

Wenn das Leben mit dem Tod beginnt: Säuglingssterblichkeit und Gesellschaft in historischer Perspektive

Vögele, Jörg

Veröffentlichungsversion / Published Version

Zeitschriftenartikel / journal article

Zur Verfügung gestellt in Kooperation mit / provided in cooperation with:

GESIS - Leibniz-Institut für Sozialwissenschaften

Empfohlene Zitierung / Suggested Citation:

Vögele, J. (2009). Wenn das Leben mit dem Tod beginnt: Säuglingssterblichkeit und Gesellschaft in historischer Perspektive. *Historical Social Research*, 34(4), 66-82. <https://doi.org/10.12759/hsr.34.2009.4.66-82>

Nutzungsbedingungen:

Dieser Text wird unter einer CC BY Lizenz (Namensnennung) zur Verfügung gestellt. Nähere Auskünfte zu den CC-Lizenzen finden Sie hier:

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/deed.de>

Terms of use:

This document is made available under a CC BY Licence (Attribution). For more information see:

<https://creativecommons.org/licenses/by/4.0>

Wenn das Leben mit dem Tod beginnt – Säuglingssterblichkeit und Gesellschaft in historischer Perspektive

Jörg Vögele*

Abstract: »When Life Begins with Death – Infant Mortality and Society in Historical Perspective«. High infant mortality rates were traditionally considered as a matter of fate and the death of an infant was accompanied by paternal indifference. Declining birth rates at the beginning of the twentieth century and continuing high infant mortality rates, particularly when assessed from an international perspective, led to the emergence of an increasing infant welfare movement in Imperial Germany. This paper assesses the scope and the broad impact of the movement focussing on three selected subject areas: (1.) the commencement of the infant welfare movement as “Volksbelehrung”, (2.) the 1911 heat wave with increased infant mortality and its medial representation, and (3.) the level and trend of infant mortality in the course of the First World War, or the issue whether war is good for infants and babies. In this context, the extend and duration of breastfeeding functioned as key variable determining the health of the infant.

Keywords: infant mortality, Germany, infant welfare, heat wave 1911, First World War, breastfeeding.

Fehlgeburt, Totgeburt, Frühgeburt, Fetoizid, Tod im ersten Lebensjahr – wenn das Leben mit dem Tod beginnt, bricht für die Eltern häufig eine Welt zusammen. Gänzlich entgegen ihrer freudigen Erwartung drohen sie in eine tiefe Krise zu stürzen. Beruhigend in diesem Zusammenhang ist allenfalls, dass die Zahl der Todesfälle in dieser Lebensphase – zumindest bezogen auf die heutige industrialisierte Welt – recht gering ist. So liegt die Säuglingssterblichkeit, also die Zahl der im ersten Lebensjahr Gestorbenen in Relation zu den Geburten, in Deutschland bei 0,5 Prozent. Heute als Katastrophe empfunden, soll die Säuglingssterblichkeit in historischer Perspektive traditionell als nicht abzuwendendes Schicksal verstanden worden sein. Philippe Ariès postulierte eine elterliche Indifferenz gegenüber Säuglingen und Kleinkindern, während Mutterliebe als Konstrukt der Moderne galt (Ariès 1975; Shorter 1975; Badinter 1981). Einerseits schützten sich Eltern angesichts der hohen Säuglingssterblichkeit durch Distanz emotional, andererseits führte genau dies wiederum zu weiteren Todesfällen. Dass die Säuglingssterblichkeit noch im 19. Jahrhundert oft über 20

* Address all communications to: Jörg Vögele, Institut für Geschichte der Medizin, Heinrich-Heine-Universität Düsseldorf, Universitätsstr. 1, 40225 Düsseldorf, Germany; e-mail: voegele@uni-duesseldorf.de.

Prozent lag, dass in manchen Krisenjahren nur ein Drittel der Geborenen das erste Lebensjahr überlebte, nahm man unter Verweis auf „Gottes Willen“ in Anlehnung an das Buch Hiob: „Der Herr hat's gegeben, der Herr hat's genommen, gepriesen sei der Name des Herrn“ (Hiob 1,21) relativ gleichmütig hin. Die religiöse Verankerung des vorzeitigen Todes im Säuglingsalter zeigte sich auch darin, dass nicht das Überleben des Säuglings, sondern das Sakrament der Taufe zentral war. Von Kindern, die ungetauft starben oder getötet wurden, nahm man an, dass sie aufgrund der durch die Fortpflanzung übertragenen Erbsünde ewiger Verdammnis anheim fielen. Mit päpstlicher Anerkennung der Simultanbeseelung im Jahr 1869 rückte die christliche Taufe etwa eine Woche nach der Geburt noch stärker in den Vordergrund. Auch die Taufe von Kindern in utero wurde im Jahr 1748 vom Papst anerkannt und von den Seelsorgern propagiert. Getauft konnte das Kind im Todesfall Fürbitte leisten für die im irdischen Jammertal verbliebenen Familienmitglieder. Als Individuum zählte der Säugling wenig. Dies manifestierte sich auch entsprechend in dem Brauch, einen Vornamen sofort zu vergeben, bis ein Kind überlebte.

In von traumatisierenden Katastrophen wie Seuchen oder Kriegen besonders betroffenen Regionen soll sich eine geradezu fatalistische Einstellung gegenüber Leben und Tod des Säuglings herausgebildet haben. Insbesondere in katholischen Gebieten sei der Tod eines Säuglings eher indifferent, oder, wenn bereits viele Kinder vorhanden waren, als postnatale Familienplanung sogar mit Erleichterung aufgenommen worden (Imhof 1981). Als berühmtes Beispiel aus der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts gilt das sogenannte 'Himmeln'. Während die ersten Kinder den Eltern noch sehr willkommen waren, wuchs mit den später Geborenen die Sorge, ob die Ressourcen der Familie ausreichen würden. Die nachweislich geringeren Überlebenschancen der höheren Geburtsränge sollen auch auf eine bewusste Vernachlässigung zurückzuführen sein.

In der Tat sind die starken regionalen Unterschiede mit einem ausgeprägten Ost-West und Süd-Nord-Gefälle in ganz Europa besonders auffällig. Mitte des 18. Jahrhunderts soll die Säuglingssterblichkeit in der Region Moskau bei 334 Promille gelegen haben; Angaben aus der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts zeigen wesentlich niedrigere Werte für Schweden (200) und Dänemark (191) und noch geringere für England (165) (Livi Bacci 1999, 148-149). Diese Gradienten waren auch auf dem Gebiet des Deutschen Reiches zu beobachten. Noch um die Mitte des 19. Jahrhunderts lagen die Werte – auf 1.000 Lebendgeborene bezogen – bei ca. 100 Sterbefällen im Norden, unter 200 im Westen, 300 und mehr im Osten und Süden (Vögele 2001, 132-133).

Allerdings ist die Tragfähigkeit dieser These durchaus problematisch, da die Gebiete, die besonders durch Kriege verwüstet worden waren, und Regionen hoher Säuglingssterblichkeit geographisch nicht deckungsgleich sind. So konnten ökonomische Faktoren verdeckt wirksam sein. In der Stadt Konstanz beispielsweise lagen die Säuglingssterblichkeitsziffern unter der katholischen Bevölkerung mehr als doppelt so hoch wie unter der evangelischen. Gleichzei-

tig lebte allerdings die protestantische Oberschicht der Stadt unter wesentlich besseren wirtschaftlichen Bedingungen als der katholische Teil der Bevölkerung (Vögele 2001, 185). Insgesamt traten die regionalen Unterschiede in den Hintergrund, während sich die soziale Ungleichheit im Laufe des 19. Jahrhunderts verstärkte (Spree 1995). Die These der elterlichen Indifferenz wurde in jüngster Zeit auch anhand zahlreicher qualitativer Quellen infrage gestellt. So wurde wiederholt auf zeitgenössische Portraits, Literatur und Formen der Sepulkralkultur hingewiesen, die darstellten, wie Eltern den vorzeitigen Tod ihrer Kinder wohl betrauertem und gedachten (Lee, Knöll im vorliegenden Band; Woods 2007).

Auf gesellschaftlicher Ebene allerdings bildet das frühe 20. Jahrhundert eine entscheidende Zäsur. Zwar setzte ein leichter Rückgang der Säuglingssterblichkeit in zahlreichen europäischen Staaten bereits gegen Ende des 18. Jahrhunderts ein, dieser wurde aber zur Mitte des 19. Jahrhunderts durch erneut steigende Raten unterbrochen. Erst um die Wende zum 20. Jahrhundert begann dann der bis heute andauernde nachhaltige Rückgang bis auf unter zehn Promille. Diese Entwicklung spiegelt sich auch in den Daten für Preußen bzw. das Deutsche Reich und Deutschland wider (Schaubild 1): Eine entscheidende Trendwende der auf nationaler Ebene aggregierten Daten setzte mit Beginn des 20. Jahrhunderts ein. Parallel dazu lösten sinkende Geburtenraten gegen Ende des 19. Jahrhunderts Befürchtungen aus, dass die Zukunft der Nation in wirtschaftlicher und militärischer Hinsicht von der erfolgreichen Bekämpfung der hohen Säuglingssterblichkeit abhing. In internationaler Perspektive waren die Sterberaten der Säuglinge im Deutschen Reich tatsächlich enorm hoch, insbesondere der direkte Vergleich mit den als rivalisierend angesehenen Nationen England und Frankreich (1905: England und Wales: 128 pro 1000 Lebendgeborene; Frankreich: 135; Deutschland: 205 (Corsini und Viazzo 1997)) rückte die Säuglingssterblichkeit in das gesellschaftliche Blickfeld, sie wurde nun thematisiert und skandalisiert. Dies berührte zunächst Politik, Wissenschaft und die bürgerlichen Eliten. Wie weit eine gesellschaftliche Breitenwirkung erzielt werden konnte, soll im folgenden Beitrag an drei ausgewählten Beispielen in den Blick genommen werden. Zunächst geht es (1.) um die Anfänge der Säuglingsfürsorge als Volksbelehrung, im Anschluss (2.) um die enorm gestiegene Säuglingssterblichkeit infolge der Hitzewelle 1911 und deren mediale Repräsentation und schließlich (3.) um die Entwicklung der Säuglingssterblichkeit im Ersten Weltkrieg oder die Frage, ob der Krieg gut für die Überlebenschancen der Säuglinge war.

1. Säuglingsfürsorge, Stillpropaganda und „Volksaufklärung“

Der Diskurs über Bevölkerungsfragen inklusive Geburtlichkeit und Sterblichkeit wurde im 19. Jahrhundert weitgehend von der Nationalökonomie basierend

auf den Bevölkerungsgesetzen von Malthus geprägt. Zur Jahrhundertwende traten malthusianische Ängste vor den Konsequenzen einer Überbevölkerung, die angesichts des starken Bevölkerungswachstums während der Hochindustrialisierung empfunden wurden, in den Hintergrund. Neben ökonomischen und sozialwissenschaftlichen Geburtenrückgangstheorien wurden im Rahmen von Überlegungen zum Wert des Menschen sogar Berechnungen über den Kostenwert eines Neugeborenen angestellt. Dieser wurde um die Jahrhundertwende auf einen Ausgangswert von 100 Mark taxiert. Gleichzeitig wurde auf die vergeblichen Aufwendungen aufmerksam gemacht, wenn die Kinder 'vorzeitig' starben. Für das Jahr 1900 wurden diese reichsweit auf über 38 Millionen Mark geschätzt (Seiffert 1905). Andererseits konnte man auch – wie der Statistiker Ernst Engel – argumentieren, dass, wenn die Kinder wegsterben, diese dann möglichst frühzeitig sterben sollten, um die Eltern als Produktivkräfte möglichst wenig zu belasten (Ballod 1897, 65).

Während sich die Nationalökonomien aus dieser bevölkerungspolitischen Debatte zunehmend zurückzogen, wurde diese immer stärker biologisch-medizinisch geprägt (Vögele und Woelk 2002). Gerade beim Thema Säuglingssterblichkeit sicherten sich die Ärzte wissenschaftliche Autorität und erlangten durch die zunehmende gesellschaftliche Bedeutung des bevölkerungswissenschaftlichen Diskurses erhöhte Aufmerksamkeit – nicht zuletzt indem sie z.T. auch aggressiv nationale Töne anschlugen (Lilienthal 1986). So gelang es, die Pädiatrie um die Wende vom 19. zum 20. Jahrhundert als eigenes Fach in der universitären Medizin zu etablieren (Seidler 1983; Neumann 2000). Der Säugling geriet in den medizinischen Fokus und entsprechend stieg die relative Zahl der im Index Medicus unter dem Stichwort „Infants“ gelisteten wissenschaftlichen Veröffentlichungen zu Beginn des 20. Jahrhunderts sprunghaft an (Schaubild 2). Im Mittelpunkt stand dabei die wissenschaftliche Erforschung der Säuglingssterblichkeit und ihrer Determinanten. Für die Pädiatrie bedeutete diese zugleich eine Auseinandersetzung mit sozial- und rassenhygienischen Konzepten (Weindling 1989; Schabel 1995; Stöckel 1996). In Zusammenhang mit sozialdarwinistischem Gedankengut galt die hohe Säuglingssterblichkeit sogar als gewünschter Selektionsmechanismus. War der frühe Tod eine Auslese, die Degeneration verhinderte und zur „Güte der Rasse“ beitrug (Schallmayer 1903)? Auf diesen Gedanken weist auch die Diagnose 'Lebensschwäche' als häufig angegebene Todesursache unter den Säuglingen hin. In diesem Sinn wären soziale Maßnahmen zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit für die Gesellschaft sogar kontraproduktiv. Der Medizinalstatistiker Friedrich Prinzing konnte dies mit offiziellen Zahlen der amtlichen Statistik allerdings klar widerlegen: Eine erhöhte Säuglingssterblichkeit zog keineswegs eine niedrigere Sterblichkeit in den höheren Altersgruppen nach sich. Auch internationale Vergleiche widerlegten diese These eindeutig: Frankreich, die Schweiz, Belgien, England, Irland, Dänemark, Schweden und Norwegen registrierten nicht nur niedrigere Sterbeziffern für das erste Lebensjahr, sondern auch in den hö-

heren Altersklassen (Prinzing 1903). Dennoch blieb die Bewegung nicht frei von eugenischem Gedankengut, wenn sie etwa den Blick auf künftige „gesündere“ Generationen richtete (Woelk 2000). So wurde darauf hingewiesen, dass die Risiken des Säuglingsalters zwar gleichermaßen sowohl die Starken als auch die Schwachen dahinraffen konnten, aber eine langfristige Gefahr darin läge, wenn die Säuglinge statt zu kräftigen nur zu anfälligen und nicht widerstandsfähigen Menschen heranwachsen, die dann von Tuberkulose und anderen auszehrenden Krankheiten heimgesucht und damit der öffentlichen Fürsorge dauerhaft zur Last fallen werden würden (Schlossmann 1908, 242).

Eine Betrachtung der differentiellen Säuglingssterblichkeit ergab, dass die Unterschiede der Säuglingssterblichkeit in Stadt und Land im Wesentlichen auf die höheren Sterbeziffern, die in den Städten während der heißen Sommermonate auftraten, zurückgeführt werden konnten. Zwischen 30 und 40 Prozent der jährlichen Todesfälle unter den Säuglingen fiel in diese Jahreszeit. Verantwortlich dafür waren vor allem gastro-intestinale Störungen, die beispielsweise in preußischen Städten immerhin zwischen 60 und 70 Prozent aller Todesfälle im ersten Lebensjahr ausmachten (Vögele 2001). Damit rückte die Ernährungsweise als entscheidender Faktor für Höhe und Entwicklung der Säuglingssterblichkeit in den Mittelpunkt (Kintner 1982; Haines und Vögele 2000; Vögele 2001). Entsprechend wurde die Ernährung des Säuglings zum Herzstück der Sozialpädiatrie und der von ihr lancierten Säuglingsfürsorgebewegung im frühen 20. Jahrhundert deklariert. Nach einer kurzzeitigen Euphorie für künstliche Ernährung im Zuge der aufkommenden Bakteriologie während der 1880er Jahre, wurde bald das Stillen als alleinige adäquate Säuglingsernährung propagiert und gegen die Nahrungsmittelindustrie polemisiert und protestiert, die ihrerseits versuchte, mit aufwendigen Werbefeldzügen künstliche Milchersatzprodukte auf den Markt zu bringen. Hingewiesen wurde auf das Infektionsrisiko, besonders wenn die Ersatznahrung mit Milch oder Wasser zubereitet, oder, wie es in manchen Gegenden Brauch war, von Erwachsenen vorgekaut wurde. Berüchtigt waren insbesondere der so genannte Mehlbrei oder auch Zuckerwasser sowie das weitverbreitete Verabreichen von Branntwein und Bier (Müller 2000). Insgesamt wurde künstliche Ernährung mit einer hohen Säuglingssterblichkeit assoziiert, extensives Stillen dagegen mit niedrigen Sterbeziffern.

In Deutschland weisen zeitgenössische lokale Erhebungen darauf hin, dass die Stillhäufigkeit mit steigendem Einkommen tendenziell abnahm und insbesondere in den oberen sozialen Schichten wenig verbreitet war. Wesentlich markanter jedoch waren die starken regionalen Unterschiede hinsichtlich der Stillquoten. In den östlichen bzw. südöstlichen Gebieten des Deutschen Reiches ging die hohe Säuglingssterblichkeit mit dem weit verbreiteten Nichtstillen der Säuglinge in diesen Regionen einher. Mit Besorgnis wurde nun registriert, dass die Stillquoten insbesondere in den Städten rückläufig waren: In Berlin beispielsweise, wo man die Stillquoten regelmäßig im Rahmen der

Volkszählungen erhob, wurden im Jahr 1885 55,2 Prozent aller Säuglinge ausschließlich von ihren Müttern gestillt, 2,7 Prozent erhielten Ammenmilch, 6,7 Prozent Muttermilch mit zusätzlicher Beikost und 33,9 Prozent wurden ausschließlich mit Tiermilch aufgezogen; im Jahr 1910 wurden nur noch 30,5 Prozent von der Mutter gestillt, 0,4 Prozent erhielten Ammenmilch, 3,7 Prozent wurden mit Muttermilch und Beinahrung versorgt, während bei 62,6 Prozent allein auf Tiermilch zurückgegriffen wurde (Prinzing 1930-31, 395).

Ziel der Pädiater war es dementsprechend neben einem allgemeinen hygienischen Umgang mit dem Säugling vor allem, die Stillquoten zu heben bzw., sofern der Mutter das Stillen nicht möglich war, auf eine adäquate Ersatznahrung, die sogenannte künstliche Ernährung, hinzuwirken. Grundanliegen der Sozialpädiatrie war es, den Müttern einen entwicklungsfördernden und gesundheitserhaltenden Umgang mit ihrem Säugling oder Kleinkind zu vermitteln. Dazu wurden Lehrmaterial und Aufklärungsbroschüren entwickelt, in denen die wissenschaftlichen Erkenntnisse der Kinderheilkunde popularisiert werden sollten. Karl von Behr-Pinnow formulierte es in seiner Untersuchung „Geburtenrückgang und Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit“ eindeutig: „Die Fürsorge muß als Hauptzweck haben: die Massenbelehrung“ (von Behr-Pinnow 1913, 62). Die vornehmlich in den größeren Städten entstehenden Säuglingsfürsorgestellen zielten angesichts sinkender Stillquoten darauf ab, junge Mütter durch Aufklärungskampagnen und Geldprämien zum Stillen zu bewegen (Vögele 2001). Sie konzipierten Wanderausstellungen, Filme und lokale Merkblätter (Schabel 1995). Essentielles Medium im Rahmen der Stillbewegung waren gedrucktes Unterrichtsmaterial für Lehrkurse sowie Säuglingsfibel, Atlanten und Tafelwerke.

In ihrem berühmten „Atlas der Hygiene des Säuglings und des Kleinkindes für Unterrichts- und Belehrungszwecke“ intendierten Leo Langstein und Fritz Rott, anhand von 100 Tafeln das „Wesentliche der Säuglings- und Kleinkinderhygiene“ zu Anschauungszwecken darzustellen (Langstein und Rott 1918). Der Atlas erschien in drei Auflagen zwischen 1918 und 1926, wobei in der dritten Auflage das Zahlenmaterial aktualisiert und insbesondere das Kleinkind stärker einbezogen wurde. Adressaten, so formulierten sie im Vorwort, sollten Volksschülerinnen, werdende Mütter, Hebammen und Kinderpflegerinnen sein. Dargestellt wurden die Bereiche Statistik, Körperbau und Entwicklung, Pflege, Ernährung, Krankheitsverhütung und Fürsorge, nicht aber die Krankheitslehre, um die Frauen nicht „in Gegensatz zu ihrem Arzt zu bringen.“

Wie in den modernen Kampagnen von WHO und UNICEF wird die Einleitung direkt mit demographischem Material gestaltet und zügig auf den Zusammenhang von Ernährungsweise und Säuglingssterblichkeit hingeführt. Zunächst wird auf die bedeutende Rolle der Säuglingssterblichkeit im Rahmen der Gesamtsterblichkeit im Jahr 1913 und auf die besondere Gefährdung in den ersten drei Lebensmonaten hingewiesen. Internationale und regionale Unterschiede kommen ebenso zur Sprache wie die überhöhte Sommersterblichkeit

und die dominierende Rolle der gastro-intestinalen Erkrankungen. Als eine wichtige Botschaft wird vermittelt, dass Stillen sogar soziale Nachteile ausgleichen kann: Die Sterblichkeit der Flaschenkinder von Eltern in „wohlhabenden“ wirtschaftlichen Verhältnissen war mehr als doppelt so hoch wie die Sterblichkeit von Brustkindern aus „minderbemittelten“ wirtschaftlichen Verhältnissen. Zentrales Element der Säuglingshygiene ist mithin die natürliche Ernährung: „Das Herz und die Milch einer Mutter sind unersetzlich“ (Langstein und Rott 1918, Tafel 61). Möglicherweise verhinderte gerade diese Betonung des Natürlichen eine nähere Beschäftigung mit dem Stillen, mit Stillproblemen oder Stillschwierigkeiten der Mutter. Der „Wert der natürlichen Ernährung“ wird dagegen sogleich in der anschließenden Tafel präsentiert, in der darauf hingewiesen wird, dass die Sterblichkeit der Flaschenkinder siebenmal größer als die der Brustkinder ist. Nachdem anschließend auf die Notwendigkeit fester Stillzeiten, alle 3-4 Stunden mit einer Nachtpause hingewiesen wird, widmen sich die folgenden Tafeln der künstlichen Ernährung und der Beikost für den Säugling: Abkochen der Milch, kühle Lagerung und entsprechend hygienische Darreichung stehen dabei im Vordergrund.

Insgesamt inszenieren die Tafeln eine bürgerliche Welt und reflektieren, dass das Stillen schon seit der Aufklärung Ausdruck einer spezifisch bürgerlichen Familienvorstellung war: Gut gekleidete Mütter in hübschen Zimmern mit Tapeten, Gardinen, Nähmaschinen, Blumenstöcken und Regalen gefüllt mit Büchern bilden die Szenerie. Ob damit die eigentliche Zielgruppe erreicht werden konnte, erscheint fraglich. Spärliche Angaben über den Besuch von Lehrkursen, in denen solches Material gezeigt wurde, legen ein eher skeptisches Urteil nahe: Arbeiterinnen aus dem Raum Düsseldorf begründeten ihr geringes Interesse an der Teilnahme solcher Kurse damit, dass sie sich tagsüber müde gearbeitet hätten und es ihnen sowieso am Notwendigsten zum Gedeihen der Kinder fehle und sie deshalb weder Zeit noch Lust zur Teilnahme an derartigen Veranstaltungen verspürten. Am ehesten konnten solche Frauen angesprochen werden, die zumindest eine gewisse Affinität zur bürgerlichen Welt hatten, wie etwa Dienstmädchen (Vögele 2001; Fehle mann 2004). Auch direkt Äußerungen zu den Überlebenschancen der Säuglinge mussten auf die Ärzte und Fürsorgerinnen eher ernüchternd wirken. So wollte eine Großmutter der leitenden Schwester einer Säuglingsfürsorgestelle in Charlottenburg den Einlass verwehren mit den Worten:

Meiner Tochter, was die Mutter ist, geht es sehr gut, und wenn Sie von der Stadt kontrollieren kommen, so ist das nicht nötig, wir wollen nichts von der Stadt haben, wir ernähren das Kind selber, und ich habe 14 Kinder groß gezogen, davon sind bloß 7 gestorben, also können Sie sich denken, daß ich das versteh' (Amtliche Nachrichten 1912, 2).

2. Die Hitzewelle 1911, Exzess-Säuglingssterblichkeit und ihre mediale Repräsentation

Klima und Temperatur haben bis heute einen Einfluss auf Gesundheit und Sterblichkeit. Sind derzeit hauptsächlich alte Menschen einem erhöhten Sterberisiko in den Sommermonaten ausgesetzt, waren dies in historischer Perspektive vor allem die Säuglinge. So ging beispielsweise der verhältnismäßig kühle Sommer des Jahres 1902 mit einer relativ geringen Säuglingssterblichkeit einher, während der heiße Sommer 1911 von einer hohen Sterberate begleitet war. Im Sommer 1911 wurde Europa von einer Hitzewelle heimgesucht, in deren Folge die Säuglingssterblichkeit in die Höhe schnellte. Es wurden die höchsten Temperaturen des Zeitraums 1874-1946 gemessen, und die Zahl der Sommertage ($>25^{\circ}$ Celsius) übertraf die anderer Jahre bei weitem: Berlin registrierte 53 Tage, Düsseldorf 80, Frankfurt 65, Leipzig 58, München 55, Nürnberg 63, Köln 63, Dresden 53, Breslau 49 und selbst Hamburg 32. Temperaturmaxima wurden in Duisburg erreicht mit $42,5^{\circ}$ Celsius und 104 Sommertagen (Statistisches Jahrbuch Deutscher Städte 1914, 33).

Eine erhöhte Sterblichkeit in den Sommermonaten war durchaus bekannt, aber die Zahl der Todesfälle unter den Säuglingen im Juli, August und September 1911 übertraf den traditionellen Sommergipfel bei weitem. In Düsseldorf, einer Stadt mit einer relativ geringen Säuglingssterblichkeit, starben im Zeitraum von Juli bis September 1911 mehr als doppelte so viele Säuglinge als im entsprechenden Zeitraum des vorangegangenen Jahres; die Säuglingssterberate erreichte ein Maximum von 58,2 Prozent im August 1911 (Beilage 1911). In den süddeutschen Regionen, wie beispielsweise in Bayern, wo die Säuglingssterblichkeit traditionell weit über dem Durchschnitt lag, stieg die Sterberate gegenüber 1910 um 60 Prozent.

Angesichts eines solchen dramatischen Anstiegs, drängt sich die Frage nach dem medialen Niederschlag dieser Ereignisse im Jahr 1911 auf. Zu diesem Zweck wurden zwischen Juni und September 1911 zwei Zeitungen in den Blick genommen, der lokal verbreitete *Düsseldorfer General-Anzeiger* und die überregionale *Neue Preußische Zeitung*, und ausgewertet, ob die Bereiche Säuglingssterblichkeit, der Sommergipfel und die Reaktion der Säuglingsfürsorgebewegung im Zusammenhang mit der Hitzewelle thematisiert wurden oder sogar in die Schlagzeilen kamen. Tatsächlich gerieten die steigenden Temperaturen rasch in die öffentliche Wahrnehmung. Sowohl der *Düsseldorfer General-Anzeiger* als auch die *Neue Preußische Zeitung* informierten ihre Leser über die Hitzewelle und ihre Folgen. Im Mittelpunkt standen dabei die schlechten Ernteergebnisse in vielen Regionen, Wasserknappheit und ein drastischer Anstieg der Lebensmittelpreise für Grundnahrungsmittel (Kartoffeln, Zuckerrüben). Erst nachrangig wurde die Übersterblichkeit der Säuglinge thematisiert. Die Zahl der Todesfälle wurde in kurzen Meldungen gelistet und als Ursache für deren Anstieg auf die Hitzewelle verwiesen. Es wurde den Müttern nahege-

legt, besonders auf Qualität und Zustand der Kuhmilch zu achten und die Säuglinge nicht während der Sommermonate abzustillen. Das Thema wurde jedoch nicht skandalisiert und erreichte nicht die Schlagzeilen. So gab es keinerlei Kritik an der Arbeit der Säuglingsfürsorgebewegung; vielmehr wurde vorgeschlagen, die bestehenden Kampagnen zu intensivieren. In diesem Kontext verwies man auf den im September jenes Jahres in Berlin tagenden *3. Internationalen Kongress für Säuglingsschutz*. Insgesamt blieb die Hitzwelle und der daraus resultierende Anstieg der Säuglingssterblichkeit im Wesentlichen eher ein Expertendiskurs in akademischen medizinischen Zeitschriften als eine öffentlich geführte Debatte in den Medien. Vielleicht lässt sich dies damit erklären, dass die Säuglingssterblichkeit 1911 immer noch niedriger war als die enormen Raten des 19. Jahrhunderts, die möglicherweise noch das kollektive Gedächtnis prägten, da der substantielle Rückgang unter 20 Prozent erst seit Beginn des 20. Jahrhunderts eingesetzt hatte. Wenn auch die Breitenwirkung offensichtlich gering war, bot die Hitzwelle der Säuglingsfürsorgebewegung gute Gelegenheit, auf ihr Anliegen hinzuweisen und auf eine Intensivierung der Aktivitäten hinzuwirken. So wurde darauf hingewiesen, dass insbesondere die Sterblichkeit der legitimen Säuglinge – relativ gesehen – überproportional anstieg (was angesichts der dauerhaft extrem hohen Sterblichkeit der illegitimen Säuglinge evident ist) und dies zum Anlass genommen, die Beobachtungs- und Kontrollfunktionen der Säuglingsfürsorge stärker auf die legitimen Säuglinge auszudehnen (Schlossmann 1911, 2). Denn die Ereignisse verdeutlichten, dass die hohe Säuglingssterblichkeit ein soziales Problem war, so dass in der Folge der Zugang noch stärker von einem eugenischen zu einem sozialhygienischen Ansatz pendelte.

3. Erster Weltkrieg, Geburtenrückgang und Reichswochenhilfe

Die Säuglingsfürsorgebewegung gewann im Deutschen Reich rasch an Popularität, im Jahr 1907 existierten bereits 101 Fürsorgestellen, von denen 17 auch Hausbesuche unternahmen. So sehr sie auch in Einzelfällen erfolgreich gewesen sein mögen, kann den Fürsorgestellen in der Kaiserzeit – epidemiologisch gesehen – kaum durchschlagende praktische Wirkung zugeschrieben werden. Versorgt werden konnten lediglich die von der Polizeiaufsicht erfassten oder von der Armenfürsorge gepflegten Personen. Viele Stellen hatten finanzielle Schwierigkeiten und sahen sich zudem starken gesellschaftlichen Widerständen ausgesetzt, die beispielsweise von niedergelassenen Ärzten oder von Industriebetrieben kamen. Beim Kernstück der Bewegung, den Stillkampagnen, wirkten die Kontrollmechanismen eher kontraproduktiv (Frevert 1985; Vögele 2001; Fehlemann 2004), vor allem aber liefen viele Elemente den Lebensbedingungen der angesprochenen Zielgruppen entgegen. Selbst die Auszahlung der Stillprämien war nur für die Mütter verlockend, die ihre Säuglinge sowieso

stillten. Untersuchungen der Fürsorgestellen in Karlsruhe, Magdeburg, Berlin, Leipzig, Köln und Breslau ergaben, dass eine Erhöhung der Stilltätigkeit mit wenigen Ausnahmen nicht erreicht werden konnte. Es haben vor allem die Mütter Stillprämien erhalten, die ihre früheren Kinder auch schon gestillt hatten.

Die Auswirkungen des Ersten Weltkriegs auf die Zivilbevölkerung werden unterschiedlich eingeschätzt (Dwork 1887; Winter et al. 1993). Einerseits herrschten schwierige Lebensumstände, Rationierung und wirtschaftliche Not, andererseits wurde gerade in den Kriegsjahren die Säuglingsfürsorge intensiviert. Angesichts des massenhaft auftretenden vorzeitigen Todes infolge kriegsbedingter Bevölkerungsverluste und sinkender Geburtenraten rief Arthur Schlossmann im Auftrag des Vorstandes der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde (DGfK) die Reichsregierung auf, die Säuglingsfürsorge zu intensivieren:

Mehr als je heisst es für uns unser Sondergebiet pflegen und die Bedeutung der Kinderheilkunde zu betonen, denn von ihr aus soll die Wiederaufforstung des deutschen Volksbestandes beeinflusst werden, damit wir über die schweren Wunden hinwegkommen, die der Krieg uns schlägt (Schlossmann 1918, 28).

Wenn schon die Hitzewelle 1911 als Argument genutzt wurde, sich stärker um das Wohl der Säuglinge zu kümmern, so verstärkte sich dies durch erneut steigende Säuglingssterberaten unmittelbar nach Ausbruch des Krieges. Zahlreiche fürsorgereiche Maßnahmen wurden in die Wege geleitet, und tatsächlich ging die Säuglingssterblichkeit insbesondere in den Städten in den folgenden Jahren 1915 und 1916 signifikant zurück, was im Wesentlichen auf ein verändertes Stillverhalten zurück zu führen ist. So wurden für die ersten Kriegsmomente ein Rückgang der Stillhäufigkeit und ein Anstieg der Säuglingssterblichkeit registriert, mit zunehmenden Ernährungsengpässen erfolgte eine stärkere Hinwendung der Mütter zu ihren Säuglingen, insbesondere durch ein verstärktes Stillen. Dies wurde unterstützt durch die Einführung der Reichswochenhilfe. Die Zahlung der staatlichen Wochenhilfe wurde – anders als die städtischen Stillprämien – nicht von Kontrollbesuchen abhängig gemacht. Zwar leitete sich der Anspruch auf Reichswochenhilfe aus der Kriegsteilnahme des Vaters bzw. Ehemannes ab und bezog sich nicht auf die Stellung der Wöchnerin. Allerdings zahlten auch die Krankenkassen während des Krieges eine erweiterte Wochenhilfe, so dass auch selbstversicherte Frauen diese Leistungen erhielten. Über die Regelungen der Reichswochenhilfe gelang es zudem, die Rolle der Fürsorgestellen zu stärken, indem die in der Reichswochenhilfe festgelegten Stillgelder nach Vereinbarung mit den Krankenkassen in der Regel durch die Säuglingsfürsorgestellen ausgezahlt wurden. Auf diese Weise konnten die Besuche der Beratungsstellen erheblich gesteigert und zugleich die Mütter langfristiger an die Fürsorgestelle gebunden werden. Die Arbeit der Beratungsstellen wurde so in das öffentliche Leistungsangebot integriert. Daraus erwuchs ein enormer

Ausbau von Säuglingsfürsorgestellen während des Ersten Weltkrieges. So bestätigte Marie Baum, die Geschäftsführerin des Düsseldorfer Vereins für Säuglingsfürsorge, dass der Wirkungsbereich der Mutterberatungsstellen seit Inkrafttreten der Reichswochenhilfe außerordentlich erweitert wurde. Worum man bei freiwilligem Besuch oft vergebens warb, das sei durch diese einfache Verknüpfung einer gesetzlichen Leistung mit der Beobachtung durch die Beratungsstelle erreicht worden (Baum 1917, 188). An anderer Stelle kommentierte sie, dass der Krieg geschafft habe, was sämtliche Stillpropaganda und Stillprämien nicht geschafft hätten, eine Rückkehr der Mütter zum Stillen:

Für die im Säuglingsalter stehenden Kinder hatten diese Schwierigkeiten (der Milchzufuhr) größere Ausbreitung und längere Dauer der natürlichen Ernährung zur Folge. Reichswochenhilfe und Milchnot sind gute Erzieher gewesen (Bericht 1916, 65).

Die Reichswochenhilfe markierte einen deutlichen Umschwung in der Entwicklung der Säuglingsfürsorge, da nun das Reich umfangreiche finanzielle Verpflichtungen eingegangen war. Die finanzielle Verantwortung war bis dahin immer den Kommunen, privaten Trägern und Krankenkassen überlassen worden. Wenn auch die Reichswochenhilfe schon während der Demobilisierungsphase außer Kraft gesetzt wurde, hat das „Gesetz über Wochenhilfe und Wochenfürsorge vom 26. September 1919“ an die Regelungen der Kriegswochenhilfe angeknüpft. Zur Ergänzung der Wochenhilfe in der Reichsversicherungsordnung (RVO) führte man eine Familienwochenhilfe ein, und gleichzeitig wurde die Kostenübernahme der Wochenfürsorge für unbemittelte und nicht versicherte Mütter durch das Reich durchgesetzt.

Die Zeitgenossen vor Ort schätzten die Wirkung der Maßnahmen positiv ein. Selbst im Blick von Außen wurden Veränderungen registriert. So war die englische Regierung, die mit politischem Interesse die Entwicklung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reich während des Krieges verfolgte, mit ihrem Urteil zwar zurückhaltender, aber durchaus beeindruckt. Im Bericht des Intelligence Department wurden die ansteigenden Stillquoten registriert und gleichzeitig mit kühlem Blick konstatiert, dass die Frauen nach Ablauf der dreimonatigen Zahlungen prompt abstillten (Local Government Board 1918). Selbst wenn dies der Fall gewesen sein sollte, so lässt sich aber insgesamt festhalten, dass mehr Mütter stillten und eine dreimonatige Stillzeit für die Verhältnisse im Deutschen Reich durchaus positiv zu bewerten ist. Entsprechend verschwand der berüchtigte Sommergipfel (Schaubild 3). Die Kriegsjahre brachten in der Tat einen substantiellen Anstieg der Stillquoten und der Stilldauer in den deutschen Städten mit einem anschließenden Sinken der Säuglingssterblichkeit (Vögele 2001, 294), zu dem sicherlich auch ein Zusammenspiel von relativ kühlen Sommern und vor allem einer stark gesunkenen Geburtenrate kam. So sank die Zahl der Lebendgeborenen zwischen 1913 und 1916 um 40 Prozent. Alfred Grotjahn schätzte insgesamt 3,6 Millionen ausgefallene Geburten während des gesamten Krieges und damit größere Verluste für das

Deutsche Reich als durch die Kriegsgefallenen (1,8 Millionen) und Mehrgestorbenen (0,7 Millionen) (Grotjahrn 1926, 104). Aus diesem Blickwinkel scheint die These, dass der Krieg gut für Babys war, nur bedingt haltbar: Von den geborenen Kindern überlebte ein größerer Teil das erste Lebensjahr, allerdings wurden viele Kinder gar nicht geboren.

Postskript

Stillkampagnen von UNICEF und anderen stehen in der Tradition sozialpädiatrischer Aktivitäten des frühen 20. Jahrhunderts. UNICEF fasst auf ihrer Homepage die aktuellen Befunde zum Stillen zusammen:

Breastfed children have at least six times greater chance of survival in the early months than non-breastfed children. [...] Optimal breastfeeding of infants under two years of age has the greatest potential impact on child survival of all preventive interventions, with the potential to prevent 1.4 million deaths in children under five in the developing world. [...] The potential impact of optimal breastfeeding practices is especially important in developing country situations with a high burden of disease and low access to clean water and sanitation. But non-breastfed children in industrialized countries are also at greater risk of dying – a recent study of post-neonatal mortality in the United States found a 25% increase in mortality among non-breastfed infants (<http://www.unicef.org/nutrition/index_24824.html>).

UNICEF und die World Health Organization propagieren deshalb den Beginn des Stillens innerhalb der ersten Stunde nach der Geburt und empfehlen, den Säugling in den ersten sechs Lebensmonaten ausschließlich zu stillen. Angelehnt an die WHO hält die Nationale Stillkommission in Deutschland sechs Monate ausschließlichen Stillens für wünschenswert. Vorteile des Stillens für die Gesundheit der Kinder bestehen in einer Verringerung von Infektionskrankheiten, einer Senkung der Säuglingssterblichkeit und geringerem Vorkommen des plötzlichen Säuglingstodes, einer Risikoverminderung für Diabetes Typ 1 und Typ 2, für Lymphome, Leukämien, Morbus Hodgkin, für Übergewicht und Adipositas, für eine Hypercholesterinämie und Allergien. Für die Mütter sei es vorteilhaft, weil es die postnatale Rückbildung der Gebärmutter beschleunige, die postpartale Gewichtsabnahme erleichtere, das Risiko für Brust- und Eierstockkrebs verringere und außerdem vermutlich bei der Vorbeugung der Osteoporose helfe.

Trotzdem ist das gegenwärtige Stillverhalten nicht so wie es sein könnte: „Stillen – es dürfte etwas länger sein!“ vermeldet die Nationale Stillkommission. Die Ergebnisse eines Kinder- und Jugendgesundheitssurveys (KiGGS) zeigten zwar einen Anstieg der Stillhäufigkeit von 1986 bis 2005. Die durchschnittliche Stilldauer betrug insgesamt 6,9 Monate; die Dauer des vollen Stillens allerdings betrug durchschnittlich 4,6 Monate, und lediglich 22,4 % aller Kinder wurden 6 Monate lang voll gestillt (Lange, Schenk und Bergmann 2007). Auch im internationalen Vergleich schneidet Deutschland insbesondere

gegenüber den skandinavischen Ländern schlecht ab (Ballabriga und Schmidt 1987). Signifikant seltener jemals gestillt wurden Kinder von Müttern sozial benachteiligter Bevölkerungsgruppen, Kinder von Müttern, die während der Schwangerschaft rauchten oder bei denen es Probleme nach der Geburt gab. Die Ergebnisse, so die aktuelle Forschung, unterstreichen die Notwendigkeit einer weiteren nachhaltigen Stillförderung und Unterstützung bei sozial benachteiligten Bevölkerungsgruppen. Diese Aussage erinnert einerseits an die Stillkampagnen des beginnenden 20. Jahrhunderts, und wirft andererseits die Frage auf, ob spätere Generationen angesichts der Tatbestände für die gegenwärtige Zeit ebenfalls mangelnde Mutterliebe und Indifferenz gegenüber der Gesundheit des Säuglings konstatieren werden.

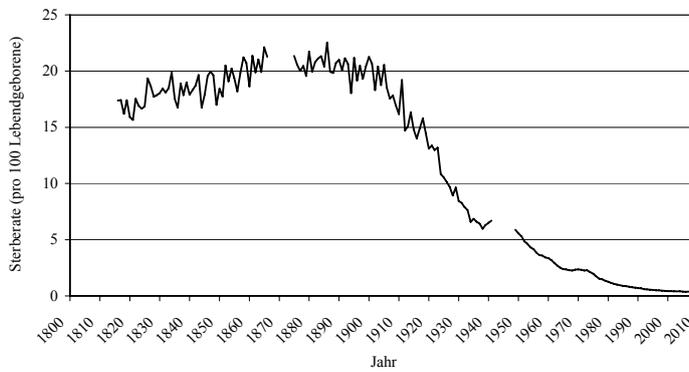
References

- Amtliche Nachrichten der Charlottenburger Armenverwaltung* 16 (1912), Heft 7, 1-3.
- Ariès, Philippe. 1975. *Geschichte der Kindheit*. München: Hanser.
- Badinter, Elisabeth. 1981. *Mutterliebe. Die Geschichte eines Gefühls vom 17. Jahrhundert bis heute*. München: Piper.
- Ballabriga, Angel and Eberhard Schmidt. 1987. Actual trends of the diversification of infant feeding in industrialized countries in Europe. In *Weaning: why, what and when*, ed. Angel Ballabriga and Jean Rey. Nestlé Nutrition Workshop Series Vol. 10, 129-146. New York: Raven.
- Ballod, Carl. 1897. *Die Lebensfähigkeit der städtischen und ländlichen Bevölkerung*. Leipzig: Duncker & Humblot.
- Baum, Marie. 1917. *Grundriss der Säuglingsfürsorge*. Wiesbaden: Bergmann.
- Bericht über das neunte Geschäftsjahr des Vereins für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf 1915/16*. Düsseldorf 1916.
- Corsini, Carlo A., and Pier P. Viazzo, eds. 1997. *The Decline of Infant and Child Mortality. The European Experience: 1750-1990*. Den Haag: Nijhoff, UNICEF.
- Dwork, Deborah. 1987. *War is good for Babies and Other Young Children: A History of the Infant and Child Welfare Movement 1898-1918*. London: Tavistock.
- Fehlemann, Silke. 2004. *Armutrisiko Mutterschaft, Mütter- und Säuglingsfürsorge im Deutschen Reich 1890-1924*. Phil. Diss., Universität Düsseldorf.
- Frevert, Ute. 1985. „Fürsorgliche Belagerung“: Hygienebewegung und Arbeiterfrauen im 19. und frühen 20. Jahrhundert. *Geschichte und Gesellschaft* 11: 421-446.
- Grotjahn, Alfred. 1926. *Die Hygiene der menschlichen Fortpflanzung. Versuch einer praktischen Eugenik*. Berlin: Urban & Schwarzenberg.
- Haines, Michael, and Jörg Vögele. 2000. *Infant and Child Mortality in Germany, 19th-20th Centuries*. Colgate University, Department of Economics, Working Paper Series 100-110. Hamilton, NY.
- Imhof, Arthur E. 1981. Unterschiedliche Säuglingssterblichkeit in Deutschland, 18. bis 20. Jahrhundert – Warum? *Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft* 7,3: 343-382.

- Kintner, Hallie J. 1982. *The Determinants of Infant Mortality in Germany from 1871 to 1933*. Unpubl. PhD Diss., University of Michigan.
- Knodel, John E. 1988. *Demographic Behavior in the Past. A study of fourteen German village populations in the eighteenth and nineteenth centuries*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Lange, C., Liane Schenk, and R. Bergmann. 2007. Verbreitung, Dauer und zeitlicher Trend des Stillens in Deutschland. Ergebnisse des Kinder- und Jugendgesundheits surveys (KiGGS). *Bundesgesundheitsblatt* 50: 624-633.
- Langstein, Leo, and Fritz Rott. 1918. *Atlas der Hygiene des Säuglings und des Kleinkindes für Unterrichts- und Belehrungszwecke*. Berlin: Springer (repr. Lübeck 1989).
- Lilienthal, Georg. 1986. Pediatrics and Nationalism in Imperial Germany. *The Society for the Social History of Medicine, Bulletin* 39: 64-70.
- Local Government Board. 1918. *Infant Welfare in Germany during the War*. Report prepared in the Intelligence Department of the Local Government Board. London.
- Neumann, Josef N. 2000. Die Etablierung der Pädiatrie als Unterrichts- und Prüfungsfach an den deutschen Universitäten. In *Kindsein kein Kinderspiel. Das Jahrhundert des Kindes (1900-1999)*, ed. Petra Larass, 391-409. Halle: Fliegenkopf.
- Livi Bacci, Massimo. 1999. *Europa und seine Menschen. Eine Bevölkerungsgeschichte*. München: Beck.
- Müller, Rita. 2000. *Von der Wiege zur Bahre. Weibliche und männliche Lebensläufe im 19. und frühen 20. Jahrhundert am Beispiel Stuttgart-Feuerbach*. Stuttgart: Hohenheim.
- Prinzing, Friedrich. 1903. Die angebliche Wirkung hoher Kindersterblichkeit im Sinne der Darwinschen Auslese, *Centralblatt für allgemeine Gesundheitspflege* 22: 111-29.
- Prinzing, Friedrich. 1930-31. *Handbuch der medizinischen Statistik*. 2nd ed., 2 vols. Jena: Fischer.
- Schabel, Elmar. 1995. *Soziale Hygiene zwischen sozialer Reform und sozialer Biologie: Fritz Rott (1878-1959) und die Säuglingsfürsorge in Berlin*. Husum: Matthiesen.
- Schallmayer, Wilhelm. 1903. *Vererbung und Auslese im Lebenslauf der Völker*. Jena: Fischer.
- Schlossmann, Arthur. 1908. Über die Organisation des Vereins für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf. *Concordia* 15: 239-249.
- Schlossmann, Arthur. 1911. Was lehrt uns der heiße Sommer 1911? *Mutter und Kind* 4, 2: 2.
- Schlossmann, Arthur. 1918. Kinderkrankheiten und Krieg. In *Verhandlungen der 31. Versammlung der Gesellschaft für Kinderheilkunde Leipzig 1917*, 1-28. Wiesbaden: Bergmann.
- Seidler, Eduard. 1983. Die Kinderheilkunde in Deutschland. In *Lebendige Pädiatrie*, ed. Paul Schweizer and Eduard Seidler, 13-85. München: Marseille.
- Seiffert. 1905. Säuglingssterblichkeit, Volkskonstitution und Nationalvermögen, *Klinisches Jahrbuch* 14: 65-94.
- Shorter, Edward. 1975. Der Wandel der Mutter-Kind-Beziehungen zu Beginn der Moderne. *Geschichte und Gesellschaft* 1, 2-3: 257-287.

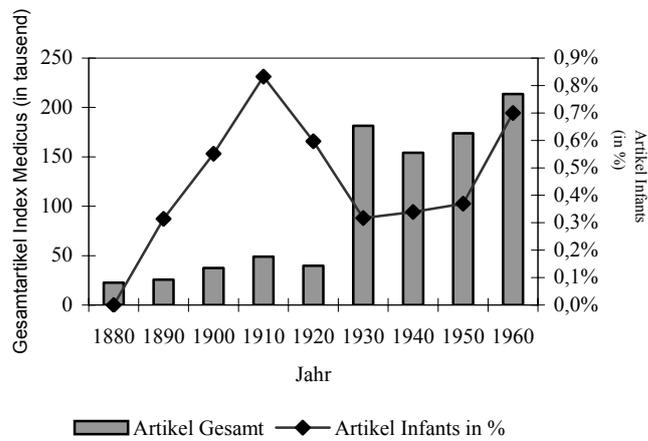
- Spree, Reinhard. 1995. *On Infant Mortality Change in Germany since the Early 19th Century*, Münchener Wirtschaftswissenschaftliche Beiträge 95-103. München.
- Statistische Monatsberichte der Stadt Düsseldorf* (1911), Beilage Juli-September.
- Statistisches Jahrbuch Deutscher Städte* 20 (1914).
- Stöckel, Sigrid. 1996. *Säuglingsfürsorge zwischen Sozialer Hygiene und Eugenik. Das Beispiel Berlins im Kaiserreich und in der Weimarer Republik*. Berlin: de Gruyter.
- Vögele, Jörg. 2001. *Sozialgeschichte städtischer Gesundheitsverhältnisse während der Urbanisierung*. Berlin: Duncker & Humblot.
- Vögele, Jörg, and Wolfgang Woelk. 2002. Der „Wert des Menschen“ in den Bevölkerungswissenschaften vom ausgehenden 19. Jahrhundert bis zum Ende der Weimarer Republik. In *Bevölkerungslehre und Bevölkerungspolitik vor 1933*, ed. Rainer Mackensen, 121-133. Opladen: Leske & Budrich.
- Von Behr-Pinnow, Karl. 1913. *Geburtenrückgang und Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit*. Berlin: Springer.
- Weindling, Paul. 1989. *Health, Race and German Politics between National Unification and Nazism, 1870-1945*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Winter, Jay, et al. 1993. The Impact of the Great War on Infant Mortality in London, *Annales de démographie historique*: 329-353.
- Woelk, Wolfgang. 2000. Von der Säuglingsfürsorge zur Wohlfahrtspflege: Gesundheitsfürsorge im rheinisch-westfälischen Industriegebiet am Beispiel des Vereins für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf. In *Stadt, Krankheit und Tod. Städtische Gesundheitsverhältnisse während der Epidemiologischen Transition (vom 18. bis ins frühe 20. Jahrhundert)*, ed. Jörg Vögele and Wolfgang Woelk, 339-359. Berlin: Duncker & Humblot.
- Woods, Robert. 2007. *Children Remembered. Responses to Untimely Death in the Past*. Liverpool: Liverpool University Press.

Schaubild 1: Die Entwicklung der Säuglingssterblichkeit in Deutschland, 1875-2007



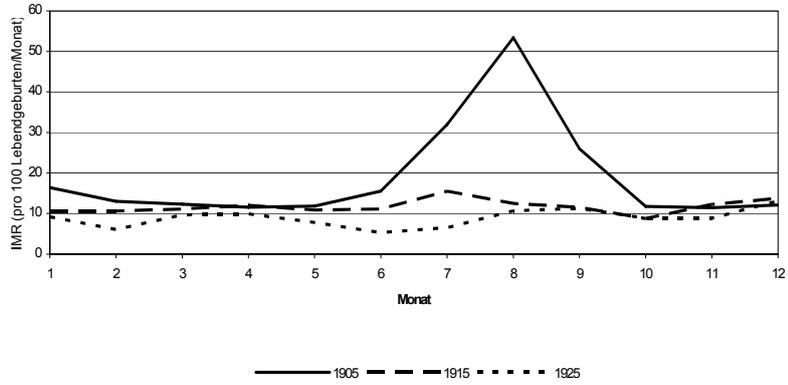
Preußen 1816-1900, Reichsgebiet 1901-1938, bis 1989 westliches Bundesgebiet, ab 1990 gesamtes Bundesgebiet. Quellen: Vögele 2001; DESTATIS.

Schaubild 2: Anzahl der im Index Medicus unter dem Stichwort „Infants“ gelisteten Artikel



Quelle: *Index Medicus*

Schaubild 3: Säulingssterblichkeit in Düsseldorf,
1905, 1915 und 1925 – saisonal



Quellen: Jahresbericht des Statistischen Amtes der Stadt Düsseldorf für 1905, 4-5; Jahresbericht der Stadt Düsseldorf für 1915-18, 33 und 37; Jahresbericht der Stadt Düsseldorf für 1925, 22 und 25.