unehelichen Kinder grundsätzlich durch die Amtsvormundschaft an die öffentlichen Stellen (Jugendämter) übertragen worden. Vgl. K. Vossen, Das Jugendwohlfahrtsrecht, Düsseldorf 1932.

¹⁴⁵⁸ Fehleemann/Vögele, Frauen in der Gesundheitsfürsorge, S. 36.

¹⁴⁵⁹ Vgl. dazu ausführlich Crew, Germans on Welfare, S. 280.

Kernthema dargestellt. So wurde die Fürsorge für die verschiedenen Entwicklungsstufen des Kindes unterteilt, so dass über die Schwangeren-, Säuglings- und Kleinkinder-, Schulgesundheits- und Schulentlassenenfürsorge die gefährdeten Kinder in allen Entwicklungsstufen fürsorgend begleitet wurden. Diese altersabgestufte Fürsorge wurde dann aber noch mit zahlreichen Sonderfürsorgebereichen angereichert, wie etwa die Kindererholungsfürsorge oder die Schulzahnpflege.¹⁴⁶⁰ Im Gegensatz zur Kinder- und Jugendfürsorge wurde allerdings die kommunale Wöchnerinnenfürsorge mehr und mehr zurückgefahren. Da immer mehr Wöchnerinnen durch die Krankenversicherung abgesichert waren, verlor die kommunale und karitative Wochenfürsorge an Bedeutung. Wie oben erwähnt, wurde dieser Fürsorgezweig aber auch von den Kommunen selbst vernachlässigt.

Für die inhaltliche Ausgestaltung der Gesundheitsfürsorge wurde das Konzept der Familienfürsorge favorisiert, das die verschiedenen Zweige der Gesundheitsfürsorge in der Tätigkeit einer Familienfürsorgerin zusammenfassen sollte. Hierbei handelte es sich allerdings – ähnlich wie in den 1890er Jahren beim Elberfelder System – um eine Bezeichnung, die eine Einheitlichkeit von Maßnahmen vorgab, die realiter überhaupt nicht existierte.¹⁴⁶¹ Das Konzept der Familienfürsorge hatte eigentlich mehr appellativen Charakter als eine theoretisch ausgearbeitete und fundierte Basis. Mit diesem System sollte die verschiedenen Zweige und Organisationsformen der Fürsorge in eine einheitlichere Form gebracht und gleichzeitig das Problem gelöst werden, wie ehrenamtliche Helferinnen in eine Verwaltungsorganisation zu integrieren seien. Die Familienfürsorge speiste sich aus unterschiedlichen Wurzeln. Sie hatte ihre Vorbilder in den Modellen der Wohnungsfürsorge des Kreises Worms, der Organisation der Gesundheitsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf und des Aufbaus der Schulkinderfürsorge des Jugendheims Charlottenburg.¹⁴⁶² Die Familienfürsorge war sowohl in Worms als auch im Regierungsbezirk Düsseldorf kreisweise organisiert. Die ausführenden Organe waren die Kreisfürsorgerinnen, die vorwiegend von den ländlichen Wohlfahrtsämtern angestellt wurden. Da sich auf der ländli-

¹⁴⁶⁰ Fehleemann/Woelk, Der „Wiedergesundungsprozess des deutschen Menschen“, S. 190.

¹⁴⁶¹ Sachße/Tennstedt, Geschichte der Armenfürsorge, Bd. 2, S. 198.

¹⁴⁶² Ebd.

chen Ebene noch nicht so viele Spezialfürsorgezweige angesiedelt hatten, konnte hier die Familienfürsorge direkt als Universalfürsorge eingeführt werden.

In den Städten ging es vielmehr darum, die schon bestehenden Fürsorgezweige, wie etwa TBC-Fürsorge, Schulkinderfürsorge etc., durch die Familienfürsorge zusammenzufassen. So verfügte Düsseldorf über ein besonders breit gefächertes Wohlfahrtsamt.¹⁴⁶³ Hier existierten Familienfürsorge und Gesundheitsfürsorge nebeneinander. Die Familienfürsorgerinnen arbeiteten aber unter anderem bei der beim Gesundheitsamt angesiedelten Mütter- und Säuglingsfürsorge und bei der TBC-, Krüppel- und Schulkinderfürsorge mit.¹⁴⁶⁴ Allerdings wurde das Konzept der Familienfürsorge keineswegs von allen Seiten umfassend unterstützt. Von Teilen der Ärzteschaft wurde eine zu weitgehende Einführung der Familienfürsorge mit Misstrauen gesehen, da in der Familienfürsorge die Stellung der Fürsorgerin in Relation zu der des Arztes erheblich aufgewertet wurde.¹⁴⁶⁵

Detlev Peukert hat für die Ausgestaltung der Sozialpolitik in der Weimarer Republik das Diktum vom „sozialtechnischen Machbarkeitwahn“ eingeführt, dessen Vertreter die Vorstellung gehabt hätten, dass durch rationales „social engineering“ alle sozialen Probleme gelöst werden könnten.

”In den Leitbildern der modernen Sozialingenieure, gleich ob sie als Jugendfürsorger, als Sozialhygieniker oder als Städtebauer arbeiteten, schwang der Traum von einer endgültigen Lösung der sozialen Frage mit. So wie der Fortschritt der Medizin den Bakterien den Garaus gemacht hatte, könnte die Vereinigung von Wissenschaften und Sozialtechnikern in öffentlichen Interventionen alle noch bestehenden sozialen Probleme beseitigen.”¹⁴⁶⁶

Gerade in der Ausdifferenzierung der Kinder- und Jugendfürsorge für alle Altersstufen wird diese Vorstellung von der Regelbarkeit aller sozialen Verhältnisse greifbar. Dabei wurde das Problem der Rezeption der sozialpolitischen Maßnahmen in der Öffentlichkeit evident. Der Widerspruch zwischen den in der Verfassung und dann auch in der Reichsgesetzgebung versprochenen wohlfahrtspolitischen Leistungen und ihrer zunehmend

¹⁴⁶³ Cordemann, *Wie es wirklich gewesen ist*, S. 166-174.

¹⁴⁶⁴ Vgl. das Organigramm bei Sachße/Tennstedt, *Geschichte der Armenfürsorge*, Bd. 2, S. 191.

¹⁴⁶⁵ Vgl. zur Diskussion zwischen den Kompetenzen der Fürsorgerinnen und des Arztes: Schabel, *Soziale Hygiene*, S. 75.

¹⁴⁶⁶ Peukert, *Die Weimarer Republik*, hier S. 138.

schwindenden Finanzierbarkeit wurde in der Öffentlichkeit als uneingelöstes politisches Versprechen wahrgenommen.¹⁴⁶⁷

Dabei hat es umfassende Lösungen zur organisatorischen und inhaltlichen Gestaltung der Gesundheitsfürsorge aus den Reihen der kommunal orientierten Sozialhygieniker gegeben, mit denen sie dem Vorwurf der Zersplitterung effektiv zu begegnen suchten. Die Gesundheitsfürsorge Weimarer Prägung war bis 1926 sehr innovativ und hatte einen umfassenden Anspruch. Da aber auch die Jahre der "relativen Stabilisierung" durch die Erfahrungen der Hyperinflation und beschränkter wirtschaftlicher Möglichkeiten geprägt waren, blieben die Formen der Fürsorge fragmentiert. Die durchaus vorhandene Bereitschaft zur Zusammenarbeit war fragil. Zudem konnte der Anspruch der allumfassenden Fürsorge für alle Lebenslagen nicht umgesetzt werden. Die Reformer sind hier wegen ihren eigenen zu hoch gesetzten Ansprüchen, aber auch aufgrund der politischen und wirtschaftlichen Gegebenheiten zu schnell an ihre Grenzen geraten. Die massiven gesellschaftlichen Gegensätze - niedergelassene vs. Fürsorgeärzte, Stadt vs. Staat, Polizei vs. Wohlfahrt, um nur die wichtigsten zu nennen - konnten in diesem sozialpolitischen Teilbereich kaum überwunden werden.

Die Weltwirtschaftskrise machte den zaghaften Versuchen, das fragmentierte System auszugleichen schließlich vollends den Garaus. Nun favorisierte man die „sparsameren“ rassenhygienischen Maßnahmen und die staatliche Zentralisierung bzw. Vereinheitlichung der öffentlichen Gesundheit.¹⁴⁶⁸

¹⁴⁶⁷ Ebd. S. 137.

¹⁴⁶⁸ Vgl. für die Entwicklung des öffentlichen Gesundheitswesens in der Weltwirtschaftskrise ausführlich: Labisch/Tennstedt, Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens, Bd.1, S. 84-116; Julia Paulus, Kommunale Wohlfahrtspolitik in Leipzig 1930 bis 1945. Autoritäres Krisenmanagement zwischen Selbstbehauptung und Vereinnahmung, Köln 1998.

7. Schluss

Armut brachte für Mütter und Säuglinge erhebliche Gesundheitsrisiken mit sich: Unzureichende Wohnverhältnisse, Mangelernährung, fehlende medizinische Versorgung gingen mit sozialer Not einher und stellten eine gesundheitliche Bedrohung für Mütter und Säuglinge dar. Gerade unbemittelte Mütter litten unter den gesundheitlichen Folgen mangelhafter Geburts- und Wochenbettbetreuung, ebenso war die Säuglingssterblichkeit in bedürftigen Familien besonders hoch. Die Untersuchung hat sich der Frage gewidmet, wie das „Armutrisiko Mutterschaft“ als gesundheitliches Problem gesellschaftlich wahrgenommen wurde und welche Bewältigungsstrategien sich entwickelten.

Die "Notlage der Wöchnerinnen" ist als Teil der „socialen Frage“ erst wahrgenommen worden, als zentrale sozialpolitische Weichen schon gestellt waren. Anfang der 1890er Jahre, als die Diskussion um die „Notlage der Wöchnerinnen“ einen vorläufigen Höhepunkt erlebte, war die Struktur der Sozialversicherung nach dem Ernährerprinzip schon festgelegt.

Diese Entwicklung führte dazu, dass die Behandlung des Armuts- und Gesundheitsrisikos Mutterschaft weitgehend der Fürsorge anheim fiel, die sowohl aus öffentlichen als auch aus privaten Ressourcen schöpfte. Solange die Gesundheit der Mütter im Vordergrund stand, wurden in der öffentlichen Diskussion vorwiegend Maßnahmen der privaten Fürsorge gefordert. Die Versorgung notleidender Wöchnerinnen wurde als ein ideales Tätigkeitsgebiet weiblicher Wohltätigkeitsvereine gesehen. Vor allem seit Anfang der 1890er Jahre entwickelten die Trägerinnen privater Wohltätigkeitsvereine auch umfangreiche Lösungsansätze: Wöchnerinnen- und Hauspflege, die Errichtung von Wöchnerinnenheimen und die Einrichtung von Krippen für Kinder von Arbeiterinnen waren Maßnahmen, die die Notlage bedürftiger Mütter abmildern sollten. Wenn die Ansätze auch durchaus beeindruckend in ihrer Flexibilität und Heterogenität waren, stellten sie doch – anders als Versicherungsleistungen – völlig unsystematische Absicherungsstrategien ohne rechtliche Grundlage dar.

Nach der Jahrhundertwende konnte das Thema unter neuen Perspektiven erhebliche öffentliche Aufmerksamkeit erringen. Nun wurde die Wöchnerinnenfrage mit der Säuglingssterblichkeit verknüpft. Geburtenrückgang, der gesunde „Volkskörper“, Aufrüstungspoli-

tik und die Frage nach der Rolle der Frauen bzw. der Familie in der industriellen Moderne waren Inhalte der Diskurse, in denen das Thema Säuglingssterblichkeit eine zentrale Rolle spielte. An der Schnittstelle mehrerer bedeutsamer Diskurse konnte sich die Fürsorge für Säuglinge zu einer Sammlungsbewegung entwickeln, die wichtige Gruppen der Gesellschaft bündeln konnte. Regierungsbeamte, Vertreter der Ärzteschaft, kommunale Behörden und Vertreterinnen der bürgerlichen Frauenbewegung konnten hier gesellschaftspolitische Ziele und materielle Interessen bündeln.

Das Engagement des Kaiserpaares, das die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit als nationale Aufgabe ansah, trug erheblich dazu bei, dass Säuglingsfürsorge als öffentliches und nationales Ziel verfolgt wurde. Mit den Plänen zur Erbauung des Kaiserin-Auguste-Victoria-Hauses (KAVH) sollten alle Reichsgebiete dazu animiert werden, diese Einrichtung zu unterstützen. Diese Institution war ein ehrgeiziges, völlig überteuertes Prestigeobjekt, dessen Finanzierung nie wirklich gesichert werden konnte. Der Reichstag bewilligte keine regelmäßige ausreichende Finanzierung und über den kaiserlichen Dispositionsfonds mussten die Fehlbeträge wieder ausgeglichen werden. Über die Gründung von Landesvereinigungen für Säuglingsschutz sollten die jeweiligen regionalen Eliten dazu gebracht werden, Spenden für das KAVH zu sammeln. Die Landesvereinigungen hatten auf der Ebene der Bundesstaaten aber wenig Einfluss. In Preußen (im rheinisch-westfälischen Industriegebiet) gründeten sich vorwiegend neue, auf regionaler Ebene operierende Vereine, die die Landesvereinigungen eher als Konkurrenz denn als übergeordnete zentrale Organisationen sahen. Die in ihnen versammelten Städtevertreter und Honoratioren nahmen zwar den Gedanken des Projekts auf, waren aber keinesfalls bereit, Gelder nach Berlin zu transferieren.

In Baden trafen die Berliner Pläne auf die gut ausgebauten Strukturen des Badischen Frauenvereins, dessen Vertreterinnen ebenfalls nur wenig Interesse daran zeigten, Gelder nach Berlin zu leiten. In Sachsen konnte man bis zum Ersten Weltkrieg noch nicht einmal die Gründung einer Landeszentrale durchsetzen. Insofern scheiterte die nationale Kampagne an den regionalen Eliten, die einer Zentralisation der Bewegung unverhohlen misstrauisch gegenüberstanden. Kontraproduktiv für die Zentralisation war auch die Konkurrenz der Sädte untereinander, die allerdings den Ausbau der jeweiligen lokalen Maßnahmen durchaus beschleunigen konnte.

Die Pläne der Reichsregierung schlugen also in dieser Form vollkommen fehl. Einzelne Regionen erkannten zwar die Säuglingsfürsorge als Aufgabe von nationaler Bedeutung an, schufen aber lieber Einrichtungen in ihrer eigenen Region. Auf der regionalen und lokalen Ebene kann besonders das Engagement der staatlichen Verwaltungsbeamten, der Ärzteschaft und der weiblichen Wohltätigkeitsvereine hervorgehoben werden. Die Kommunalverwaltungen nahmen in diesem Prozess eine moderierende Funktion ein, ihr direktes Engagement war zunächst eher marginal. Mit einer Ausnahme: Die Versorgung der Säuglinge mit sauberer Milch hatten die Städte schon seit dem ausgehenden 19. Jahrhundert als Teil ihrer kommunalen Aufgaben verstanden, und sie trieben die Gründungen kommunaler Milchküchen zunächst voran. Diese Milchküchen fanden allerdings bei den Müttern nur wenig Resonanz und wurden auch in Fachkreisen zunehmend als stillunfreundlich kritisiert. Deshalb gingen die Gründungen kommunaler Säuglingsküchen auch schon bald nach der Jahrhundertwende wieder zurück.

Die Wöchnerinnenfürsorge konnte von der gestiegenen Bedeutung der Säuglingsfürsorge erheblich profitieren, doch blieb sie im Untersuchungszeitraum immer der Teil der Bewegung, der am ehesten den weiblichen Wohltätigkeitsvereinen übertragen wurde. Die Wöchnerinnenheime, die fast überwiegend in privater Trägerschaft errichtet wurden, erhielten im günstigsten Fall einen – häufig sehr geringen – städtischen Beitrag. Dieser wurde in einigen Fällen auch nur unter der Bedingung gezahlt, dass die Heime ihre Klientel um unverheiratete Mütter erweiterten, um die städtische Armenfürsorge zu entlasten.

Es gab aber auch Städte, in denen vor allem die kommunalen Politiker den Ausbau der Mütter- und Säuglingsfürsorge initiierten bzw. vorantrieben. Beispiele waren hier vor allem die beiden sächsischen Städte, die zum einen über eine sehr gute organisatorische Infrastruktur verfügten, aber auch über zwei aussergewöhnliche Protagonisten der Fürsorgebewegung, die in der jeweiligen Stadt zahlreiche Projekte vorantrieben. In Leipzig war das Max Taube, der das städtische Ziehkinderwesen so erfolgreich reorganisierte, dass sein System von zahlreichen deutschen Städten übernommen worden ist und auch als Grundlage des Reichsjugendwohlfahrtsgesetzes von 1922/24 diente. In Dresden hatte der einflussreiche Pädiater Arthur Schloßmann ein „Säuglingsheim“ gegründet, das von der Stadt un-

terhalten wurde. Er konnte den Betrieb so gestalten, dass die Sterblichkeitszahlen im zeitgenössischen Vergleich erheblich niedriger als in anderen Heimen waren.¹⁴⁶⁹

Er galt in den folgenden Jahrzehnten als einer der führenden Vertreter der Säuglingsheilkunde. Aufgrund der intensiven Tätigkeit der beiden großen Städte bei gleichzeitiger Zurückhaltung der staatlichen Behörden war die Säuglingsfürsorge in Sachsen im Kaiserreich höchst uneinheitlich ausgestaltet.

Eine weitere Sonderstellung nahm Freiburg ein: Hier konnte die Ärzteschaft durch die Struktur der Bevölkerung und durch Universität und Lehrkrankenhäuser einen überproportional starken Einfluss auf die städtische Politik ausüben. Da man auf der Höhe der zeitgenössischen medizinischen Forschung städtische Politik gestalten konnte, verteilte Freiburg als eine der ersten deutschen Städte Stillprämien. Die Brusternährung galt schließlich seit der Jahrhundertwende unter den fortschrittlicheren Pädiatern als die wirksamste Maßnahme gegen Säuglingssterblichkeit.

Dagegen basierte in den übrigen untersuchten Städten die Ausgestaltung der Fürsorge fast ausschließlich auf der Arbeit der – zumeist weiblichen – Wohltätigkeitsvereine verschiedenster Couleur oder einzelner Ärzte, die oftmals mit nur geringer finanzieller Unterstützung von Seiten der Städte arbeiten mussten. Der Aufbau der Säuglingsfürsorge fand zwar in den Kommunen statt, die Kommunalverwaltungen bzw. Kommunalpolitiker selbst waren aber nicht die entscheidenden Motoren.

Das wachsende öffentliche Interesse an der Säuglingsfürsorge unterstützten und nutzten zahlreiche Interessengruppen wie etwa die (Kinder-) Ärzteschaft und bürgerliche Frauenvereine. Sie konnten hier berufliche, politische und materielle Interessen verwirklichen. Die Kinderärzte befanden sich in einem komplizierten Abgrenzungsprozess zwischen innerer Medizin auf der einen und der Gynäkologie/Geburtshilfe auf der anderen Seite. Die Behandlung der Säuglinge wurde sowohl von den Internisten als auch von den Geburtshelfern als eher uninteressant beurteilt. Hier bot sich für die Pädiater eine Nische, in der sie

¹⁴⁶⁹ Die Sterblichkeitsrate der kranken Säuglinge im Heim konnte unter der Leitung von Schloßmann von 42 Prozent im Jahr 1898/99 bis 23 Prozent im Jahr 1904 gesenkt werden. Arthur Schloßmann, Ueber die Fürsorge für kranke Säuglinge unter besonderer Berücksichtigung des neuen Dresdner Säuglingsheimes, in: Archiv für Kinderheilkunde 43 (1906), S. 1-94, hier S. 88.

weitgehend ohne Konkurrenzdruck ihr Fach etablieren konnten. Da die öffentlichen Stellen nach der Jahrhundertwende zunehmend Interesse an der hohen Säuglingssterblichkeit zeigten, konnte die Kinderärzteschaft dies zum Aufbau zahlreicher kinderheilkundlicher Lehrstühle an den Universitäten nutzen. In Kooperation mit Vertreterinnen der bürgerlichen Frauenbewegung konnten sie sich außerdem medizinisches und fürsorgerisches Assistenzpersonal verschaffen.

Die bürgerliche Frauenbewegung fand mit ihrem Engagement für soziale Arbeit als Ausbildungsberuf ein Verbindungsglied zwischen ihren politischen Forderungen nach öffentlich sichtbarer Arbeit, kommunalem und allgemeinem Wahlrecht und dem zeitgenössischen bürgerlichen Frauenbild. Fürsorge war für sie das ideale Einfallstor, um öffentlich und politisch wirksam zu werden. Soziale Arbeit war nicht zuletzt ein Ersatz für sozialpolitische, d. h. parteipolitische Arbeit, die den Frauen offiziell bis 1908 und in einigen Parteien bis zum Ersten Weltkrieg verwehrt blieb. Zudem akzeptierten auch bürgerliche Männer bis zu einem gewissen Grad die Beteiligung von Frauen an sozialen Aufgaben. Diese Sozialreformerinnen hatten erhebliches Interesse an der Kooperation mit den Kinderärzten, da sie die sozialhygienische und pädiatrische Komponente nutzen konnten, um gehobene Fürsorgerinnenberufe zu schaffen.

Die bürgerlichen „Frauenrechtlerinnen“ wollten sich Berufe auf dem Fürsorgesektor sichern, das sozialpolitische Interesse an einer Lösung des Problems stand dahinter zurück. Obwohl einige Sozialreformerinnen mit dem Vorschlag einer umfassenden Mutterschaftsversicherung auf strukturelle Änderungen zielten, kamen die Vorschläge in gewisser Weise zu spät. In den 1880er Jahren, in der Phase, in der die Weichen der sozialstaatlichen Absicherung gestellt wurden, war die Frauenbewegung durch die Vereinsgesetzgebung politisch und organisatorisch sehr geschwächt.

Die Motive der Vertreterinnen der wohltätigen Frauenvereine lagen dagegen weniger auf berufspolitischem und ökonomischem Gebiet, sondern zielten vielmehr auf Herrschaftssicherung der regierenden Eliten. Ihr Einfluss war vor allem vom Stand ihrer Väter und Ehemänner abgeleitet. Sie zielten darauf, diese schichtenspezifische Herrschaft zu repräsentieren und eine spezifisch weibliche Form der nationalen bzw. lokalen Identität herzustellen. Durch die finanzkräftige Ausstattung der Vereine, das Einbringen ihrer unentgeltlichen Organisations- und Arbeitskraft und mit ihren guten Verbindungen zu den

herrschenden Kreisen konnten sie erheblichen Einfluss innerhalb der Fürsorge erringen. Die Ärzte wünschten sich ausgebildetes Assistenzpersonal, konnten aber weder auf das Geld noch auf die Arbeitskraft der wohlthätigen „Damen“ völlig verzichten.

Die Hebammen, die als Beraterinnen der Mütter in den ersten Lebenswochen des Säuglings eigentlich die geeigneten Säuglingsfürsorgerinnen gewesen wären, konnten den Aufschwung der Bewegung nach der Jahrhundertwende so gut wie überhaupt nicht für sich nutzen. Sie hatten nur wenige Möglichkeiten, Interessenkoalitionen einzugehen. Die einzige Gruppe, die sich in begrenztem Maße für die Belange der Hebammen einsetzten, waren die Geburtshelfer und Gynäkologen. Sie sahen in der Beteiligung von Hebammen an der Säuglingsfürsorge einen Garant für den eigenen Einfluss. Jedoch fehlte den Geburtshelfern seit dem Ende des 19. Jahrhunderts die öffentliche Protektion.

Dies wurde auch bei den praktischen Fürsorgemaßnahmen deutlich. Die allgemeine Verunsicherung über die Rolle der Mütter in der industriellen Erwerbsgesellschaft und der damit verbundene Mütterlichkeitsdiskurs trugen erheblich dazu bei, dass die Fürsorge fast ausschließlich auf die Erziehung der Mütter ausgerichtet war. „Wahre Mütterlichkeit“ und „rationelle Säuglingspflege“ waren die Schlüsselbegriffe, die die Diskussion bestimmten. Dagegen wurden die sozialen Verhältnisse, die zumeist notwendige Erwerbsarbeit der Mütter in den Anweisungen zur praktischen Fürsorge, kaum thematisiert. Ganz im Gegenteil, durch umfangreiche Anweisungen zur hygienischen Haushalts- und Kinderpflege wurden Arbeitsbelastungen der Mütter noch vervielfacht. Die „befürsorgten“ Mütter selbst konnten jedoch durch das Ignorieren der reinen Belehrungs- und Beratungsangebote in begrenztem Maße Einfluss darauf nehmen, dass die Fürsorgestellten materielle Hilfen in Form von „Stillprämien“ auszahlten. Die Mütter kamen in den meisten Orten nur in die Beratungsstellen, wenn diese Gelder ausgezahlt wurden. Das Ziel der Reformer, dadurch mehr Mütter zum Stillen zu animieren, konnte allerdings nicht verwirklicht werden. Die Mütter nahmen die Stillprämien, wenn sie ihre Säuglinge sowieso stillten, für ein paar Mark wöchentlich auf die Erwerbsarbeit zu verzichten, konnten sich die betroffenen Familien vermutlich nicht leisten.

Insgesamt zeichneten sich die praktischen Maßnahmen durch eine beachtliche Ignoranz der Lebensverhältnisse der unterbürgerlichen Schichten aus. In anderen Ländern durchaus bestehende Konzepte, die versuchten, die Arbeiterinnen an ihrer Arbeitsstätte zu erreichen,

konnten sich in Deutschland nur in ganz geringem Maße durchsetzen. Wenn sie existierten, richteten sie sich eher auf die Familien der männlichen Arbeiter als auf die Arbeiterinnen selbst. Ähnlich wie neuere Forschungen für den Arbeits- und Mutterschutz belegen, zielten die Maßnahmen der Mütter- und Säuglingsfürsorge eher darauf, Frauen aus der Erwerbsarbeit auszuschließen, als Mutterschaft und außerhäusige Arbeit zu erleichtern. Weibliche Fabrikarbeit wurde als eine „unnormale“ Tätigkeit, als ein „bedauernswertes Übergangsphänomen“ dargestellt. In dieser Perspektive können die praktischen Maßnahmen der Mütter- und Säuglingsfürsorge als Teil einer Normalisierungsstrategie interpretiert werden, die mit medizinischen Argumenten durchgesetzt wurde. Hier wurde das Normalitätsprofil „Mutter“ vor Ort angepasst. Auch die Beteiligung von bürgerlichen Frauen an der Fürsorge, die von einer besonderen weiblichen Kompetenz in Fragen der Haushaltsführung und der Kinderpflege ausgingen, verstärkten die Arbeitsbelastung der Arbeiterinnen und änderten so kaum etwas an der enormen Mehrfachbelastung. In der Praxis fungierten die Fürsorgerinnen – soweit es sich aus den Quellen verallgemeinern lässt – allerdings durchaus als Vermittlerinnen zwischen dem eher bürokratischen Ansatz der Fürsorgeärzte in den Beratungsstellen und der persönlichen Beratung der Arbeiterfrauen. Doch auch wenn sie einen differenzierteren Blick auf die Arbeiterfrauen hatten, die schichtenspezifischen Barrieren konnten sie kaum durchbrechen. Die Sozialreformerinnen versuchten auf sozialpolitischer Ebene durchaus, die Situation der Arbeiterinnen zu verbessern, konnten aber bis zum Ersten Weltkrieg die Situation nur wenig verändern, zumal sie keinen Zugang zu politischen Ämtern hatten. Der Erste Weltkrieg brachte der Mütter- und Säuglingsfürsorge einen erheblichen Schub, wenngleich die Motivation eher bevölkerungspolitischer als sozialpolitischer Natur war. In den ersten Jahren der Weimarer Republik wurde dagegen der Blick stärker auf die „Qualität“ der nachwachsenden Generation gelegt als auf die „Quantität“. Die Sozialhygieniker, die im Weimarer Staat erheblichen öffentlichen Einfluss erlangen konnten, versuchten nun, die sozialen Verhältnisse umfassend und nachhaltig zu verbessern. Alle sozialen Probleme des Kindheits- und Jugendalters schienen „heilbar“. Diesen hohen Anspruch, dokumentiert auf der GeSoLei 1926 in Düsseldorf, konnte die Gesundheitsfürsorge nicht einlösen. Das Bild von der Regelbarkeit der sozialen Verhältnisse blieb zunächst erhalten, erhielt unter anderen wissenschaftlichen und politischen Vorzeichen jedoch ein völlig anderes Gesicht.

Frappierend aktuell scheint die sozial- und gesundheitspolitische Traditionslinie der Interessenpolitik, die sich keinesfalls allein auf die Ärzteschaft beschränken lässt, sondern die gesamte Bewegung umfasste. Kaum eine der beteiligten Gruppen war bereit, sich die Bedürfnisse und Lebensrealitäten der Zielgruppen tatsächlich anzuschauen. Nur wenn sich deren Interessen mehr oder wenig zufällig mit denen der Handlungsträger deckten, konnten angemessene Maßnahmen entstehen. Die Aufteilung der Mütter- und Säuglingsfürsorge auf unterschiedliche Partikularinteressen hat die missglückte Inklusion von Müttern in den Sozialstaat nicht ausgleichen können. Man beließ die Mütter in ihrer unklaren Stellung. Die Teilnahme am Erwerbsleben, um das eigenständige Ernähren ihrer Kinder zu ermöglichen, wurde kaum erleichtert. Auf der anderen Seite konnten sie sich aber auch nicht anderweitig ausreichend finanziell absichern, um sich der Erziehung ihrer Kinder zu widmen, so wie es in den Vorschlägen einer Mutterschaftsversicherung konzipiert war. Die Exklusion in der Inklusion blieb bestehen. Die rechtlichen Ausgangsbedingungen verbesserten sich für Frauen im 20. Jahrhundert erheblich, sie wurden den männlichen Bürgern gleichberechtigt. Die „strukturelle Rücksichtslosigkeit“ (Franz-Xaver Kaufmann) der Gesellschaft gegenüber Müttern konnte jedoch bis heute nicht aufgehoben werden.

8. Literaturverzeichnis

8.1 Archivalia

Geheimes Staatsarchiv Preußischer Kulturbesitz, Berlin Dahlem (GStA PK)

Kultusministerium:

GStA PK, I. HA Rep. 76 VIII B, Nr. 1671 Bd. 1 Einrichtung von Wöchnerinnenhäusern

GStA PK, I. HA Rep. 76 VIII B, Nr. 1672 Bd. 2 Einrichtung von Wöchnerinnenhäusern

GStA PK, I. HA Rep. 76 VIII B, Nr. 1673 Bd. 3 Einrichtung von Wöchnerinnenhäusern

GStA PK, I. HA Rep. 76 VIII B, Nr. 2033 Betr. die Einrichtung von Wohlfahrtsämtern, Fürsorgestellen, Wohlfahrtsschulen, Frauenschulen und dergl. für die Einführung von Fürsorgerinnen

GStA PK, I. HA Rep. 76 VIII B, Nr. 2761 Bd. 1 Sorge um die Erhaltung der Neugeborenen, März 1878 – April 1904

GStA PK, I. HA Rep. 76, VIII B, Nr. 2762, Die Sorge um die Erhaltung der Neugeborenen (auch Säuglingsheime pp.) Bd. 2, Mai 1904 - Juni 1905

GStA PK, I. HA Rep. 76, VIII B, Nr. 2763 Die Sorge um die Erhaltung der Neugeborenen (auch Säuglingsheime pp.) Bd. 3, Juli 1905 - Juni 1906

GStA PK, I. HA Rep. 76, VIII B, Nr. 2764 Die Sorge um die Erhaltung der Neugeborenen / auch Säuglingsheime, Bd. 4, Aug. 1906 - Dez. 1907

GStA PK, I. HA Rep. 76, VIII B, Nr. Nr. 2765 Die Sorge um die Erhaltung der Neugeborenen / auch Säuglingsheime, Bd. 5, Jan. 1908 - März 1913

GStA PK, I. HA Rep. 76, VIII B, Nr. 2766 Die Sorge um die Erhaltung der Neugeborenen / auch Säuglingsheime, Bd. 6, Apr. 1913 - Sept. 1916

GStA PK, I. HA Rep. 76, VIII B, Nr. 2767 Die Sorge um die Erhaltung der Neugeborenen / auch Säuglingsheime, Bd. 7, Okt. 1916 - Dez. 1922

GStA PK, I. HA Rep. 76 VIII B, Nr. 2781 Akten betreffend die Berichte auf den Runderlaß vom 16. Juni 1908 (M 9501/07)

GStA PK, I. HA Rep. 76, VIII B, Nr. 2782 Berichte über Säuglingssterblichkeit und Säuglingspflegebeihilfen Febr. 1905 - Apr. 1925

GStA PK, I. HA Rep. 76, VIII B ; Nr. 2784 Denkschrift über Säuglingssterblichkeit

GStA PK, I. HA Rep. 76, VIII B, Nr. 2785 Berichte auf Runderlasse über Säuglingspflege, Bd. 2 Nov. 1916 - Nov. 1927

GStA PK, I. HA Rep. 76, VIII B, Nr. 2786 Zeitungsausschnitte und Drucksachen über Säuglingspflege und Säuglingssterblichkeit, Okt. 1916 - 1920

GStA PK, I. HA Rep. 76, VIII B Nr. 2787 die Zentralisation der Säuglingsfürsorge, März 1910 - Juni 1929

GStA PK, I. HA Rep. 76, VIII B, Nr. 2788 Errichtung einer Musteranstalt für Säuglingsernährung und Säuglingspflege, Okt. 1905 - Dez. 1907

GStA PK, I. HA Rep. 76, VIII B, Nr. 2789 Benutzung von Rohrsaugflaschen, Okt. 1910 - Jan. 1913

- GStA PK, I. HA Rep. 76, VIII B, Nr. 2790 Benutzung von Rohrsaugflaschen, Dez. 1912 - Jan. 1913
- GStA PK, I. HA Rep. 76, VIII B, Nr. 2791 Die Ausbildung von Säuglingspflegerinnen, Bd. 1, Okt. 1913 - Dezember 1922
- GStA PK, I. HA Rep. 76, VIII B, Nr. 2792, Die Ausbildung von Säuglingspflegerinnen, Bd. 2
- GStA PK, I. HA Rep. 76, VIII B, Nr. 2793, Die Ausbildung von Säuglingspflegerinnen, Bd. 3
- GStA PK, I. HA Rep. 76, VIII B, Nr. 2794 Prüfung der Säuglingspflegerinnen. Säuglingspflegesschulen, Juli 1917 - Dez. 1925
- GStA PK, I. HA Rep. 76, VIII B, Nr. 2795, 3. Internationaler Kongreß für Säuglingsschutz 1911 in Berlin, 4. Kongress 1915 in London Apr. 1910 - Sept. 1914
- GStA PK, I. HA Rep. 76, VIII B, Nr. 2796, Bd. 2 Kaiserin Auguste-Viktoria-Haus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reich Jan. 1908 - März 1910
- GStA PK, I. HA Rep. 76, VIII B, Nr. 2797, Kaiserin Auguste-Viktoria-Haus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reich, Bd. 3, Apr. 1910 - Dez. 1913
- GStA PK, I. HA Rep. 76, VIII B, Nr. 2798, Kaiserin Auguste-Viktoria-Haus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reich, Bd. 4, Jan. 1914 - Juni 1916
- GStA PK, I. HA Rep. 76, VIII B, Nr. 2799, Kaiserin Auguste-Viktoria-Haus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reich, Bd. 5, Juli, 1916 - Dez. 1920
- GStA PK, I. HA Rep. 76, VIII B, Nr. 2800, Kaiserin Auguste-Viktoria-Haus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reich, Bd. 6, Jan. 1921 - Dez. 1926
- GStA PK, I. HA Rep. 76, VIII B, Nr. 2801, Festschrift zur Eröffnung des Kaiserin Auguste-Viktoria-Hauses. Zeitschrift für Säuglingsschutz, Juni 1910 - August 1910
- GStA PK, I. HA Rep. 76, VIII B, Nr. 2802, Vereine zur Vertretung der Interessen kinderreicher Familien, Februar 1923-Aug. 1923
- GStA PK, I. HA Rep. 76, VIII B, Nr. 2853, Prüfung der Säuglingspflegerinnen. Säuglingspflegesschulen in der Rheinprovinz, Juli 1917 - Dez. 1920
- GStA PK, I. HA Rep. 76, VIII B, Nr. 2854, Säuglingsfürsorge in der Rheinprovinz und Hohenzollern Dez. 1925-Dez. 1927
- GStA PK, I. HA Rep. 76, VIII B, Nr. 2856, Säuglingsfürsorge, Dez. 1925 - Aug. 1928
- GStA PK, I. HA Rep. 76, VIII B, Nr. 4702 betr. Kleinkinderfürsorge (Kleinkinderschulen, Kindergärten, Kinderhorte für den Regierungsbezirk Düsseldorf), Bd. 1, 20. Febr. 1914 - 9. Mai 1928
- GStA PK, I. HA Rep. 76, VIII B, Nr. 4703, betr. Kleinkinderfürsorge (Kleinkinderschulen, Kindergärten, Kinderhorte für den Regierungsbezirk Düsseldorf), Bd. 2, 1928 - 1930
- GStA PK, I. HA Rep. 76, VIII B, Nr. 4706, Angelegenheiten der Kindergärtnerinnen, Hortnerinnen und Jugendleiterinnen im Reg. bez. Düsseldorf, 1915 - 1932

GStA PK, I. HA Rep. 76, VIII B, Nr. 4727, Lehrgänge, Tagungen, Vorträge und ähnliche Veranstaltungen auf dem Gebiet der Wohlfahrtspflege in der Rheinprovinz

GStA PK, I. HA Rep. 76, VIII B, Nr. 4731, Zuschüsse und Beihilfen an die Niederrheinische Frauenakademie in Düsseldorf und ihre Schülerinnen, 1921 - 1926

Innenministerium

GStA PK, I. HA Rep. 77 Tit. 662, Nr. 44, Beiakten 9: Die Vereine zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit 1905-1920 (acc.168/32, Kontr. Nr. 15)

GStA PK, I. HA Rep. 77 Tit. 662, Nr. 123 Betr. den Bund für Mutterschutz

GStA PK, I. HA Rep. 77 Tit. 662, Nr. 37 Der Verein zur Fürsorge für die weibliche Jugend, 2. vol. 1908-1932

GStA PK, I. HA Rep. 77 Tit 719, Nr.1 adhib. 5 die Säuglingsfürsorge 1908-1911

GStA PK, I. HA Rep. 77, Tit. 1072, Nr. 47 betr. den Verein „Wöchnerinnenheim“ hier

GStA PK, I. HA Rep. 77, Tit. 4021, Nr. 13, betr. den Verein für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf 1909

Geheimes Preußisches Zivilkabinett

GStA PK, I. HA Rep. 89, H XIX Nr. 24552 Säuglingsanstalten und -Fürsorgevereine: Kaiserin-Auguste-Viktoriahaus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reiche zu Berlin Charlottenburg 1906-1919

GStA PK, I. HA Rep. 89, H XIX, Nr. 24551 betr. Säuglingsfürsorge -Allgemeines 1906-1919

Nachlass Althoff

GStA PK, I. HA Rep. 92, HVI, Althoff B, Nr. 29, Bd.2 (Eduard Dietrich)

GStA PK, I. HA Rep. 92, HVI, Althoff AI, Nr 243 Kaiserin Auguste Victoria-Haus, Bd. 1 1907-1908

GStA PK, I. HA Rep. 92, HVI, Althoff AI, Nr. 243 Kaiserin Auguste Victoria-Haus, Bd. 2 1906-1908

GStA PK, I. HA Rep. 92, HVI, Althoff AI, Nr. 242 Säuglingsheim, Bd.1, 1905-1907

Finanzministerium

GStA PK, I. HA Rep. 151 I C, Nr. 9071 Die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit und des Geburtenrückgangs: Niederschrift über die am 17. März 1915 im Ministerium des Innern stattgefundene kommissarische Verhandlung, betreffend Bekämpfung des Geburtenrückgangs

GStA PK, I. HA Rep. 151, I C, Nr. 9073 Die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit und des Geburtenrückgangs 1918

GStA PK, I. HA Rep. 151, I C, Nr. 9074 Die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit und des Geburtenrückganges 1919-1923

Bundesarchiv, Koblenz (BA Koblenz)

BA Koblenz N 1151, Nr. 337, Nachlass von Marie-Elisabeth Lüders

Landesarchiv Berlin (LA Berlin)

LA Berlin, Nachlass von Anna von Gierke 1-4(4)

Sächsisches Hauptstaatsarchiv Dresden (SHStA Dresden)

SHStA Dresden, Sektion XVIII 3 b, Nr. 15835 Landesausschuß für Säuglings- und Kleinkinderpflege 1920

SHStA Dresden, Sektion XVIII 3 b, Nr. 15836 Wohlfahrtspflegerinnen

SHStA Dresden, Sektion XIX, 6a , Nr. 17219 Säuglingspflege und Kinderheilkunde 1906-10

SHStA Dresden, Sektion I, 2, Nr. 8955 Zentralstelle für Volkswohlfahrt 1910-13

SHStA Dresden, Sächsische Gesandtschaft für Preußen beim Deutschen Reich, Berlin, Nr. 889 Deutschlands Spende für Säuglings- und Kleinkinderschutz 1915 (Mikrofilm)

SHStA Dresden, Sächsische Gesandtschaft für Preußen beim Deutschen Reich, Berlin, Nr. 891 Wohltätigkeitsanstalten im allg. 1874-1913 (Mikrofilm)

Hauptstaatsarchiv Düsseldorf (HSA Düsseldorf)

HSA Düsseldorf, Reg. Düsseldorf, MF 945

HSA Düsseldorf, Reg. Düsseldorf, MF 945a Der Verein für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf 1908-1910 (MFB 9 Präsidialbüro R.D.)

HSA Düsseldorf Reg. Düsseldorf, 8067, Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, Bd. 1 1905-1908

HSA Düsseldorf Reg. Düsseldorf, 8068, Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, Bd. 2 1908-1910

HSA Düsseldorf Reg. Düsseldorf, 8069, Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, Bd. 3 1910-1914

HSA Düsseldorf Reg. Düsseldorf 33279 Ausbildung in der Säuglingsfürsorge und in der Wohlfahrtspflege im Regierungsbezirk Düsseldorf 1921-1927

HSA Düsseldorf, Reg. Düsseldorf, 38975a, Bd. 2, Der Verein für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf

HSA Düsseldorf, Reg. Düsseldorf, 38976, Bd. 1, Verein für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf, 1910-1911

HSA Düsseldorf, Reg. Düsseldorf, 38976a, Bd. 2, Verein für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf 1912-1915

HSA Düsseldorf, Reg. Düsseldorf, 38977 Verein für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf

HSA Düsseldorf Reg. Düsseldorf, 38978 Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, Bd. 4 1913-1917

HSA Düsseldorf, Reg. Düsseldorf, 38979 Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, Bd. 5 1917-1920

HSA Düsseldorf, Reg. Düsseldorf, 38980 Verein für Säuglingsfürsorge und Wohlfahrtspflege im Regierungsbezirk Düsseldorf 1917-1922

HSA Düsseldorf, Reg. Düsseldorf, 39006 Säuglingsfürsorge 1911-1926

HSA Düsseldorf, Reg. Düsseldorf, 53851, Die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, Bd. 7, 1916-1932

Generallandesarchiv Karlsruhe (GLA Karlsruhe)

GLA Karlsruhe 443, Nr. 761, 1905-1911 Tätigkeit in Karlsruhe; Satzungen, Vorträge usw.

GLA Karlsruhe 443, Nr. 763, 1905-1911 Staatliche und private Zuwendungen

GLA Karlsruhe 443, Nr. 766 Die Säuglingsfürsorge in den übrigen Städten (Karlsruhe ausgenommen) und in den Landgemeinden, Beihilfen an Zweigvereine

GLA Karlsruhe 443, Nr. 767

GLA Karlsruhe 443, Nr. 768

GLA Karlsruhe 443, Nr. 774

GLA Karlsruhe 443, Nr. 775

GLA Karlsruhe 443, Nr. 759, 1905-1908 Die Gewinnung von Schutzdamen, Stadt Karlsruhe

GLA Karlsruhe, 443, Nr. 666, 1926 Gesolei - Ausstellung in Düsseldorf – Mutter und Kind

GLA Karlsruhe, Abt. 69, Geheimes Kabinett der Großherzogin Luise, Nr. 900, Die Abt. VI des Frauenvereins

Staatsarchiv Münster (StAMs)

StAMs, Reg. Münster, Nr. 3520 Verein für Säuglingsfürsorge

StAMs, Reg. Münster, Nr. 3522 Die sozialhygienische Kinderfürsorge 1904-1922

StAMs, Reg. Münster, Nr. 5690 Die Arbeiter- und Wohlfahrtsanstalten , Bd. 1 1881-1911

StAMs, Reg. Münster, Nr. 5691 Wohlfahrtspflege auf dem Lande

StAMs, Reg. Münster, Nr. 5693 Der Ausschuss für Wohlfahrtspflege auf dem Lande 1901-1912

StAMs, Reg. Münster, VI Fach 8 Nr.12 Unterstützungen der Organisation der freiwilligen Liebestätigkeit, Bd. 1 1913-1923.

StAMs, Reg. Münster Abt. VI, Fach 8, Nr. 9

Stadtarchiv Karlsruhe (StA Karlsruhe)

StA Karlsruhe, XIX. Jahresbericht des Vereins zur Erhaltung eines Wöchnerinnen-Asyls für bedürftige Ehefrauen über das Jahr 1910

StA Karlsruhe, Jahres-Berichte des Vereins zur Erhaltung eines Wöchnerinnen-Asyls für bedürftige Ehefrauen in Karlsruhe in Baden 1908-1913

Stadtarchiv Dresden (StA Dresden)

StA Dresden, Krankenpfleg- und Stiftsamt, Nr. 82, Säuglingsfürsorgestellen 1907

StA Dresden, Krankenpfleg- und Stiftsamt, Nr. 77, Unterrichtskurse für Säuglingspflege
1907

StA Dresden, Krankenpfleg- und Stiftsamt, Nr. 98, Bericht über die auf dem Gebiet der
Säuglingsfürsorge gemachten Erfahrungen und sozialen Erfolge 1909

Stadtarchiv Düsseldorf (StA Düsseldorf)

- StA Düsseldorf III 1238 Der Verein für Säuglingsfürsorge 1906-1918
 StA Düsseldorf III 1239 Verein für Säuglingsfürsorge 1918-1933
 StA Düsseldorf III 1241 Verband der Düsseldorfer Fürsorgevereine 1907-1921
 StA Düsseldorf III 1247 Preußische Landeszentrale für Säuglingsschutz 1909-1916
 StA Düsseldorf III 1255 Die Ursula- Suppenanstalt für arme Wöchnerinnen 1856-1927
 StA Düsseldorf III 1256 Pflegeverein armer unbescholtener Wöchnerinnen 1911-1927
 StA Düsseldorf III 1259 Die Zentralstelle für Privatwohltätigkeit 1911-1921
 StA Düsseldorf III 3845 Verschiedenes 1905-1907
 StA Düsseldorf III 4271 Generalia, Mütterberatungs- und Säuglingsfürsorgestellen.
 StA Düsseldorf III 4272 Mütterberatungs- und Säuglingsfürsorgestellen 1913-1917
 StA Düsseldorf III 4276 Kurse über Mütter- und Säuglingsfürsorge 1913-1919
 StA Düsseldorf III 18467 Wöchnerinnen-Asyl 1884-1923
 StA Düsseldorf IV 37805 Der Verein für Säuglingsfürsorge Bd. II, 1908-1917
 StA Düsseldorf VII1261 Verein für Säuglingsfürsorge 1908-1929
 StA Düsseldorf 4215 Statistik über den Besuch der Mütterberatungsstellen

Stadtarchiv Freiburg (StA Freiburg)

- StA Freiburg C3/192/3 Jahresberichte des Fürsorgeamtes 1893/1915 StA Freiburg
 C3/204/3 Tätigkeit des Stadtarztes 1905-19
 StA Freiburg C3/380/1 Ziehkinderfürsorge
 StA Freiburg C3/380/2 Anstellung einer Polizeipflegerin für die Ziehkinderfürsorge 1908 -
 20
 StA Freiburg C3/380/3. Bekämpfung der Kindersterblichkeit. Vollzug der Bestimmungen
 über die Gewährung von Stillprämien an Frauen und Mädchen 1906-19
 StA Freiburg C3/380/4 Einrichtung einer Anstalt für Säuglingsnahrung - Hilda
 Kinderhospital - 1904-25
 StA Freiburg C3/381/2 Wöchnerinnenverein 1900/1930
 StA Freiburg C3/381/3 Hauspflege
 StA Freiburg, C3/381/6 Kaiserin Auguste Viktoria-Haus zur Bekämpfung der
 Säuglingssterblichkeit 1908 -1919.
 StA Freiburg C3/381/7 Deutsche Vereinigung für Säuglings- und Kleinkinderschutz 1909
 -1934
 StA Freiburg C3/381/8 Badischer Landesverband für Säuglings- u. Kleinkinderfürsorge
 1911-20
 StA Freiburg C4/ XII / 10 /13 Mütterberatung und Schulung 1920-44
 StA Freiburg C4/IX/2/5 Kaiserin Auguste Viktoria-Haus zur Bekämpfung der
 Säuglingssterblichkeit 1920/34
 StA Freiburg D.Ge 9/1, Jahresbericht über die Armen- und Waisenpflege im Jahre 1906.

Stadtarchiv Krefeld (StA Krefeld)

StA Krefeld F0030 Beiträge zur Geschichte des Krefelder Frauenvereins aus Anlass seiner Hundertjahrfeier 1927

StA Krefeld 4/1627 Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Verein für Säuglingsfürsorge, Gen. 1914-1919

StA Krefeld 4/1628 Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, Spez. 1904-1913

StA Krefeld 9/1840 Städtische Milchanstalt

StA Krefeld 9/2700 Mütterberatungsstelle Uerdingen 1912–1940

StA Krefeld 9/2953 Akten betreffend die Gewährung von Stillprämien 1909-12

StA Krefeld 9/2954 Akten über Stillprämien 1912-15

StA Krefeld 9/3356 Säuglingsfürsorge (Statistik) 1912-1920

StA Krefeld 9/3359 Akten über Stillprämien 1914-16

StA Krefeld 9/3360 Gewährung von Stillprämien 1907-1909

StA Krefeld 9/3361 Säuglingsfürsorge 1912-1925

StA Krefeld 9/3734 Kriegsfürsorge 1915 Säuglingsfürsorge und Kinderpflege

Stadtarchiv Mönchengladbach (StA Mönchengladbach)

StA Mönchengladbach Nr. 1c 2594: Auszug über die Sitzung des Vorstandes des Rheinischen Städtetages am 12. Januar 1929 im Rathaus in Düren

Werksarchiv Henkel (Werksarchiv Henkel)

K/ Nr. 213 Mütterschule/Familienbildung

Universitätsbibliothek Heidelberg

Universitätsbibliothek Heidelberg, Nachlass von Marie Baum, EE Schreiben von Schlossmann an Marie Baum vom 22. 6.1907

8.2. Zeitschriften

Aerztliches Vereinsblatt für Deutschland: Organ des Deutschen Ärztevereinsbundes, Potsdam 1872-1929

Archiv für Kinderheilkunde, Stuttgart 1880-1971

Centralblatt für allgemeine Gesundheitspflege: Organ des Niederrheinischen Vereins für Öffentliche Gesundheitspflege, Köln 1882-1919

Deutsche Vierteljahresschrift für öffentliche Gesundheitspflege: Organ des Deutschen Vereins für Öffentliche Gesundheitspflege, Braunschweig 1869-1915

Die Frau: Monatsschrift für das gesamte Frauenleben unserer Zeit. Organ des Bundes Deutscher Frauenvereine, Berlin 1893/94-1943/44

Die Frauenbewegung: Revue für die Interessen der Frauen, Berlin 1895-1919

Gesundheitsfürsorge für das Kindesalter: Veröffentlichungen des Kaiserin-Auguste-Victoria-Hauses, Reichsanstalt zur Bekämpfung der Säuglings- und Kleinkindersterblichkeit und der Deutschen Vereinigung für Säuglings- und Kleinkinderschutz, Berlin 1925-1933

Mutter und Kind. Vierteljahresschrift für Säuglingsfürsorge, Düsseldorf 1908/09-1921/22

Schriften des Vereins für Socialpolitik, Berlin/ Leipzig/ München 1873-1939

Statistisches Jahrbuch deutscher Städte. Amtliche Veröffentlichung des Deutschen Städtetages, bearb. vom Verbands der Deutschen Städtestatistiker, Jena 1890-1933

Zeitschrift für Bevölkerungspolitik und Säuglingsfürsorge, Leipzig 1916-1922

Zeitschrift für Hebammenwesen, Mutterschutz und Säuglingspflege: Offizielles Organ der Vereinigung zur Förderung des Hebammenwesens, Berlin 1917-1919

Zeitschrift für Medizinalbeamte, Berlin 1888-1935

Zeitschrift für Säuglingsfürsorge, Leipzig 1907-1915

Zeitschrift für Säuglingsschutz: Organ des Kaiserin-Auguste-Victoria-Hauses und der Deutschen Vereinigung für Säuglingsschutz, Berlin 1909-1916

Zeitschrift für Säuglings- und Kleinkinderschutz: Zeitschrift des Kaiserin-Auguste-Victoria-Hauses zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reich

Zeitschrift der Deutschen Vereinigung für Säuglingsschutz, Berlin 1917-1923

Zeitschrift für Soziale Medizin, Medizinalstatistik, Arbeitsversicherung, soziale Hygiene und die Grenzfragen der Medizin und Volkswohlfahrt, Köln 1906-1908

Zeitschrift für Soziale Medizin, Säuglingsfürsorge und Krankenhauswesen sowie die übrigen Grenzgebiete der Medizin und Volkswirtschaft, Leipzig 1906-1910

8.3 Quellen und Literatur

- Abelshausen, Werner (Hg.), Die Weimarer Republik als Wohlfahrtsstaat: zum Verhältnis von Wirtschafts- und Sozialpolitik in der Industriegesellschaft, Stuttgart 1987
- Abrams, Lynn/ Elizabeth Harvey (Hg.), Gender Relations in German History: Power, Agency and Experience from the Sixteenth to the Twentieth Century, Durham, NC, 1997.
- Adickes, Franz/ Beutler, Otto, Die sozialen Aufgaben der deutschen Städte. Zwei Vorträge, gehalten auf dem ersten deutschen Städtetag zu Dresden am 2. September 1903, Leipzig 1903.
- Alber, Jens, Vom Armenhaus zum Wohlfahrtsstaat. Analysen zur Entwicklung der Sozialversicherung in Westeuropa, Frankfurt/M. / New York 1982.
- Alder, Doris, Die Wurzel der Polaritäten. Geschlechtertheorie zwischen Naturrecht und Natur der Frau, Frankfurt/M./ New York 1992.
- Allen, Ann Taylor, Feminismus und Eugenik im historischen Kontext, in: Feministische Studien 9 (1991), S. 46-68.
- Allgemeines Landrecht für die preußischen Staaten von 1794. Textausgabe mit einer Einführung von Hans Hattenhauer und einer Bibliographie von Günther Bernert, 3. erweiterte Aufl., Neuwied u. a 1996.
- Ammermann, Otilie, Die Gesundheitsfürsorge für Säuglinge und Kleinkinder in der Stadt Münster, Med. Diss., Münster 1934.
- Anonym, Über die Einrichtung von Stillstuben in Berliner Fabriken, in: Zs. f. Soziale Medizin, Medizinalstatistik, Arbeitsversicherung, soziale Hygiene und die Grenzfragen der Medizin und Volkswirtschaft 3 (1908), S. 558.
- Ariès, Phillippe, Geschichte der Kindheit, München/ Wien 1975.
- Arnup, Katherine a.o. (Ed.), Delivering Motherhood. Maternal Ideologies and Practises in the Nineteenth and Twentieth Centuries, London 1990.
- Arthur Schloßmann und die Düsseldorfer Kinderklinik. Festschrift zur Feier des 100. Geburtstages am 16. Dezember 1967, Düsseldorf 1967.
- Asche, Susanne, Fürsorge, Partizipation und Gleichberechtigung - Die Leistungen der Karlsruherinnen für die Entwicklung zur Großstadt (1859-1914), in: Karlsruher Frauen 1715 -1945. Eine Stadtgeschichte, Karlsruhe 1992, S. 171-256.
- Ascher, Louis, Die Säuglingsfürsorge und ihre wissenschaftliche Verwertung, Berlin 1922.
- Asmuth, Margaret, Gewerbliche Unterstützungskassen in Düsseldorf. Die Entwicklung der Krankenversicherung der Arbeitnehmer 1841 bis 1884/5, Köln 1984.
- Aus den Wohlfahrtseinrichtungen der Firma Fried. Krupp Akt.-Ges., Essen (Ruhr), in: Mutter und Kind 5 (1913), Nr. 12, S. 2-7.
- Die Ausbildung von Säuglingspflegerinnen in Baden, in: ZfS 7 (1913), S. 74-76.
- Ayass, Wolfgang, Einleitung, in: Quellensammlung Sozialpolitik, I. Abt., Bd. 3: Arbeiterschutz. Bearb. von Wolfgang Ayass, Stuttgart/ Jena/ New York 1996, S. XXXIII.
- Bachofen, Johann Jakob, Das Mutterrecht, Basel 1861.
- Bading, Kornelie, Meine ersten Unterrichtskurse in Kinder- und Säuglingspflege, in: Mutter und Kind 2 (1909), Nr. 1, S. 10-11 und Nr. 2, S. 8-9.

- Badinter, Elisabeth, Die Mutterliebe. Geschichte eines Gefühls vom 17. Jahrhundert bis heute, München 1984.
- Baginsky, Adolf, Kinderheilkunde als Specialität. – Kinderkrankenhäuser. – Interne Klinik und Kinderklinik, in: Archiv für Kinderheilkunde 44 (1906), S. 178-193.
- Bajohr, Stefan, Uneheliche Mütter im Arbeitermilieu: Die Stadt Braunschweig 1900-1930, in: GuG 7 (1981), S. 474-506.
- Bajohr, Stefan, Die Hälfte der Fabrik. Geschichte der Frauenarbeit in Deutschland 1914 bis 1945, Marburg 1979.
- Balkenhol, Bernd, Armut und Arbeitslosigkeit in der Industrialisierung – dargestellt am Beispiel Düsseldorfs 1850 – 1900, Düsseldorf 1976.
- Ballowitz, Leonore (Hg.), Schriftenreihe zur Geschichte der Kinderheilkunde: Aus dem Archiv des Kaiserin-Auguste-Victoria-Hauses (KAVH)-Berlin.
- Barck, Lothar, Ziele und Aufgaben der weiblichen Polizei in Deutschland, Lübeck 1928.
- Barrow, Logie u. a. (Hg.), Nichts als Unterdrückung? Geschlecht und Klasse in der englischen Sozialgeschichte, Münster 1991.
- Bauer, Rudolf, Intermediäre Hilfesysteme personenbezogener Dienstleistungen in zehn Ländern – Eine Einführung, in: ders./ Anna-Maria Thränhardt (Hg.), Verbandliche Wohlfahrtspflege im internationalen Vergleich, Opladen 1987, S. 9-31.
- Bauer, Thomas, Gesundheitliche Jugendfürsorge und Konzeption des Stadtgesundheitsamtes Frankfurt am Main 1917-1933, in: Westfälische Forschungen 43 (1993), S. 265-281.
- Baum, Marie, Rückblick auf mein Leben, Heidelberg 1950.
- Baum, Marie (Hg.) unter Mitwirkung von Anna von Gierke, Grundriß der Gesundheitsfürsorge: Zum Gebrauch für Schwestern, Kreisfürsorgerinnen, Sozialbeamtinnen und andere Organe der vorbeugenden offenen Fürsorge bestimmt, Wiesbaden 1919.
- Baum, Marie, Die Vorschriften über die staatliche Prüfung von Säuglingspflegerinnen, in: DMW 44 (1918), S. 244.
- Baum, Marie, Die staatliche Anerkennung von Säuglingspflegerinnen, in: DMW 43 (1917), S. 913-915.
- Baum, Marie, Sozialhygienische Bevölkerungspolitik, from a speech to the 1916 conference of the BD, in: Zeitschrift für Bevölkerungspolitik und Säuglingsfürsorge 9 (1917), S. 321-333.
- Baum, Marie, Beamtinnen im Dienste der Sozialversicherung, in: Zeitschrift für Bevölkerungspolitik und Säuglingsfürsorge 9 (1916), S. 368 -373.
- Baum, Marie, Die Kriegswochenhilfe, in: ZfS 9 (1915), S. 245-253.
- Baum, Marie, Der Geist der sozialen Arbeit, in: Die Frau 21 (1914), S. 257-268.
- Baum, Marie, Die wirtschaftliche und soziale Lage der Frauen in der modernen Industriestadt Hamborn, in: ZfS 8 (1914), S. 145-163.
- Baum, Marie, Die Stellung der Frau in der Reichsversicherungsordnung, in: ZfS 7 (1913), S. 225-237 und 261-272.
- Baum, Marie, Lebensbedingungen und Sterblichkeit der Säuglinge im Kreise Grevenbroich, in: ZfS 6 (1912), S. 197-208 und 309-316.

- Baum, Marie, Säuglingsfürsorge auf dem Lande, in: ZfS 6 (1912), S. 37-48 und 77-83.
- Baum, Marie, Zur Frage des Fabrikstillraumes, in: ZfS 6 (1912), S. 16-21.
- Baum, Marie, Lebensbedingungen und Sterblichkeit der Säuglinge in den Kreisen Mörs und Geldern, in: ZfS 4 (1911), S. 281-93, 309 -23 und 376-82.
- Baum, Marie, Sterblichkeit und Lebensbedingungen der Säuglinge in den Stadtkreisen M.-Gladbach und Rheydt und in dem Landkreise M.-Gladbach, in: Zeitschrift für Soziale Medizin, Säuglingsfürsorge und Krankenhauswesen 5 (1910), S. 65-126.
- Baum, Marie, Mutter- und Säuglingsschutz in dem neuen Entwurfe zu einer Reichsversicherungsordnung, in: Concordia 17 (1909), S. 3-18.
- Baum, Marie, Drei Klassen von Lohnarbeiterinnen in Industrie und Handel der Stadt Karlsruhe. Bericht erstattet an das Großherzogliche Ministerium des Innern, hrsg. von der Großherzoglich Badischen Fabrikinspektion, Karlsruhe 1906.
- Baum, Marie, Über den Einfluß der Stilldauer auf Entstehung und Erhaltung des folgenden Kindes; ZfS 4 (1910), S. 196-214.
- Baum, Marie, Sterblichkeit und Lebensbedingungen der Säuglinge im Kreise Neuß, in: Zeitschrift für Soziale Medizin, Säuglingsfürsorge und Krankenhauswesen 4 (1909), S. 1-46.
- Baum, Marie/ Brugger/ Finckelstein, Heinrich, Die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, Hauptbericht erstattet von Brugger, Mitberichte von Heinrich Finkelstein und Marie Baum, in: Schriften des Deutschen Vereins für Armenpflege und Wohltätigkeit 74-80 (1905-1907), S. 89-125.
- Bebel, August, Die Frau und der Sozialismus, 23. unveränderte Auflage, Stuttgart 1894.
- Becker, Andrea, Mutterschaft im Wohlfahrtsstaat: Familienbezogene Sozialpolitik und die Erwerbsintegration von Frauen in Deutschland und Frankreich, Berlin 2000.
- Beerensson, Adele, Soziale Frauenbildung in Deutschland, in: Zeitschrift für das Armenwesen 6 (1913), S. 78-87.
- Behla, Robert, Der Rückgang der allgemeinen Säuglingssterblichkeit in Preussen seit 1875 -1910, Berlin ca. 1911 (Festschrift den Teilnehmern des 3. Internationalen Kongresses für Säuglingsschutz 1911)
- Behnken, Imbke (Hg.), Stadtgesellschaft und Kindheit im Prozeß der Zivilisation. Konfigurationen städtischer Lebensweise zu Beginn der 20. Jahrhunderts, Opladen 1990.
- Behrens, Ulrich, „Sozialdisziplinierung“ als Konzeption der Frühneuzeitforschung. Genese, Weiterentwicklung und Kritik – Eine Zwischenbilanz, in: Historische Mitteilungen 12 (1999), S. 35-68.
- Behrens/ Schiller, Karl, Bericht für das Jahr 1907 über die Beratungsanstalt der Säuglingsfürsorge des Badischen Frauenvereins in Karlsruhe, in: ZfS 2 (1908), S. 223-245.
- Behrens/ Schiller, Karl, Die Säuglingsfürsorge in Karlsruhe, in: ZfS 1 (1906/07), S. 175-190.
- Behr-Pinnow, Carl von, Anträge für das Einschreiten des Staates und des Reichs auf dem Gebiet der Säuglings- und Mutterfürsorge, in: Zeitschrift für Säuglingsschutz 1916, 8 (5), S. 265-277.

- Behr-Pinnow, Karl von, Planmäßige Säuglingsfürsorge und ihre Durchführung, Potsdam 1915.
- Behr-Pinnow, Karl von, Geburtenrückgang und Bekämpfung der Säuglingsterblichkeit, Berlin 1913.
- Beier, Rosmarie, Frauenarbeit und Frauenalltag im Deutschen Kaiserreich. Heimarbeiterinnen in der Berliner Bekleidungsindustrie 1880-1914, Frankfurt/M./NewYork 1983.
- Beier, Rosemarie, Leben in der Mietskaserne. Zum Alltag Berliner Unterschichtsfamilien in den Jahren 1900 bis 1920, in: Gesine Asmus (Hg.), Hinterhof, Keller und Mansarde. Einblicke in Berliner Wohnungselend 1901-1920, Hamburg 1982.
- Bender, Ursula/ Görs, Ellen, Organisierter Weiberkram. Die organisierte Frauenbewegung in Düsseldorf 1900 bis 1933, Düsseldorf 1992.
- Bennack, Jürgen, Gesundheit und Schule: Zur Geschichte der Hygiene im preussischen Volksschulwesen, Köln u. a. 1990.
- Bennigsen, Adelheid von, Der soziale Frauenberuf, Berlin 1914.
- Benninghaus, Christina, Die anderen Jugendlichen. Arbeitermädchen in der Weimarer Republik, Frankfurt 1999.
- Berger, Giovanna, Die ehrenamtliche Tätigkeit in der Sozialarbeit: Motive, Tendenzen, Probleme: dargestellt am Beispiel des Elberfelder Systems, Frankfurt/M. 1979.
- Berger, H., Studien zum Rückgang der Geburten, in: Zeitschrift für Medizinalbeamte 24 (1911), S. 875-881.
- Berger, Peter L./ Luckmann, Thomas, Die gesellschaftliche Konstruktion der Wirklichkeit. Eine Theorie der Wissenssoziologie, 5. Aufl., Frankfurt/M. 1970.
- Berger-Thimme, Dorothea, Wohnungsfrage und Sozialstaat. Untersuchungen zu den Anfängen der staatlichen Wohnungspolitik in Deutschland (1873-1911), Frankfurt/M. 1976.
- Berghahn, Sabine, Verwaltung, Gleichheit, Gerechtigkeit – Der feministische und systemtheoretische Blick – unvereinbar?, in: Klaus Dammann u. a. (Hg.), Die Verwaltung des politischen Systems: Neuere systemtheoretische Zugriffe auf ein altes Thema. Niklas Luhmann zum 65. Geburtstag, Opladen 1994, S. 79-98.
- Bergmann, Anna, Die verhütete Sexualität. Die Anfänge der modernen Geburtenkontrolle, Hamburg 1992.
- Bergmann, Klaus, Agrarromantik und Großstadtfeindschaft, Meisenheim a. Glan 1970.
- Bericht über das ... Geschäftsjahr des Vereins für Säuglingsfürsorge in der Provinz Westfalen, Münster 1910ff.
- Bericht über das ... Geschäftsjahr des Vereins für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf, Düsseldorf 1907/08ff.
- Bericht über den dritten internationalen Kongress für Säuglingsschutz, (Gouttes de Lait), hg. von der Kongressleitung, redigiert vom Generalsekretär Professor Dr. Arthur Keller, Berlin 1912.
- Bericht über die einundzwanzigste Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege zu Kiel 1896, Braunschweig 1897.

- Bericht über die III. Landeskonferenz der Preussischen Landeszentrale für Säuglingsschutz am 30. Oktober 1916 in Berlin, in: Zeitschrift für Säuglings- und Kleinkinderschutz 9 (1917), S. 26-64.
- Berlepsch, Hans-Jörg von, „Neuer Kurs“ im Kaiserreich: Die Arbeiterpolitik des Freiherrn von Berlepsch 1890 bis 1896, Bonn 1987.
- Berning, Cornelia, Rassenhygiene als Lebenswerk. Die Ärztin Agnes Bluhm 1862-1943, in: Die Ärztin 8 (1990), S. 13-16.
- Biedert, Philipp, Die Musteranstalt für Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, die klinische Beobachtung und die historische Betrachtung, in: Archiv für Kinderheilkunde 43 (1906), S. 379-386.
- Biedert, Philipp, Noch einmal die Musteranstalt, in: Archiv für Kinderheilkunde 44 (1906), S. 354-360.
- Biedert, Philipp, Noch einmal die Musteranstalt. Eine Richtigstellung zu der Entgegnung der Herren Heubner und Langstein, in: Archiv f. Kinderheilkunde 44 (1907), S. 354-360.
- Bischoff, Claudia, Frauen in der Krankenpflege: Zur Entwicklung von Frauenrolle und Frauenberufstätigkeit im 19. und 20. Jahrhundert, 2. überarb. und erw. Neuausg., Frankfurt/M./ New York 1992.
- Blackbourn, David/ Eley, Geoff, Mythen deutscher Geschichtsschreibung. Die gescheiterte bürgerliche Revolution von 1848, Berlin 1980.
- Blanke, Bernhard, Krankheit und Gemeinwohl: Gesundheitspolitik zwischen Staat, Sozialversicherung und Medizin, Opladen 1994.
- Blaschke, Karlheinz, Grundzüge sächsischer Geschichte zwischen der Reichsgründung und dem Ersten Weltkrieg, in: Lässig/ Pohl, Sachsen, S. 11-26.
- Blaustein, Elisabeth, Säuglingsschutz und Reichswochenhilfe, in: Zeitschrift für Säuglingsschutz 7 (1915), S. 625-633.
- Blotevogel, Hans Heinrich (Hg.), Kommunale Leistungsverwaltung und Sozialstaatsentwicklung vom Vormärz bis zur Weimarer Republik, Wien 1990.
- Bluhm, Agnes, Referat über Tugendreich, Über die Beziehungen zwischen Körpergewicht und Stillen bei der Arbeiterfrau, in: Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie 8 (1911), S. 122-123.
- Bluhm, Agnes, Die Stillungsnot, ihre Ursachen und die Vorschläge zu ihrer Bekämpfung, in: Zeitschrift für Soziale Medizin Medizinalstatistik, Arbeitsversicherung, soziale Hygiene und die Grenzfragen der Medizin und Volkswirtschaft 3 (1908), S. 72-78, 160-172, 261-270, 357-392.
- Bluhm, Agnes, Familiärer Alkoholismus und Stillfähigkeit, in: Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie 5 (1908), S. 635-655.
- Blum-Geenen, Sabine, Fürsorgeerziehung in der Rheinprovinz von 1871-1933, Köln/ Bonn 1997.
- Bock, Gisela, Frauenwahlrecht: Deutschland um 1900 in vergleichender Perspektive, in: Michael Grüttner u. a. (Hg.), Geschichte und Emanzipation. Festschrift für Reinhard Rürup, Frankfurt/M. 1999, S. 95-136.

- Bock, Gisela, Weibliche Armut, Mutterschaft und Rechte von Müttern in der Entstehung des Wohlfahrtsstaats 1890 -1950, in: Georges Duby/ Michelle Perrot (Hg.), Geschichte der Frauen, Bd. 5: 20. Jahrhundert, Frankfurt/M. u. a. 1995, S. 427-461.
- Bock, Gisela (Hg.), Maternity and Gender Politics: Women and the Rise of the European Welfare States, London 1994.
- Bock, Gisela, Geschichte, Frauengeschichte, Geschlechtergeschichte, in: GuG 14 (1988), S. 364-391.
- Bock, Gisela/ Thane, Pat (Hg.), Maternity and Gender Policies: Women and the Rise of the European Welfare State 1880s-1950s, New York 1991.
- Bocks, Wolfgang, Marie Baum 1874-1964, in: Elisabeth Noelle-Neumann (Hg.), Baden-Württembergische Portraits. Frauengestalten aus fünf Jahrhunderten, Stuttgart 2000, S. 203-214.
- Boehr, Max, Untersuchungen über die Häufigkeit des Todes im Wochenbett in Preussen. Ihre Ursachen und ihre Consequenzen für die Sanitätspolizei, in: Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 3 (1878), S. 17-151.
- Böhme, Gernot, Wissenschaftliches und lebensweltliches Wissen am Beispiel der Verwissenschaftlichung der Geburtshilfe, in: ders., Alternativen der Wissenschaft, Frankfurt/M. 1980, S. 27-53.
- Bokay, Johann von, Die Geschichte der Kinderheilkunde, Berlin 1922.
- Böni, Thomas, Rezension Francisca Loetz, Vom Kranken zum Patienten, in: Gesnerus 52 (1995), S. 175f.
- Borkowsky, Maya, Krankheit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett aus ärztlicher Sicht seit 1800, Zürich 1988.
- Bornträger, Jean, Zum Thema Geburtenrückgang in Deutschland, in: ZfS 6 (1913), S. 405-409.
- Bornträger, Jean, Der Geburtenrückgang in Deutschland, seine Bewertung und Bekämpfung, in: Veröffentlichungen auf dem Gebiete der Medizinalverwaltung 1 (1912), S. 631-794.
- Borst, Charlotte G., Catching Babies: The Professionalization of Childbirth 1870 -1920, Cambridge, Mass. 1995.
- Brander, Sylvia, Wohnungspolitik als Sozialpolitik. Theoretische Konzepte und praktische Ansätze in Deutschland bis zum Ersten Weltkrieg, Berlin 1984.
- Brandmann, Paul, Leipzig zwischen Klassenkampf und Sozialreform. Kommunale Wohlfahrtspolitik zwischen 1890 und 1929, Köln/ Wien 1998.
- Brandt-Wyt, Renetta, Zur Hebammenfrage, in: Schreiber, Mutterschaft, S. 395-402.
- Braun, Kathrin u. a. (Hg.), Feministische Perspektiven der Politikwissenschaft, München/ Wien 2000.
- Braun, Kathrin, Gewerbeordnung und Geschlechtertrennung, Klasse, Geschlecht und Staat in der frühen Arbeitsschutzgesetzgebung, Baden-Baden 1993.
- Braun, Lily, Die Mutterschaftsversicherung. Ein Beitrag zur Frage der Fürsorge für Schwangere und Wöchnerinnen, Berlin 1906.
- Braunmüller, Ulrike Viktoria, Die Entwicklung der Säuglingsfürsorge in Freiburg im Breisgau und ihre allgemeinen Voraussetzungen, Med. Diss., Freiburg 1986.

- Breitenborn, Anke, Randgruppen im Allgemeinen Landrecht für die Preußischen Staaten von 1794, Berlin 1994.
- Brennecke, Johannes Benjamin, Frauenhülfe auf dem Gebiet der Wöchnerinnen- und Säuglingsfürsorge, Potsdam 1909.
- Brennecke, Johannes Benjamin, Hebung des Hebammenstandes durch Fortbildung in der Säuglingshygiene?, in: ZfS 1 (1906/7), S. 402-417.
- Brennecke, Johannes Benjamin, Errichtung von Heimstätten für Wöchnerinnen, in: Deutsche Vierteljahresschrift für öffentliche Gesundheitspflege 29 (1897), S. 56-95.
- Brennecke, Johannes Benjamin, Die Errichtung von Heimstätten von Wöchnerinnen, in: Bericht über die einundzwanzigste Versammlung des deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege zu Kiel, Braunschweig 1897, S. 56-93.
- Brennecke, Johannes Benjamin, Bauet Wöchnerinnenasyle, Magdeburg 1888.
- Breuer, Stefan, Sozialdisziplinierung. Probleme und Problemverlagerungen eines Konzepts bei Max Weber, Gerhard Oestreich und Michel Foucault, in: Christoph Sachße/ Florian Tennstedt (Hg.), Soziale Sicherheit und soziale Disziplinierung. Beiträge zu einer historischen Theorie der Sozialpolitik, Frankfurt/M. 1986, S. 45-69.
- Breuer, Stefan, Max Webers Herrschaftssoziologie, Frankfurt/M./ New York 1991.
- Briese, Olaf, „Das Jüste-milieu hat die Cholera“ Metaphern und Mentalitäten im 19. Jahrhundert, in: ZfG 46 (1998), S. 120-138.
- Brockmann, Johanna-Luise, Ammentätigkeit in Deutschland (1750-1925). Eine Problemskizze zu einem vernachlässigten Thema der Sozialgeschichte, in: Zeitschrift für Pädagogik 28 (1982), S. 695-714.
- Bruch, Rüdiger vom, Bürgerliche Sozialreform im Deutschen Kaiserreich, in: ders. (Hg.), „Weder Kommunismus noch Kapitalismus“. Bürgerliche Sozialreform in Deutschland vom Vormärz bis zur Ära Adenauer, München 1985, S. 61-180.
- Brüchert-Schunk, Hedwig, Städtische Sozialpolitik vom wilhelminischen Reich bis zur Weltwirtschaftskrise. Eine sozial- und kommunalhistorische Untersuchung am Beispiel der Stadt Mainz 1890-1930, Stuttgart 1994.
- Brügelmann, Jan, Medikalisierung von Säuglings- und Erwachsenenalter in Deutschland zu Beginn des 19. Jahrhunderts aufgrund von medizinischen Topographien, in: Arthur E. Imhof (Hg.), Leib und Leben in der Geschichte der Neuzeit. Vorträge eines internationalen Colloquiums Berlin 1.-3.12.1981, Berlin 1983, S. 177-192.
- Brüggemeier, Franz J./ Niethammer, Lutz, Schlafgänger, Schnapskasinos und schwerindustrielle Kolonie. Aspekte der Arbeiterwohnungsfrage im Ruhrgebiet vor dem Ersten Weltkrieg, in: Jürgen Reulecke/ Wolfhard Weber (Hg.), Fabrik, Familie, Feierabend. Beiträge zur Sozialgeschichte des Alltags im Industriezeitalter, Wuppertal 1978, S. 135-175.
- Bruno, James, Die Mutterschaftsversicherung und ihre Bedeutung für die Säuglingsfürsorge, in: Veröffentlichungen auf dem Gebiete der Medizinalverwaltung Bd. 1 (1912), S. 5-30.
- Budde, Gunilla F., Auf dem Weg ins Bürgerleben. Kindheit und Erziehung in deutschen und englischen Bürgerfamilien 1840-1914, Göttingen 1994.

- Bundesministerium für Gesundheit und soziale Sicherung (Hg.), Lebenslagen in Deutschland. Der erste Armuts- und Reichtumsbericht der Bundesregierung, Berlin 2001.
- Bunge, Gustav von, Die zunehmende Unfähigkeit der Frauen, ihre Kinder zu stillen: Die Ursachen dieser Unfähigkeit, die Mittel zur Verhütung – ein Vortrag, 5. Aufl., München 1907.
- Burger, Klaus, „Prüfende Strenge statt blinder Weichherzigkeit“. Zur Geschichte der Armut und der Sozialeinrichtungen in Freiburg, in: Heiko Haumann/ Hans Schadek (Hg.), Geschichte der Stadt Freiburg im Breisgau, Bd. 3, Von der badischen Herrschaft bis zur Gegenwart, Stuttgart 1992, S. 613-632.
- Burger, Lisbeth, 40 Jahre Storchentante: Aus dem Tagebuch einer Hebame, 12. bis 20. Aufl., Breslau 1929.
- Bürgerliches Gesetzbuch vom 18. August 1896 nebst dem Einführungsgesetze, hg. Otto Fischer und Wilhelm Haenle, 3. Aufl., München 1899.
- Bussemer, Herrad-Ulrike, Bürgerliche Frauenbewegung und männliches Bildungsbürgertum, in: Ute Frevert (Hg.), Bürgerinnen und Bürger: Geschlechterverhältnisse im 19. Jahrhundert, Göttingen 1988, S. 190-205.
- Bussemer, Herrad-Ulrike, Frauenemanzipation und Bildungsbürgertum. Sozialgeschichte der Frauenbewegung in der Reichsgründungszeit, Weinheim 1985.
- Bußmann-Strelow, Gabriele, Kommunale Politik im Sozialstaat. Nürnberger Wohlfahrtspflege in der Weimarer Republik, Nürnberg 1997.
- Butterwegge, Christoph, Wohlfahrtsstaat im Wandel: Probleme und Perspektiven der Sozialpolitik, Opladen 1999.
- Camp, Oskar de la, Die ärztliche und soziale Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, Freiburg/Br. 1908.
- Canning, Kathleen, Language of Labor and Gender: Female Factory Work in Germany, 1850 -1914, Ann Arbor 2002.
- Canning, Kathleen, Geschlecht als Unordnungsprinzip: Überlegungen zur Historiographie der deutschen Arbeiterbewegung, in: Hanna Schissler (Hg.), Geschlechterverhältnisse im historischen Wandel, Frankfurt/M. 1993, S. 139-163.
- Cantauw-Groschek, Christiane, „Es ist wichtiger, Krankheiten vorzubeugen, als Krankheiten zu heilen!“ Institutionalisierte Säuglingsfürsorge am Beispiel der Stadt Münster, in: Verena Burhenne (Hg.), Kein Kinderspiel. Das erste Lebensjahr, Münster 1994, S. 70-95.
- Castell Rüdenhausen, Adelheid Gräfin zu/ Reulecke, Jürgen, Kommunale Daseinsvorsorge und "Volksgesundheit". Zur Entstehung und Wirkung der städtischen Gesundheitspolitik im 19. und 20. Jahrhundert, in: Jürgen Reulecke (Hg.), Stadtgeschichte als Zivilisationsgeschichte – Beiträge zum Wandel städtischer Wirtschafts-, Lebens- und Wahrnehmungsweisen, Essen 1990, S. 61-75.
- Castell Rüdenhausen, Adelheid Gräfin zu, Die Erhaltung und Mehrung der Volkskraft. Die Anfänge der sozialhygienischen Gesundheitsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf, in: Imbke Behnken (Hg.), Stadtgesellschaft und Kindheit im Prozeß der Zivilisation, Opladen 1990, S. 26-42.

- Castell Rüdenhausen, Adelheid Gräfin zu, Volksgesundheit und Fürsorgestaat. Die Bekämpfung der Tuberkulose und der Säuglingssterblichkeit zwischen Reichsgründung und Inflation unter besonderer Berücksichtigung Preußens (1871-1924), (Kopie der eingereichten Habilitationsschrift, Historische Bibliothek der Stadt Bochum 87 H. 1, B. 1/2), Bochum 1987.
- Castell, Adelheid, Unterschichten im „Demographischen Übergang“. Historische Bedingungen des Wandels der ehelichen Fruchtbarkeit und der Säuglingssterblichkeit, in: Hans Mommsen/ Wolfgang Schulze (Hg.), Vom Elend der Handarbeit. Probleme historischer Unterschichtenforschung, Stuttgart 1981, S. 373-394.
- Chickering, Roger, „Casting their Gaze more broadly“: Women’s patriotic Activism in Imperial Germany, in: Past and Present 118 (1988), S. 156-185.
- Clemens, Bärbel, „Menschenrechte haben kein Geschlecht!“ Zum Politikverständnis der bürgerlichen Frauenbewegung, Pfaffenweiler 1988.
- Cohen, Miriam/ Hanagan, Michael, The Politics of Gender and the Making of the Welfare State 1900-1940, in: Journal of Social History 24 (1990), S. 469-484.
- Conrad, Else, Lebensführung von 22 Arbeiterfamilien Münchens, München 1909.
- Conrad, Lawrence/ Hardy, Anne (Hg.), Women and Modern Medicine, Amsterdam/ Atlanta 2001.
- Cooter, Roger (ed.), In the Name of the Child, Health and Welfare, 1880-1940, London/ New York 1992.
- Cordemann, Magarete, Wie es wirklich gewesen ist. Lebenserinnerungen einer Sozialarbeiterin auf dem Hintergrund einer Beschreibung der deutschen Gesellschaft in der Zeit von 1890-1960, Gladbeck 1963.
- Crew, David F., Germans on welfare. From Weimar to Hitler, New York/ Oxford 1998.
- Crew, David F., Eine Elternschaft zu Dritt - staatliche Eltern? Jugendwohlfahrt und Kontrolle der Familie in der Weimarer Republik 1919-1933, in: Alf Lüdke (Hg.) Sicherheit und Wohlfahrt: Polizei, Gesellschaft und Herrschaft im 19. und 20. Jahrhundert, Frankfurt/M. 1992, S. 267-294.
- Critchlow, Donald T., The Politics of Abortion and Birth Control in Historical Perspective, University Park 1996.
- Cuno, Willi/ Schmidt, Georg, Die Organisation der Gemeindewaisenpflege, Leipzig 1900 (Schriften des Deutschen Vereins für Armenpflege und Wohltätigkeit, 47).
- Cybulski, G., Nährpräparate, Fabrikanten und Ärzte, in: ZfS 3 (1909), S. 75-84.
- Czerny, Adalbert, Die Pädiatrie meiner Zeit, Berlin 1939.
- Dahlmann, Elke, Der Verein für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf, Med. Diss., Düsseldorf 2001 (<http://www.ulb.uni-duesseldorf.de/diss/med/2001/dahlmann.pdf>).
- Daniel, Ute, Der unaufhaltsame Aufstieg des sauberen Individuums. Seifen- und Waschmittelwerbung im historischen Kontext, in: Imbke Behnken (Hg.), Stadtgesellschaft und Kindheit im Prozess der Zivilisation. Konfigurationen städtischer Lebensweise zu Beginn des 20. Jahrhunderts, Opladen 1990, S. 43-60.
- Daniel, Ute, Die Vaterländischen Frauenvereine in Westfalen, in: Westfälische Forschungen 39 (1989), S. 158-179.

- Daniel, Ute, Arbeiterfrauen in der Kriegsgesellschaft. Beruf, Familie und Politik im Ersten Weltkrieg, Göttingen 1986.
- Daniel, Ute, Fiktionen, Friktionen und Fakten – Frauenlohnarbeit im Ersten Weltkrieg, in: Gunther Mai (Hg.), Arbeiterschaft in Deutschland 1914-1918. Studien zu Arbeitskampf und Arbeitsmarkt im Ersten Weltkrieg, Düsseldorf 1985, S. 277-323.
- Dann, Otto (Hg.): Vereinswesen und bürgerliche Gesellschaft in Deutschland. Beiheft 9 der historischen Zeitschrift, München 1984.
- Davin, Anna, Imperialism and Motherhood, in: History Workshop 5 (1978), S. 9-65.
- Denkschrift, verfasst und dem preussischen Cultusministerium vorgelegt durch die von der Gesellschaft für Gynäkologie in Berlin gewählte Puerperal-fieber-Commission, in: Zeitschrift für Geburtshilfe und Gynäkologie 3 (1878), S. 1-15.
- Dettke, Barbara, Die asiatische Hydra. Die Cholera von 1830/31 in Berlin und in den preußischen Provinzen Posen, Preußen und Schlesien, Berlin/ New York 1995.
- Dickinson, Edward Ross, The Politics of German Child Welfare from the Empire to the Federal Republic, Cambridge/Mass./ London 1996.
- Dienel, Christiane, Kinderzahl und Staatsräson, Empfängnisverhütung und Bevölkerungspolitik in Deutschland und Frankreich bis 1918, Münster 1995.
- Dietrich, Eduard, Das Kaiserin Auguste Victoria-Haus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reich, in: Zeitschrift für Säuglings- und Kleinkinderschutz 11 (1919), S. 169-185.
- Dietrich, Eduard, Die Deutsche Vereinigung für Säuglingsschutz 1909-1919, in: Zeitschrift für Säuglings- und Kleinkinderschutz 11 (1919), S. 429-437.
- Dietrich, Eduard, Das Fürsorgewesen für Säuglinge, in: ZfS 2 (1908), S. 1-29 und 45-61.
- Dietrich, Eduard, Das Kaiserin Auguste Victoria-Haus zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reich, in: Medizinische Anstalten auf dem Gebiete der Volksgesundheitspflege in Preußen. Festschrift zum XIV. Internationalen Kongress für Hygiene und Demographie, Berlin 1907, dargeboten vom Preußischen Minister der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten, Jena 1907.
- Dietrich, Eduard, Die Säuglingssterblichkeit in Preußen, ihre Bekämpfung, in: ZfS 1 (1906), S. 43-50 und S. 86-100.
- Dietrich, Eduard/ Bruno Salge/ Otto v. Franqué, Entbindungsanstalten, Wöchnerinnen- und Säuglingsheime als Mittel zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, in: Stenographischer Bericht über die Verhandlungen des I. Deutschen Kongresses für Säuglingsschutz und der Mitgliederversammlung der Deutschen Vereinigung für Säuglingsschutz in Dresden, Berlin 1909, S. 32-79.
- Digby, Anne/ Stewart, John (Hg.), Gender, Health and Welfare, London/ New York 1996.
- Dill, Gregor, Nationalsozialistische Säuglingspflege. Eine frühe Erziehung zum Massenmenschen, Stuttgart 1999.
- Dipper, Christoph, Sozialreform. Geschichte eines umstrittenen Begriffs, in: AfS 32 (1992), S. 323-351.
- Döhler, Marian, Strukturbildung von Politikfeldern, Opladen 1997.
- Domansky, Elisabeth, Militarization and Reproduction in World War I Germany, in: Eley, Geoff (Hg.), Society, Culture, and the State in Germany, 1870-1930, Ann Arbor 1996, S. 427-463.

- Donzelot, Jacques, Die Ordnung der Familie (deutsche Übersetzung der französischen Originalausgabe von 1977), Frankfurt/M. 1980.
- Dorn, Ulrike, Öffentliche Armenpflege in Köln 1794-1871. Zugleich ein Beitrag zur Geschichte der öffentlich-rechtlichen Anstalt, Köln/ Wien 1990.
- Dreher, Wolfgang, Die Entstehung der Arbeiterwitwenversicherung in Deutschland, nach z.T. unveröffentlichten Quellen, Berlin 1978.
- Dresel, Ernst Gerhard, Säuglings- oder Familienfürsorgerin? Zustände in 150 Familien mit in Fürsorge stehenden Säuglingen und Aufgaben der Fürsorgerinnen, in: Öffentliche Gesundheitspflege 6 (1921) S. 121-139.
- Drigalski, Wilhelm, Säuglingsfürsorge und Mutterschutz nach den Erfahrungen der Vorkriegs-, Kriegs- und Nachkriegszeit. Sozialhygienische Studie, Langensalza 1924.
- Dross, Fritz, Krankenhaus und lokale Politik 1770-1850. Das Beispiel Düsseldorf, Essen 2004.
- Dross, Fritz. Health Care Provision and Poor Relief in Enlightenment and 19th Century Prussia, in: Andrew Cunningham/ Ole Peter Grell/ Robert Jütte (ed.), Health Care and Poor Relief in 18th and 19th Century Northern Europe, Aldershot 2002, S. 69-111.
- Duden, Barbara, Geschichte unter der Haut – Ein Eisenacher Arzt und seine Patientinnen um 1730, Stuttgart 1991.
- Duden, Barbara, Das schöne Eigentum. Zur Herausbildung des bürgerlichen Frauenbildes an der Wende vom 18. zum 19. Jahrhundert, in: Kursbuch 47 (1977), S. 125-140.
- Dwork, Deborah, War is good for Babies and Other Young Children: A History of the Infant and Child Welfare Movement 1898-1918, London 1987.
- Eckart, Wolfgang U., Friedrich Althoff und die Medizin, in: Bernhard vom Brocke (Hg.), Wissenschaftsgeschichte und Wissenschaftspolitik im Industriezeitalter: Das „System Althoff“ in historischer Perspektive, Hildesheim 1991, S. 375-404.
- Eckstein, Emil, Nur gebildete Hebammen, Halle 1906.
- Effler, Ernst, Die Säuglingsfürsorge und der Staat, in: ZfS 2 (1908), S. 246 -255.
- Eggemann, Maïke / Hering, Sabine (Hg.), Wegbereiterinnen der modernen Sozialarbeit: Texte und Biographien zur Entwicklung der Wohlfahrtspflege, Weinheim / München 1999.
- Ehlers, Phillipp, Die Sterblichkeit im „Kindbett“ in Berlin und Preussen 1877-1896, Stuttgart 1900.
- Ehrenreich, B./ English, D., Witches, Midwives, and Nurses: A History of Women Healers, 2. Aufl., Old Westbury/N.Y. 1973.
- Ehrler, J., Die Bekämpfung der Kinder- (Säuglings-) sterblichkeit in Freiburg i. Br., in: Soziale Praxis und Archiv für Volkswohlfahrt 20 (1910), S. 1290.
- Die Einwirkung der Versicherungs-Gesetzgebung auf die Armenpflege, in Kaiserlich Statistisches Amt (Hg.): Vierteljahreshefte zur Statistik des Deutschen Reiches, 6/II (1897), S. 1-54.
- Ellerbrock, Dagmar, Gesundheit, Krankheit und Geschlecht in historischer Perspektive, in: Klaus Hurrelmann/ Petra Kolip (Hg.), Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich, Bern u. a. 2002, S. 118-142.

- Ellerbrock, Dagmar, Gesundheitspolitik in der amerikanischen Besatzungszone 1945-1949, unveröff. Phil. Diss., Bielefeld 1999.
- Ellerkamp, Marlene, Industriearbeit, Krankheit und Geschlecht. Zu den sozialen Kosten der Industrialisierung: Bremer Textilarbeiterinnen 1870-1914, Göttingen 1991.
- Elsässer, Juliane/ Leininger, Gerlinde/ Seidler, Eduard, „Die Sorge für die Gesundheit der Unterthanen“. Das Gesundheitswesen der Stadt Freiburg in den letzten zwei Jahrhunderten, in: Heiko Haumann/ Hans Schadek (Hg.), Geschichte der Stadt Freiburg im Breisgau; Bd. 3: Von der badischen Herrschaft bis zur Gegenwart, Stuttgart 1992, S. 633ff.
- Elster, Alexander, Chronik der Sozialen Hygiene. Bevölkerungsbewegung und Bevölkerungspolitik (einschließlich Mutterschafts- und Säuglingsfürsorge), in: Öffentliche Gesundheitspflege mit besonderer Berücksichtigung der kommunalen und sozialen Hygiene 7 (1922), S. 26 -34 und 64 -71.
- Engel, Stefan/ Behrendt, H., Säuglingsfürsorge (einschließlich Pflegekinderwesen und Mutterschutz), in: Adolf Gottstein/ Arthur Schlossmann/ Ludwig Teleky (Hg.), Handbuch der Sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge, Bd.4, Gesundheitsfürsorge, soziale und private Versicherungen, Berlin 1927, S. 28-146.
- Engelhardt, Ulrich, „...geistig in Fesseln“? Zur normativen Platzierung der Frau als „Kulturträgerin“ in der bürgerlichen Gesellschaft während der Frühzeit der deutschen Frauenbewegung, in: Rainer Lepsius (Hg.), Bildungsbürgertum im 19. Jahrhundert, Teil III, Lebensführung und ständische Vergesellschaftung, Stuttgart 1992, S. 113-175.
- Engeli, Christian, Städte und Staat in der Weimarer Republik, in: Bernhard Kirchgässner/ Jörg Schadt (Hg.), Kommunale Selbstverwaltung, Idee und Wirklichkeit, Sigmaringen 1983, S. 163-181.
- Engels, Friedrich, Der Ursprung der Familie, des Privateigentums und des Staats: Im Anschluß an Lewis H. Morgans Forschungen, MEW, 5. Aufl., Berlin 1975, S. 59f.
- Epple, Angelika, Henriette Fürth und die Frauenbewegung im deutschen Kaiserreich. Eine Sozialbiographie. Pfaffenweiler 1996.
- Ergebnis der Umfrage betr. Aufnahme unehelicher Kinder in Krippen und Kinderbewahranstalten, in: Die Frauenbewegung 10 (1904), S. 44.
- Escherich, Theodor, Die Ursachen und Folgen des Nichtstillens bei der Bevölkerung Münchens, in: Münchner Medicinische Wochenschrift 34 (1887), S. 233-235 und S. 256-259.
- Eulner, Hans-Heinz, Die Entwicklung der medizinischen Spezialfächer an den Universitäten des deutschen Sprachgebietes, Stuttgart 1970, S. 202-221.
- Evans, Richard J., The Feminist Movement in Germany 1894-1933, London/ Beverly Hills 1976, S. 41-52.
- Evans, Richard J., Tod in Hamburg. Stadt, Gesellschaft und Politik in den Cholera-Jahren 1830-1910, 2. unveränderte Aufl., Hamburg 1990.
- Evans, Richard J./ Lee, Robert (Hg.), The German Family: Essays on the Social History of the Family in Nineteenth- and Twentieth Century Germany, London 1981.
- Fait, Barbara, Arbeiterfrauen und -familien im System sozialer Sicherheit: zur geschlechterpolitischen Dimension der „Bismarck'schen“ Arbeiterversicherung, in: Jahrbuch für Wirtschaftsgeschichte 1 (1997), S. 171-205.

- Feer, Emil, Die Ausbildung von Säuglingspflegerinnen für Anstalt und Familie, in: III. Internationaler Kongress für Säuglingsschutz, S. 249-256.
- Feer, Emil, Die Kinderheilkunde im Universitätsunterricht Deutschlands, in: Archiv für Kinderheilkunde 52 (1910), S. 244-259.
- Fehlemann, Silke, Die Standespolitik der Ärzteschaft in Westdeutschland – Ein Neubeginn? Das Beispiel des Kassenarztrechts, in: Detlef Brandes/ Alfons Labisch/ Thomas Ruzicka u. a. (Hg.), Mensch und Medizin in totalitären und demokratischen Gesellschaften, Essen 2001, S. 137-145.
- Fehlemann, Silke, Soziale Arbeit und bürgerliche Frauenbewegung im Deutschen Kaiserreich, unveröffentlichte Magisterarbeit, Düsseldorf 1995.
- Fehlemann, Silke/ Ferber, Christian von/ Woelk, Wolfgang, Struktur des Gesundheitssystems: Entstehung und Wandel. Studententext im Rahmen des Studiengangs „Angewandte Gesundheitswissenschaften“ der Universität Bielefeld, Bielefeld 1997.
- Fehlemann, Silke/ Vögele, Jörg, Frauen in der Gesundheitsfürsorge am Beginn des zwanzigsten Jahrhunderts. England und Deutschland im Vergleich, in: Ulrike Lindner/ Merith Niehuss (Hg.), Ärztinnen – Patientinnen. Frauen im deutschen und britischen Gesundheitswesen des 20. Jahrhunderts, Köln/ Weimar/ Wien 2002, S. 23-47.
- Fehlemann, Silke/ Woelk, Wolfgang, Der „Wiedergesundungsprozess des deutschen Menschen“. Zum Verhältnis von Gesundheit, Hygiene und Gesellschaft auf der Düsseldorfer Gesolei, in: Hans Körner/ Angela Stercken (Hg.), 1926-2002 Ge So Lei. Kunst, Sport und Körper, Begleitbuch zur Ausstellung, Ostfildern-Ruit 2002, S. 186-192.
- Feldman, Gerald D., Vom Weltkrieg zur Weltwirtschaftskrise. Studien zur deutschen Wirtschafts- und Sozialgeschichte 1914-1932, Göttingen 1984.
- Ferber, Christian v., Medikalisierung – Ein zivilisatorischer Prozeß oder eine sozialpolitische Fehlleistung ?, in: Zeitschrift für Sozialreform 35 (1989), S. 632–642.
- Fesel, Verena / Rose, Babara / Simmel, Monika (Hg.), Sozialarbeit – Ein deutscher Frauenberuf. Kontinuitäten und Brüche im 20. Jahrhundert, Pfaffenweiler 1992.
- Fields, Valerie/ Marks, Lara/ Marland, Hilary, Women and Children First: International Maternal and Infant Welfare 1870-1945, London/ New York 1992.
- Fischer, Alfons, Staatliche Mutterfürsorge und der Krieg, Berlin 1915.
- Fischer, Alfons, Gesundheitspolitik und Gesundheitsgesetzgebung, Berlin/ Leipzig 1914.
- Fischer, Alfons, Grundriß der sozialen Hygiene. Für Mediziner, Nationalökonomien, Verwaltungsbeamte und Sozialreformer, Karlsruhe 1913.
- Fischer, Alfons, Staatliche Mutterschaftsversicherung, in: Adele Schreiber (Hg.), Mutterschaft. Ein Sammelwerk für die Probleme des Weibes und der Mutter. Hg. in Verbindung mit zweiundfünfzig Mitarbeitern, Einleitung von Lily Braun, Leipzig 1912 S. 299-311.
- Fischer-Homberger, Esther, Krankheit Frau: Zur Geschichte der Einbildungen, 2. Aufl. Darmstadt 1988.
- Flesch, Hella, Mutterschutz und Hauspflege, in: Schreiber, Mutterschaft, S. 318-325.
- Flesch, Karl/ Soetbeer, Sociale Ausgestaltung der Armenpflege, Leipzig 1901 (SDVAW, Heft 54).

- Flesch, Max, Die Hauspflege. Ihre Begründung und Organisation in Hauspflegevereinen, Jena 1901.
- Föllmer, Moritz, Der „kranke Volkskörper“. Industrielle, hohe Beamte und der Diskurs der nationalen Regeneration in der Weimarer Republik, in: GuG 27 (2001), S. 41-67.
- Die Förderung und Ausgestaltung der hauswirtschaftlichen Unterweisung. Vorbericht und Verhandlungen der 2. Konferenz der Zentralstelle für Volkswohlfahrt am 11. und 12. Mai 1908 in Berlin, Berlin 1908 (Schriften der Zentralstelle für Volkswohlfahrt Heft 2. Neue Folge).
- Foucault, Michel, Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. 5. Aufl. Frankfurt/M. 1999.
- Foucault, Michel, Archäologie des Wissens, Frankfurt/M. 1981
- Foucault, Michel, La politique de la santé au XVIIIe siècle, in: ders. u. a. (Hg.), Les machines à guérir. Aux origines de l'hôpital moderne, Paris 1976, S. 11-21.
- Frank, Louis, Die Versicherung der Mutterschaft, Leipzig 1902.
- Franke, Gustav, Beitrag zur Statistik der Sterblichkeitsverhältnisse unehelicher Kinder im Großherzogtum Baden, in: ZfS 6 (1913), S. 365-377 und 424-429.
- Frankenberg, H., Fürsorge für Wöchnerinnen und Säuglinge im Jahr 1906, in: SJDS 1909, S. 276-284.
- Freemann, Stacey, Constructing the Pediatric Nurse: Eugenics and the Gendering of Infant Hygiene in Early Twentieth Century Berlin, in: Dynamis 19 (1999), S. 353-378.
- Freeman, Stacey, "Medicalizing the Nurse: Professional and Eugenic Discourse at the Kaiserin Auguste Victoria Haus in Berlin", in: German Studies Review 18 (1995), S. 419-440.
- Freidson, Eliot, Dominanz der Experten, München 1975.
- Freund, Richard, Armenpflege und Arbeiterversicherung. Prüfung der Frage, in welcher Weise die neuere sociale Gesetzgebung auf die Aufgaben der Armengesetzgebung und Armenpflege einwirkt (SDVAW 21), Leipzig 1895.
- Frevert, Ute (Hg.), Bürgerinnen und Bürger: Geschlechterverhältnisse im 19. Jahrhundert, Göttingen 1988.
- Frevert, Ute, Frauen-Geschichte. Zwischen Bürgerlicher Verbesserung und Neuer Weiblichkeit, Frankfurt/M. 1986.
- Frevert, Ute, „Fürsorgliche Belagerung“: Hygienebewegung und Arbeiterfrauen im 19. und frühen 20. Jahrhundert, in: GuG 11 (1985), S. 421-446.
- Frevert, Ute, Frauen und Ärzte im späten 18. und frühen 19. Jahrhundert, in: Annette Kuhn/ Jörn Rüsen (Hg.), Frauen in der Geschichte II, Düsseldorf 1982, S. 177-210.
- Frevert, Ute, Krankheit als politisches Problem. Soziale Unterschichten in Preußen zwischen medizinischer Polizei und staatlicher Sozialversicherung, Göttingen 1984.
- Frevert, Ute, Mann und Weib und Weib und Mann. Geschlechterdifferenzen in der Moderne, München 1995.
- Frey, Manuel, Der reinliche Bürger: Entstehung und Verbreitung bürgerlicher Tugenden in Deutschland 1760-1860, Göttingen 1997.
- Frie, Ewald, Fürsorgepolitik des Provinzialverbandes Westfalen und des Landes Sachsen 1880-1930, Paderborn 1993.

- Frie, Ewald, Wohlfahrtsstaat Sachsen? Das Königreich und Preußen im Vergleich, in: Lässig/ Pohl, Sachsen, S. 343-370.
- Frie, Ewald/ Küster, Thomas, Privatwohltätigkeit und Kommunalisierung. Die Modernisierung der öffentlichen Armenpflege im 19. Jahrhundert am Beispiel der Stadt Münster, in: Westfälische Forschungen 40 (1990), S. 645-660.
- Friedrich-Schulz, Marie, Die Ausbildung in der Kranken-, Irren- und Säuglingspflege, Berlin 1921.
- Fritsch, Heinrich, Hebung des Hebammenstandes durch Fortbildung in der Säuglingshygiene, in: ZfS 1 (1906/7), S. 392-401.
- Frommel, R., Zur Prophylaxe der Wochenbeterkrankung, in: DMW 18 (1892), S. 202-204.
- Fuchs, Carl Johannes, Die Wohnungsfrage, in: Verhandlungen des Vereins für Socialpolitik über die Wohnungsfrage und die Handelspolitik, in: Schriften des Vereins für Socialpolitik 98, Leipzig 1901, S. 15-41.
- Fuhrmann, Martin, Volksvermehrung als Staatsaufgabe? Bevölkerungs- und Ehepolitik in der deutschen politischen und ökonomischen Theorie des 18. und 19. Jahrhunderts, Paderborn u. a. 2002.
- Fürth, Henriette, Die Hauspflege. Ihr Wesen, ihre Organisation und ihr Ausbau, Gautsch b. Leipzig 1911.
- Fürth, Henriette, Die Mutterschaftsversicherung, Jena 1911.
- Fürth, Henriette, Mutterschutz durch Mutterschaftsversicherung, Mannheim 1907.
- Gatzke, Marianne, 160 Jahre Krefelder Frauenverein, in: Die Heimat 58 (1987).
- Gélis, Jacques, La sage-femme ou le médecin. Une nouvelle conception de la vie, Paris 1988.
- Gélis, Jacques u. a., Der Weg ins Leben. Geburt und Kindheit in früherer Zeit, München 1980.
- Gerhard, Ute, Unerhört. Die Geschichte der deutschen Frauenbewegung, unter Mitarbeit von Ulla Wischermann, Hamburg 1990.
- Gerhardt, Carl (Hg.), Handbuch der Kinderkrankheiten, Band 1-6., 2. Nachtrag, Tübingen 1877-1889.
- Geschermann-Scharff, Monika, Zwischen Fürsorge und Kontrolle. Das Hebammenwesen im Münsterland am Beispiel des Amtes Telgte, in: Westfälische Forschungen 43 (1993), S. 80-99.
- Gesetz betreffend die Verfassung des Deutschen Reichs vom 16. April 1871 (Nr. 628), in: Bundes-Gesetzblatt des Norddeutschen Bundes, Nr. 16, Berlin 1871.
- Gesetz über den Unterstützungswohnsitz, vom 6. Juni 1870 (Nr. 511), in: Bundes-Gesetzblatt des Norddeutschen Bundes, Nr. 20, Berlin 1870, S. 360-373.
- Gesetz, betreffend die Ausführung des Bundesgesetzes über den Unterstützungswohnsitz, vom 8. März 1871 (Nr. 7794), in: Gesetz-Sammlung für die Königlichen Preußischen Staaten, Nr. 7, Berlin 1871, S. 130-151.
- Gesetz, betreffend die Dienststellung des Kreisarztes und die Bildung von Gesundheitskommissionen, vom 16. Sept. 1899 (Nr. 10112), in: Gesetz-Sammlung für die Königlich-Preußischen Staaten, Nr.30, Berlin 1899, S. 172-176.

- Gesetz, betreffend die Invaliditäts- und Altersversicherung, vom 22. Juni 1889 (Nr. 1858), in: Reichs-Gesetzblatt, Nr. 13, Berlin 1889, S. 97-144.
- Gesetz, betreffend die Krankenversicherung der Arbeiter, vom 15. Juni 1883 (Nr. 1496), in: Reichsgesetz-Blatt, Nr. 9, Berlin 1883, S. 73-104.
- GESOLEI, Große Ausstellung Düsseldorf 1926 für Gesundheitspflege, soziale Fürsorge und Leibesübungen, im Auftrage des Ausstellungsvorstandes; hrsg. von Arthur Schloßmann, zusammengestellt und bearbeitet von Martha Fränkel, Düsseldorf 1927.
- Gespräch mit Anthony Giddens „Es wird ziemlich schwer, öffentlichen Raum zurück zu gewinnen“, in: Frankfurter Hefte 6 (2000), S. 335-340.
- Geyer-Kordesch, Johanna/ Kuhn, Annette (Hg.), Frauenkörper – Medizin – Sexualität. Auf dem Weg zu einer neuen Sexualmoral, Düsseldorf 1986.
- Gobineau, Arthur de, Essai sur l'inégalité des races humaines, Paris 1853-1855.
- Göckenjan, Gerd, Kurieren und Staat machen. Gesundheit und Medizin in der bürgerlichen Welt, Frankfurt/M. 1985.
- Goettert, Margit, Mir sind die frauenrechtlerischen Ideen direkt eingeboren. „Anna Pappritz (1861-1939)“, in: Ariadne 28 (1995), S. 50-55.
- Götz von Olenhusen, Irmtraud (Hg.), Frauen unter dem Patriarchat der Kirchen. Katholikinnen und Protestantinnen im 19. und 20. Jahrhundert, Stuttgart 1995.
- Goldscheid, Rudolf, Höherentwicklung und Menschenökonomie. Grundlegung der Sozialbiologie I, Leipzig 1911.
- Görs, Ellen, Hauspflegeverein, in: dies./ Ursula Bender (Hg.), Organisierter Weiberkram. Die organisierte Frauenbewegung in Düsseldorf 1900-1933, S. 232-238.
- Gottstein, Adolf, Armenarzt und Armenkrankenfürsorge, in: ders./ Tugendreich, G. (Hg.), Sozialärztliches Praktikum: Ein Leitfaden für Verwaltungsmediziner, Kreiskommunalärzte, Schulärzte, Säuglingsärzte, Armen- und Kassenärzte, Berlin, 2. verm. u. verb. Aufl. 1920, S. 200-225.
- Gottstein, Adolf, Beiträge zur Geschichte der Kindersterblichkeit, in: Medizinische Reform 14, 1906, Nr. 5, S. 53-60.
- Gottstein, Adolf / Schlossmann, Arthur/ Teleky, Ludwig (Hg.), Handbuch der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge, Berlin 1927.
- Goubert, Jean Pierre, Die Medikalisierung der französischen Gesellschaft am Ende des Ancien Régime: Die Bretagne als Beispiel, in: Medizinhistorisches Journal 17 (1982), S. 89-114.
- Grabrucker, Marianne, Vom Abenteuer der Geburt: Die letzten Landhebammen erzählen, Frankfurt /M. 1989.
- Gransche, Elisabeth/ Rothenbacher, Franz, Wohnbedingungen in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts 1861-1910, in: GuG 14 (1988), S. 64-95.
- Gräser, Markus, Der blockierte Wohlfahrtsstaat. Unterschichtjugend und Jugendfürsorge in der Weimarer Republik, Göttingen 1995.
- Graßl, Josef, Der Geburtenrückgang in Deutschland, seine Ursachen und seine Bedeutung, Kempten/ München 1914.
- Grebing, Helga, Der „deutsche Sonderweg“ in Europa 1806-1945. Eine Kritik, Stuttgart u. a. 1986.

- Grebing, Helga/ Mommsen, Hans/ Rudolph, Karsten (Hg.), Demokratie und Emanzipation zwischen Saale und Elbe. Beiträge zur Geschichte der sozialdemokratischen Arbeiterbewegung bis 1933, Essen 1993.
- Greve, Zwölf Jahre Düsseldorfer Armen-und Waisenverwaltung, in: BSAW 5 (1911), S. 2-6.
- Greven-Aschhoff, Barbara, Die bürgerliche Frauenbewegung in Deutschland 1894-1933, Göttingen 1981.
- Grindel, Susanne/ Speitkamp, Winfried (Hg.), Armenfürsorge in Hessen-Kassel. Dokumente zur Vorgeschichte der Sozialpolitik zwischen Aufklärung und Industrialisierung, Marburg 1998.
- Grossmann, Atina, Reforming Sex: The German Movement for Birth Control and Abortion Reform, 1920-1950, Oxford 1995.
- Grossmann, Atina, Berliner Ärztinnen und Volksgesundheit in der Weimarer Republik: Zwischen Sexualreform und Eugenik, in: Christiane Eifert/ Susanne Rouette (Hg.), Unter allen Umständen. Frauengeschichte(n) in Berlin, Berlin 1986, S. 183-217.
- Grotjahn, Alfred, Was ist und wozu treiben wir soziale Hygiene?, in: Hygienische Rundschau 14 (1904), S. 1017-1032.
- Grotjahn, Alfred / Kaup, Ignaz (Hg.), Handwörterbuch für soziale Hygiene, Berlin 1912.
- Gründer, Horst, Kommunale Armenfürsorge im 19. Jahrhundert am Beispiel der Stadt Münster, in: Hans H. Blotvogel (Hg.), Kommunale Leistungsverwaltung und Stadtentwicklung vom Vormärz bis zur Weimarer Republik, Köln 1990, S. 59-70.
- Grundriß zur deutschen Verwaltungsgeschichte 1815-1845, Reihe A: Preussen, hrsg. von Walter Hubatsch, Bd. 7: Rheinland, bearb. v. Rüdiger Schütz, Marburg 1978.
- Grüttner, Michael/ Hachtmann, Rüdiger/ Haupt, Heinz-Gerhard (Hg.), Geschichte und Emanzipation. Festschrift für Reinhard Rürup, Frankfurt/M. 1999, S. 95-136.
- Grzywatz, Berthold, Staat und Gemeinde im 19. Jahrhundert. Zum Verhältnis von kommunaler Selbstverwaltung und staatlichen Gemeindeaufgaben in Preußen, in: Archiv für Kommunalwissenschaften I (1995), S. 30-54.
- Gubalke, Wolfgang, Die Hebammen im Wandel der Zeiten. Ein Beitrag zur Geschichte des Hebammenwesens, Hannover 1964.
- Guttstadt, A., Deutschlands Gesundheitswesen, II. Teil, Leipzig 1891.
- Haberling, Wilhelm, Arthur Schlossmann, sein Leben und sein Werk, in: Lehr, Auf neuen Wegen zu neuen Zielen, S. 1-32.
- Habermas, Jürgen, Theorie des kommunikativen Handelns. 2 Bde., Frankfurt/M. 1981.
- Hagen, Wilhelm, Gesundheitspolitik im 20. Jahrhundert, in: Öffentliches Gesundheitswesen 31, 1969, S. 53-58.
- Hahmann, Helga, Die Hebammen und ihre Berufsorganisation. Ein geschichtlicher Überblick, Hannover 1982.
- Hähner-Rombach, Sylvelin, Sozialgeschichte der Tuberkulose. Vom Kaiserreich bis zum Ende des Zweiten Weltkriegs unter besonderer Berücksichtigung Württembergs, Stuttgart 2000.
- Hämmerle, Christa (Hg.), Maria Horner. Aus dem Leben einer Hebamme, Wien/ Köln/ Graz 1985.

- Haney, Lynne A., Engendering the Welfare State: A Review Article, in: *Comparative Studies in Society and History* 40 (1998), S. 748-767.
- Hanke, Edith (Hg.), *Max Webers Herrschaftssoziologie. Studien zur Entstehung und Wirkung*, Tübingen 2001;
- Hansa Bund (Hg.), *Die freiwilligen sozialen Fürsorge- und Wohlfahrtseinrichtungen in Gewerbe, Handel und Industrie im Deutschen Reiche*, Halle 1913.
- Hardtwig, Wolfgang, Art. Verein, Gesellschaft, Geheimgesellschaft, Assoziation, Genossenschaft, Gewerkschaft, in: *GGr. 6*, Stuttgart 1990, S. 789-829.
- Hasse, E., *Wohnungen und Haushaltungen*, in: *SJDS* 1 (1890), S. 70-82.
- Haumann, Heiko/ Schadek, Hans (Hg.), *Geschichte der Stadt Freiburg im Breisgau; Bd. 3, Von der badischen Herrschaft bis zur Gegenwart*, Stuttgart 1992.
- Hauschildt, Elke, „Auf den richtigen Weg zwingen...“ *Trinkerfürsorge 1922-1945*, Freiburg/Br.1995.
- Hausen, Karin, *Arbeiterinnenschutz, Mutterschutz und gesetzliche Krankenversicherung im Deutschen Kaiserreich und in der Weimarer Republik. Zur Funktion von Arbeits- und Sozialrecht für die Normierung und Stabilisierung der Geschlechterverhältnisse*, in: Ute Gerhard (Hg.), *Frauen in der Geschichte des Rechts. Von der frühen Neuzeit bis zur Gegenwart*, München 1997, S. 713-743.
- Hausen, Karin, *Die sprichwörtliche Armut der Witwen und Waisen und die Grenzen des Sozialstaats. Witwenversorgung in Deutschland im ersten Drittel des 20. Jahrhunderts*, in: *Bericht über die 39. Versammlung deutscher Historiker in Hannover, 23. bis 26. September 1992*, Stuttgart 1994, S. 206-207.
- Hausen, Karin, „...wir werden alt vom Arbeiten“. *Die soziale Situation alternder Arbeiterfrauen in der Weimarer Republik am Beispiel Hamburgs*, in: *AfS* 30 (1990), S. 247-295.
- Hausen, Karin, *Die Polarisierung der Geschlechtscharaktere. Eine Spiegelung der Dissoziation von Erwerbs- und Familienleben*, in: Werner Conze (Hg.), *Sozialgeschichte der Familie in der Neuzeit*, Stuttgart 1976, S. 363-393.
- Hauser, *Über Wochenbettpflege und ihre Beziehungen zur öffentlichen Armenpflege*, in: Hauser/ Münsterberg, *Die Fürsorge für Wöchnerinnen und deren Angehörige. Zwei Berichte erstattet im Auftrage des Vereins*, Leipzig 1897 (*Schriften des deutschen Vereins für Armenpflege und Wohltätigkeit*, H. 30), S. 1-32.
- Hauser/ Münsterberg, *Die Fürsorge für Wöchnerinnen und deren Angehörige. Zwei Berichte erstattet im Auftrage des Vereins*, Leipzig 1897 (*Schriften des deutschen Vereins für Armenpflege und Wohltätigkeit*, H. 30).
- Hegar, Alfred, *Brüste und Stillen*, in: *DMW* 22 (1896), S. 539-541.
- Helfrich, Hede (Hg.), *Frauenleben im Wohlfahrtsstaat: Zur Situation weiblicher Existenzbedingungen*, Münster 1996.
- Heller, Marie, *Die Unterweisung der Jugend in der Säuglingspflege*, in: *Die Deutsche Frau* 2 (1912), S. 11-13.
- Henning, Friedrich-Wilhelm, *Handbuch der Wirtschafts- und Sozialgeschichte Deutschlands, Bd. 2, Deutsche Wirtschafts- und Sozialgeschichte im 19. Jahrhundert*, Paderborn u. a. 1996.

- Hentschel, Volker, Die Sozialpolitik in der Weimarer Republik, in: Karl Dietrich Bracher/ Manfred Funke/ Hans-Adolf Jacobsen (Hg.), Die Weimarer Republik. Politik-Wirtschaft-Gesellschaft, München 1984, S. 197-217.
- Herberg, Elisabeth, Zur Frage des Fabrikstillraums, in: ZfS 5 (1911), S. 328-334.
- Hering, Sabine, Die Kriegsgewinnlerinnen: Praxis und Ideologie der deutschen Frauenbewegung im Ersten Weltkrieg, Pfaffenweiler 1990.
- Herlitzius, Annette, Frauenbefreiung und Rassenideologie. Rassenhygiene und Eugenik im politischen Programm der „Radikalen Frauenbewegung“ (1900-1933), Wiesbaden 1995.
- Hesse, Ariane, Ärztliche Vereine und Standesorganisationen in Freiburg im Breisgau, Freiburg/Br. 1978.
- Hesse, E., Statistisches Amt der Stadt Leipzig, Wohnungen und Haushaltungen nach den Ergebnissen der Zählung von 1905, in: SJDS 16 (1909), S. 433-471.
- Hesse, E., Wohnungen und Haushaltungen nach den Ergebnissen der Zählung von 1900, in: SJDS 11 (1903), S. 69-101.
- Hesse, E., Wohnungen und Haushaltungen nach den Ergebnissen der Zählung von 1890, in: SJDS 3 (1893), S. 32-54.
- Hesse, E., ders., Wohnungen, in: SJDS 2 (1892), S. 50-56.
- Hesse, E., Wohnungen und Haushaltungen nach den Ergebnissen der Zählung von 1895, in: SJDS 7 (1896), S. 53-73.
- Hesse, R., Eine kommunale Mutterschaftskasse und Säuglingsfürsorge, in: ZfS 5 (1911), S. 85-90.
- Hettling, Manfred, Politische Bürgerlichkeit. Der Bürger zwischen Individualisierung und Vergesellschaftung, Göttingen 1999.
- Hettling, Manfred/ Hoffmann, Stefan-Ludwig (Hg.), Der bürgerliche Wertehimmel: Innenansichten des 19. Jahrhunderts, Göttingen 2000.
- Heubner, Otto, Hygiene des Kindesalters, in: Handbuch der Hygiene, hg. v. Max Gruber/ Max Rubner / Ficker M., Bd. 4, Leipzig 1912.
- Heubner, Otto, Lebenschronik. Von ihm selbst verfaßt und nach seinem Tod hg. von seinem ältesten Sohne Wolfgang Heubner, Berlin 1927.
- Heubner, Otto/ Langstein, Leo, Entgegnung auf den Aufsatz des Herrn Geheimrat Biedert „Die Musteranstalt für Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, die klinische Beobachtung und die historische Betrachtung“, in: Jahrbuch für Kinderheilkunde NF 64 (1906), S. 187-193.
- Heubner, Wolfgang (Hg.), Otto Heubner: Lebenschronik, Berlin 1927.
- Heusler-Edenhuizen, Hermine, Du mußt es wagen! Lebenserinnerungen der ersten deutschen Frauenärztin. Mit einem Vorwort von Heide Soltau, Hamburg 1999.
- Heynacher, Martha, Die Berufslage der Fürsorgerinnen, Karlsruhe 1925.
- Hilger, Susanne, Sozialpolitik und Organisation. Formen betrieblicher Sozialpolitik in der rheinisch-westfälischen Eisen- und Stahlindustrie seit Mitte des 19. Jahrhunderts bis 1933, Stuttgart 1996.
- Hink, Anni, Die Fürsorge für die Schwangere und Wöchnerinnen im Laufe der Jahrtausende, Med. Diss., Düsseldorf 1938.

- Hirsch, Max, Mutterschaftsfürsorge: Kritische Darstellung der wissenschaftlichen Grundlagen, praktischen Einrichtungen und gesetzgeberischen Maßnahmen, Grundlegung der Sozialgynäkologie, Leipzig 1931.
- Hirschfeld, Dorothea, Die Frauen in der Armen- und Wohlfahrtspflege Deutschlands. Bericht aus Anlaß des internationalen Kongresses für Armenpflege und Wohltätigkeit in Kopenhagen 1910, Berlin 1909.
- Hirschfelder, Isidor, Die offene und geschlossene Säuglings- und Wöchnerinnen-Fürsorge in Crefeld (vom 1. Januar 1918 bis 31. März 1919), in: Zeitschrift für Säuglings- und Kleinkinderschutz 12 (1920), S. 73-77.
- Hirtsiefer, Heinrich, Die staatliche Wohlfahrtspflege in Preußen 1919-1923, Berlin 1924.
- Hoeber, Richard, Moderne öffentliche Säuglingsfürsorge, gedrucktes Manuskript eines Vortrags vom 26. Januar 1910 in Augsburg, o. O. 1910.
- Hof, Axel, Der soziale Ort der Gesundheit. Topographische Bibliographie zur Sozialgeschichte des Fürsorge-, Hospital-, Medizinal- und Wohlfahrtswesens, Regensburg 2000.
- Hoffa, Theodor, Säuglingsfürsorge in Barmen, in: ZfS 4 (1910) S. 66-76 und 97-106.
- Hoffa, Theodor, Das Säuglingsheim zu Barmen, in: ZfS 2 (1908), S. 172-182 und 191-203.
- Hoffa, Theodor, Ein Säuglingsheim in Barmen, in: ZfS 1 (1906), S. 121-123.
- Hoffmann, F. Die geschichtliche Entwicklung der Wochenhilfe, in: Volkswohlfahrt 2 (1921), S. 41-44.
- Hofmann, Die Aufgaben der Verwaltung zur Förderung des Stillens, in: ZfS 3 (1909) S. 276-281.
- Honegger, Claudia, Die Ordnung der Geschlechter. Die Wissenschaften vom Menschen und das Weib 1750-1850, Frankfurt/M. 1991.
- Honegger, Claudia, Frauen und medizinische Deutungsmacht im 19. Jahrhundert, in: Alfons Labisch/ Reinhard Spree (Hg.), Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel, Bonn 1989, S. 181-194.
- Honegger, Claudia, Überlegungen zur Medikalisierung des weiblichen Körpers, in: Arthur E. Imhof (Hg.), Leib und Leben in der Geschichte der Neuzeit. Vorträge eines internationalen Kolloquiums, Berlin 1983, S. 203-213.
- Hong, Young-Sun, Welfare, Modernity and the Weimar State 1919-1933, Princeton 1998.
- Hong, Young-Sun, Feminity as a Vocation: Gender and Class Conflict in the Professionalization of German Social Work, in: Geoffrey Cocks/ Konrad H. Jarausch, German Professions 1800-1950, Oxford 1990, S. 232-251.
- Hopmann, Mütterberatungs- und Säuglingsfürsorgestelle der Farbenfabriken, vorm. Friedr. Bayer & Co, Leverkusen, in: Mutter und Kind 5 (1913), Nr. 9, S. 3-5.
- Horn, Sonia/ Pils, Susanne Claudine, Sozialgeschichte der Medizin: Stadtgeschichte und Medizingeschichte, Thaur/ Wien/ München 1998.
- Huber, Ernst Rudolf, Dokumente zur deutschen Verfassungsgeschichte, Bd. 3, Dokumente der Novemberrevolution und der Weimarer Republik, Stuttgart u. a. 1966.
- Hudemann-Simon, Calixte, Die Eroberung der Gesundheit 1750-1900 (aus dem Französischen von Andrea van Dülmen), Frankfurt /M. 2000.

- Huerkamp, Claudia, Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten: Das Beispiel Preußens, Göttingen 1985.
- Hurrelmann, Klaus / Kolip, Petra (Hg.), Geschlecht, Gesundheit und Krankheit. Männer und Frauen im Vergleich, Bern u. a. 2002.
- Hüttenberger, Peter, Düsseldorf, in: Udo Weidenhaupt (Hg.) unter Mitarbeit von Manfred Fey, Geschichte Düsseldorfs von den Ursprüngen bis ins 20. Jahrhundert, Bd. 3: Die Industrie- und Verwaltungsstadt (20. Jahrhundert), Düsseldorf 1989.
- Imhof, Arthur E., Unterschiedliche Säuglingssterblichkeit in Deutschland 18. bis 20. Jahrhundert – Warum?, in: Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft 7,3 (1981), S. 343-382.
- Imhof, Arthur E., Die Übersterblichkeit verheirateter Frauen im fruchtbaren Alter. Eine Illustration der „condition feminine“ im 19. Jahrhundert, in: Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft 5 (1979), S. 487-510.
- Jahresbericht (XXII.) des Vereins zur Erhaltung eines Wöchnerinnen-Asyls für bedürftige Ehefrauen über das Jahr 1913, Karlsruhe 1914.
- James, Bruno, Die Mutterschaftsversicherung und ihre Bedeutung für die Säuglingsfürsorge, Berlin 1912.
- Janssen-Jurreit, Marielouise, Sexualreform und Geburtenrückgang – Über die Zusammenhänge von Bevölkerungspolitik und Frauenbewegung um die Jahrhundertwende, in: Annette Kuhn/ Gerhard Schneider (Hg.), Frauenrechte und die gesellschaftliche Arbeit der Frauen im Wandel. Fachwissenschaftliche und fachdidaktische Studien zur Geschichte der Frauen, Düsseldorf 1982, S. 56-81.
- Jessen, Ralf, Polizei, Wohlfahrt und die Anfänge des modernen Sozialstaates in Preußen während des Kaiserreiches, in: GuG 20 (1994), S. 157-180.
- Jones, Kathleen.W., Sentiment and Science: the Late Nineteenth Century Pediatrician as Mother's Advisor', in: Journal of Social History 17 (1983), S. 79-96.
- Joppich, Gerhard, Das Kaiserin Auguste-Victoria-Haus und die Anfänge der Sozialpädiatrie in Deutschland, in: Der Kinderarzt 6 (1975), S. 567-578.
- Jütte, Robert, Diskursanalyse in Frankreich, in: Joachim Eibach/ Günther Lottes, Kompaß der Geschichtswissenschaft. Ein Handbuch, Göttingen 2002, S. 307-317.
- Kaiser, Jochen-Christoph, Einleitung zur Sektion III: Freie Wohlfahrt im Sozialstaat – Legitimationsinstanz und Leistungsanbieter, in: Andreas Wollasch (Hg.), Wohlfahrtspflege in der Region. Westfalen-Lippe während des 19. und 20. Jahrhunderts im historischen Vergleich, Paderborn 1997, S. 159-164.
- Kaiser, Jochen-Christoph, Freie Wohlfahrtsverbände im Kaiserreich und in der Weimarer Republik. Ein Überblick, in: Westfälische Forschungen 43 (1993), S. 26-57.
- Karlsruhe 1911. Festschrift der 83. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte, hg. vom Stadtrat der Haupt- und Residenzstadt Karlsruhe, Karlsruhe 1911.
- Kastorff-Viehmann, Renate, Wohnungsbau für Arbeiter. Das Beispiel Ruhrgebiet bis 1914, Aachen 1981.
- Katz, Michael B./ Sachße, Christoph (Hg.), The Mixed Economy of Social Welfare: Public/Private Relations in England, Germany and the United States, the 1870's to the 1930's, Baden-Baden 1996.

- Kaufmann, Franz-Xaver, Zukunft der Familie im vereinten Deutschland. Gesellschaftliche und politische Bedingungen, München 1995.
- Kaufmann, Franz-Xaver, Elemente einer soziologischen Theorie sozialpolitischer Intervention, in: ders. (Hg.), Staatliche Sozialpolitik und Familie, München/ Wien 1983, S. 49-86.
- Kaufmann, Franz-Xaver, Zur Lage der Familie und der Familienpolitik in Deutschland, in: Friedrich Wilhelm Busch/ Rosemarie Nave-Herz, (Hg.) Ehe und Familie in Krisensituationen, Oldenburg 1999, S. 13-33.
- Kaupe, Walther, Die neuen preussischen Bestimmungen über die Prüfung von Säuglingspflegerinnen und unsere bisherigen Erfahrungen bei deren Ausbildung, in: Zeitschrift für Säuglings- und Kleinkinderschutz 11 (1917), S. 390-394.
- Kehrer, E., Bedeutung, Aufgaben und Organisation der Mutter-, Säugling- und Kleinkindfürsorge, in: Zeitschrift für Bevölkerungspolitik und Säuglingsfürsorge 9 (1917), S. 162-220 und S. 230-243.
- Keller, Arthur, Säuglingsfürsorge und Kinderschutz in England und Schottland, Leipzig/ Wien 1911.
- Keller, Arthur, Fachlich ausgebildete, beamtete Helferinnen in der Säuglings-Fürsorge, in: Zeitschrift für Säuglingsschutz 2 (1910), S. 137-146.
- Keller, Arthur, Der Stand der Säuglingsfürsorge, in: Stenographischer Bericht über die Verhandlungen des I. Deutschen Kongresses für Säuglingsschutz und der Mitgliederversammlung der Deutschen Vereinigung für Säuglingsschutz, Berlin 1909, S. 27-32.
- Keller, Arthur, Der Umfang der Unterstützungen an stillende Mütter. Eine statistische Zusammenstellung, in: Zeitschrift für Säuglingsschutz 1 (1909), S. 180-185.
- Keller, Arthur, Die deutsche Vereinigung für Säuglingsschutz und der erste deutsche Kongress für Säuglingsfürsorge, in: Zeitschrift für Säuglingsschutz 1 (1909), S. 18-28.
- Keller, Arthur, Einheitsbestrebungen in der Säuglingsfürsorge, in: Archiv für Volkswohlfahrt 2 (1909), S. 592-598.
- Keller, Arthur, Kommunale Säuglingsfürsorge. Ärztliche Erfahrungen, in: Ergebnisse der Säuglingsfürsorge, Leipzig 1908, S. 1-103.
- Kempf, Rosa, Die Hausmutter der landwirtschaftlichen Bevölkerung, in: Schreiber, Mutterschaft, S. 243-256.
- Kempf, Rosa, Inkonsequenzen der Frauenbewegung, in: Centralblatt des BDF 8 (1906/07), S. 58-60.
- Kenkmann, Alfons, „Wilde Jugend“: Lebenswelten großstädtischer Jugendlicher zwischen Weltwirtschaftskrise, Nationalsozialismus und Währungsreform, Essen 1996.
- Kerchner, Brigitte, Beruf und Geschlecht: Frauenberufsverbände in Deutschland 1848-1908, Göttingen 1992.
- Kickbusch, Ilona/ Riedmüller, Barbara (Hg.), Die armen Frauen. Frauen und Sozialpolitik, Frankfurt/M. 1984.
- Kiesewetter, Hubert, Industrielle Revolution in Deutschland 1815-1914, Frankfurt/M. 1991.
- Kintner, Hallie J., The Determinants of Infant Mortality in Germany from 1871 to 1933, unveröffentlichte Ph.D. thesis, Michigan 1982.

- Kintner, Hallie, Trends and Regional Differences in Breastfeeding in Germany from 1871 to 1937, in: *Journal of Family History* (1985), S. 163-182.
- Klausmann, Christina, Politik und Kultur der Frauenbewegung im Kaiserreich. Das Beispiel Frankfurt am Main, Frankfurt/M. /New York 1997.
- Kleine, Astrid, Der Kampf für den gesunden Nachwuchs. Säuglingsfürsorge im späten Kaiserreich in Münster und Dortmund, unveröff. Hausarbeit zur Erlangung des Magistergrades 1997.
- Kling, Gudrun, Frauen im öffentlichen Dienst des Großherzogtums Baden. Von den Anfängen bis zum Ersten Weltkrieg, Stuttgart 2000.
- Knörich, Else, Gesundheitspflege auf dem Lande, in: *ZfS* 8 (1914), S. 90-104 und 129-143.
- Kocka, Jürgen, Fragen zum Thema, in: *GuG* 18 (1992), S. 137-142.
- Kocka, Jürgen, Einige Ergebnisse, in: Ute Frevert (Hg.), *Bürgerinnen und Bürger: Geschlechterverhältnisse im 19. Jahrhundert*, Göttingen 1988, S. 206-209.
- Kocka, Jürgen (Hg.), *Bürger und Bürgerlichkeit im 19. Jahrhundert*, Göttingen 1987.
- Kocka, Jürgen (Hg.), *Arbeiter und Bürger im 19. Jahrhundert. Varianten ihres Verhältnisses im europäischen Vergleich*, München 1986.
- Kocka, Jürgen, Der „deutsche Sonderweg“ in der Diskussion, in: *German Studies Review* 5 (1982), S. 365-379.
- Kocka, Jürgen, *Klassengesellschaft im Krieg. Deutsche Sozialgeschichte 1914-1918*, Göttingen 1973.
- Köhler, Paul, Max Taube, der Schöpfer der Unehelichenfürsorge, in: *Leipzig. Eine Monatsschrift* 7 (1930/31), S. 198-199.
- Kolip, Petra, Frauenleben in Ärztehand. Die Medikalisierung weiblicher Umbruchphasen, in: Dies. (Hg.), *Weiblichkeit ist keine Krankheit. Die Medikalisierung körperlicher Umbruchphasen im Leben von Frauen*, Weinheim 2000, S. 9-30.
- Kolip, Petra, Frauen und Männer, in: Friedrich W. Schwartz u. a. (Hg.), *Das Public Health Buch. Gesundheit und Gesundheitswesen*, München u. a. 1998, S. 506-516.
- Kolleck, G., Ein Beitrag zur Milchversorgung, Säuglingsfürsorge und Mutterberatung, in: *ZfS* 2 (1908), S. 335-343.
- Konferenz zur Beratung von Grundsätzen, betreffend die einheitliche Ausbildung der Säuglingspflegerinnen: Stenographischer Bericht, Berlin 1912.
- Kosenow, Wilhelm, Die Frauenvereine als Pioniere der Sozialpädiatrie – dargestellt am Beispiel des Crefelder Frauen-Vereins, gegr. 1827, in: *Der Kinderarzt* 20 (1989), S. 1644-1653.
- Köstlin, Hebammenwesen, in: Otto Rapmund (Hg.), *Das Preussische Medizinal- und Gesundheitswesen in den Jahren 1883-1908*, Berlin 1908, S. 384-402.
- Koven, Seth/ Michel, Sonya (Hg.), *Mothers of a New World. Maternalist Politics and the Origins of Welfare States*, London/ New York 1993.
- Koven, Seth/ Michel, Sonya, Womanly Duties: Maternalist Politics and the Origins of Welfare States in France, Germany, Great Britain, and the United States 1880-1920, in: *The American Historical Review* 95 (1990), S. 1076-1108.

- Krabbe, Wolfgang R., Die deutsche Stadt im 19. Jahrhundert. Eine Einführung, Göttingen 1989.
- Krabbe, Wolfgang R., Kommunalpolitik und Industrialisierung. Die Entfaltung der städtischen Leistungsverwaltung im 19. und 20. Jahrhundert. Fallstudien zu Dortmund und Münster, Stuttgart u. a. 1985.
- Krabbe, Wolfgang R., Von der Armenpflege zur lokalen Sozial- und Gesundheitsverwaltung. Wandlungen im kommunalen Pflichtaufgabenbereich unter dem Druck der Modernisierung am Beispiel westfälischer Städte (1800-1914), in: Beiträge zur Geschichte Dortmunds und der Grafschaft Mark 77/78 (1984/85), S. 155-215.
- Krabbe, Wolfgang R., Die Anfänge des sozialen Wohnungsbaus vor dem Ersten Weltkrieg, in: VSWG 71 (1984), S. 30-58.
- Kraul, Margret, Normierung und Emanzipation. Die Berufung auf den Geschlechtscharakter bei der Institutionalisierung der höheren Mädchenbildung, in: Karl-Ernst Jeismann (Hg.), Bildung, Staat, Gesellschaft im 19. Jahrhundert. Mobilisierung und Disziplinierung, Stuttgart 1989, S. 219-231.
- Krautwig, Peter, Die Organisation der Gesundheitsfürsorge, in: Handbuch der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge, hg. Von Adolf Gottstein / Arthur Schlossmann/ L. Teleky, Bd.1: Grundlagen und Methoden (bearb. von Eduard Dietrich u. a.), Berlin 1927, S. 439 –495.
- Krautwig, Peter, Über Säuglingsfürsorge, besonders über das Haltekinderwesen, Bonn 1904.
- Krautwig, Peter, Ueber Säuglingssterblichkeit und ihre Herabminderung, mit besonderer Berücksichtigung der Verhältnisse der Stadt Köln, in: Centralblatt für allgemeine Gesundheitspflege. Organ des Niederrheinischen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege 21 (1902), S. 97-141,
- Kreisfürsorgerinnentag, in: Zeitschrift für Säuglings- und Kleinkinderschutz 12 (1920), S. 305-319, 339-350, 516-521, 552-556.
- Die Krippe zu Karlsruhe, in: Blätter des Badischen Frauenvereins 21 (1897), S. 24-30 und 51-53.
- Kröhne, Marie, Die wirtschaftliche Stellung der Fürsorgerin, in: Zeitschrift für Säuglings- und Kleinkinderschutz 12 (1920), S. 339-350.
- Krohne, Otto, Das neue preußische Hebammengesetz, in: Veröffentlichungen aus dem Gebiete der Medizinalverwaltung 17 (1922), S. 3-22.
- Krohne, Otto, Die Bedeutung der neuen preussischen Vorschriften über die staatliche Prüfung von Säuglingspflegerinnen, Berlin 1917.
- Kruedener, J. v., Die Überforderung der Weimarer Republik als Sozialstaat, in: GuG 11 (1985), S. 358-376.
- Kuczynski, R., Wohnungen nach den Zählungen von 1910, in: SJDS 21 (1915), S. 851-886.
- Kühne, Thomas, Das Deutsche Kaiserreich 1871-1918 und seine politische Kultur: Demokratisierung, Segmentierung, Militarisierung, in: NPL 43 (1998), S. 206-263.
- Kulawik, Teresa, Wohlfahrtsstaat und Mutterschaft. Schweden und Deutschland 1870-1912, Frankfurt/M./ New York 1999.

- Kundrus, Birthe, Kriegerfrauen. Familienpolitik und Geschlechterverhältnisse im Ersten und Zweiten Weltkrieg, Hamburg 1995.
- Kunzel, Regina C., *Fallen Women, Problem Girls: Unmarried Mothers and the Professionalization of Social work, 1890-1945*, New Haven 1993.
- Küster, Thomas, *Alte Armut und neues Bürgertum: öffentliche und private Vorsorge in Münster von der Ära Schwarzenberg bis zum Ersten Weltkrieg (1756-1914)*, Münster 1995.
- Küster, Thomas, *Bürgertum und städtische Armut. Gesellschaftlicher Wandel im Urbanisierungsprozess am Beispiel der kommunalen Armenfürsorge in Münster*, in: *Westfälische Forschungen* 43 (1993), S. 58-80.
- Labisch, Alfons, *Frau und Tod – Medizin und Moderne. Ein medizinhistorischer Essay*, in: *Der Gynäkologe* 26 (1993), S. 198-204.
- Labisch, Alfons, *Homo Hygienicus. Gesundheit und Medizin in der Neuzeit*, Frankfurt/M. / New York 1992.
- Labisch, Alfons, *Experimentelle Hygiene, Bakteriologie, soziale Hygiene: Konzeptionen, Interventionen, soziale Träger – Eine idealtypische Übersicht*, in: Jürgen Reulecke/ Adelheid Gräfin zu Castell Rüdtenhausen (Hg.): *Stadt und Gesundheit. Zum Wandel von „Volksgeundheit“ und kommunaler Gesundheitspolitik im 19. und frühen 20. Jahrhundert*, Stuttgart 1991, S. 37-47.
- Labisch, Alfons, *Kommunale Gesundheitssicherung im rheinisch-westfälischen Industriegebiet (1869-1934) – Ein Beispiel zur Soziogenese öffentlicher Gesundheitsleistungen*, in: Schadewaldt, Hans/ Leven, Karl-Heinz (Hg.), *XXX. Congrès Internationale d’Histoire de la Médecine [Düsseldorf 31.8.-5.9.1986]*, Leverkusen 1988.
- Labisch, Alfons, *Gemeinde und Gesundheit. Zur historischen Soziologie des kommunalen Gesundheitswesens*, in: Bernhard Blanke/ Adalbert Evers/ Helmut Wollmann (Hg.), *Die zweite Stadt. Neue Formen lokaler Arbeits- und Sozialpolitik*, Opladen 1986, S. 275-305.
- Labisch, Alfons, *Die gesundheitspolitischen Vorstellungen der deutschen Sozialdemokratie von ihrer Gründung bis zur Parteispaltung (1863-1917)*, in: *AfS* 16 (1976), S. 325-370.
- Labisch, Alfons/ Spree, Reinhard, *Neuere Entwicklungen und aktuelle Trends in der Sozialgeschichte der Medizin in Deutschland Rückschau und Ausblick (Teil 1)*, in: *VSWG* 84 (1997), S. 171-210.
- Labisch, Alfons/ Tennstedt, Florian, *Prävention und Prophylaxe als Handlungsfelder der Gesundheitspolitik im Deutschen Reich (1871-1945)*, in: Thomas Elkeles u. a. (Hg.), *Prävention und Prophylaxe. Theorie und Praxis eines gesundheitspolitischen Grundmotivs in zwei deutschen Staaten 1949-1990*, Berlin 1991, S. 13-28.
- Labisch, Alfons/ Tennstedt, Florian (Hg.), *Der Weg zum „Gesetz über die Vereinheitlichung des Gesundheitswesens“ vom 3. Juli 1934: Entwicklungslinien und -momente des staatlichen und kommunalen Gesundheitswesens in Deutschland*, 2 Bde., Düsseldorf 1985.
- Labisch, Alfons/ Vögele, Jörg, *Stadt und Gesundheit. Anmerkungen zur neueren sozial- und medizinhistorischen Diskussion in Deutschland*, in: *AfS* 37 (1997), S. 181-209.

- Labisch, Alfons/ Woelk, Wolfgang, Geschichte der Gesundheitswissenschaften, in: Klaus Hurrelmann/ Ulrich Laaser (Hg.), Handbuch Gesundheitswissenschaften, Weinheim/ München 1998, S. 49-89.
- Labouvie, Eva, Beistand in Kindsnöten. Hebammen und weibliche Kultur auf dem Land (1550 – 1910), Frankfurt/M. 1999.
- Labouvie, Eva, Andere Umstände. Eine Kulturgeschichte der Geburt, Köln/ Weimar/ Wien 1998.
- Lachmund, Jens/ Stollberg, Gunnar, Patientenwelten. Krankheit und Medizin vom späten 18. bis zum frühen 20. Jahrhundert im Spiegel von Autobiographien, Opladen 1995.
- Ladd, Brian Kenneth, City Planning and Social Reform in Cologne, Frankfurt and Düsseldorf, 1866-1914, Ph. D. thesis Yale University 1986.
- Land, Jörgis, Verhaltensempfehlungen für die Schwangerschaft im Spiegel der Ratgeberliteratur 1880-1980, Essen 1989.
- Landwehr, Achim, Geschichte des Sagbaren. Einführung in die historische Diskursanalyse, Tübingen 2001.
- Landwehr, Rolf, Geschichte der Sozialarbeit: Hauptlinien ihrer Entwicklung im 19. und 20. Jahrhundert, unter Mitarbeit von Rüdiger Baron, Weinheim/ Basel 1983.
- Lange-Appel, Ute, Von der allgemeinen Kulturaufgabe zur Berufskarriere im Lebenslauf. Eine bildungshistorische Untersuchung zur Professionalisierung der Sozialarbeit, Frankfurt/M. 1993.
- Lange, Helene, Die Frau als Bürgerin, in: Die Frau 11 (1904), S. 526-535.
- Lange, Helene, Frauenbewegung und Geburtenrückgang, in: Die Frau 20 (1912), S. 174-175.
- Langewiesche, Dieter, ‚Staat‘ und ‚Kommune‘. Zum Wandel der Staatsaufgaben in Deutschland im 19. Jahrhundert, in: HZ 1989, S. 621-635.
- Langewiesche, Dieter, Liberalismus in Deutschland, Frankfurt/M. 1988.
- Langstein, Leo, Belehrung der Bevölkerung in Säuglingspflege und Säuglingsernährung, in: Bericht über den III. Internationalen Kongress für Säuglingsschutz, S. 304-319.
- Langstein, Leo, Zur Ausbildung der Fürsorgerinnen, in: DMW 46 (1920), S. 1118-1120.
- Langstein, Leo, Säuglingsfürsorge, die Grundlage für Deutschlands Zukunft. Dringliche Aufgaben des Säuglingsschutzes, Berlin 1916.
- Langstein, Leo, Bemerkungen zu dem Aufsatz über die „Reichsmilchflasche“, in: ZfS 4 (1910), S. 279-280.
- Langstein, Leo/ Rott, Fritz, Der Beruf der Säuglingspflegerin, Berlin 1915.
- Laquer, Thomas, Auf den Leib geschrieben. Die Inszenierung der Geschlechter von der Antike bis Freud, Frankfurt/M./ New York 1992.
- Lässig, Simone/ Pohl, Karl Heinrich (Hg.), Sachsen im Kaiserreich. Politik, Wirtschaft und Gesellschaft im Umbruch, Weimar/ Köln/ Wien 1996.
- Lauterer, Heide-Marie, „Weil ich von dem Einsatz meiner Kräfte die Überwindung der Schwierigkeiten erhoffte.“ Marie Baum (1874-1964): Frauenbewegung, Politik und Beruf, in: Stadtarchiv Heidelberg (Hg.), Frauengestalten. Soziales Engagement in Heidelberg, Heidelberg 1995, S. 55-116.

- Lawrence, Christopher/ Hardy, Anne (Ed.), *Women and Modern Medicine*, Amsterdam 2001.
- Lee, W. R., *The Impact of Agrarian Change on Women's Work and Child Care in Early-Nineteenth-Century Prussia*, in: John. C. Fout (ed.), *German Women in the Nineteenth Century. A Social History*, New York 1984, S. 234-255.
- Lehr, Robert (Hg.), *Auf neuen Wegen zu neuen Zielen. Festschrift zum 60. Geburtstag von Arthur Schlossmann*, 16. Dezember 1927, zusammengestellt und bearbeitet von Marta Fraenkel, Düsseldorf 1927.
- Leibfried, Stephan/ Tennstedt, Florian (Hg.), *Politik der Armut und die Spaltung des Sozialstaates*, Frankfurt/M. 1985, S. 311-335.
- Leitner, Sigrid, *Frauen und Männer im Wohlfahrtsstaat: Zur strukturellen Umsetzung von Geschlechterkonstruktionen in sozialen Sicherungssystemen*, Frankfurt/M. 1999.
- Lenger, Friedrich, *Bürgertum und Stadtverwaltung in rheinischen Großstädten des 19. Jahrhunderts. Zu einem vernachlässigten Aspekt bürgerlicher Herrschaft*, in: Lothar Gall (Hg.), *Stadt und Bürgertum im 19. Jahrhundert*, München 1990, S. 97-169.
- Lenger, Friedrich, *Großstädtische Eliten vor dem Problem der Urbanisierung. Skizze eines deutsch-amerikanischen Vergleichs 1870-1914*, *GuG* 21 (1995), S. 313-337.
- Leukel, Sandra, *Die öffentliche Diskussion über das Frauenstudium in Preußen 1896-1908*, unveröffentl. Magisterarbeit, Düsseldorf 1994.
- Levy, Albert/ Frankenberg, H. v., *Die berufliche und fachliche Ausbildung in der Armenpflege*, Leipzig 1907 (SDVAW 79).
- Lewis, Jane, *The Politics of Motherhood: Child and Maternal Welfare in England, 1900-1939*, London 1980.
- Lewis, Jane, *Women's Agency, Maternalism and Welfare*, in: *Gender and History* 6 (1994), S. 117-123.
- Liebold, Cornelia, *Hebammen in Leipzig. Zur Sozialgeschichte einer weiblichen Berufsgruppe im 19. Jahrhundert*, in: Susanne Schötz (Hg.), *Frauenalltag in Leipzig. Weibliche Lebenszusammenhänge im 19. und 20. Jahrhundert*, Köln 1997, S. 47-78.
- Lilienthal, Georg, *Pediatrics and Nationalism in Imperial Germany*, in: *The Society for the Social History of Medicine, Bulletin* 39 (1986).
- Lindemann, Hugo, *Wohnungsstatistik*, in: *Neue Untersuchungen über die Wohnungsfrage in Deutschland und im Ausland*, hg. vom Verein für Sozialpolitik, Leipzig 1901, S. 261-384.
- Lindemann, Mary, *Fürsorge für arme Wöchnerinnen in Hamburg um 1800: Die Beschreibung eines „Entbindungswinkels-Winkels“*, in: *Gesnerus* 39 (1982), S. 395-403.
- Lindemann, Paul, *Die Stadtgemeinde im Dienste der Säuglingsfürsorge*, in: *Ergebnisse der Säuglingsfürsorge*, Leipzig 1908, S. 105-136.
- Lindenlaub, Dieter, *Richtungskämpfe im Verein für Sozialpolitik. Wissenschaft und Sozialpolitik im Kaiserreich vornehmlich vom Beginn des „Neuen Kurses“ bis zum Ausbruch des Ersten Weltkrieges (1890-1914)*, Wiesbaden 1967.
- Lingner, Karl A., *Betrachtungen über die Säuglingsfrage mit einem Vorschlage für die Organisation einer Landes-Zentrale für Säuglingspflege und Mutterschutz in Hessen*.

- Link, Jürgen u. a. (Hg.), ‚Normalität‘ im Diskursnetz soziologischer Begriffe, Heidelberg 2003.
- Link, Jürgen u. a., Zur Einleitung: ‚Normalität‘ im Diskursnetz soziologischer Begriffe, in: Link, ‚Normalität‘, S. 7-20.
- Link, Jürgen, Versuch über den Normalismus: Wie Normalität produziert wird, 2. aktualisierte und erw. Aufl., Opladen 1999.
- Linton, Derek S., Between School and Marriage, Workshop and Household: Young Working Women as a Social Problem in Late Imperial Germany, in: European History Quarterly 18 (1988), S. 387-408.
- Lipp, Carola, Ledige Mütter, „Huren“ und „Lumpenhunde“. Sexualmoral und Ehrenhändel im Arbeitermilieu des 19. Jahrhunderts, in: Tübinger Beiträge zur Volkskultur, Tübingen 1986, S. 70-86.
- Loetz, Francisca, „Medikalisierung“ in Frankreich, Großbritannien und Deutschland, 1750-1850: Ansätze, Ergebnisse und Perspektiven der Forschung, in: Wolfgang U. Eckart/ Robert Jütte (Hg.), Das europäische Gesundheitssystem: Gemeinsamkeiten und Unterschiede in historischer Perspektive, Stuttgart 1994, S. 123-161.
- Loetz, Francisca, Vom Kranken zum Patienten. „Medikalisierung“ und medizinische Vergesellschaftung am Beispiel Badens 1750-1850, Stuttgart 1993.
- Löhlein, Hermann, Über Wöchnerinnenpflege und Pflegestätten für unbemittelte Wöchnerinnen, in: DMW 14 (1888), S. 103-105 und S. 530-531.
- Lommatzsch, G., Die Säuglingssterblichkeit in den Jahren 1899 bis 1903 mit Rücksicht auf den Beruf der Eltern, in: Zeitschrift des königlich-sächsischen Landesamtes 52 (1906), S. 152f.
- Loudon, Irvine, Death in Childbirth. An International Study of Maternal Care and Maternal Mortality 1800-1950, Oxford 1992.
- Loux, Françoise, Das Kind und sein Körper. Volksmedizin – Hausmittel – Bräuche, 1991
- Lube, Barbara, Mythos und Wirklichkeit des Elberfelder Systems, in: Karl Herrmann Beck (Hg.), Gründerzeit. Versuch einer Grenzbestimmung im Wuppertal, Köln 1984, S. 158-184.
- Lüders, Else, Das Problem der Mutterschaftsversicherung, Berlin 1905.
- Lüders, Else, Über die städtischen sozialen Einrichtungen in Leipzig, in: Evangelisch-Sozial 26 (1918), S. 100-115.
- Lüdtke, Alf, Eigen-Sinn: Fabrikalltag, Arbeitererfahrungen und Politik vom Kaiserreich bis in den Faschismus, Hamburg 1993.
- Lüdtke, Alf (Hg.), „Sicherheit“ und „Wohlfahrt“: Polizei, Gesellschaft und Herrschaft im 19. und 20. Jahrhundert, Frankfurt/M. 1992.
- Lüdtke, Alf, Einleitung: Herrschaft als soziale Praxis, in: ders. (Hg.), Herrschaft als soziale Praxis. Historische und sozial-anthropologische Studien, Göttingen 1991, S. 9-63.
- Lüdtke, Alf, „Kolonisierung der Lebenswelten“ - oder: Geschichte als Einbahnstraße? Zu Detlev Peukerts „Arbeiter-Alltag“ Mode oder Methode? in: Argument 140 (1983), S. 536ff.
- Luhmann, Niklas, Politische Theorie im Wohlfahrtsstaat, München 1981.

- Lünenborg, Gisela, Die öffentliche Gesundheitsfürsorge der Stadt Münster in Westfalen. Ein historischer Überblick von den Anfängen bis zur Errichtung staatlicher Gesundheitsämter, Med. Diss., Münster 1971.
- Lupton, Deborah, Foucault and the medicalisation critique, in: Alan R. Petersen/ Robin Bunton (Hg.), Foucault, Health and Medicine, London u. a. 1997, S. 94-110.
- Lutzer, Kerstin, Der Badische Frauenverein 1859-1918. Rotes Kreuz, Fürsorge und Frauenfrage, Stuttgart 2002.
- Mädje, Eva/ Neusüß, Claudia, Frauen in der Sozialpolitik- und Armutforschung, in: Theresa Kulawik/ Birgit Sauer (Hg.), Der halbierte Staat: Grundlagen feministischer Politikwissenschaft, Frankfurt/M./ New York 1996, S. 206-222.
- Manow, Philip Der historische Weg der sozialen Krankenversicherung. Von der Behebung sozialer Not zur umfassenden Daseinsfürsorge - Ein umgekehrter Weg, in: Heinz Häfner (Hg.), Gesundheit – unser höchstes Gut?, Berlin u. a. 1999, S. 145-165.
- Marks, Lara V., Metropolitan Maternity: Maternal and Infant Welfare Services in Early Twentieth Century London, Amsterdam/ Atlanta 1996.
- Marland, Hilary/ Rafferty, Anne Marie (Hg.), Midwives, Society and Childbirth: Debates and Controversies in the Modern Period, London 1997.
- Marlene Ellerkamp, Mutterschaftsversicherung und städtische Mutterschaftskassen. Konzeption und ihre Umsetzung im Kaiserreich, in: Vögele/ Woelk (Hg.), Stadt, Krankheit und Tod, S. 423-440.
- Marshall, Thomas H. , Citizenship and Social Class, and other Essays, Cambridge 1950; (deutsch: Bürgerrechte und soziale Klassen: Zur Soziologie des Wohlfahrtsstaates, Frankfurt 1992.)
- Martin, Jochen/ August Nitschke (Hg.), Zur Sozialgeschichte der Kindheit, Freiburg i. Br. / München 1986.
- Martin, H., Wie kann unsere Frauenwelt bei einer notwendigen Reform des Hebammenwesens helfend eingreifen? Berlin 1888.
- Maset, Michael, Diskurs, Macht und Geschichte. Foucaults Analysetechniken und die historische Forschung, Frankfurt/M. 2002.
- Matejowski, Dirk (Hg.), Metropolen. Laboratorien der Moderne, Frankfurt/M. /New York 2000.
- Matthöfer, Hans/ Mühlhausen Walter/ Florian Tennstedt, Bismarck und die soziale Frage im 19. Jahrhundert, Friedrichsruh 2001.
- Matzerath, Horst, Lokalgeschichte, Stadtgeschichte, Historische Urbanisierungsforschung ?, in: Geschichte und Gesellschaft 15 (1989), S. 62- 88.
- Matzner-Vogel, Nicole, Zwischen Produktion und Reproduktion. Die Diskussion über Mutterschaft und Mutterschutz im späten Kaiserreich und der Weimarer Republik (1905-1929), Frankfurt/Main 2006.

- Maxwell, Jennifer, Children and State Intervention: Developing a Coherent Historical Perspective, in: Anne M. Rafferty u. a. (Hg.), *Nursing History and the Politics of Welfare*, London/ New York 1997, S. 226-241.
- Mayet, Paul, Mutterschaftsversicherung und Mutterschutz, in: *Soziale Praxis* 22 (1907), S. 562-564.
- Mayet, Paul, Mutterschaftsversicherung, in: *Mutterschutz. Zeitschrift zur Reform der sexuellen Ethik. Publikationsorgan des Bundes für Mutterschutz* 3 (1907), S. 200 -214, 241- 253.
- Meckel, Richard A., *Save the Babies: American Public Health Reform an the Prevention of Infant Mortality 1850-1929*, Baltimore 1990.
- Medizinalabteilung des Ministeriums der geistlichen, Unterrichts- und Medizinal-Angelegenheiten (Bearb.), *Die Säuglingssterblichkeit, ihre Ursachen und Bekämpfung. Denkschrift*, Berlin 1905.
- Mehring, Franz, *Geschichte der deutschen Sozialdemokratie*, 2. Bd., Berlin 1960.
- Metz-Becker, Marita, *Der verwaltete Körper. Die Medikaliserung schwangerer Frauen in den Gebäuhäusern des frühen 19. Jahrhunderts*, Frankfurt/M./ New York 1997.
- Meyer, Sibylle, Die mühsame Arbeit des demonstrativen Müßiggangs. Über die häuslichen Pflichten der Beamtenfrauen im Kaiserreich, in: Karin Hausen (Hg.), *Frauen suchen ihre Geschichte. Historische Studien zum 19. und 20. Jahrhundert*, 2. Aufl., München 1987, S. 175-197.
- Meyer-Housselle, Die Krisis der Säuglingsfürsorgestellen in: *Zeitschrift für Schulgesundheitspflege und soziale Hygiene* 40 (1927), S. 28-31.
- Meyer-Renschhausen, Elisabeth, *Weibliche Kultur und soziale Arbeit. Eine Geschichte der Frauenbewegung am Beispiel Bremens 1810-1927*, Köln/ Wien 1989.
- Mitteilungen der Zentralstelle des Deutschen Städtetages V, Nr. 9 (1915), S. 238-249.
- Mitterauer, Michael, *Ledige Mütter. Zur Geschichte illegitimer Geburten in Europa*, München 1983.
- Moeller, R.G., *Protecting Motherhood: Women and the Family in the Politics of Postwar Germany*, Berkeley 1993.
- Möllers, Bernhard (Hg.), *Gesundheitswesen und Wohlfahrtspflege im Deutschen Reiche*, 2. neubearb. u. erg. Aufl. , Berlin 1930.
- Mommsen, Wolfgang J., Sozialpolitik im Deutschen Reich, in: Wolfgang Woelk/ Jörg Vögele (Hg.), *Geschichte der Gesundheitspolitik in Deutschland. Von der Weimarer Republik bis in die Frühgeschichte der „doppelten Staatsgründung“*, Berlin 2002, S. 51-66.
- Mommsen, Wolfgang J., *Bürgerstolz und Weltmachtstreben. Deutschland unter Wilhelm II. 1890-1918*, Frankfurt/M./ Berlin 1995.
- Mommsen, Wolfgang J., *Das Ringen um den nationalen Staat. Die Gründung und der innere Ausbau des Deutschen Reiches unter Otto von Bismarck 1850-1890*, Frankfurt/M./ Berlin 1993.
- Mommsen, Wolfgang J., *Wirtschaft, Gesellschaft und Staat im deutschen Kaiserreich*, in: ders., *Der autoritäre Nationalstaat. Verfassung, Gesellschaft und Kultur im deutschen Kaiserreich*, Frankfurt/M. 1990 S. 234-256.

- Mommsen, Wolfgang J., Die antinomische Struktur des politischen Denkens Max Webers, in: HZ 233 (1981), S. 35-64.
- Mommsen, Wolfgang J. (Hg.) in Zusammenarbeit mit Wolfgang Mock, Die Entstehung des Wohlfahrtsstaates in Großbritannien und Deutschland 1850-1950, Stuttgart 1981.
- Mönkemeyer, Klaus, Schmutz und Sauberkeit. Figurationen eines Diskurses im Deutschen Kaiserreich, in: Imbke Behnken (Hg.), Stadtgesellschaft und Kindheit im Prozess der Zivilisation. Konfigurationen städtischer Lebensweise zu Beginn des 20. Jahrhunderts, Opladen 1990, S. 61-76.
- Morel, Marie-France, Die Konzeption des Kindes in der Medizin des 18. Jahrhunderts, in: Alfons Labisch/ Reinhard Spree (Hg.) Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel, Bonn 1989, S. 195-206.
- Moss, Timothy, Der Spielraum und die Leistungen kommunaler Sozialpolitik nach dem Ersten Weltkrieg. Ein Städtevergleich zwischen Berlin, Köln und Frankfurt/ M., in: Archiv für Kommunalwissenschaften 2 (1993), S. 280-299.
- Mosse, Max/ Tugendreich, Gustav, Krankheit und soziale Lage, München 1913.
- Mühlenbeck, Sabine, Die Tagebücher der Hebamme Martha Reichner. Untersuchungen zum Hebammenwesen in Preußen im 19. und 20. Jahrhundert, Med. Diss., Berlin 1977.
- Müller, Rita, Von der Wiege zur Bahre – Weibliche und männliche Lebensläufe im 19. und frühen 20. Jahrhundert am Beispiel Stuttgart-Feuerbach, Stuttgart 2000.
- Münch, Ragnhild, Gesundheitswesen im 18. und 19. Jahrhundert. Das Berliner Beispiel, Berlin 1995.
- Münsterberg, Emil, Die Wöchnerinnenpflege, in: Hauser/ Münsterberg, Die Fürsorge für Wöchnerinnen und deren Angehörige. Zwei Berichte erstattet im Auftrage des Vereins, Leipzig 1897 (SDVAW 30), S. 33-47.
- Münsterberg, Emil, Die Verbindung der öffentlichen und der privaten Armenpflege, Leipzig 1891 (SDVAW, Heft 14).
- Muthesius, Hans (Hg.), Beiträge zur Geschichte der deutschen Fürsorge. 75 Jahre deutscher Verein. Köln/ Berlin 1955, S. 339-348.
- N.N., Über die Tätigkeit einer städtischen Armenpflegerin, in: Die Frau 11 (1904), S. 630-631.
- Nau, Heino Heinrich (Hg.), Der Werturteilsstreit: Die Äußerungen zur Werturteildiskussion im Ausschuß des Vereins für Sozialpolitik (1913), Marburg 1996.
- Nauk, Betrachtungen über Ursachen und Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, in: Die Frau 16 (1909), S. 460- 470.
- Naumann, Friedrich, Wohnungsfrage und Säuglingsfürsorge: Konferenzbericht/ Reichstagsabgeordneter Friedrich Naumann, Berlin 1909.
- Neefe, M.: Hauptergebnisse der Wohnungsstatistik deutscher Großstädte, in: Die Wohnungsnoth der ärmeren Klassen in deutschen Großstädten und Vorschläge zu deren Abhilfe. Gutachten und Berichte, hg. im Auftrage des Vereins für Socialpolitik, Leipzig 1886, S. 161-199.
- Nemitz, Kurt, Die Bemühungen zur Schaffung eines Reichsgesundheitsministeriums in der ersten Phase der Weimarer Republik 1918-1922, in: Medizinhistorisches Journal 16 (1981), S. 424-445.

- Nesemann, Franz, Die Entwicklung der Säuglingsfürsorge und deren Stand 1907, in: Deutsche Vierteljahresschrift für öffentliche Gesundheitspflege 40 (1908), S. 450-482.
- Neumann, Hugo (Bearb.), Öffentlicher Kinderschutz, Jena 1895 (Handbuch der Hygiene 7,2).
- Neumann, Hugo, Ueber die Häufigkeit des Stillens, in: DMW 28 (1902), S. 795.
- Nienhaus, Ursula, Weibliche Sittenpolizei, in: Alf Lüdtker (Hg.), „Sicherheit“ und „Wohlfahrt“. Polizei, Gesellschaft und Herrschaft im 19. und 20. Jahrhundert, Frankfurt 1992, S. 243-266.
- Niethammer, Lutz/ Brüggemeier, Franz J., Wie wohnten Arbeiter im Kaiserreich? in: AfS 16 (1976), S. 61-134.
- Nipperdey, Thomas, Deutsche Geschichte 1866-1918, Bd. 1: Arbeitswelt und Bürgergeist, München 1990, Bd. 2: Machtstaat vor der Demokratie, 2. durchges. Aufl., München 1993.
- Nitsch, Meinolf, Private Wohltätigkeitsvereine im Kaiserreich. Die praktische Umsetzung der bürgerlichen Sozialreform in Berlin, Berlin/ New York 1999.
- Nonn, Christoph, Soziale Hintergründe des politischen Wandels im Königreich Sachsen vor 1914, in: Simone Lässig/ Pohl, Sachsen, S. 371-392.
- Nordheim, M., Zwei wichtige Fragen aus dem Gebiet der Säuglingsfürsorge, in: ZfS 4 (1911) S. 361- 363.
- Nowacki, Bernd, Der Bund für Mutterschutz, Husum 1983.
- Oldenberg, Karl, Über den Rückgang der Geburten- und Sterbeziffer, in: Archiv für Sozialwissenschaft und Sozialpolitik 32 (1911), S. 319-377.
- Olsen, Tom, Ordered to Care? Professionalization, Gender and the Language of Training, 1915-37, in: Rafferty, Ann Marie u. a. (Hg.), Nursing History and the Politics of Welfare, London/ New York 1997, S. 150-163.
- Orloff, Anne, Gender in the Welfare State, in: Annual Review of Sociology 22 (1996), S. 51-78.
- Orthbandt, Eberhardt, Der Deutsche Verein in der Geschichte der deutschen Fürsorge, Frankfurt/M. 1980.
- Ostner, Ilona/ Pieper, Barbara (Hg.), Arbeitsbereich Familie. Umriss einer Theorie der Privatheit, New York 1980.
- Ottmüller, Uta, Speikinder-Gedeihkinder. Kommunikationstheoretische Überlegungen zu Gestalt und Funktion frühkindlicher Sozialisation im bäuerlichen Lebenszusammenhang des deutschsprachigen 19. und frühen 20. Jahrhunderts, Berlin 1986.
- Ottmüller, Uta, „Mutterpflichten“ – Die Wandlungen ihrer inhaltlichen Ausformung durch die akademische Medizin, in: Gesellschaft. Beiträge zur Marxschen Theorie 14 (1981), S. 97-138.
- Pagel, Marianne, Gesundheit und Hygiene: Zur Sozialgeschichte Lüneburgs im 19. Jahrhundert, Hannover 1992.
- Pankoke, Eckart, Gesellschaftlicher Wandel sozialer Dienste. Voraussetzungen und Entwicklungsperspektiven, in: Engelbert Kerkhoff (Hg.), Handbuch Praxis der Sozialarbeit und Sozialpädagogik, Bd.1, Düsseldorf 1981, S. 3-30.

- Pappritz, Anna, Zur Frage des Geburtenrückgangs, in: Die Frauenbewegung 19 (1913), S. 171-173.
- Pappritz, Anna, Die Errichtung von Wöchnerinnenheimen und Säuglingsasylen – eine sociale Notwendigkeit, eine nationale Pflicht! In: Sozialer Fortschritt 12/13 (1904), S. 1-26.
- Paulini, Christa, Marie Baum, in: Wegbereiterinnen der modernen Sozialarbeit, in: Maike Engelmann (Hg.), Wegbereiterinnen der modernen Sozialarbeit, Weinheim 1999, S. 204-228.
- Pawlowsky, Verena, Mutter ledig – Vater Staat. Das Gebärd- und Findelhaus in Wien 1784-1910, Innsbruck u. a. 2001.
- Pederson, Susan, Family, Dependence, and the Origins of the Welfare State; Britain and France 1914-1945, Cambridge 1993.
- Peiser, Julius, Der Erfolg der Säuglingsfürsorge in Arbeitervierteln, in: Med. Reform 18 (1910), S. 361-363.
- Peters, Dietlinde, Mütterlichkeit im Kaiserreich. Die bürgerliche Frauenbewegung und der soziale Beruf der Frau, Bielefeld 1984.
- Petersen, Johannes, Die öffentliche Fürsorge für die hilfsbedürftige Jugend, Leipzig 1907.
- Petzina, Dietmar, in Zusammenarbeit mit Manfred Köhler und Burkhard Zeppenfeld, Kommunale Handlungsspielräume und kommunale Finanzen - Erfahrungen in Deutschland zwischen Erstem Weltkrieg und Nationalsozialismus, in: Reulecke, Die Stadt als Dienstleistungszentrum, S. 153-180.
- Peukert, Detlev, Wohlfahrtsstaat und Lebenswelt, in: Lutz Niethammer u. a. (Hg.), Bürgerliche Gesellschaft in Deutschland. Historische Einblicke, Fragen, Perspektiven, Frankfurt/M. 1990.
- Peukert, Detlev, Max Webers Diagnose der Moderne, Göttingen 1989.
- Peukert, Detlef, Die Weimarer Republik. Krisenjahre der Klassischen Moderne, Frankfurt/M. 1987.
- Peukert, Detlev, Grenzen der Sozialdisziplinierung. Aufstieg und Krise der deutschen Jugendfürsorge 1878 bis 1932, Köln 1986.
- Pfeiffer, Emil, Über Pflegekinder und Säuglingskrippen, Wiesbaden 1884.
- Pfund, Kurt, Die Versorgung großer Städte mit Milch: dargestellt auf Grund der Verhältnisse in Dresden, Heidelberg 1896.
- Pistor, Moritz, Die Organisation der Landes-Zentralen für Säuglingsschutz unter besonderer Berücksichtigung der Mitarbeit der Ärzte. Vortrag in der Ausschußsitzung der Deutschen Vereinigung für Säuglingsschutz in Berlin (25.II.12). Herausgegeben von der Grossherzoglichen Zentrale für Mütter- und Säuglingsfürsorge in Hessen, Berlin 1912.
- Planert, Ute (Hg.), Nation, Politik und Geschlecht. Frauenbewegungen und Nationalismus in der Moderne, Frankfurt/M. 2000.
- Planert, Ute, Der dreifache Körper des Volkes: Sexualität, Biopolitik und die Wissenschaften vom Leben, in: GuG 26 (2000), S. 539-576.
- Planert, Ute, Antifeminismus im Kaiserreich. Diskurs, soziale Formation und politische Mentalität, Göttingen 1998.

- Pollock, Linda, *Forgotten Children: Parent-Child Relations from 1550 to 1900*, Cambridge/ New York 1983.
- Prausnitz, Wilhelm, Ursachen und Bekämpfung der hohen Säuglingssterblichkeit, in: Bericht über die 25. Versammlung des Deutschen Vereins für öffentliche Gesundheitspflege 1900 in Trier, Braunschweig 1901, S. 83-118.
- Preußisches Ministerium der Geistlichen Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten (Hg.), *Hebammen-Lehrbuch*, Berlin 1904.
- Puhle, Hans-Jürgen, Vom Wohlfahrtsausschuß zum Wohlfahrtsstaat. Entwicklungstendenzen staatlicher Aufgabenstellung und Verwaltungsprobleme im Zeichen von Industrialisierung und Demokratisierung, in: Gerhard A. Ritter (Hg.), *Vom Wohlfahrtsausschuß zum Wohlfahrtsstaat. Der Staat in der modernen Industriegesellschaft*, Köln 1973, S. 29-68.
- Pütter, Ernst, *Das Ziehkinderwesen. Gutachten erstattet im Auftrage des deutschen Vereins für Armenpflege und Wohlthätigkeit von Stadtrat Ernst Pütter*, Leipzig 1902 (SDVAW 59).
- Quataert, Jean H., „Damen der besten und besseren Stände“. „Vaterländische Frauenarbeit“ in Krieg und Frieden 1864-1890, in: Karen Hagemann/ Ralf Pröve (Hg.), *Landsknechte, Soldatenfrauen und Nationalkrieger: Militär, Krieg und Geschlechterordnung im historischen Wandel*, Frankfurt/M./ New York 1998, S. 247-275.
- Quataert, Jean, *Staging Philanthropy: Patriotic Women and the National Imagination in Dynastic Germany, 1813-1916*, Ann Arbor 2001.
- Quellenedition zur Geschichte der deutschen Sozialpolitik 1867 bis 1914. Begründet von Peter Rassow im Auftrage der Historischen Kommission der Akademie der Wissenschaften und Literatur, hg. von Karl Erich Born/ Hansjoachim Henning/ Florian Tennstedt, Wiesbaden/ Stuttgart/ Darmstadt 1966ff.
- Quinke, H., Über ärztliche Spezialitäten und Spezialärzte, in: *Münchener Medizinische Wochenschrift* 53 (1906), S. 1213-17 und 1260-64.
- Quiroga, Virginia A., *Poor Mothers and Babies: a Social History of Childbirth and Child Care Hospitals in Nineteenth-Century New York City*, New York 1989.
- Rabnow, J., Organisation des Gesundheitswesens in den Kommunen, in: *Zeitschrift für Soziale Hygiene, Fürsorge- und Krankenhauswesen* 2 (1920/21), S. 33-39.
- Rafferty, Ann Marie u. a. (Hg.), *Nursing History and the Politics of Welfare*, London/ New York 1997.
- Raphael, Lutz, Die Verwissenschaftlichung des Sozialen, in: *GuG* 22 (1996), S. 165-193.
- Ratz, Ursula, *Arbeiteremanzipation zwischen Karl Marx und Lujo Brentano. Studien zur Geschichte der Arbeiterbewegung und der Bürgerlichen Sozialreform in Deutschland*, Berlin 1997.
- Ratz, Ursula, *Sozialreform und Arbeiterschaft. Die „Gesellschaft für Soziale Reform“ und die sozialdemokratische Arbeiterbewegung von der Jahrhundertwende bis zum Ausbruch des Ersten Weltkrieges*, Berlin 1980.
- Reagan, Nancy R., *Bourgeois Women, Local Politics, and the Social Change: The Women's Movement in Hannover 1888-1933*. Phil. Diss., John Hopkins University 1990.

- Rebentisch, Dieter, Die Selbstverwaltung in der Weimarer Zeit, in: Günther Püttner (Hg.), Handbuch der kommunalen Wissenschaft und Praxis, Bd. 1, Berlin 1982, S. 93-94.
- Recke, Fr., Der Mutter- und Säuglingsschutz in der Reichsversicherungsordnung, in: Die Frau 19 (1912), S. 193-205.
- Redder, Ute, Die Entwicklung von der Armenhilfe zur Fürsorge in dem Zeitraum von 1871 bis 1933 – Eine Analyse unter Aufgaben-, Ausgaben-, und Finanzierungsaspekten am Beispiel der Länder Preußen und Bayern Bochum 1993.
- Reder, Dirk Alexander, Frauenbewegung und Nation. Patriotische Frauenvereine in Deutschland im frühen 19. Jahrhundert (1813-1830), Köln 1998.
- Reif, Heinz, Die verspätete Stadt: Industrialisierung, städtischer Raum und Politik in Oberhausen 1846-1929, 2 Bde., Bonn 1992/1993.
- Reinert, Kirsten, Frauen und Sexualreform 1897-1933, Herbolzheim 2000.
- Reulecke, Jürgen (Hg.), Die Stadt als Dienstleistungszentrum. Beiträge zur Geschichte der "Sozialstadt" in Deutschland im 19. und frühen 20. Jahrhundert, St. Katharinen 1995.
- Reulecke, Jürgen, Von der Fürsorge über die Vorsorge zur totalen Erfassung. Etappen städtischer Gesundheitspolitik zwischen 1850 und 1939, in: Jürgen Reulecke (Hg.), Die Stadt als Dienstleistungszentrum. Beiträge zur Geschichte der „Sozialstadt“ in Deutschland im 19. und frühen 20. Jahrhundert, St. Katharinen 1995, S. 395-416.
- Reulecke, Jürgen, Die Armenfürsorge als Teil der kommunalen Leistungsverwaltung und Daseinsvorsorge im 19. Jahrhundert, in: Hans Heinrich Blotevogel (Hg.), Kommunale Leistungsverwaltung und Stadtentwicklung vom Vormärz bis zur Weimarer Republik, Wien 1990, S. 71-80.
- Reulecke, Jürgen, Frieden zwischen Kapital und Arbeit. Entwicklungsstufen der bürgerlichen Sozialreform im 19. Jahrhundert, in: Gerhard Stourzh/ Magarete Grandner (Hg.), Historische Wurzeln der Sozialpartnerschaft, München 1989, S. 38-52.
- Reulecke, Jürgen, Geschichte der Urbanisierung in Deutschland, Frankfurt/M. 1985.
- Reulecke, Jürgen/ Castell Rüdtenhausen, Adelheid Gräfin zu (Hg.), Stadt und Gesundheit. Zum Wandel von "Volksgesundheit" und kommunaler Gesundheitspolitik im 19. und frühen 20. Jahrhundert, Stuttgart 1991.
- Reulecke, Jürgen/ Wischermann, Clemens (Hg.) Die Stadt als Moloch? Das Land als Kraftquell? Wahrnehmungen und Wirkungen der Großstädte um 1900, Basel 1999.
- Reyer, Jürgen, Alte Eugenik und Wohlfahrtspflege. Entwertung und Funktionalisierung der Fürsorge vom Ende des 19. Jahrhunderts bis zur Gegenwart, Freiburg/Br. 1991.
- Reyer, Jürgen/ Kleine, Heidrun, Die Kinderkrippe in Deutschland. Sozialgeschichte einer umstrittenen Einrichtung, Freiburg/Br. 1997.
- Reyer, Jürgen, Die Rechtsstellung und der Entfaltungsraum der Privatwohltätigkeit im 19. Jahrhundert in Deutschland. Vorschläge zur sozialhistorischen Verortung, in: Rudolf Bauer (Hg.), Die liebe Not. Zur historischen Kontinuität der „Freien Wohlfahrtspflege“, Weinheim/ Basel 1984, S. 29-51.
- Riemann, Ilka: Soziale Arbeit als Hausarbeit. Von der Suppendame zur Sozialpädagogin, Frankfurt/M. 1985.

- Riemann, Ilka, Die Rolle der Frauenvereine in der Sozialpolitik: Vaterländischer Frauenvereine und gemäßiger Flügel der Frauenbewegung zwischen 1865 und 1918, in: Ilona Kickbusch/ Barbara Riedmüller (Hg.), Die armen Frauen. Frauen und Sozialpolitik, Frankfurt 1984, S. 201-224.
- Riemann, Ilka/ Simmel, Monika, Bildung zur Weiblichkeit durch soziale Arbeit, in: Ilse Brehmer u. a. (Hg.), Frauen in der Geschichte IV. „Wissen heißt leben...“. Beiträge zur Bildungsgeschichte von Frauen im 18. und 19. Jahrhundert, Düsseldorf 1983, S. 133-144.
- Rietschel, Hans, Bemerkungen zum preussischen Ministerialerlass über die Prüfung von Säuglingspflegerinnen, in: Zeitschrift für Säuglings- und Kleinkinderschutz 9 (1917), S. 497-503.
- Rissmann, Unterricht und Fortbildung der Hebammen auf dem Gebiete der Säuglingsheilkunde und Säuglingsfürsorge, in: III. Internationaler Kongress für Säuglingsschutz, S. 270-291.
- Ritter, Gerhard A., Arbeiter, Arbeiterbewegung und soziale Ideen in Deutschland. Beiträge zur Geschichte des 19. und 20. Jahrhunderts, Göttingen 1996.
- Ritter, Gerhard A., Wahlen und Wahlpolitik im Königreich Sachsen 1867-1914, in: Lässig/ Pohl, Sachsen, S. 29-86.
- Ritter, Gerhard A., Der Sozialstaat. Entstehung und Entwicklung im internationalen Vergleich, 2. überarbeitete und erheblich erweiterte Aufl., München 1991.
- Ritter, Gerhard A.: Soziale Sicherheit in Deutschland und Grossbritannien von der Mitte des 19. Jahrhunderts bis zum Ersten Weltkrieg. Ein Vergleich, in: GuG 13 (1987), S. 137-156.
- Ritter, Gerhard A., Sozialversicherungen in Deutschland und England. Entstehung und Grundzüge im Vergleich, München 1983.
- Ritter, Gerhard A./ Tenfelde, Klaus, Arbeiter im Deutschen Kaiserreich 1871 bis 1914, Bonn 1992.
- Roeder, Richard, Krisis der Säuglingsfürsorgestellen?, in: Zeitschrift für Schulgesundheitspflege und Sozialhygiene 40 (1927), S. 139 -143.
- Rohmer, Paul, Individualstatistische Untersuchungen über die Gesundheits-, Ernährungs- und Wohnungsverhältnisse der Säuglinge in einer großstädtischen Proletarierbevölkerung, in: ZfS 7 (1914), S. 329-376 und 385-400.
- Roller, Karl, Die Einwirkung des Krieges auf die Gesundheit der Jugend, in: Zeitschrift für Schulgesundheitspflege 31 (1918), S. 330-352.
- Rosenbaum, Heidi, Proletarische Familien. Arbeiterfamilien und Arbeiterväter im frühen 20. Jahrhundert zwischen traditioneller, sozialdemokratischer und kleinbürgerlicher Orientierung, Frankfurt/M. 1992.
- Ross, Elisabeth, Love and Toil: Motherhood in Outcast London, 1870-1918, New York and Oxford 1993.
- Roth, Ralf, Stadt und Bürgertum in Frankfurt am Main. Ein besonderer Weg von der ständischen zur modernen Bürgergesellschaft 1760-1914, München 1996.
- Rott, Fritz, Arthur Schlossmann, in: Archiv für soziale Hygiene, N.F. 7, (1932) S. 325.
- Rott, Fritz, Der Ausgleich zwischen Fürsorgearzt und praktischem Arzt. Grundsätzliches zum Fürsorgeproblem, in: DMW 53 (1927), S. 1785f. und S. 1863-1865.

- Rott, Fritz, Handbuch der Mütter-, Säugling- und Kleinkinderfürsorge, Bd. 2, Berlin 1925.
- Rott, Fritz, Die Stellung der Mutter-, Säuglings- und (gesundheitlichen) Kleinkinderfürsorge zum Reichsjugendwohlfahrtsgesetz, in: Zeitschrift für Säuglings- und Kleinkinderschutz 14 (1922) S. 487-513.
- Rott, Fritz, Wandlungen und neue Ziele der Mutter-, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, Zeitschrift für Säuglings- und Kleinkinderschutz 13 (1921), S. 140-150.
- Rott, Fritz, Entwicklung, derzeitige Gestaltung und bisherige Tätigkeit des Organisationsamtes für Säuglingsschutz, in: Zeitschrift für Säuglings- und Kleinkinderschutz 11 (1919), S. 204-215, S. 204f.
- Rott, Fritz, Bericht über die III. Landeskonferenz der Preussischen Landeszentrale für Säuglingsschutz am 30. Oktober 1916 im Herrenhause in Berlin, in: Zeitschrift für Säuglings- und Kleinkinderschutz 9 (1917), S. 26-64.
- Rott, Fritz, Die Heranziehung der Hebammen zur Säuglingsfürsorge, in: Annalen für das gesamte Hebammenwesen 5 (1914), S. 1-71.
- Rott, Fritz, Umfang, Bedeutung und Ergebnisse der Unterstützung an stillende Mütter, Berlin 1914 (zugleich: Veröffentlichungen auf dem Gebiet der Medizinalverwaltung 3 (1914), S. 649-784).
- Rouette, Susanne, Zur Geschichte von Sozialpolitik und Sozialstaat in Deutschland. Einige neuere Veröffentlichungen, in: SOWI 18 (1889), S. 9-10.
- Rücker, Klaus, Prof. Schloßmann und der Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit in Deutschland zu Beginn des 20. Jahrhunderts, Med. Diss., Berlin/West 1959.
- Rüdin, Ernst, Referat über Seiffert: Säuglingssterblichkeit, Volkskonstitution und Nationalvermögen, in: Archiv für Rassen- und Gesellschaftsbiologie 3 (1906), S. 451-453.
- Rudloff, Wilfried: Konkurrenz, Kooperationen, Korporatismus. Wohlfahrtsvereine und Wohlfahrtsverbände in München 1900-1933, in: Andreas Wollasch (Hg.), Wohlfahrtspflege in der Region. Westfalen-Lippe während des 19. und 20. Jahrhunderts im historischen Vergleich, Paderborn 1997, S. 165-190.
- Rudloff, Wilfried, Die Wohlfahrtsstadt. Kommunale Ernährungs-, Fürsorge- und Wohnungspolitik am Beispiel Münchens 1910-1933, 2 Bde., Göttingen 1995.
- Rudolph, Karsten, Das „rote Königreich“: Die sächsische Sozialdemokratie im Wilhelminischen Deutschland, in: Lässig/ Pohl, Sachsen, S. 87-99.
- Rumpe, Robert, Die Gesundheitspflege in der Provinz Westfalen nach Vergangenheit und Gegenwart, Jena 1933.
- Rumpe, Robert, Die Gesundheitspflege in der Rheinprovinz. Eine medizingeschichtliche Studie, Jena 1931.
- Rüschmeyer, Dietrich/ Skocpol, Theda (Hg.), States, Social Knowledge, and the Origins of Modern Social Policies, Princeton 1996.
- Sachße, Christoph, Der Wohlfahrtsstaat in historischer und vergleichender Perspektive, in: GuG 16 (1990), S. 479-490.
- Sachße, Christoph, Mütterlichkeit als Beruf. Sozialarbeit, Sozialreform und Frauenbewegung 1871-1929, Frankfurt/M. 1986.

- Sachße, Christoph/ Tennstedt, Florian (Hg.), Soziale Sicherheit und soziale Disziplinierung. Beiträge zu einer historischen Theorie der Sozialpolitik, Frankfurt/M. 1986.
- Sachße, Christoph/ Tennstedt, Florian, Sozialpolitik vor dem Sozialstaat: Freizügigkeit und Armenwesen in der Gründungsphase des Deutschen Reiches, in: Zeitschrift für Sozialreform 47 (2001), S. 205-222.
- Sachße, Christoph/ Tennstedt, Florian, Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland, Bd. 1, Vom Spätmittelalter bis zum 1. Weltkrieg, 2. verbesserte und erweiterte Aufl., Stuttgart u. a. 1998; Bd. 2, Fürsorge und Wohlfahrtspflege 1871-1929, Stuttgart u. a. 1988.
- Saldern, Adelheid von, Häuserleben. Zur Geschichte des städtischen Arbeiterwohnens vom Kaiserreich bis heute, Bonn 1995.
- Salge, Bruno, Die Bezeichnung „Kinderarzt“, in: ZfS 1 (1906), S. 191-198.
- Salge, Bruno, Die Stellung der Ärzte in der Säuglingsfürsorge, in: ZfS 7 (1913) S. 149-155.
- Salge, Bruno, Einige Bemerkungen über den Wert der „Stillprämien“, in: ZfS 1 (1906/7), S. 66-69.
- Salge, Bruno, Säuglingsfürsorge und ärztliche Ausbildung, in: ZfS 3 (1909), S. 67-74.
- Salge, Bruno, Wie man „auch“ Säuglingsfürsorge treibt, in: Zeitschrift für Säuglingsfürsorge 4 (1910), S. 15-18.
- Salomon, Alice, Das Problem der Witwen- und Waisenversorgung, in: Die Frau 14 (1907), S. 330-342.
- Salomon, Alice, Die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit, in: Die Frau 13 (1905), S. 129-139.
- Salomon, Alice, Die deutschen Arbeiterinnenschutzgesetze, Leipzig 1906.
- Salomon, Alice, Die Stellung der Jugend zur sozialen Frage, in: Die Frau 20 (1913), S. 449-459.
- Salomon, Alice, Frauenforderungen zum sozialpolitischen Programm des deutschen Reichstags, in: Die Frau 15 (1907), S. 146-154.
- Salomon, Alice, Mutterschutz und Mutterschaftsversicherung, Leipzig 1908.
- Salomon, Alice, Zwanzig Jahre soziale Hilfsarbeit. Anlässlich des zwanzigjährigen Bestehens der Mädchen- und Frauengruppen für soziale Hilfsarbeit in Berlin im Auftrag des Vorstandes verfaßt, Karlsruhe 1913,
- Salomon, Alice, Stumme Märtyrerinnen, in: Die Frau 16 (1909), S. 269-272.
- Salomon, Alice, Zur Eröffnung der sozialen Frauenschule, in: Die Frau 16 (1908), S. 103-107.
- Salomon, Alice, Soziale Arbeit und persönliches Glück, in: Centralblatt des Bundes deutscher Frauenvereine 7 (1905), S. 122-124.
- Samter, Hans, Die Gemeinden und die Säuglingsfürsorge, in: Zeitschrift für Säuglingsschutz, Ergänzungshefte 1 (1912), S. 75-107.

- Sandkühler, Thomas/ Hans-Gerd Schmidt, „Geistige Mütterlichkeit“ als nationaler Mythos im Deutschen Kaiserreich, in: Jürgen Link/ Wulf Wülfing (Hg.), Nationale Mythen und Symbole in der zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts. Strukturen und Funktionen von Konzepten nationaler Identität, Stuttgart 1991, S. 237-255.
- Sarasin, Philipp, Reizbare Maschinen. Eine Geschichte des Körpers 1765-1914, Frankfurt/M. 2001.
- Sarfatti-Larson, Magali, The Rise of Professionalism: A Sociological Analysis, Berkeley 1977.
- Sattler, Wilhelm, Die Organisation der öffentlichen Wohlfahrtspflege in Sachsen, Jur. Diss., Leipzig 1933.
- Sauerteig, Lutz, Krankheit, Sexualität, Gesellschaft. Geschlechtskrankheiten und Gesundheitspolitik in Deutschland im 19. und frühen 20. Jahrhundert, Stuttgart 1999.
- Säuglingsfürsorge in Karlsruhe, in: Blätter des Badischen Frauenvereins 38 (1914), S. 172-173.
- Die Säuglingsfürsorge der Haupt- und Residenzstadt Berlin, verfasst im Auftrage des Magistrats von der Waisenverwaltung. Gewidmet dem III. Internationalen Kongress für Säuglingsschutz, Berlin 1911.
- Die Säuglingsfürsorge im Reichstag 1912, Anhang zu: Moritz Pistor, Die Organisation der Landes-Zentralen für Säuglingsschutz unter besonderer Berücksichtigung der Mitarbeit der Ärzte: Vortrag, gehalten vom Reg.r. Pistor. Gr. Zentrale für Mütter und Säuglingsschutz in Hessen, Berlin 1912, S. 36-71.
- Scarpa, Ludovica, Gemeinwohl und lokale Macht. Honoratioren und Armenwesen in der Berliner Luisenstadt im 19. Jahrhundert, München u. a. 1995.
- Scarpa, Ludovica, Das Übergewicht des niedrigen Bürgerstandes. Von der Honoratiorenverwaltung zur hauptamtlichen „Fürsorge“ im Armenwesen, in: Archiv für Kommunalwissenschaften 32/II (1993), S. 245-261.
- Schabel, Elmer, Soziale Hygiene zwischen sozialer Reform und sozialer Biologie: Fritz Rott (1878-1959) und die Säuglingsfürsorge in Deutschland, Husum 1995.
- Schadewaldt, Hans, Die Anerkennung der Kinderheilkunde als selbständiges Fach, in: Kinderheilkunde einst und jetzt, Festvorträge anlässlich des 75jährigen Bestehens der Rheinisch-Westfälischen Kinderärztevereinigung, Düsseldorf 1975, S. 7-29.
- Schaffrodt, Petra (Bearb.), Nachlaßverzeichnis Dr. Marie Baum: (1874 -1964); ein Leben in sozialer Verantwortung; bearb. von Petra Schaffrodt, unter Mitw. von Werner Moritz und Armin Schlechter, Heidelberg 2000.
- Schatz, Über die Organisation des Hebammenwesens, in: DMW 21 (1895), S. 671-672.
- Scheffler, Jürgen, „Weltstadt“ und „Unterwelt“. Urbanisierung, Armenpolitik und Obdachlosigkeit in Berlin 1871-1914, in: IWK 26 (1990), S. 151-181.
- Schelble, Hans, Säuglingsfürsorge in Freiburg i. B., in: ZfS 2 (1908), S. 344-353.
- Schildt, Axel, „Gesunde Jugend“ – „Gesunde Stadt“. Zur Förderung von Erholung und Freizeit der großstädtischen Jugend in den 1920er Jahren – am Beispiel von Hamburg, in: Jürgen Reulecke/ Adelheid Gräfin zu Castell Rüdenhausen (Hg.), Stadt und Gesundheit. Zum Wandel von „Volksgesundheit“ und kommunaler Gesundheitspolitik im 19. und frühen 20. Jahrhundert, Stuttgart 1991, S. 165-186.

- Schiller, Arnold, Stillprämien und Stillbeihilfen als Mittel im Kampfe gegen die Säuglingssterblichkeit, in: ZfS 3 (1909), S. 321-333.
- Schiller, Arnold, Zur Statistik der Erfolge der offenen Säuglingsfürsorge, in: ZfS 6 (1913), S. 135-141.
- Schiller, Karl, Stillprämien und Stillbeihilfen als Mittel im Kampfe gegen die Säuglingssterblichkeit, in: ZfS 3 (1909), S. 321-333.
- Schilling, Heinz, Profil und Perspektiven einer interdisziplinären und komparatistischen Disziplinierungsforschung jenseits einer Dichotomie von Gesellschafts- und Kulturgeschichte, in: ders. (Hg.), Institutionen, Instrumente und Akteure sozialer Kontrolle und Disziplinierung im frühneuzeitlichen Europa, Frankfurt/M. 1999, S. 3-36.
- Schissler, Hanna (Hg.), Geschlechterverhältnisse im historischen Wandel, Frankfurt 1993.
- Schleiermacher, Sabine, Gesundheitsfürsorge und Gesundheitswissenschaft. Der Aufbau weiblicher Kompetenz außerhalb der traditionellen scientific community, in: Johanna Bleker (Hg.), Der Eintritt der Frauen in die Gelehrtenrepublik. Zur Geschlechterfrage im akademischen Selbstverständnis und in der wissenschaftlichen Praxis am Anfang des 20. Jahrhunderts, Husum 1998, S. 101-116.
- Schlesinger, Eugen, Moderne Säuglingsfürsorge: Die Bekämpfung der großen Kindersterblichkeit in Deutschland durch Vereine, städtische und staatliche Behörden, Straßburg i. E. 1909.
- Schlossmann, Arthur (Hg.), Die Düsseldorfer Kranken-, Heil- und Pflegeanstalten, Düsseldorf 1926.
- Schlossmann, Arthur, Kinderkrankheiten und Krieg. Verhandlungen der 31. Versammlung der Gesellschaft für Kinderheilkunde, Leipzig 1917, Wiesbaden 1918, S. 1-28.
- Schloßmann, Arthur, Die staatlich geprüfte Säuglingspflegerin, in: DMW 43 (1917), S. 751-754.
- Schloßmann, Arthur, Die Umwertung des Bevölkerungsproblems – Ein tragender Gedanke im neuen Deutschland, in: Zeitschrift für Bevölkerungspolitik und Säuglingsfürsorge 9 (1916), S. 1-11.
- Schloßmann, Arthur, Die Frage des Geburtenrückgangs, in: ZfS 8 (1914), S. 1-10 und 59-71.
- Schloßmann, Arthur, Die treibenden Kräfte, in: ZfS 7 (1913), S. 185-190.
- Schloßmann, Arthur, Der internationale Kongreß für Säuglingsschutz in Berlin, in: ZfS 5 (1911), S. 281-284.
- Schloßmann, Arthur, Die Reichsmilchflasche, in: ZfS 4 (1910), S. 215-217.
- Schloßmann, Arthur, Reichsversicherungsordnung und Säuglingsfürsorge, in: Zeitschrift für Soziale Medizin, Säuglingsfürsorge und Krankenhauswesen 5 (1910), S. 359-373.
- Schlossmann, Arthur, Reichsversicherungs-Ordnung und Säuglingsschutz, Drucksache Nr. 2 der Preussischen Landeszentrale für Säuglingsschutz, Berlin 1910.
- Schloßmann, Arthur, Reichsversicherungs-Ordnung und Säuglingsschutz, Drucksache Nr. 2 der Preussischen Landeszentrale für Säuglingsschutz, auch unter dem Titel: Reichsversicherungsordnung und Säuglingsfürsorge, in: Zeitschrift für Soziale Medizin, Säuglingsfürsorge und Krankenhauswesen sowie die übrigen Grenzgebiete der Medizin und Volkswirtschaft 5 (1910), S. 359-373.

- Schloßmann, Arthur, Zwei wichtige Fragen aus dem Gebiete der Säuglingsfürsorge, in: ZfS 4 (1910), S. 233-237 und 266-270.
- Schloßmann, Arthur, Probleme der Säuglingsfürsorge. Aus der Gesellschaft für Soziale Medizin, Hygiene und Medizinalstatistik in Berlin, in: Zeitschrift für Soziale Medizin, Medizinalstatistik, Arbeitsversicherung, soziale Hygiene und die Grenzfragen der Medizin und Volkswirtschaft 3 (1908), S. 275-282.
- Schlossmann, Arthur, Über die Organisation des Vereins für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirke Düsseldorf, in: Concordia 15 (1908), S. 239-249.
- Schloßmann, Arthur, Hebammen, Hebammen-Zeitung und natürliche Säuglingsernährung, in: ZfS 1 (1906/7), S. 256-266.
- Schlossmann, Arthur, Replik, in: ZfS 1 (1906), S. 274-275.
- Schlossmann, Arthur/ Pankow, Otto/ Schloßmann, Erna, Über die Zunahme des Stillwillens, in Klinische Wochenschrift 3 (1924), S. 79-81.
- Schloßmann, Clara, Mutterschaftsschutz und -fürsorge im Gesetz, in: Handbuch der sozialen Hygiene und Gesundheitsfürsorge, hg. von Adolf Gottstein./ Arthur Schloßmann/Ludwig Teleky; Bd. 4: Gesundheitsfürsorge, soziale und private Versicherung, Berlin 1927, S. 536 -554.
- Schlumbohm, Jürgen/ Barbara Duden/ Jaques Gélis/ Patrice Veit (Hg.), Rituale der Geburt. Eine Kulturgeschichte, München 1998, S. 149-169.
- Schmacke, Norbert, Schritte in die Öffentlichkeit. Die Wiederentdeckung der kommunalen Gesundheitsämter, Düsseldorf 1993.
- Schmersahl, Kathrin, Zur Konstruktion der Kategorie Geschlecht im medizinischen Diskurs des 19. Jahrhunderts, Opladen 1998.
- Schmidt, Heinrich, Das sächsische Gesetz über die Wohlfahrtspflege vom 30. Mai 1918, Jur. Diss. (masch.), Leipzig o. J. [1920].
- Schmitt, Sabine, Der Arbeiterinnenschutz im deutschen Kaiserreich. Zur Konstruktion der schutzbedürftigen Arbeiterin, Stuttgart/ Weimar 1995.
- Schmitthenner, Die Liebeswerke in Baden, o. O. 1928.
- Schmitz, Britta, Hebammen in Münster. Historische Entwicklung – Lebens- und Arbeitsumfeld – Berufliches Selbstverständnis, Münster/ New York 1994.
- Schmitz, Elke Maria, Mutterschutz und Mutterpflichten. Eine Darstellung der Sondernormen für Schwangere und Wöchnerinnen von der römischen Antike bis zur Gegenwart, Köln 1992.
- Schmuhl, Hans Walter, Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Von der Verhütung zur Vernichtung ‚lebensunwerten Lebens‘, 1890-1945, Göttingen 1992.
- Schmuhl, Hans-Walter, Die Herren der Stadt. Bürgerliche Eliten und städtische Selbstverwaltung in Nürnberg und Braunschweig vom 18. Jahrhundert bis 1918, Gießen 1998.
- Schmuhl, Hans-Walter, Eugenik und „Euthanasie“- Zwei Paar Schuhe? Eine Antwort auf Michael Schwartz, in: Westfälische Forschungen 47 (1997), S. 757-762.
- Schniewind, Frank, Die Entwicklung des Berufsbildes der Gesundheitspflegerin, Med. Diss., Berlin 1982.

- Schoedel, Johannes, Frauenvereine und Säuglingsfürsorge, in: Veröffentlichungen auf dem Gebiete der Medizinalverwaltung 14 (1921), S. 183-200.
- Schötz, Susanne (Hg.), Frauenalltag in Leipzig. Weibliche Lebenszusammenhänge im 19. und 20. Jahrhundert, Köln 1997.
- Schoppen, J., Der Aufbau des Gesundheitswesens in den deutschen Städten, insbesondere die städtischen Gesundheitsämter, in: Statistisches Jahrbuch Deutscher Städte 26 (1931), S. 469-497.
- Schreiber, Adele (Hg.), Mutterschaft. Ein Sammelwerk für die Probleme des Weibes und der Mutter. Hg. in Verbindung mit zweiundfünfzig Mitarbeitern, Einleitung von Lily Braun, Leipzig 1912.
- Schreiber, Adele, Einige Zahlen über Mütterheime in Deutschland, in: Schreiber, Mutterschaft, S. 363-370.
- Schreiber, Adele, Ergänzende Einrichtungen der offenen Fürsorge, in: Schreiber, Mutterschaft, S. 325-339.
- Schröder, Iris, Arbeiten für eine bessere Welt. Frauenbewegung und Sozialreform 1890-1914, Frankfurt/M. /New York 2001.
- Schröder, Iris, Soziale Frauenarbeit als bürgerliches Projekt. Differenz, Gleichheit und weiblicher Bürgersinn in der Frauenbewegung um 1900, in: Klaus Tenfelde/ Hans-Ulrich Wehler (Hg.), Wege zur Geschichte des Bürgertums, Göttingen 1994, S. 209-230.
- Schröder, Iris, Wohlfahrt, Frauenfrage und Geschlechterpolitik. Konzeptionen der Frauenbewegung zur kommunalen Sozialpolitik im Deutschen Kaiserreich, 1871-1914, in: GuG 21 (1995), S. 368-390.
- Schröder, Luise, Mutter und Säugling in der Gesetzgebung, Berlin 1925.
- Schröder, Wolfgang, Subjekt oder Objekt der Sozialpolitik? Zur Wirkung der Sozialgesetzgebung auf die Adressaten, in: Lothar Machtan (Hg.), Bismarcks Sozialstaat. Beiträge zur Geschichte der Sozialpolitik und zur sozialpolitischen Geschichtsschreibung, Frankfurt/M. /New York 1994, S. 126-162.
- Schüler, Anja, 'Civic Motherhood' und 'Dienst am Volksganzen': Frauenbewegung und Sozialreform in den USA und Deutschland, 1890-1933, Ms. FU Berlin, Phil. Diss., 1999.
- Schulte, Regina, Das Dorf im Verhör. Brandstifter, Kindsmörderinnen und Wilderer vor den Schranken der bürgerlichen Gerichts, Hamburg 1989.
- Schuppetta, Ingrid, Lebensspuren: Dr. Isidor Hirschfelder, in: Stadt Krefeld (Hg.), Steinerner Zeugen. Jüdische Grabstätten in Krefeld, Krefeld 1991, S. 30-33.
- Schütz, Alfred/ Luckmann, Thomas, Strukturen der Lebenswelt, 2 Bde., Frankfurt/M. 1979/84.
- Schütze, Yvonne, Die gute Mutter – Zur Geschichte des normativen Musters „Mutterliebe“, Bielefeld 1986.
- Schwall-Düren, Angelika, Kinder- und Jugendfürsorge im Großherzogtum Baden in der Epoche der Industrialisierung: Entwicklung und Zielsetzung der staatlichen, kommunalen und verbandlichen Fürsorge 1850-1914, Freiburg/Br. 1980.
- Schwander, Rudolf, Bericht über die Neuordnung der Hausarmenpflege. Im Auftrag des Armenrates erstattet durch den Beigeordneten Dr. Schwander, Straßburg 1905.

- Schwanitz, Hedwig, Krankheit – Armut – Alter: Gesundheitsfürsorge und Medizinalwesen in Münster während des 19. Jahrhunderts, Münster 1990.
- Schwartz, Michael, „Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie“? Kritische Anfragen an eine These Hans Walter Schmuhs, in: Westfälische Forschungen 46 (1996), S. 604-622.
- Schweier, Paul/ Eduard Seidler, Lebendige Pädiatrie. Festschrift zur 100jährigen Geschichte der Kinderheilkunde, München 1983.
- Scott, Joan W., Gender: A Useful Category of Historical Analysis, in: American Historical Review 91 (1886), S. 1053-1075.
- Seeber, Günther, Kommunale Sozialpolitik in Mannheim 1888-1914, Mannheim 1989.
- Seidel, Hans-Christoph, Eine neue „Kultur des Gebärens“. Die Medikalisierung von Geburt im 18. und 19. Jahrhundert in Deutschland, Stuttgart 1998.
- Seidler, Eduard, Die Kinderheilkunde und der Staat, in: Monatsschrift Kinderheilkunde 143 (1995), S. 1184-1191.
- Seidler, Eduard, Die Kinderheilkunde in der Gründungssituation des Kaiserin Auguste Victoria-Hauses, in: Leonore Ballowitz (Hg.), Schriftenreihe zur Geschichte der Kinderheilkunde 2 (1986), S. 5-13.
- Seidler, Eduard, Die Kinderheilkunde in Deutschland, in: Paul Schweier/ Eduard Seidler (Hg.), Lebendige Pädiatrie, München 1983, S. 13-85.
- Seiffert, Max, Säuglingssterblichkeit, Volkskonstitution und Nationalvermögen, in: Klinisches Jahrbuch 14 (1905), S. 65-94.
- Selter, Paul, Die Notwendigkeit der Mutterbrust für die Ernährung der Säuglinge, in: Centralblatt für allgemeine Gesundheitspflege 21 (1902), S. 377-393.
- Seutemann, Karl, Kindersterblichkeit sozialer Bevölkerungsgruppen insbesondere im preussischen Staate und seinen Provinzen, Tübingen 1894.
- Shorter, Edward, A History of Women's Bodies, New York 1982.
- Shorter, Edward, Der Wandel der Mutter-Kind-Beziehungen zu Beginn der Moderne, in: GuG 1 (1975), S. 256-287.
- Sick, Friederike, Eugen Neter (1876-1966). Ein Beitrag zur pädagogischen Aufgabe des Kinderarztes, Med. Diss. Freiburg/Br. 1988.
- Siegert, Ferdinand, Säuglingsfürsorge und Wohnungsfrage, in: ZfS 5 (1911), S. 257-266 und 289-299.
- Siegert, Ferdinand, Über die Aufgaben der Gemeinden im Kampfe gegen die Säuglingssterblichkeit mit besonderer Berücksichtigung der Versorgung der Städte mit Säuglingsmilch, in: Centralblatt für allgemeine Gesundheitspflege 25 (1906), S. 49-72.
- Siegrist, Hannes (Hg.), Bürgerliche Berufe. Zur Sozialgeschichte der freien und akademischen Berufe im internationalen Vergleich, Göttingen 1988.
- Sievers, Kai Detlev/ Zimmermann, Harm-Peer, Das disziplinierte Elend: zur Geschichte der sozialen Fürsorge in schleswig-holsteinischen Städten 1542-1914, Neumünster 1994.
- Skocpol, Theda, Protecting Soldiers and Mothers. The Political Origins of Social Policy in the United States, Cambridge/Mass. 1992.

- Smith-Rosenberg, Carroll, Körper-Politik oder Körper als Politikum, in: Christoph Conrad/ Martina Kessel (Hg.), *Geschichte schreiben in der Postmoderne. Beiträge zur aktuellen Diskussion*, Stuttgart 1994, S. 310 –350.
- Solbrig, Otto, *Geburtenrückgang und Säuglingssterblichkeit in Deutschland: Mit besonderer Berücksichtigung der Provinz Ostpreußen und der Jahre 1901-1916*, Berlin 1917.
- Spiegel, Otto, *Dritter Jahresbericht des Versorgungshauses für Mütter und Säuglinge zu Solingen-Haan*, in: *Centralblatt für allgemeine Gesundheitspflege* 25, S. 129-139.
- Spree, Reinhard, *On Infant Mortality Change in Germany since the Early 19th Century*, München 1995.
- Spree, Reinhard, *Sozialisationsnormen in ärztlichen Ratgebern zur Säuglings- und Kleinkinderpflege. Von der Aufklärung zur naturwissenschaftlichen Pädiatrie*, in: Jochen Martin/ August Nitschke (Hg.) unter Mitarbeit von Klaus Arnold, *Zur Sozialgeschichte der Kindheit*, Freiburg/Br./ München 1986, S. 609-683.
- Spree, Reinhard, *Soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod. Zur Sozialgeschichte des Gesundheitsbereichs im deutschen Kaiserreich*, Göttingen 1981.
- Statistisches Amt der Stadt Dresden (Bearb.), *Die Verhältnisse unbemittelter lediger und verheirateter Wöchnerinnen in Dresden*, Dresden 1912.
- Stäude, Erich, *Erwiderung auf den Aufsatz: Hebammen, Hebammen-Zeitung und natürliche Säuglingsernährung von Professor Schloßmann*, Düsseldorf, in: *ZfS* 1 (1906/7), S. 267-272.
- Steinecke, Vera, *Menschenökonomie. Der medizinische Diskurs über den Geburtenrückgang von 1911 bis 1931*, Pfaffenweiler 1996.
- Steinmetz, Georg, *Regulating the Social. The Welfare State and Local Politics in Imperial Germany*, Princeton 1993.
- Stenographische Berichte zu den Verhandlungen des Reichstags*, Berlin 1871-1939.
- Stenographischer Bericht über die Verhandlungen der ... Jahresversammlung des deutschen Vereins für Armenpflege und Wohltätigkeit*, München/ Leipzig 1880-1918.
- Stenographischer Bericht über die Verhandlungen der sechzehnten Jahresversammlung des deutschen Vereins für Armenpflege und Wohlthätigkeit am 24. und 25. September in Straßburg i. E., Leipzig 1896 (SDVAW 28)*.
- Stenographischer Bericht über die Verhandlungen des I. Deutschen Kongresses für Säuglingsschutz und der Mitgliederversammlung der Deutschen Vereinigung für Säuglingsschutz in Dresden*, Berlin 1909.
- Stichweh, Rudolf, *Inklusion/Exklusion, funktionale Differenzierung und die Theorie der Weltgesellschaft*, in: http://www.uni-bielefeld.de/soz/iw/pdf/stichweh_6.pdf, 15.04.2003.
- Stiefel, Karl, *Karlsruhe 1911. Festschrift der 83. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte gewidmet von dem Stadtrat der Haupt- und Residenzstadt Karlsruhe*, Karlsruhe 1911.
- Stöckel, Sigrid, *Gesundheitswissenschaft, bürgerliche Frauenbewegung und Familienfürsorge. Der Verein für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf e.V., in: Michael Hubenstorf u. a. (Hg.), Medizingeschichte und Gesellschaftskritik. Festschrift für Gerhard Baader*, Husum 1997, S. 189-208.

- Stöckel, Sigrid, Säuglingsfürsorge zwischen sozialer Hygiene und Eugenik. Das Beispiel Berlins im Kaiserreich und in der Weimarer Republik, Berlin/ New York 1996.
- Stoehr, Irene, „Organisierte Mütterlichkeit“. Zur Politik der deutschen Frauenbewegung um 1900, in: Karin Hausen (Hg.), Frauen suchen ihre Geschichte. Historische Studien zum 19. und 20. Jahrhundert, München 1987, S. 225-253.
- Stokes, Patricia R., Pathology, Danger and Power: Women's and Physicans' View of Pregnancy and Childbirth in Weimar Germany, in: Social History of Medicine 13 (2000), S. 359-380.
- Stremmel, Ralf, Gesundheit – Unser einziger Reichtum? Kommunale Gesundheits- und Umweltpolitik 1800-1945 am Beispiel Solingen, Solingen 1993.
- Stritt, Marie, Die Mutter als Staatsbürgerin, in: Schreiber, Mutterschaft, S. 688-703.
- Studders, Herbert, Das Taubesche System der Ziehkinderüberwachung in Leipzig, Stuttgart-Berlin 1919.
- Stuhl, Carl, Natürliche Schwierigkeiten beim Stillen, in: DMW 35 (1909), S. 1062-1064.
- Stumm, Ingrid von, Gesundheit, Arbeit und Geschlecht im Kaiserreich am Beispiel der Krankenkassenstatistik der Leipziger Ortskrankenkassen 1887- 1905, Frankfurt/M. 1995.
- Stürzbecher, Manfred, Die Vor-, Gründungs- und Frühgeschichte des Kaiserin Auguste Victoria Hauses (KAVH) zur Bekämpfung der Säuglingsterblichkeit im deutschen Reiche im Spiegel der Reichstagsdebatten 1900-1930, in: Schriftenreihe zur Geschichte der Kinderheilkunde aus dem Archiv des Kaiserin Auguste Victoria Hauses 4 (1987), S. 24-42.
- Stürzbecher, Manfred, Karl von Behr-Pinnow (1864-1941). Kabinettsrat und Kammerherr Ihrer Majestät der Kaiserin, in: Schriftenreihe zur Geschichte der Kinderheilkunde aus dem Archiv des Kaiserin Auguste Victoria Hauses 12 (1995), S. 30-43.
- Süchting-Hänger, Andrea, „Das Gewissen der Nation“. Nationales Engagement und politisches Handeln konservativer Frauenorganisationen 1900 bis 1937, Düsseldorf 2002.
- Suessmann, Die Hebamme in der Säuglingsfürsorge. Epikritische Betrachtungen zum III. Internationalen Kongreß für Säuglingsschutz und zum II. Internationalen Hebammenkongreß, in: Zeitschrift für Medizinalbeamte 24 (1911), S. 770-772.
- Szana, Alexander, Staatliche Säuglingsfürsorge in Ungarn, in: Münchener Medizinische Wochenschrift 44 (1905), S. 2136-2139.
- Szreter, Simon, Fertility, Class and Gender in Britain, 1860-1940, Cambridge 1996.
- Tamm, Ingo, Ärzte und gesetzliche Krankenversicherung in Deutschland und England 1880-1914, Berlin 1998.
- Tamm, Ingo, Die Entwicklung des öffentlichen Gesundheitswesens an Beispielen aus Hannover und Linden (1850-1914). Ein Beitrag zur Urbanisierungsforschung, Tecklenburg 1992.
- Tampke, Jürgen, Bismarcks Sozialgesetzgebung: Ein wirklicher Durchbruch? In: Wolfgang J. Mommsen (hrsg. in Zusammenarbeit mit Wolfgang Mock), Die Entstehung des Wohlfahrtsstaates in Großbritannien und Deutschland 1880-1950, Stuttgart 1982, S. 79-91.
- Taube, Max, Das Fürsorgewesen für Säuglinge, in: ZfS 2 (1908), S. 30-38.

- Taube, Max, Die Säuglings-Fürsorge durch Staat, Gemeinde und freie Liebestätigkeit, in ZfS 1 (1906), S. 25-34.
- Taube, Max, Der Schutz der unehelichen Kinder in Leipzig, Leipzig 1893.
- Taylor Allen, Ann, Feminism and Motherhood in Germany, 1800-1914, New Brunswick/N. J. 1991.
- Temme, Gustav, Die sozialen Ursachen der Säuglingssterblichkeit, Berlin 1908.
- Tenfelde, Klaus, Arbeiterfamilie und Geschlechterbeziehungen, in: GuG 18 (1992), S. 179-203.
- Tenfelde, Klaus, Die Entfaltung des Vereinswesens während der industriellen Revolution in Deutschland (1850-1873), in: Otto Dann (Hg.), Vereinswesen und bürgerliche Gesellschaft in Deutschland, München 1984, S. 55-114.
- Tennstedt, Florian, Private Vorsorge und sozialstaatliche Intervention: Ein Rückblick auf die historischen Diskussionen zur Begründung des deutschen Sozialstaates, in: WSI-Mitteilungen: Monatsschrift des Wirtschafts- und Sozialwissenschaftlichen Instituts in der Hans-Böckler-Stiftung 54 (2001) S. 478-483.
- Tennstedt, Florian, Peitsche und Zuckerbrot oder ein Reich mit Zuckerbrot? Der deutsche Weg zum Wohlfahrtsstaat 1871-1881, in: Zeitschrift für Sozialreform 43 (1997), S. 88-101.
- Tennstedt, Florian, Vom Proleten zum Industriearbeiter. Arbeiterbewegung und Sozialpolitik in Deutschland 1800 bis 1914, Köln 1983.
- Tennstedt, Florian, Fürsorgegeschichte und Vereinsgeschichte. 100 Jahre Deutscher Verein in der Geschichte der deutschen Fürsorge, in: Zeitschrift für Sozialreform 2 (1981), S. 72-100.
- Tennstedt, Florian, Sozialgeschichte der Sozialpolitik in Deutschland. Vom 18. Jahrhundert bis zum Ersten Weltkrieg, Göttingen 1981.
- Tennstedt, Florian/ Winter, Heidi, „Der Staat hat wenig Liebe – aktiv wie passiv“. Die Anfänge des Sozialstaats im Deutschen Reich von 1871, Teil 1, in: Zeitschrift für Sozialreform 39 (1993), S. 362-392.
- Tennstedt, Florian/ Winter, Heidi, „Jeder Tag hat seine eigenen Sorgen, und es ist nicht weise, die Sorgen der Zukunft freiwillig auf die Gegenwart zu übernehmen“ (Bismarck), in: Zeitschrift für Sozialreform 41 (1995), S. 671-706.
- Teppe, Karl (Hg.), Selbstverwaltungsprinzip und Herrschaftsordnung. Bilanz und Perspektiven landschaftlicher Selbstverwaltung in Westfalen, Münster 1987.
- Teppe, Karl/ Epkenhans, Michael (Hg.), Westfalen und Preußen. Integration und Regionalismus, Paderborn 1991.
- Teuteberg, Hans-Jürgen, Bevölkerungsentwicklung und Eingemeindungen (1816-1945), in: Franz-Josef Jacobi (Hg.), Geschichte der Stadt Münster, Bd. 2, Münster 1993, S. 331-386.
- Teuteberg, Hans-Jürgen, Die Debatte der deutschen Nationalökonomie im Verein für Socialpolitik über die Ursachen der „Wohnungsfrage“ und die Steuerungsmittel einer Wohnungsreform im späten 19. Jahrhundert, in: Ders. (Hg.), Stadtwachstum, Industrialisierung, Sozialer Wandel. Beiträge zur Erforschung der Urbanisierung im 19. und 20. Jahrhundert, Berlin 1986, S. 13-59.

- Teuteberg, Hans-Jürgen/ Wischermann, Clemens (Hg.), Wohnalltag in Deutschland 1850-1914. Bilder – Daten – Dokumente, Münster 1985 (Studien zur Geschichte des Alltags 9).
- Thalheimer, Isaak, Milchversorgung, 5. Aufl., Düsseldorf 1911.
- Thane, Pat, Wohlfahrt und Geschlecht in der Geschichte, in: *L' Homme. Zeitschrift für feministische Geschichtswissenschaft* 5 (1995), S. 5-18.
- Theobald, Hildegard, Geschlecht, Qualifikation und Wohlfahrtsstaat: Deutschland und Schweden im Vergleich, Berlin 1999.
- Thiel, Elisabeth, Ueber das Stillen von Wöchnerinnen, Med. Diss., Berlin 1914.
- Thie-Mummenthey, Gabriele, Vom Säuglingsheim zur Universitätskinderklinik. Die Entwicklung der Kinderklinik der westfälischen Wilhelms-Universität Münster, Münster 1980.
- Thomassen, Johannes, Weder Samt noch Seide. Aspekte des Arbeiterlebens in Uerdingen 1890-1929, Krefeld 1992.
- Tiedemann, Kirsten, Hebammen im Dritten Reich: Über die Standesorganisation für Hebammen und ihre Berufspolitik, Frankfurt/M. 2001.
- Tober, Holger, Deutscher Liberalismus und Sozialpolitik in der Ära des Wilhelminismus: Anschauungen der liberalen Parteien im parlamentarischen Entscheidungsprozeß und in der öffentlichen Diskussion, Husum 1999.
- Toppe, Sabine, Die Erziehung zur guten Mutter. Medizinisch-pädagogische Anleitungen zur Mutterschaft im 18. Jahrhundert, Oldenburg 1993.
- Trumpp, Josef, Die Milchküchen und Beratungsstellen im Dienste der Säuglingsfürsorge, in: *ZfS* 2 (1908), S. 110-137.
- Tuchman, Arleen Marcia, Science, Medicine and the State in Germany: The Case of Baden 1855-1871, New York 1993.
- Tugendreich, Gustav, Die Mütter- und Säuglingsfürsorge, Stuttgart, 1910.
- Uebe, Annemarie, Die rechtliche Situation der Hebammen in der Geburtshilfe in Deutschland seit 1871, Hannover 2000.
- Uffenheimer, Albert, Soziale Säuglings- und Jugendfürsorge, Leipzig 1910.
- Die Unehelichen: Mutter und Kind, in: *Die Frauenbewegung* 11 (1905), S. 9-11.
- Unfallversicherungsgesetz, vom 6. Juli 1884 (Nr. 1552), in: *RGBl*, Nr. 19, Berlin 1884, S. 69-111.
- Unshelm, Erich, Bevölkerungsproblem und Bevölkerungspolitik im neuen Staate, in: *Zeitschrift für Soziale- und Gewerbehygiene, Fürsorge- und Krankenhauswesen* 4 (1923), S. 28-39.
- Usborne, Cornelia, „Pregnancy is the Women's Active Service“: Pronatalism in Germany During the First World War, in: Jay Winter (Hg.), *The Upheaval of War: Family, Work and Welfare in Europe 1914-1918*, Cambridge 1988, S. 389- 416.
- Usborne, Cornelia, Frauenkörper – Volkskörper: Geburtenkontrolle und Bevölkerungspolitik in der Weimarer Republik, Münster 1994.

- Verhandlungen auf der ... Versammlung des „Deutschen Vereins für Öffentliche Gesundheitspflege“, in: Deutsche Vierteljahresschrift für öffentliche Gesundheitspflege. Organ des Vereins für öffentliche Gesundheitspflege, Braunschweig 1869-1915.
- Verhandlungen der Gesellschaft für Kinderheilkunde vom 25. September 1905, in: Jahrbuch für Kinderheilkunde N.F. 12 (1905), S. 570-573.
- Verhandlungen des Dritten Allgemeinen Preußischen Städtetages, am 29. und 30. Januar 1901, zu Berlin, Berlin 1901.
- Verhandlungen des niederrheinischen Vereins für Öffentliche Gesundheitspflege am ... in ..., in: Zentralblatt für allgemeine Gesundheitspflege: Organ des Niederrheinischen Vereins für Öffentliche Gesundheitspflege, Bonn 1882-1919.
- Vögele, Jörg, Sozialgeschichte städtischer Gesundheitsverhältnisse während der Urbanisierung, Berlin 2001.
- Vögele, Jörg, „Düsseldorf – Eine gesunde Stadt“? Zur Entwicklung der Sterblichkeit in Düsseldorf im 19. und frühen 20. Jahrhundert, in: Düsseldorfer Jahrbuch 69 (1998), S. 193-209.
- Vögele, Jörg, Urban Mortality Change in England und Germany, 1870-1910, Liverpool 1998.
- Vögele, Jörg P., Urban Infant Mortality in Imperial Germany, in: Social History of Medicine 7 (1994), S. 401-425.
- Vögele, Jörg, Sanitäre Reformen und der Sterblichkeitsrückgang in deutschen Städten, in: Vierteljahrschrift für Sozial- und Wirtschaftsgeschichte 80 (1993), S. 345-365.
- Vögele, Jörg, Die Entwicklung der (groß)städtischen Gesundheitsverhältnisse in der Epoche des Demographischen und Epidemiologischen Übergangs, in: Jürgen Reulecke/ Adelheid Gräfin zu Castell Rüdenhausen (Hg.): Stadt und Gesundheit. Zum Wandel von „Volksgesundheit“ und kommunaler Gesundheitspolitik im 19. und frühen 20. Jahrhundert, Stuttgart 1991, S. 21-36.
- Vögele, Jörg/ Woelk, Wolfgang / Fehlemann, Silke, Decline of the Urban Penalty: Milk Supply and Infant Welfare Centres in Germany, 1890s to 1920s, in: Sally Sheard/ Helen Power (Hg.), Body and City. Histories of Urban Public Health, Aldershot 2000; S. 194-213.
- Vollnhals, Alice, Mutterschutz und Säuglingsfürsorge, in: Jahrbuch der Krankenversicherung 1927, Berlin 1928, S. 190-215.
- Vonessen, Die Fürsorgearztstätigkeit und die praktizierende Ärzteschaft, in: Zeitschrift für Schulgesundheitspflege und soziale Hygiene 39 (1926), S. 485-494.
- Vorberichte und Verhandlungen auf der VIII. Konferenz der Centralstelle für Arbeiterwohlfahrtseinrichtungen vom 15. und 16. Mai 1899, Berlin 1900.
- Vossen, Johannes, Gesundheitsämter im Nationalsozialismus. Rassenhygiene und offene Gesundheitsfürsorge in Westfalen 1900-1950, Essen 2001.
- Vossen, Karl, Das Jugendwohlfahrtsrecht, Düsseldorf 1932.
- Wahrendorf, Fritz, Wege zur Säuglingsfürsorge, in: ZfS 7 (1913), S. 1-20 und S. 37-48.
- Walder, Curt, Die Krisis der Säuglingsfürsorgestellen, in: Zeitschrift für Schulgesundheitspflege und soziale Hygiene 39 (1926), S. 494-497.

- Wall, Richard / Winter, Jay (Hg.), *The Upheaval of War. Family, Work and Welfare in Europe 1914-18*, Cambridge 1989.
- Weber, Max, *Zur Stellung der Frau im modernen Erwerbsleben*, in: *Frankfurter Zeitung* Nr. 22 vom 13. August 1906.
- Weber, Marianne, *Mutterschaft und Erwerbsarbeit*, in: *Centralblatt des BDF* 8 (1906/07), S. 75-76 und S. 84-85.
- Wegmann, Hedwig, *Mütterschulung im Kaiserin Auguste Victoria Haus zwischen 1910 und 1930*, in: *Schriftenreihe zur Geschichte der Kinderheilkunde aus dem Archiv des Kaiserin Auguste Victoria Hauses (KAVH)-Berlin*, hg. von Leonore Ballowitz. Heft 7, Berlin 1990, S. 90-100.
- Wegner, Marie, *Die Armen- und Waisenpflege*, Leipzig/ Berlin 1908
- Wehler, Hans-Ulrich, *Deutsche Gesellschaftsgeschichte*, Bd. 3: *Von der "Deutschen Doppelrevolution" bis zum Beginn des Ersten Weltkrieges 1849-1914*, München 1995.
- Wehler, Hans-Ulrich, *Das Deutsche Kaiserreich 1871-1918*, 7. Aufl., Göttingen 1994.
- Wehler, Hans-Ulrich, *Modernisierungstheorie und Geschichte*, Göttingen 1975.
- Wehling, Peter, *Die Moderne als Sozialmythos. Zur Kritik sozialwissenschaftlicher Modernisierungstheorien*, Frankfurt/M./ New York 1992.
- Weichel, Thomas, *Die Bürger von Wiesbaden. Von der Landstadt zur „Weltkulturstadt“ 1780-1914*, München 1997.
- Weidenhaupt, Hugo (Hg.) unter Mitarbeit von Manfred Fey, *Geschichte Düsseldorfs von den Ursprüngen bis ins 20. Jahrhundert*, Bd. 3: *Die Industrie- und Verwaltungsstadt (20. Jahrhundert)*, Düsseldorf 1989.
- Weindling, Paul, *Health, Race and German Politics Between National Unification and Nazism 1870-1945*, Cambridge 1989, S. 203-209.
- Weindling, Paul, *Hygienepolitik als sozialintegrative Strategie im späten Deutschen Kaiserreich*, in: Alfons Labisch/ Reinhard Spree (Hg.) *Medizinische Deutungsmacht im sozialen Wandel*, Bonn 1989, S. 37-55.
- Weindling, Paul, *The Medical Profession, Social Hygiene and the Birth Rate in Germany, 1914-18*, in: Jay Winter (Hg.), *The Upheaval of War: Family, Work and Welfare in Europe 1914-1918*, Cambridge 1988, S. 417-437.
- Weingart, Peter/ Kroll, Jürgen/ Bayertz, Kurt, *Rasse, Blut und Gene. Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland*, Frankfurt 1988.
- Weiß, Lothar, *Rheinische Großstädte während der Weltwirtschaftskrise (1929-1933): Kommunale Finanz- und Sozialpolitik im Vergleich*, Köln u. a. 1999.
- Welczek, Adelheid von, *Die deutsche Frau in der öffentlichen Armen- und Waisenpflege. Auf Grund der vom Verband Fortschrittlicher Frauenvereine veranstalteten Umfrage vom 12. Februar 1904*, Leipzig 1904.
- Welskopp, Thomas, *Betriebliche Sozialpolitik im 19. und frühen 20. Jahrhundert. Eine Diskussion neuerer Forschungen und Konzepte und eine Branchenanalyse der deutschen und amerikanischen Eisen- und Stahlindustrie*, in: *Archiv für Sozialgeschichte* 34 (1994), S. 333-374.

- Wendenburg, Friedrich, Arbeitsgemeinschaft mit anderen Zweigen der Gesundheitsfürsorge und allgemeiner Volkswohlfahrt. Sonderbericht über die VII. Deutsche Tagung für Säuglings- und Kleinkinderschutz. Konferenz des deutschen Krippenverbandes, München 1925, S. 47-58.
- Wendenburg, Friedrich, Kleinkinderfürsorge durch Rot-Kreuz-Organisationen, in: Blätter des Deutschen Roten Kreuzes Wohlfahrt und Sozialhygiene 5 (1926), S. 11-17.
- Wettstein-Adelt, Minna, Dreieinhalb Monate Fabrik-Arbeiterin, Berlin 1893.
- Weyer-von Schoultz, Martin, Die Kommunale Vereinigung für Gesundheitsfürsorge im Ruhrgebiet 1919-1929. Möglichkeiten und Grenzen kommunaler Gesundheitspolitik in der Zwischenkriegszeit, in: Woelk/ Vögele, Geschichte der Gesundheitspolitik, S. 83-91.
- Weyer von Schoultz, Martin, Stadt und Gesundheit im Ruhrgebiet 1850-1929. Verstädterung und Gesundheitspolitik dargestellt am Beispiel der jungen Industriestadt Gelsenkirchen, Essen 1994.
- Wickert, Christl, Helene Stöcker 1869-1943. Frauenrechtlerin, Sexualreformerin und Pazifistin. Eine Biographie, Bonn 1991.
- Windorfer, Adolf/ Schlenk, Rolf, Die Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde. Ihre Entstehung und historische Entwicklung, Berlin/ Heidelberg/ New York 1978.
- Wischermann, Clemens, Wohnungsmarkt, Wohnungsversorgung und Wohnmobilität in deutschen Großstädten 1870-1913, in: Peter Borscheid (Hg.), Stadtwachstum, Industrialisierung, sozialer Wandel: Beiträge zur Erforschung der Urbanisierung im 19. und 20. Jahrhundert, Berlin 1986, S. 101-133.
- Wischermann, Clemens/ Haas, Stefan (Hg.), Körper mit Geschichte. Der menschliche Körper als Ort der Selbst- und Weltdeutung, Stuttgart 2000.
- Witzler, Beate, Großstadt und Hygiene: Kommunale Gesundheitspolitik in der Epoche der Urbanisierung, Stuttgart 1995.
- Wobbe, Theresa, Gleichheit und Differenz. Politische Strategien von Frauenrechtlerinnen um die Jahrhundertwende, Frankfurt/M./ New York 1989.
- Das Wöchnerinnen-Asyl zu Karlsruhe. Seine Entstehung, sein Zweck, seine Wirksamkeit, in: Blätter des Badischen Frauenvereins 20 (1896), S. 60-62 und 69-70.
- Woelk, Wolfgang, Von der Säuglingsfürsorge zur Wohlfahrtspflege: Gesundheitsfürsorge im rheinisch-westfälischen Industriegebiet am Beispiel des Vereins für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf, in Woelk/ Vögele (Hg.), Stadt, Krankheit und Tod, S. 339-360.
- Woelk, Wolfgang, Der Düsseldorfer Milchkrieg 1921. Ein Beitrag zur Sozialgeschichte der Ernährung im frühen 20. Jahrhundert, in: Düsseldorfer Jahrbuch 69 (1998), S. 211-235.
- Woelk, Wolfgang (Bearb.), Gesundheit in der Industriestadt. Medizin und Ärzte in Düsseldorf 1802-1933. Ein Findbuch zu den Quellen, Düsseldorf 1996.
- Woelk, Wolfgang/ Vögele, Jörg (Hg.), Geschichte der Gesundheitspolitik in Deutschland. Von der Weimarer Republik bis in die Frühgeschichte der „doppelten Staatsgründung“, Berlin 2002.
- Woelk, Wolfgang/ Vögele, Jörg (Hg.), Stadt, Krankheit und Tod während der Epidemiologischen Transition, Berlin 2000.

- Wolf, Die Krisis der Säuglingsfürsorgestellen. Eine Entgegnung, in: Zeitschrift für Schulgesundheitspflege und soziale Hygiene 40 (1927), S. 70-76.
- Wolf, Julius, Der Geburtenrückgang, Die Rationalisierung des Geschlechtslebens unserer Zeit, Jena 1911.
- Wolf, Maria, Mutterschaft und Moderne. Die Vergesellschaftung der Bindekräfte des Lebendigen, in: Sieglinde Klettenhammer/ Elfriede Pöder (Hg.), Das Geschlecht, das sich (un)eins ist?: Frauenforschung und Geschlechtergeschichte in den Kulturwissenschaften, Innsbruck/ Wien/ München 1999, S. 109-130.
- Wolff, Eberhard, Mehr als nur materielle Interessen: Die organisierte Ärzteschaft im Ersten Weltkrieg und in der Weimarer Republik 1914-1933, in: Robert Jütte (Hg.), Geschichte der deutschen Ärzteschaft. Organisierte Berufs- und Gesundheitspolitik im 19. und 20. Jahrhundert, Köln 1997, S. 97-142.
- Wollasch, Andreas, Der Katholische Fürsorgeverein für Mädchen, Frauen und Kinder (1899-1945). Ein Beitrag zur Geschichte der Jugend- und Gefährdetenfürsorge in Deutschland, Freiburg/Br. 1991.
- Wollasch, Andreas, Der Wohlfahrtsstaat in der Stadt. Wohlfahrtspolitik und Wohlfahrtspflege in Westfalen 1890-1945, in: Westfälische Forschungen 44 (1994), S. 469-482.
- Wollasch, Andreas, Tendenzen und Probleme historischer Wohlfahrtsforschung in Deutschland, in: Westfälische Forschungen 43 (1993), S. 1-25.
- Wollasch, Andreas, Wohlfahrt und Region. Beiträge zur historischen Rekonstruktion des Wohlfahrtsstaates in westfälischer und vergleichender Perspektive, Münster 1995.
- Würtz, Adolf, Säuglingsschutz durch Staat, Gemeinden und Private innerhalb des deutschen Sprachgebiets. Preisschrift der Lamey-Stiftung der Kaiser-Wilhelm-Universität Straßburg, Stuttgart 1910.
- Zeller, Susanne, Volksmütter – Mit staatlicher Anerkennung. Frauen im Wohlfahrtswesen der zwanziger Jahre, Düsseldorf 1987.
- Zerback, Ralf, München und sein Stadtbürgertum. Eine Residenzstadt als Bürgergemeinde 1780-1870, München 1997.
- Zimmermann, Clemens, Von der Wohnungsfrage zur Wohnungspolitik: Die Reformbewegung in Deutschland 1845-1914, Göttingen 1991 (Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft 90).
- Zwischenbericht über das Forschungsprojekt „Der Wert des Menschen in den Bevölkerungswissenschaften“, bearb. von Thorsten Halling/ Julia Schäfer, Düsseldorf 2003 (unveröffentlichtes Manuskript).

9. Abkürzungsverzeichnis

AfS	Archiv für Sozialgeschichte
Art.	Artikel
Aufl.	Auflage
BA	Bundesarchiv
Bd.	Band
Bde.	Bände
BDF	Bund deutscher Frauenvereine
Bes.	Besonders
Bl.	Blatt
BSAW	Blätter für die städtische Armen- und Waisenpflege
DMW	Deutsche Medizinische Wochenschrift
DVAW	Deutscher Verein für Armenpflege und Wohltätigkeit
Ebd.	Ebenda
Erg.	Ergänzte
Erw.	Erweiterte
GLA	Generallandesarchiv
GStA	Geheimes Staatsarchiv
GuG	Geschichte und Gesellschaft
H.	Heft
HA	Hauptabteilung
Hg.	Herausgeber
hrsg.	Herausgegeben
HSA	Hauptstaatsarchiv
HZ	Historische Zeitschrift
KAVH	Kaiserin Auguste Victoria-Haus
LA	Landesarchiv
Med.	Medizinische
MS	Maschinenschriftlich
N.F.	Neue Folge

NPL	Neue Politische Literatur
PK	Preußischer Kulturbesitz
Rep.	Repositor
RGBI	Reichsgesetzblatt
RJWG	Reichsjugendwohlfahrtsgesetz
SDVAW	Schriften des deutschen Vereins für Armenpflege und Wohltätigkeit
SHStA	Sächsisches Hauptstaatsarchiv
SJDS	Statistisches Jahrbuch Deutscher Städte
SLHA	Sächsisches Landeshauptarchiv
StA	Stadtarchiv
StAMs	Staatsarchiv Münster
Tit.	Titulatur
VfS	Verein für Säuglingsfürsorge
Vgl.	Vergleiche
VSP	Verein für Socialpolitik
VSWG	Vierteljahrsschrift für Sozial- und Wirtschaftsgeschichte
ZfS	Zeitschrift für Säuglingsfürsorge

LEBENS LAUF

PERSÖNLICHE DATEN

Name	Silke Fehlemann
Wohnort	Am Weyersberg 28, 40627 Düsseldorf
Geburtsdatum	13.02.1968
Geburtsort	Rinteln/Weser
Familienstand	verheiratet, drei Kinder
Konfession	evangelisch
Staatsangehörigkeit	deutsch

AUSBILDUNG / STUDIUM

1974 – 1978	Grundschule Nord in Rinteln/Weser
1978 – 1987	Jesuiten-Kolleg, Mauritiusgymnasium Büren /Westf., Abschluss: Allgemeine Hochschulreife
WS 1987/88 – WS 1995/96	Magisterstudium Geschichte (Neuere und Alte Geschichte) und Politikwissenschaften an der Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Abschluss: Magister Artium, Note „sehr gut“
SoSe 1996 – SoSe 2004	Promotionsstudium im Fach Neuere und Alte Geschichte, Po- litikwissenschaft an der Heinrich-Heine-Universität Düssel- dorf, Promotion bei Prof. Dr. Alfons Labisch und Prof. Dr. Wolfgang J. Mommsen (†)

BERUFLICHE TÄTIGKEIT

Aug. 1996 – Dez. 1998	Universität Düsseldorf: Wissenschaftliche Hilfskraft am Insti- tut für Geschichte der Medizin (Prof. Dr. Alfons Labisch), Mitarbeit am Projekt “Öffentliche Gesundheit als Handlungs- feld der Gesundheitspolitik in der Frühgeschichte der Bundes- republik Deutschland und Nordrhein-Westfalen. Ein Bund- Länder-Vergleich 1945-1965“
Jan. 1999 – Oktober 1999	Universität Düsseldorf: Wissenschaftliche Angestellte am Lehrstuhl für Neuere Geschichte (Prof. Dr. Gerd Krumeich)
April 1999 – heute	Universität Bielefeld: Dozentin und Freie Mitarbeiterin im Studiengang „Angewandte Gesundheitswissenschaften“
Okt. 1999 – März 2003	Friedrich-Ebert-Stiftung: Promotionsstipendiatin
März 2003 – März 2004	Landtag NRW: Wissenschaftliche Angestellte bei der Enquetekommission „Zukunft einer frauengerechten Gesund- heitsversorgung in NRW“
April 2004- heute	Wissenschaftliche Angestellte an der Max Weber- Gesamtausgabe, Arbeitsstelle Düsseldorf (Leitung: Prof. Dr. Gerd Krumeich)

Düsseldorf, den 31.03.07

Ich erkläre hiermit, dass ich die vorliegende Arbeit ohne Hilfe Dritter und ohne Benutzung anderer als der angegebenen Hilfsmittel angefertigt habe; die aus fremden Quellen direkt oder indirekt übernommenen Gedanken sind als solche kenntlich gemacht.

Die Arbeit wurde bisher in gleicher oder ähnlicher Form keiner anderen Prüfungsbehörde vorgelegt und auch noch nicht veröffentlicht.

Düsseldorf, den 24.02.04