

4 VORSORGE FÜR SCHWANGERE UND SÄUGLINGE

4.1 SCHWANGERE UND SÄUGLINGE ALS ZIEL GESUNDHEITSPOLITISCHER MASSNAHMEN IN DER ERSTEN HÄLFTE DES 20. JAHRHUNDERTS

4.1.1 *Deutschland*

Ende des 19. Jahrhunderts, als in Deutschland die Krankenversicherung eingeführt und der Beginn einer gesundheitlichen Versorgung durch den Staat geschaffen wurde, gab es bereits Überlegungen zu einem staatlichen Schutz für die Zeit der Schwangerschaft und Geburt.¹ Für erwerbstätige Frauen galt als gesetzlicher Mutterschutz in Deutschland ab 1878 ein dreiwöchiges Beschäftigungsverbot, zunächst jedoch ohne jeden Lohnausgleich, das bis 1908 auf acht Wochen ausgedehnt wurde.² Zahlung eines Mutterschaftsgeldes war für die Kassen nicht verpflichtend und fiel meist sehr gering aus.³ Das Augenmerk des Gesetzgebers richtete sich allerdings kaum auf das Wohlergehen der Mütter, sondern vielmehr auf die Gesundheit der ungeborenen Kinder, die durch die Erwerbstätigkeit und insbesondere durch die Fabrikarbeit der Schwangeren angeblich bereits schwach und krank zur Welt kämen.⁴ Der Schutz der Schwangerschaft entsprang vor allem dem Gedanken, robustere, gesunde Neugeborene für den „Fortbestand der Nation“ zu bekommen.

Die Geburten selbst fanden in den allermeisten Fällen zu Hause statt und wurden häufig durch eine Hebamme, manchmal auch durch einen Geburtshelfer betreut. In ländlichen Gegenden, in denen nur wenige Hebammen und Ärzte praktizierten, brachten die Frauen ihre Kinder oft ohne professionelle Hilfe, sondern lediglich mit Unterstützung von Nachbarn, Familienangehörigen oder „kundigen Frauen“ zur Welt.⁵ Auch reichte das Geld bei Familien mit niedrigem Einkommen nur selten dafür aus, einen Arzt bei der Geburt hinzuzuziehen. Mitunter überstieg schon die Ausgabe für eine Hebamme den Bereich des Möglichen.⁶ Zwar war in Deutschland bereits ein relativ großer Prozentsatz der männlichen Arbeiter krankenversichert; Frauen genossen jedoch für die Kosten der ärztlichen Geburtshilfe meist keinen Versicherungsschutz, weil die Leistungen der Versicherung bis 1919 Familienangehörige nur fakultativ einbe-

¹ KULAWIK, Wohlfahrtsstaat, S. 91–102; RODENSTEIN, Kultur, S. 119.

² STÖCKEL, Säuglingsfürsorge, S. 261; HAUSEN, Arbeiterinnenschutz, S. 729.

³ BOCK und THANE, Editors' Introduction, S. 4; ELLERKAMP, Mutterschaftsversicherung, S. 424–5, vgl. zur Diskussion um die Unterstützungszahlung KULAWIK, Wohlfahrtsstaat, S. 136–48.

⁴ FREVERT, Fürsorgliche Belagerung, S. 436.

⁵ SEIDEL, Kultur, S. 313, S. 325. Vgl. hierzu auch die sehr plastischen, wenn auch etwas einseitigen Beschreibungen zur Geburtspraxis im Europa des 18. und 19. Jh. bei Edward Shorter, vgl. SHORTER, Körper, S. 68–123.

⁶ FREVERT, Fürsorgliche Belagerung, S. 439.

zogen. Viele Schwangere bevorzugten deswegen die Betreuung durch die Hebamme, ein weiterer Grund war die engere Vertrautheit mit den Frauen.⁷

Mit der Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert setzte in Deutschland wie in anderen westlichen Industriestaaten eine heftige Diskussion über den damals zu verzeichnenden Geburtenrückgang ein, der als „Degenerationsphänomen“ wahrgenommen wurde.⁸ Die Besorgnis galt nicht nur der fallenden Geburtenrate, sondern auch der angeblichen Schwächlichkeit der Säuglinge, im zeitgenössischen Duktus der „Qualität des Nachwuchses“.⁹ Die hohe Säuglingssterblichkeit wurde im Zusammenhang mit dem Phänomen des Rückgangs der Geburten als äußerst bedrohlich für den Fortbestand der Nation empfunden. Nur eine wachsende Bevölkerung sichere Fortschritt und Herrschaftsinteressen, so die Meinung vieler zeitgenössischer Wissenschaftler und Politiker.¹⁰

Eine bessere Vorsorge und Beratung für Säuglinge wurde deswegen im Kaiserreich auf verschiedensten Ebenen diskutiert.¹¹ Gesundheitsfürsorge für Säuglinge entwickelte sich zu einem wichtigen Anliegen nicht nur des Staates, sondern großer Teile der Ärzteschaft, der Sozialhygieniker, der Frauenvereine und anderer Gruppen. In Berlin wurde 1904 beispielsweise die *Gesellschaft zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit* gegründet, die zunächst vor allem Ernährungsprobleme bei Säuglingen bekämpfen wollte und versuchte, Molke-reien zu kontrollieren sowie nicht verseuchte Kuhmilch an Mütter auszugeben. Die Organisation initiierte auch die erste Ausstellung über Säuglingsfürsorge.¹² Vereine der bürgerlichen Frauenbewegung spielten auf diesem Gebiet eine wichtige Rolle; in ihrem Engagement verband sich Sorge um die Säuglinge und Mütter der unteren Schichten mit dem Wunsch nach eigener Profilierung und Weitergabe der bürgerlichen Familien- und Hygienevorstellungen.¹³

Vor dem Ersten Weltkrieg entstanden aus dieser Bewegung heraus vor allem in größeren Städten sogenannte Mütterberatungsstellen, die Sprechstunden für

⁷ Vgl. SCHLIEPER, Rolle, S. 46–7.

⁸ RUDLOFF, Wohlfahrtsstadt, S. 685; vgl. zur Haltung der Ärzte zum Geburtenrückgang DIE-NEL, Niedergang; vgl. allgemein FINCK, Geburtenrückgang.

⁹ BOCK und THANE, Editors' Introduction, S. 10.

¹⁰ Vgl. WEINDLING, Health, S. 188ff; WITZLER, Großstadt, S. 186; FREVERT, Fürsorgliche Be-lagerung, S. 437; FINCK, Geburtenrückgang, S. 25.

¹¹ STÖCKEL, Säuglingsfürsorge, S. 48–76. Stöckel analysiert hier verschiedene zeitgenössische Konzepte der Säuglingspflege und -fürsorge und zeigt, daß im späten Kaiserreich keineswegs nur sozialhygienische, sondern auch verstärkt rassehygienische Gesichtspunkte in die Überlegungen einbezogen wurden. Vgl. auch BORST, Catching Babies.

¹² DICKINSON, Politics, S. 50–6; STÖCKEL, Säuglingsfürsorge, S. 196–211; RUDLOFF, Wohl-fahrtsstadt, S. 684–5; WOELK, Säuglingsfürsorge; SCHABEL, Soziale Hygiene, S. 37. Kuhmilch kam damals nicht ausreichend erhitzt in den Handel und war meist mit zahlreichen Keimen infiziert, die Erwachsenen in der Regel nicht schaden, aber für Säuglinge sehr ge-fährlich sein konnten.

¹³ Vgl. hierzu ausführlich SACHSSE, Mütterlichkeit; sowie MICHEL and KOVEN, Womanly Duties, S. 1077–9; FEHLEMAN, Etwas wirklich können.

Frauen mit Neugeborenen abhielten.¹⁴ Dabei war meist ein Arzt und eine Fürsorgerin anwesend; beide wurden jedoch nur präventiv tätig; kranke Säuglinge mußten zum niedergelassenen Arzt überwiesen werden. Besonders wichtig wurde in den Mütterberatungsstellen die Stillpropaganda, die für den Staat eine kostengünstige Form der Säuglingsvorsorge darstellte.¹⁵ Stillende Mütter, die die Beratungsstellen regelmäßig besuchten, erhielten von der öffentlichen Hand Stillprämien, die allerdings sehr niedrig waren. Diese Stillprämien wurden vor allem als Lockmittel benutzt, um die Frauen zu Besuchen in den Säuglingsberatungsstellen anzuregen.¹⁶ Gleichzeitig wurde an stillunfähige Mütter bei Bedürftigkeit subventionierte, sterilisierte Milch abgegeben. Solche kommunalen Milchverteilungsstellen entwickelten sich zusammen mit den Säuglingsberatungen in den meisten großen Städten. Dennoch war die Anzahl der in den Mütterberatungsstellen betreuten Säuglinge vor den 1920er Jahren noch relativ gering. Die Fürsorgerinnen waren zudem bestrebt, Frauen mit Neugeborenen zu Hause zu besuchen.¹⁷ Dies stand jedoch in Deutschland in der verurteilten Tradition der Armenfürsorge und Gesundheitspolizei. Familien, die Armenfürsorge bezogen, konnten ebenso wie ledige Mütter stets durch Fürsorgerinnen kontrolliert werden. Nun waren auch Stillprämien meist an die Bedingung gebunden, die Fürsorgerin in die Wohnung zu lassen. Der Besuch der Fürsorgerin hatte durch die Verknüpfung mit der Armenfürsorge ein diskriminierendes Element behalten.¹⁸ In ihrer Tätigkeit mischten die meisten Fürsorgerinnen Prävention und Vorsorge für Säuglinge mit einer Kontrollfunktion über die ärmeren Schichten.¹⁹

Nicht nur für Säuglinge, auch für den Schutz von Schwangeren wurden zahlreiche Maßnahmen ergriffen. In den Regelungen von 1878 war nur ein geringer Teil der Frauen, die abhängig Beschäftigten, berücksichtigt worden. Im Laufe der nächsten Dekaden wurde der Mutterschutz immer wieder erweitert, die Krankenkassen bauten ebenfalls die Leistungen für die Schwangeren aus.²⁰ Mit

¹⁴ STÖCKEL, Säuglingsfürsorge, S. 211–22; RUDLOFF, Wohlfahrtsstadt, S. 686.

¹⁵ DICKINSON, Politics, S. 52; FEHLEMANN, Stillpropaganda; RUDLOFF, Wohlfahrtsstadt, S. 686, vgl. zur Propagierung des Stillens in der zeitgenössischen ärztlichen Ratgeberliteratur SPREE, Sozialisationsnormen, S. 637–9.

¹⁶ WOELK, Säuglingsfürsorge, S. 339–59; RUDLOFF, Wohlfahrtsstadt, S. 686; FREVERT, Fürsorgliche Belagerung, S. 442.

¹⁷ STÖCKEL, Säuglingsfürsorge, S. 214–5, FREVERT, Fürsorgliche Belagerung, S. 441. Für ein Münchner Stadtviertel spricht Rudloff von 30 Prozent der Mütter, die die Stellen im Jahr 1908 aufsuchten; RUDLOFF, Wohlfahrtsstadt, S. 686–8.

¹⁸ FEHLEMANN und VÖGELE, Frauen, S. 34–5; vgl. auch WEINDLING, Health, S. 354; SCHABEL, Soziale Hygiene, S. 41–2; Cornelia Osborne spricht sogar davon, daß die Fürsorgerinnen sich in manchen Fällen als „Sozialpolizisten“ gerierten, vgl. OSBORNE, Frauenkörper, S. 83.

¹⁹ Dieses Konzept stand damit durchaus noch in der Tradition der Medikalisierung, zumindest, wenn man Medikalisierung in einem offenen Sinne versteht; vgl. SACHSSE und TENNSTEDT, Soziale Sicherung; LABISCH, Hygiene; vgl. zum Begriff Medikalisierung die ausführliche Diskussion in der Einleitung, Kap. I, als Überblick vgl. LOETZ, Medikalisierung.

²⁰ Die Schutzzeiten wurden erweitert, die Krankenkassen übernahmen nun – zumindest fakul-

Beginn des Ersten Weltkriegs erhielten dann auch die nicht erwerbstätigen und nicht selbst versicherten Frauen staatliche Zuwendung in Form einer Reichswochenhilfe für die Zeit der Geburt.²¹ Damit bekamen versicherte wie auch nichtversicherte Frauen eine finanzielle Unterstützung für Entbindungskosten, Wochengeld für zehn Wochen, Aufwandsgehalt für Arzt oder Hebamme und zwölf Wochen Stillgeld. Diese Zuwendungen für Schwangere wurden in der Weimarer Republik durch das 1919 verabschiedete Reichsgesetz über Wochenhilfe und Wochenfürsorge beibehalten. Bei den selbst versicherten Frauen war diese finanzielle Unterstützung an den Lohn gekoppelt und blieb deswegen einigermmaßen ausreichend, die Familienwochenhilfe für Mitversicherte/Nichtversicherte sank dagegen während der Inflation zu sehr ab, um überhaupt noch eine Hilfe darzustellen.²² Finanziell waren die Frauen in Deutschland dennoch im Vergleich anderen Staaten verhältnismäßig gut abgesichert. Generell erfuhr die gesamte Wohlfahrtspflege während des Ersten Weltkrieges in Deutschland einen enormen Ausbau in Form der Kriegsfürsorge bzw. Kriegswohlfahrtspflege.²³ Auch die Säuglingsfürsorge erlebte einen Aufschwung. 1916 wurde beispielsweise die Reichsstelle *Deutschlands Spende für Säuglingsschutz* gegründet, der sowohl zahlreiche Mitglieder des Kaiserhauses als auch der Regierung angehörten.²⁴ Nicht zuletzt Gelder dieser Organisation trugen dazu bei, daß 1917/18 1020 neue Säuglingsberatungsstellen gegründet werden konnten. Bei all diesen Maßnahmen ging es um Beschäftigungsverbote und bessere finanzielle Leistungen für die Schwangeren, nicht um eine medizinische Prophylaxe in der Schwangerschaft. Einige wenige Ansätze zu einer tatsächlichen Schwangerenvorsorge lassen sich dennoch beobachten. In Berlin wurde – allerdings nur für ledige Mütter – 1917 eine Schwangerenfürsorgestelle eingerichtet. Die Zielrichtung blieb aber hier vor allem die Gesundheit der Säuglinge – uneheliche Geburten wurden ebenfalls als bevölkerungspolitisch notwendig erachtet.²⁵

In der Zeit der Weimarer Republik wurde in Deutschland die gesamte öffentliche Gesundheitspflege ausgedehnt und institutionalisiert.²⁶ Die kommunale Gesundheitsfürsorge erlebte damals eine Blütezeit. Im Zuge einer viel-

tativ – bestimmte Leistungen für die Geburt. HAUSEN, Arbeiterinnenschutz, S. 729–30; BOCK, Weibliche Armut, S. 443.

²¹ Dies galt 1914 zunächst für Frauen von einberufenen Soldaten. Ab 1915 wurde diese Leistung insgesamt auf die Gruppe der bedürftigen Frauen ausgedehnt. Vgl. HAUSEN, Arbeiterinnenschutz, S. 730; BOCK, Frauen, S. 249; vgl. auch allgemein zur deutschen Entwicklung TAYLOR ALLEN, Feminism and Motherhood.

²² MATZNER-VOGEL, Schwangerschaft, S. 156.

²³ Vgl. SACHSSE, Mütterlichkeit, S. 156–61; SCHABEL, Soziale Hygiene, S. 61–5; SACHSSE, Social Mothers, S. 149–51.

²⁴ STÖCKEL, Säuglingsfürsorge, S. 269–71.

²⁵ BORST, Catching Babies; STÖCKEL, Säuglingsfürsorge, S. 286.

²⁶ ECKART, Gesundheitspflege, S. 216; SACHSSE, Social Mothers, S. 151–2; vgl. auch CREW, Germans on Welfare; HONG, Welfare; vgl. dazu ausführlich den Abschnitt über öffentliches Gesundheitswesen im Kapitel zur Struktur des Gesundheitswesens, Kap. II, 2.1.

fachen Differenzierung des staatlichen Gesundheitswesens wurde besonders in den Städten mit den neuen Berufen des Fürsorge- und Vorsorgearztes und der Gesundheitsfürsorgerin die Säuglingsfürsorge stark ausgebaut und in vielen Gesundheitsämtern Mütterberatungsstellen eingerichtet.²⁷ Diese Stellen wurden jedoch kaum vor der Geburt aufgesucht, vielmehr lag der Schwerpunkt der Beratung weiterhin bei den Säuglingen. In Berlin gab es Mitte der 1920er Jahre beispielsweise an die 40 solcher Fürsorgestellen, die einen Großteil der Neugeborenen (je nach Stadtviertel zwischen 60 und 80 Prozent) betreuten.²⁸ Auch in München erhielten 1927 vier Fünftel der Neugeborenen Fürsorgeleistungen in den Beratungsstellen.²⁹ Auf der GESOLEI, einer Ausstellung zu „Gesundheitspflege, sozialer Fürsorge und Leibesübungen“ im Jahr 1926 in Düsseldorf, bei der die Gemeinden und Städte ihre Gesundheitsleistungen präsentierten, war die Mütter-, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge das am stärksten und umfassendsten vertretene Gebiet der Gesundheitspflege.³⁰ Die Tätigkeit der Fürsorgerinnen, die Mütter mit Säuglingen zu Hause besuchten, war allerdings auch in den 1920er Jahren auf „besonders gefährdete Bevölkerungsgruppen“ konzentriert und hatte wenig von ihrer Stigmatisierung verloren.³¹ Die Hebammen wurden nun ebenfalls stärker in die allgemeine Vorsorge für Säuglinge integriert.³²

Eine Vorsorge für Schwangere – wie die sich in dieser Zeit in Großbritannien entwickelnde *Ante-natal-care* – existierte in Deutschland selten. Explizite Schwangerenberatungsstellen fanden sich meist nur in größeren Städten mit einem engagierten kommunalen Gesundheitswesen.³³ Das 1909 gegründete Kaiserin-Victoria-Auguste-Haus in Berlin, ein Vorreiter in der Säuglingsfürsorge, hatte beispielsweise in den 1910er Jahren eine Schwangerenfürsorgestelle eingerichtet, die aber nur wenig frequentiert wurde.³⁴ Ein kleiner Teil der Säug-

²⁷ Vgl. LABISCH und TENNSTEDT, Weg, S. 70–84; SACHSSE, Mütterlichkeit, S. 203–7; RODENSTEIN, Kultur, S. 120.

²⁸ STÖCKEL, Säuglingsfürsorge, S. 360.

²⁹ RUDLOFF, Wohlfahrtsstadt, S. 688.

³⁰ Vgl. zur GESOLEI auch oben Kap. II, 2.1; LABISCH und TENNSTEDT, Weg, S. 70–1.

³¹ USBORNE, Frauenkörper, S. 82–3.

³² SCHLIEPER, Rolle, S. 48. Im preußischen Hebammengesetz von 1922 wurde diese Leistung sogar offiziell in das Tätigkeitsfeld der Hebamme eingefügt.

³³ DÖDERLEIN, Ärztliche Schwangerschaftsvorsorge, S. 182; vgl. auch USBORNE, Frauenkörper, S. 83, die sich auf die Schwangerenberatung in Berlin bezieht; sowie zur sehr aktiven Schwangerenvorsorge in Kiel unten S. 435.

³⁴ Das Haus, das Laboratorien, Entbindungs- und Wöchnerinnenstationen sowie ein Säuglingsfürsorgezentrum beherbergte, hatte sich seit 1909 zu einem sowohl wissenschaftlichen als auch praxisorientierten Zentrum in der Säuglingsvorsorge entwickelt und gab zudem zusammen mit der Deutschen Vereinigung für Säuglingsschutz die *Zeitschrift für Säuglingsschutz* heraus; vgl. STÖCKEL, Säuglingsfürsorge, S. 246–60; SCHABEL, Soziale Hygiene, S. 43–53. Vgl. zu der geringen Frequentierung der Schwangerenberatung STÖCKEL, Säuglingsfürsorge, S. 324. Stöckel spricht für das Jahr 1919 von insgesamt lediglich 75 Patientinnen.

lingsfürsorgestellen beriet zudem auch Schwangere, dabei handelte es sich aber meist um die Überwachung lediger Mütter.³⁵

In Berlin, das auf dem Gebiet der Gesundheitsfürsorge in den 1920er Jahren eine Vorreiterrolle innehatte, entstanden zusätzlich einige Schwangerenberatungsstellen in Ambulatorien, die die Krankenkassen dort einrichteten.³⁶ In manchen dieser Ambulatorien wurde von engagierten Ärztinnen ein umfassender Gesundheitsdienst für werdende Mütter aufgebaut, wovon allerdings nur einen Bruchteil der Bevölkerung profitierte. Viele der Beratungsstellen konzentrierten sich zudem eher auf eine Familien- und Eheberatung, ebenso wie die Ende der 1920er Jahre entstehenden Sexualberatungsstellen, und unterstützten die Frauen vor allem hinsichtlich Geburtenregelung und Verhütungsmitteln.³⁷ Zahlreiche Ärzte und Ärztinnen, die sich in den 1920er Jahren in den Ambulatorien bei der Familien- und Schwangerenberatung engagierten, standen politisch links oder waren jüdischer Abstammung.³⁸ Die Machtergreifung der Nationalsozialisten bedeutete so ein Ende der personellen Kontinuität in diesem Bereich wie auch ein Ende der in der Weimarer Republik betriebenen vielfältigen Formen der sozialen Fürsorge. In Berlin wurden beispielsweise 1933/34 17 von 19 leitenden Stadtärzten als nicht arisch oder unzuverlässig entlassen.³⁹

In der Zeit des Dritten Reichs vereinnahmte die nationalsozialistische Gesundheitspolitik gerade die Mütter- und Säuglingsfürsorge. Die Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesens wurden dem Ziel einer „erblichen und rassischen Volksgesundheit“ untergeordnet; auch die Mütterberatungsstellen lieferten nun Daten für Zwangssterilisation und andere selektierende Maßnahmen.⁴⁰ Die zuvor sehr vielgestaltige kommunale Für- und Vorsorge wurde zudem durch das *Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens* von 1934 stark beschnitten und verstaatlicht. Den staatlichen Gesundheitsämtern oblag nun offiziell die Schwangeren-, Mütter- und Kinderberatung.⁴¹ Im Fall der Schwangerenvorsorge führte dies jedoch kaum zu einer Intensivierung der Vorsorge, vielmehr stoppte die neue Organisationsform eher Anstrengungen einzelner engagierter Kommunen.⁴² In den Jahren 1936–38 berieten solche öf-

³⁵ STÖCKEL, Säuglingsfürsorge, S. 314.

³⁶ Unter Ambulatorien versteht man von den Krankenkassen betriebene Einrichtungen, in denen die Kassen Ärzte für die Versorgung ihrer Versicherten anstellten. Bis 1926 entstanden in Berlin 40 solcher Einrichtungen. Vgl. GROSSMANN, Berliner Ärztinnen, S. 193.

³⁷ GROSSMANN, Berliner Ärztinnen, S. 194–5; USBORNE, Ärztinnen, S. 76–84; USBORNE, Stellung, S. 284; vgl. allgemein SODEN, Sexualberatungsstellen.

³⁸ GROSSMANN, German Women Doctors, S. 80–1; vgl. auch ECKART, Gesundheitspflege, S. 217.

³⁹ ECKART, Gesundheitspflege, S. 218.

⁴⁰ LABISCH und TENNSTEDT, Weg, S. 327; CZARNIOWSKI, Familienpolitik, S. 270.

⁴¹ Vgl. zur Wirkung des Vereinheitlichungsgesetzes ausführlich Kap. II, 1.2; zudem DÖDERLEIN, Ärztliche Schwangerenvorsorge, S. 182; LABISCH, Entwicklungslinien, S. 40–1.

⁴² Vgl. hierzu unten, S. 435.

fentlichen Stellen dann im Reichsgebiet auch nur etwa 6 Prozent der Schwangeren. Neuregelungen im Hebammengesetz von 1938 und ein weiterer Erlass des Reichsministerium des Innern von 1940 bezogen die Hebammen in die Schwangerenvorsorge mit ein. Diese Anordnungen, unter anderem über dreimalige Untersuchung aller Schwangeren durch die Hebammen, ließen sich jedoch in den Kriegsjahren nicht verwirklichen.⁴³

Die Nationalsozialistische Regierung wollte mit der gesundheitlichen Überwachung und ärztlichen Beratung der Mütter, Säuglinge und Kleinkinder in erster Linie alle „Volksgenossen“ in den staatlichen Beratungsstellen erfassen.⁴⁴ Auf die Mütter konzentrierte der Staat seine Aufmerksamkeit: Es gab Mütter-schulung durch die Hilfsstellen *Mutter und Kind* der Nationalsozialistischen Volkswohlfahrt (NSV) sowie verschiedene materielle Hilfsleistungen, für die man sich qualifizieren konnte. Auch bei der Vorsorge für Mütter und Kinder traten selektierende Maßnahmen stärker in den Vordergrund. So wurden die Hausbesuche der Fürsorgerinnen bei Säuglingen zunehmend hierfür genutzt. War beispielsweise die Wohnung nicht ordentlich und sauber und zeigte die Familie keinen Ansatz zur „Besserung“, konnte schnell die Diagnose „Erbkrankheit Schwachsinn“ gelten, die zum Entzug aller Familienförderung sowie zur Zwangssterilisation führen konnte.⁴⁵ Auch die Hebammen mußten nach einem Erlass des Reichsministeriums des Innern von 1942 bedürftige Schwangere melden und diese in die Beratungsstunden der NS-Volkswohlfahrt schicken. Hebammen sollten ebenfalls zu einer Kontrollinstanz in der Gesundheits-, Erb- und Rassenpflege werden.⁴⁶ Im nationalsozialistischen Deutschland verband sich die Vorsorge für gesunde Säuglinge mit rassistischer Auslese: nicht die Reduzierung der Säuglingssterblichkeit und die Verstärkung der Säuglingsfürsorge stand allein im Vordergrund. Man wollte vor allem die Geburten von „minderwertigen“ und „untauglichen“ Kindern durch Sterilisation und letztlich durch Mord verhindern.⁴⁷

Während des Zweiten Weltkriegs verschlimmerten sich Ernährungs- und Wohnungssituation in Deutschland zunehmend, was sich vor allem in den letzten beiden Kriegsjahren merklich auf die Lage der Schwangeren und Säuglinge auswirkte. Die Säuglings- und die Müttersterblichkeit stiegen an, im Jahr 1945 erreichte die Säuglingssterblichkeit in den durch die heftigen Bombardements zerstörten Städten extrem hohe Werte. In Berlin starben beispielsweise im Juli 1945 72 von 100 Neugeborenen. Auch in den bayerischen Städten lag die Sterblichkeit von Säuglingen weit über den Werten, die vor dem Krieg als normal ge-

⁴³ DÖDERLEIN, Ärztliche Schwangerenvorsorge, S. 182–3; SCHLIEPER, Rolle, S. 50.

⁴⁴ Vgl. CZARNIOWSKI, Familienpolitik, S. 269.

⁴⁵ CZARNIOWSKI, Familienpolitik, S. 265–70.

⁴⁶ SCHLIEPER, Rolle, S. 50.

⁴⁷ BOCK, Frauen, S. 283–5.

golten hatten: im völlig zerstörten Würzburg 1945 bei 29 Prozent, im Landesdurchschnitt bei ca. 17 Prozent.⁴⁸

Im ersten Nachkriegsjahr verbesserte sich die Lage nur wenig. Viele Mütter waren unterernährt und körperlich schwach. Das ließ zum einen die Zahl der Frühgeburten ansteigen, die ohnehin geringere Überlebenschancen hatten, und machte es zum anderen vielen Müttern unmöglich, ihre Kinder zu stillen. Die schlechte Ernährung wiederum begünstigte Darminfektionen, an denen viele Säuglinge starben. Problematisch waren ferner die miserablen hygienischen Bedingungen bei der Entbindung, der Schmutz in den beengten, oft halb zerstörten Wohnungen und die fehlende Wäsche. Die schlechten Lebensumstände förderten die Ausbreitung von tödlichen Infektionen bei den Babies.⁴⁹ Besonders schwierig war die Situation in den strukturschwächeren Gebieten Deutschlands, insbesondere wenn dort auch noch viele Flüchtlinge aufgenommen werden mußten. Die hohen Werte der Säuglingssterblichkeit – 1946 starben in Deutschland im Durchschnitt 10 von 100 Lebendgeborenen – wurden dementsprechend vor allem durch die an „Lebensschwäche“ und Darminfektionen gestorbenen Säuglinge erreicht.⁵⁰ Die schlechten Wohnverhältnisse und die mangelnde Ernährung ließen Rachitiserkrankungen der Säuglinge ebenfalls ansteigen.⁵¹

Bereits ab 1947 ging die Säuglingssterblichkeit wieder deutlich zurück. Diese Entwicklung hing insbesondere mit der Verbesserung der allgemeinen Lebensverhältnisse zusammen, also der Ernährung, der Unterkünfte und damit auch der Hygienesituation.⁵² Viele Mütter hatten ihre Wohnungen verloren oder waren aus ihrer Heimat vertrieben worden und als Flüchtlinge in das Gebiet der späteren Bundesrepublik gekommen. Sie konnten mittlerweile meist in Lagern unterkommen oder wurden auf dem Land einquartiert. Die Lebensmittelzuteilungen für Mütter mit Säuglingen waren 1947 schon wieder besser geworden, auch wenn es noch große Probleme zu bewältigen gab. Aus Nordrhein-Westfalen wurde über das Jahr 1947 berichtet:

Die Nahrungsmittelzuteilung für den Säugling mit 1175 Kalorien täglich, darunter $\frac{3}{4}$ Liter Milch ist ausreichend. Auch die stillende Mutter erhält außer der eigenen Lebensmittelkarte und der Karte ihres Säuglings noch eine Zulage von 1088 Kalorien täglich, darun-

⁴⁸ WEBER, Augenblickliche Lage, S. 233; vgl. für Berlin HAGEN, 10 Jahre, S. 113; vgl. für Bayern ausführlich LINDNER, Milchpfennig, S. 210–2.

⁴⁹ SPIESS, Ernährungs- und Gesundheitsverhältnisse, S. 245; WEBER, Augenblickliche Lage, S. 234–5; KRIEGER, Krankheit, S. 6.

⁵⁰ RUPPRECHT, Augenblickliche Situation, S. 239; WEBER, Augenblickliche Lage, S. 234; vgl. zu den genauen Zahlen Tabelle 22, S. 416.

⁵¹ 1948 litten beispielsweise von 7635 in Mütterberatungsstellen in München vorgestellten Säuglingen 31 Prozent an einer Rachitis, in Göttingen sogar 48 Prozent. Dies wurde noch verstärkt durch den Mangel an Vitamin-D-Präparaten zur Rachitisprophylaxe, insbesondere des Vigantol, das in Deutschland nicht mehr ausreichend vorhanden war, vgl. SPIESS, Ernährungs- und Gesundheitsverhältnisse, S. 245–7; WEBER, Augenblickliche Lage, S. 235.

⁵² Vgl. zu den rückläufigen Zahlen Tabelle 22, S. 416.

ter ½ Ltr. Milch. Eine Unterernährung ist in dieser Beziehung nicht anzunehmen, jedoch besteht ein empfindlicher Mangel in der Zuteilung von Säuglingsdiät-nahrung, so daß es schwer ist, einen darmkranken Säugling zu behandeln.⁵³

Auch in Hessen äußerte sich die Landesregierung bereits 1947 über den Gesundheits- und Allgemeinzustand der Säuglinge befriedigt.⁵⁴ Die einzelnen, von den Besatzungsmächten bald nach Kriegsende wiedereingesetzten Landesregierungen versuchten über die Säuglingsberatungsstellen in den Gesundheitsämtern, die meist in den letzten Kriegsjahren brachgelegen hatten und die man nun wieder einzurichten versuchte, Mißstände zu lindern. In Bayern hatte beispielsweise im Landkreis Schongau vor dem Krieg in 16 Orten Säuglingsberatung stattgefunden. Nach Kriegsende mußten diese Stellen wegen Platzmangels – in den Räumen wohnten Flüchtlingsfamilien – geschlossen werden. Ab Mitte 1946 wurde die Beratung in den einzelnen Orten wieder aufgenommen.⁵⁵ In Bayern stieg die Zahl der Beratungsstellen insgesamt zwischen 1946 und 1949 von 1483 auf 1822.⁵⁶

Generell schenkte die Gesundheitspolitik der Vorsorge für Schwangere und Säuglinge in der Nachkriegszeit aber nicht die größte Beachtung, da die hohen Zahlen der Säuglingssterblichkeit durch die Verbesserung der Ernährungslage und der allgemeinen sozio-ökonomischen Bedingungen ohnedies rasch absanken. Das Problem der Säuglings- und Schwangerenvorsorge wurde daher von anderen Gesundheitsgefahren verdrängt. Im Vordergrund stand die Furcht vor Seuchen. Die Verbreitung von Infektionskrankheiten wie Typhus, Ruhr und Diphtherie sowie von Geschlechtskrankheiten wurde als stärkste Bedrohung wahrgenommen; auch die hohen Tuberkulosezahlen galten als vordringliches Problem.⁵⁷

4.1.2 Großbritannien

In Großbritannien gab es Ende des 19. Jahrhunderts keine gesetzliche Krankenversicherung und keinen Mutterschutz wie in Deutschland. Dennoch unterschied sich die Lage der werdenden Mütter in Großbritannien nur wenig von der in Deutschland, da auch dort die meisten Mütter nicht in den Genuß

⁵³ NRW HStA, NW 6/193, Bericht des Sozialministers Nordrhein-Westfalen vom 2. 4. 1948, Bl. 53.

⁵⁴ NRW HStA, NW 6/193, Ärztlicher Tätigkeits- und Lagebericht des Landes Hessen für den Monat September 1947, Bl. 107.

⁵⁵ StAM, Gesundheitsämter 886, Gesundheitsamt Schongau an die Regierung von Oberbayern vom 14. 2. 1947.

⁵⁶ Vgl. KRIEGER und MÜHLE, Bericht, S. 67. Zudem wurden über diese Stellen Vitamin- und Nahrungsergänzungspräparate verteilt. Vgl. StAM, Gesundheitsämter 886, Regierung von Oberbayern an die Gesundheitsämter des Regierungsbezirks vom März 1948.

⁵⁷ Vgl. SONS, Gesundheitspolitik. Als Gesundheitsprobleme der Nachkriegszeit werden aufgeführt: Ernährungsprobleme, Geschlechtskrankheiten, Tuberkulose, Typhus, Grippe, Krätze, Rattenplage, Mangel an Krankenbetten, zerstörte Krankenhäuser.

einer Beihilfe der Krankenkasse für die Geburt kamen. In Großbritannien bestand für werdende Mütter meist nur die Möglichkeit, auf Grund von privaten Arrangements und privater Bezahlung eine Hebamme oder einen Arzt für die Geburt zu engagieren. Von *Friendly Societies*, privaten Versicherungsgemeinschaften, oder Leistungen unter dem Armenrecht (*Poor Law*) wurden nur bei etwa 10 Prozent aller Geburten Aufwendungen für Hebamme oder Arzt bezahlt oder bezuschußt.⁵⁸ Viele Frauen brachten ihre Kinder mit sogenannten *Handywomen*, nicht ausgebildeten Hebammen, zur Welt, deren Dienste billiger waren als die der qualifizierten Frauen.

Grundsätzliche Änderungen für die Geburtshilfe brachte zunächst das Hebammengesetz (*Midwives Act*) von 1902, das ein *Central Midwives Board* schuf und die Hebammen und *Handywomen* dazu verpflichtete, sich in eine Hebammenliste einzutragen. Andernfalls wurde ihre Tätigkeit als illegal erachtet.⁵⁹ Man wollte für alle Hebammen eine einheitliche Ausbildung erreichen und gleichzeitig die Position der Berufsgruppe stärken. Zunächst konnten sich aber auch sogenannte *Bona fide midwives*, die zwar über kein Zertifikat verfügten, aber langjährige Praxis nachwiesen, registrieren lassen.⁶⁰ Nach dem Gesetz sollte nun bei jeder Geburt eine Hebamme zugegen sein.⁶¹ Die Ärzte hatten gegen das Hebammengesetz protestiert, da sie befürchteten, die Geburtshilfe an die Hebammen zu verlieren.⁶² Die Hebammen mußten auch nach dem neuen Gesetz von 1902 privat wirtschaften und abrechnen; von den Gebühren, die sie erhielten, war kaum zu leben. Besonders in ländlichen Gegenden, wo die Geburtenzahl verhältnismäßig gering war, konnten sich deswegen selten freiberufliche Hebammen halten, so daß diese Landstriche extrem unterversorgt waren. In diesen Regionen wurden deswegen einige Hebammen von *County Nursing Associations* bezahlt, die sich aus lokalen Wohltätigkeitsorganisationen zusammensetzten. Auf dem Land verband die Hebamme ihre Aufgaben zudem oft mit denen einer Gemeindeschwester als sogenannte *Village Nurse-Midwife*.⁶³

Eine Vorsorge für Säuglinge entstand um die Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert wie in Deutschland aus der wachsenden Sorge um die Zukunft der Nation bei abnehmender Geburtenrate mit gleichzeitig hoher Säuglingssterblichkeit.⁶⁴ Die hohe Säuglingssterblichkeit wurde als großes Problem des briti-

⁵⁸ Vgl. zu den *Friendly Societies* ausführlich Kap. II, 1.2.; zudem LOUDON, Death, S. 206; MARKS, Mothers, S. 53.

⁵⁹ TOWLER und BRAMALL, Midwives, S. 177; BENT, Growth, S. 182.

⁶⁰ DONNISON, Midwives, S. 174–5.

⁶¹ BALY, History, S. 53.

⁶² DONNISON, Midwives, S. 159.

⁶³ LOUDON, Death, S. 213; BALY, History, S. 53–6; 65–7; 94.

⁶⁴ Die mangelnde Gesundheit und Belastbarkeit der Rekruten während des Burenkriegs hatte die Betroffenheit über den Gesundheitszustand der Nation verstärkt. Vgl. zur neuen Wahrnehmung der Säuglingssterblichkeit MARKS, Mothers, S. 49; DWORK, War, S. 3–22; zur Ab-

schen Empire wahrgenommen und dessen Machtverlust befürchtet. Dies führte zu Überlegungen für eine bessere Säuglingsfür- und vorsorge.⁶⁵ Besonders seit der offiziellen Untersuchung über die *Physical Deterioration* des britischen Volkes nach dem Burenkrieg aus dem Jahr 1904 wurden von den meisten Kommunen bürgerliche Frauen als *Health Visitors* beschäftigt.⁶⁶ Sie besuchten – neben anderen Aufgaben in der Gesundheitserziehung – insbesondere Mütter mit Neugeborenen, berieten sie bei der Pflege und Ernährung der Kinder und versuchten, das Stillen zu fördern. Sie sollten eine Rolle als Gesundheitslehrerin und Beraterinnen einnehmen.⁶⁷ Auch wohltätige Organisationen und kommunale Vereine beschäftigten *Health Visitors*.

Um die Jahrhundertwende richteten verschiedene Kommunen und Wohlfahrtsvereine auch Milchdepots ein, um bedürftige Mütter, die nicht stillen konnten, mit billiger und sterilisierter Milch zu versorgen und abgestillte Säuglinge vor Infektionen durch verseuchte Kuhmilch zu bewahren.⁶⁸ Die Milchdepots hatten jedoch wenig Erfolg. Sie wurden von den Müttern nicht in dem erhofften Maße akzeptiert und aufgesucht. Für Mütter aus der Arbeiterklasse war auch die subventionierte Milch der Milchdepots noch zu teuer; außerdem stillten viel mehr Mütter als angenommen und waren auf die Kuhmilch letztlich nicht angewiesen. Der Unterhalt der Milchdepots erwies sich für die Betreiber als sehr teuer, da sie nicht genug Kundschaft hatten; ferner war der Erfolg dieser Depots hinsichtlich der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit kaum meßbar. So hatten die meisten nur eine kurze Lebensdauer. Außerdem wurde für verseuchte Milch stärker der Haushalt der Mutter als Farmen und Läden verantwortlich gemacht, obwohl nach verschiedenen Untersuchungen die Milch bereits vor ihrer Verteilung bzw. ihrem Verkauf oft hochgradig mit Bakterien verseucht war.⁶⁹

Die Säuglingsvorsorge konzentrierte sich nach dem Scheitern der Milchdepots vor allem darauf, die Mütter in sogenannten *Infant* bzw. *Child Welfare*

nahme der Geburtenrate HAIR, *Children*, S. 42–6; allgemein zur Wahrnehmung des Geburtenrückgangs SZRETER, *Fertility*.

⁶⁵ Vgl. OAKLEY, *Womb*, S. 34–7; DAVIN, *Imperialism*, S. 10–1; Maxwell, *Children*, S. 229–30.

⁶⁶ Vgl. SZRETER, *Fertility*, S. 203–18; MICHEL and KOVEN, *Womanly Duties*, S. 1095–9.

⁶⁷ DINGWALL et al., *Introduction*, S. 185; MARKS, *Maternity*, S. 173; DWORK, *War*, S. 124–5; vgl. auch DINGWALL, *Collectivism*, S. 296–300; FILDES, *Breast Feeding Practices*, S. 16. Von Anfang an war der Beruf des Health Visitors rein weiblich geprägt und bildete wie der Beruf der Fürsorgerin in Deutschland eine Nische für die beruflichen Ambitionen bürgerlicher Frauen. Vgl. allgemein zur Tradition der Health Visitors OWEN, *Health Visiting*, S. 93; MARKS, *Maternity*, S. 171; sowie Kap. II, 2.2; vgl. zur Entwicklung des Berufs der Health Visitors DAVIES, *Health Visitor*; HALE, *History*; sowie DINGWALL, *Collectivism*, S. 293–6.

⁶⁸ Dies geschah in Großbritannien auf freiwilliger Basis, oft durch wohltätige Organisationen, so daß sich die Milchdepots und die Art der Betreuung der Mütter und Babys stark unterschieden. Vgl. zur Einrichtung der Milk-Depots ausführlich DWORK, *War*, S. 104–23; auch MARKS, *Mothers*, S. 49; OAKLEY, *Womb*, S. 39; DAVIN, *Imperialism*, S. 11.

⁶⁹ Vgl. DWORK, *War*, S. 116–23; zur Schuldzuweisung an die Mütter LEWIS, *Social History: Infant Welfare*, S. 474.

Centres, also Säuglings- und Kinderberatungsstellen, oder durch die *Health Visitors* in Säuglingspflege und Säuglingsernährung zu unterrichten und ihnen eine hygienische Lebensweise zu vermitteln.⁷⁰ Als entscheidend erwies sich der *Notification of Birth Act* von 1907, der es den Kommunen und den *Health Visitors* möglich machte, Informationen über jede Geburt zu erhalten und die Neugeborenen zu besuchen.⁷¹ Die allermeisten Lokalverwaltungen engagierten in den Jahren nach 1907 *Health Visitors*, um Frauen mit Säuglingen zu betreuen. Bis zum ersten Weltkrieg hatten dann größere Städte ein *Child Welfare Centre*, das entweder von den Kommunen oder von wohltätigen Vereinen unterhalten wurde.⁷² Diese Art der Säuglingsvorsorge war jedoch kaum medizinisch, sondern im wesentlichen auf erzieherische Aspekte ausgerichtet. Die Zentren nannte man dementsprechend oftmals *Schools for Mothers*. Vereine, die sich um das Wohl der Babys kümmern wollten, wie die *Infants' Health Society*, die *Food Education Society* u. a. schossen seit der Jahrhundertwende ebenfalls wie Pilze aus dem Boden.⁷³ Sie richteten z. B. Beratungszentren mit Vorträgen über Gesundheitsprobleme und Klassen für Mütter ein. Diese Veranstaltungen erreichten allerdings vorwiegend Mittelklasse-Mütter, die für solche Veranstaltungen Zeit und Interesse mitbrachten, und nur selten unterprivilegierte Familien. Nicht nur auf die Unterweisung der Mütter, sondern auch auf die Schulung von jüngeren Mädchen in Kinderpflege zielten die Anstrengungen, was jedoch ebenfalls die unteren Schichten, die man eigentlich erreichen wollte, kaum ansprach.⁷⁴

Maternal ignorance wurde vor allem Müttern aus der Arbeiterklasse vorgeworfen. Die Schwierigkeiten, ohne Geld und ohne anständige Wohnungen einigermaßen hygienische Bedingungen herzustellen, wurden gern übersehen und den Müttern zur Last gelegt. Obwohl in vielen Untersuchungen der Zusammenhang zwischen Armut, schlechten hygienischen Verhältnissen und Säuglingssterblichkeit gerade in den Arbeitervierteln nachgewiesen war, wurde dies in offiziellen Darstellungen des Problems meist geleugnet.⁷⁵ Vor dem Ersten Weltkrieg konnte so trotz der Ausbreitung der *Health Visitors* und Zentren nur ein geringer Prozentsatz der bedürftigen Mütter und Säuglinge über diese Einrichtungen erreicht werden.⁷⁶

⁷⁰ DAVIN, *Imperialism*, S. 36–8; vgl. ausführlich DWORK, *War*, S. 124–66; für Amerika und die Entwicklung von „Scientific Motherhood“ APPLE, *Mothers and Medicine*, S. 97–113 und APPLE, *Constructing Mothers*.

⁷¹ MARKS, *Mothers*, S. 49–50; OWEN, *Health Visiting*, S. 93, DAVIN, *Imperialism*, S. 11.

⁷² RING, *Health Education*, S. 11–2; LEWIS, *Social History: Infant Welfare*, S. 463–4; OAKLEY, *Womb*, S. 38.

⁷³ OAKLEY, *Womb*, S. 42–3; DAVIN, *Imperialism*, S. 12.

⁷⁴ LEWIS, *Social History: Infant Welfare*, S. 477–80; DAVIN, *Imperialism*, S. 27.

⁷⁵ DAVIN, *Imperialism*, S. 14, S. 28–31.

⁷⁶ LEWIS, *Social History: Infant Welfare*, S. 464. Lewis spricht beispielsweise davon, daß in St. Pancras 1910 nur 5 Prozent der Mütter mit ihren Säuglingen in das Infant Welfare Center kamen.

Die Schwangerenvorsorge, auf englisch *Ante-natal-care* genannt, blieb neben dem Enthusiasmus um die Säuglingsvorsorge und Säuglingspflege zunächst eher unbeachtet. Lediglich ganz vereinzelt, so im *St. Mary's Hospital* in Manchester und im *Queen Charlotte's Hospital* in London, entstanden seit Beginn des 20. Jahrhunderts kleine *Ante-natal-clinics*, also Sprechstunden für Schwangerenvorsorge, die sehr begrenzt Vorsorgeleistungen anboten.⁷⁷ Ein Pionier der Schwangerenvorsorge war in Großbritannien J. W. Ballantyne, der schon um 1900 eine Routinevorsorge für alle Schwangeren propagierte.⁷⁸ Er forderte auch Betten in Krankenhäusern für Komplikationen während der Schwangerschaft und war in Edinburgh Vorkämpfer für eine umfassende Schwangerenbetreuung. 1915 wurde in Edinburgh die erste Schwangeren-Ambulanz in Großbritannien eröffnet, die sich zum Vorläufer für weitere Einrichtungen entwickelte.⁷⁹ Bis in die 1920er Jahre blieben solche Einrichtungen jedoch die Ausnahme.

Wichtig war in der Diskussion über eine bessere Vorsorge für Schwangere auch stets der ökonomische Aspekt. 1911 wurde durch den *National Insurance Act* erstmalig ein *Maternity Benefit* in der Höhe von 30 Schilling eingeführt. Es wurde an selbst versicherte Frauen sowie den Ehefrauen von versicherten Männern gezahlt.⁸⁰ Damit waren aber bei weitem nicht alle Frauen abgesichert, da in Großbritannien ein wesentlich kleinerer Teil der Bevölkerung krankenversichert war als in Deutschland. Verschiedene Frauenvereine setzten zumindest durch, daß das *Maternity Benefit* direkt an die Mütter ausgezahlt wurde. Davon konnte sich die Frau eine Hebamme leisten, deren Kosten etwa die Hälfte des Betrages ausmachten. Wenn eine Frau wegen Problemen bei der Geburt in ein Krankenhaus überwiesen wurde, bedeutete dies für sie weiterhin große finanzielle Schwierigkeiten, da die Frauen nicht bei ihren Männern mitversichert waren, sondern ausschließlich auf das *Maternity Benefit* angewiesen waren.⁸¹

⁷⁷ TOWLER und BRAMALL, *Midwives*, S. 200.

⁷⁸ BROWNE und ABERD, *Antenatal Care*, S. 1; vgl. auch KERR et al., *Historical Review*, S. 146–9.

⁷⁹ BALLANTYNE, *Nature*, S. 349–55; KERR et al., *Historical Review*, S. 151–2.

⁸⁰ Vgl. ausführlich zur Krankenversicherung in Großbritannien Kap. II, 1.2. Vgl. zum *Maternity Benefit* auch BOCK und THANE, *Editors' Introduction*, S. 4–6.

⁸¹ PERETZ, *Maternity Service*, S. 41. In Deutschland wurden dagegen die Versicherungsleistungen von vielen Kassen zunehmend auf die Familienangehörigen ausgedehnt; vgl. HAUSEN, *Arbeiterinnenschutz*, S. 739. Die Beihilfe versetzte in Großbritannien eigentlich einen Großteil der Frauen in die Lage, sich auch einen Arzt für die Geburt leisten zu können. Da der Arzt aber meist nur sehr kurz direkt zur Geburt kam, hatten die Frauen dann nicht mehr genügend Geld, sich eine Betreuung durch eine Hebamme während des Wochenbetts zu sichern. Wenn eine Hebamme die Geburt betreute, blieb genug Geld für etwas Nachsorge. Deswegen etablierten sich in Großbritannien verschiedene Formen der Geburtshilfe: meist übernahm eine registrierte Hebamme Geburt und Betreuung; wenn ein Arzt für die Geburt kam, übernahm oft eine unregistrierte, billigere *Handywoman* die Nachsorge; vgl. LONDON, *Death*, S. 209, S. 217–8. Die Zusammenarbeit der Ärzte mit den eigentlich illegalen *Handywomen* hielt sich bis in die 1930er Jahre; vgl. LEWIS, *Politics*, S. 150. Wenn eine Ge-

Während des Ersten Weltkriegs stieg die Sorge um die Zukunft der Nation und die Gesundheit von Müttern und Säuglingen. Die Zahl der Beratungsstellen für Säuglinge und Kleinkinder und der angestellten *Health Visitors* wurde beträchtlich erhöht. 1914 beschäftigten die Lokalbehörden ca. 600 *Health Visitors*, 1918 war ihre Zahl auf 2577 gestiegen; die Anzahl der *Infant Welfare Centres* von 600 auf 1278.⁸² Auch der *Maternity and Child Welfare Act* von 1918 ist noch im Rahmen dieser Entwicklungen zu sehen. Dadurch gab die Regierung nun Kommunen und wohl tätigen Vereinigungen Zuschüsse für die Einrichtung von Säuglingsberatungsstellen und für die Einstellung von *Health Visitors*. Gleichzeitig konnte nun die Säuglingsvorsorge in den Zentren der kommunalen Gesundheitsbehörden institutionalisiert werden.⁸³ Mit der Einrichtung des Gesundheitsministeriums im Jahr 1919 übernahm dieses die Verantwortung für den *Maternity and Child Welfare Service* und koordinierte dessen Leistungen.⁸⁴

Die 1920er Jahre erlebten in Großbritannien ein enormes Wachstum im ganzen Bereich der Vorsorge. Der Fokus in der Säuglingsvorsorge blieb weiterhin auf die Erziehung der Mütter zu besserer Hygiene und zum Stillen ihrer Kinder gerichtet. Vor allem die Mütter aus der Arbeiterklasse sollten *Maternal Efficiency* lernen.⁸⁵ Die Müttererziehung war ein deutlich einfacher zu erreichendes Ziel als die Verbesserung des Lebensstandards eines Großteils der Bevölkerung. Letzteres hätte zum Beispiel die Sanierung ganzer Stadtviertel bedeutet.⁸⁶ Das Element der *Health Visitors*, die die Mütter mit Säuglingen zu Hause besuchten, blieb dabei wichtiger als die Säuglingsberatungsstellen und hatte auch eine größere Breitenwirkung, weil hierdurch gerade die armen Fa-

burt nur durch eine Hebamme betreut wurde, weigerten sich oft die Ärzte, bei Schwierigkeiten zu kommen, da sie dafür nicht bezahlt wurden. Dies änderte sich durch den *Midwives Act* von 1918, demzufolge die *Local Authorities* den Ärzten, die von einer Hebamme gerufen wurden, *medical aid fees* zahlen mußten; vgl. LOUDON, *Death*, S. 209.

⁸² DWORK, *War*, S. 211; DAVIN, *Imperialism*, S. 43; MARKS, *Mothers*, S. 50.

⁸³ PRO, MH 55/992, Ministry of Health Reference Note 1, *Maternity and Child Welfare*, England and Wales, Februar 1958.

⁸⁴ PRO, MH 55/992, Ministry of Health Reference Note 1, *Maternity and Child Welfare*, England and Wales, Februar 1958.

⁸⁵ LEWIS, *Social History: Infant Welfare*, S. 468.

⁸⁶ LEWIS, *Social History: Infant Welfare*, S. 468–9, 476. Dies wird auch deutlich in den damals zahlreich erscheinenden Büchern über Säuglingspflege und Kindererziehung, die von der Mutter eine rigide Disziplin beim Füttern und hinsichtlich der Hygiene abverlangten; vgl. URWIN und SHARLAND, *Bodies*, S. 174–9. Die starke Ausrichtung auf die erzieherische Komponente in der britischen Schwangeren- und Säuglingsvorsorge wird in der Sozialgeschichtsschreibung z.T. sehr kritisch gesehen, so von Jane Lewis: „The services offered to the mother were nonetheless very limited. The concentration on education which began as a means of reducing the death rate due to infantile diarrhoea set the pattern for the development of the infant welfare services, and this was reinforced by the conviction that the individual mother was responsible for infant mortality.“ LEWIS, *Social History: Infant Welfare*, S. 486. Eine andere Meinung vertritt hier Deborah Dwork, die in der erzieherischen Ausrichtung eine aus der damaligen Perspektive sehr erfolversprechende Lösung sieht und zudem deren Einseitigkeit bezweifelt; vgl. DWORK, *War*, S. 214–20.

milien erreicht werden konnten.⁸⁷ Die LHAs gaben dafür wesentlich mehr Geld aus als für die Einrichtung von Säuglingsberatungsstellen. Die Besuche der *Health Visitors* waren in Großbritannien außerdem gesellschaftlich akzeptiert. Auch wenn diese Besuche von den Befürsorgten nicht immer als Hilfe, sondern mitunter als lästige Einmischung gesehen wurden, ist hier dennoch ein deutlicher Unterschied zur deutschen Fürsorgetradition auszumachen.⁸⁸ Die *Health Visitors* betreuten Familien aus verschiedensten Gesellschaftsschichten und kamen so nicht in den Ruch der Armenfürsorge wie die deutschen Fürsorgerinnen. Sie hatten außerdem kein Recht, die Wohnung der Frauen zu betreten und waren deswegen weitaus stärker auf das wohlwollende Mitwirken der Befürsorgten angewiesen.⁸⁹

Die Lokalverwaltungen wurden 1918 zusätzlich verpflichtet, Beratung in sogenannten *Ante-natal-clinics*, also Sprechstunden für Schwangere, als kostenloses Angebot für die Bevölkerung einzurichten.⁹⁰ Nachdem Schwangerenvorsorge in Großbritannien zuvor kein wichtiges Thema gewesen war,⁹¹ hatte hier der *Maternity and Child Welfare Act* von 1918 eine große Veränderung bewirkt. Generell verschob sich die Aufmerksamkeit von den Säuglingen auf die Schwangeren: Verschiedene karitative Organisationen, so die *Women's Co-operative Guild*, die *Women's Labour League* und die *National League for Health, Maternity and Child Welfare*, plädierten vehement für eine Ausweitung der Schwangerenvorsorge.⁹² Damit unterschied sich die britische Entwicklung deutlich von Deutschland, wo auch in der Zwischenkriegszeit der Fokus eindeutig auf die Säuglinge gerichtet blieb. In Großbritannien wurde zudem die sehr hohe Müttersterblichkeit stärker wahrgenommen als in Deutschland. Der Schwerpunkt lag nun auf der Reduzierung der Müttersterblichkeit.⁹³ Die Säuglingssterblichkeit, die bereits stark gesunken war, trat dafür etwas in den Hintergrund.⁹⁴

⁸⁷ LEWIS, *Social History: Infant Welfare*, S. 484–5.

⁸⁸ FEHLEMANN und VÖGELE, *Frauen*, S. 44–7.

⁸⁹ In Großbritannien gab es außerdem keine starke Tradition der Gesundheitspolizei, wie sie sich im 19. Jahrhundert in Deutschland ausgeprägt hatte. Auch ein Amtsarzt wurde erst sehr spät, in den 1870er Jahren, eingeführt. Vgl. hierzu Kap. II, 2.2; sowie LOETZ, *Medikalisierung*, S. 133–4. Das Element der Hygienisierung und Medikalisierung der unteren Schichten ist dennoch deutlich auszumachen, wie dies vor allem in den Arbeiten von Ann Oakley aufgezeigt wird; OAKLEY, *Womb*, S. 42, auch DAVIN, *Imperialism*, S. 37; vgl. zur Medikalisierung die Diskussion in der Einleitung, Kap. I.

⁹⁰ LOUDON, *Death*, S. 121.

⁹¹ OAKLEY, *Origins*, S. 1–2; LEWIS, *Politics*, S. 151.

⁹² OAKLEY, *Womb*, S. 44, 62.

⁹³ MARKS, *Metropolitan Maternity*, S. 169. Im Unterschied dazu war in Deutschland die Fürsorge auch in den 1920er Jahren vor allem auf die Säuglinge ausgerichtet. Vorsorge und Besuche bei Müttern mit Säuglingen konzentrierten sich dort auf die unteren Schichten, wo die Säuglingssterblichkeit besonders hoch war.

⁹⁴ Vgl. OAKLEY, *Origins*, S. 6; OAKLEY, *Womb*, S. 62–6; MARKS, *Mothers*, S. 50; WINTER, *Infant Mortality*, S. 454.

Nach 1918 begannen die örtlichen Verwaltungen dementsprechend, in ihren Ambulanzen Sprechstunden für Schwangere einzurichten und sich um diesen Bereich der Gesundheitsvorsorge stärker zu kümmern. Auch die *Health Visitors* besuchten nun werdende Mütter.⁹⁵ Die Zunahme an *Ante-natal-clinics* ging mit einer Festlegung der Richtlinien für Schwangerenvorsorge einher. Nach Vorschriften des Gesundheitsministeriums, die Ende der 1920er Jahre entwickelt wurden, sollten die Frauen normalerweise in der 16., 24. und 28. Woche die Vorsorge-Sprechstunden der örtlichen Gesundheitsbehörde besuchen und sich dabei einer gründlichen körperlichen Untersuchung unterziehen.⁹⁶

Diese präventiven Maßnahmen griffen aber keineswegs überall in Großbritannien; die regionalen Unterschiede blieben groß.⁹⁷ Die Qualität der Vorsorge hing stark vom Engagement der einzelnen LHA und von den regionalen Gegebenheiten ab. In der Region Oxfordshire wurden beispielsweise Sprechstunden für Schwangere nur ein- oder zweimal im Monat in Kirchenräumen abgehalten, die kaum die Bezeichnung Schwangerenvorsorge verdienten.⁹⁸ Verschiedene GPs, die sich kaum aufeinander abstimmten, leiteten die Sprechstunden. In anderen Regionen funktionierte dagegen sowohl die Vorsorge wie auch die Zusammenarbeit der verschiedenen Protagonisten der *Maternity Services* ausgezeichnet, so z. B. in der städtischen Region Tottenham: Dort gab es pro Woche drei Sprechstunden für Schwangere, die von Fachärzten abgehalten wurden und für alle Frauen leicht erreichbar waren; diese Vorsorgeeinrichtungen arbeiteten wiederum eng mit den Krankenhäusern zusammen.⁹⁹ In städtischen Bezirken war generell ein breitgefächertes, gut organisiertes Angebot leichter aufrecht zu erhalten als in großen ländlichen Bezirken mit vergleichsweise schlechter Infrastruktur.

Eine weitere Schwierigkeit bestand in den Rivalitäten zwischen örtlichen Gesundheitsbehörden, GPs und den Hebammen. Letztere fürchteten, daß ihnen ihre Patientinnen und damit ihre Verdienstmöglichkeiten abhanden kommen würden, wenn sich Einrichtungen der LHAs um die Schwangerenvorsorge kümmerten.¹⁰⁰ Die Ärzte wiederum bemängelten, daß Sprechstunden und Angebote der Gesundheitsbehörden das Verhältnis zwischen Patientin und Arzt beeinträchtigten. Die *British Medical Association* unterstützte die Ärzte und wollte ihnen die gesamte Schwangerenvorsorge überlassen. Frauen aus der *Labour Party* und den Gewerkschaften sowie Frauengruppen wie die *Women's Co-operative Guild* befürworteten dagegen entschieden die Aktivität-

⁹⁵ MARKS, *Maternity*, S. 173.

⁹⁶ OAKLEY, *Origins*, S. 8.

⁹⁷ OAKLEY, *Origins*, S. 9.

⁹⁸ So das Urteil von Peretz, vgl. PERETZ, *Maternity Service*, S. 39.

⁹⁹ PERETZ, *Maternity Service*, S. 37–8; MARKS, *Maternity*, S. 170.

¹⁰⁰ LEWIS, *Politics*, S. 151–2.

ten der örtlichen Gesundheitsbehörden, da sie hofften, daß so auch arme Frauen in den Genuß einer einigermaßen zuverlässigen Vorsorge kämen.¹⁰¹

In den 1930er Jahren wurde die bisherige Praxis der Schwangerenvorsorge dann grundsätzlich in Frage gestellt. Die Bemühungen hatten während der 1920er Jahre nicht dazu geführt, daß die Müttersterblichkeit merklich zurückging.¹⁰² Beanstandet wurde vor allem die wegen der Vielzahl der betreuten Frauen nachlassende Aufmerksamkeit für die einzelne Mutter. Durch Vorsorgeuntersuchungen wurden auch oftmals Kaiserschnitte oder andere risikoreiche Eingriffe vorgeschlagen, die nicht selten den Tod der Mutter nach sich zogen.¹⁰³ Lebensgefährliche Blutungen oder Blutvergiftungen konnten durch Schwangerenvorsorge nicht verhindert werden. Bei Infektionskrankheiten wie dem Kindbettfieber, die einen Großteil der Müttersterblichkeit ausmachte, führte nicht die Schwangerschaftsvorsorge, sondern die Einführung von Sulfonamiden bzw. später von Penicillin zur entscheidenden Wende.¹⁰⁴ Die Organisation und Koordination der Schwangerenvorsorge wies weiterhin gravierende Mängel auf: Oft merkten sich die Schwangeren bei Hebammen und Ärzten für die Geburt vor, gingen aber zur Vorsorge in die LHAs. Ärzte und Hebammen monierten die Zusammenarbeit zwischen Vorsorge und den eigentlichen Geburtshelfern.¹⁰⁵

Das Gesundheitsministerium sah sich auf Grund der öffentlichen Kritik in den 1930er Jahren im Zugzwang.¹⁰⁶ Zwischen 1931 und 1937 stieg die Zahl der Beratungsstellen für Schwangere weiter an, von 995 auf 1307. Zur wachsenden Bedeutung der LHAs bei der Vorsorge trug besonders der *Midwives Act* von 1936 bei. Das Gesetz verpflichtete schließlich *alle* Lokalverwaltungen, Hebammen einzustellen, so daß in ganz Großbritannien eine adäquate Versorgung der Schwangeren garantiert war.¹⁰⁷ Die Hebammen übernahmen nun in den ländlichen Gegenden zusammen mit dem Personal der *Local Health Authorities* die Vorsorge. So hatte sich nun zumindest die Kooperation zwischen Hebammen und lokalen Gesundheitsbehörden verbessert.¹⁰⁸

Bis 1948 waren dann in Großbritannien grundsätzlich die Lokalverwaltungen (405 in England und Wales) für die Vorsorge und Fürsorge der Schwange-

¹⁰¹ OAKLEY, *Origins*, S. 9.

¹⁰² WINTER, *Infant Mortality*, S. 454; vgl. auch FOX, Powers; vgl. zu der kaum absinkenden Müttersterblichkeit kritisch ROGER SCHOFIELD, *Mothers*.

¹⁰³ BROWNE und ABERD, *Antenatal Care*, S. 3–4.

¹⁰⁴ KERR et al., *Historical Review*, S. 154; LOUDON, *Tragedy*, S. 183–6; LOUDON, *International Features*, S. 11–4; 22–3.

¹⁰⁵ TOWLER und BRAMALL, *Midwives*, S. 218.

¹⁰⁶ Vgl. hierzu auch WEBSTER, *Healthy or Hungry Thirties*.

¹⁰⁷ LOUDON, *Death*, S. 209; TOWLER und BRAMALL, *Midwives*, S. 226.

¹⁰⁸ PERETZ, *Maternity Service*, S. 34, S. 37; LEWIS, *Politics*, S. 125; TOWLER und BRAMALL, *Midwives*, S. 218. In den 1930er Jahren wurden die Schwangeren in den Sprechstunden meist gründlich untersucht, ihr Urin wurde analysiert und ihr Blutdruck gemessen.

ren und Kinder bis zu fünf Jahren zuständig.¹⁰⁹ Da die Vorsorge-Sprechstunden der lokalen Gesundheitsbehörden umsonst waren, während man bei Ärzten und in Kliniken zahlen mußte, ging die Mehrzahl der Mütter zur Vorsorge in die LHAs. 1947 erhielten über 70 Prozent der Mütter dort Schwangerenvorsorge.¹¹⁰ Die steigende Anzahl der Sprechstunden für Schwangere und der Säuglingsberatungsstellen sowie die wachsende Zahl der Hausbesuche durch die *Health Visitors* hätte allerdings einen weniger großen Effekt gehabt, wenn sich nicht auch seit den 1930er Jahren die Haltung der Mütter zu staatlicher Hilfe allgemein und speziell zu den Vorsorgeeinrichtungen positiv verändert hätte. Den regelmäßigen Besuch der Sprechstunden empfanden nun die meisten Frauen offenbar als selbstverständlich.¹¹¹

In der Säuglingsvorsorge blieben weiterhin die *Health Visitors* die entscheidenden Akteure. In den 1930er und 1940er Jahren wurde ihre Tätigkeit noch stärker auf dieses Gebiet fokussiert, sie galten mittlerweile als *well baby nurse*. In ärmeren Stadtteilen Londons erreichten die *Health Visitors* in den 1930er Jahren einen hohen Prozentsatz der Neugeborenen. Generell war diese Betreuung auf weniger wohlhabende Familien gerichtet. Wer sich Kinderschwestern und private Ärzte leisten konnte, den berücksichtigen die *Health Visitors* nicht.¹¹² Während des Zweiten Weltkriegs wurden zudem einige Neuerungen eingeführt. Seit Juli 1940 gab es das sogenannte *National Milk Scheme*, nach dem alle Schwangeren, stillenden Mütter und Kinder bis zu fünf Jahren täglich einen halben Liter Milch zum halben Preis erhielten. Sehr einkommensschwache Familien bekamen die Milch umsonst.¹¹³ Ein staatliches Programm zur Verteilung von vitaminhaltigen Präparaten folgte ein Jahr später, da man sich um die Ernährung von Kleinkindern sorgte. 1942 wurde dieses *Welfare Foods Scheme* erweitert, so daß nun alle Schwangeren und Kleinkinder Milch, Lebertran und Orangensaft verbilligt erhalten konnten.¹¹⁴ Dies behielt man auch nach dem Krieg bei: 1946 wurde das *Welfare Foods Scheme* als dauerhafte Einrichtung bestätigt und mit den staatlichen Familienbeihilfen verbunden.¹¹⁵ Im Gegensatz zu Deutschland stieg während des Zweiten Weltkriegs und in den Nachkriegsjahren weder die Säuglingssterblichkeit noch die Müttersterblich-

¹⁰⁹ PRO, MH 58/693, Entwurf für Antwort auf eine Anfrage der United Nations 1947.

¹¹⁰ OAKLEY, Womb, S. 133.

¹¹¹ Vgl. hierzu die Einschätzung von Winter: „None of these advances, though, would have had much effect had not women's attitudes to public support for their own welfare altered in the 1930s such that it became the rule rather than the exception for women to attend antenatal clinics regularly.“ WINTER, Infant Mortality, S. 459.

¹¹² OWEN, Health Visiting, S. 94; vgl. hierzu die Zahlen von Marks für Stepney und Woolwich als arme Viertel und für Kensington als reiches Viertel; MARKS, Maternity, S. 174.

¹¹³ PRO, MH 55/992, Public Health Reference Note, Maternity and Child Welfare England and Wales, Februar 1958; vgl. auch OAKLEY, Womb, S. 122.

¹¹⁴ PRO, MH 55/992, Public Health Reference Note, Maternity and Child Welfare England and Wales, Februar 1958.

¹¹⁵ PRO, MH 55/992, Ministry of Health Reference Note 1, Maternity and Child Welfare, England and Wales, Februar 1958.

keit dramatisch an, da Großbritannien nicht von so heftiger Zerstörung der Städte und einer so starken Bevölkerungsfuktuation mit allen ökonomischen und gesellschaftlichen Folgen betroffen war.¹¹⁶

4.2 DIE SÄUGLINGS- UND MÜTTERSTERBLICHKEIT UND DEREN URSACHEN

Da sich die Säuglings- wie auch die Schwangerenvorsorge stets stark an den Zahlen der Mütter- und Säuglingssterblichkeit orientierte, sollen an dieser Stelle die wichtigsten statistischen Entwicklungen der Nachkriegszeit in Deutschland und Großbritannien zusammenfassend dargestellt werden. Gleichzeitig werden einige Krankheitsformen bei werdenden Müttern und Säuglingen, die gerade in den untersuchten 1950er und 1960er Jahren Bedeutung hatten, kurz beschrieben. In beiden Ländern sank die Säuglingssterblichkeit seit Beginn des 20. Jahrhunderts zunächst ab. Während des Zweiten Weltkriegs und in den ersten Nachkriegsjahren stiegen dann in Deutschland die Säuglingssterblichkeitszahlen nochmals stark an, während sich in Großbritannien der sinkende Trend fortsetzte. Die Säuglingssterblichkeit blieb auch in den folgenden Jahren in Großbritannien deutlich niedriger als in der Bundesrepublik. Erst Mitte der 1960er Jahre näherten sich die Zahlen langsam an, wie die nachstehende Tabelle verdeutlicht.

Tabelle 22: Säuglingssterblichkeit in Großbritannien und Deutschland (auf 100 Lebendgeborene)¹¹⁷

<i>Jahr</i>	England und Wales	Deutschland/ BRD	<i>Jahr</i>	England und Wales	Deutschland/ BRD
1943	4,9		1954	2,5	4,3
1944	4,5		1955	2,5	4,2
1945	4,6		1956	2,4	3,9
1946	4,3	9,5	1957	2,3	3,7
1947	4,2	8,5	1958	2,3	3,6
1948	3,4	6,8	1959	2,2	3,4
1949	3,2	5,9	1960	2,2	3,4
1950	3,0	5,5	1961	2,1	3,2
1951	3,0	5,3	1962	2,2	2,9
1952	2,8	4,8	1963	2,1	2,7
1953	2,7	4,6	1964	2,0	2,5

¹¹⁶ Vgl. zur Säuglingssterblichkeit Tabelle 22 auf dieser Seite.

¹¹⁷ Mit dem Begriff Säuglinge werden Kinder von der Geburt bis zum vollendeten ersten Lebensjahr bezeichnet. Zusammengestellt aus: Statistik der Bundesrepublik Deutschland, Bd. 62, Natürliche Bevölkerungsbewegung 1946–50, S. 24, S. 45; Statistik der Bundesrepublik Deutschland, Bd. 148, Gesundheitswesen 1954, S. 31, Bd. 174, 1955, S. 31, Bd. 187, 1956, S. 23, Bd. 232, 1957, S. 21, Bd. 255, 1958, S. 21; Statistisches Bundesamt: Fachserie A,

Die Ursachen der Säuglingssterblichkeit veränderten sich mit dem Absinken der Gesamtsterblichkeit. Anfang des Jahrhunderts waren noch Infektionen, insbesondere Darminfektionen und insgesamt die sogenannte Spätsterblichkeit (nach dem ersten Monat) für die meisten Todesfälle verantwortlich. Als diese Todesursachen infolge besserer Hygiene, Ernährung und Vorsorge zurückgingen, trat die Frühsterblichkeit (innerhalb des ersten Monats) bzw. die Perinatalsterblichkeit (innerhalb der ersten Woche) bereits in den 1920er Jahren stärker in den Vordergrund.¹¹⁸ Da die Frühsterblichkeit oft durch eine Frühgeburt bedingt war, verschob sich in der Säuglingsvorsorge die Aufmerksamkeit auf die Schwangerschaft und die Erkrankungen der werdenden Mutter. Seit Ende der 1940er Jahre richtete sich auch international das Augenmerk auf das Problem der Frühsterblichkeit und damit auf die Frühgeburten. Die Zweite Weltgesundheitsversammlung 1948 registrierte Frühgeburten als weltweites Gesundheitsproblem und erarbeitete bis 1951 Vorschläge für eine bessere Vorsorge für diese Problemgruppe.¹¹⁹ Auch in den 1950er Jahre kann man für die Bundesrepublik noch ein deutliches Absinken der Spätsterblichkeit gegenüber einem Anstieg der Frühsterblichkeit beobachten:

*Tabelle 23: Lebensalter gestorbener Säuglinge in der Bundesrepublik Deutschland (jeweils Anteil in Prozent)*¹²⁰

Jahr	in der ersten Lebenswoche	Gestorben	
		im ersten Lebensmonat	im 2.–12. Lebensmonat
1952	56,59	66,75	33,25
1955	57,34	67,69	32,31
1958	58,75	68,59	31,41
1961	63,31	72,31	27,69

Eine Krankheit, die in den 1940er Jahren entdeckt wurde und der dann in der Nachkriegszeit besondere Aufmerksamkeit galt, war die sogenannte Erythroblastose, auch als *Morbus Haemolyticus Neonatorum* bezeichnet, auf englisch *Haemolytic Disease of the Newborn*.¹²¹ Diese Erkrankung wird bei Inkompatibilität des Blutes der Mutter mit dem des Kindes (insbesondere bei Rhesus-

Bevölkerung und Kultur, Reihe 7, Gesundheitswesen, 1960, S. 34; 1962, S. 21; 1964, S. 45; 1966, S. 52; Annual Abstract of Statistics 1957, S. 35; Annual Abstract of Statistics 1965, S. 36.

¹¹⁸ Vgl. SCHAPEL, Soziale Hygiene.

¹¹⁹ PRO, MH 133/408, Standing Advisory Committee Maternity and Child Welfare Memorandum on Premature Baby Care, Mai 1958.

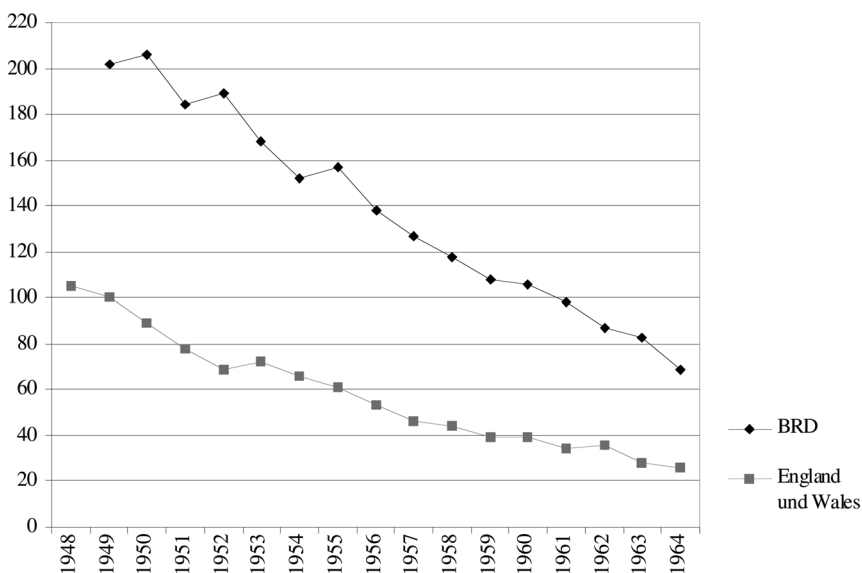
¹²⁰ Säuglingssterblichkeit in der Bundesrepublik Deutschland, S. 20.

¹²¹ Vgl. Artikel „Morbus haemolyticus neonatorum“, in: Psyhyrembel. Klinisches Wörterbuch, S. 1040.

Unverträglichkeit) durch Blutaustausch zwischen Mutter und Kind und der darauffolgenden Bildung von Antikörpern im Blut der Mutter hervorgerufen. Dies kann zum Tod des Säuglings führen, mitunter schon im Mutterleib. Bei lebendgeborenen Säuglingen kann das Kind jedoch durch rasche Blutaustauschtransfusion überleben. Eine mögliche Unverträglichkeit war in den 1950er Jahren durch Bluttest während der Schwangerschaft feststellbar. Durch eine Entbindung in Krankenhäusern, wo Säuglinge Transfusionen erhalten konnten, war es möglich, das Leben der Kinder zu retten. In der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit richtete sich also das Augenmerk eher auf Krankheiten, die bereits während der Schwangerschaft erkannt werden konnten.

Die Müttersterblichkeit blieb in Großbritannien etwa von der Jahrhundertwende bis in die 1930er Jahre auf einem ähnlichen Niveau, danach sank sie deutlich ab. Dieser Trend setzte sich auch in der Nachkriegszeit fort. In Deutschland war sie wesentlich höher, sank zwar in den 1950er Jahren stark ab, blieb aber auch in der Bundesrepublik auf einem weit höheren Niveau als in Großbritannien.

Diagramm 6: Müttersterblichkeit in Großbritannien und Deutschland (auf 100 000 Lebendgeborene)¹²²



¹²² Statistik der Bundesrepublik Deutschland, Bd. 148, Gesundheitswesen 1954, S. 114; Bd. 232, 1957, S. 99; Statistisches Bundesamt, Fachserie A: Bevölkerung und Kultur, Reihe 7: Gesundheitswesen 1966, S. 135; Annual Abstract of Statistics 1965, S. 36.

Auch im Vergleich zu anderen europäischen Ländern hatte die Müttersterblichkeit in Westdeutschland in den 1950er und 1960er Jahren ein verhältnismäßig hohes Niveau:

Tabelle 24: Müttersterblichkeit in Europa (auf 100 000 Lebendgeborene – ohne Todesfälle durch Abtreibungen)¹²³

<i>Land</i>	<i>1955</i>	<i>1960</i>	<i>1965</i>	<i>1970</i>
<i>BR Deutschland</i>	136,9	92,5	60,4	45,0
<i>Dänemark</i>	39,0	17,1	9,3	8,5
<i>Finnland</i>	82,5	48,7	19,3	7,7
<i>Frankreich</i>	53,7	43,9	27,1	22,3
<i>Großbritannien</i>	56,0	32,4	20,6	14,5
<i>Italien</i>	122,9	109,8	72,1	49,5
<i>Niederlande</i>	58,0	36,8	25,7	11,7
<i>Norwegen</i>	59,8	38,8	18,1	10,8
<i>Österreich</i>	88,4	68,3	34,6	23,2
<i>Schweden</i>	41,0	33,3	11,4	10,0
<i>Schweiz</i>	90,2	45,6	33,1	20,2
<i>Tschechoslowakei</i>	54,3	37,3	30,2	20,6

Die wichtigste Ursache für Müttersterblichkeit, die etwa die Hälfte der Todesfälle ausmachte, war vor der Einführung der Antibiotika das Kindbettfieber (*puerperal fever*). Als Kindbettfieber bezeichnete man Infektionen der Gebärmutter, die sich die Schwangeren bei der Geburt zuzogen, einen oder mehrere Tage nach der Geburt ausbrachen und in den meisten Fällen zum Tod der Frau führten. Durch den Einsatz von Antibiotika war ab Mitte der 1930er Jahre ein deutliches Absinken der durch Kindbettfieber bedingten Müttersterblichkeit zu beobachten.¹²⁴

Nach der erfolgreichen Bekämpfung dieser Krankheit blieben als wichtigste Todesursachen schwere Blutungen während der Schwangerschaft oder nach der Geburt und die Folgen der Eklampsie in der Schwangerschaft (*Eclampsia*).¹²⁵ Auf Müttersterblichkeit in Folge von Abtreibungen, die auch nach dem Zweiten Weltkrieg einen Teil der Sterbefälle ausmachten, wird hier nicht eingegangen, da diese Todesfälle mit gesundheitspolitischen Maßnahmen zur Schwangerenvorsorge kaum in Zusammenhang standen.

¹²³ World Health Statistics Report 30 (1977), S. 324–5. Müttersterblichkeit wird definiert als die Sterbefälle durch Schwangerschaft, Entbindung und Wochenbett, korreliert mit der Anzahl der Lebendgeburten. Auch Ende der 1970er Jahre hatte die Bundesrepublik Deutschland im Vergleich zu anderen westeuropäischen Staaten hohe Müttersterblichkeitsraten, vgl. RUMEAU-ROUQUETTE, Needs of mothers, S. 431.

¹²⁴ Vgl. hierzu ausführlich LOUDON, Death, S. 53–6; 258–62.

¹²⁵ SCHWALM und SCHAUDIG, Müttersterblichkeit, S. 1655.

Blutungen nach der Geburt, auf englisch als *Post-partum Haemorrhage* bezeichnet, die dadurch auftreten, daß sich die Gebärmutter nach der Geburt nicht sofort kontrahiert und die Plazenta nicht als Nachgeburt ausgestoßen wird, konnten durch bessere Betreuung der Schwangeren im letzten Stadium der Wehen teilweise verhindert werden; schwere Blutungen vor der Geburt (*Ante-partum Haemorrhage*, *Placenta Praevia*) waren dagegen weitaus schwieriger in den Griff zu bekommen. Sie konnten erst seit Einführung der Bluttransfusionen sowie besserer Verfügbarkeit von Rettungswagen und damit schnellen Transporten der Mütter in Krankenhäuser in den 1940er Jahren wirksam bekämpft werden. Von da an nahm die Zahl der Todesfälle durch schwere Blutungen deutlich ab.¹²⁶

Als Eklampsie bezeichnet man schwere krampfartige Anfälle mit Nierenversagen, Blutungen, Hirnödem und Thrombosen, die meist zum Tod der Mutter führen.¹²⁷ Der Eklampsie geht meist eine Toxikose (auch als Gestose oder Präeklampsie bezeichnet bzw. auf englisch als *Toxaemia*) voraus, die sich bei einer ausreichenden Schwangerenvorsorge mit regelmäßigen Blutdruck- und Urinkontrollen erkennen läßt. Toxikosen zeigen sich durch vermehrtes Eiweiß im Urin, erhöhten Blutdruck und mitunter starke Gewichtszunahme. Wurde dieses Phänomen rechtzeitig bemerkt, konnten die Schwangeren durch Diät und vorbeugende Maßnahmen meist erfolgreich behandelt werden. Hier konnte durch eine gezielte Schwangerenvorsorge die Sterblichkeit erheblich gesenkt werden. Die umfassende Schwangerenvorsorge, wie sie in Großbritannien im Gegensatz zur Bundesrepublik Deutschland in den 1950er Jahren existierte, trägt daher zur Erklärung der unterschiedlichen Müttersterblichkeit beider Länder bei, die in Westdeutschland ein Vielfaches erreichte (siehe Tabelle 25, nächste Seite).

Trotz der medizinischen Fortschritte und des generellen Absinkens der Mütter- und Säuglingssterblichkeit gab es auch in den 1950er Jahren in beiden Staaten weiterhin deutliche strukturelle Unterschiede zwischen ärmeren und reicheren Gegenden sowie Städten und ländlichen Bezirken, die sich erheblich auf die Zahlen auswirkten.¹²⁸ In Großbritannien war die Müttersterblichkeit im reichen, strukturell besser versorgten Süden und Südosten Englands deutlich geringer als im ärmeren Norden.¹²⁹ Ähnliche Differenzen weisen Unter-

¹²⁶ LOUDON, Death, S. 97–106; vgl. auch DERS., Maternal Mortality, S. 196. Als weiteren Grund für den Rückgang des Kindbettfiebers nennt Loudon einen Rückgang in der Aggressivität bestimmter Streptokokkenstämme.

¹²⁷ LOUDON, Death, S. 85–96; Artikel „Eklampsie“, in: Psyhyrembel. Klinisches Wörterbuch, S. 404.

¹²⁸ Vgl. zu strukturellen Unterschieden, die die Sterblichkeit erheblich beeinflussten, die grundlegenden Überlegungen von Arthur Imhof. Vgl. IMHOF, Wandel.

¹²⁹ MINISTRY OF HEALTH, Report on Confidential Enquiries 1961–63, S. 90. Die Müttersterblichkeit sank beispielsweise in der Region Oxford von 62 Todesfällen pro 100 000 Lebendgeborenen in den Jahren 1952/54 auf 21 Todesfälle pro 100 000 Lebendgeborene in den Jahren 1961/63. In Manchester waren die Zahlen wesentlich höher: 80 pro 100 000 1952/54 und 34

Tabelle 25: Müttersterblichkeit nach Todesursachen in der Bundesrepublik Deutschland und Großbritannien (auf 100 000 Lebendgeborene)¹³⁰

Jahr Land	1955		1957		1959		1961	
	BRD	Eng- land/ Wales	BRD	Eng- land/ Wales	BRD	Eng- land/ Wales	BRD	Eng- land/ Wales
Infektionen in der Schwangerschaft	23,2	11,4	18,1	6,9	15,1	6,3	15,0	3,7
Toxikosen in Schwangerschaft und Wochenbett	30,8	17,2	26,2	11,2	22,6	7,9	17,9	7,3
Blutungen in Schwangerschaft und bei Entbindung	24,3	9,9	22,9	6,8	16,6	5,9	19,2	5,3
Fehlgeburt ohne Sepsis und Toxikose	8,8	4,0	6,5	3,3	7,6	2,1	6,2	2,2
Fehlgeburt mit Sepsis	11,0	5,7	8,3	4,6	6,9	3,9	4,9	3,9
Sonstige Komplikationen (Schwangerschaft, Entbindung, Wochenbett)	58,6	17,5	54,2	13,5	39,5	12,7	33,8	11,3
Müttersterberate insgesamt	156,7	65,7	127,2	46,0	108,4	38,6	97,7	33,8

suchungen über die Säuglingssterblichkeit in der Bundesrepublik der 1950er-Jahre auf, wie das bayerische Beispiel belegt. Der unterschiedliche Wohlstand und Erschließungsgrad von einzelnen Regierungsbezirken wirkte sich deutlich auf die Säuglingssterblichkeit aus. Die gut erschlossenen und wohlhabenderen Regionen wie Oberbayern hatten eine deutlich niedrigere Sterberate als ärmere Gebieten wie die Oberpfalz und Niederbayern.¹³¹

pro 100 000 im Jahr 1961/63, oder in Wales mit 88 pro 100 000 1952/54 und 36 pro 100 000 im Jahr 1961/63.

¹³⁰ Gesundheitswesen 1965, S. 108.

¹³¹ In den strukturschwachen und ärmeren Gebieten Niederbayern und Oberpfalz gab es 1950 noch 8,1 bzw. 8,0 Säuglingstode auf 100 Lebendgeborene, während die Zahlen in den reichen bzw. strukturell besser erschlossenen Gebieten Oberbayern und Mittelfranken 1950 bei 6,3 bzw. 5,8 auf 100 Lebendgeborene lagen. Erst Ende der 1960er Jahre glichen sich die Zahlen dann auf niedrigem Niveau an (zwischen 2,3 und 2,7 Todesfälle auf 100 Lebendgeborene in allen bayerischen Regionen. Zusammengefasst nach: Bericht über das Bayerische Gesundheitswesen 59 (1950/51), S. 105; 67 (1959), S. 13; 72 (1964), S. 86; 79 (1971), S. 102. Vgl. dazu auch ausführlich LINDNER, Milchpfennig, S. 259–61.

4.3 DIE ENTWICKLUNG VON ENDE DER 1940ER JAHRE BIS MITTE DER 1960ER JAHRE IN DER BUNDESREPUBLIK DEUTSCHLAND

4.3.1 Schwangerenvorsorge – Maßnahmen auf Bundesebene

Eine fest institutionalisierte Vorsorge für Schwangere durch die Gesundheitsämter, Ärzte oder Hebammen existierte bei Gründung der Bundesrepublik nicht. Verschiedene Ansätze zu einer Schwangerenvorsorge hatte es in den Beratungsstellen der Gesundheitsämter zu Zeiten der Weimarer Republik gegeben. Offiziell war die Schwangerenvorsorge dann durch das Gesetz zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens im Jahr 1934 ganz auf die Gesundheitsämter übertragen worden. Funktionierende Vorsorgeeinrichtungen wurden jedoch während der NS-Zeit kaum ausgebaut. Solche Bemühungen gingen schließlich im Chaos der Kriegs- und Nachkriegsjahre ganz unter.¹³² Die Verknüpfung von Beratung mit selektiven Maßnahmen nach rassehygienischen Gesichtspunkten, wie sie in den Gesundheitsämtern während der NS-Zeit stattgefunden hatte, hatte den Gedanken einer umfassenden Vorsorge durch das öffentliche Gesundheitswesen zudem in erheblichen Maße diskreditiert. Des weiteren blieb in der Bundesrepublik durch die Beibehaltung des Kassenwesens in der Nachkriegszeit der Fokus im Gesundheitswesen auf Therapie, nicht auf Vorsorge gerichtet.¹³³

Die Überlegungen zu einer umfassenderen Fürsorge für Schwangere und Säuglinge begannen so auch nicht mit Debatten über eine Verbesserung der Prophylaxe für Schwangere, sondern mit Diskussionen über Arbeitsschutz und finanzielle Hilfen für die Mutter.¹³⁴ Die SPD-Fraktion beantragte bereits in der ersten Legislaturperiode ein neues Mutterschutzgesetz, das lediglich auf den Schutz einer bestimmten Gruppe von Müttern, den erwerbstätigen Frauen, zielte. Der Bundestag beauftragte daraufhin im Oktober 1949 die Bundesregierung damit, ein Mutterschutzgesetz auszuarbeiten.¹³⁵ Ein ähnliches Gesetz war bereits 1942 unter der nationalsozialistischen Herrschaft in Kraft getreten, das vor allem finanzielle Leistungen für erwerbstätige Schwangere während der letzten sechs Wochen vor und während der ersten sechs Wochen nach der Niederkunft festgelegt hatte.¹³⁶ Die versicherten arbeitenden Frauen bekamen während dieser Zeit Wochengeld in Höhe ihres Durch-

¹³² FAERBER, Vorsorgeuntersuchungen, S. 359.

¹³³ Vgl. zu den Entscheidungen für die Fortführung des traditionellen deutschen Versicherungswesens ausführlich Kap. II, 1.1.

¹³⁴ Vgl. zu der Entwicklung in den 1950er Jahren allgemein LINDNER, Gesundheitsvorsorge; sowie zu der besonderen Rolle des Mutterschutzes im Nachkriegsdeutschland auch in Bezug auf die Rollendefinition der Frau ausführlich MOELLER, Geschützte Mütter, S. 249–58.

¹³⁵ BAK, B 149/ 3891, Abteilung III, Vermerk vom 19. Juli 1950. Die Bundesregierung wurde in der 12. Sitzung des Bundestages vom 20. 10. 1949 beauftragt.

¹³⁶ Das Mutterschutzgesetz von 1942 war zwar in der Höhe der Leistungen und bei der bezugsberechtigten Gruppen weitreichend, schloß allerdings alle nichtarischen Frauen aus, deren Fortpflanzung nicht erwünscht war. Vgl. hierzu EDEL, Entwicklung, S. 82–5.

schnittsverdienstes, also wesentlich mehr als nach den Leistungen der Reichsversicherungsordnung. Die Kosten, die die Krankenkassen dadurch zu tragen hatten, ersetzte damals das Reich.¹³⁷ Als nach der Kapitulation im besetzten Deutschland diese Mehrleistungen nicht mehr vom Staat aufgebracht wurden, beendeten die Krankenkassen die Extra-Zahlungen. Dies bedeutete geringere Zuwendungen für die Mütter.¹³⁸ Die Arbeitsschutzbestimmungen des Mutterschutzgesetzes von 1942 waren ebenfalls weitgehend ausgesetzt. An ihre Stelle traten in den einzelnen Besatzungszonen unterschiedliche Regelungen. Deswegen forderten vor allem die Gewerkschaften einheitliche gesetzgeberische Maßnahmen.¹³⁹

Die Parlamentarier in der neugegründeten Bundesrepublik sahen ebenso wie die Bundesregierung dringenden Handlungsbedarf auf diesem Gebiet. Die SPD-Fraktion brachte im Juli 1950 einen Entwurf im Bundestag ein, der dann in den Ausschüssen und Referaten der Ministerien beraten wurde.¹⁴⁰ Besonders umstritten war, wie die Unterstützungszahlungen für Mütter finanziert werden sollten. Deswegen mußten Finanz- und Justizministerium in die Verhandlungen einbezogen werden, wodurch sich das Verfahren herauszögerte; im Dezember 1951 wurde das Gesetz schließlich verabschiedet.¹⁴¹ Das Mutterschutzgesetz vom 24. Januar 1952 bestimmte nun die finanziellen Regelungen für arbeitende, sozialversicherte Mütter, regelte Beschäftigungsverbote für schwangere Frauen und schränkte die Kündigungsmöglichkeiten gegenüber Schwangeren ein. Schwangere Frauen erhielten in den sechs Wochen vor und sechs Wochen nach der Niederkunft Wochengeld in Höhe ihres Verdienstes, sowie zusätzlich ein gegenüber dem Gesetz von 1942 erhöhtes Stillgeld. Beide Leistungen wurden den Krankenkassen vom Bund ersetzt.¹⁴² Damit waren nun die versicherungspflichtig arbeitenden Frauen materiell und rechtlich gut abgesichert.¹⁴³ In den Genuß dieser Regelungen kam allerdings nur ein kleiner Teil der Mütter, da die meisten Frauen nicht erwerbstätig und selbst sozialversichert waren. Mütter, die nicht selbst arbeiteten, konnten keine Leistungen nach dem Mutterschutzgesetz beanspruchen, sondern waren auf Familien-

¹³⁷ RGBl. 1942 I, S. 321, vgl. auch BAK, B 149/3891, Abteilung III, Vermerk vom 19. Juli 1950.

¹³⁸ BAK, B 149/3891, Vermerk vom 8. 1. 1951 und Reichsversicherungsordnung, Stand 30. 11. 1949, Dortmund 1949, S. 65. Die Zuwendungen wurden zudem nur über kürzere Zeiträume gewährt. Sie wurden überdies nur gewährt, wenn die Frauen mindestens 10 Monate vor der Niederkunft bei der jeweiligen Krankenkasse versichert waren.

¹³⁹ BAK, B 149/3891, Gewerkschaftsrat der vereinten Zonen an die Verwaltung für Arbeit, 27. 10. 1948.

¹⁴⁰ Vgl. BT-Drucksache Nr. 1182; sowie BAK, B 149/3891, Vermerk vom 8. 1. 1951.

¹⁴¹ BAK, B 149/3891, Arbeitsvorlage des Bundesminister für Arbeit vom 5. Oktober 1950; vgl. auch PA, I 257 A, passim.

¹⁴² BGBl. 1952 I, S. 69–74; vgl. auch EDEL, Entwicklung, S. 99–102.

¹⁴³ BAK, B 142/4042, Kurzbericht Gesundheitsfürsorge in 8 europäischen Staaten und der Bundesrepublik.

wochenhilfe nach der Reichsversicherungsordnung angewiesen, die sie über ihren Mann bezogen, sofern dieser arbeitete und sozialversichert war.

Die Familienwochenhilfe für mitversicherte Frauen nach § 205 der Reichsversicherungsordnung (RVO) entsprach den Bestimmungen der RVO für weibliche Versicherte (§ 195(1)). Demnach wurden lediglich „bei der Entbindung oder bei Schwangerschaftsbeschwerden Hebammenhilfe, Arznei oder kleinere Hilfsmittel sowie, falls erforderlich, ärztliche Behandlung“ gewährt. Für Schwangerschaftsbeschwerden und die Entbindung war ein einmaliger Betrag von 10 DM vorgesehen. Bei Zahlung von Stillgeld sollten die Kassen „auf den Wert der regelmäßigen Inanspruchnahme von Mütterberatungsstellen, Säuglingsfürsorgestellen und ähnlichen Einrichtungen“ hinweisen. Dies bezog sich allerdings auf die Zeit *nach* der Geburt.¹⁴⁴ *Schwangerenvorsorge*, also medizinische Prophylaxe für Schwangere, wurde gar nicht erwähnt. Im Unterschied zu den Frauen, für die das Mutterschutzgesetz galt und die ihren durchschnittlichen Lohn fortgezahlt bekamen, erhielten die mitversicherten Frauen lediglich 50 Pfennig täglich für vier Wochen vor und sechs Wochen nach der Geburt.¹⁴⁵

Vorsorge während der Schwangerschaft war in der Bundesrepublik von der Privatinitiative der einzelnen Frauen abhängig. Für die meisten bestand sie höchstens aus einer einmaligen ärztlichen Untersuchung oder einer unregelmäßigen Betreuung durch die Hebamme.¹⁴⁶ In der Praxis bekam eine schwangere Frau zwar relativ problemlos einen Krankenschein für einen Arztbesuch, doch mußte die werdende Mutter Eigeninitiative entwickeln und gleichzeitig über die Notwendigkeit der Vorsorgeuntersuchungen aufgeklärt sein. Eine „normale“ Schwangerschaft galt nicht als „Krankheit im Sinne der Versicherungsordnung“. Die Versicherungsträger duldeten allerdings stillschweigend, daß Schwangere ärztlichen Rat und eine Behandlung in Anspruch nahmen.¹⁴⁷ Mit solch einem Konzept war man jedoch von einer umfassenden präventivmedizinischen Betreuung aller Schwangeren weit entfernt.

Viele Frauen suchten auch die Hebammen erst sehr spät auf, oftmals erst im neunten Monat.¹⁴⁸ So war auch durch die Hebammen kein ausreichendes System der Prophylaxe gewährleistet. Zwar war die *Schwangerenvorsorge* eigentlich im 1938 erlassenen Hebammengesetz als Tätigkeitsfeld der Hebammen

¹⁴⁴ Reichsversicherungsordnung, Stand vom 30. 11. 1949, Dortmund 1949, S. 65–6.

¹⁴⁵ Reichsversicherungsordnung, Stand vom 30. 11. 1949, Dortmund 1949, S. 71–2. Die Fürsorgehilfe für hilfsbedürftige Frauen war in etwa den Leistungen für die mitversicherten Familienangehörigen angepaßt RGBl. 1924 I, S. 767.

¹⁴⁶ HAGEN, Vorbeugende Gesundheitsfürsorge, S. 66. Vgl. hierzu auch den Bericht über das Projekt zur Schwangerenfürsorge in Berlin: BAK, B 142/4042, Bericht von Curt Meyer, Leiter der Abteilung Sozialhygiene in der Senatsverwaltung für Gesundheitswesen in Berlin, über den Demonstrationsdistrikt Neukölln 1953.

¹⁴⁷ GASSE, Drei Jahre, S. 321.

¹⁴⁸ BAK, B 142/369, Bericht über eine Aussprache über aktuelle Fragen der Schwangerenbetreuung am 23. 6. 1955 in Mainz.

festgelegt, eine Vergütung jedoch nicht geregelt worden.¹⁴⁹ Ohne einen finanziellen Ausgleich konnten die ohnedies sehr schlecht bezahlten Hebammen kaum Vorsorgeuntersuchungen anbieten.¹⁵⁰ Ihr Berufsstand befand sich durch den drastischen Anstieg der Klinikgeburten in den 1950er Jahren und ihre unklare Existenzsicherung generell in der Krise.¹⁵¹ Die Anzahl der freiberuflich tätigen Hebammen sank von 1952 bis 1958 um ein Drittel.¹⁵² Vereinzelte Vorschläge, den Hebammen nach dem Vorbild der Niederlande tatsächlich einen Teil der Schwangerenvorsorge zu übertragen und ihnen hier Verdienstmöglichkeiten zukommen zu lassen, fanden aber kaum Resonanz.¹⁵³ Gegen solche Entwicklungen war vor allem die Ärzteschaft eingestellt, die jede Ausweitung der Kompetenzen der Hebammen mit Argwohn betrachtete. Daß dies durchaus eine praktikable Möglichkeit gewesen wäre, zeigen die Erfolge in den Niederlanden und anderen Ländern: Dort hatte sich eine umfassende, gut funktionierende Schwangeren- und Säuglingsvorsorge durch Hebammen und Säuglings-Fürsorgerinnen entwickelt.¹⁵⁴ Eine Betreuung der Schwangerschaft durch Ärzte oder Hebammen fand also im Vergleich zu anderen europäischen Staaten kaum statt. Hierzu trug noch bei, daß die Schwangerenvorsorge als Präventivmedizin nicht zu den Leistungen der deutschen Krankenversicherung gehörte, die sich nach wie vor auf kurative Medizin konzentrierte.

Auch in der Bundesrepublik gab es damals einige Schwangerenberatungsstellen, die die Gesundheitsämter in den 1920er und 1930er Jahren eingerichtet hatten und in denen die Frauen gründlich ärztlich untersucht sowie fürsorgisch beraten wurden.¹⁵⁵ Solche Beratungsstellen fand man jedoch meist nur in den größeren Städten.¹⁵⁶ Die Anzahl der dort untersuchten Frauen blieb gering; der Schwerpunkt ihrer Arbeit betraf Frauen, bei denen gleichzeitig soziale Probleme bestanden.

Anfang der 1950er Jahre hatte sich auch auf parlamentarischer Ebene die Erkenntnis durchgesetzt, daß die Schwangerenvorsorge dringend des Ausbaus und einer verbesserten gesetzlichen Regelung bedurfte. Gleichzeitig mit der Verabschiedung des Mutterschutzgesetzes beauftragte daher der Bundestag das

¹⁴⁹ DÖDERLEIN, *Ärztliche Schwangerenvorsorge*, S. 183.

¹⁵⁰ BAK, B 142/3900, Bund deutscher Hebammenverbände an das Bundesinnenministerium, 26.5.59; vgl. zur schlechten Bezahlung und zu den Problemen des Berufsstandes auch FEMMER, *Aktuelle Fragen*, S. 420–1.

¹⁵¹ PETERS, *Berufsstellung*, S. 166–8.

¹⁵² SCHLIEPER, *Rolle*, S. 51.

¹⁵³ Vgl. SCHWALM, *Resolution der Hebammenlehrer an das Bundesministerium des Innern*, zitiert nach, PETERS, *Berufsstellung*, S. 163.

¹⁵⁴ Vgl. hierzu und zum folgenden BAK, B 142/4043, Bericht für die WHO über die Fürsorge für Mutter und Kind in neun europäischen Staaten, Entwurf, S. 8–10; 19.

¹⁵⁵ BAK, B 142/674, Bericht über das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik. In diesen Einrichtungen gehörte zur Schwangerenvorsorge auch eine Blut- und Urinuntersuchung,

¹⁵⁶ BAK, B 142/4043, Bericht für die WHO über die Fürsorge für Mutter und Kind in neun europäischen Staaten, Entwurf, S. 20; vgl. auch LINDNER, *Gesundheitsvorsorge*, S. 353, 361–4.

Bundesinnenministerium, einen Gesetzesentwurf vorzubereiten. Dieser sollte eine weitergehende Für- und Vorsorge für alle Mütter vorsehen, besonders für die, die vom Mutterschutzgesetz nicht erfaßt wurden, und die Säuglingsvorsorge ebenfalls einbinden.¹⁵⁷ Das Vorhaben erwies sich jedoch als sehr problematisch. Der Staatssekretär im Innenministeriums, Ritter von Lex, faßte die Schwierigkeiten im Bundestag im September 1952 zusammen:

Das bereits erlassene Mutterschutzgesetz bezieht sich nur auf die erwerbstätige Mutter. Maßnahmen zum Schutze der nichterwerbstätigen Mutter und ihres Kindes für die Zeit der Schwangerschaft, für die Zeit unmittelbar nach der Geburt und für den gesundheitlichen Schutz des Säuglings und des Kleinkindes können nur schwer Gegenstand eines bestimmten Schutzgesetzes sein. Es handelt sich hier vielmehr um Maßnahmen der vorbeugenden Gesundheitsfürsorge.¹⁵⁸

Im folgenden verwies er ausführlich darauf, daß für ein Bundesgesetz zur vorbeugenden Gesundheitsfürsorge in der Bundesrepublik kaum eine gesetzliche Grundlage bestünde, da im Grundgesetz die Gesundheitspolitik im wesentlichen als Aufgabe der Länder festgelegt sei und der Bund nur in wenigen Ausnahmen eingreifen könne.¹⁵⁹ Im Innenministerium arbeitete dennoch Ministerialrat Wilhelm Hagen eine Denkschrift zu dem Problem aus und verfaßte danach den Entwurf eines Gesetzes zur vorbeugenden Gesundheitsfürsorge (die sogenannte *Lex Hagen*).¹⁶⁰ Hagen stand bis Mitte 1956 im Innenministerium dem Referat für Gesundheitsfürsorge vor, initiierte neben diesem Gesetzesentwurf auch andere Projekte zur Säuglings- und Müttervorsorge und war auf diesem Gebiet in der frühen Bundesrepublik eine prägende Figur.¹⁶¹ Er galt als ein entschiedener Verfechter eines tatkräftigen öffentlichen Gesundheitsdienstes, wollte insbesondere die Gesundheitsämter in ihrem Aufgabenbereich stärken und stellte sich gegen eine weitere Ausweitung der Kompetenzen der freien Ärzteschaft.

Bei der Ausarbeitung des Gesetzesentwurf traten – wie schon von Lex angekündigt – rechtssystematische Probleme auf, die das Gesetzesvorhaben erheblich verzögerten. Zudem gab es weitere Unsicherheiten hinsichtlich der Geltung des Gesetzes zur Vereinheitlichung des Gesundheitswesens von 1934.¹⁶²

¹⁵⁷ BAK, B 142/979, Brief Innenminister an Präsidenten des Deutschen Bundestages vom 23. Juni 1953.

¹⁵⁸ Anfrage in der 230. Sitzung des Deutschen Bundestages am 17. September 1952: „Wie weit sind die Vorarbeiten für den vom Bundesinnenministerium dem Bundestag zu unterbreitenden Gesetzesentwurf zum Schutze von Mutter und Kind, d. h. zum Schutze solcher werdender Mütter, die im Gesetz zum Schutze der erwerbstätigen Mutter nicht erfaßt waren, gediehen? Wann wird das Gesetz dem Bundestag vorgelegt?“ Antwort von Ritter von Lex auf diese Anfrage, zitiert nach BAK, B 142/979, Brief Innenminister an Präsidenten des Deutschen Bundestages vom 23. Juni 1953.

¹⁵⁹ Vgl. zu dieser Problematik ausführlich Kapitel Kap. II, 2.1.

¹⁶⁰ Vgl. zu Hagen Kap. II, 1.1.

¹⁶¹ Vgl. BAK, Organigramm des Bundesministeriums des Innern.

¹⁶² Vgl. zu diesen Fragen ausführlich Kap. II, 2.1; sowie MANGER-KOENIG, Gesundheitsdienst, S. 440.

Nach § 3 dieses Gesetzes oblagen den Gesundheitsämtern die ärztlichen Aufgaben der Mutter- und Kinderberatung.¹⁶³ Die Gesundheitsämter sollten entsprechend der Durchführungsverordnung von 1935 die Mütter während der Schwangerschaft und des Wochenbettes in gesundheitlichen Fragen beraten. Das Ausmaß der Leistungen war jedoch nicht festgelegt worden.¹⁶⁴ Ob dies nun durch Bundesrecht geregelt werden konnte, war unklar.

Gleichzeitig machten die niedergelassenen Ärzte ihren Anspruch auf die Gesundheitsvorsorge für Schwangere und Säuglinge geltend.¹⁶⁵ Die Ärzte hatten bereits auf dem Deutschen Ärztetag von 1951 eine Beteiligung an der Vorsorge gefordert. Es wurde ein Kampf der Ärzte gegen Staatsmedizin und Medizinalbürokratie ausgerufen und Aufgaben zurückgefordert, die der Ärzteschaft angeblich im Laufe der Zeit entzogen worden seien. Mit ihren Forderungen trafen die Ärzte damals auf einen schwachen Gegner: Das öffentliche Gesundheitswesen in der Bundesrepublik war durch seine komplizierte Organisationsform geschwächt, hatte sich mit seinem problematischen Erbe aus der NS-Zeit nicht auseinandergesetzt und tat sich mit grundlegenden Reformen und Neukonzeptionen sehr schwer. Das geplante Gesetz, das an traditionelle Konzepte der deutschen Fürsorge anknüpfte, hatte daher im gesundheitspolitischen Kontext der Nachkriegszeit wenig Chancen.¹⁶⁶

Wie sehr der öffentliche Gesundheitsdienst an Einfluß verlor, kann man an den verschiedenen Entwürfen des Gesetzes zur vorbeugenden Gesundheitsfürsorge beobachten. 1952 war vorgesehen, die Gesundheitsfürsorge für schwangere Frauen, also Untersuchung, Beratung und Betreuung, gänzlich in den Gesundheitsämtern durchzuführen.¹⁶⁷ Im Laufe der nächsten Jahre änderte sich dies deutlich: Die Aufgaben der vorbeugenden Gesundheitsfürsorge sollten nun nicht mehr allein durch die Gesundheitsämter wahrgenommen werden, sondern in erster Linie von den freien Ärzten. Besonders das Gesetz zum Kassenarztrecht, das im August 1955 verabschiedet wurde und den Kassenärzten die ambulante Versorgung der Sozialversicherten als Monopol zuwies sowie die Selbstverwaltung von Krankenkassen und Kassenärzten neu regelte, ließ die Position der Ärzteschaft erstarken.¹⁶⁸ Im Referentenentwurf des Gesetzes zur vorbeugenden Gesundheitsfürsorge von 1955 spiegelt sich diese Entwicklung wider. Hier hieß es nun:

¹⁶³ RGBl. 1934 I, S. 531.

¹⁶⁴ LABISCH und TENNSTEDT, Weg, S. 349. Ein weiteres Problem bei der Ausarbeitung des Gesetzes bestand darin, daß die Gesundheitsämter in der Bundesrepublik mittlerweile unterschiedlich organisiert waren; in manchen Ländern auf kommunaler Ebene, in anderen auf Landesebene; vgl. Kap. II, 2.1.

¹⁶⁵ Vgl. MANGER-KOENIG, Gesundheitsdienst, S. 436.

¹⁶⁶ Vgl. hierzu ausführlich Kap. II, 2.1.

¹⁶⁷ BAK, B 142/4042, handschriftlicher Entwurf Hagens zum Gesetz über die vorbeugende Gesundheitsfürsorge von 1952; vgl. hierzu ausführlicher LINDNER, Gesundheitsvorsorge, S. 369–70.

¹⁶⁸ Gesetz über Kassenarztrecht, BGBl. 1955 I, S. 513–23. Vgl. zur Bedeutung des Kassenarztrechtes Kap. II, 3.1; sowie MANGER-KOENIG, Gesundheitsdienst, S. 437.

Jede Frau ist berechtigt, dreimal während der Schwangerschaft und einmal nach dem Wochenbett eine kostenlose ärztliche Untersuchung nach dem Stand der Wissenschaft in Anspruch zu nehmen. Soweit die Kosten dieser Untersuchungen nicht von der Sozialversicherung gewährt werden, trägt sie das Gesundheitsamt. Die Wahl des untersuchenden Arztes ist frei.¹⁶⁹

Trotz weiterer Nachbesserungen konnte im Ministerium kein Konsens über den Entwurf erzielt werden. Es gab unter anderem rechtliche Bedenken: der Entwurf enthielte Eingriffe in das Organisationsrecht der Länder, deswegen werde der Bundesrat das Gesetz sicher nicht billigen.¹⁷⁰ Im Februar 1956 wurden kontroverse Punkte bei einer Besprechung im Ministerium diskutiert: Hagen betonte, wie notwendig das Gesetz zur vorbeugenden Gesundheitsfürsorge sei und verwies auf die Rückständigkeit Deutschlands gegenüber anderen europäischen Ländern auf diesem Gebiet. Die Ministerialbeamten der anderen Abteilungen hielten jedoch fast alle das Hagensche Gesetz auch in der stark abgemilderten Fassung von 1956 für zu „Gesundheitsamt-freundlich“. Sie forderten, daß man die Aufgaben der Gesundheitsämter gänzlich auf die Beratung beschränken und der freien Ärzteschaft noch mehr Aufgaben überlassen solle. Es konnte wiederum keine Einigung erzielt werden.¹⁷¹

Hagen wurde am 1. Juli 1956 zum Präsidenten des Bundesgesundheitsamtes ernannt und schied aus dem Innenministerium aus; sein Entwurf wurde nun nicht mehr weiterverfolgt.¹⁷² Auf eine Anfrage, was denn aus dem Gesetz zur vorbeugenden Gesundheitsfürsorge geworden sei, antwortete 1957 ein Referent aus Hagens früherer Abteilung, daß gegen den von Hagen vorgelegten Referentenentwurf schwerwiegende sachliche und verfassungsrechtliche Bedenken bestünden, weswegen er bis auf weiteres zurückgestellt worden sei. Damit war dieses Gesetzesvorhaben endgültig gescheitert und somit auch das „klassische Konzept der Gesundheitsfürsorge“,¹⁷³ Gruppen besonders gefährdeter Personen, also hier die Schwangeren und Säuglinge, vor Gesundheitsgefahren zu schützen.

Der Bereich der Gesundheitsvorsorge für Schwangere und Säuglinge wurde in den nächsten Jahren im Zusammenhang mit der Gesamtreform der sozialen Leistungen durch die Bundesregierung, der sogenannten Sozialreform, erneut diskutiert, die ab 1955 die politische Debatte bestimmte.¹⁷⁴ Das Problem der Krankheitsprävention entwickelte sich zu einem wichtigen Punkt auf der Re-

¹⁶⁹ BAK, B 142/4042, Referentenentwurf zum Gesetz über die vorbeugende Gesundheitsfürsorge vom April 1955.

¹⁷⁰ BAK, B 142/4043, Abteilung Ic an Abteilung IV vom 23. Juli 1955.

¹⁷¹ BAK, B 142/4043, Vermerk über die Besprechung des Entwurfes eines Gesetzes über die vorbeugende Gesundheitsfürsorge für Mütter, Kinder und Jugendliche mit den beteiligten Referaten am 24. Februar 1956.

¹⁷² BAK, B 142/369, Referat IV A 3 an Referat I C 6 vom 18. 1. 1957.

¹⁷³ LABISCH und TENNSTEDT, Prävention in der Bundesrepublik Deutschland, S. 143.

¹⁷⁴ Vgl. MANGER-KOENIG, Gesundheitsdienst, S. 437–8; DANIELS, Sozialreform, S. 163; vgl. auch ROSEWITZ und WEBBER, Reformversuche, S. 108–12.

formagenda. Anfangs schien es noch offen, ob die Leistungen der Vorsorge durch die gesetzliche Krankenversicherung und die Kassenärzte oder teilweise durch den öffentlichen Gesundheitsdienst übernommen würden.¹⁷⁵ Schließlich sollte jedoch auch die Vorsorge für Schwangere und Säuglinge im Zuge der Neuregelung des Kassenrechts komplett in die Leistungen der Krankenversicherung aufgenommen werden.¹⁷⁶

Dies hatte sich bereits angekündigt. 1955 hatte der Bundestag beschlossen, die niedergelassenen Ärzte stärker in die Vorsorge einzubeziehen.¹⁷⁷ Auch die Konferenz der für das Gesundheitswesen zuständigen Minister und Senatoren der Länder äußerte sich im selben Jahr entsprechend: Die Aufgaben der öffentlichen Gesundheitsfürsorge sollten auch auf Länderebene in Zusammenarbeit mit der Ärzteschaft gelöst werden.¹⁷⁸ Die Prophylaxe für Schwangere wurde deswegen jetzt in die Überlegungen zum Krankenversicherungsneuordnungsgesetz (KVNG) einbezogen, das das Leistungsrecht der Krankenversicherung verbessern und Vorsorgeuntersuchungen generell in die Kassenleistungen integrieren sollte.¹⁷⁹ Damit war das Prinzip der individuellen Vorsorge für werdende Mütter durch den Arzt in den Vordergrund getreten.

In den Referentenentwurf des KVNG wurde nun die Schwangerenvorsorge aufgenommen. Es war vorgesehen, Vorsorgeuntersuchungen einzuführen sowie andere Leistungen für Schwangere und Säuglinge stark auszubauen.¹⁸⁰ Viele Fachärzte kritisierten den Gesetzentwurf jedoch, weil er nur zwei Untersuchungen während der gesamten Schwangerschaft vorsah, und verwiesen darauf, daß in den anglo-amerikanischen Ländern monatlich einmal untersucht werde; von einer umfassenden Betreuung könne bei zwei Untersuchungen nicht gesprochen werden.¹⁸¹ Es müsse zudem ein Anreiz geschaffen werden, die angebotene Schwangerenberatung tatsächlich zu nutzen. Hier empfahlen die Ärzte Regelungen wie in Frankreich, wo die volle Auszahlung des Mutterschaftsgeldes von einer regelmäßigen Schwangerschaftsberatung abhängig gemacht wurde.¹⁸² Ein Vertreter des Bundesinnenministeriums, Ministerialrat Stralau, kritisierte wiederum die Ärzte, die seiner Ansicht nach bei den Verhandlungen um das KVNG lediglich mit viel Geschick versuchten, die Schwangerenberatung in ihre Hand zu bekommen. Den Ärzten gehe es vor

¹⁷⁵ Vgl. LABISCH und TENNSTEDT, Prävention in der Bundesrepublik Deutschland, S. 144–5.

¹⁷⁶ Vgl. MANGER-KOENIG, Gesundheitsdienst, S. 438.

¹⁷⁷ MANGER-KOENIG, Gesundheitsdienst, S. 437; vgl. zum wörtlichen Zitat oben Kap. II, 2.1.

¹⁷⁸ DANIELS, Sozialreform, S. 161.

¹⁷⁹ RENTHE-FINK, Zum Thema „Vorsorgeuntersuchung“, S. 222; vgl. auch LABISCH und TENNSTEDT, Prävention in der Bundesrepublik Deutschland, S. 151.

¹⁸⁰ BAK, B 149/4175, §§ 208–211 des Entwurfs des KVNG.

¹⁸¹ Vgl. z. B. BAK, B 142/3528, Brief Prof. Dietel, Frauenklinik Hamburg an Prof. Kirchhoff, Direktor der Univ.-Frauenklinik Göttingen, 20. 1. 1959, sowie Prof. Kirchhoff an Senatsdirektor Schröder, Berlin, Februar 1959.

¹⁸² BAK, B 142/3528, Manuskript Referat Kirchhoff, 30. Oktober 1959.

allem um die entsprechenden zusätzlichen Honorare, nicht per se um einen Ausbau der Schwangerenberatung.¹⁸³

Letztlich fand aber auch durch das umstrittene KVNG keine Regelung der Gesundheitsvorsorge für Schwangere und Säuglinge statt, denn das Gesetz scheiterte 1961 aus verschiedenen Gründen. Es war vor allem der Widerstand der Ärzteschaft gegen bestimmte Regelungen, aber auch die Uneinigkeit innerhalb der Regierungsparteien, besonders hinsichtlich der Frage der Selbstbeteiligung der Patienten, über die kein Kompromiß erzielt werden konnte.¹⁸⁴ Durch das Scheitern wies die Vorsorge für Schwangere und Säuglinge weiterhin große Lücken auf. Auch in der Fachpresse wurde das Problem aufgegriffen und beklagt, daß es in der Bundesrepublik immer noch kein funktionierendes System der Vorsorge gebe.¹⁸⁵

Zumindest für bedürftige Frauen, für die bis 1961 die Vorschriften der Fürsorgegesetze galten, wurde im neuen Bundessozialhilfegesetz eine einheitliche Regelung gefunden. Seit 1961 umfaßte die Sozialhilfe für werdende Mütter und Wöchnerinnen nun Hebammenhilfe, ärztliche Behandlung, Versorgung mit Arznei- und Heilmitteln, einen Entbindungskostenbeitrag und Stillgeld. Die Leistungen sollten dem entsprechen, was den Familienangehörigen eines Versicherten gewährt wurde und umfaßten ausdrücklich auch Vorsorgeuntersuchungen, soweit diese in der gesetzlichen Krankenversicherung vorgesehen waren.¹⁸⁶ Wegen des Scheiterns des KVNG galt jedoch weiterhin die alte Regelung der Reichsversicherungsordnung ohne Anspruch auf Vorsorgeuntersuchungen.¹⁸⁷ Den Frauen wurden im Bundessozialhilfegesetz nun individuelle Leistungen, die sie aufgrund ihrer Bedürftigkeit beantragen mußten, zugewiesen. Auch hier war man von dem Prinzip abgekommen, einer bestimmten gefährdeten Gruppe eine umfassende Gesundheitsfürsorge zu gewähren, wie dies der Hagensche Entwurf noch vorgesehen hatte.¹⁸⁸

Einer einheitlichen und umfassenden gesundheitspolitischen Gesetzgebung auf dem Gebiet der Schwangeren- und Säuglingsvorsorge standen weiterhin die Kompetenzprobleme zwischen Bund und Ländern im Weg. Bundesgesetzliche Regelungen auf dem Gebiet der Gesundheitsfürsorge wurden schließlich dadurch weiter erschwert, daß der Bundesrat 1964 aus prinzipiellen Erwägungen

¹⁸³ BAK, B 142/3628 Brief Ministerialdirektor Stralau, Bonn, an Senatsdirektor Schröder, Berlin, vom 7. Februar 1959.

¹⁸⁴ Vgl. ausführlich Kap. II, 1.1; auch LABISCH und TENNSTEDT, Prävention in der Bundesrepublik Deutschland, S. 152–3; ROSEWITZ und WEBBER, Reformversuche, S. 179; sowie REUCHER, Reformen; PA, II 1002 A1 72, Sitzung des Ausschusses für Gesundheitswesen vom 17. 3. 1962.

¹⁸⁵ FINKBEINER, Pränatale Vorsorge, S. 1344.

¹⁸⁶ PA, III 349 A 2, Protokoll der 61 Sitzung des Ausschusses für Kommunalpolitik und öffentliche Fürsorge, 23. 2. 1961; Beratung des Entwurfs des Bundessozialhilfegesetzes; BGBl. 1961 I, Bundessozialhilfegesetz vom 5. Juli 1961, S. 821, § 328.

¹⁸⁷ Vgl. RVO in der Fassung von Juli 1963, Stuttgart 1963, § 195a.

¹⁸⁸ Vgl. LABISCH und TENNSTEDT, Prävention in der Bundesrepublik Deutschland, S. 147–8.

das Jugendzahnpflegengesetz scheitern ließ und so seine sehr restriktive Haltung gegenüber dem Bund durchsetzte.¹⁸⁹ Eine Ausdehnung des Mutterschutzgesetzes auf die nichterwerbstätigen und freiberuflich tätigen Mütter durch eine einheitliche bundesgesetzliche Regelung sahen die Ministerialbeamten des Gesundheitsministeriums nun nicht mehr im Bereich des Möglichen, auch wenn sie dies bedauerten:¹⁹⁰

Vieles der Regelungen zum Schutz von Mutter und Kind ist Aufgabe der Länder: Überwachung der Neugeborenen in geburtshilflichen Abteilungen der Krankenhäuser durch Kinderfachärzte oder die Einrichtung von Frühgeburtenzentren. In manchen Ländern ist schon etwas erreicht worden, in den anderen bestehen noch Lücken. Dies wird immer auf den Sitzungen der Arbeitsgemeinschaft der Leitenden Medizinalbeamten angesprochen. Weisungsbefugnis hat der Bund nicht. Aus der gesundheitspolitischen Sicht des Bundes ist es bedauerlich, daß die Regelung der Vorsorgeuntersuchungen nicht einheitlich ist.¹⁹¹

Immer stärkere Forderungen nach einer einheitlichen Regelung der Vorsorge für Mutter und Kind veranlaßten den Bund schließlich zur Änderung der Krankenversicherungsbestimmungen. Da ein gesundheitspolitisches Gesetz chancenlos war, mußte das Problem über die Sozialversicherung gelöst werden. Die Vor- und Fürsorge für Schwangere wurde im *Gesetz zur Änderung des Mutterschutzgesetzes und der Reichsversicherungsordnung* von 1965 verankert. Die Mutterschaftshilfe der Krankenkassen umfaßte nun auch Vorsorgeuntersuchungen einschließlich laborärztlicher Untersuchungen. Die gleichen Leistungen erhielten die mitversicherten Familienangehörigen.¹⁹² Da andere Lösungen kaum noch zu erwarten gewesen waren, wurde diese späte Regelung schließlich von allen Seiten begrüßt.¹⁹³ Die Schwangerenprophylaxe befand sich damit nach einer langen Periode der Ungewißheit endgültig in der Hand der niedergelassenen Ärzte.¹⁹⁴

¹⁸⁹ Vgl. hierzu oben, Kap. II, 3.1; sowie MANGER-KOENIG, Gesundheitsdienst, S. 438.

¹⁹⁰ BAK, B 142/4044, Bundesminister für Arbeit und Sozialordnung an Bundesminister für Gesundheitswesen, 17. 7. 1964.

¹⁹¹ BAK, B 142/4044, Abteilungsleiter I an Staatssekretär, 18. 3. 1963.

¹⁹² BGBl. 1965 I, Gesetz zur Änderung des Mutterschutzgesetzes und der Reichsversicherungsordnung, S. 912–919; vgl. hierzu ausführlicher LINDNER, Gesundheitsvorsorge, S. 375–6; auch SCHMATZ und ZMARZLIK, Mutterschutzgesetz. Das Gesetz zur Änderung des Mutterschutzgesetzes sollte zum 1. 1. 1966 in Kraft treten, was jedoch wegen Finanzschwierigkeiten im Haushaltssicherungsgesetz zunächst auf den 1. 1. 1967 und schließlich auf den 1. 1. 1968 verschoben wurde. BGBl. 1965 I, Haushaltssicherungsgesetz vom 20. 12. 1965, Artikel 5, S. 2066. BGBl. 1966 I, Finanzplanungsgesetz vom 23. 12. 1966, Artikel 6, vgl. auch RVO, 46. Auflage, Stuttgart 1970, S. 91.

¹⁹³ Vgl. z. B. eine Äußerung des deutschen Familienverbandes: „Der deutsche Familienverband begrüßt auf das wärmste die in dem Entwurf eines Gesetzes zur Änderung des Mutterschutzgesetzes [...] vorgesehenen Vorsorgeuntersuchungen: er sieht darin eine wenn auch begrenzte Möglichkeit, die in der Bundesrepublik immer noch überhöhte Müttersterblichkeit auf den in fortschrittlichen Ländern bereits seit längere Zeit erreichten Stand zu senken.“ Vorarchiv ArbMin NRW, Nr. 1127.18, Gesetz über Vorsorgemaßnahmen für werdende Mütter und Wöchnerinnen; Entschließung des Deutschen Familienverbandes vom 21. 4. 1965.

¹⁹⁴ ABHOLZ, Prävention, S. 171.

4.3.2 Praxis und Projekte in der Schwangerenversorgung

Anfang der 1950er Jahre waren die Angebote für schwangere Frauen und ihre Betreuung durch Ärzte oder öffentliche Einrichtungen regional sehr unterschiedlich und auch nach den damaligen Maßstäben nicht ausreichend. Die Abteilung für Gesundheitswesen im Innenministerium schätzte den Stand der deutschen Schwangerenversorgung als äußerst rückständig ein. Wilhelm Hagen, der sich in der Ausarbeitung des Gesetzes zur vorbeugenden Gesundheitsfürsorge engagierte, orientierte sich in der Beurteilung der bundesrepublikanischen Verhältnisse vor allem an westeuropäischen Vorbildern:¹⁹⁵

In allen Ländern hat das Absinken der Säuglingssterblichkeit sich in erster Linie auf die Monate nach dem dritten Lebensmonat bezogen. Die Frühsterblichkeit spielt in allen Ländern eine große Rolle und ist das maßgebende Problem. Es ist gar kein Zweifel, daß diese Frühsterblichkeit mit den Verhältnissen während der Schwangerschaft aufs engste zusammenhängt. Deutschland hat wohl das fortschrittlichste Mutterschutzgesetz, aber die praktische Fürsorge für Schwangere hinkt nach. Gewiß ist die Schwangerenfürsorge nicht in allen Ländern in gleichem Umfange durchgeführt, aber das Mindestprogramm einer dreimaligen ärztlichen Untersuchung der schwangeren Frau einschließlich Blutuntersuchung auf Syphilis und Rhesus-Faktor sind dem Prinzip nach überall anerkannt und in Frankreich und Schweden gesetzlich gesichert.¹⁹⁶

Die Frühsterblichkeit von Säuglingen war nach Ansicht der Experten im Innenministerium ebenfalls am ehesten durch eine Intensivierung der Schwangerenfürsorge zu senken. Die Forderungen wiederholten sich in den meisten Stellungnahmen:

Alle Frauen sollten sich in der Schwangerschaft dreimal, besser fünf- und sechsmal untersuchen lassen. Die Schwangerenfürsorge darf sich dabei nicht auf die geburtshilfliche Untersuchung allein beschränken, sondern muß mehr als bisher die gesamte gesundheitliche, psychologische und hygienische Beratung in ihren Aufgabenkreis einbeziehen.¹⁹⁷

Dies wurde bei einer Tagung über Gesundheitsfürsorge im Kindesalter im Jahr 1954 gefordert und entsprach der damaligen Diskussion über Prävention und Prophylaxe, wobei generell sogenannte „Vorsichts“- oder „Gesundenuntersuchungen“ für gefährdete Personengruppen angestrebt wurden.¹⁹⁸

Als besonders alarmierend wurde zu Beginn der 1950er Jahre im Innenministerium wie auch in Fachkreisen die hohe Müttersterblichkeit empfunden. Daß

¹⁹⁵ HAGEN, Vorbeugende Gesundheitsfürsorge, S. 72.

¹⁹⁶ BAK, B 142/4043, Übersicht über Gesundheitsfürsorge für Mutter und Kind, Kleinkinder, Schulkinder und Jugendliche in acht europäischen Staaten im Vergleich zur Bundesrepublik Deutschland. Besonders hervorgehoben wurde Holland, wo 70 Prozent der Frauen in Schwangerenberatungsstellen betreut wurden. Bemerkenswert ist die Verwendung der Formulierung „überwachen“, die auf die in Deutschland nach wie vor starke Tradition der Kontrolle in der Gesundheitsvorsorge hinweist. Vgl. hierzu auch die Diskussion über Medikalisierung in der Einleitung (I).

¹⁹⁷ BAK, B 142/4043, Statistische Materialien des Statistischen Bundesamtes zum Gesetzentwurf über vorbeugende Gesundheitsfürsorge.

¹⁹⁸ Vgl. LABISCH und TENNSTEDT, Prävention in der Bundesrepublik Deutschland, S. 144.

dies in den Vordergrund rückte, hing sicherlich damit zusammen, daß die Bundesrepublik wieder enger in den internationalen Zusammenhang, insbesondere in die WHO, eingebunden war und die eigene Entwicklung stärker im Vergleich mit anderen Staaten gesehen wurde.¹⁹⁹ Die Zahlen, auf deren Grundlage Anfang der 1950er Jahre im Ministerium diskutiert wurde, zeigten die Bundesrepublik im internationalen Vergleich in einer sehr schlechten Position.²⁰⁰ Hier waren 1952 189 Todesfälle auf 100 000 Lebendgeburten zu verzeichnen, dies waren deutlich mehr als in den anderen westeuropäischen Ländern wie Italien (149), Schweiz (149), England und Wales (82), Dänemark (60) oder Frankreich (60). Aber auch Australien (109 auf 100 000 Lebendgeburten) oder Neuseeland (90 auf 100 000 Lebendgeburten) wiesen wesentlich günstigere Zahlen vor.²⁰¹

Nicht nur auf Bundesebene, auch auf Länder- und Kommunalebene wurde das Problem der mangelnden Vorsorge für Schwangere während der nächsten Jahre wahrgenommen. Bei einem Treffen von Vertretern des rheinland-pfälzischen Sozialministeriums, der Gesundheitsbehörden, der Krankenkassen, der praktischen Ärzte und Gynäkologen in Mainz im Juni 1955 kam es beispielsweise zu einer Aussprache über die Defizite in der Schwangerenbetreuung in Rheinland-Pfalz.²⁰² Berliner Ärzte äußerten sich ebenfalls im Rahmen eines Projektes von 1952, wie wichtig die regelmäßigen Untersuchungen in der Schwangerschaft seien, gerade um Toxikosen und andere Erkrankungen frühzeitig behandeln zu können.²⁰³ In anderen Ländern und Kommunen wurden ähnliche Befunde diskutiert.

Einige zeitgenössische Umfragen und Projekte erlauben einen Einblick in die tatsächliche Praxis der Schwangerenvorsorge: In Kiel wurden zwischen Februar 1954 und Februar 1955 Frauen, die in diesem Zeitraum entbunden hatten, über ihre Schwangerenvorsorge befragt.²⁰⁴ Die Befragung geschah durch Säuglingsschwestern des Gesundheitsamtes, die in Kiel traditionell alle Neuge-

¹⁹⁹ FAERBER, *Vorsorgeuntersuchungen*, S. 356.

²⁰⁰ Vgl. hierzu auch Tabelle 24, S. 419.

²⁰¹ Lediglich die schwarze Bevölkerung der USA hatte in der im Ministerium diskutierten Aufstellung mit 16 Staaten eine höhere Müttersterblichkeitsrate (205 pro 100 000) als die Bundesrepublik, während die Rate bei der Gesamtbevölkerung der USA deutlich niedriger lag (81 pro 100 000). Zusammengestellt aus BAK, B 142/4042, Statistisches Bundesamt, Abteilung VIII/7; vgl. auch LEUTNER, *Internationale Entwicklung*, S. 115 und HERMANN, *Müttersterblichkeit*, S. 17–25. Hermann zählt 1953 in Bayern 258 Sterbefälle durch Schwangerschaft, Entbindung und Wochenbett auf 143 618 Lebendgeborene. Das entspricht einer Müttersterblichkeit von 18,0 auf 10 000 bzw. 180 auf 100 000 Lebendgeborene, bestätigt also die in der Aufstellung des Ministeriums genannten Zahlen. Vgl. hierzu auch Tabelle 24, S. 419.

²⁰² BAK, B 142/369, Bericht über eine Aussprache über aktuelle Fragen der Schwangerenbetreuung am 23. 6. 1955 in Mainz.

²⁰³ BAK, B 142/4042, Bericht von Curt Meyer, Leiter der Abteilung Sozialhygiene in der Senatsverwaltung für Gesundheitswesen in Berlin, über den Demonstrationsdistrikt Neukölln 1953, Vorwort.

²⁰⁴ BESKE, *Umfang*, S. 137; vgl. auch BESKE, *Sozialhygienische Untersuchung* S. 73.

borenen besuchten. So konnten 96,3 Prozent der Mütter, die in diesem Jahr ein Kind bekommen hatten, in die Untersuchung einbezogen werden. 13 Prozent der Schwangeren ließen sich demnach gar nicht beraten, 87 Prozent gingen mindestens einmal zu einer Schwangerenberatung. Von den Schwangeren suchte der Großteil einen niedergelassenen Arzt auf (68 Prozent aller Schwangeren); hierbei handelte es sich meist aber nicht um eine Vorsorge mit mehreren Besuchen und Blut- und Urinkontrollen, sondern um einen einmaligen Besuch. 9 Prozent der Frauen suchten direkt die Frauenklinik auf, 7 Prozent eine Hebamme und nur 3 Prozent die Beratungsstelle des Gesundheitsamtes.²⁰⁵ Nach dieser Erhebung ging ein großer Teil der Frauen während der Schwangerschaft zwar zum Arzt, aber meist nur einmal und ohne die eigentlich zu der damaligen Zeit als notwendig anerkannten Untersuchungen zu erhalten.

Die Schwangerenberatung durch das öffentliche Gesundheitswesen, die in der Weimarer Zeit zumindest in manchen Städten einen größeren Teil der Schwangeren angesprochen hatte, funktionierte in der Bundesrepublik kaum noch. 1952 erhielten in Schleswig-Holstein beispielsweise nur 1 Prozent, in Niedersachsen 4 Prozent der Schwangeren in den Beratungsstellen der Gesundheitsämter, die eigentlich flächendeckend zur Verfügung standen, Vorsorgeleistungen.²⁰⁶ Das öffentliche Gesundheitswesen betreute also nur einen verschwindend kleinen Anteil der Schwangeren. Die Beratungsstellen betreuten in erster Linie Mütter mit Säuglingen und nur sporadisch zusätzlich Schwangere. Lediglich in den großen Städten war diese Art der Vorsorge etwas erfolgreicher.²⁰⁷ Einerseits gab es in Großstädten durch die Anbindung an Kliniken mehr Beratungsstellen als in ländlichen Gegenden, andererseits waren diese Stellen durch die städtische Infrastruktur von den Frauen besser zu erreichen.

Die Versorgung der Schwangeren wies zudem schichtenspezifische Unterschiede auf: Es suchten eher Frauen aus den gehobenen Schichten einen niedergelassenen Arzt in der Schwangerschaft auf, während werdende Mütter unterer Schichten, wenn sie sich überhaupt um Vorsorge kümmerten, eher öffentliche Schwangerenberatung bevorzugten.²⁰⁸ Dies lag wohl vor allem an den unklaren finanziellen Folgen, da die Kassen, wie oben erläutert, eigentlich keine Vorsorge

²⁰⁵ BESKE, Umfang, S. 139–43.

²⁰⁶ BAK, B 142/647, Bericht über das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik. Es lagen der Gesundheitsabteilung des Innenministeriums 1952, als der Bericht zusammengestellt wurde, lediglich aus zwei Ländern Daten vor. 1951 gab es in Schleswig-Holstein nur 421 Erstuntersuchungen Schwangerer in 101 Beratungsstellen bei ca. 38 000 Lebendgeburten, in Niedersachsen immerhin 4701 Erstuntersuchungen, allerdings bei 112 010 Lebendgeburten.

²⁰⁷ BAK, B 142/369, Bericht über eine Aussprache über aktuelle Fragen der Schwangerenbetreuung am 23. 6. 1955 in Mainz; BAK, B 142/4042, Bericht von Curt Meyer, Leiter der Abteilung Sozialhygiene in der Senatsverwaltung für Gesundheitswesen in Berlin, über den Demonstrationsdistrikt Neukölln 1953.

²⁰⁸ BAK, B 142/369, Bericht über eine Aussprache über aktuelle Fragen der Schwangerenbetreuung am 23. 6. 1955 in Mainz; BAK, B 142/4042, Bericht von Curt Meyer, Leiter der Abteilung Sozialhygiene in der Senatsverwaltung für Gesundheitswesen in Berlin, über den Demonstrationsdistrikt Neukölln 1953.

übernahmen. Von den Frauen, die einen Arzt aufsuchten, gingen wiederum die Angehörigen höherer Schichten eher zu einem Facharzt, während die anderen öfters den Allgemeinarzt aufsuchten.²⁰⁹

Daß die Schwangerenberatungsstellen des öffentlichen Gesundheitswesens, die in der Weimarer Zeit in etlichen Städten bereits eine Betreuung der Schwangeren angeboten und geleistet hatten, nun in diesem Bereich bis auf Ausnahmen wie in Berlin kaum noch von Bedeutung waren, mag auch die folgende Übersicht aus Kiel verdeutlichen.

*Tabelle 26: Von den Beratungsstellen des Gesundheitsamtes Kiel betreute Schwangere*²¹⁰

<i>Jahr</i>	Lebendgeborene im Stadtkreis Kiel	Zahl der betreuten Schwangeren	Anteil der vom Gesundheitsamt betreuten Schwangeren
1925	3299	444	13%
1926	3076	772	25%
1927	2869	847	29%
1928	3033	352	12%
1929	2941	549	19%
1930	2827	560	20%
1931	2551	675	26%
1932	2478	1044	42%
1933	2588	1115	43%
1934	3620	1451	40%
1935	4086	1230	30%
1936	4417	1040	24%
1937	4466	968	22%
1938	4897	967	20%
1939–45	—	—	—
1946	3379	197	6%
1947	3574	284	8%
1948	3826	100	3%
1949	3569	367	10%
1950	3399	229	7%
1951	3218	249	8%
1952	3165	295	9%
1953	2967	263	9%
1954	2979	204	7%

In Kiel hatte sich der damalige Leiter des Gesundheitsamtes Ende der 1920er Jahre stark auf dem Gebiet der Schwangerenvorsorge engagiert. In der Zeit des Nationalsozialismus ging durch die organisatorische Umgestaltung der Gesundheitsämter im Jahr 1934 viel von dem Elan der kommunalen Gesundheits-

²⁰⁹ BESKE, Umfang, S. 145.

²¹⁰ BESKE, Umfang. Für die Kriegsjahre liegen keine Zahlen vor.

fürsorge der 1920er Jahre verloren.²¹¹ Der Prozentsatz der beratenen Schwangeren sank in Kiel schon nach dem Vereinheitlichungsgesetz von 1934 stark ab, nach dem Krieg hatte die Vorsorge in den Beratungsstellen weitgehend an Bedeutung verloren. Dies verweist auf eine typische Entwicklung: Durch die Nationalsozialisten wurde das Engagement vieler Kommunal- und Fürsorgeärzte, die z.T. aus ihren Berufen vertrieben wurden, gestoppt. Die Traditionen der Schwangeren- und Säuglingsfürsorge aus den 1920er Jahren wurden kaum weitergeführt bzw. in den 1950er Jahren nicht wieder aufgenommen.²¹²

Von ärztlicher und fachärztlicher Seite war Anfang der 1950er Jahre kein besonders großes Interesse an einer Verbesserung der Schwangerenvorsorge auszumachen. Dies kann man zumindest den wenigen, dieses Thema untersuchenden Aufsätzen in den medizinischen Fachzeitschriften entnehmen. „Die sich leider bei uns noch vorwiegend im Theoretischen bewegende zunehmende Erkennung der Bedeutung der Prophylaxe“ hieß es in einem fachwissenschaftlichen Artikel von 1953 sehr umständlich über die prekäre Lage der Schwangerenvorsorge in der Bundesrepublik.²¹³ In der Deutschen Medizinischen Wochenschrift wurde im selben Jahr gefragt: „Ist Schwangerenfürsorge notwendig?“²¹⁴ Auch wenn der entsprechende Artikel dies bejahte und auf die Wichtigkeit einer umfassenden Vorsorge vor allem zur perinatalen Sterblichkeit der Säuglinge hinwies, zeigt allein schon die gestellte Frage, daß Prophylaxe für Schwangere damals in der Bundesrepublik keineswegs allgemein akzeptiert war. Die Anzahl von Beiträgen über die Notwendigkeit eines Ausbaus der Vorsorge blieb denn auch in dieser Zeit gering. Wenn sich derartige Artikel fanden, wurde zumeist auf die Erfolge in Großbritannien und den USA verwiesen.²¹⁵ Es blieb zunächst bei einzelnen Stimmen, die auch für die Bundesrepublik eine bessere Vorsorge forderten, gerade im Hinblick auf die Bekämpfung der Eklampsie.²¹⁶ Diese Krankheit war nach dem Rückgang der Todesfälle durch Kindbettfieber zu einer der wichtigsten Ursachen der Müttersterblichkeit geworden.²¹⁷

²¹¹ BESKE, Umfang.

²¹² LABISCH, Entwicklungslinien, S. 42; zur Emigration der Kommunalärzte auch GROSSMANN, German Women Doctors; GROSSMANN, Reforming Sex, S. 138; vgl. hierzu auch Kap. II, 2.1.

²¹³ JUNG, Aufgaben, S. 889.

²¹⁴ HOSEMANN, Schwangerenfürsorge, S. 1283.

²¹⁵ Vgl. HEYNEMANN, Ergebnisse der Eklampsiebekämpfung, S. 291; zur allgemein führenden Rolle gerade der angelsächsischen Länder in der Schwangerenbetreuung und Geburtshilfe vgl. DERS., Wandlungen, S. 1. Gerade in den USA war mit einer intensiven Vorsorge ein Rückgang der Müttersterblichkeit durch Eklampsie erreicht worden, was auch in der Bundesrepublik rezipiert wurde.

²¹⁶ Vgl. besonders die Arbeiten von HEYNEMANN, v.a. DERS., Ergebnisse der Eklampsiebekämpfung, S. 297; außerdem SCHWALM und SOLTH, Klinische mütterliche Sterblichkeit, S. 333, die aber den Wert einer umfassenden Schwangerenbetreuung gleichzeitig relativieren.

²¹⁷ Vgl. zur Eklampsie ausführlich oben, S. 420.

Eines der wenigen Projekte zur Verbesserung der Schwangerenvorsorge Anfang der 1950er Jahre entstand im Berliner Bezirk Neukölln in den Jahren 1952/53. Durch verstärkte Angebote von Vorsorgeuntersuchungen für Schwangere wollte man die Mütter- und Säuglingssterblichkeit positiv beeinflussen.²¹⁸ Amerikanische Ärzte hatten bei einem Besuch in Berlin das Projekt angeregt und unterstützten es finanziell. Man entschied sich damals für den Bezirk Neukölln, da man die dort ansässige Bevölkerung für einen repräsentativen Querschnitt der Berliner Gesamtbevölkerung hielt. Außerdem konnte die geplante Beratungsstelle für werdende Mütter günstig untergebracht werden.²¹⁹

In der Schwangerenberatung mit täglichen Sprechzeiten arbeiteten zwei Gynäkologen, zwei Fürsorgerinnen, eine medizinisch-technische Assistentin für die anfallenden Laboruntersuchungen sowie abwechselnd die Hebammen des Bezirks.²²⁰ Die Schwangeren, die die Projektstelle in Neukölln aufsuchten, wurden bei ihren Besuchen zunächst von Fürsorgerinnen betreut, die sie befragten, berieten und ihnen Aufklärungsmaterial aushändigten. Anschließend untersuchten Internist und Geburtshelfer die Frauen in der Beratungsstelle und überwiesen sie gegebenenfalls zum Röntgen. Im Falle von ernsthaften Befunden mußten die Frauen dann niedergelassene Ärzte aufsuchen, denn therapeutische Maßnahmen durften die Ärzte der Fürsorgestelle nicht ausführen.²²¹

Bei weiteren Besuchen sollten vor allem die Fürsorgerinnen die Frauen beraten, sie über die Notwendigkeit von regelmäßigen Besuchen in der Fürsorgestelle aufklären und ihnen Hinweise für das Verhalten während der Schwangerschaft geben. Über die Vorteile von Haus- und Anstaltsentbindungen sollte ebenfalls geredet werden. Eine sinnvolle Ernährung während der Schwangerschaft und besonders das Stillen nach der Entbindung wurden propagiert.²²² Die Vorsorgeuntersuchungen berücksichtigten nicht nur gynäkologische Aspekte; auch die Lungen- und Nierenfunktion der Frauen wurde gründlich überprüft. Bei der Blutuntersuchung bestimmte man den Rhesusfaktor, um bei Rhesus-negativen Müttern mit möglicherweise Rhesus-positiven Kindern rechtzeitig auf Komplikationen bei der Geburt hinzuweisen und unbedingt

²¹⁸ BAK, B 142/369 Brief des Senators für Gesundheitswesen an das Bundesministerium des Innern vom 25. 8. 1954, vgl. auch JUNG, Aufgaben, S. 890.

²¹⁹ BAK, B 142/4042, Bericht von Curt Meyer, Leiter der Abteilung Sozialhygiene in der Senatsverwaltung für Gesundheitswesen in Berlin, über den Demonstrationsdistrikt Neukölln 1953, Vorwort, vgl. ausführlicher zu diesem Projekt, LINDNER, Gesundheitsvorsorge, S. 361–4.

²²⁰ BAK, B 142/4042, Bericht von Curt Meyer, Leiter der Abteilung Sozialhygiene in der Senatsverwaltung für Gesundheitswesen in Berlin, über den Demonstrationsdistrikt Neukölln 1953, Vorwort.

²²¹ JUNG, Aufgaben, S. 891.

²²² BAK, B 142/4042, Bericht von Curt Meyer, Leiter der Abteilung Sozialhygiene in der Senatsverwaltung für Gesundheitswesen in Berlin, über den Demonstrationsdistrikt Neukölln 1953, Anweisung für die Beratung, S. 16.

eine Anstaltsgeburt zu empfehlen.²²³ Von den insgesamt 1768 schwangeren Frauen, die im Jahr 1952 die Beratungsstelle aufsuchten, wurden bei 777 krankhafte Befunde nachgewiesen. Gerade diese Zahlen zeigten nach Ansicht der beteiligten Ärzte, wie nützlich die Beratungsstelle sei und was für ein dringendes Bedürfnis bestehe, die Schwangerenberatung in jeder Hinsicht zu verbessern. Während des Jahres steigerte sich die Besuchsfrequenz der schwangeren Frauen stark, es wurden am Ende sogar ca. 80 Prozent der Schwangeren Neuköllns in öffentlichen Stellen beraten, während in den anderen Bezirken Berlins die Zahlen der vom öffentlichen Gesundheitsdienst betreuten Schwangeren zwischen 19 Prozent und 57 Prozent schwankten, durchschnittlich waren es ca. 30 Prozent. Selbst diese niedrigeren Zahlen stellten im Vergleich zu anderen Städten und Regionen der Bundesrepublik noch einen extrem hohen Anteil dar.²²⁴

Als problematisch wurde jedoch gewertet, daß auch in Neukölln viele Frauen erst bei relativ fortgeschrittener Schwangerschaft die Beratungsstelle aufsuchten und so manche wichtigen Vorsorgemaßnahmen nicht mehr angewandt werden konnten. Ergänzende Fragebogenerhebungen in ganz Berlin zeigten gleichzeitig, daß die Beratungsstellen vor allem von den unteren Schichten der Bevölkerung aufgesucht wurden, während die gehobeneren Schichten eher dazu tendierten, einen niedergelassenen Arzt aufzusuchen. Lediglich in Neukölln gelang es, durch die besseren Beratungsangebote einen überwiegenden Teil der Bevölkerung anzusprechen.²²⁵ Ein gut koordiniertes und medizinisch fundiertes Betreuungsangebot des öffentlichen Gesundheitswesens konnte also durchaus den Großteil der Schwangeren erfassen; eine Erfahrung, die aber letztlich keine Auswirkungen auf die zukünftige Regelung der Schwangerenvorsorge in der Bundesrepublik Deutschland hatte.

In Berlin boten die beteiligten Ärzte auch Vorträge zur Geburtsvorbereitung und Schwangerengymnastik an. Vorbild waren Methoden aus England, insbesondere das „Training for natural childbirth“, das der englische Arzt Dick Read entwickelt hatte, um so den Frauen die Angst vor der Geburt zu nehmen und sie besser auf den Geburtsvorgang vorzubereiten. Im Gegensatz zu Großbritannien, wo sich zahlreiche Laien-Gruppen für diese Form der Geburtsvorbe-

²²³ BAK, B 142/4042, Bericht Demonstrationsdistrikt Neukölln, Statistische Auswertung, vgl. auch JUNG, Aufgaben, S. 891–3; hiernach auch das folgende.

²²⁴ Vgl. hierzu ausführlich LINDNER, Gesundheitsvorsorge, S. 361–4; zu den Zahlen BAK, B 142/4042, Bericht Demonstrationsdistrikt Neukölln, Statistische Auswertung; eigene Berechnungen. Berlin nahm bei der Akzeptanz öffentlicher Beratungsangebote eine Sonderrolle ein, da hier in den 1920er Jahren ein äußerst aktives öffentliches Gesundheitswesen existiert hatte und zudem zahlreiche Ambulanzen der Krankenkassen in der Vorsorge tätig gewesen waren. So gab es in Berlin eine starke Tradition, in der Schwangerenvorsorge wie auch in anderen Bereichen Angebote des öffentlichen Gesundheitswesens wahrzunehmen.

²²⁵ BAK, B 142/4042, Bericht Demonstrationsdistrikt Neukölln, Statistische Auswertung; BAK, B 142/369, Brief des Senators für Gesundheitswesen an das Bundesministerium des Innern vom 25. 8. 1954.

reitung engagierten, gab es in den 1950er Jahren solche Bewegungen in der Bundesrepublik noch nicht.²²⁶ Organisationen, die in den 1920er Jahren für eine bessere Stellung und Versorgung der Schwangeren gekämpft hatten, insbesondere der *Bund für Mutterschutz*, waren in den 1950er Jahren nicht wieder gegründet worden. So fehlten Vereinigungen, die Druck auf die Kommunen bzw. den Staat hätten ausüben können, irgendwelche Verbesserungen umzusetzen oder neue Wege in der Schwangerschaftsvorsorge einzuschlagen, wie z. B. die des „Natural Childbirth“. Solche Anregungen fanden in der Bundesrepublik erst wieder in den 1970er und 1980er Jahren durch die neue Frauenbewegung Gehör.²²⁷

Die Schwangerenvorsorge erfuhr in der Praxis wenig neue Impulse, sicherlich auch, weil die Anstrengungen um eine neue gesetzliche Regelung auf Bundesebene stagnierten. Während in Großbritannien Mitte der 1950er Jahre Blutuntersuchungen aller Schwangeren mit Überprüfung der Rhesus-Gruppe der Mutter schon zum Standardprogramm in der Schwangerenvorsorge gehörten, war dies in der Bundesrepublik Deutschland beileibe noch nicht der Fall.²²⁸ Damals gab es lediglich einige begrenzte Studien, so z. B. in Hamburg, die empfahlen, Blutuntersuchungen auf Rhesusfaktoren für alle Mütter einzuführen.

Unseres Erachtens gehört zu jeder Schwangerenüberwachung die Bestimmung der Blutgruppen und die Untersuchung auf Antikörper [...]. Nur dadurch können lebend geborene erythroblastotische Kinder vor schweren Schäden bewahrt werden. Leider sind den Kassenärzten noch die Hände gebunden, weil die Kassen die Vergütung dieser Untersuchungen bisher als ‚nicht kassenüblich‘ ablehnen,

hiess es in einem 1956 veröffentlichten Aufsatz.²²⁹ Darin wurde auch der Fall der Ehefrau eines Arztes geschildert, die in der Untersuchungszeit entbunden hatte und deren Kind in eine der Kinderkliniken, die sich an dem Projekt beteiligt hatten, eingeliefert worden war.

Unglücklicherweise war die Frau rh- und der Ehemann RH+. [...] Sie wurde von Zwillingen entbunden, von denen der eine tot mit einem Hydrops Cong. geboren wurde, während der andere wenige Stunden nach der Geburt an einem starken Ikterus erkrankte. Erst zu diesem Zeitpunkt wurde von der auswärtigen Klinik das Kind wegen Verdachtes auf Erythroblastose in eine Kinderklinik verlegt, wo von uns die Rh-Situation geklärt wurde. Leider hatte die danach sofort eingeleitete Austauschtransfusion keinen Erfolg mehr. Auch dieses Kind starb.²³⁰

²²⁶ JUNG, Aufgaben; vgl. zu dem Training von Read und der Natural Childbirth Association ausführlich unten, S. 503.

²²⁷ Vgl. RODENSTEIN, Kultur, S. 127; SCHENK, Herausforderung, S. 95; vgl. zum Bund für Mutterschutz USBORNE, Frauenkörper, S. 27, 154–9.

²²⁸ Über „neuzeitliche serologische Untersuchungsverfahren“ wurde zwar auch in der Bundesrepublik Deutschland z. B. 1954 auf den Fachtagungen der Gynäkologen berichtet, eine flächendeckende Vorsorge für alle Schwangeren war jedoch noch nicht in der Diskussion, vgl. auch SCHWENZER, Untersuchungsverfahren.

²²⁹ HOPPE und WIENCKE, Systematische Blutgruppen- und Antikörperuntersuchungen, S. 590. vgl. zur Erythroblastose oben, S. 417.

²³⁰ HOPPE und WIENCKE, Systematische Blutgruppen- und Antikörperuntersuchungen, S. 586.

Es hatte sich seit Beginn der 1950er Jahre wenig geändert, auch wenn sich einige Frauenkliniken und deren Ambulanzen sowie einige Amtsärzte in Gesundheitsämtern um einen Ausbau der Vorsorge bemühten. Eine Untersuchung bei 1000 Frauen, die 1958 an der Universitäts-Frauenklinik München entbunden hatten, bestätigte die anhaltenden Mängel in der Schwangerenvorsorge.²³¹ Von den untersuchten Frauen waren zwar nur 10 Prozent völlig unbetreut, von den übrigen 90 Prozent gingen aber die meisten Frauen nur ein- oder zweimal und sehr spät zu einem niedergelassenen Arzt, wo sie keineswegs gründlich untersucht wurden. Lediglich den in der Klinikambulanz betreuten Frauen, deren Anteil bei dem in dieser Untersuchung gewählten Sample naturgemäß sehr hoch war, wurde eine „befriedigende“ Schwangerenvorsorge attestiert. Die Autorin der Studie faßte zusammen:

Bei der Analyse der ärztlichen Konsultationen musste festgestellt werden, dass die im Rahmen der Schwangerenbetreuung durchgeführten Untersuchungen nicht den zu stellenden Forderungen entsprachen. Die zweckentsprechende Schwangerenbetreuung ist demnach vielmehr zu einem Problem der gewissenhaften Ausführung durch die Untersucher, als der Aufklärung und Heranziehung der Schwangeren geworden.²³²

Ähnliche Ergebnisse erbrachte eine Untersuchung in Oberhausen von 1959, die ebenfalls den Umfang der Betreuung und die Qualität der Untersuchungen bei den niedergelassenen Ärzten stark bemängelte.²³³

Die hohen Müttersterblichkeitszahlen blieben in der gesundheitspolitischen und medizinischen Diskussion gleichzeitig ein wichtiges Thema.²³⁴ Der Gesundheitsfürsorgeausschuß des Bundesgesundheitsrates, eines beratenden Organs der Bundesregierung, widmete sich wegen der im internationalen Vergleich weiterhin hohen Sterberate in der Bundesrepublik 1959 intensiv dem Thema der Schwangerenvorsorge. Alle Mitglieder des Ausschusses forderten einen Ausbau der Schwangerenberatung.²³⁵ Selbst wenn aus statistischen Gründen die Ländervergleiche schwierig seien, ergäben die Zahlen der Weltgesundheitsorganisation deutlich, daß die Bundesrepublik seit dem Zweiten Weltkrieg bei Müttersterblichkeit, Neugeborenen- und Säuglingssterblichkeit im internationalen Vergleich zu hohe Zahlen vorweise.²³⁶ Der Ausschuß hielt

²³¹ Vgl. HEINTZE, Umfang.

²³² HEINTZE, Umfang, S. 53.

²³³ FLATTERS, Betreuung.

²³⁴ Vgl. zu den weiterhin hohen Zahlen Tabelle 24, S. 419; vgl. auch BAK, B 142/3528, Senatsdirektor Schröder an MinDir. Stralau, Bundesinnenministerium vom 29. 1. 1959, als zeitgenössische medizinische Untersuchungen SCHWALM und SCHAUDIG, Müttersterblichkeit. 1955 war zudem ein Bericht der WHO veröffentlicht worden, in dem die Zahlen der Müttersterblichkeit in der Bundesrepublik im Vergleich zu anderen Ländern sehr ungünstig ausfielen; Folgeberichte in der nächsten Jahre ergaben ein ähnliches Bild, vgl. MIKAT, Müttersterblichkeit, S. 193.

²³⁵ BAK, B 142/3528, Niederschrift über die Sitzung des Ausschusses für Gesundheitsfürsorge im Bundesgesundheitsrat am 30. Oktober 1959 in Köln, vgl. zum Bundesgesundheitsrat oben Kap. II, 1.1.

²³⁶ BAK, B 142/3528, Manuskript Referat Kirchhoff, 30. Oktober 1959. Die Säuglingssterblich-

deswegen ärztliche Vorsorgeuntersuchungen während der Schwangerschaft für unabdingbar.²³⁷ Die *Deutsche Gesellschaft für Gynäkologie und Geburtshilfe* maß der im weltweiten und europäischen Vergleich hohen Müttersterblichkeit inzwischen so große Bedeutung zu, daß sie Ende der 1950er Jahre mehrere Wissenschaftler damit beauftragte, den Ursachen hierfür nachzugehen.²³⁸ Letzteres verweist eher auf erhebliche Mißstände im bundesdeutschen Gesundheitswesen: Im Gegensatz zu Großbritannien, wo seit Ende der 1920er Jahre regelmäßig großangelegte Studien über Ursachen der Müttersterblichkeit durchgeführt wurden, an deren Ergebnisse man sich in der Ursachenbekämpfung orientierte, gab es in Deutschland keine solchen bundesweiten Studien.²³⁹

Um der mangelhaften Schwangerenvorsorge etwas abzuhelpfen, wurden Ende der 1950er Jahre in einigen Ländern und Kommunen Mütterpaßaktionen gestartet. Hier waren es vor allem Ärzte des öffentlichen Gesundheitswesens, die versuchten, die Defizite in der Prävention auszugleichen.²⁴⁰ In Nordrhein-Westfalen, wo auch auf anderen Gebieten, z.B. in der Geschlechtskrankheitenbetreuung, das öffentliche Gesundheitswesen wesentlich reger als in anderen Ländern agierte, wurde 1957 in verschiedenen Städten ein Gesundheitspaß für werdende Mütter eingeführt, zunächst probeweise als Modellmaßnahme.²⁴¹ Dieser Mütterpaß sollte „der Dokumentation der Blutgruppenformel und sonstiger im Interesse der Gesundheit der Schwangeren und ihres Kindes notwendiger Mindestuntersuchungen“ dienen. Niedergelassene Ärzte und Hebammen gaben meist die Mütterpässe aus, das zuständige Gesundheitsamt koordinierte die Aktion und rechnete die Kosten der Vorsorgeuntersuchungen ab. Seit 1961 wurden zusätzlich Blutuntersuchungen, insbesondere die Rhesus-Über-

keit lag im Jahr 1959 bezogen auf 100 Lebendgeborene in der Bundesrepublik bei 3,4, in England bei 2,2, in Frankreich bei 2,5, in Italien bei 4,5 und in Schweden bei 1,6. Vgl. Bundesministerium für Gesundheitswesen, *Gesundheitswesen*, Band 4, S. 117–118. Vgl. auch Tabelle 31, S. 449.

²³⁷ BAK, B 142/3528, Manuskript Referat Kirchhoff, 30. Oktober 1959. Eine frühe ärztliche Untersuchung diene zur Früherkennung pathologischer Anlagen wie z.B. Syphilis, Infektionserkrankungen etc., zur genauen Terminbestimmung, die auch sichere therapeutische Entscheidungen ermögliche, sowie zur ärztlichen und fürsorgelichen Beratung. In der späten Schwangerschaft seien weitere ärztliche Untersuchungen nötig, um erhobene Befunde zu kontrollieren, falsche Haltungen oder regelwidrige Lagen des Kindes zu erkennen und Spätgestosen rechtzeitig aufzudecken.

²³⁸ FAERBER, Versuch, S. 324–5.

²³⁹ SCHWALM und SCHAUDIG, Müttersterblichkeit, S. 1657. Die beiden Autoren fanden z.B. heraus, daß in Hessen und Rheinland-Pfalz in kleinen Krankenhäusern die Müttersterblichkeit doppelt so hoch war wie in großen Krankenhäusern und verwiesen auf die hohe Zahl von Komplikationen und Todesfällen nach Schnittentbindungen in diesen Häusern. Bundesweite Untersuchungen über solche Vorfälle existierten jedoch nicht; es gab auch kein Prozedere, wie solchen Mängeln beizukommen sei. Vgl. zu den regelmäßigen Untersuchungen (Confidential Enquiries into Maternal Deaths) in Großbritannien unten S. 463.

²⁴⁰ FAERBER, Vorsorgeuntersuchungen, S. 359.

²⁴¹ GEDICKE, Gesundheitspaß, S. 337; vgl. beispielsweise zur Arbeitsgemeinschaft zur Bekämpfung der Geschlechtskrankheiten Kap. III, 3.2.1 und Kap. III, 3.3.1.

prüfung, aus Landesmitteln bezahlt.²⁴² Der Gesundheitspaß wandte sich einerseits an die Mutter selbst, die darin Hinweise über Zweck und Handhabung des Mütterpasses und Hinweise auf Mütterschulung, Schwangerschaftsgymnastik, Mutterschutzbestimmungen etc. fand. Andererseits enthielt der Mütterpaß ärztliche Daten für Notfallsituationen (bestehende Krankheiten, Allergien etc.). Der Modellversuch wurde bis 1963 stark ausgeweitet. In diesem Jahr erhielten bereits 117 171 werdende Mütter die „Pässe“. Einzelne Städte berichteten von großen Erfolgen mit der Aktion. In Oberhausen sanken beispielsweise die Säuglingstodesfälle nach Einführung der Mütterpaßaktion, die dort mit besonderem Ehrgeiz sowohl von den Amtsärzten wie auch von den niedergelassenen Ärzten betrieben wurde, deutlich ab (siehe unten).²⁴³

Auch wenn es sich hier um Zahlen aus nur einer Stadt handelt, ist doch ein deutlicher Trend abzulesen: Die Säuglingssterblichkeit konnte in Oberhausen durch umfassende, sehr engagierte Mütterbetreuung erheblich gesenkt werden.²⁴⁴ In anderen Städten blieben zwar solche Erfolge aus. Die Aktion führte aber insgesamt in Nordrhein-Westfalen zu einer wesentlich größeren Aufmerksamkeit aller Ärzte auf die Schwangerenvorsorge und schuf einen wesentlichen Anstoß zum Engagement in diesem Bereich.

Tabelle 27: Schwangerenbetreuung und Säuglingssterblichkeit in Oberhausen 1960–1963²⁴⁵

<i>Jahr</i>	Lebendgeborene	Todesfälle	Sterblichkeit	Betreute Schwangere	Anteil an allen Schwangeren
1960	4787	206	4,3%	409	8%
1961	4888	188	3,8%	1677	35%
1962	4847	156	3,2%	2665	56%
1963	4796	149	3,1%	3984	83%

Der Einfluß dieses Teil-Erfolgs auf das öffentliche Gesundheitswesen in anderen Bundesländern blieb gering. In Bayern regte zwar die Landes-SPD ebenfalls die Einführung eines Mütterpasses an, doch die Staatsregierung unterstützte damals in der Diskussion die ablehnende Haltung der dortigen Ärzte-

²⁴² GEDICKE, Gesundheitspaß, S. 337–9. Die Krankenversicherung dehnte ihre Leistungen erst 1965 auf diese Bereiche aus. Vgl. auch MERKL, Sozialhygienische Maßnahmen, S. 19.

²⁴³ Vgl. hierzu FAERBER, Vorsorgeuntersuchungen, S. 360.

²⁴⁴ Auswirkungen auf die Müttersterblichkeit ließen sich bei einer insgesamt so kleinen Grundgesamtheit wie den Geburten einer Stadt dagegen nicht berechnen. Allerdings war der Mütterpaß nicht in allen Städten so erfolgreich wie in Oberhausen. In Düsseldorf ergab beispielsweise eine Erhebung von 1962, daß zwar 62 Prozent der Schwangeren einen Mütterpaß ausgehändigt bekamen, aber nur bei 8,9 Prozent der werdenden Mütter die Ärzte tatsächlich Eintragungen darin vornahmen, so daß der Erfolg dieser Aktion sehr eingeschränkt war, vgl. hierzu HÜTER, Untersuchungen, S. 386; MERKL, Senkung, S. 19.

²⁴⁵ GEDICKE, Gesundheitspaß, S. 341.

schaft. Der bayerische Ärtzefunktionär Hans-Joachim Sewering äußerte sich im Jahr 1964 folgendermaßen:

So ist es uns jetzt gelungen, alle Bestrebungen – sie sind von der Sozialdemokratischen Landtagsfraktion ausgegangen – nach Einführung eines Mütterpasses in Bayern zu unterbinden. [...] Wir haben den Standpunkt vertreten, daß ärztliche Daten und Untersuchungsergebnisse in die Kartei des Arztes, aber nicht in die Handtasche der Frau gehören: Wenn sie in der Handtasche der Frau sind, werden sie Gegenstand von Unterhaltungen beim Kaffeeklatsch und bei sonstigen Gelegenheiten und führen nur zu einer unnötigen Beunruhigung der Frauen, die mit diesen nichts anzufangen wissen. [...] Die Angaben über die Untersuchungsergebnisse gehören in die Kartei des Arztes.²⁴⁶

Hintergrund der Auseinandersetzungen war neben den Bedenken, Befunde weiterzugeben, auch die Tatsache, daß durch den Mutterpaß das öffentliche Gesundheitswesen in die Schwangerenvorsorge eingebunden worden wäre und die bayerischen Ärzte dies in jedem Fall vermeiden wollten. Deutlich wird hier aber außerdem, daß die Ärzte keineswegs bereit waren, ihre Dominanz und ihr „männliches“ Fachwissen gegenüber ihren Patientinnen preiszugeben. Den „klatschenden“ Frauen wurde von Sewering keine Selbstverantwortung und kein Mitbestimmungsrecht zugestanden; sie bedurften angeblich des Schutzes durch die Ärzte. Die Dominanz des Arztes sollte durch keinerlei Kontrollen, weder von den Frauen selbst, noch durch den öffentlichen Gesundheitsdienst, der Daten überprüfen und z.B. Qualitätsstandards hätte einfordern können, verringert werden.²⁴⁷

In Bayern wurde dann am 1. Juli 1964 zumindest eine „Aktion Rhesus-Faktor“ eingeführt, bei der Mütter kostenlos von serologischen Untersuchungen Gebrauch machen konnten.²⁴⁸ Weil dieses Programm aber nicht in andere Vorsorgeuntersuchungen oder in eine Mütterpaßaktion eingebunden war, hatte diese Initiative wenig Erfolg. Sie war letztlich nur von kurzer Dauer, da bereits 1965 durch die bundesgesetzliche Neuregelung der Schwangerenvorsorge diese landespolitischen Anstrengungen beendet wurden.

Aber auch bei dem eigentlich erfolgreichen Projekt in Nordrhein-Westfalen hatten die Initiatoren des Mütterpasses Probleme mit den niedergelassenen Ärzten. Viele waren auch dort nicht mit der Weitergabe der Befunde an die Frauen einverstanden gewesen. Hier hatte man für die Untersuchungsergebnisse den Kompromiß gefunden, daß das Blatt des Mütterpasses, in das die Ärzte die laufenden Untersuchungen eintrugen, perforiert wurde, so daß die Ärzte nach eigenem Ermessen die Informationen im Paß lassen konnten oder nicht.²⁴⁹

Weitaus problemloser funktionierte die Kooperation zwischen niedergelassenen Ärzten und öffentlichem Gesundheitsdienst im hessischen Kassel. Dort

²⁴⁶ SEWERING, Tätigkeitsbericht, S. 752.

²⁴⁷ Vgl. RODENSTEIN, Gebärpolitik.

²⁴⁸ Vorarchiv ArbMin NRW, Nr. 1127.18; Gesetz über Vorsorgemaßnahmen für werdende Mütter und Wöchnerinnen; Bayer. Staatsminister des Innern an den Vorsitzenden des Ausschusses für Gesundheitswesen des Deutschen Bundestages, 10. 5. 1965.

²⁴⁹ GEDICKE, Gesundheitspaß, S. 338.

ergriff das Stadtgesundheitsamt die Initiative und führte 1960 ebenfalls einen Mütterpaß ein.²⁵⁰ Das Gesundheitsamt schickte die Vordrucke den Ärzten, Hebammen und den geburtshilflichen Abteilungen der Krankenhäuser zu. Wenn Arzt oder Hebamme das Gesundheitsbuch nicht selbst ausfüllen bzw. keine Blutuntersuchung durchführen konnten oder wollten, konnten sie die Schwangeren an das Gesundheitsamt überweisen. Hier ging es – wie in Nordrhein-Westfalen – um Blutgruppen- und Rhesusfaktorbestimmung, Urinuntersuchungen und Blutdruckmessungen. Ausführliche Beratung blieb dem niedergelassenen Arzt überlassen. Die Mütterpässe wurden nach den Untersuchungen im Gesundheitsamt wieder an den behandelnden Arzt zurückgeschickt, der sie dann der Mutter selbst aushändigte, so daß im Notfall wichtige Daten verfügbar waren. In Kassel trug die Stadt die Mehrausgaben für Mütterpaß und Untersuchungen.

Letztlich blieben trotz der Mütterpaßaktionen verschiedener Länder und Kommunen die bundesweiten Angebote und die flächendeckende Versorgung der Schwangeren nach den damaligen medizinischen Maßstäben unzureichend. Eine Erhebung von 1962 klassifizierte beispielsweise nur 0,7 Prozent der untersuchten, ärztlich betreuten Schwangeren als optimal versorgt.²⁵¹ Die Müttersterblichkeit blieb im Vergleich zu anderen europäischen Ländern und den Vereinigten Staaten auch Anfang der 1960er Jahre hoch. Eine vergleichsweise häufige Todesursache in Deutschland waren Toxikosen, deren hohe Zahl durch bessere Vorsorge hätte deutlich gesenkt werden können.²⁵² Es mangelte nicht nur an einer ausreichenden Zahl der Untersuchungen, diese selbst blieben weiterhin unzureichend:

Auf der anderen Seite [...] läßt aber auch die Gründlichkeit der Untersuchung zu wünschen übrig. Wenn Blutdruck-, Gewichtskontrolle und Urinuntersuchung nicht regelmäßig bei jeder schwangeren Frau vorgenommen werden, sowie das Vorhandensein von Ödemen nicht genügend beachtet und womöglich als Stauungserscheinungen unrichtig gedeutet werden, so ist dies ein nicht zu leugnender Mangel.²⁵³

Anfang der 1960er Jahre wurde nun in einschlägigen Fachzeitschriften von ärztlicher Seite sehr viel öfters eine Intensivierung der Schwangerenvorsorge gefordert und die Kenntnisse der Ärzte in der Prophylaxe kritisiert.²⁵⁴ Ein Arzt der Frauenklinik der Medizinischen Akademie Düsseldorf beklagte beispielsweise in einem Artikel von 1964 die Unkenntnis der behandelnden Ärzte.²⁵⁵ Das steigende fachwissenschaftliche Interesse an der Vorsorge wurde von verschiedenen Entwicklungen befördert: die seit langem diskutierte stärkere

²⁵⁰ Vgl. hierzu und zum folgenden GASSE, *Drei Jahre*, S. 321–4.

²⁵¹ HÜTER, *Untersuchungen*, S. 384. Von optimaler Vorsorge ging man bei 10 Untersuchungen aus, die zumindest mit Urin- und Blutdruckkontrolle umfaßten.

²⁵² Vgl. hierzu Tabelle 25, S. 421; GOECKE, *Ursachen*, S. 1–2.

²⁵³ GOECKE, *Ursachen*, S. 3.

²⁵⁴ Vgl. z.B. GEDICKE und HÜTER, *Sozialhygienische und geburtshilfliche Bemühungen*; FINKBEINER, *Pränatale Vorsorge*; KRONE, *Bedeutung*.

²⁵⁵ HÜTER, *Untersuchungen*, S. 387.

Einbeziehung der Ärzteschaft in die Vorsorge, wie sie im KVNG-Gesetz verankert werden sollte, die Brisanz der wenig sinkenden Müttersterblichkeit und die vom öffentlichen Gesundheitswesen initiierten Mütterpaßaktionen, die große Aufmerksamkeit in der Frauenheilkunde erregt hatten.²⁵⁶

Schließlich wurde auf Bundesebene die Schwangerenvorsorge 1965 in die Regelleistungen der Kassen aufgenommen und den niedergelassenen Ärzten übertragen. Damit endeten die Mütterpaßaktionen der Kommunen und Länder.²⁵⁷ Sehr bedauert wurde die Änderung von den bisher in diesem Bereich engagierten Amtsärzten, die die Fähigkeiten der niedergelassenen Ärzte in der Prophylaxe stark anzweifelte:

Die Mütterpaßaktion in Teilen Nordrhein-Westfalens hatte ja vor allem deswegen einen so großen Erfolg, weil die Ärzte der Gesundheitsämter die niedergelassenen Ärzte an Aufgaben der Schwangerenvorsorge heranführten und sie in sie einwiesen und weil andererseits hierdurch Interesse und Verständnis für diese Aktion so mobilisiert werden konnten, daß die niedergelassenen Ärzte bereitwillig diese zusätzliche Aufgabe in ihren sonstigen Zeit- und Arbeitsplan einbauten und aus Idealismus und echter Begeisterung mitarbeiteten.²⁵⁸

In Oberhausen, wo die Mütterpaßaktion unter Leitung des öffentlichen Gesundheitswesens zu einer erheblichen Senkung der Säuglingssterblichkeit geführt hatte, wurde von den Amtsärzten sogar ein leichter Wiederanstieg der Säuglingssterblichkeit ausgemacht.²⁵⁹ Der Mütterpaß, der in dem neuen Gesetz nicht mehr vorgeschrieben, sondern durch ein „Sprechstundenblatt für Schwangere“ ersetzt wurde, war gerade von den Ärzten des öffentlichen Gesundheitswesens wegen seiner erzieherischen Funktion geschätzt worden: Der Paß erinnerte die Schwangere an ihre Untersuchungstermine und gleichzeitig die Hausärzte daran, die wichtigsten Untersuchungen auch wirklich vorzunehmen.²⁶⁰ Das Sprechstundenblatt, das beim Arzt verblieb, hatte diese Vorzüge nicht.

Mit dem Gesetz von 1965 und dem Ende der Mutterpaßaktionen war der öffentliche Gesundheitsdienst endgültig aus der Betreuung von Schwangeren ausgeschieden. Personal und Geräte für diesen Bereich der Vorsorge wurden

²⁵⁶ Vgl. z. B. die Forderungen für einen Ausbau der Schwangerenbetreuung zur Senkung der Müttersterblichkeit bei HÜTER, Präeklampsiehäufigkeit; vgl. MEINRENKEN, Problem.

²⁵⁷ Vgl. NRW HStA, NW 372/192, Landesregierung Nordrhein-Westfalen, 27. 6. 1966, Presse-notiz, vgl. zur Gesetzgebung S. 431.

²⁵⁸ FAERBER, Vorsorgeuntersuchungen, S. 361; vgl. hierzu auch ARNOLD, Malaise.

²⁵⁹ Ob dieser leichte Wiederanstieg von 2,44 Prozent 1964, dem letzten Jahr, in dem das Oberhausener Mütterpaßverfahren angewandt wurde, auf 2,88 Prozent 1966, als die Vorsorge gänzlich der freien Ärzteschaft übergeben wurde, überhaupt statistisch relevant ist, muß allerdings bezweifelt werden, da die absoluten Zahlen der Müttersterblichkeit sehr gering waren, so daß bereits ein Fall die Prozentzahlen erheblich veränderte. Vgl. zu den Zahlen ARNOLD, Malaise, S. 440.

²⁶⁰ SCHLIEPER, Rolle, S. 57; GEDICKE und HÜTER, Sozialhygienische und geburtshilfliche Bemühungen, S. 168. Wegen des geringeren Erfolges des Sprechstundenblattes kehrte man bereits 1968 zum Mutterpaß zurück.

daraufhin in den Gesundheitsämtern nach und nach abgebaut. Auch eine Integration der Hebammen in die Schwangerenvorsorge war mit der Übertragung an die niedergelassenen Ärzte gescheitert.²⁶¹

Die Schwangerenvorsorge blieb laut verschiedener Untersuchungen und Erhebungen trotz der gesetzlichen Neuregelung auch in der zweiten Hälfte der 1960er Jahre noch unzureichend.²⁶² In Bamberg wurden zwischen 1964 und 1968 insgesamt 13 104 Mütter befragt, die in der Klinik entbanden, wie sich ihre Schwangerenvorsorge gestaltet hatte.²⁶³ Der Anteil völlig unbetreuter Frauen sank von 1964 bis 1968 von 12,6 Prozent auf 4,5 Prozent. Die Anzahl der Untersuchungen während der Schwangerschaft stieg ebenfalls deutlich an:

Tabelle 28: Frequenz der Schwangerenbetreuung in Bamberg 1964–1968 (in Prozent)²⁶⁴

<i>Jahr</i>	<i>1964–66</i>		<i>1967</i>		<i>1968</i>	
Anzahl der Konsultationen	1–2mal	3mal und öfter	1–2mal	3mal und öfter	1–2mal	3mal und öfter
Erstgebärende	16,5	83,5	8,0	92,0	7,4	92,6
Zweit- u. öfter Gebärende	29,6	70,4	23,8	76,2	20,7	79,3
Betreute Schwangere gesamt	25,4	74,6	17,6	82,4	15,5	84,5

Von den betreuten Frauen konsultierten ca. 30 Prozent den Facharzt. Die Schwangerenvorsorge nur durch den praktischen Arzt ging in den 1960er Jahren zugunsten der Beteiligung der Klinik von 33,4 Prozent in den Jahren 1964/66 auf 26,1 Prozent in den Jahren 1969/72 zurück.²⁶⁵ 20 bis 25 Prozent aller Schwangeren wurden von freipraktizierenden Ärzten und der Klinik gemeinsam betreut. Eine Beteiligung niedergelassener Hebammen bei der Schwangerenvorsorge der befragten Frauen gab es kaum.²⁶⁶ Die Umfrage hatte zudem erhoben, wie die Untersuchungen verlaufen waren, mit Fragen nach der Kontrolle von Blutdruck, Urin, Gewicht und Hämoglobinwert,²⁶⁷ nach Ergebnissen von Blutgruppen- und Antikörper-Untersuchungen. Beim Facharzt wie beim niedergelassenen Arzt war die Blutdruck- und Urinkontrolle bei den Vorsorgeuntersuchungen zunächst völlig unzureichend, die Prozentzahl stieg aber bis 1970 erheblich an. Hier seien als Beispiel die Facharztuntersuchungen aufgelistet:

²⁶¹ KOPPORAL, Gesundheitsschutz, S. 283; RODENSTEIN, Kultur, S. 126.

²⁶² ARNOLD, Malaise.

²⁶³ HARBAUER, Entwicklung; KRONE und NOWAK, Gegenwärtige Situation, S. 2381; KRONE, Gegenwärtige Situation, S. 6; KRONE et al., Untersuchungen, S. 2588–9.

²⁶⁴ KRONE, Gegenwärtige Situation, S. 8.

²⁶⁵ HARBAUER, Entwicklung, S. 15.

²⁶⁶ KRONE, Gegenwärtige Situation, S. 9.

²⁶⁷ Um Eisenmangel vorzubeugen.

Tabelle 29: Art und Häufigkeit der Einzeluntersuchungen bei Vorsorgeuntersuchungen der Schwangeren beim Facharzt in Bamberg 1964–1970 (in Prozent)²⁶⁸

Art der Untersuchung	1964/66	1967/68	1969	1970
äußere Unters.	98,9	99,2	97,4	93,4
Blutdruck-Kontrolle	54,1	61,5	74,7	86,3
Urin-Kontrolle	48,2	54,9	68,5	79,3
Gewichts-Kontrolle	5,5	26,6	79,0	91,7

Während der Umfang der Kontrollen beim Facharzt, also bei Gynäkologen oder Geburtshelfern, 1964 noch sehr zu wünschen übrig ließ, hatten sich die Ergebnisse bis 1970 stark verbessert. Mittlerweile entsprachen die Vorsorgeuntersuchungen den geforderten medizinischen Standards. Die Ergebnisse der Bamberger Studie korrespondierten mit anderen Umfragen. Nach einer Erhebung in Landau von 1968 gingen die Schwangeren dort ebenfalls zu selten in die Vorsorgeuntersuchungen, auch die Untersuchungsmethoden der Ärzte selbst waren in vielen Fällen nicht ausreichend.²⁶⁹ Die folgende Tabelle gibt eine Übersicht über die Art der Vorsorgeuntersuchungen bei den Befragten und zeigt – wenn auch an einem sehr kleinen Sample –, wie selbst die geringen Anforderungen des Blutdruck-Messens und der Urin-Kontrolle bei manchen Ärzten ungenügend beachtet wurden und welch große Unterschiede auch zwischen verschiedenen Facharztpraxen bestanden.

Die Institutionalisierung der Schwangerenvorsorge als Leistung der Krankenversicherung führte also in der Praxis keineswegs sofort zu einer umfassenden Versorgung der Schwangeren. Die Prophylaxe-Leistungen der niedergelassenen Ärzte paßten sich nur allmählich dem damals geforderten Standard an.

Tabelle 30: Detailuntersuchungen in verschiedenen Arztpraxen in Landau/Pfalz 1968²⁷⁰

Ärzte	Wie oft wurde bei der Vorsorgeuntersuchung								
	Blut entnommen?			Blutdruck gemessen?			Urin abgegeben?		
	nie	manchmal	stets	nie	manchmal	stets	nie	manchmal	stets
Frauenarzt A	39	19	5	9	26	28	12	33	18
Frauenarzt B	6	44	21	–	4	65	1	4	65
Frauenarzt C	3	29	17	–	4	45	–	8	41
Sonstige	2	13	11	–	2	25	–	3	24
Frauenärzte									
Praktische	13	31	7	–	14	38	1	20	31
Ärzte									

²⁶⁸ HARBAUER, Entwicklung, S. 5.²⁶⁹ ARNOLD, Malaise, S. 437–8.²⁷⁰ ARNOLD, Malaise, S. 438.

Trotzdem trug die Verankerung der Schwangerenprophylaxe im Leistungskatalog der Kassen schließlich neben anderen Faktoren zu einem Rückgang der Müttersterblichkeit in der Bundesrepublik Deutschland bei.²⁷¹

Ungeachtet dieser Erfolge hatte das Konzept der individualisierten Betreuung der Schwangeren durch den Arzt deutliche Nachteile. Gerade bei den Angehörigen der unteren Schichten waren die öffentlichen Beratungseinrichtungen eher akzeptiert gewesen als ein selbständiger Besuch beim niedergelassenen Arzt. Nach Einführung der gesetzlichen Leistungen wurde daher auch beklagt, daß die Frauen, die eine besonders intensive Beratung brauchten, von der rein medizinisch orientierten Vorsorge nicht erreicht wurden.²⁷² Durch das Zurückdrängen des öffentlichen Gesundheitsdienstes mit seiner medizinisch *und* sozial ausgerichteten Beratung wurde ein schichtspezifisches Gesundheitsverhalten verstärkt. Noch in den 1980er Jahren zeigten Untersuchungen in der Bundesrepublik deutliche Unterschiede zwischen Frauen der unteren und der mittleren/oberen Schichten bei der Häufigkeit der Arztbesuche in der Schwangerschaft.²⁷³ In derselben Dekade war in Deutschland auch die Akzeptanz einer frühzeitigen Vorsorge bzw. die Teilnahme an allen vorgesehenen Untersuchungen noch relativ gering (lediglich 50 bis 70 Prozent der Schwangeren suchten den Arzt vor der 13. Schwangerschaftswoche auf, nur 10 bis 40 Prozent nahmen an allen vorgesehenen Untersuchungen teil).²⁷⁴ Das von den Ärzten stets angeführte Vertrauensverhältnis und die besondere Arzt-Patienten-Beziehung hatten nicht zu einem großen Erfolg der Vorsorge geführt. Daß sich die Schwangerenvorsorge unwidersprochen auf diese Weise entwickelte, lag sicher auch daran, daß es lange keine Interessengruppen gab, die die Bedürfnisse der Schwangeren selbst formulierten und für ihre Belange kämpften. Solche Vereinigungen entwickelten sich in der Bundesrepublik Deutschland erst mit der Neuen Frauenbewegung Ende der 1960er/Anfang der 1970er Jahre.²⁷⁵

4.3.3 Säuglingsvorsorge – Maßnahmen und Praxis

Ärztliche Vorsorgeuntersuchungen von Säuglingen waren ebenso wie die Schwangerenvorsorge nicht als Krankenkassenleistungen anerkannt. In der Säuglingsvorsorge gab es jedoch ein besseres Betreuungssystem des öffentlichen Gesundheitswesens als bei Schwangeren. In den Mütterberatungsstellen, die meist bei den Gesundheitsämtern angesiedelt waren und die die Kommu-

²⁷¹ KEDING, Gesundheitsdienst, S. 58; vgl. auch Bundesministerium für Jugend, Familie, Gesundheit, Untersuchungen, S. 41–3.

²⁷² Vgl. ARNOLD, Malaise, S. 438–40, CHRISTOPH MÜLLER, Säuglingssterblichkeit, S. 122. Vgl. auch TIETZE, Zwischen Natur und Technik, S. 140.

²⁷³ Vgl. MACINTYRE, Role, S. 328.

²⁷⁴ ABHOLZ, Prävention, S. 175–9.

²⁷⁵ Vgl. SCHENK, Herausforderung, S. 94–5; vgl. zur Formierung der neuen Frauenbewegung auch SCHULZ, Macht.

nen und Landkreise in der Zeit der Weimarer Republik flächendeckend eingerichtet hatten,²⁷⁶ wurden die Säuglinge ärztlich untersucht, gewogen, sowie Ernährung und Pflege besprochen.²⁷⁷ Durchschnittlich betreuten die Mütterberatungsstellen Anfang der 1950er Jahre etwa 60 Prozent der Säuglinge. Viele Kinder erhielten jedoch nur eine einmalige Untersuchung, was auch nach den damaligen medizinischen Erkenntnissen keiner ausreichenden Prophylaxe entsprach.²⁷⁸ Im Vergleich mit anderen europäischen Ländern schnitt die Bundesrepublik Deutschland auch auf dem Gebiet der Säuglingsvorsorge schlecht ab. Zudem zeigte das statistische Material, das damals der Gesundheitsabteilung im Innenministerium vorlag, für die Bundesrepublik eine im Verhältnis zu anderen europäischen Ländern hohe Säuglingssterblichkeit.²⁷⁹

Im Ministerium wurden zunächst Materialien darüber zusammengetragen, wie sich die Säuglingssterblichkeit in anderen europäischen Staaten entwickelt hatte und wie das Problem der Vorsorge dort angegangen wurde.²⁸⁰ Der auch im Bereich der Schwangerenvorsorge aktive Wilhelm Hagen, der sich dem

*Tabelle 31: Säuglingssterblichkeit in Europa (auf 100 Lebendgeborene)*²⁸¹

Land	1949	1953
Belgien	6,3	4,3
Bundesrepublik	5,9	4,6
DDR	7,8	5,3
England	3,2	2,6
Finnland	4,9	3,4
Frankreich	5,5	3,8
Niederlande	2,7	2,0
Schweden	2,3	2,3
Schweiz	3,4	3,0
Spanien	6,8	5,4

²⁷⁶ In großen Städten wie Berlin gab es diese Beratungsstellen schon im Kaiserreich. Vgl. STÖCKEL, Säuglingsfürsorge S. 211–37 und RODENSTEIN, Kultur, S. 120.

²⁷⁷ BAK, B 142/647, Bericht über das Gesundheitswesen in der Bundesrepublik.

²⁷⁸ BAK, B 142/4043, Übersicht über Gesundheitsfürsorge für Mutter und Kind, Kleinkinder, Schulkinder und Jugendliche in acht europäischen Staaten im Vergleich zur Bundesrepublik Deutschland.

²⁷⁹ Vgl. zur Entwicklung der Säuglingssterblichkeit genauer S. 416.

²⁸⁰ BAK, B 142/979, Innenminister an Präsidenten des Deutschen Bundestages vom 23. Juni 1953.

²⁸¹ BAK, B 142/4043, Statistisches Material des Statistischen Bundesamtes; Zahlen zur DDR ergänzt aus CHRISTOPH MÜLLER, Säuglingssterblichkeit, S. 18. Die hohe Säuglingssterblichkeit in der Bundesrepublik läßt sich auch nicht damit erklären, daß in Deutschland kurz nach oder bei der Geburt verstorbene Säuglinge als Lebendgeburten gezählt werden, die in anderen Ländern gleich zu den Totgeburten gerechnet werden und somit nicht mehr zur Säuglingssterblichkeit zählen. Nach den Angaben des Statistischen Bundesamtes wurden bei dieser Statistik auch die Totgeburten in den anderen Ländern in den Vergleich mit einbezogen. Da in den Ländern mit höherer Säuglingssterblichkeit auch die Totgeburten höher

Thema Prävention in der Gesundheitsabteilung des Innenministeriums intensiv widmete, faßte seine Ergebnisse über die Säuglingsvorsorge in verschiedenen europäischen Staaten folgendermaßen zusammen:

Legt man den klassischen Maßstab der Säuglingssterblichkeit an, so schneidet Deutschland gegenüber den anderen Ländern schlecht ab. Unsere Säuglingssterblichkeit liegt höher als die aller besuchten Staaten mit Ausnahme von Belgien und Spanien. Dabei haben wir nicht die Entschuldigung einer besonders hohen Geburtenziffer.²⁸²

In Hagens Bericht wurde beispielsweise die Säuglingsfürsorge des in England neu eingeführten NHS als wesentlich umfassender eingeschätzt als die deutsche.²⁸³ 90 Prozent der Säuglinge wurden dort durch Hausbesuche betreut, gleichzeitig 70 Prozent in den Beratungsstellen. Zwar erhielten in der Bundesrepublik etwa 60 Prozent der Säuglinge eine Betreuung durch die Mütterberatungsstellen. Hausbesuche gab es jedoch im Gegensatz zu anderen Ländern kaum, was als besonderer Mangel gesehen wurde. Auch die Frühgeburtenversorgung funktionierte in anderen Ländern besser als in der Bundesrepublik.²⁸⁴ Weil international die Sterblichkeit im ersten Lebensjahr als Maßstab der Effizienz eines Gesundheitssystems galt,²⁸⁵ war den Verantwortlichen in Ministerium und Verwaltung sehr daran gelegen, Mißstände zu beheben und eine gesetzliche Festlegung der Prophylaxe für Säuglinge zu erreichen. Dies sollte in dem bereits diskutierten *Gesetz zur vorbeugenden Gesundheitsfürsorge*, mit dessen Entwurf Wilhelm Hagen beauftragt war, neu geregelt werden.²⁸⁶

Beim Problem der Säuglingsvorsorge wird ebenso wie bei der Schwangerenvorsorge die starke Orientierung der Bundesrepublik an anderen westlichen Ländern deutlich, hinter deren Standards in der Gesundheitsfürsorge man nicht zurückstehen wollte. Das Argument der Rückständigkeit Deutschlands im Vergleich zu den westeuropäischen Nachbarn tauchte bei Diskussionen im Ministerium und in anderen Gremien immer wieder auf. Es wurde insbesondere von Hagen instrumentalisiert, um das teure und schwierig durchzusetzende Gesetzesvorhaben zur vorbeugenden Gesundheitsfürsorge voranzutreiben, an dem ihm als ehemaliger Fürsorgearzt sehr gelegen war.²⁸⁷

lagen, kann eine geringfügig divergierende Definition von Lebend- und Totgeburten die großen Unterschiede zwischen den Ländern bei weitem nicht allein erklären.

²⁸² Vgl. zu Hagen ausführlich Kap. II, 1.1; sowie in den Ausführungen zu Maßnahmen in der Schwangerenvorsorge, oben S. 426; BAK, B 142/4043, Bericht für die WHO über die Fürsorge für Mutter und Kind in neun europäischen Staaten, Entwurf, S. 19.

²⁸³ BAK, B 142/4043, Bericht für die WHO über die Fürsorge für Mutter und Kind in neun europäischen Staaten, Entwurf, S. 35.

²⁸⁴ BAK, B 142/4043, Übersicht über Gesundheitsfürsorge für Mutter und Kind, Kleinkinder, Schulkinder und Jugendliche in acht europäischen Staaten im Vergleich zur Bundesrepublik Deutschland.

²⁸⁵ CHRISTOPH MÜLLER, Säuglingssterblichkeit, S. 5.

²⁸⁶ Vgl. zu dem Gesetzentwurf oben, S. 425.

²⁸⁷ Vgl. BAK, B 142/4043, Vermerk über Besprechung im Bundesministerium des Innern am 24. 2. 1956. Die Säuglingsvorsorge der DDR wurde Anfang der 1950er Jahre kaum als Ver-

Wie bei der Schwangerenvorsorge kann man auch bei der Prophylaxe für Säuglinge anhand der verschiedenen Entwürfe des Gesetzes zur vorbeugende Gesundheitsfürsorge in den 1950er Jahren eine deutliche Verschiebung der Zuständigkeiten zugunsten der niedergelassenen Ärzte beobachten. 1952 war noch vorgesehen, daß in der Säuglings- und Kleinkinderfürsorge die Gesundheitsämter die Hauptarbeit übernehmen: sie sollten die Säuglinge bis zur Vollendung des 2. Lebensjahres betreuen und beispielsweise auch Frauenmilchsammelstellen einrichten. Die Mütter sollten diese Säuglingsberatungsstellen alle 14 Tage aufsuchen, „gefährdete Säuglinge“ sollten durch regelmäßige Hausbesuche der Fürsorgerinnen betreut und „überwacht“ werden. Für die Kosten dieser vorbeugenden Gesundheitsvorsorge mußten dementsprechend die Träger der Gesundheitsämter aufkommen.²⁸⁸ Die Säuglingsberatung verblieb also in den Entwürfen vorläufig noch ganz bei den Gesundheitsämtern. Aber auch hier hatten die Entwicklungen der 1950er Jahre Konsequenzen, insbesondere die erstarkte Position der niedergelassenen Ärzte durch das Gesetz zum Kassenarztrecht, das im August 1955 verabschiedet wurde.²⁸⁹ In den Entwürfen von 1956 wurde die Säuglingsvorsorge den Gesundheitsämtern nur noch überlassen, soweit sie nicht von den Krankenkassen übernommen werden konnte. Dies ist umso erstaunlicher, als ja gerade die Säuglingsuntersuchungen in den meist schon seit den 1920er Jahren eingerichteten öffentlichen Mütterberatungen gut funktioniert hatten. Hier existierte also im Gegensatz zur Schwangerenprophylaxe bereits eine Form der Vorsorge, die man eigentlich leicht hätte ausbauen können.²⁹⁰ Wie schon im Abschnitt über Schwangerenvorsorge gezeigt, stieß das Gesetz trotz der Änderungen weiterhin auf Widerstand und scheiterte 1956 bei den Beratungen innerhalb des Ministeriums.²⁹¹

Auch der Bereich der Gesundheitsvorsorge für Säuglinge wurde in der Folge ausführlich im Zusammenhang mit der Gesamtreform der sozialen Leistungen durch die Bundesregierung diskutiert und sollte schließlich im Zusammenhang

gleichsmaßstab herangezogen, wahrscheinlich deshalb, weil zu dieser Zeit die Säuglingssterblichkeit in der DDR noch höhere Zahlen als in der Bundesrepublik aufwies.

²⁸⁸ BAK, B 142/4042, handschriftlicher Entwurf Hagens zum Gesetz über die vorbeugende Gesundheitsfürsorge von 1952.

²⁸⁹ Gesetz über das Kassenarztrecht, BGBl. 1955 I, S. 513–23.

²⁹⁰ BAK, B 142/4042, Entwurf zum Gesetz über die vorbeugende Gesundheitsfürsorge vom Februar 1956. Dort hieß es, daß jedes neugeborene Kind im ersten Lebensjahr den Anspruch auf 12 kostenlose ärztliche Untersuchungen und Beratungen habe. Die Untersuchungen würden aber nur dann in einer Säuglingsberatungsstelle des Gesundheitsamtes kostenlos durchgeführt, sofern die Träger der Krankenversicherung die Kosten nicht übernehmen.

²⁹¹ BAK, B 142/4043, Abteilung Ic an Abteilung IV vom 23. Juli 1955; vgl. zum Scheitern des Gesetzes auch S. 428f. Bei der Säuglingsvorsorge wurde von den anderen Abteilungen insbesondere die Verpflichtung der Gesundheitsämter, Hausbesuche bei den Neugeborenen durchzuführen, bemängelt. Dies müsse eingeschränkt werden, da eine Pflicht zum Betreten der Wohnung mit Art. 13 GG kollidiere. Vgl. zu diesem Aspekt BAK, B 142/4043, Vermerk über die Besprechung des Entwurfes eines Gesetzes über die vorbeugende Gesundheitsfürsorge für Mütter, Kinder und Jugendliche mit den beteiligten Referaten am 24. Februar 1956.

mit der Neuregelung des Kassenrechts in die Leistungen der sozialen Krankenversicherung aufgenommen werden.²⁹² Damit hatte sich auch hier die individuelle Vorsorge durch den Arzt durchgesetzt, obwohl noch ein funktionierendes Konzept des öffentlichen Gesundheitswesens bestand. Durch das Scheitern des Krankenversicherungsneuordnungsgesetzes im Jahr 1961 gab es allerdings weiterhin keine einheitliche gesetzliche Regelung.²⁹³

Einer gesundheitspolitischen Gesetzgebung standen wie in der Schwangenvorsorge die Kompetenzprobleme zwischen Bund und Ländern im Weg.²⁹⁴ Nachdem die Vorsorge für Schwangere schließlich im Gesetz zur Änderung des Mutterschutzgesetzes und der Reichsversicherungsordnung von 1965 verankert worden war,²⁹⁵ blieb die Zukunft der Säuglingsvorsorge immer noch ungeregt. Als Lösung kam zu diesem Zeitpunkt nur noch eine Aufnahme in die Kassenleistungen in Frage; eine starke Einbindung des Gesundheitsamtes war durch die Richtungsentscheidungen der vergangenen Jahre obsolet geworden. So wurden die Vorsorgeuntersuchungen für Säuglinge 1970 durch das Gesetz zur Weiterentwicklung des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung endgültig geregelt.²⁹⁶

In der Praxis bestanden in den 1950er Jahren die Mütterberatungsstellen der Gesundheitsämter fort. Hier konnten Frauen mit ihren Säuglingen und Kleinkindern zu Vorsorgeuntersuchungen sowie zur allgemeinen Beratung kommen und Auskünfte über die richtige Ernährung und die notwendige Hygiene einholen. „Bedürftige“ Mütter erhielten zudem wie schon in den Nachkriegsjahren kostenlos Nährpräparate oder Mittel zur Rachitisprophylaxe.²⁹⁷ Durch die Unklarheiten über die Zukunft der Säuglingsvorsorge und die Verteilung der Kompetenzen zwischen öffentlichem Gesundheitswesen und niedergelassenen Ärzten fand jedoch in den 1950er Jahren kaum ein Ausbau dieser Angebote statt. Die geringen Investitionen in den Ausbau der öffentlichen Beratungsstellen lassen sich am Beispiel Bayerns verdeutlichen. Hier war die Säuglingssterblichkeit in den strukturschwachen, ländlichen Bezirken Niederbayern und Oberpfalz bis in die 1960er Jahre hinein deutlich höher als in den anderen Regionen.²⁹⁸ Dennoch baute die Bayerische Staatsregierung in den Problemgebieten die Zahl der Beratungsstellen kaum aus. In der Oberpfalz stieg ihre Anzahl zwischen 1953 und 1959 lediglich von 207 auf

²⁹² MANGER-KOENIG, Gesundheitsdienst, S. 437–8.

²⁹³ Vgl. hierzu Kap II, 1.1; sowie PA, II, 1002 A1 72, Sitzung des Ausschusses für Gesundheitswesen vom 17. 3. 1962; LABISCH und TENNSTEDT, Prävention in der Bundesrepublik Deutschland, S. 152–3; ROSEWITZ und WEBBER, Reformversuche, S. 179.

²⁹⁴ MANGER-KOENIG, Gesundheitsdienst, S. 438.

²⁹⁵ BGBl. 1965 I, Gesetz zur Änderung des Mutterschutzgesetzes und der Reichsversicherungsordnung, S. 912–9; vgl. dazu auch ausführlich oben, S. 431.

²⁹⁶ BGBl. 1970 I, S. 1770–3; vgl. auch ABHOLZ, Prävention, S. 171.

²⁹⁷ Vgl. Bericht über das Bayerische Gesundheitswesen 63 (1955), S. 120.

²⁹⁸ Vgl. oben S. 420.

220, in Niederbayern blieb sie konstant bei 344.²⁹⁹ Besondere Programme des öffentlichen Gesundheitswesens für die bessere Betreuung der ländlichen Gebiete wurden nicht entwickelt. Für ganz Bayern nahm die Betreuungsichte und -intensität (bei ständig steigender Geburtenzahl) nicht zu. Die geringe Förderung dieses Bereichs wurde natürlich von der bundesweiten Entwicklung stark beeinflusst, die auch in den Ländern einen Ausbau des öffentlichen Gesundheitswesens bremsten.³⁰⁰

Die Traditionen einer umfassenden öffentlichen Gesundheitsfürsorge, wie sie in den 1920er Jahren bestanden hatten, wurden in der Säuglingsvorsorge des öffentlichen Gesundheitswesens der 1950er Jahre nur eingeschränkt weitergeführt. Das hatte ähnliche Gründe wie in der Schwangerenvorsorge: Auch die Säuglingsvorsorge litt an der Vertreibung von sozialmedizinisch engagierten Ärzten durch die Nationalsozialisten und an den Folgen des Vereinheitlichungsgesetzes.³⁰¹ Hinzu kam, daß der Amtsarztberuf mit den unklaren zukünftigen Aufgaben des öffentlichen Gesundheitswesens im Gegensatz zu den Möglichkeiten des niedergelassenen Arztes in den 1950er Jahren kaum noch attraktiv erschien.

Ein weiterer Grund lag in den Interessen der medizinischen Forschung, bei der sich die Bemühungen zur Senkung der Säuglingssterblichkeit in den 1950er Jahren vor allem auf die Frühsterblichkeit konzentrierten.³⁰² Die Spätsterblichkeit (Gestorbene nach sieben Tagen bis zu einem Jahr), die nach dem kurzen, extremen Anstieg der Säuglingssterblichkeit in den Jahren 1945 bis 1946 bereits wieder stark gefallen war, machte nur noch einen geringen Anteil der Säuglingssterblichkeit insgesamt aus. Die Frühsterblichkeit (Gestorbene innerhalb der ersten sieben Lebenstage), oft durch Frühgeburten oder Probleme während der Schwangerschaft bedingt, war dagegen seit Anfang des Jahrhunderts kaum gesunken und machte nun $\frac{2}{3}$ der Säuglingssterblichkeit aus.³⁰³ Die Aufmerksamkeit richtete sich dementsprechend auf Maßnahmen zur Senkung der Frühsterblichkeit, also auf verbesserte Schwangerenvorsorge, verbesserte Geburtshilfe, vermehrte Klinikentbindung und auf die Verbesserung der Transportmöglichkeiten und Pflege von Frühgeborenen. Auch die *Deutsche Gesellschaft für Kinderheilkunde*, die 1948 ihren ersten Nachkriegskongreß abhielt, widmete sich seit Anfang der 1950er Jahre besonders der Frühsterblichkeit.³⁰⁴

²⁹⁹ Vgl. zu den Zahlen: Bericht über das Bayerische Gesundheitswesen 61 (1953), S. 123; 63 (1955), S. 121; 67 (1959), S. 121.

³⁰⁰ Vgl. hierzu ausführlich Kap. II, 2.1; sowie LABISCH, Entwicklungslinien, S. 43.

³⁰¹ Vgl. hierzu ausführlich oben, S. 435.

³⁰² Vgl. z. B. NAUJOKS und SCHWENZER, Frühgeburtenproblem; oder F. BAUER, Ursachen; SCHÖTT, Frühgeburtenproblem; GENZ, Bedeutung.

³⁰³ Vgl. zur Definition und Bedeutung der Früh- und Spätsterblichkeit auch ausführlich S. 416. Vgl. außerdem GENZ, Bedeutung, S. 87; GLEISS, Untersuchungen, S. 5.

³⁰⁴ Vgl. SCHABEL, Soziale Hygiene, S. 333–7. Zur Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde vgl. auch DOMAY, Handbuch, S. 485–6.

Bundes- oder Landesprojekte zur Verbesserung der Säuglingsvorsorge befaßten sich so in den 1950er Jahren in erster Linie mit dem Ausbau der Frühgeburtenfürsorge zur Senkung der Frühsterblichkeit. Auch im Innenministerium nahm man sich dieses Problems an; Wilhelm Hagen startete im Oktober 1953 ein Projekt.³⁰⁵ Es war vorgesehen, in einigen Modellbezirken die Bekämpfung der Frühsterblichkeit durch den Bund zu fördern, um die dort gewonnenen Erfahrungen dann anderen Gesundheitsämtern zur Verfügung stellen zu können.³⁰⁶

Als Standorte wurden damals Erlangen und Neumünster ausgewählt, weil in diesen Städten bereits eine gute Säuglingsfürsorge bestand und die Gesundheitsämter dort zur Kooperation mit dem Ministerium bereit waren.³⁰⁷ Hier richtete die Gesundheitsabteilung 1953 sogenannte Musterzentralen ein, in denen eine teilzeitbeschäftigte Ärztin und eine Säuglingsschwester bzw. Fürsorgerin arbeiteten.³⁰⁸ Finanzielle Mittel für ein Auto und eine Couveuse (= Wärmebett) zum Transport der Frühgeborenen stellte das Ministerium bereit.³⁰⁹ Das Projekt zielte besonders darauf, Frühgeborene, die durch Hausentbindungen zur Welt kamen, besser zu betreuen. In der Familie fehlte es an fachkundiger Pflege; wurden sie ins Krankenhaus gebracht, erlitten die Kinder meist schwere Schädigungen durch den Transport. Die Musterzentralen übernahmen deswegen die Transporte mit den neu angeschafften Frühgeburtentransport-couveusen.³¹⁰ Sterbefälle und Komplikationen ergaben sich oftmals dadurch, daß die Frühgeborenen, bei denen die Wärmeregulation noch sehr unvollkommen und labil ist, völlig unterkühlt in der Klinik ankamen. 1951/52 wurden in der Bundesrepublik durchschnittlich $\frac{2}{3}$ der Frühgeburten unterkühlt und mangelhaft versorgt in Kliniken eingeliefert und zwar $\frac{3}{4}$ der zu Hause entbundenen Frühgeburten und die Hälfte der Frühgeborenen aus Entbindungsheimen. Eine zu niedrige Körpertemperatur wirkt sich verheerend auf die Überlebenschancen der „Frühchen“ aus: Wenn die Frühgeborenen unterkühlt in der Klinik ankamen, starben bei einer Aufnahmetemperatur von unter 32°C 75 Prozent der

³⁰⁵ BAK, B 142/443, Brief von Hagen an das Bayerische Staatsministerium des Innern, den Innenminister des Landes Schleswig-Holstein und das Ministerium des Innern des Landes Rheinland-Pfalz vom 23. 10. 1953.

³⁰⁶ BAK, B 142/443, Vermerk Referat IV 3 vom 5. 7. 1952.

³⁰⁷ BAK, B 142/443, Bundesminister des Innern an das Bayerische Staatsministerium des Innern, den Innenminister des Landes Schleswig-Holstein und das Ministerium des Innern des Landes Rheinland-Pfalz vom 20. Oktober 1953. In Mayen wurde ebenfalls eine Säuglingsfürsorgezentrale eingerichtet, die allerdings wegen schlechter Rahmenbedingungen ihre Arbeit bald wieder aufgeben mußte und über die auch kein ausführlicher Bericht vorliegt.

³⁰⁸ Als typisch ist hier hervorzuheben, daß solche schlechtbezahlten Teilzeitstellen in Gesundheitsämtern, die insbesondere mit Fürsorgetätigkeiten zu tun hatten, fast immer mit Ärztinnen besetzt wurden, während der Amtsarzt mit voller Stelle in der Regel ein Mann war.

³⁰⁹ BAK, B 142/443, Niederschrift einer Besprechung über die Musterzentralen am 23. 1. 1954 und BAK, B 142/443, Vermerk Referat IV 3 vom 23. 3. 1955.

³¹⁰ BAK, B 142/443, Oberministerialrat Rupprecht, Remscheid, an Hagen, Bundesinnenministerium, 27. 6. 1952.

Kinder, bei einer Aufnahmetemperatur von 32°-35,9°C immer noch 29 Prozent. Bei einer Aufnahmetemperatur von 36°C und darüber überlebten dagegen 88 Prozent der eingelieferten Frühgeborenen.³¹¹ Während der Arbeit der Musterzentralen meldeten sowohl in Neumünster wie auch in Erlangen die Hebammen eine Frühgeburt sofort an die Zentrale, so daß die Kinder mit dem Transportwärmebett in die Klinik gebracht werden konnten. Nach der Entlassung aus dem Krankenhaus wurden die Kinder dann durch die Säuglingsschwester der Musterzentrale weiterbetreut.³¹² In beiden Städten konnte eine Senkung der Frühsterblichkeit beobachtet werden. In Neumünster starb während der 1½ jährigen Tätigkeit der Musterzentrale beispielweise kein Kind mehr infolge einer Transportschädigung.³¹³ Die Ärztinnen des Frühgeburtenprojekts wiesen allerdings ausdrücklich darauf hin, daß bei vielen Frühsterblichkeitsfällen lediglich eine bessere Prophylaxe für die Mutter etwas bewirkt hätte.³¹⁴ Frühgeburten tauchten im Durchschnitt eher bei Frauen in schwieriger sozialer Lage und aus unteren Schichten auf.³¹⁵ Gerade diese Frauen hätten eine gründliche Schwangerenberatung dringend gebraucht, begaben sich aber nur selten in ärztliche Behandlung. Wenn in ihrem Bezirk keine Schwangerenberatung des öffentlichen Gesundheitsdienstes zur Verfügung stand, hatten sie kaum Betreuung.

Auch in einzelnen Bundesländern wurden in den folgenden Jahren Aktionen zur Verbesserung der Frühgeburtentransporte gestartet: Im Regierungsbezirk Südwürttemberg-Hohenzollern richtete das Regierungspräsidium 1956 einen Appell an alle Gemeinden, Gemeindeverbände und Landkreise, den Frühgeburtentransport zu verbessern.³¹⁶ Bis 1960 wurden daraufhin 13 beheizbare und mit Sauerstoffzusatzgeräten versehene Frühgeburtentransportcouveusen angeschafft. Gleichzeitig gab das Regierungspräsidium Richtlinien für Hebammen und Ärzte zur Behandlung von Frühgeborenen heraus, die genau bestimmten, wie und wann die Neugeborenen transportiert werden sollten und was dabei zu beachten sei. Gleichzeitig schulten die Gesundheitsämter das Transportpersonal. Die Zusammenarbeit zwischen Klinik, Hebammen, Ärz-

³¹¹ SCHÖTT, Frühgeburtenproblem, S. 20-1.

³¹² BAK, B 142/443, Bericht von Dr. med. Christa Kläß über die Musterzentrale in Erlangen vom 22. 4. 1955 und Bericht von Dr. med. Rosemarie Klose über die Musterzentrale in Neumünster vom 17. 3. 1956.

³¹³ BAK, B 142/443, Brief des Gesundheitsamtes Neumünster an das Bundesministerium des Innern vom 20. 3. 1956.

³¹⁴ BAK, B 142/443, Bericht von Dr. med. Christa Kläß über die Musterzentrale in Erlangen vom 22. 4. 1955 und Bericht von Dr. med. Rosemarie Klose über die Musterzentrale in Neumünster vom 17. 3. 1956.

³¹⁵ SCHÖTT, Frühgeburtenproblem, S. 17. Fabrikarbeiterinnen (13,4 Prozent) hatten wesentlich mehr Frühgeburten als Hausfrauen (8,4 Prozent), unverheiratete Großstädterinnen (12,5 Prozent) wesentlich mehr als verheiratete (5,7 Prozent).

³¹⁶ Vgl. hierzu und zum folgenden W. BAUER, Versuch, S. 322-3.

ten, Transportwesen und öffentlichem Gesundheitsdienst funktionierte in diesem Bezirk auf Grund der Anstrengungen der Medizinalverwaltung sehr gut.

In der Vorsorge für die zu früh geborenen Säuglinge konzentrierten sich in der Bundesrepublik die Anstrengungen in den folgenden Jahren vor allem darauf, moderne Frühgeborenen-Zentren in großen Kliniken einzurichten sowie die Transportmöglichkeiten zu optimieren.³¹⁷ Dies waren Entwicklungen, die die Gesundheitsämter höchstens anregen und fordern, aber nicht direkt beeinflussen konnten und die mit der allgemeinen Vorsorge in den Mütterberatungen nur in geringem Zusammenhang standen.

Die Senkung der Frühsterblichkeit und die damit verbundenen Probleme blieben in den 1960er Jahren eines der wichtigsten Themen in der medizinischen Forschung.³¹⁸ Mittlerweile hatte sich hier besonders die Krankenhausmedizin verbessert. Gerade bei der Säuglingsbetreuung erwiesen sich jedoch die schlechten bundesweiten Koordinationsmöglichkeiten, die durch die weitgehend kommunale Verwaltung der Krankenhäuser bedingt waren, als problematisch. Bei der Medizinalbeamtenkonferenz von 1963 wurde bemängelt, daß die Erythroblastose (*Morbus haemolyticus neonatorum*)³¹⁹ in vielen Krankenhäusern noch nicht mit einem lebensnotwendigen Blutaustausch behandelt werden könne. Der Vertreter der Medizinalbeamten aus Hessen, Dr. Ludwig von Manger-König, wies damals darauf hin, daß im Ausland Blutuntersuchungen und Transfusionen in wesentlich größerem Umfang durchgeführt würden.³²⁰ 1966 wurde dann zumindest aus Nordrhein-Westfalen berichtet, daß bei den „Rhesus-Kindern“ eine Austauschtransfusion in allen größeren Krankenhäusern möglich sei.³²¹ In vielen Bundesländern waren bei der Frühgeburtenversorgung Mitte der 1960er Jahre große Verbesserungen erreicht worden. In Nordrhein-Westfalen wurden beispielsweise bis 1966 59 Frühgeborenen-Behandlungszentren mit Landeszuschüssen eingerichtet bzw. modernisiert und die Transportmöglichkeiten für Frühgeborene stark verbessert.³²²

Das Interesse für den Ausbau einer alle Säuglinge umfassenden Vorsorge war währenddessen schon in den 1950er Jahren stark gesunken, obwohl es durchaus noch zahlreiche Probleme gab, die mit dem Ansatz einer Gesamt-Vorsorge durch das öffentliche Gesundheitswesen hätten gemindert werden können. Soziale Verhältnisse beeinflussten die Säuglingssterblichkeit noch erheblich: In ärmeren Gegenden des Ruhrgebietes war sie in den 1950er Jahren deutlich

³¹⁷ Vgl. z. B. DE RUDDER, Einrichtung, der über das Frühgeborenzentrum an der Universitäts-Kinderklinik Frankfurt/Main berichtet.

³¹⁸ Vgl. z. B. SALING, Kind; MARTIUS, Schwangerenvorsorge; oder DERS., Perinatale Betreuung.

³¹⁹ Vgl. hierzu ausführlich oben, S. 417.

³²⁰ BAK B 142/3678, Sitzung der leitenden Medizinalbeamten, 14./15. 3. 1963.

³²¹ NRW HStA, NW 372/192; Landesregierung Nordrhein-Westfalen, Landespresse- und Informationsamt, Bericht Mütter- und Säuglingssterblichkeit, 27. 6. 1966.

³²² NRW HStA, NW 372/192; Landesregierung Nordrhein-Westfalen, Landespresse- und Informationsamt, Bericht Mütter- und Säuglingssterblichkeit, 27. 6. 1966.

höher als in wohlhabenderen Stadtvierteln.³²³ In Bayern gab es ebenfalls merkliche Unterschiede in der Säuglingssterblichkeit zwischen strukturschwachen, ländlichen, ärmeren Regionen und den infrastrukturell besser gestellten, reicheren Regionen. Dennoch reagierte das öffentliche Gesundheitswesen auf solche Befunde nicht mit einem Ausbau der Vorsorgetätigkeit. Auch die Art und Weise der Vorsorge in den Gesundheitsämtern wurde kaum modernisiert; die Mütterberatung durch nicht-spezialisierte Amtsärzte und Fürsorgerinnen in den Gesundheitsämtern geriet deswegen zunehmend in die Kritik:

Frühgeborenen-, Neugeborenen- und Säuglingsstationen jeder Art müssen von erfahrenen Kinderärzten betreut werden, wie das in Ländern mit niedriger Säuglingssterblichkeit zunehmend der Fall ist. [...] Die nur pflichtgemäße Erledigung von Mütterberatungsstunden alten Stils durch Amtsärzte reicht nicht mehr.³²⁴

In vielen Mütterberatungsstunden ging es in den 1950er Jahren vor allem um das Wiegen der Säuglinge, Stillpropaganda und Ernährungsberatung, wenn Stillen nicht möglich war.³²⁵ Neuere Forschungen der Pädiatrie wurden dagegen eher selten berücksichtigt. Deswegen gingen die Forderungen zur Verbesserung der Säuglingsvorsorge auch dahin, in Zukunft sowohl Kinderärzte auf dem Gebiet der perinatalen Medizin besser auszubilden als auch alle Säuglinge in der Vorsorge fachärztlich zu betreuen.³²⁶ Da kaum alle Mütterberatungsstellen des öffentlichen Gesundheitswesens mit Kinderärzten besetzt werden konnten, liefen diese Vorschläge somit auf eine Übernahme der Vorsorge durch den niedergelassenen Kinderarzt hinaus. In den 1960er Jahren wurde der allgemeinen Säuglingsvorsorge der Gesundheitsämter neben den ganzen Bemühungen um die Frühsterblichkeit noch weniger Aufmerksamkeit geschenkt als im Jahrzehnt zuvor:

Man spricht nicht mehr allzuviel von der Säuglingsvorsorge. Ärzte und Fürsorgerinnen in vielen Städten und vor allem in den Landgemeinden klagen über den Rückgang der Mütterberatungen. Man präsentiert mit Zufriedenheit das Absinken der Säuglingssterblichkeit und betont den guten Ernährungs- und Allgemeinzustand der Säuglinge.³²⁷

So beschrieb ein Aufsatz von 1966 die Lage. Ernährungsberatung, Rachitisprophylaxe und Früherkennung von Hüftgelenksluxationen fanden weiterhin in den Gesundheitsämtern statt. In den 1960er Jahren war die Betreuung der Säuglinge in den öffentlichen Einrichtungen rückläufig, auch wenn einige Gesundheitsämter noch etwa 60 Prozent der Lebendgeborenen in den öffentlichen Mütterberatungen betreuten.³²⁸ Wie oft die Mütter mit ihren Kindern kamen und welche Untersuchungen dabei normalerweise durchgeführt wurden, darüber wurden keine umfassenden bundesweiten Statistiken erstellt. Eine

³²³ Vgl. eine Untersuchung im Ruhrgebiet: GLEISS, Untersuchungen, S. 6.

³²⁴ GLEISS, Untersuchungen, S. 24–5.

³²⁵ Vgl. FREY, Ergebnisse der Säuglingsfürsorge; ZISKOVEN, Beitrag zum Stillproblem.

³²⁶ GLEISS, Säuglingssterblichkeit, S. 290; DERS., Untersuchungen, S. 24.

³²⁷ SCHNEIDER, Vorsorge, S. 363.

³²⁸ MANCKE, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, S. 408.

an den neuesten Forschungen orientierte Säuglingsvorsorge praktizierten die Gesundheitsämter sehr selten. Die Ausbildung der Amtsärzte umfaßte z.B. keine Einführung in die Früherkennung körperlicher und geistiger Behinderungen bei Säuglingen. Allerdings wurde in diesem Bereich auch die deutsche Ausbildung der Kinderärzte bemängelt:

Eine aktiv orientierte Säuglingsvorsorge wird sich in Zukunft mehr mit Fragen der normalen Entwicklung des Säuglings befassen müssen. Dies ist zur Früherfassung körperlicher und geistiger Retardierung als Hintergrund einfach unentbehrlich. Infant development kommt bei uns sowohl in der pädiatrischen Universitätsausbildung als auch in den Physikatskursen zu kurz. [...] Die Kenntnis der Entwicklung und ‚Die Eigenart der kindlichen Hirntätigkeit‘ sowie des normalen Verhaltens des Säuglings in einem Fortbildungskurs des Medizinalbeamtenvereins mit modernen didaktischen Mitteln darlegen zu lassen, wird angeregt; weiterhin, daß für Ärzte, die die kinder- und schulärztliche Tätigkeit an einem Gesundheitsamt ausüben wollen, statt des Praktikums in der Psychiatrie ein verkürzter Einführungskurs für soziale Pädiatrie ermöglicht wird.³²⁹

Das medizinische Interesse richtete sich in den 1960er Jahren neben den Bemühungen um die Frühsterblichkeit auf eine Vorsorge für das gesamte Kleinkindalter und die Entwicklungsstufen des Kindes, was in den öffentlichen Mütterberatungsstellen bisher kaum stattgefunden hatte.³³⁰ Ein gezielter Ausbau der öffentlichen Mütterberatungen im Sinne einer umfassenden Säuglings- und Kleinkindervorsorge war in der Bundesrepublik mit den ungeklärten Zuständigkeiten für medizinische Vorsorge und der generell ablehnenden Haltung gegenüber dem öffentlichen Gesundheitswesen kaum noch zu erwarten. Viele Aspekte der Säuglingsvorsorge fanden in den 1960er Jahren nun in den Geburtskliniken statt. In Köln wurde beispielsweise auf Initiative des Landesinnenministeriums ein neuer Test zur Früherkennung der Phenylketonurie³³¹ 1965 in den Entbindungskliniken eingeführt.³³²

Erst 1970 legte dann die Bundesregierung ärztliche Vorsorgeuntersuchungen für Säuglinge im ersten Lebensjahr, die die Früherkennung von angeborenen Störungen, Mißbildungen und Entwicklungsstörungen einbanden, verbindlich als Kassenleistungen fest.³³³ Diese Untersuchungen erreichten bald eine hohe Akzeptanz. Gleichzeitig war damit die Säuglingsvorsorge als Konzept des öffentlichen Gesundheitswesens beendet.

³²⁹ SCHNEIDER, Vorsorge, S. 366.

³³⁰ Vgl. MANCKE, Säuglings- und Kleinkinderfürsorge, S. 408.

³³¹ Diese erbliche Stoffwechselstörung, die ohne Behandlung zu starker körperlicher Behinderung führt, kann durch den sogenannten Guthrie-Test frühzeitig erkannt werden, der 1965 auch in Köln eingeführt wurde; vgl. Artikel „Phenylketonurie“, in: Psyhyrembel. Klinisches Wörterbuch, S. 1235–6.

³³² SCHNEIDER, Vorsorge, S. 367.

³³³ Gesetz zur Weiterentwicklung des Rechts der gesetzlichen Krankenversicherung, BGBl. 1970 I, S. 1770–3.

4.4 DIE ENTWICKLUNG VON ENDE DER 1940ER BIS MITTE DER 1960ER JAHRE IN GROSSBRITANNIEN

4.4.1 Schwangerenvorsorge – Maßnahmen

Unter dem neuen NHS wurde der *Maternity Service* durch die Neuorganisation des gesamten Gesundheitswesens in drei Teilbereiche aufgespalten: der Krankenhausbereich und dessen Personal unterstanden den *Regional Hospital Boards* und den leitenden Gremien der *Teaching Hospitals*, die Angebote und Dienste der Hebammen, *Health Visitors* und *Medical Officers of Health* wurden von den LHAs geleitet; die Versorgung der Schwangeren durch die niedergelassenen Allgemeinärzte war den *Local Executive Councils* unterstellt. Die Aufteilung sollte in der Folgezeit zahlreiche Probleme ergeben.³³⁴ Die Koordination hing ganz wesentlich vom Engagement der einzelnen lokalen Gesundheitsbehörde und dem zuständigen *Medical Officer of Health* ab.

Die Müttersterblichkeit, deren alarmierend hohe Zahlen in den 1920er Jahren die Institutionalisierung der Schwangerenvorsorge in Großbritannien angeregt hatte, war schon vor Einführung des NHS erheblich gesunken. Die wenige Jahre zuvor wichtigste Ursache der Müttersterblichkeit, das Kindbettfieber, konnte mit Einführung der Sulfonamide seit Ende der 1930er Jahre sehr erfolgreich bekämpft werden. Dies hatte die Todesfälle im Zusammenhang mit Geburt und Schwangerschaft stark sinken lassen.³³⁵ Andere Probleme wie Schwangerschaftstoxikosen ließen sich allerdings nicht durch neue medizinische Errungenschaften behandeln, sondern bedurften vor allem einer sorgfältigeren Vorsorge. Unter dem neuen System war man deswegen auch künftig sehr bemüht, die Standards in der Geburtshilfe und Schwangerenvorsorge weiter zu verbessern.

Probleme ergaben sich vor allem im Hinblick auf die Allgemeinärzte.³³⁶ In der Praxis ging seit 1948 der Trend bei den Müttern dahin, sich mehr und mehr bei ihrem eigenen niedergelassenen Arzt während der Schwangerschaft untersuchen zu lassen, da unter dem NHS hierfür keine Kosten mehr entstanden. Bis 1948 hatten die LHA-Vorsorgesprechstunden noch die günstigere Alternative für alle werdenden Mütter geboten.³³⁷ In den offiziellen Äußerungen des Ministeriums unterstützte man diese Entwicklung. Die Schwangerenvorsorge in

³³⁴ Vgl. zur Struktur des NHS ausführlich Kap. II, 1.2. Vgl. zum Maternity Service PRO, MH 137/265, Maternity Services Committee Circulated Evidence, Medical Women's Federation Evidence; PRO, MH 137/183, Enid Russel-Smith, Memorandum Maternity Medical Services, 29. 9. 1949; vgl. auch LENNON, Views, S. 199.

³³⁵ Vgl. zu den Gründen der Müttersterblichkeit ausführlich oben, S. 419; DOUGLAS, Trends, S. 216–20; sowie TITUS, Current Trends.

³³⁶ PRO, MH 137/182, Minute Hopkins an Miss Russel-Smith, 27. 6. 1947.

³³⁷ BENT, Growth, S. 188; vgl. detailliert OAKLEY, Womb, S. 133. 72,9 Prozent der Mütter erhielten 1946 ihre Ante-natal Care von den Local Health Authorities, entweder über Sprechstunden oder über die dort angestellten Hebammen.

den 1920er und 1930er Jahren hatte nicht die erwartete starke Reduzierung der Müttersterblichkeit erreicht. Als ein Grund galt die angeblich unzureichende Ausbildung des Personals der lokalen Gesundheitsbehörden. Die *Medical Officers*, die die Vorsorgestunden in den meisten Sprechstunden der LHAs abhielten, seien vollzeit im öffentlichen Gesundheitsdienst angestellt, nie bei den Geburten selbst anwesend und deswegen auch nicht mit der neuesten geburts-hilflichen Praxis vertraut. Dies wurde 1949 in einem Bericht über Säuglings-sterblichkeit als deutlicher Mangel eingeschätzt. Mit der Einführung des NHS formulierte das Gesundheitsministerium eine neue Politik, an der man sich in den folgenden Jahren in der Schwangerenvorsorge orientierte:

All clinics should be staffed by doctors actively engaged in obstetrics; they should be responsible for the delivery of the patients attending the clinic,

hieß es in einem 1949 veröffentlichten Bericht des Ministeriums über Sterblichkeit und Krankheitszahlen von Säuglingen.³³⁸ Auch eine zukünftige Arbeitsteilung der Schwangerenvorsorge – Erziehung und Betreuung der Mütter durch die LHAs mit Kursen für Schwangerschaftshygiene, Geburtsvorbereitung etc., medizinische Überwachung durch den Allgemeinarzt, besser noch durch den Facharzt und Spezialisten – wurde bereits zu diesem Zeitpunkt vom Ministerium anvisiert.

Wegen dieser Umgestaltung richtete sich das Augenmerk des Gesundheitsministeriums auf die bessere Ausbildung der Allgemeinärzte in der Vorsorge. Man wollte zudem die stark kritisierte Praxis der Geburtshilfe der GPs verbessern, indem man Allgemeinärzten nur beschränkten Zugang zur Betreuung von Schwangeren geben wollte. Die *Executive Councils* sollten eine sogenannte *Obstetric List* mit in der Geburtshilfe und Gynäkologie qualifizierten Ärzten aufstellen. Nur diese *General Practitioner Obstetricians* sollten dann idealerweise – neben den Hebammen – Schwangere und Hausgeburten betreuen. Sie waren angehalten, die erste gründliche Untersuchung der Schwangeren vorzunehmen, die Frauen dann in die Schwangerenvorsorge zu schicken, zumindest in der 36. Woche eine zweite Untersuchung vorzunehmen und die Mutter auch im Wochenbett zu betreuen.

Dieses Konzept stieß aber sowohl bei den Ärzten – die BMA opponierte heftig dagegen – wie auch bei den Hebammen auf großen Widerstand. Vor allem ältere Ärzte fürchteten die geforderten Qualifizierungen und die Verdienst-einbußen, wenn sie nicht auf die Listen für Schwangerschaftsbetreuung kämen.³³⁹ Die Hebammen befürchteten wiederum, ganz aus der Geburtshilfe

³³⁸ MINISTRY OF HEALTH, Neonatal Mortality, S. 83. In dem Memorandum hieß es weiter: „Two types of clinics should be recognised – i) consultative – situated in hospitals and staffed by obstetricians of considerable experience. To these would be referred patients for whom special obstetrical advice is needed; ii) educational and supervisory – in these clinics the mother’s health should be kept under routine supervision, but more attention should be paid to her education.“

³³⁹ Vgl. PRO, MH 137/182 passim, zahlreiche Beschwerden.

und Schwangerenvorsorge heraus und in die Rolle einer besseren Krankenschwester gedrängt zu werden, die dem Arzt bei der Geburt nur assistierte.³⁴⁰ Schon jetzt, unter dem neuen NHS, passierte es, daß Patientinnen bei einem Arzt die Geburt „buchten“ und die Hebammen oft nicht mehr wußten, ob sie die Frau trotzdem als Hebamme betreuen sollten oder nur noch als eine dem Arzt untergeordnete *Maternity Nurse*, also eine Art Geburtsschwester, agierten.³⁴¹ Das Verhältnis zwischen Hebammen und Ärzten war von Anfang an unklar definiert. In einem Memorandum von 1949 hieß es darüber:

By the rules of the Central Midwives Board, the midwife must undertake regular ante-natal supervision even if this duplicates the examination of the general practitioner, unless the doctor makes it quite clear that he accepts full personal responsibility for the case during pregnancy, labour and lying-in period. [...] But it is the hope of the Minister that in domiciliary midwifery the midwife will continue to be regarded as the normal attendant, supported by the ante-natal clinic during the pregnancy and working in co-operation with the general practitioner.³⁴²

Dies waren keine klaren Kompetenzzuweisungen. Die Abstimmungsprobleme resultierten nicht selten in einer schlechteren Versorgung der Schwangeren durch die Hebammen. Bei den Lokalverwaltungen kam es zu großen Problemen mit der *Obstetric List*: Das Ministerium bestimmte zwar die Errichtung von *Local Obstetric Committees*, die die Ärzte auswählen sollten, gab aber keine genauen Richtlinien heraus, nach denen die Ärzte auf diese Listen durften.³⁴³ Dies führte dazu, daß 80 von 131 britischen Lokalverwaltungen einfach sämtliche Bewerber aufnahmen; 45 von diesen 80 führten nicht einmal Überprüfungen durch. In manchen Gegenden war der Mangel an Geburtshilfe-Ärzten zudem so groß, daß alle Ärzte auf die *Obstetric List* zugelassen werden mußten.³⁴⁴ Die restlichen 51 Gesundheitsbehörden wiederum organisierten relativ genaue Erhebungen und wiesen insgesamt 800 Bewerber zurück.³⁴⁵ In Sheffield wurden beispielsweise bereits 1949 sehr scharfe Kriterien für die *Obstetric List* verabschiedet.³⁴⁶

In den nächsten Jahren verblieben durch die unkoordinierte Vorgehensweise viele Allgemeinärzte auf den *Obstetric Lists*, obwohl sie sehr selten oder nie Schwangere betreuten. Diese mangelnde Erfahrung wurde von den Lokalbe-

³⁴⁰ PRO, MH 137/182, Memorandum Central Midwives Board an den Minister of Health, 15. 4. 1948.

³⁴¹ PRO, MH 134/66, Ministry of Health Circular an alle Local Health Authorities, 9. 11. 1948.

³⁴² PRO, MH 133/402, Standing Maternity and Midwifery Advisory Committee, The Domiciliary Midwifery Service, 1949.

³⁴³ PRO, MH 137/182 Memorandum Local Obstetric Committees vom 18. 12. 1947.

³⁴⁴ PRO, MH 133/402, Standing Maternity and Midwifery Advisory Committee, Report to the Central Council, 1949.

³⁴⁵ PRO, MH 137/183, Enid Russel-Smith, Memorandum Maternity Medical Services, 29. 9. 1949; vgl. auch MH 133/402, Standing Maternity and Midwifery Advisory Committee, Report to the Central Council, 1949.

³⁴⁶ PRO, MH 133/402, Executive Council der City of Sheffield an Dr. Emery, Secretary des Standing Maternity and Midwifery Advisory Committee, 14. 4. 1949.

hörden zwar beanstandet, meistens zögerte man aber, die Ärzte von den Listen zu entfernen.³⁴⁷ Im Ministerium und im beratenden *Central Health Services Council* (CHSC) wurde das Problem immer wieder diskutiert, eine einheitliche Lösung konnte jedoch nicht gefunden werden.³⁴⁸ Viele GPs wurden ohne weitere Qualifikation auf den Listen gelassen, weil man den scharfen Widerstand der BMA fürchtete und sonst nicht genug Geburtshelfer gehabt hätte. Die 1953 vom CHSC erarbeiteten Kriterien waren Mitte der 1950er Jahre längst nicht überall umgesetzt worden. Die BMA opponierte gegen irgendwelche Einschränkungen der niedergelassenen Ärzte und plädierte stets dafür, daß auch Ärzte ohne Qualifikationen in Geburtshilfe Vorsorge bei Schwangeren sowie Geburten durchführen konnten. Im Ministerium verhielt man sich gegenüber der BMA sehr vorsichtig und versuchte über die Bezahlung nur noch ausgebildete Geburtshilfe-Ärzte zur Schwangerschaftsbetreuung heranzuziehen. (Ausbildete Ärzte erhielten sieben Guineas, andere fünf Guineas für einen „vollen *Maternity Service*“).³⁴⁹ Das Gesundheitsministerium bestand zumindest für die künftige Zulassung von neuen Ärzten auf Facharztterfahrung in Geburtshilfe.³⁵⁰

Neben diesen personellen Schwierigkeiten erwies sich die Organisation der Schwangerenvorsorge als größtes Koordinationsproblem des *Maternity Service*. Wenn Frauen sich für eine Klinikgeburt entschieden und sich in einer Klinik anmeldeten, wurden sie dort vom behandelnden Facharzt für Geburtshilfe einer Untersuchung unterzogen. Die behandelnden Allgemeinärzte bestellten die Patientinnen aber erneut zu einer Vorsorgeuntersuchung, um diese Leistung mit dem NHS abrechnen zu können.³⁵¹ Andererseits war es für manche Frauen extrem umständlich, die Vorsorge-Sprechstunden der Krankenhäuser zu erreichen, sie mußten sowieso zu einem GP gehen und dort die Vorsorgeuntersuchungen wahrnehmen.³⁵² Streit entstand auch über die Bezahlung der Vorsorge, wenn die Geburt im Krankenhaus stattfand, die Vor- und Nachsorge aber von einem niedergelassenen Arzt geleistet wurde. Die BMA forderte für die Ärzte höhere Tarife.³⁵³ Das Ministerium wollte dagegen verhindern, daß Frauen, die zur Vorsorge in die Klinik gingen und auch nach der Geburt noch eine Woche im Krankenhaus blieben, nochmals Termine mit einem niedergelassenen *GP-Obstetrician* machten und dieser noch einmal extra abrechnete.

³⁴⁷ PRO, MH 137/262, Oral Evidence from the Executive Councils Association, 22. 11. 1956.

³⁴⁸ PRO, MH 133/405, Standing Medical Advisory Committee, Special Sub-Committee on Obstetric Lists, Minutes of Meeting 11. 3. 1952.

³⁴⁹ PRO, MH 137/186, Memorandum, 19. 1. 1959; vgl. auch PRO, MH 137/186, Minute an Dodds, 23. 6. 1959.

³⁵⁰ PRO, MH 137/183, Central Health Services Council, Local Obstetric Committee, 13. 6. 1949.

³⁵¹ PRO, MH 137/183, Public Health Department St. James's House Bargate an Dr. G. Lilico, Ministry of Health, 28. 3. 1949.

³⁵² PRO, MH 137/185 Godber an Pater und Enid Russel-Smith, 24. 7. 1953.

³⁵³ PRO, MH 137/184, Note for Discussion with BMA, 20. 4. 1949.

In den 1950er Jahren versuchte man stets, den gesamten *Maternity Service* besser zu koordinieren, die Zusammenarbeit der einzelnen Zweige des Systems zu verbessern und Kontinuität für die Betreuten zu erreichen. Kliniken mit geburtshilflicher Abteilung sollten möglichst auch Schwangerenvorsorge für die bei ihnen angemeldeten Fälle vornehmen.³⁵⁴ Nur bei großer Entfernung der Klinik vom Wohnort der Frau sollte die Vorsorge vom Hausarzt oder der *Local Health Authority* geleistet werden. Bislang sandten die meisten Krankenhäuser die Frauen nach einer Erstuntersuchung ohne größere Koordinationsanstrengungen zu den örtlichen Gesundheitsbehörden oder den niedergelassenen Allgemeinärzten für die weiteren Vorsorgeuntersuchungen und hatten infolgedessen bei der Geburt nur unzureichende Aufzeichnungen über die Vorsorge.³⁵⁵ Im Ministerium wurde immer wieder angeregt, daß die Klinik, in der die Geburt stattfindet, auch die Verantwortung für die Organisation der Schwangerenvorsorge übernehmen sollte. Wenn aus verschiedenen Gründen die Vorsorge nicht in der Klinik stattfindet, müßten zumindest ausreichend Informationen weitergegeben werden.³⁵⁶ Die LHAs wiederum mißtrauten den niedergelassenen Ärzten und forderten schon 1948 im Ministerium, daß alle Ärzte, die in ihrer Praxis Schwangerenvorsorge übernahmen, Berichte an die örtlichen Gesundheitsbehörden schicken sollten. Das Ministerium sah sich jedoch nicht in der Lage, die Ärzte hierzu zu verpflichten.³⁵⁷

Neben den Koordinationsbemühungen richtete sich die Aufmerksamkeit auf neue Untersuchungsmöglichkeiten. So ordnete das Ministerium seit Anfang der 1950er Jahre eine Blutuntersuchung für alle Schwangeren an und sah dies als eines der wichtigsten Elemente einer modernen Vorsorge an.³⁵⁸ Blutuntersuchungen sollten erstens den Hämoglobin-Wert der Mutter feststellen, um eine Anämie zu erkennen und rechtzeitig behandeln zu können. Zweitens war damit die Blutgruppe der Mutter bekannt, so daß Transfusionen einfacher wurden. Drittens sollte die Mutter auf Geschlechtskrankheiten hin untersucht werden, um gegebenenfalls eine latente Syphilis behandeln zu können. Weiter ausgedehnt wurde auch die generelle medizinische Untersuchung. Eine Röntgenuntersuchung des Brustkorbs und eine gründliche zahnmedizinische Untersuchung war ebenfalls eingeführt worden.³⁵⁹

Seit 1949 forderten Gesundheitspolitiker außerdem immer wieder, daß bei Erstgebärenden der Rhesusfaktor des Blutes überprüft werden sollte.³⁶⁰ Bei Rhesus-negativen Müttern war die Wahrscheinlichkeit groß, daß sie Rhesus-

³⁵⁴ PRO, MH 137/185, Godber an Pater und Enid Russel-Smith, 24. 7. 1953.

³⁵⁵ PRO, MH 137/185, Vermerk über Meeting 28. 10. 1953.

³⁵⁶ PRO, MH 137/185, Vermerk über Meeting mit Godber, Pater, Russel-Smith, Ford, Lilico, Emery, Gregson und Taylor, 28. 10. 1953.

³⁵⁷ PRO, MH 134/66, Minute an Wilkinson, 1. 6. 1948.

³⁵⁸ PRO, MH 137/185, Memorandum Ante-natal Care, Juni 1955.

³⁵⁹ PRO, MH 137/185, Memorandum Ante-natal Care, Juni 1955.

³⁶⁰ MINISTRY OF HEALTH, Neonatal Mortality, S. 83; vgl. auch PRO, MH 137/185, Vermerk über Diskussion, 5. 10. 1953.

positive Kinder austrügen und während der Schwangerschaft Antikörper gegen das Blut ihrer Kinder entwickelten. Um die daraus folgende Erythroblastose, auf englisch *Haemolytic Disease of the Newborn*³⁶¹ zu vermeiden, sollten alle Rhesus-negativen Mütter ihre Kinder nur in speziell ausgerichteten Zentren zur Welt bringen, wo Ärzte auch in der Lage wären, Bluttransfusionen bei Säuglingen durchzuführen.³⁶² An die niedergelassenen Ärzte wurden im Laufe der nächsten Jahre immer wieder überarbeitete Memoranden über diese Krankheit geschickt, um zumindest das Wissen der GPs zu verbessern, wenn auch noch bei weitem keine landesweite Versorgung mit den anvisierten Zentren zur Verfügung stand.³⁶³

Diese verstärkte Aufmerksamkeit, die der Reduzierung der Säuglingssterblichkeit geschenkt wurde, entsprach einer veränderten Zielrichtung der Schwangerenvorsorge. *Ante-natal-care* war in den 1920er und 1930er in Großbritannien im Gegensatz zur deutschen Gesundheitspolitik vor allem auf das Ziel gerichtet gewesen, die Müttersterblichkeit zu senken; nun wurde der Fokus auf die Gesundheit der Säuglinge ausgeweitet. Die Qualität der Schwangerenvorsorge wurde verstärkt unter dem Aspekt der zu senkenden Säuglingssterblichkeit gesehen:

The prevention of neo-natal death and illness is largely in the hands of the obstetrician and his aim should be to hand over to the mother and paediatrician a living, mature and healthy child. The obstetric tradition is to consider the interests of the mother first; but recent advances in obstetrical technique have reduced in number the occasions on which the claims of mother and child are in conflict. It should be more widely recognised that the treatment which is best suited to the needs of the mother is in most cases also best for the child, and vice versa.³⁶⁴

Der Interessenkonflikt Mutter-Kind, der hier thematisiert wird, wurde in Deutschland interessanterweise kaum rezipiert und diskutiert. Dort stand im Gegensatz zu Großbritannien das Wohlergehen des Säuglings stets viel stärker im Vordergrund, sowohl in der Zeit vor als auch nach dem Zweiten Weltkrieg. Erst Mitte der 1950er Jahre lenkten, wie oben gezeigt, die hohen Müttersterblichkeitszahlen die Aufmerksamkeit stärker auf die Schwangeren.³⁶⁵

Die Entwicklung der Müttersterblichkeit wurde in Großbritannien weiterhin genau beobachtet und akribisch untersucht. Die Ursachenforschung stellte einen wichtigen Anreiz für die Qualitätssteigerung der Schwangerenvorsorge

³⁶¹ Vgl. zur Erythroblastose die Definition auf S. 417.

³⁶² PRO, MH 137/185, Vermerk über Diskussion 5. 10. 1953.

³⁶³ PRO, MH 58/70, passim. Auch in einer überarbeiteten Fassung des „Memorandum on Haemolytic Disease of the Newborn“ von 1961 ging man noch davon aus, durch bessere Vorbeugung etwa 150 Säuglingstode pro Jahr verhindern zu können und setzte vor allem auf die gründliche Aufklärung aller niedergelassenen Ärzte, die man mit diesen Rundschreiben zu erreichen versuchte; vgl. PRO, MH 58/70, Memorandum on Haemolytic Disease of the Newborn.

³⁶⁴ MINISTRY OF HEALTH, Neonatal Mortality, S. 83.

³⁶⁵ Vgl. oben, S. 440.

dar, da die regelmäßig durchgeführten Untersuchungen die vermeidbaren Todesfälle katalogisierten und auf Mängel in der Vorsorge hinwiesen. Diese *Confidential Enquiries* über Müttersterblichkeit wurden in Großbritannien seit 1928 erhoben, nach der Einführung des NHS ab 1952 in einer überarbeiteten Form fortgeführt und alle zwei bis drei Jahre veröffentlicht.³⁶⁶

Der Bericht über die Jahre 1952 bis 1954 stufte 40 Prozent der Müttersterblichkeit als vermeidbar ein, das entsprach in etwa 500 Todesfällen von Schwangeren/Müttern.³⁶⁷ Hauptursache bei diesen vermeidbaren Todesfällen waren Fehler in der Vorsorge, und hier insbesondere das Nicht-Erkennen von Schwangerschaftstoxikosen, die unbedingt Krankenhausbehandlung erfordert hätten und ohne rechtzeitige Therapie zum Tod der Mutter geführt hatten.³⁶⁸ Andere Gründe waren, daß Schwangere mit hohem Risiko fälschlicherweise nicht für eine Krankenhausgeburt vorgemerkt wurden, sondern zu Hause oder in einem schlecht ausgerüsteten Mütterheim entbanden.³⁶⁹ Genau untersucht wurde auch die Verantwortlichkeit für die Todesfälle, d. h. wie viele von Fachärzten in Kliniken, wie viele von GPs, von Hebammen zu verantworten waren oder in gemeinsamer Verantwortung lagen.³⁷⁰ Diese hohe Transparenz, die so im deutschen Gesundheitssystem nie möglich war, führte dazu, daß trotz der schlechten Kooperation zwischen den einzelnen Zweigen des *Maternity Service* lokal und regional große Anstrengungen unternommen wurden, um die Müttersterblichkeit zu senken.

Die Berichte über vermeidbare Müttersterblichkeit wie auch die Überlegungen zur Reduzierung der Säuglingssterblichkeit durch bessere Schwangerenprophylaxe führten schließlich zu neuen Anstrengungen im Gesundheitsministerium. Das Ministerium richtete 1955 ein Schreiben an alle Lokalbehörden in England und Wales unter dem Titel „Ante-Natal Care related to Toxaemia“. Man wollte damit sowohl die Frühsterblichkeit der Säuglinge wie auch die Müttersterblichkeit senken. Da andere Ursachen mit dem damaligen Kenntnis-

³⁶⁶ MINISTRY OF HEALTH, Report on Confidential Enquiries 1955–1957, S. 1, 43.

³⁶⁷ Vgl. ergänzend: PRO/MH 133/401, Standing Maternity and Midwifery Committee, Notiz vom 25. 5. 1956.

³⁶⁸ MINISTRY OF HEALTH, Report on Confidential Enquiries 1952–1954, S. 49. In der Zusammenfassung des Berichts hieß es: „Among the deaths from toxæmia of pregnancy, the most frequent cause of maternal mortality, avoidable factors were considered to be present in 52 per cent. Faulty ante-natal care was by far the most frequent avoidable factor.“

³⁶⁹ MINISTRY OF HEALTH, Report on Confidential Enquiries 1952–1954, S. 44–45. Während der 1950er Jahre sanken die Zahlen der Müttersterblichkeit ab; die vermeidbaren Todesfälle bei Schwangerschaftstoxikosen, die besonders durch eine bessere Vorsorge unterbunden werden konnten, gingen zurück; Todesfälle durch Embolie, die sich nach dem damaligen Wissensstand dagegen kaum behandeln ließen, sanken dagegen weniger stark und gewannen bei den Ursachen an Bedeutung. Insgesamt gingen die als vermeidbar klassifizierten Todesfälle bis 1963 von 40 Prozent auf 34 Prozent zurück. Vgl. hierzu MINISTRY OF HEALTH, Report on Confidential Enquiries 1961–1963, S. 69 und oben Tabelle 25, S. 421.

³⁷⁰ MINISTRY OF HEALTH, Report on Confidential Enquiries 1958–1960, S. 48–50.

stand sehr schwer zu bekämpfen waren, konzentrierte sich das Memorandum auf die verbesserte Therapie der Schwangerschaftstoxikosen, in deren Gefolge es oftmals zu Totgeburten, einer hohen Sterblichkeit der Säuglinge und zu Müttersterblichkeit kam.³⁷¹ Diese Fälle wollte man nun durch eine besser durchgeführte, koordinierte Schwangerschaftsprophylaxe vermindern: „The early recognition of toxæmia depends upon a routine designed to detect the smallest deviation from the normal.“ Anzeichen waren meistens ein höherer Blutdruck, Ödeme, eine schnelle Gewichtszunahme und Eiweißausscheidung im Urin, alles Anhaltspunkte, die eigentlich bei Routinekontrollen erfaßt werden konnten. Bei zu hohem Blutdruck stieg der Anteil der Totgeburten erheblich: Auch dies konnte durch bessere Kontrolle verhindert und der Blutdruck der Schwangeren durch medikamentöse Therapie und gegebenenfalls Krankenhausaufenthalt gesenkt werden.

Once early toxæmia and other abnormalities have been recognised there are three essentials for a good service; a constant watch on all patients especially non-attenders; an adequate number of ante-natal beds so that treatment may be started as early as possible; and for the multi-para a good home help service so that the mother, whether resting at home or admitted to hospital, is not worried about her home and children.³⁷²

Infolge des Memorandums des Gesundheitsministeriums kam es in den meisten lokalen Gesundheitsbehörden zu Konferenzen der verschiedenen Zweige des *Maternity Services*, um eine bessere Koordination zu erreichen. In 23 von 141 LHAs, die dem Ministerium berichteten, führten die Treffen zu einer wesentlich verbesserten Zusammenarbeit zwischen niedergelassenen Ärzten und Hebammen. In diesen lokalen Gesundheitsbehörden wurden sogenannte Koordinations-Karten für die Patientinnen eingeführt, die in etwa den deutschen Mütterpässen entsprachen und deren Vorteile allgemein anerkannt waren. Dies galt besonders für die bei der Geburt anwesenden Ärzte und Hebammen, die sich mit Hilfe der Karte besser über Besonderheiten während der Schwangerschaft informieren konnten. In Birmingham, Bristol, Worcestershire, Ipswich und Wolverhampton waren beispielsweise Koordinations-Karten seit 1957 in Verwendung.³⁷³ In immerhin 11 LHAs besuchten die Hebammen die Vorsorgesprechstunden in der Praxis der niedergelassenen Ärzte, fünf stellten den *General Practitioners* Räume für ihre Vorsorgesprechstunden zur Verfügung

³⁷¹ Vgl. zur Definition von Toxaemia, Toxikosen S. 420; PRO, MH 58/694, Central Health Services Council, Ante-Natal Care related to Toxaemia, 22. 9. 1955. Zum Bezug von Säuglingssterblichkeit zu Schwangerschaftstoxikosen hieß es in dem Memorandum u. a.: „Little work has been done to relate the death of the child to maternal abnormalities. [...] It is known, however, that stillbirths and neonatal deaths or perinatal mortality are much higher among the babies of toxæmic mothers.“

³⁷² PRO, MH 58/694, Central Health Services Council, Ante-Natal Care related to Toxaemia, 22. 9. 1955.

³⁷³ PRO, MH 137/263, Vermerk über Maternity Services Cooperation Cards for Maternity Patients, April 1957.

und erreichten so eine bessere Zusammenarbeit.³⁷⁴ Die Verbesserungen blieben jedoch auf die 23 erwähnten Lokalverwaltungen beschränkt. In den anderen Regionen bewirkten die Anregungen und Direktiven des Ministeriums zunächst nur wenig.

Über diese Einzelinitiativen hinaus diskutierte man seit 1955 auch im Ministerium und im *Standing Maternity and Midwifery Advisory Committee*, dem ständigen Beratungsgremium des Gesundheitsministeriums für Schwangerenvorsorge und Geburtshilfe, generell die Einführung von Koordinations-Karten für Schwangerenvorsorge und Geburt.³⁷⁵ Die Schwangeren sollten die Karte bei sich tragen und beim Hausarzt und in den LHA-Sprechstunden die wichtigsten Daten darin festgehalten lassen. Ein Prototyp wurde 1957 vom *Standing Maternity and Midwifery Advisory Committee* genehmigt, die großbritannienweite Verteilung verzögerte sich jedoch bis Januar 1963.³⁷⁶

Gleichzeitig verschoben sich die Aufgaben der *Local Health Authorities*, wie dies schon bei Einführung des NHS von offizieller Seite anvisiert worden war.³⁷⁷ Man hatte begonnen, Schwangerschaftsgymnastik, Entspannungsübungen und Kurse in Säuglingspflege anzubieten. 1957 hatte sich dies bereits in vielen Gesundheitsbehörden durchgesetzt.³⁷⁸ Das Ministerium begrüßte diese Entwicklung:

Good ante-natal care should include sympathetic and helpful understanding of their problems; education should be given in general nutrition and hygiene, the function and meaning of labour pains, and the course of labour. In this way a healthy happy attitude towards childbearing is promoted. The role of the husband who can give intelligent help and understanding should not be overlooked.³⁷⁹

³⁷⁴ PRO, MH 133/408, Follow-Up Enquiry into Conferences on Ante-natal Care related to Toxaemia, Meeting Standing Advisory Committee Maternity and Child Welfare, 6. 3. 1959.

³⁷⁵ PRO, MH 133/401, Standing Maternity and Midwifery Advisory Committee, Meeting 17. 2. 1958; PRO, MH 137/185, Godber an Enid Russel-Smith, 18. 5. 1955; ähnliche Vorschläge finden sich aber bereits 1950 in einschlägigen Artikeln der Fachzeitschriften, vgl. LENNON, Views.

³⁷⁶ PRO, MH 137/263, Vermerk über Maternity Services Cooperation Cards for Maternity Patients, April 1957; PRO, MH 156/20 und PRO, MH 133/401, Standing Advisory Maternity and Midwifery Committee, Meeting 22. 7. 1960; 14. 9. 1960; September 1963.

³⁷⁷ PRO, MH 133/402, Entwurf Memorandum on the Normal Care of the Pregnant and Confined Women, Standing Maternity and Midwifery Advisory Committee, 1949. „The local authority clinics also have a place in the scheme. From the staff in attendance at the clinic, the mother will receive general and special health education, advice on diet during pregnancy preparation for motherhood etc.“, hieß es in diesem Memorandum.

³⁷⁸ PRO, MH 137/185, Memorandum Ante-natal Care, Juni 1955; PRO, MH 133/408, Follow-Up Enquiry into Conferences on Ante-natal Care Related to Toxaemia, Meeting Standing Advisory Committee Maternity and Child Welfare, 6. 3. 1959.

³⁷⁹ PRO, MH 137/185, Memorandum Ante-natal Care, Juni 1955. Interessant ist, daß in Großbritannien bereits 1957 die Ehemänner in die Überlegungen um die Schwangerenvorsorge einbezogen wurden. Von solchen Denkansätzen war man in Bundesrepublik noch weit entfernt.

Meistens war den LHAs ein „Mother’s Club“ angegliedert, in dem die Frauen Säuglingspflege, Kochen und Nähen lernen konnten. Gleichzeitig hörten in manchen Regionen die *Medical Officers* auf, die offiziellen Vorsorgesprechstunden zu halten und überließen diesen Bereich den Allgemeinärzten. Die Krankenhäuser konzentrierten sich zunehmend auf die rein medizinische Vorsorge. Das Ministerium kritisierte zwar, daß die Kliniken sich kaum mit der Schwangeren als Person auseinandersetzen würden; nach extrem langen Wartezeiten könnten die werdenden Mütter ihre Probleme in den überfüllten Vorsorgesprechstunde selten ansprechen.³⁸⁰ Aber letztlich tolerierte das Gesundheitsministerium die Aufteilung der Sphären und akzeptierte die Verschiebung der medizinischen Vorsorge hin zu Ärzten und Krankenhäusern.

Ein weiterer Versuch der Verbesserung des *Maternity Services* bestand darin, moderne *Maternity and Child Welfare Centres* in den örtlichen Gesundheitsbehörden einzurichten.³⁸¹ Allerdings war von Seiten des Staates und des Ministeriums kaum Geld vorhanden, um den Bau solcher Zentren zu unterstützen. Im Gesundheitsministerium wurden dennoch – allerdings sehr zögerlich – Pläne entwickelt, um die LHAs zu beraten. Die Zentren sollten grundsätzlich Sprechstunden für Schwangere, Babies und Kleinkinder, zahnärztliche Untersuchungen und die Verteilung von subventionierten Nahrungsmitteln in einem Haus vereinigen.³⁸² Die Initiative wurde jedoch im Ministerium wegen der schlechten Haushaltslage jahrelang verschleppt; außerdem erwies sich eine übergreifende Planung bei den unterschiedlichen Anforderungsprofilen der einzelnen LHAs als schwierig.

All diese Bemühungen um Verbesserung der Rahmenbedingungen und Koordination fruchteten kurzfristig wenig. Weiterhin blieb im *Maternity Service* umstritten, welche Ärzte nun auf die *Obstetric Lists* kommen und welche Standards dafür verpflichtend sein sollten. Die Besorgnis über die Zusammenarbeit der einzelnen Zweige des *Maternity Services* blieb bestehen.³⁸³

Das Ministerium beauftragte wegen dieser zahlreichen andauernden Probleme 1956 ein Komitee unter der Leitung von Earl Cranbrook, den gesamten Bereich zu untersuchen und Vorschläge für Verbesserungen einzubringen:

To advise what should be the content of the services required by a mother during pregnancy, confinement and lying-in, to review the present organisation of these services and

³⁸⁰ PRO, MH 137/185, Memorandum Ante-natal Care, Juni 1955.

³⁸¹ PRO, MH 134/80, Memorandum on the Siting, Accommodation, Equipment and Staffing of a Maternity and Child Welfare Centre April 1950; Minute Emery an Russel-Smith, 29. 1. 1954.

³⁸² PRO, MH 134/81, Memorandum on Planning of Local Health Authority Combined Maternity and Child Welfare and School Health Centres, 26. 1. 1960. Erst 1960 startete man einen neuen Anlauf, um verbindliche Anweisungen für Neubauten zu entwickeln.

³⁸³ PRO, MH 137/185, Memorandum Ante-natal Care, Juni 1955; PRO, MH 133/408, Follow-Up Enquiry into Conferences on Ante-natal Care Related to Toxaemia, Meeting Standing Advisory Committee Maternity and Child Welfare, 6. 3. 1959.

to make recommendations how these services can best be provided through the framework of the National Health Services.³⁸⁴

Säuglingsvorsorge wurde dabei bewußt ausgeklammert, da hier bei weitem nicht so große Probleme entstanden waren. Schon die Auswahl der Mitglieder des Komitees gestaltete sich aber schwierig. Zudem war man sich bereits vorher im klaren, daß man mit der BMA die größten Schwierigkeiten haben würde:

The difficulty will be to get a report which does not drive any organised section of the medical profession into opposition. If the report includes cut and dried recommendations for the administrative re-organisation of the present service, the BMA might quite possibly spend the next five years fighting it tooth and nail.³⁸⁵

Aus allen Bereichen des *Maternity Service*, von den örtlichen Gesundheitsbehörden, den GPs, den Krankenhäusern, den *Health Visitors*, den Hebammen und zahlreichen anderen Organisationen wurden schriftliche oder mündliche Berichte gehört, um sich ein umfassendes Bild der Probleme machen zu können.³⁸⁶ Auch aus anderen Staaten wurden Erfahrungen gesammelt; Berichte aus den Niederlanden, Dänemark, der UdSSR lagen dem Komitee vor.³⁸⁷ Besonders das niederländische System, das auf Hausgeburten (ca. 80 Prozent) setzte, den Hebammen eine wichtige Rolle zuwies und den Müttern über staatlich unterstützte, wohltätige Organisationen eine umfassende Hilfe zukommen ließ, wurde mit großem Interesse betrachtet.³⁸⁸ Das Gesundheitssystem der Bundesrepublik Deutschland wurde nicht in die Betrachtungen einbezogen, da hier in den 1950er Jahren kaum ein kohärentes Modell der Schwangerenbetreuung existierte.

Bei der Beurteilung des britischen *Maternity Service* waren sich die meisten Berichterstatter im wesentlichen einig, daß die dreigeteilte Organisation in Großbritannien grundsätzlich nichts Schlechtes sei. In Regionen, wo es eine ausreichende Koordination gebe, funktioniere alles gut.³⁸⁹ Auch das *Cran-*

³⁸⁴ PRO, MH 137/254, Russel-Smith an Secretary, 11. 2. 1956.

³⁸⁵ PRO, MH 137/254, Russel-Smith an Secretary, 11. 2. 1956.

³⁸⁶ PRO, MH 137/262, es sandten insgesamt 32 verschiedene Gruppen, darunter Berufsorganisationen aus allen Bereichen des Gesundheitswesens sowie Frauenvereine schriftliche Berichte ein.

³⁸⁷ PRO, MH 137/263, Maternity Service Committee, Circulated Papers, August 1957, Addendum 1 to RMSC/13, Appendix A to RMSC/20, Appendix C to Paper RMSC/30; PRO, MH 137/2578, Maternity Service in Russia, Bericht von Prof. Fraser Brockington.

³⁸⁸ PRO, MH 137/263, Addendum 1 to RMSC/13 Maternity Services in Holland, 1956. Interessant ist hier, daß man auch in der Bundesrepublik das System der Niederlande mit seiner lokalen Gesundheitsversorgung, die den Schwerpunkt auf eine Vorsorge durch Hebammen und Fürsorgerinnen, Hausgeburten und Pflege der Mütter zu Hause legte, mit Interesse wahrnahm. Letztlich gewann das System aber weder auf die englische noch auf die deutsche Entwicklung Einfluß. Vgl. zur Rezeption des niederländischen Systems in der Bundesrepublik oben, S. 432.

³⁸⁹ PRO, MH 137/262, Oral Evidence from the Executive Councils Association, 28. 2. 1957; anders allerdings ein Medical Officer of Health, der die Koordinierung des Maternity Services unter einer neuzuschaffenden Organisation befürwortete: PRO, MH 137/262, Oral Evidence from Dr. E.K. Macdonald, 9. 5. 1957.

brook Committee schloß sich dieser Einschätzung an; eine bessere Zusammenarbeit aller Zweige des *Maternity Service* wurde zur Steigerung der Qualität der Leistungen aber dringendst eingefordert.³⁹⁰

Die *Teaching Hospitals* befürworteten zu diesem Zweck eine Vereinigung aller Dienste unter Leitung der Krankenhausverwaltungen und wollten grundsätzlich auf die Verlegung der Geburten in die Krankenhäuser hinarbeiten.³⁹¹ Eine solche Zusammenlegung des *Maternity Service* wurde jedoch nicht nur im Ministerium, sondern auch von anderen zentralen Vereinigungen, wie der *Association of Hospital Management Committees* und dem *Central Board of Midwives*, als wenig erfolgversprechend eingeschätzt, weil dann wieder andere Probleme entstünden.³⁹² Vielmehr hielten die meisten Experten es für essentiell, daß die Fachkraft, bei der sich die Mutter zur Geburt anmeldete, also die Hebamme, der Krankenhausarzt oder der Allgemeinarzt, den Fortgang der *Antenatal-care* koordinieren und überwachen sollte.³⁹³ Die Hebammenorganisationen betonten, daß Kontinuität zwischen Vorsorge und Geburtshilfe herrschen sollte: Bei denselben medizinischen Betreuern, die letztlich ihr Kind zur Welt brachten, solle die Mutter auch Schwangerenvorsorge erhalten. Im Falle einer Klinikgeburt solle sie zur Vorsorge in die Ambulanz der Klinik gehen, bei einer Hausgeburt mit Hebamme in die LHA-Vorsorgesprechstunden, die nach Möglichkeit von dieser Hebamme geleitet werden sollten, bei einer Hausgeburt mit dem GP in Vorsorgesprechstunden, die entweder vom Arzt selbst oder in dessen Anwesenheit abgehalten wurden.³⁹⁴ Die Hebammen favorisierten eine Vorsorge für Schwangere im Team mit Hebammen, *Health Visitors* und GPs in den Räumen der örtlichen Gesundheitsbehörde oder in einer Gruppenpraxis.³⁹⁵ Das *Hospital Management Committee* wollte „normale Fälle“ unter Aufsicht des GPs und der Hebamme haben, Schwangerschaften mit Komplikationen sollten im Krankenhaus betreut werden.³⁹⁶

³⁹⁰ MINISTRY OF HEALTH, Report of the Committee on Maternity Services [Cranbrook Report] S. 75; 80–1; vgl. auch PRO, MH 55/2341, Maternity Services Committee Report, Programme of Action, 4. 3. 1959.

³⁹¹ PRO, MH 137/266, King's College Hospital, Memorandum on Maternity Service, 20. 11. 1956.

³⁹² PRO, MH 137/265, Maternity Services Committee, Circulated Evidence, Central Midwives Board Evidence, 22. 11. 1956; PRO, MH 137/266, Maternity Services Committee, Circulated Evidence, Memorandum of the Association of Hospital Management Committees, Februar 1957.

³⁹³ PRO, MH 137/265, Maternity Services Committee, Circulated Evidence, Central Midwives Board Evidence, 22. 11. 1956.

³⁹⁴ PRO, MH 137/262, Oral Evidence from the Association of Supervisors of Midwives, 22. 11. 1956; PRO, MH 137/265, Maternity Services Committee, Circulated Evidence, Central Midwives Board Evidence, November 1956.

³⁹⁵ Dasselbe strebten auch andere Vereinigungen an, vgl. PRO, MH 137/262, Oral Evidence from the National Baby Welfare Council, 14. 3. 1957.

³⁹⁶ PRO, MH 137/266, Maternity Services Committee, Circulated Evidence, Memorandum of the Association of Hospital Management Committees, Februar 1957.

Das *Cranbrook Committee* hielt insbesondere das Vorgehen in dem Ort Wolverhampton für nachahmenswert, über das der zuständige *Medical Officer of Health* dem Komitee berichtete. Dort hatte sich seit 1950 bei den Hausgeburten ein Prozedere durchgesetzt, das die Anstrengungen der Ärzte und der LHAs kombinierte.³⁹⁷ Wenn eine Schwangere zunächst zu ihrem Arzt ging, untersuchte sie dieser und schickte sie für die nächste Untersuchung zum *Medical Officer* in die Schwangerensprechstunde der LHAs. Gleichzeitig wurde eine Kooperationskarte an die Ambulanz der LHA geschickt, in der der GP angeben konnte, ob er die weiteren Zwischenuntersuchungen selbst durchführen wollte oder die Frau die Schwangerensprechstunden der örtlichen Gesundheitsbehörden aufsuchen sollte. In jedem Fall sah der Arzt die Patientin in der 36. Woche zu einer weiteren Untersuchung. Die Hebammen nahmen zusammen mit den *Medical Officers* die anderen Untersuchungen vor. Dieses Vorgehen sicherte den Schwangeren eine gut abgestimmte Vorsorge und verbesserte gleichzeitig die Zusammenarbeit bei der Geburt. Sowohl Ärzte als auch Hebammen und Patientinnen waren mit dieser Art der Kooperation in Wolverhampton sehr zufrieden.

Das *Cranbrook Committee* schloß sich schließlich folgenden Vorschlägen an: Die Dreiteilung sollte erhalten bleiben und ein eigenständiger Dienst für Schwangere und Mütter unter den LHAs ebenso wie der *Maternity Service* durch die GPs und die Krankenhäuser fortbestehen. Gleichzeitig sollte die Zusammenarbeit in der Schwangerenvorsorge durch Patientenkarten, gegenseitige Information und Koordination stark verbessert werden.³⁹⁸

Ein weiterer Problembereich, dem sich das *Cranbrook Committee* widmete, waren die Aufgaben und Leistungen der Allgemeinärzte in der Schwangerenvorsorge. Einerseits wurde die Kompetenzverschiebung zu Gunsten der Ärzte gutgeheißen. Andererseits nahm das Komitee die Kritik an der ärztlichen Qualifikation und der Durchführung der Vorsorge sehr ernst. Bei den Ärzten kamen verschiedene Probleme zusammen. Sie hatten seit 1948 unter dem NHS einen erheblichen finanziellen Anreiz, in der Geburtshilfe und Schwangerenvorsorge zu arbeiten. Deswegen bemühten sich auch vormals uninteressierte und wenig ausgebildete Ärzte verstärkt, Schwangere zu betreuen.³⁹⁹ Die Unzulänglichkeiten der GPs wurden nicht nur vom Ministerium und von den Hebammenorganisationen kritisiert, sondern auch von Amtsärzten und verschiedenen wohltätigen Organisationen, so zum Beispiel dem *National Baby*

³⁹⁷ PRO, MH 137/271, Maternity Services Committee, Medical Officer of Health Wolverhampton an das Ministry of Health, 17. 9. 1956, Cooperation in Domiciliary Midwifery: the Wolverhampton Scheme.

³⁹⁸ Report of the Maternity Services Committee, S. 84–5; PRO, MH 55/2341, Maternity Services Committee Report, Programme of Action, 4. 3. 1959. PRO, MH 55/2341, Maternity Services Committee Report, Programme of Action, 4. 3. 1959.

³⁹⁹ PRO, MH 137/262, Oral Evidence from the Association of Supervisors of Midwives, 22. 11. 1956.

Welfare Council, sehr deutlich gesehen.⁴⁰⁰ Die Anzahl der Vorsorgeuntersuchungen durch niedergelassene Ärzte sollte zudem besser kontrolliert werden. Bis 1957 gestalteten sich die Vorschriften für die GPs sehr lax. Die Ärzte waren lediglich dazu verpflichtet, zweimal während der Schwangerschaft zu untersuchen. Zwar mußten sie, um sich für die Bezahlung unter dem NHS zu qualifizieren, mehr als zwei Untersuchungen durchführen, eine vertragliche Bindung gab es jedoch nicht. Somit gab es gerade bei der Gruppe, die mittlerweile fast alle Schwangeren versorgte, große Mängel sowohl in der offiziellen Regelung als auch in der Praxis. Von den vom *Cranbrook Committee* befragten Interessengruppen wurde in der Regel folgender Standard gefordert: eine monatliche Untersuchung bis zum siebten Monat, dann vierzehntägige Untersuchungen bis zum achten Monat und danach wöchentlich, jeweils mit Gewichts-, Blutdruck- und Urinkontrolle. Dies alles sollte auf einer Patientenkarte festgehalten werden.⁴⁰¹

Im *Cranbrook Report* wurden wegen dieser Befunde neue Kriterien für die *Obstetric Lists* entwickelt, um die Ausbildung der GPs zu verbessern. Die Ärzte sollten mindestens ein halbes Jahr auf einer Geburtshilfe-Station in einem Krankenhaus gearbeitet haben oder eine ausreichende praktische Erfahrung vorweisen (Schwangerenvorsorge in 100 Fällen, Geburtshilfe in 50 Fällen).⁴⁰² Jährlich sollte dann der betreffende Arzt mindestens 20 komplette Fälle (mit Vor- und Nachsorge) bearbeiten, um auf der Liste zu bleiben. Gegen diese vom *Cranbrook Committee* aufgestellten Forderungen opponierte die BMA allerdings heftig, da dies die ärztliche Tätigkeit einschränke. Außerdem hatte der Bericht empfohlen, nur noch spezialisierten Ärzten eine Gebühr für *Maternity Services* zu zahlen, allen anderen nichts mehr.⁴⁰³ Dies wurde von der BMA gänzlich abgelehnt, sie forderte ihrerseits eine Erhöhung der Gebühren für die qualifizierten ebenso wie die nichtqualifizierten Ärzte.⁴⁰⁴ Die BMA vertrat den Standpunkt, daß jeder approbierte Arzt in der Lage sei, Schwangerenbetreuung und Geburtshilfe zu übernehmen und dafür keiner Zusatzqualifikation bedürfe.⁴⁰⁵

Daß der *Cranbrook Report* gleichzeitig die Verlagerung der Verantwortlichkeit für die Schwangerenvorsorge von den LHAs zu den Ärzten befürwortete, wurde von der BMA natürlich stark unterstützt. Das Komitee begründete dies vor allem mit der Art der Vorsorge für Schwangere, die sich mittlerweile auf Blutuntersuchungen, Blutdruckmessungen und andere medizinische Untersu-

⁴⁰⁰ PRO, MH 137/262, Oral Evidence from the National Baby Welfare Council, 14. 3. 1957 vgl. auch PRO, MH 137/262, Oral Evidence from Dr. E.K. Macdonald, 9. 5. 1957.

⁴⁰¹ PRO, MH 137/265, Maternity Services Committee Circulated Evidence, Medical Women's Federation Evidence.

⁴⁰² PRO, MH 137/187, Ministry of Health an BMA, 6.4. 1960.

⁴⁰³ PRO, MH 137/186, Minute an Deputy Secretary, 23. 7. 1959.

⁴⁰⁴ PRO, MH 137/186, Bourton an Miss Boys, 29. 9. 1959.

⁴⁰⁵ PRO, MH 137/186, Diskussion mit der BMA, 30. 10. 1959. Vgl dazu auch PRO, MH 137/186, Bericht an Deputy Secretary, 23. 7. 1959.

chungen konzentrierte, die eher zum Aufgabenbereich eines Arztes gehörte.⁴⁰⁶ Der *Medical Officer* sollte auch in den Schwangerenberatungsstellen der Gesundheitsbehörden nach und nach durch einen GP ersetzt werden.⁴⁰⁷ Die Ärzte hatten selbst schon früher darauf hingewiesen, daß die *Medical Officers* nie Geburten durchführten und deswegen keine Kontinuität zwischen Vorsorge und Geburtshilfe bestehen könne.⁴⁰⁸ Das *Cranbrook Committee* verband seine Empfehlung, den GPs mehr Aufgaben zuzuweisen, allerdings mit größeren Ansprüchen an die Ausbildung.⁴⁰⁹ Diese Verknüpfung wurde von der Ärzteschaft abgelehnt. Nur eine Minderheit der GPs war wie das Ministerium und das Expertengremium der Überzeugung,

that the BMA cannot reasonably expect to get the things that they like in the Cranbrook Report, e.g., increase in hospital beds manned by general practitioners [...] and gradual replacement of local authority medical officers by general practitioners [...] if they will not do anything to meet the recommendation of the Cranbrook Report on the question of the Obstetric List.⁴¹⁰

In den *Local Health Authorities* wurde die angestrebte Kompetenzverlagerung sehr kritisch gesehen. Die *Medical Officers* vor allem in den ländlichen Distrikten waren nicht davon überzeugt, daß die niedergelassenen Allgemeinärzte den neuen Funktionen gerecht werden könnten.⁴¹¹ In der Zeitschrift der *Medical Officers of Health* wurden die Kritikpunkte der Vertreter des öffentlichen Gesundheitswesens 1957 zusammengefaßt:

With the coming of the NHS, however, the democratic system gave full consideration to the economic desires of the largest group [the general practitioners] and in spite of lip service to the idea of the 'obstetric practitioner' with special experience a state of affairs arose in which virtually every doctor could claim a fee in respect of the ante-natal care of any of his female patients who became pregnant provided that he gave evidence that he had provided certain minimal attendance. During the past nine years attendance at local authority ante-natal clinics has dwindled and the great bulk of clinical ante-natal work is carried out by general practitioners. Some do it conscientiously and skilfully, some conscientiously but with limited skill, some perfunctorily, a minority collect their fees for what is little more than a cynical pretence of ante-natal supervision.⁴¹²

Übereinstimmung herrschte zwischen allen Parteien, daß die LHAs weiterhin Gesundheitserziehung für Mütter und zusätzlich Vorbereitungskurse für Schwangere, also ergänzende Kurse als *Education and Training Centre* anbie-

⁴⁰⁶ PRO, MH 137/186, Vermerk W.S. MacDonald, 31. 12. 1958.

⁴⁰⁷ PRO, MH 137/186, Diskussion mit der BMA, 30. 10. 1959; vgl. zur unter dem NHS marginalisierten Rolle der Hebammen auch OAKLEY, Womb, S. 143–4.

⁴⁰⁸ PRO, MH 137/ 267, Maternity Services Committee Circulated Evidence, Memorandum von C.F. Turner, GP in Cornwall.

⁴⁰⁹ PRO, MH 55/2341, Maternity Services Committee Report, Programme of Action, 4. 3. 1959.

⁴¹⁰ PRO, MH 55/2341, Minute an Dodds, 18. 6. 1959.

⁴¹¹ PRO, MH 137/ 257, Northamptonshire County Council Health Department an Miss Chamberlain, Ministry of Health, 21. 2. 1958.

⁴¹² KERSHAW, New Trends, S. 202–3.

ten sollten.⁴¹³ *Maternity Exercises* oder *Relaxation Classes* wurden bis Ende der 1950er Jahre in den meisten LHAs zu einem wichtigen Bestandteil der Schwangerenvorsorge.⁴¹⁴

Die Diskussion im *Cranbrook Committee* kreiste auch um die Frage der Krankenhaus- oder Hausgeburten. Als Gründe für die Müttersterblichkeit spielten unter anderem schwere Blutungen bei der Geburt eine Rolle. Diese waren im Krankenhaus durch Bluttransfusionen und Medikamente schnell in den Griff zu bekommen; bei Hausgeburten mußte dagegen ein Notfallwagen gerufen werden, oft war der Zustand der Frauen dann bereits zu instabil, um noch helfen zu können.⁴¹⁵ Eigentlich war es unter dem NHS anerkannte Politik in der Vorsorge, nach Möglichkeit medizinische Risikogeburten und Geburten unter schwierigen sozialen Bedingungen (z.B. schlechte, beengte Wohnsituation) stets in die Krankenhäuser zu verlegen.⁴¹⁶ Die Kliniken vergaben jedoch ihre Betten meist nach dem Prinzip „first come, first serve“, so daß für schwierige Fälle oft keine Betten mehr zur Verfügung standen, da die Nachfrage weit höher war als die Ausstattung mit Klinikbetten.⁴¹⁷ In der Praxis funktionierte die Verteilung nach Risikogruppen keineswegs.⁴¹⁸

Bis 1956 änderte sich an der Prozentzahl der Krankenhaushausgeburten praktisch nichts (von 1953 bis 1956 stets zwischen 64,1 und 64,8 Prozent). Dies hing mit der schlechten finanziellen Lage der Krankenhäuser zusammen, die ihre Bettenzahl kaum ausbauen konnten.⁴¹⁹ Nach 1956 stieg die Geburtenzahl insgesamt stark an, der Prozentsatz der Klinik- und Hausgeburten blieb jedoch weiterhin bei etwa 65 bzw. 35 Prozent.⁴²⁰ Im *Cranbrook Report* wurde schließlich empfohlen, den Prozentsatz leicht zu steigern und Krankenhausbetten für

⁴¹³ PRO, MH 137/ 257, Northamptonshire County Council Health Department an Miss Chamberlain, Ministry of Health, 21. 2. 1958; KERSHAW, *New Trends*, S. 203.

⁴¹⁴ RODWAY, *Education*, S. 545.

⁴¹⁵ PRO, MH 137/257, Prof. Jeffcoate an Mr. Malkin, 24.2.58.

⁴¹⁶ PRO, MH 133/404, Standing Maternity and Midwifery Advisory Committee, *The Selection of Maternity Cases for Admission to Hospital*, Memorandum by the Ministry of Health, 1951.

⁴¹⁷ Dies lag auch daran, daß im NHS bei einer Geburt im Krankenhaus für die Mutter keinerlei Kosten entstanden, während bei einer Hausgeburt Kosten für Verpflegung, Wäsche, Ausrüstung etc. anfielen, die der NHS nicht übernahm; PRO, MH 133/404, Standing Maternity and Midwifery Advisory Committee, *The Selection of Maternity Cases for Admission to Hospital*, Memorandum by the Ministry of Health, 1951.

⁴¹⁸ Vgl. hierzu auch eine vom Ministry of Health angeregte Untersuchung über die Zulassungsbedingungen bei Schwangeren, CHAMBERLAIN, *Hospital*; vgl. zur tatsächlichen Verteilung der Geburten PRO, MH 137/ 257, Minute Taylor an Butler, 22. 10. 1956.

⁴¹⁹ PRO, MH 137/263, Maternity Services Committee Circulated Papers, *Effect of the Increased Number of Births in Hospital in Relation to the Number of Maternity Beds*, 17. 12. 1957. Die Steigerung der tatsächlichen Anzahl der Klinikgeburten zwischen 1955 und 1956 um 20 000 (wegen steigender Geburtenzahl) wurde mit Hilfe eines verkürzten Aufenthalts der Mütter in den Kliniken erreicht, da die Anzahl der Betten im wesentlichen zwischen 1953 und 1956 gleich blieb.

⁴²⁰ MINISTRY OF HEALTH, *The Development of Community Care*, S. 5–7.

ca. 70 Prozent der Schwangeren zur Verfügung zu stellen, um auch solchen Problemen abzuhelpfen. Der Trend zur Krankenhausgeburt und zur Vorsorge beim Arzt wurden also im Bericht des Komitees unterstützt.⁴²¹

Das Ministerium versuchte nach der Veröffentlichung des *Cranbrook Reports* im Jahr 1959 zunächst, die Forderungen hinsichtlich der Ausbildung der Ärzte umzusetzen. Zumindest über die Frage der Bezahlung der Ärzte für den *Maternity Service* wollte das Gesundheitsministerium Druck auf die BMA ausüben, um die Empfehlungen des Berichts umzusetzen.⁴²² Die Auseinandersetzungen mit der BMA blieben schwierig. Die Auswahl der Ärzte für die Schwangerenvorsorge und Geburtshilfe wies weiterhin von Region zu Region große Unterschiede auf.⁴²³ Ende der 1950er Jahre wurden zumindest Auffrischkurse für Ärzte eingerichtet, in denen sie ihre Kenntnisse in Geburtshilfe und Schwangerenvorsorge vertiefen konnten.⁴²⁴ Die Bedingungen für die Aufnahme in die *Obstetric List* wurden im Laufe der Diskussionen mit der BMA wieder abgeschwächt: Entweder hatte der Arzt eine sechsmonatige Assistenz in einer Geburtshilfestation während der letzten zehn Jahre abgeleistet oder einen Auffrischkurs besucht; er konnte sich aber auch nur durch praktische Arbeit qualifizieren. Dies entsprach zwar nicht mehr den ursprünglich strengeren Vorschlägen des *Cranbrook Committee*, half aber, dennoch eine *Obstetric List* mit minimalen Anforderungen aufrecht zu erhalten. Dafür wurden nun auch – wie von der BMA schon lange gefordert – die Gebühren für diese Leistungen angehoben.⁴²⁵

Das Gesundheitsministerium erließ schließlich 1960 umfassende neue Vorschriften für die Schwangerenvorsorge: GPs sollten nun die Schwangeren während der Schwangerschaft mindestens fünfmal untersuchen, bei der Geburt, Komplikationen oder bei langandauernden Wehen immer zur Verfügung stehen und die Mutter und ihr Neugeborenes mindestens zwei Wochen nach der Geburt betreuen.⁴²⁶ Schon bei der ersten Untersuchung waren nun Blutdruck und Gewicht zu überprüfen, sowie eine Urin- und Blutuntersuchung vorzunehmen. Die Vorschriften für die nachfolgenden Vorsorgeuntersuchungen waren ebenfalls detailliert; besondere Aufmerksamkeit wurde auf eine rechtzeitige Diagnose gelegt, um einer Eklampsie oder Toxaemie vorzubeugen.⁴²⁷

⁴²¹ PRO, MH 55/2341, Maternity Services Committee Report, Programme of Action, 4. 3. 1959.

⁴²² PRO, MH 137/186, Minute an Dodds, 23. 6. 1959.

⁴²³ PRO, MH 137/254, Ausschnitt aus Sunday Dispatch, 25. 1. 1959.

⁴²⁴ PRO, MH 137/187, Vermerk Refresher Courses for GPs, 15. 3. 1960.

⁴²⁵ PRO, MH 137/189, Circular Maternity Medical Services Nr. 81, 1960. Es bekamen aber auch Ärzte, die nicht auf der *Obstetric List* standen, eine Gebühr für die Betreuung von Geburt und Schwangerschaft. Diese Regelung hatte eigentlich aufgehoben werden sollen, war aber am Widerstand der BMA gescheitert.

⁴²⁶ PRO, MH 137/189, Circular Maternity Medical Services Nr. 81, 1960.

⁴²⁷ PRO, MH 137/189, Circular Maternity Medical Services Nr. 81, 1960, Enclosure Memorandum on Maternal Care under the Maternity Medical Services.

Auch nach dieser Neuregelung gab es weiterhin Probleme mit der BMA. Die Ärzte hatten vor allem Bedenken wegen der verpflichtenden fünf Besuche nach der Geburt; viele sahen sich außerstande, dem nachzukommen.⁴²⁸ Das Verhalten der Ärzte stieß in der Öffentlichkeit nur noch auf wenig Zustimmung. In einem Kommentar der *Times* hieß es im Februar 1962:

The fuss which GPs have been making about the new maternity service regulations is a symptom of the keenness of professional sensibilities in a nationalised health service especially to any hint of bureaucratic efforts to teach doctors their business. [...] After all although in 1959 the Cranbrook Committee felt the complicated tripartite structure of the maternity services should be retained they took a by no means lenient view of general practice in obstetrics. [...] They therefore wanted the list of obstetric general practitioners revised, laying down strict minimum standards for admission to this list and once there for staying on it. Those on the list were to be better paid, but anyone who had not qualified was no longer to receive extra fees at all. [...] Instead of all this happening increased fees in return for increased service for both those on and those outside the obstetric list were wrapped in the package deal which followed the Pilkington report.⁴²⁹

Die Streitereien zwischen BMA und Ministerium gingen dennoch weiter. Die BMA lehnte auch die anderen detaillierten Vorschriften ab und forderte eine größere Entscheidungsfreiheit des Arztes. Im Ministerium wollte man dagegen Mindeststandards bei der Behandlung festlegen, um so auch eine rechtlich abgesicherte Position gegenüber den Ärzten zu halten.⁴³⁰ Bei der Bezahlung favorisierten die Ärzte eine Berechnung der Gebühren pro Untersuchung, um auch bei einer unvollständigen Betreuung eine angemessene Entlohnung zu erhalten. Das Ministerium verfolgte jedoch das Ziel, den Schwangeren eine möglichst umfassende Versorgung zu bieten und wollte nur die Gesamtgebühr bezahlen, wenn die Ärzte tatsächlich das ganze Vor- und Nachsorgeprogramm durchgeführt hatten.⁴³¹ Erneut gab das Ministerium in vielen Punkten der starken Lobby der Ärzte nach und verzichtete letztlich auf genaue Vorschriften hinsichtlich der Zahl und des Umfangs der Untersuchungen.⁴³²

⁴²⁸ PRO, MH 137/189, Croft an Nodder, 21. 4. 1961.

⁴²⁹ PRO, MH 137/191, Ausschnitt aus der *Times*, 26. 2. 1962, Maternity Doctors. Der Pilkington Report war ein Bericht der Royal Commission on Doctors and Dentists Remuneration unter Vorsitz von Sir Henry Pilkington, der den Ärzten eine erhebliche Erhöhung ihrer Gehälter zusprach. Vgl. Pilkington Report.

⁴³⁰ PRO, MH 137/191, Note of a Meeting on Maternity Medical Services between the Representatives of the General Medical Services Committee of the BMA and the Department, 14. 2. 1962.

⁴³¹ PRO, MH 137/191, Note of a Meeting on Maternity Medical Services between the Representatives of the General Medical Services Committee of the BMA and the Department, 14. 2. 1962.

⁴³² PRO, MH 137/192, Circular ECN 410, Oktober 1962: „A practitioner who has arranged to provide maternity medical services for a person shall be responsible for arranging that the person receives all necessary medical services during pregnancy, confinement and the post-natal period from the date on which he accepts her application to receive maternity medical services.“

Gleichzeitig bemühte sich das Ministerium, dem im *Cranbrook Report* geforderten Ausbau der Krankenhausbetten nachzukommen. 70 Prozent aller Geburten sollten im Krankenhaus stattfinden und für 20–25 Prozent der Schwangeren Betten zur Verfügung stehen, um gerade bei Schwangerschaftstoxikosen die werdenden Mütter angemessen behandeln zu können (Bettruhe, Infusionen etc.).⁴³³ Der NHS stand jedoch in den 1950er Jahren unter enormen finanziellem Druck und war nicht in der Lage, seine Ausgaben so zu steigern, um die für eine große Zahl neuer Klinikbetten notwendigen Investitionen aufzubringen. Im Gesundheitsministerium wie im Finanzministerium hoffte man, den Anforderungen des *Cranbrook Reports* durch Umorganisation der Krankenhausbetten sowie durch eine verkürzte Liegezeit der Mütter im Krankenhaus nach der Geburt zu genügen.⁴³⁴ Im sogenannten *Bradford Maternity Scheme* wurde beispielsweise seit 1958 ein Teil der Mütter schon am zweiten Tag nach der Geburt entlassen, um ausreichend Betten für schwangere Patientinnen zu gewinnen.⁴³⁵ Dies hielten die Medizinalbeamten im Gesundheitsministerium für eine gangbare Lösung.⁴³⁶ Daß die Zeit in der Klinik nach der Geburt drastisch verkürzt und die Nachsorge den lokalen Hebammen übertragen wurde, belastete aber wiederum die Hebammen im häuslichen Gesundheitsdienst stark.⁴³⁷

Die niedergelassenen Ärzte konnten schließlich in den folgenden Jahren einen großen Teil der Schwangerenvorsorge übernehmen. Sie hielten auch, wie das *Cranbrook Committee* empfohlen hatte, zunehmend die Sprechstunden für Schwangere in den LHAs ab, ohne daß dies an die vom Komitee empfohlenen Bedingungen zur *Obstetric List* geknüpft war.⁴³⁸ In manchen lokalen Gesundheitsbehörden teilten sich nun die niedergelassenen Ärzte und die *Medical Officers* die Räume, um ihre Vorsorgesprechstunden abzuhalten.⁴³⁹ Mit weiteren Forderungen nach Mindeststandards der *Obstetric Lists* hielt man sich im Ministerium extrem zurück und hoffte letztlich auf eine Selbstbeschränkung der GPs:

In all the circumstances it has seemed better to wait for the effects of our efforts to upgrade the standard of ante-natal and maternity care [...] and to hope that general practitioners not willing to qualify themselves for admission to the obstetric list might ultimately give up obstetrics, possibly before the lists are reviewed in five years' time.⁴⁴⁰

⁴³³ PRO, MH 55/2341, Maternity Services Committee Report, Programme of Action, 4. 3. 1959.

⁴³⁴ PRO, MH 55/2341, Treasury an Ministry of Health, 22. 4. 1959.

⁴³⁵ PRO, MH 55/2348, Auszug aus Medical Officer, S. 9, 5. 1. 1962.

⁴³⁶ Vgl. PRO, MH 55/2348, passim.

⁴³⁷ MINISTRY OF HEALTH, The Development of Community Care, S. 5–7.

⁴³⁸ Vgl. PRO, MH 55/2342, Minute an Mr. Nodder und Dr. Taylor, 9. 3. 1961.

⁴³⁹ PRO, MH 55/2342, Minute an Williamson, 8. 8. 1962, mit Entwurf eines Briefes an Dr. Stewart, County Medical Officer of Health, Chelmsford. In anderen Regionen, wie in Essex, wurde jedoch den GPs das Abhalten ihrer Sprechstunden in den LHAs noch verweigert, vgl. PRO, MH 55/2342, Minute an Nodder und Dr. Taylor 9. 3. 1961.

⁴⁴⁰ PRO, MH 55/2342, Minute an Williamson vom 8. 8. 1962.

Der Trend ging so ganz deutlich zur Schwangerenvorsorge durch niedergelassene Ärzte. Auch die *Obstetric List* hatte sich – in sehr abgeschwächter Form – durchgesetzt. 1961 wurden 97 Prozent der Schwangerschaften und Geburten durch GPs betreut, die auf der *Obstetric List* standen. Gleichzeitig befanden sich aber 80 Prozent aller GPs in Großbritannien auf dieser Liste, was eigentlich nicht im Sinne der Empfehlungen des *Cranbrook Reports* und des Ministeriums gewesen war.⁴⁴¹ In den 1960er Jahren übernahmen sie den Großteil der Betreuung aller Schwangeren: Auch bei einer Klinikgeburt war ein Teil der Vorsorge und Nachsorge für die Schwangeren Aufgabe des Allgemeinarztes – zusammen mit den von der LHA angestellten Hebammen. Währenddessen setzte sich die Klinikgeburt noch stärker durch. Deswegen wurde nun die Abstimmung zwischen der Klinik und der Prophylaxe der GPs komplizierter. Auch hier drehte sich der Streit insbesondere um die an die Ärzte zu zahlenden Gebühren, wenn das Krankenhaus, in dem die Geburt stattfand, einen Teil der Vorsorge übernahm.⁴⁴²

Nimmt man die weitere Entwicklung in den Blick, so ging im Gegensatz zur Bundesrepublik Deutschland die Schwangerenvorsorge Anfang der 1970er Jahre endgültig auf die Ambulanzen der Krankenhäuser über, wo sie dann verblieb.⁴⁴³ Der lange Streit um die Durchführung der Schwangerenvorsorge zwischen lokalen Gesundheitsbehörden und niedergelassenen Allgemeinärzten, der die 1950er und die erste Hälfte der 1960er Jahre bestimmt hatte, war somit gegenstandslos geworden.

4.4.2 Schwangerenvorsorge – Praxis

Vor der Einführung des NHS hatten in der Praxis stets die Hebammen große Teile der Schwangerenvorsorge geleistet, ob sich die Mutter nun für die Geburt im Krankenhaus, beim GP oder bei der Hebamme – wie die meisten Frauen – vorgemerkt hatte.⁴⁴⁴ Die Hebammen, die seit 1936 von den lokalen Gesundheitsbehörden angestellt waren, besuchten die Mütter zu Hause und waren meist bei den LHA-Vorsorgesprechstunden der Amtsärzte anwesend. Der *Maternity Service* wurde also im wesentlichen über die örtlichen Gesundheitsbehörden abgewickelt.⁴⁴⁵ Nach der Einführung des NHS meldeten sich nun viele Mütter für die Geburten bei Ärzten und in der Klinik, weil auch dies vom NHS

⁴⁴¹ MINISTRY OF HEALTH, *Development of Community Care*, S. 5–6.

⁴⁴² PRO, MH 137/182, South Worcestershire Hospital Management Committee an Royal College of Obstetricians and Gynaecologists, 17. 4. 1962.

⁴⁴³ OAKLEY, *Womb*, S. 144–5.

⁴⁴⁴ PRO, MH 137/270, Maternity Services Committee, Evidence from the Queen's Institute of District Nursing, 2. 10. 1956. Vgl. auch MH 133/402, Standing Maternity and Midwifery Advisory Committee, *The Domiciliary Midwifery Service*, 1949.

⁴⁴⁵ PRO, MH 133/402, Standing Maternity and Midwifery Advisory Committee, *The Domiciliary Midwifery Service*, 1949.

bezahlt wurde. GPs hielten daraufhin selbst Schwangerenvorsorge und unterrichteten die Hebammen oftmals nur noch unzureichend über die werdenden Mütter.

In cases where the doctor has said he will give ante-natal care the midwife is not encouraged to see the mother as often as formerly and sometimes she does not hear of the cases until late in pregnancy in some areas mothers do not have blood tests or a chest X-ray as the GP does not as a rule arrange for these. They also lack relaxation and mothercraft task and instruction on preparation for breast feeding. They often do not get to know well the midwife during the ante-natal period. [...] Yet in the large majority of cases the midwife attends the mother during her confinement at home with no doctor present especially if this occurs during the night. She knows less about their patients than she did formerly and finds that there have been gaps in the mothers' ante-natal care.⁴⁴⁶

Für die Schwangeren waren die aufgeteilten Zuständigkeiten zwischen Hebammen und niedergelassenen Ärzten problematisch. Mitunter wußten die Frauen selbst nicht, ob sie sich nun für ihre Geburt bei einer Hebamme oder bei einem Arzt vorgemerkt hatten, ähnliche Verwirrungen gab es bei der Vorsorge.⁴⁴⁷ Bei Hausgeburten entstanden dadurch große Probleme für die Mütter, insbesondere in ländlichen Regionen. Aus Middlesborough wurde 1958 berichtet, daß die Schwangeren nur sehr unregelmäßige Vorsorge erhielten, einige von den Hebammen, andere von den GPs. Der Informationsfluß zwischen den einzelnen Protagonisten war, wie schon im vorigen Abschnitt beschrieben wurde, schlecht.⁴⁴⁸ Gesundheitserziehung für Mütter und andere Schwangerschaftsvorbereitungskurse in den LHAs fielen zudem in der Praxis oft aus, weil nicht genügend eigenes Personal vorhanden war und die niedergelassenen Ärzte aus Zeitmangel keine Kurse übernehmen wollten.⁴⁴⁹

Auch Krankenhäuser boten mitunter Vorsorgesprechstunden- und untersuchungen an. Außerhalb des Ballungsraums London war dieses Angebot jedoch selten ausreichend. Die Kliniken richteten kaum Kurse für Geburtsvorbereitung und für Säuglingspflege ein, nur in Einzelfällen übernahmen dies im Krankenhaus angestellte Hebammen. Für solche Kurse mußten sich die Schwangeren fast überall in England und Wales in die Sprechstunden der *Local Health Authorities* begeben.⁴⁵⁰ Zwischen Krankenhäusern und lokalen Gesundheitsbehörden fehlte ebenfalls eine ausreichende Abstimmung.

Aus welchen Maßnahmen setzte sich damals die Vorsorge zusammen? 1949 waren gynäkologische Untersuchungen beim ersten Arztbesuch sowie in der

⁴⁴⁶ PRO, MH 137/270, Maternity Services Committee, Evidence from the Queen's Institute of District Nursing, 2. 10. 1956.

⁴⁴⁷ PRO, MH 137/262, Oral Evidence from the Association of Supervisors of Midwives, 22. 11. 1956.

⁴⁴⁸ PRO, MH 137/257, Eric C. Downer Medical Officer of Health, Middlesborough, an Dr. Chamberlain, Ministry of Health, 29. 1. 1958.

⁴⁴⁹ PRO, MH 137/257, Eric C. Downer Medical Officer of Health, Middlesborough, an Dr. Chamberlain, Ministry of Health, 29. 1. 1958.

⁴⁵⁰ PRO, MH 137/262, Oral Evidence from the Association of Supervisors of Midwives, 22. 11. 1956.

36. Woche der Schwangerschaft vorgesehen. Diese sollten entweder bei einem Spezialisten im Krankenhaus oder beim eigenen Hausarzt stattfinden.⁴⁵¹ Bei dem ersten Besuch sollten alle Abnormalitäten festgestellt und, wenn nötig, eine Geburt im Krankenhaus empfohlen werden. Die zweite Untersuchung in der 36. Woche erwies sich oft als zu spät, da die Mütter schon vorher Frühgeburten gehabt oder Schwangerschaftstoxikose vor der 36. Woche entwickelt hatten. 1955 wurde infolgedessen eine weitere gynäkologische Untersuchung in der 32. Woche empfohlen. Die Hebammen oder die niedergelassenen Ärzte, die die Frauen zwischen diesen vorgeschriebenen Untersuchungen betreuten, sollten die Schwangeren am besten jeden Monat sehen und ab der 28. Woche 14-tägig. Sie sollten dabei Blutdruck und Gewicht der Schwangeren überwachen.⁴⁵² Die Ärzte und Fachärzte wurden überdies stets vom Ministerium dazu gedrängt, die Schwangeren öfter zu untersuchen als verpflichtend vorgeschrieben.

Innerhalb der geteilten Zuständigkeiten war eine personelle Kontinuität zwischen Vorsorge und Geburtshilfe für die werdenden Mütter nur selten gegeben. Dieser Mangel wurde von zahlreichen Frauen als äußerst problematisch empfunden. In vielen Fällen gingen die Schwangeren in Vorsorgesprechstunden der LHAs, die von *Medical Officers* oder Ärzten geleitet wurden, zur Geburt suchten sie jedoch eine Klinik auf.⁴⁵³ Dies konnte für die Patientinnen zu sehr gefährlichen Situationen führen:

My wife was only examined three times by the nurse and once by the doctor before the expected birth date. When the baby was overdue and she went to the doctor he then decided that she was going to have twins and this belief was shared by the midwife when she herself made a further examination. Such a late diagnosis could hardly fail to disturb even the most equable mother [...] and could be surely avoided by thorough and regular pre-natal examinations. In our case such was the lack of co-operation between doctor and hospital X-ray department [...]. The x-ray in fact showed no twins but that the baby was lying in a similar position to that taken by our first child.⁴⁵⁴

Die Schwierigkeiten der werdenden Mutter gingen in diesem Fall bei der Geburt weiter, da trotz der ungewöhnlichen Lage des Kindes der Arzt zunächst nicht bei der Geburt anwesend war.⁴⁵⁵ Den Wechsel der Betreuungspersonen, gerade wenn die Vorsorge in Kliniken oder LHAs stattfand, empfanden die werdenden Mütter als sehr belastend:

⁴⁵¹ PRO, MH 133/402 Standing Maternity and Midwifery Advisory Committee, The Domiciliary Midwifery Service, 1949.

⁴⁵² PRO, MH 137/185, Memorandum Ante-natal Care, Juni 1955.

⁴⁵³ PRO, MH 137/262, Oral Evidence from the Association of Supervisors of Midwives, 22. 11. 1956.

⁴⁵⁴ PRO, MH 137/267, Maternity Services Committee Evidence, C.N. Burkett, Bershire, an Maternity Services Committee, 27. 9. 1956.

⁴⁵⁵ Vgl. zu den fehlerhaften Einschätzungen hinsichtlich der Schwierigkeiten bei der Geburt durch General Practitioners, die dann zu nachträglichen Krankenhauseinlieferungen und Komplikationen führten, auch CHAMBERLAIN, Ante-natal Care.

Never in the whole of my pregnancy did I see the same doctor twice – what you really want is to have at the most two people you know – the doctor and the midwife (whether domiciliary or hospital) to see you through to the end, with chances to see a specialist if needed.⁴⁵⁶

Viele Schwangere bevorzugten deswegen die GPs bei den Vorsorgeuntersuchungen, da sie mit ihnen ein vertrauterer Verhältnis hatten als mit einer unpersönlichen, wechselnden Belegschaft in Krankenhäusern und in den Sprechstunden der lokalen Gesundheitsbehörden.⁴⁵⁷ Große Probleme bereiteten den Müttern außerdem die langen Wartezeiten in den Sprechstunden der LHAs:

70–85 mothers waited in one room with not enough chairs for all – you wouldn't even slip out of the queue for a cup of tea however long the wait, for fear you were counted out, *oder* Appointments are a shame. Count how many have 9.30 for their appointment – when clinic did not start until 10.15. [...] Clinic waiting time notoriously bad – 2 hour wait for 5 minutes examination.⁴⁵⁸

Betreuungsangebote für Geschwisterkinder gab es kaum, so daß viele Mütter wegen der in dieser Zeit unbetreuten älteren Kinder nicht an den von den LHAs angebotenen Geburtsvorbereitungskursen teilnehmen konnten.⁴⁵⁹

Schwangere, die ihre Vorsorge ganz bei den Hausärzten durchführen ließen, stießen dagegen auf höchst unterschiedliche Standards. Manche Ärzte waren sehr engagiert, aber nur ca. 50 Prozent der Allgemeinärzte nahmen nach einer Untersuchung des *Baby Welfare Councils* von 1957 überhaupt Blutproben von den Schwangeren, während dies in Krankenhäusern und Sprechstunden der LHA durchwegs geleistet wurde.⁴⁶⁰ GPs, die ihre eigenen Vorsorge-Sprechstunden hielten, waren zum Beispiel in Leicester nicht bereit, mit den LHAs zusammenzuarbeiten und die Hebammen der lokalen Gesundheitsbehörde an ihren Sprechstunden zu beteiligen, so daß es dort erneut zu Koordinationsproblemen kam.⁴⁶¹ Am schlechtesten gestaltete sich die Schwangerenvorsorge für die Frauen, die sich in den sogenannten *General Practitioner Units* und den *Private Nursing Homes* für die Geburt angemeldet hatten. Jene verfügten meist über einige Belegbetten, in denen niedergelassene Ärzte Patienten betreuen konnten, aber keine dauernde Betreuung durch einen Arzt gewährleistet war. Eine Hebammenorganisation berichtete 1956:

The witnesses said there was a great shortage of midwives at these units and that all kinds of other help was used. Some might be State Registered Nurses or have some nursing ex-

⁴⁵⁶ PRO, MH 137/266, National Assembly of Women, Memorandum submitted to the Government Committee of Inquiry into the Maternity Services.

⁴⁵⁷ PRO, MH 137/274, Maternity Services Committee, Evidence from the Mother's Union, 23. 10. 1956.

⁴⁵⁸ PRO, MH 137/266, National Assembly of Women, Memorandum submitted to the Government Committee of Inquiry into the Maternity Services.

⁴⁵⁹ PRO, MH 137/266, National Assembly of Women, Memorandum submitted to the Government Committee of Inquiry into the Maternity Services.

⁴⁶⁰ PRO, MH 137/ 262, Oral Evidence from the National Baby Welfare Council, 14. 3. 1957.

⁴⁶¹ PRO, MH 137/262, Oral Evidence from Dr. E.K. Macdonald, 9. 5. 1957.

perience, but many were quite unqualified. The patients frequently had to be delivered by the midwives because the General Practitioners simply did not turn up. The patients were often not seen by the midwives before they were in labour and arrived at the unit, and often they had no antenatal care of any kind. At a few units it was a condition of booking that the patients should go and see the midwife there once or twice during pregnancy but even then there was no standard of antenatal work. It often happened that patients did not have blood tests and even if they did the doctor was not available and nobody knew the result of the test. The patients rarely had X-rays.⁴⁶²

Neben der Verlagerung der Vorsorge zum niedergelassenen Arzt, die von vielen Schwangeren wegen der persönlicheren Betreuung gern angenommen wurde, gingen werdende Mütter nun auch zunehmend in die Vorsorgesprechstunden der Krankenhäuser, wenn sie ihre Kinder dort zur Welt brachten. Hier waren die Gründe wohl, daß die Mütter die Klinikvorsorge als professionell empfanden und den hohen medizinischen Standard in den Krankenhäusern bevorzugten.⁴⁶³ Die Vorsorge in Kliniken und bei Ärzten erschien offenbar vielen Mütter als attraktive Alternative zu den lokalen Gesundheitsbehörden.⁴⁶⁴ Die steigenden Zahlen für die Vorsorge bei GPs hingen auch damit zusammen, daß viele Schwangere, wenn sie eine Hausgeburt haben wollten, mittlerweile einen Arzt *und* eine Hebamme buchten. 1953 waren dies über zwei Drittel aller Schwangeren, der Rest verständigte nur die Hebamme. Bis 1961 hatte sich die Zahlen erneut geändert: Nun meldeten sich 90 Prozent der werdenden Mütter, die ihr Kind zu Hause bekommen wollten, nur bei einem niedergelassenen Arzt an und nahmen dann auch dessen Vorsorgeangebot wahr.⁴⁶⁵ Die Besuchszahlen der Local Health Authorities gingen währenddessen zurück:

Tabelle 32: Anzahl der Besuche in den Schwangerenberatungsstellen der LHAs und von Voluntary Organisations in England und Wales⁴⁶⁶

<i>Jahr</i>	Anzahl der Besuche
1949	1 750 000
1950	1 589 000
1951	1 491 000
1952	1 410 000
1953	1 503 000
1954	1 458 000
1955	1 388 000

⁴⁶² PRO, MH 137/262, Oral Evidence from the Association of Supervisors of Midwives, 22. 11. 1956.

⁴⁶³ Vgl. auch PRO, MH 137/262, Oral Evidence from Dr. E.K. Macdonald, 9. 5. 1957.

⁴⁶⁴ PRO, MH 137/265, Maternity Services Committee Circulated Evidence, J.C. Miller, Consultant Obstetrician and Gynaecologist Mayday Hospital Croydon.

⁴⁶⁵ MINISTRY OF HEALTH; Development of Community Care, S. 6.

⁴⁶⁶ PRO, MH 137/263, Maternity Services Committee Circulated Papers, Figures of Attendances of Ante-natal Clinics, 28. 11. 1956.

Diese Zahlen bestätigten auch Berichte der Hebammenorganisationen:

The witnesses all reported that in their own areas attendances at local authority clinics were dwindling. In so far as ante-natal care was not undertaken by hospitals, more and more was being done by General Practitioners and arrangements were being made for midwives to offer their services in the doctor's surgeries. They thought however that where schemes of this kind were in operation the women were not getting the health teaching they would get in clinics. Moreover it had become necessary in order to make up for the lack of teaching in clinics, to hold relaxation classes in church halls or any other accommodation they could find.⁴⁶⁷

Die Versorgung mit speziellen Nahrungsmittelzuteilungen für Schwangere verblieb bei den lokalen Behörden. Während der Schwangerschaft waren die Mütter in Großbritannien weiterhin – wie zu Kriegszeiten eingeführt – dazu berechtigt, sogenannte *Welfare Foods* zu beziehen.⁴⁶⁸ Wenn die Mütter ihre Schwangerschaft von einem Arzt bestätigen ließen, erhielten sie mit dieser Bestätigung vom lokalen Büro des *Ministry of National Insurance* ein Heft mit Marken für Milch und Vitaminergänzungspräparate. Mütter bekamen täglich Milch zu einem niedrigen Preis sowie Vitamin-A-und-D-Tabletten oder Lebertran umsonst. Ausgegeben wurden die Vitamine in den lokalen Gesundheitsbehörden, die Milchmarken nahmen die örtlichen Milchmänner an und belieferten die Mütter dann mit verbilligter Milch. In seinen Anweisungen betonte das Gesundheitsministerium, wie wichtig es sei, daß die Mütter diese Angebote wahrnahmen, da die Qualität der Nahrung die Grundlage für ein gesundes Wachstum des Kindes bilde.⁴⁶⁹

Nach der Veröffentlichung des *Cranbrook Reports* im Jahr 1959, der viele Unregelmäßigkeiten im gesamten *Maternity Service* ans Licht gebracht hatte, verstärkten sich die Bemühungen in der täglichen Praxis der Schwangerenvorsorge deutlich. Dennoch blieben die Unterschiede zwischen den einzelnen LHAs, Krankenhäusern und Arztpraxen groß. Seit 1960 wurden die Schwangeren offiziell mindestens fünfmal während ihrer Schwangerschaft untersucht. Bei der ersten Untersuchung gab es normalerweise umfangreiche Blut- und Urinuntersuchungen, Blutdruckmessung und eine Röntgenuntersuchung der Brust. Zahnmedizinisch sollte sie ebenfalls gründlich untersucht werden, entweder bei ihrem eigenen Zahnarzt oder bei dem *Priority Dental Service* der lokalen Gesundheitsbehörde.⁴⁷⁰ Bei dieser Untersuchung sollten den Schwangeren Kurse für Schwangerschaftsgymnastik und Säuglingspflege empfohlen werden. In der 32. bis 34. Woche sollten durch die medizinische Untersuchung Abnormalitäten beim Kind, Zwillings- oder Drillingsschwangerschaften oder andere Schwierigkeiten erkannt werden. Rhesus-negative Frauen sollten auf

⁴⁶⁷ PRO, MH 137/270, Maternity Services Committee, Evidence from the Queen's Institute of District Nursing, 2. 10. 1956.

⁴⁶⁸ Vgl. hierzu S. 406.

⁴⁶⁹ PRO, MH 55/949, Draft Leaflet on Maternity and Child Welfare Services, 1. 9. 1955.

⁴⁷⁰ PRO, MH 137/189, Circular Maternity Medical Services Nr. 81, 1960, Enclosure Memorandum on Maternal Care under the Maternity Medical Services.

Antikörper getestet werden und die Frauen bei Anzeichen von Toxikosen sofort in ein Krankenhaus überwiesen werden.⁴⁷¹ Diese umfassende Betreuung erhielten keineswegs alle Mütter in Großbritannien; die Angebote in den einzelnen Regionen und Kommunen differierten stark.

Es gab zudem merkbare Veränderungen in der Haltung der Schwangeren selbst. Anfang der 1960er Jahre führte ein zunehmendes Selbstbewußtsein dazu, daß sich die Frauen nicht mehr mit lapidaren Erklärungen in den Vorsorgesprechstunden zufrieden gaben.

In the last few decades there has been a striking change in the knowledge of the mothers and of their attitude to the medical and nursing profession. Mothers are far better informed about the functions of their bodies and they will no longer blindly follow the advice given. They wish to know the reason why certain instructions are given and if any abnormality arises, they want to have an explanation of its meaning⁴⁷²,

hieß es in einem Memorandum des Gesundheitsministeriums von 1960. Zu dieser Zeit gab es viele Beschwerden über die Verhältnisse in der Vorsorge, den Krankenhäusern und die generelle Attitüde von Ärzten, Schwestern und Hebammen gegenüber Schwangeren. Zu diesem neuen Selbstbewußtsein der Mütter trugen sicher auch die sich entwickelnden Interessengruppen der werdenden Mütter bei, die Anliegen der Schwangeren mehr Gehör verschafften.⁴⁷³

Vom Ministerium wurde damals eine Untersuchung über „Human Relations in Obstetrics“ in Auftrag gegeben. Die befragten Schwangeren beklagten Mißstände, wie sie im *Cranbrook Report* bereits erwähnt worden waren: die langen Wartezeiten und die unpersönlichen, schnellen Untersuchungen mit einem Mangel an Privatsphäre. Aber auch andere Themen wurden angesprochen: Viele Mütter fühlten sich verunsichert, wenn sie von den Ärzten nur Fachaussprüche und Teildiagnosen hörten, mit denen sie nichts anfangen konnten, wie z. B. Eklampsie, Rhesusfaktor etc. Die Frauen kritisierten zudem, daß kleinere Probleme wie Schlaflosigkeit, Rückenschmerzen, Krämpfe oder Übelkeit einfach ignoriert würden, da sie für die Ärzte als „normale Auswirkung der Schwangerschaft“ gälten.⁴⁷⁴ Empfohlen wurde in dem 1960 veröffentlichten Bericht ein besseres System zur Terminvergabe für die Vorsorge-Sprechstunden. Hinsichtlich einer besseren Aufklärung der Schwangeren durch die untersuchenden GPs oder *Medical Officers* sah das *Standing Maternity and Child Welfare Advisory Committee* allerdings enge Grenzen innerhalb der Struktur des NHS:

⁴⁷¹ PRO, MH 137/189, Circular Maternity Medical Services Nr. 81, 1960, Enclosure Memorandum on Maternal Care under the Maternity Medical Services.

⁴⁷² PRO, MH 133/409, Memorandum Human Relations in Obstetrics 1960, Standing Advisory Committee Maternity and Child Welfare.

⁴⁷³ Vgl. hierzu den Abschnitt über Pressure Groups, S. 499.

⁴⁷⁴ PRO, MH 133/409, Memorandum Human Relations in Obstetrics 1960, Standing Advisory Committee Maternity and Child Welfare.

Individual advice on problems is of course the need of all mothers and should be the aim of all good maternity care. This however in large clinics is not always as easy as it might appear at first. In extremely busy clinics a few extra minutes given to each patient may result in the sessions lasting an hour or two longer, so increasing the waiting time and congestion.⁴⁷⁵

Dies verweist auf die begrenzten Kapazitäten im NHS, die einen patientenfreundlichen Ausbau der Therapie oftmals unmöglich machten. Mit den knappen Ressourcen des NHS konnten die werdenden Mütter kaum individuell von Ärzten beraten werden. Das Gesundheitsministerium empfahl deswegen, Informationsblätter auszuarbeiten, um den Müttern das Verständnis ihrer Probleme zu erleichtern:

Separate leaflets could be prepared on such subjects as the meaning of a breech and what is meant when the doctor says he is going to turn a breech; toxæmia of pregnancy, overweight and diet, Rh. factor etc. They would need to be simple and short and always finish with a sentence as to where the mother can obtain further information if she needs it.⁴⁷⁶

Für ausführliche Fragen und nicht-medizinische Beratung versuchte man außerdem, die Frauen in Säuglingspflege- und Gesundheitserziehungs-Kurse zu schicken. In vielen lokalen Gesundheitsbehörden waren mittlerweile auch Gesprächsgruppen entstanden, in denen sich die Frauen austauschen konnten. Das größte Problem blieben die Schwangeren-Sprechstunden in Krankenhäusern und Kliniken, die sehr überfüllt waren. Meist wurden dort auch keine komplementären Angebote wie Müttergruppen oder Entspannungskurse angeboten. Hierfür mußten die Frauen wiederum in die lokalen Gesundheitsbehörden zurückkehren, was für die Frauen das ganze Prozedere sehr unübersichtlich machte.

Im März 1961 richtete deswegen das Ministerium neue Anweisungen an die *Regional Hospital Boards*, denen die Krankenhäuser unterstanden. Damit versuchte man, die erwähnten Mißstände anzugehen:

The Minister asks hospital authorities to take the following action now:

- a) review the organisation and facilities for ante-natal clinics in hospital with the object of reducing waiting times
- b) review the arrangements for health education in ante-natal clinics and in particular the arrangements for answering patient's questions about what is happening to them
- c) make suitable arrangements for mothers to have companionship and information during labour
- d) consider how far the arrangements made for the comfort and convenience of mothers in hospitals need to be improved.⁴⁷⁷

Die Umsetzung gestaltete sich allerdings nicht so einfach, Berichte über kaum veränderte Mängel in der Schwangerenvorsorge der Krankenhäuser findet man

⁴⁷⁵ PRO, MH 133/409, Memorandum Human Relations in Obstetrics 1960, Standing Advisory Committee Maternity and Child Welfare.

⁴⁷⁶ PRO, MH 133/409, Memorandum Human Relations in Obstetrics 1960, Standing Advisory Committee Maternity and Child Welfare.

⁴⁷⁷ PRO, MH 133/410, Ministry of Health an Regional Hospital Boards, März 1961.

auch noch für die nächsten Jahre. Deutlich wird in den 1960er Jahren, daß es in der Schwangerenvorsorge in Großbritannien nicht mehr nur um die Ziele der Senkung der Säuglings- und Müttersterblichkeit ging, sondern daß man vielmehr begann, die Bedürfnisse der Frauen selbst wahrzunehmen und in die Überlegungen miteinzubeziehen, auch wenn dies anfangs kaum zu Resultaten führte. An diesen Änderungen in der Ausrichtung der Schwangerenvorsorge waren vor allem die bereits bestehenden bzw. sich bildenden Laien- und Interessengruppen beteiligt, die weiter unten ausführlicher behandelt werden.⁴⁷⁸

4.4.3 Säuglingsvorsorge – Maßnahmen und Praxis

Nach Absatz 22 des *National Health Service Act* war die Sorge und Vorsorge für Säuglinge und Kinder bis zum Alter von fünf Jahren eindeutig den lokalen Gesundheitsbehörden übertragen. Die LHAs unterhielten Sprechstunden für Säuglinge in ihren Zentren und betreuten die Kinder durch die Hausbesuche der *Health Visitors*. Die Zuständigkeiten in der Säuglingsvorsorge waren im untersuchten Zeitraum weniger umstritten als in der Schwangerenvorsorge: Neugeborene wurden bei Hausgeburten zunächst durch die Hebamme oder den zuständigen GP besucht, dann ging die Betreuung des Säuglings normalerweise auf die *Health Visitors* über.⁴⁷⁹ Letztere waren auch unter dem NHS bei den örtlichen Gesundheitsbehörden angestellt. Ihre Hauptaufgabe blieb die Vorsorge bei Müttern und Kindern: Sie besuchten Mütter, betreuten die Säuglinge und unterrichteten die Mütter in der Säuglingspflege.⁴⁸⁰ *Health Visitors* waren normalerweise als staatlich anerkannte Krankenschwester qualifiziert und verfügten über eine Zusatzausbildung in einer Kinderklinik oder als Hebamme. Sie wurden bei Hausgeburten von der Hebamme informiert und besuchten die Mütter, nachdem die 14-tägige Nachsorge geendet hatte. Sie arbeiteten aber auch in den Säuglings- und Kinderberatungsstellen der LHAs, so daß die Mütter sie dort ebenfalls mit ihren Säuglingen aufsuchen konnten.⁴⁸¹ Die *Health Visitors* waren vor Einführung des NHS fast ausschließlich mit der Betreuung von Müttern, Säuglingen und Kleinkindern beschäftigt. Nach 1948 sollten sie sich offiziell mehr um die ganze Familie sowie um alte und kranke Personen kümmern, ein wichtiger Fokus ihrer Tätigkeit blieb aber weiterhin der *Maternity Service*.⁴⁸²

⁴⁷⁸ Vgl. hierzu ausführlich den Abschnitt über Pressure Groups, S. 499.

⁴⁷⁹ PRO, MH 137/262, Oral Evidence from the Association of Supervisors of Midwives, 22. 11. 1956.

⁴⁸⁰ PRO, MH 58/693, Annual Report an die United Nations, Child and Youth Welfare, 1948.

⁴⁸¹ PRO, MH 55/949, Brodie an Dr. Taylor und Mrs. Samson mit Entwurf eines Maternity Care Leaflets, 19. 7. 1951.

⁴⁸² PRO, MH 55/992, Ministry of Health Reference Note 1, Maternity and Child Welfare, England and Wales, Februar 1958.

Die Anzahl der betreuten Kinder bis zu fünf Jahren sank zwischen 1953 und 1961 kaum ab; sie lag immer bei ca. 3,3 Millionen besuchten Kindern.⁴⁸³ Gleichzeitig stieg jedoch die Zahl der Geburten ab Mitte der 1950er Jahre stark an (von 670 000 Geburten im Jahr 1955 auf 840 000 Geburten im Jahr 1962), so daß der Prozentsatz der besuchten Kinder insgesamt etwas zurückging.⁴⁸⁴ Dies wirkte sich in der Praxis dahingehend aus, daß die *Health Visitors* nach ihrem ersten Besuch bei einer Familie mit Säugling ihre Besuche selektiver wahrnahmen und sich auf Kinder aus sozial schwachen Familien konzentrierten.⁴⁸⁵ Grundsätzlich galt aber in Großbritannien im Gegensatz zu Deutschland, daß alle Familien besucht werden sollten. Der Besuch eines *Health Visitors* hatte deswegen deutlich weniger diskriminierende Bedeutung als der einer Fürsorgerin in Deutschland, der immer mit Armut und schlechten Verhältnissen assoziiert wurde.

In der Vorsorge für Säuglinge gab es zudem die Beratungsstellen in den Räumen der LHAs (meist *Infant Welfare Centres* genannt), die die dort angestellten *Medical Officers of Health* oder die *Health Visitors* abhielten. In den Sprechstunden der Zentren (*Infant Welfare Clinics*) untersuchten die *Medical Officers* die Babies und gaben den Müttern Hinweise, für Behandlungen schickten sie die Säuglinge und Kleinkinder zum Familienarzt oder in gravierenden Fällen ins Krankenhaus.⁴⁸⁶ Für diesen Bereich forderte das Ministerium nach der Einführung des NHS eine stärkere Spezialisierung der *Medical Officers*. Normalerweise waren letztere für die Schwangeren- und die Säuglings- und Kinderbetreuung sowie für allgemeine Krankheitsprävention zuständig. Nach Ansicht des Ministeriums sollten die *Medical Officers* in der Säuglingsvorsorge viel enger mit Kinderkliniken und den dort praktizierenden Pädiatern zusammenarbeiten.⁴⁸⁷ Eine solche Kooperation zwischen den lokalen Gesundheitsbehörden und Krankenhäusern ließ sich jedoch nur sehr schwer realisieren.

Von den Müttern wurden die Säuglingssprechstunden der örtlichen Gesundheitsbehörden auch in den 1950er Jahren gut akzeptiert. Der Prozentsatz der dort betreuten Kinder stieg zwischen 1949 und 1956 sogar von 72 auf 75 Prozent. Die Anzahl der *Child Welfare Centres* in England und Wales vergrößerte sich ebenfalls (von 4700 im Jahr 1949 auf 5700 im Jahr 1956).⁴⁸⁸ Im Gegensatz

⁴⁸³ PRO, MH 55/2626, Draft for Joint Parliamentary Secretary, Statistics of Local Health Authority Nursing Staff 1953–1962; Statistik über Local Health Authorities' Nursing Staff and Work, England and Wales.

⁴⁸⁴ MINISTRY OF HEALTH, The Development of Community Care, S. 4.

⁴⁸⁵ MINISTRY OF HEALTH, The Development of Community Care, S. 7; vgl. auch RING, Health Education, S. 16.

⁴⁸⁶ PRO, MH 55/992, Ministry of Health Reference Note 1, Maternity and Child Welfare, England and Wales, Februar 1958.

⁴⁸⁷ Vgl. Ministry of Health, Circular 118, 10. 7. 1947; vgl. MACKINTOSH, Organisation, S. 41–3.

⁴⁸⁸ PRO, MH 55/992, Ministry of Health Reference Note 1, Maternity and Child Welfare, England and Wales, Februar 1958, eigene Berechnungen.

zur Schwangerenvorsorge sank in der Säuglingsvorsorge die Anzahl der in den Beratungsstellen der LHAs betreuten Säuglinge bis Mitte der 1950er Jahre nicht ab.⁴⁸⁹

Allerdings gab es auch hier regionale Unterschiede.⁴⁹⁰ In manchen Gegenden war der Besuch in den *Infant Welfare Centres* deutlich schlechter als im englischen Durchschnitt. Die Akzeptanz der Stellen bei den Müttern hing vom Engagement der einzelnen LHA ab. In einem Report über 1000 Familien mit neugeborenen Kindern in Newcastle-upon-Tyne von 1954 wurde dargelegt, daß ein Drittel der Mütter mit ihren Kindern häufig in die *Infant Welfare Centres* ging, ein Drittel unregelmäßig, während ein weiteres Drittel der untersuchten Familien dieses Angebot überhaupt nicht wahrnahm. Wenn Kinder krank waren, suchten die Mütter meist sofort den Arzt auf, nur 20 Prozent der Kinder kamen über die Beratungsstellen der LHA in die Arztpraxis.⁴⁹¹ In Newcastle-upon-Tyne war das örtliche Angebot der Zentrums bei den Müttern nicht besonders beliebt gewesen. Mittlerweile besaßen die Mütter mit ihren Säuglingen über den NHS kostenlosen Zugang zum niedergelassenen Arzt und hatten Anspruch auf eine kostenlose Behandlung.⁴⁹² Das veränderte Verhalten der Mütter lag wohl auch darin begründet, daß die Nachuntersuchungen nach der Geburt oft von niedergelassenen Ärzten durchgeführt wurden. Daraus entwickelten sich anschließende Arztbesuche mit den Säuglingen.⁴⁹³ Dennoch war im Bereich der Säuglingsvorsorge der Trend zu den niedergelassenen Ärzten weniger stark als in der Schwangerenvorsorge, da mit den Säuglingsberatungsstellen und den Besuchen der von der örtlichen Gesundheitsbehörden angestellten *Health Visitors* ein fest etabliertes und akzeptiertes System bestand, das auch unter der Einführung des NHS fortgeführt werden konnte.

Anfang der 1950er Jahre wurde in den Sprechstunden der *Infant Welfare Centres* die Aufmerksamkeit noch fast ausschließlich auf eine medizinische Überwachung des Säuglings gelegt: Das Gewicht der Säuglinge wurde beispielsweise regelmäßig überprüft, viele Zentren hatten eigene Wiegeräume.⁴⁹⁴ Solche Routineuntersuchungen wurden während der nächsten Jahre reduziert und durch andere Leistungen ergänzt. Die individuellen Gespräche der Mütter mit dem *Health Visitor* traten eher in den Vordergrund. Der Fokus verschob

⁴⁸⁹ PRO, MH 55/2626, Draft for Joint Parliamentary Secretary, Statistics of Local Health Authority Nursing Staff, 1953–1962.

⁴⁹⁰ PRO, MH 55/992, Ministry of Health Reference Note 1, Maternity and Child Welfare, England and Wales, Februar 1958.

⁴⁹¹ PRO, MH 55/2322, Kommentar im Ministerium zum Newcastle Report on a Thousand Families, 31. 8. 1954.

⁴⁹² PRO, MH 55/949, Brodie an Dr. Taylor und Mrs. Samson mit Entwurf eines Maternity Care Leaflets, 19. 7. 1951.

⁴⁹³ PRO, MH 137/263, Maternity Services Committee Circulated Papers, 28. 11. 1956, Figures of Attendance of Ante-natal Clinics.

⁴⁹⁴ PRO, MH 55/992, Ministry of Health Reference Note 1, Maternity and Child Welfare, England and Wales, Februar 1958.

sich bei der Säuglingsvorsorge zunehmend auf eine nicht nur rein medizinische, sondern auch psychologische und soziale Betreuung der Mütter und Säuglinge bzw. der ganzen Familie.⁴⁹⁵ Das Konzept der Säuglingsvorsorge wurde unter dem NHS zudem auf Kleinkinder ausgeweitet: Bis zum Schulalter von fünf Jahren sollten nun die Kinder in den Beratungsstellen betreut werden.⁴⁹⁶

Da sich die materiellen Bedingungen der Familien stark verbessert hatten und auch Kindern der freie Zugang zum Arzt unter dem NHS möglich war, sollten die *Health Visitors* und *Infant Welfare Centres* sich darauf konzentrieren, Gesundheit im Sinne eines „complete mental and social well-being“ zu fördern.⁴⁹⁷ In manchen LHAs wurden psychiatrisch ausgebildete Sozialarbeiter angestellt, um Mütter mit ihren Säuglingen und kleinen Kindern bei emotionalen und psychischen Problemen zu beraten.⁴⁹⁸ Es war geplant, nicht mehr nur die physische Entwicklung der Säuglinge (das Gewicht, Krankheiten, Impfungen) in den Vordergrund zu stellen, sondern z.B. auch ihre motorischen Fähigkeiten und ihre emotionale Entwicklung zu beachten.⁴⁹⁹ Die Gründe für diese Entwicklung wurden in einem Artikel eines *Medical Officers* sehr treffend zusammengefaßt:

When the target was the reduction of the infant mortality rate from a figure in the region of 100 to something nearer 40 and when the principal hazards faced by the baby were those of crude mismanagement by ignorant parents or those consequent upon the most adverse and deplorable social conditions, the ritual of the weekly weighing and the frequent and regular consultation with the clinic doctor were eminently desirable. Now that the mortality rate is nearer to 20, with the education of two successive generations through the clinics bearing fruit, with radically improved social conditions and with the antibiotics serving as an effective safety net for those infants who fall from the tight-rope the basic problem is quite different. The essential aim is less to save life than to see to it that the lives which are saved blossom and fruit through healthy and happy childhood into a maturity which realises the individual's maximum potentialities in a full life.⁵⁰⁰

Auch die *Medical Officers* favorisierten die Erweiterung der Aufgaben der Säuglingsambulanzen auf die Betreuung der Kleinkinder sowie auf psychische und soziale Probleme. Die Ausweitung der Altersgruppe erwies sich jedoch als problematisch, da die Ambulanzen der LHAs für die Betreuung von Säuglin-

⁴⁹⁵ PRO, MH 134/80, The Planning of Maternity and Child Welfare Centres, 1954.

⁴⁹⁶ Vgl. hierzu z.B. folgendes Zitat aus einem Informationsblatt des Ministeriums: „The Maternal and Child Welfare centre of to-day is primarily a centre for the practice of preventive medicine and the promotion of the mental and physical health of the family. [...] The size depends on many factors of need based on population, birthrate and number of children under five in the area to be served.“ PRO, MH 134/80, Ministry of Health, Technical Leaflet No. 3; The Planning of Maternity and Child Welfare Centres, May 1960.

⁴⁹⁷ PRO, MH 55/1527, Standing Mental Health Advisory Committee, The Role of the Maternity and Child Welfare Service in Promoting Mental Health,

⁴⁹⁸ PRO, MH 55/1257, Further Developments of Mental Health 1956, Memorandum.

⁴⁹⁹ PRO, MH 55/1527, Central Health Services Council, Appendix IV, Quotations from the Report on the Second Session of the Expert Committee on Mental Health, September 1952.

⁵⁰⁰ KERSHAW, New Trends, S. 204.

gen weithin akzeptiert waren, nicht jedoch für größere Kinder. Was man den Müttern seit den 1930er Jahren durch zahlreiche Kampagnen näher gebracht hatte, nämlich ihre Säuglinge während des ersten Lebensjahres häufig zu den Sprechstunden der LHAs zu bringen, war in den 1950er Jahren selbstverständlich geworden. Nach dem ersten Lebensjahr kamen die Mütter nur noch sehr selten, obwohl Vorsorgeuntersuchungen im Kleinkindalter von dem *Medical Officers* mittlerweile als genauso notwendig erachtet wurden. Das Verhalten der Mütter zu ändern, erwies sich als sehr schwierig.⁵⁰¹

Der erweiterte Aufgabenbereich galt auch für die *Health Visitors*. Zusätzlich gab es für diesen Beruf strukturelle Umschichtungen: Durch die Gesetzgebung des NHS waren nun alle *Health Visitors* den Lokalverwaltungen unterstellt; dadurch verschwand die zum Teil noch ehrenamtliche Arbeit in dieser Profession. Der Beruf wurde insgesamt einer strengeren Aufsicht unterworfen. Das Gesundheitsministerium forderte nun eine einheitliche Qualifikation und wies den *Health Visitors* einen ganz konkreten Aufgabenkatalog zu.⁵⁰² In einer Anleitung für die Ausbildung der Berufsgruppe von Anfang der 1950er Jahre sind detaillierte Vorschriften für die Säuglingsvorsorge aufgelistet (siehe Tabelle 33, nächste Seite).

Bei dieser Auflistung wird nochmals deutlich, daß sich die *Health Visitors* – nach wie vor ein reiner Frauenberuf – nun im Rahmen ihrer Tätigkeit um das physische *und* psychische Wohlbefinden der Kinder kümmern sollten.⁵⁰³ Infolge der Integration der psychiatrischen Gesundheitsdienste in den NHS erweiterten sich die Funktionen in der Familienarbeit nochmals; das größere Wirkungsfeld blieb jedoch unklar definiert.⁵⁰⁴ Da die Abgrenzung der vielfältigen Arbeitsaufgaben der *Health Visitors* Schwierigkeiten bereitete, wurde 1953 eine Kommission unter der Leitung von Sir Wilson Jameson eingesetzt, um die veränderten Bedingungen der Arbeit zu überprüfen.⁵⁰⁵ Die Empfehlungen für die zukünftige Ausbildung des Berufes liefen auf eine stärkere Professionalisierung hinaus. Dies entsprach auch der Haltung der befragten *Health Visitors* selbst, die sich z. B. eine psychologische Ausbildung und mehr Kenntnisse über die Entwicklung von Kindern und Jugendlichen wünschten.⁵⁰⁶ Für die Säuglingsvorsorge wurden nur wenige neue Aspekte angesprochen. Die

⁵⁰¹ KERSHAW, *New Trends*, S. 205.

⁵⁰² Jameson Report, S. 3.

⁵⁰³ Jameson Report, S. 54. In den 1930er Jahren waren die *Health Visitors* oft noch *Well Baby Nurses* genannt worden und viel eindeutiger in der Säuglingsvorsorge beschäftigt.

⁵⁰⁴ Jameson Report, S. 3; PRO, MH 53/169, Report on the Standing Conference of Health Visitor Training Centres, 25. 10. 1951.

⁵⁰⁵ Jameson Report, S. V–VI.

⁵⁰⁶ Jameson Report, S. 76. Vgl. auch DAVIES und HITCHENS, *Health Visiting*, S. 74, in diesem Artikel aus dem Jahr 1955 wurde beispielsweise eine neue Grundausbildung für alle *Health Visitors* und darauf aufbauend eine Spezialisierung in sozialen und psychologischen Fächern gefordert.

Tabelle 33: Anweisungen für Health Visitors ⁵⁰⁷

Age of child	Observations	Health education
<i>First visit during first month</i>	General physical condition, feeding, general management, protection from infection, sleeping accommodation, perambulator, Child Welfare Centre, registration of birth, ration book	General health of mother, post-natal examination-appointment, information re[spective] social services available
<i>1 month</i>	General physical condition, feeding and vitamins, amount of sleep, cot – confirm suitability	General routine & management, storage & sterilisation of milk, mother's postnatal examination
<i>2 months</i>	Feeding and vitamins, sleep	Protection from infections and catarrh, vaccination
<i>3 months</i>	Growth, mental development, physical development	Household hygiene
<i>4 months</i>	General development, preparation for weaning, exercise, habit training	Fresh air and sunlight, prevention of accidents
<i>5 months</i>	Diet and vitamins, observation for rickets, teething, importance of medical examination at centre	Milk storage
<i>6 months</i>	Mixed feeding, mental & physical progress, clothing	Discussion of diet in general
<i>7 months</i>	Eruption of teeth, sleep	Prophylaxis
<i>8 months</i>	Weaning completed (meal times), vitamins, exercise, use of perambulator, importance of examination at centre	Family relationships
<i>9 months</i>	Posture (erect position), footwear, sleep	Types of play material, habit training
<i>10–12 months</i>	General condition, dental caries, diet and vitamins	Confirm immunisation, dental hygiene

Health Visitors sollten stärker mit den Hebammen und GPs in einer Art Heimgesundheitsdienst kooperieren.⁵⁰⁸

Bis Anfang der 1960er Jahre verbreiterte sich das Aufgabenfeld der *Health Visitors* erneut: Die Frauen arbeiteten nun auch mit Behinderten, alten Personen und Menschen mit psychischen Problemen; dadurch stieg ihre Arbeits-

⁵⁰⁷ PRO, MH 53/169, Standing Conference of Representatives of Health Visitor Training Centres, 1951–1953, Guide to the Home Visiting of Children 0–5 Years of Age, wahrscheinlich 1951.

⁵⁰⁸ Jameson Report, S. VIII. Deutlich wird hier wiederum die Aufteilung der Positionen unter den Geschlechtern. Die Frau als Health Visitor war also bestens geeignet, um ihn, den männlichen Arzt und „clinical leader“ in seinen Aufgaben in der kommunalen Gesundheitsversorgung zu unterstützen.

belastung erheblich. In der Säuglingsvorsorge wie auch in anderen Aufgabenbereichen wurde die Zusammenarbeit der *Health Visitors* mit den niedergelassenen Ärzten immer wichtiger.⁵⁰⁹ Die Betreuung der Mütter und Kinder durch die *Health Visitors* zielte nun immer stärker auf eine umfassende Familienfürsorge, die ältere Kinder einbezog und psychische und soziale Probleme der betreuten Familien berücksichtigte.⁵¹⁰ Dieses erweiterte Programm entsprach der Neuausrichtung der Säuglings- und Kinderberatungsstellen der lokalen Gesundheitsbehörden.

Eine weitere Verbesserung in der Säuglings- und Kindervorsorge versuchte das Ministerium durch besser gestaltete lokale Zentren (z. B. mit extra Räumen für Kinderwagen, einer Vorführküche und großzügigen Warteräumen) zu erreichen. Im *Ministry of Health* wurden Pläne entwickelt, die als Grundlage für neue Projekte der LHAs dienen sollten.⁵¹¹ Hier sei als Beispiel ein 1960 entwickelter Musterplan für ein *Child Welfare Centre* abgedruckt (siehe Abb. 9, nächste Seite).

Ein weiterer wichtiger Aspekt der Säuglingsvorsorge war in Großbritannien kostenlose bzw. verbilligte Nahrungsergänzung, die zunächst über die *Local Food Offices*, die die kriegsbedingte Rationierung der Lebensmittel organisiert hatten und bis 1954 weiterbestanden, danach über die Schwangeren- und Mütterberatungszentren verteilt wurde.⁵¹² Die während des Krieges eingeführte verbilligte Milch bzw. die Nahrungsmittel für Schwangere, Säuglinge und Kleinkinder behielt man unter dem NHS bei.⁵¹³ In einer Untersuchung über Säuglingssterblichkeit hieß es über die Gründe:

The necessity of extra proteins, minerals and vitamins in the diet of the expectant mothers and children has been recognised by the Government during the war, and the availability of these valuable foods is now a question of needs rather than of ability to pay. The fall in stillbirth and infant mortality rates which occurred generally throughout the country during the war years may be due at least in part, to the greater care taken of the health and nutrition of pregnant women and of their babies.⁵¹⁴

⁵⁰⁹ MINISTRY OF HEALTH, *Development of Community Care*, S. 8.

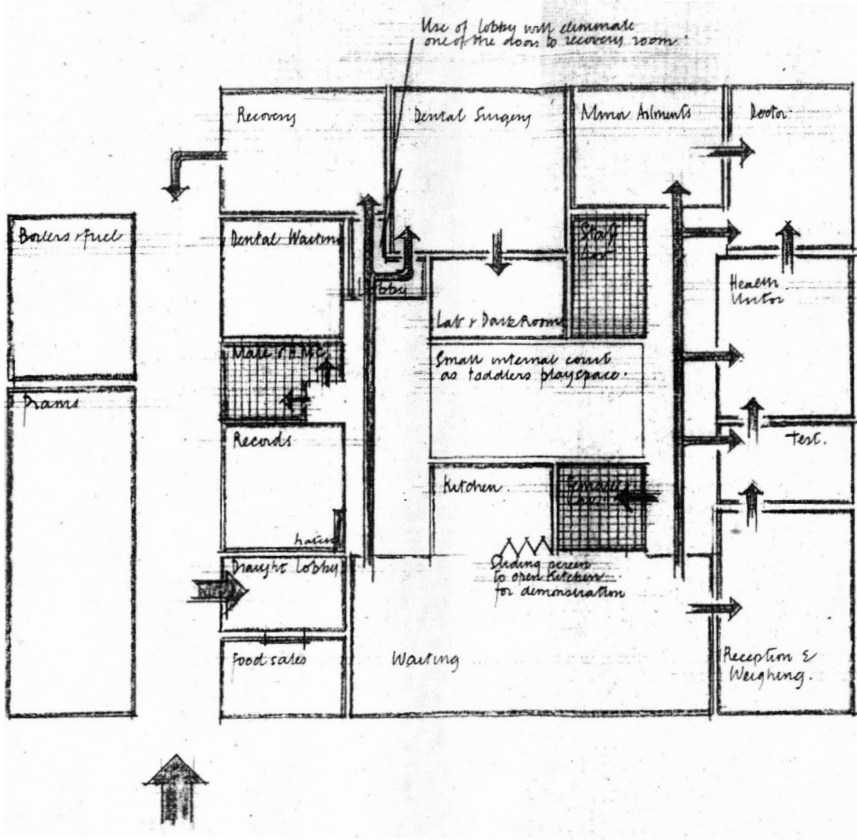
⁵¹⁰ HALE, *History*, S. 16. Um die Ausbildung der Berufsgruppe den Anforderungen anzupassen und stärker zu professionalisieren, wurde 1962 ein Council for the Training of Health Visitors eingerichtet. Infolge der Empfehlungen dieses Councils weitete man das Training auf ein Jahr aus und vereinheitlichte den praktischen und theoretischen Teil sowie die Prüfungen. Vgl. hierzu PRO, MH 55/2626, Draft Brief for Joint Parliamentary Secretary Statistics of Local Health Authority Nursing Staff 1953–62.

⁵¹¹ PRO, MH 134/80, passim; vgl. ausführlich zu dem gescheiterten Konzept der Health Centres Kap. II, 2.2., sowie Kap. II, 3.2.

⁵¹² PRO, MH 55/992, Ministry of Health Reference Note 1, Maternity and Child Welfare, England and Wales, Februar 1958. 1954 endete die Rationierung von Lebensmitteln in Großbritannien.

⁵¹³ PRO, MH 58/649, Report for the United Nations on Developments in the Field of Family, Youth and Child Welfare since 1959 vgl. auch MH 55/1542 Ministry of Food, Welfare Division an Watson, Ministry of Health, 31. 1. 1947.

⁵¹⁴ MINISTRY OF HEALTH, *Neonatal Mortality*, S. 25.

Abbildung 9: Maternity and Child Welfare Centre, Typical Arrangement⁵¹⁵

Für die Säuglinge bekamen die Mütter Lebertran und konzentrierten Orangensaft umsonst, bis die Kinder ein halbes Jahr alt waren.⁵¹⁶ In Informationsblättern war vorgesehen, daß die Babys bereits nach dem ersten Lebensmonat zusätzlich zur Muttermilch kleine Mengen an Orangensaft und Lebertran zugefüttert bekommen sollten.⁵¹⁷ Bei den Lebensmittelangeboten handelte es sich vor allem um Zusatzprodukte während des Stillens bzw. Nahrung nach dem Abstillen. Die Mutter erhielt zudem Marken, über die sie beim Milchmann verbilligte Milch für das Baby erhalten konnte (dafür war allerdings das *Ministry*

⁵¹⁵ PRO, MH 134/80, Ministry of Health, Technical Leaflet No. 3, The Planning of Child Welfare Centres, May 1960.

⁵¹⁶ PRO, MH 55/949, Brodie an Dr. Taylor und Mrs Samson mit Entwurf eines Maternity Care Leaflets, 19. 7. 1951.

⁵¹⁷ PRO, MH 55/949, Entwurf Maternity Care Leaflet.

of *National Insurance* zuständig).⁵¹⁸ Auch in den 1960er Jahren wurde die subventionierte Abgabe von Milch, Lebertran und Orangensaft an Mütter und Säuglinge weitergeführt.⁵¹⁹ Diese Angebote wurden aber keineswegs von allen Müttern angenommen. Ein grundsätzliches Problem waren hier die unterschiedlichen Zuständigkeiten; Informationsblätter des Gesundheitsministeriums wurden zudem nicht oft genug aktualisiert, um die Mütter auf Änderungen hinzuweisen. Außerdem benötigten viele Mütter bei steigendem Wohlstand die zusätzlichen Lebensmittel kaum noch. Während 1949 etwa die Hälfte der Berechtigten Orangensaft und Lebertran in Anspruch nahmen, sanken die Zahlen während der 1950er Jahre deutlich ab.⁵²⁰

Gleichzeitig setzten sich alle Informationsblätter des Ministeriums für das Stillen der Kinder ein und betonten vor allem die wichtige emotionale Verbindung zwischen Mutter und Kind. Die Stillpropaganda stand jedoch nicht mehr so sehr im Mittelpunkt der Säuglingsvorsorge wie noch vor dem Zweiten Weltkrieg. Die Sterblichkeit bei gestillten und künstlich ernährten Säuglingen wies mittlerweile keine großen Unterschiede mehr auf, da die erhältliche Säuglingsnahrung hygienisch einwandfrei war. Die meisten Familien lebten in relativ stabilen ökonomischen und sozialen Verhältnissen, in denen die Säuglinge nicht mehr andauernd Infektionen ausgesetzt waren. Auch die *British Paediatric Association* schloß sich 1957 dieser Einschätzung an; die psychische Bedeutung des Stillens wurde nun generell stärker hervorgehoben.⁵²¹

Einem Problem wurde Anfang der 1950er Jahre besondere Aufmerksamkeit geschenkt: dem plötzlichen Kindstod. 1952 setzte das Ministerium eine Untersuchungskommission ein, die die näheren Umstände, die Ursachen und die Verhütungsmöglichkeiten erforschen sollte.⁵²² Gerüchte waren aufgekommen, daß die *National Dried Milk*, die als Babynahrung vertrieben wurde, zu Erstikungen führe. Im Ministerium vermutete man eher, daß Säuglinge mit Trinkflaschen allein in einem Zimmer im Kinderwagen oder der Wiege gelassen und deswegen ersticken würden.⁵²³ Eine Untersuchung, die am 1. Januar 1954 begann und zwei Jahre lang die typischen Todesfälle in London, Cambridge und Peterborough analysierte, brachte jedoch nur wenig aufschlußreiche Ergebnisse. Eine neuerliche Untersuchung für die Jahre 1958–60 vermutete eher allergische Reaktionen auf Kuhmilch, aber auch dies konnte nicht bestätigt wer-

⁵¹⁸ PRO, MH 55/949, Brodie an Dr. Taylor und Mrs Samson mit Entwurf eines Maternity Care Leaflets, 19. 7. 1951. Vgl. auch MINISTRY OF HEALTH, Feeding of Children, S. 6.

⁵¹⁹ PRO, MH 58/649, Report for the United Nations on Developments in the Field of Family, Youth and Child Welfare since 1959.

⁵²⁰ MINISTRY OF HEALTH, Feeding of Children, S. 7; LINDSEY, Socialized Medicine, S. 378–9.

⁵²¹ PRO, MH 137/262, Maternity Service Committee, Oral Evidence from the British Paediatric Association, 13. 6. 1957.

⁵²² PRO, MH 137/73 Ministry of Health an Dr. Logan, General Registrar's Office, Februar 1952.

⁵²³ PRO, MH 137/73 Minute Brodie an Watson, 7. 2. 1948; MH 137/73 Sudden Death in Infancy, Interim Report of an Investigation into the Causes of Sudden Death in Infancy, 1956.

den.⁵²⁴ Andere Untersuchungen von Anfang der 1960er Jahre konnten ebenfalls nur Verdachtsmomente liefern. Deutlich wird aber das verstärkte medizinische Interesse an Phänomenen der Säuglingssterblichkeit, die nur einen geringen Prozentsatz der gestorbenen Babys betrafen.

Wie in anderen Ländern achtete man auch in Großbritannien in den 1950er Jahren nun stärker auf die Ursachen für die *Perinatal Mortality*, die frühe Säuglingssterblichkeit,⁵²⁵ die einen zunehmenden Anteil an der Gesamtsterblichkeit ausmachte. In Großbritannien verzeichnete man die höchsten Sterblichkeitsraten in den ersten vier Wochen nach der Geburt (1954 waren dies 69 Prozent aller Säuglingstode bis zu einem Jahr). Todesursachen für diese frühe Säuglingssterblichkeit waren meist Probleme während der Schwangerschaft oder der Geburt, so auch Folgen der Schwangerschaftstoxiken.⁵²⁶ Die Spätsterblichkeit war in den 1950er Jahren wie in anderen europäischen Ländern sehr gering geworden, wenngleich auch in Großbritannien noch Unterschiede zwischen ärmeren und reicheren bzw. städtischen und ländlichen Regionen bestanden.⁵²⁷

Einen Hauptteil der Frühsterblichkeit wie auch insgesamt der Säuglingssterblichkeit machten Frühgeburten aus, auf die sich nun generell die Aufmerksamkeit richtete.⁵²⁸ Aufgrund der hohen Sterblichkeit bei Frühgeborenen entstanden Mitte der 1950er Jahre verstärkt Bestrebungen, deren Für- und Vorsorge zu verbessern.⁵²⁹ 1949 war in einem Bericht des Ministeriums über *Neonatal Mortality and Morbidity* (Sterblichkeit und Krankheiten von Säuglingen direkt nach der Geburt) auf die besonders hohen Risiken bei Frühgeborenen hingewiesen worden. Hier wurden bereits detaillierte Forderungen für Krankenhauspflege und Transport von Frühgeborenen aufgestellt,⁵³⁰ die aber nur in den wenigsten Krankenhäusern und LHAs umgesetzt werden konnten.

Die Vorsorge für Frühgeborene sowohl in den Krankenhäusern wie auch zu Hause unter der Betreuung der LHAs war von höchst unterschiedlichem Standard. Manche Krankenhäuser hatten speziell ausgebildete Schwestern und

⁵²⁴ PRO, MH 137/74, Dr. Layton an Dr. Bradley, 14. 2. 1961. Bis heute ist die Ursache des plötzlichen Kindstodes nicht geklärt, vgl. Artikel „Tod, Plötzlicher im Kindesalter“, in: *Psychrembel. Klinisches Wörterbuch*, S. 1578–9. Diese Untersuchung wurde auf Betreiben von Dr. Godber aus dem Gesundheitsministerium von der Nuffield Foundation für die Jahre 1958–1960 finanziert; vgl. zu Godber ausführlich oben Kap. II, 1.2; vgl. für die 1960er Jahre CARPENTER und SHADDICK, *Role*.

⁵²⁵ Vgl. zu dieser Entwicklung S. 416; vgl. auch A.M. STEWART, *Observations*; RING, *Health Education*, S. 12–3.

⁵²⁶ RING, *Health Education*, S. 13.

⁵²⁷ Vgl. DUNCAN, BAIRD und THOMSON, *Causes and Prevention*, Part I, S. 183; BAIRD, THOMSON und DUNCAN, *Causes and Prevention*, Part II, S. 29; TREVOR A. EVANS, *Infant Mortality*, S. 377–80; TAYLOR, *Infantile Mortality*, 159–60, vgl. auch BAIRD, WALKER und THOMSON, *Causes and Prevention*, S. 447.

⁵²⁸ Vgl. z.B. DOUGLAS, *Factors*.

⁵²⁹ PRO, MH 55/2418 *Report Hospital Care of Premature Infants*, 1956/57.

⁵³⁰ MINISTRY OF HEALTH, *Neonatal Mortality*, S. 52–5.

Abteilungen für Frühgeborene, in anderen wurde diesem Problem nur wenig Aufmerksamkeit gewidmet.⁵³¹ 1956 veranlaßte das Gesundheitsministerium das *Central Health Services Council* einen Bericht über die Krankenhauspflege von Frühgeborenen zusammenzustellen.⁵³² 1956 wurden die meisten Frühgeborenen auf normalen Säuglingsstationen ohne speziell ausgebildetes Personal gepflegt. Nur wenige Kliniken hatten Extrastationen für Frühgeborene.⁵³³ Die schlechte Organisation des Krankenhausangebots erwies sich ebenfalls als problematisch. Nur in einem Krankenhaus-Verwaltungsbezirk in ganz Großbritannien war die Aufnahmeprozedur für Frühgeborene gut organisiert und funktionierte reibungslos. In vier Krankenhäusern gab es hier Zentren für diese Fälle, in die alle zu früh geborene Babys gebracht wurden. Die zuständige regionale Krankenhausverwaltung hatte ein Memorandum erlassen, das die Prozedur bei Frühgeburten genau beschrieb und das allen LHAs und Krankenhäusern der Region bekannt war.⁵³⁴ In anderen Gebieten verlief die Aufnahme der Frühgeborenen in Kliniken chaotisch und nach dem Zufallsprinzip. Die Ausstattung variierte ebenfalls extrem: Ein großes Geburtskrankenhaus hatte 1956 noch selbstgebaute Brutkästen aus Holz, die in einer Werkstatt des Krankenhauses im Jahr 1938 hergestellt worden waren. Sonst entsprachen die vorhandenen Inkubatoren meist einem moderneren Standard. Allerdings verfügten nicht einmal alle extra ausgewiesenen Frühgeborenen-Stationen über solche Geräte. Elektrisch geheizte Bettchen besaßen nur 35 von 377 Krankenhäusern; die anderen Kliniken pflegten die Frühgeborenen in normaler Säuglingsausstattung.

Neben der Ausstattung wies auch die direkte medizinische Versorgung zahlreiche Mängel auf. Nur in wenigen Kreißsälen standen Teams bereit, die sich bei Frühgeburten sofort um die medizinische Versorgung des Babys kümmerten.⁵³⁵ Noch schlechter gestalteten sich die Transportmöglichkeiten für Frühgeborene; auch hierfür waren nur einzelne Kliniken eingerichtet. Einen speziellen *Premature Baby Flying Squad* unterhielten nur sechs Spezialkrankenhäusern in ganz Großbritannien. Der Bericht über die Krankenhausversorgung von Frühgeborenen von 1956/57 empfahl deswegen dringend, in jeder Kran-

⁵³¹ PRO, MH 55/2418, Report Hospital Care of Premature Infants, 1956/57.

⁵³² PRO, MH 58/649, Report for the United Nations on Developments in the Field of Family, Youth and Child Welfare since 1959; vgl. auch MINISTRY OF HEALTH, Prevention of Prematurity, S. 3.

⁵³³ 1956 wurden etwa 12000 Frühgeborene in Krankenhäusern mit Abteilungen für Frühgeborene versorgt und etwa 15000 in normalen Neugeborenen-Stationen. PRO, MH 55/2418, Report Hospital Care of Premature Infants, 1956/57, Summary and Conclusions.

⁵³⁴ Vgl. hierzu und zum folgenden PRO, MH 55/2418, Report Hospital Care of Premature Infants, 1956/57, Summary and Conclusions.

⁵³⁵ Sogenannte Resuscitation Teams gab es in 48 der 71 Krankenhäuser mit ausgerüsteten Abteilungen für Frühgeborene und in 22 der 148 gering ausgerüsteten Krankenhäusern. Vgl. PRO, MH 55/2418, Report Hospital Care of Premature Infants, 1956/57, Summary and Conclusions.

kenhausregion genaue Anweisungen für das Vorgehen bei Frühgeburten zu erarbeiten und bessere Transportmöglichkeiten zu schaffen.⁵³⁶ Auch hier verhinderten die Koordinationsprobleme zwischen den örtlichen Gesundheitsbehörden, den Hebammen und der Verwaltung der Krankenhäuser eine effiziente Versorgung.⁵³⁷

Von den ca. 19 000 Frühgeborenen im Jahr 1954 kam der Großteil ins Krankenhaus, ca. 1600 wurden weiterhin ganz zu Hause gepflegt.⁵³⁸ Der Grund für die Pflege zu Hause war meistens, daß eine Frau, die sich für eine Klinikgeburt vorgemerkt hatte, zu früh Wehen bekam und nicht mehr im Krankenhaus aufgenommen werden konnte. Transportmöglichkeiten für das frühgeborene Kind standen dann oftmals nicht zur Verfügung.⁵³⁹ Die LHAs rüsteten sich deswegen ebenfalls für Vorsorgemaßnahmen aus: Sie verliehen Ausrüstung für die Pflege zu Hause: gegen Kälte und Zug schützende Bettchen, für die kleinen „Frühchen“ passende, warme Kleidung und spezielle Wärmflaschen für die Betten.⁵⁴⁰ Hebammen oder extra ausgebildete Schwestern mußten dann die aufwendige Pflege zu Hause übernehmen, was allerdings in den einzelnen Regionen nicht häufig vorkam, z. B. in Reading nur vier mal im Jahr.⁵⁴¹

In den offiziellen Erhebungen und Memoranden wurde der Transport der Frühgeborenen stets als größte Schwierigkeit hervorgehoben, da von den transportierten Säuglingen ein hoher Anteil starb.⁵⁴² In den meisten Krankenhausregionen holten Ambulanzwagen, deren Ausstattung erheblich variierte, die Frühgeborenen ab. Manche Wagen waren z. B. nicht richtig beheizbar; andere Frühgeborene wurden mit dem Pkw der Hebamme oder des Arztes ins Krankenhaus gebracht:

Ambulance transport in general; in comparatively few areas, both rural and county borough, the car of midwife, doctor or relative may be used 'as is most ready available' or 'to save time'. Apart from few authorities, special facilities are provided in the ambulance, ranging from lined baskets with hot water bottles to specially heated cots.⁵⁴³

⁵³⁶ PRO, MH 55/2418, Report Hospital Care of Premature Infants 1956/57, Summary and Conclusions; PRO, MH 58/649, Report for the United Nations on Developments in the Field of Family, Youth and Child Welfare since 1959.

⁵³⁷ PRO, MH 58/649, Report for the United Nations on Developments in the Field of Family, Youth and Child Welfare since 1959.

⁵³⁸ PRO, MH 55/2418, Neo-Natal Deaths, Table 5, Auszug aus C.M.O.'s Report 1954, S. 120.

⁵³⁹ PRO, MH 55/2418, Domiciliary Care of Premature Infants – England and Wales, August 1957.

⁵⁴⁰ PRO, MH 55/949, Brodie an Dr. Taylor und Mrs Samson mit Entwurf eines Maternity Care Leaflets, 19. 7. 1951.

⁵⁴¹ PRO, MH 55/2418, Domiciliary Care of Premature Infants – England and Wales, August 1957.

⁵⁴² PRO, MH 133/408 Standing Advisory Committee Maternity and Child Welfare Memorandum on Premature Baby Care, Mai 1958.

⁵⁴³ PRO, MH 55/2418, Domiciliary Care of Premature Infants – England and Wales, August 1957.

Probleme traten auch bei der künstlichen Sauerstoffzufuhr für die Babies auf; oft standen die passenden Apparate gar nicht zur Verfügung.⁵⁴⁴ Aus Worcester berichtete der *Chief Medical Officer*, daß die Säuglinge häufig völlig unterkühlt und blau angelaufen in der Klinik ankamen, weil die Sauerstoffapparate ausgefallen waren.⁵⁴⁵

Wenn frühgeborene Babies aus der Klinik entlassen wurden, war die Prozedur in den *Local Health Authorities* dagegen einheitlich. Die Mütter wurden stets sofort von einem *Health Visitor* aufgesucht. Die ärztliche Überwachung gestaltete sich dagegen unterschiedlich: Bei im Krankenhaus zur Welt gekommenen Frühgeborenen wurde die weitere Vorsorge für die Kinder auch im Krankenhaus geleistet, sonst übernahmen dies *Medical Officers* der Gesundheitsbehörde, in manchen Fällen aber auch niedergelassene Ärzte, was wiederum auf die problematische Aufteilung in der Schwangeren- und Säuglingsvorsorge hinweist. In seiner umfassenden Untersuchung des gesamten *Maternity Service* von 1959 forderte deswegen das *Cranbrook Committee* auch bei Frühgeburten eine bessere Koordination zwischen Ärzten, LHAs und Krankenhausverwaltung.⁵⁴⁶

In den folgenden Jahren gab es zwar lokale Verbesserungen in der Pflege der Frühgeborenen, grundsätzlich änderte sich an dem höchst unterschiedlichen Standard in den einzelnen Regionen aber wenig. 1961 entwickelte schließlich ein Unterkomitee des *Central Health Services Council* ein ausführliches Programm für die Vorsorge und Pflege der Frühgeborenen.⁵⁴⁷ Nun wurden einheitliche Richtlinien für die Einrichtung von Frühgeborenenstationen in entsprechenden Krankenhäusern und für die Koordination zwischen den Diensten entwickelt:

The consultant paediatrician in collaboration with the consultant obstetrician and the medical officer of health should be responsible for the coordination of hospital and home care. The area served by the specialist centre with its obstetric department and special baby care unit would need to be clearly defined. A leaflet giving details of the scheme including the transport arrangements with clear instructions in the method of obtaining the services should be available to all family doctors in the area and to the local health authority staff.⁵⁴⁸

Um die Anzahl der Transporte möglichst zu reduzieren, sollten alle Schwangeren, die vor der 37. Woche Wehen bekamen, in für Frühgeburten-Pflege ausgestattete Krankenhäuser gebracht werden. Für die nötigen Transporte wurden einheitliche Standards festgelegt.⁵⁴⁹

⁵⁴⁴ PRO, MH 133/408 Standing Advisory Committee Maternity and Child Welfare Memorandum on Premature Baby Care, Mai 1958.

⁵⁴⁵ Vgl. hierzu und zum folgenden PRO, MH 55/2418, Domiciliary Care of Premature Infants – England and Wales, August 1957.

⁵⁴⁶ PRO, MH 55/2341, Maternity Services Committee Report, Programme of Action, 4.3. 1959.

⁵⁴⁷ MINISTRY OF HEALTH, Prevention of Prematurity, S. 3.

⁵⁴⁸ MINISTRY OF HEALTH, Prevention of Prematurity, S. 5.

⁵⁴⁹ MINISTRY OF HEALTH, Prevention of Prematurity, S. 7–8.

Neben dem Problem der Frühgeburten widmete sich der britische Gesundheitsdienst in den 1950er Jahren auch den „Rhesus-Kindern“, der *Haemolytic Disease of the Newborn*. Das Hauptaugenmerk lag bei diesem Problem auf einer Verbesserung der Schwangerenvorsorge.⁵⁵⁰ Bei den Säuglingen ging es vor allem darum, daß gefährdete Mütter in großen Kliniken entbinden sollten, wo die infolge der Rhesus-Unverträglichkeit an schwerer Gelbsucht (*Jaundice*) leidenden Neugeborenen schnell eine Bluttransfusion erhalten konnten. In einem Memorandum von 1960 hieß es:

The family doctor is in a key position to assist in the prevention of loss of life from haemolytic disease of the newborn. His co-operation will enable antenatal prediction to be achieved in practically all cases and ensure the admission of sensitized expectant mothers for delivery in major maternity departments having special baby care units. In such units the diagnosis of this disease can be quickly established and efficient exchange transfusion executed. [...] The knowledge that jaundice in the first twenty-four hours of life is a condition requiring prompt treatment will save many lives.⁵⁵¹

Wie in anderen Ländern richtete sich also in Großbritannien in den 1950er Jahren bei stark gesunkener Säuglingssterblichkeit die Aufmerksamkeit in der Säuglingsvorsorge auf die Ursachen der Frühsterblichkeit. Man versuchte vor allem, eine bessere Vorsorge für Frühgeburten zu entwickeln. Andererseits wurde die Vorsorge für „gesunde Säuglinge“ stärker auf psychische und soziale Aspekte ausgerichtet und so die Funktion der *Health Visitors* und der *Infant Welfare Centres* verändert. Der NHS bot den Säuglingen und ihren Müttern eine Fülle an medizinischen und sozialen Dienstleistungen. Viele Mütter nahmen die unterschiedlichen Angebote jedoch nur selten wahr, weil ihnen die verschiedenen Stellen, an die sie sich wenden sollten, *Infant Welfare Centre* der *Local Health Authority*, Hebamme, Arzt und Klinik sowie *Local Food Office*, *Local Health Authority* und *Ministry of National Insurance* (für Berechtigungsstellen und Nahrungsergänzungsprodukte) unklar blieben. Vom Gesundheitsministerium wurden zwar immer wieder Informationsblätter herausgegeben, diese erreichten aber nicht alle Mütter und wurden nicht oft genug aktualisiert.⁵⁵² So zeigten sich auch in der Säuglingsvorsorge erhebliche Koordinationsprobleme unter dem NHS.

4.4.4 Pressure Groups

In Großbritannien beteiligten sich nicht nur die professionellen Gruppen, also die Hebammen, Ärzte, *Medical Officers* und *Health Visitors* an der gesundheitspolitischen Diskussion, sondern auch zahlreiche Interessengruppen, die

⁵⁵⁰ Vgl. dazu auch die zahlreichen Artikel in den einschlägigen Zeitschriften, z. B. im *British Journal of Preventive and Social Medicine*; hier beispielsweise KNOX et al., Location. Vgl. zu den Bemühungen während der Schwangerschaft oben, S. 463.

⁵⁵¹ PRO, MH 133/409, Memorandum on Haemolytic Disease of the Newborn 1960.

⁵⁵² PRO, MH 55/949, Ministry of Health Dr. Taylor an Dr. Sheldon, 5. 8. 1955.

die Debatte um die Säuglings- und Schwangerenvorsorge vorantrieben. Dies sah in der Bundesrepublik Deutschland ganz anders aus: Die einflußreichen Laien- oder Interessengruppen der Weimarer Zeit, von den man hätte annehmen können, daß sie sich auch in der Nachkriegszeit für die Belange von Schwangeren und Müttern eingesetzt hätten, waren unter der Herrschaft der Nationalsozialisten aufgelöst bzw. deren wichtigste Protagonisten vertrieben worden. Dies galt insbesondere im Falle des 1905 gegründeten *Bundes für Mutterschutz*, der sich in den 1920er Jahren für selbstbestimmte Mutterschaft und Geburtenregelung eingesetzt hatte. Die Hauptfigur des Vereins, Helene Stöcker, mußte emigrieren und starb 1943 in den USA. In der bundesdeutschen Nachkriegsdiskussion traten Vereine oder Zusammenschlüsse, die die Interessen der Schwangeren vertreten hätten, nicht auf.⁵⁵³

In Großbritannien waren in den 1950er Jahren vor allem die Schwangeren mit ihren Belangen und Wünschen zum Thema neuer und alter *Pressure Groups* geworden. Das Wohl der Säuglinge, für das in beiden Ländern Anfang des Jahrhunderts zahlreiche Gruppen und Initiativen gekämpft hatten, war durch die sehr stark gesunkene Säuglingssterblichkeit eher ein medizinisches Problem geworden. Hier ging es in erster Linie um eine Verbesserung der Vorsorge für Frühgeborene, um die Behandlung der „Rhesus-Kinder“ und ähnlich spezialisierte Themen, die weniger von Interessengruppen als vielmehr von medizinischen Fachleuten diskutiert wurden.

Einige Vereine, deren Ziele gänzlich auf die Förderung von Säuglingen gerichtet waren, mischten sich auch in den 1950er Jahren in die Diskussion um Säuglings- und Schwangerenvorsorge ein. Hier gab es beispielsweise das *National Baby Welfare Council*, das, 1916 gegründet, sich vor allem der Verbesserung der Säuglingspflege verschrieben hatte. Mitglieder waren Ärzte, Fachärzte für Gynäkologie und Kinderheilkunde sowie *Medical Officers*, also spezialisierte Fachleute. In Großbritannien verbreitete es Flugblätter und veranstaltete jährlich eine Baby-Woche zur Förderung der Säuglingsvorsorge.⁵⁵⁴ Der Verein war zwar stark auf die Kolonien und die Verbesserung der Säuglingspflege unter den Einheimischen dort ausgerichtet („encourage maternal and child welfare services among the backward races“, hieß es in einer Selbstdarstellung des *Baby Councils*), trat aber auch in die Diskussion um den *Maternity Service* unter dem NHS ein. Die Mitglieder des *Council* hielten eine verbesserte Schwangerenvorsorge für entscheidend und widmeten sich den praktischen Problemen von

⁵⁵³ Vgl. zu Helene Stöcker und dem Bund für Mutterschutz ausführlich WICKERT, Helene Stöcker; USBORNE, Frauenkörper, S. 27; 154–9; sowie übergreifend TAYLOR ALLEN, *Feminism and Motherhood*. Als symptomatisch für die Bundesrepublik der 1950er Jahre muß man wohl eher sehen, daß Frauen ab dem dritten Monat der Schwangerschaft aus Berufen, in denen sie in der Öffentlichkeit auftraten, entfernt wurden. Eine Auseinandersetzung mit den Bedürfnissen der Frauen selbst fand nicht statt, vgl. NIEHUSS, *Familie*, S. 97–8.

⁵⁵⁴ PRO, MH 137/265, *Maternity Services Committee, Circulated Evidence*, *National Baby Welfare Council*, December 1956, an Secretary des Cranbrook Committee.

Schwangeren und Müttern, die in überfüllten Kliniken zur Vorsorge gingen und entbunden wurden.

Eine wichtige Vereinigung für die Belange von Schwangeren war in Großbritannien der *National Birthday Trust Fund* (NBTF). Dieser wurde 1929 von verschiedenen adeligen Frauen mit dem Ziel gegründet, einen Rückgang der Müttersterblichkeit zu erreichen und sich um die Mütter der „unteren Klassen“ zu kümmern. Der Verein war also in erster Linie eine Laienorganisation.⁵⁵⁵ Unter dem NHS entwickelte sich der bei seiner Gründung sehr konservativ ausgerichtete *Trust* zu einer wichtigen Gruppen, die um Verbesserungen im *Maternity Service* kämpften. Der Verein weitete sein Interesse auch auf die Säuglingsvorsorge und die Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit aus.⁵⁵⁶ Hinsichtlich der Schwangerenvorsorge unter dem NHS plädierten die Mitglieder vor allem für ein früheres Einsetzen der Vorsorge, bessere Kooperation der einzelnen Dienste des *Maternity Service* mit einem vermehrten Austausch der Befunde. Der NBTF hielt, wie auch zahlreiche Fachleute im englischen Gesundheitswesen, vor allem das System in den Niederlanden für nachahmenswert, bei dem die Frauen während der ganzen Wehenphase und während des Wochenbettes von einer Art Hilfsschwester zu Hause betreut wurden.⁵⁵⁷ Der NBTF wollte unter anderem erreichen, daß die Frauen auch in Großbritannien während der Wehen und des Geburtsvorgangs nicht allein gelassen würden. Dies passierte in den völlig überlasteten Kliniken häufig und konnte so zu Angstzuständen bei den Müttern führen. Besonders Lady Rhys Williams, die Vorsitzende des NBTF, versuchte durch ständige Anfragen an das Ministerium, die Zustände zu verbessern.⁵⁵⁸ Dies wurde vom Ministerium durchaus ernst genommen. Man sah aber kaum Möglichkeiten, das Problem zu beheben, da in den Krankenhäusern viel zu wenig Personal zur Verfügung stand.⁵⁵⁹ Vor allem die Anzahl der Hebammen war zu gering. Die vom NBTF vorgeschlagene Lösung, ältere Hebammen, die nicht mehr praktizierten, als Wachen in den Kreißsälen zu engagieren, wurden vom Ministerium als undurchführbar abgelehnt.⁵⁶⁰ Dennoch hatte die Arbeit des NBTF und anderer Gruppen einen deutlichen Einfluß auf die Arbeit des Gesundheitsministeriums. Auch die Presse nahm diese Themen Ende der 1950er Jahre auf. Eine 1960 vom *Ministry of Health* und dem *Central Health Service Council* herausgegebener Bericht über „Human Relations in Obstetrics“ ging genau auf die vom NBTF und von anderen Interessengruppen aufgezeigten Probleme ein. Vor allem wegen knap-

⁵⁵⁵ Vgl. zum National Birthday Trust Fund ausführlich WILLIAMS, *Women & Childbirth*; zur Gründung vgl. S. 1–9.

⁵⁵⁶ WILLIAMS, *Women & Childbirth*, S. 172–83.

⁵⁵⁷ PRO, MH 137/269, Maternity Services Committee, Oral Evidence from the National Birthday Trust Fund, 11. 10. 1956.

⁵⁵⁸ PRO, MH 55/2369, Lady Rhys Williams an Sir John Charles, Ministry of Health, 25. 5. 1959.

⁵⁵⁹ PRO, MH 55/2369, Minute Dr. Taylor an Miss Webster, Dr. Godber, Juni 1959.

⁵⁶⁰ PRO, MH 55/2369, Minute Dr. Taylor an Dr. Godber, 6. 8. 1959.

pem Personal und ständigem Mangel an Ressourcen konnten zwar nicht sofort Lösungen gefunden werden, die Probleme der werdenden Mütter wurden jedoch stärker wahrgenommen.⁵⁶¹ Der NBTF engagierte sich wie andere freie Gruppen sehr stark hinsichtlich des psychischen Wohlergehens der Schwangeren, was bei den professionellen Gruppen oftmals zu kurz kam. Schon kurz nach seiner Gründung hatte sich der NBTF zudem vehement dafür eingesetzt, daß Gebärenden Betäubungsmittel zur Verfügung stünden, um die Geburt zu erleichtern.⁵⁶² Dies war aber vor allem ein Thema der 1930er Jahre gewesen, als Erleichterung der Schmerzen und Betäubung vor allem ein Privileg der oberen Klassen darstellten. Die Kampagnen des NBTF zielten darauf, diese Mittel allen Frauen zur Verfügung zu stellen. Zunächst hatte die Vereinigung jedoch damit bei den Betroffenen wenig Erfolg, auch weil die Schmerzerleichterung für viele arme Frauen das geringste Problem bei Schwangerschaft und Geburt darstellte.⁵⁶³

Gerade in den 1970er Jahren wurde die Schmerzmittel-Kampagne dann von feministischer Seite als eine weitere Unterordnung unter die Ärzte bei der Geburt kritisiert und als Aufgabe der Selbstkontrolle der Frauen bezeichnet.⁵⁶⁴ Wie Judith Leavitt jedoch überzeugend dargelegt hat, ging es den Frauen mit ihren Forderungen vielmehr darum, zu bestimmen, wie sie selbst die Geburt ihres Kindes gestalten wollten, und um das Recht, Schmerz- und Betäubungsmittel zu erhalten.⁵⁶⁵ In den 1950er Jahren sah man in diesem Bereich im Ministerium keinen Handlungsbedarf mehr:

The Analgesia factor I feel is over stressed. Practically every unit visited had excellent provision for either gas and air, trilene or both and pethidine was given to the majority of cases requiring it largely at the midwives' discretion.⁵⁶⁶

Vom NBTF wurde diese sehr optimistische Beurteilung jedoch nicht akzeptiert, die Verfügbarkeit solcher Mittel sei in den 1950er Jahren keineswegs in ganz Großbritannien gegeben.⁵⁶⁷ Der Trust unterstützte daher weiterhin Projekte, die neue Schmerz- und Betäubungsmittel ausprobierten.⁵⁶⁸ Aber auch in der Säuglingsvorsorge wurde der Verein aktiv. 1958 führte der NBTF beispielsweise eine Untersuchung der Säuglingssterblichkeit durch (*Perinatal Mortality Survey*).⁵⁶⁹ Dabei sollten nicht nur die medizinischen Gründe für die Säug-

⁵⁶¹ MINISTRY OF HEALTH, Human Relations, S. 4–5.

⁵⁶² Diese Initiative war vor allem Mrs. Baldwin zu verdanken, die diese Kampagne zu ihrer Hauptaufgabe machte, vgl. WILLIAMS, Women & Childbirth, S. 124–5.

⁵⁶³ WILLIAMS, Women & Childbirth, S. 127–8.

⁵⁶⁴ LEAVITT, Birthing, S. 164.

⁵⁶⁵ LEAVITT, Birthing, S. 161–2.

⁵⁶⁶ PRO, MH 55/2369, Minute Dr. Taylor an Miss Webster, Dr. Godber, Juni 1959. Bei den Fachbegriffen handelt es sich um Lachgas und verschiedene andere Schmerz- und Betäubungsmittel.

⁵⁶⁷ BEINART, Obstetric Analgesia, S. 118.

⁵⁶⁸ WILLIAMS, Women & Childbirth, S. 144–5.

⁵⁶⁹ Unter Perinatal Mortality verstand man die Sterblichkeit innerhalb der ersten sieben Tage

lingssterblichkeit untersucht, sondern auch beleuchtet werden, wie stark die Mütter jeweils die Vorsorgeangebote wahrgenommen hatten.

Eine ganz andere Richtung verfolgte die 1956 gegründete *Natural Childbirth Association* (später *National Childbirth Trust*). Sie mischte sich ebenfalls vehement in die Diskussion um die Neuordnung des *Maternity Service* ein und machte zahlreiche Eingaben an das *Cranbrook Committee* wie auch an das Ministerium.⁵⁷⁰ Der Verein war mit genau dieser Zielrichtung gegründet worden: Die Entwicklung des *Maternity Services* unter dem NHS warf viele Probleme auf, die der *National Childbirth Trust* aus der Perspektive der Betroffenen, der Schwangeren, behandeln wollte.⁵⁷¹ Die Mitglieder dieser Organisation wollten unter anderem erreichen, daß Frauen ihre Kinder möglichst „natürlich“ zur Welt bringen konnten, zu Hause, ohne Schmerzmittel und in Anwesenheit des Ehemannes. Sie befürworteten zunächst die von einem britischen Arzt, Dr. Grantly Dick Read, entwickelten Methoden, der eine „natürliche Geburt“ vor allem mit besserer Aufklärung der Mütter und mit in der Schwangerschaft erlernten Entspannungstechniken zu erreichen versuchte.⁵⁷² Der *National Childbirth Trust* bot selbst Entspannungskurse an und nahm sich unter anderem des Problems an, daß Frauen zwar zum Teil diese Vorbereitungskurse besuchten, diese Techniken bei der Geburt aber meist nicht anwenden konnten, weil die Hebammen oder Ärzte sie oftmals sofort mit Schmerz- oder Betäubungsmitteln behandelten. Besonders die Vorsitzende des Verein, Mrs. Briance, entwickelte in den 1950er Jahren ein großes Sendungsbewußtsein, stellte die Methode von Grantly Dick Read als die einzig wahre dar und überschwemmte die Mitglieder des *Cranbrook Committee* mit Briefen über die entsetzlichen Zustände in englischen Kliniken. Trotz des mitunter sehr übertriebenen Tons wurden ihre Vorschläge vom Komitee diskutiert.⁵⁷³ Das Ministerium und seine Beratungsgremien nahmen die Vorshläge des Vereins durchaus ernst.

It would appear probable that childbirth without drugs is safer than childbirth with drugs. If this is so a method without analgesia where the mother can go through labour without pain or with discomfort which she is able to endure without undue disturbance is the method of choice. [...] During the antenatal period she should receive instruction in elementary physiology and anatomy including the process of labour and what will be required of her when she goes into labour,

nach der Geburt, Neonatal Mortality in den ersten vier Wochen nach der Geburt; vgl. PRO, MH 55/2331, The Perinatal Mortality Survey, The Director's Progress Report, Juni 1960; vgl. WILLIAMS, *Women & Childbirth*, S. 196–227. Es wurden damals alle Lebendgeburten zwischen dem 3. und dem 9. 3. 1958 sowie alle Totgeburten und Neonatal Deaths in März, April und Mai 1958 untersucht.

⁵⁷⁰ Vgl. KITZINGER, *Strategies*, S. 92.

⁵⁷¹ DURWARD und EVANS; *Pressure Groups*, S. 256–7.

⁵⁷² PRO, MH 137/266, Maternity Services Committee Circulated Evidence, Flugblatt der Organisation The Natural Childbirth Association of Great Britain, Honorary President Grantly Dick Read, vgl. auch LESLEY A. HALL, *Sex*, S. 142.

⁵⁷³ PRO, MH 137/266, Maternity Services Committee, Circulated Evidence, Evidence from the Natural Childbirth Association of Great Britain, RMSC/Ev. 56.

hieß es in einem Memorandum des *Maternity and Child Welfare Committee*.⁵⁷⁴ Ende der 1950er Jahre hatte sich der *Trust* in Großbritannien schon stärker etabliert, wandte sich auch von der ausschließlichen Vertretung der Methode Dick Reads ab und integrierte andere Formen der Geburtsvorbereitung und Entspannung.⁵⁷⁵ Der *National Childbirth Trust* entwickelte sich gerade in den 1960er Jahren, als Bürgerrechte und Selbstbestimmung von Konsumenten zunehmend im Vordergrund standen, zu einer einflußreichen Interessengruppe für die Belange von Schwangeren.⁵⁷⁶ Außerdem gelang es dem Verein, das Tabu, mit dem der Geburtsvorgang belegt war, aufzubrechen, indem z.B. Schwangere und ihre Ehemänner zu Diashows über den Ablauf einer Geburt eingeladen wurden – etwas, was in den 1950er Jahren noch als „shocking“ galt.⁵⁷⁷ Die Werbung für „natürliche Geburt“ war insofern äußerst problematisch, da viele andere Vereine, z.B. der *National Birthday Trust Fund*, jahrzehntelang das Recht von Frauen propagiert hatten, Schmerz- und Betbungsmittel bei der Geburt zu bekommen.⁵⁷⁸ Der *National Childbirth Trust* mußte zeigen, daß die Kampagne gegen Schmerzmittel und für natürliche Geburt nicht bedeutete, die Anliegen von Frauen zu mißachten und wieder schmerzhaftes Geburten zu fördern, sondern vielmehr der Erfahrung der Geburt Bedeutung zuzubilligen. Zunächst versuchte der Verein, seine innovativen Theorien in der Geburtshilfe und Schwangerenvorsorge durch Koppelung an traditionelle, konservative und christliche Werte wie die Förderung des Familienlebens und der Mutterschaft zu propagieren.⁵⁷⁹ In den 1960er Jahren änderte sich diese Strategie, und der *Trust* wollte neben dem weiteren Aufbau eigener Geburtsvorbereitungskurse vor allem die in der Schwangerenvorsorge und Geburtshilfe arbeitenden Ärzte und Hebammen beeinflussen. In der Untersuchung über „Human Relations in Obstetrics“⁵⁸⁰ des Ministeriums von 1960, in dem die Vorgänge in den Schwangerensprechstunden und den Kreißsälen heftig kritisiert wurden, verwies man inzwischen sehr positiv auf Dick Read und seine Methoden.⁵⁸¹

Die *Association for Improvements in the Maternity Service* (AIMS), die sich in den 1960er Jahren zu einem weiteren wichtigen Sprachrohr für verschiedene Belange der Schwangeren entwickelte, wurde im Gegensatz zum *National Childbirth Trust* im Jahr 1960 ausdrücklich mit der Zielrichtung gegründet, die Ausstattung mit Betbungsmitteln und Anesthesetika zu verbessern und die

⁵⁷⁴ PRO, MH 133/407 Standing Advisory Committee Maternity and Child Welfare, Memorandum on Natural Childbirth 1958.

⁵⁷⁵ KITZINGER, Strategies, S. 92.

⁵⁷⁶ DURWARD und EVANS, Pressure Groups, S. 257; KITZINGER, Strategies, S. 93.

⁵⁷⁷ KITZINGER, Strategies, S. 96–8.

⁵⁷⁸ Vgl. WILLIAMS, Women & Childbirth, S. 124–46.

⁵⁷⁹ KITZINGER, Strategies.

⁵⁸⁰ Vgl. zu dieser Untersuchung auch oben S. 484.

⁵⁸¹ PRO, MH 133/409, Memorandum Human Relations in Obstetrics 1960, Standing Advisory Committee Maternity and Child Welfare.

Geburtenrate in den Krankenhäusern zu erhöhen. Die AIMS wandte sich aber bald anderen Themenbereichen zu und trat in den 1970er und 1980er Jahren dann wieder für das Recht der Mutter ein, ihr Kind zu Hause zur Welt zu bringen.⁵⁸²

Weitere Frauenvereinigungen, die besonders in den 1920er und 1930er Jahren um eine finanzielle Besserstellung und mehr Krankenhausbetten für Mütter gekämpft hatten, so die *Women's Cooperative Guild*,⁵⁸³ mischten sich in den 1950er Jahren ebenfalls wieder in die Diskussion ein. Die *National Assembly of Women* ging insbesondere auf die Alltagsschwierigkeiten der Frauen ein: Arbeitende Mütter und Frauen mit mehreren Kindern konnten wegen der langen Wartezeiten und fehlender Kinderbetreuung die Vorsorgesprechstunden kaum wahrnehmen. Hier wurde auf Abhilfe gedrängt und zusätzlich ein unbürokratischerer Zugang zu den Nahrungsergänzungsmitteln für Schwangere gefordert.⁵⁸⁴ Die *Mother's Union* befaßte sich ebenfalls mit den praktischen Problemen der werdenden Mütter als Patientinnen.⁵⁸⁵ Von dieser Vereinigung wurden ebenfalls die extrem langen Wartezeiten in den Sprechstunden für Schwangere bemängelt, die oft bis zu drei Stunden dauerten und für die Frauen sehr beschwerlich waren. Kritisiert wurde auch die schlechte Informationspolitik gegenüber den Schwangeren, denen die Ärzte die medizinischen Befunde nur selten erklärten.

Durch das Engagement dieser Gruppen wurde in Großbritannien ein großes Spektrum an Themen abgedeckt, die in der Bundesrepublik Deutschland gerade in den 1950er Jahren deutlich zu kurz kamen. Besonders hervorzuheben ist, daß es bereits in dieser Zeit Forderungen nach Wahlmöglichkeiten für die Frauen gab. Einerseits die selbstbestimmte, natürliche Geburt mit entsprechender Schwangerenvorsorge, andererseits aber auch die Forderung nach einer optimalen, medizinisch zuverlässigen, für alle zugänglichen Medikamentierung zur Schmerzerleichterung bei der Geburt. Die *Association for Improvements in Maternity Service*, die ursprünglich lediglich auf die Verbreitung und Zugänglichkeit von Schmerz- und Narkosepräparaten ausgerichtet gewesen war und der *National Childbirth Trust* mit seinem Eintreten für natürliche Geburt blieben in den folgenden Dekaden die wichtigsten Vereine, die sich für die Belange der Schwangeren einsetzten.⁵⁸⁶

⁵⁸² BEINART, *Obstetric Analgesia*, S. 119; DURWARD und EVANS, *Pressure Groups*, S. 256–60.

⁵⁸³ LEWIS, *Mothers and Maternity Policies*, S. 16–20.

⁵⁸⁴ PRO, MH 137/266, *National Assembly of Women*, Memorandum submitted to the Government Committee of Inquiry into the Maternity Services.

⁵⁸⁵ PRO, MH 137/274 *Maternity Services Committee*, Evidence from the Mother's Union, Mother's Union an Ministry of Health, 23. 10. 1956.

⁵⁸⁶ DURWARD und EVANS, *Pressure Groups*, S. 256.

4.5 PRÄVENTIVE KONZEPTE ALS PROBLEM UND HERAUSFORDERUNG DER GESUNDHEITSPOLITIK

In Großbritannien wie in Deutschland entwickelten sich aus der Sorge um die Zukunft der Nation um die Jahrhundertwende Bemühungen, die Säuglingssterblichkeit zu senken. In beiden Ländern wurden Säuglingsfürsorgeeinrichtungen in Form von Beratungsstellen der Kommunen oder wohltätiger Vereine geschaffen sowie eine bessere Kontrolle der Milchversorgung angestrebt. Unterschiede sind vor allem bei der Betreuung der Mütter und Säuglinge in ihren Wohnungen und Häusern zu finden. Während sich in England durch die weiblichen *Health Visitors*, die sich bemühten, alle Säuglinge zu besuchen, ein System entwickelte, das von breiten Bevölkerungsschichten akzeptiert wurde, blieb in Deutschland der Hausbesuch durch die Fürsorgerin den Armenfürsorgeempfängern und ledigen Müttern vorbehalten und verlor so nie seine vordringliche Kontrollfunktion. Obwohl Großbritannien mit J.W. Ballantyne einen Pionier in der Schwangerenvorsorge beheimatete, blieb dieses Thema in beiden Ländern zunächst unbeachtet. In den 1920er Jahren, mit dem Ausbau der kommunalen Vorsorge, wurden dann in Großbritannien flächendeckend Ambulanzen und Sprechstunden für Schwangere eingerichtet. Ähnliche Entwicklungen gab es in Deutschland wesentlich seltener. Hier konzentrierte sich der Ausbau der kommunalen Fürsorge in den 1920er Jahren stärker auf die Säuglinge.

Die Traditionen kommunaler Gesundheitsfürsorge in Deutschland und mit ihr die Säuglingsvorsorge und die Ansätze in der Schwangerenvorsorge wurden unter der nationalsozialistischen Herrschaft stark beeinträchtigt. Viele der ehemals in diesem Bereich engagierten Ärzte und Ärztinnen wurden entlassen, vertrieben und verfolgt. Dadurch war nur noch wenig Engagement des öffentlichen Gesundheitsdienstes im Bereich der Prävention zu finden. Die „Mütterberatung“, also die Säuglingssprechstunden in den Gesundheitsämtern, bestand zwar fort. Eine gut koordinierte Schwangerenvorsorge richteten die Nationalsozialisten, die ideologisch eigentlich einen Mutterkult propagierten, nicht ein. Die Betreuung von Säuglingen und Schwangeren wurde mit selektiven rassistischen Maßnahmen verbunden und entfernte sich sehr weit von einer „zugehenden“, also präventiven Fürsorge für alle Gruppen der Gesellschaft. Das britische System der kommunalen Schwangeren- und Säuglingsvorsorge durch die *Local Health Authorities* erfuhr dagegen gerade in den 1930er Jahren nochmals einen Ausbau. Während des Krieges wurde erstmals nicht nur die medizinische Versorgung der werdenden Mütter berücksichtigt, sondern zusätzlich für Schwangere, Mütter und Säuglinge Vitaminpräparate und verbilligte Milch ausgegeben. Diese Form der Vorsorge hatte großen Erfolg und wurde auch nach dem Krieg beibehalten.

In der Bundesrepublik gab es nach dem Zusammenbruch der nationalsozialistischen Herrschaft und nachdem die größten gesundheitlichen Probleme und Notlagen der direkten Nachkriegszeit überwunden waren, neue Überlegungen

zu einer Verbesserung der Vorsorge für Schwangere und Säuglinge. In den Anfangsjahren der Bundesrepublik entwickelte sich dieser zentrale Bereich der Gesundheitsvorsorge jedoch im Vergleich zu Großbritannien nur sehr langsam weiter. Erst Mitte der 1960er Jahre wurden weitergehende Vorsorgeleistungen für Schwangere angeboten.⁵⁸⁷ Verschiedene strukturelle Probleme im Gesundheitswesen, vor allem jedoch die konkurrierenden Systeme des öffentlichen Gesundheitsdienstes auf der einen und der sozialen Krankenversicherung mit der freien Ärzteschaft auf der anderen Seite verhinderten eine rasche Lösung. Konzepte, die die Vorsorge dem öffentlichen Gesundheitsdienst zuweisen wollten, scheiterten. Das öffentliche Gesundheitswesen verlor zunehmend an Einfluß. Die Vorsorge wurde dann 1965 endgültig bei den niedergelassenen Ärzten angesiedelt. Damit setzte sich ein individuelles, medizinisches Konzept in der Vorsorge durch. Allerdings waren gerade bei den Angehörigen der unteren Schichten, die eine Schwangerschaftsbetreuung oft besonders dringend brauchten, die öffentlichen Beratungseinrichtungen eher akzeptiert als ein selbstständiger Besuch beim Arzt. Deswegen wurde auch nach Einführung der gesetzlichen Leistungen beklagt, daß gerade die Personenkreise, die eine besonders intensive Beratung brauchten, sie nicht ausreichend bekamen, weil sie von der rein medizinisch orientierten Vorsorge nicht erreicht wurden.⁵⁸⁸ Durch die Zurückdrängung des öffentlichen Gesundheitsdienstes mit seiner sowohl medizinisch als auch sozial ausgerichteten Beratung wurde in der Bundesrepublik ein schichtspezifisches Gesundheitsverhalten eher verstärkt.⁵⁸⁹ Ein weiteres Problem ergab sich daraus, daß die Qualität der Vorsorge, die im wesentlichen dem einzelnen Arzt überlassen war, stark schwankte, kaum statistisch zu erfassen und kontrollierbar war.⁵⁹⁰ Alternative Konzepte der Schwangeren- und Säuglingsvorsorge mit einer stärkeren Einbeziehung von Hebammen oder Fürsorgerinnen, die in anderen Ländern durchaus Erfolg hatten – auch in Großbritannien funktionierten Teile der Vorsorge über *Health Visitor* und Hebamme – wurden in der Bundesrepublik nicht erwogen. Indem sich das Modell der ausschließlichen Betreuung durch die freie Ärzteschaft durchsetzte, wurde die Kontrolle der zumeist männlichen Ärzte über den weiblichen Körper bei Schwangerschaft und Geburt verstärkt, was zumindest von der neuen Frauenbewegung seit den 1970er Jahren heftig kritisiert wurde.⁵⁹¹ Die Weichenstellung in der Gesundheitspolitik vergrößerte die Dominanz der Ärzte,

⁵⁸⁷ BAK, B 142/4043, Bericht für die WHO über die Fürsorge für Mutter und Kind in neun europäischen Staaten, Entwurf.

⁵⁸⁸ Vgl. ARNOLD, Malaise, S. 438–40, CHRISTOPH MÜLLER, Säuglingssterblichkeit, S. 122. Auch Untersuchungen aus den 1970/80er Jahren bestätigen für die Bundesrepublik Deutschland, daß die Angebote der Schwangerenvorsorge von den unteren Schichten viel weniger wahrgenommen wurden, vgl. TIETZE, Zwischen Natur und Technik, S. 140; ALBRECHT-RICHTER und THIELE, Prävention, S. 56–7.

⁵⁸⁹ Vgl. hierzu auch oben, S. 448.

⁵⁹⁰ AIACH und CARR-HILL, Inequalities, S. 33–4.

⁵⁹¹ RODENSTEIN, Kultur, S. 125–6.

die diese ohnehin schon durch ihre Fachkompetenz innehatten, gegenüber ihren Patientinnen erheblich.

Kennzeichnend für die Bundesrepublik ist, daß sich in der Zeit, als die Schwangerenvorsorge zunächst vernachlässigt und dann den Ärzten übergeben wurde, Interessenverbände der Frauen nicht zu Wort meldeten. Die Gründe hierfür sind wohl darin zu suchen, daß unter den Nationalsozialisten die in den 1920er Jahren noch sehr engagierten Frauenvereine aufgelöst und zerstört wurden. Keine der Protagonistinnen, die für Selbstbestimmung der Frauen in der Mutterschaft gekämpft hatten, war in der Bundesrepublik noch aktiv. Neue Gruppen bildeten sich in den 1950er Jahren nicht. Weiterhin bleibt die Frage offen, wieso gerade in den 1950er Jahren, als sich die Bundesregierung so sehr der Förderung der Familie verpflichtet fühlte, eine gesetzliche Regelung der Schwangeren- und Säuglingsfürsorge nicht mit mehr Nachdruck verfolgt wurde, obwohl dieses Problem doch einen Kernbereich der Familienförderung darstellt.

In Großbritannien zeigte sich dagegen ein ganz anderes Bild: Hier existierte schon vor dem NHS eine umfassende Schwangeren- und Säuglingsvorsorge, die in den neuen Gesundheitsdienst übernommen wurde. Es traten eher Probleme struktureller Art auf, die von der Gesundheitspolitik gelöst werden mußten, und zwar im wesentlichen die Koordination der drei Zweige des NHS – der Ärzte, Kliniken und lokalen Gesundheitsbehörden – die in der Vorsorge zusammenarbeiten mußten. Auch im NHS wurde den Ärzten ein Großteil der Schwangerenvorsorge überantwortet, obwohl in Großbritannien ein funktionierendes System der örtlichen Gesundheitsbehörden bestanden hatte. Diese Änderung wurde vor allem damit begründet, daß den *Medical Officers* Erfahrung in der Geburtshilfe fehle und sie nicht auf dem medizinisch neuesten Stand seien. Auch in Großbritannien setzte man also in der Phase der 1950er Jahre verstärkt auf individuelle, medizinische Betreuung durch den Arzt. Im Gegensatz zur Bundesrepublik versuchte man aber den Umfang und die Qualität der Untersuchungen bei den Ärzten zu beeinflussen und zu kontrollieren, auch wenn dies – wie gezeigt wurde – kaum gelang. Zudem gab es ein großes und wachsendes Ergänzungsangebot der lokalen Gesundheitsbehörden, das den sozialen Bereich der Vorsorge stärker abdeckte.

Auch zahlreiche Interessengruppen von Frauen bildeten sich bereits in den 1950er Jahren, um das neue System mitzugestalten und bestimmte Formen der Geburt und der Schwangerenvorsorge für sich einzufordern. So gab es bereits damals Vereinigungen, die sich für eine natürliche Geburt mit entsprechender Schwangerschaftsvorsorge und Geburtsvorbereitung einsetzten, wie auch Vereinigungen, die maximale Schmerzfreiheit und Anwendung verschiedenster medizinischer Hilfsmittel für alle Frauen forderten. In der Säuglingsvorsorge hatten sich im Gegensatz zu Deutschland, wo Hausbesuche durch Fürsorgereinnen immer noch als diskriminierend galten, die Besuche der *Health Visitors* bei nahezu allen Säuglingen als völlig normal durchgesetzt. Die Säuglingsvorsorge wurde zudem früher als in Deutschland auf Entwicklungsprobleme im

Säuglingsalter und auf die Kleinkinderfürsorge ausgedehnt. Auch bei der Umsetzung neuer medizinischer Erkenntnisse reagierte man in Großbritannien mit dem funktionierenden System der Vorsorge wesentlich schneller und versuchte, z. B. Eklampsie in der Schwangerschaft und Erythroblastose bei Säuglingen bereits in den 1950er Jahren gezielt landesweit zu bekämpfen.

Warum in der Bundesrepublik auf diesem Gebiet ein solch gesundheitspolitischer Stillstand zu konstatieren ist, läßt sich wohl zum einen mit der Ideenarmut erklären, die nach dem Bedeutungsverlust des öffentlichen Gesundheitswesens die bundesdeutsche Gesundheitspolitik in den 1950ern und bis Mitte der 1960er Jahre bestimmte. „Eingezwängt“ zwischen dem System der DDR und den Maßnahmen des NS-Regimes, denen man sich in keinem Fall nähern wollte, sah die konservative Bundesregierung die einzige gangbare Lösung offenbar darin, die gesamte Vorsorge der freien Ärzteschaft zu übergeben. Zum anderen muß erneut auf die strukturelle Problematik des bundesdeutschen Systems verwiesen werden. Durch die Konzentration der Krankenkassen auf kurative Medizin und die grundsätzliche Abstimmung der Leistungen auf einen „Haupternährer“, hatte die Prävention für Schwangere und Säuglinge lange einen untergeordneten Platz inne. Hierzu gehört auch, daß sich Leistungen primär an Arbeitsmarktgesichtspunkten orientierten. In diesem Fall wurde ein ausgezeichnete Mutterschutz für eine kleine Gruppe von Frauen, die abhängig Beschäftigten, eingeführt, lange bevor man an Vorsorgemaßnahmen für alle Schwangeren dachte.

Erst in den 1970er Jahren formierten sich dann im Rahmen der neuen Frauenbewegung auch in Bundesrepublik Gruppen, die ihre eigenen Vorstellungen von Schwangerschaft und Geburt formulierten und vertraten. Vor allem Feministinnen setzten sich seitdem sowohl in Großbritannien wie auch in Deutschland mit der unterschiedlichen gesellschaftlichen Perzeption von Schwangerschaft und Geburt auseinander. Der Wahrnehmung der Frauen selbst wurde dabei die Sicht der behandelnden Ärzte gegenübergestellt, die diese Ereignisse als rein medizinisches Problem definierten und die soziale Seite von Schwangerschaft und Geburt vernachlässigten.⁵⁹² Die „Conflicting Paradigms of Pregnancy“ wurden nun ein zentraler Topos in der feministischen und soziologischen Literatur.⁵⁹³ In beiden Ländern wurde das Recht der Selbstbestimmung der Frau über diesen integralen Teil ihres Lebens wichtiger, während sich gleichzeitig die medizinische Vorsorge immer mehr zu einem technisierten Prozeß entwickelte, der eine Geburt im Krankenhaus zur Selbstverständlichkeit machte.⁵⁹⁴

⁵⁹² Vgl. z. B. die verschiedenen Arbeiten von Ann Oakley in den 1970er und 1980er Jahren; besonders OAKLEY, *Women Confined*; DIES., *Becoming a Mother*; DIES., *Women and Health Policy*, vgl. für die Bundesrepublik VOGT, *Standortbestimmung*.

⁵⁹³ GRAHAM und OAKLEY, *Competing Ideologies*, S. 50–1.

⁵⁹⁴ Vgl. OAKLEY, *Womb*, S. 155–70; SCHENK, *Herausforderung*, S. 84–103.