

TECHNISCHE UNIVERSITÄT MÜNCHEN

Institut für Geschichte und Ethik der Medizin

(Komm. Direktor: Univ.-Prof. Dr. D. von Engelhardt, em.)

Die öffentliche Säuglings- und Schwangerenfürsorge sowie Mütterberatung in München während der Weimarer Republik

Dominik S. Rahammer

Vollständiger Abdruck der von der Fakultät für Medizin
der Technischen Universität München zur Erlangung des akademischen Grades eines
Doktors der Medizin
genehmigte Dissertation.

Vorsitzender: Univ.-Prof. Dr. D. Neumeier

Prüfer der Dissertation:

1. Univ.-Prof. Dr. D. von Engelhardt, em.
2. Univ.-Prof. Dr. K. Th. M. Schneider

Die Dissertation wurde am 04.02.2009 bei der Technischen Universität München
eingereicht und durch die Fakultät für Medizin am 23.09.2009 angenommen.

Inhaltsverzeichnis

1	Einführung	6
1.1	Ziel und Aufgabe der Arbeit	6
1.2	Methodik.....	10
1.3	Forschungsstand.....	11
2	Geschichtliche Eckdaten zur Weimarer Republik in Bezug auf München.....	15
3	Sozialpolitischer Hintergrund	26
3.1	Einbindung der Vereine und Verbände als Träger öffentlicher Fürsorge	26
3.2	Chancen im Gesundheitsbereich durch neue Qualifikationen innerhalb der Wohlfahrtspflege.....	29
3.2.1	Die zentrale Rolle der Wohlfahrtspflegerinnen	29
3.2.2	Die Ausbildung zur Säuglingspflegerin als neuer Frauenberuf	33
3.2.3	Die Ermächtigung zur Annahme eines Medizinalpraktikanten im Säuglingsheim Prinzessin Arnulfhaus.....	39
4	Säuglingsfürsorge	41
4.1	Landes- und Bezirksverband für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge als Mittelpunkt der offenen Fürsorge.....	42
4.1.1	Organisation und Aufgabenbereich des Landes- und Bezirksverbands	42
4.1.1.1	Der historische Werdegang vom Beginn als Zentrale für Säuglingsfürsorge bis zu deren Aufteilung in Landes- und Bezirksverband.....	42
4.1.1.2	Der Landesverband für Mutterschafts-, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge – Die Schwerpunkte der Tätigkeit anhand der Blätter für Gesundheitsfürsorge	43
4.1.1.3	Der Bezirksverband München für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge – Die verschiedenen Arbeitsgebiete, Ziele und Leistungen des Vereins	47
4.1.2	Das Tätigkeitsfeld der Säuglingsberatungsstellen.....	54
4.1.3	Die Initiative des Bezirksverbands zur Bekämpfung der Rachitis	57
4.2	Die geschlossene Säuglingsfürsorge	63
4.2.1	Der Verein „Prinzessin Arnulfhaus für Säuglinge e.V.“ als Verbindung zwischen offener und geschlossener Fürsorge	63
4.2.1.1	Historische Eckpunkte der Einrichtung.....	63
4.2.1.2	Zielsetzung und Aufgabe des Vereins und deren Verlagerung während der Weimarer Republik	67

4.2.1.3	Die Milchküche als Schnittpunkt zwischen Säuglingsheim und Außenfürsorge	68
4.2.1.4	Das Säuglingsheim „Prinzessin Arnulfhaus“ - eine Einrichtung sowohl für gesunde als auch kranke Kinder mit angeschlossener Mütterabteilung	70
4.2.2	Das Säuglingsheim des Säuglingsheim München e.V. an der Lachnerstrasse - Eine Institution für „kränkliche und schwächliche Säuglinge“	73
4.2.2.1	Die Entwicklung des Säuglingsheims seit seiner Gründung	73
4.2.2.2	Die individualisierte Ernährung der Säuglinge, Heilnahrungen und deren Verwendung nach krankheitsspezifischen Gesichtspunkten im Spiegel der medizinischen Lehrmeinungen	77
4.2.2.3	Schwerpunkt der „Frühgeburtenaufzucht“, deren Besonderheiten und Ergebnisse	89
4.2.2.4	Die Fürsorge im Spiegel der Eugenik, deren Hintergründe und Entwicklung unter Berücksichtigung der Frühgeburtensversorgung im Säuglingsheim München	95
4.2.2.5	Die Rachitisbehandlung - Strategie der diätetisch-klimatischen Prophylaxe.....	101
4.2.2.6	Aufgaben der Röntgenabteilung, Diagnostik zur Tbc-Früherkennung und Methoden der Behandlung tuberkulosekranker Säuglinge und Kleinkinder im Kinderheim Maria.....	104
4.2.2.7	Beobachtungen zum Verlauf und zur Therapie weiterer aufgetretenen Erkrankungen.....	110
4.2.2.8	Die chirurgischen sowie orthopädischen Krankheitsfälle.....	119

5 Aufgabenbereich und Tätigkeit der Schwangerenberatungsstellen124

6 Mütterberatung128

6.1	Mütterheim an der Taxisstraße - Beratung und Unterstützung für Mutter und Kind	129
6.1.1	Die geschichtliche Entwicklung vom Mütterheim an der Kuglmüllerstraße zur Frauenklinik vom Roten Kreuz an der Taxisstraße	129
6.1.2	Die Ausgangssituation im Mütterheim an der Taxisstraße und deren Entwicklung während der Weimarer Republik sowie die Versorgung von Schwangeren, Müttern und ihren Kindern ...	131
6.2	Die Mütterspeisung.....	135

6.3	Die Sprechstunden für Kinder sozial bedürftiger Mütter und werdende Mütter der Säuglingsfürsorge- und Beratungsstelle des Vereins „Prinzessin Arnulfhaus e.V.“	137
6.4	Gesetzliche Regelungen der Wochenfürsorge und Stillprämien sowie deren Bedeutung	140
7	Die Vorreiterrolle Münchens auf dem Gebiet der Säuglings- und Schwangerenfürsorge sowie Mütterberatung im Kontext der sozio-ökonomischen Entwicklung der Weimarer Republik.....	149
8	Zusammenfassung	156
9	Organigramm der Münchener Fürsorgeorgane und Persönlichkeiten.....	160
10	Quellenverzeichnis	161
11	Literaturverzeichnis	163
11.1	Primärliteratur	163
11.2	Sekundärliteratur	169
12	Abbildungsverzeichnis	174
13	Danksagung.....	175
14	Lebenslauf.....	177

Meiner Großmutter, Anna Rahammer,
in Liebe und Dankbarkeit gewidmet.



Anna Rahammer, München 1919.

1 Einführung

1.1 Ziel und Aufgabe der Arbeit

Die Säuglingsfürsorge, also die Unterstützung von Kindern hilfsbedürftiger Mütter durch staatliche Mittel, war von den wissenschaftlichen Fortschritten der Medizin zu Beginn des 20. Jahrhunderts geprägt. Eine Aufgabe dieser Arbeit wird sein, zu klären, welche Personen in die Fürsorge aufgenommen wurden und wie sich die Fürsorge in den Kontext der medizinischen Entwicklung einordnen lässt. Gleichzeitig stellt sich die Frage, inwieweit sie den Ärzten, insbesondere den Pädiatern, aber auch ein Wirkungsfeld für ihre Forschung und praktische Ausbildung eröffnete. Erst zu Beginn der Weimarer Republik im Jahr 1918 wurde die Pädiatrie als eigenes Fach in die medizinische Prüfungsordnung aufgenommen. Ein Jahr später wurde Prof. Dr. med. Meinhard von Pfaundler¹ (1872–1947), dem damaligen Leiter des Dr. von Haunerschen Kinderspitals in München, das erste Vollordinariat verliehen, nachdem er 1912 bereits den Titel, Rang und Rechte eines Ordinarius erhalten hatte.²

„Voraussetzung für die Entstehung einer eigenen Wissenschaft vom Kinde und seinen Krankheiten musste eine Einstellung der Gesellschaft der Erwachsenen zum Kinde sein, die dieses überhaupt als lohnendes Objekt ernsthafter ärztlicher Bemühungen anerkannte.“³

Eulner zeigt durch dieses Zitat aus seiner Monographie über die Entstehung der Spezialfächer der Medizin den Wandel des Denkens um die

¹ Prof. Dr. med. Meinhard von Pfaundler leitete ab 1906 das Dr. von Haunersche Kinderspital München und zudem nach der Zusammenlegung der pädiatrischen Poliklinik der Universität München und des Haunerschen Kinderspitals 1928 beide Institutionen. Als zentrale Person der Münchner Fürsorge war er zudem Mitglied des Ehrenausschusses des Bezirksverbands für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge und arbeitete eng mit den leitenden Ärzten des Säuglingsheims München, besonders Dr. med. Otto Rommel, zusammen. Er emeritierte am 1.8.1937, nachdem er immer wieder während seiner Vorlesungen scharfe Kritik am NS-Regime geäußert hatte. UAM N-N-Ib, E-II-N, Stehr (o.J.): Kinderheilkunde. S. 7, 13, 20–27 und Woerner (o.J.): Tätigkeitsbericht 1927. S. 2.

² Stehr (o.J.): Kinderheilkunde. S. 6–7.

³ Eulner (1970): Spezialfächer. S. 202.

Jahrhundertwende in Bezug auf den Wert und die Verantwortung gegenüber dem kindlichen Leben. Diese neue Wertschätzung äußerte sich auch insbesondere durch den Ausbau der Schwangeren- und Säuglingsfürsorge sowie der Mütterberatung.

Die demographischen Daten des deutschen Reiches⁴ zeigten einen deutlichen Geburtenrückgang bei nur gering niedrigerer Säuglingssterblichkeitsrate. Diese Tatsachen und der daraus abgeleitete ökonomische Verlust von zukünftigen Arbeitskräften wurden Antrieb für den Ausbau der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge. Ein individueller, caritativer Ansatz spielte nur eine geringere Rolle.⁵ Prof. Dr. med. Rudolf Hecker (1868–1963)⁶, der 1910 in München zum außerordentlichen Professor ernannt worden war und einen der wichtigsten Akteure innerhalb der Münchner Säuglingsfürsorge darstellte, formulierte das Ziel der Säuglingsfürsorge wie folgt:

„Wir suchen durch erhöhten Säuglingsschutz nicht nur hunderttausende von Kindern zu retten, sondern wir wollen die gesamten Lebensbedingungen der Kinderschaft verbessern und ein gesundes Geschlecht garantieren.“⁷

⁴ Im Jahr 1915 wurde noch ein Geburtenüberschuss von 10,1 Promille, 1920 ein Geburtenrückgang von –18,6 Promille und 1925 8,9 Promille verzeichnet. Auch bis zum Ende der Weimarer Republik wurden zwar steigende Geburtenüberschüsse erreicht, allerdings immer unter dem Vorkriegsniveau. Vgl. Marschalck (1984): Bevölkerungsgeschichte. S. 146.

⁵ Vgl. Rudloff (1998): Wohlfahrtsstadt. S. 685.

⁶ Prof. Dr. med. Rudolf Hecker studierte an der Ludwig-Maximilians-Universität in München Medizin, wo er 1892 promovierte. Nachdem er sechs Jahre als Assistent in München bei Prof. v. Ranke an der Universitätskinderklinik, in Augsburg, Berlin, Prag und Wien tätig war, habilitierte er sich 1898 mit der Arbeit „Beiträge zur Histologie und Pathologie der vorgeitalen Syphilis sowie zur normalen Anatomie des Foetus und Neugeborenen“ in München und wurde 1910 zum a.o. Professor ernannt. Er war Mitbegründer des Ambulatoriums für Kinderkrankheiten im Jahr 1899 und leitete dieses so genannte Gisela-Spital zusammen mit Prof. Dr. Trumpp. Es bildete den Vorläufer des Schwabinger Kinderkrankenhauses. Prof. Dr. Hecker gab u. a. den „Atlas und Grundriß der Kinderheilkunde“ heraus und war in der Lehre sehr aktiv. Er bekleidete seit 1923 das Amt des Vorsitzenden des Ortsverbands für Gesundheitsfürsorge und war Mitglied des Kreis- und Landesverbands für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge. Er starb am 27. Februar 1963 in Garmisch. Vgl. Stehr (o.J.): Kinderheilkunde. S. 37. Tätigkeitsbericht des Bezirksverbands München für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, E.V. für das Jahr 1929. StadtAM Vereine 178. S. 1. StadtAM ZA Personen 190/5 Hecker Rudolf, Prof. Dr. med. und UAM N-I-74.

⁷ Michailoff (1920): Säuglingsfürsorge. S. 37.

Aber nicht nur den demographischen Entwicklungen, sondern auch den Auswirkungen des Krieges sollte die Fürsorge entgegenwirken. Deswegen sei das Ziel,

„die Minderung der Säuglingssterblichkeit und Heranziehen eines körperlich wie geistig tüchtigen Nachwuchses, der in der Lage ist, die schweren Lücken des Weltkrieges, die dieser in unsere Bevölkerungsziffer, wie Volksgesundheit gerissen hat, wieder auszufüllen.“⁸

Wie bereits angesprochen hatte die Fürsorge folglich eine Aufgabe für die gesamte Volksgesundheit und muss im Kontext der medizinischen Entwicklung, aber auch vor dem Hintergrund der geschichtlichen Ereignisse und der demographischen Zahlen gesehen werden. Im Mittelpunkt der Arbeit soll die öffentliche Säuglingsfürsorge sowie die damit verbundene Mütterberatung und Schwangerenfürsorge stehen. Der Begriff „öffentlich“ grenzt das Thema von kirchlichen oder anderen privaten Initiativen der Fürsorge ab. Aus diesem Grund werden nur Institutionen behandelt, die entweder direkt städtisch getragen oder an Vereine durch die städtische Verwaltung abgegeben wurden. Bei dieser Betrachtung sollen die staatlichen Maßnahmen und Förderungen sowie Gesetze zu den einzelnen Bereichen der Gesundheitsfürsorge vor allem vor dem Hintergrund der städtischen Umsetzung und Anwendung der staatlichen Vorgaben behandelt werden. Das erste Teilgebiet stellt die Säuglingsfürsorge dar. Sie untergliedert sich in offene und geschlossene Fürsorge, auf die beide exemplarisch anhand von Säuglingsberatungsstellen und Säuglingsheimen eingegangen werden soll.

Als zweiter Bestandteil der Arbeit wird die Situation der Versorgung der Schwangeren und Mütter betrachtet. Der Schwerpunkt liegt dabei auf den Auswirkungen der Fürsorge und deren Konsequenzen für die Versorgung der Säuglinge, weshalb sowohl gesetzliche Rahmenbedingungen der Wochenfürsorge sowie Schwangerenberatung als auch die stationäre Behandlung der Mütter aufgenommen wurden.

Die inhaltliche Aufarbeitung des Themas soll sich auf das damalige Münchner Stadtgebiet beziehen, so dass auf die Fürsorgeentwicklung bis 1933 noch nicht eingemeindeter Stadtteile nicht gesondert eingegangen wird.

⁸ Michailoff (1920): Säuglingsfürsorge. S. 125.

Der bearbeitete Zeitraum beginnt mit der Novemberrevolution 1918 als den Beginn der Weimarer Republik und endet mit der Ernennung Hitlers zum Reichskanzler am 30. Januar 1933. Spätestens die Auflösung der Fürsorgeorgane während des Jahres 1933 und Umwandlung in das Hilfswerk „Mutter und Kind“ ist als Endpunkt der Weimarer Fürsorge zu sehen.⁹ Ihre Entwicklung während der Weimarer Republik in München bietet hier sehr gute Ansatzpunkte, da auf diesem Gebiet große politische Anstrengungen gebracht wurden und München in dieser Zeit als so genannte „Wohlfahrtsstadt“ galt.¹⁰ Auch medizinisch ist eine Betrachtung dieses Zeitraums von großem Interesse, da auf dem jungen Fachgebiet der Pädiatrie viele Forschungsgebiete bearbeitet wurden, neue Therapieoptionen diskutiert und in der Fürsorge angewandt wurden. Die Wechselwirkungen zwischen politischer, wirtschaftlicher und sozialer Entwicklung der Gesellschaft während der Weimarer Republik und deren Auswirkungen auf die Fürsorge sollen ebenfalls berücksichtigt werden.

Vor diesem geschichtlichen Hintergrund ist es das Ziel der Arbeit, die Säuglings-, die Schwangerenfürsorge und Mütterberatung medizinhistorisch zu betrachten und wichtige Schlaglichter der Sozialgeschichte mit einzubeziehen. Dabei sollen die medizinische Versorgung der drei Fürsorgegruppen und die Wirkungen der Fürsorgepolitik im Vordergrund stehen. Insgesamt ist das Ziel dieser Arbeit der Entwurf eines Gesamtbildes der Münchner Säuglingsfürsorge sowie Mütterberatung und Schwangerenfürsorge, das anhand von Institutionen und deren Tätigkeiten dargestellt werden soll.

⁹ Vgl. Schwangeren-Beratung (1930-33), StadtAM Wohlfahrt 4808.

¹⁰ Vgl. Rudloff (1998): Wohlfahrtsstadt.

1.2 Quellen und Methoden

Das Vorgehen bei der Bearbeitung des Themas lässt sich am besten nach Primärquellen und Sekundärliteratur einteilen. An erster Stelle stehen Unterlagen zu den verschiedenen Kapiteln der Fürsorge, die sich vorwiegend im Stadtarchiv München, der Monacensia Bibliothek und Literaturarchiv sowie ganz vereinzelt im Bayerischen Hauptstaatsarchiv fanden. Archivalien des Hauptstaatsarchivs zu der recherchierten Zeit sind zu einem Großteil verloren gegangen. Ebenso sind die Bestände des Staatsarchivs München für die Zeit während der Weimarer Republik bis auf wenige Archivalien der Polizeidirektion durch Bombenschaden verloren gegangen. Bei einzelnen Kapiteln konnte das Material durch noch bestehende Institutionen wie das Archiv der Krankenpflegeschule des Klinikums Dritter Orden, München-Nymphenburg für das damalige Münchner Säuglingsheim an der Lachnerstrasse ergänzt werden. Neben Archivalien stellten einzelne Dissertationen und Schriften aus der Zeit während der Weimarer Republik wichtige Quellen dar. Die Recherche der Sekundärliteratur wurde mithilfe sowohl medizin-historischer als auch sozialpolitischer Bibliographien¹¹ sowie insbesondere des Kataloges der Wellcome Historical Medical Library London möglichst breit erarbeitet und durch Suche innerhalb der Bibliotheken ergänzt. Hierfür wurden die Bibliotheken der Stadt München, die Universitätsbibliotheken samt der jeweiligen Fakultätseinrichtungen und vorwiegend die Bayerische Staatsbibliothek herangezogen. Die Vorgehensweise war gegliedert in eine erste Sichtung sowie anschließender Auswertung und Gliederung. Es folgte die Bearbeitung der im nächsten Kapitel erarbeiteten und einbezogenen Sekundärliteratur.

¹¹ Morton (1983): *Medical bibliography*, Index zur Geschichte der Medizin, Kaiser (1996): *Bibliographie* und Aldcroft (1993): *Bibliography*.

1.3 Forschungsstand

Das Thema der Säuglings- und Schwangerenfürsorge sowie Mütterberatung in München während der Weimarer Republik wurde in der Literatur bisher immer nur gestreift und zumeist sozialhistorisch betrachtet. Das umfangreichste Werk zum Thema der Münchner Sozialpolitik stellt die Dissertation von Rudloff dar. Er betrachtet im Wesentlichen die politischen Aspekte und Entwicklungen innerhalb der Fürsorge. Es stehen die Auseinandersetzungen der verschiedenen Beteiligten, der städtischen Verwaltung und der Vereine, die geschichtliche Entwicklung der Münchner Säuglingsfürsorge und deren ökonomische und sozialpolitischen Ursachen im Mittelpunkt.¹² Insgesamt stellt das kurze Kapitel zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit innerhalb der Arbeit aber nur ein Streiflicht und keine kontinuierliche Betrachtung dar, die zudem keine medizinischen Fragestellungen beinhaltet.

Sachße und Tennstedt veröffentlichten im Jahre 1988 ein zweibändiges Werk zur Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland. Es schildert die Entwicklung der Armenfürsorge vom Kaiserreich bis hin zur Wohlfahrtspflege der Weimarer Republik bis zum Jahr 1929. Sachße und Tennstedt gehen dabei kurz auf den Geburtenrückgang und dessen ausschlaggebende Wirkung für die Entwicklung der zentralen Institutionen der offenen Fürsorge für Mutter und Kind ein. Es werden insgesamt ein Eindruck der reichsweiten Situation und ein kurzer Einblick in die gesetzliche Entwicklung sowie Aufgaben der Schwangeren-, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge gegeben. Ebenso wird auf München zugunsten eines nationalen Überblicks nicht näher eingegangen.¹³

Das Werk von Teleky zum Thema der Gesundheitsfürsorge zielt ebenfalls eher auf eine sozialpolitische Betrachtung und beschäftigt sich ausschließlich mit der Entwicklung der Gesundheitsfürsorge und im Speziellen mit der Gesamtsituation in Deutschland und in Preußen. Einen weiteren Schwerpunkt setzt es auf die rechtlichen Bestimmungen zum Stillgeld während der Weimarer Republik. Die Fürsorge speziell in München wird hierbei nicht näher

¹² Vgl. Rudloff (1998): Wohlfahrtsstadt. S. 675–687.

¹³ Vgl. Sachße, Tennstedt (1988): Armenfürsorge. S. 122–125.

erwähnt.¹⁴ Insgesamt strebt Teleky einen internationalen Vergleich der gesamten Gesundheitsfürsorge an und möchte eine geschichtliche Entwicklung aufzeigen.¹⁵

Eine weitere sozialpolitische Betrachtung über die Weimarer Republik als Wohlfahrtsstaat hat Abelshauser herausgegeben. In seinem Werk wird von verschiedenen Autoren der Wohlfahrtsstaat allgemein betrachtet und beurteilt, inwieweit die Weimarer Republik diese Aufgabe erfüllt hat, welche Ursachen und Auswirkungen dieser Staatsform zugrunde liegen. Die Fürsorge spielt hierbei eine kaum erwähnte Rolle und tritt hinter eine allgemeine Betrachtung der politischen Entwicklung der Weimarer Republik und ihrer Rolle als Sozialstaat zurück.¹⁶

Eine allgemeine Betrachtung der Medizin während der Weimarer Republik findet man bei Seidler, der besonders die Hintergründe der Entwicklung der Medizin und deren soziale Ursachen sowie die Auswirkungen der Sozialhygiene und den Umgang der Ärzteschaft damit beleuchtet.¹⁷

Die Haltung zu Kindern in der deutschen Kinderheilkunde beleuchtet Heßling in seiner Monographie und vergleicht anhand einer ausgewählten Primärliteratur Ernährung, Sauberkeit, Sexualität und emotionale Entwicklung im Verlauf von 1877 bis 1980.¹⁸

Wolff stellt in seinem Werk zur Geschichte der Krankenpflege die Entwicklung des Pflegeberufes von der Antike bis in die Gegenwart dar.¹⁹

Marquardt legt mit ihrer Dissertation über die Sozialpolitik und Sozialfürsorge der Stadt Hannover in der Weimarer Republik eine stadtspezifische Arbeit vor.²⁰ Die Säuglings- sowie Schwangerenfürsorge ebenso wie die Mütterberatung wurden in ihrem Werk nicht berücksichtigt, sondern ein Schwerpunkt auf die Jugend- und Arbeitslosenfürsorge gelegt.

Eine diesem Thema ähnliche Dissertation zur Stadt Düsseldorf reichte Dahmann 2001 ein. Bei dieser medizinhistorischen Arbeit lag der Schwerpunkt

¹⁴ Vgl. Teleky (1950): Gesundheitsfürsorge. S. 104–108.

¹⁵ Vgl. Teleky (1950): Gesundheitsfürsorge. Vorwort.

¹⁶ Vgl. Abelshauser (1987): Wohlfahrtsstaat. S. 9–33.

¹⁷ Vgl. Seidler (1970): Medizingeschichte. S. 231–240.

¹⁸ Vgl. Heßling (1998): Kinderheilkunde.

¹⁹ Vgl. Wolff (1994): Krankenpflege.

²⁰ Vgl. Marquardt (1994): Sozialfürsorge.

auf der Betrachtung und Entwicklung des Vereins für Säuglingsfürsorge Düsseldorf e.V.²¹

Zum Aspekt der Eugenik und Sozialhygiene sowie deren Entwicklung innerhalb der Fürsorge, die in dieser Dissertation nur als Hintergrund gestreift werden sollen, hat Stöckel 1996, am Beispiel Berlins während der Weimarer Republik, mit ihrer Dissertation einen wichtigen Beitrag zur Forschung geleistet.²²

Brunner äußert sich zum Forschungsstand der Fürsorge in ihrer Monographie „Frauenarbeit im Männerstaat. Wohlfahrtspflegerinnen im Spannungsfeld kommunaler Sozialpolitik in München 1918-1938“ folgendermaßen:

*„So weist vor allem die Münchner Historiographie, wie übrigens auch in auffallend vielen anderen sozialpolitischen und- geschichtlichen Bereichen, ein erhebliches Defizit und das Vorhandensein kaum zu übersehender „weißer Flecken“ der Geschichtsschreibung auf, [...]“*²³

Bei ihrem Werk handelt es sich um eine Betrachtung des Berufs der Wohlfahrtspflegerinnen und deren spannungsreicher Position innerhalb der Fürsorge. Die Problematik und Entwicklung des Berufes, der eine wichtige Rolle innerhalb des Themas der Fürsorge während der Weimarer Republik spielt, wird in ihrem Werk betrachtet. Dabei steht eine eher sozialpolitische Fragestellung im Vordergrund, so dass medizinische Inhalte fehlen. Es wird Aufgabe dieser Arbeit sein, auch diesen Teilbereich vor medizinhistorischem Hintergrund zu ergründen und die angesprochenen weißen Flecken etwas zu verkleinern.

Mit der 2002 von Gmelin eingereichten medizinhistorischen Dissertation zur Kinderklinik an der Lachnerstraße wurde das Thema der Fürsorge im Säuglingsheim München zwar gestreift, allerdings fällt auch hier ein deutliches Defizit für die Zeit der Weimarer Republik innerhalb der Arbeit auf. Zudem handelt es sich um eine Chronik, bei der vor allem die zeitliche Entwicklung der Klinik als Institution im Vordergrund steht.²⁴

In der Zusammenschau der Fachliteratur kristallisierte sich deutlich heraus, dass das Themengebiet der Säuglings- und Schwangerenfürsorge sowie Mütterberatung in München während der Weimarer Republik bisher, wenn

²¹ Vgl. Dahlmann (2001): Säuglingsfürsorge.

²² Stöckel (1996): Sauglingsfürsorge.

²³ Brunner (1994): Frauenarbeit. S. 11.

²⁴ Gmelin (2002): Lachnerklinik.

überhaupt, nur gestreift wurde und man noch keine medizinhistorische Betrachtung anstrebte. Das Thema dieser Arbeit stellt somit ein in dieser Form unerforschtes Desiderat der Medizingeschichte dar.

2 Geschichtliche Eckdaten zur Weimarer Republik in Bezug auf München

Die öffentliche Fürsorge erhielt durch die Weimarer Reichsverfassung nicht nur einen neuen verfassungsrechtlichen Status, sondern auch das Ausmaß und die Erfassung der gesamten Bevölkerung bewegte sich in neuen Dimensionen. Im folgenden Abschnitt sollen einige historische Eckpunkte zwischen 1918 und 1933 und deren soziale Auswirkungen kurz beleuchtet werden, wobei der Schwerpunkt auf dem Bezug zu München und den Auswirkungen für die Bevölkerung liegt.

Schon während des dritten Jahres des ersten Weltkrieges litten Münchens Bürger unter dem Ernährungsdefizit und der staatlichen Rationierung, so dass es am 17. Juni 1916 zu Hungerprotestzügen kam. Diese konnten noch mit polizeilicher Gewalt zurückgedrängt werden.²⁵ Im November 1918 kam es zu verstärkten Protesten, nachdem sich die militärische Lage und die Versorgung mit Lebensmitteln weiter verschlechtert hatten. Am 7. November 1918 zogen die Demonstranten unter der Führung Kurt Eisners (1867–1919)²⁶ (USPD)²⁷ vor die Kaserne der Münchner Garnison, die sich darauf kampflös mit ihnen solidarisierte. Noch an diesem Abend wählte der geschaffene „Arbeiter- und

²⁵ Rudloff (1998): Wohlfahrtsstadt. S. 229.

²⁶ Kurt Eisner wurde in Berlin als Sohn eines jüdischen Militärfabrikanten geboren. Nach dem Studium der Germanistik und Philosophie an der Berliner Universität war er in verschiedenen Zeitungen als Redakteur tätig und fiel vor allem durch seine linksliberale Haltung auf. Nachdem er 1910 nach München gezogen war, wurde er im April 1917 Anhänger der USPD und nach der Revolution vom 8. November 1918 erster Ministerpräsident des Volksstaates Bayern. Bei der darauf folgenden Landtagswahl am 12.1.1919 erhielt Eisner allerdings nur 2,5 %. Die MSPD unter ihrem Vorsitzenden Erhard Auer entzog ihm die Zusammenarbeit und so wurde er davon überzeugt, bei der ersten Sitzung des neugewählten Landtags zurückzutreten. Auf dem Weg zu seiner Rücktrittserklärung am Morgen des 21.2.1919 wurde er von Graf Anton von Arco-Valley, der Eisner als Hochverräter und Bolschewisten betrachtete, ermordet. Vgl. Aretin (1994): Kurt Eisner. S. 82–98.

²⁷ USPD (Unabhängige Sozialdemokratische Partei Deutschlands): Gegner der Zustimmung zu den Kriegskrediten wurden im März 1916 aus der SPD-Reichstagsfraktion ausgeschlossen und die neue Partei konstituierte sich im April 1917 in Gotha. Auf dem Parteitag im Oktober 1920 spaltete sie sich wiederum in die linke Mehrheit der Delegierten, die sich der KPD anschlossen, und die Verbliebenen, die sich im September 1922 mit der MSPD vereinigten.

Soldatenrat“ Kurt Eisner zum Vorsitzenden. Trotz Gegenwehr der MSPD²⁸ unter Erhard Auer erklärte der Rat der Arbeiter, Soldaten und Bauern in der Nacht zum 8. November die Herrschaft der Wittelsbacher für beendet und schuf den Freistaat bzw. Volksstaat Bayern. Als König Ludwig III. am 13. November alle Beamten, Offiziere und Soldaten vom Treueid entband, endete die Monarchie in Bayern.²⁹ Die erste demokratische Landtagswahl, die auch zum ersten Mal Frauen das allgemeine Wahlrecht zugestand, verlor Kurt Eisner. Mit dem Mord an Kurt Eisner am 21. Februar 1919 fiel die „letzte Klammer“³⁰ zwischen den Sozialdemokraten und der KPD weg. In dieses Vakuum hinein beschloss ein „Zentralrat der Bayerischen Republik“, der sich aus Vertretern der Arbeiter- und Soldatenräte und linksorientierten Parteien bildete, über München den Belagerungszustand zu verhängen. Dieser Rat existierte somit neben dem rechtmäßig gewählten Landtag und beanspruchte die Macht in Bayern. Am 7. April 1919 erklärte der Zentralrat den Landtag als abgesetzt und proklamierte die Bayerische Räterepublik. Daraufhin flüchtete die gewählte Regierung unter Johannes Hoffmann (1867–1930, MSPD) nach Bamberg. Die KPD unterstützte die neu gebildete Räterepublik des Zentralrats nicht und bezeichnete diesen Versuch als Schein-Räterepublik. Am 9. April konstituierte sich ein kommunistischer Zentralausschuss und begann mit den Vorbereitungen für eine kommunistische Räterepublik. Anfang April 1919 standen sich folglich drei Lager gegenüber: Zum einen die legitim gewählte MSPD-Regierung, die nach Bamberg geflüchtet war, zum anderen der Zentralrat, der den Belagerungszustand über München verhängte, und als drittes der kommunistische Zentralausschuss. Am 13. April kam es zwischen der Münchner Garnison und republikanischen Schutztruppen, die von den Mehrheitssozialdemokraten gelenkt wurden, und kommunistischen Verbänden zu bewaffneten Auseinandersetzungen. Im Anschluss an diese Gefechte kam es zur Errichtung der zweiten Räterepublik unter kommunistischer Führung nach dem Modell der Sowjetunion. Bis zum Ende der Räterepublik herrschten bürgerkriegsähnliche Zustände in München, die geprägt waren durch Kämpfe zwischen Freikorps, den Weißgardisten, die der Regierung in Bamberg

²⁸ Die verbleibende Reichstagsfraktion nach der Kriegskreditbewilligung nannte sich seit 1917 MSPD (Mehrheitliche Sozialdemokratische Partei Deutschlands).

²⁹ Bauer (2003): München. S. 139–141.

³⁰ Bauer (2003): München. S. 147.

unterstanden, und den Rotgardisten der Kommunisten. Durch diese politische Konstellation war München vom übrigen Reich praktisch abgeschnitten. Am 2. Mai 1919 wurden die Rotarmisten von Reichstruppen, die durch die Exilregierung in Bamberg zu Hilfe gerufen worden waren, und von Weißgardisten geschlagen. Darauf nahm die gewählte Regierung die Staatsgeschäfte wieder an sich. Bayern wurde am 31. Juli 1919 nach der Annahme der Weimarer Reichsverfassung in der Nationalversammlung als föderalistisches Bundesland in das Reich eingegliedert. Damit war dem Rätegedanken ein Ende bereitet.³¹

Durch die politisch instabile Lage und den Folgen des Weltkrieges waren auch die Versorgungslage und das Einkommen der Bevölkerung stark gesunken. Dies zeigt sich darin, dass zu Beginn der Weimarer Republik vor allem die Zahl der unehelichen Kinder in der Fürsorge auf einen bis dahin nicht gekannten Maximalwert anstieg, ebenso wie die Besuche der Fürsorgerinnen des Bezirksverbandes auf insgesamt 7500 Besuche.³² Während des Jahres 1918 waren 85,2 % der ehelich geborenen und 82,2 % der unehelich geborenen Kinder zu den Fürsorgestellen gekommen.³³ Diese Zahlen spiegeln deutlich die Situation der Bevölkerung zu Beginn der Weimarer Republik wider. Vor allem kinderreiche Familien waren damals von Wohnungselend und zunehmender wirtschaftlicher Not gekennzeichnet.³⁴ Auch bei der Säuglingssterblichkeit zeigten sich unmittelbar die Auswirkungen des Weltkrieges. Sie war in München zwar zu diesem Zeitpunkt auf dem seit 1900 niedrigsten Stand, der Geburtenüberschuss war allerdings auf die Hälfte reduziert.³⁵ Für die Pädiatrie in München war der Beginn der Weimarer Republik ebenfalls ein

³¹ Vgl. Bauer (2003): München. S. 148–152. Die Episode der bayerischen Räterepublik wird in der Literatur bis heute unterschiedlich bewertet. Die Revolution wurde durch ihr gewalttätiges Ende und die Unterdrückung des Bürgertums während der Räterepubliken eine Art Trauma in der bayerischen Geschichte. So ist der weitere geschichtliche Verlauf in München besser verständlich durch das Zitat von Wehler: „Unter der Schockwirkung dieses modernen Glaubenskrieges wurde München zu einem Zentrum aller gegenrevolutionären Strömungen, denen die ‚Ordnungszelle‘ Bayern einen geradezu idealen Humusboden verschaffte.“ Wehler (2003): Gesellschaftsgeschichte. S. 401.

³² Vgl. Michailoff (1920): Säuglingsfürsorge. S. 11.

³³ Hecker (1923): Studien. S. 281. Bis zum Jahr 1922 gibt Hecker an, dass zwischen 80 und 84 % der Münchner Säuglinge in der Fürsorge aufgenommen waren.

³⁴ Woerner (1921): Not. S. 16–23 und Epstein (1921): Wohnungselend. S. 23–26.

³⁵ Vgl. Michailoff (1920): Säuglingsfürsorge. Anhang.

Beginn, indem 1919 an der Ludwig–Maximilians–Universität das erste Vollordinariat für Pädiatrie an Prof. von Pfaundler am Dr. von Hainerschen Kinderspital verliehen wurde.³⁶

Diesem positiven Einschnitt in der Münchner Pädiatriegeschichte gegenüber war die politische Lage weiterhin sehr gespannt und setzte sich in Bayern in den kommenden Jahren fort. Bereits im März 1920 wurde die Minderheitenregierung Hoffmann durch die Reichswehr mittels eines Putschversuchs zum Rücktritt gezwungen. So kam Gustav von Kahr, der antirepublikanische „monarchistische Wunschkandidat“³⁷ und oberbayerische Regierungspräsident, an die Macht. Am 10. Januar 1920 trat der Versailler Vertrag in Kraft, der die gesamte Nachkriegsordnung zwischen den Siegermächten und Besiegten regeln sollte. Deutschland verlor durch den Vertrag nicht nur an beträchtlichem ökonomischen Potential sondern sah sich zudem auch strukturellen Belastungen, wie der steigenden Arbeitslosenquote oder auch sinkenden Geburtenrate, gegenüber. Nicht zu vergessen ist auch die symbolische Demütigung durch das Vertragswerk und die Ungewissheit der Höhe und Zahlungsmodalitäten der Reparationen, die im Vertrag noch nicht geregelt waren. Erst im Mai 1921 einigten sich die Alliierten auf die vorläufige Obergrenze von 132 Milliarden Goldmark.³⁸ Die in der Literatur unterschiedlich bewerteten Reparationszahlungen führten damals in der deutschen Bevölkerung zu einer breiten Abwehrhaltung, so dass öffentlich vom „Ausverkauf der Nation“ gesprochen wurde.³⁹ Seit Kriegsbeginn kam es in Deutschland zu einer schleichenden Inflation. Sie hatte nach dem Ende des Krieges für die Politik und die Großindustriellen mehrere Vorteile, weswegen sie nicht rigoros bekämpft wurde.⁴⁰ Als sie sich im August 1922 zu einer

³⁶ Stehr (o.J.): Kinderheilkunde. S. 7.

³⁷ Wehler (2003): Gesellschaftsgeschichte. S. 403.

³⁸ Vgl. Wehler (2003): Gesellschaftsgeschichte. S. 241–243.

³⁹ Vgl. Peukert (1987): Weimarer Republik. S. 62–64.

⁴⁰ Die Regierung hätte nicht nur eine enorm hohe Steuerquote von ungefähr 35 % benötigt, um einen inflationären Haushalt zu vermeiden (im Vergleich zu 1914 11 %), sondern die Inflation erleichterte auch die Überweisung der Reparationen und bot den Vorwand, finanzielle Störungen auf die Alliierten abzuwälzen. Auch die Wirtschaft sah in einer maßvollen Inflation zahlreiche Vorteile, wie die Lohnerhöhung und die Ankurbelung der Konjunktur oder die Preisvorteile auf dem Exportmarkt. Wehler (2003): Gesellschaftsgeschichte. S. 244–245.

galoppierenden Inflation entwickelte, kam es zum „Inflationstrauma“⁴¹ der Bevölkerung. Politisch war diese Zeit auch gezeichnet von aufsehenerregenden Morden an den Vertretern der Republik. Hier sind vor allem Matthias Erzberger zu nennen, dem man die Unterzeichnung des Waffenstillstandsabkommen zur Last legte und den man am 26. August 1921 ermordete, sowie Walter Rathenau, der als Jude und Intellektueller mit der Unterzeichnung des Rapallo-Vertrages den Hass der Rechten auf sich zog und am 24. Juni 1922 ermordet wurde.⁴² Auch auf politischer Ebene war die Weimarer Republik vor allem während des Jahres 1923 stark gefährdet. Neben separatistischen Tendenzen von links in Sachsen und Thüringen kam in Bayern die Gefahr von rechts. Adolf Hitler war zuvor seit Mai 1919 wieder in München und als V-Mann der Reichswehr tätig gewesen. Er erhielt im September 1919 den Auftrag, eine Versammlung der Deutschen Arbeiterpartei (DAP) zu observieren, der er sich wenig später anschloss. Am 24. Februar 1920 verkündete er das von ihm ausgearbeitete neue Programm der DAP, die sich wenig später in NSDAP umbenannte. Das Parteiprogramm war ein Konglomerat völkisch-antisemitischer Parolen, die sich mit Kampfparolen der Arbeiterbewegung vermischten. Im Krisenjahr 1923 fand im Januar auch der erste Reichsparteitag der NSDAP in München statt. Es kam zu einer Zuspitzung der Situation, nachdem Reichswehrminister Gessler die Zeitung der NSDAP „Völkischer Beobachter“ verboten hatte und sich der bayerische Generalstaatskommissar von Kahr weigerte, diesen Befehl auszuführen. Gessler beschuldigte von Kahr der Befehlsverweigerung. Im Rahmen dieser Verwirrung erklärte Adolf Hitler in der Nacht während einer Versammlung im Bürgerbräukeller vom 8. auf 9. November 1923 die Reichsregierung und bayerische Staatsregierung für abgesetzt und ernannte sich selbst zum

⁴¹ Wehler (2003): Gesellschaftsgeschichte. S. 249. Durch die Inflation schnellten die Lebenshaltungskosten rapide nach oben, wohingegen sich die Reallöhne bis 1923 fast halbierten. Zum Vergleich stiegen die Lebenshaltungskosten im Vergleich zu 1913 (1913 = Maßzahl 1) im Februar 1920 auf Achtfache, im Januar 1921 auf das Elffache, im darauffolgenden Januar 1922 auf 20fache und innerhalb des Jahres 1923 von anfangs 1120fache auf das 1,2 Milliardenfache im Dezember 1923. Demgegenüber fielen die Realwochenlöhne eines Eisenbahnfacharbeiters von 1913 als Ausgangslohn mit 100 % auf 1918 nur mehr 83,3 % und am Ende der Inflation 1923 auf 50,9 % im Verhältnis zu 1913. Wehler (2003): Gesellschaftsgeschichte. S. 246.

⁴² Peukert (1987): Weimarer Republik. S. 82 und S. 275–276.

Reichskanzler.⁴³ Die Putschisten konnten allerdings durch Eingreifen der bayerischen Polizei auf Befehl des überrumpelten von Kahr auseinandergetrieben und Hitler verhaftet werden. Zusätzlich wurden von General von Seeckt am 23. November 1923 die NSDAP und KPD verboten.⁴⁴ Diese eigentliche Farce eines Putschversuches wurde in der breiten Öffentlichkeit völlig anders interpretiert und Hitler als Held wahrgenommen.⁴⁵ Nachdem diese Krise umschifft werden konnte, wurde am 16. August 1924 der Dawes-Plan unterzeichnet, in dem jährliche Reparationszahlungen an die wirtschaftliche Leistungsfähigkeit gebunden waren.⁴⁶ Zudem wurde durch den Dawes-Plan die im November 1923 eingeführte Rentenmark wieder an den Golddevisenstandard angebunden, als neue Reichsmark stabilisiert und sowohl national als auch international akzeptiert.⁴⁷ Auch wenn während der Jahre 1919 bis 1929 die Aufschwungsmonate zu ca. zwei Drittel überwogen, kam es erst im Jahrfünft zwischen 1924 bis 1929 zu einer spürbaren Verbesserung der Lebenssituation der Bevölkerung. Diese Periode während der Weimarer Republik wird deshalb auch als die goldenen Jahre bezeichnet.⁴⁸ Neben den deutlich steigenden und bis 1929 stabilen Reallöhnen, die eine direkte Auswirkung auf die Lebensbedingungen weiter Bevölkerungsschichten hatten, wuchs auch das Volkseinkommen pro Kopf von 903 RM auf 1105 RM. Zusätzlich erreichte man durch Mieterschutz und staatliche Wohnraumbeschaffungsprojekte eine Verbesserung der sozialpolitischen Situation.⁴⁹ Trotz der verschiedenen Anstrengungen der Fürsorge schrumpfte auch während dieser Zeit der Geburtenüberschuss von 0,44 Mio. (1923) auf 0,34 Mio. (1929), bei stetig abnehmender Säuglingssterblichkeit von 0,86 Mio. auf 0,81 Mio.⁵⁰ Die weniger offensichtlichen Probleme dieser Zeit waren die während der gesamten Zeit der Weimarer Republik bestehenden hohen Arbeitslosenzahlen. Sie belastete die Republik und bewegten sich immer zwischen 7,9 und

⁴³ Vgl. Bauer, Piper (2008): Kleine Geschichte Münchens. S. 218–227.

⁴⁴ Vgl. Peukert (1987): Weimarer Republik. S. 158–159.

⁴⁵ Vgl. Bauer, Piper (2008): Kleine Geschichte Münchens. S. 218.

⁴⁶ Peukert (1987): Weimarer Republik. S. 193.

⁴⁷ Vgl. Peukert (1987): Weimarer Republik. S. 74.

⁴⁸ Vgl. Wehler (2003): Gesellschaftsgeschichte. S. 252.

⁴⁹ Vgl. Wehler (2003): Gesellschaftsgeschichte. S. 253–255.

⁵⁰ Vgl. Sachße, Tennstedt (1988): Armenfürsorge. S. 116.

16,7 %.⁵¹ Die „Aversion“ gegen die republikanische Staatsform wurde 1925 durch die Wahl Paul von Hindenburgs zum Reichspräsidenten am 26. April immer deutlicher. Mit ihm besetzte ein der Monarchie verhafteter General das höchste Amt der Demokratie, der sie vollkommen ablehnte und alle republikfeindlichen und verfassungs-oppositionellen Kräfte mobilisierte.⁵²

Um auch kurz die internationalen Eckpunkte dieser Zeit zu nennen, ist an den Vertrag von Locarno im Oktober 1925 zu erinnern sowie die Aufnahme in den Völkerbund 1926, die zusammen durch Stresemanns Bemühungen die deutsche Außenpolitik wesentlich handlungsfähiger werden ließen.⁵³ Die folgenden Verträge, der Kellogg-Pakt vom 27. August 1928 und der Young-Plan vom 13. März 1930, die in Bezug auf die Reparationsfrage entscheidend waren, internationale Verständigung signalisierten und erstmals die Zahlungsmodalitäten und Laufzeit der Reparationszahlungen festlegten, blieben rückblickend ebenfalls vorläufig und mussten gegen heftigen nationalen Druck der Rechten durchgesetzt werden.⁵⁴ Es ist anzumerken, dass während der Jahre 1924 bis 1931 insgesamt Kredite in Höhe von 20,5 Milliarden Reichsmark in das Deutsche Reich flossen, demgegenüber nur 10,8 Milliarden Reichsmark Reparationen effektiv bezahlt wurden.⁵⁵ Dem deutlichen Aufschwung im Bereich der Wirtschaft steht die Situation in der Fürsorge entgegen. Im Bericht des Bezirksverbands München für das Jahr 1927 wird angegeben, dass in München 48 % der Lebendgeborenen unter einem Jahr und 50 % der gesamten Kleinkinder in die Fürsorge aufgenommen waren.⁵⁶ Der Geburtenüberschuss schrumpfte in München von 1921 4,4 % auf 1927 0,9 %, bei Rückgang der Sterblichkeit innerhalb des ersten Lebensjahres von 1921 12,8 % auf 1927 8,9 %.⁵⁷ Während dieser als goldene Jahre bezeichneten Periode der Weimarer Republik wurden auch auf dem Gebiet der medizinischen Forschung einige weitreichende Entdeckungen gemacht, die

⁵¹ Wehler (2003): Gesellschaftsgeschichte. S. 255 und Möller (1997): Weimar. S. 164.

⁵² Vgl. Wehler (2003): Gesellschaftsgeschichte. S. 513.

⁵³ Vgl. Möller (1997): Weimar. S. 165.

⁵⁴ Möller (1997): Weimar. S. 166.

⁵⁵ Vgl. Möller (1997): Weimar. S. 163-164 und Wehler (2003): Gesellschaftsgeschichte. S. 252.

⁵⁶ Seitz (1928/29): Bericht 1927. S. 16.

⁵⁷ Seitz (1928/29): Bericht 1927. S. 16. Im Vergleich zum Deutschen Reich mit einem Geburtenüberschuss 1925 von 0,89 % im Vergleich zu München mit 1,8 %, fallen die Zahlen diesbezüglich hoch aus. Marschalck (1984): Bevölkerungsgeschichte. S. 146.

hier kurz als Schlaglichter genannt werden sollen. Zum einen entdeckte Fleming 1924 das Penicillin, das allerdings erst 1944 in der amerikanischen Armee medizinisch eingesetzt werden konnte, 1926 wurde die BCG-Schutzimpfung gegen Tuberkulose eingeführt und damit ein Meilenstein in der Bekämpfung dieser Volkskrankheit erreicht.⁵⁸ Es sollte auch erwähnt werden, dass während dieser Jahre die Leitlinien der Sozialhygiene durch das Werk von Alfred Grotjahn, „Soziale Pathologie“⁵⁹, an Bedeutung gewannen und mit der Gründung von Sozialhygienischen Akademien und Ambulatorien weiter gefestigt wurden. Diese Bewegung wurde aus Konkurrenzdenken der standesorganisierten Ärzteschaft und vor dem Hintergrund, dass ein großer Teil der mitwirkenden Ärzte jüdischer Herkunft waren, stark bekämpft. Neben der Sozialhygiene war auch die Eugenik, also die Forderung nach „Kontrolle der Fortpflanzungsprozesse auf gesamtgesellschaftlicher Ebene“⁶⁰ im Aufschwung begriffen, so wurde 1927 das Kaiser-Wilhelm-Institut für Anthropologie, menschliche Erblehre und Eugenik gegründet wurde.⁶¹ Die Säuglingssterblichkeit hatte sich ab dem Jahr 1928 bis zum Ende der Weimarer Republik auf unter 10 % eingependelt.⁶² Das definitive Ende der Prosperität während der Jahre 1925 bis 1929 stellte die Weltwirtschaftskrise dar, die durch ausländische Kredite, Überinvestitionen und Überproduktionen Deutschland bereits einige Monate früher traf und am so genannten Schwarzen Freitag, dem 24. Oktober 1929, durch den amerikanischen Börsensturz begann.⁶³ Die daraufhin folgende Massenarbeitslosigkeit, die von 1928 6,4 % über 1929 8,5 % auf 1932 29,9 % anstieg, führte zu einer Verelendung und tiefgreifenden Verunsicherung der gesamten deutschen Bevölkerung.⁶⁴ Die 1927 eingeführte Arbeitslosenversicherung, die für lediglich 800 000 Unterstützte ausgelegt war, scheiterte daran und führte dazu, dass nur die Hälfte der Erwerbslosen einen Rechtsanspruch auf

⁵⁸ Vgl. Eckart (2005): Medizingeschichte. S. 254–255.

⁵⁹ Grotjahn (1923): Soziale Pathologie.

⁶⁰ Reyer (1991): Eugenik. S. 16. Vgl. zur Entwicklung der Eugenik und deren Fragestellungen Kap. 4.2.2.4.

⁶¹ Vgl. Eckart (2005): Medizingeschichte. S. 261–264.

⁶² Rudloff (1998): Wohlfahrtsstadt. S. 638. Der Geburtenüberschuss ging bis zum Jahr 1930 auf 6,8 % weiter zurück. Marschalck (1984): Bevölkerungsgeschichte. S. 146.

⁶³ Vgl. Wehler (2003): Gesellschaftsgeschichte. S. 252–257.

⁶⁴ Vgl. Peukert (1987): Weimarer Republik. S. 246.

Arbeitslosenunterstützung hatte und der Rest von der Gemeindefürsorge aufgefangen werden musste.⁶⁵ Wehler charakterisiert daher die Situation wie folgt:

*„Die Arbeitslosigkeit erwies sich als Achillessehne der Weimarer Republik.“*⁶⁶ Peukert folgert aus der wirtschaftlichen Krisensituation und deren negativen Auswirkung für die politische Legitimation der neuen demokratischen Staatsform der Weimarer Republik, dass die Wirtschaftskrise das Scheitern dieses „politischen Experiments“ induzierte.⁶⁷ Dieses Scheitern wird in den darauf folgenden Präsidialkabinetten sichtbar und beginnt mit dem Ende der großen Koalition und dem Einsetzen eines Präsidialkabinetts unter Heinrich Brüning am 30. März 1930. Hiermit wurde praktisch der Dualismus zwischen Reichspräsident und Parlament aufgehoben. Möglich war dieses Verfahren durch Anwendung des Artikel 48, wodurch der Reichspräsident von Hindenburg und Brüning willentlich eine Ausschaltung des demokratisch gewählten Reichstags in Kauf nahmen, um eine politische Wende und einen Ausbau der Präsidialherrschaft herbeizuführen.⁶⁸ Diese sollte genützt werden, um die innenpolitischen und außenpolitischen Ziele durchzusetzen. Man nahm dafür auch eine Verschärfung der Krise in Kauf, um außenpolitisch eine deutsche Revisionspolitik, in Form einer Beendigung der Reparationszahlungen, voranzutreiben und innenpolitisch einen sozialreaktionären Kurs vertreten zu können.⁶⁹ Während der Jahre 1930 bis 1932 wurden die sozialpolitischen Ausgaben um ein Viertel gekürzt und damit der Gegensatz zwischen dem in der Verfassung festgelegten Recht auf Arbeit sowie Unterstützung und der Wirklichkeit weiter verschärft. Insgesamt hatte die rigide Sparpolitik, besonders in sozialen Bereichen, eine politisch stark delegitimierende Wirkung und wurde als „Vertrauens- und Rechtsbruch“ wahrgenommen.⁷⁰ Hinzu kam, dass Brüning neben radikal höheren Steuern, gekürzten Beamtengehältern, Degradierung des Parlaments und Abbau der sozialen Leistungen auch sozialpolitisch harte Einschnitte vornahm. Diese bedeuteten im Wesentlichen

⁶⁵ Vgl. Wehler (2003): Gesellschaftsgeschichte. S. 433.

⁶⁶ Wehler (2003): Gesellschaftsgeschichte. S. 433.

⁶⁷ Vgl. Peukert (1987): Weimarer Republik. S. 243.

⁶⁸ Vgl. Peukert (1987): Weimarer Republik. S. 252–253.

⁶⁹ Peukert (1987): Weimarer Republik. S. 250 und S. 254.

⁷⁰ Vgl. Wehler (2003): Gesellschaftsgeschichte. S. 433–434. Es ist hinzuzufügen, dass allerdings das Preisniveau um ca. 20 % sank.

eine Schwächung der Gewerkschaften, Abschaffung der gültigen Tarifverträge und Senkung des Lohnniveaus.⁷¹ Die soziale Abbruchstrategie gab der Hitler-Bewegung einen deutlichen Auftrieb.⁷² Die Auswirkungen auf das tägliche Leben der Bevölkerung und die Radikalisierung der Wähler spiegelt sich in der Reichspräsidentenwahl zwischen von Hindenburg und Hitler im April 1932 wider, die nur knapp für von Hindenburg entschieden wurde. Um sich gegen die 13 Mio. Stimmen für Hitler durchsetzen zu können, benötigte Hindenburg sogar die Zustimmung der bisher immer abgelehnten SPD.⁷³ Eine sogenannte Zähmung Hitlers und Einbeziehen der Massenwirksamkeit der NSDAP in die Alltagspolitik misslang.⁷⁴ Die Funktion des Parlamentes hatte bis 1932 praktisch an Bedeutung verloren, wie man an den verschwindend geringen parlamentarischen Gesetzen gegenüber der zunehmenden Notverordnungen ablesen kann.⁷⁵ Brüning wurde am 30. Mai 1932 von Hindenburg entlassen und statt seiner am 1. Juni 1932 der Berufsoffizier und aus westfälischem Adel stammende Franz von Papen eingesetzt.⁷⁶ Nach der sofortigen Auflösung des Reichstags kürzte von Papen die Arbeitslosenunterstützung wiederum um 23 %, die Wohlfahrtszahlungen um 15 % und ruinierte dadurch den Sozialstaat und den Gründungskonsens der Weimarer Republik.⁷⁷ Bei den daraufhin stattfindenden Reichstagswahlen erhielt die NSDAP 37 %, woraufhin von Papen das Parlament erneut auflöste und Neuwahlen ansetzte. Trotz des Einbruchs der NSDAP in diesen Wahlen vom November 1932 um 4,4 %, drängten führende Industrielle und weitere Prominente darauf, Hitler an der Regierung zu beteiligen. Nach der Niederlage von Papens bei diesen Wahlen und dessen Absetzung am 17. November 1932 kam es zu einem kurzen Präsidialkabinett unter General Kurt von Schleicher. Diese nur 57 Tage dauernde Regierung zerbrach am 28. Januar 1933 durch Verlust des Vertrauens von Hindenburgs.⁷⁸ Das Ende der Weimarer Republik durch Bildung der „Regierung der nationalen

⁷¹ Wehler (2003): Gesellschaftsgeschichte. S. 516/517 und Peukert (1987): Weimarer Republik. S. 254.

⁷² Wehler (2003): Gesellschaftsgeschichte. S. 434.

⁷³ Peukert (1987): Weimarer Republik. S. 257–258.

⁷⁴ Vgl. Wehler (2003): Gesellschaftsgeschichte. S. 528–529.

⁷⁵ Wehler (2003): Gesellschaftsgeschichte. S. 519.

⁷⁶ Vgl. Wehler (2003): Gesellschaftsgeschichte. S. 529–530.

⁷⁷ Wehler (2003): Gesellschaftsgeschichte. S. 530.

⁷⁸ Vgl. Wehler (2003): Gesellschaftsgeschichte. S. 534 und Peukert (1987): Weimarer Republik. S. 278.

Konzentration“ und Ernennung Hitlers zum Reichskanzler am 30. Januar 1933 stellte damals einen scheinbaren Kompromiss zwischen den alten Eliten, die die Macht innehatten, und der Massenwirksamkeit Hitlers dar.⁷⁹ Sie ist aber ebenfalls als ein Endpunkt einer autoritären Wende anzusehen, die bereits früher, spätestens 1930 eingeleitet wurde und sich im Verlauf immer mehr der eigenen Alternativen beraubte. Peukert stellt einige Faktoren dar, die im Zusammenwirken zum Scheitern der Weimarer Republik führten und schon kurz angesprochen wurden, hier aber zusammenfassend nochmals genannt werden. Er sieht die wirtschaftliche und soziale Dauerkrise, den Legitimationsverlust der Republik, die Radikalisierung der Wähler sowie den republikfeindlichen Kurs der alten Eliten in Kombination mit der totalitären Sammlungsbewegung um Hitler in der Gesamtheit als Destruktionsprozess, der zum Ende der Weimarer Republik und zum Aufstieg des Nationalsozialismus führte.⁸⁰ Der Aspekt der fehlenden Unterstützung durch die bürgerlichen und akademischen Eliten, zu denen insbesondere Ärzte, Hochschulprofessoren und deren Studenten gehörten, wird während der Weimarer Republik immer deutlicher. Ein stärker werdender Anteil rechtsradikaler Studenten, die antidemokratische Haltung des Lehrkörpers und eine „lähmende Passivität“ ab etwa 1930 gegenüber der Ausbreitung des Nationalsozialismus stellen laut Wehler wesentliche Ursachen des „fatalen Rechtstrends“ dar.⁸¹ Abschließend sei ein Zitat angeführt, das die Einengung der politischen Situation der Weimarer Republik verdeutlicht.

„Blickt man auf die strukturelle Kräftekonstellation, ist das Experiment der ersten deutschen Republik letztlich an ihrem Zangengriff gescheitert, wobei sich auf der Seite der Hitler-Bewegung die ungleich größere Destruktionsmacht zusammenballte.“⁸²

⁷⁹ Vgl. Peukert (1987): Weimarer Republik. S. 259–260 und S. 264.

⁸⁰ Vgl. Peukert (1987): Weimarer Republik. S. 260–261.

⁸¹ Wehler (2003): Gesellschaftsgeschichte. S. 462–472.

⁸² Wehler (2003): Gesellschaftsgeschichte. S. 534.

3 Sozialpolitischer Hintergrund

3.1 Einbindung der Vereine und Verbände als Träger öffentlicher Fürsorge

Die Weimarer Verfassung hatte bereits Neuland betreten, indem sie die sozialstaatlichen Leistungen als Grundrechte verankerte und daraus einen Rechtsanspruch jedes Bürgers ableitete.⁸³ Die Säuglingsfürsorge hatte seit Ende des 19. Jahrhunderts einen Ausbau aufgrund des Geburtenrückgangs erlebt. Ihre gesetzliche Grundlage bildeten während der Weimarer Republik die Artikel 119 bis 121 der Weimarer Reichsverfassung. Die beiden Artikel der Weimarer Reichsverfassung waren ein Teilbereich der Regelung des Gemeinschaftslebens. Es wurden insbesondere die Zuständigkeiten des Staates gegenüber Familie, Mutterschaft und Kindern bezüglich der Fürsorge, die Gleichberechtigung beider Geschlechter sowie die Gleichstellung unehelicher Kinder festgelegt.⁸⁴ In München wurde die Gesundheitsfürsorge bereits seit der Jahrhundertwende fast ausschließlich durch Vereine übernommen.⁸⁵ Die Zuständigkeit des Reiches, der Länder und der Kommunen änderte sich allerdings erst grundlegend im Jahr 1924. Bis dahin war die Gesundheitsfürsorge ein Teil der traditionellen Armenfürsorge und wurde durch die Reichsversicherungsordnung von 1924 zum „sozialstaatlichen Individualrecht“.⁸⁶ Bereits das Reichsjugendwohlfahrtsgesetz vom 9. Juli 1922 hatte sowohl die Säuglingsfürsorge, den Mutterschutz als auch die Kleinkinderfürsorge neu geordnet. Im Mittelpunkt standen die Beratungs- und Fürsorgestellen.⁸⁷ Nach der Überwindung der Inflation während des Jahres 1923 wurde das System der gegenseitigen Erstattungsleistungen zwischen Reich und Kommunen für die öffentliche Fürsorge durch die Steuernotverordnung vom 14. Februar 1924 beendet. Fortan gingen die Lasten

⁸³ Vgl. Peukert (1987): Weimarer Republik. S. 134–136.

⁸⁴ Unter anderem heißt es in § 119, Absatz 2: „Die Reinerhaltung, Gesundung und soziale Förderung der Familie ist Aufgabe des Staats und der Gemeinden. Kinderreiche Familien haben Anspruch auf ausgleichende Fürsorge.“

⁸⁵ Vgl. Rudloff (1998): Wohlfahrtsstadt. S. 676–677.

⁸⁶ Wehler (2003): Gesellschaftsgeschichte. S. 432.

⁸⁷ Vgl. Sachße, Tennstedt (1988): Armenfürsorge. S. 122–123.

auf die Gemeinden bzw. Städte über.⁸⁸ Fast zum gleichen Zeitpunkt wurde am 13. Februar 1924 die Reichsverordnung über die Fürsorgepflicht (RFV) erlassen. Zusammen mit dem bereits erwähnten Reichsjugendwohlfahrtsgesetz, das im April des Jahres 1924 endlich in Kraft trat, bildete sie die Grundlage der Entscheidungen und Zuständigkeiten für die lokale Wohlfahrtsverwaltung.⁸⁹ Es ist allerdings anzumerken, dass die Ausgestaltung der Gesundheitsfürsorge und damit der Säuglingsfürsorge trotz der Gesetzgebung des Reiches während des Jahres 1924 bis zum Ende der Weimarer Republik weiterhin Landesangelegenheit blieb.⁹⁰ Die Reichsgrundsätze über Voraussetzung, Art und Maß der öffentlichen Fürsorge vom 4. Dezember 1924 schufen den neuen Rahmen und die Ausgestaltung der Reichsverordnung über die Fürsorgepflicht vom 13. Februar 1924. Das Land Bayern beschloss, dass die öffentlich-rechtlichen Fürsorgeaufgaben von den neu zu schaffenden Landes- sowie Bezirksfürsorgeverbänden übernommen werden sollten. Aufgrund dieser Verordnung wurden durch das Land die Landes- und Bezirksverbände gebildet, Verantwortlichkeit geregelt oder auch Aufgaben an die freie Wohlfahrtspflege übertragen.⁹¹ Der Bezirksverband München-Stadt wurde demnach Träger der öffentlichen Fürsorge in München. Sein Vertretungsorgan war der Wohlfahrtshauptausschuss, der durch die Stadtverwaltung berufen wurde. Der Wohlfahrtshauptausschuss vertrat zudem den Bezirksverband nach außen. Die Stadtverwaltung hatte somit einen starken Einfluss auf den Bezirksverband und bestimmte auch dessen finanziellen Etat.⁹² Bis dahin waren die Vereine zentraler Ausgangspunkt und Protagonisten der Gesundheitsfürsorge in München. Ihre Mitglieder waren oft hochrangige Vertreter der Stadt, der Wirtschaft und Ärzte, so dass man Zugang und Unterstützung auf politischer, gesellschaftlicher und finanzieller Ebene fand.⁹³ Durch die neue Reichsverordnung über die Fürsorgepflicht verloren die Vereine aber keineswegs ihre Position innerhalb der Fürsorge in München. Ihre Rolle hebt Rudloff folgendermaßen hervor:

⁸⁸ Vgl. Rudloff (1998): Wohlfahrtsstadt. S. 569.

⁸⁹ Vgl. Rudloff (1998): Wohlfahrtsstadt. S. 570.

⁹⁰ Vgl. Rudloff (1998): Wohlfahrtsstadt. S. 676.

⁹¹ Vgl. Anonymus (1925): Wegweiser. S. 62–63.

⁹² Vgl. Hilble (1925): Bezirksfürsorgeverband. S. 5–6.

⁹³ Vgl. Rudloff (1998): Wohlfahrtsstadt. S. 677.

„[...] sie bildeten das innere Schwungrad der Zweckverbände, blieben wichtige Propagandisten und einflußreiche pressure-groups, sie regten an, klärten auf, schufen Öffentlichkeit und betrieben weiterhin selbstständige Einrichtungen.“⁹⁴

Den vorwiegenden Grund dieser Neuordnung sieht Rudloff darin, dass die bestehenden Einrichtungen durch die Zweckverbände auf eine neue finanzielle Grundlage gestellt werden sollten.⁹⁵ Abschließend kann man den Schluss ziehen, dass die Gesundheitsfürsorge bis zur Neuordnung während des Jahres 1924 Aufgabe der Vereine war, die durch ihre Mitglieder breite Unterstützung auch in der städtischen Verwaltung fanden und den größten Anteil der öffentlichen Fürsorge übernahmen. Nach Erlass der Reichverordnung über die Fürsorgepflicht wurden neue Landes- und Bezirksverbände geschaffen, die jetzt zentral die Angelegenheiten der Gesundheitsfürsorge regelten oder selbstständig andere Organisation damit beauftragen konnten. In der Gesamtschau der Entwicklung während der Weimarer Republik bestand in München die öffentliche Fürsorge aus einem Zusammenspiel von Vereinen, den Landes- und Bezirksverbänden sowie den einzelnen selbstständigen Institutionen, die entweder durch städtische Vertreter in verschiedenen Gremien mitgetragen, durch städtische Mittel unterstützt oder direkt durch die Stadt beauftragt wurden. Auf dem Gebiet der Fürsorge eröffneten sich neben den gesetzlichen Neuerungen auch veränderte Erwerbs- und Ausbildungsmöglichkeiten.

⁹⁴ Rudloff (1998): Wohlfahrtsstadt. S. 678.

⁹⁵ Vgl. Rudloff (1998): Wohlfahrtsstadt. S. 678.

3.2 Chancen im Gesundheitsbereich durch neue Qualifikationen innerhalb der Wohlfahrtspflege

3.2.1 Die zentrale Rolle der Wohlfahrtspflegerinnen

Die soziale Arbeit als Aufgabengebiet der Frau wandelte sich vom Kaiserreich über den ersten Weltkrieg hin zur Weimarer Republik grundlegend. Bereits um die Jahrhundertwende wurden Frauen zunehmend in sozialen Frauenschulen ausgebildet, um fachliche Bildung für eine soziale Tätigkeit zu erhalten. Das Ziel dieser Ausbildung war allerdings keine professionelle und entgeltliche Tätigkeit, wie dies in der Weimarer Republik geschah, sondern eine ehrenamtliche Tätigkeit als „Kulturaufgabe der Frau“.⁹⁶ Die Ausdehnung des Wohlfahrtsstaates und dessen Sozialverwaltung hatten einerseits den Effekt, dass geschulte Fachkräfte für die expandierende Sozialarbeit benötigt und vermehrt ausgebildet wurden. Andererseits schuf die zunehmende Sozialbürokratie erst die Voraussetzung für die anwachsende Sozialarbeit.⁹⁷ Diese Entwicklung zu Beginn der Weimarer Republik hatte zur Folge, dass ein „[...] ganz neuer Stand erwerbstätiger Frauen [...]“⁹⁸ geschaffen wurde und, wie zu erwarten, auch in Konflikt geriet mit der bis dahin rein männlich dominierten Bürokratie der Wohlfahrtsämter.⁹⁹ Die Wohlfahrtspflege war aufgeteilt in Innen- und Außendienst. Die Verwaltung, die dem Innendienst entsprach, war zum größten Teil von männlichen Beamten besetzt, im Gegensatz zu dem Außendienst, der vorwiegend von den Wohlfahrtspflegerinnen geleistet wurde. Die Ausweitung der Anstellung von Frauen in der Fürsorge als fachlich ausgebildete Wohlfahrtspflegerinnen wird deutlich, wenn man die Zahlen der beschäftigten Frauen in der Fürsorge in München betrachtet. Im Dezember 1919 waren lediglich drei Berufspflegerinnen im Armenreferat angestellt, 1921 bereits zwei Fürsorgerinnen für jedes der zwölf Unterämter. Diese Zahl stieg während der Weimarer Republik kontinuierlich

⁹⁶ Sachße, Tennstedt (1988): Armenfürsorge. S. 202.

⁹⁷ Vgl. Sachße, Tennstedt (1988): Armenfürsorge. S. 202.

⁹⁸ Sachße, Tennstedt (1988): Armenfürsorge. S. 202.

⁹⁹ Vgl. Rudloff (1998): Wohlfahrtsstadt. S. 753–754.

an.¹⁰⁰ Nach dem Krieg waren im Reich 30000 Sozialbeamtinnen angestellt und man machte auf die gesellschaftliche und politische Beteiligung der Frau im Gegensatz zum Kaiserreich aufmerksam.¹⁰¹ In München war die Leiterin der städtischen Familienfürsorge während der Weimarer Republik Frau Dr. Elisabeth Bamberger (1890–1984)¹⁰², eine Nationalökonomin, die als eine der wenigen Frauen im Reich eine leitende Position innehatte.¹⁰³ Um den Anforderungen der Ausbildung zur Wohlfahrtspflegerin gerecht zu werden, wurde in Preußen 1918 und 1920 in modifizierter Form, in Bayern drei Jahre später, 1921, eine staatliche Prüfungsordnung erlassen.¹⁰⁴ In Bayern wurde die staatliche Prüfung allerdings erst nach jahrelangem Drängen der Berufsverbände im Jahr 1926 anerkannt. Das hatte zur Folge, dass die bayerischen Fürsorgerinnen bis 1926 nur innerhalb Bayerns tätig sein konnten, die Anstellungschancen gering blieben und zum Teil selbst in Bayern Wohlfahrtspflegerinnen mit anerkannten Prüfungen aus anderen Ländern und Provinzen vorgezogen wurden.¹⁰⁵ Die Ausbildung der Wohlfahrtspflegerin an einer Sozialen Frauenschule stellte in München eine Bedingung für die Einstellung im Außendienst dar.¹⁰⁶ Die Voraussetzung zur Aufnahme in eine

¹⁰⁰ Vgl. Rudloff (1998): Wohlfahrtsstadt. S. 753.

¹⁰¹ Vgl. Sachße, Tennstedt (1988): Armenfürsorge. S. 205.

¹⁰² Fr. Dr. oec. pub. Elisabeth Bamberger studierte in München Volkswirtschaft und Sozialpolitik. Am 16. März 1922 promovierte sie „summa cum laude“. Im Jahr 1927 qualifizierte sie sich zusätzlich als staatlich anerkannte Wohlfahrtspflegerin. Während der Weimarer Republik durchlief sie die Beamtenlaufbahn, bis sie am 1. Oktober 1927 zur Oberinspektorin der Wohlfahrtspflegerinnen ernannt wurde. In dieser Position war sie vor allem für die fachliche Bildung und Überwachung der Fürsorgerinnen verantwortlich. Sie erreichte nach dem Zweiten Weltkrieg im Jahr 1946 das Amt der Direktorin des Stadtjugendamtes und wurde 1947 als Oberregierungsrätin zur Regierung von Oberbayern versetzt. Sie war bei der Münchner Bevölkerung und der Fachwelt für ihren Ansatz der Betreuung der ganzen Familie sehr geschätzt und wurde als „treusorgende Mutter der Stadt“ bezeichnet. Vgl. Personalreferat, 23.2.1952, StadtAM ZA 22/28 Bamberger, Elisabeth Dr. Direktorin und Münchner Merkur, 13. Dezember 1955, StadtAM ZA 22/28 Bamberger, Elisabeth Dr. Direktorin. Sie starb am 23. September 1984 in Grünwald. Süddeutsche Zeitung, 25.9.1984, StadtAM ZA Bamberger, Elisabeth Dr. Direktorin.

¹⁰³ Vgl. Brunner (1994): Frauenarbeit. S. 37 und Rudloff (1998): Wohlfahrtsstadt. S. 753.

¹⁰⁴ Sachße, Tennstedt (1988): Armenfürsorge. S. 207.

¹⁰⁵ Vgl. Rudloff (1998): Wohlfahrtsstadt. S. 759–760. Hieraus wird wiederum die Spannung zwischen der klar männlich dominierten Ministerialverwaltung und den Interessen der weiblichen Fürsorgerinnen deutlich.

¹⁰⁶ Rudloff (1998): Wohlfahrtsstadt. S. 753.

Soziale Frauenschule war der abgeschlossene Besuch eines Lyzeums oder einer höheren Mädchenschule und zusätzlich eine abgeschlossene Fachausbildung. Nach einer zweijährigen Ausbildung und abgelegter staatlicher Prüfung mussten die Absolventinnen ein berufspraktisches Jahr durchlaufen, damit man ihnen die staatliche Anerkennung als Wohlfahrtspflegerin zusprach.¹⁰⁷ Diese hohen Anforderungen, Voraussetzungen und die anspruchsvolle Ausbildung standen allerdings im Gegensatz zu Karrierechancen, Bezahlung und Ansehen der Fürsorgerinnen. Ihnen blieben leitende Positionen zugunsten von männlichen Beamten meistens verwehrt, in Krisenzeiten wurden sie auch in sehr kurzfristigen und schnell kündbaren Arbeitsverträgen beschäftigt, in sehr niedrigen Besoldungsklassen, entsprechend männlichen Fahrscheinverwahrern, Gasablesern und Kanzleiassistenten, eingestuft und konnten in die höhere Gehaltsklasse frühestens nach sechs Jahren aufsteigen.¹⁰⁸ Ein weiteres Problem stellte sich aufgrund der Gliederung in Innen- und Außendienst. Die im Außendienst eher anzuwendende Individualität und das soziale Handeln standen dem bürokratischen, sozialökonomisch strukturierten und männlich dominierten Innendienst gegenüber. Hinzu kamen die Skepsis und Kritik der Verwaltung, dass die Wohlfahrtspflegerinnen mit den knappen Ressourcen der städtischen Fürsorge angeblich nicht wirtschaften könnten.¹⁰⁹ Dieses Spannungsmoment vergrößerte sich natürlich zeitgleich mit den Krisensituationen während der Weimarer Republik. Mit der zunehmenden Arbeitslosigkeit vor allem ab dem Jahr 1931 wird eine immer stärker werdende Arbeitsbelastung der Wohlfahrtspflegerinnen deutlich. Vor allem nahmen die außendienstlichen Ermittlungen in dem Maße zu, dass jede Wohlfahrtspflegerin zwischen 300 und 450 Berichte monatlich verfassen musste und hierfür zahlreiche Überstunden leistete. Man versuchte die Belastung durch vermehrten Einsatz von ehrenamtlichen Kräften, von Schreibmaschinen, Verkürzung der Sprechstunden auf wöchentlich zwei Stunden und die Benutzung eines Dienstfahrzeugs einmal wöchentlich zu reduzieren.¹¹⁰ Die Diskrepanz zwischen dem stark zunehmenden Bedarf der Fürsorge während der letzten Jahre der Weimarer Republik und der

¹⁰⁷ Sachße, Tennstedt (1988): Armenfürsorge. S. 207.

¹⁰⁸ Vgl. Rudloff (1998): Wohlfahrtsstadt. S. 757–758.

¹⁰⁹ Vgl. Rudloff (1998): Wohlfahrtsstadt. S. 754.

¹¹⁰ Vgl. Brunner (1994): Frauenarbeit. S. 51–52.

entgegenstehenden wirtschaftlichen Situation wird aus folgendem Zitat von Hedwig Stieve, die selbst Fürsorgerin war, deutlich:

„Es geht nicht mehr darum, das Mögliche zu leisten, es geht nur noch darum, das Allernotwendigste aufrecht zu erhalten.“¹¹¹

Die Wohlfahrtspflegerinnen befanden sich somit während der Weimarer Republik im Spannungsfeld vieler unterschiedlicher Interessen und Anforderungen. Sie mussten zum einen ihrer Ausbildung und hohen Verantwortung, zum anderen auch den Bedürfnissen der Befürsorgten gerecht werden, gleichzeitig die zum Teil sehr angespannte städtische Haushaltssituation berücksichtigen, die Aufgaben des Innen- und Außendienstes überschauen und bewältigen können und mit den politischen Gegebenheiten innerhalb der Fürsorgeeinrichtungen zurechtkommen. Die Betrachtung der Tätigkeit der Wohlfahrtspflegerinnen lässt den Schluss zu, dass ihre Anforderungen und Leistungen während der Weimarer Republik enorm waren und im völligen Gegensatz zu deren Honorierung standen. Das Kapitel soll mit einem Zitat aus der Arbeit von Claudia Brunner abgeschlossen werden, in dem sie die Problematik der Entwicklung dieses neuen Frauenberufs bewertet.

„Die ursprünglich unter emanzipatorischen Gesichtspunkten angestrebte Ausübung eines sozialen Frauenberufes war zugleich eine Chance und eine Falle: Sie ermöglichte zwar einen gesellschaftlich weitgehend akzeptierten Einstieg in die Frauenerwerbstätigkeit und eine Alternative zu Ehe und Familie, bot aber kaum Möglichkeiten zum Aufstieg und erwies sich daher über kurz oder lang als berufliche Sackgasse.“¹¹²

Ein ebenfalls typischer Ausbildungsberuf, der während der Weimarer Republik entstand, soll Gegenstand der Betrachtung im nächsten Kapitel sein.

¹¹¹ Rudloff (1998): Wohlfahrtsstadt. S. 903.

¹¹² Brunner (1994): Frauenarbeit. S. 158.

3.2.2 Die Ausbildung zur Säuglingspflegerin als neuer Frauenberuf

Die Fürsorge hatte einen hohen Bedarf an fachlich gut ausgebildeten Pflegekräften, die in speziellen Pflegeschulen ausgebildet wurden. Da die Säuglingsheime wie bereits besprochen erstmals um die Jahrhundertwende gegründet wurden, war auch der Beruf der Säuglingspflegerin eine neue Herausforderung. Eine Pflegerinnenschule war auch dem Säuglingsheim München an der Lachnerstrasse angeschlossen und dessen leitender Arzt Dr. med. Otto Rommel (1870–1944)¹¹³ äußert sich hinsichtlich des neuen Berufsbildes in folgendem Zitat:

„Auf diese Weise wurde ein neuer Frauenberuf geschaffen, der kaum wie ein anderer dem „mütterlichen Typ“ der weiblichen Psyche entspricht und vielen deutschen Mädchen nicht nur eine befriedigende Tätigkeit, sondern auch eine wirtschaftliche Existenz geschaffen hat.“¹¹⁴

Der Beruf der Säuglingspflegerin wurde erst während der Weimarer Republik im Jahr 1922 staatlich durch einen Lehrplan und eine Abschlussprüfung bayernweit geregelt.¹¹⁵ Im folgenden Kapitel sollen anhand der beiden staatlich anerkannten Prüfungsschulen in München die Ausbildung und deren Schwerpunkte sowie Zielsetzungen erarbeitet werden. Die beiden Säuglings- und Kleinkinderpflegeschulen waren das Säuglingsheim „Neuwittelsbach“, Lachnerstraße 39 und das Säuglingsheim „Prinzessin Arnulfhaus“, Frühlingsstraße 27.¹¹⁶ Daneben erteilte der Bezirksverband München für

¹¹³ Dr. med. Otto Rommel war vor der Jahrhundertwende an der Universitäts-Kinderklinik als Assistent tätig und richtete sein besonderes Augenmerk auf Stoffwechselforschung und Ernährung innerhalb der Pädiatrie. Auf diesem Gebiet arbeitete er unter Prof. Dr. med. Soxhlet. Als Gründungsmitglied des Säuglingsheims München e.V. stellt er einen Protagonisten dar, der neben Dr. Josef Meier auch ärztlicher Leiter war. Zusätzlich wirkte er im Vorstand des Bezirksverbands für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge München mit. Vgl. Münchener Neueste Nachrichten, 29. Okt. 1930, StadtAM ZA Rommel, Otto.

¹¹⁴ Rommel (o.J.): Pflegerinnenschule. S. 88. Der Autor sah in der Ausbildung zur Säuglingspflegerin eine Chance, dem Wesen der Frau in Form von Kinderpflege nahe zu kommen und gleichzeitig eine wirtschaftliche Existenz zu ermöglichen. Die Ausbildung erachtete er zusätzlich als sehr nützlich für die Ehe.

¹¹⁵ Rommel (o.J.): Pflegerinnenschule. S. 89, Anonymus (1922): Bekanntmachung und Gmelin (2002): Lachnerklinik. S. 82. Die Ausbildung erfolgte in Bayern fast ausschließlich durch Schwesternorganisationen oder Orden.

¹¹⁶ Doernberger (1925): Krankenpflegeschulen. S. 64. Es handelt sich bei dem Säuglingsheim „Neuwittelsbach“ um das Säuglingsheim München e.V. an der

Säuglings- und Kleinkinderfürsorge Kurse zur Ausbildung von einfachen Kinderpflegerinnen ohne Tracht. Diese Ausbildung dauerte lediglich drei Monate und hatte als Lehrinhalt neben praktischem und theoretischem Unterricht in Kinderpflege und Erziehung auch das Anfertigen von Kinderwäsche und Kleidung. Das Angebot dieser kurzen Lehre fand großen Anklang. Es bewarben sich Frauen, die anderweitig ihre Stelle verloren hatten, auf die Aufnahme in Pflegerinnenschulen warten mussten oder „Töchter aus guten Familien“, die eine derartige Ausbildung als Nutzen für die spätere, eigene Familie sahen.¹¹⁷ Das Säuglingsheim an der Lachnerstrasse wurde bereits 1923 als Prüfungsschule vom Staatsministerium des Inneren anerkannt und gab nach bestandener Abschlussprüfung an die Säuglingspflegerinnen einen Berufsausweis aus.¹¹⁸ Grundsätzlich war die Verbindung zwischen Säuglingsheim und einer angeschlossenen Schule sinnvoll, da „[...] die Erfolge geschlossener Anstalten für Säuglinge und Kleinkinder von der richtigen Ernährung und einer der Eigenart des frühen Kindesalter Rechnung tragenden Pflege abhängig [...]“¹¹⁹ waren. Die Ausbildung in der seit 1904 bestehenden Pflegerinnenschule im Säuglingsheim München an der Lachnerstrasse konnten Mädchen im Alter von mindestens 20 Jahren mit Volksschulbildung antreten. Die Anmeldung zur Prüfung konnte erst mit Vollendung des 21. Lebensjahres geschehen.¹²⁰ Eine höhere Schulbildung war für die Prüfung von Vorteil, da aber die praktische Ausbildung wichtiger war, reichte auch eine Volksschulbildung aus.¹²¹ Als notwendige Vorbedingungen nennt Rommel charakterliche Eignung, vollwertige Gesundheit, gute Beobachtungsgabe und äußerste Zuverlässigkeit. Aufgrund der zahlreichen Anmeldungen fand bereits eine Vorauswahl statt, der sich eine Probezeit im Säuglingsheim anschloss.¹²² Der Andrang im Prinzessin Arnulphaus war ebenfalls sehr groß, so dass man nur einen Teil der

Lachnerstrasse. Die Bezeichnung „Neuwittelsbach“ taucht sonst in der Primärliteratur nicht auf.

¹¹⁷ Vgl. Woerner (o.J.): Tätigkeitsbericht 1927. S. 11.

¹¹⁸ Vgl. Gmelin (2002): Lachnerklinik. S. 84.

¹¹⁹ Rommel (o.J.): Pflegerinnenschule. S. 88.

¹²⁰ Anonymus (1922): Bekanntmachung.

¹²¹ Rommel (o.J.): Pflegerinnenschule. S. 89.

¹²² Vgl. Rommel (o.J.): Pflegerinnenschule. S. 88 und S. 90.

Bewerberinnen berücksichtigen konnte.¹²³ Die Ausbildung dauerte ein Jahr bis zur Prüfung als Säuglingspflegerin. Strebte man den Beruf der Kinderkrankenpflegerin an, musste ein weiteres Jahr absolviert werden. Der Unterschied bestand vorwiegend in der Vertiefung der Infektionslehre im Kindesalter.¹²⁴ Der Rechenschaftsbericht des Vereins „Prinzessin Arnulphaus für Säuglinge“ gibt an, dass ebenfalls in zwölfmonatigen Lehrgängen Mädchen und Frauen zu Säuglingsschwestern und Fürsorgerinnen ausgebildet wurden. Während des Jahres 1918 nahm man insgesamt 26 Schülerinnen auf.¹²⁵ Ein Jahr später waren es 28 Schülerinnen.¹²⁶ Im darauffolgenden Jahr 1920 wurden 28 Schülerinnen ausgebildet. In diesem Bericht ist erstmals von einem zwölfmonatigen Lehrgang mit Abschluss durch eine Prüfung die Rede, folglich kann zwei Jahre vor Einführung einer einheitlichen Staatsprüfung im Prinzessin Arnulphaus eine Abschlussprüfung nachgewiesen werden.¹²⁷ Das Säuglingsheim München an der Lachnerstrasse konnte in 25 Jahren bis 1928 insgesamt 730 Schülerinnen ausbilden, während der Jahre 1929 bis 1931 29 Schülerinnen und 1932 bis 1935 31 aufnehmen.¹²⁸ Im folgenden Abschnitt soll auf die Umsetzung des für die Ausbildung zur Säuglingspflegerin von den Staatsministerien ausgegebenen Lehrplans eingegangen werden. Rommel gibt für die Ausbildung im Bericht der Jahre 1903 bis 1928 an, dass sie dem Lehrplan der Staatsministerien entspreche. Er, als leitender Arzt des Säuglingsheims München, erteilte den theoretischen Unterricht, daneben Frau Dr. Andresen als Oberärztin 40 Unterrichtsstunden. Es schlossen sich 12 Unterrichtsstunden als Einführung in Säuglings- und Kleinkinderfürsorge mit Besichtigung von sozialhygienischen und fürsorgerischen Einrichtungen an.

¹²³ Vgl. Rechenschaftsbericht für das Jahr 1920 des Vereins „Prinzessin Arnulphaus für Säuglinge“ (E.V.) über die Tätigkeit von Säuglingsheim, Fürsorgestelle u. Milchküche. StadtAM Vereine 178. o.S.

¹²⁴ Vgl. Rommel (o.J.): Pflegerinnenschule. S. 89.

¹²⁵ Rechenschaftsbericht für das Jahr 1918 des Vereins „Prinzessin Arnulphaus für Säuglinge“ (E.V.) über die Tätigkeit von Säuglingsheim, Fürsorgestelle u. Milchküche. StadtAM Wohlfahrt Vereine 178. o.S.

¹²⁶ Jahresbericht 1919 des Säuglingsheims „Prinzessin Arnulphaus“ München, Frühlingsstrasse 27. StadtAM Wohlfahrt 2045. o.S.

¹²⁷ Vgl. Rechenschaftsbericht für das Jahr 1920 des Vereins „Prinzessin Arnulphaus für Säuglinge“ (E.V.) über die Tätigkeit von Säuglingsheim, Fürsorgestelle u. Milchküche. StadtAM Vereine 178. o.S.

¹²⁸ Vgl. Rommel (o.J.): Pflegerinnenschule. S. 90, Rommel (1933): Bericht 1929–31. S. 15 und Rommel (o.J.): Bericht 1932–35. S. 19.

Man ergänzte den Lehrplan durch 12 Stunden kindergärtnerischer Beschäftigungslehre und Pädagogik, die durch eine Fachlehrerin gehalten wurden. Die medizinisch-technische Ausbildung übernahm ebenfalls der leitende Arzt, einmal pro Woche. Der praktische Unterricht fand in Seminaren unter Aufsicht der Oberschwester und der Lehrschwester einmal wöchentlich abends statt.¹²⁹ Insgesamt lag auf der praktischen Ausbildung ein Schwerpunkt, der auch gesetzlich in den Vordergrund gestellt wurde.¹³⁰ Es ist festzuhalten, dass der Lehrplan großen Wert auf die Ernährung des Säuglings und dessen Pflege legte. Die Aufteilung und Zuständigkeit bezüglich des Unterrichts entsprachen den staatlichen Vorgaben.¹³¹ Die Schülerinnen lernten alle Bereiche des Säuglingsheims im Zuge ihrer praktischen Ausbildung durch Rotation kennen. Dieser praktische Anteil war gesetzlich nicht erwähnt und wurde folgendermaßen im Säuglingsheim an der Lachnerstrasse umgesetzt. Die Schülerin verbrachte fünf bis sechs Wochen in der Milchküche, zwei Monate hatte sie Nachtwache und die übrige Zeit durchlief sie die Stationen der Frühgeburten, Säuglinge und Kleinkinder. Während der gesamten praktischen Ausbildung standen die Schülerinnen unter Aufsicht einer examinierten Schwester.¹³² Rommel führt im Bericht der Jahre 1929 bis 1931 die Lehre detaillierter auf. Insgesamt erhielten die 29 Schülerinnen 178 Unterrichtsstunden in einem Jahr.¹³³ Laut Lehrplan waren 160 Stunden vorgeschrieben.¹³⁴ Die Fächer umfassten Anatomie, Physiologie, Ernährungslehre, Krankheitslehre sowie allgemeine und spezielle Hygiene des Kindes. Hinzu kamen Hygiene der Frau und Wochenbettspflege, Fürsorge, Kindergarten und Pädagogik sowie praktischer Pflegeunterricht. Die Ausbildung wurde ergänzt durch Besuche und Führungen durch das Mütterheim, eine Krippe, das Arbeitermuseum mit Säuglings- und Kleinkinderhygiene-

¹²⁹ Vgl. Rommel (o.J.): Pflegerinnenschule. S. 90.

¹³⁰ Vgl. Anonymus (1922): Bekanntmachung.

¹³¹ Vgl. Gmelin (2002): Lachnerklinik. S. 82–84 und Anonymus (1922): Bekanntmachung.

¹³² Vgl. Rommel (o.J.): Pflegerinnenschule. S. 90.

¹³³ Rommel (1933): Bericht 1929–31. S. 15. Rommel gibt an, dass lediglich 120 Unterrichtsstunden vorgeschrieben seien.

¹³⁴ Gmelin (2002): Lachnerklinik. S. 84.

ausstellung¹³⁵ sowie die Teilnahme an einem Beratungsgespräch in der Fürsorgestelle in Moosach.¹³⁶ Die Ausstellung im Arbeitermuseum wurde gegründet, um der Säuglingssterblichkeit entgegenzutreten und die Bevölkerung für eine von staatlicher Seite als richtig gesehene Erziehung und Pflege durch Anleitung und Aufzeigen von Fehlern und Missständen aufmerksam zu machen.¹³⁷ Im weiteren Verlauf der Ausbildung änderte diese sich laut Bericht der Jahre 1932 bis 1935 nur in wenigen Details. Es wurden jetzt zwei Stunden für die Behandlung der Wäsche gehalten und die Teilnahme an Beratungsgesprächen, diesmal in Neuhausen, von ehemals einmal auf einige Male erweitert. Als ein neues Fach im Stundenplan trat mit 38 Unterrichtsstunden die Erblehre auf. Durch diese Erweiterung trägt die Lehrplanänderung der Entwicklung und Ausweitung des eugenischen Ansatzes innerhalb der Fürsorge Rechnung.¹³⁸ Insgesamt bestand die Ausbildung dieser Jahre aus durchschnittlich 150 Unterrichtsstunden, folglich geringfügig weniger als früher.¹³⁹ Allen Jahresberichten gemeinsam ist, dass die Ausbildung mit der Abschlussprüfung beendet wurde, die in der Regel mit gut oder sehr gut abgelegt wurde, da bereits die Auswahlkriterien streng waren.¹⁴⁰ Als letzter Punkt seien noch die darauf folgenden beruflichen Perspektiven der Säuglingspflegerinnen kurz beleuchtet. Aufgrund der vielseitigen Möglichkeiten konnten die Absolventinnen sowohl in der Privatpflege, teilweise auch im Ausland, in der Fürsorge, der Frauenschule oder als Wohlfahrtspflegerin eingesetzt werden. Insgesamt nahm ungefähr die Hälfte eine Anstellung im Bereich der privaten Pflege an.¹⁴¹ Die positive Situation

¹³⁵ Die Ausstellung des Landesverbands für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge im Arbeitermuseum war dort als ständige Sammlung untergebracht und ein Teil als Wanderausstellung konzipiert. Es ist lediglich ein Führer aus der Zeit vor der Weimarer Republik erhalten, allerdings deuten die Quellen darauf hin, dass es auch während der Weimarer Republik weiter bestand und ausgebaut wurde. Zudem wurde es durch Prof. Hecker gegründet, der während der Weimarer Republik weiterhin eine führende Rolle innerhalb der Fürsorge einnahm. Vgl. Hecker (1917): Ausstellung.

¹³⁶ Vgl. Rommel (1933): Bericht 1929–31. S. 15–16.

¹³⁷ Vgl. Hecker (1917): Ausstellung. S. 1–6. Hierzu dienten Schaukästen, Informationsmaterial und Führungen.

¹³⁸ Auf eugenische und rassenhygienische Fragestellungen innerhalb der Fürsorge wird detaillierter in Kapitel 4.2.2.4 eingegangen.

¹³⁹ Vgl. Rommel (o.J.): Bericht 1932–35. S. 19.

¹⁴⁰ Vgl. Rommel (o.J.): Pflegerinnenschule. S. 90.

¹⁴¹ Rommel (o.J.): Pflegerinnenschule. S. 91.

bezüglich des Arbeitsplatzes blieb auch später bestehen, so heißt es im Bericht von 1929 bis 1931, dass 200 Stellen für die Säuglingspflegerinnen pro Jahr angeboten werden.¹⁴² Rommel nennt es zudem die Aufgabe des Hauses, „[...] die bei uns ausgebildeten Pflegerinnen in den einschlägigen Berufszweigen unterzubringen.“¹⁴³ Abschließend kann man sagen, dass wie eingangs zitiert, mit Recht den Frauen durch diese qualitativ hochwertige Ausbildung zahlreiche und auch während Krisenjahren beständige Berufe und Möglichkeiten eröffnet wurden. Nicht zu vernachlässigen ist aber auch, dass dadurch der Fürsorge selbst wiederum kompetente Fachkräfte zur Verfügung standen.

¹⁴² Rommel (1933): Bericht 1929–31. S. 16.

¹⁴³ Rommel (1933): Bericht 1929–31. S. 16 und vgl. Rommel (o.J.): Bericht 1932–35. S. 20.

3.2.3 Die Ermächtigung zur Annahme eines Medizinalpraktikanten im Säuglingsheim Prinzessin Arnulfhaus

Am 1. Mai 1922 wurde laut Schreiben des Staatsministeriums für Unterricht und Kultus das Säuglingsheim Prinzessin Arnulfhaus in München ermächtigt, einen Medizinalpraktikanten gemäß der Prüfungsordnung vom 28. Mai 1901 anzunehmen.¹⁴⁴ Die Prüfungsordnung sah seit 1901 bereits Praktika in der Kinderheilkunde und weiteren Spezialfächern neben denjenigen in der Inneren Medizin, Chirurgie und Geburtshilfe vor.¹⁴⁵ Es ist dabei zu bedenken, das, wie angesprochen, erst 1912 ein Ordinarius für Pädiatrie in München eingesetzt wurde und dass die Loslösung der Pädiatrie von der Inneren Medizin erst wenige Jahre zuvor geschah und von manchen Vertretern beider Disziplinen kritisch betrachtet wurde.¹⁴⁶ Vor diesem Hintergrund ist es von großem Interesse, auf folgendes Zitat kurz einzugehen.

„Da eine genügende Ausbildung des Praktikanten in der Behandlung von inneren Krankheiten in der Anstalt nicht gewährleistet ist, können dort von dem jeweiligen Praktikanten nur höchstens zwei Drittel des praktischen Jahres abgeleistet werden, damit der Rest des praktischen Jahres noch auf die Behandlung von inneren Krankheiten verwendet werden kann.“¹⁴⁷

Die Aussage lässt die Schlussfolgerung zu, dass zwar in einer pädiatrischen Einrichtung ein Teil des praktischen Jahres abgeleistet werden konnte, allerdings das Ziel eine Weiterbildung auf dem Gebiet der inneren Medizin war und nicht eine Ausbildung auf dem Gebiet der Kinderheilkunde. Das Verständnis und die Entwicklung, dass die Pädiatrie kein Teilgebiet der Inneren Medizin mehr ist, sondern ein eigenes Fachgebiet, setzte sich seit Beginn des 20. Jahrhunderts erst langsam durch und war während der Weimarer Republik noch nicht abgeschlossen, wenn auch im Aufschwung

¹⁴⁴ Staatsministerium für Unterricht und Kultus, 1. Mai 1922, StadtAM Wohlfahrt 2045.

¹⁴⁵ Eckart (2005): Medizingeschichte. S. 236.

¹⁴⁶ Vgl. Eulner (1970): Spezialfächer. S. 204–206.

¹⁴⁷ Staatsministerium für Unterricht und Kultus, 1. Mai 1922, StadtAM Wohlfahrt 2045.

begriffen.¹⁴⁸ Abschließend kann man also festhalten, dass Medizinalpraktikanten einen Teil der inneren Medizin in der sich entwickelnden Pädiatrie ableisten konnten. Diese Ausbildungschancen waren maßgeblich von den Gegebenheiten der Säuglingsfürsorge abhängig, auf deren Entwicklung, Arbeitsbereiche und Gliederung in den folgenden Kapiteln näher eingegangen wird.

¹⁴⁸ Vgl. Fehlemann (2004): Mutterschaft. S. 208–216, Bierich (1971): Kinderheilkunde, Eulner (1970): Spezialfächer, Peiper (1951): Chronik, Seidler (1970): Medizingeschichte. S. 231–240 und Stehr (o.J.): Kinderheilkunde.

4 Säuglingsfürsorge

Bei der Entstehung der Säuglingsfürsorge waren die zunehmende Emanzipation und die wissenschaftlichen Errungenschaften der Pädiatrie sowie die erhöhte Aufmerksamkeit der Bevölkerung um die Jahrhundertwende vom 19. auf das 20. Jahrhundert von besonderer Bedeutung. Prof. Dr. med. Karl Seitz (1858–1942)¹⁴⁹, erster Vorsitzender des Landesverbands für Mutterschafts-, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge in Bayern, fasste die Entwicklung zu Beginn des Jahrhunderts für die Säuglingsfürsorge in folgendem Zitat zusammen: Ihre „[...] Wege wurden geebnet durch die Fortschritte der Hygiene und durch das Erstehen der wissenschaftlichen Kinderheilkunde.“¹⁵⁰

Diese Fortschritte machten auch die Gründung sowie Aufteilung der neu anfallenden Arbeitsbereiche notwendig. Die Säuglingsfürsorge lässt sich grob in offene und geschlossen Fürsorge einteilen. Das Teilgebiet der offenen Fürsorge übernahmen die Landes- sowie Bezirksverbände. Anhand dieser Aufteilung ist das folgende Kapitel gegliedert.

¹⁴⁹ Prof. Dr. med. Karl (Carl) Seitz war Gründungsmitglied des Säuglingsheim München e.V. an der Lachnerstrasse, zudem deren erster Vorsitzender. Er wurde 1902 zum a.o. Professor an der Medizinischen Fakultät München berufen und leitete bis 1928 die pädiatrische Poliklinik der Universitätskinderklinik. Vgl. Stehr (o.J.): Kinderheilkunde. S. 12, 50–51, UAM E-II-N, N-N-IIb und Seitz (1926): Bericht 1924/25. S. 13.

¹⁵⁰ Seitz (1929): Landesverband. S. 1.

4.1 Landes- und Bezirksverband für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge als Mittelpunkt der offenen Fürsorge

Die Säuglings- sowie Kleinkinderfürsorge wurde in Bayern durch sich ergänzende Aufgaben der Landes- und Bezirksverbände geleistet. Im folgenden Kapitel sollen die Gegenstandsbereiche der jeweiligen Zuständigkeit, Ausführung und geschichtlichen Entwicklung dargestellt werden.

4.1.1 Organisation und Aufgabenbereich des Landes- und Bezirksverbands

Die beiden Verbände hatten sich ergänzende sowie aus der geschichtlichen Entwicklung gewachsene Aufgabenbereiche. Während der Landesverband eher theoretische Aufgaben erfüllte, übernahm der Bezirksverband die praktische Tätigkeit. Diese Entwicklung sowie deren Besonderheiten sollen anhand der beiden Organisationen einzeln betrachtet und analysiert werden. Der Landesverband als übergeordnetes Organ des Bezirksverbands bildet den Anfang dieses Abschnitts, weshalb im folgenden Kapitel dessen geschichtlicher Hintergrund dargestellt wird.

4.1.1.1 Der historische Werdegang vom Beginn als Zentrale für Säuglingsfürsorge bis zu deren Aufteilung in Landes- und Bezirksverband

Nachdem man auf Initiative von mehreren Kinderärzten ab 1903 Säuglingsheime und Säuglingsabteilungen in München neu baute oder einrichtete, wurde am 20. Dezember 1905 die Zentrale für Säuglingsfürsorge in München gegründet.¹⁵¹ Drei Jahre später, am 19. Dezember 1908 wandelte man die Münchner Organisation in eine Zentrale für Säuglingsfürsorge in

¹⁵¹ Seitz (1929): Landesverband. S. 2. Erwähnt werden u. a. im Text die Pädiater Dr. Meier und Dr. Rommel, beide Mitarbeiter bzw. Leiter des Säuglingsheim München an der Lachnerstrasse, Prof. Dr. Hecker, Vorsitzender des Bezirksverbands München für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, Dr. Reinach, Vorsitzender und dir. Arzt des Vereins „Prinzessin Arnulfhaus für Säuglinge“.

Bayern um.¹⁵² Zum ersten Mal schlossen sich in Deutschland staatliche und freie Fürsorge in einer zentralen Stelle zusammen.¹⁵³ Um der unterschiedlichen Struktur in den Städten und auf dem Land gerecht zu werden, wurde 1912 die Dezentralisierung beschlossen und somit der Verband in einen Landes- und mehrere Kreis- und Bezirksverbände aufgegliedert.¹⁵⁴ Vor diesem Hintergrund soll in den folgenden Kapiteln auf die Schwerpunkte der jeweiligen Organisation eingegangen werden.

4.1.1.2 Der Landesverband für Mutterschafts-, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge - Schwerpunkte von dessen Tätigkeit anhand der „Blätter für Gesundheitsfürsorge“

Der Landesverband gab im zweimonatigen Abstand seit 1922 zusammen mit der Bayerischen Arbeitsgemeinschaft zur Förderung der Volksgesundheit die Zeitschrift „Blätter für Gesundheitsfürsorge“ heraus.¹⁵⁵ Da diese Zeitschrift das „Vereinsorgan“¹⁵⁶ bildete, sind darin wichtige Vereinsangelegenheiten, Jahresberichte und wissenschaftliche Diskussionen enthalten. Aus diesem Grund habe ich sie als Quelle für dieses Kapitel ausgewählt.

Der Landesverband arbeitete seit seinem Beginn eng mit der Staatsregierung zusammen. Bei Bedarf zog die Regierung Vertreter des Landesverbands als Berater hinzu. Vertreter des Ministeriums waren aber ebenso an den Ausschusssitzungen des Landesverbands beteiligt, so dass eine wechselseitige Beratung und Zusammenarbeit entstand.¹⁵⁷ Dr. med. Josef Meier (1866–1936)¹⁵⁸ war Mitbegründer des Säuglingsheims München und später im

¹⁵² Seitz (1929): Landesverband. S. 3.

¹⁵³ Meier (1928): Landesverband. S. 1.

¹⁵⁴ Vgl. Seitz (1929): Landesverband. S. 6.

¹⁵⁵ Meier (1928): Landesverband. S. 5.

¹⁵⁶ Seitz (1929): Landesverband. S. 4.

¹⁵⁷ Meier (1928): Landesverband. S. 2.

¹⁵⁸ Geheimrat Dr. med. Josef Meier war Mitbegründer des Säuglingsheims München, des Vereins Kinderschutz und Mutterschutz, sowie des Krippenvereins. Nachdem er sich 1895 als praktischer Arzt niedergelassen hatte, wurde er 1920 in das Staatsministerium des Innern berufen. Dort blieb er tätig, bis er, kurz vor seinem Tod am 19. Juni 1936, in Ruhestand trat. Er war außerdem Mitglied des Bezirksverbands für Säuglingsfürsorge und trug zur modernen Gesundheitsfürsorge durch zahlreiche Veröffentlichungen bei. Vgl. Münchener Neueste Nachrichten, 31. März 1936,

Innenministerium tätig. Zudem hatte er mehrere Positionen im Landes- sowie Bezirksverband inne. Er meinte, dass die staatlichen Behörden „ihr wichtigster Mitarbeiter“¹⁵⁹ seien. Innerhalb des Verbands war vor allem die Tätigkeit der Kinderärzte von großer Wichtigkeit für die Entfaltung der Fürsorge. Die Leistungen sollten auf dem Boden der wissenschaftlichen Erkenntnis stehen, wofür als Beirat der Vorstand der Münchner Universitätskinderklinik angegliedert wurde.¹⁶⁰ Diese „[...] Vereinigung behördlicher, wissenschaftlicher und freier Arbeit gaben dem Landesverbande Stütze, Kraft und Richtung für seine Fürsorgetätigkeit.“¹⁶¹ Hervorzuheben ist, dass man keine praktische Fürsorge anstrebte, sondern dafür die Grundlagen schaffen wollte, Beratungsstellen einrichtete, die Zeitschrift herausgab und gesundheitliche Aufklärung betrieb.¹⁶² Aus diesen Gründen lehnte der Landesverband es ausdrücklich ab, dass in den Säuglingsberatungsstellen Behandlungen stattfanden. Man wollte zum einen nur Prophylaxe betreiben, zum anderen aber auch die Zusammenarbeit mit den praktischen Ärzten nicht gefährden und zu ihnen in Konkurrenz treten.¹⁶³

Die Maßnahmen und Bestrebungen sollen im folgenden Abschnitt anhand der in den Blättern für Gesundheitsfürsorge veröffentlichten Jahresberichte und Beiträge aufgezeigt und erläutert werden.

Der Landesverband befasste sich mit der Säuglingssterblichkeit und veröffentlichte hierzu in seinen Jahresberichten die Zahlen der Jahre 1924 bis 1928. Man kann eine Abnahme von 1924 14,4 % für Gesamtbayern auf 12,6 % für das Jahr 1926 und 11,2 % für das Berichtsjahr 1928 feststellen.¹⁶⁴ Im Verlauf wurde beobachtet, dass die Zahl der Todesfälle an Ernährungsstörungen abnahm, ebenso die Fälle von Rachitis, demgegenüber aber Todesfälle aufgrund von Erkrankungen der Atmungsorgane und die

StadtAM ZA Geheimrat Dr. Josef Meier und Münchener Neueste Nachrichten, 23. Juni 1936, StadtAM ZA Geheimrat Dr. Josef Meier.

¹⁵⁹ Meier (1928): Landesverband. S. 4.

¹⁶⁰ Vgl. Meier (1928): Landesverband. S. 4.

¹⁶¹ Meier (1928): Landesverband. S. 5.

¹⁶² Meier (1928): Landesverband. S. 5.

¹⁶³ Vgl.: Seitz (1928/29): Bericht 1927. S. 23–24.

¹⁶⁴ Vgl. Seitz (1926): Bericht 1924/25. S. 13, Seitz (1928/29): Bericht 1927. S. 20 und Seitz (1929): Bericht 1928. S. 9–10.

Frühsterblichkeit weiter zunehmen.¹⁶⁵ Betont wird in den Ausführungen, dass in ländlichen Gegenden, trotz einer immer besser angenommenen Fürsorge, weiterhin die Belehrungen der Frauen dort ausgebaut werden müssen. Aus den Zahlen ergibt sich ein deutlicher Unterschied der Sterbezahlen zwischen Stadt und Land und ebenso bei den Todesursachen. Auf dem Land bestanden weiterhin erhebliche Ernährungsstörungen, die nur durch eine bessere Aufklärung der Mutter über Pflege und Versorgung des Kindes gebessert werden sollte.¹⁶⁶ Ab dem Berichtsjahr 1927 erklärte der Landesverband den Ausbau der Mütterfürsorge zu einem vorrangigen Ziel. Hierzu sollte auch die Zusammenarbeit mit den Hebammen enger gestaltet werden.¹⁶⁷ Bereits ein Jahr später wurden einige Schwangerenberatungsstellen verzeichnet, allerdings noch keine in München. Dort wurde die Schwangerenberatung nebenbei in den Säuglingsberatungsstellen abgehalten, man hatte aber die Absicht, für werdende Mütter eigene Beratungsstellen einzurichten.¹⁶⁸ Das angrenzende Themengebiet der Schwangerenberatung wird in Kapitel 5 behandelt, weshalb hier nur kurz darauf hingewiesen werden sollte, um die enge Verbindung zwischen Schwangerenberatung und Säuglingsfürsorge zu verdeutlichen.

Der Landesverband hat in seinen Berichten die jährlichen Entwicklungen der Fürsorge festgehalten. Diese beinhalten Erweiterungen einzelner Einrichtungen, Erhöhung der Bettenzahl, die Anzahl der Beratungsstellen und den Zustand der Kinderbewahranstalten. Die Zahlen werden in den jeweiligen Kapiteln dieser Arbeit behandelt, da auf die einzelnen Einrichtungen detailliert eingegangen wird. Festzuhalten ist, dass der Landesverband dadurch einen bayernweiten Überblick über den Stand der Fürsorge hatte und dieser anhand seiner Veröffentlichungen erforscht werden kann.

Ein wesentlicher Bestandteil der Arbeit des Landesverbands bestand in der „gesundheitlichen Belehrung“.¹⁶⁹ Zu diesem Zweck wurden Wanderlehrerinnen ausgesandt, die Kurse und Vorträge in ganz Bayern hielten. Man konnte diese Einrichtung während der Zeit der Inflation nicht aufrechterhalten, sondern

¹⁶⁵ Seitz (1928/29): Bericht 1927. S. 21.

¹⁶⁶ Vgl. Seitz (1928/29): Bericht 1927. S. 21–23.

¹⁶⁷ Seitz (1928/29): Bericht 1927. S. 23.

¹⁶⁸ Seitz (1929): Bericht 1928. S. 12.

¹⁶⁹ Seitz (1926): Bericht 1924/25. S. 17.

erst im Berichtsjahr 1924/25 wieder einführen.¹⁷⁰ Für diese Vorträge, so genannte „Mütterabende“, wurden von der Landesfürsorgerin, Frau Tausche¹⁷¹, Richtlinien herausgegeben.¹⁷² Die Mütterabende wurden als „[...] unerlässlicher Bestandteil fürsorgerischer Wirksamkeit [...]“¹⁷³ [betrachtet, weil sie] „[...] größeren Einfluss auf die Lebensgestaltung der Frauenkreise [haben] [...], als es der Fürsorge allein durch Mütterberatungsstunden und Hausbesuche möglich ist.“¹⁷⁴

Bei diesen Beratungsabenden gab es mehrere Schwerpunkte, auf die anhand der Richtlinien im folgenden Abschnitt eingegangen werden soll.

Den Frauen sollte „[...] Belehrung auf hygienischem, hauswirtschaftlichem und erzieherischem Gebiete [...]“¹⁷⁵ nahe gebracht werden, um sie für ihre zentrale Rolle in der Familie und innerhalb der Volksgesundheit zu sensibilisieren. Man versuchte diese Abende wie eine Erholungszeit zu gestalten, während der die Mütter Anregungen erhalten sollten, gleichzeitig ihre Alltagsorgen und die Arbeit etwas vergessen konnten.¹⁷⁶ Grundsätzlich sollten durch die Vorträge der Gemeinschaftssinn und die Verbundenheit zur Fürsorge gefördert werden. Die Themen versuchte man so zu wählen, dass sie den Frauen nicht fern lagen oder sie langweilten.¹⁷⁷ Anhand der Dispositionen für die Mütterabende wird deutlich, dass man sowohl durch praktische Vorschläge, Belehrungen zu Infektionskrankheiten und allgemeiner Säuglingspflege, aber auch durch Vorträge über die Rolle der Mutter im Gesundheitssystem viele verschiedene Aspekte behandeln wollte.¹⁷⁸ Neben diesen Abenden wurden auch Vorträge durch Ärzte und die Fürsorgerinnen abgehalten, für die der Landesverband Anschauungsmaterial bereitstellte. Dafür gab er in Zusammenarbeit mit dem Landesverband für hygienische Volksbelehrung eine Übersicht über Säuglingspflege mit einer Lichtbilderserie

¹⁷⁰ Seitz (1926): Bericht 1924/25. S. 17.

¹⁷¹ Trotz Recherche konnte weder der Vorname noch biographische Daten gefunden werden.

¹⁷² Tausche (1926): Richtlinien. S. 28–32.

¹⁷³ Tausche (1926): Richtlinien. S. 28.

¹⁷⁴ Tausche (1926): Richtlinien. S. 29.

¹⁷⁵ Tausche (1926): Richtlinien. S. 29.

¹⁷⁶ Vgl. Tausche (1926): Richtlinien. S. 29.

¹⁷⁷ Vgl. Tausche (1926): Richtlinien. S. 30.

¹⁷⁸ Vgl. Tausche (1926): Richtlinien. S. 31–32.

heraus.¹⁷⁹ Weitere wissenschaftliche Beiträge, Gutachten, Schriften zur Kinderpflege und Merkblätter, die zum Teil bei der amtlichen Geburtenmeldung kostenlos verteilt werden konnten, und Ausstellungsmaterial für die Wanderausstellung über Säuglingsfürsorge wurden vom Landesverband zusammengestellt und herausgegeben.¹⁸⁰

Die Rolle des Landesverbands für Säuglingsfürsorge in Bezug auf München war, wie man an den Ausführungen erkennt, eng mit der praktischen Fürsorge in München verbunden. Seine theoretischen Vorgaben und die Koordination des großen Aufgabengebiets war Grundlage für die Arbeit des Bezirksverbands München für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, auf dessen Tätigkeit im folgenden Kapitel genauer eingegangen werden soll.

4.1.1.3 Der Bezirksverband München für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge – die verschiedenen Arbeitsgebiete, Ziele und Leistungen des Vereins

Die Arbeit des Bezirksverbands war unmittelbar auf München beschränkt und umfasste hier sowohl theoretische Arbeitsfelder als auch das gesamte Gebiet der praktischen Fürsorge. Es soll aber schon jetzt darauf hingewiesen werden, wie eng die verschiedenen Institutionen der Fürsorge in München im Bezirksverband für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge zusammenarbeiteten. Am besten ersichtlich wird das aus der Zusammensetzung des Vereins. Es waren unter anderem der Ministerpräsident Dr. Heinrich Held (1868–1938) als Vertreter der Regierung, Rechtsrat Hilble von der Stadt München, Geh. Med. Rat Prof. von Pfaundler von der Universitätskinderklinik im Ehrenausschuss des Jahres 1927 Mitglied. Es waren weit mehr Persönlichkeiten der Münchner Verwaltung, der Polizei, der Universität und des öffentlichen Lebens am Ehrenausschuss beteiligt. Diese Auswahl soll nur einen Eindruck der großen gesellschaftlichen Beteiligung an der Münchner Säuglingsfürsorge vermitteln.¹⁸¹ Prof. Dr. Hecker war 1927 Mitglied des Arbeitsausschusses und 1929 erster Vorsitzender, daneben bekleidete Sanitätsrat Dr. Rommel, der zugleich

¹⁷⁹ Seitz (1926): Bericht 1924/25. S. 18. Das Tafelwerk sowie die Lichtbilderserie konnten trotz Recherche nicht gefunden werden.

¹⁸⁰ Seitz (1926): Bericht 1924/25. S. 18.

¹⁸¹ Woerner (o.J.): Tätigkeitsbericht 1927. S. 2.

Assistenzarzt im Säuglingsheim des Säuglingsheim E.V. an der Lachnerstrasse war, das Amt des zweiten Schriftführers.¹⁸² Die Zusammensetzung der Mitglieder des Bezirksverbands München lässt den Schluss zu, dass es einen Austausch der verschiedenen Beteiligten aus den unterschiedlichen Sparten der Fürsorge der Landeshauptstadt gab. Ähnlich dem Landesverband hielt der Bezirksverband seine Tätigkeit und deren Umfang in Statistiken fest. Der Stand der Fürsorge anhand dieser Statistiken und der Jahresberichte des Vereins sollen im Folgenden analysiert und diskutiert werden. Während des Jahres 1927 wurden 9390 Säuglinge geboren, davon 6308 ehelich und 3082 unehelich. Am 31.12.1927 befanden sich 5209 Säuglinge unter einem Lebensjahr in der Fürsorge, davon 3727 ehelich und 1482 unehelich geboren. Die Gesamtzahl der in Fürsorge befindlichen Säuglinge entspricht 55 % der gesamten Lebendgeborenen. Im Vergleich zu den vorhergehenden Jahren nahm die Zahl der Säuglinge in Fürsorge aber um 903 ab, was zum einen auf den Geburtenrückgang, zum anderen auf den stärkeren Besuch von ländlichen Kostplätzen als auch auf eine bessere wirtschaftliche Situation der Familien während der eingangs erwähnten Prosperität zwischen 1924 und 1929 zurückzuführen ist.¹⁸³ Ähnliche Zahlen findet man bei den Kleinkindern. Hier waren 18464 Kinder aufgenommen. Diese Zahl nahm um 1298 gegenüber den Vorjahren zu und steht der wirtschaftlichen Prosperität dieser Jahre entgegen. Somit waren 1927 50 % der Kinder in München in die Fürsorge einbezogen.¹⁸⁴ Auch während des Jahres 1929 wurde über die Zahlen eine Statistik angelegt. Von den 9964 Lebendgeborenen waren 5683, also 57 %, in die städtische Fürsorge aufgenommen. Vom zweiten bis zum sechsten Lebensjahr wurden 20432 Kleinkinder betreut. Das entsprach ungefähr 50 % der Vorschulkinder in München.¹⁸⁵ Insgesamt betreuten die Schwestern des

¹⁸² Tätigkeitsbericht des Bezirksverbands München für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, E.V. für das Jahr 1929. StadtAM Vereine 178. S. 1.

¹⁸³ Woerner (o.J.): Tätigkeitsbericht 1927. S. 16. Der Geburtenrückgang war gegenläufig zur Säuglingssterblichkeit. Im Jahr 1900 betrug der Geburtenüberschuss noch 12,3 %, im Jahr 1927 nur mehr 0,9 %, dagegen nahm die Sterblichkeit von 1900 30,6 % auf 1927 8,9 % ab. Vgl. Woerner (o.J.): Tätigkeitsbericht 1927. S. 16.

¹⁸⁴ Woerner (o.J.): Tätigkeitsbericht 1927. S. 16.

¹⁸⁵ Tätigkeitsbericht des Bezirksverbands München für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, E.V. für das Jahr 1929. StadtAM Vereine 178. S. 19. Trotz einer Steigerung der Geburten auf 9964 ging der Geburtenüberschuss weiter zurück auf 0,4 % der Bevölkerung. Dazu stieg die Sterblichkeit leicht auf 8,5 % an.

Bezirksverbands 26115 Kinder in 22004 Familien.¹⁸⁶ Diese Statistiken waren nur durch die Arbeit in der Zentralgeschäftsstelle möglich, die als „Mittelpunkt für den Außendienst und Innendienst“¹⁸⁷ bezeichnet wurde. Hier wurden die Personalbögen jedes Neugeborenen in München oder neu zugezogenen Kindes angelegt und ergänzt, Meldungen von Todesfällen, Wohnungswechsel, Umzug und Unterbringung in einer Anstalt verzeichnet und an die jeweils dafür zuständige Stelle weitergeleitet. Man führte zusätzlich Karteikarten über alle Münchner Kinder von der Geburt bis zum sechsten Lebensjahr.¹⁸⁸

Die Quellen geben leider keine Auskunft über die Frage des Sorgerechtszugs bei verwahrlosten oder gegebenenfalls Kriterien, die zu einer Einleitung eines Verfahrens führten. Es ist allerdings aufgrund der genauen Erfassung jedes Kindes von einer Kontrollfunktion der Fürsorge auszugehen. Wie weit diese und deren Befugnisse reichten, muss leider ungeklärt bleiben.

Das weitere Aufgabengebiet des Bezirksverbands neben den Säuglingsberatungsstellen, die in Kapitel 6.4.2 behandelt werden, lässt sich anhand folgender Punkte gliedern, auf die einzeln eingegangen werden soll.

Die Hausbesuche als Bestandteil der offenen Fürsorge

Neben Sprechstunden in den Beratungsstellen waren die Hausbesuche eine Hauptaufgabe der Fürsorgeschwester.

„Eine gute Fürsorgerin darf sich durchaus nicht mit dem Besuch des Kindes begnügen, sie muss die Wohnungs- und Familienverhältnisse durch geschicktes Fragen und taktvolles Beobachten kennen zu lernen versuchen und danach ihre Maßnahmen einrichten.“¹⁸⁹

Diese Besuche wurden Müttern zuteil, deren Kind einen Kostplatz hatte oder unehelich geboren wurde. Weit mehr Mütter wünschten Hausbesuche für ihre Kinder, allerdings wurde dem nicht nachgegeben, wenn Familien für eine

¹⁸⁶ A.a.O. S. 19.

¹⁸⁷ A.a.O. S. 12.

¹⁸⁸ Tätigkeitsbericht des Bezirksverbands München für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, E.V. für das Jahr 1929. StadtAM Vereine 178. S. 12–13. Im Berichtsjahr 1929 wurden 57000 Karteikarten verwaltet. 1927 waren dies 58000, wobei man damals bereits eine Abwanderung unehelicher Kinder in ländliche Gebiete vermerkte. Vgl. Woerner (o.J.): Tätigkeitsbericht 1927. S. 9.

¹⁸⁹ Woerner (o.J.): Tätigkeitsbericht 1927. S. 6.

privatärztliche Fürsorge aufkommen konnten.¹⁹⁰ Diese Vorgabe unterstützt die These, dass nur bedürftige Mütter in die Fürsorge aufgenommen wurden. Im Einzelnen wurde die Fürsorgeschwester mit behördlichen Angelegenheiten wie Kostenregelungen wegen klinischer Versorgung oder schriftlichen Berichten betraut aber sie war auch besonders für die Aufsicht über die Pflege von Neugeborenen und kränklichen Säuglingen in den Familien verantwortlich.¹⁹¹ Im Bericht von 1927 wurden 81253, während des Jahres 1929 79972 Hausbesuche verzeichnet. Dabei lag die Rate der unehelichen Kinder rechnerisch zwischen 12,7 % und 10,7 %.¹⁹² Die Hausbesuche brachten den Fürsorgeschwestern von Seiten ihrer Vorgesetzten Vertrauen und „[...] die Dankbarkeit von hunderten, ja tausenden von Müttern [...]“¹⁹³ ein. Die Fürsorgeschwester übernahm durch ihre Tätigkeit während der Hausbesuche eine vermittelnde Rolle zwischen den Institutionen der Fürsorge und den Müttern. Wie bereits erwähnt, wurden über die familiären Verhältnisse Berichte an das Bezirkswohlfahrtsamt abgegeben. Daraus ergab sich seit 1924 eine verpflichtende Mitarbeit der Schwestern in den Wohlfahrtsämtern.¹⁹⁴

¹⁹⁰ Tätigkeitsbericht des Bezirksverbands München für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, E.V. für das Jahr 1929. StadtAM Vereine 178. S. 10–11.

¹⁹¹ Woerner (o.J.): Tätigkeitsbericht 1927. S. 6.

¹⁹² Vgl. Tätigkeitsbericht des Bezirksverbands München für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, E.V. für das Jahr 1929. StadtAM Vereine 178. S. 10 und Woerner (o.J.): Tätigkeitsbericht 1927. S. 6.

¹⁹³ Woerner (o.J.): Tätigkeitsbericht 1927. S. 6.

¹⁹⁴ Woerner (o.J.): Tätigkeitsbericht 1927. S. 7.

Die Mitarbeit der Schwestern in den Bezirkswohlfahrtsämtern

Das Arbeitsgebiet in den Wohlfahrtsämtern gliederte sich in vier Bereiche, für die jede Fürsorgeschwester zuständig war. Wie bereits oben ausgeführt, war ein Bestandteil der Tätigkeit die Beobachtung und Begleitung aller in der städtischen Fürsorge stehender Kinder bis zum zweiten, ab 1929 bis zum sechsten Lebensjahr, zum anderen sollten alle Kostplätze von ihr überprüft werden. Ein weiterer Punkt war die Betreuung und Begutachtung der Pflegekinder der Stadt München¹⁹⁵, worüber im vierteljährlichen Rhythmus ein schriftlicher Bericht an die Amtsvormundschaft verfasst werden musste. Dieses Aufgabengebiet war im Bericht des Jahres 1927 noch nicht enthalten. Als weitere Aufgabe hatte die Schwester alle Berichte und Gutachten, die von Wichtigkeit für das Wohlfahrtsamt waren, zu erarbeiten und auszufertigen.¹⁹⁶ Zusätzlich unterstützte die Fürsorgeschwester Familien bei der Wohnungsvermittlung. Man sah eine geräumige Wohnung als Grundlage für eine erfolgreiche gesundheitliche Fürsorge an, weshalb sich die Schwester beim Wohnungsamt sehr für die Wohnungsvermittlung einsetzte. Im Bericht von 1929 werden sogenannte „dringliche Suchkarten“ erwähnt, die von Fürsorgeärzten und Schwestern vergeben wurden und etwa der Hälfte der ausgewählten Familien schneller zu einer neuen Wohnung verhalfen.¹⁹⁷ Neben ihren praktischen Aufgaben, die im vorigen Kapitel betrachtet wurden, kamen also auch zahlreiche Arbeiten in der Verwaltung hinzu. Ein weiterer Aspekt ihrer Tätigkeit in der Fürsorge setzte nicht nur ihre praktischen Fertigkeiten, sondern auch ein fundiertes Wissen über Kinderpflege voraus.

¹⁹⁵ Anhand der Quellen konnte nicht geklärt werden, unter welchen Voraussetzungen Kinder Pflegekinder der Stadt München wurden. Es handelt sich aber am ehesten um Kinder, für die die Stadt München die Amtsvormundschaft übernahm.

¹⁹⁶ Vgl. Woerner (o.J.): Tätigkeitsbericht 1927. S. 7 und Tätigkeitsbericht des Bezirksverbands München für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, E.V. für das Jahr 1929. StadtAM Vereine 178. S. 11. Für diese Tätigkeit standen 1929 eine Oberschwester, 23 Fürsorgeschwestern und drei Bürobeamtinnen zur Verfügung. A.a.O. S. 8–9.

¹⁹⁷ A.a.O. S. 11-12 und Woerner (o.J.): Tätigkeitsbericht 1927. S. 11–12.

Der Unterricht in praktischer Kinderpflege

Durch die Kurse zur praktischen Kinderpflege versuchte der Bezirksverband möglichst viele Mädchen und Frauen zu erreichen. Bereits seit 1916 wurde in den Schulen der Unterricht in Gesundheitspflege durch acht Stunden Säuglingspflege ergänzt. Hierzu wurden die Lehrschwestern des Bezirksverbands herangezogen. Ausgenommen waren allerdings die Frauenarbeitsschule sowie die gewerblichen und kaufmännischen Fortbildungsschulen.¹⁹⁸ Der Bezirksverband bot dreimonatige Kurse zur Ausbildung von einfachen Kinderpflegerinnen an, auf deren Programm „[...] Kinderpflege, Erziehung und Beschäftigung, die Anfertigung von Kinderwäsche und Kleidung und Waschen und Bügeln [...]“¹⁹⁹ standen. Die Errichtung einer sogenannten Mütterschule wurde im März 1929 vorgenommen, wodurch weitere Kurse ermöglicht wurden. Man hielt dort fünf Kurse mit je 32 Stunden über praktische Kinderpflege für Mütter, Frauen und Mädchen ab, ein Kurs mit 20 Stunden über häusliche Krankenpflege und zwei Kurse mit 20 Stunden über Erziehung und Beschäftigung des Kleinkindes.²⁰⁰ Diese Kurse erfreuten „[...] sich immer gleich regen Interesses.“²⁰¹ Die Leitung aller Kurse übernahm die Oberschwester, Frau Woerner²⁰², die theoretischen Vorträge wurden durch Prof. Dr. Hecker, Prof. Dr. Weber (1898–1973)²⁰³ und Frau Oberinspektorin Lex als Vertreterin der Kindergärten gehalten.²⁰⁴ Gerade mit den Kindergärten pflegte der Bezirksverband eine sehr enge Zusammenarbeit.²⁰⁵ Durch diese Kurse wurden den jungen Frauen also nicht nur theoretische Hintergründe

¹⁹⁸ Woerner (o.J.): Tätigkeitsbericht 1927. S. 11 und Tätigkeitsbericht des Bezirksverbands München für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, E.V. für das Jahr 1929. StadtAM Vereine 178. S. 13-14.

¹⁹⁹ Woerner (o.J.): Tätigkeit des Bezirksverbands 1927. S. 11.

²⁰⁰ Tätigkeitsbericht des Bezirksverbands München für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, E.V. für das Jahr 1929. StadtAM Vereine 178. S. 13.

²⁰¹ Woerner (o.J.): Tätigkeitsbericht 1927. S. 11.

²⁰² Es konnten keine weiteren biographischen Daten gefunden werden.

²⁰³ Anhand der Quellen war nicht eindeutig zu klären, ob es sich bei Prof. Dr. Weber um Prof. Dr. med. Gerhard Gustav Ernst Weber handelt, da er in den Tätigkeitsberichten des Jahres 1929 bereits als Professor aufgeführt wird, allerdings laut den Akten des UAM erst 1947 habilitiert wurde, allerdings bereits vorher in der Kinderheilkunde der Medizinischen Fakultät tätig war. Vgl. UAM E-II-N.

²⁰⁴ Tätigkeitsbericht des Bezirksverbands München für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, E.V. für das Jahr 1929. StadtAM Vereine 178. S. 14.

²⁰⁵ Vgl. Woerner (o.J.): Tätigkeitsbericht 1927. S. 11.

vermittelt, sondern auch alltägliche, praktische Hilfestellungen und Tätigkeiten beigebracht.

Die soziale Unterstützung von Kindern und Müttern durch Spenden

Um die Mütter für die Anordnungen des Arztes oder der Fürsorgeschwester zugänglicher zu machen, wurden regelmäßig Sachspenden an sie ausgegeben.²⁰⁶ Besonders arme Kinder bekamen zu Weihnachten Pakete mit Wäsche, Kleidungsstücken und Schuhen, aber auch Süßigkeiten und Spielzeug. Der Bezirksverband sammelte die Spenden und verteilte sie an die Fürsorgeschwestern, die diese wiederum an ihre „anvertrauten Familien“²⁰⁷ weitergaben. Diese Weihnachtsaktion im Jahr 1929 brachte aber auch 1492 Pakete mit Wäsche, Kleidungsstücken, Lebensmitteln, Schuhen, Betten und Bettwäsche und Kinderwägen für bedürftige Familien ein. Zudem wurden 600 Liter Milch, 100 Flaschen Hacker-Bier und 5352 RM gespendet.²⁰⁸ Der Bezirksverband unterstützte Mutter und Kind aber nicht nur direkt, sondern auch in Form von Zusammenarbeit mit anderen Vereinen. Der Verein „Mutter und Kind in Not“ ließ für monatlich 250 RM durch die Fürsorgeschwestern Milchgutscheine verteilen, es wurden in Zusammenarbeit mit der Fürsorge für Wanderleihkörbe im Jahr 1927 17 Körbe, 1929 50 Körbe an bedürftige Mütter ausgegeben und im Auftrag des Vereins zur Unterstützung armer verheirateter Wöchnerinnen wurden Spenden in Höhe von zehn RM für jede Wöchnerin verteilt. Zusätzlich arbeitete man mit dem Zweigverein Oberbayern vom Roten Kreuz eng zusammen.²⁰⁹

Der Bezirksverband befasste sich mit weiteren Themengebieten der Fürsorge wie dem Mutterschutz, aber auch mit wissenschaftlichen Arbeiten, die vor allem Prof. Dr. Hecker als erster Vorsitzender und Oberschwester Woerner

²⁰⁶ Tätigkeitsbericht des Bezirksverbands München für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, E.V. für das Jahr 1929. StadtAM Vereine 178. S. 15–16. Auch hier wird der erzieherische Gedanke der Fürsorgeeinrichtungen deutlich.

²⁰⁷ A.a.O. S. 15.

²⁰⁸ A.a.O. S. 16. Die Geldspenden wurden dann in Form von Kohlengutscheinen, Lebensmitteln oder Mietzuschüssen weitergereicht. Diese Weihnachtsaktion fand bereits im Berichtsjahr 1927 in ähnlichem Umfang statt. Vgl. Woerner (o.J.): Tätigkeitsbericht 1927. S. 12.

²⁰⁹ Vgl. Woerner (o.J.): Tätigkeitsbericht 1927. S. 12 und Tätigkeitsbericht des Bezirksverbands München für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, E.V. für das Jahr 1929. StadtAM Vereine 178. S. 16.

herausbrachten.²¹⁰ Der Bezirksverband München für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge arbeitete auf einem sehr großen Gebiet, das sowohl theoretische Befassung als auch die praktische Tätigkeit der Fürsorgeschwestern als Kern miteinschloss. Es wurde deutlich, dass in den wirtschaftlichen Krisenjahren zusätzliche Maßnahmen und Hilfe durch den Bezirksverband geleistet wurden. Die Fürsorge fand für Säuglinge nicht nur daheim statt, sondern vor allem in den Säuglingsberatungsstellen, auf die im nächsten Kapitel genauer eingegangen werden soll.

4.1.2 Das Tätigkeitsfeld der Säuglingsberatungsstellen

Die gesundheitliche offene Fürsorge war die zentrale Aufgabe des Bezirksverbands für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge und fand in dessen Säuglingsberatungsstellen statt.²¹¹ Bis zum Jahr 1923 wurden Kinder, sowohl eheliche als auch uneheliche, von Geburt an bis zum zweiten Lebensjahr betreut, ab 1923 bis zum letzten Berichtsjahr 1929 Kinder bis zum Schuleintritt. Die Säuglingsfürsorge hatte während des Jahres 1913 mit der Betreuung von 1400 Säuglingen in sechs Beratungsstellen mit zwei Fürsorgeschwestern begonnen. Die Zahl der Beratungsstellen wurde stetig ausgebaut, so dass im Jahr 1927 bereits 18 Beratungsstellen, besetzt mit 18 Kinderfachärzten und 23 Fürsorgeschwestern, verzeichnet wurden und sich die Zahl bis 1929 auf 21 ärztlich geleitete Beratungsstellen mit 23 Fürsorgeschwestern und einer Oberschwester erhöhte.²¹² Folgende Tabelle gibt Auskunft über die stetig ansteigende Zahl der Besuche in den Fürsorgestellen.

²¹⁰ Vgl. a.a.O. S. 14. Jährlich wurde das erhobene statistische Material für den Stand der Fürsorge ausgearbeitet und veröffentlicht. Erhalten sind nur die Statistiken der Berichte des Jahres 1927 und 1929. Des weiteren wurden laut Bericht mehrere wissenschaftliche Abhandlungen in pädiatrischen Zeitschriften veröffentlicht und Lehrbücher für Säuglingspflege herausgegeben. Da diese für die Säuglingsfürsorge selbst keine Relevanz zeigten, sind sie nicht weiter hier erörtert worden. Der Jahresbericht von 1929 führt zusätzlich zwei Flugschriften mit den Themen „Behüte dein Kind vor der englischen Krankheit (Rachitis) und deren Folgen!“ und „Kochvorschriften für das Säuglings- und Kindesalter“ an. Die erste wurde von Prof. Dr. Hecker, Dr. Reinach und Dr. Spanier erarbeitet. Vgl. Tätigkeitsbericht des Bezirksverbands München für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, E.V. für das Jahr 1929. StadtAM Vereine 178. S. 18. Keine der Flugschriften war mehr auffindbar.

²¹¹ Woerner (o.J.): Tätigkeitsbericht 1927. S. 5.

²¹² StadtAM Vereine 178. S. 8.

Jahr	1925	1926	1927	1929
Anzahl	34134	37050	38334	40642

Tab. 1 Konsultationen der Beratungsstellen²¹³

Die Fürsorge des Bezirksverbands umfasste 1929 26120 Säuglinge und Kleinkinder in 22004 Familien.²¹⁴ Der Erfolg der Beratungsstellen wurde vor allem der unermüdlichen Tätigkeit der Fürsorgeärzte zugerechnet. Sie klärten in ihren Beratungsstunden die Mütter über das Stillen und dessen große Bedeutung auf und gaben Ratschläge zur richtigen Säuglingspflege sowie Ernährung.²¹⁵ Dieser Besuch der Beratungsstellen war allen ehelichen und unehelichen Kindern freigestellt. Nur Kinder aus Kostplätzen mussten der Kontrolle der Beratungsstelle unterstellt werden.²¹⁶ Die hohe Zahl der Inanspruchnahme dieser Einrichtung war sehr beachtenswert, weil seit Einführung der Familienwochenhilfe die materiellen Unterstützungen des Verbands in Form von Wäsche und Lebensmitteln wegfielen.²¹⁷ Den ärztlichen Beratungen wohnten immer Fürsorgeschwestern bei, die im Anschluss daran für Mütter eine wirtschaftliche Sprechstunde anboten, um deren Wünsche und Fragen zu beantworten und um gegebenenfalls weitere Maßnahme in die Wege zu leiten. Im Jahr 1927 wurde diese Sprechstunde nur für Mütter angeboten, die nicht der städtischen Wohlfahrtspflege unterstanden, im Jahr 1929 aber wurden die Fürsorgeschwestern immer mehr in die Tätigkeiten des Wohlfahrtsamts eingebunden und hatten somit auch zunehmend verwalterische Angelegenheiten für die betreuten Mütter zu erledigen.²¹⁸

Die Beratungsstellen waren über ganz München verteilt und jeweils einem

²¹³ Woerner (o.J.): Tätigkeitsbericht 1927. S. 5 und Tätigkeitsbericht des Bezirksverbands München für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, E.V. für das Jahr 1929.

²¹⁴ Tätigkeitsbericht des Bezirksverbands München für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, E.V. für das Jahr 1929. StadtAM Vereine 178. S. 8–9.

²¹⁵ Woerner (o.J.): Tätigkeitsbericht 1927. S. 5.

²¹⁶ Woerner (o.J.): Tätigkeitsbericht 1927. S. 5.

²¹⁷ Vgl. Woerner (o.J.): Tätigkeitsbericht 1927. S. 5.

²¹⁸ Vgl. Woerner (o.J.): Tätigkeitsbericht 1927. S. 6 und Tätigkeitsbericht des Bezirksverbands München für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, E.V. für das Jahr 1929. StadtAM Vereine 178. S. 10.

oder zwei Wohlfahrtsämtern unterstellt. Jeder Stelle war ein leitender Arzt oder ein Assistenzarzt der Universitätsklinik zugeordnet und dazu mindestens eine Fürsorgeschwester. Die Übersicht der zugeteilten Ärzte führt zu dem Schluss, dass Ärzte des Bezirksverbands als auch der Universitätskinderklinik neben weiteren aus dem Säuglingsheim München in den Beratungsstellen tätig waren und somit ein großer Kreis der Münchner Ärzte in die offene Fürsorge eingebunden war.²¹⁹ Dieses Kapitel lässt sich abschließen und zusammenfassen mit einem Zitat aus dem Werk von Sachße und Tennstedt, die die Bedeutung der Säuglingsberatungsstellen wie folgt beschreiben:

*„Die Säuglings- und Kleinkinderfürsorgestellen waren nicht nur Einrichtungen zur Früherkennung, Aufklärung und Beratung, sondern wichtige „Schaltinstanzen“ für die Inanspruchnahme von Wohlfahrtsleistung, [...]“*²²⁰

Diese Früherkennung war bei der Rachitis, einer ausgesprochen häufigen Erkrankung während der Weimarer Republik, von großer Wichtigkeit. Die Ärzteschaft war durch ihre Arbeit in den Säuglingsberatungsstellen oftmals mit allen Stadien der Erkrankung konfrontiert. Deren Erkennung, Behandlung und Prophylaxe sollen im folgenden Kapitel betrachtet werden.

²¹⁹ Vgl. Woerner (o.J.): Tätigkeitsbericht 1927. S. 3. Die Säuglingsberatungsstellen waren sowohl eigenständige Einrichtungen, konnten aber auch an bestehende Kliniken oder Säuglingsheime angegliedert sein. An dieser Auflistung zeigt sich deutlich, wie eng die Ärzteschaft in München in der offenen Fürsorge zusammengearbeitet hat. Es finden sich als leitende Ärzte u. a. Dr. Spanier, späterer Chefarzt der Kinderklinik an der Lachnerstrasse, Assistenzärzte der Universitätskinderklinik und weitere Mitarbeiter des Schwabinger Krankenhauses und des Säuglingsheims München. Dr. med. Julius Spanier (1880-1959) war Vorsitzender der Münchner Gesellschaft für Kinderheilkunde von 1926 bis 1928. Als jüdischer Arzt wurde er während des Nationalsozialismus nach Theresienstadt deportiert und leitete nach seiner Rückkehr die Kinderklinik an der Lachnerstrasse. Vgl. Gmelin (2002): Lachnerklinik. S. 64.

²²⁰ Sachße, Tennstedt (1988): Armenfürsorge. S. 124.

4.1.3 Die Initiative des Bezirksverbands zur Bekämpfung der Rachitis

Die Rachitis²²¹, auch Englische Krankheit genannt, war während der Weimarer Republik „[...] im wahrsten Sinne des Wortes eine Volkskrankheit [...]“. ²²² Wie aus folgendem Abschnitt ersichtlich wird, war sie neben der Tuberkulose, auf die später eingegangen wird, ein zentrales Feld der Forschung, Prophylaxe, Früherkennung und Behandlung in der Kinderheilkunde. In diesem Kapitel sollen auf die Maßnahmen der offenen Fürsorge durch den Bezirksverband für Säuglingsfürsorge näher eingegangen werden.²²³ Im Berichtsjahr 1929 hat der Bezirksverband einen Organisationsplan zur Bekämpfung der Rachitis

²²¹ Die Rachitis ist gekennzeichnet durch eine gestörte Mineralisation und Desorganisation der Wachstumsfuge der Knochen, beim Kind oftmals in Verbindung mit einer Osteomalazie, die eine mangelnde Mineralisation von Spongiosa und Kompakta als Ursache hat. Die Ätiologie der Krankheit liegt entweder in einem Vitamin-D-Mangel aufgrund von mangelnder Zufuhr oder auch durch fehlende UV-Bestrahlung, die für die Synthese notwendig ist. Die heutige Therapie besteht in einer Substitution von Vitamin D3 oder dessen stoffwechselaktiven Metabolite. Vgl. Classen, Diehl, Kochsiek (2004): Innere Medizin. S. 1775–1780 und Koletzko (2004): Kinderheilkunde. S. 169–171.

Die Ursache der Rachitis war während der Weimarer Republik noch nicht geklärt. Erst im Jahr 1939 konnte aufgrund der Vitaminforschung eine Rachitisprophylaxe mit Vitamin D durch Georg Bessau (1884–1944) eingeführt werden. Eckart (2005): Medizingeschichte. S. 280.

Pfaundler stellt 1929 in seinem Aufsatz fest, dass es zwar zahlreiche Behandlungsoptionen für die Rachitis gibt, allerdings sprechen manche für eine „Avitaminose“ als Ursache, er selbst dagegen vertritt die Meinung, der Rachitis liegt eine „Dyskrasie“ zugrunde. Somit geht seiner Ansicht nach der Ausgleich der krankhaften Säftemischung mit der Mineralisierung des Skeletts einher und bedeutet folglich eine Heilung der Rachitis. Ebenso spricht sich Pfaundler gegen eine Prophylaxe der Rachitis und für eine Frühbehandlung aus. Die öffentliche Fürsorge sollte hierbei eine „Erfassung der Kranken“ und „Weichenstellung der Behandlung“ bewirken. Als Behandlung sieht er die natürlichen Heilverfahren durch Freiluft-Lichttherapie und Quarzlampenbestrahlung im Vordergrund. Künstliche Präparate stehen seiner Meinung nach erst an zweiter Stelle zur Bekämpfung der Rachitis. Vgl. Pfaundler (1929): Rachitisabwehr. S. 63–81.

²²² Hecker (1931): Rachitis. S. 83.

²²³ Die Bemühungen um die Rachitis waren sowohl in der offenen als auch in der geschlossenen Fürsorge groß. Maßgeblich waren daran Prof. Hecker, Dr. Reinach und Dr. Rommel beteiligt, die Mitglieder im Arbeitsausschuss des Vereins waren. Vgl. Woerner (o.J.): Tätigkeitsbericht 1927. S. 4. Dr. Rommel war gleichzeitig als Assistenzarzt im Säuglingsheim des Säuglingsheim München e.V. tätig. Ein Schwerpunkt seiner Tätigkeit lag in der Behandlung der Rachitis, wie in Kap. 4.2.2.5 beschrieben wird. An dieser Stelle soll deshalb an die Zusammengehörigkeit der beiden Kapitel erinnert werden um die Leistungen auf dem Gebiet der Rachitis vollständig zu erfassen.

entworfen.²²⁴ Vorgesehen waren als allgemeine Aufgaben gesundheitsfürsorglicher Einfluss auf den Wohnungsbau, Beratung der Mütter und die weitere Erforschung der Rachitis. Unter speziellen Aufgaben wurden die primäre Prophylaxe der Rachitis, Unterstützung der Behandlung von Rachitiserkrankungen, Kostkinderfürsorge auf dem Land und letztlich die Anstaltsbehandlung in der geschlossenen und halboffenen Fürsorge, daneben die Einrichtung eines Rachitikerheimes zusammengefasst.²²⁵ Bereits im Jahr 1929 waren einige der Punkte erfolgreich umgesetzt. Frau Woerner, die Geschäftsführerin des Vereins, veranstaltete sehr gut besuchte „Mütterabende“.²²⁶ Es handelte sich um Vortragsabende, an denen Fürsorgeärzte und -ärztinnen der Mütterberatungsstellen über die Rachitis referierten und anschließend Empfehlungen zur Behandlung und Prophylaxe mit Höhensonne, Lebertran und Vigantol²²⁷, einem Vitamin D Präparat, gaben. Ebenso wurde auf Anregung von Hecker unter Anleitung einer Gymnastiklehrerin Säuglings- und Kleinkinderturnen abgehalten. Körperliche Betätigung sollte durch mechanische Beanspruchung und gleichzeitige Gabe des Vitamin D Präparates zur Remineralisation des Knochens führen, so dass sich beide Therapieansätze ergänzten. Aber auch die Mütter wurden durch die Arbeit des Vereins in Kochkursen durch Frau Woerner geschult und erhielten die von den Ärzten des Verbands erarbeiteten Kochvorschriften neben einem Rachitismerkblatt.²²⁸ Im Jahr 1931 wurde von Hecker der „Große Organisationsplan“ veröffentlicht.²²⁹ Die bereits 1929 in Aussicht gestellten Maßnahmen wurden hier detaillierter dargestellt und an manchen Stellen ausgeweitet. Drei Grundsätze zur Rachitisbekämpfung sollte die Fürsorge beachten:

„Das, was sie ins Werk setzt, muss möglichst weite Kreise umfassen, die zu ergreifenden Maßnahmen müssen billig sein und die Fürsorge darf sich weder auf reine Prophylaxe noch auf reine Therapie beschränken.“²³⁰

²²⁴ Tätigkeitsbericht des Bezirksverbands München für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, E.V. für das Jahr 1929. StadtAM Vereine 178. S. 3.

²²⁵ A.a.O. S. 4.

²²⁶ A.a.O. S. 5.

²²⁷ Bei Vigantol handelt es sich um ein noch heute verwendetes Vitamin-D-Präparat, das zur Therapie des Vitamin-D-Mangels bei Rachitis eingesetzt wurde und wird.

²²⁸ Vgl. a.a.O. S. 5. Das Rachitismerkblatt war in den Quellen nicht zu finden.

²²⁹ Hecker (1931): Rachitis. S. 84.

²³⁰ A.a.O. S. 83.

Die oben besprochenen allgemeinen Aufgaben wurden aufgeteilt in Einflussnahme auf den Wohnungsbau und allgemeine Mütterberatung über Ernährungsfragen und Mütterunterstützung.²³¹ Im Gegensatz zum Berichtsjahr 1929 wird bei der Mütterberatung eine genauere Zielsetzung festgelegt. Die Vorträge sollten unter Einbeziehen sowohl des Landwirtschaftsministeriums als auch der Obstzüchter vor allem eine obst- und gemüsereiche Kost der Kleinkinder sicherstellen, wozu auch die Beschaffung von Obst und Gemüse finanziell unterstützt werden sollte. Als weiterer Aspekt wurden weiterhin sowohl Kochkurse für Mütter als auch Fortbildungskurse für Ärztinnen und Ärzte abgehalten. Zudem wollte man das Stillen durch Vorträge und Zeitungsartikel fördern.²³²

Die besonderen Aufgaben wurden 1931 ebenfalls genauer gefasst als im Bericht von 1929. Ein neuer Schwerpunkt in der offenen Fürsorge sollte die „[...] Eruierung der Rachitiker und der erblich Belasteten [...]“ sein.²³³ Dieses neue Aufgabengebiet entsprach einem immer größer werdenden Einfluss der Eugenik und Rassenhygiene innerhalb der Fürsorge. Reyer spricht diesbezüglich von einer „Infiltration der rassenhygienischen Programmatik“ der Sozialen Fürsorge und Wohlfahrtspflege bereits vor 1933.²³⁴ In Bezug auf die Rachitis sollte die offene Fürsorge ähnlich wie bei der Schwangerenfürsorge lediglich eine Prophylaxe der Rachitis betreiben, eine Behandlung aber den praktischen Ärzten überlassen werden.²³⁵ Besonderen Wert legte man auf die Dokumentation der hygienischen Umstände und des Wohnungszustands wie auch auf praktische Unterweisungen zur sachgemäßen Pflege des Kindes, Wochenbetthygiene und Infektionsprophylaxe. Dies sollte durch Mütterstunden, Merkblätter und Vorträge über Rachitis im Radio geschehen.²³⁶ Weitere angedachte Maßnahmen bestanden in Zuschüssen zur Behandlung von Erkrankten, auch für die dafür eingerichteten Anstalten und

²³¹ A.a.O. S. 84.

²³² A.a.O. S. 84.

²³³ A.a.O. S. 85.

²³⁴ Vgl. Reyer (1991): Eugenik. S. 133.

²³⁵ Hecker (1931): Rachitis. S. 85. Schwangere sollten in den Beratungsstellen keine Behandlung sondern nur Beratung erhalten. Vgl. Kap. 5.

²³⁶ Hecker (1931): Rachitis. S. 85.

Kostkinderfürsorge auf dem Land.²³⁷ Hecker legte im weiteren Verlauf des Artikels die im Jahr 1931 bereits umgesetzten Maßnahmen dar. Darauf soll deshalb im folgenden Abschnitt eingegangen werden. Besonders intensiv wurde die Aufklärung, Belehrung und Beratung in den Fürsorgestellen betrieben. Hierzu wurden Rachitismerkblätter an die Mütter verteilt, sie zum Stillen angehalten, Kochabende veranstaltet und durch Mütterabende über „Wesen, Gefahren und Verhütung der Rachitis“ aufgeklärt.²³⁸ Zusätzlich wurde durch den Fürsorgearzt oder die Fürsorgeschwester an ausgewählte Kinder Obst und Gemüse verteilt.²³⁹ Zum einen sollte dadurch dem Kind direkt eine vitaminreiche Kost ermöglicht werden, zum anderen aber auch erzieherisch auf die Mütter eingewirkt werden.²⁴⁰ Aufgrund dieser Maßnahme verzeichnete Pfaundler im Jahr 1931, dass Säuglinge häufiger als früher bereits ab dem fünften Monat mit Gemüse gefüttert wurden, was „[...] als eine in München bisher unerhörte Erscheinung gebucht werden muss.“²⁴¹ Die bereits oben erwähnten Kochabende wurden weiter fortgeführt und die teilnehmenden Mütter erhielten auch theoretische Hilfe in Form von Kochvorschriften, Gesprächen mit der Oberschwester und Vorführungen.²⁴² Die Rachitisorganisation des Bezirksverbands München für Mutterschafts-, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge gab an Kinder, die keine Mittel dafür vom Wohlfahrtsamt oder der Ortskrankenkasse erhielten, Lebertran und Vigantol aus. Die damals vielfach diskutierte bestrahlte Milch wurde nicht ausgegeben, da sie vor allem sehr kostspielig war.²⁴³ Aufgrund der Therapieerfahrungen mit

²³⁷ A.a.O. S. 85. Es sollte für 100 Kinder aus besonders schlechten Wohnverhältnissen Musterkostplätze entstehen, die durch Kostfrauen verwaltet werden sollten.

²³⁸ A.a.O. S. 86–87. Um die Vortragsabende für die Mütter „schmackhaft“ zu machen, wurden von einer musikalischen Schwester Verse aus Elisabeth Behrend: „Zur Säuglingspflege in Reim und Bild“ vorgesungen und dadurch die allgemeine Aufmerksamkeit gesteigert.

²³⁹ Es wurde Obst und Gemüse im Wert von 5 RM pro Monat ausgegeben. Die Ware wurde den Müttern nach Vorweisen einer Lebensmittelkarte des Bezirksverbands von ausgewählten kleinen Gemüsehändlern übergeben. A.a.O. S. 87.

²⁴⁰ Vgl. a.a.O. S. 87.

²⁴¹ A.a.O. S. 87.

²⁴² A.a.O. S. 87.

²⁴³ A.a.O. S. 88. International wurde an ultraviolett-bestrahlten Nahrungsmitteln geforscht. Durch diese Forschungen erkannte man die zentrale Rolle des Ergosterins und dessen Wirkung bei der Therapie der Rachitis. In München beschäftigten sich v. a. Dr. H. Hentschel und Dr. A. Roszkowski mit bestrahlter Milch als Antirachitikum. Man war sich zwar der Wirkung des darin enthaltenen Ergosterins sicher, konnte aber

Quarzlampenbestrahlung an der Universitätskinderklinik München wurden derartige Behandlungen bei praktischen Ärzten vermittelt und die Kosten gegebenenfalls übernommen.²⁴⁴ Eine weitere Maßnahme bestand in der Einführung von Gymnastik und Massagen. Hierfür wurden die in den Universitätskliniken ausgebildeten Physiotherapeutinnen herangezogen und jeweils eine von ihnen auf eine bis drei Fürsorgestellen aufgeteilt.²⁴⁵ Die für die Gymnastikübungen in Frage kommenden Kinder wurden nach folgenden Diagnosen vom jeweiligen Fürsorgearzt ausgewählt:

*„Ausgesprochene Rachitis, Muskelschlaffheit, Muskelarmut, Bewegungsarmut, Blässe, Kyphose, Skoliose, O-Beine“.*²⁴⁶

Da die Rachitis sich damals primär als Knochendeformation manifestierte, versuchte man, ähnlich wie bei den anderen genannten Erkrankungen des Bewegungsapparates, durch kräftigende Physiotherapie das Fortschreiten zu verhindern. In Verbindung mit der medikamentösen Therapie strebte man zudem eine vermehrte Mineralisierung des Knochens durch Belastung an.

Die Bildung der weiblichen Bevölkerung stellte neben den praktischen Aufgaben des Landesverbands ein weiteres Ziel dar. Dazu wurde eine Abteilung zur Säuglingspflege im Landesmuseum neu gestaltet.²⁴⁷

Zusammenfassend setzte sich die Organisation das Ziel, die Rachitis und deren begünstigende Faktoren anhand von zu erstellenden Minimalforderungen

chemisch das bestrahlte Produkt nicht einheitlich gewinnen. Die photochemische Reaktion vom Provitamin Ergosterol zum Ergocalciferol (Vitamin D₂) bzw. von 7-Dehydrocholesterin zum Cholecalciferol (Vitamin D₃) erfolgt in der menschlichen Haut. Dieser Schritt wurde durch die Bestrahlung der Nahrungsmittel vorweggenommen. Der weitere Stoffwechselweg bis zu 1,25-Dihydroxycholecalciferol und die Wichtigkeit der Calciferole in Bezug auf die Calciumresorption und Knochenbildung war noch nicht bekannt. Vgl. Hentschel (1929): Antirachitikum. S. 18–40 und Löffler, Petrides (2003): Biochemie. S. 730–733.

²⁴⁴ Hecker (1931): Rachitis. S. 88.

²⁴⁵ A.a.O. S. 89.

²⁴⁶ A.a.O. S. 89. Neben der eigentlichen Rachitisfürsorge sollten aber auch Kinder mit Übergewicht aufgenommen werden und die Mütter in Gymnastik unterrichtet werden, um die Übungen zu Hause mit den Kindern durchführen zu können. Für die Umsetzung der Gymnastik ein bis drei mal pro Woche wurden vom 1.12.1929 bis 30.6.1930 2996,50 RM bei einem Gesamtetat von 20005,57 RM ausgegeben. Vgl. Hecker (1931): Rachitis. S. 92. Als Ergänzung zur offenen Fürsorge wurden rachitische Kinder auch bevorzugt für eine Erholungsfürsorge im Perlacher Forst berücksichtigt. Vgl. Hecker (1931): Rachitis. S. 89.

²⁴⁷ Vgl. Tätigkeitsbericht des Bezirksverbands München für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, E.V. für das Jahr 1929. StadtAM Vereine 178. S. 7

besser diagnostizieren zu können, die verschiedenen Ansichten der Münchner Fürsorgeärzte besser abzustimmen und vor allem in zu errichtenden Schwangerenfürsorgestellen²⁴⁸ prophylaktisch auf die Kinder und die Mütter einwirken zu können sowie deren Sorgsamkeit um das Kind zu erhöhen.²⁴⁹ Nachdem die offene Fürsorge breit dargestellt wurde, schließt sich als folgendes Kapitel die Säuglingsfürsorge in Form von stationären oder kombiniert offenen und geschlossenen Einrichtungen an.

²⁴⁸ Vgl. Kap. 5.

²⁴⁹ Hecker (1931): Rachitis. S. 91.

4.2 Die geschlossene Säuglingsfürsorge

Die geschlossene Fürsorge soll an dieser Stelle in Form einer Betrachtung einzelner Institutionen, deren Aufgaben und Besonderheiten beleuchtet werden.

4.2.1 Der Verein „Prinzessin Arnulphaus für Säuglinge e.V.“ als Verbindung zwischen offener und geschlossener Fürsorge

4.2.1.1 Historische Eckpunkte der Einrichtung

Das Säuglingsheim Prinzessin Arnulphaus an der Frühlingsstrasse 27 in München ging aus dem 1897 gegründeten, privaten Ambulatorium des Arztes Dr. Reinach hervor. Der spätere leitende Arzt des Säuglingsheims hatte diese Einrichtung anfangs für „arme, kranke Kinder“ eingerichtet.²⁵⁰ Es entwickelte sich während des Jahres 1908 eine stationäre Abteilung mit 16 Betten und der angeschlossenen Pflegerinnenschule.²⁵¹ Bereits seit 1904 hatte Dr. Reinach den Verein „Prinzessin Arnulphaus für Säuglinge“ gegründet, der ihm in der Führung der Geschäfte zur Seite stand.²⁵² Zu Beginn der Weimarer Republik hatte der Verein sowohl Bereiche der offenen als auch geschlossenen Fürsorge in der Institution an der Frühlingsstrasse vereint. Diese bestanden aus dem Säuglingsheim, der Milchküche, der Pflegerinnenschule sowie der angeschlossenen Säuglingsfürsorge- und Beratungsstelle für Kinder sozial bedürftiger Mütter.²⁵³ Den Vorsitz des Vereins und die Leitung des Pflegeheims hatte während der gesamten Weimarer Republik Dr. Reinach inne.²⁵⁴ Das Säuglingsheim wurde während der Jahre stetig erweitert. Es begann mit dem Ankauf des Nachbargrundstücks, Frühlingsstrasse 26, während des Jahres

²⁵⁰ Städtischer Nachrichtendienst, 29. November 1927, StadtAM Wohlfahrt 2045.

²⁵¹ Vgl. Prinzessin Arnulphaus für Säuglinge, Säuglingsheilanstalt und Pflegeheim für Säuglinge München, Frühlingsstraße 30/31, 1928–1933, StadtAM Vereine 178.

²⁵² Städtischer Nachrichtendienst, 29. November 1927, StadtAM Wohlfahrt 2045. Biographische Daten zu Dr. med. O. Reinach waren trotz Recherche nicht in Erfahrung zu bringen.

²⁵³ Vgl. Rechenschaftsbericht für das Jahr 1918 des Vereins „Prinzessin Arnulphaus für Säuglinge“ (E.V.) über die Tätigkeit von Säuglingsheim, Fürsorgestelle u. Milchküche. StadtAM Wohlfahrt Vereine 178. o.S.

²⁵⁴ Vgl. Prinzessin Arnulphaus für Säuglinge, Säuglingsheilanstalt und Pflegeheim für Säuglinge München, Frühlingsstraße 30/31, 1928–1933, StadtAM Vereine 178.

1920, der durch Frau Prinzessin, Witwe Arnulf von Bayern (1850–1938)²⁵⁵ finanziell unterstützt wurde.²⁵⁶

²⁵⁵ Therese Maria Josepha Martha von Bayern, geb. von und zu Liechtenstein, genannt Prinzessin Arnulf von Bayern. Sie heiratete am 12. April 1882 Prinz Arnulf von Bayern und wurde nach dessen Tod im Jahr 1907 Prinzessin, Witwe Arnulf von Bayern genannt.

²⁵⁶ Rechenschaftsbericht für das Jahr 1920 des Vereins „Prinzessin Arnulphaus für Säuglinge“ (E.V.) über die Tätigkeit von Säuglingsheim, Fürsorgestelle u. Milchküche. StadtAM Vereine 178. o.S.



Abb. 1: Stationäre Abteilung, 1920.

Der damals zurückgestellte Neubau konnte im Jahr 1927 ausgeführt werden, so dass dann 70 Zimmer für insgesamt 90 Kinder und 28 Schwestern zur Verfügung standen. Dieser Erweiterungsbau stellte damals eine Musteranstalt dar, wurde durch die Stadt München finanziell unterstützt und durch den Vorsitzenden des Vereins für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, Prof. Dr. Hecker, mit einem Einweihungsgeschenk gewürdigt.²⁵⁷ Diese bauliche Maß-

²⁵⁷ Vgl. Städtischer Nachrichtendienst, 29. November 1927, StadtAM Wohlfahrt 2045. Die finanzielle Unterstützung der Stadt, die durch Rechtsrat Hilble übermittelt wurde,

nahme ist ein weiterer Anhaltspunkt für die These, München als Vorreiter und Beispiel für andere Städte während der Weimarer Republik zu sehen. Die Bettenzahl von 90 blieb laut Bericht der Jahre 1928 bis 1933 konstant bestehen.²⁵⁸ Der Abbildung des Neubaus sind die Charakteristika der lichtdurchfluteten Abteilung sowie Überschaubarkeit durch Fenster zwischen den einzelnen Zimmern zu entnehmen.

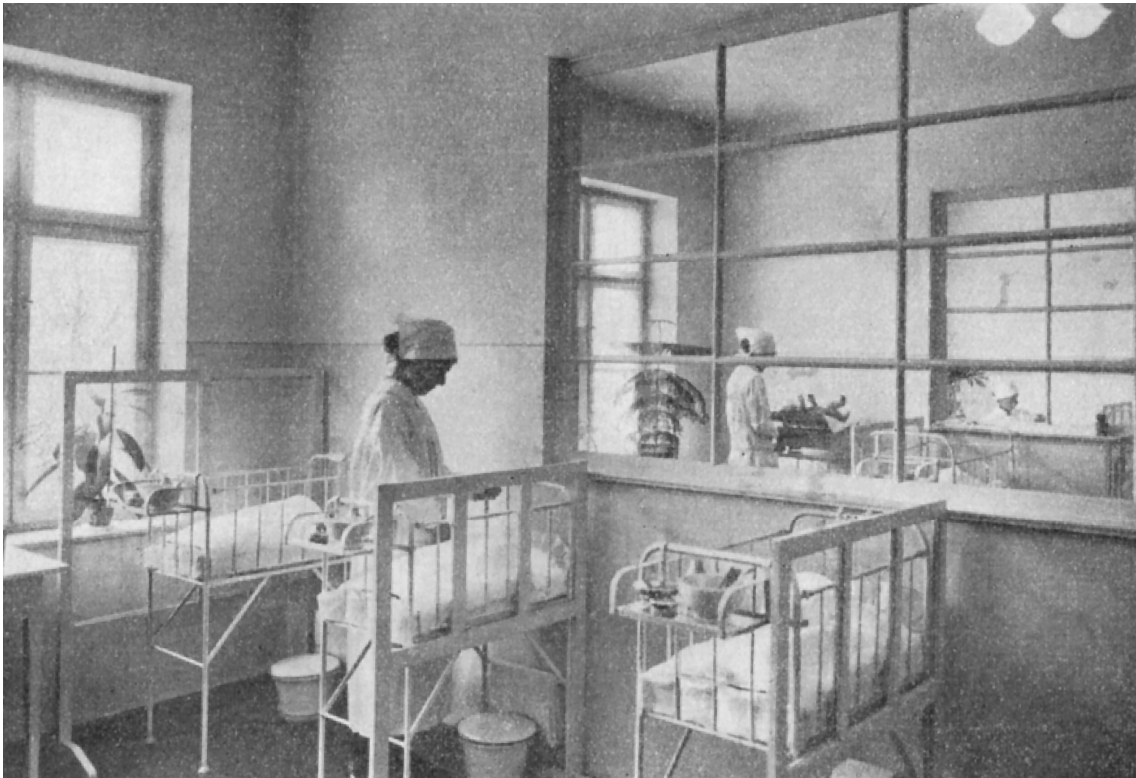


Abb. 2: Stationäre Abteilung, 1928-1933.

betrug 15000 RM. Prof. Hecker überreicht einen Korb Säuglingswäsche. Hieraus wird wiederum deutlich, dass die verschiedenen Institutionen der Münchner Säuglingsfürsorge eng miteinander verbunden waren und sich gegenseitig honorierten.

²⁵⁸ Prinzessin Arnulphaus für Säuglinge, Säuglingsheilanstalt und Pflegeheim für Säuglinge München, Frühlingsstraße 30/31, 1928–1933, StadtAM Vereine 178.

Die Betrachtung der Berichte des Vereins während der Weimarer Republik hat auch die Aufgaben und Ziele ergeben, die sich im Verlauf gewandelt haben und die im folgenden Kapitel eingehender erarbeitet werden sollen.

4.2.1.2 Zielsetzung und Aufgabe des Vereins und deren Verlagerung während der Weimarer Republik

In den ersten Jahren der Weimarer Republik war das Arbeitsgebiet des Vereines gegliedert in das Säuglingsheim, die Mütterabteilung für stillende Mütter, die Milchküche und die Säuglingsfürsorge- und Beratungsstelle. Michailoff erwähnt in ihrer Dissertation, dass der Verein neben der geschlossenen Fürsorge in Form des Säuglingsheims auch offene Fürsorge betreibe. Dies geschehe durch Beratungsstellen, Milchküchen, Ammenvermittlung, Pflegerinnenschule und Vortragskurse. Zusätzlich gebe der Verein aus seinem Depot Wäsche und Pflegematerial für bedürftige Säuglinge aus.²⁵⁹ Dr. Reinach berichtet von einer vielseitigen Lehrtätigkeit und der bereits in Kapitel 3.2.2 behandelten Pflegerinnenschule, die unter anderem Ausbildungskurse für die Frauenschule, Unterweisungskurse und Mutterschulkurse beinhaltet.²⁶⁰ Wie aus dem Jahresbericht des Jahres 1920 ersichtlich ist, blieb diese Aufteilung so bestehen. Die Fürsorge, Krankenversorgung und Lehrtätigkeit blieb unverändert umfangreich.²⁶¹ Im Laufe der Zeit änderten sich die Aufgaben sowohl bezüglich der aufgenommenen Säuglinge in der geschlossenen Fürsorge als auch in Hinblick auf die offene Fürsorge der Säuglingsfürsorgestelle. Im letzten Bericht der Jahre während der Weimarer Republik heißt es, dass die Fürsorgestelle zwar noch räumlich angegliedert sei und auch finanziell unterstützt werde, allerdings vom Bezirksverband München für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge betrieben und verwaltet

²⁵⁹ Vgl. Michailoff (1920): Säuglingsfürsorge. S. 82–83.

²⁶⁰ Vgl. Rechenschaftsbericht für das Jahr 1918 des Vereins „Prinzessin Arnulphaus für Säuglinge“ (E.V.) über die Tätigkeit von Säuglingsheim, Fürsorgestelle u. Milchküche. StadtAM Wohlfahrt Vereine 178. o.S.

²⁶¹ Rechenschaftsbericht für das Jahr 1920 des Vereins „Prinzessin Arnulphaus für Säuglinge“ (E.V.) über die Tätigkeit von Säuglingsheim, Fürsorgestelle u. Milchküche. StadtAM Vereine 178. o.S.

wird.²⁶² Dies stimmt mit den Aufzeichnungen des Bezirksverbands bereits ab dem Berichtsjahr 1927 überein.²⁶³ Insgesamt kann man zu dem Schluss kommen, dass der Kernpunkt der Aufgaben am Ende der Weimarer Republik auf dem Säuglingsheim und dessen Pflege von vorwiegend kranken Säuglingen und Frühgeburten der hilfsbedürftigen Bevölkerung lag.²⁶⁴

4.2.1.3 Die Milchküche als Schnittpunkt zwischen Säuglingsheim und Außenfürsorge



Abb. 3: Milchküche, 1920.

²⁶² Vgl. Prinzessin Arnulphaus für Säuglinge, Säuglingsheilanstalt und Pflegeheim für Säuglinge München, Frühlingsstraße 30/31, 1928–1933, StadtAM Vereine 178.

²⁶³ Woerner (o.J.): Tätigkeitsbericht 1927. S. 3.

²⁶⁴ Vgl. Prinzessin Arnulphaus für Säuglinge, Säuglingsheilanstalt und Pflegeheim für Säuglinge München, Frühlingsstraße 30/31, 1928–1933, StadtAM Vereine 178.

Die Milchküche des Vereines war während der Jahre 1918 bis 1927 in den Berichten verzeichnet. Es ist davon auszugehen, dass sie auch bis zum Jahr 1933 in Betrieb war, da im Bericht der Jahre 1928 bis 1933 von keiner Abschaffung oder Ausgliederung gesprochen wird und zudem im Säuglingsheim eine Ernährungsbehandlung mit künstlichen Heilnahrungen durchgeführt wurde, für die eine Milchküche unerlässlich war.²⁶⁵ Sie war im ersten Obergeschoss untergebracht und sowohl für die Außenfürsorge ausgelegt als auch für die Versorgung der Säuglingsstation verantwortlich.²⁶⁶ Es wurden im Jahr 1918 insgesamt 222808 Flaschen ausgegeben, bei einer Tagesration von sechs Flaschen pro Abnehmer für die Außenfürsorge. Insgesamt versorgte man 245 Kinder, davon 190 aus ehelichen Verhältnissen, 54 Kinder von unehelichen Eltern. Zudem wurde die Herkunft verzeichnet: 160 Kinder rechts der Isar und 85 Kinder links der Isar.²⁶⁷ Der Bericht des folgenden Jahres zeigt eine steigende Zahl der Tagesrationen. Der Verein gab 173292 Flaschen an die Bevölkerung ab und 62603 an die Kinder des Säuglingsheims. Daraus resultiert eine Gesamtabgabe von 235895 Flaschen.²⁶⁸ Im Berichtsjahr 1920 war die Flaschenmenge, bei bleibender Tagesration von sechs Flaschen, zurückgegangen. In der Außenfürsorge wurden 128610 Flaschen, für die Patienten des Säuglingsheims 48880 abgegeben. Das ergab eine Gesamtleistung von 177490 Flaschen.²⁶⁹ In der Zusammenschau der wenigen Quellen konnte zwar nicht geklärt werden, welche Voraussetzungen für die Abgabe nötig waren und welche Art der Milch hergestellt wurde. Aufgrund der abgegebenen Menge

²⁶⁵ Vgl. Rechenschaftsbericht für das Jahr 1918 des Vereins „Prinzessin Arnulphaus für Säuglinge“ (E.V.) über die Tätigkeit von Säuglingsheim, Fürsorgestelle u. Milchküche. StadtAM Wohlfahrt Vereine 178. o.S., Rechenschaftsbericht für das Jahr 1920 des Vereins „Prinzessin Arnulphaus für Säuglinge“ (E.V.) über die Tätigkeit von Säuglingsheim, Fürsorgestelle u. Milchküche. StadtAM Vereine 178. o.S. und Prinzessin Arnulphaus für Säuglinge, Säuglingsheilanstalt und Pflegeheim für Säuglinge München, Frühlingsstraße 30/31, 1928–1933, StadtAM Vereine 178. S. 1.

²⁶⁶ Vgl. Städtischer Nachrichtendienst, 29. November 1927, StadtAM Wohlfahrt 2045.

²⁶⁷ Rechenschaftsbericht für das Jahr 1918 des Vereins „Prinzessin Arnulphaus für Säuglinge“ (E.V.) über die Tätigkeit von Säuglingsheim, Fürsorgestelle u. Milchküche. StadtAM Wohlfahrt Vereine 178. o.S.

²⁶⁸ Jahresbericht 1919 des Säuglingsheim „Prinzessin Arnulphaus“ München, Frühlingsstrasse 27. StadtAM Wohlfahrt 2045.

²⁶⁹ Rechenschaftsbericht für das Jahr 1920 des Vereins „Prinzessin Arnulphaus für Säuglinge“ (E.V.) über die Tätigkeit von Säuglingsheim, Fürsorgestelle u. Milchküche. StadtAM Vereine 178. o.S.

ist zwar am ehesten von Kuhmilch und nur in wenigen Fällen von Ammenmilch auszugehen. Dies kann allerdings nicht anhand der Quellenlage belegt werden. Die hohe Zahl der Versorgten zeigt die Wichtigkeit der Milchküche sowohl für die Aufgaben der offenen Fürsorge in Form der Versorgung der notleidenden Kinder als auch für die diätetische Ernährung im Säuglingsheim „Prinzessin Arnulphaus“ selbst.

4.2.1.4 Das Säuglingsheim „Prinzessin Arnulphaus“ – eine Einrichtung sowohl für gesunde als auch für kranke Kinder mit angeschlossener Mütterabteilung

Das Säuglingsheim nahm sowohl kranke als auch gesunde Kinder, Frühgeburten und in der Mütterabteilung auch deren stillende Mütter auf. Im Bericht des Jahre 1918 waren bei 180 stationär aufgenommenen Kindern 33 Frühgeburten, 59 gesund, 34 ernährungskrank und weiterhin 34 anderweitig erkrankt. Es ergaben sich daraus 16124 Pflage tage, wobei die Zeitdauer des Aufenthalts der Kinder von einem Tag bis neun Monate variierte. Hinzu kamen 24 Mütter der Mütterabteilung, von deren Kindern 20 mit verpflegt wurden. Interessant ist noch zu erwähnen, dass 1918 33,9 % uneheliche Säuglinge waren.²⁷⁰ Ein Jahr später wurden 165 Kinder aufgenommen und versorgt, insgesamt mit 16336 Pflage tagen und zusätzlich 24 Mütter mit 2230 Pflage tagen samt 24 Kindern.²⁷¹ Für das Jahr 1920 wurde die Zahl der Kinder auf 197 gesteigert, die Belegung des Mütterheimes blieb mit 25 fast unverändert. Hierbei fiel aber bereits auf, dass von den 197 Kindern 109 als krank aufgenommen wurden und 31 Frühgeburten. Dies bedeutet eine Verschiebung der stationär behandelten Kinder zugunsten der erkrankten.²⁷² Im Bericht des Jahres 1927 heißt es, dass die beiden Abteilungen für gesunde und kranke Kinder

²⁷⁰ Rechenschaftsbericht für das Jahr 1918 des Vereins „Prinzessin Arnulphaus für Säuglinge“ (E.V.) über die Tätigkeit von Säuglingsheim, Fürsorgestelle u. Milchküche. StadtAM Wohlfahrt Vereine 178. o.S.

²⁷¹ Jahresbericht 1919 des Säuglingsheim „Prinzessin Arnulphaus“ München, Frühlingsstrasse 27. StadtAM Wohlfahrt 2045. o.S.

²⁷² Rechenschaftsbericht für das Jahr 1920 des Vereins „Prinzessin Arnulphaus für Säuglinge“ (E.V.) über die Tätigkeit von Säuglingsheim, Fürsorgestelle u. Milchküche. StadtAM Vereine 178. o.S.

vollständig räumlich voneinander getrennt sind.²⁷³ Es standen 90 Betten für gesunde als auch kranke Kinder im Alter bis zu zwei Jahren zur Verfügung.²⁷⁴ In den Jahren 1928 bis 1933 wurde die Anzahl der behandelten Kinder kontinuierlich gesteigert. Während des Jahres 1928 kamen 284 Kinder zur stationären Behandlung, 1933 341. Eine Spitze von 362 erreichte man während des Jahres 1932. Die Kriterien zur stationären Behandlung der Säuglinge hatten sich in den Jahren 1928 bis 1933 verändert.

*„So ist die Anstalt seit Jahren eine reine Heilanstalt und Pflegestätte für Säuglinge geworden [...]“*²⁷⁵

Sie wurde besonders von der in den umliegenden Stadtvierteln wohnenden hilfsbedürftigen Bevölkerung in Anspruch genommen wurde. Man nahm jetzt vorwiegend Frühgeburten, schwache und kranke Säuglinge auf, ausgenommen infektiöse Erkrankungen, die ähnlich der Handhabung im Säuglingsheim München an der Lachnerstrasse, in die Münchner Kinderkrankenhäuser überwiesen. Zudem beschränkte man sich fast vollkommen auf Kinder im Alter bis zu einem Jahr.²⁷⁶ Bei Michailoff heißt es, dass sowohl Kinder des ersten als auch eventuell des zweiten Lebensjahres aufgenommen wurden.²⁷⁷ Es sei an dieser Stelle ein kurzer Blick auf die einzelnen Erkrankungen geworfen. Während des Jahres 1928 kamen insgesamt 284 zur stationären Behandlung. Davon waren 75 gesund, 28 schwächlich und besonders pflegebedürftig, 77 litten an Ernährungsstörungen und 54 waren als Frühgeburten zur Welt gekommen. Daneben stellten sich einige Kinder mit Erkrankungen der Atemwege sowie vereinzelt grippalen und sonstigen Infektionen, dermatologischen, neurologischen Krankheitsbildern und Fehlbildungen vor.²⁷⁸ Die Zahlen der folgenden Jahre 1929 bis 1933 zeigen dieselben Tendenzen. Weiterhin stellten die gesunden, pflegebedürftigen, ernährungsgestörten Kinder und die Frühgeburten den größten Anteil dar. Hinzu kamen verschiedenste Erkrankungen, wobei zu bemerken ist, dass während des

²⁷³ Vgl. Städtischer Nachrichtendienst, 29. November 1927, StadtAM Wohlfahrt 2045.

²⁷⁴ Anonymus (1929): Münchner Wohlfahrtspflege. S. 58.

²⁷⁵ Prinzessin Arnulphaus für Säuglinge, Säuglingsheilanstalt und Pflegeheim für Säuglinge München, Frühlingsstraße 30/31, 1928–1933, StadtAM Vereine 178. S. 1.

²⁷⁶ Vgl. a.a.O. S. 1

²⁷⁷ Michailoff (1920): Säuglingsfürsorge. S. 82.

²⁷⁸ Prinzessin Arnulphaus für Säuglinge, Säuglingsheilanstalt und Pflegeheim für Säuglinge München, Frühlingsstraße 30/31, 1928–1933, StadtAM Vereine 178. S. 6.

Jahres 1933 die Erkrankungen der Atmungsorgane mit 46 von insgesamt 341 Kindern im Vergleich zu den Vorjahren zunahmen. Insgesamt fand sich bei 60 % der Kinder eine Rachitis bei Aufnahme während der Jahre 1928 bis 1933.²⁷⁹ Wie bereits vorher erwähnt, wandelte sich die Indikation zur stationären Behandlung von sowohl gesunden als auch kranken Säuglingen hin zu einer vermehrten Aufnahme von erkrankten. Dies lässt sich auch durch die Statistik der Berichte belegen. 1928 war der Anteil der gesunden Säuglinge 26,4 %, 1929 32,1 %, 1930 31,7 %, 1931 22,6 %, 1932 sank er auf 20,4 % und blieb auf dem Niveau von 20,5 % im Jahr 1933.²⁸⁰ Es stellt sich die Frage, wie und in welcher Umgebung die Säuglinge versorgt wurden. Aufgrund der Aufzeichnungen des Jahres 1927 und des Berichts 1928 bis 1933 lässt sich diese Frage eingehender beantworten. Das Säuglingsheim bot in der Regel Vierbettzimmer an, aber bei schwer erkrankten Säuglingen auch Einzelpflege. Es gab fließendes warmes und kaltes Wasser und in jedem Raum elektrisches Licht. Das gesamte Haus war mit Zentralheizung, Elektrizität und Gas ausgestattet. Zur umfassenden Versorgung standen zwei Zimmer zur Höhensonnentherapie, ein Operationszimmer, ein Labor mit Mikroskopierraum zur Diagnostik zur Verfügung. Hinzu kamen eine abgesonderte Quarantäne-station und vier Räume für katarrhalische und bronchitische Patienten oder Säuglinge mit Ohrenerkrankungen.²⁸¹ Das Säuglingsheim war nach dem damaligen Standard „[...] neuzeitlich hygienisch und blitzsauber eingerichtet, verfügt über reichlich Licht und Sonne in den Zimmern.“²⁸² Reinach fasst die Grundsätze der Behandlung im Bericht der Jahre 1928 bis 1933 nochmals wie folgt zusammen:

„Dauernde ärztliche Überwachung bei Tag und Nacht, Absonderungsräume mit eigenem Pflegebetrieb, genügend Räume für Einzelpflege Schwerkranker, reichliche Gelegenheit zur Freiluftbehandlung, Brusternährung in hinreichender Menge, Ernährungsbehandlung mit einfachsten künstlichen Heilnahrungen, Anwendung künstlicher Höhensonne, mildes Wasserheilverfahren, sparsamer Gebrauch erprobter Medikamente und

²⁷⁹ A.a.O. S. 7–11.

²⁸⁰ Prinzessin Arnulphaus für Säuglinge, Säuglingsheilanstalt und Pflegeheim für Säuglinge München, Frühlingsstraße 30/31, 1928-1933, StadtAM Vereine 178. S. 5–11.

²⁸¹ Städtischer Nachrichtendienst, 29. November 1927, StadtAM Wohlfahrt 2045.

²⁸² Städtischer Nachrichtendienst, 29. November 1927, StadtAM Wohlfahrt 2045.

*serologischer Methoden, fortlaufende Führung von Krankengeschichten, Fieber- und Ernährungskurven, Röntgendiagnostik.*²⁸³

Das Zitat lässt den Schluss zu, dass diese für heutige Verhältnisse sehr modern klingenden Richtlinien zur Säuglingsbehandlung eine individuelle, zumeist Muttermilchernährung, eine genaue Beobachtung, Diagnostik, Pflege und abschließend eine Freiluftbehandlung in den Mittelpunkt der Therapie stellen. Hiermit wird eine Parallele aufgezeigt, die auch im folgenden Kapitel über das Säuglingsheim München e.V. breiten Raum einnimmt und detailliert betrachtet werden soll.

4.2.2 Das Säuglingsheim des Säuglingsheim München e.V. an der Lachnerstrasse – eine Institution für „kränkliche und schwächliche Säuglinge“²⁸⁴

4.2.2.1 Die Entwicklung des Säuglingsheims seit seiner Gründung

Der Anfang des Säuglingsheims ging von Bemühungen der Münchner Kinderärzte als auch von den Bayerischen Schwestern vom Blauen Kreuz unter ihrer Oberin Ottilie Ley aus. Bereits 1901 wurde der Verein „Kinderschutz“ auf Anregung des Kinderarztes Dr. med. Georg Hirth gegründet. Dieser Verein sollte sich der verwaorlosten und misshandelten Kinder annehmen.²⁸⁵ Der Chefarzt der Universitäts-Poliklinik, Prof. Dr. Carl Seitz, und dessen Assistenzärzte Dr. Otto Rommel und Dr. Joseph [Josef] Meier unterstützten den Verein.²⁸⁶ Die Schwestern vom Blauen Kreuz hatten im Herbst 1903 in ihrem Schwesternheim an der Metzstraße in Haidhausen bereits aufgrund ihrer täglichen Erfahrungen in der Familienfürsorge eine größere Kinderkoststelle eingerichtet, die allerdings noch nicht als Säuglingsheim angesehen werden konnte. Nachdem sich die vorher genannten Ärzte mit der Oberin Ottilie Ley über die gemeinsamen Zielsetzungen geeinigt hatten und die räumlichen Gegebenheiten in der Metzstrasse für ein Säuglingsheim gegeben waren,

²⁸³ Prinzessin Arnulphaus für Säuglinge, Säuglingsheilanstalt und Pflegeheim für Säuglinge München, Frühlingsstraße 30/31, 1928–1933, StadtAM Vereine 178. S. 2.

²⁸⁴ Anonymus (1929): Münchner Wohlfahrtspflege. S. 58.

²⁸⁵ Meier (o.J.): Geschichte. S. 7. Biographische Daten zu Dr. med. Georg Hirth waren leider nicht zu finden.

²⁸⁶ Stehr (o.J.): Kinderheilkunde. S. 51.

wurde diese Kinderpflegestelle zu einem Säuglingsheim ausgebaut und stellte die erste derartige Einrichtung in Süddeutschland dar.²⁸⁷ Sowohl die Ärzte als auch die Schwestern betrieben das Heim unentgeltlich.²⁸⁸ Wenn auch unter schwierigen Umständen, also ohne fließendes Wasser, mit Petroleumlampen und Ofenheizung, wurde von Anfang an auf eine qualitativ einwandfreie Pflege der Säuglinge nach den Prinzipien von Heubner und Schloßmann geachtet.²⁸⁹ Diese Prinzipien waren benannt nach Prof. Dr. med. Otto Heubner (1843–1926) und Prof. Dr. med. Arthur Schloßmann (1867–1932). Beide gehörten zur Gründergeneration der Gesellschaft für Kinderheilkunde und waren sogenannte „Wissenschaftliche Wegbereiter der Kinderheilkunde“.²⁹⁰ Um auch eine finanzielle Grundlage für das Säuglingsheim zu schaffen und das vom Verein Kinderschutz gesammelte Geld der Einrichtung zuzuführen, wurde am 8. Dezember 1903 der Verein Säuglingsheim München gegründet. Wie angesehen und wichtig die Aufgabe dieses neuen Vereins war, wurde durch die vielen Besuche von Ärzten aus Europa, Honoratioren aus anderen deutschen Städten und nicht zuletzt die Auszeichnung eines Besuchs der deutschen Kaiserin 1906 bestätigt.²⁹¹ Der Verein erhielt finanzielle Unterstützung durch die Stadt München, die auch zwei Stadtratsmitglieder in den Verwaltungsausschuss des Vereins entsandte. Das Protektorat übernahm Prinzessin Rupprecht von Bayern (1878–1912).²⁹² Die Leitung übernahmen die vorher erwähnten Dr. Otto Rommel und Dr. Joseph Meier. Aufgrund deren Bemühungen um die offene Fürsorge wurden dem Säuglingsheim im ersten Jahr seiner Gründung eine Säuglingsberatungsstelle, die erste

²⁸⁷ Meier (o.J.): Geschichte. S. 10.

²⁸⁸ Meier (o.J.): Geschichte. S. 8.

²⁸⁹ Meier (o.J.): Geschichte. S. 8.

²⁹⁰ Vgl. Seidler (2008): Kinderheilkunde. S. 21–24.

Mit den Prinzipien Heubner und Schloßmann ist eine Pflege der Säuglinge nach damals modernsten wissenschaftlichen Erkenntnissen der jungen Pädiatrie und der von Schloßmann und Heubner erforschten Ernährungslehre gemeint. Diese war besonders geprägt von einer, im Vergleich zu anderen Lehrmeinungen, erhöhten täglichen Kalorienzufuhr. Vgl. hierzu wesentliche Publikationen der beiden: Schloßmann (1907): Pflege, Heubner (1911): Lehrbuch, Heubner (1897): Säuglingsernährung und Morse (1904): Infants. S. 463–477.

²⁹¹ Meier (o.J.): Geschichte. S. 10.

²⁹² Meier (o.J.): Geschichte. S. 11. Herzogin Maria Gabriele in Bayern, genannt Prinzessin Rupprecht von Bayern. Sie war die Tochter von Herzog Carl Theodor in Bayern und seiner zweiten Frau Maria José von Portugal. Am 10. Juli 1900 heiratete sie den Kronprinzen Rupprecht von Bayern.

Säuglingsmilchküche nicht nur in München sondern in ganz Bayern und die erste bayerische Säuglings- und Kleinkinderpflegerinnenschule angegliedert.²⁹³

Die Räumlichkeiten in der Metzstraße konnten trotz Anmietung weiterer Wohnungen den Ansprüchen bereits wenige Jahre nach der Gründung nicht mehr genügen. Nach einer Spende im Jahr 1906 konnte man mit den Planungen für einen Neubau beginnen und fand im Jahr 1907 an der Lachnerstraße den geeigneten Standort.

„Da bisher noch an keinem Orte für ein Säuglingsheim ein Neubau errichtet worden war, musste der neuerstehende Anstaltsbau für künftige solche Bauten ein richtunggebender Typ werden.“²⁹⁴

Dieses Bestreben wurde mit der Eröffnung des Säuglingsheims im Frühjahr 1909 in die Tat umgesetzt. Dort standen 75 Betten zur Verfügung, die allerdings 1913 durch den Anbau von Schwesternwohnungen und dadurch frei werdenden Räume auf 110 erhöht werden konnte.²⁹⁵ Das neue Säuglingsheim an der Lachnerstraße erregte durch seine Neuerungen wie Zwei- und Einbettzimmer und die Glasfenster zwischen den einzelnen Kinderzimmern national und international großes Aufsehen.²⁹⁶

²⁹³ Meier (o.J.): Geschichte. S. 11 und Gmelin (2002): Lachnerklinik. S. 16.

²⁹⁴ Meier (o.J.): Geschichte. S. 12.

²⁹⁵ Meier (o.J.): Geschichte. S. 13.

²⁹⁶ Stehr (o.J.): Kinderheilkunde. S. 58.



Abb. 4: Säuglingsstation mit Dr. Rommel, 1. Stock.

Im Jahr 1910 teilten sich die Schwestern vom Blauen Kreuz und es verblieben 12, die sich unter der Oberin Ottilie Ley ab jetzt Schwestern des Säuglingsheims e.V. nannten.²⁹⁷ Im Jahr 1926 wurde auf Bitte des Vorstandes der Verein in eine Wohltätigkeitsstiftung unter Aufsicht des Ministeriums umgewandelt. Der Verein blieb als förderndes Element bestehen.²⁹⁸ Das Säuglingsheim München an der Lachnerstrasse wurde im Jahr 1939 zum Säuglingskrankenhaus ernannt, nachdem im selben Jahr die Stiftung „Säuglingsheim München e.V.“ von der Organisation „Mutter und Kind“, die der NSDAP nahe stand, zwangsweise übernommen wurde. Gleichzeitig entließ man alle Benediktus-Schwestern und übergab die Aufgaben der Säuglingspflege an Rotkreuzschwestern.²⁹⁹ Nach schweren Zerstörungen durch Bombenangriffe während der Jahre 1943 und 1945 kehrte ein Teil der Benediktusschwestern im Jahr 1946 zurück und nahm den Betrieb wieder auf.

²⁹⁷ Stehr (o.J.): Kinderheilkunde. S. 58.

²⁹⁸ Meier (o.J.): Geschichte. S. 14.

²⁹⁹ Vgl. Gmelin (2002): Lachnerklinik. S. 26–27.

Die Kinderklinik blieb nach dem Wiederaufbau bis zum Jahr 2002 in der Lachnerstraße bestehen.³⁰⁰ Heute befindet sie sich als Neubau angebunden an das Krankenhaus des Dritten Ordens in Nymphenburg.³⁰¹

4.2.2.2 Die individualisierte Ernährung der Säuglinge, Heilnahrungen und deren Verwendung nach krankheitsspezifischen Gesichtspunkten im Spiegel der medizinischen Lehrmeinungen

„Die Ernährung ist [...] für die Erfolge eines Säuglingsheims von ausschlaggebender Bedeutung.“³⁰²

Die Säuglingsernährung bildete damals den wichtigsten Grundstein für eine gute Entwicklung der Patienten. Die angewandten Rezepte, die in der Milchküche des Säuglingsheims München hergestellt wurden, sind im Jahresbericht von 1903 bis 1928 erhalten und bilden die Grundlage für den Vergleich mit einigen Standpunkten der damaligen Fachliteratur.³⁰³ Die Betrachtung soll die Auseinandersetzung, den Dialog und gegenseitigen Einfluss zwischen den verschiedenen medizinischen Meinungen auf dem Gebiet der Säuglings- und Frühgeborenenernährung zum Inhalt haben. Eine Betrachtung mit diesem Ziel ist von großem Interesse, weil eine Auseinandersetzung der Ärzte des Säuglingsheims mit den verschiedenen Lehrmeinungen aus folgendem Zitat hervorgeht:

„Die ärztliche Leitung hat daher alle Fortschritte auf diesem Gebiete geprüft und die sich bewährenden neueren Ernährungsmethoden zueigen gemacht.“³⁰⁴

Grundsätzlich hat man dabei zwischen natürlicher, also dem Stillen der Säuglinge mit Mutter- oder Ammenmilch, und künstlicher Ernährung unterschieden. Künstliche Ernährung entsprach im damaligen Sprachgebrauch jegliche Säuglingsnahrung, die nicht aus reiner Muttermilch bestand. Anhand

³⁰⁰ Vgl. Gmelin (2002): Lachnerklinik. S. 28–34.

³⁰¹ Gmelin (2002): Lachnerklinik. S. 55.

³⁰² Rommel (o.J.): Ärztlicher Bericht. S. 40.

³⁰³ Vgl. Rommel (o.J.): Ärztlicher Bericht. S. 42–47. Die Fachliteratur wurde nach folgenden Kriterien ausgewählt: Entweder ist eine Verbindung der jeweiligen Autoren aufgrund ihrer Tätigkeit in den Münchner Vereinen und Fürsorgeorganisationen mit den Ärzten des Säuglingsheims sehr stark anzunehmen oder die Schriften wurden in damals bekannten Lehrbüchern publiziert.

³⁰⁴ Rommel (o.J.): Ärztlicher Bericht. S. 40.

dieser Einteilung befasst sich das folgende Kapitel mit dem Stillen und der Ernährung mit Frauenmilch.

Medizinische Beurteilung des Stillens als natürliche Ernährung für die Entwicklung des Säuglings

Die Versorgung der Neugeborenen und Säuglinge in geschlossenen Anstalten mit Muttermilch wurde durch die Mütter selbst oder durch Hausammen gewährleistet, die mehrere Kinder anlegten. Durch Verbesserung der künstlichen Ernährung konnte im Säuglingsheim München die Ammenzahl zwar verringert werden, aber die Muttermilch bildete weiterhin die beste und grundlegende Ernährungsform.³⁰⁵ Diese Meinung über natürliche Ernährung spiegelt sich auch in der Literatur wider. Prof. Dr. med. Josef Husler (1885-1976), während der Weimarer Republik Professor für Kinderheilkunde an der Ludwig-Maximilians-Universität München, schreibt hierzu, dass *„das Wohlergehen jedes normalen neugeborenen Kindes zunächst davon abhängt, ob es ausreichend an der Mutterbrust gestillt wird.“*³⁰⁶

Gegenüber der künstlichen Ernährung sieht er die Muttermilch als weit überlegen an und da es ein Naturgesetz sei, dürfe sich an der Notwendigkeit des Stillens nichts ändern.³⁰⁷ In seinem Vortrag sieht er die stark sinkende Säuglingssterblichkeit in Korrelation zu Gebieten, in denen vermehrt gestillt wird und weist auf eine deutlich schlechtere Infektionsabwehr bei künstlicher Ernährung hin.³⁰⁸ Er vertritt deshalb die Ansicht, man müsse immer versuchen selbst sehr schwer kranke Kinder mit mindestens Zwiemilchernährung³⁰⁹ zu therapieren³¹⁰, da „[...] künstliche Ernährung [...] immer nur ein Ersatz [...]“

³⁰⁵ Vgl. Rommel (o.J.): Ärztlicher Bericht. S. 40.

³⁰⁶ Husler (1928): Säuglingsernährung. S. 21. Dieser Vortrag wurde auf einer Tagung des Landesverbands für Mutterschafts-, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge in Neustadt a. H. gehalten. Prof. Dr. med. Josef Husler war ab 1924 Professor für Kinderheilkunde an der LMU München. Er wurde 1945 durch die Militärregierung entlassen. Vgl. UAM E-II-N. Sein Artikel wurde ausgewählt, weil er während der Weimarer Republik in München tätig war.

³⁰⁷ Vgl. Husler (1928): Säuglingsernährung. S. 22.

³⁰⁸ Vgl. Husler (1928): Säuglingsernährung. S. 22.

³⁰⁹ Es ist anzunehmen, dass bei dieser Ernährung eine Hälfte aus Muttermilch bestand.

³¹⁰ Vgl. Husler (1928): Säuglingsernährung. S. 23. Zwiemilch besteht zu einem Teil aus Muttermilch und zum anderen Teil aus künstlicher Ernährung. Er hebt hervor, dass selbst in dieser Form die Muttermilch immer noch der reinen „Heilnahrung“, folglich künstlicher Flaschenernährung, überlegen sei.

bleibt. Das Stillen wird auch bei Meyer und Nassau als „vornehmste Pflicht“³¹¹ der Mütter genannt. Deshalb war es vorwiegend die Aufgabe des Arztes, die Mütter zum Stillen zu animieren und den Erfolg dieser Ernährung durch regelmäßige Gewichtskontrolle der Säuglinge festzustellen.³¹² An dieser Stelle soll auch auf die staatlichen Bemühungen bezüglich des Stillens hingewiesen werden, auf die im Kapitel 6.2 zum Thema der Wochenfürsorge genauer eingegangen wird.

In der Zusammenschau der verschiedenen Autoren kristallisierte sich deutlich die im Säuglingsheim vertretene Meinung heraus, dass nach Möglichkeit die Muttermilchernährung bei Säuglingen zu bevorzugen ist. Im Wesentlichen können die Vorteile einer Ernährung mit Muttermilch durch folgende drei Aspekte zusammengefasst werden. Sowohl bei Husler als auch bei Pfaundler findet sich die Begründung, dass Stillen erstens eine von Natur gegebene Notwendigkeit ist, sich zweitens eine Korrelation zwischen Stillen und reduzierter Säuglingssterblichkeit als auch drittens eine geringere Infektionsrate bei gestillten Säuglingen findet. Die herangezogene Fachliteratur propagierte den Müttern ausnahmslos zu stillen und wurde auch von staatlicher Seite stark unterstützt, da bei der vorliegenden niedrigen Geburtenziffer eine niedrigere Säuglingssterblichkeit und insbesondere ein gesundes Aufwachsen des Kindes durch das Stillen von staatlichem Interesse war. Wenn auch bei der natürlichen Säuglingsernährung breite Meinungs-gleichheit herrschte, wurde die Anwendung der künstlichen Ernährung sehr unterschiedlich bewertet.

³¹¹ Meyer, Nassau (1930): Säuglingsernährung. S. 5. Prof. Dr. Ludwig Meyer war Facharzt der Kinderheilkunde, dirigierender Arzt am Waisenhaus und Kinderasyl der Stadt Berlin. Er verfasste mit Dr. Erich Nassau, der leitender Arzt der Kurstätte für rachitische Kinder der Stadt Berlin war, das zitierte Werk. Dieses Lehrbuch von Berliner Pädiatern wurde als Ergänzung zu den vorwiegend in München tätigen übrigen Autoren ausgewählt.

³¹² Vgl. Meyer, Nassau (1930): Säuglingsernährung. S. 66–67.

Die Verwendung von Normalnahrung sowie Therapie von Ernährungsstörungen durch Heilnahrungen des Säuglingsheim München im Vergleich zu Empfehlungen ausgewählter medizinischer Lehrmeinungen

Die künstliche Ernährung gliederte sich im Säuglingsheim München in Normalnahrung, die allen Säuglingen zur Ernährung gegeben werden konnte, und Heilnahrungen, die speziell aufgrund einer Diagnose angewandt wurden. Unabhängig davon hat man im Säuglingsheim grundlegende Leitideen der Ernährung verfolgt, die hier kurz erläutert werden sollen. Man brach mit dem System der „Minimalernährung“. Wie sich in der Gesamtschau der Literatur herausstellt, verstand man unter Minimalernährung eine Kalorienzufuhr unterhalb des täglichen Bedarfes. Man ließ im Säuglingsheim, entgegen der damaligen Lehrmeinung, den Säuglingen eine wesentlich höhere Kalorienzahl pro Tag zukommen.³¹³ Die Ärzte entschlossen sich, keine Vollmilch zu geben, aber auch nicht unter Verdünnungen der Halbmilchernährung³¹⁴ zu gehen. Es kam dafür pasteurisierte Milch mit einem Fettgehalt von 3 % vom Gut Rieden zur Verwendung.³¹⁵ Bei der Beobachtung des Erfolges der Ernährung fiel auf, dass die Zugabe von mehreren Kohlenhydraten sich positiv auswirkte. Der grobe Kostaufbau im Säuglingsheim München war durch die tägliche Mengen an Milch bis zu einem 3/4 Liter begrenzt, ab dem dritten Monat wurden Fruchtsäfte ergänzt und ab dem fünften bis sechsten Monat auch Gemüse.³¹⁶ Diese Grundideen finden sich auch bei mehreren anderen Autoren wieder. Hecker stellte fest, dass „[...] der Nahrungsverbrauch beim Säugling am

³¹³ Vgl. Rommel (o.J.): Ärztlicher Bericht. S. 40–41.

³¹⁴ Das entsprach einem Mischungsverhältnis von Milch zu Wasser von 1:1.

³¹⁵ Husler, Blühdorn und Völckers sahen im Pasteurisieren der verwendeten Milch einen Nachteil, da sie dadurch den Bedingungen der Säuglingsernährung durch Änderung ihrer Beschaffenheit nicht mehr entspricht. Trotzdem musste die Milch wegen des Vorteils der längeren Haltbarkeit pasteurisiert werden. Leider sind keine Informationen aus dem Säuglingsheim München erhalten, warum man sich für pasteurisierte Milch entschieden hat. Die Frage der Milchbeschaffenheit, des Fettgehalts, der Sterilisation, der Zusätze und auch von welchem Tier, wurde breit in der Literatur diskutiert. Da an dieser Stelle nicht näher darauf eingegangen werden kann, möchte ich auf die ausgewählte Literatur hinweisen. Vgl. Husler (1928): Säuglingsernährung. S. 23–28 und Blühdorn, Völckers (1926): Säuglingskrankheiten. S. 191.

³¹⁶ Vgl. Rommel (o.J.): Ärztlicher Bericht. S. 41.

größten [...]“³¹⁷ sei. Sein Ernährungskonzept richtete sich nach diesem erhöhten Kalorienbedarf und stand der Lehrmeinung anderer Kinderanstalten entgegen, wie folgendes Zitat von Pfaundler zeigt.

*„Bis vor kurzem steuerte man lieber nach ersterem Kurse und ging vielfach über die von den bisher Genannten gewählte Verdünnung, nämlich Drittmilch, noch hinaus zu obbesagten ‚Hungermischungen‘.“*³¹⁸

Diese höheren Milchverdünnungen wurden insgesamt als überholt und nachteilig bewertet.³¹⁹ Ein weiterer Bestandteil der Säuglingsernährung im Säuglingsheim München war die Zufütterung mit Säften und Gemüse. Husler äußert sich in Bezug auf die Beikost von Säften ab dem dritten Monat und Gemüse ab dem fünften Monat wie folgt.

*„Alle vorzeitigen Ernährungsexperimente mit Beikost sind nicht nur überflüssig, sondern oft auch schädlich, führen zu Darmschädigungen. [...] Solche Termine sind zweifellos verfrüht.“*³²⁰

Diese Ablehnung teilten die Ärzte des Säuglingsheims München nicht. Man begründete die frühe Einführung der Beikost damit, dass die Rachitisfälle seitdem weniger und abgemildert auftraten.³²¹ Allgemein wurde im Säuglingsheim, wie bereits angeklungen ist, das „individualisierende Nährrezept“³²² angewandt. Dies bedeutet, dass man zwar versucht hat, die Ernährung zu vereinfachen, aber dafür nicht ein starres Schema einhielt. Es wurde im Gegenteil auf jedes Kind ein individueller Ernährungsplan angewandt.³²³ Nach dieser Betrachtung der allgemeinen Anwendungen der künstlichen Ernährung befasst sich der folgende Abschnitt mit den sogenannten Normalnahrungen. Entgegen der Heilnahrungen, die später

³¹⁷ Münchner Zeitung v. 21. März 1929. StadtAM ZA Mütter.

³¹⁸ Pfaundler (1924): Neugeborenenernährung S. 226. Diese Monographie erschien als Sonderausgabe aus „Döderlein: Handbuch der Geburtshilfe“. Ersterer Kurs bedeutet hier, dass man sich mit dem Mindestmaß an Ernährung und damit an Körpergewichtszunahme zufrieden gab. Prof. v. Pfaundler ist durch sein Wirken als Mitglied des Bezirksverbands bereits bekannt, weshalb eine Kenntnis seiner Schriften bei den Ärzten des Säuglingsheims stark anzunehmen ist und deshalb diese zum Vergleich ausgewählt wurden.

³¹⁹ Vgl. Pfaundler (1924): Neugeborenenernährung. S. 226–227.

³²⁰ Husler (1928): Säuglingsernährung. S. 30. Die Recherche der Fachliteratur ergab hierzu leider keine weitere Informationen oder schulmedizinische Richtlinien.

³²¹ Vgl. Rommel (o.J.): Ärztlicher Bericht. S. 41.

³²² Rommel (o.J.): Ärztlicher Bericht. S. 41.

³²³ Vgl. Rommel (o.J.): Ärztlicher Bericht. S. 41.

besprochen werden, wurden sie nicht anhand von Diagnosen verschrieben, sondern stellen die allgemein verwendete künstliche Ernährung dar. Dabei orientiert sich die Reihenfolge an der Ordnung des Jahresberichts 1903 bis 1928. Die Normalnahrungen unterteilen sich in vier wesentliche Rezepte, bestehend aus Milchmischungen mit Zucker, Mehlabkochungen, Breien und Buttermehlnahrung.³²⁴ Thematisch wird jedes einzelne Rezept kurz erläutert, um danach die jeweiligen Besonderheiten mit den Empfehlungen aus der Fachliteratur zu vergleichen.

Als erste Normalnahrung werden einfache Milchmischungen mit fünf bis sechs Prozent Zucker erläutert. Das Rezept auf der Basis von Schleim oder Wasser, dem am Ende Milch im Verhältnis 2:3, 1:1 oder 3:2 zugegeben wird, enthält als Zuckersatz Soxhlet-Nährzucker³²⁵ oder Stöltzner-Kinderzucker. Diese Zuckersorten wurden von Meyer und Nassau empfohlen, da sie gärunghemmend wirken und somit am besten geeignet seien. Wie im Säuglingsheim angewandt, empfahlen die Autoren die Zubereitung mit Schleim als Nahrung für Säuglinge, die älter als eine Woche sind.³²⁶ Bei Pfaundler heißt es zu diesem Rezept:

„Gezuckerte Schleimmilchen, nach diesen Grundsätzen hergestellt, zählen unzweifelhaft zu den Nahrungsformen, die von allen künstlichen mit die größte Erfolgswahrscheinlichkeit bei jüngsten Säuglingen bieten.“³²⁷

Als weitere Normalnahrung kamen im Säuglingsheim München Mehlabkochungen zum Einsatz. Dieses Rezept bereitete man mit Halbmilch oder Zweidrittelmilch zu, wobei entweder Mehl, Mondamin, Keks, Zwieback, Grieß oder Kufeke zugesetzt wurde.³²⁸ Besonders auf den Zusatz von Mehl soll hier näher eingegangen werden. Nachdem man um das Jahr 1905 noch den Milchzucker als am besten geeignet für die Säuglingsernährung einschätzte, änderte sich diese Meinung im Laufe der Zeit. Man erkannte empirisch den

³²⁴ Vgl. Rommel (o.J.): Ärztlicher Bericht. S. 42–43.

³²⁵ Dr. med. Franz von Soxhlet (1848–1926) war Chemiker und promovierte 1894 an der Technischen Universität München zum Doktor der Medizin. Sein Forschungsschwerpunkt war das Pasteurisieren von Milch und er entwickelte 1886 einen Apparat zur Sterilisation von Milch für Säuglingsnahrung. Zudem konnte er erstmals Lactose in der Milch nachweisen.

³²⁶ Vgl. Meyer, Nassau (1930): Säuglingsernährung. S. 102.

³²⁷ Pfaundler (1924): Neugeborenenernährung. S. 228. Er spricht sich ebenfalls für die Verwendung von Soxhlets Nährzucker aus, auch wenn dieser sehr teuer war.

³²⁸ Rommel (o.J.): Ärztlicher Bericht. S. 42.

Vorteil der Zugabe von mehreren Kohlenhydraten in Form von Mehlzusätzen und verließ völlig die Zugabe von Milchzucker.³²⁹ So spricht Pfaundler in seiner Monographie davon, die

„[...] praktische Erfahrung lasse Mehlzusatz nicht nur erlaubt, sondern wärmstens geraten erscheinen, und zwar auch schon bei jungen Säuglingen und in der Dauernahrung.“³³⁰

Als Nahrung der Wahl empfahl er deshalb eine „[...] mit mehreren und höheren Kohlenhydraten angereicherte Dünnmilch [...]“.³³¹ Ähnlich zu diesen Mehlabkochungen wurden auch Breie verfüttert. Da es sich hierbei um stärkere Zugabe von Mehl, Gries oder ähnlichem handelte und sie somit vom Aufbau den Mehlabkochungen sehr ähnlich sind, werden sie hier nicht näher behandelt. Es folgt die letzte der Normalnahrungen im Säuglingsheim, die Buttermehlnahrung. Sie wurde mit vier Prozent Butter, vier Prozent Mehl und fünf Prozent Zucker hergestellt und am Schluss mit Drittel-, Halb- oder Buttermilch gemischt. Diese Ernährung war sehr kohlenhydrat- und fettreich und somit wurde bei niedriger Nahrungsmenge eine hohe Kalorienaufnahme erreicht.³³² Aufgrund dieser Beschaffenheit der Ernährung riet Husler die Verordnung nur unter ärztlicher Aufsicht und sprach die Gefahr der übermäßigen Mast und einer Auslösung von Rachitis an.³³³ Ähnlich heißt es bei Blühdorn:

„Alle diese Nahrungsgemische sind nicht eigentlich für die Ernährung des gesunden Säuglings gedacht, sondern haben ihre wohlbegründeten Indikationen.“³³⁴

Er betont ebenfalls, dass es bei der Anwendung von Buttermehlnahrung als Normalnahrung eventuell zum Schaden, aber zumindest zur Mast käme, weshalb die Indikation dafür vor allem bei Frühgeborenen und bei schlechtem Wachstum zu stellen und als Voraussetzung eine gesunde Verdauung voraus-

³²⁹ Vgl. Pfaundler (1924): Neugeborenenernährung. S. 227–228.

³³⁰ Pfaundler (1924): Neugeborenenernährung. S. 228.

³³¹ Pfaundler (1924): Neugeborenenernährung. S. 233.

³³² Vgl. Blühdorn, Völckers (1924): Säuglingskrankheiten. S. 2 und Husler (1928): Säuglingsernährung. S. 29.

³³³ Husler (1928): Säuglingsernährung. S. 29.

³³⁴ Blühdorn, Völckers (1924): Säuglingskrankheiten. S. 2.

zusetzen sei.³³⁵ Somit ist die Verwendung der Buttermehlnahrung im Säuglingsheim als Normalnahrung zu diesen Meinungen konträr, auch wenn aus den erhaltenen Quellen nicht zu erschließen ist, ob genaue Indikationen für diese Normalnahrung angewandt wurden. Sehr differenziert beurteilt Prof. von Pfaundler die Ernährung von Säuglingen mit Fettmilchen, also die verschieden mögliche Anreicherung der Milch mit Fett. Er diskutiert die ablehnende Haltung einiger seiner Kollegen, aber weist auch auf die damals wieder vermehrte Verwendung solcher Nahrungsformen bei gesunden und kranken Säuglingen hin.³³⁶

Nach der Darstellung der einzelnen Formen der Normalnahrung beschäftigt sich der nächste Abschnitt mit den einzelnen Heilnahrungen³³⁷, wie sie im Säuglingsheim München eingesetzt wurden und vor welchem medizinischen Hintergrund sie standen.

Als erste Heilnahrung wird die Kellersche Malzsuppe genannt. Sie bestand aus Wasser, vier bis fünf Prozent Weizenmehl und Löfflunds Malzsuppenextrakt. Hierzu wurde am Ende Milch zugegeben. Die Malzsuppe wurde bei exsudativer Diathese und bei Milchnährschäden über dem dritten Lebensmonat angewandt.³³⁸ Die Heilanzeige im Säuglingsheim deckt sich mit den Empfehlungen von Prof. von Pfaundler, der eine Gabe von Milchmalzsuppen nicht in den ersten Lebenswochen empfiehlt und die Malzextrakte, trotz der

³³⁵ Vgl. Blühdorn, Völckers (1924): Säuglingskrankheiten. S. 2–3.

³³⁶ Vgl. Pfaundler (1924): Neugeborenenernährung. S. 229–231. Pfaundler äußert sich nicht eindeutig positiv oder negativ zur Anwendung der Buttermehlnahrung, sondern gibt nur an, dass Finkelstein rät, weitere Erfahrungen abzuwarten. Das dort angegebene Rezept für Buttermehlnahrung weicht von den Angaben im Säuglingsheim um ein Prozent ab.

³³⁷ Unter Heilanzeigen versteht man im heutigen Sprachgebrauch die Anwendung aufgrund der jeweiligen Diagnose. Im Vordergrund der Betrachtung soll nicht die Herstellung der Nahrung stehen, sondern ihre medizinische Wirkung, deren Einsatz und die Unterschiede oder Gemeinsamkeiten mit anderen Autoren.

³³⁸ Vgl. Rommel (o.J.): Ärztlicher Bericht. S. 43. Als exsudative Diathese bezeichnete man damals „entzündliche Erscheinungen auf Haut und Schleimhaut“. Meyer, Nassau (1930): Säuglingsernährung. S. 269. Im heutigen Sprachgebrauch handelt es sich wahrscheinlich um das atopische Ekzem, die Neurodermitis. Für weitere Informationen zur klinischen Symptomatik, vgl. Koletzko (2004): Kinderheilkunde. S. 284–285. Eine Erklärung des Begriffs der Milchnährschäden konnte bei der Recherche nicht gefunden werden. Es ist anzunehmen, dass es sich dabei um Ernährungsmängel bei Fütterung der Säuglinge mit Kuhmilch handelte.

hohen Kosten, dem Zucker für überlegen hält.³³⁹ Als zweite Heilnahrung gibt das Säuglingsheim München Buttermilch an. Diese wird durch Erwärmung von Milch bei 40°C, darauffolgend eine Säuerung von 24 bis 28 Stunden sowie Zugabe von fünf Prozent Zucker hergestellt und schließlich nach dem Passieren durch ein Sieb in Flaschen abgefüllt. Diese Ernährung wählte man bei exsudativen Kindern unter drei Monaten, als Zufütterung zur Muttermilch und besonders bei Frühgeburten.³⁴⁰ Die dadurch gewonnene Buttermilch konnte auch anstatt von Milch bei der Buttermehlnahrung verarbeitet werden.³⁴¹ Gerade diese Anwendung erwähnen auch Meyer und Nassau in ihrer Monographie.

„An Stelle der Milch-Wasser-Zuckermischung sollte daher in der Anstalt eine gezuckerte Buttermilch gewählt werden, zu der von der zweiten Lebenswoche an zunächst zu einzelnen Mahlzeiten, später zu allen Mahlzeiten eine dünne Mehlschwitze zur Komplettierung der Nahrung beigefügt wird.“³⁴²

Sie empfehlen diese Ernährung, weil sie antidiarrhöisch wirkt und so lange gegeben werden kann, bis sich aufgrund zunehmender Durchfälle der Allgemeinzustand soweit verschlechtert, dass man auf Frauenmilchernährung umstellen muss.³⁴³ Da im Säuglingsheim die Buttermilch nur als Zufütterung zur Frauenmilch verschrieben werden sollte, ist damit das Problem der zunehmenden Durchfälle umgangen. Einen weiteren Aspekt der Therapie mit Buttermilch erwähnen Blühdorn und Völckers. Sie gaben Buttermilch als Heildiät bei schwer abgezehrten Kindern, bevor sie zu fett- und kohlenhydratangereicherten Aufbaunahrungen übergingen. Frühestens nach einigen Tagen fingen sie mit der Zugabe von allmählich ansteigenden Mengen an Buttermehlschwitze an. Ebenfalls empfehlen sie Buttermilch wegen des leicht säuerlichen Geschmacks bei appetitlosen älteren Kindern.³⁴⁴ Die Buttermilch als Zufütterung zur Frauenmilch beschreibt auch Pfaundler. Er empfiehlt die ausschließliche Dauerernährung mit Buttermilch bei jüngeren

³³⁹ Vgl. Pfaundler (1924): Neugeborenenernährung. S. 228–229.

³⁴⁰ Vgl. Rommel (o.J.): Ärztlicher Bericht. S. 43–44.

³⁴¹ Rommel (o.J.): Ärztlicher Bericht. S. 43.

³⁴² Meyer, Nassau (1930): Säuglingsernährung. S. 103.

³⁴³ Vgl. Meyer, Nassau (1930): Säuglingsernährung. S. 103.

³⁴⁴ Vgl. Blühdorn, Völckers (1924): Säuglingskrankheiten. S. 3.

Säuglingen nicht, weist aber darauf hin, dass sie sich in der Kombination mit Frauenmilch bewährt. Das dort angegebene Rezept der Buttermilch ist etwas anders als im Säuglingsheim, nämlich ohne Erwärmung. Hierzu meint Pfaundler, dass die Buttermilch aufgrund ihrer Schwierigkeiten in der Herstellung nur als industriell gefertigtes Produkt für die Haushalte in Frage kommt.³⁴⁵ Zur Ernährung mit Buttermilch lässt sich abschließend sagen, dass die Heilanzeigen im Säuglingsheim München den Leitideen der Fachliteratur dadurch entspricht, dass sie nur bei Säuglingen unter drei Monaten angewandt wurde und ausschließlich als Zufütterung gedacht war. Der Aspekt der schwerabgezehrten Kinder wird im Bericht von Dr. Rommel nicht ausdrücklich erwähnt. Für die Darstellung der spezifischen Ernährung der Frühgeborenen soll auf Kapitel 4.2.2.3 verwiesen werden.

Das dritte Rezept des Säuglingsheims München befasst sich mit der Herstellung von Eiweißmilch. Die wesentlichen Komponenten stellen Milch, Simons Labessenz, Wasser, Buttermilch und drei bis sieben Prozent Zucker dar.³⁴⁶ Sie wurde als Therapeutikum bei sauren, dyspeptischen Stühlen und Mehl-nährschaden eingesetzt.³⁴⁷ An dieser Stelle sollen zwei Lehrmeinungen kurz dargestellt werden. Die Herstellung der Eiweißmilch, die bei Prof. von Pfaundler als Finkelstein-Meyersche Eiweißmilch bezeichnet wird, entspricht weitgehend dem Rezept des Säuglingsheims.³⁴⁸ Es werden dort zudem die Grundüberlegungen einer Ernährung mit Eiweißmilch erläutert. Man ging davon aus, dass Kuhmilchmolke das Darmepithel auf Dauer schädigt und Milchzucker und Fett zu Gärungen führen. Diese beiden Faktoren sah man als Teufelskreis, indem sie sich gegenseitig verstärken. Um dem entgegenzuwirken, suchte man nach einer kasein- und fettreichen, gleich-

³⁴⁵ Vgl. Pfaundler (1924): Neugeborenenernährung. S. 238–239. Für Details des Rezeptes nach Langstein-Meyer siehe dort. Wegen der einfacheren Herstellung empfiehlt er für den Haushaltsgebrauch die Herstellung einer gesäuerten Magermilch.

³⁴⁶ Rommel (o.J.): Ärztlicher Bericht. S. 44. Durch Simons Labessenz separiert sich Molke vom Kasein, wovon das Kasein weiter verarbeitet wird.

³⁴⁷ Rommel (o.J.): Ärztlicher Bericht. S. 44. Die Dyspepsie ist ein veralteter Begriff für eine leichte Verlaufsform des Brechdurchfalls beim Säugling. Vgl. Pschyrembel (2004): Klinisches Wörterbuch. S. 440. Ein Mehl-nährschaden tritt bei Säuglingen und Kleinkinder infolge von Milchersatz durch Mehlprodukte auf und manifestiert sich in einer Eiweißmangeldystrophie. Vgl. Pschyrembel (2004): Klinisches Wörterbuch. S. 1134.

³⁴⁸ Vgl. Pfaundler (1924): Neugeborenenernährung. S. 231.

zeitig molkearmen Kuhmilch, weil Kasein zu verminderter Gärung führt. Die wie oben hergestellte gesäuerte Milch nannte man deshalb Eiweißmilch und sah in ihr den Vorteil einer antidyspeptischen sowie antidiarrhoischen Wirkung. Aufgrund der zunehmenden Teuerung der Labessenz ging man in der Münchner Universitätskinderklinik aber dazu über, in Anlehnung an Finkelsteins Rezept, Eiweißmilch mit Calciumchloridlösung selbst herzustellen.³⁴⁹ Zu einem erhöhten Eiweißanteil in der Säuglingsnahrung äußern sich auch Prof. Meyer und Dr. Nassau. Man soll zwar auf Dauer den Eiweißbedarf nicht überschreiten, aus „therapeutischen Gründen kann eine solche einseitige Eiweißanreicherung gelegentlich dagegen erlaubt, ja sogar angezeigt sein.“³⁵⁰ Wie aus der Betrachtung zu erkennen ist, entspricht die Verwendung der Eiweißmilch bei dyspeptischen Durchfällen den Grundideen der Therapie mit Kasein. Aufgrund der fehlenden Quellen lassen sich bezüglich der Dauer der Behandlung mit Eiweißmilch und des Erfolgs bei Mehl Nährschaden keine Aussagen machen. Im Bericht der Jahre 1932–35 wird angegeben, dass die Eiweißmilch durch Milchsäurevollmilch bei chronischen Mehl Nährschäden älterer Atrophiker verdrängt wurde. Sie blieb aber bei akuten Mehl Nährschäden und sauren Dyspepsien weiterhin Mittel der Wahl.³⁵¹ Alle bisher besprochenen Heilnahrungen wurden in der Milchküche des Säuglingsheims München selbst hergestellt.³⁵²

Als letzte künstliche Ernährung wird im folgenden Abschnitt die Edelweiß-Trockenmilch behandelt, die als fertiges Pulver in der Milchküche verwendet wurde.³⁵³ Das Trockenmilchpulver konnte mit der jeweiligen Verdünnungsflüssigkeit, also entweder Wasser, Schleim oder Eichelkaffee angerührt und

³⁴⁹ Vgl. Pfaundler (1924): Neugeborenenernährung. S. 231–233. Neben der Eiweißmilch nach Finkelstein-Meyer werden an dieser Stelle auch noch andere Eiweißmilchen vorgestellt. Im Wesentlichen steht auch hier die Trennung des Kaseins und dessen Weiterverwendung im Vordergrund. Ähnlich zu den Eiweißmilchen und ebenfalls dort bei Prof. v. Pfaundler erwähnt, ist die Milch mit Plasmon. Sie wurde ebenfalls bei sauren Gärungsdyspepsien angewandt. Vgl. Rommel (o.J.): Ärztlicher Bericht. S. 45. Für eine detaillierte Betrachtung muss an dieser Stelle auf die oben erwähnte Quelle von Pfaundler verwiesen werden.

³⁵⁰ Meyer, Nassau (1930): Säuglingsernährung. S. 86.

³⁵¹ Vgl. Rommel (o.J.): Bericht 1932–35. S. 6.

³⁵² Rommel (o.J.): Ärztlicher Bericht. S. 41.

³⁵³ Vgl. Rommel, O.: Ärztlicher Bericht S. 44–45. Auf alle weiteren Rezepte des Säuglingsheims München wird nicht genauer eingegangen, weil sich bei der Recherche keine dazu vergleichbare Literatur gefunden hat.

mit Zucker versetzt werden. Die Trockenmilch fand Anwendung bei leichten Dyspepsien oder wenn gute Frischmilch nicht zu beschaffen war sowie auf Reisen.³⁵⁴ Zu diesem Thema äußern sich Prof. Völckers und Dr. Blühdorn in ihrem Aufsatz:

*„Dass danach eine aus bestem Rohmaterial unter Schonung der Vitamine gewonnene Trockenmilch gewöhnlicher Marktmilch gegenüber mannigfache Vorzüge bieten wird, ist einleuchtend. Doch wird für oder gegen ihre Benutzung wohl oft die Preisfrage eine Rolle spielen. Czerny und Finkelstein treten auf Grund ihrer Erfahrungen mit der Edelweißmilch der Milchwerke in Kempten warm für diese ein; auch wir sahen im Göttinger Säuglingsheim bei alleiniger Anwendung gedeihliche Entwicklung der damit ernährten Säuglinge.“*³⁵⁵

Im Gesamtüberblick der von Dr. Rommel geschilderten Säuglingsernährung ergibt sich das Bild, dass die Vorgehensweise im Säuglingsheim bei der natürlichen Ernährung konform mit der damaligen Lehrmeinung geht. Das Stillen war nach allgemeiner Meinung allen anderen Formen der Säuglingsernährung überlegen. Bei der Darstellung der Normal- und Heilnahrung fiel eine deutliche gegenseitige Übereinstimmung der Empfehlungen von Prof. von Pfaundler und den Ausführungen von Dr. Rommel auf. Es ergaben sich aber unterschiedliche Verwendungen der Nahrungsformen bei Gegenüberstellung der verschiedenen anderen Autoren. Hierbei wurde deutlich, dass sich das Verwerfen der Minimalernährung im Säuglingsheim durch die gesamte künstliche Ernährung zieht, aber in der Fachliteratur nicht ganz geteilt wird. Bei detaillierter Recherche der Beweggründe der jeweiligen Entscheidungen in der Fachliteratur wurden unterschiedliche Strömungen in der Frage der Säuglingsernährung deutlich. Sie hingen von den Erfahrungen in den jeweiligen Säuglingsanstalten bzw. von den dort angewandten Lehrmeinungen ab. Insgesamt müssen die jeweiligen Entscheidungen der Ärzte im Säuglingsheim München bezüglich der Verordnung der Nahrungsform auch vor dem Hintergrund der Erkenntnisse bei der Rachitisbehandlung und der

³⁵⁴ Vgl. Rommel (o.J.): Ärztlicher Bericht. S. 44–45 und Rommel (o.J.): Bericht 1932–35. S. 6.

³⁵⁵ Blühdorn: Säuglingskrankheiten 1926. S. 191.

Frühgeburtenbetreuung gesehen werden, auf die in den nächsten Kapiteln eingegangen wird.

4.2.2.3 Schwerpunkt der „Frühgeburtenaufzucht“³⁵⁶, deren Besonderheiten und Ergebnisse

„Die Kinder sind heute selten geworden, unaufhaltsam schreitet das Schreckensgespenst Geburtenrückgang in unserem Volke vorwärts. Die Kindernot macht die Erhaltung eines jeden Kinderlebens zum dringenden Gebot.“³⁵⁷

Durch den anhaltenden Geburtenrückgang wurden auch den Frühgeburten eine erhöhte Aufmerksamkeit und eine intensive Pflege zuteil, da sie einen nicht unwesentlichen Anteil an der Geburtenrate ausmachten, wie oben genanntes Zitat verdeutlicht. Die Säuglingssterblichkeit, die zu Beginn des 20. Jahrhunderts im Deutschen Reich noch bei 22 von 1000 Lebendgeburten lag, wurde „mit großem Erfolg“ bekämpft, so dass 1927 die Zahl auf 9,7 von 1000 Lebendgeburten gesunken war.³⁵⁸ Dieser abnehmenden Tendenz stand aber eine steigende Anzahl an Frühgeburten entgegen, die

„[...] sich auch bei der Berechnung der Mortalität ungünstig auswirken [...]“³⁵⁹

musste. Insgesamt stieg der Anteil der Frühgeburtenmortalität an der Gesamtmortalität von 1920 14 % auf 1927 28 %, obwohl die Mortalität der Frühgeburten von 1920 60 % auf 1927 15 % sank.³⁶⁰ Auf dem Boden dieser Tatsachen ist es von großem Interesse, die Entwicklung der Frühgeburtenbehandlung im Säuglingsheim München näher zu betrachten. Hierbei sollen Schwerpunkte auf die medizinische Versorgung und Behandlung von spezifischen Problemen der Neugeborenenphase gesetzt werden, aber auch kurz die Haltung gegenüber Frühgeborenen in den drei zur Verfügung

³⁵⁶ Unter dem Begriff der Frühgeburtenaufzucht ist im heutigen Sprachgebrauch die Säuglingspflege während eines längeren stationären Aufenthalts zu verstehen.

³⁵⁷ Meier (o.J.): Geschichte. S. 14.

³⁵⁸ Zaren (1935): Frühgeburten.

³⁵⁹ Andresen (o.J.): Frühgeburten.

³⁶⁰ Andresen (o.J.): Frühgeburten. S. 49.

stehenden Berichten des Säuglingsheims analysiert werden.³⁶¹ Als Vergleich soll ergänzend die erwähnte Dissertation von Zaren über Tot- und Frühgeburten in der Universitätsfrauenklinik herangezogen werden.³⁶² Dabei ist es wichtig, zuerst auf eine Begriffsungenauigkeit hinzuweisen.

„Frühgeburten nennt man allgemein jede Geburt, die vor der Beendigung der 40. Schwangerschaftswoche zustande kommt. Da aber die Angaben der Schwangeren über die letzte Menstruation recht unzuverlässig sind und da die Feststellung des Konzeptionstermins meistens unmöglich ist, muss das Urteil, ob ein Kind frühgeboren ist oder nicht, sich nicht nach den Angaben der Mutter richten, sondern nach dem Kinde selbst.“³⁶³

Dazu stellt Zaren fest:

„Es gibt kein sicheres Maß, nach dem man sich immer und bei jeder Situation richten kann.“³⁶⁴

Durch die heutige Schwangerschaftsdiagnostik konnte dementsprechend eine genaue Definition erreicht werden, so dass jede Geburt vor der abgeschlossenen 37. Schwangerschaftswoche als Frühgeburt bezeichnet wird.³⁶⁵

Die bereits angesprochene Zunahme an Frühgeburten wurde auch im Säuglingsheim München verzeichnet. Hier betrug die Frühgeburtenrate 1924 3,0 %, 1925 8,7 %, 1926 5,7 % und 1927 8,9 %, woraus ein Anstieg resultiert. Dabei wurden als Ursache in 12,1 % der Fälle Zwillingsschwangerschaften angegeben, Lues spielte im Säuglingsheim München mit 2,3 % der Ursachen eine untergeordnete Rolle.³⁶⁶ In der Universitätsfrauenklinik wurden Zwillingsschwangerschaften in 19,2 % und Lues in 3,9 % der Frühgeburten angeführt.³⁶⁷ Insgesamt stellte Andresen fest, dass diese beiden Zahlen des Säuglingsheims München im nationalen Vergleich niedriger sind.³⁶⁸ Als weiteren Aspekt der

³⁶¹ Rommel (o.J.): Ärztlicher Bericht, Rommel (1933): Bericht 1929–31 und Rommel (o.J.): Bericht 1932–35.

³⁶² Vgl. Zaren (1935): Frühgeburten. Da zum einen der Zeitraum der Arbeit von 1923 bis 1935 zu dieser Betrachtung passt und zweitens als Referent Prof. Dr. von Pfaundler, der bereits mehrfach in Verbindung zur Fürsorge erwähnt wurde, genannt wird, habe ich diese Quelle ausgewählt.

³⁶³ Zaren (1935): Frühgeburten. S. 7.

³⁶⁴ Zaren (1935): Frühgeburten. S. 8.

³⁶⁵ Stauber, Weyerstahl (2005): Gynäkologie. S. 645.

³⁶⁶ Andresen (o.J.): Frühgeburten. S. 49

³⁶⁷ Zaren (1935): Frühgeburten. S. 24.

³⁶⁸ Vgl. Andresen (o.J.): Frühgeburten. S. 48–49.

Frühgeburten beschäftigt sich Andresen mit deren Mortalität. Hierbei ist mit Ausnahme der Jahre 1920 und 1921, die wegen einer Grippeepidemie abweichen, eine Abhängigkeit zwischen Gewicht und Mortalität. Die in vier Gruppen eingeteilten Geburtsgewichte der Säuglinge zeigen in Gruppe I bei einem Gewicht zwischen 700g bis 1000g eine Mortalität von 75 %, dagegen in Gruppe IV bei einem Gewicht von 2000g bis 2500g nur 22 %. Diese Zahlen haben sich im Vergleich zu einer dort zitierten vorangegangenen Arbeit stark gesenkt.³⁶⁹ Bei Zaren wird keine eindeutige Korrelation zwischen Geburtsgewicht und Sterblichkeit gegeben, sondern auf die Schwierigkeiten der genauen Geburtsgewichtsbestimmung hingewiesen und angemerkt:

„Je älter, je länger, je schwerer der Frühgeborene ist, desto aussichtsreicher sind seine Lebenschancen einzuschätzen.“³⁷⁰

Es stellt sich die Frage, welche Todesursachen bei Frühgeborenen dokumentiert wurden. Hier stand im Säuglingsheim München die Bronchopneumonie an erster Stelle mit 39 von insgesamt 79 Todesfällen.³⁷¹ An zweiter Stelle kommt „Lebensschwäche“ mit 18 Fällen.³⁷² Weiter werden Darmerkrankungen, Lues, Asphyxie, Sepsis, Erysipel und Tetanus genannt. Die Luesfälle sind aufgrund einer besseren Möglichkeit der Behandlung von keiner großen Bedeutung mehr gewesen.³⁷³ Im folgenden Abschnitt soll auf die allgemeine Versorgung und Behandlung von Frühgeborenen anhand der Berichte chronologisch eingegangen werden.

Die frühgeborenen Kinder wurden im Säuglingsheim München in zwei separaten Zimmern untergebracht, die durch eine Sommerheizung bei kontinuierlicher Wärme gehalten wurden. Zusätzlich erhielt jeder Säugling bei Bedarf zwei bis drei Steinkrüge als Wärmezufuhr in sein Kinderbett. Zur Überprüfung einer adäquaten Körpertemperatur wurde sie zweimal täglich

³⁶⁹ Vgl. Andresen (o.J.): Frühgeburten. S. 49.

³⁷⁰ Zaren (1935): Frühgeburten. S. 23 und vgl. Zaren (1935): Frühgeburten. S. 11–12.

³⁷¹ Andresen (o.J.): Frühgeburten. S. 50. Aus dem Bericht geht nicht hervor, in welchem Zeitraum die Totgeburten registriert wurden.

³⁷² Andresen (o.J.): Frühgeburten. S. 50. Die Diagnose „Lebensschwäche“ wird bei Andresen nicht näher erklärt.

³⁷³ Vgl. Andresen (o.J.): Frühgeburten. S. 50. Es wird angegeben, dass die Anwendung der Erich Müllerschen Kur die Frühgeburten mit Lues am Leben erhielt. Trotz Recherche konnten keine Quellen zu einer derartigen Behandlung gefunden werden.

rektal gemessen.³⁷⁴ Die Pflege der Frühgeburten übernahmen nur erfahrene Pflegerinnen und Schwestern.³⁷⁵ Man versuchte durch Untersagen von Besuch und schnelle Ablösung von erkranktem Personal die Infektionsrisiken möglichst niedrig zu halten.³⁷⁶ Neben der Infektionsprophylaxe wurde im Säuglingsheim München ein Schwerpunkt auf die Säuglingsernährung gelegt, wie in Kapitel 4.2.2.2 bereits ausführlich behandelt wurde. Aus diesem Grund soll speziell auf die Ernährung der Frühgeborenen hier näher eingegangen werden. Die Grundlage der Ernährung bildete Ammenmilch, die nach Abdrücken aus der Brust meistens mit der Flasche gegeben wurde. Ein frühgeborener Säugling kam dabei auf acht bis zwölf Mahlzeiten während 24 Stunden.³⁷⁷ Die Ammenmilch bildete auch während der Berichtsjahre 1929 bis 1931, hier allerdings nur mehr mit meist acht Mahlzeiten während 24 Stunden, die Grundlage für das „gute Resultat“ der Frühgeborenenernährung.³⁷⁸ Durch diese Behandlung mit Frauenmilch für die ersten drei bis vier Monate konnten Ernährungsstörungen fast ganz vermieden werden.³⁷⁹ Der Bericht über die Jahre 1932 bis 1935 erwähnt, dass die Ernährung in dieser Form beibehalten wurde.³⁸⁰ Die Ernährung mit Muttermilch erreichte 120 bis 130 kcal/kg Körpergewicht. Später wurde die Kalorienmenge in Abhängigkeit zum Geburtsgewicht berechnet, so dass bei einem Säugling von 1000g man auf 90 kcal bei 1400 g auf ca. 100 kcal kam. Insgesamt lag das Säuglingsheim damit unterhalb der bei anderen Autoren angegebenen Kalorienzufuhr. Zu dieser Ernährung wurde ab einem Gewicht von 3000 g, oft allerdings schon von Geburt an, Buttermilch als Zufütterung gefüttert. Bei Säuglingen mit geringem Appetit wurde Milchsäure-Vollmilch nach Mariott und Davidson gegeben.³⁸¹ Als darauf folgende Übergangsernährung bis zur künstlichen Ernährung diente Buttermehl-Buttermilchsuppe. Man versuchte entweder auf Halbmilchschleim oder Mehlabkochungen bei gesunden Säuglingen umzustellen, womit eine

³⁷⁴ Vgl. Andresen (o.J.): Frühgeburten. S. 50.

³⁷⁵ Andresen (o.J.): Frühgeburten. S. 50.

³⁷⁶ Vgl.: Andresen (o.J.): Frühgeburten. S. 50.

³⁷⁷ Vgl. Andresen (o.J.): Frühgeburten. S. 50–51.

³⁷⁸ Rommel (1933): Bericht 1929–31. S. 4.

³⁷⁹ Rommel (1933): Bericht 1929–31. S. 4

³⁸⁰ Vgl. Rommel (o.J.): Bericht 1932–35. S. 4.

³⁸¹ Vgl. Andresen (o.J.): Frühgeburten. S. 51 und Rommel (o.J.): Ärztlicher Bericht. S. 43–44. Die Rezepte der Heilnahrungen sind identisch mit denen aus Kapitel 4.2.2.2.

Gewichtsverdoppelung durchschnittlich nach drei bis vier Monaten erreicht wurde.³⁸² Rommel gibt im Bericht der Jahre 1932–35 an, dass die Ernährung in dieser Form beibehalten wurde, folglich aus Muttermilch, Buttermilch, aber seltener aus saurer Vollmilch bestand. Mit diesem Verfahren der Säuglingsernährung waren die Gewichtszunahmen „[...] ausgezeichnet und übertreffen vielfach die aus anderen Anstalten und Kliniken mitgeteilten Rekordziffern.“³⁸³ Insgesamt ließ sich feststellen, dass das Längenwachstum im dritten Lebensmonat gegenüber termingerechten Neugeborenen unter der Norm lag, viele frühgeborene Kinder das Wachstum aber bis zum siebten oder achten Monat fast aufgeholt hatten. Eine genaue Beurteilung war aufgrund der „frühzeitigen Entlassung“³⁸⁴ nicht möglich.³⁸⁵ Neben der körperlichen Entwicklung wurden sowohl das Zahnen und die Fähigkeit des Hinsetzens als auch die geistige Entwicklung dokumentiert. Entgegen dem Defizit beim Zahnen und Aufsetzen war die „geistige Regsamkeit“ normal und zufriedenstellend und nur bei sehr kleinen, vor allem Zwillingenfrühgeburten, beeinträchtigt.³⁸⁶ Nachdem zu Beginn des Kapitels die Mortalität der Frühgeburten betrachtet und auf die Besonderheiten der Ernährung eingegangen wurde, soll im folgenden Abschnitt die Morbidität näher beleuchtet werden. Hierbei spielte die bereits in mehreren Kapiteln behandelte Rachitis aufgrund ihrer Häufigkeit eine Rolle. Andresen gibt im ersten Bericht an, dass von 110 Frühgeburten während der drei Jahre 31 Kinder an florider Rachitis erkrankten. Das entspricht einem Anteil von 28,2 %.³⁸⁷ Sie stellte fest, dass jeweils einem bestimmten Alter typische Symptome der Rachitis zuzuordnen waren. Craniotabes war mehrfach angeboren, steigerte sich im zweiten bis zum vierten Lebensmonat, bei älteren Kindern dagegen äußerte sich die Rachitis als Rosenkranz-,

³⁸² Vgl. Andresen (o.J.): Frühgeburten. S. 51.

³⁸³ Rommel (o.J.): Bericht 1932–35. S. 5.

³⁸⁴ Andresen (o.J.): Frühgeburten. S. 52. Die Säuglinge konnten nach drei bis vier Monaten Aufenthalt noch gewogen werden. Erst ab sechs Monaten Säuglingsheimaufenthalt wird angegeben, dass die Mehrzahl der Kinder vor dem ersten halben Jahr aus der Säuglingsanstalt entlassen wurde. Vgl. Andresen (o.J.): Frühgeburten. S. 51.

³⁸⁵ Vgl. Andresen (o.J.): Frühgeburten. S. 51.

³⁸⁶ Andresen (o.J.): Frühgeburten. S. 52.

³⁸⁷ Andresen (o.J.): Frühgeburten. S. 52.

Froschbauch- und seltener als Epiphysenaufreibungen.³⁸⁸ Man erzielte durch prophylaktische Behandlung der Rachitis mit Vigantol eine deutliche Ausheilung der Craniotabes nach drei bis vier Wochen, bei den anderen Symptomen eine Verbesserung nach zwei bis drei Monaten. Die Therapie wurde den Frühgeborenen in steigender Dosierung in Form von Tropfen täglich verabreicht. Zusätzlich wurde analog eine Höhensonnenbehandlung, Kalk-Phosphor-Lebertran und Ammonium chloratum verwendet.³⁸⁹ Auch im späteren Bericht schließt sich Rommel dieser Behandlung an. Er empfiehlt eine Behandlung mit Vigantol und Höhensonne.³⁹⁰ An dieser Stelle soll aufgrund der besonderen Stellung der Rachitisbehandlung auf das übernächste Kapitel verwiesen werden, das sich ausführlich mit der Behandlung von rachitischen Kindern und deren Besonderheiten befassen wird. Neben der Rachitis wurden von Andresen weitere Erkrankungen der Neugeborenenphase bei Frühgeburten angegeben. Erwähnt werden sollen hier die Neugeborenenanämie, Leistenbrüche und grippale Infekte. Die Neugeborenenanämie wurde prophylaktisch mit einem Eisenpräparat behandelt.³⁹¹ Diese Therapie setzte man auch in den folgenden Jahren fort.³⁹² Andresen fiel als Besonderheit der Frühgeborenen eine Neigung zu Brüchen, insbesondere Leistenhernien auf. Diese wurden aufgrund der Einklemmungsgefahr operativ versorgt.³⁹³ Als letztes Krankheitsbild wird bei Andresen die Pneumonie aufgrund eines grippalen Infektes geschildert. Sie stellte fest, dass grippale Infekte zwar insgesamt nicht häufiger auftraten, als bei ausgetragenen Kindern, dass aber bei Infektion eines Frühgeborenen danach alle Kinder des Zimmers erkrankten. Zuerst hatte diese Infektion einen milden Verlauf mit niedrigen Fiebertemperaturen, schlug aber plötzlich um in eine Pneumonie. Als Therapie wandte man damals Beruhigungsmittel und Antiphlogistinwickel an.

³⁸⁸ Vgl. Andresen (o.J.): Frühgeburten. S. 52. Bei den angegebenen Symptomen handelt es sich um typische klinische Manifestationen der Rachitis. Ein Froschbauch bezeichnet ein aufgetriebenes Abdomen aufgrund von Muskelhypotonie. Craniotabes, Rosenkranz- und Epiphysenaufreibungen sind Zeichen der Skelettveränderung aufgrund der gestörten Mineralisation des Knochens. Vgl. Pschyrembel (2004): Medizinisches Wörterbuch. S. 601 und S. 1531–1532.

³⁸⁹ Vgl. Andresen (o.J.): Frühgeburten. S. 52.

³⁹⁰ Vgl. Rommel (1933): Bericht 1929–31. S. 5.

³⁹¹ Vgl. Andresen (o.J.): Frühgeburten. S. 52.

³⁹² Vgl. Rommel (1933): Bericht 1929–31. S. 5.

³⁹³ Andresen (o.J.): Frühgeburten. S. 52.

Hiermit konnte man eine häufige Heilung feststellen, die bei Frühgeburten sonst selten war.³⁹⁴

Nach der Betrachtung der Besonderheiten bei der Frühgeburtenpflege und deren Erkrankungen soll im folgenden Kapitel auf die sich wandelnde Sichtweise der Ärzte im Säuglingsheim gegenüber einer generellen Behandlung von Frühgeburten in einer Säuglingsanstalt eingegangen werden und insbesondere die Entwicklung der Eugenik im Verlauf während der Weimarer Republik näher erörtert werden.

4.2.2.4 Die Fürsorge im Spiegel der Eugenik, deren Hintergründe und Entwicklung unter Berücksichtigung der Frühgeburtenversorgung im Säuglingsheim München

Die Rassenhygiene entwickelte sich vor allem während der zweiten Hälfte der 20er Jahre der Weimarer Republik sprunghaft und wurde immer mehr in die Fürsorge integriert. Dies spiegelt sich nicht nur in der bereits erwähnten Gründung des Kaiser-Wilhelm-Instituts 1927 und des stärkeren Einflusses eugenischer Lehrinhalte an den Universitäten und Lehrplänen von Krankenpflegeschülern, sondern auch in der Frühgeburtenpflege wider. Man hatte die Fürsorge bis dahin eher als unverantwortlich und kontraselektorisches angesehen, da sie vor allem sogenannte „Minderwertige“ unterstützte. Daher versuchte man seit der Jahrhundertwende, eugenische Konzepte auf einer breiten Basis in die Bevölkerung und insbesondere in die führenden Schichten einzubringen.³⁹⁵ Die Verankerung innerhalb der Ärzteschaft war hier von großer Bedeutung, da Ärzte in der 1905 gegründeten Gesellschaft für Rassenhygiene den größten Anteil der Mitglieder ausmachten. München stellte während der Weimarer Republik einen konservativen Brennpunkt der Eugenik und Rassenhygiene dar. Die positive Rezeption in gebildeten Kreisen zeigte sich auch in der Einrichtung des ersten deutschen Extraordinariats für Rassenhygiene 1923.³⁹⁶ Zwei Aspekte der Entwicklung der Eugenik sind die bereits mehrfach angesprochenen wirtschaftlichen Rahmenbedingungen, im Wesentlichen die Finanzkrisen der Weimarer Republik und die Ansicht

³⁹⁴ Vgl. Andresen (o.J.): Frühgeburten. S. 52.

³⁹⁵ Vgl. Reyer (1991): Eugenik. S. 81–82.

³⁹⁶ Vgl. Reyer (1991): Eugenik. S. 84–90.

innerhalb der führenden Gesellschaftsschichten, dass die Fürsorge mit ihrem Konzept der Sozialhygiene das Wohl eines jeden Einzelnen zum Ziel hatte und somit „einen immer ausgedehnteren direkten Schutz der [...] körperlich und geistig Schwachen und Kranken [anstrebe].“³⁹⁷ Die Konzepte der Eugenik mit dem Ziel eines erbgesunden Volkes und der Euthanasie mit deren ökonomischem Hintergrund sowie „Mitleid“ als Beweggrund sind zwar sich überschneidende, aber nicht identische Begriffe, wie Schwartz und Schmuhl ausführten.³⁹⁸ Der stärker werdende Einfluss des Sozialdarwinismus während der Weimarer Republik wird auch deutlich durch die Veröffentlichung von Hoche und Bindings „Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens“ im Jahr 1920. Naucke fasst das Werk in seiner Einführung zu einer Neuauflage des Binding/Hoche aus dem Jahr 2006 wie folgt zusammen:

*„Genaueres Lesen des dichten Textes ‚Binding/Hoche‘ belehrt über die Denk- und Handlungsgrundsätze, mit denen Jurisprudenz und Psychiatrie das Sterben und das Töten von Menschen zu verwalten in der Lage sind.“*³⁹⁹

Die Verbindung von medizinischer Beurteilung eines Menschen als lebensunwert und die juristische Begründung dessen Tötung durch die damals hoch angesehenen Fachleute Binding und Hoche ist deshalb ein besonders wichtiger Eckpunkt.

Neben den medizinischen und juristischen Voraussetzungen nennt Weingart 1988 weitere Aspekte der historischen Entwicklung der Rassenhygiene auf dem Gebiet der Weimarer Fürsorge bis zur Euthanasie des Nationalsozialismus. Durch das Zusammentreffen

*„[...] technokratisch-ökonomischen Denkens, angewandt auf den Menschen, und der Finanzkrise des Staates, die u.a. gerade deshalb im Bereich der öffentlichen Gesundheitsfürsorge virulent wurde, weil diese auf die Fürsorge für die sozial Schwachen verpflichtet war.“*⁴⁰⁰

Reyer spricht in diesem Zusammenhang von einer „schiefen Ebene“, die von der Kontrolle der Fortpflanzungsprozesse hin zur Zwangssterilisierung und

³⁹⁷ Ploetz (1895): Rasse. S. 207.

³⁹⁸ Vgl. Schwartz (1996): Rassenhygiene. S. 604–623 und Schmuhl (1997): Eugenik. S. 757–762.

³⁹⁹ Naucke (2006): Rechtstheorie. S. VI.

⁴⁰⁰ Weingart, Kroll, Bayertz (1988): Rasse, Blut und Gene. S. 254.

Euthanasie des Dritten Reiches führte.⁴⁰¹ Einen anderen Aspekt der Eugenik brachte der Beitrag von Hohendorf und Rotzoll über Kindereuthanasie in Heidelberg während der NS-Zeit in die Diskussion ein.⁴⁰² Die Unterlassung einer Therapie oder fehlende Ernährung von geistig behinderten Kindern und deren willentlich herbeigeführter Tod oder unterlassene Hilfe sollen ebenfalls mit der Institution des Säuglingsheims in München verglichen werden. Frühgeburten wurden in den Berichten der Jahre 1903 bis 1928 und 1929 bis 1931 nicht in Verbindung mit „Debilen“ dargelegt. Der letzte Bericht der Jahre 1932 bis 1935 nennt Frühgeburten und „Debile“ in einer Überschrift. Diese Verbindung von Frühgeburten und Debilen verdeutlicht die Einteilung in Frühgeburten, die lediglich „nach Maß und Gewicht unterwertig“ sind und dementsprechend die „lebensschwachen, keimgeschädigten Kinder, die debilen Kinder“.⁴⁰³ Diese Einteilung war ein wesentlicher Bestandteil der Kriterien der Euthanasie während der Zeit des Nationalsozialismus. Wie Hohendorf für die Kinderklinik in Heidelberg zeigen konnte, wurden dort eben diese geistig behinderten Kinder nach einer eingehenden medizinischen Untersuchung der Euthanasie zugeführt.⁴⁰⁴ Die ambivalente Haltung Rommels sowie der Wandel seiner Einstellung ist anhand der beiden Berichte deutlich zu erkennen. Im Bericht der Jahre 1929 bis 31 hatte sich Rommel noch wie folgt geäußert:

„Frühgeburten gehören - wie das schon F. Rott ausgeführt hat, zumal wenn die pflegerischen Verhältnisse im Hause nicht sehr gut sind, unbedingt in Anstaltsbehandlung, und zwar in erster Linie in die Säuglingsheime al. Säuglingsheilstätten mit ihrer besonders subtilen Pflegemöglichkeiten. Vermeidung von Hausinfektionen und Spitzenleistungen der zur Verfügung stehenden Spezialpflegerinnen gewährleisten hier sicher die besten Aussichten auf eine ungestörte Aufzucht.“⁴⁰⁵

Er propagiert somit wenige Jahre vor dem zweiten Bericht, dass alle Frühgeburten ohne Unterschied eine maximale Versorgung und besondere Pflege erhalten sollen. Folglich steht hier noch die Idee der Sozialhygiene in

⁴⁰¹ Vgl. Reyer (1991): Eugenik. S. 97.

⁴⁰² Hohendorf, Rotzoll (2004): Kindereuthanasie. S. 125–148.

⁴⁰³ Rommel (o.J.): Bericht 1932–35. S. 4.

⁴⁰⁴ Hohendorf, Rotzoll (2004): Kindereuthanasie. S. 147–148.

⁴⁰⁵ Rommel (1933): Bericht 1929-31. S. 5.

der Fürsorge mit deren individueller Pflege und Aufwendung aller möglichen Mittel im Vordergrund.

Im folgenden Bericht der Jahre 1932 bis 35 nimmt Rommel Bezug auf den oben ausgeführten, hohen Anteil der Frühgeburten an der Gesamtgeburtsrate.

„Die hohe Zahl dieser Kategorie von Kindern legt es nahe, nach den Gründen hierfür zu forschen und zum anderen, ob es sich lohnt, solche Kinder in heutiger Zeit aufzuziehen.“⁴⁰⁶

Gerade dieses Zitat markiert den Wandel der Einstellung Rommels, da er nun nicht mehr von „Spitzenleistungen“ sondern von dem Wert eines Kindes und dessen Aufzucht spricht. Zudem erinnert sein Zitat stark an folgenden Absatz, den Reyer als Leitsätze der rassenhygienischen Diskussion bezeichnet.⁴⁰⁷

„Die Ausgaben für hoffnungslos erblich Belastete stehen in keinem Verhältnis mehr zu den Mitteln, die den erbtüchtigen im Durchschnitt zur Verfügung stehen. Daher ist eine eugenische Orientierung der Wohlfahrtspflege notwendig.“⁴⁰⁸

Wie zu erkennen ist, treten im Verlauf der Weimarer Republik die finanziellen Krisen und die wirtschaftliche Not weiter Teile der Bevölkerung immer mehr in den Mittelpunkt der eugenischen Rechtfertigung. Engelhardt fasst die Problematik wie folgt in seinem Artikel von 1993 zusammen:

„Wirtschaftliche Not und Bedrohung im Kriege bestärken ihrerseits die Argumente für die Euthanasie als Tötung behinderten Lebens.“⁴⁰⁹

Diese damals angeführte Begründung zeigte sich auch anhand eines Zitats von Rommel. Er setzt dem Argument der Rentabilität einer Frühgeburtenpflege entgegen, dass zwar bei der anhaltend niedrigen Geburtenziffer auf den Anteil der Frühgeburten nicht verzichtet werden kann, allerdings unterschieden werden muss zwischen Frühgeburten, die

„[...] erbmassemäßig aber vollwertig und unter besonderen pflegerischen Bedingungen völlig normal entwicklungsfähig anzusehen [...]“ sind und „[...] die lebensschwachen, keimgeschädigten Kinder, die debilen Kinder gegenüber, auf die wir Kinderärzte gern verzichten würden.“⁴¹⁰

⁴⁰⁶ Rommel (o.J.): Bericht 1932-35. S. 4.

⁴⁰⁷ Reyer (1991): Eugenik. S. 96.

⁴⁰⁸ Just (1932): Eugenik. S. 19.

⁴⁰⁹ Engelhardt (1993): Euthanasie. S. 21.

⁴¹⁰ Rommel (o.J.): Bericht 1932-35. S. 4.

Diese Differenzierung sollte dann, wie Hohendorf und Rotzoll für Heidelberg gezeigt haben, den Weg in die Euthanasie während des Nationalsozialismus bahnen. In ihrem Aufsatz wird als Beispiel das frühgeborene Zwillingsskind Günther R. genannt. Da es sich bei ihm um ein „minderwertiges Kind“ handelte, wurde ihm keine Frauenmilch als Ernährung gegeben und zudem keine spezifische, medizinische Therapie durchgeführt. Das Kind verstarb 12 Tage nach Aufnahme in die Kinderklinik.⁴¹¹ Auch in einem Beitrag über die Aufgaben und Stellung der Säuglingsheime äußert sich Rommel zum Thema, welche Kinder in ein Säuglingsheim aufgenommen werden sollen. Frühgeburten zählt er neben Geburtstraumen, Missbildungen, Rachitis, Hauterkrankungen, Lues und Tuberkulose zu den wichtigsten Erkrankungen, die zur Aufnahme im Säuglingsheim kommen.⁴¹² Er betont in seinem Aufsatz nochmals, dass es sich bei Säuglingsanstalten um Spezialanstalten handelt, „mit regelmäßiger fachärztlicher Überwachung, Ammenmilch und besonders subtilen Pflegemöglichkeiten.“⁴¹³ Am Ende seines Aufsatzes hebt Rommel hervor, dass die Eugenik, wie dies von vielen seiner Zeitgenossen gefordert wurde, in der Wohlfahrtsfürsorge bisher nicht genügend Beachtung erhalten habe.⁴¹⁴ Zudem zitiert er wörtlich oben genannten Leitsatz.

*„Die Ausgaben für hoffnungslos erblich Belastete stehen in keinem Verhältnis mehr zu den Mitteln, [...]“.*⁴¹⁵

Dieses Zitat stellt er in gewissen Gegensatz zur Tendenz am Ende des Berichts:

*„Zur Fürsorge und zur Wohlfahrtspflege, besonders an unsern Kindern, gehört immer eine richtige, sagen wir es ruhig und offen, altruistische, selbstlose, geistige Einstellung, die nicht eben alles vom Amt, von der Behörde, vom Staat verlangt, sondern die eben freiwillig gibt im Sinne christlicher Nächstenliebe, im Sinne der Caritas [...]“.*⁴¹⁶

⁴¹¹ Hohendorf, Rotzoll (2004): Kindereuthanasie. S. 134.

⁴¹² Vgl. Rommel (1932): Säuglingsheime. S. 49.

⁴¹³ Rommel (1932): Säuglingsheime. S. 50.

⁴¹⁴ Rommel (1932): Säuglingsheime. S. 53.

⁴¹⁵ Rommel (1932): Säuglingsheime. S. 53.

⁴¹⁶ Rommel (1932): Säuglingsheime. S. 54. Es muss aber auch berücksichtigt werden, dass ein großer Teil der christlichen Kirchen im Sinne einer Erlösung von einer leidvollen Erkrankung, wie sie bei schwer geistig behinderten Kindern gesehen wurde, eugenische Ansätze durchaus befürworteten.

In Verbindung zu diesem Zitat soll nochmals abschließend auf den Jahresbericht der Jahre 1932 bis 1935 zurückgekommen werden, in dem er sich im Kapitel zu Frühgeburten und Debilen wie folgt äußert:

„Wer wie wir, in jahrelanger Beobachtung dieser Kinder, die nun zum Teil längst gesunde, kräftige und geistig vollwertige Volksgenossen geworden sind, einen befriedigenden Dank empfindet, wird nur mit Bedauern das Fehlurteil jener vernehmen, die barbarisch und unwissend zugleich, diesen Kleinsten und Schwächsten unter uns das Lebenslicht eigenmächtig auslöschen wollen.“⁴¹⁷

Abschließend lässt sich also aus der Position Rommels ableiten, dass er eine Entwicklung durchmachte, die durchaus auch die der Eugenik und deren Rezeption während der Weimarer Republik widerspiegelt. Der Wandel seiner Einstellung gegenüber der Entwicklung während der Weimarer Republik hin zur Euthanasie ließ sich deutlich anhand der Jahresberichte belegen. Insgesamt gibt es zwar entgegen anderen Beispielen im Säuglingsheim München keinen Anhaltspunkt für Euthanasie von Frühgeburten, allerdings ist seine Ambivalenz gegenüber der Entwicklung hin zur Kindereuthanasie sowie sein Abwägen zwischen der Fürsorge jedes einzelnen Kindes und der Aufteilung der vorhandenen Ressourcen anhand der Einteilung nach gesunden und minderwertigen Kindern auffällig. Die Eugenik spielte eine immer wichtigere Rolle in der öffentlichen Fürsorge und führende Persönlichkeiten, insbesondere Ärzte, hatten einen wesentlichen Anteil an deren Aufschwung, wie zum Beispiel von Hohendorf et al. am Beispiel von Johann Duken in Heidelberg gezeigt werden konnte. Seine antidemokratische und eugenische Einstellung, die in der Euthanasie des Nationalsozialismus gipfelte, zeigt eine Karriere, die in der Weimarer Republik innerhalb der Fürsorge vorbereitet und im Nationalsozialismus beschleunigt wurde.⁴¹⁸ Gegensätzlich zu der Entwicklung von Johann Duken in Heidelberg blieben laut den vorhandenen Unterlagen die maximale Versorgung und Pflege eines jeden einzelnen Säuglings im Säuglingsheim München bis zum Jahr 1935 erhalten. Eine Betrachtung der Kindereuthanasie in München geht über den Rahmen dieser Arbeit allerdings hinaus und müsste noch näher untersucht werden. Auf die im

⁴¹⁷ Rommel (o.J.): Bericht 1932–35. S. 5.

⁴¹⁸ Vgl. Hohendorf, Rotzoll, Oehler-Klein (2007): Johann Duken. S. 323–358.

Säuglingsheim München gesetzten Schwerpunkte innerhalb der verschiedenen Erkrankungen soll in den folgenden Kapiteln eingegangen werden, angefangen mit der sogenannten „Englischen Erkrankung“.

4.2.2.5 Die Rachitisbehandlung – Strategie der diätetisch-klimatischen Prophylaxe

Die Rachitis, auch englische Krankheit genannt, wurde entweder wie oben beschrieben in der offenen Fürsorge bereits erkannt oder sie wurde als Nebendiagnose bei der allgemeinen Untersuchung im Säuglingsheim festgestellt. Die Erkrankung hatte ihre Ursache in der mangelnden Ernährung. Diese konnte sowohl im Elternhaus oder auch bei den Kostplätzen, in denen Kinder täglich zu Essen bekamen, auftreten. Teilweise kam es auch zum schleichenden Beginn schon während des Aufenthalts im Heim. Als frühzeitige Symptome sah man Kopfschweiß und eine Begleitanämie.⁴¹⁹ Meist fielen dem Pflegepersonal im weiteren Verlauf auch ein Mangel an altersentsprechenden statischen Versuchen und ein schlechter Hautturgor auf.⁴²⁰ Bei einer gründlichen ärztlichen Untersuchung wurde bei rachitischen Säuglingen im Verlauf eine Kraniotabes⁴²¹, ein Rosenkranz⁴²² oder auch eine Auftreibung der Epiphysen festgestellt.⁴²³ Mehrere dieser typischen Symptome wurden von den behandelnden Ärzten erkannt und führten zu dieser Diagnosestellung. Die Ärzte des Säuglingsheims hatten zwei sich ergänzende Therapiestrategien, zum einen „[...] an erster Stelle [...] die diätetisch-klimatische Behandlung [...]“⁴²⁴ und eine medikamentöse. Das weitere Vorgehen gegen die englische Krankheit war immer abhängig vom Schweregrad der Symptome, dem Alter

⁴¹⁹ Die Begleitanämie ist kein eigentliches Symptom der Rachitis, kommt aber vermutlich von einer generellen Mangelernährung mit Vitamin-B12- und Eisenmangel. Vgl. Pschyrembel (2004): Medizinisches Wörterbuch. S. 1531–1532.

⁴²⁰ Wurzinger (o.J.): Rachitisbehandlung. S. 61.

⁴²¹ Eine Kraniotabes ist eine elastische Eindrückbarkeit des Schädels vor allem im Bereich der Lambdanaht. Sie ist nicht beweisend für eine Rachitis, kann aber Anhaltspunkt sein. Pschyrembel (2004): Medizinisches Wörterbuch. S. 981.

⁴²² Der sogenannte rachitische Rosenkranz sind Auftreibungen an der Knorpel-Knochen-Grenze der Rippen infolge einer Knorpelabbau- und Knochensynthesestörung. Vgl. Pschyrembel (2004): Medizinisches Wörterbuch. S. 1531–1532.

⁴²³ Wurzinger (o.J.): Rachitisbehandlung. S. 61.

⁴²⁴ Wurzinger (o.J.): Rachitisbehandlung. S. 61.

und Zustand des Patienten, so dass bei Frühgeburten beispielsweise von der vierten bis zur sechsten Lebenswoche an grundsätzlich eine Prophylaxe betrieben wurde.⁴²⁵ Die Prophylaxe bestand im Wesentlichen aus der diätetisch-klimatischen Behandlung, auf die hier im Folgenden eingegangen werden soll.

Durch die baulichen Maßnahmen mit gedeckten und windgeschützten Veranden im Obergeschoss konnte die Freiluftbehandlung ohne Einschränkung durch Jahreszeiten kontinuierlich durchgeführt werden. Sobald das Wetter es erlaubt wurden die Kinder auch auf die offenen Terrassen und ins Freie gebracht. Hierin sahen die Ärzte bereits den größten Teil der Prophylaxe geleistet.⁴²⁶ Nur bei schlechter Witterung und höhergradiger Rachitis wurde Höhensonne⁴²⁷ verwendet. Der wesentliche Nachteil lag darin, dass es zu Verbrennungen bei zu langer Anwendung kommen konnte und die Kleinkinder durch das ungewohnte Tragen der Schutzbrille unruhig und nervös wurden.⁴²⁸ Ergänzend zu diesen Anwendungen kam eine altersentsprechende Diät. In den Vordergrund trat eine Ernährung mit Buttermilch, Kellerscher Malzsuppe und Buttermehlnahrung, die folglich wenig Vollmilch enthielt. Ab dem vierten Monat wurden den Säuglingen Obst- und Gemüsesäfte, vorwiegend Tomatensaft, und ab dem fünften Monat auch Suppen und Gemüse zugefüttert. Für ältere Kinder standen daneben auch noch häufig passierte Organbreie von Milz, Leber, Thymus, Lunge und gelegentlich Eigelb auf dem Speiseplan.⁴²⁹ Ergänzend zu diesen Maßnahmen wurden die Kinder durch gymnastische Übungen, Massagen und spezielle Schaukelstühle gefördert.⁴³⁰ Als „gleichwertiger Heilfaktor“⁴³¹ kam die medikamentöse Behandlung hinzu.

⁴²⁵ Die Bestrebung war, die Rachitis „[...] möglichst energisch im Keime zu unterdrücken.“ Vgl. Wurzinger (o.J.): Rachitisbehandlung. S. 61.

⁴²⁶ Wurzinger (o.J.): Rachitisbehandlung. S. 61.

⁴²⁷ Bei der verwendeten Höhensonne handelte es sich um ultraviolettes Licht. Um die Gefahr der Verbrennung zu mindern, wurden die Kinder anfangs 3 Minuten und später 15–20 Minuten bestrahlt. Auch das Pflegepersonal, das Umgang mit den Wärmelampen hatte, klagte über „allerlei Beschwerden“. Vgl. Wurzinger (o.J.): Rachitisbehandlung. S. 61–62.

⁴²⁸ Wurzinger (o.J.): Rachitisbehandlung. S. 62.

⁴²⁹ Wurzinger (o.J.): Rachitisbehandlung. S. 62.

⁴³⁰ Sobald die Kinder sitzen konnten, kamen sie in den „Epsteinschen Schaukelstuhl“ und den „Feerschen Pferch“, um ihnen die Möglichkeit zur Bewegung zu geben. Wurzinger (o.J.): Rachitisbehandlung. S. 62.

⁴³¹ Wurzinger (o.J.): Rachitisbehandlung. S. 62.

In den Berichtsjahren 1903 bis 1928 wurden das Ergosterinpräparat Vigantol und von einem Vigantol-Lebertran-Gemisch jeweils morgens und abends ein Kaffeelöffel verabreicht. Eine Behandlung mit Lebertran allein hat man nur in leichteren Fällen vorgenommen, dann steigernd von anfänglich zwei auf fünf und bis zu zehn Tropfen auf zwei Kaffeelöffel täglich. Man musste bei vielen Kindern ganz davon absehen, weil der schlechte Geschmack bis zum Erbrechen führen konnte.⁴³² Neben der Rachitis als Grunderkrankung wurde auch die Begleitanaämie hauptsächlich mit Diät und Freiluftbehandlung therapiert. Zusätzlich gab man Eisen- und Folsäurepräparate oder Frischleber.⁴³³ Im weiteren Verlauf der Berichtsjahre 1929 bis 1931 wurden die schweren Fälle weniger, dem entgegen die leichten Fälle der Rachitis mehr. Die Behandlung entsprach derjenigen der Vorjahre, also milcharme Diät, gemischte Kost, Freiluftkuren, Höhensonne und medikamentös in Form von Vigantollebertran mit Kalk und Phosphor, bei dem es sich um eine neue Speziallösung von Dr. Rommel handelte.⁴³⁴ Auch in den folgenden Jahren 1932 bis 1935, in denen 47 rachitische Säuglinge aufgenommen wurden, verfolgten die Ärzte die gleichen Richtlinien zur Rachitisbehandlung.⁴³⁵ Dieses umfassende Konzept zur Erkennung, Vorbeugung und Behandlung der Rachitis führte dazu, dass den Kindern „alle [damals] anerkannten Heilmethoden“⁴³⁶ zur Verfügung standen und kaum ein Kind des Säuglingsheims mit englischer Krankheit entlassen wurde. Ein weiteres großes Aufgabengebiet der damaligen Fürsorge bestand in der Erkennung und Behandlung der Tuberkulose. Anhand des nächsten Kapitels soll auf die Tätigkeiten der Röntgenabteilung des Säuglingsheims, die Diagnostik der Tuberkuloseerkennung und kurz auf die Behandlung der Erkrankung eingegangen werden.

⁴³² Wurzinger (o.J.): Rachitisbehandlung. S. 62.

⁴³³ Wurzinger (o.J.): Rachitisbehandlung. S. 63.

⁴³⁴ Es wurden 31 Fälle in den Berichtsjahren 1929–31 aufgenommen. Nicht mitgezählt wurden Patienten, die erst während des Aufenthalts symptomatisch wurden. Rommel (1933): Bericht 1929–31. S. 11.

⁴³⁵ Vgl. Rommel (o.J.): Bericht 1932–35. S. 8.

⁴³⁶ Wurzinger (o.J.): Rachitisbehandlung. S. 63.

4.2.2.6 Aufgaben der Röntgenabteilung und Diagnostik zur Tbc-Früherkennung sowie Methoden der Behandlung tuberkulosekranker Säuglinge und Kleinkinder im Kinderheim Maria

Im folgenden Abschnitt soll auf die verschiedenen Bereiche der Röntgenabteilung und deren Zielsetzungen eingegangen werden.⁴³⁷ Die Tuberkulosefürsorge selbst ist ein sehr großes Gebiet und soll an dieser Stelle exemplarisch anhand der Erkennungs- und Behandlungsstrategien im Säuglingsheim München verdeutlicht werden.⁴³⁸ In einer Kinderklinik hatten die Röntgenuntersuchungen im Gegensatz zu Durchleuchtungen bei Erwachsenen ein paar Schwierigkeiten zu überwinden. Zu diesem Zweck wurde im Säuglingsheim der Maschinenraum wegen des Lärms vom Untersuchungszimmer getrennt und für die Säuglinge ein Holzgestell gebaut, in dem sie für die Untersuchung festgeschnallt wurden. Ruhe konnte man zudem durch verschiedene Instrumente und Lichtquellen ermöglichen, durch die Aufmerksamkeit des Säuglings von der Untersuchung abgelenkt wurde.⁴³⁹ So erreichte man, dass fast alle Kinder des Säuglingsheims in mehreren Ebenen geröntgt werden konnten.⁴⁴⁰ Die Aufgaben dieser Durchleuchtung bestanden einmal darin, eine Diagnose zu stellen oder zu untermauern, zum anderen aber auch besonders in der Erkennung der Tuberkulose. Es sollten die Fälle der Tuberkulose erkannt, die Zweckmäßigkeit einer Überweisung der Kinder in das Erholungsheim in Bad Tölz daran geprüft und nicht zuletzt auch, nach einem solchen Aufenthalt, die Therapieerfolge röntgenologisch gezeigt werden.⁴⁴¹ Neben der Untersuchung der Kinder auf angeborene Herzfehler,

⁴³⁷ Die Röntgenabteilung im Säuglingsheim wurde 1926 mit den „modernsten Mitteln“ ausgestattet und konnte ab dann ihre in diesem Kapitel beschriebene Arbeit aufnehmen. Sielmann (o.J.): Röntgenabteilung. S. 81.

⁴³⁸ Für eine ausführlichere Betrachtung der städtischen Tuberkulosefürsorge sei verwiesen auf: Rudloff (1998): Wohlfahrtsstadt. S. 675–712.

⁴³⁹ Vgl. Sielmann (o.J.): Röntgenabteilung. S. 81–82.

⁴⁴⁰ Sielmann (o.J.): Röntgenabteilung. S. 83–84.

⁴⁴¹ Vgl. Sielmann (o.J.): Röntgenabteilung. S. 86. Im Jahr 1924 hatte der Verein in Bad Tölz für tuberkulosekranke Kinder ein Erholungsheim angekauft. Nach zwei- bis dreiwöchiger Quarantäne im Säuglingsheim wurden Kinder, deren Tuberkulose noch nicht zu weit fortgeschritten war, dorthin überwiesen und behandelt. Vgl. Zoelch (o.J.): Heilstättenbehandlung S. 64-80. Zudem vgl. Zoelch (o.J.): Kinderheim 1932–35. S. 15–19. Die Ursache der Tuberkulose, das *Mycobacterium tuberculosis*, war bereits seit Kochs Entdeckung 1882 bekannt, allerdings gab es während der Weimarer Republik noch keine Antibiotika zur Behandlung. Diese wurden erstmals in Form der

Rachitis und Pneumonien sowie der therapeutischen Anwendung der Röntgenstrahlung soll im Folgenden speziell auf die Tuberkulose eingegangen werden.⁴⁴²

Eine große Zahl an Kindern wurde mit der Diagnose Hilustuberkulose zugewiesen. Oftmals ergab die klinische Symptomatik, der Tuberkulintest als auch die Röntgenuntersuchung keinen Anhalt dafür.⁴⁴³ Somit galt es, parallel ein Lungeninfiltrat zu diagnostizieren, um die Differentialdiagnosen zu wirklicher Hilustuberkulose abzugrenzen.⁴⁴⁴ Man ging zur genauen Diagnosestellung so vor, dass bei bestehender Hilusvergrößerung nach einem Infiltrat der Lunge gesucht wurde. Bestand dies, so wurde eine Hiluslymphknotentuberkulose angenommen, wenn nicht, musste aufgrund von wiederholten Aufnahmen während einiger Monate entschieden werden. Bei gleichbleibendem Befund wurde die Diagnose der Hilustuberkulose gestellt, bei regredientem Bild konnte sie ausgeschlossen werden.⁴⁴⁵ Im Bericht der Jahre 1929 bis 1931 wird neben der radiologischen Diagnostik auch noch der kutane Tuberkulintest nach Pirquet angewandt.⁴⁴⁶ Insgesamt wurden bis 1928

Paraaminosalicylsäure 1946 entwickelt. Eckart (2005): Medizingeschichte. S. 208 und S. 255.

⁴⁴² Bei angeborenen Herzfehlern bestand durch die gegebenen Verfahren noch keine genaue Differenzierungsmöglichkeit. Oftmals konnte der Therapieverlauf bei Rachitis verfolgt werden. Daneben wurde die Röntgenabteilung für chirurgische Versorgungen und Knochenbrüche zu Rate gezogen, aber es wurden auch gelegentlich therapeutische Anwendungen, wie zum Beispiel bei vergrößertem Thymus oder Lymphomata colli, durchgeführt. Vgl. Sielmann (o.J.): Röntgenabteilung. S. 86.

⁴⁴³ Sielmann (o.J.): Röntgenabteilung. S. 86.

⁴⁴⁴ Als Differentialdiagnosen kamen Katarrhe, durchgemachte Masern- und Scharlachinfektionen und Keuchhusten in Frage, die ebenfalls eine Lungenhilusverschattung zeigen konnten. Sielmann (o.J.): Röntgenabteilung. S. 84. Die Hiluslymphknotentuberkulose kann im Rahmen einer Primärtuberkulose auftreten mit ausgedehntem Befall bronchopulmonaler oder tracheobronchialer Lymphknoten. Oft findet sich eine Symptomatik mit trockenem Husten und wenig Allgemeinsymptomen. Vgl. Classen, Diehl, Kochsiek (2004): Innere Medizin. S. 502.

⁴⁴⁵ Vgl. Sielmann (o.J.): Röntgenabteilung. S. 85–86. In den folgenden Berichtsjahren des Säuglingsheims kommen auch verschiedene weitere Tuberkuloseformen neben Hilus- und Paratrachealdrüsentuberkulosen zur Aufnahme. Um nur einige zu nennen: „[...] aktive Primär- und Sekundärfiltrationen (Epituberkulosen), manifeste Skrophulosen, Skrophulose-Infiltrierungen oder aktive Hilusdrüsentuberkulose, Knochentuberkulose, Drüsen- oder Hauttuberkulose. Tuberkulöse Pleuritiden.“ Rommel (1933): Bericht 1929–31. S. 8.

⁴⁴⁶ Vgl. Rommel (1933): Bericht 1929–31. S. 8. Die kutane Tuberkulinprobe nach Pirquet war damals die „wichtigste und einfachste Methode“ zum Nachweis einer Tuberkuloseinfektion. Dafür wurde Alttuberkulin auf die Haut aufgetropft und mit

402 Röntgenuntersuchungen, davon 208 für das Kinderheim in Bad Tölz, durchgeführt.⁴⁴⁷ Während der Jahre 1932 bis 1935 wurden 13 Säuglinge mit Tuberkulose eingewiesen, wobei einige andere Erkrankungsfälle erst im Verlauf ihres Aufenthalts erkannt wurden. Von diesen starb ein Säugling an tuberkulöser Meningitis, einer an Pneumonie und ein weiterer an grippaler sekundärer Infektion.⁴⁴⁸ Die Behandlung der Kinder sowohl mit aktiver als auch inaktiver Tuberkulose fand im Kinderheim Maria in Bad Tölz statt, ab 1931 in der neu errichteten Kinderheilstätte in Gaissach.⁴⁴⁹ Die Behandlung dort kann unterteilt werden in eine unspezifische und eine spezifische Therapie. Es soll in dieser Betrachtung ein Vergleich der angewandten Therapie im Kinderheim Bad Tölz und der damaligen Lehrbuchmeinung angestrebt werden. Das herangezogene Lehrbuch⁴⁵⁰ wurde aufgrund des Erscheinungsjahres ausgewählt, da das Kinderheim im Jahr 1930 bereits seit sechs Jahren bestand, zum anderen weil Pfaundler an dem Werk beteiligt war. Rietschel unterteilt die Vorgehensweise gegen Tuberkulose in Prophylaxe und Therapie, die sich zum Teil überschneiden. Prophylaxe wird hierbei unterteilt in Infektionsverhütung und Widerstandserhöhung, also Expositions-

einem Bohrer oder einer Nadel die Epidermis leicht eingeritzt. Nach ein bis zwei Tagen konnte die Reaktion abgelesen und als negativ oder einfach bis zu dreifach positiv bewertet werden. Rietschel (1930): Tuberkulose. Clemens Freiherr von Pirquet (1874–1929) war Pädiater an der Universitätskinderklinik in Wien unter Prof. Theodor Escherich. Er prägte den Begriff „Allergie“, wenn auch anders als im heutigen Sprachgebrauch, und entwickelte 1907 erstmals durch die beschriebene Tuberkulinprobe eine Methode zur Frühdiagnose der Tuberkulose. Vgl. Regal, Nanut (2004): Pirquet. o.S.

⁴⁴⁷ Sielmann (o.J.): Röntgenabteilung. S. 86. Bei den Untersuchungen wurden keine der damals zur Verfügung stehenden Kontrastmittel angewandt.

⁴⁴⁸ Rommel (o.J.): Bericht 1932–35. S. 9–10. Es wird hierbei als diagnostisches Verfahren ähnlich der Tuberkulinprobe nach Pirquet die Tuberkulinimpfung nach Petruschky angegeben.

⁴⁴⁹ Zur Einweisungsübersicht vgl. Zoelch (o.J.): Heilstättenbehandlung. S. 74. Das Kinderheim Maria in Bad Tölz wurde in Zusammenarbeit mit der Universitätskinderklinik München unter Prof. von Pfaundler und Dr. Rommel gegründet und unterstand dem ehemaligen Assistenzarzt an der Universitätskinderklinik Dr. Philipp Zoelch bis es am 13. November 1931 durch den Neubau in Gaissach abgelöst und zu einem Erholungsheim für Kinder umgewandelt wurde. Stehr (o.J.): Kinderheilkunde. S. 61–62 und Rommel (1933): Bericht 1929–31. S. 15.

⁴⁵⁰ Rietschel (1930): Tuberkulose. Außerdem waren an dem Werk Prof. von Pfaundler, Prof. Dr. Finkelstein, Prof. Dr. Moro u. a. beteiligt, die wiederum bei Zoelch genannt wurden.

und Dispositionsprophylaxe.⁴⁵¹ Dies bedeutet, dass jedes Kind oder jeder Säugling aus der infektiösen Umgebung, also von einer Mutter oder einem Familienmitglied mit Tbc, herausgenommen wurde und die Abwehrkräfte durch körperliche Ertüchtigung, Ernährung, Licht und Luft gesteigert wurden.⁴⁵² Diese Prophylaxe stimmt größtenteils mit seiner vorgeschlagenen unspezifischen Therapie überein. Man achtete auf schmackhafte, fettreiche Ernährung, daneben sollte das Kind klimatischen Kuren von mindestens drei bis zu sechs Monaten Dauer, Freiluftkuren und Sonnenbestrahlungen, auch mit künstlichem Licht, zugeführt werden.⁴⁵³ Bei eingehender Betrachtung der Therapiestrategien im Säuglingsheim an der Lachnerstrasse bzw. im Kinderheim Maria in Bad Tölz fallen deutliche Parallelen auf.

Der Behandlung lagen „[...] Sonne, Freiluft und zweckmäßige Ernährung [...]“ zugrunde, „[...] um durch Erhöhung der Widerstandskraft die Ausheilung anzubahnen.“⁴⁵⁴ Es stellt sich die Frage, wie man die Sonnen- und Freiluftkuren gestaltete und welchen Therapieerfolg man dadurch erreichte. Die Kinder wurden anhand eines festgelegten Tagesplans⁴⁵⁵ behandelt. Dieser sah nach einem Frühstück, bestehend aus einer Tasse Milch mit Butterbrot oder Ei im Bett, eine Liegekur an der frischen Luft im Freien vor.⁴⁵⁶ Diese Liegekur war eher eine Ruhebehandlung, während der die Kleinkinder ihr Bett nicht verlassen sollten. Diese tägliche Behandlung wurde auf den Veranden des Heimes durchgeführt, unabhängig von der Jahreszeit. Allerdings konnten bei besonders schlechter Witterung die Glasscheiben der Balkone geschlossen werden, so dass Infekte nur sehr selten auftraten. In dieser Freiluftbehandlung sah man den Hauptfaktor der Heilung.⁴⁵⁷ Nach dem Mittagessen um 10:30 Uhr wurde von 12:00 bis 14:00 Uhr nochmals ein Mittagsschlaf im Freien abgehalten und danach, nach einem weiteren Imbiss, ab 14:30 Uhr eine Zeit zum Spielen im Freien, entsprechend der körperlichen Ertüchtigung, eingeplant. Ein zunehmender Bewegungsdrang bei den Kindern

⁴⁵¹ Rietschel (1930): Tuberkulose. S. 694.

⁴⁵² Rietschel (1930): Tuberkulose. S. 694.

⁴⁵³ Rietschel (1930): Tuberkulose. S. 695–696.

⁴⁵⁴ Zoelch (o.J.): Heilstättenbehandlung. S. 73.

⁴⁵⁵ Zoelch (o.J.): Heilstättenbehandlung. S. 70. Aufgrund der Erfahrungen des Personals wurde ein festgelegter Tagesplan eingeführt.

⁴⁵⁶ Zoelch (o.J.): Heilstättenbehandlung. S. 70.

⁴⁵⁷ Vgl. Zoelch (o.J.): Heilstättenbehandlung. S. 70–71.

wurde als sehr günstig für die Prognose aufgefasst.⁴⁵⁸ Die gesamte Therapie fand nach Möglichkeit immer in Kleingruppen und auf mehreren abgetrennten Balkonen oder ganz im Freien statt, um einerseits eine annähernd familiäre Situation zu schaffen und um dauernde gegenseitige Störungen der Kinder zu verhindern.⁴⁵⁹ Der Tag der Kinder endete mit dem Abendessen um 16:30 Uhr und anschließender Bettruhe, außer sie bekamen bei Bedarf nochmals um 19:30 Uhr eine Tasse Milch im Bett. Wie also festzustellen ist, kam neben der Behandlung durch Sonne, Licht und körperlicher Bewegung im Säuglingsheim noch die Komponente der Ruhebehandlung hinzu. Neben der unspezifischen Therapie gab es damals auch schon eine spezifische Prophylaxe und Behandlung. Als spezifische Prophylaxe versuchte man bereits mit avirulenten Tuberkelbakterien zu impfen, allerdings wird festgehalten, die Impfung befinde sich noch im Stadium der Forschung und sei noch nicht für die praktischen Ärzte geeignet.⁴⁶⁰ Als spezifische Therapie stand damals das Tuberkulin zur Verfügung. Man versuchte damit, „schon in homöopathischer Dosis“ den Körper zur Produktion von „Schützkörpern“ anzuregen.⁴⁶¹ Das Tuberkulin wandte man in verschiedenen Einreibungen an. Eine Methode, die auch im Kinderheim Maria zur Anwendung kam, war die Moro'sche-Ektebin-Einreibung, bei der neben abgetöteten Tuberkelbakterien auch noch keratolytische Substanzen als Salbe aufgetragen wurden. Die Anwendung fand im Abstand von zwei, vier und sechs Wochen statt. Mit dieser Therapie sah man im Kinderheim gute Erfolge und auch bei Rietschel wird sie als die „bestfundierteste Methode“⁴⁶² bezeichnet.⁴⁶³ Im folgenden Abschnitt soll auch der Erfolg dieser Therapiestrategien im Säuglingsheim München, bzw. Kinderheim Maria betrachtet werden. Insgesamt hielt sich laut dem ersten Bericht die Mortalität in „niederen Grenzen.“⁴⁶⁴ Bei Kindern des ersten Lebensjahrs lag sie bei 6,5 %, für die Kinder des zweiten Lebensjahrs bei

⁴⁵⁸ Zoelch (o.J.): Heilstättenbehandlung. S. 70.

⁴⁵⁹ Vgl. Zoelch (o.J.): Heilstättenbehandlung. S. 72.

⁴⁶⁰ Rietschel (1930): Tuberkulose. S. 694.

⁴⁶¹ Rietschel (1930): Tuberkulose. S. 697.

⁴⁶² Rietschel (1930): Tuberkulose. S. 698.

⁴⁶³ Vgl. Zoelch (o.J.): Heilstättenbehandlung. S. 73. Diese Behandlung wurde vor allem bei Skrofulose angewandt. Als Skrofulose wurde eine besondere Form der kindlichen, aktiven Tuberkulose bezeichnet. Rietschel (1930): Tuberkulose. S. 689.

⁴⁶⁴ Zoelch (o.J.): Heilstättenbehandlung. S. 75.

5,3 %. Allerdings muss hinzugefügt werden, dass durch die Maßnahmen im Vorfeld einer Überweisung in das Kinderheim, die schweren Fälle einer Tuberkulose sehr gering waren.⁴⁶⁵ Bei einer Gesamtzahl von 198 behandelten Kindern hatte sich der Zustand von 33 sehr gebessert, von 134 gebessert, bei acht war er unverändert, bei zwei Kindern verschlechtert und drei Kinder verstarben.⁴⁶⁶ Eine weitere Aufgabe der Tuberkulosefürsorge des Säuglingsheims München bestand in der Nachsorge. Bei 180 entlassenen Patienten, ergab sich aus 99 Berichten folgendes Bild des weiteren Verlaufs. Bei 13 war er schlecht, bei 17 mäßig, bei 43 günstig und bei 23 Kindern sehr gut.⁴⁶⁷ Ein weiterer Bestandteil der Nachsorge des Säuglingsheims war die Sanierung der Umwelt, das bedeutet der Familie und der Wohnung eines Patienten, während seines Aufenthalts im Säuglingsheim oder Kinderheim Maria, um eine erneute Infektion zu vermeiden.⁴⁶⁸ Das Säuglingsheim München übernahm folglich von der Diagnostik zu Beginn einer Tuberkuloseerkrankung über die Quarantäne und Behandlung anhand der damaligen Lehrmeinung auch die Nachsorge und stellte somit eine umfassende Fürsorge der Tuberkulose in einer Institution dar. Vor der Betrachtung weiterer Erkrankungen im Säuglingsheim München mit Blick auf die Forschung in der geschlossenen Fürsorge sei abschließend folgendes Zitat angeführt:

„Hand in Hand mit der Behandlung muss die klinisch-wissenschaftliche Beobachtung und Erforschung der Besonderheiten der Tuberkulose des Kindesalter gehen.“⁴⁶⁹

⁴⁶⁵ A.a.O. S. 75.

⁴⁶⁶ A.a.O. S. 76.

⁴⁶⁷ A.a.O. S. 77.

⁴⁶⁸ A.a.O. S. 77.

⁴⁶⁹ Zoelch (o.J.): Heilstättenbehandlung. S. 79.

4.2.2.7 Beobachtungen zum Verlauf und zur Therapie weiterer aufgetretener Erkrankungen

Erkrankungen der Verdauungsorgane

Dieser Formenkreis der gastrointestinalen Krankheiten repräsentierte in den Berichtsjahren 1929 bis 1931 mit 247 Fällen die häufigsten Erkrankungen.⁴⁷⁰ Auch im folgenden Bericht der Jahre 1932 bis 1935 kamen 277 Patienten mit Ernährungsstörungen zur stationären Aufnahme und bildeten damit den größten Teil der zu behandelnden Aufnahmediagnosen.⁴⁷¹ Im folgenden Abschnitt soll auf gastroenterologische Krankheiten und deren Therapie eingegangen und die in beiden Berichten angegebenen Behandlungen miteinander verglichen werden.

Die Fälle von „Cholera infantum“ oder „Intoxikationen“ sowie schweren chronischen Ernährungsstörungen hatten von 1929 bis 1935 stark abgenommen, kamen aber gelegentlich noch zur Aufnahme.⁴⁷² Durch eine Therapie mit Muttermilch und Diätetik konnten diese Kinder bis auf drei Todesfälle 1929 bis 1932 und von 10 Fällen in den Jahren 1932 bis 1935 bis auf vier kuriert werden.⁴⁷³ Desweiteren kamen Kinder mit Pylorospasmus zur stationären Aufnahme. In den früheren Berichtsjahren waren es 13 Kinder, die wiederum mit diätetischen Maßnahmen und medikamentöser Therapie behandelt wurden. Erst nach einer erfolglosen konservativen Anbehandlung wurden sie chirurgisch therapiert.⁴⁷⁴ Im Bericht des behandelnden Chirurgen Dr. Goßmann heißt es, dass in den Jahren 1928 bis 1931 13 Fälle von Pylorospasmus chirurgisch behandelt werden mussten. Diese Kinder zeigten meist aufgrund der fehlgeschlagenen konservativen Therapie einen schlechten Allgemeinzustand mit starkem Gewichtsverlust. Die chirurgische Operation erfolgte mit einem rechtsseitigen, über die Leber reichenden Diarektalschnitt. Goßmann spaltete den verdickten Pylorus bis auf die Submukosa durch einen

⁴⁷⁰ Rommel (1933): Bericht 1929–31. S. 4.

⁴⁷¹ Rommel (o.J.): Bericht 1932–35. S. 6. Die im ersten Bericht als Erkrankungen der Verdauungsorgane zusammengefassten Erkrankungen wurden im zweiten Bericht als Ernährungsstörungen bezeichnet.

⁴⁷² Rommel (1933): Bericht 1929–31. S. 5.

⁴⁷³ Rommel (1933): Bericht 1929–31. S. 5.

⁴⁷⁴ Rommel (1933): Bericht 1929–31. S. 5.

Längsschnitt und beließ den Pylorus ohne Blutstillung oder Deckung der Lücke. Daraufhin wurden Muskulatur, Peritoneum und Rektusscheide mit Einzelknopfnähten verschlossen. Bereits nach 48 Stunden konnte er eine Gewichtszunahme feststellen und alle Patienten nach wenigen Wochen kuriert entlassen.⁴⁷⁵ In den folgenden Jahren berichtet Goßmann, dass wiederum neun Patienten erfolgreich durch diese Operationstechnik behandelt wurden.⁴⁷⁶ Insgesamt stellt er zur chirurgischen Behandlung des Pylorospasmus fest:

„Alles in allem sind es jetzt 27 in einer Reihe operierte Fälle von Pylorusstenose! – Kein Todesfall!“⁴⁷⁷

Auffallend ist bei dem Vergleich der konservativen Behandlung einer Pylorusstenose mit der chirurgischen, dass die Zahlen der konservativ anbehandelten Patienten mit der am Ende chirurgisch versorgten übereinstimmt. Dies lässt den Schluss zu, dass die diätetische und medikamentöse Therapie bei Pylorusstenose erfolglos war und nur durch chirurgische Intervention behandelt werden konnte.

Als letzte Erkrankung der Ernährungsstörungen, die im Bericht 1929 bis 1931 aufgeführt ist, kam der Herter-Heubnersche Infantilismus zur Aufnahme in das Säuglingsheim. Es handelte sich hierbei um eine damals noch ätiologisch ungeklärte Verdauungsinsuffizienz, die vorwiegend im zweiten Lebensjahr auftrat und in ihrer Therapie große Schwierigkeiten bereitete.⁴⁷⁸ Als diätetische Maßnahme wandte man eine alkalotische Ernährung mit Rohkost an. Trotzdem starben drei Kinder daran.⁴⁷⁹ Im darauf folgenden Bericht wurden drei Kinder mit Herter-Heubner-Infantilismus aufgenommen, diesmal

⁴⁷⁵ Vgl. Rommel (1933): Bericht 1929–31. S. 13–14.

⁴⁷⁶ Vgl. Rommel (1933): Bericht 1929–31. S. 12–13.

⁴⁷⁷ Rommel (1933): Bericht 1929–31. S. 13.

⁴⁷⁸ Vgl. Rommel (1933): Bericht 1929–31. S. 6. Im heutigen Sprachgebrauch ist die Herter-Heubner-Krankheit, benannt nach Prof. Dr. med. Otto Heubner und Prof. Dr. med. Christian A. Herter (1865–1910), synonym zu Zöliakie. Es handelt sich um eine glutensensitive Enteropathie, die im Säuglings- bis Kindesalter auftritt und genetisch disponiert ist. Sie tritt vor allem ab dem zweiten Lebensjahr auf, da ab dann glutenhaltige Nahrungsmittel zugefüttert werden und äußert sich vor allem in Durchfällen und Wachstumsrückstand mit Verlust bereits erlernter Fähigkeiten. Dies entspricht einem Infantilismus. Vgl. Pschyrembel (2004): Klinisches Wörterbuch. S. 759 und S. 1990.

⁴⁷⁹ Rommel (1933): Bericht 1929–31. S. 6.

allerdings vorwiegend mit Gemüse ernährt und zusätzlich gab man Luizym. Die so angewandte gemeinsame Therapie führte zu einem deutlichen Gewichtsanstieg und einer klinischen Besserung.⁴⁸⁰ Die Ernährungsstörungen betrafen einen großen Anteil der im Säuglingsheim versorgten Kinder und waren eng mit dem Gebiet der bereits behandelten künstlichen Ernährung verbunden. Man machte sich die klinischen Ergebnisse und Beobachtungen zunutze und versuchte, gut bewährte Nahrungen für spezielle Erkrankungen einzusetzen, dabei aber bei einer überschaubaren Anzahl von Rezepten zu bleiben.

Erkrankungen der Atmungsorgane

Der folgende Abschnitt behandelt die zahlenmäßig als zweitgrößte Menge zur Aufnahme gekommener Kinder mit Pneumonien oder Bronchitis. Im ersten Bericht kamen 76 Fälle mit Erkrankungen der Atmungsorgane in das Säuglingsheim, im zweiten Bericht 34 Kinder. Darunter fielen 1929 bis 1931 sieben Fälle, die durch Mittelohrentzündungen kompliziert wurden, 39 Fälle von Luftröhrenkatarrhen und Bronchitis. Die übrigen Patienten wurden aufgrund von Lungenentzündung aufgenommen.⁴⁸¹ Parallel dazu kamen in den folgenden Jahren 34 Kinder mit Pneumonien und Bronchitis zur Behandlung.⁴⁸² Beiden Berichten gemeinsam ist die wichtige Rolle der Freiluftbehandlung, die auch bei Frühgeburten angewandt wurde. Diese Behandlung hatte sich als die beste Therapie herausgestellt.⁴⁸³ Ein weiterer Aspekt der Behandlung korrelierte in beiden Berichten. Man verwendete Optochin⁴⁸⁴, während 1932 bis 1935 in Form von Suppositorien mit einer Dosis von 300 mg. Auffallend hierbei war allerdings, dass die Anwendung von Optochin von Rommel 1931 als sehr erfolgreich angesehen wird, er im Jahr 1935 aber davon spricht, Optochin auf Anregung einer Arbeit von Leitner wieder neu zu verwenden, da im

⁴⁸⁰ Vgl. Rommel (o.J.): Bericht 1932–35. S. 6.

⁴⁸¹ Rommel (1933): Bericht 1929–31. S. 7.

⁴⁸² Rommel (o.J.): Bericht 1932–35. S. 6.

⁴⁸³ Vgl. Rommel (1933): Bericht 1929–31. S. 7 und Rommel (o.J.): Bericht 1932–35. S. 6.

⁴⁸⁴ Optochin mit dem Wirkstoff Äthylhydrocuprein wird noch heute zur Differenzierung zwischen Pneumokokken und vergrünenden Streptokokken verwendet. Pneumokokken sind als einzige in der Kultur sensibel auf Optochin.

Sputum der Kinder Pneumokokken nachgewiesen werden konnten.⁴⁸⁵ Der Vergleich der Behandlung von Pneumonien und Bronchitis im Verlauf der Jahre ergab aber einige Unterschiede. Bei der Wahl der Arzneimittel änderte sich die Meinung Rommels. 1931 kommentiert er das Medikament Cardiazol als hervorragend und ohne geringste Nebenwirkungen.⁴⁸⁶ Später wurden sogenannte Herzmittel gar nicht mehr angewandt. Die Therapie wurde nach Alter und Konstitution festgelegt, so dass zum Beispiel bei leicht erregbaren, energischen Kindern mit gutem Muskeltonus und Hautturgor leichte Narkotika eingesetzt wurden. Zeigten die Patienten allerdings wenig Abwehr gegen die Lungenentzündung, sogenannte lymphatische Kinder, wurde Transpulmin angewandt. Diese Leitlinien der Behandlung legte Rommel aufgrund von Empfehlungen aus Fachkreisen fest.⁴⁸⁷ Man wandte unterstützend zur medikamentösen Behandlung Wickel an. Antiphlogistinwickel wurden 12 bis 18 Stunden belassen und bei beginnender Kapillärbronchitis bekam der Patient einen Senfwickel.⁴⁸⁸ Rommel hielt jegliche prophylaktischen Anwendungen von Säuresprays, Ameisensäure, Höhensonnenbestrahlungen, vitaminreiche Ernährung oder ähnliches für sinnlos, da sie, seiner Meinung nach, keinen Schutz vor Pneumonien boten.⁴⁸⁹ Zusammenfassend kann man sagen, dass die Behandlung der Pneumonien sehr differenziert geschah und dass Rommel schon vor der Entdeckung des Penicillins und vor Erforschung des Wirkmechanismus von Optochin eine Therapie anwandte, die, wie sich später in der Forschung herausstellte, Pneumokokken gezielt am Wachstum hemmte, so dass durch Unterstützung anderer Anwendungen die Lungenentzündung in den meisten Fällen geheilt werden konnte. Entgegen dieser ursächlichen Behandlung konnten Hauterkrankungen im Kindesalter oft nur symptomatisch therapiert werden.

⁴⁸⁵ Vgl. Rommel (1933): Bericht 1929–31. S. 7 und Rommel (o.J.): Bericht 1932–35. S. 6. Es konnte kein Grund für die Unterbrechung der Optochinbehandlung gefunden werden.

⁴⁸⁶ Rommel (1933): Bericht 1929–31. S. 7.

⁴⁸⁷ Vgl. Rommel (o.J.): Bericht 1932–35. S. 6.

⁴⁸⁸ Vgl. Rommel (o.J.): Bericht 1932–35. S. 6. Die genaue Angabe, um welches Medikament es sich bei Antiphlogistin handelt, ist leider nicht möglich. Ebenso ist die Kapillärbronchitis im heutigen Sprachgebrauch nicht zuzuordnen.

⁴⁸⁹ Vgl. Rommel (o.J.): Bericht 1932–35. S. 6.

Erkrankungen der Haut

Im Säuglingsheim München wurden in den Jahren 1929 bis 1931 41 dermatologische Fälle aufgenommen, in den folgenden Jahren bis 1935 69. Von diesen 41 Kindern kamen 23 mit Ekzemen, oftmals infiziert als Impetigo. Die übrigen Fälle waren Furunkel, Abszesse und seltenerer Erkrankungen wie Sklerodermie, Hämangiome oder Leiner.⁴⁹⁰ Rommel weist darauf hin, dass besonders bei dermatologischen Fällen eine diätetische Therapie und die Pflege eine besonders wichtige Rolle spielen. Dadurch konnte ein großer Teil der Kinder geheilt oder deren Symptomatik gelindert werden.⁴⁹¹ Im späteren Bericht wird von 51 Fällen von Exanthenen berichtet. Insgesamt sah man eine zunehmende Tendenz der exsudativen Diathese.⁴⁹² Bei den Fällen mit Exanthem wurde neben der diätetischen Behandlung auch noch eine Therapie mit Teer empfohlen, die sich laut Rommel sehr gut bewährte und ohne Nierenreizung angewandt werden konnte. Auch eine Anwendung von Schwefelpräparaten brachte manchmal Erfolge.⁴⁹³ Desweiteren kamen drei Fälle von Dermatitis exfoliativa zur Aufnahme, wovon zwei geheilt wurden und einer aufgrund einer Sekundärinfektion verstarb. Eine Furunkulose zeigte sich bei 14 Patienten und kam nach Meinung Rommels selten zur Aufnahme, war aber sehr gefürchtet.⁴⁹⁴ Einen weiteren Komplex stellen die neurologischen Erkrankungen dar.

⁴⁹⁰ Rommel (1933): Bericht 1929–31. S. 7. Leiner entspricht einer Erythrodermia desquamativa Leiner. Sie stellt eine schwere Form des seborrhoischen Ekzems dar. Pschyrembel (2004): Klinisches Wörterbuch. S. 1025.

⁴⁹¹ Vgl. Rommel (1933): Bericht 1929–31. S. 8

⁴⁹² Rommel (o.J.): Bericht 1932–35. S. 8.

⁴⁹³ Vgl. Rommel (o.J.): Bericht 1932–35. S. 8 Die Behandlung chronischer Exantheme mit Teer und dessen Derivaten ist auch heute noch ein angewandtes Verfahren, weil es ohne Nebenwirkungen antientzündliche, antiproliferative und juckreizstillende Wirkung hat. Vgl. Rassner (2007): Dermatologie. S. 27.

⁴⁹⁴ Vgl. Rommel (o.J.): Bericht 1932–35. S. 8.

Erkrankungen des Nervensystems

Bei Erkrankungen des Nervensystems ist zwischen Neuropathien und Psychopathien zu unterscheiden.⁴⁹⁵ Insgesamt kamen unabhängig davon folgende Erkrankungen zur stationären Aufnahme: Idiotie, Mongolismus, Meningitis, Encephalitis, Hydrocephalus, Little und Krämpfe jeglicher Art.⁴⁹⁶ Schon bei dieser Auflistung fällt auf, dass es sich um eine symptomatische Zusammensetzung der neuropathischen Erkrankungen handelt und nicht um eine ursächlich gegliederte Zuordnung. Im späteren Bericht kamen überwiegend „Neurosen“ mit 55 Fällen in das Säuglingsheim.⁴⁹⁷ Darunter verstand Rommel vorwiegend funktionelle Störungen des sympathischen Nervensystems mit den Ausprägungen in Form von häufigem Erbrechen, großer Unruhe, Schlafstörungen, Schwerernährbarkeit und Verhaltensauffälligkeiten.⁴⁹⁸ Weiterhin traten verschiedene krampfartige Erkrankungen auf, wie Spasmen am Gastrointestinaltrakt, Nickkrämpfe, sogenannte Spasmophilie und die Littlesche Erkrankung.⁴⁹⁹ Insgesamt hat in beiden

⁴⁹⁵ Vgl. Rommel (1933): Bericht 1929–31. S. 7. Die hierbei verwendeten Begriffe der Neuro- sowie Psychopathien sind nicht mit den Begriffen der Neurologie und Psychiatrie des heutigen Sprachgebrauchs gleichzusetzen. Psychopathie ist am ehesten mit dem heutigen Begriff der Entwicklungsstörungen zu vergleichen, da Psychopathie im heutigen Sprachgebrauch nur für entwickelte Persönlichkeiten und folglich nicht für Säuglinge verwendet wird. Koch begründete 1891 die deutsche Psychopathielehre. Er engte den Begriff auf gestörte Persönlichkeiten ein, allerdings war Psychopathie bald ein „abgegriffener und pejorativ besetzter Begriff“. Kurt Schneider räumte 1923 ebenfalls ein, dass der Begriff immer noch nicht wertfrei verwendet werde. Zusammenfassend kann man zu dem Schluss kommen, dass Psychopathien während der Weimarer Republik am ehesten als Persönlichkeitsstörungen im heutigen Sinn zu sehen sind, aber mit abwertendem Hintergrund. Vgl. Schott, Tölle (2006): Psychiatrie. S. 110. Hinzu kam allerdings, dass man Psychopathien auf erbliche und angeborene Störungen einengte und sich eine wertneutrale Verwendung nicht durchsetzen konnte. Diese Entwicklung führte dazu, dass man den Begriff der Psychopathien vor allem nach 1933 bis zu „Asozialen“ und Kriminellen ausdehnte und als Kriterium für rassenhygienische Maßnahmen während des Nationalsozialismus verwendete. Vgl. Schmuhl (1987): Rassenhygiene. S. 84–86.

⁴⁹⁶ Vgl. Rommel (1933): Bericht 1929–31. S. 7.

⁴⁹⁷ Rommel (o.J.): Bericht 1932–35. S. 8. Der Begriff der Neurosen deutet eher auf eine Störung des Nervensystems hin und ist nicht gleich mit dem heutigen Begriff der Neurosen aus dem psychiatrischen Formenkreis. Eine genaue Zuordnung des Begriffes war anhand der Quellenlage nicht möglich.

⁴⁹⁸ Vgl. Rommel (o.J.): Bericht 1932–35. S. 8. Rommel nennt Kissenbohren als Verhaltensauffälligkeit.

⁴⁹⁹ Rommel (o.J.): Bericht 1932–35. S. 8–9.

Berichten diese Art von funktionellen neuropathischen Störungen zugenommen.⁵⁰⁰ Demgegenüber widmet sich Rommel im ersten Bericht etwas ausführlicher den Psychopathien. Rommel sieht als ursächlich für diese Erkrankungen meist eine erbliche Anlage. Am ehesten sind in seinem Sprachgebrauch Verhaltensstörungen als Psychopathien zu verstehen.⁵⁰¹ Er stellte fest, dass die Zahl der Kinder mit diesen Erkrankungen zunahm und eine über Monate andauernde, psychotherapeutische Behandlung im Säuglingsheim nötig war, die möglichst früh begonnen werden sollte, um Erfolge zu erzielen. Skeptisch äußerte er sich entgegen der Meinung der Kollegen Nassau und Morgenstern, ob es sinnvoll sei, Kinder mit Psychopathien, also „systematisch schwierige und auffällige Kinder“⁵⁰² in einem Säuglingsheim für normale Kinder aufzunehmen. Er diskutierte seine Skepsis insbesondere vor dem Hintergrund der „psychischen Infektionsgefahr“.⁵⁰³ Im späteren Bericht, der bereits nach 1933 verfasst wurde, taucht der Begriff der Psychopathien nicht mehr auf. Rommel erwähnt lediglich das Auftreten von zwei Fällen schwerer Idiotie sowie mehreren Kindern mit Hydrocephalus.⁵⁰⁴ Insgesamt äußert sich Rommel folgendermaßen über Erkrankungen des Nervensystems in Bezug auf die Fürsorge:

*„Jedenfalls dürfte die frühzeitige Erfassung und Behandlung neuro- und psychopathischer Kinder eine sehr wichtige fürsorgerische Forderung in heutiger Zeit sein [...]“*⁵⁰⁵

Urologische Erkrankungen

Während der Berichtszeit von 1929 bis 1931 kamen 11 Krankheitsfälle der Urogenitalorgane entweder zur Aufnahme oder zur Untersuchung während ihres Aufenthalts im Säuglingsheim. Meistens handelte es sich dabei um Pyurien und nur bei einem Kind bestand eine Blasenanlagestörung in Form einer Blasenektomie, die damals noch nicht operativ versorgt werden konnte

⁵⁰⁰ Vgl. Rommel (1933): Bericht 1929–31. S. 7 und Rommel (o.J.): Bericht 1932–35. S. 8–9.

⁵⁰¹ Vgl. Rommel (1933): Bericht 1929–31. S. 7. In heutigem Sprachgebrauch versteht man unter Psychopathien am ehesten Persönlichkeitsstörungen.

⁵⁰² Rommel (1933): Bericht 1929–31. S. 7.

⁵⁰³ Vgl. Rommel (1933): Bericht 1929–31. S. 7.

⁵⁰⁴ Vgl. Rommel (o.J.): Bericht 1932–35. S. 8–9.

⁵⁰⁵ Rommel (1933): Bericht 1929–31. S. 7.

und infolge derer das Kind nach zweieinhalb Jahren verstarb.⁵⁰⁶ Auch in den folgenden Jahren stellten die eitrigen Nierenbeckenentzündungen unter den 14 Fällen von Harnwegserkrankungen den größten Anteil dar. Im späteren Bericht erläutert Rommel die Therapie in Form von wiederholten Blutinjektionen, die allerdings im Verlauf zugunsten einer Behandlung mit Prontosil der Firma Bayer aufgegeben wurde. Seiner Ansicht nach zeigten sich überraschen gute Resultate, das Fieber sank innerhalb von drei Tagen, der Urinbefund normalisierte sich innerhalb von acht bis zehn Tagen und Nebenwirkungen, vorwiegend eine rotgelbliche Färbung von Haut und Urin, hinterließen keine dauerhaften Schäden. Dazu erwähnt Rommel, dass man im Säuglingsheim eine Autovakkzination wieder aufgegeben habe.⁵⁰⁷ Auch auf dem Gebiet der Infektionserkrankungen spielte die Impfung mit verschiedenen Seren bereits eine wichtige Rolle, auf die im nächsten Kapitel kurz anhand der aufgetretenen Krankheitsfälle eingegangen werden soll.

Infektionskrankheiten

Die im Säuglingsheim München aufgetretenen Erkrankungen, die im engeren Sinn infektiöse Kinderkrankheiten darstellen, wurden nicht stationär aufgenommen, sondern ausnahmslos in fachspezifische Kinderkliniken überwiesen. Die trotzdem während der stationären Behandlung aufgetretenen Fälle mussten natürlich therapiert werden und man sah als ursächlich eine Einschleppung von außen an.⁵⁰⁸ Im folgenden Abschnitt wird kurz auf die einzelnen Erkrankungen, nach Häufigkeit des Auftretens, und auf deren Behandlung eingegangen. In den Jahren 1929 bis 1931 stand an erster Stelle mit 51 Fällen die Varizelleninfektion, die von einem Kind mit Herpes zoster ausging. Bei strophulösen Kindern sah Rommel einen schweren Verlauf, der dieser sonst leichten Erkrankung entgegenstand.⁵⁰⁹ Eine Windpockeninfektion

⁵⁰⁶ Rommel (1933): Bericht 1929–31. S. 7.

⁵⁰⁷ Vgl. Rommel (o.J.): Bericht 1932–35. S. 7–8. Es handelt sich bei Prontosil um einen Azofarbstoff, der als erstes Sulfonamid 1932 von Domagk entdeckt wurde und die bakterielle Synthese von Dihydrofolsäure hemmt. Die Rotfärbung des Urins stellt dabei eine typische Nebenwirkung dar. Vgl. Aktories et al. (2005): Pharmakologie. S. 838–843.

⁵⁰⁸ Vgl. Rommel (1932): Säuglingsheime. S. 49 und Rommel (o.J.): Bericht 1932–35. S. 9.

⁵⁰⁹ Vgl. Rommel (1933): Bericht 1929–31. S. 9.

und deren Therapie wurden in den späteren Berichtsjahren nicht erwähnt.⁵¹⁰ Weiterhin traten zwischen 1929 und 1930 21 Fälle von Pertussis auf. Im zweiten Bericht wird von 13 Fällen berichtet. Rommel erläutert in beiden, dass sich die Freiluftbehandlung bewährt hätte und die Erkrankung dadurch einen milden Verlauf nahm. Im späteren Bericht ist zusätzlich die Rede davon, dass man frühzeitig sogenannte „J.G.F. Vaccine“ anwandte. Insgesamt starb an Pertussis kein einziges Kleinkind.⁵¹¹ Weiterhin traten 1935 vier Fälle von Scharlach auf, die nicht in Infektionsabteilungen der Kinderkrankenhäuser verlegt werden konnten, weil sich die Eltern weigerten, den dort höheren Verpflegungssatz zu bezahlen. Das Säuglingsheim sah sich deshalb veranlasst die Kinder zu isolieren. Die derartige Unterbringung genehmigte der Bezirksarzt und alle Kinder konnten kuriert werden.⁵¹² Bereits im früheren Bericht nahmen die sieben Scharlacherkrankungen des Jahres 1928 durch Anwendung von Skarlatina-Rekonvaleszentenserum im Frühstadium einen leichten Verlauf.⁵¹³ Die Masern als weitere Kinderkrankheit traten in acht Fällen auf und heilten ohne Komplikationen ab. Therapiert wurden sie durch Degwitzsches Serum, wenn es zur Verfügung stand, oder mit bereits masernerkranktem Erwachsenenblut, das den Kindern injiziert wurde. Dadurch erreichte Rommel eine wesentlich leichter verlaufende Krankheitsperiode.⁵¹⁴ Man versuchte zudem durch Quarantäne eine Maserninfektion im Säuglingsheim zu verhindern. Darüber berichtet Rommel, dass ein Masernfall abgefangen und ins Kinderkrankenhaus Schwabing überwiesen wurde.⁵¹⁵ Dementgegen zeigten die Grippeerkrankungen höhere Mortalitäts- und Morbiditätsraten. Diese Erkrankung trat laut Bericht von 1929 bis 1931 14-mal auf. Man führte die geringe Zahl auf wenige Besuche von außen, von den Eltern und durch den seltenen Wechsel und Entlassung der Kinder zurück. Die Therapie erfolgte mit Freiluftbehandlung und zeigte

⁵¹⁰ Vgl. Rommel (o.J.): Bericht 1932–35. S. 9.

⁵¹¹ Vgl. Rommel (1933): Bericht 1929–31. S. 9 und Rommel (o.J.): Bericht 1932–35. S. 9.

⁵¹² Vgl. Rommel (o.J.): Bericht 1932–35. S. 9.

⁵¹³ Rommel (1933): Bericht 1929–31. S. 9.

⁵¹⁴ Vgl. Rommel (1933): Bericht 1929–31. S. 9. Erwähnenswert ist an dieser Stelle, dass man bei zudem tuberkuloseerkrankten Kindern einen deutlichen Rückgang der Korrelate der Tuberkulose verzeichnete.

⁵¹⁵ Rommel (o.J.): Bericht 1932–35. S. 10.

folgende Heilungsraten: Als geheilt oder sehr gebessert konnte Rommel 60 % entlassen, als gebessert 32 %, unverbessert oder verschlechtert 4,7 %. Insgesamt waren sechs Todesfälle zu verzeichnen. Das entsprach einer Letalität von 3,3 % und wurde als sehr günstig angesehen.⁵¹⁶ Entgegengesetzte Mortalitätszahlen ergaben die Erkrankungen mit dem Verlauf einer Sepsis. Rommel erläutert, dass von den in den Jahren 1932 bis 1935 behandelten zehn Fällen einer Sepsis acht Kinder verstarben, zwei durch Blutinjektionen und Muttermilchernährung gerettet werden konnten. Ursächlich handelte es sich meist um eine versteckte Nabelsepsis.⁵¹⁷ Zusammenfassend stellte sich im Überblick der verschiedenen Behandlungsmethoden der einzelnen Erkrankungen heraus, dass bereits vielfach mit Immunisierung gearbeitet wurde und man damit Erfolge erzielte. Ähnlich zur heutigen Therapie der Influenza, der Grippe, abgesehen von der zur Verfügung stehenden Impfung für Risikogruppen, wurde sie auch damals symptomatisch behandelt. Abschließend lässt sich bei diesem Kapitel kurz an die eingangs erwähnten Fortschritte der Pädiatrie und Bakteriologie erinnern, die, wie man an den jeweiligen Therapien ersieht, den Ärzten ein breites Spektrum an neuen, teilweise noch experimentellen Behandlungsoptionen ermöglichte.

4.2.2.8 Die chirurgischen sowie orthopädischen Krankheitsfälle

Die im Säuglingsheim München aufgenommenen Fälle mit primär chirurgischen Indikationen betragen in den Berichtsjahren 1929 bis 1931 13 Kinder, allerdings fielen weitaus mehr bei bereits anderweitig stationären Patienten an. Alle Eingriffe wurden sowohl laut erstem als auch zweitem Bericht von Dr. Goßmann durchgeführt.⁵¹⁸ Zahlenmäßig wurden phlegmonöse Prozesse des Unterhautgewebes sehr zahlreich chirurgisch versorgt, entgegen intracutanen Abszessen, die konservativ behandelt wurden. Von 1932 bis 1935 kamen zehn kleine Patienten zur Operation aufgrund von Phlegmonen.⁵¹⁹ Ein weiteres

⁵¹⁶ Vgl. Rommel (1933): Bericht 1929–31. S. 9-10.

⁵¹⁷ Rommel (o.J.): Bericht 1932–35. S. 10.

⁵¹⁸ Vgl. Rommel (1933): Bericht 1929–31. S. 12 und Rommel (o.J.): Bericht 1932–35. S. 11.

⁵¹⁹ Rommel (1933): Bericht 1929–31. S. 12 und Rommel (o.J.): Bericht 1932–35. S. 10–11. Biographische Daten zu Dr. Goßmann konnten leider nicht gefunden werden.

Gebiet der operativen Versorgung im Bereich der Haut stellten die angeborenen Hämangiome dar. Laut dem Bericht von 1929 bis 1931 wurden sie exzidiert, wenn ein rasches Wachstum vorhanden war. Dieses Verfahren versprach bei frühzeitigem Vorgehen ein kosmetisch gutes und schonendes Ergebnis. Bei einem Fall wurde aufgrund eines sehr ausgedehnten und zudem kavernösen Tumors an der Wade zusätzlich eine Cutislappentransplantation vom Oberschenkel durchgeführt. Ein weiterer schwieriger Fall in Form eines großen Haemolymphangioma cystica an der Brust mit Beteiligung der Axilla machte ein gemeinsames Vorgehen mit Geheimrat Krecke notwendig, der den Tumor mit einem im Säuglingsheim nicht vorhandenem Kaltkauter stichelte und so einen, nach mehreren Anwendungen, stark regredienten Befund erzielte.⁵²⁰ Dasselbe Vorgehen wird auch im späteren Bericht geschildert ebenso wie die gleich guten Resultate, selbst bei schwierigen Entfernungen an der Oberlippe. Während der Jahre 1932 bis 1935 wurden elf Hämangiome versorgt.⁵²¹ Eine ganz unterschiedliche Domäne der Kinderchirurgie, nämlich die plastische Chirurgie der Lippen-Kiefer-Gaumenspalten, wurde ebenfalls von Dr. Goßmann abgedeckt. Im ersten Bericht werden drei Hasenscharten kombiniert mit linksseitiger Kiefergaumenspalte sowie in einem Fall mit doppelseitiger Hasenscharte verzeichnet. Die entsprechenden Lippenspalten wurden mit gutem kosmetischen Ergebnis operiert.⁵²² Die bei diesen Kindern weiterhin bestehende Gaumenspalte wurde in einer zweiten Sitzung, wie im späteren Bericht der Jahre 1932 bis 1935 erwähnt wird, chirurgisch im zweiten Lebensjahr behandelt.⁵²³ Dort sind die Fehlbildungen detaillierter aufgeführt. Es wurden demnach insgesamt acht Säuglinge operiert, davon zwei mit doppelseitiger Lippen-Kiefer-Gaumenspalte, zwei mit einseitiger durchgehender Lippen-Kiefer-Gaumenspalte, einer mit doppelseitiger, inkompletter Gaumenspalte, zwei mit einseitiger, inkompletter Gaumenspalte und einer mit einseitiger Gaumenspalte ohne Komplikation. Prinzipiell operierte man doppelseitige Spalten in zwei Zeiten. Bis auf eine notwendige Nachoperation wegen einer Dehiszenz im Lippenrot erfolgte bei allen

⁵²⁰ Vgl. Rommel (1933): Bericht 1929–31. S. 12–13.

⁵²¹ Vgl. Rommel (o.J.): Bericht 1932–35. S. 10–11.

⁵²² Rommel (1933): Bericht 1929–31. S. 13.

⁵²³ Rommel (o.J.): Bericht 1932–35. S. 12.

Säuglingen die Heilung per primam mit gutem kosmetischen Ergebnis.⁵²⁴ Neben diesen Spalten kam auch ein Fall der selteneren queren Mundspalte zur Aufnahme, die der Technik nach entsprechend einer Hasenscharte operativ behandelt wurde.⁵²⁵ Einen ganz anderen Bereich der pädiatrischen Chirurgie bildeten die Leistenhernien sowie Nabelbrüche. Leistenbrüche wurden laut erstem Bericht erst nach dem zweiten Lebensjahr chirurgisch versorgt, außer es traten Inkarzerationen auf, die eine Intervention unumgänglich machten. Die Operation wurde wie folgt durchgeführt: Entweder trug man den Bruchsack ganz ab oder raffte ihn nach der Technik von Mac-Evan. Der Leistenkanal wurde darauf mit ein bis zwei Pfeilernähten verengt, so dass eine Plastik überflüssig war. Die so behandelten vier Fälle während der Jahre 1929 bis 1931 ergaben eine komplikationslose Heilung.⁵²⁶ Im folgenden Bericht ist eine veränderte Operationstechnik zu finden. Der Bruchsack wurde nicht mehr nach Mac-Evan gerafft, sondern distal nach Ligatur abgetragen und danach je nach Geschlecht, bei männlichen Patienten der äußere Leistenring durch Pfeilernähte, wie bisher, verengt, bei Mädchen verschlossen. Es wurden nach dieser Art zwei Mädchen und vier Jungen therapiert.⁵²⁷ Die hierbei nicht mehr aufgeführten Nabelbrüche wurden laut Dr. Goßmann im ersten Bericht nur bei sehr großem Befund operiert. Aufgrund dieser Indikation kam nur ein Kind zur Operation. Dabei achtete man darauf, dass es zu keinem Rezidiv kam und die Nabelnarbe erhalten blieb, weshalb man über die Naht des Bruchs zusätzlich auch die Rektusscheide vereinigte.⁵²⁸ Im Säuglingsheim München wurden zudem auch intraabdominelle Eingriffe durchgeführt. Es wird berichtet, dass ein acht Tage alter Säugling bei seit vier Tagen bestehendem Volvulus nach durchgeführter Laparotomie verstarb, da bereits eine Darmgangrän mit Peritonitis bestand. Daneben wurden allerdings sehr erfolgreich ohne Komplikationen die bereits angesprochenen 13 Fälle der hypertrophischen Pylorusstenosen durch Spaltung der Pylorusmuskulatur bis

⁵²⁴ Vgl. Rommel (o.J.): Bericht 1932–35. S. 11–12.

⁵²⁵ Vgl. Rommel (o.J.): Bericht 1932–35. S. 12.

⁵²⁶ Vgl. Rommel (1933): Bericht 1929–31. S. 13.

⁵²⁷ Rommel (o.J.): Bericht 1932–35. S. 12.

⁵²⁸ Vgl. Rommel (1933): Bericht 1929–31. S. 13. Insgesamt entsprechen die damaligen Operationstechniken im Wesentlichen noch den heute gebräuchlichen Methoden. Vgl. Siewert (2006): Chirurgie. S. 733–742.

auf die Submucosa therapiert. In den Jahren 1928 bis 1931 wurden so 13 Fälle, in den folgenden Jahren neun Fälle behandelt.⁵²⁹ Interessant zu erwähnen ist, dass damals als Narkose Avertin in der Dosierung von 0,1 g pro kg Körpergewicht in Verbindung mit wenig Äther und gelegentlich in Kombination mit Infiltrationsanästhesie verwendet wurde.⁵³⁰

Neben den chirurgischen Erkrankungen kamen auch orthopädische Fälle in das Säuglingsheim München. Hierbei handelte es sich meist um angeborene Fehlstellungen, wie in vier Fällen mit beidseitigem Klumpfuß, in einem Fall mit Hakenfuß sowie ein Patient mit Hüftgelenkluxation. Aufgrund der angegebenen guten Erfolge ermunterte Rommel seine Kollegen sowie Fürsorgeschwestern, orthopädische Fälle ins Säuglingsheim zu überweisen.⁵³¹

Im Bericht der späteren Jahre äußert er sich detaillierter zu den Behandlungsmethoden angeborener Klumpfüße. Die zur Aufnahme gekommenen zwei Patienten mit Klumpfuß wurden durch Redressieren bereits im Alter von drei Wochen behandelt. Darauffolgend korrigierte Rommel die Kontrakturen im Abstand von drei bis vier Wochen, immer mit der Maßgabe einer gewissenhaften Überwachung und Anwendung einer speziellen Technik. Diese bestand aus einem dorsal gefensterter und wenig gepolstertem Gipsverband mithilfe dessen man bereits nach einem halben Jahr die erwünschte Überkorrektur erreichte. Zusätzlich wurde das Kind mit einer Zelluloidnachtschiene versorgt, um das Ergebnis dauerhaft zu erhalten.⁵³² Eine weitere orthopädische Erkrankung stellte der muskuläre Schiefhals dar. Rommel gibt an, dass die beiden Patienten frühzeitig behandelt wurden, so dass man zum Ende des ersten Lebensjahres eine offene Tenotomie durchführte. Einen früheren Zeitpunkt einer chirurgischen Behandlung hielt er für nicht empfehlenswert aufgrund der möglichen Heilung durch Übungen im ersten Lebensjahr. Man legte den operierten Fällen darauf einen Gipsverband

⁵²⁹ Vgl. Rommel (1933): Bericht 1929–31. S. 13–14 und Rommel (o.J.): Bericht 1932–35. S. 12–13. Diese Therapie wurde als Weber-Rammstedtsche Operation bezeichnet.

⁵³⁰ Rommel (o.J.): Bericht 1932–35. S. 13.

⁵³¹ Vgl. Rommel (1933): Bericht 1929–31. S. 14. Rommel spricht bei Hüftgelenkluxation von Hüftgelenksverrenkung.

⁵³² Vgl. Rommel (o.J.): Bericht 1932–35. S. 13.

für drei Wochen an, der auch in schweren Fällen zur sicheren Heilung führen sollte.⁵³³

Abschließend sollen an dieser Stelle die Schwerpunkte des Säuglingsheims München e.V. kurz zusammengefasst werden. Als Grundlage der medizinischen Therapie ist die individualisierte, das bedeutet für jedes einzelne Kind anhand seiner Erkrankung und seines Alters passende, Ernährung zu nennen. Hier ist auch besonders an die Rachitis sowie Tuberkulose zu denken, die sowohl möglichst früh durch alle damals verfügbaren diagnostischen Mittel erkannt werden sollten, aber auch insbesondere durch eine Freiluftbehandlung therapiert wurden. Wichtig waren auch die Leistungen auf dem Gebiet der Frühgeburtenfürsorge. Vor dem Hintergrund der sinkenden Geburtenzahl versuchte man, jedes einzelne Kind durch Ernährung, Medikation und Förderung bestmöglich gedeihen zu lassen. Wie angesprochen ließ sich besonders auf diesem Gebiet der während der Weimarer Republik zunehmende Einfluss eugenischer Ideen innerhalb der Fürsorge deutlich zeigen. Insgesamt lässt sich sagen, dass das Säuglingsheim München nicht nur die Vorreiterrolle Münchens innerhalb der Säuglingsfürsorge der Weimarer Republik bestätigt, sondern auch gezeigt werden konnte, dass dort die Möglichkeiten zur Anwendung neuester Medikamente, baulicher Maßnahmen und pflegerischer Tätigkeiten bestanden. Das insgesamt sehr breite Spektrum der Säuglingsfürsorge, das sowohl neue wissenschaftliche Erkenntnisse brachte als auch anwandte und eine bestmögliche und umfassende Behandlung der Säuglinge anstrebte, war auch wesentlich beeinflusst und in Verbindung zu sehen mit dem Gebiet der Schwangerenberatungsstellen.

⁵³³ Vgl. Rommel (o.J.): Bericht 1932–35. S. 13.

5 Aufgabenbereich und Tätigkeit der Schwangerenberatungsstellen

Die Fürsorge für werdende Mütter ist in den Kontext der darauf folgenden Säuglingsfürsorge und der Mütterberatung zwischen beiden Fürsorgebereichen eingebettet. Daher ist bereits durch die zeitliche Abfolge eine Zusammengehörigkeit gegeben und diese wurde auch bis zum Jahr 1930 institutionell beibehalten. Schon während des Kaiserreiches wurden Schwangerenberatungsstellen eingerichtet, meist an Säuglingsfürsorgestellen oder Entbindungsheime angeschlossen und waren in den Nachkriegsjahren kontinuierlich ausgelastet.⁵³⁴ Die Fürsorge für Schwangere oblag nach der Reichsverordnung vom 13. Februar 1924 den Landes- und Bezirksfürsorgeverbänden. Bereits ab dem Jahr 1920 sollten die Wohlfahrtsstellen wirtschaftlichen, rechtlichen und ärztlichen Rat an Schwangere erteilen.⁵³⁵ Im Bericht des Landesverbands für Mutterschafts-, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge über das Jahr 1928 heißt es, dass Schwangere in Bayern sowie in verschiedenen anderen Teilen des Landes, mit einigen Ausnahmen, in den Säuglingsberatungsstellen mitberaten würden. Die Beratung fand durch die Hebamme in Zusammenarbeit mit der Bezirksfürsorgerin statt, die auch die eventuell nötige Unterstützung beantragte. Des Weiteren nennt Seitz den Ausbau der Schwangerenfürsorge als eines der dringlichsten Ziele.⁵³⁶ Auf Reichsebene waren zu diesem Zeitpunkt bereits 1426 öffentliche Schwangerenberatungsstellen verzeichnet.⁵³⁷ Im darauffolgenden Jahr 1929 wurden die Pläne bezüglich der Errichtung von eigenen Schwangerenberatungsstellen konkretisiert. Es war eine Zusammenarbeit des Bezirksverbands für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge mit dem Verband Mutterschutz München e.V. angedacht, die zu einer baldigen Eröffnung von zwei Beratungsstellen im Norden und Süden von München führen sollte. Die Beratung sollte sich „[...] wirtschaftlichen, juristischen und gesundheitlichen

⁵³⁴ Vgl. Sachße, Tennstedt (1988): Armenfürsorge. S. 124.

⁵³⁵ Vgl. Schlieben (1927): Mutterschaft. S. 232.

⁵³⁶ Vgl. Seitz (1929): Bericht 1928. S. 12.

⁵³⁷ Sachße, Tennstedt (1988): Armenfürsorge. S. 125.

Bedürfnissen der mittellosen bzw. weniger bemittelten Schwangeren [...]“⁵³⁸ widmen und damit auch den Interessen der Stadtverwaltung entsprechen. Die Planung kam während des Jahres 1930 den Quellen zufolge zu dem Ergebnis, dass der Bezirksverband in Zusammenarbeit mit dem Verein Mutterschutz e.V. gemeinsam die Sprechstunden des Vereins Mutterschutz ausbaute und der Bezirksverband zum Aufbau von eigenen Beratungen die Stadt bat, eine Familienfürsorgerin bereitzustellen. Die neuen Beratungstermine für Schwangere sollten 14-tägig mittwochs in der Poliklinik und freitags im Mütterheim an der Taxisstraße 3 stattfinden. Laut den Archivalien plante man, die Schwangerenberatung auf drei Beratungsstellen auszubauen und zwar in der Haimhauserstraße 1 durch Dr. Binz, in der bereits angesprochenen Poliklinik und in der Taxisstraße 3 durch Chefarzt Dr. Jaeger.⁵³⁹ Bereits zwei Wochen später wurde bekannt gegeben, zum 1. September 1930 die drei angedachten Schwangerenberatungsstellen zu eröffnen. Wie geplant fand alle zwei Wochen in den Einrichtungen abwechselnd eine jeweils einstündige Beratung von 17:00 bis 18:00 Uhr statt. Für die anfallenden Aufgaben standen eine Säuglingsfürsorgerin, die gegebenenfalls auch dem Beratungsarzt assistieren sollte, und eine Familienfürsorgerin zur Verfügung. Für schwierige juristische Anfragen arbeitete man mit Hofrat Schülein und Geheimen Justizrat Meier von der Stadtverwaltung zusammen. Die Sprechstunde sollte fachärztliche, wirtschaftliche und rechtliche Auskünfte erteilen, allerdings auf keinen Fall eine ärztliche Behandlung beinhalten.⁵⁴⁰ Erkrankte Schwangere überwies man hierfür an deren zuständige Hausärzte.⁵⁴¹

Die Ausstattung der Schwangerenberatungsstellen sei exemplarisch anhand einer Aufstellung für die Haimhauserstraße 1 kurz besprochen. Zur Untersuchung gab es dort einen Untersuchungsstuhl samt Kniestützen und Polster. Hinzu kamen gynäkologische Untersuchungsgeräte und ein Blutdruckmessgerät. Obwohl ausdrücklich auf eine Behandlung verzichtet wurde, schaffte man zwei Eiterbecken und drei Kornzangen an. Ergänzend wurden

⁵³⁸ Tätigkeitsbericht des Bezirksverbands München für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, E.V. für das Jahr 1929. StadtAM Vereine 178. S. 5.

⁵³⁹ Bezirksverband München, 4. Juli 1930, StadtAM Wohlfahrt 4808.

⁵⁴⁰ Bezirksverband an den Stadtrat, 15. Juli 1930, StadtAM Wohlfahrt 4808.

⁵⁴¹ Vgl. Mutterschutz e.V., 17. Juli 1930, StadtAM 4808. Eine Behandlung wurde vor allem deshalb abgelehnt, um einen Konflikt mit den Hausärzten zu umgehen.

jeder Schwangeren Merkblätter, mindestens eines von Dr. med. F. Jaeger und eines von Dr. jur. H. Jaeger (1882–1946)⁵⁴², ausgehändigt.⁵⁴³

Für das Jahr 1931 geben die Quellen wiederum über die Eröffnung von drei Beratungsstellen Auskunft. Ob es sich dabei um drei neue oder um eine Verschiebung der Eröffnung der bereits genannten handelt, konnte die Recherche leider nicht klären. Die Grundsätze, dass dort keine Behandlung und keine direkte Unterstützung angeboten wurden, sondern nur die Vermittlung von Hilfe und eine gesundheitliche, wirtschaftliche und juristische Beratung, blieben gleich. Man sah den Grund der Errichtung von Schwangerenberatungsstellen darin, dem Geburtenrückgang entgegenzuwirken.⁵⁴⁴ Wie angesprochen, geht aus dem Schreiben des Jahres 1931 hervor, dass von der Beratungsstelle keine Hilfe in Form von Zahlungen oder Lebensmitteln erfolgte. Diese Vorgabe änderte sich, wie aus einem Bericht über die Schwangerenberatungsstelle in der Poliklinik des Jahres 1932 hervorgeht. Man gab über das Jahr verteilt an 94 Leute während 24 Beratungsstunden insgesamt 280 Liter Milch, acht Zentner Kohlen und 350 Speisemarken ab.⁵⁴⁵ Die dadurch unterstützten Frauen kamen entweder, weil sie ein Plakat der Beratungsstelle auf dem Arbeitsamt gesehen hatten, oder sie wurden direkt von der Säuglingsschwester des Bezirks geschickt, um sogenannte „Quäkerspeisung“ zu bekommen. Die unentgeltliche Beratung und Untersuchung blieben natürlich erhalten.⁵⁴⁶ Die Schwangerenfürsorge entwickelte sich folglich während der Weimarer Republik von der reinen Beratungsstelle hin zur Fürsorgestelle, die ärztliche und fürsorgliche Beratung erteilte, aber auch Lebensmittel- und Kohlenunterstützung ausgab und dadurch den bedürftigen schwangeren Frauen half. Nachdem bereits die

⁵⁴² Dr. jur. Heinz Jaeger arbeitete seit 1913 in der städtischen Verwaltung. Nach seinem Studium der Rechtswissenschaften in München von 1902 bis 1906 promovierte er während seines Referendariats von 1906 bis 1910 im Fachgebiet des Kirchenrechts. Er hatte während der gesamten Weimarer Republik das Amt des Direktors und damit der Leitung des Versicherungsamtes inne und blieb dort, nach weiterer Karriere während des Nationalsozialismus und Eintritt in die NSDAP 1937, bis zu seinem Tod am 26.3.1946 tätig. Zusätzlich engagierte er sich, neben seiner Tätigkeit als Beamter, innerhalb der Fürsorge durch Vorträge und Lehraufträge. Vgl. StadtAM Personalakten 11052.

⁵⁴³ Bezirksverband an den Stadtrat, 15. Juli 1930, StadtAM Wohlfahrt 4808.

⁵⁴⁴ Vgl. Schwangeren-Beratungsstellen, 3. März 1931, StadtAM Wohlfahrt 4808.

⁵⁴⁵ Kurzer Bericht über die Schwangeren-Beratung, StadtAM Wohlfahrt 4808.

⁵⁴⁶ Kurzer Bericht über die Schwangeren-Beratung, StadtAM Wohlfahrt 4808.

Weimarer Republik am 30. Januar 1933 beendet war, zieht der Beschluss vom 28. September 1933 unter das Kapitel der Schwangerenberatungsstellen durch deren Aufhebung einen Schlusstrich. Die Schwangerenberatung ging im April 1934 endgültig in das Hilfswerk „Mutter und Kind“ über.⁵⁴⁷ Da das Hilfswerk dem Hauptamt für Volkswohlfahrt und dieses wiederum der NSDAP unterstand, wurde die Schwangerenberatung der Weimarer Republik durch diesen Beschluss in den nationalsozialistischen Machtapparat integriert und gleichgeschaltet.

⁵⁴⁷ Vgl. Beschluss zur Aufhebung, 29. September 1933, StadtAM Wohlfahrt 4808. Im April 1934 ging die Schwangerenberatung in das Hilfswerk „Mutter und Kind“ über. Vgl. Brunner (1994): Frauenarbeit. S. 141.

6 Mütterberatung

„Mit dem Schutz für Säuglinge und Kleinkinder ist naturgemäß der Schutz und die Fürsorge für die Mutter, namentlich für die hoffende und stillende verbunden.“⁵⁴⁸

Wie das Zitat von Frau Woerner aus dem Jahr 1927 zeigt, ist die Mütterberatung immer in Zusammenhang mit dem Säuglings- und Kleinkinderschutz oder auch der Fürsorge zu sehen. Das Kapitel der Mütterberatung hat deshalb innerhalb des Themas der Dissertation eine Sonderstellung. Sie muss als Schnittstelle der Säuglingsberatungsstellen, der Schwangerenberatung, der Wöchnerinnenhilfe und des Mutterschutzes gesehen werden, da schon bei der Fürsorge für Säuglinge immer auch die betroffenen Mütter eingebunden wurden oder beteiligt waren, oftmals Schwangere und Mütter in den gleichen Institutionen beraten und unterstützt wurden. Hinzu kommt, dass Wöchnerinnen faktisch schon Mütter sind und damit ebenfalls in den Bereich der Mütterfürsorge fallen. In den Sprechstunden der offenen Fürsorge sollten Mütter Beratung und Informationen über die Pflege, Ernährung sowie über die Wichtigkeit des Stillens erhalten.⁵⁴⁹ Ein weiteres Gebiet der Mütterberatung stellte die im Jahr 1929 gegründete Münchner Mütterschule dar. Sie bot den Müttern theoretischen und praktischen Unterricht an, um ihre Mutterpflichten bestmöglich erfüllen zu können.⁵⁵⁰ Es soll außerdem hinzugefügt werden, dass die mangelnde Quellenlage zur Mütterberatung eine breite Untersuchung und einen daraus resultierenden Überblick nicht zuließ, so dass das Kapitel anhand von Schlaglichtern und Aufzeigen von einzelnen Institutionen bearbeitet werden musste. Eine dieser Institutionen stellt das Mütterheim an der Taxisstraße dar.

⁵⁴⁸ Woerner (o.J.): Tätigkeitsbericht 1927. S. 13.

⁵⁴⁹ Vgl. Schlieben (1927): Mutterschutz. S. 232.

⁵⁵⁰ Tätigkeitsbericht des Bezirksverbands München für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, E.V. für das Jahr 1929. StadtAM Vereine 178. S. 5–6.

6.1 Mütterheim an der Taxisstraße – Beratung und Unterstützung für Mutter und Kind

6.1.1 Die geschichtliche Entwicklung vom Mütterheim an der Kuglmüllerstraße zur Frauenklinik vom Roten Kreuz an der Taxisstraße

Den Beginn des Mütterheims an der Taxisstraße stellte die Gründung des Trägers, des Vereins Mutterschutz München e.V. mit seiner Vorsitzenden, Frau Professor Schoenflies⁵⁵¹, im Jahr 1905 dar. Bis zur Gründung des ersten Mütterheims als Bestandteil der geschlossenen Fürsorge widmete man sich bis zum Jahr 1910 im Bereich der offenen Fürsorge vor allem dem hygienischen, wirtschaftlichen und sozialen Schutz von Müttern und Kindern. Hierfür engagierte sich insbesondere die Vorsitzende auf dem Gebiet der Berufsvormundschaft, das bedeutet der rechtlichen Fürsorge unmündiger Personen, und der Mutterschaftsversicherung, die eine Sozialversicherung mit dem Ziel einer finanziellen Absicherung während eines Teils der Schwangerschaft und für die Zeit als Mutter danach sein sollte. Der Verein reichte im Jahr 1909 beim Reichstag eine Eingabe bezüglich der Mutterschaftsversicherung ein, die allerdings erst während des Ersten Weltkriegs in Form der Reichswochenhilfe verwirklicht wurde.⁵⁵² Während des Jahres 1910 konnte der Verein aufgrund vorangegangener, reger Werbung das erste Mütterheim für insgesamt sechs Mütter mit ihren Kindern an der Kuglmüllerstraße eröffnen. Bis zum Jahr 1914 wurden dort 300 Wöchnerinnen mit ihren Kindern aufgenommen und gepflegt.⁵⁵³ Man wollte die kleine Anstalt vergrößern und dank einer Stiftung und der Überlassung von städtischem Baugrund konnte am 21. Mai 1916 das eigentliche Mütterheim des Vereins Mutterschutz e.V. an der Taxisstraße fertiggestellt werden.

⁵⁵¹ Fr. Prof. Rosalie Schoenflies war Nationalökonomin und nahm eine Vorreiterrolle in der deutschen Frauenbewegung ein. Genauere biographische Daten waren leider nicht zu finden.

⁵⁵² Vgl. Meier (1916): Mütterheim. S. 5–8 und Kap. 6.4.

⁵⁵³ Vgl. Meier: Mütterheim S. 10–11. Laut Zeitungsartikel lag das Mütterheim an der Kemnatenstraße. Vgl. Jubiläum des Mütterheims, 9. Juni 1926, StadtAM ZA Heime.



München „Mütterheim“, Taxisstr. 3

Abb. 5: Gebäudeansicht, 1920–1935.

Vorsitzender des Vereins war seit Beginn Dr. Josef Meier⁵⁵⁴, Chefarzt war Dr. Franz Jaeger und geführt wurde das Haus durch Schwestern vom Roten Kreuz.⁵⁵⁵ Ein Ende fand der Verein Mutterschutz, als er während des Dritten Reichs aufgelöst und der NS-Frauenschaft angeschlossen wurde.⁵⁵⁶ Im folgenden Abschnitt soll auf die baulichen, sozialen und medizinischen Gegebenheiten und Veränderungen während der Weimarer Republik näher eingegangen werden.

⁵⁵⁴ Dr. Josef Meier engagierte sich sowohl im Verein Mutterschutz als auch im Verein Säuglingsheim München an der Lachnerstrasse. Im Säuglingsheim München war er zeitweise leitender Arzt neben Dr. Rommel und später im Ministerium tätig. Er galt als einer der Hauptrepräsentanten der bayerischen Säuglingsfürsorge. Vgl. ZA Geheimrat Dr. Josef Meier, Archiv der Kinderkrankenpflegeschule des Klinikums Dritter Orden, München-Nymphenburg und Scheppe (1980): Säuglingsheilkunde. S. 1.

⁵⁵⁵ Jubiläum des Mütterheims, 9. Juni 1926, StadtAM ZA Heime.

⁵⁵⁶ Vgl. Krammer (1991): Mütterheim. S. 18.

6.1.2 Die Ausgangssituation im Mütterheim an der Taxisstraße und deren Entwicklung während der Weimarer Republik sowie die Versorgung von Schwangeren, Müttern und ihren Kindern

Das Gebäude bot, nachdem man den Eingang im Erdgeschoss betreten hatte, Platz für das Arbeitsgebiet der offenen Fürsorge. Hierfür wurden ein Sitzungszimmer und ein Versammlungsraum gebaut, der vor allem für Veranstaltungen wie Mütterabende und ähnliche Fortbildungsveranstaltungen für Frauen genutzt werden sollte. Der größte Teil wurde für die geschlossene Fürsorge beansprucht. Im Erdgeschoss richteten die Architekten Tagesräume für Kinder, deren Mütter zur Arbeit gingen, ein, die aus einem Spielzimmer, einer Gartenterrasse, einem Bad und Waschraum sowie einem Ruhezimmer bestanden. Gegenüber dieser Kinderstation befanden sich drei Wohnräume für je zwei Schwestern. Die Stationen für Mütter und Schwangere wurden in drei Abteilungen gegliedert. Die erste für Schwangere lag im ersten Stock. Dort fanden sich zwei Zimmer für jeweils zwei Schwangere und ein Vierbettzimmer. Hinzu kamen auf dieser Etage das gemeinsame Esszimmer mit Vorraum, ein Bad und Nebenräume. Es gab auch die Möglichkeit für einen Aufenthalt im Freien auf der angeschlossenen Terrasse. Ebenfalls im ersten Stock wurde die Wöchnerinnenabteilung untergebracht. Sie war nach Süden ausgerichtet und bot pro Zimmer zwei Wöchnerinnen Platz. Daneben lagen, jeweils durch Glasfenster verbunden, die zugehörigen Kinderzimmer. Durch die Lösung in Form von Abtrennungen aus Glas konnten sowohl die Mütter als auch die zuständige Schwester die Säuglinge beaufsichtigen, ohne das Zimmer zu betreten.



Abb. 6: Innenansicht, 1920–1935.

Ähnlich der Verpflegung im Säuglingsheim München an der Lachnerstrasse legte man bereits vor der Gründung des Mütterheims als auch während der Weimarer Republik großen Wert auf eine natürliche Ernährung durch Stillen.⁵⁵⁷ Die Kinderzimmer waren mit Badewannen und Wärmeschränken für die Wäsche ausgestattet. Auch den Wöchnerinnen konnte auf der Südseite eine Liegeterrasse geboten werden. Zusätzlich bestand die Möglichkeit zwei Mütter mit ihren Kindern einzeln unterzubringen. Alle Wöchnerinnen hatten ein gemeinsames Esszimmer wie die Schwangerenabteilung, samt Bädern und Nebenräumen. Im Dachgeschoss war die Mütterabteilung eingerichtet. Sie war so konzipiert, dass die Mütter auch tagsüber ihrem Beruf nachgehen konnten und während dieser Zeit dem Heim ihre Kinder zur Pflege überlassen konnten. Oftmals wurden aber die Mütter, wenn möglich, an leichter Hausarbeit beteiligt. Für Mütter standen insgesamt acht Zimmer zur Verfügung, die gegen eine geringe Gebühr entweder einzeln oder mit einer anderen Mutter zusammen genutzt werden konnten. Angeschlossen waren wiederum ein Esszimmer inklusive einer Teeküche, ein Bad und ein Putzraum. Bei der Gründung waren noch keine Entbindungen vorgesehen, weshalb kein Kreißsaal eingerichtet war. Es

⁵⁵⁷ Vgl. Meier (1916): Mütterheim. S. 11, 28 und Jubiläum des Mütterheims, 9. Juni 1926, StadtAM ZA Heime.

existierten allerdings zwei ärztliche Behandlungszimmer mit Operationsräumen gegenüber der Wöchnerinnenabteilung, falls ein dringlicher Eingriff oder eine plötzliche Geburt eintraten.⁵⁵⁸ Zur Ausstattung muss noch auf den damals modernen Standard hingewiesen werden. Das Haus verfügte über Zentralheizung, die unterschiedlich je nach Bedürfnis und Anwendung reguliert werden konnte, elektrisches Licht und Uhren sowie ein Hausteleson.⁵⁵⁹ Während der Jahre wurde das Mütterheim bis 1926 ausgebaut. Seitdem existierten zwei Entbindungszimmer und es wurden nun 12 Schwestern beschäftigt. Während eines Jahres bis Juni 1926 wurden 382 verheiratete und 229 ledige Mütter stationär aufgenommen und verpflegt. Das Soziale Referat gab in seinem Führer durch die Münchner Wohlfahrtspflege aus dem Jahr 1929 an, dass das Mütterheim obdachlose Schwangere vor, zu und nach der Entbindung aufnehme. Es standen 18 Betten für Mütter und Kinder und 20 Betten für Kinder allein zur Verfügung.⁵⁶⁰ Zu den Aufgaben der stationären Mütterfürsorge kam die offene Fürsorge, die bereits seit Gründung des Vereins einen wichtigen Anteil darstellte. Man betrieb weiterhin einmal wöchentlich für zwei Stunden eine Beratungsstunde für Vormundschaftssachen. Hinzu kam eine Sprechstunde im Arbeiterinnenheim an der Theresienstraße, die während eines Jahres von 113 verheirateten und 179 ledigen Müttern besucht wurde.⁵⁶¹ Auch für das Jahr 1929 ist belegt, dass zweimal wöchentlich eine Sprechstunde in allen Angelegenheiten der Mutterschaft für verheiratete als auch ledige Frauen in der Taxisstraße 3 bestand.⁵⁶² Zusammenfassend kann man sagen, dass das Mütterheim sowohl Ziele der offenen als auch geschlossenen Fürsorge verfolgte. Die Pflege der Mütter war sowohl durch das Stillen als auch durch die Aufnahme von Säuglingen und Kinder mit der Säuglingsfürsorge verbunden. Auffallend ist

⁵⁵⁸ Vgl. Meier (1916): Mütterheim. S. 17–21.

⁵⁵⁹ Vgl. Meier (1916): Mütterheim. S. 21–22.

⁵⁶⁰ Anonymus (1929): Münchner Wohlfahrtspflege. S. 56. Die Frauen konnten in der Anstalt bleiben, bis sie einem Kostplatz zugeteilt wurden. Der Verpflegungssatz für Schwangere betrug 1,50 RM, für Mutter und Kind 5 RM.

⁵⁶¹ Vgl. Jubiläum des Mütterheims, 9. Juni 1926, StadtAM ZA Heime. Bei der Sprechstunde ist anzunehmen, dass es sich um eine Mütterberatung handelte, die bereits im Bericht des Jahres 1916 erwähnt wurde. Der Verein bot bereits damals regelmäßige Sprechstunden an. Mütter konnten entweder Unterstützung in Form von Geld, Lebensmitteln oder Wäsche erhalten. Zusätzlich erteilte der Anwalt des Vereins rechtlichen Rat oder man gab Auskunft über staatliche, finanzielle Zuschüsse. Vgl. Meier (1916): Mütterheim. S. 9.

⁵⁶² Anonymus (1929): Münchner Wohlfahrtspflege. S. 56.

zudem die ähnliche Therapie der Freiluftbehandlung wie sie im Säuglingsheim München e.V. betrieben wurde. Das Kapitel des Mütterheims soll durch ein Zitat der Gründerin des Vereins, Frau Prof. Schoenflies, über den Sinn eines Mütterheims abgeschlossen werden.

„Das Mütterheim wird eine Stätte doppelter Fürsorge sein. Den Schwangeren und Wöchnerinnen biete es in einer für sie schweren Zeit einen Aufenthalt des Friedens und der Ruhe und nach der physischen Seite die Neubildung ihrer Kräfte und Arbeitsfähigkeit.“⁵⁶³

⁵⁶³ Meier (1916): Mütterheim. S. 27.

6.2 Die Mütterspeisung

Einen ganz anderen Teil der Fürsorge stellte die Mütterspeisung dar. Bereits im Jahr 1923 verzeichnete das Wohlfahrtsamt eine ähnliche Maßnahme aufgrund der großen Not der Bevölkerung. Schwangere Frauen vom dritten Monat vor bis zum ersten Monat nach der Entbindung sowie stillende Mütter erhielten verbilligte Milch und Brot, wenn sie bestimmte Einkommensgrenzen nicht überschritten. Insgesamt gab das Wohlfahrtsamt im Mai 1923 dafür 11000 Liter Milch zu verbilligtem Preis aus.⁵⁶⁴ Die eigentliche Mütterspeisung kam während der Jahre 1927 bis 1929 jeden Monat 1000 Müttern zugute. Sie wurde über den Bezirksverband München für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge durch die Stadt und die Landesstelle für Kinderspeisung an schwangere und stillende Frauen ausgegeben. Die Auswahl der Empfängerinnen erfolgte durch den zuständigen Fürsorgearzt, die Ausgabe und Kontrolle durch die Fürsorgeschwester. Die Lebensmittelspende entsprach einem Wert von 4,50 RM, zu der die Frauen einen Beitrag von 1 RM leisten mussten.⁵⁶⁵ Wenn sie völlig mittellos waren, wurden sie von der Zuzahlung befreit.⁵⁶⁶ Der Bericht des Jahres 1927 gibt an, dass die Unterstützung während neun Monaten ausgegeben wurde.⁵⁶⁷ Ein Schreiben des Bezirksverbands an den Stadtrat präzisiert den Zeitraum auf den 15. Mai bis 15. August 1927 und fragt an, ob die Speisung kontinuierlich fortgeführt oder wie im vorigen Jahr erst von November an fortgeführt werde.⁵⁶⁸ Aus dem Bericht des Jahres 1927 ist ersichtlich, dass bereits seit einiger Zeit eine Mütterspeisung durchgeführt wurde.⁵⁶⁹ Die Mütter, die diese Unterstützung in Anspruch nahmen, waren alle entweder seit kurzem oder längerem in der

⁵⁶⁴ Wohlfahrtsamt an Statistisches Amt, 11. Juni 1923, StadtAM Wohlfahrt 788. Es wurden auch an Kinder, Kranke und Personen über 70 Jahren verbilligte Milch und Brot abgegeben. Bei der Gesamtabgabe sind die anderen Personengruppen folglich zu berücksichtigen.

⁵⁶⁵ Vgl. Woerner (o.J.): Tätigkeitsbericht 1927. S. 13

⁵⁶⁶ Vgl. Bericht, 15. Juli 1927, StadtAM Wohlfahrt 2961.

⁵⁶⁷ Woerner (o.J.): Tätigkeitsbericht 1927. S. 13.

⁵⁶⁸ Bezirksverband München an den Stadtrat, 4. Juli 1927, StadtAM Wohlfahrt 2961.

⁵⁶⁹ Vgl. Woerner (o.J.): Tätigkeitsbericht 1927. S. 13. Da von „alljährlich“ die Rede ist, kann man den Schluss ziehen, dass bereits vor dem Jahr 1927 mit der Mütterspeisung begonnen wurde. Die weitere Recherche brachte keine früheren Quellen diesbezüglich zu Tage.

Fürsorge bekannt und aufgenommen.⁵⁷⁰ Es mussten trotzdem, aufgrund der großen allgemeinen Not, hunderte von Frauen abgelehnt werden. Genehmigt wurde die Hilfe im Jahr 1929 für entweder zwei bis drei Monate vor oder nach der Geburt.⁵⁷¹ Die Hilfe im Wert von 4,50 RM umfasste im Jahr 1927 drei Pfund Mehl, drei Pfund Zucker, ein Pfund Grieß, 3/4 Pfund Kakao und ein Pfund Butter. Diese Ration konnte in der Ludwigstraße 14 nach bezirkswiseiger Ladung abgeholt werden. Zusätzlich musste sich jede Frau durch einen ihr per Post zugestellten Ausweis legitimieren.⁵⁷² Während der Monate Mai und Juni 1927 wurden in dieser Weise 922 Speisungen zu 1 RM, 22 Speisungen zu 50 Pfennig und 56 Speisungen unentgeltlich ausgegeben.⁵⁷³ Insgesamt gab der Verein pro Monat 5000 Pakete aus dem städtischen Lager über das Lager des Bezirksverbands an die Mütter aus.⁵⁷⁴ Zusammenfassend lässt sich sagen, dass die Mütterspeisung in München eine materielle Hilfe in Form von Lebensmitteln war, die von wirklich notleidenden Frauen stark in Anspruch genommen wurde und aufgrund der großen Nachfrage auf 1000 Empfängerinnen beschränkt werden musste. Durch die Art der Bewilligung und Kontinuität der allmonatlichen Unterstützung konnte erreicht werden, dass gezielt den Müttern geholfen wurde, sie dafür allerdings die Säuglingsberatungsstellen aufsuchen mussten. Abschließend lässt sich feststellen, dass mit diesem Anreiz eine weitere Möglichkeit bestand, durch Beratung und Unterstützung die Mütter an die staatliche Fürsorge zu binden und dadurch sowohl auf die Mutter als auch auf das Kind Einfluss zu nehmen. Diesem Prinzip folgte auch eine weitere Einrichtung im Rahmen der Mütterfürsorge, auf die im nächsten Kapitel eingegangen werden soll.

⁵⁷⁰ Vgl. Bericht, 15. Juli 1927, StadtAM Wohlfahrt 2961.

⁵⁷¹ Tätigkeitsbericht des Bezirksverbands München für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, E.V. für das Jahr 1929. StadtAM Vereine 178. S. 17.

⁵⁷² Bericht, 15. Juli 1927, StadtAM Wohlfahrt 2961.

⁵⁷³ Bezirksverband München an den Stadtrat, 4. Juli 1927, StadtAM Wohlfahrt 2961.

⁵⁷⁴ Vgl. Bericht, 15. Juli 1927, StadtAM Wohlfahrt 2961.

6.3 Die Sprechstunden für Kinder sozial bedürftiger Mütter und werdende Mütter der Säuglingsfürsorge- und Beratungsstelle des Vereins „Prinzessin Arnulphaus e.V.“

Die Beratungsstelle des Prinzessin Arnulphauses eignet sich insofern zu einer kurzen Betrachtung der Mütterberatung, weil in den Berichten zum einen Mütter an sich explizit als Empfänger der Beratung erwähnt werden und zum anderen die Leistungen für die Empfängerinnen festgehalten wurden. Während der Jahre der Weimarer Republik wird in allen Berichten identisch ausgeführt, dass die Fürsorge sozial bedürftigen Müttern zuteil wurde.⁵⁷⁵ Die Fürsorgestelle bestand aus einem sehr großen Warteraum mit Eingang zur Schlotthauerstraße, einem ärztlichen Untersuchungszimmer und einem Vorraum.⁵⁷⁶



Abb. 7: Kinderfürsorgestelle, 1920.

⁵⁷⁵ Vgl. Rechenschaftsbericht für das Jahr 1918 des Vereins „Prinzessin Arnulphaus für Säuglinge“ (E.V.) über die Tätigkeit von Säuglingsheim, Fürsorgestelle u. Milchküche. StadtAM Wohlfahrt Vereine 178. o.S. und Jahresbericht 1919 des Säuglingsheim „Prinzessin Arnulphaus“ München, Frühlingsstrasse 27. StadtAM Wohlfahrt 2045.

⁵⁷⁶ Städtischer Nachrichtendienst, 29. November 1927, StadtAM Wohlfahrt 2045.

Die Beratungsstelle hatte ihr Aufgabengebiet in der sogenannten Außenfürsorge. Dies ist so zu verstehen, dass Kinder und deren Mütter zu Einzelkonsultationen in die Sprechstunde kamen. Im Jahr 1918 wurden 1742 Kinder in 6016 Konsultationen betreut. Festgehalten wurde dabei die Anzahl der gestillten und nicht gestillten Kinder. Es ergab sich dabei eine Zahl von 1016 Brustkindern und 726 Flaschenkindern.⁵⁷⁷ Während des folgenden Jahres kamen 1894 Kinder zu 5796 Einzelkonsultationen. Diese Leistung wurde unentgeltlich erbracht.⁵⁷⁸ Im Jahre 1920 wurden in der Außenfürsorge 1783 Kinder angegeben, die zusammen 9097 Beratungstermine unentgeltlich bestätigt erhielten.⁵⁷⁹ Für den späteren Zeitraum sei auf Kapitel 4.1.2 verwiesen, da spätestens ab dem Jahr 1927 die Fürsorgestelle in die Zuständigkeit des Bezirksverbands für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge übergang. Eine weitere Aufgabe der Beratungsstelle war die Bewilligung der Stillunterstützung. Die Unterstützung wurde entweder vom Magistrat oder von der Reichswochenhilfe und Ortskrankenkasse bezahlt. Im Jahr 1918 wurden 1585 RM an 133 Frauen vom Magistrat an 783 Frauen eine Stillunterstützung von der Reichswochenhilfe und Ortskrankenkasse.⁵⁸⁰ Während des darauffolgenden Jahres waren es 129 Frauen, die mit einer Summe von gesamt 1697 RM vom Magistrat unterstützt wurden, des Weiteren erhielten 1054 Frauen Stillunterstützung.⁵⁸¹ Der Bericht des Jahres 1920 gibt nur darüber Auskunft, dass viele Mütter Stillunterstützung erhielten. Auffallend ist aber, dass – entgegen der anderen Aufzeichnungen – entweder in bar oder in

⁵⁷⁷ Rechenschaftsbericht für das Jahr 1918 des Vereins „Prinzessin Arnulphaus für Säuglinge“ (E.V.) über die Tätigkeit von Säuglingsheim, Fürsorgestelle u. Milchküche. StadtAM Wohlfahrt Vereine 178. o.S.

⁵⁷⁸ Jahresbericht 1919 des Säuglingsheim „Prinzessin Arnulphaus“ München, Frühlingsstrasse 27. StadtAM Wohlfahrt 2045. o.S.

⁵⁷⁹ Rechenschaftsbericht für das Jahr 1920 des Vereins „Prinzessin Arnulphaus für Säuglinge“ (E.V.) über die Tätigkeit von Säuglingsheim, Fürsorgestelle u. Milchküche. StadtAM Vereine 178. o.S. Es ist anzunehmen, dass die Mütter die Bestätigung zum Erhalt der Stillprämien oder der Wochenfürsorge benötigten.

⁵⁸⁰ Rechenschaftsbericht für das Jahr 1918 des Vereins „Prinzessin Arnulphaus für Säuglinge“ (E.V.) über die Tätigkeit von Säuglingsheim, Fürsorgestelle u. Milchküche. StadtAM Wohlfahrt Vereine 178. o.S.

⁵⁸¹ Jahresbericht 1919 des Säuglingsheim „Prinzessin Arnulphaus“ München, Frühlingsstrasse 27. StadtAM Wohlfahrt 2045. o.S.

Naturalien ausgezahlt wurde.⁵⁸² Es bleibt festzuhalten, dass die finanzielle Unterstützung wiederum eine Anbindung der Frauen an die staatliche Fürsorge darstellte. Eine weitere staatliche Maßnahme in großem Umfang stellten die Wochenfürsorge und die Stillprämien im Rahmen der gesetzlichen, landesweiten Regelungen dar.

⁵⁸² Vgl. Rechenschaftsbericht für das Jahr 1920 des Vereins „Prinzessin Arnulfhaus für Säuglinge“ (E.V.) über die Tätigkeit von Säuglingsheim, Fürsorgestelle u. Milchküche. StadtAM Vereine 178. o.S.

6.4 Gesetzliche Regelungen der Wochenfürsorge und Stillprämien sowie deren Bedeutung

In Hinsicht auf die soziale Absicherung des Einzelnen eröffnete die Weimarer Verfassung eine neue Dimension. Im Gegensatz zu Bismarcks Sozialpolitik verankerte sie das Sozialversicherungswesen wie eingangs erwähnt in Artikel 161 der Verfassung.⁵⁸³ Es schloss auch die Wochenhilfe mit ein. Schon während des Krieges war eine Kriegswochenhilfe erlassen worden, die „bedeutendste sozialpolitische Errungenschaft der Kriegszeit.“⁵⁸⁴ Leistungen für Schwangerschaft und Stillen wurden trotz der finanziellen Not als sehr wichtiges Mittel gegen Säuglingssterblichkeit und Elend betrachtet⁵⁸⁵ und dadurch seit Beginn der Weimarer Republik nicht nur beibehalten, sondern kontinuierlich ausgebaut. Die Bearbeitung der Sekundärliteratur ergab, dass zwar auf die Wichtigkeit der Fortführung der Kriegswochenhilfe in Form der Wochenfürsorge hingewiesen wurde, allerdings eine Betrachtung über die Anfangszeit der Weimarer Republik hinaus durchwegs fehlt. Die Wochenfürsorge, Wochenhilfe und Familienwochenhilfe an sich stellen insgesamt immer nur entweder ein kurz angeschnittenes Randthema dar oder wurden gar nicht in die Betrachtung der Fürsorge aufgenommen.⁵⁸⁶ Aufgrund des hohen Stellenwerts der Sozialversicherung für die werdenden Mütter und die Wöchnerinnen, deren finanzielle Unterstützung sich aber auch wesentlich auf die Versorgung und die Stillung der Säuglinge auswirkte, soll in diesem Kapitel ein zeitlicher Überblick über die Gesetzgebung und deren Auswirkung auf die weibliche Bevölkerung gegeben werden. Die Mutterschaftsfürsorge der Weimarer Republik wurde, basierend auf dem Gesetz vom 23. April 1915, drei Personenkreisen zugeordnet. Das neue Gesetz, das am 26. September 1919

⁵⁸³ Erstmals in der deutschen Geschichte kam der Sozialgesetzgebung der Status eines Grundrechts zu. Neben §161 WRV wurde in § 119 WRV, Art. 2–3 auch die Wichtigkeit der Fürsorge für Familie und Kind und des Mutterschutzes festgelegt.

⁵⁸⁴ Jaeger (1919): Wochenhilfe. S. 33.

⁵⁸⁵ Jaeger (1919): Wochenhilfe. S. 34.

⁵⁸⁶ Vgl. Sachße, Tennstedt (1988): Armenfürsorge. S. 122 und Rudloff (1998): Wohlfahrtsstadt. Die weitere Recherche ergab keine weitere Sekundärliteratur zur Entwicklung der Wochenfürsorge im Verlauf bis zum Jahr 1933. Gerade deshalb ist eine Aufarbeitung des Themas von besonderem Interesse und wissenschaftlicher Notwendigkeit.

von der Reichsregierung beschlossen wurde, unterschied zwischen Kassenwochenhilfe, Familienwochenhilfe und Wochenfürsorge. Die Kassenwochenhilfe konnte eine Wöchnerin beantragen, die aufgrund des eigenen Versicherungsanspruchs dazu berechtigt war.⁵⁸⁷ Ähnlich stellt sich die Familienwochenhilfe dar, die bei Versicherungszugehörigkeit eines Familienmitglieds der Wöchnerin gewährt wurde. Hierunter fielen auch Töchter und Pflēgetöchter.⁵⁸⁸ Bei der Einteilung der Wöchnerinnen ging man folglich nach dem Stufenschema vor, ob erstens ein eigener Anspruch der Frau auf Wochenhilfe bestand oder, wenn nicht, eine Familienwochenhilfe beansprucht werden konnte. Beide waren Leistungen der Krankenkassen. Erst wenn die Mutter auf beide keinen Anspruch hatte, trat der dritte Bestandteil, die Wochenfürsorge⁵⁸⁹ ein.⁵⁹⁰ Sie war eine „freiwillige Leistung“⁵⁹¹ des Reiches und wurde als die eigentliche Nachfolge der Kriegswochenhilfe gesehen. Folgendes Zitat verdeutlicht, wie positiv und wichtig diese Neuerung eingeschätzt wurde:

„Aber als eine der sozialsten Errungenschaften, die von der Revolution gebracht wurden, wird allseits die Reichswochenhilfe vom 26.Sept.1919 bezeichnet, da angesichts des bedrohten Volksnachwuchses von jetzt ab auch die Wochenhilfe als Pflichthilfe allen versicherten Müttern und sogar auch den Nichtversicherten gewährt wurde, [...]“⁵⁹²

Die Wochenfürsorge soll deshalb im Folgenden den Schwerpunkt dieser Betrachtung bilden. Zum einen stellte sie die zentrale öffentliche Fürsorge des Reiches für Wöchnerinnen dar, zum anderen war durch sie der größte Teil der Frauen erfasst, der auf die Fürsorge angewiesen war. Bei der

⁵⁸⁷ Die Wöchnerin musste dafür im Jahr vor der Geburt mindestens sechs Monate bei einer Krankenkasse oder Knappschaft versichert gewesen sein und zum Zeitpunkt der Geburt ebenfalls einer Krankenkasse angehören. Vgl. Versicherungsamt der Landeshauptstadt München, 13.Oktober 1919, StadtAM Wohlfahrt 4806

⁵⁸⁸ Versicherungsamt der Landeshauptstadt München, 13.Oktober 1919, StadtAM Wohlfahrt 4806

⁵⁸⁹ Da die Wochenfürsorge ein Teil der Wochenhilfe war, werden die Begriffe Wochenhilfe, Wochenfürsorge und Wochenhilfe an minderbemittelte Wöchnerinnen oft synonym verwendet. Vgl. Versicherungsamt der Landeshauptstadt München, 13.Oktober 1919, StadtAM Wohlfahrt 4806 und Versicherungsamt der Landeshauptstadt München, 11. August 1921, StadtAM Wohlfahrt 4806.

⁵⁹⁰ Jaeger (1919): Wochenhilfe. S. 35.

⁵⁹¹ Jaeger (1919): Wochenhilfe. S. 35.

⁵⁹² Michailoff (1920): Säuglingsfürsorge. S. 118.

Wochenfürsorge wurden nur die Regelleistungen, die gesetzlich vorgeschrieben waren, genehmigt. Familienwochenhilfe und Kassenwochenhilfe konnten nach Ermessen der Krankenkassen zusätzliche Leistungen übernehmen. Anspruch auf Wochenhilfe hatte jede Frau, die ein Kind zur Welt gebracht hat, eine Totgeburt oder eine Frühgeburt hatte. Der zivilrechtliche Stand der Mutter war bei der Bewilligung nicht von Wichtigkeit, allerdings stellte die deutsche Staatsangehörigkeit eine entscheidende Voraussetzung dar. Die Wochenfürsorge wurde erst dann angewandt, wenn die Wöchnerin als minderbemittelt eingestuft wurde, sie also weder Anspruch auf Kassen- noch Familienwochenhilfe anmelden konnte.⁵⁹³ Die Leistungen der Wochenhilfe wurden gegenüber der Kriegswochenhilfe bedeutend ausgebaut. Es wurde ein einmaliger Entbindungsbeitrag gezahlt, außerdem ein Wochengeld und Stillgeld. Vor allem das Stillgeld sollte den Anreiz zur Ernährung des Kindes mit Muttermilch geben und wurde nur während der Stilltätigkeit der Mutter gezahlt.⁵⁹⁴ Zusätzlich wurde eine Beihilfe für Hebammendienste und ärztliche Versorgung bei Schwangerschaftsbeschwerden über 25 RM ausgezahlt. Das Wochengeld wurde für zehn Wochen gewährt und schlug mit 106,50 RM zu Buche. Die Zahlung konnte bereits vier Wochen vor der Geburt beginnen, allerdings bestand auf diese Regelung kein gesetzlicher Anspruch. Das Stillgeld, das maximal zwölf Wochen lang bezahlt wurde und täglich 75 Pfg. betrug, musste wie alle anderen Leistungen der Wochenhilfe durch ein ärztliches Zeugnis bestätigt werden.⁵⁹⁵ Diese Bestätigung hatte unentgeltlich ausgeschrieben zu werden und war der entscheidende Antrieb, um die Wöchnerinnen postpartal mit ihrem Säugling an die Säuglingsberatungsstellen und somit die öffentliche Fürsorge zu binden.⁵⁹⁶ An dieser Stelle soll nochmals

⁵⁹³ Versicherungsamt der Landeshauptstadt München, 13. Oktober 1919, StadtAM Wohlfahrt 4806. Die Einkommensgrenzen, um als minderbemittelt eingestuft zu werden, durfte bei Verheirateten zusammen nicht mehr als 2500 RM ausmachen und für Alleinstehende 1500 RM. Michailoff (1920): Säuglingsfürsorge. S. 118.

⁵⁹⁴ In den Erläuterungen zu den Bestimmungen wird außerdem ausdrücklich darauf hingewiesen, dass das Stillgeld nur zu gewähren ist, wenn die Wöchnerin ihr Kind selbst stillt. Versicherungsamt der Landeshauptstadt München, 13. Oktober 1919, StadtAM Wohlfahrt 4806.

⁵⁹⁵ Jaeger (1919): Wochenhilfe. S. 50–52.

⁵⁹⁶ Die Beratungsstelle für Säuglings- und Kleinkinderschutz machte in der Zeitung darauf aufmerksam, dass sie fachkundige Hilfe bei rechtlichen Fragen und bei der

an die Aufgaben der Säuglingsberatungsstellen, siehe Kapitel 4.1.2, aber auch an den Themenbereich der Mütterberatung, siehe Kapitel 6, erinnert werden. Beiden Gebieten der Fürsorge erwuchs aus den hier besprochenen gesetzlichen Regelungen ein großer Aufgabenbereich. Durch die neue gesetzliche Regelung der Wochenfürsorge am Anfang der Weimarer Republik wurden die schwangere Frau und später die Mutter somit mehrfach in die staatliche Fürsorge einbezogen. Die ihr in Aussicht gestellten finanziellen Anreize bildeten die Grundlage, sie in den Beratungsstellen medizinisch zu untersuchen, das Kind von Geburt an zu betreuen und eine im staatlichen Sinne vernünftige und gesunde „Aufzucht“⁵⁹⁷ zu beeinflussen. In den folgenden Jahren wurde sowohl die Wochenhilfe als auch die Wochenfürsorge bezüglich der Zuständigkeit jeweiliger Behörden, der Höhe der Unterstützung und des Leistungsumfangs geändert. Mit dem Gesetz vom 29. Juli 1921 wurden vor allem dem gesunkenen Geldwert Rechnung getragen und die Beiträge sowie bei der Wochenfürsorge die Bemessensgrenze als minderbemittelte Wöchnerin erhöht. Der Antrag auf Wochenfürsorge war nicht mehr bei den Krankenkassen, sondern beim jeweiligen Versicherungsamt zu stellen.⁵⁹⁸ Die freie ärztliche Behandlung war zu diesem Zeitpunkt noch nicht in die Wochenhilfe eingeschlossen und sollte, für den Fall ihrer Einführung, die Beihilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden ersetzen.⁵⁹⁹ Die freie ärztliche

Gewährung der Wochenhilfe anbietet. Zeitungsausschnitt v. 20. Februar 1920, StadtAM Wohlfahrt 4807.

⁵⁹⁷ Im heutigen Sprachgebrauch ist die Bedeutung von Aufzucht eher als Pflege oder Erziehung zu verstehen.

⁵⁹⁸ Die Änderungen der Wochenhilfe umfasste eine Erhöhung des Entbindungsgeldes von 50 RM auf 100 RM und beim Stillgeld von 75 Pfennig auf 4,50 RM. Außerdem wurde eingeführt, dass das Wochengeld spätestens mit dem Tag der Geburt fällig ist. Die Einkommensgrenze, um als minderbemittelte Wöchnerin die Wochenfürsorge in Anspruch nehmen zu können, wurde von 4000 RM auf 15000 RM pro Jahr erhöht. Versicherungsamt der Landeshauptstadt München, 11. August 1921, StadtAM Wohlfahrt 4806.

⁵⁹⁹ Bei Schwangerschaftsbeschwerden wurden bisher 25 RM für Hebammendienste und ärztliche Behandlung ausgezahlt. Mit dem Gesetz vom 29. Juli 1921 sollte freie ärztliche Behandlung von den Krankenkassen gewährt werden. Diese Bestimmung sollte aber nicht sofort in Kraft treten mit der Erläuterung: „Es muss schon heute darauf hingewiesen werden, dass in dem Augenblicke, in welchem die freie ärztliche Behandlung bei Entbindung oder bei Schwangerschaftsbeschwerden eingeführt wird, die bisherige Beihilfe bei Schwangerschaftsbeschwerden vollständig in Wegfall kommt.“ Versicherungsamt der Landeshauptstadt München, 11. August 1921 und 13. Oktober 1919, StadtAM München Wohlfahrt 4806.

Behandlung wurde sowohl für die Wochenhilfe als auch die Wochenfürsorge mit dem Gesetz vom 9. Juni 1922 eingeführt.⁶⁰⁰ Die Leistungen der Wochenfürsorge umfassten damit ärztliche Behandlung und einen einmaligen Betrag zu sonstigen Kosten bei der Entbindung sowie Schwangerschaftsbeschwerden in Höhe von 250 RM⁶⁰¹, ein Wochengeld in Höhe von 4,50 RM für zehn Wochen und ein Stillgeld von täglich 8 RM bis zu zwölf Wochen lang. Versicherte Wöchnerinnen, die folglich Wochenhilfe beantragen konnten, erhielten ein höheres Wochengeld. Es wurde entweder in Höhe des Krankengelds gezahlt oder mindestens 8 RM täglich. Die übrigen Leistungen entsprachen denen der Wochenfürsorge. Die Leistungen der Wochenfürsorge wurden ebenso von den Krankenkassen bezahlt, ihnen allerdings vom Reich erstattet.⁶⁰² Als Einkommensgrenze zur Bewilligung von Wochenfürsorge im Sinne einer Hilfsbedürftigkeit galt nach dem Gesetz vom 9. Juni 1922 ein steuerpflichtiges Jahreseinkommen unter 15000 RM des Ehemanns der Wöchnerin. Jedes Kind unter 15 Jahren erhöhte diesen Betrag um weitere 1500 RM.⁶⁰³ Mit dem Fortschreiten der Inflation wurden bereits im Oktober 1922 die finanziellen Unterstützungen der Wochenhilfe erhöht.⁶⁰⁴ Im Jahr 1924 wurde die gesamte Wochenfürsorge grundsätzlich neu organisiert.

„Aufgrund der Fürsorgepflichtverordnung vom 13.2.1924 geht die Wochenfürsorge mit 1.4.1924 auf die, nach dieser Verordnung zu bildenden Bezirksverbände über.“⁶⁰⁵

Damit gingen auch die Kosten der Wochenfürsorge auf die Verbände über, die wiederum durch das städtische Wohlfahrtsamt getragen wurden. Nachdem im

⁶⁰⁰ Im Gegensatz zur Wochenfürsorge wurde bei der Wochenhilfe das Wochengeld von 250 RM auf 100 RM reduziert, wenn die Wöchnerin die freie Hebammenhilfe und freie Arznei in Anspruch genommen hat. Zudem musste dies vom Vorstand der Krankenkasse gewährt werden. Gesetz über Wochenhilfe. Vom 9. Juni 1922, StadtAM Wohlfahrt 4806.

⁶⁰¹ Bei nicht stattgefundener Entbindung wurden zu den Kosten der Schwangerschaftsbeschwerden 50 RM gezahlt. Gesetz über Wochenfürsorge. Vom 9. Juni 1922, StadtAM Wohlfahrt 4806.

⁶⁰² Gesetz über Wochenhilfe. Vom 9. Juni 1922, StadtAM Wohlfahrt 4806.

⁶⁰³ Gesetz über Wochenhilfe. Vom 9. Juni 1922, StadtAM Wohlfahrt 4806.

⁶⁰⁴ Der einmalige Betrag zu den Entbindungskosten wurde von 250 RM auf 500 RM erhöht, das Wochengeld der Kassenwochenhilfe von mindestens 6 RM auf 15 RM und das Stillgeld von mindestens 8 RM auf 30 RM. Versicherungsamt der Landeshauptstadt München, 3. Oktober 1922, StadtAM Wohlfahrt 4806.

⁶⁰⁵ Beschluss, 3. April 1924, StadtAM Wohlfahrt 4806.

Jahr 1924 auch die Währungsreform durchgeführt wurde und zum Zeitpunkt des Beschlusses bereits seit November 1923 die Rentenmark als Übergangszahlungsmittel eingeführt war, wurden auch die Leistungen der Wochenfürsorge neu festgelegt. Diese bestanden jetzt aus einem einmaligen Beitrag zu den Entbindungskosten, einem Wochengeld für 71 Tage und einem Stillgeld für 85 Tage.⁶⁰⁶ Eine Neuregelung der Leistungen trat bereits zum 1. Dezember 1924 in Kraft, worin neue Grenzeinkommen für minderbemittelte Wöchnerinnen festgelegt und die Leistungen erhöht wurden. Außerdem wird aus dem Vorwort deutlich, dass die Wochenfürsorge in ihrer Unterstützung die Mindestleistungen der Familienwochenhilfe gewährte.⁶⁰⁷ Die Fürsorge für minderbemittelte Wöchnerinnen sollte der Unterstützung versicherter Frauen in nichts nachstehen, wie aus folgendem hervorgeht:

„Nach §12 der Reichsgrundsätze vom 4. Dezember 1924 sind Schwangeren und Wöchnerinnen je nach Art und Grad der Hilfsbedürftigkeit ärztliche Behandlung, Entbindungskostenbeitrag und Wochengeld, Wöchnerinnen, die ihr Kind stillen, außerdem Stillgeld zu gewähren. Die Hilfe soll ihnen das sicherstellen, was die Reichsversicherungsordnung dem Familienangehörigen eines Versicherten gewährt (Familienwochenhilfe). An Stelle von Barbeihilfen können Sachleistungen treten.“⁶⁰⁸

Die Wochenfürsorge musste aber nicht nur aus Geld- und Sachleistungen bestehen, sondern konnte alternativ als Verpflegung in einer städtischen

⁶⁰⁶ Anfang April 1924 betragen die Leistungen 11 Pfg. täglich Wochengeld, 16 Pfg. täglich Stillgeld und 6,43 RM als Entbindungsbeitrag. Beschluss, 3. April 1924, StadtAM Wohlfahrt 4806.

⁶⁰⁷ Die Einkommensverhältnisse, um in die Minderbemitteltenfürsorge aufgenommen zu werden, wurden nach monatlichem Einkommen gegliedert. Eine alleinstehende Person durfte 64 RM monatlich nicht überschreiten, ein Ehepaar 96 RM und für jedes weitere Kind wurde ein Zuschlag von 24 RM verbucht.

Der einmalige Entbindungsbeitrag lag jetzt bei 25 RM, das tägliche Wochengeld bei 50 Pfg. und das tägliche Stillgeld bei 25 Pfg. Stadtrat München. Hauptwohlfahrtsamt, 1. Dezember 1924, StadtAM Wohlfahrt 4806. Die Einkommensgrenzen wurden handschriftlich in einer weiteren Ausfertigung bereits erhöht auf 71 RM bei alleinstehender Person, 108 RM für ein Ehepaar und 28 RM für jedes weitere Kind. VI RR. 106/H. StadtAM Wohlfahrt 4806

⁶⁰⁸ Staatsministerium für Soziale Fürsorge, 17. Februar 1925, StadtAM Wohlfahrt 4806. In diesem Gesetz und in den vorher beschriebenen Beschlüssen sind zwar keine ausdrücklichen Höchst- und Mindestsätze vorgeschrieben gewesen, es wurde allerdings vermerkt, es sei anzunehmen, „dass der Fürsorgeverband [...] grundsätzlich als Normalleistung die Leistungen der Familienwochenhilfe zu gewähren hat.“

Einrichtung für Mütter in Anspruch genommen werden. Hierfür standen vor allem die Frauenklinik und das Mütterheim an der Taxisstraße zur Verfügung. In einer Akte wurde hierzu vermerkt:

*„Die Wochenfürsorge kann auch, wie das in München schon bisher geschehen ist, durch Einweisung in Entbindungsanstalten und Mütterheime (Frauenklinik, Mütterheim an der Taxisstrasse, ...) durchgeführt werden.“*⁶⁰⁹

Im Jahr 1926 wurde die Wochenhilfe der Krankenkassen umgestaltet. Der Entbindungsbeitrag wurde von 25 RM auf 10 RM herabgesetzt, gleichzeitig aber freie Hebammenhilfe gezahlt. Diese Regelung ermöglichte es der Wöchnerin, keine Zahlungen mehr direkt an die Hebamme, den Arzt oder für Arzneimittel zu leisten, da Rechnungen direkt durch die Krankenkassen beglichen wurden.⁶¹⁰ Wie bereits oben ausgeführt, sollte die Wochenfürsorge der Kassenwochenhilfe in nichts nachstehen. Deshalb beschloss das Wohlfahrtsamt durch den Beschluss vom 2. September 1926, dass den Wöchnerinnen der Wochenfürsorge zum 1.10.1926 freie Hebammenhilfe, notwendige Medikamente und weiterhin die bereits gewährte freie ärztliche Hilfe sichergestellt werden.⁶¹¹ Durch diesen Beschluss waren sowohl die Mütter als auch die Hebammen entlastet, da gegenseitige Zahlungsverpflichtungen durch die Stadt geregelt wurden. Die Beschlüsse des Jahres 1926 fußten auf dem Gesetz vom 8. Juni 1926 und der Reichsverordnung über die Fürsorgepflicht vom 13. Februar 1924. Diese beiden Gesetze spielen für die Jahre nach 1926 eine zentrale Rolle, da sie laut den Quellen, nur geringfügig geändert, so beibehalten wurden.⁶¹² Jaeger hält fest, dass die Einkommenssätze laut § 6 Absatz 4 der Reichsverordnung vom 13. Februar 1926 zum einen den örtlichen Verhältnissen angepasst werden sollen und die

⁶⁰⁹ VI RR. 106/H, StadtAM Wohlfahrt 4806. Laut Jaeger konnten die Sachleistungen auch in Form von Hilfe durch eine Hauspflegerin für die Wöchnerin angenommen werden. In diesem Fall wurde kein Wochengeld gezahlt. Vgl. Jaeger (1931): Kommentar. S. 101.

⁶¹⁰ Vgl. Münchner Post v. 19.VII.26, StadtAM Wohlfahrt 4806.

⁶¹¹ VI RR. Z. 106/H. Wochenfürsorge. StadtAM Wohlfahrt 4806.

⁶¹² Sowohl die Archivalien des Stadtarchivs München als auch des Hauptstaatsarchivs enden spätestens mit dem Jahr 1926 und ergaben darüberhinaus keine weiteren Akten zum Thema der Wochenfürsorge bis zum Jahr 1933. Die einzige erhaltene Quelle stellt das verwendete Werk des Juristen Dr. Heinz Jaeger dar, der im April des Jahres 1931 einen Kommentar zur Wochenhilfe herausgab. Vgl. Jaeger (1931): Kommentar. Die darauffolgende Auflage erschien erst im Jahr 1937.

Einkommenssätze zur Bestimmung des Anspruchs auf Wochenfürsorge aufgrund einer Hilfsbedürftigkeit auf die gesetzlichen Vorgaben vom 9. Juni 1922 zurückgehen.⁶¹³ Es ist daran zu erinnern, dass sich die Weimarer Republik während der Jahre 1926 bis 1931 zunehmend in einer Wirtschaftskrise befand, die mit Rekordarbeitslosenzahlen, stark fallenden Reallöhnen und einer „beispiellosen Depression“⁶¹⁴ vor allem die Bevölkerung im erwerbsfähigen Alter traf.⁶¹⁵ Vor diesem Hintergrund ist es von Interesse darauf hinzuweisen, dass die Wochenfürsorge die Leistungen wie folgt beibehielt. Es wurden an Schwangere und Wöchnerinnen ärztliche Behandlung, Entbindungskostenbeitrag, Wochengeld und Stillgeld ausgezahlt. Zum Schutz der Mütter und der Säuglinge wurde das Wochengeld über 50 Pfg. täglich zwei Wochen vor Geburt und sechs Wochen lang nach Geburt ausgezahlt, sowie ein Stillgeld in Höhe von 25 Pfg.⁶¹⁶ Der Kommentar von Jaeger weist folgenden neuen Aspekt auf. Man sollte in der Wochenfürsorge besonders die individuelle Bedürftigkeit berücksichtigen, aber auch den bevölkerungspolitischen Zweck betonen.⁶¹⁷ Jaeger rief dazu auf, *„[...] in der gehobenen Fürsorge, zu der die Wochenfürsorge zählt, auch auf die früheren Lebensverhältnisse der Antragsteller Rücksicht zu nehmen.“*⁶¹⁸ Die Wochenfürsorge während der Weimarer Republik bis zum Jahr 1931 weist einige Leitlinien auf, die hier nochmals prägnant genannt werden sollen. Die Wochenfürsorge als Leistung des Reiches wurde, ähnlich der

⁶¹³ Jaeger (1931): Kommentar. S. 97–98.

⁶¹⁴ Wehler (2003): Gesellschaftsgeschichte. S. 259.

⁶¹⁵ Vgl. Wehler (2003): Gesellschaftsgeschichte. S. 257–262 und Rudloff (1998): Wohlfahrtsstadt. S. 885–901.

⁶¹⁶ Jaeger (1931): Kommentar. S. 100. Das Gesetz vom 16. Juli 1927 setzte die Arbeitsschutzbestimmungen für Schwangere und Wöchnerinnen um, die bereits am 29. Oktober 1919 im Washingtoner Übereinkommen auf der Konferenz des Völkerbundes beschlossen wurden. Wöchnerinnen durften bis sechs Wochen nach der Geburt nicht beschäftigt werden. Sie konnten zudem bis zu sechs Wochen vor ihrem ärztlich bescheinigten Geburtstermin die Arbeitsleistung verweigern. Hinzu kam noch, dass der Arbeitgeber den stillenden Müttern täglich insgesamt eine Stunde zum Stillen freizugeben hatte. Vgl. Jaeger (1931): Kommentar. S. 101–107. Die Leistungen der Familienwochenhilfe sowie der Wochenhilfe blieben ebenfalls gegenüber den Leistungen gleich. Es konnte bei der Wochenhilfe allerdings von dem regulären Entbindungsbeitrag von 10 RM auf bis zu 25 RM erhöht werden. Jaeger (1931): Kommentar. S. 2.

⁶¹⁷ Vgl. Jaeger (1931): Kommentar. S. 99.

⁶¹⁸ Jaeger (1931): Kommentar. S. 99.

Familienwochenfürsorge und Wochenhilfe, während der Jahre 1918 bis 1931 kontinuierlich ausgebaut. Dies geschah trotz und auch während der wirtschaftlichen Krisensituationen. Wie sich bereits in den vorangegangenen Kapiteln herauskristallisierte, stellte die Anbindung der Frauen durch die Wochenfürsorge an die staatliche Fürsorge und die dadurch gewonnene Einflussnahme auf den Nachwuchs einen wesentlichen Faktor und einen Ausgangspunkt der Anstrengungen dar. Zudem geschah die staatliche Absicherung und Unterstützung als Anreiz zu einer höheren Geburtenzahl, die als bevölkerungspolitische Zielsetzung zu sehen ist. Schließlich lässt sich zudem eine Individualisierung und Ausweitung der Fürsorge auf weniger bedürftige Frauen feststellen. Abschließend kann man Sachße zustimmen, dass die Wochenfürsorge insgesamt das anfangs gesetzte Ziel der Verbesserung der Gesundheit der Mütter und Säuglinge sowie des Rückgangs der Säuglingssterblichkeit erreichte.⁶¹⁹

⁶¹⁹ Vgl. Sachße, Tennstedt (1988): Armenfürsorge. S. 122–123.

7 Die Vorreiterrolle Münchens auf dem Gebiet der Säuglings- und Schwangerenfürsorge sowie Mütterberatung im Kontext der sozioökonomischen Entwicklung der Weimarer Republik

Die verschiedenen Aspekte der Fürsorge, die in ihren Einzelheiten bearbeitet wurden, lassen sich an dieser Stelle nochmals diskutieren. Die Fürsorge schuf durch die Entwicklung der jungen Pädiatrie völlig neue Ausbildungschancen nicht nur für Frauen, sowohl in der Verwaltung als auch in medizinischen Berufen, sondern auch für angehende Ärzte und im Rahmen einer neuen Facharztausbildung zum Pädiater. Wie im Kapitel zur Säuglingsfürsorge erläutert wurde, sind auf diesem Gebiet in München von Seiten der medizinischen Therapie, insbesondere der Diätetik, neue Ansätze erforscht, angewandt und modifiziert worden. Auch baulich wurden durch Musteranstalten wie dem Säuglingsheim München mit großen Freiterrassen und lichtdurchfluteten Patientenzimmern sowie modernen hygienischen Standards neue Wege eingeschlagen. Man kann zu dem Schluss kommen, dass durch die Vorarbeiten der Wissenschaft auf dem Gebiet der Pädiatrie zu Beginn des 20. Jahrhunderts während der Weimarer Republik die Fürsorge ein gutes Feld zur Weiterentwicklung und Anwendung darstellte. Die Fürsorge half der Kinderheilkunde durch deren sichtbaren Erfolge zu einer Bestätigung der Trennung von der Inneren Medizin und zu neuer Würdigung als selbstständiges Fachgebiet. Man kann zudem Fehleemann zustimmen, wenn sie eine Professionalisierung der Pädiatrie durch die Arbeit in der Säuglingsfürsorge sieht.⁶²⁰ Die Münchner Fürsorge spielte in den drei Bereichen, der Säuglingsfürsorge, Mütterberatung und Schwangerenfürsorge, eine Vorreiterrolle in Deutschland, die nach Analyse der Quellen als richtungweisend bezeichnet werden kann. Besonders deutlich wurde dies anhand der Betrachtung der medizinischen Versorgung der Säuglinge in der geschlossenen Fürsorge. Es kristallisieren sich zwei Erkrankungen heraus, die während der Weimarer Republik intensiv erforscht wurden, nämlich die Tuberkulose und die Rachitis.

⁶²⁰ Vgl. Fehleemann (2004): Mutterschaft. S. 20–24.

Die Institutionen der Fürsorge bildeten bei beiden eine Einheit, deren Zuständigkeit von der Prophylaxe über die Früherkennung und Therapie bis hin zur Nachsorge reichte. Die Therapie beider Erkrankungen war insbesondere von Ernährung und Freiluftbehandlung geprägt sowie ergänzend durch spezifische Maßnahmen in Form von medikamentöser Substitution oder Impfungen. Die umfassende und langdauernde Therapie, die eine Maximalversorgung der Säuglinge in der Fürsorge darstellte, erzielte durch die Anwendung der neuesten medizinischen Erkenntnisse sowie Einsatz aller vorhandenen Ressourcen eine deutlich verbesserte Prognose und Heilungschance. Besonders in der Säuglingsfürsorge konnten die Ergebnisse der neuen Ausbildungsberufe, Forschung, Medikamente und Therapieoptionen sowie staatliche Bemühungen gebündelt und angewandt werden. Die wissenschaftlichen und ernährungsmedizinischen Erkenntnisse während der Jahre 1918 bis 1933 trugen zusätzlich mit zu einem Rückgang der Säuglingssterblichkeitsrate bei. Natürlich ist zu berücksichtigen, dass die Säuglingssterblichkeit bereits seit der Jahrhundertwende rückläufig war, allerdings sind die Anstrengungen der einzelnen Fürsorgeorgane in München besonders hervorzuheben und als positiver Einfluss zu werten. Wie anhand exemplarischer Erkrankungen gezeigt werden konnte, ist davon auszugehen, dass innerhalb der Gremien der Münchner Fürsorge ein reger Meinungs- und Fachwissensaustausch stattfand. Die Säuglingsfürsorgeinstitutionen spielten dabei eine zentrale Rolle, weil dort die Erkenntnisse der medizinischen Forschung erprobt und diskutiert werden konnten und gegebenenfalls nach Modifikation als Lehrmeinung festgehalten wurden. Diese Kette kann man vor allem bei der Therapie der Rachitis durch Diätetik und Freiluftbehandlung aufzeigen. Neben diesen medizinischen Aspekten stellte sich bereits zu Beginn der Arbeit die Frage, welche Frauen und Säuglinge man in die Fürsorge aufnahm. Eine Antwort lässt sich in der Zusammenschau der verschiedenen Teilbereiche geben. Besonders zu Beginn der Weimarer Republik wurden ausschließlich stark bedürftige Frauen und Säuglinge aufgenommen. Die Fürsorge war dabei immer noch eher von der Armenfürsorge des Kaiserreichs geprägt, allerdings aufgrund der neuen verfassungsrechtlichen Grundlage neu organisiert, wesentlich ausgeweitet und deutlich von dem früheren caritativen Ansatz entfernt. Im Verlauf der Entwicklung während der Weimarer Republik sind nun mehrere Tendenzen

festzuhalten. Eine Individualisierung zeigte sich in der Säuglingsfürsorge. Die Pflege jedes einzelnen Säuglings, das Eingehen auf seine Bedürfnisse und das Ausarbeiten eines spezifischen Therapieplanes zeugen von dieser Entwicklung. Die Wochenfürsorge, die auch deutlich ausgeweitet wurde und nun weit entfernt war von einer ehemaligen Armenfürsorge, führte zu einer Erfassung fast aller Mütter. Dadurch konnte man durch verschiedene Wege der Hilfestellung, Information und finanziellen Unterstützung einen deutlichen Einfluss auf die Erziehung, Versorgung und das Stillen der Säuglinge nehmen und gleichzeitig versuchen, die gesamte familiäre Situation zu erfassen, um sie, nach Möglichkeit, zu verbessern. Auf der anderen Seite ist zu bedenken, dass die Masse der aufgenommenen Bürgerinnen und Säuglinge bis 1933, spätestens ab 1929, kontinuierlich zunahm und insgesamt im absoluten Gegensatz zur Verknappung des finanziellen Handlungsspielraumes stand. Die Entwicklung der Fürsorge während der Weimarer Republik muss man eng gekoppelt an die wirtschaftliche Situation und an deren Krisen sehen. Immer wieder wurden enge Verknüpfungen, besonders in den Krisenjahren 1923 und ab 1929, deutlich, die besondere Maßnahmen innerhalb der Fürsorge, wie eine Mütterspeisung, nötig machten. Die Angestellten der Fürsorge als auch deren Empfänger nahmen insbesondere während der Krisenjahre sprunghaft zu, so dass aufgrund der Erfassung, Leistung und Wichtigkeit in München Rudloff zugestimmt werden kann, der von München als Wohlfahrtsstadt spricht. Entgegen der Entwicklung der Arbeitslosenversicherung und deren kontinuierlichen Abbau stellte sich heraus, dass trotz der wirtschaftlichen Krisen, insbesondere bei der Betrachtung der Jahre 1923 und 1929, versucht wurde, die Fürsorgeleistungen im Bereich der Säuglings- und Mütterfürsorge aufrecht zu erhalten. Trotzdem kann man aber durchaus zum Ende hin von einer Krisenverwaltung sprechen. Diese Entwicklung spiegelt sich auch in den, in der Einleitung erwähnten, sozialen Einschnitten durch die Präsidialkabinette nach 1929 wider. Zu den Leistungen der Fürsorge allgemein lässt sich sagen, dass trotz dieser Entwicklung jene Bürgerinnen und deren Säuglinge durch Anpassung der jeweiligen finanziellen Leistung, durch Speisungen oder andere Zuteilungen unterstützt wurden. Insgesamt kann man zu der Meinung gelangen, dass die Stadt München versuchte, die gesunden Säuglinge und eine möglichst breite Basis der Bevölkerung in der offenen

Fürsorge zu erfassen. Zusätzlich kam der Prophylaxe von Volkskrankheiten durch regelmäßige Beratung und Beobachtung in der Säuglingsberatungsstelle eine außerordentlich wichtige Position zu. Die geschlossene Säuglingsfürsorge in Form von Säuglingsheimen entwickelte sich dahin, dass vorwiegend nur noch kranke Säuglinge aufgenommen wurden. Unter die fürsorgebedürftigen Säuglinge fielen aufgrund der schlechteren Ausgangssituation auch die Frühgeburten, die im Verlauf zunahmen und zuletzt einen großen Anteil an den stationär behandelten Säuglingen ausmachten. Insbesondere auf diesem Gebiet konnte der zunehmende Einfluss eugenischer Leitideen innerhalb der Fürsorge gezeigt werden. Durch die sich zuspitzende wirtschaftliche Situation während der Weimarer Republik nahm die Diskussion, ob die knapper werdenden Mittel zur Pflege von so genannten „erblich belasteten“ Kindern verwendet werden dürfen, immer mehr zu. Diese Entscheidung zwischen unbedingtem Recht auf Leben aller Kinder und dem volkswirtschaftlichen Nutzen der Förderung lediglich erblich gesunder Kinder sollte sich in vollem Umfang allerdings erst während des Nationalsozialismus stellen. Reyer bezeichnete in seinem Werk aus dem Jahr 1991 die Entwicklung während der Weimarer Republik als „schiefe Ebene“, die in der Euthanasie des Dritten Reiches endete.⁶²¹ Die Tendenz der Zunahme rassenhygienischer Aspekte in der Fürsorge muss bei der Gesamtbetrachtung ebenfalls berücksichtigt werden und man kann zu dem Schluss kommen, dass sie im Verlauf der Weimarer Republik einen immer wichtigeren Stellenwert einnahmen. Zu einem ähnlichen Schluss kommt auch Stöckel, indem sie von den „Vorboten der nationalsozialistischen Erb- und Rassenpolitik in der Säuglingsfürsorge der Weimarer Republik“⁶²² spricht. Einen weiteren Aspekt der Arbeit ist die Auswirkung von sozialer Unterstützung in Form der Fürsorge durch den Staat und die dadurch erreichte politische Legitimation der neuen Demokratie. Durch eine politisch verschärfte und gewollte starke Kürzung der Leistungen, vor allem ab dem Jahre 1929, durch sehr strenge Aufsicht und Reglementierung von Seiten der Fürsorgeorgane verloren allerdings die Befürsorgten das Vertrauen in die Weimarer Republik und deren Legitimation. Das Ziel dieses Verfassungsbestandteils, durch eine soziale Grundordnung die

⁶²¹ Vgl. Reyer (1991): Eugenik. S. 97.

⁶²² Stöckel (1996): Säuglingsfürsorge. S. 366.

Bürger an die neue demokratische Staatsform zu binden und diese durch soziale Grundsicherung zu legitimieren, konnte sich nicht durchsetzen. Dementgegen sind aber die positiven Aspekte nicht zu vernachlässigen. Während der gesamten Weimarer Republik nahm die Fürsorge eine wichtige Mittlerrolle zwischen Regierung, Verwaltung und Bevölkerung ein und hatte durch deren Unterstützung eine wesentliche Aufgabe in Bezug auf die politische Legitimierung und Verankerung des neuen Staatssystems in den einfachen und armen Bevölkerungsschichten. Die Fürsorgeschwester stellte einen direkten Ansprechpartner und Vertreter der Verwaltung dar. Sie hatte eine wesentliche Mittlerrolle zwischen Staat und Bürger und musste diese schwierige Aufgabe immer vor dem Hintergrund der sozialen Situation des Einzelnen und dessen Bedürfnissen, zum anderen aber auch gegenüber dem städtischen und meist angespannten Haushalt erfüllen.

Die Besonderheiten der einzelnen Sparten der Fürsorge sollen an dieser Stelle kurz hervorgehoben werden. Die Säuglingsfürsorge teilte sich wie erläutert in offene und geschlossene Fürsorge. Es zeigte sich deutlich, dass beide Bestandteile eng miteinander verzahnt waren. In der offenen Fürsorge in Form der Säuglingsberatungsstellen sowie der Landes- und Bezirksverbände waren fast ausschließlich Persönlichkeiten aktiv, die eine leitende Position in einer oder mehreren geschlossenen Institutionen innehatten. Ein Ziel der Säuglingsberatungsstellen war die möglichst breite Erfassung der Säuglinge und gegebenenfalls bei Notwendigkeit deren Aufnahme in die Fürsorgeleistungen. Man kann in Zusammenschau der Recherche von Säuglingsberatungsstellen als „Schaltinstanzen“ sprechen, die Prophylaxe sowie Beratung und gegebenenfalls eine Bahnung der weiteren Behandlung in einer geschlossenen Einrichtung übernahmen. Die geschlossene Fürsorge in Form von Säuglingsheimen hatte ihre Schwerpunkte insbesondere in der Erforschung und Therapie von Erkrankungen sowie Ausbildung, was sich an den wichtigsten Krankheiten, der Rachitis und der Tuberkulose, deutlich zeigen ließ. Von großer Bedeutung war die Ernährungsmedizin, die nach jeweiligen Krankheiten individuell für jedes Kind angewandt wurde. Eng verwandt mit der Säuglingsfürsorge wurde die Schwangerenfürsorge in München von den Säuglingsberatungsstellen im Jahr 1929 getrennt. Sie erhielt eigenständige Räumlichkeiten, um dort medizinische, juristische und wirtschaftliche Beratung zu erteilen. Auch wenn

die Quellen betonen, dass keine Behandlung stattfand, so deutet die Einrichtung der Beratungsräume doch darauf hin, dass kleinere Eingriffe zumindest vorgenommen werden konnten. Die angrenzende Mütterfürsorge fand entweder in Form der Unterbringung in einem Mütterheim, exemplarisch dem Mütterheim an der Taxisstraße, statt. Die Besonderheit hier war, dass auf die Arbeitstätigkeit der Mütter Rücksicht genommen wurde und dafür eigens eine Kinderbetreuung zur Verfügung stand. Zusätzlich konnten Mütter in München zu Krisenzeiten eine Speisung erhalten. Von finanzieller Seite zeigte die Wochenfürsorge, dass entgegen der wirtschaftlich immer schwierigeren Lage versucht wurde, die Leistungen der Wochenfürsorge, das bedeutet der Unterstützung nicht versicherter Frauen, dem Standard der Versicherten anzugleichen und auf die Krisensituationen mit einer Erhöhung der Leistung zu reagieren. Es zeigte sich außerdem, dass von Beginn der Weimarer Republik bis zu deren Ende die Wochenfürsorge immer weiter auch auf weniger Bedürftige ausgeweitet wurde. Abschließend lässt sich sagen, dass man die Wochenfürsorge als eine notwendige und dankbar angenommene finanzielle Unterstützung ansah.

Bei der Betrachtung der Fürsorge allgemein stellt sich heraus, dass eine Bewertung als schwierig anzusehen ist, da auch die Quellen ein divergentes Bild zeigen. Es ist aber sicher korrekt, anzunehmen, dass man versuchte durch die Leistungen der Fürsorge, und damit das Anheben des Lebensstandards sozial Schwacher, zum einen das Ziel der Erhöhung der Geburtenrate verfolgte, zum anderen eine positive Haltung der Bevölkerung gegenüber dem neuen Staat voranzubringen versuchte. Die Leistungen konnten auch nur deshalb erreicht werden, weil in der Fürsorge alle Kräfte gebündelt wurden. Dies wurde deutlich, wenn man betrachtet, dass in den Fürsorgeorganen immer wichtige Vertreter der Regierung, der Verwaltung und der medizinischen Fakultäten tätig waren. Man kann folglich von der Fürsorge als einem Sammelpunkt des sozialpolitischen Engagements insbesondere in München ausgehen. Ein weiteres und vorrangiges Ziel stellte die sogenannte Volksbelehrung dar. Man erkannte die Frau als Protagonistin für die gesamte Volksgesundheit, weshalb vor allem der Mütterberatung eine zentrale Rolle zukam. Wie bereits mehrmals erwähnt, sollte sie Mütter für die Pflege ihres

Kindes sensibilisieren und insbesondere dem als bedrohlich angesehenen Geburtenrückgang entgegenwirken.

Die Betrachtung der verschiedenen Anstrengungen lässt den Schluss zu, dass in München zwar weite Teile der weiblichen Bevölkerung durch die Mütterberatung und Wochenfürsorge erfasst waren und diesbezüglich geschult wurden, allerdings der Geburtenrückgang kaum verhindert werden konnte. Erst nach 1933 war ein Anstieg der Geburtenrate zu verzeichnen. Ob sich dieser durch die Anstrengungen der Weimarer Republik begründen lässt und damit eine nachträgliche Auswirkung zeigte, müsste separat geklärt werden und stellt einen Ansatzpunkt für neue medizinhistorische Arbeiten dar. Es ist aber festzuhalten, dass vor 1933 wesentliche Vorarbeiten geleistet wurden und die Nationalsozialisten ein erprobtes System mit fachlich geschulten Mitarbeitern übernahmen. Im Gegensatz zur Entwicklung der Arbeitslosenversicherung erreichte die Fürsorge auf den bearbeiteten Gebieten, dass die Lebensbedingungen der Mütter und deren Säuglinge auf einem Basisniveau abgesichert werden konnten und sie auch in Krisensituationen verlässlich eingreifen konnte. Abschließend lässt sich sagen, dass die Säuglings- und Schwangerenfürsorge sowie Mütterberatung als ein ineinander greifendes System angesehen werden muss, das einen sehr weiten Wirkungskreis hatte, in München eine Vorreiterrolle national und international einnahm und sich insgesamt wie zu einem Kreis zusammenschloss, um dadurch eine individualisierte und den wirtschaftlichen Gegebenheiten entsprechend umfassende Unterstützung ermöglichen zu können. Sie konnte aber dem Aufstieg der Nationalsozialisten aufgrund von wirtschaftlichen, sozialpolitischen und gesellschaftlichen Faktoren nicht entgegenstehen.

Es bleibt als Ausblick darauf hinzuweisen, dass ein wesentlicher Bestandteil der Weimarer Fürsorge, die Kinderfürsorge, als Fortsetzung dieses Themas, medizingeschichtlich noch nicht erforscht wurde und sich hierbei die Fragen einer Kontinuität sowie Parallelität stellen.

8 Zusammenfassung

Die öffentliche Säuglings- und Schwangerenfürsorge sowie Mütterberatung in München soll an dieser Stelle prägnant zusammengefasst werden. Der geschichtliche Hintergrund erstreckt sich vom 13. November 1918, setzt sich vor allem durch die wirtschaftlichen Krisenzeiten der Inflation des Jahres 1923, die so genannten goldenen Jahre von 1925 bis 1928 und ab dem Jahr 1929 durch die zunehmende autoritäre Wende fort bis hin zur Ernennung Hitlers zum Reichskanzler am 30. Januar 1933. Die enge Verknüpfung der wirtschaftlichen Situation, der politischen Stimmung innerhalb der Bevölkerung und der Sozialpolitik bildet einen wichtigen Eckpfeiler dieses Themas, da durch die Kernprobleme der kontinuierlichen Arbeitslosigkeit und zunehmenden Verschärfung des Staatshaushaltes auch die Fürsorge durch Kürzungen und immer stärkere Kontrolle der Bürger durch deren Institutionen zu einer politischen Deligitimierung beigetragen hat, die völlig entgegen dem verfassungsrechtlichen Status als Grundrecht stand. Neben den politisch-wirtschaftlichen Kontexten war vor allem die demographische Entwicklung mit zwar sinkender Säuglingssterblichkeit, aber gleichzeitig deutlich zurückgehender Geburtenrate und Geburtenüberschuss ab der Jahrhundertwende, ein Schwungrad für die Anstrengungen um Mütter und deren Säuglinge. Während der Weimarer Republik konnte die Säuglingssterblichkeit weiter gesenkt werden, blieb allerdings bis zu deren Ende in München auf einem Wert unterhalb von 10 % stabil. Dementgegen konnte der Geburtenüberschuss nicht wesentlich angehoben, aber die Situation des einzelnen Kindes und dessen Mutter individuell verbessert werden. Innerhalb der verschiedenen Teilbereiche der Fürsorge eröffneten sich sowohl den Frauen als auch Ärzten und Studenten neue Ausbildungs- und Fortbildungsmöglichkeiten, gleichsam für das junge Fachgebiet der Pädiatrie ein Forschungsgebiet. Exemplarisch an der Ausbildung der Wohlfahrtspflegerin konnte gezeigt werden, dass sich die beruflichen Chancen der Frauen während der Weimarer Republik grundlegend geändert hatten. Sie entwickelten sich von einer als Kulturaufgabe der Frau verstandenen Tätigkeit während des Kaiserreichs hin zu einer professionellen Erwerbstätigkeit, wenn sie auch in Bezug auf Aufstiegschancen und Gleich-

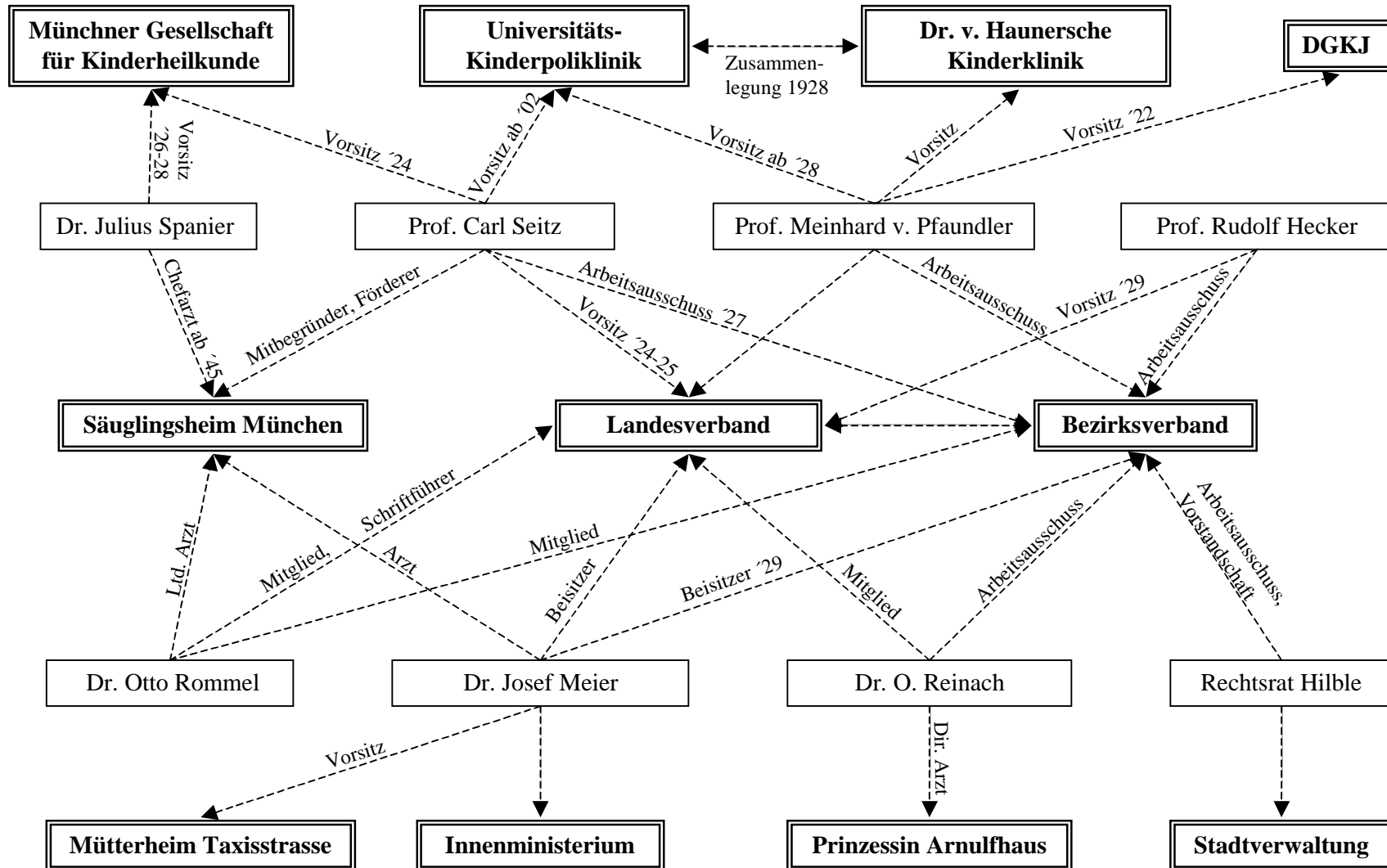
berechtigung gegenüber vergleichbaren männlichen Kollegen benachteiligt blieben. Insgesamt stellte sich heraus, dass die Wohlfahrtspflegerin eine zentrale Rolle innerhalb der gesamten Fürsorge einnahm, von der theoretischen Arbeit und Erfassung der Klienten bis hin zu praktischen Aufgaben in der Familien- und Säuglingsfürsorge. Gleichzeitig fungierte sie immer als Mittlerin zwischen den Fürsorgestellen und den Antragstellern und musste so zwischen den staatlichen Interessen und den von einzelnen angemeldeten Bedürfnissen und Möglichkeiten vermitteln. Weitere, bisher wissenschaftlich nicht betrachtete Ausbildungschancen boten sich im Rahmen der Ausbildung zur Säuglingspflegerin sowie der Weiterbildung im Rahmen des Praktischen Jahres im Medizinstudium innerhalb der geschlossenen Säuglingsfürsorge. Die Säuglingsfürsorge wurde aufgeteilt in offene und geschlossene Fürsorge. Offene Fürsorge ist im heutigen Sprachgebrauch als ambulante Versorgung zu verstehen. Im Gegensatz dazu fand die geschlossene Fürsorge in stationären Einrichtungen wie zum Beispiel den Säuglingsheimen statt. Der Landesverband erfüllte innerhalb der offenen Säuglingsfürsorge vor allem theoretische Aufgaben, während der Bezirksverband München insbesondere die praktischen Tätigkeiten in seinen Beratungsstellen durchführte. Es konnte gezeigt werden, dass sich hier eine Schnittstelle zwischen Regierung, Ärzten und Verwaltung befand, die eng miteinander zusammenarbeiteten. Der Bezirksverband erfasste in München durchschnittlich 50 % aller Kinder in der offenen Fürsorge. Hierbei spielten die Säuglingsberatungsstellen eine zentrale Rolle, da man dort wirtschaftliche und ärztliche Beratung erhielt. Im Verlauf der Weimarer Republik wurden sie kontinuierlich ausgebaut und von der Bevölkerung vermehrt in Anspruch genommen sowie durch besondere Maßnahmen, zum Beispiel eine Initiative zur Behandlung der Rachitis, erweitert. Auf dem Gebiet der geschlossenen Fürsorge konnte das in der Sekundärliteratur weitgehend vergessene Säuglingsheim Prinzessin-Arnulphaus dargestellt werden. Als Verbindung zwischen offener und geschlossener Fürsorge mit Säuglingsheim, Mütterabteilung, Milchküche und Beratungsstelle stellte es eine Besonderheit in München dar. Es zeigt sich eine Entwicklung zur vorwiegend geschlossenen Fürsorge im Säuglingsheim durch Aufnahme von Säuglingen mit Ernährungsstörungen. Die dortige Ausbildung von Medizinalpraktikanten und der hohe medizinische sowie bauliche Standard untermauern

die These, dass München damals eine Vorreiterrolle in der Säuglingsfürsorge einnahm. Hierzu trug auch das Säuglingsheim München e.V., die spätere Kinderklinik an der Lachnerstraße, bei, die durch ihren Neubau international neue Standards setzte und insbesondere auf dem Gebiet der Ernährung und Diätetik sowie der Frühgeburtenversorgung Meilensteine setzte. Die Dissertation zeigt die spezifische und nach Indikationen geordnete Anwendung und Erforschung der künstlichen Ernährung im Säuglingsheim München sowie die generelle Haltung gegenüber dem Stillen, das von allen herangezogenen Lehrmeinungen als beste Säuglingsnahrung favorisiert wurde. Weiterhin können eine Zunahme der Frühgeburtenrate und eine Diskussion bezüglich eugenischer Fragen und die damalige Bewertung im Rahmen einer Gegenüberstellung von Nutzen und Aufwand der Frühgeburtenversorgung im Säuglingsheim München dargestellt werden. Eine Tendenz in Richtung der Rassenhygiene ist hierbei bereits zu verzeichnen, wenn auch während der Weimarer Republik die Versorgung jedes einzelnen Säuglings im Säuglingsheim München entgegen dieser Strömungen beibehalten wurde.⁶²³ Die Fürsorge insgesamt sah sich auf diesem Gebiet immer mehr von seiten der Eugenik dem Vorwurf ausgesetzt, vor allem sogenannte „erblich Belastete“ zu unterstützen. Bei der Betrachtung stellt sich ein im Verlauf der Weimarer Republik stärker werdender Einfluss eugenischer sowie rassenhygienischer Konzepte dar. Es fand eine positive Rezeption innerhalb der gebildeten Schicht statt, der besonders Ärzte angehörten. Diese spiegelte sich sowohl in der Gründung des ersten deutschen Extraordinariats 1923 wider als auch im politischen Vormarsch nationalsozialistischer Gruppierungen in München. Eine Entwicklung, die als typisch für die Weimarer Republik zu sehen ist, stellt die ambivalente Haltung Dr. Otto Rommels, Leiter des Säuglingsheims München gegenüber der Euthanasie bei so genannten erblich belasteten Frühgeburten dar. Neben der Versorgung von Frühgeburten wurden als weiterer Schwerpunkt häufig Fälle von Tuberkulose behandelt. Hierfür stand nach der Röntgendiagnostik, neben einer Infektionsprophylaxe durch die bauliche Abschirmung, Freiluftkuren, Ernährungsmaßnahmen, aber auch eine spe-

⁶²³ Diese Entwicklung wird auch von Stöckel für die Säuglingsfürsorge in Berlin angegeben. Für eine detaillierte Betrachtung der Verschränkung und Entwicklung zwischen Rassenhygiene und Pädiatrie vgl. Stöckel (1996): Säuglingsfürsorge. S. 105–135.

zifische Therapie mit Tuberkulin zur Verfügung. Exemplarisch konnten anhand der Rachitisbehandlung die Errungenschaften auf dem Gebiet der diätetischen und medikamentösen Therapie mit Vigantol gezeigt werden. Einen weiteren Themenbereich der Arbeit stellt die Schwangerenfürsorge dar, die vor allem nach der Gründung von Schwangerenberatungsstellen ab 1929 aus wirtschaftlicher, juristischer und medizinischer Beratung bestand und mittellosen Schwangeren zuteil wurde. Ab dem Jahr 1932 lässt sich eine Veränderung von reiner Beratung hin zu einer zusätzlichen materiellen Unterstützung nachweisen. Ähnlich zu diesen Bereichen der Fürsorge gestaltete sich auch die Mütterberatung. Sie bestand vor allem aus Sprechstunden, Informationsveranstaltungen und ärztlichen Beratungen neben gegebenenfalls Einzelkonsultationen der Familie zu Hause durch die Fürsorgerin. Die geschlossene Fürsorge, die exemplarisch am Mütterheim in der Taxisstraße geschildert wurde, nahm bedürftige Mütter und Wöchnerinnen auf und ermöglichte ihnen mit ihren Säuglingen eine Unterkunft mit Verpflegung, Behandlung und Kinderbetreuung. Die Dissertation beschäftigt sich auch mit den gesetzlichen Regelungen bezüglich der Wochenfürsorge. Man kann zu dem Schluss kommen, dass es zu einem kontinuierlichen Ausbau und zur Steigerung der Leistungen innerhalb der Wochenfürsorge und der Stillprämien kam, die versuchten, trotz wirtschaftlicher Schwierigkeiten, die unversicherten, mittellosen Mütter den versicherten Frauen finanziell gleichzustellen. Die Fürsorge stellte somit eine staatliche Institution dar, die in wichtigen Lebensbereichen des Kindes und der Mutter Einfluss, Hilfestellung und Unterstützung im Sinne der damaligen Sozialpolitik und medizinischen Erkenntnisse nahm. Man kann abschließend zu der Meinung gelangen, dass die zunehmende Individualisierung, also auf die Besonderheiten und Bedürfnisse jedes einzelnen Fürsorgeberechtigten zugeschnittenen Leistungen, und gleichzeitige Ausdehnung der Fürsorge fast zwangsläufig zu einer Kollision mit der sich zuspitzenden wirtschaftlichen und politischen Krise führten.

9 Organigramm der Münchener Fürsorgeorgane und Persönlichkeiten



10 Quellenverzeichnis

Stadtarchiv München (StadtAM)

Bestände:

Wohlfahrt

Allgemein:

4942, 590, 600, 69a, 3475, 1907, 714, 115, 158, 271, 487, 2036, 183,
391, 673, 788, 742, 1079

Jugendfürsorge:

4619, 4618, 4627, 4626, 1972

Fürsorgeärzte/Schulärzte/Fürsorgepflege:

3473, 3583, 313, 3415

Familienfürsorge:

4459, 4460, 4465, 4463

Frauenfürsorge:

1938, 1942, 2032, 2961, 4703

Kinderfürsorge:

79, 104, 105, 156, 276, 1948, 1985, 2234, 2877, 2878, 4641, 4703,
4774, 4778, 4779, 4781, 4782, 4784

Schwangeren- und Wöchnerinnenfürsorge:

499, 3627, 4805, 4806, 4807, 4808

Säuglingsfürsorge:

2044, 2045, 2046, 4772, 4773, 4775, 4790, 4791, 4792,

Vereine

103, 178

Zeitungsausschnitte (ZA)

411

Wohlfahrtspflege

Personen

Vororte

Sozialamt

168, 2731, 3298

Gesundheitswesen

117, 141, 193, 174, 202, 203

Bayerisches Hauptstaatsarchiv München

Bestände:

Minn [Ministerium des Innern]

Staatsarchiv München

Bestände:

Pol. Dir. [Polizeidirektion]

Archiv der Ludwig-Maximilian-Universität München (UAM)

Bestände:

Personalakten

Archiv der Krankenpflegeschule des Klinikums Dritter Orden, München-Nymphenburg

Unregistrierter Bestand

11 Literaturverzeichnis

11.1 Primärliteratur

Andresen, Wilhelmine (o.J.): Ergebnisse der Frühgeburten-Aufzucht während der Jahre 1920 bis 1927. In: Säuglingsheim München an der Lachnerstrasse 1903-1928. Bericht über fürsorgerische, ärztliche und Lehrtätigkeit im Münchner Säuglingsheim in fünfundzwanzig Jahren. München, Oldenbourg. S. 48–53.

Anonymus (1922): Bekanntmachung über die staatliche Prüfung von Säuglings- und Kleinkinderpflegerinnen. In: Amtsblatt der bayer. Staatsministerien des Äußern, des Innern, für Soziale Fürsorge, für Landwirtschaft und für Handel, Industrie u. Gewerbe, München.

Anonymus (1925): Wegweiser zur Anwendung der Reichsgrundsätze über Voraussetzung, Art und Maß der öffentlichen Fürsorge vom 4. Dezember 1924 für das Wohlfahrtsamt München. München, Eigenverlag.

Anonymus (1929): Führer durch die Münchner Wohlfahrtspflege und durch die sozialpolitischen Einrichtungen Münchens. Hrsg. vom Verein für Fraueninteressen und Frauenarbeit, Soziales Referat. München, Verlag Ernst Reinhardt.

Baum, Marie (1922): Grundriss der gesundheitlichen Säuglings- und Kleinkinder-Fürsorge von Marie Baum mit 14. Textabbildungen. In: Grundriss der Säuglings- und Kleinkinderkunde. Hrsg. v. Stefan Engel, München, Bergmann. S. 237–319.

Binding, Karl; Hoche, Alfred (1920): Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens. Ihr Maß und ihre Form. Leipzig, Verlag Felix Meiner.

Blühdorn, Kurt; Völckers, Hans (1924): Ausgewählte Kapitel aus dem Gebiet der Krankheiten des Säuglings- und Kleinkindesalters. Mit besonderer Berücksichtigung neuerer therapeutischer Maßnahmen (= Beiheft zur Medizinischen Klinik 10, 1924). Hrsg. von K. Brandenburg, Berlin u. Wien, Urban & Schwarzenberg. S. 1–4.

- Blühdorn, Kurt; Völckers, Hans (1926): Ausgewählte Kapitel aus dem Gebiet der Säuglings- und Kinderkrankheiten. Mit besonderer Berücksichtigung neuerer therapeutischer Maßnahmen (= Beihefte zur Medizinischen Klinik 22, 1926, Heft 8). Hrsg. von K. Brandenburg, Berlin u. Wien, Urban & Schwarzenberg. S. 191–195.
- Doernberger, Eugen, Seiffert, Gustav (1925): Verzeichnis der staatlich anerkannten Krankenpflege- und Prüfungsschulen und der Säuglings- und Kleinkinderpflege- und Prüfungsschulen. Blätter für Gesundheitsfürsorge 3 Heft 2. S. 64.
- Epstein, Mieszyslaw (1921): Das Wohnungselend. In: Das Münchner Kind nach dem Kriege. Hrsg. von Rudolf Hecker. München, Hilfsbund der Münchner Einwohnerschaft. S. 23–26.
- Grotjahn, Alfred (1923): Soziale Pathologie. Versuch einer Lehre von den sozialen Beziehungen der Krankheiten als Grundlage der Sozialen Hygiene. Berlin 1. Aufl. 1912, 3. Aufl. 1923, Springer.
- Hecker, Rudolf (1917): Führer durch die Wander-Ausstellung und die Ständige Ausstellung des Landesverbands für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge in Bayern. München, Ernst Reinhardt.
- Hecker, Rudolf (1923): Studien über Sterblichkeit, Todesursachen und Ernährung Münchner Säuglinge. Archiv für Hygiene 93. S. 280–294.
- Hecker, Rudolf (1931): Die Bekämpfung der Rachitis in München. Die Organisation zur Bekämpfung der Rachitis des Bezirksverbands München für Mutterschafts-, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge. Gesundheitsfürsorge für das Kindesalter 6. S. 83–92.
- Hentschel, H.; Roszkowski, A. (1929): Erfahrungen mit bestrahlter Frischmilch als Antirachitikum. In: Moderne Rachitisbekämpfung. Hrsg. von Meinhard von Pfaundler et al., München, J.F. Lehmanns (= Sonderabdruck aus: Münchner Medizinische Wochenschrift 34, 1929). S. 18–40.
- Heubner, Otto (1897): Säuglingsernährung und Säuglingsspitaler. Berlin, A. Hirschwald.
- Heubner, Otto (1911): Lehrbuch der Kinderheilkunde. Leipzig 1. Aufl. 1903, 3. Auflage 1911, Johann Ambrosius Barth.
- Heubner, Otto (1927): Otto Heubners Lebenschronik. Hrsg. von Wolfgang Heubner. Berlin, Julius Springer.

- Hilble, Friedrich (1925): Der Bezirksfürsorgeverband München-Stadt, seine Aufgaben und seine Organisation. Münchner Wirtschafts- und Verwaltungsblatt 1. S. 5–6.
- Husler, Joseph (1928): Ueber Altes und Modernes in der Säuglingsernährung. Blätter für Gesundheitsfürsorge 6 (1928/29), Heft 3. S. 21–31.
- Jaeger, Heinz (1919): Die Wochenhilfe. Blätter für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge 11 Heft 2. S. 34–157.
- Jaeger, Heinz (1931): Die Wochenhilfe. Kommentar zu den Bestimmungen der Reichsversicherungsordnung über Wochenhilfe mit einem Anhang über die Wochenfürsorge. München, Beck'sche Verlagsbuchhandlung.
- Just, Günther (1932): Eugenik und Weltanschauung. München, Berlin, Metzner.
- Meier, Josef (1916): Das neue Mütterheim an der Taxisstrasse. Denkschrift zur Eröffnung des Heimes. München, Rehle.
- Meier, Josef (1928): Zwanzig Jahre Landesverband für Mutterschafts-, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge in Bayern. Blätter für Gesundheitsfürsorge 3. S. 1–6.
- Meier, Josef (o.J.): Geschichte der Anstalt und ihre Stellung in der Fürsorge. In: Säuglingsheim München an der Lachnerstrasse 1903–1928. Bericht über fürsorgerrische, ärztliche und Lehrtätigkeit im Münchner Säuglingsheim in fünfundzwanzig Jahren. München. S. 7–14.
- Meyer, Ludwig; Nassau, Erich (1930): Die Säuglingsernährung. Eine Anleitung für Ärzte und Studierende. München, J.F. Bergmann.
- Michailoff, Ludmilla (1920): Über Säuglings- und Kleinkinderfürsorge unter besonderer Berücksichtigung der Tätigkeit des Bezirksverbandes in München. Rer. pol. Diss. München.
- Michels, Alfred (1930): Das Zusammenwirken der oeffentlichen und privaten Wohlfahrtspflege in Frankfurt am Main und München. Rer. pol. Diss. München.
- Morse, John Lovett (1904): A Study of the Caloric Needs of Premature Infants. American Journal of the Medical Sciences 127. S. 463–477.
- Ploetz, Alfred (1895): Die Tüchtigkeit unsrer Rasse und der Schutz der Schwachen. Ein Versuch über Rassenhygiene und ihr Verhältnis zu den humanen Idealen, besonders zum Socialismus. Berlin, Fischer.

- Pfaundler, Meinhard von (1924): Physiologie, Ernährung und Pflege des Neugeborenen einschliesslich des Lebensschwachen. München, J.F. Bergmann.
- Pfaundler, Meinhard von (1929): Vorschläge zur Rachitisabwehr in der Fürsorge. In: Moderne Rachitisbekämpfung. Hrsg. von Meinhard von Pfaundler et al., München, J.F. Lehmanns (= Sonderabdruck aus: Münchner medizinische Wochenschrift 34). S. 63–80.
- Rietschel, Hans (1930): Tuberkulose. In: Lehrbuch der Kinderheilkunde. Hrsg. von Emil Feer, Jena 1. Aufl. 1911, 10. Aufl. 1930, Fischer.
- Rommel, Otto (1932): Über Aufgaben und Stellung der Säuglingsheime in der Gesundheitsfürsorge für das frühe Kindesalter. Blätter für Gesundheitsfürsorge 10 Heft 1/2. S. 48–54.
- Rommel, Otto (1933): Rechenschaftsbericht über die Jahre 1929-31. München, R. Oldenbourg.
- Rommel, Otto (o.J.): Ärztlicher Bericht. In: Säuglingsheim München an der Lachnerstrasse 1903–1928. Bericht über fürsorgerische, ärztliche und Lehrtätigkeit im Münchner Säuglingsheim in fünfundzwanzig Jahren. München, R. Oldenbourg. S. 35–47.
- Rommel, Otto (o.J.): Die staatlich anerkannte Pflegerinnenschule, Mutterschule, Ärztliche Fortbildung. In: Säuglingsheim München an der Lachnerstrasse 1903-1928. Bericht über fürsorgerische, ärztliche und Lehrtätigkeit im Münchner Säuglingsheim in fünfundzwanzig Jahren. München, R. Oldenbourg. S. 88–92.
- Rommel, Otto (o.J.): Säuglingsheim München-Stiftung. Rechenschaftsbericht über die Jahre 1932-35. München, R. Oldenbourg.
- Schlieben, Esther (1927): Mutterschaft und Gesellschaft. Beiträge zur Geschichte des Mutter- und Säuglingsschutzes. Osterwieck, Verlag von Elwin Staude.
- Schloßmann, Arthur (1907): Die Pflege des Kindes in den zwei ersten Lebensjahren. München, Berlin, Oldenbourg.
- Seitz, Carl (1926): Bericht über die Tätigkeit des Landesverbandes für Mutterschafts-, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge in Bayern pro 1924/25. Blätter fürs Gesundheitsfürsorge 4 Heft 1. S. 13–19.

- Seitz, Carl (1928): Bericht über die Tätigkeit des Landesverbandes für Mutterschafts-, Säuglings und Kleinkinderfürsorge für das Jahr 1927. Blätter für Gesundheitsfürsorge 6 (1928/29) Heft 2. S. 20–29.
- Seitz, Carl (1929): Bericht über die Säuglingsfürsorge in Bayern und über die Tätigkeit des Landesverbandes für Mutterschafts-, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge für das Jahr 1928. Blätter für Gesundheitsfürsorge 7 Heft 1. S. 9–15.
- Sielmann, Hans (o.J.): Die Röntgenabteilung im Säuglingsheim. In: Säuglingsheim München an der Lachnerstrasse 1903–1928. Bericht über die fürsorgerische, ärztliche und Lehrtätigkeit im Münchner Säuglingsheim in fünfundzwanzig Jahren. München, R. Oldenbourg. S. 81–87.
- Tausche, o.N. (1926): Richtlinien zur Abhaltung von Mütterabenden. Blätter für Gesundheitsfürsorge 4 Heft 1. S. 28–32.
- Woerner, B. (1921): Die Not in der Pflege der Säuglinge. In: Das Münchner Kind nach dem Kriege. Hrsg. von Rudolf Hecker. München, Hilfsbund der Münchner Einwohnerschaft. S. 16–23.
- Woerner, B. (o.J.): Tätigkeits-Bericht des Bezirksverbands München für Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, E.V. für das Jahr 1927. Ohne Ort [München].
- Wurzinger, Stephan (o.J.): Zur Rachitisbehandlung. In: Säuglingsheim München an der Lachnerstrasse 1903–1928. Bericht über die fürsorgerische, ärztliche und Lehrtätigkeit im Münchner Säuglingsheim in fünfundzwanzig Jahren. München, R. Oldenbourg. S. 61–63.
- Zaren, Mark (1935): Statistische Angaben über die Tot- und Frühgeburten in der ersten Universitäts-Frauenklinik zu München für die Jahre 1923 bis einschließlich 1933. Med. Diss. München.
- Zoelch, Philipp (o.J.): Kinderheim „Maria“ Bad Tölz. Bericht über die Jahre 1932-35. In: Säuglingsheim München-Stiftung. Rechenschaftsbericht über die Jahre 1932-35. Hrsg. von Otto Rommel. München, R. Oldenbourg. S. 15–19.

Zoelch, Philipp (o.J.): Vier Jahre Kinderheim Maria, Bad Tölz. Ein Beitrag zur Heilstättenbehandlung tuberkulosekranker Säuglings und Kleinkinder. In: Säuglingsheim München an der Lachnerstrasse 1903–1928. Bericht über fürsorgliche, ärztliche und Lehrtätigkeit im Münchner Säuglingsheim in fünfundzwanzig Jahren. München, R. Oldenbourg. S. 64–80.

11.2 Sekundärliteratur

- Abelshauer, Werner (1987): Die Weimarer Republik - ein Wohlfahrtsstaat? In: Die Weimarer Republik als Wohlfahrtsstaat. Zum Verhältnis von Wirtschafts- und Sozialpolitik in der Industriegesellschaft. Hrsg. von Werner Abelshauer, Vierteljahrschrift für Sozial- und Wirtschaftsgeschichte, Beihefte Nr. 81, Stuttgart. S. 9–33.
- Aldcroft, Derek (1993): Bibliography of European and social history. Manchester u.a., Manchester Univ. Press.
- Aktories, Klaus et al. (2005): Allgemeine und spezielle Pharmakologie und Toxikologie. Für Studenten der Medizin, Veterinärmedizin, Pharmazie, Chemie und Biologie sowie für Ärzte, Tierärzte und Apotheker. München 1. Aufl. 1975, 9. Aufl. 2005, Urban & Fischer.
- Aretin, Karl-Otmar von (1994): Kurt Eisner: Gründer des Freistaats und sein erster Ministerpräsident. In: Freistaat! Die Anfänge des demokratischen Bayern 1918/19. Hrsg. von Friedrich Weckerlein. München, Piper. S. 82–98.
- Bauer, Richard (2003): Geschichte Münchens. Vom Mittelalter bis zur Gegenwart. München, C.H.Beck.
- Bauer, Reinhard; Piper, Ernst (2008): Kleine Geschichte Münchens. Mit einem Vorwort von Christian Ude. München, dtv.
- Bierich, Jürgen (1971): Geschichte der Kinderheilkunde. Physiologie und Pathologie einer Entwicklung. Berlin, Springer.
- Brunner, Claudia (1994): Frauenarbeit im Männerstaat. Wohlfahrtspflegerinnen im Spannungsfeld kommunaler Sozialpolitik in München 1918–1938. Pfaffenweiler, Centaurus-Verlagsgesellschaft.
- Classen, Meinhard; Diehl, Volker; Kochsiek, Kurt (2004): Innere Medizin. München 1. Aufl. 1991, 5. Aufl. 2004, Urban & Fischer.
- Dahlmann, Elke (2001): Der Verein für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf e.V. Med. Diss. Düsseldorf.
- Eckart, Wolfgang (2005): Geschichte der Medizin. Heidelberg 1. Aufl. 1990, 5. Aufl. 2005, Springer.

- Elster, Ruth (2000): Der Agnes Karll-Verband und sein Einfluß auf die Entwicklung der Krankenpflege in Deutschland. Ein Beitrag zur Geschichte der Pflegeberufe und eines Berufsverbandes. Frankfurt am Main, Mabuse.
- Engelhardt, Dietrich von (1993): Euthanasie in historischer Perspektive. Zeitschrift für Medizinische Ethik 39. S. 15–25.
- Eulner, Hans-Heinz (1970): Die Entwicklung der medizinischen Spezialfächer an den Universitäten des deutschen Sprachgebietes. Stuttgart, Enke.
- Fehlemann, Silke (2004): Armutsrisiko Mutterschaft: Mütter- und Säuglingsfürsorge im Deutschen Reich 1890-1924. Phil. Diss. Düsseldorf.
- Gmelin, Julia (2002): Die Chronik der Kinderklinik an der Lachnerstrasse - „Lachnerklinik“. Med. Diss. München.
- Heßling, Jörg (1998): Die Haltung zu Kindern in der deutschen Kinderheilkunde von 1877 bis 1980. Herzogenrath, Murken-Altrogge.
- Hohendorf, Gerrit; Rotzoll Maike; Oehler-Klein, Sigrid (2007): Der Pädiater Johann Duken im Dienst nationalsozialistischer Gesundheitspolitik. In: Die Medizinische Fakultät der Universität Gießen im Nationalsozialismus und in der Nachkriegszeit: Personen und Institutionen, Umbrüche und Kontinuitäten. Hrsg. von Sigrid Oehler-Klein. München, Franz Steiner. S. 323–358.
- Hohendorf, Gerrit; Rotzoll, Maike (2004): „Kindereuthanasie“ in Heidelberg. In: Kinder in der NS-Psychiatrie. Hrsg. von Thomas Beddies und Kristina Hübener. Berlin, be.bra wissenschaft verlag. S. 125–148.
- Index zur Geschichte der Medizin, Naturwissenschaften und Technik. Hrsg. von Walter Artelt und Johannes Steudel. München, Berlin, Urban&Schwarzenberg.
- Kaiser, Christian (1996): Beschreibende Bibliographie zur Geschichte des Arbeitsrechts mit Sozialrecht, Sozialpolitik und Sozialgeschichte. Baden-Baden, Nomos.
- Koletzko, Berthold (2004): Kinderheilkunde und Jugendmedizin. Berlin u.a. 1. Aufl. 1968, 12. Aufl. 2004, Springer.

- Krammer, Liselotte (1991): Vom Mütterheim zur Frauenklinik der Schwesternschaft München vom Bayerischen Roten Kreuz e.V. In: Festschrift zur Inbetriebnahme der Erweiterung und Sanierung der Frauenklinik vom Roten Kreuz. Hrsg. von der Schwesternschaft München vom Bayer. Roten Kreuz, München.
- Löffler, Georg; Petrides, Petro (2003): Biochemie und Pathobiochemie. München u.a. 1. Aufl. 1975, 6. Aufl. 2003, Springer.
- Marquardt, Doris (1994): Sozialpolitik und Sozialfürsorge der Stadt Hannover in der Weimarer Republik. In: Hannoversche Studien (= Schriftenreihe des Stadtarchivs Hannover). Hrsg. von Klaus Mlynek, Hannover.
- Marschalck, Peter (1984): Bevölkerungsgeschichte Deutschlands im 19. und 20. Jahrhundert. Frankfurt am Main, Suhrkamp.
- Möller, Horst (1997): Weimar. Die unvollendete Demokratie. München 1. Aufl. 1985, 6. Aufl. 1997, dtv.
- Morton, Leslie (1983): A medical bibliography. An annot. checklist of texts illustrating the history of medicine. Aldershot, Gower.
- Müller, Markus (2005): Chirurgie für Studium und Praxis. Breisach 1. Aufl. 1993, 8. Auflage 2005, Medizinische Verlags- und Informationsdienste.
- Naucke, Wolfgang (2006): Einführung: Rechtstheorie und Staatsverbrechen. In: Karl Binding/Alfred Hoche Die Freigabe der Vernichtung lebensunwerten Lebens Ihr Maß und ihr Ziel (1920). Mit einer Einführung von Wolfgang Naucke. Hrsg. von Thomas Vormbaum, Hagen. S. VI-LXIV.
- Panke-Kochinke, Birgit (2001): Die Geschichte der Krankenpflege (1679-2000). Frankfurt am Main, Mabuse.
- Peiper, Albrecht (1951): Chronik der Kinderheilkunde. Leipzig, Thieme.
- Peukert, Detlev (1987): Die Weimarer Republik. Krisenjahre der Klassischen Moderne. Neue Historische Bibliothek Band 282. Hrsg. von Hans-Ulrich Wehler, Frankfurt am Main, Suhrkamp.
- Pschyrembel, Willibald (2004): Klinisches Wörterbuch. Berlin 1. Aufl. 1894, 260. Aufl. 2004, de Gruyter.
- Rassner, Gernot (2007): Dermatologie. Lehrbuch und Atlas. München 1. Aufl. 1978, 8. Aufl. 2007, Elsevier.

- Regal, Wolfgang; Nanut, Michael (2004): „Er bohrt mir alle Kinder an“. Clemens Freiherr von Pirquet - auf Spurensuche im Alten Medizinischen Wien. Ärzte Woche 18 Heft 23.
- Reyer, Jürgen (1991): Alte Eugenik und Wohlfahrtspflege: Entwertung und Funktionalisierung der Fürsorge vom Ende des 19. Jahrhunderts bis zur Gegenwart. Freiburg, Lambertus.
- Rudloff, Wilfried (1998): Die Wohlfahrtsstadt. Kommunale Ernährungs-, Fürsorge- und Wohnungspolitik am Beispiel Münchens 1910-1933. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.
- Sachße, Christoph; Tennstedt, Florian (1988): Geschichte der Armenfürsorge in Deutschland. Band 2 Fürsorge und Wohlfahrtspflege 1871 bis 1929. Stuttgart u.a., Kohlhammer.
- Scheppe, Karl (1980): 75 Jahre Säuglingsheilkunde. Münchner Stadtanzeiger 36. S. 5 und 14.
- Schmuhl, Hans-Walter (1987): Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie. Von der Verhütung zur Vernichtung >lebensunwerten Lebens<, 1890–1945. Göttingen, Vandenhoeck & Ruprecht.
- Schmuhl, Hans-Walter (1997): Eugenik und „Euthanasie“ – zwei paar Schuhe? Eine Antwort auf Michael Schwartz. Zeitschrift des westfälischen Instituts für Regionalgeschichte des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe 47. S. 757–762.
- Schott, Heinz; Tölle, Rainer (2006): Geschichte der Psychiatrie. Krankheitslehren Irrwege Behandlungsformen. München, C.H.Beck.
- Schwartz, Michael (1996): „Rassenhygiene, Nationalsozialismus, Euthanasie“? Kritische Anfragen an eine These Hans-Walter Schmuhls. Zeitschrift des westfälischen Instituts für Regionalgeschichte des Landschaftsverbandes Westfalen-Lippe 46. S 604–623.
- Schwartz, Michael (2001): Einfallstheorie der „Euthanasie“ Deutsche Debatten über die „Vernichtung lebensunwerten Lebens“ 1895–1945. In: Jahrbuch der Juristischen Zeitgeschichte Band 2. Hrsg. von Thomas Vormbaum. Berlin, Berliner Wissenschaftsverlag. S. 131–152.

- Seidler, Eduard (2008): „... die glückliche Spezialität der Kinderheilkunde“
125 Jahre Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin. In: 125
Jahre Deutsche Gesellschaft für Kinder- und Jugendmedizin e.V.
1883–2008. Hrsg. von Eduard Seidler et al., Berlin. S. 17–35.
- Seidler, Eduard; Leven, Karl-Heinz (2003): Geschichte der Medizin und der
Krankenpflege. Stuttgart 1. Aufl. 1970, 7. Aufl. 2003, W. Kohlhammer.
- Siewert, Rüdiger (2006): Chirurgie. Heidelberg 1. Aufl. 1971, 8. Aufl. 2006,
Springer.
- Stauber, Manfred; Weyerstahl, Thomas (2005): Gynäkologie und Geburtshilfe.
Stuttgart 1. Aufl. 2001, 2. Aufl. 2005, Thieme.
- Stehr, Susanne (o.J.): Zur Geschichte der Münchner Kinderheilkunde (1818 bis
1980, insbesondere die Zeit nach dem Zweiten Weltkrieg). München, Wiss.
Dienst Nestlé.
- Stöckel, Sigrid (1996): Säuglingsfürsorge zwischen sozialer Hygiene und
Eugenik: das Beispiel Berlins im Kaiserreich und in der Weimarer Republik.
Berlin, New York, de Gruyter.
- Teleky, Ludwig (1950): Die Entwicklung der Gesundheitsfürsorge. Deutsch-
land-England-USA. Berlin, Springer.
- Wehler, Hans-Ulrich (2003): Deutsche Gesellschaftsgeschichte. Band 5 Vom
Beginn des Ersten Weltkriegs bis zur Gründung der beiden deutschen Staa-
ten 1914-1949. München, C.H.Beck.
- Weingart, Peter; Kroll, Jürgen; Bayertz, Kurt (1988): Rasse, Blut und Gene.
Geschichte der Eugenik und Rassenhygiene in Deutschland. Frankfurt am
Main, Suhrkamp.
- Woelk, Wolfgang (2002): Geschichte der Gesundheitspolitik in Deutschland
von der Weimarer Republik bis in die Frühgeschichte der „doppelten
Staatsgründung“. Berlin, Duncker & Humblot.
- Wolff, Horst-Peter; Wolff, Jutta (1994): Geschichte der Krankenpflege. Basel,
Eberswalde, RECOM.

12 Abbildungsverzeichnis

- Abb. 1: Stationäre Abteilung. Rechenschaftsbericht für das Jahr 1920 des Vereins „Prinzessin Arnulphaus für Säuglinge“ (E.V.) über die Tätigkeit von Säuglingsheim, Fürsorgestelle u. Milchküche. StadtAM Vereine 178. o.S.
- Abb. 2: Stationäre Abteilung. Prinzessin Arnulphaus für Säuglinge, Säuglingsheilanstalt und Pflegeheim für Säuglinge München, Frühlingsstraße 30/31, 1928-1933, StadtAM Vereine 178. S. 3.
- Abb. 3: Milchküche. Rechenschaftsbericht für das Jahr 1920 des Vereins „Prinzessin Arnulphaus für Säuglinge“ (E.V.) über die Tätigkeit von Säuglingsheim, Fürsorgestelle u. Milchküche. StadtAM Vereine 178. o.S.
- Abb. 4: Säuglingsabteilung mit Dr. Rommel, 1. Stock, Säuglingsheim München an der Lachnerstrasse o.J., Archiv der Krankenpflegeschule des Klinikums Dritter Orden, München-Nymphenburg.
- Abb. 5: Mütterheim Taxisstraße, Gebäudeansicht, Taxisstraße 3, Gern 1920–1935, StadtAM Postkartensammlung Pk-Stb-6678.
- Abb. 6: Mütterheim Taxisstraße, Innenansicht, Taxisstraße 3, Gern 1920–1935, StadtAM Postkartensammlung Pk-Stb-6678.
- Abb. 7: Kinderfürsorgestelle. Rechenschaftsbericht für das Jahr 1920 des Vereins „Prinzessin Arnulphaus für Säuglinge“ (E.V.) über die Tätigkeit von Säuglingsheim, Fürsorgestelle u. Milchküche. StadtAM Vereine 178. o.S.

13 Danksagung

An dieser Stelle möchte ich denjenigen danken, die die Recherche und das Gelingen der vorliegenden Arbeit durch ihre Unterstützung erst ermöglicht haben. An erster Stelle sei hier in stillem Gedenken und tiefster Dankbarkeit Frau Prof. Dr. Juliane C. Wilmanns genannt, ehemals Direktorin des Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin der Technischen Universität München, die für mich dieses Thema entsprechend meinem Interesse und meiner Persönlichkeit ausgewählt hat und mir immer mit Rat und Tat zur Seite stand. Des Weiteren danke ich Herrn Prof. Dr. Dietrich von Engelhardt, komm. Direktor des Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin der Technischen Universität München, für die Annahme und Fortführung meiner Arbeit sowie seine Motivation und sein offenes Ohr für die Sorgen seiner Doktoranden.

Ein besonderer Dank gilt Herrn Dr. Gerrit Hohendorf, wissenschaftlicher Mitarbeiter des Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin, für seine Bemühungen, seine Ratschläge und Hilfestellungen sowie seine kontinuierliche Unterstützung und Motivation bis zur Fertigstellung der Arbeit.

Meinen herzlichen Dank möchte ich auch Frau Inge Hahn, Sekretariat des Instituts für Geschichte und Ethik der Medizin, für ihre freundliche Unterstützung und verlässliche Hilfe aussprechen.

Für das vertrauensvolle Überlassen von zahlreichem Archivmaterial möchte ich mich ganz herzlich bei Schwester Lydia und Schwester Mechthild der Krankenpflegeschule des Klinikums Dritter Orden, München-Nymphenburg, bedanken. Ohne ihre Hilfe wäre ein gutes Gelingen der Arbeit sehr erschwert gewesen. Den Mitarbeitern des Stadtarchivs München, insbesondere Frau Ulrike Trummer, möchte ich ebenfalls für ihre kompetente Hilfe und die unkomplizierte Zusammenarbeit danken. Herrn Dr. Claudius Stein, wissenschaftlicher Mitarbeiter des Archivs der Ludwig-Maximilian-Universität, möchte ich ganz herzlich für seine schnelle, hilfsbereite und wertvolle Unterstützung danken.

Meinen Freunden sei an dieser Stelle gedankt für ihre Hilfe, Anregungen und Problemlösungen. Zuletzt möchte ich auch meinen Eltern für ihre

Unterstützung, die guten Worte, die Motivation und die anregenden Diskussionen von ganzem Herzen danken.

Dominik Rahammer
Rembrandtstr. 28
81245 München
dominik.rahammer@mnet-mail.de

14 Lebenslauf

Persönliche Angaben

Geburtsdatum, -ort: 25. August 1981, München
Familienstand: ledig
Staatsangehörigkeit: deutsch

Schulischer Werdegang

1988 – 1992 Grundschole an der Ährenfeldstraße, Gröbenzell
1992 – 2001 Gymnasium Gröbenzell
Abschluss: Allgemeine Hochschulreife

Studium

05/2002 – 03/2004 **Studium der Medizin**
LMU München

03/2004 **Ablegen der Ärztlichen Vorprüfung**

seit 04/2004 **klinischer Abschnitt**
TU München - Klinikum rechts der Isar

02/2007 – 01/2008 **Praktisches Jahr**
Chirurgie: General Hospital, Galle, Sri Lanka
Klinikum rechts der Isar, München
Innere Medizin: KH Barmherzige Brüder, München
Gynäkologie: Klinikum rechts der Isar, München

04–05/2008 **Ablegen des 2. Abschnitts der Ärztlichen Prüfung**
Note: sehr gut

seit 08/2008 **Krankenhaus Barmherzige Brüder, München**
Assistenzarzt, Innere Medizin

Erklärung

Ich erkläre an Eides statt, dass ich die der Fakultät für Medizin der Technischen Universität München zur Promotionsprüfung vorgelegte Arbeit mit dem Titel:

Die öffentliche Säuglings- und Schwangerenfürsorge sowie Mütterberatung in München während der Weimarer Republik

in

Institut für Geschichte und Ethik der Medizin

unter der Anleitung und Betreuung durch

Univ.-Prof. Dr. D. von Engelhardt, em.

ohne sonstige Hilfe erstellt und bei der Abfassung nur die gemäß § 6 Abs. 5 angegebenen Hilfsmittel benutzt habe.

Ich habe die Dissertation in dieser oder ähnlicher Form in keinem anderen Prüfungsverfahren als Prüfungsleistung vorgelegt.

Ich habe den angestrebten Doktorgrad noch nicht erworben und bin nicht in einem früheren Promotionsverfahren für den angestrebten Doktorgrad endgültig gescheitert.

Die Promotionsordnung der Technischen Universität München ist mir bekannt.

München, den 2.2.2009

.....