

Die medizinische Normierung der Säuglingspflege im deutschen Kaiserreich – "Gleichschaltung" der Mutter-Kind-Beziehung?

Das deutsche National- und Geschichtsbewusstsein ist bekanntlich von der Auslösung zweier Weltkriege überschattet und besonders von den nationalsozialistischen Massenmorden und dem System der politischen "Gleichschaltung", das sie möglich machte.

Was machte so viele Deutsche der NS-Zeit bereit, einander im Sinne der Nationalsozialisten "gleichzuschalten" und sich bis zur Unmenschlichkeit "gleichschalten" zu lassen? Die Gründe waren vielfältig¹ und reichen von frühkindlichen Entbehrungen und "schwarzer Pädagogik" über nationale und klassenspezifisch bürgerliche Misserfolge und Erniedrigungserfahrungen² bis hin zu einem wissenschaftlich-technokratischen Machbarkeitswahn, der den Empathieverlust zum Preis des kollektiven Überlebens glorifizierte. Wie dieser Machbarkeitswahn sich bereits eine bis zwei Generationen früher auf die Säuglingspflege in Anstalten und in der Folge auch in Privathaushalten richtete, lässt sich mit bitterer Ironie als Gleichschaltung der Säuglinge und auch als Gleichschaltung der Mütter bezeichnen. Was hatte diese mit der (pseudo-)politischen Gleichschaltung der Nazis zu tun?

Politik und Medizingeschichte

Der Begriff "Gleichschaltung" wurde von den Nazi-Parteifunktionären aus der Elektrotechnik übernommen und bezeichnete die Durchdringung aller deutschen Medien und Institutionen mit den Vorstellungen und Absichten des "Führers" und seiner Partei – mit dem Ziel der "Gleichschaltung" der gesamten "arischen" Bevölkerung.³

Die Technikfaszination, die aus der so verstandenen Politisierung des Begriffs Gleichschaltung spricht, spiegelt wahrscheinlich vordergründig die zeitgemäße Begeisterung über zahllose technische Neuerungen wie elektrisches Licht, Automobile, arbeitssparende Hausgeräte bis hin zu den maschinellen Produktionstechniken. Aber Technik hat als Militärtechnik auch Angst und Schrecken verbreitet, und die Erfahrungen des – auf bislang unbekannte Weise technisierten – Ersten Weltkriegs konfrontierten nicht zuletzt die Lazarett-Ärzte, die sich mit den Verwundeten und dauerhaft Verehrten zu befassen hatten, mit seiner "auf fürchterlichste Weise praktizierten Reduktion des Menschen auf einen Funktionsmechanismus im gigantischen Zerstörungswirken der Kriegsmaschine"⁴.

¹ vgl. u.a. Eder (1991), S. 123 ff.; Kaminer (1997); Welzer (1993); deMause (2005), S. 139 ff.

² Elias (1992), S. 23 und passim.

³ vgl. Schorr (o.J.).

⁴ Oevermann (2000), S. 38.

Ulrich Oevermann hat aus diesen Erfahrungen die Ausbildung eines "ingenieurialen Wissensmodus" speziell bei SS-Ärzten⁵ erklärt. Er sieht darin die Deformation eines zuvor bereits "stabil erreichten" Ausbildungsstandes der Medizin, der als "interventionspraktischer Wissensmodus" ein Arbeitsbündnis zwischen Arzt und Patient vorsah, an dem beide "als ganze Person in Zuwendung beteiligt" sind.⁶ Kennzeichnend für den "ingenieurialen Wissensmodus" ist demgegenüber die Reduktion des menschlichen Organismus auf eine beliebig vergleichbare Funktionsapparatur⁷, die nach der "Logik von Tierversuchen"⁸ zur Wissensoptimierung genutzt werden kann.

Die wichtigste Voraussetzung dieser Deformation des ärztlichen Selbstverständnisses sah er darin, dass der Arzt "jegliche eigenständige Urteilsfähigkeit als Bürger dieses Staates aufgegeben hat, sondern nur noch als zu unbedingtem Gehorsam verpflichteter Untertan agiert und diesen Staat bzw. dieses Regime als höchsten, unbedingten Wert ansieht, dessen Überleben über alles andere zu stellen ist."⁹

Ich will in diesem Aufsatz zu zeigen versuchen, dass sich bereits die Säuglingsmedizin des Kaiserreiches, mit Schwerpunkt um die Wende zum 20. Jahrhundert, in einem tendenziell "ingenieurialen Wissensmodus" entwickelte, der die Säuglinge weitgehend auf ihren Verdauungsapparat reduzierte und ihre emotionalen und körpersprachlichen Bedürfnisse und Fähigkeiten als irrelevant ausklammerte. Eine derart versachlichte Sichtweise wurde in einer großangelegten Aufklärungskampagne auch den Müttern normativ nahegelegt mit dem Ziel einer flächendeckenden, wissenschaftlich optimierten Vereinheitlichung ihres Pflegeverhaltens. Diese "Gleichschaltung" erfolgte bei den Müttern, und über dieses Mittel auch bei den Säuglingen, zwar nicht im Sinne eines Parteiprogramms, wohl aber im Sinne einer zeitlichen, mengenmässigen und interaktiven Normierung ihrer alltäglichen Versorgung.

Der berühmte Kinderarzt Czerny erklärte darüber hinaus die "Beherrschung der Triebe"¹⁰ und vor allem die "Anpassung an das Kulturmilieu"¹¹ zum (medizin-) wissenschaftlich definierten Erziehungsziel. Dieses Kulturmilieu entwickelte sich bereits im Kaiserreich zur Basisformation militärischer Großmachtpolitik, und die hier zu zeigenden Mittel der Anpassung sorgten wohl zumindest anteilig dafür, dass Czerny's Erziehungsziel in einer Weise verwirklicht wurde, die er selbst sich vermutlich nicht träumen ließ. Aufgrund dieser Anpassungsfunktion, die den ärztlichen Erziehungsauftrag durch die Rigidität seiner Mittel kaum als graue Theorie erscheinen lässt, war die Säuglings- und Kindermedizin keine x-beliebige Fachdisziplin, sondern – in noch zu klärendem Umfang – ein Antriebssystem sozialpsychologischer Gleichschaltung. Dies werde ich später ausführlich erläutern.

⁵ Oevermann ebd., S. 23 ff.; s. auch ders. (2002), S. 27 ff.

⁶ Oevermann (2000), S. 29.

⁷ ebd., S. 39.

⁸ ebd., S. 32.

⁹ ebd., S. 35.

¹⁰ s. Manz et al. (1997), S. 582.

¹¹ Seidler (1973), S. 301.

Vorreiter der Anwendung innovativer Säuglingspflegeregeln waren die bürgerlichen Schichten.¹² Da diese in Wähler- und Mitgliedschaft der NSDAP stark vertreten waren¹³, könnte die "Gleichschaltung" der Säuglingsversorgung durchaus in gewissem Umfang zu deren Erfolg und auch zur emotionalen Kälte ihrer – in überdurchschnittlichem Maß akademisch ausgebildeten¹⁴ – Protagonisten beigetragen haben. Zu diskutieren wäre hier, dass ähnliche, an Krankenhauserfahrungen orientierte Innovationsschübe der Säuglingsversorgung um die Jahrhundertwende auch in England, Frankreich und den USA zu beobachten sind.¹⁵ Für einen Schwerpunkt des eher ingenieurialen Wissensmodus in Deutschland sprechen allerdings Einschätzungen wie die folgende: "Insgesamt ... waren die deutschen Entbindungsanstalten vorbehaltloser als Forschungs- und Unterrichtsanstalten eingerichtet als die entsprechenden Institutionen in anderen europäischen Staaten."¹⁶ Genauere vergleichende Untersuchungen der Forschungsmodalitäten, des historischen Kontexts sowie der sozialpädagogischen Umsetzung könnten bei der Bewertung meiner These einer präfaschistischen "Gleichschaltung" der Säuglingsversorgung weiterhelfen.

Diese beinhaltet eine – zumindest partielle – Korrektur von Lloyd deMause's psychohistorischer Erklärung der Nazi-Verbrechen, die sich darauf konzentriert, "dass die deutsche Kindheit um 1900 ein Alptraum von Mord, Vernachlässigung, Prügeln und Folter von unschuldigen, hilflosen Wesen war."¹⁷ So erschreckend und in der bisherigen Diskussion zu wenig berücksichtigt das von ihm präsentierte historische Material auch ist, scheint es mir doch teilweise in irreführender Weise verallgemeinert. Kindsmord wurde im Übrigen auch in Deutschland streng bestraft.

Volkskundliche Quellen aus Norddeutschland berichten von durchaus fürsorglichen und einander in dieser Fürsorglichkeit kontrollierenden Müttern.¹⁸ Auch die Zuschreibung der Mutterliebe im weiblichen Geschlechtscharakter¹⁹ und die fortgesetzte Warnung der Ärzte vor übertriebener Mutterliebe²⁰ sowie die mit großer Effizienz durchgeführte Kampagne zur Senkung der Säuglingssterblichkeit sprechen für eine andere, oder jedenfalls zusätzliche, eher modernisierungstheoretische Erklärung. Die "rationale Funktionalität" und mit "straffer Zweckmässigkeit" eingesetzte "kriminelle Energie"²¹ der Nazi-Organisatoren und ihrer Nutznießer²² scheint mir sozialisationstheoretisch durch kalte Hygiene und Pünktlichkeit in der Säuglingsversorgung besser erklärt als durch Verwahrlosung und offene Aggression.

Die professionellen Grundlagen dieser im späten 19. Jahrhundert eingeleiteten medizinischen Normierung der Säuglingsversorgung problematisierte der Medizin-

¹² Spree (1981), S. 62 u. passim.

¹³ Falter (1991).

¹⁴ Aly (2005), S. 14.

¹⁵ Schütze (1986), S. 73.

¹⁶ Seidel (1998), S. 239.

¹⁷ deMause (2005), S. 140.

¹⁸ Ottmüller (1991), S. 21.

¹⁹ Schütze (1986), S. 22 ff.

²⁰ vgl. ebd., S. 72.

²¹ Aly (2005), S. 19.

²² ebd., S. 114 ff.

historiker Eduard Seidler wie folgt: "Da – wie seit altersher betont wurde – das Kind keine Auskunft über seinen Zustand geben konnte, sehen wir in der Folge die Medizin bemüht, am Kind objektivierbare Einzelbefunde zu erheben... Das dominierende Motiv ist die Gewinnung normierender Erkenntnisse mit der methodischen Prämisse der Quantifizierung der erhobenen Befunde..."

Das Kind als Gegenstand dieser neuen Pädiatrie erfuhr jedoch durch diese Entwicklung folgeschwere Umwertungen... Die Neuformulierung des Entwicklungsgedankens durch Charles Darwin führte in seiner letzten Konsequenz zu einer grundsätzlichen Vergleichbarkeit der Erscheinungen auch von Tier und Mensch; was die bürgerliche Gesellschaft nach wie vor mit 'Erziehung' ansprach, wurde biologisch zu Problemen der 'Aufzucht'.²³

Was waren die Auslöser dieses problematischen Innovationsschubes?

Eine wesentliche Rolle spielte die Professionalisierung der Arztlaufbahn als eine hochgeschätzte Aufstiegsmöglichkeit für Bürgersöhne in einem – im Vergleich zu anderen europäischen Staaten – noch immer stark adelsdominierten Obrigkeitsstaat. Dieser Aufstieg erforderte offenbar ein dem Adel nacheiferndes Standes- und Ehrbewusstsein, das sich unter anderem in der Profilierung der Ärzte als "notorische Duellantengruppe" ausdrückte.²⁴ Speziell den Kinderärzten kam bei ihrem Ringen um gesellschaftliche Anerkennung ein nationaler Skandal entgegen: In manchen (süd-)deutschen Regionen starb mehr als die Hälfte der Kinder vor Ablauf ihres ersten Lebensjahres.²⁵ Die Statistik, seit den 1880er Jahren ebenfalls Aufstiegsleiter für strebsame Bürgerkinder, brachte es an den Tag: Die Kulturnation Deutschland lag, neben Italien und Österreich, an der Spitze der europäischen Säuglingssterblichkeit.²⁶ Darüberhinaus beklagten die Offiziere des kaiserlichen Volksheeres den schlechten Gesundheitszustand der – in ebenfalls neuartig-durchorganisierter Weise – wehrpflichtigen Rekruten.²⁷ Bereits 1872 argumentierte einer "der wichtigsten und eigenwilligsten frühen Pädiater" auch nationalökonomisch für "die Notwendigkeit sachgerechter Diätetik", indem er mit bemerkenswerter Kälte konstatierte: "dass auf die Entwicklung und die erste Pflege und Erziehung ein Kapital verwandt wird, welches mit dem etwaigen Tode des Kindes ein absoluter Verlust ist. Durch fehlerhafte physische und moralische Diät zu körperlichen und sittlichen Krüppeln erzogene Kinder seien darüberhinaus nicht im Stande, 'die Kosten ihrer Existenz zurückzubezahlen, noch gar den Nationalreichtum zu vermehren, sondern sie sind eine Last für den Staat, der die Pflicht nicht abweisen kann, sie entweder zu unterstützen, oder sie in Heilanstalten oder in Zuchthäusern unterzubringen'. Auf der Basis dieser Gesichtspunkte seien die sozialhygienischen Gesetzgebungen eher bestrebt gewesen, Nachteile zu verhüten, als Menschlichkeit zu üben."²⁸

Vor diesem Hintergrund erschienen die deutschen Mütter im aufkommenden Kräfteressen der Nationen als inkompetente und rückständige Gefühlswesen, die

²³ Seidler (1973), S. 294.

²⁴ Frevert (1991), S. 171.

²⁵ Peiper (1991), S. 408.

²⁶ Imhof (1981).

²⁷ vgl. dazu Frevert (1991), S. 260 ff., und Wahrendorf (1913), S. 112.

²⁸ Peiper (1991), S. 296.

zudem nicht selten erschöpft in ihrem letzten Kindbett verstarben. Mutter und Kind gefährdeten sich aus dieser Sicht²⁹ gegenseitig. Die Ärzte versuchten vor allem auf zwei Wegen Ordnung in dieses Chaos zu bringen: Durch strenge Hygiene und durch die strikte Reglementierung der Säuglingsernährung, objektiviert durch Waage und Uhr.

Auch hier stand die Statistik Pate. In Säuglingskrankenhäusern und -heimen, die die Kinder mittelloser und oft sozial als "gefallen" ausgegrenzter Mütter versorgten, standen Hunderte von Probanden zur Austestung optimaler Nahrungsqualitäten, -mengen und -intervallen zur Verfügung. Bruststillen war dabei in einem Verhältnis von 7 : 1 gegenüber "künstlicher Ernährung" bei weitem am erfolgreichsten³⁰, und die Menge konnte durch regelmässiges Wiegen exakt bestimmt werden.

Die technokratische Sicht auf die Säuglinge drückte sich auch im Verhältnis zu den Frauen aus, die die Krankenhaussäuglinge stillen sollten. Arthur Schloßmann, als Gründer des Dresdner Säuglingsheimes und Vorkämpfer der bislang in Anstalten eher gemiedenen Ammenernährung, berichtet ausführlich über "seine" Erfolge. Mit umfangreichem, graphisch aufbereitetem Zahlenmaterial weist er nach, dass "excessive Leistungsfähigkeit der weiblichen Brustdrüsen durchaus nichts seltenes ist."³¹ Dabei erschien der Einsatz von – teilweise bewusst "niedrig angesetzten"³² – Geldprämien als legitimes Steigerungsmittel.

Ungeniert bezeichnet er die Ammen bzw. ihre Brustdrüsen als "Material"³³ und kommt zu Gleichungen wie der folgenden: "Die Höhe der Sterblichkeit kranker Säuglinge ist – alles übrige gleichgesetzt – umgekehrt proportional der Menge Frauenmilch, die zur Verfügung steht."³⁴ Ob und wie lange die Krankenhaus-Ammen dabei auch ihr eigenes Kind stillen und – im Anstaltsbetrieb ohnehin nur zu begrenzten Zeiten – bei sich behalten durften, war für Ärzte wie Schloßmann einzig eine Frage der Überlebenswahrscheinlichkeit: "Es erweist sich nämlich als unzumutbar, die Ammenkinder länger als 4, 5 oder höchstens 6 Monate im Hause zu behalten. Dann kommt die Zeit, wo man sie ohne Befürchtung entwöhnen und in Privatpflege künstlich ernähren lassen kann, oder aber, wo man sie einer stillenden Ziehfrau mitgibt."³⁵ Im Kampf um nationale Ziele und professionellen Ruhm waren die Gefühle der Mütter so irrelevant wie die der Kinder. Die Kinder selbst wurden, u.a. auf der Basis von Experimenten mit elektrischen Stromstößen³⁶, dabei

²⁹ Zu den sozialgeschichtlichen und ethnographischen Hintergründen siehe ausführlich: Ottmüller (1991) und (2002).

³⁰ Manz et al. (1997), S. 575.

³¹ Schloßmann (1906), S. 28.

³² Riehn (1913), S. 109.

³³ "Ich stehe also ... auf dem Standpunkt, daß es überall möglich ist, bei geeigneter Organisation das nötige Ammenmaterial herbeizuziehen." Schloßmann (1906), S. 24 (Hervorhebung im Original.) Ein hier sicher nicht mitbedachter Aspekt dieser Organisation war die Schwägerung von Dienstmädchen und Arbeiterinnen durch Herren jener Gesellschaftsklassen, die sie hinterher als gefallene Mädchen und moralisch minderwertig abqualifizierten.

³⁴ Schloßmann (1906), S. 30.

³⁵ ebd., S. 32 f.

³⁶ Peiper (1991), S. 290.

als "neurologische Mängelwesen"³⁷ oder bloße Verdauungsmaschinen betrachtet, die kein, oder nur ein gänzlich uninteressantes Seelenleben besaßen. Beeindruckt von den Erfolgen der Naturwissenschaften im technischen Sektor suchte die aufstrebende moderne Medizin die Gesetze der Objektivität auch am Menschen zu perfektionieren.³⁸

Von einem Arbeitsbündnis zwischen Arzt und Patient kann in diesem Bereich der medizinischen Entwicklung also kaum die Rede sein, und Oevermanns Begriff des "ingenieurialen Wissensmodus" erscheint auf beklemmende Weise angemessen. Zu Gunsten der Ärzte lässt sich gleichwohl anführen, dass das Ziel der physischen Heilung und Lebensrettung dabei nicht nur in der Regel durchaus gewahrt blieb, sondern mittelfristig sogar mit – auch international – aufsehenerregender Quote gesteigert wurde.³⁹ Allerdings halten Friedrich Manz und Coautoren in einer am Dortmunder Institut für Kinderernährung durchgeführten historischen Studie die sterblichkeitssenkende Wirkung der neuen Stillempfehlungen "retrospektiv für nicht zu erfassen", weil sich gleichzeitig "zu viele andere Einflussparameter verändert haben."⁴⁰ Auf jeden Fall muss die Ausgangssituation der empirischen Säuglingsmedizin berücksichtigt werden: In den Findel- und Waisenhäusern, Säuglingsheimen und -krankenhausstationen starben bis zum späten 19. Jahrhundert durchschnittlich 70%, teilweise auch bis zu 100% der Kinder.⁴¹ Eine zeitgenössische Beschreibung um 1900 veranschaulicht die soziale Herkunft und das Schicksal dieser Kinder wie folgt: "Die verdorbene Luft enger, überfüllter Wohnräume, die ... dem kindlichen Magen widerstrebende Ernährungsweise, der Einfluss der Kälte, des Hungers, der mangelnden Pflege der Mutter, alle diese Momente wirken zusammen, ... jene jammervollen Krankheitsbilder zu schaffen, die uns in den Sprechstunden der Armenärzte, in den Polikliniken, in den Kinderstationen der Krankenhäuser entgegenstarren. Viele dieser unglücklichen Geschöpfe ... fallen schon in den ersten Tagen nach der Geburt ... die meisten werden atrophisch, durch anhaltende Diarrhoe heruntergebracht oder durch käsige Degeneration und allgemeine Tuberculose decimiert. Ein großer Teil der Kinder ist unehelich geboren..."⁴² Auch die bekannten Kinderkrankheiten und allgemeine Infektionskrankheiten werden als grassierende Todesursachen genannt.⁴³ Ein im heutigen Sinne empathisches Verhältnis zu diesen Kindern hätte die Ärzte vermutlich in Depressionen gestürzt und sie damit ihre Arbeitsfähigkeit gekostet.

Bemerkenswert ist aber, dass bereits früheste klinische Studien zur streng reglementierten Säuglingsernährung "unerwartet schlecht" ausfielen.⁴⁴ Auch spo-

³⁷ Manz & Papoušek (2006).

³⁸ So "teilte" O. Heubner, Leiter der Berliner Universitäts-Kinderklinik, "vorübergehend die Pflege der Säuglinge derart, daß die eine Schwester nur mit der oberen, die andere nur mit der unteren Körperhälfte zu tun hatte." Peiper (1991), S. 279.

³⁹ Manz et al. (1997), S. 575.

⁴⁰ ebd., S. 577; s. auch Spree (1981), S. 61ff.

⁴¹ Peiper (1991), S. 277f.

⁴² Henoeh nach Peiper (1991), S. 277f.

⁴³ Peiper (1991) ebd. ff.

⁴⁴ Manz et al. (1997), S. 576 ff.

radische Kritik von konservativeren Ärzten⁴⁵ wie auch ein erster Artikel über Hospitalismus⁴⁶ stießen auf keine nennenswerte Resonanz. Erst die unter Leitung von René A. Spitz in den 1940er und 50er Jahren durchgeführte klinische Forschung, die das noch immer virulente Krankheitsbild des Hospitalismus quantitativ bestätigte, brachten eine nun vor allem psychologisch orientierte Fachöffentlichkeit dazu, sich mit den oft tödlichen oder bei überlebenden Kindern extrem aggressionsfördernden Nebenwirkungen hygienebegründeter Isolation und Kontaktminimierung zu befassen.⁴⁷

Die nationale Kampagne

Allen möglichen Einwänden zum Trotz griffen ab ca 1905 "alle namhaften klinisch tätigen Pädiater Deutschlands ... die neuen Empfehlungen innerhalb weniger Jahre auf"⁴⁸ und beanspruchten im Rahmen einer nationalen Kampagne gegen die Säuglingssterblichkeit ihre Geltung für alle Mütter und Säuglinge in Privathaushalten. In dieser Kampagne, die den zügigen Aufbau eines Fürsorgesystems und auch die – im Bedarfsfall verbilligte – Lieferung von hygienisch überwachter und gekühlt transportierter Kuhmilch organisierte⁴⁹, wurden die neuen Normen durch Vorträge, Ratgeberliteratur, Beratungs- und Fürsorgestellen und zahllose Faltblätter propagiert. Durch Hausbesuche bei unehelichen Müttern sowie in Pflege gegebenen Säuglingen und durch die Knüpfung verbilligter Milchlieferungen an den Besuch von Säuglingsfürsorgestellen konnten auch bildungsferne Schichten erreicht werden.⁵⁰

Der martialische Impetus dieser (Still-)Kampagne wurde besonders während des Ersten Weltkrieges – hier im Vorwort eines Ratgebers von 1917 – deutlich: "Die Muttermilch, das weiße Blut der Mütter, ist die beste Grundlage für den sich entwickelnden Organismus. Aus der Brust der eigenen Mutter trinken die Kinder Widerstandsfähigkeit, unschätzbare und unersetzliche Kräfte, die für ihr ganzes Leben anhalten. Und wenn wir in der weiteren Entwicklung und Erziehung unserer Knaben in Erster Linie das Eine im Auge behalten müssen, daß sie dereinst wehrhaft und stark das Vaterland mit dem Schwert in der Faust verteidigen können, so gilt bei der Erziehung unserer weiblichen Jugend das Andere: In blühender Frauen Schoß liegt die Zukunft unseres Volkes. Wird unsere Jugend in diesem Sinne erzogen, so ist und bleibt das deutsche Volk unüberwindlich."⁵¹

Dass die stark normativen Stillempfehlungen nach Zeit- und Gewichtsplan "von der Öffentlichkeit ungewöhnlich positiv aufgenommen"⁵² wurden, erklärt sich wohl vorrangig aus dem hierarchischen Zeitgeist der wilhelminische Gesellschaft.

⁴⁵ ebd., zur früheren Pädiatrie vgl. auch Ottmüller (1981), S. 101ff.

⁴⁶ Freund, W., nach Manz et al. (1997), S. 579.

⁴⁷ Spitz (1967), S. 279 ff.

⁴⁸ Manz et al. (1997), S. 576.

⁴⁹ Hunaeus (1913), S. 133 ff.

⁵⁰ Warendorf (1913), S.121 ff.

⁵¹ Flachs (1917), S. 9. Im Überschwang der anachronistisch-heroischen Aufwallung verschmelzen Brust und Bauch der Mutter-Frau.

⁵² Manz et al. (1997), ebd.

Die – ausschließlich männlichen – Kinderärzte, die in Deutschland später als in anderen europäischen Ländern selbst noch um ihre Anerkennung innerhalb der Ärzteschaft zu kämpfen hatten, standen "unter permanentem Erfolgszwang"⁵³ und suchten diesen durch die Perfektionierung der Ernährungsrationen auf eine Weise zu befriedigen, die die Entscheidungsbefugnisse des weiblichen Krankenhauspersonals wie auch der Mütter zu Hause weitestmöglich reduzierte. Natürlich bietet sich hier auch die Frage nach den eigenen frühkindlichen Erfahrungen dieser Ärzte und nach ihrer möglichen Angst vor weiblicher Übermacht an.⁵⁴

Dennoch ist die von Manz u.a. belegte große öffentliche Zustimmung ohne die Zustimmung der Frauen kaum denkbar, zumal der vaterländische Frauenverein eine führende Rolle und die deutsche Kaiserin die Schirmherrschaft in der nationalen Kampagne zur Senkung der Säuglingssterblichkeit übernahm.⁵⁵

Was brachte die Frauen dazu, so gehorsam ihre eigenen Kompetenzen zu missachten? Mir scheint hier wichtig, dass die – man könnte sagen – Machtübernahme der Ärzte im Kinderzimmer auch eine – zumindest formale – Verantwortungsübernahme war. Die Säuglingssterblichkeit war schließlich auch jenseits des nationalen Getöses eine reale – direkte oder indirekte – Erfahrung der Frauen, und die Forschung lässt wenig Zweifel an der traumatisierenden Wirkung des Verlusts eines Kindes für die Mutter.⁵⁶ Die traditionelle Gesellschaft hatte hierfür vielfältige – aus heutiger Sicht irrationale – Rationalisierungen entwickelt⁵⁷, die mit der Modernisierung an Überzeugungskraft verloren. So diente die bereitwillig angebotene Verantwortungsübernahme der Ärzte wohl auch der Abwehr von Schuldgefühlen, bzw. von Schuldangst. Waren die Regeln eingehalten, hatte die Mutter – zumindest auf dem damaligen Rationalisierungsniveau – ein reines Gewissen. Während diese Entspannungsfunktion für die individuelle Mutter gelten könnte, hatten die zahllosen ehrenamtlichen und professionellen Fürsorgerinnen, die in der Folge die Einhaltung der Hygiene- und Ernährungsverordnungen bei den Unterschichtfrauen kontrollierten, vielleicht noch ein zusätzliches Motiv. Die Konzentration auf strikte Verhaltensregeln und Gewichtsschemata, die vermutlich von diesen selten umfassend eingehalten werden konnten, lenkte ab von den sozialen Ursachen des Säuglingselebens und dem Profit, den die Mittel- und Oberschichten aus diesen Ursachen zogen.

Aus einer anderen, weniger psychologischen Perspektive wurde die "Medikalisierung" der Mutterschaft auch als deren Aufwertung zu einer wissenschaftlich fundierten Tätigkeit gesehen.⁵⁸ Dies allerdings im Verlauf des 19. Jahrhunderts und in Frankreich, in dem eine gegenseitig nutzbringende "Allianz" von (Haus-)ärzten und Müttern eine frühere Senkung der Säuglingssterblichkeit ermöglichte. Das Engagement der deutschen Frauenverbände für die Gesundheit künftiger Wehrpflichtiger könnte demgegenüber auch eine Rolle in ihrem Kampf um politische Anerkennung

⁵³ ebd., S. 577.

⁵⁴ vgl. Chodorow (1985), S. 137ff.

⁵⁵ Poten (1913), S. 19.

⁵⁶ Klaus & Kennell (1987), S. 124.

⁵⁷ Ottmüller (1991). So glaubte man in Bayern, ein frühzeitig "gehimmelter" Kind würde im Himmel für das Seelenheil seiner Eltern beten.

⁵⁸ Donzelot (1977).

gespielt haben, da man den deutschen Frauen das Wahlrecht u.a. mit der Begründung verweigerte, dass sie keinen Militärdienst leisteten.⁵⁹

Wie dem auch sei, die idealen Bedingungen für die Umsetzung der Forschungsergebnisse der Kinderärzte fanden sich aus ihrer Sicht nur bei den von Berufarbeit freigestellten, sozial gutsituierten verheirateten Müttern, historisch gesehen also bei den Müttern der zukünftigen Eliten. Für diese verfassten sie eine Vielzahl von Ratgebern in Buchform. Wahrscheinlich war das Verfassen von Ratgeberliteratur eine willkommene Nebeneinnahme für Krankenhausärzte – auf jeden Fall war es eine Gelegenheit, das klinisch erworbene Wissen an die Frauen der eigenen Klassen zu vermitteln und diesen gegenüber Autorität zu beanspruchen.

Exemplarisch für diese Gebrauchsliteratur möchte ich hier den Ratgeberband "Briefe an eine Mutter"⁶⁰ vorstellen. Er wurde von ca. 1890 bis 1920 in über 20 000 Exemplaren verkauft. Sein Autor Erich Müller war Chefarzt am "Waisenkrankenhaus" in Berlin-Rummelsburg, Leiter des Archivs für Kinderheilkunde und Verfasser zahlreicher Arbeiten über erbliche Syphilis.

Müllers "Briefe an eine Mutter" weisen nun sowohl stilistisch als auch inhaltlich eine große Ähnlichkeit zu dem nationalsozialistisch geprägten und propagierten⁶¹ Mütterratgeber von Johanna Haarer "Die deutsche Mutter und ihr erstes Kind"⁶² auf, das bis Kriegsende fast 700 000 mal gedruckt wurde. Dieses Buch wurde zusammen mit weiteren Büchern Haarers, die sich auf größere Kinder beziehen, von Sigrid Chamberlain⁶³ im Hinblick auf seine sozialisatorischen und politischen Ziele ausgewertet. In ihrem Buch "Adolf Hitler, die deutsche Mutter und ihr erstes Kind" analysierte Chamberlain die von Haarer empfohlenen mütterlichen Einstellungen und Verhaltensregeln mit Hilfe der aktuellen Säuglingsforschung und der Bindungstheorie eindrucksvoll als perfekten Nährboden für den nationalsozialistischen Charakter, an dem sie besonders seine Bindungsunfähigkeit und mangelndes Selbstvertrauen hervorhob⁶⁴. Aufgrund der Kontinuität der Erziehungsregeln⁶⁵ passen diese Kommentare auch bereits auf zentrale Anliegen der Müllerschen Mutterbriefe. Während der "Erziehungsauftrag" in beiden Ratgebern mit ähnlicher Härte und Kälte formuliert ist, bringt die Lungenfachärztin Haarer anstelle einer pädiatrischen Ausbildung eine weiblich-mütterliche Erfahrungsnähe ein, die sie als gehorsame Schülerin kaiserzeitlicher Belehrungen erscheinen lässt.

Dass die sozialisatorischen Leitlinien von Haarers Belehrungen bereits im Kaiserreich entwickelt wurden, bestätigt im Übrigen Chamberlains sozialisationstheoretische Thesen, handelt es sich doch hier tatsächlich um die Kindheitsjahre der

⁵⁹ Frevert (2001), S. 287.

⁶⁰ Müller (1922). Eine erste Auswertung dieses Buches habe ich bereits 1981 im Zusammenhang meiner Projektarbeit mit Reinhard Spree zu "Sozialisatorisch relevante Dimensionen sozialer Ungleichheit in Deutschland seit dem Ende des 19. Jahrhunderts" am Berliner Max-Planck-Institut für Bildungsforschung veröffentlicht (Ottmüller 1981). Aus diesem Aufsatz wurden hier Teile wörtlich übernommen.

⁶¹ Dill (2000).

⁶² Haarer (1940).

⁶³ Chamberlain (2000).

⁶⁴ ebd., S.13.

⁶⁵ Liberalere Entwicklungen der deutschen Pädiatrie während der Weimarer Republik können hier aus Zeitgründen nicht berücksichtigt werden.

aktiven Nazigenerationen und ihrer Eltern. Ich werde deshalb – quasi in einem Dreischritt⁶⁶ – Müllers Briefe, Chamberlains Kommentare und die entsprechenden Anweisungen Haarers ausführlich zitieren.

Das Leitmotiv von Müllers Ratschlägen entspricht der ärztlichen Lehrmeinung: "Vor allem sollen Ruhe und Ordnung herrschen, damit sich der Kleine rechtzeitig für seinen Beruf als Staatsbürger vorbereitet und es frühzeitig lernt, sich den Anforderungen unterzuordnen, die die Gemeinschaft, in der wir nun einmal leben, an uns stellt."⁶⁷ Bei Haarer finden sich zahlreiche ähnliche Passagen, die Forderung wird aber auch, vielleicht als permanente Verunsicherung, an die Mutter zurückgewendet: "Nur eine pflichtbewusste, charakterfeste Frau mit gesundem Menschenverstand, die Sinn hat für Ordnung, Regelmäßigkeit, Pünktlichkeit und Sauberkeit, wird ihr Kind richtig erziehen können."⁶⁸

Kontaktminimierung

Beiden Ratgebern ist eine generell abwehrende, häufig auch abwertende Haltung zum Kind gemeinsam, die Chamberlain bei Haarer so zusammenfasst: "Die Mutter (soll) 'hart' bleiben, nicht 'sündigen' aus 'Liebe' oder 'Unverstand' heraus. Sich mit dem Baby zu befassen, ist 'sinnlos', es geht in der Regel um 'Kraftproben', das Baby soll etwas (nämlich die Absicht der Mutter, U.O.) 'begreifen', 'still' sein. Die Mutter braucht 'Strenge', 'Beharrlichkeit', 'Willenskraft' und vor allem immer wieder 'Unerbittlichkeit'. Vom lästigen oder schädlichen Herumtragen oder auch unzumutbaren Herumschleppen des Säuglings ist mehrmals die Rede."⁶⁹

Ähnlich schreibt bereits Müller: "So ein kleiner Kerl merkt erstaunlicherweise sehr bald, daß er durch Schreien das unterhaltende Herumtragen ertrotzen kann, und wird rücksichtslos danach handeln. Sie werden dann sehr bald das Spiel verloren, und sich eine langweilige und unnötige Last aufgebürdet haben. ... Der süße Liebling wächst sich schnell zum Tyrannen des Hauses aus, und zwar nur durch Ihre Schuld."⁷⁰

Auch Johanna Haarer warnt ausführlich vor dem "Haustyrannen": "Fange nur ja nicht an, das Kind aus dem Bett herauszunehmen, es zu tragen, zu wiegen, auf dem Schoß zu halten, es gar (außerhalb des Zeitplanes, U.O.) zu stillen. Das Kind begreift unglaublich rasch, daß es nur zu schreien braucht, um eine mitleidige Seele herbeizurufen und Gegenstand solcher Fürsorge zu werden. Nach kurzer Zeit fordert es diese Beschäftigung mit ihm als ein Recht, gibt keine Ruhe mehr, bis es wieder getragen, gewiegt oder gefahren wird – und der kleine, aber unerbittliche Haustyrann ist fertig."⁷¹

⁶⁶ Die Form der Textcollage wurde u.a. aus arbeitsökonomischen Gründen gewählt und versteht sich vorrangig als Auslotung eines Forschungsfeldes. Sie will andere Schwerpunktsetzungen bei der Interpretation Haarers, etwa von Benz (1988) oder Kaminer (1997), nicht abwerten. Zum neuesten Forschungsstand vgl. Grünberg (2006).

⁶⁷ Müller (1922), S. 62.

⁶⁸ Chamberlain (2000), S. 101.

⁶⁹ ebd., S. 26.

⁷⁰ Müller (1922), S. 64 f.

⁷¹ Haarer nach Chamberlain (2000), S. 26.

Dazu kommentiert Chamberlain: "Eines Tyrannen entledigt man sich durch Tyrannenmord. Das Baby ist ja nun noch kein Tyrann, droht aber einer zu werden, folglich muss es zwar noch nicht umgebracht werden, Todesangst aber soll es ausstehen. Und Todesangst steht es aus, wenn es Nacht für Nacht und Tag für Tag bis auf kurze Zeiten zwischendurch und wirklich von den ersten Minuten nach der Geburt an alleingelassen wird.

Dem Baby, das so behandelt wird, wird vom Beginn seines Lebens an Körperkontaktverlust zugefügt. Seine Körperkontaktverlustangst aber ist Todesangst. Abgesehen von dem Erlebnis kaum vorstellbarer Angst macht das Baby, das seine Angst durch sein Weinen über lange Zeit vergeblich ausdrückt, auch die Erfahrung, selbst absolut nichts auf der weiten kalten Welt bewegen zu können, noch nicht einmal die eigene Mutter, es ist vollkommen verlassen. Bei Haarer liest sich das so: 'Nach wenigen Nächten, vielleicht schon nach der ersten, hat das Kind begriffen, dass ihm sein Schreien nichts nützt, und ist still' ".⁷²

Schon im Kaiserreich war die Furcht vor dem Haustyrannen im übrigen nicht der einzige Grund, den Säugling im Bett liegen zu lassen: Wie an vielen anderen Stellen wird das psychologische oder soziale Argument mit einem medizinischen gerechtfertigt: "Dazu ist das Herumtragen nicht einmal gut für das Kind, denn die Stellung dabei ist für seine weichen Glieder nicht vorteilhaft. Es können sich dabei Verbiegungen, besonders der Wirbelsäule, ausbilden, wenn das Kind längere Zeit immer wieder in der gleichen, schiefen Lage gehalten wird."⁷³ Diese Warnung wird auch noch von Haarer ausgesprochen und von Chamberlain mit neuen, ihr entgegengesetzten Forschungsergebnissen kommentiert.⁷⁴ Sie sieht in der Ablehnung des Tragens vor allem eine Unterbindung von Körperkontakt als einer wesentlichen Voraussetzung sicherer Bindung.

Aber nicht nur der Kontakt zur Mutter soll minimiert werden, sondern mehr noch der zu anderen Haushaltsmitgliedern oder gar Besuchern. Erzieherische Erfordernisse gehen in der konkreten Ausführung dieses Programms schon bei Müller Hand in Hand mit medizinischen: Das Kind wird in seinem mit nicht mehr als zwei Stühlen ausgestatteten Zimmer⁷⁵ isoliert: "Die Ruhe der Umgebung wirkt zweifellos sehr wohltuend auf das Kind zurück, und deshalb sind Besuche im Kinderzimmer möglichst einzuschränken. Sie werden solche Ereignisse nicht ganz verhüten können, aber ich bitte, sie doch auf ein Mindestmaß beschränken zu wollen. Ein gewisses Recht, sein Kind gelegentlich zu sehen, ist ja dem eigenen Vater nicht abzusprechen, und auch die Großeltern nehmen an dieser Berechtigung immerhin teil. Darüber hinaus sollten Sie aber nur selten gehen, sicher aber die Besuche auf wenige Augenblicke der Besichtigung des Kindes aus achtungsvoller Entfernung beschränken. Niemals dürfen Sie aber irgendeinen Menschen, auch wenn er Ihrem Herzen noch so nahe steht, das Kinderzimmer betreten lassen, wenn er nur ein wenig erkältet oder verschnupft ist. ... Mit jeder Ausatmung und besonders mit jedem Hustenstoß streut so ein wandelnder Seuchenherd seine Krankheitskeime im Zimmer aus

⁷² Müller (1922), S. 27.

⁷³ ebd., S. 65.

⁷⁴ Chamberlain (2000), S. 32.

⁷⁵ Müller (1922), S. 49.

und wird damit eine Quelle für Krankheiten – besonders die Grippe –, die gerade für kleine Kinder unangenehme Folgen haben können. ... Erlauben Sie es auch nicht, daß irgend jemand Ihr kleines Kind ins Gesicht oder gar auf den Mund küßt; gerade bei dieser nahen Berührung ist die Gefahr für die Übertragung ansteckender Krankheiten groß."⁷⁶

Ganz ähnlich bei Haarer: "Ist Hilfe im Haus, die sich um das Neugeborene kümmern kann, und ist genügend Platz vorhanden, so raten wir ganz unbedingt dazu, es von der Mutter getrennt unterzubringen und es ihr nur zum Stillen zu reichen. Der Mutter wird auf diese Weise nicht nur viel Beunruhigung erspart – sie horcht nur zu gern ängstlich auf jede Lebensäußerung des kleinen Wesens und sorgt sich unnötig darum – sondern auch für das Kind ist ein eigener Raum von großem Vorteil. Dort ist es dem Ansturm der Besucher weniger ausgesetzt und läuft nicht so sehr Gefahr, von allen möglichen Händen angefaßt oder aus dem Bett genommen und immer wieder geräuschvoll begutachtet zu werden. Indem wir dem Kind dies ersparen, behüten wir es vor Beunruhigung oder Wärmeverlust und vor allem vor Erkrankungen. ... Außerdem hat die Trennung von Mutter und Kind für letzteres außerordentliche Vorteile..."⁷⁷ An anderer Stelle heisst es lapidar: "Am besten ist das Kind in einem eigenen Zimmer untergebracht, in dem es dann auch alleine bleibt."⁷⁸ Bei der Breite ihres Adressatinnenkreises und ihrem Idealbild der 4-Kinderfamilie⁷⁹ kann sie nicht unbedingt von einem Zimmer pro Kind ausgehen.

Die Säuglingsernährung

Entsprechend ihrer zentralen Rolle bei der klinisch-statistischen Erforschung der Ursachen von Säuglingssterblichkeit nimmt die Frage der Säuglingsernährung bei Müller breitesten Raum ein, und die Notwendigkeit des Stillens wird mit großer Vehemenz vertreten. Dabei appelliert Müller fast ausschließlich an das Pflicht- und Schuldgefühl der Mutter, so dass gerade dieser Bereich an sich lustvollen, intimen körperlichen Kontakts zum strategischen Feld gegen den als nationales Problem verstandenen "Säuglingstod" erklärt wird, in dem Einsicht in die Notwendigkeit und Perfektion im Zeitplan zu herrschen hat. Dies scheint mir das Paradox zur Folge zu haben, dass gerade die Propaganda für körperlich intensive Interaktion zu ihrer Zerstörung und Neutralisierung beiträgt.

Um diese für die Geschichte frühkindlicher Sozialisation wichtige These verständlich zu machen, gebe ich Müllers Argumentation hier ausführlich wieder. "Wenn Ihre Bekannte – eine Freundin ist sie Ihnen gewiß nicht – ein gut gedeihendes Kind und wie sie meint, gesundes Kind besitzt, das sie von vornherein künstlich oder unnatürlich ernährt hat, so ist sie zuerst einmal, wenn nicht ein ganz besonderer Grund für diese Fahnenflucht (sic! U.O.) vorgelegen hat, ihrem Kinde ganz sicher

⁷⁶ ebd., S. 125.

⁷⁷ Chamberlain (2000), S. 23.

⁷⁸ ebd., S. 26.

⁷⁹ ebd., S. 15: Haarer warnt hier vor der "riesenhaften Gefahr des Volkstodes". Gemeint war die Kombination von Geburtenrückgang und Säuglingssterblichkeit, die bereits in früheren Jahrzehnten diskutiert wurde.

keine gute Mutter gewesen. Dann beweist dieser Einzelfall – es gibt natürlich eine Reihe solcher Kinder – gar nichts gegen die tausendfach durch sachliche und ernste Beobachtungen bewiesene und erhärtete Tatsache, daß Kinder an der Brust viel sicherer gedeihen und auch später für das Leben mit seinen vielfachen Belastungsproben besser gerüstet sind als Flaschenkinder. Ansteckungen aller Art, angeborene krankhafte Anlagen treten bei ihnen viel milder auf als bei den irgendwie unnatürlich ernährten Kindern. Ich möchte auch einmal diesen künstlichen Sprößling mit den eigenen kritischen Augen betrachten und untersuchen, ob er wirklich die körperlichen Eigenschaften besitzt, die wir heute von einem Kinde verlangen, das wir für gesund und gut gedeihend halten. Wir stellen jetzt an die normale Entwicklung eines Kindes andere Anforderungen, als das früher vielfach der Fall war, eine Errungenschaft jahrzehntelanger, zielbewußter Arbeit der Kinderärzte.⁸⁰

Das Selbststillen soll auch "Sorglosigkeit" gegenüber der körperlichen Entwicklung des Kindes "in den gefährlichen Monaten des ersten Lebensjahres"⁸¹ bewirken. Weiterhin wird auf die "Bequemlichkeit" und Geldersparnis hingewiesen, die das Bruststillen gegenüber den aufwändigen Prozeduren der Frischmilchbesorgung und -behandlung aufweist, und auf die "im allgemeinen von den Frauen noch nicht genügend gewürdigten" Einflüsse des Stillens auf die "Rückbildung der Gebärmutter zur Norm". Schließlich wird der empfängnisverhütende Effekt des Stillens erwähnt, der die für die Frau gesundheitsschädigende, zu schnelle Geburtenfolge verlangsamt. Zu anderen Methoden der Empfängnisverhütung äußert er sich in seinem Buch allerdings nicht.

Nach diesen eher individuellen Argumenten folgen statistische "Massenbeobachtungen", die die mütterliche Entscheidung unmittelbar mit dem möglichen Tod des Kindes und indirekt mit Fragen des nationalen Überlebens verknüpfen: "So ist durch einwandfreie Berechnungen festgestellt worden, daß in den nordischen Ländern von 100 Säuglingen nur 8 bis 10 sterben, während wir in Deutschland 20 bis 25 verlieren. Das bedeutet für unser Volk einen jährlichen Verlust von über 400 000 Säuglingen. Eine erschütternd hohe Zahl, die den deutschen Frauen gar nicht oft genug, und nicht eindringlich genug vorgehalten werden kann. Der Grund für dieses krasse Mißverhältnis in der Säuglingssterblichkeit der beiden Länder liegt einzig und allein darin, daß die nordischen Frauen in der überwiegenden Mehrzahl ihre Kinder selbst stillen, während es bisher nur eine Minderheit der deutschen Frauen fertig gebracht hat. ... Das sind Zahlen, die doch wirklich geeignet sind, das Gewissen unserer Frauen aufzurütteln, und sie zwingen sollten, zu der einfachen Pflicht, ihr Kind zu stillen, zurückzukehren."⁸²

Auch die Stillfähigkeit der deutschen Frauen ist eine Frage der Statistik: "In der Landesfrauenklinik in Magdeburg sind in den Jahren 1911 bis 1913 2188 Wöchnerinnen auf ihre Stillfähigkeit untersucht worden. Dabei zeigt es sich, daß ... 87% ausreichend stillfähig, ... 12% mangelhaft und ... 1% unfähig zum Stillen war."

Derartig vom "Ernst der Lage" und der Notwendigkeit des Stillens überzeugt, kann die Frau nun "den Plan für die Stillzeit, und alles, was dazugehört", entgegen-

⁸⁰ Müller (1922), S. 76 f.

⁸¹ ebd., S. 80.

⁸² ebd., S. 82.

nehmen. Er soll, laut Müllers Briefen, endgültig festgelegt werden, sobald die Milch voll eingeschossen ist. Da das Kind zuvor noch nicht getrunken hat, so die Argumentation, liegt es zu diesem Zeitpunkt "in der Hand" der Mutter, ihre Absichten durchzusetzen, "damit sich sowohl das Kind als auch die Brust gleich von vornherein an Pünktlichkeit und Ordnung gewöhnen".⁸³

Das verzögerte erste Anlegen, dessen Begründungen bereits 1927 in vielen Punkten widerlegt wurden⁸⁴, wird auch noch bei Haarer und bis in die sechziger Jahre hinein propagiert. Chamberlain weist in diesem Zusammenhang auf Untersuchungen hin, die darauf sowohl Saug Schwierigkeiten des Kindes, als auch Schwierigkeiten der Milchbildung bei der Mutter zurückführen. Sofortige Trennung nach der Geburt hat nach Klaus und Kennell auch nachteilige Wirkungen auf die Einfühlbarkeit der Mütter: "Sie waren ungeschickter bei der Versorgung des Babys; sie hatten mehr Schwierigkeiten beim Stillen, sie hielten das Baby seltener in en-face-Position, das heißt, sie erschwerten den Blickkontakt."⁸⁵

Das verzögerte Anlegen stärkt demgegenüber die Definitionsmacht des Arztes. Beim "normal entwickelten" Kind schlägt Müller fünf Mahlzeiten zwischen sechs Uhr morgens und zehn Uhr abends mit vierstündigen Trinkpausen vor, in denen einerseits die Mutter genügend Milch bilden kann, andererseits beim Säugling die nötige "Gier" entsteht, die ihn kräftig saugen lässt. Obwohl in der ersten Zeit darauf geachtet werden soll, dass mindestens eine Brust jeweils ganz leer getrunken wird, um die Milchbildung anzuregen, wird vor zu langem Trinkenlassen des Säuglings gewarnt: "Es ist auch nicht klug, das Kind länger als notwendig an der Brust liegen zu lassen, weil der kindliche Speichel die Brustwarzen angreift und unnötig erweicht, wodurch gelegentlich bei empfindlichen Warzen kleine Risse oder Wunden entstehen können. Sie erreichen im übrigen durch eine Verlängerung der Trinkzeit doch keine nennenswerte Erhöhung der Milchmenge. Es ist auch erzieherisch falsch, einen Säugling nach seinem Belieben an der Brust liegen zu lassen. So gebrauchen Sie unter gewöhnlichen Verhältnissen nur fünfmal täglich 15, oder mit den Vorbereitungen 20 Minuten für das eigentliche Stillgeschäft, und können sich zwischen den Mahlzeiten 3 3/4 Stunden lang Ihrer Tätigkeit und Ihrem Gatten widmen. Eine Herabsetzung der Trinkzeit auf 10 oder gar 5 Minuten ist im übrigen eines der kleinen, aber wirksamen Mittel, um einem Gewohnheitstrinker die tägliche Nahrungsaufnahme zu kürzen; denn es gibt Brustkinder, die sich durch beängstigend hohe Gewichtszunahmen, die natürlich nichts mit ehrlichem Wachstum zu tun haben, sondern nur ein Aufstapeln von Fett und unter Umständen eine Verwässerung der Körpergewebe bedeuten, unangenehm bemerkbar machen. Gegen solche Hamsterei, teils aus einer angeborenen Anlage, teils aus Freßsucht heraus, sollten Sie energisch einschreiten, Sie gefährden nur, wie Sie noch hören werden, die Widerstandsfähigkeit Ihres Kindes."⁸⁶

Einwände, das Kind könne bei zu kurzer Stillzeit nicht satt werden, werden mit klinischen Zahlen widerlegt, die allerdings auch den Müllerschen Hamsterphanta-

⁸³ ebd., S. 84.

⁸⁴ Manz et al. (1997), S. 580.

⁸⁵ Chamberlain (2000), S. 24 f.

⁸⁶ Müller (1922), S. 90 f.

sien widersprechen: "Viele Beobachtungen haben ergeben, daß ein Kind in den ersten 5 Minuten etwa 80 bis 90% seiner Mahlzeit zu sich nimmt, und in den nächsten 5 Minuten den ganzen Rest von 10 bis 20% ..." Müller glaubt sich in diesem Zusammenhang auf der Seite der Mutter (die er im Text ständig gegen das Kind ausspielt) und demonstriert selbstgefällige Fürsorglichkeit: "Sie sehen, ich denke nicht nur an das Kind, sondern auch an Sie selbst und suche Ihnen das Leben so angenehm wie nur möglich zu gestalten, wenn Sie Ihrer Pflicht als Mutter voll genügen."⁸⁷ Er erwähnt übrigens den wichtigen Einfluss positiver psychischer Einstellungen der Mutter auf das Stillen, die über Gehirn und Nervenbahnen den Milchfluss anregen. Die Freude, von der er spricht, ist aber "die Freude, ihr Kind selbst nähren zu können"⁸⁸. Die Freude über eine Fähigkeit, nicht über eine gelungene lustvolle Interaktion.

Zur Lage des Kindes beim Trinken beziehungsweise zur Haltung der Frau dabei hat Müller noch eine besondere "Erleichterung" auf Lager: "Auf der Säuglingsabteilung der von mir geleiteten Anstalt hat sich seit vielen Jahren ein Stuhlmodell gut bewährt, das sich dadurch auszeichnet, daß die Lehne nach vorn geneigt ist, anstatt, wie beim Normalstuhl, ein wenig nach hinten. Die stillende Frau sitzt ja nach vorn geneigt. In dieser Stellung kann ihr nur eine sich stark nach vorn neigende Lehne eine Stütze sein."⁸⁹ Die Absurdität einer Stütze, die nicht das Körpergewicht von unten abstützt, sondern das Aufrichten und Entspannen des Körpers verhindert, sollte jedem unmittelbar einleuchten. Für Müller allerdings scheint Entspannung der Mutter vor allem Gefahr zu bedeuten: weder darf sie vergessen, in der Nasengegend des Kindes ihre Brust zur Seite zu drücken, damit das Kind atmen kann und nicht "unter Geschrei" die Brust loslässt, was eine "unliebsame und unnötige Störung" wäre, noch darf sie mit dem Kind an der Brust einschlafen, da sie dann "nicht mehr Herrin ihrer Bewegungen und Lage ist" und das Kind "zum mindesten empfindlich drücken und verletzen kann"⁹⁰. Dass Blickkontakt solche Gefahren auch und besser vermieden hätte, liegt noch außerhalb des ärztlichen Horizonts.

Vielleicht liegt im obigen Stuhlmodell, d.h. in der oft inkompetenten Innovationslust früherer Kollegen, einer der (gewiss eher äußerlichen) Gründe für die bei Haarer per photographischer Darstellung empfohlenen "Fehlhaltungen" beim Tragen, Stillen und Flaschehalten, die Chamberlain ausführlich bespricht.⁹¹ Diese zeichnen sich durch minimierten Körperkontakt aus und verhindern den Blickkontakt beim Trinken. Zur Bedeutung des Blickkontakts verweist Chamberlain auf Experimente, bei denen die Mutter eine Gesichtsmaske trug und sich schweigsam verhielt. "Die betreffenden Säuglinge tranken ... wesentlich weniger Muttermilch, suchten, wenn sie in die Wiege zurückgelegt wurden, mit den Augen das Zimmer ab und zeigten ... eine signifikante Veränderung in den Schlafphasen". Dazu Chamberlain: "Wie beunruhigt muss ein Baby sein, wenn es ihm nicht nur in einem einmaligen Experiment so ergeht, sondern wenn die hier beschriebene Situation für es das normale ist? In welchen Teufelskreis gerät es, wenn es hungrig, verwirrt und unruhig, in der Fol-

⁸⁷ ebd., S. 85.

⁸⁸ ebd., S. 84.

⁸⁹ ebd., S. 92. Beim Stillen mehrerer Säuglinge war diese Innovation vermutlich besonders nachteilig.

⁹⁰ ebd., S. 93.

⁹¹ Chamberlain (2000), S. 37.

ge schlecht schlafend nach jeder Mahlzeit zurückbleibt. Wenn es aus diesem permanent unbefriedigten Zustand heraus zunächst auch häufiger weint, was lediglich die Erfahrung verstärkt, 'dass es nichts nutzt'?"⁹²

Insbesondere bei der mit ohnehin kürzerer Trinkzeit vorgesehenen Flaschenernährung zeigt Chamberlain, wie Haasers Anweisungen Körper- und Blickkontakt minimieren. Die Schwierigkeiten, die dabei entstehen, werden allein dem Kind angelastet, das nach dem Motto "Hunger ist der beste Koch" bis zur nächste Mahlzeit warten muss. "Man quäle sich mit einer Mahlzeit nicht zu lange ab und warte unbittlich auf die nächste Fütterungszeit." Auch die Stillzeiten werden noch bei Haarer rigide begrenzt und vor "Bummeln" gewarnt. Chamberlain: "Ein Stillvorgang, der die psychischen und auch die physischen Bedürfnisse des Babys erfüllt, muss es ihm ermöglichen, den Phasen des aktiven, schnellen Saugens solche des langsamen Nuckelns und auch des Lutschens folgen zu lassen. Es muss intensiver Blickkontakt mit der Mutter stattfinden, und diese sollte es aushalten, dass das Baby Pausen macht, in denen es gar nicht saugt, für kurze Zeit einschläft oder tief in sich selbst versunken ist. ... Es gibt Hinweise darauf, dass das nicht manipulierte Saugen im eigenen Rhythmus dazu beiträgt, wichtige weitere Funktionen des kleinen Körpers, z.B. die der Atmung, reifen zu lassen, und dass hier späteren möglichen Erkrankungen oder Funktionsschwächen vorgebeugt werden kann."⁹³

Reinlichkeitserziehung

Ich greife nun noch ein weiteres Thema auf, das – wie könnte es anders sein – in beiden hier vorgestellten Ratgebern große Aufmerksamkeit einfordert, nämlich die Reinlichkeitserziehung.

Herr Müller ist hier zunächst scheinbar liberal. Ihm zufolge hängt es sehr von der "Geduld und Energie der Mutter" ab, ob die – immerhin – seit dem 6. Lebensmonat den "Reinlichkeitsbedürfnissen des Kindes" zugewendete "erzieherische Fürsorglichkeit" fruchten, das heißt am Ende des ersten Lebensjahres, oder erst späten Erfolg hat: "Es gilt ja ganz allgemein das Gesetz – und in der Hauptsache auch wohl mit Recht –, daß die Kinder, die bis weit in das zweite Lebensjahr hinein sich noch dauernd naß machen, von ihrer Mutter nicht gut erzogen sind. Sie haben also – ich bin milde – bis zum dritten Lebensjahr Zeit, den Beweis für Ihre Erziehungsfähigkeiten zu erbringen. Nur für geistig sich sehr langsam entwickelnde und auch wohl noch für sehr nervöse Kinder reicht diese Frist öfters nicht aus."⁹⁴

Die Alternative, die auch in anderen Zusammenhängen bei Müller, und mit neuer Brisanz bei Haarer, auftaucht, lautet: Verantwortlich für das peinliche "Versagen" des Kindes ist entweder das Erbmaterial oder das gegenwärtige Verhalten der Mutter – ihre mangelnde Strenge. Im zweiten Lebensjahr des Kindes muss die tägliche, pünktlich zur selben Zeit vorgenommene "Haupt- und Staatsaktion" (so Müller wörtlich) der Darmentleerung bereits "rücksichtslos erzwungen" werden.

⁹² ebd.

⁹³ ebd., S. 68.

⁹⁴ Müller (1922), S. 75.

Frau Haarer setzt den Beginn der Reinlichkeitserziehung einsichtigerweise später an als Müller: "das Kind sollte bereits sitzen können" (was den Vorteil hat, dass die Mutter es nicht halten muss) – dann aber geht es zur Sache: "Es muss unbedingt zu festen Zeiten auf den Topf gesetzt werden, eine 'Sitzung' soll nicht länger als 10 Minuten dauern, es darf keinerlei Ablenkung stattfinden. ... Sobald das Kind zu pressen beginnt, sagen wir ihm immer den gleichen Laut vor, der eben in der Kinderstube für diese Verrichtung üblich ist ... Im Lauf der Zeit lernt es dann begreifen, dass diese Laute eine Aufforderung zur Entleerung bedeuten." Chamberlain kommentiert: "Interessant ist hier: es ist die Pflicht des Babys, in den Topf zu machen, wenn die Mutter es will. Es ist nicht Aufgabe der Mutter, es auf den Topf zu setzen, wenn es 'muss'. Die Mutter darf auf keinen Fall anfangen, dem Baby nachzulaufen. 'Es lernt sonst nicht zu begreifen, dass die Entleerungen eine Pflicht sind, die es regelmässig erfüllen soll, sondern es findet merkwürdig rasch heraus, dass sie ein Mittel sind, um die Mutter mit der eigenen kleinen Person zu beschäftigen'.

Spontanes Leben darf sich nicht ereignen. Es wird kontrolliert und reglementiert. Alles, was geschehen muss, darf nur auf bestimmte Worte und Signale der Mutter hin erfolgen und zu Zeiten, die sie festsetzt. Zu der Tatsache, dass dem Baby der Kontakt zum eigenen Körper nicht zugestanden wird, kommt nun auch noch, dass es über diesen Körper und seine Funktionen nicht verfügen darf. Und es wird wieder einmal Dialog unterbunden, indem nämlich das Kind nicht mit der Mutter aushandeln oder mit ihr gemeinsam herausfinden darf, wann und wie es am besten auf den Topf geht."⁹⁵

Fazit

Besonders aufschlussreich ist, wie Sigrid Chamberlain die psychischen Folgen der von Haarer propagierten Normal-Erziehung an der von dieser als normal beschriebenen Entwicklung von Säuglingen bzw. Kleinkindern abliest. Sie vergleicht dazu Haarers Beschreibungen mit aktuellen Beobachtungen von Bindungsforschern und Entwicklungspsychologen und schreibt: "Haarer behauptet wiederholt, dass Kindern bis zum Alter von zweieinhalb Jahren jeder Erwachsene recht ist. ... So wie Haarer diese Kinder aber beschreibt, handelt es sich um solche, die bereits gestört sind; um kleine Kinder, von denen anzunehmen ist, dass sie unsicher gebunden sind."⁹⁶ Chamberlain bezieht sich dann auf von Karin und Klaus Grossmann durchgeführte Beobachtungen von Kindern in Trennungssituationen, die zu dem Ergebnis führten, "dass es gerade die unsicher gebundenen Kinder sind, die nicht zeigen, dass sie die abwesende Mutter vermissen oder vermisst haben. Es sind Kinder, die bereits gelernt haben, ihre wahren Bedürfnisse und Wünsche zu verbergen, die 'wissen', dass es nicht angebracht ist, sich 'schwach' oder 'klein' zu zeigen. Sicher gebundene Kinder zeigen deutlich, dass ihnen die Mutter fehlt. Sie begrüßen die wiederkehrende Mutter weinend oder freudig und verlangen ganz eindeutig, von ihr, der Mutter und nicht von freundlichen Fremden, beachtet, gehalten und getröstet zu werden."⁹⁷

⁹⁵ Chamberlain (2000), S. 54.

⁹⁶ ebd., S. 125.

⁹⁷ ebd.

Des weiteren vergleicht Chamberlain die von Haarer angegebene durchschnittliche Baby-Schlafdauer von 20 Stunden mit der heute üblichen von 12 bis 16 Stunden und sieht darin Anzeichen eines "familiären Hospitalismus", der sich auch darin zeigt, dass das Baby – nach Haarer – "still und ohne sich viel zu bewegen vor sich hin dämmert, sich für nichts interessiert oder nur 'wirr und planlos tändelt', die Mutter nicht erkennt und auch keinen Wert auf gerade ihre Anwesenheit legt, [dass ihm] der Breiteller wichtiger ist als die Menschen seiner Umgebung..."⁹⁸

Diese unfreiwillig dokumentierte Symptomatik erklärt dann bestens die von Haarer als typisch beschriebene, teilweise extreme Anhänglichkeit an die Eltern im Kleinkindalter. Dieses "Klammern", das bindungstheoretisch ein klares Zeichen für eine gestörte oder unsichere Bindung ist, wird von der nationalsozialistisch instruierten Mutter mit weiteren zurückweisenden Erziehungsmaßnahmen beantwortet, was nach heutigem Wissen die Abhängigkeit und Unselbständigkeit des Kindes in der Regel verstärkt.

All dies führt in Chamberlains treffender Formulierung mit großer Wahrscheinlichkeit zu "Klammern statt Gebunden-sein"⁹⁹ und zur "Suche nach Symbiose anstelle von Selbst-Vertrauen".¹⁰⁰ Den aktiven Part bei der Herstellung dieser psychischen Mangelzustände oder sozialen Behinderungen hat Isidor Kaminer mit dem – ebenfalls Haarer entnommenen – Begriff "Kaltstellen" auf den Punkt gebracht.¹⁰¹ Dieser Begriff verweist allerdings auf eine emotionale Tiefenstruktur, die auch ohne "Füttern nach Zeitplan" und ohne Hygiene wirksam werden kann, wie aktuelle Vernachlässigungsfälle zeigen.

Für den hier untersuchten Zeitraum ergänze ich hier noch, dass unsicher gebundene ältere Kinder besonders erpicht darauf sind, die Liebe der Eltern durch Schulleistungen zu verdienen, ohne nach deren Sinn zu fragen, oder auch durch die geschickte Handhabung von Technikspielzeug, das seit der Jahrhundertwende auf den Markt kam.¹⁰² Dies wäre eine gute Erklärung für die einseitige Ausprägung "ingenieurialer" Intelligenz und des entsprechenden "Arbeitsmodus" (s.o.).

Wie viele Mütter Johanna Haarers Bücher tatsächlich gelesen haben und wie strikt sie ihre Regeln befolgten, bleibt eine offene Frage. Das gleiche gilt auch für Müllers Briefe und andere kaiserzeitliche Ratgeber, die bis in die 50er Jahre hinein verlegt wurden.¹⁰³ Dafür, dass die "Gleichschaltung" der Mutter-Kind-Beziehung nicht lückenlos funktionierte, sprechen immerhin Befragungen von "Rettern", die Juden und anderen Verfolgten zur Flucht verhelfen oder sie bis zum Kriegsende in ihren Wohnungen verbargen. Ihr gemeinsames Merkmal war ein wärmeres Erziehungsklima in der Kindheit.¹⁰⁴

⁹⁸ ebd., S. 129 ff.

⁹⁹ ebd., S. 123.

¹⁰⁰ ebd., S. 134.

¹⁰¹ zitiert nach Grünberg (2006).

¹⁰² Welzer (1993), S. 112.

¹⁰³ Schütze (1986), S. 74.

¹⁰⁴ Oliner & Oliner (1988).

Neue Impulse für die Diskussion sind von Dagmar Herzogs¹⁰⁵ ideen- und materialreicher Untersuchung zur Politisierung der Lust zu erwarten. Herzog widerspricht darin der von der "Neuen Linken" der 60er und 70er Jahre aufgestellten These, die den Faschismus als Folge und Ausdruck "sexueller Repression" betrachtete.¹⁰⁶ Sie dokumentiert für die NS-Zeit im Gegenteil ausgesprochen hedonistische und liberale Einstellungen zur Sexualität – allerdings nur zur "gesunden" und "arischen" –, und erinnert daran, dass Herbert Marcuse noch Anfang der vierziger Jahre als Mitarbeiter des US-Geheimdienstes aufzuzeigen versuchte, "dass die Effektivität der NS-Kultur nicht zuletzt auf der 'Abschaffung' von Tabus und der 'Emanzipation des Sexuallebens' beruhte."¹⁰⁷ Bei dieser "Emanzipation" ging es vor allem um die Auseinandersetzung mit der christlichen Moraltheologie und Sexuallehre. Unter der Überschrift "Ansporn und Verleugnung" beschreibt Herzog die vielfältigen und widersprüchlichen Facetten der NS-Sexualpolitik als eine Art mit verteilten Rollen inszeniertes spannungsreiches Wechselbad, das seine extrem sadistischen Komponenten im Antisemitismus und im Umgang mit Homosexuellen ausagierte.

In unserem Zusammenhang ist vor allem interessant, dass ein führender und im Umgang mit Homosexuellen rücksichtslos regimetreuer Sexualwissenschaftler, der durch die Erfindung des autogenen Trainings bis heute bekannte Arzt und Psychotherapeut Johannes H. Schultz, zu ausgesprochen zärtlichem Umgang mit Säuglingen im Dienste ihrer späteren sexuellen Entwicklung rät.¹⁰⁸ Inwieweit dies in gänzlichem Widerspruch zu Haarers spartanischen Anweisungen steht oder Schultz's Aufforderung zum "Streicheln" und "Küssen" ... "gewisser Körperregionen" im Verbund mit diesen nur zu größerer Desorientierung der Babys und Kleinkinder geführt haben dürften, wäre ein Thema für weitere Forschung.

Chamberlains erkenntnisleitendes Interesse oder zentrales Sorgethema waren die langfristigen Nachwirkungen der NS-Erziehung, die aufgrund ihrer Privatheit der individuellen wie der öffentlichen Aufmerksamkeit leicht entgehen. Für einen langfristigen Einfluss der von Haarer pointierten, im Kern bereits kaiserzeitlichen Erziehungsregeln sprechen von Chamberlain referierte aktuelle Beobachtungen, "dass gerade in Deutschland im Gegensatz zu anderen westlichen Ländern das unsicher gebundene Verhalten kleiner Kinder besonders viele Erwachsene positiv beeindruckte und fälschlicherweise für außerordentliche Selbständigkeit gehalten wurde."¹⁰⁹ Auch Befragungen von heutigen Rechtsextremen bestätigen Chamberlains bindungstheoretische Hauptthese.¹¹⁰ Zu den transgenerationalen Nachwirkungen der NS-Verbrechen in den Familien von Tätern und Mitläufern gibt es inzwischen eine umfangreiche Forschung, die von entsprechenden Forschungen in den Familien von Verfolgten und Überlebenden inspiriert wurde.¹¹¹ Nicht zuletzt im Hinblick auf ak-

¹⁰⁵ Herzog (2005).

¹⁰⁶ ebd., S. 10.

¹⁰⁷ ebd., S. 37.

¹⁰⁸ Schultz (1942), S. 62 ff.

¹⁰⁹ ebd., S. 127 f.

¹¹⁰ Kurth (2001), S. 22 ff.

¹¹¹ vgl. u.a. Grünberg (2006); Ottmüller (2004).

tuelle NPD-Wahlerfolge verbindet sich die Frage nach der Vergangenheit mit der Frage nach der Zukunft.

Ich will diesen Aufsatz jedoch nicht schließen, ohne daran zu erinnern, dass die hier dokumentierten Übertreibungen ärztlicher Weisungsmacht in den 60er und 70er Jahren von einer starken Gegenbewegung beantwortet wurden. In dieser Bewegung, die vor allem eine Frauen-Selbsthilfe-Bewegung war, tauschten sich Frauen über ihre eigenen Erfahrungen aus und griffen bislang unterbewertete Forschungsergebnisse, wie etwa das Hospitalismus-Konzept und die Bindungstheorie, auf. Sie engagierten sich erfolgreich für Hausgeburten, rooming-in und frühes Anlegen, und sie verbannten den Terror von Waage und Uhr aus dem Kinderzimmer. Auch Männer bzw. Väter veränderten ihre Rolle in der Familie und anderen, neuartigen Beziehungsformen. Diese emotionalen Öffnungen gilt es – entgegen aktuellen Rollback-Tendenzen – weiter zu entwickeln.

Literaturangaben

- Aly, Götz (2005): Hitlers Volksstaat. Raub, Rassenkrieg und nationaler Sozialismus (Frankfurt a.M., 2005).
- Benz, Ute (1988): Brutstätten der Nation. "Die deutsche Mutter und ihr erstes Kind" oder der anhaltende Erfolg eines Erziehungsbuches. *Dachauer Hefte* 4 (1988), 144-163.
- Chamberlain, Sigrid (2000): Adolf Hitler, die deutsche Mutter und ihr erstes Kind. Über zwei NS-Erziehungsbücher (Psychosozial, Gießen 2000).
- Chodorow, Nancy (1985): Das Erbe der Mütter. Psychoanalyse und Soziologie der Geschlechter (München 1985).
- DeMause, Lloyd (2005): Das emotionale Leben der Nationen. (Drava, Klagenfurt/Celovec 2005).
- Dill, Gregor (2000): Nachwort: Notizen zur Geschichte der Haarer-Bücher im Dritten Reich und nach Kriegsende. In: Chamberlain (2000).
- Donzelot, Jacques (1977): La police des familles. (Paris 1977; dt.: Die Ordnung der Familie, Frankfurt a.M. 1980).
- Eder, Klaus (1991): Geschichte als Lernprozeß? Zur Pathogenese politischer Modernität in Deutschland (Suhrkamp, Frankfurt a.M. 1991).
- Elias, Norbert (1992): Studien über die Deutschen. Machtkämpfe und Habitusentwicklung im 19. Jahrhundert (Frankfurt a.M. 1992).
- Falter, Jürgen W. (1991): Hitlers Wähler. (München 1991).
- Flachs, Richard (1917): Das Kind und seine Pflege. (Dresden 1917).
- Frevert, Ute (1991): Ehrenmänner. Das Duell in der bürgerlichen Gesellschaft (München 1991).
- Frevert, Ute (2001): Die kasernierte Nation. Militärdienst und Zivilgesellschaft in Deutschland (München 2001).
- Grünberg, Kurt (2006): Erinnerung und Rekonstruktion. Tradierung des Traumas der nationalsozialistischen Judenvernichtung und Antisemitismus in der Bundesrepublik Deutschland. *Trumah. Zeitschrift der Hochschule für Jüdische Studien* (Heidelberg), 14. Jg. (2004), 37-54.
- Haarer, Johanna (1940): Die deutsche Mutter und ihr erstes Kind. (München 1934-1945).

- Herzog, Dagmar (2005): Die Politisierung der Lust. Sexualität in der deutschen Geschichte des zwanzigsten Jahrhunderts (München 2005).
- Hunaeus, Dr. (1913): Die Milchversorgung Hannover-Lindens. In: Komitee zu Ermittlung der Säuglingsernährung in Hannover-Linden (1913).
- Imhof, A. E. (1981): Unterschiedliche Säuglingssterblichkeit in Deutschland, 19. bis 20. Jahrhundert – Warum? *Zeitschrift für Bevölkerungswissenschaft* 7 (1981), 343-382.
- Kaminer, Isidor (1997): Normalität und Nationalsozialismus. *Psyche* 51 (1997), 385-409.
- Klaus, M.-H. / Kennell, J. H. (1987): Mutter-Kind-Bindung. Über die Folgen einer frühen Trennung. (München 1987).
- Komitee zu Ermittlung der Säuglingsernährung in Hannover-Linden (1913): Säuglingsernährung, Säuglingssterblichkeit und Säuglingsschutz in den Städten Hannover und Linden. (Berlin 1913).
- Kurth, Winfried (2001): Bindungsrepräsentation, Psychohistorie und politische Sozialisation: Ein Überblick. In: Kurth, Winfried / Rheinheimer, Martin (Hg.): Gruppenfantasien und Gewalt. *Jahrbuch für Psychohistorische Forschung* 1 (2000) (Mattes Verlag, Heidelberg 2001), S. 19-36.
- Manz, F. / Manz, I. / Lennert, Th. (1997): Zur Geschichte der ärztlichen Stillempfehlungen in Deutschland. *Monatsschrift für Kinderheilkunde* 145 (1997), 572-587.
- Manz, Friedrich / Papoušek, Mechthild (2006): Entwicklung im Spannungsfeld von Erziehung und Beziehung. Pädiatrie alla Kart. Vortragsmanuskript. Dortmund (18. 2. 2006).
- Müller, E. (1922): Briefe an eine Mutter. (Stuttgart 1922).
- Oevermann, Ulrich (2000): Mediziner in SS-Uniform: Professionalisierungstheoretische Deutung des Falles Münch. In: Kramer, Helgard (Hg.): Die Gegenwart der NS-Vergangenheit. (Berlin 2000), S. 18-76.
- Oevermann, Ulrich (2002): Klinische Soziologie auf der Basis der Methodologie der objektiven Hermeneutik – Manifest der objektiv hermeneutischen Sozialforschung. <http://www.ihs.de/publikationen/manifest.pdf>.
- Oliner, Samuel P. / Oliner, Pearl M. (1988): The altruistic personality. Rescuers of Jews in Nazi Europe (New York 1988).
- Ottmüller, Uta (1981): "Mutterpflichten" – Die Wandlungen ihrer inhaltlichen Ausformung durch die akademische Medizin. *Gesellschaft. Beiträge zur Marxschen Theorie* 14 (1981), 97-138.
- Ottmüller, Uta (1991): Speikinder – Gedeihkinder. Körpersprachliche Voraussetzungen der Moderne. (Tübingen 1991).
- Ottmüller, Uta (2002): Speikinder – Gedeihkinder: Säuglingsernährung und lokaler Lebenszusammenhang im 19. Jahrhundert. In: Nyssen, F. / Janus, L. (Hg.): Psychogenetische Geschichte der Kindheit. (2. Aufl., Gießen 2002), S. 407-440.
- Ottmüller, Uta (2004): Trauma, gesellschaftliche Unbewußtheit und Friedenskompetenz. In: Mauthe, Jürgen H. (Hg.): Heil und Unheil für die Seele. (Königslutter 2004), S. 142-155.
- Peiper, Albrecht (1991): Chronik der Kinderheilkunde. (5. Aufl., Leipzig 1991).
- Poten, Dr. (1913): Die Säuglingssterblichkeit in Preußen und in Hannover. In: Komitee zu Ermittlung der Säuglingsernährung in Hannover-Linden (1913).
- Riehn, W. (1913): Die Säuglingsabteilung der Hannoverschen Kinderheilanstalt. In: Komitee zu Ermittlung der Säuglingsernährung in Hannover-Linden (1913), S. 109.
- Schloßmann, Arthur (1906): Über die Fürsorge für kranke Säuglinge unter besonderer Berücksichtigung des neuen Dresdner Säuglingsheims. *Archiv für Kinderheilkunde* 43 (1906).
- Schorr, Guido (o.J.): Die Gleichschaltung der Medien im Dritten Reich. In: <http://www.shoa.de/>.

- Schütze, Yvonne (1986): Die gute Mutter. Zur Geschichte des normativen Musters "Mutterliebe" (Bielefeld 1986).
- Schultz, Johannes H. (1942): Geschlecht, Liebe, Ehe. Die Grundtatsachen des Liebes- und Geschlechtslebens in ihrer Bedeutung für Einzel- und Volksdasein. (3. Aufl., München 1942).
- Seidel, Hans-Christoph (1998): Eine "neue Kultur des Gebärens": Die Medikalisierung von Geburt im 18. und 19. Jahrhundert in Deutschland. (Stuttgart 1998).
- Seidler, Eduard (1973): Die Ernährung der Kinder im 19. Jahrhundert. In: Heischkel-Artelt, Edith (Hg.): Ernährung und Ernährungslehre im 19. Jahrhundert. (Göttingen 1976).
- Spitz, René A. (1967): Vom Säugling zum Kleinkind. (Stuttgart 1967).
- Spree, Reinhard (1981): Soziale Ungleichheit vor Krankheit und Tod. Zur Sozialgeschichte des Gesundheitsbereichs im Deutschen Kaiserreich (Göttingen 1981).
- Wahrendorf, Fritz (1913): Die Fürsorge für die unehelichen Säuglinge, die städtischen Armenpfleglinge, Ziehkinder und die Haltekinder. In: Komitee zu Ermittlung der Säuglingsernährung in Hannover-Linden (1913), S. 121-132.
- Welzer, Harald (1993): Männer der Praxis. Zur Sozialpsychologie des Verwaltungsmordes. In: ders. (Hg.): Nationalsozialismus und Moderne. (Tübingen 1993), S. 105-127.