



Jeder Tropfen
Frauenmilch
ist kostbar!

"Jeder Tropfen Frauenmilch ist kostbar!"

Vom Nahrungsmittel zur Heilnahrung:

**Aspekte der Medikalisierung am Beispiel der
Frauenmilchsammelstelle Potsdam**

**Magisterarbeit am Institut für Europäische Ethnologie
der Humboldt-Universität zu Berlin**

Betreut durch: Prof. Dr. Peter Niedermüller

Vorgelegt von: Jeanette Toussaint
Friesenstr. 5a
14482 Potsdam
Tel. 0331/ 718296

Matr. Nr. 141333

Potsdam/ Berlin, den 10.09.2002

Eidesstattliche Erklärung

Ich erkläre, daß ich die vorliegende Magisterarbeit selbständig verfaßt und dafür ausschließlich die angegebenen Materialien verwendet habe.

Jeanette Toussaint

Jeanette Toussaint

Potsdam/ Berlin, den 10.09.2002

Kopieren der Arbeit oder von Auszügen nur mit
Genehmigung der Verfasserin.

Gliederung

Vorwort	S. 5
Einleitung	S. 6
Forschungszusammenhang	S. 7
Fragestellungen, Methoden und Quellen	S. 10

I. Die Geschichte der Frauenmilchsammelstellen in Deutschland

1. "Die Geburt der Klinik" Gesundheitspolitische Entwicklungen im 18. und 19. Jahrhundert in Deutschland	S. 13
2. "Ich will von der Mama gestillt werden!" Säuglingsernährung, Säuglingsschutz und -fürsorge	S. 23
3. "Jeder Tropfen Frauenmilch ist kostbar!" Die Entwicklung der Frauenmilchsammelstellen in Deutschland im 20. Jahrhundert	S. 28
3.1. Die Anfänge	S. 28
3.2. 1919 bis 1945	S. 28
3.3. Die Entwicklung der Frauenmilchsammelstellen in der DDR	S. 44
3.3.1. Die Nachkriegszeit	S. 44
3.3.2. Die 50er und 60er Jahre	S. 46
3.3.3. Die 70er und 80er Jahre	S. 60
3.3.4. 1990 bis 2001	S. 67
3.4. Bilanz	S. 73

II. Aspekte der Medikalisierung am Beispiel der Frauenmilchsammelstelle Potsdam

1. Vorspann	S. 78
2. Die in der Arbeit zitierten Interviewpartner/innen	S. 79
3. Die Perspektive der Beteiligten	S. 82
3.1. "Warum sollte man anderen Kindern nicht helfen?" Die Motivation der Frauen zum Spenden	S. 82
3.2. "Ich habe viele Kinder ernährt." Die Bedeutung der Spende	S. 88
3.3. "Im umgekehrten Falle hätte ich mir bestimmt mehr Gedanken gemacht." Hätten Sie Ihrem Kind gespendete Milch gegeben?	S. 95
3.4. "Da hat man auch eine Bindung zum Kind." Hätten Sie ein fremdes Kind gestillt?	S. 98
3.5. "Später ist es dann eingeschlafen." Die Bedeutung von Frauenmilchsammelstellen	S.101
3.6. "Weiße Kittel waren ja früher das A und O." Die Bedeutung der Hygiene und die Kontrolle der Spenderinnen	S.105
Zusammenfassung und Ausblick	S.109
Bildnachweis	S.117
Verwendete Literatur und Quellen	S.118

Vorwort

Das Sammeln von Dingen ist eine Praxis, die in unserer Kultur sehr weit verbreitet ist. Zu den begehrten Objekten gehören Briefmarken, Streichholzschachteln, Lampen, eben solche Dinge, die uns im täglichen Leben umgeben und die für manche eine besondere Bedeutung haben. Auch Wertstoffe werden gesammelt, um die Umwelt zu schonen und sie im günstigsten Fall wiederverwertet als neues Produkt in den Händen halten zu können. Darüber hinaus gibt es Einrichtungen, die Frauenmilch sammeln. Von einer solchen Einrichtung hörte ich 1999 das erste Mal durch ein Interview über Geburtserfahrungen von Frauen in der DDR. Als ich in den folgenden Wochen Menschen aus meinem persönlichen Umfeld nach einer Frauenmilchsammelstelle fragte, reagierten diese ganz unterschiedlich. Einige verduzt, weil sie von einer solchen Einrichtung noch nichts gehört hatten, andere belustigt, weil die Sammlung von Milch (wobei das Wort "Frauen" zum Teil kaum wahrgenommen wurde) nicht so recht zu den Vorstellungen über die uns bekannte Praxis des Sammelns paßte. Aber es gab auch Frauen, die vor 1989 in Potsdam entbunden hatten und von der Existenz einer solchen Sammelstelle wußten, ohne je selbst damit in Berührung gekommen zu sein. Häufig fiel ihnen aber eine Kollegin oder Freundin ein, die damals mehr Muttermilch hatte, als sie für das eigene Kind brauchte und diesen Überfluß dorthin brachte. Nach und nach stellte sich heraus, daß es viele solcher Einrichtungen in der DDR gab, in der die Milch zur Ernährung von Frühgeborenen und kranken Säuglingen gesammelt und aufbereitet wurde. Allerdings vermuteten die meisten, mit denen ich gesprochen hatte, daß es diese Einrichtungen heutzutage nicht mehr gäbe. Die Information einer Ärztin des Potsdamer Gesundheitsamtes, die örtliche Sammelstelle sei 1989 geschlossen worden, schien diese Annahme zu bestätigen. Die Vermutung lag nahe, daß Frauenmilchsammelstellen spezifisch ostdeutsche Einrichtungen des Gesundheitswesens gewesen waren und durch die gesellschaftlichen Veränderungen verschwunden sind. So schien die weitere Forschung über Frauenmilchsammelstellen einen rein historischen Charakter anzunehmen. Um mehr über die frühere Potsdamer Einrichtung zu erfahren, war also die Suche nach Zeitzeugen/innen wichtig. Auf einen entsprechenden Aufruf, der in zwei Lokalzeitungen veröffentlicht wurde, meldeten sich viele Menschen, die in irgendeiner Form mit der Potsdamer Sammelstelle zu tun gehabt hatten. Unter

anderem rief auch die Leiterin der heutigen Frauenmilchsammelstelle Potsdam an. Sie stellte klar, daß es diese Einrichtung noch immer gibt und so ist es ihr zu verdanken, daß die vorliegende Untersuchung auf die Gegenwart ausgedehnt werden konnte¹.

Ich bedanke mich bei allen, die durch ihre Zeit und ihr Engagement an dem Zustandekommen dieser Arbeit beteiligt waren.

Einleitung

Im Zentrum meiner Arbeit steht die Frauenmilchsammelstelle Potsdam und die Frage nach Aspekten der Medikalisierung, die diesen Bereich beeinflußt haben. Den Hintergrund der Untersuchung bildet die Entwicklungsgeschichte der Frauenmilchsammelstellen (FMS) in Deutschland, auf die ich im ersten Teil dieser Arbeit eingehen werde. Um die Rahmenbedingungen zu verstehen, unter denen diese Einrichtungen entstanden sind, beschreibe ich im ersten Kapitel gesundheitspolitische Prozesse des 18. und 19. Jahrhunderts. In Kapitel 2 werde ich sowohl einen Einblick in Diskussionen um die "richtige" Ernährung von Säuglingen geben, als auch Maßnahmen und Initiativen zwischen dem 18. und dem beginnenden 20. Jahrhundert beschreiben, die die Säuglingssterblichkeit senken sollten und die den Weg der Muttermilch in die Institution FMS förderten. Im dritten Kapitel geht es dann um die Entwicklung der Frauenmilchsammelstellen in Deutschland im 20. Jahrhundert. Dabei liegen meine Schwerpunkte auf der Geschichte in Deutschland bis 1945 sowie der späteren DDR. In diesem Zusammenhang beschreibe ich auch die Geschichte der FMS Potsdam. Häufig kam in den Gesprächen über mein Forschungsthema die Frage nach einem Vergleich zur alten Bundesrepublik auf. So ein deutsch-deutscher Vergleich ist naheliegend und zugegebenermaßen auch reizvoll, denn er könnte bestimmte Entwicklungen, die vielleicht als typisch für die DDR erscheinen, möglicherweise relativieren. Da das Thema aber bisher unbearbeitet ist, müßten Archiv- und Zeitungsrecherchen, sowie Gespräche mit Menschen aus dem Umfeld dieser Institutionen aus den alten

¹ Die ersten Untersuchungen über die Potsdamer Frauenmilchsammelstelle und die Interviews mit den Zeitzeugen/innen erfolgten im Rahmen eines Studienprojektes am Institut für Europäische Ethnologie der Humboldt Universität Berlin in Zusammenarbeit mit meiner Kommilitonin Petra Fischer.

Bundesländern folgen. Dieser Aufwand war für die vorliegende Arbeit nicht zu leisten und würde auch deren Umfang übersteigen.

Im Mittelpunkt des zweiten Teils steht die Perspektive von Menschen, die in irgendeiner Form einen Bezug zur Frauenmilchsammelstelle Potsdam hatten bzw. haben. Die bisherigen Arbeiten über diese Einrichtungen sind ausschließlich medizinischer und medizinhistorischer Natur. Die Sichtweise der an dem Betrieb einer Sammelstelle beteiligten Menschen blieb darin bisher unbeachtet. Auch die Archivmaterialien zeigen nur die institutionelle Seite und sagen über die handelnden Personen nichts aus. Lediglich die ärztlichen Leiter/innen werden als Verfasser/innen von medizinischen Beiträgen sichtbar. Meine Arbeit soll daher ein Beitrag sein, die anderen Beteiligten, insbesondere die Spenderinnen, zu Wort kommen zu lassen.

Forschungszusammenhang

Die vorliegende Arbeit verstehe ich als einen Beitrag zur volkskundlichen Gesundheits- oder Medikalkulturforschung. Noch vor 20 Jahren wurde dieser Forschungsbereich nur vereinzelt innerhalb der volkskundlichen Untersuchungen aufgegriffen. Bis dahin befaßte sich die traditionelle Volksmedizinforschung vor allem mit Untersuchungen von Heilwissen und -bräuchen der "Volksmedizin" in Abgrenzung zur akademischen bzw. universitären Medizin. Marita Metz-Becker² wies darauf hin, daß in der Volkskunde seit den 70er Jahren vor allem im Hinblick auf die interdisziplinäre Stellung des Faches für eine Erweiterung des traditionellen Volksmedizinbegriffs plädiert wurde. Im Rahmen einer erweiterten Auffassung von Volksmedizin meinte Jutta Dornheim 1986, daß es nicht reiche, laienmedizinische Kultur zu dokumentieren, sondern auch Analysen der medikalen Institutionen und Organisationsformen, der gesellschaftlichen Steuerungsmechanismen und des öffentlichen Diskurses bzw. der gesundheits- und krankheitsbezogenen Ideologieproduktion folgen müssen: *"Zusammen mit den Krankheitstheorien der Laien, ihren Einstellungen und Verhaltensweisen ergeben sich daraus die Ebenen, die 'volksmedizinische' Untersuchungen berücksichtigen müßten."*³ Diese Forderungen

² Metz-Becker, Marita: Der verwaltete Körper. Die Medikalisierung schwangerer Frauen in den Gebäuhäusern des frühen 19. Jahrhunderts. Frankfurt/New York 1997, S.11.

³ Dornheim, Jutta: Zum Zusammenhang zwischen gegenwarts- und vergangenheitsbezogener Medikalkulturforschung. Argumente für einen erweiterten Volksmedizinbegriff. In: Barthel, Günther

haben mittlerweile Eingang in die volkskundlichen Gesundheitsforschungen gefunden und das Spektrum der Arbeiten, die sich mit den Bereichen Gesundheit und Krankheit im weitesten Sinne befassen, hat sich erheblich erweitert⁴. Dabei steht die Volkskunde nicht auf einem einsamen Feld. Interdisziplinäre Kontakte zu anderen Wissenschaftsdisziplinen wie bspw. die Historische Sozialforschung, die Medizingeschichte und die Frauen- und Geschlechterforschung wirkten sich gegenseitig befruchtend aus. Allerdings ist es schwer, die volkskundliche Gesundheitsforschung von anderen Forschungsfeldern des Faches abzugrenzen, denn es gibt immer wieder Überschneidungen. So wird in der Nahrungsforschung auch nach gesundheits- und krankheitsfördernden Aspekten von Nahrungs- und Genußmitteln und den dahinter liegenden Diskursen gefragt. Eine einheitliche Bezeichnung des erweiterten Forschungsfeldes gibt es bisher nicht⁵. Mit dem Begriff der "Volksmedizin" wird meist noch der traditionelle Rahmen der Untersuchungen von sich gegenüberstehenden gesundheitlichen Kulturen (Arzt/Patient, Laien-/akademische Medizin etc.) verbunden. Unter dem weit gefaßten Begriff "Volkskundliche Gesundheitsforschung" wird das gesamte Spektrum der Arbeiten zu den Bereichen Gesundheit und Krankheit eingeordnet. Die Bezeichnung "Medikalkulturforschung" lenkt dagegen den Blick auf die besondere Kompetenz der Volkskunde. Im Zentrum steht der Blick auf die Kultur. Dabei ist "Kultur" ein diffuser Begriff, für den es keine allgemeingültige Definition gibt und der je nach Forschungszusammenhang beschrieben werden sollte. Grob umrissen verstehe ich Kultur zunächst als eine Struktur aus menschlichen Lebensweisen, Institutionen, Wirtschaftsformen, Geschichte und Traditionen, in der eine Vielzahl von Individuen innerhalb eines politischen Systems miteinander in Kontakt tritt und in diesem Rahmen die Bedingungen für ihr Leben aushandelt. Sie ist zugleich die *"Praxis menschlichen Denkens, Deutens und Handelns, die bestimmten Regeln folgt, diese Regeln ebenso bewahrt wie immer wieder überprüft und verändert und die dadurch Gesellschaft überhaupt erst funktionsfähig macht."*⁶. Die Untersuchung "medikaler Kultur", als einem Teil der kulturellen Prozesse einer Gesellschaft, beinhaltet die

(Hg.): Heilen und Pflegen. Internationale Forschungsansätze zur Volksmedizin. Marburg 1986 (=Hessische Blätter für Volks- und Kulturforschung), S.25-41, hier S.36.

⁴ Dazu ausführlicher bei: Wolff, Eberhard: Volkskundliche Gesundheitsforschung, Medikalkultur- und "Volksmedizin"-Forschung. In: Brednich, Rolf W. (Hg.): Grundriß der Volkskunde. Einführung in die Forschungsfelder der Europäischen Ethnologie. Berlin 2001, S.617-635.

⁵ Vgl. Wolff, E.: Volkskundliche Gesundheitsforschung, S.624, 630/631.

Frage nach den medizinischen Wissensvorräten, Diskursen, Handlungsweisen und den dazugehörigen Institutionen, die an der Entstehung, Vermittlung und Verbreitung dieses Wissens beteiligt sind. Vor allem gehört dazu der Blick auf die Beteiligten und die Frage nach ihren *"Vorstellungen, Erwartungen, Umgangsweisen, Verhaltens- und Denkmustern und Deutungen, Logiken, Praktiken in bezug auf Gesundheit, Krankheit und Medizin im weitesten Sinne"*⁷. Zu den Beteiligten gehören Einzelpersonen ebenso wie private und öffentliche Institutionen eines Gesundheitssystems. Unter "Medikalisierung" versteht man jene Prozesse, die seit der Aufklärung zu einer Veränderung der medialen Kultur geführt haben. Zentrale Bereiche des von Foucault⁸ geprägten Begriffes umfassen die Entwicklung der akademischen Medizin, die Professionalisierung und Etablierung der Ärzteschaft, die Verdrängung volksmedizinischer Heilmethoden und ihrer Heilpersonen oder deren Akademisierung, die Einbeziehung aller Bevölkerungsschichten in ein staatlich gelenktes Gesundheitssystem und die Entstehung von Normen und Deutungsmustern, die die Verhaltensweisen aller Schichten und Klassen prägten. Als Reaktion auf diese Veränderungen werden in der Forschung zwei Verhaltensmuster diskutiert⁹. Das erste ist die Distanzierung von und der Widerstand gegen die Veränderungen des Gesundheitssystems seit der Aufklärung bis heute durch die unteren und zunehmend auch höheren Bevölkerungsschichten. In diesem Zusammenhang wird die Medikalisierung häufig als ein von Eliten aufgezwungenes Modell angesehen¹⁰. Dem gegenüber stehen Akzeptanz und Übernahme neuer Standards durch die Bevölkerung und die Nachfrage nach medialen Angeboten, d.h. eine aktive Mitgestaltung des Prozesses. Mit Hilfe des Medikalisierungskonzeptes können historische Prozesse beschrieben und interpretiert werden, die zur Herausbildung unseres heutigen industriegesellschaftlichen Gesundheitssystems und eines entsprechenden individuellen

⁶ Kaschuba, Wolfgang: Einführung in die Europäische Ethnologie. München 1999, S.98.

⁷ Wolff, E.: Volkskundliche Gesundheitsforschung, S.630.

⁸ Foucault, Michel: Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. Frankfurt/ New York 1991.

⁹ Vgl. u.a. Seidel, Hans-Christoph: Eine neue Kultur des Gebärens. Die Medikalisierung von Geburt im 18. und 19. Jahrhundert in Deutschland. Stuttgart 1998, S.20; Wolff, Eberhard: Gesundheitsverein und Medikalisierungsprozeß. Der Homöopathische Verein Heidenheim/Brenz zwischen 1886 und 1945. Tübingen 1989 (=Studien und Materialien des Ludwig-Uhland-Instituts der Universität Tübingen), S.32/33.

¹⁰ Vgl. hier auch Illich, Ivan: Die Nemesis der Medizin. Die Kritik der Medikalisierung des Lebens. München 1995.

Gesundheitsverhaltens geführt haben, deren Dynamik aber ebenso die Gegenwart und Zukunft beeinflußt. Dieses Konzept nimmt in der interdisziplinären Forschung einen zentralen Platz ein, da darin die Entwicklungen nicht allein aus medizinischer Perspektive untersucht, sondern auch unter kulturellem, politischem, ökonomischem und sozialem Blickwinkel betrachtet werden. Das Konzept bildet auch für meine Arbeit den analytischen Rahmen.

Fragestellungen, Methoden und Quellen

Die Entwicklung von FMS begann in Deutschland 1919 und fand in unterschiedlichen medizinischen und politischen Systemen statt. Neben der Untersuchung von Kontinuitäten und Veränderungen innerhalb dieses Prozesses, frage ich im ersten Teil meiner Arbeit nach der jeweiligen Bedeutung, die diesen Einrichtungen in den unterschiedlichen Systemen zugemessen wurde. Ausgehend von der These, daß Muttermilch im Rahmen der sich etablierenden FMS vom Nahrungsmittel zur Heilnahrung im klinischen Umfeld avancierte, gehe ich in diesem Teil auch den Ursachen und den Folgen dieses Bedeutungswandels nach. Im Mittelpunkt der Zeit bis 1945 steht zunächst die Erfurter Frauenmilchsammelstelle, da sie durch umfangreiche zeitgenössische Artikel ihrer Gründerin Dr. Marie-Elise Kayser und durch medizinhistorische Arbeiten die am besten dokumentierte Einrichtung ist. Darüber hinaus war sie Ausbildungsstätte und wurde für viele Neugründungen zum Vorbild. Daher ist es möglich, sie als exemplarisches Beispiel heranzuziehen. Im Anschluß daran werde ich die 1949 eröffnete Frauenmilchsammelstelle Potsdam, deren Arbeitsweise sich an die der Erfurter Einrichtung anlehnte und die der Ausgangspunkt meiner Forschung war, in den Vordergrund der Betrachtungen stellen. Der mikrohistorische Blick auf zwei ausgewählte Einrichtungen ermöglicht *"die konzentrierte Beobachtung eines kleinen, überschaubaren Untersuchungsfeldes, in dem räumliche, zeitliche und soziale 'Nahaufnahmen' mit hoher Tiefenschärfe erzielt werden sollen"*¹¹. Anhand dieser Methode können Entwicklungen und Praktiken im Detail aufgespürt und diese gleichzeitig in Bezug zu allgemeinen Prozessen gestellt werden. Auf der Basis von medizinhistorischen Arbeiten, Artikeln aus verschiedenen medizinischen Zeitschriften

¹¹ Kaschuba, W.: Einführung, S.214.

und Gesetzestexten werde ich herausarbeiten, welche Diskussionen den Weg der FMS bis 1945 begleiteten, wie die Etablierung der Institution den Beteiligten plausibel gemacht werden sollte und welches Bild von den Milch spendenden Frauen vermittelt wurde. Um diese Diskussionen in der DDR zu verfolgen, habe ich Werbematerialien des Hygiene-Museums Dresden und die Zeitschrift "Kinderärztliche Praxis" von 1948 bis 1989 ausgewertet. Diese ist im Zeitschriftenkatalog der DDR als das einzige in der DDR gedruckte Fachblatt für Kinderärzte/innen ausgewiesen, welches seit 1948 kontinuierlich erschienen ist. Im Gegensatz zur FMS Erfurt gibt es über die Sammelstelle in Potsdam nur wenige schriftliche Zeugnisse. Im Archiv des früheren Krankenhauses war nichts vorhanden. Unterlagen, die direkt in der FMS Potsdam gelagert wurden, sind nach Informationen einer ehemaligen Krankenhausmitarbeiterin vermutlich im Verlauf diverser Umzüge vernichtet worden. So konzentrierte ich meine Recherchen auf das Stadtarchiv Potsdam und das Brandenburgische Landeshauptarchiv. Da es dort das Stichwort "Frauenmilchsammelstelle" als Suchbegriff nicht gab, untersuchte ich die Akten des Gesundheitswesens der Stadt und des Bezirkes Potsdam, die allerdings sehr dürftig und lückenhaft waren¹². Um auch einen Einblick in aktuelle Diskussionen zu erhalten, nahm ich im September 2001 an einem eintägigen "Symposium zur Frauenmilchspende" der Universitätsklinik für Kinder und Jugendliche in Leipzig teil. Im zweiten Teil meiner Arbeit geht es um Aspekte der Medikalisierung am Beispiel der FMS Potsdam. Die Basis der Untersuchung bilden Interviews mit Frauen, die in den 50er und 60er Jahren Milch gespendet haben, sowie mit ehemaligen Mitarbeitern/innen der Sammelstelle, des Krankenhauses und der Poliklinik Potsdam und dem heutigen ärztlichen Leiter der FMS. Die Sichtweise von Frauen und Männern, deren Kinder Frauenmilch erhielten, muß leider unbeachtet bleiben, da sich, bis auf einen Mann, der kein Interview geben wollte, niemand meldete. Mit der Auswahl der Gesprächspartner/innen öffnet sich gleichzeitig ein Spannungsfeld unterschiedlicher Perspektiven und Praxen, denn die Beteiligten stehen in unterschiedlichem zeitlichen Abstand zu dieser Institution und hatten entweder beruflich oder privat mit ihr zu tun. Ziel der Interviews war nicht, die damalige Wirklichkeit zu rekonstruieren, sondern die gegenwärtigen Ideen, Vorstellungen und

¹² Zum Teil ging bspw. aus dem Schriftverkehr der Institutionen nicht hervor, wer die Briefe oder Berichte verfaßt hat oder es fehlten mehrere Seiten. Nach Aussagen der Archivmitarbeiterinnen

Deutungen der Beteiligten zu erfahren. Anhand dieser Perspektiven möchte ich einzelne Aspekte der Medikalisierung im Bereich der Frauenmilchspende beleuchten. Daraus ergeben sich folgende Fragen:

- + Was motivierte die Frauen zum Spenden und welche Bedeutung maßen sie dem bei?
- + Welche Rolle spielen Vorstellungen von Gesundheit und Krankheit im Bereich der Frauenmilchspende?
- + Welche Formen der Vermittlung von Standards für das Milchsammeln und -spenden gab es? Waren diese für die Frauen relevant?
- + Mit welchen Bildern und Diskussionen wurden spendende Frauen konfrontiert und wie reagierten sie darauf?
- + Finden sich Aspekte historischer Diskussionen über Frauenmilch und FMS in den heutigen Vorstellungen der Beteiligten wieder?

wurden einige Akten von mir das erste Mal benutzt und so bot meine Anfrage mitunter einen willkommenen Anlaß zur Erneuerung eines alten Aktendeckels.

I. Die Geschichte der Frauenmilchsammelstellen in Deutschland

1. "Die Geburt der Klinik"¹³ - Gesundheitspolitische Entwicklungen im 18. und 19. Jahrhundert in Deutschland¹⁴

Als Vorläufer der uns bekannten Kliniken, die der Heilung, Forschung und Ausbildung dienen, gelten mittelalterliche Hospitäler, die armen, kranken und alten Menschen Asyl boten und diese bis zu ihrem Tod versorgten. Ärztliche Hilfe oder berufliches Pflegepersonal gab es hier selten. In der Regel fand die Pflege von Kranken und Alten jedoch in der Familie und mit Hilfe von Laienmedizinern/innen¹⁵ statt. Eine grobe Differenzierung einzelner Hospitäler setzte im 11. Jahrhundert ein, als es notwendig wurde, gesunde Menschen vor Lepra zu schützen. In den folgenden Jahrhunderten spezialisierten sich erste Anstalten großer Städte auf die Versorgung von Kranken, Waisen, Irren und Fremden. Für Kinder existierten in dieser Zeit lediglich Findelhäuser, die auf Initiative der Kirche in verschiedenen Städten gegründet wurden. Diese nahmen ausgesetzte Kinder auf, ließen sie durch Ammen versorgen und von Nonnen erziehen. Allerdings gab es in Deutschland im Gegensatz zu anderen Ländern kaum Findelanstalten¹⁶. Die im 16. Jahrhundert entstandenen Spitäler für Syphiliskranke wiesen dann erste Grundzüge eines modernen Krankenhauses auf:

"Die in diesen Spitälern erstmals anzutreffende ärztliche Versorgung mit ausgesprochenem Heilzweck bedingte, daß die Patienten den medizinischen und diätetischen Anweisungen des (wund-)ärztlichen und des Krankenpflegepersonals Folge leisten mußten..."¹⁷.

¹³ Foucault, M.: Die Geburt der Klinik.

¹⁴ Die hier beschriebenen Entwicklungen verliefen in den einzelnen deutschen Territorialstaaten allerdings nicht immer zeitgleich und nicht so gradlinig wie in der Kürze geschildert.

¹⁵ Unter Laienmediziner/innen verstehe ich "nicht akademisch gebildete Heilpersonen" wie Wundärzte, Bader, Hebammen etc. Vgl. auch Wolff, E.: Gesundheitsverein, S.28.

¹⁶ Eulner, Hans-Heinz: Die Entwicklung der medizinischen Spezialfächer an den Universitäten des deutschen Sprachgebietes. Stuttgart 1970 (=Studien zur Medizingeschichte des neunzehnten Jahrhunderts, Band IV), S.203.

¹⁷ Jütte, Robert: Vom Hospital zum Krankenhaus. 16. - 19. Jahrhundert. In: Labisch, Alfons/ Reinhard Spree (Hg.): Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett. Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert. Frankfurt/ New York 1996, S.31-50, hier S.35.

Daneben gab es auch schon andere Vorformen eines modernen Krankenhauses, in denen Kranke und Verletzte vorübergehend zu Heilzwecken aufgenommen wurden. Die Ideen der im 17. und 18. Jahrhundert sich ausbreitenden geistigen Aufklärungsbewegung in Europa, beeinflussten auch die Entwicklung in vielen gesellschaftlichen Bereichen Deutschlands nachhaltig. Ihre Vertreter kritisierten unter anderem Religion und Kirche, forderten logisches, klares und richtiges Denken und vertrauten auf die Macht der Vernunft. Der Körper wurde als ein Werk der Natur angesehen, für den der Mensch nun in eigener Verantwortung zu sorgen hatte. Aberglauben und Irrationalität sollten beseitigt und der Mensch erzogen werden. Ideenträger waren das neu entstandene Bürgertum und der aufgeklärte Adel, unter ihnen auch das aufstrebende Ärtetum. Im Zusammenhang mit neuen Wirtschaftstheorien entwickelte sich die Idee von der Bevölkerung als "biologischem Körper", nach der viele gesunde Untertanen wirtschaftliche und militärische Macht für einen Staat bedeuteten. Die Sorge um ihre Gesundheit wurde zum Gegenstand staatlicher Interessen und später staatlicher Politik und Verwaltung¹⁸. Das wachsende öffentliche Interesse an einer Gesundheitsfürsorge eröffnete vor allem für die zunehmende Anzahl akademisch gebildeter Mediziner¹⁹ ein neues Tätigkeitsfeld und bildete zugleich Berührungspunkte zur politischen Macht, die ihnen für die Durchsetzung berufsständischer Interessen nützlich waren. Viele Ärzte strebten eine allgemeine Medikalisierung der Bevölkerung an, die die vollständige Kontrolle aller Bereiche des Lebens vorsah. Einer ihrer Vertreter war der Medizinprofessor Johann Peter Frank, der 1779 das "System einer vollständigen medicinischen Polizey" veröffentlichte. Seiner Meinung nach sollte der Staat überall das Recht und die Pflicht haben, regulierend, kontrollierend und sanktionierend tätig zu werden und auch vor dem intimsten Familienbereich nicht halt machen²⁰. Diese Utopie brach sich zunächst noch mit dem Selbstbestimmungsrecht des Individuums und des Familienverbandes, in das der Staat nicht so einfach eingreifen konnte und wollte. Ausnahmen bildeten die Bereiche Militär, Gefängnis und Armenwesen, wo der Staat ohnehin die unmittelbare Kontrolle ausübte. *"In diesen beiden Bereichen*

¹⁸ Paul, Norbert: Arzttinitiativen bei der Gestaltung des Krankenhauses in der Zeit des Aufgeklärten Absolutismus. In: Labisch, A./ R. Spree (1996), S. 91-122, hier S.93.

¹⁹ Ich spreche hier ausschließlich von Medizinern, da Frauen zur akademischen Ausbildung erst im 20. Jahrhundert zugelassen wurden.

²⁰ Frevert, Ute: Krankheit als politisches Problem 1770 - 1880. Soziale Unterschichten in Preußen zwischen medizinischer Polizei und staatlicher Sozialversicherung. Göttingen 1984, S.66.

ist denn auch die Anwendung direkter Zwangsmaßregeln zur Durchsetzung medizinischer Absichten am reinsten zu beobachten.²¹ Im ausgehenden 18. und frühen 19. Jahrhundert setzte dann im Gesundheitsbereich ein Prozeß ein, der bis dahin unbeachtete Bereiche des privaten Lebens genauer unter die Lupe nahm und Krankheit und Gesundheit individualisierte. Beides wurde als Produkt menschlichen Verhaltens angesehen und die individuelle Verantwortung und die daraus resultierenden Handlungsmöglichkeiten betont: *"Disziplin, Mäßigkeit und der rigorose Verzicht auf irrationale, nicht wissenschaftlich legitimierte Gesundheitspraktiken bildeten die Voraussetzung für einen Lebensplan, der von körperlichen Störungen möglichst frei sein sollte."*²² Die Pflicht danach zu handeln, galt für alle Schichten, war aber in der Praxis sozial eingeschränkt. Hier setzte die Verantwortung des Staates ein, entsprechende Rahmenbedingungen für die Erhaltung der Gesundheit und Arbeitskraft des Einzelnen zu schaffen und damit Reichtum und Wehrfähigkeit des Landes zu sichern. Der Einfluß akademischer Ärzte auf die Gesundheitsfürsorge nahm im Laufe des 18. Jahrhunderts zu. Innerhalb der Krankenhäuser begannen diese, die praktische medizinische Aus- und Weiterbildung zu etablieren. Gut dokumentiert ist diese Entwicklung bei Marita Metz-Becker und Hans-Christoph Seidel am Beispiel von Gebärhäusern²³. Bis zu diesem Zeitpunkt war der lebende menschliche Körper weitestgehend unberührbar, das Körperinnere hauptsächlich durch Leichenöffnungen und Zeichnungen bekannt. Barbara Duden beschreibt in ihrer *"Geschichte unter der Haut"* u.a. die Diagnosepraxis des Eisenacher Arztes Johann Storch um 1730²⁴. Seine Anhaltspunkte für die Diagnose einer Erkrankung waren die Antworten seiner Patientinnen oder der von ihnen geschickten Boten auf seine Fragen, sowie Blut und Urin, die sie ihm zur Untersuchung überließen. Berühren durfte er die Frauen nur nach ausdrücklicher Einwilligung:

"Das Berühren ist kulturell erlaubt entlang der Grenze des Geschlechts, Frauen berühren untersuchend andere Frauen, die Hebamme untersucht und berichtet Storch, was sie ertastete, eine Mutter unternimmt es, die Leibesschwellung der

²¹ Ebenda, S.68.

²² Ebenda, S.82.

²³ Vgl. Metz-Becker, M.: *Der verwaltete Körper*; Seidel, H.-Ch.: *Eine neue Kultur des Gebärens*.

²⁴ Duden, Barbara: *Geschichte unter der Haut. Ein Eisenacher Arzt und seine Patientinnen um 1730*. Stuttgart 1987.

*Tochter zu befühlen. Männer als Verwandte sind nicht ausgeschlossen: der Ehemann, der Vetter.*²⁵

In Ausnahmefällen, wie bei Verdacht auf Lues, durfte Storch mit Hilfe eines obrigkeitlichen Mandats als Stadtphysikus²⁶ dieses Tabu brechen. Auch im Falle "böser Milch" und "schwüriigen Brüsten" von Ammen konnte er ohne Zustimmung die Frauen untersuchen, denn ihre Milch und ihre Brüste gehörten ihnen nicht mehr: "Obrigkeitlicher und herrschaftlicher Anspruch auf Kontrolle legitimieren hier einen kulturell illegitimen Eingriff."²⁷

Das überwiegende Klientel der Kranken- und Entbindungshäuser im 18. und frühen 19. Jahrhundert stammte aus unteren Bevölkerungsschichten²⁸. Wohlhabende Patienten/innen, aber auch solche aus sozialen Unterschichten mieden noch weitestgehend den Gang ins Krankenhaus. Geburten fanden vorwiegend zu Hause statt. Ins Krankenhaus gingen nur die, die weder auf Familienpflege, noch auf andere, zu bezahlende Leistungen zurückgreifen konnten. An ihnen konnten Ärzte nun ohne Zeit- und Raumbegrenzung und ohne Angst vor dem Verlust von zahlungskräftigen Klienten/innen ihre klinischen Erfahrungen sammeln. Zu dieser Zeit nahm die Zahl der Armen sowohl in den Städten als auch auf dem Land zu. Ein anhaltendes Bevölkerungswachstum und die zunehmende Industrialisierung führten in den 30er und 40er Jahren des 19. Jahrhunderts zur Verelendung breiter Volksschichten²⁹. Armut wurde auch als Mangel an Arbeit erkannt. 1794 verpflichtete das Allgemeine Preußische Landrecht den Staat zur Unterstützung Bedürftiger. Gewerbereiche Städte richteten neue Krankenhäuser ein und kamen damit ihren Pflichten in der sogenannten geschlossenen Armenkrankenpflege nach³⁰. Somit waren die frühen modernen Krankenhäuser Institutionen der Armenfürsorge. Auch in Potsdam begann 1773 auf dem Areal des heutigen Klinikums der Bau einer solchen

²⁵ Ebenda, S.104.

²⁶ Ein Stadtphysikus hatte im 16. und 17. Jahrhundert die medizinische Aufsicht über die bürgerlichen Spitäler und war zum Teil durch Amtseid verpflichtet, regelmäßig die Kranken dieser Anstalten zu besuchen. Durch die Einrichtung von Physikaten wurden Verwaltungsstrukturen angelegt, die eine der Voraussetzungen für die Medikalisierung der Bevölkerung waren. Vgl. Jütte, R.: Vom Hospital zum Krankenhaus, S.41; Paul, N.: Arztinitiativen, S.101/102.

²⁷ Duden, B.: Geschichte unter der Haut, S.104. "Böse" ist vermutlich in erster Linie im Sinne von "krank" zu verstehen, denn Storch diagnostizierte auch "böse Oberschenkel".

²⁸ Vgl. Metz-Becker, M.: Der verwaltete Körper; Seidel, H.-Ch.: Eine neue Kultur des Gebärens. So stellten z.B. 1788 in der Charité Berlin Mittellose, die staatliche Unterstützung von der Armendirektion erhielten, Prostituierte, Tagelöhner, Diensten und fremde Handwerksgesellen das größte Patienten/innenkontingent dar. Vgl. Frevert, U.: Krankheit als politisches Problem, S. 75.

²⁹ Labisch, Alfons: Stadt und Krankenhaus. Das Allgemeine Krankenhaus in der kommunalen Sozial- und Gesundheitspolitik des 19. Jahrhunderts. In: Ders. und R. Spree (1996), S.253-296, hier S.260.

Einrichtung mit Hospital, Armenhaus, Arbeitshaus und Lazarett³¹. Das Hospital nahm Frauen und Männer auf, stellte ihnen Wohnung, Holz, Licht und Essen zur Verfügung. In das Armenhaus kamen völlig bedürftige Frauen, Männer und Findelkinder, die auf getrennten Abteilungen untergebracht waren. Im Arbeitshaus waren *"mutwillige Bettler, ungetreues Gesinde, sowie liederliche Weibsbilder"*³² untergebracht, die erzogen werden sollten. Für Kost und Logis mußten diese in der zugehörigen Maulbeerplantage, in der Spinnerei oder im Garten arbeiten. Menschen mit ansteckenden Krankheiten, Gesinde, Gesellen und Lehrburschen aus der Stadt kamen im Lazarett unter. Für deren Pflege, Kost und Medizin mußten die Zünfte monatlich ca. drei bis vier Reichstaler zahlen. Die medizinische Versorgung der Kranken oblag dem Stadtphysikus. Ausschlaggebend für den Bau des Stadtarmenhauses waren nicht nur soziale Gründe. Laut Heinrich Ludwig Manger, Architekt und Baumeister des Hauses, hatten Bettler angefangen, Sanssouci zu belagern und Geld für ihren Abzug zu fordern. Friedrich Wilhelm II. beschloß daher *"eine Armenanstalt von der solidesten Art allhier zu fundieren, um inskünftige Ruhe vor dergleichen Zudringlichkeiten zu haben"*³³.

Der im 16. und 17. Jahrhundert für die Betreuung der Spitäler eingesetzte Stadtphysikus wurde im 18. Jahrhundert allmählich von den sogenannten "dirigierenden Ärzten" abgelöst³⁴. Diese leiteten die jeweiligen Fachabteilungen der akademischen oder städtischen Krankenanstalten und betrieben häufig daneben noch eine Privatpraxis. Zur zweiten Hälfte des 19. Jahrhunderts hin verlegten viele leitende Ärzte ihre Privatpraxis in die Klinik, wodurch ihre Befugnisse zunahmen. Während der Großteil der Bevölkerung Ende des 18. Jahrhunderts den Krankenhäusern noch ablehnend gegenüberstand, mehrten sich unter den Ärzten die Befürworter. Sie sahen das Krankenhaus als:

*"Instrument der Armenkrankenpflege und bezeichneten es als die beste Einrichtung, um 'die Verpflegten dem Staate zu erhalten, und die Wiederherstellung ihrer Gesundheit in der möglichst kürzesten Zeit zu befördern'"*³⁵.

³⁰ Ebenda, S.261.

³¹ Militz, Joachim: Die Bettler wichen erst aus Sanssouci, wenn sie "Ranzion" erhalten hatten. Vor 225 Jahren begann der Bau des Stadtarmenhauses. In: Potsdamer Neueste Nachrichten 12.9.1998, S.13.

³² Ebenda.

³³ Ebenda.

³⁴ Jütte, R.: Vom Hospital zum Krankenhaus, S.41.

³⁵ Labisch, A.: Stadt und Krankenhaus, S.261.

Sie wiesen zudem auf den Kontroll- und Isolationseffekt der Einrichtungen hin³⁶. Anders als in der häuslichen Krankenpflege, wo der Arzt nur aufsuchend und unter den Blicken der Familie und Nachbarn/innen agieren konnte und sich ihm die Kontrolle über die angeordnete Therapie entzog, hatte er im klinischen Alltag jederzeit die Möglichkeit, die Behandlung zu kontrollieren und notfalls zu ändern. Außerdem konnten in Zeiten größerer Epidemien Menschen behandelt und isoliert werden. Dieser Aspekt wurde mit der zunehmenden Urbanisierung immer bedeutender und so führten im Laufe des 19. Jahrhunderts Cholera und andere akut epidemische Erkrankungen zu weiteren Krankenhausgründungen³⁷. Die Anfang des 19. Jahrhunderts noch zum großen Teil widersprüchlichen spekulativen Theorien wurden zunehmend durch experimentell abgesicherte Erkenntnisse abgelöst.

"Damit konnte die sich herausbildende 'Schulmedizin' zunehmend eine praktisch-inhaltliche und...eine moralische Überlegenheit gegenüber nicht-akademischen Heilern vorweisen, die sich stattdessen mehr auf tradiertes, weniger rational grundiertes und weniger effizientes Erfahrungswissen stützten."³⁸

Es wurden Grundlagen geschaffen, die zum Teil bis heute gelten. Stellvertretend möchte ich hier die Entwicklung der Bakteriologie anführen, aus der sich später die Mikrobiologie differenzierte, welche maßgeblich die Entstehung medizinischer Standards beeinflusste. Ende der 60er Jahre des 19. Jahrhunderts gab es erste umfassende Kenntnisse über die Antisepsis, welche die Reduktion von Infektionserregern durch Desinfektion beinhaltete. Ende der 80er Jahre entwickelte sich daraus die Asepsis, der das Prinzip der Keimabtötung durch Sterilisation und Pasteurisierung zu Grunde liegt³⁹. Damit konnte auch die Gefahr der Wundinfektion, eines der großen Probleme in den damaligen Krankenhäusern, gebannt werden. Das antiseptische Verfahren wurde zugunsten der Asepsis zurückgedrängt und ein neuer hygienischer Standard begann sich in den Kliniken allmählich durchzusetzen. Die Etablierung der Medizin in den Naturwissenschaften führte zu einer Verdrängung oder Akademisierung der Laienmediziner/innen⁴⁰. Ihr Tätigkeitsfeld wurde gesetzlich reglementiert.

³⁶ Frevert, U.: Krankheit als politisches Problem, S.78.

³⁷ Labisch, A.: Stadt und Krankenhaus, S.284.

³⁸ Wolff, E.: Gesundheitsverein, S.30.

³⁹ Thomann, Klaus Dieter: Die Entwicklung der Chirurgie im 19. Jahrhundert und ihre Auswirkungen auf Organisation und Funktion des Krankenhauses. In: Labisch, A./R. Spree (1996), S.145-166, hier S.151.

⁴⁰ Wolff, E.: Gesundheitsverein, S.28.

"Somit konnten sich die gelehrten Ärzte als einzig legitimer Anbieter auf dem neu geschaffenen Markt für medizinische Dienstleistungen etablieren: Sie führten, mit jeweils nur wenigen Ausnahmen, die Impfungen durch, versorgten die Armen, konnten um die Wende zum 20. Jahrhundert das Behandlungsmonopol gegenüber den Krankenkassen durchsetzen."⁴¹

Mit dem Übergang zum modernen Krankenhaus wandelte sich auch der ärztliche Blick auf die Patienten/innen. Er löste sich von der Person der Kranken und wandte sich der Krankheit selbst zu⁴². Nach Foucault stellte die Krankheit nun den Text dar, den es zu entziffern galt, der Körper des Menschen fungierte als Medium, durch das der zu lesende Text gegeben war⁴³. Die Decodierung dieses Textes durch den Arzt brachte das Individuum dahinter allmählich zum Verschwinden. Die Veränderung dieses Blickwinkels spiegelte sich auch in den einsetzenden räumlichen Veränderungen der Krankenhäuser wieder. Arme Menschen, körperlich oder geistig Kranke wurden baulich getrennt voneinander untergebracht, Isolierstationen für ansteckende Krankheiten geschaffen und Patienten/innen mit ähnlichen Symptomen zusammengelegt.

"So wie Pflanzen in einem botanischen Garten gruppiert waren, so sollten in dem der medizinischen Ausbildung und klinischen Forschung dienenden Krankenhaus die pathologischen Zustände in eine gewisse Ordnung gebracht und eine Vermischung möglichst vermieden werden."⁴⁴

1883 wurde in Preußen das später allgemeine Modell der gesetzlichen deutschen Krankenversicherung eingeführt⁴⁵. Ziel war es, ökonomische Nachteile durch Krankheiten zu verhüten, bevor die Versicherten verarmten und diese die örtliche Armenpflege in Anspruch nehmen mußten. Im Zentrum der Krankenkassenleistungen stand weniger die ärztliche Versorgung, als vielmehr der Lohnersatz. Die gesetzliche Krankenversicherung erfaßte bis in die Weimarer Republik hinein meist nur die versicherten Arbeiter/innen, nicht aber ihre Familien⁴⁶. Erst 1930 wurde die Familienkrankenversicherung zu einer gesetzlichen Regelleistung⁴⁷. Auch aus diesem Grund waren bis dahin Frauen und Kinder in den Krankenhäusern

⁴¹ Ebenda, S.29.

⁴² Frevert, U.: Krankheit als politisches Problem, S.79.

⁴³ Foucault, M.: Die Geburt der Klinik, S.74/75.

⁴⁴ Jütte, R.: Vom Hospital zum Krankenhaus, S.37.

⁴⁵ Labisch, A.: Stadt und Krankenhaus, S.267.

⁴⁶ Ehefrauen von Arbeitern konnten höchstens durch eine freiwillige Zusatzversicherung mitversichert werden. Ebenda.

unterrepräsentiert und die Leistungen auf dem Gebiet der Geburtshilfe nur unzureichend. Allerdings galten Säuglinge und Kleinkinder ohnehin bis ins 18. Jahrhundert als ärztlich nicht behandelbar, da eine Diagnose aufgrund der noch fehlenden sprachlichen Kompetenz nicht möglich schien. Einzelne Ärzte interessierten sich zwar schon für die Entstehung von Kinderkrankheiten und an einigen Universitäten gab es auch schon Vorlesungen dazu, die praktische Behandlung wurde aber zumeist noch den Müttern überlassen. Erst durch die Zeit der Aufklärung entwickelte sich im Bürgertum und in Teilen des Adels ein neues Bewußtsein für Kinder. Allmählich wurde die Kindheit als eine eigenständige Lebensphase angesehen, die medizinisch und pädagogisch begleitet werden sollte. Kinder wurden nun auch zunehmend als Potential eines Staates betrachtet, für deren Zukunft medizinisch gesorgt werden mußte. Ein Resultat dieser Entwicklung war die Gründung von Kinderspitälern, die aber anfangs mehr einen karitativ-bewahrenden Charakter hatten⁴⁸. Allgemeine Krankenhäuser versorgten in der Regel keine Kinder und wenn, dann waren diese meist älter und zusammen mit den Erwachsenen untergebracht.

"Diese Selektion hängt in erster Linie von der Zweckbestimmung des modernen Krankenhauses ab, wonach es vor allem die 'Labouring Poor' im Krankheitsfall möglichst rasch für den Arbeitsmarkt wiederherstellen sollte..."⁴⁹

1802 wurde das erste große Kinderkrankenhaus in Paris gegründet. 1829 eröffnete die Berliner Charité die erste staatliche Kinderklinik in Deutschland⁵⁰. Hier wurden Kinder vom 2. bis 12. Lebensjahr aufgenommen und ab 1873 auch Säuglinge. In den 40er und 50er Jahren des 19. Jahrhunderts erhöhte sich in Europa insgesamt die Anzahl von privaten und staatlichen Kinderkrankenhäusern. Die therapeutischen Möglichkeiten waren allerdings noch sehr eingeschränkt und die Mehrzahl der Kinder wurde ambulant behandelt⁵¹. Da das Findelwesen in Deutschland keine große

⁴⁷ Reichsgesetzblatt (RGBl.) 1930 Teil I (27.7.1930), S.323, Punkt 19: Änderungen zum Abschnitt Familienhilfe.

⁴⁸ Weindling, Paul: Die Entwicklung der Inneren Medizin im 19. Jahrhundert und ihre Auswirkungen auf Organisation und Funktion des Krankenhauses - am Beispiel der Kinderkrankenhäuser in Paris, London und Berlin. In: Labisch, A./R. Spree (1996), S.167-186.

⁴⁹ Spree, Reinhard: Quantitative Aspekte der Entwicklung des Krankenhauswesens im 19. und 20. Jahrhundert. Ein Bild innerer und äußerer Verhältnisse. In: Ders. und A. Labisch (1996), S.51-90, hier S.70.

⁵⁰ Karger-Decker, Berndt: Die Geschichte der Medizin. Von der Antike bis zur Gegenwart. Düsseldorf 2001, S.330.

⁵¹ So lag die Kindersterblichkeitsrate in der Charité 1872 bei ca. 50% und die Säuglingssterblichkeit 1873 bei 90%. Vgl. Eulner, H.-H.: Die Entwicklung der medizinischen Spezialfächer, S.208.

Tradition hatte, konnten Mediziner dort nicht wie in anderen Ländern erste klinische Erfahrungen sammeln. Zur Mitte des 19. Jahrhunderts nahm an den Universitäten die Anzahl der Vorlesungen über Erkrankungen im Kindesalter allmählich zu. In den 60er Jahren begannen Ärzte in einigen Kinderheilstätten für eine räumliche Trennung der Patienten/innen zu plädieren. Sie sollten nach Altersgruppen aufgeteilt und bei ansteckenden Krankheiten isoliert werden. Diese Forderung wurde durch die Erkenntnisse der Bakteriologie unterstrichen.

"Parallel zur Spezialisierung innerhalb der Krankenhäuser wurde das Kind jetzt nach Begriffen der Physiologie, der klinischen Chemie und der neuen Wissenschaft Immunologie zergliedert."⁵²

Eine häufige Todesursache dieser Zeit waren Erkrankungen des Verdauungssystems, die vor allem Säuglinge und Kleinkinder betrafen. Einer der Mediziner, die Ende des 19. Jahrhunderts über Ernährungsstörungen bei Kindern forschten, war Jussuf Ibrahim. Er sah neben einer falschen Ernährung auch die mangelhafte Ausbildung von Säuglings- und Kinderkrankenschwestern als Ursache für die hohe Sterblichkeit. Daher gründete er bis 1917 in Heidelberg, München und Jena entsprechende Ausbildungszentren⁵³. Ende des 19. Jahrhunderts wurde die Kinderheilkunde als Spezialfach zuerst in Berlin und Paris vorwiegend an Krankenhäusern mit akademischen Lehrstühlen eingeführt, gehörte aber ansonsten noch nicht zum obligatorischen Lehrstoff in Deutschland. Die Legitimation als eigenständige Wissenschaft mußte zum Teil noch Anfang des 20. Jahrhunderts erstritten werden. Die Kinderheilkunde befaßte sich im Gegensatz zu anderen Spezialgebieten nicht mit einzelnen Organen oder der Anwendung bestimmter Methoden, sondern behandelte Patienten/innen allein auf Grund ihres Lebensalters und der diesem Lebensabschnitt eigenen Krankheiten⁵⁴. Vertreter der Kinderheilkunde waren häufig Internisten, die ihre speziellen Erfahrungen in allgemeinen Kliniken, Frauenkliniken oder den wenigen privaten Kindereinrichtungen gesammelt hatten. Skeptiker waren der Ansicht, daß die Kinderheilkunde *"nur ein willkürlich abgetrennter Teil der Pathologie der inneren Krankheiten"*⁵⁵ sei und daher keine Berechtigung als eigenständiges Fach habe, sondern zur Inneren Medizin gehöre.

⁵² Weindling, P.: Die Entwicklung der Inneren Medizin, S.171.

⁵³ Karger-Decker, B.: Geschichte der Medizin, S.340.

⁵⁴ Eulner, H.-H.: Die Entwicklung der medizinischen Spezialfächer, S.202.

⁵⁵ Ebenda, S.204.

Gegen Ende des 19. Jahrhunderts eröffneten immer mehr Kinderkliniken und -fachabteilungen. Hier standen die Kinder nun auch der Ausbildung und der ärztlichen Forschung zur Verfügung. Dabei kam es auch zu umstrittenen Versuchen, bei denen Kinder absichtlich mit Krankheitserregern infiziert wurden⁵⁶. Als Reaktion auf einige bekannt gewordene Fälle engagierten sich Gegner/innen für ein Selbstbestimmungsrecht von Patienten/innen. Seit 1890 setzte dann eine zunehmende Verrechtlichung ein, in deren Folge Ärzte stärker mit öffentlichen Skandalen und gerichtlichen Verfolgungen rechnen mußten, als vorher⁵⁷. Inwieweit sich diese Rechte im Alltag der Krankenhäuser niederschlugen und wie mit den Rechten von Kindern umgegangen wurde, die zu dieser Zeit durch den Vater oder einen anderen männlichen Vormund vertreten wurden, ist schwer festzustellen. Anfang des 20. Jahrhunderts übernahm der Staat einige der bis dahin privat betriebenen Kinderkliniken und gliederte diese zum Teil an Universitäten an. Bis 1915 wurden zudem aus dem Wohlfahrtsetat, der früheren Armenkasse der Stadt, über tausend öffentliche Kinderkliniken in Deutschland eingerichtet⁵⁸. Ab 1901 galt die Kinderheilkunde dann als Pflichtfach im Rahmen der medizinischen Ausbildung und wurde erstmals 1918 als eigenes Examensfach ausgewiesen⁵⁹.

Die im 18. Jahrhundert entstandene Struktur von Krankenhäusern, in denen medizinische Ausbildung, wissenschaftliches Experimentieren und die Versorgung mittelloser Kranker miteinander verwoben waren, wurde im 19. Jahrhundert immer erfolgreicher ausgebaut. Die Akzeptanz von medizinischen Maßnahmen und Einrichtungen in der Bevölkerung nahm zu und verbreitete sich allmählich in allen sozialen Schichten. Krankenhäuser wandelten sich von Armen- und Isolieranstalten zu Heilanstalten, es gab Fortschritte in der Medizin und Krankenpflege und es entstanden verschiedene Krankenversicherungen. Die Wahrnehmung von Krankheit und Gesundheit veränderte sich. Im 20. Jahrhundert setzte sich die Klinik schließlich als normaler Ort der Krankheitstherapie durch⁶⁰. Erst in dieser Zeit bezeichnet der Begriff "Krankenhaus" im wissenschaftlichen und allgemeinen Sprachgebrauch eine

⁵⁶ Weindling, P.: Die Entwicklung der Inneren Medizin, S.178.

⁵⁷ Elkeles, Barbara: Der Patient und das Krankenhaus. In: Labisch A./R. Spree (1996), S.357-373, hier S.369.

⁵⁸ Yalom, Marilyn: Eine Geschichte der Brust. München/Düsseldorf 1998, S.192.

⁵⁹ Eulner, H.-H.: Die Entwicklung der medizinischen Spezialfächer, S.207.

⁶⁰ Frevert, U.: Krankheit als politisches Problem, S.81.

"öffentliche oder private Einrichtung des Gesundheitswesens zur Erkennung und Behandlung von Krankheiten und zur Geburtshilfe"⁶¹.

2. "Ich will von der Mama gestillt werden!"⁶² - Säuglingsernährung, Säuglingsschutz und -fürsorge

Seit Mitte des 18. Jahrhunderts verwiesen erste "medicinal Statistiken" und "regionale Topographien" auf einen Zusammenhang zwischen Säuglingsernährung und -sterblichkeit, wobei die Ernährung mit Muttermilch eine wichtige Rolle spielte⁶³. Schon in der Antike befaßten sich Gelehrte mit der Ernährung von Kindern und gaben eine Reihe von Empfehlungen im Hinblick auf das Stillen und die Wahl einer guten Amme. Das im 18. Jahrhundert wachsende Interesse am Kind motivierte Ärzte und Pädagogen, im Rahmen der medizinischen Volksaufklärung ein differenziertes Vorschriftensystem zur Behandlung der nun als hochgradig gefährdet angesehenen Säuglinge und Kleinkinder auszuarbeiten, dem insbesondere die Mütter Rechnung tragen sollten⁶⁴:

"Nach 1760 erscheint eine Unmenge von Publikationen, in denen den Müttern empfohlen wird, sich persönlich um ihre Kinder zu kümmern, und in denen ihnen 'befohlen' wird, sie zu stillen. Die Frau wird darin verpflichtet, vor allem Mutter zu sein, und es entsteht...der Mythos vom Mutterinstinkt oder von der spontanen Liebe einer jeden Mutter zu ihrem Kind."⁶⁵

Einfluß auf diese Schriften hatten unter anderem die Ideen von Jean-Jacques Rousseau, einem französischen Philosophen und Reformpädagogen. Er argumentierte 1762 in seiner Abhandlung "Émile oder über die Erziehung", das Stillen würde engere Bindungen zwischen Müttern und ihren Kindern sowie innerhalb der ganzen Familie schaffen und so die Basis für eine gesellschaftliche Erneuerung bilden⁶⁶. Mit derartigen Theorien wurden Frauen zwar auf ihre staatsbürgerliche und moralische Verantwortung hingewiesen, im Privaten oder in der Öffentlichkeit

⁶¹ Jütte, R.: Vom Hospital zum Krankenhaus, S.32.

⁶² Plakat des Hygiene-Museums Dresden von 1925. O. S.

⁶³ Fischer, Claudia: Die Amme. Zur Geschichte einer weiblichen Tätigkeit (1750-1919). Marburg 1999, S.39.

⁶⁴ Frevert, U.: Krankheit als politisches Problem, S.47.

⁶⁵ Badinter, Elisabeth: Die Mutterliebe. Geschichte eines Gefühls vom 17. Jahrhundert bis heute. München 1981, S.113.

⁶⁶ Yalom, M.: Geschichte der Brust, S.169.

erweiterten sich ihre politischen Rechte aber nicht. Das Stillen erhielt nun neben der medizinischen auch eine politische Dimension. In dieser Argumentation spielte die wachsende Bedeutung von Kindern als künftige Untertanen des Staates eine Rolle. Ihr Überleben wurde als gesellschaftlicher Reichtum und Garantie für die Zukunft eines Landes angesehen. 1794 forderte ein preußisches Gesetz, daß alle gesunden Frauen ihre Kinder zu stillen hatten⁶⁷. In diesem Sinne erschien auch um 1860 der "Mahnruf an das Volk" von Obermedizinalrat Dr. Cless. Diese Schrift gegen Säuglingssterblichkeit und Nichtstillen wurde von Cless im Auftrag des staatlichen Medicinalcollegiums verfaßt und sollte die Bevölkerung aufklären und Frauen an ihre naturgemäße Bestimmung erinnern⁶⁸. In jener Zeit wurden auch Dienstvorschriften für Ärzte, Wundärzte und Hebammen verschärft und z.B. praktizierende Ärzte angehalten, Hebammen über die Bedeutung des Stillens zu belehren. Als der Einfluß von Ärzten zunahm und diese immer häufiger, neben der Hebamme, bei der Geburt anwesend waren, konnten sie ihre Ratschläge über Säuglingspflege und -ernährung direkt an die Mutter weitergeben. Dabei orientierten sich die Mediziner auch an Erkenntnissen der damals neu entstehenden Ernährungslehre. Trotzdem stieg im 19. Jahrhundert die Säuglingssterblichkeit und die Praxis des Stillens nahm ab⁶⁹. Die zunehmende Industrialisierung und die damit verbundenen Veränderungen in der Lebensweise breiter Bevölkerungsschichten beeinflussten auch die Art der Säuglingsernährung. Waren die Mütter berufstätig, konnten sie ihre Kinder nur kurze Zeit stillen und fütterten dann mit Breigemischen, Tiermilch und Brot, was häufig zu starken Ernährungsstörungen und zum Tod der Säuglinge führte. Wer es sich leisten konnte, gab sein Kind zu Kosteltern oder zu einer Amme (Abb.1). Allerdings wurde diese Praxis kontrovers diskutiert und von Medizinern mit der hohen Säuglingssterblichkeit in Verbindung gebracht. Kosteltern waren Pflegeeltern, die ein Kind mit Tiermilch und Brei aufzogen. Als Ammen verdienten meist ledige Mütter ihren Lebensunterhalt, die dafür häufig ihr eigenes Kind in Kost oder in ein Findelhaus geben mußten. Die Überlebenschancen der so untergebrachten Kinder wurde von den Medizinern als sehr gering eingestuft. Hinzu kam die Diskussion um das Wesen der Amme, die Qualität ihrer Milch und die mögliche Übertragung ihrer

⁶⁷ Ebenda, S.175.

⁶⁸ Fischer, C.: Die Amme, S.42.

⁶⁹ Ende, Aurel: Zur Geschichte der Stillfeindlichkeit in Deutschland 1850-1978. In: Kindheit Heft 1/1979, S.203-214, hier S.205/206.

Kostplatz

f. neugeb. Kind ges., Nähe Münch.
Blutenburgstr. 63/0 1. Rckg.
142!490.

Wer nimmt

ein 7 Monate altes nettes, kräfti-
ges, gesundes Mädchen an Kin-
desstatt an? Briefe erb. u. M H 200
Leopold = postlagernd Schwab-
bing. 142!802.

Die besten Kinderkost- plätze

hier u. auf dem Lande sind nur im
Institut Rumfordstr. 30/2 lks. (b.
Frou Egger) kostenfrei z. haben.
Gegr. 1880 142!786.

Münchner Neueste Nachrichten,
Nr. 203, 1. 5. 1905.

Abb.1 Zeitungsannoncen, die die
Suche nach Kosteltern
dokumentieren



Abb.2 Werbekarte für Kindermehl,
um 1900

schlechten Charaktereigenschaften durch das Stillen⁷⁰. *"In der Regel war das Hinzuziehen einer Amme nur dann gerechtfertigt, wenn das Leben der Mutter oder des Säuglings oder aber der ungestörte Fortgang des geregelten Haushalts auf dem Spiel stand."*⁷¹ Bereits Mitte des 19. Jahrhunderts wurden erste chemische Zusätze entwickelt, die die Haltbarkeit von Kuhmilch verbessern sollten. Untersuchungen hatten gezeigt, daß die Milch vor allem im Sommer sehr schnell verdarb und auch die Säuglingssterblichkeit in dieser Zeit höher lag als in den kühleren Monaten. Ende des 19. Jahrhunderts entwickelte die Lebensmittelindustrie Muttermilch-surrogate und sogenannte Kindermehle (Abb.2)⁷². Allerdings waren diese vorerst nur in größeren Städten und zu einem relativ hohen Preis erhältlich⁷³. Seit 1890 ging die Säuglingssterblichkeit in Deutschland allmählich zurück, lag aber im europäischen Vergleich immer noch sehr hoch. Umfassende Untersuchungen über die Ursachen der Säuglingssterblichkeit wurden durch die seit 1901 vom Kaiserlichen Statistischen Amt erfaßten und nach Altersgruppen aufgegliederten Todesfälle im Deutschen Reich möglich. Es stellte sich heraus, daß zwischen 1901 und 1904 mehr als ein Drittel aller Sterbefälle Kinder im ersten Lebensjahr waren. 1903 starben in Deutschland von 100 Lebendgeborenen 20,4 Säuglinge innerhalb ihres ersten Jahres⁷⁴. In Norwegen waren es dagegen 7,9, in Dänemark 11,6 und in Frankreich 13,7⁷⁵. Dieser *"Verlust an Nationalvermögen"*⁷⁶, wie Mediziner und Politiker resümierten, erforderte dringend Maßnahmen des Säuglingsschutzes und der Säuglingsfürsorge. Alarmierend erschienen auch Untersuchungsergebnisse, die einen Zusammenhang zwischen hoher Säuglingssterblichkeit und geringer Militärtauglichkeit sahen und eine vermeintliche Gefährdung der Volkskraft und Wehrfähigkeit des Volkes beschworen. Die in diesem Zusammenhang geäußerte These, Säuglingssterblichkeit sei lediglich die Auslese der Schwächsten, hatte sich nicht durchsetzen können. Gegen Ende der 80er Jahre des 19. Jahrhunderts intensivierten ehrenamtliche Initiativen in verschiedenen deutschen Städten ihre

⁷⁰ Vgl. auch die Handlungslegitimation für Johann Storch bei "böser Milch" von Ammen auf S.14 dieser Arbeit.

⁷¹ Fischer, C.: Die Amme, S.115.

⁷² Diese bestanden meist aus einer Mischung von eingedickter Milch und verschiedenen Mehlen, deren Stärke durch chemische Prozesse löslich und so für Säuglinge verdaulicher gemacht wurde. Vgl. Zglinicki, Friedrich von: Geburt. Eine Kulturgeschichte in Bildern. Braunschweig 1983, S.254.

⁷³ Fischer, C.: Die Amme, S.31.

⁷⁴ Finck, Petra/Marliese Eckhof: Euer Körper gehört uns! Ärzte, Bevölkerungspolitik und Sexualmoral bis 1933. Hamburg 1987, S.65.

⁷⁵ Ebenda, S.65.

Bemühungen um die Einrichtung von Kinderkrankenhäusern. Ihre Arbeit wurde von führenden Reformern des öffentlichen Gesundheitswesens wie Rudolf Virchow unterstützt⁷⁷. So wurden in Berlin 1887 das Elisabeth-Kinder-Spital neu gebaut und 1890 das Kaiser-und-Kaiserin-Friedrich-Kinderkrankenhaus eröffnet⁷⁸. 1909 eröffnete das Kaiserin Auguste Victoria-Haus in Berlin-Charlottenburg. Hier wurde über die Ernährung und Pflege von Säuglingen und die Fürsorge für Mütter geforscht, Material über Säuglingssterblichkeit gesammelt und veröffentlicht und eigene Forschungsarbeiten publiziert. In dieser Zeit gründeten sich auch Fachzeitschriften, wie die "Zeitschrift für Säuglingsfürsorge", die sich ausschließlich dem Thema widmeten⁷⁹. Wissenschaftliche Untersuchungen kamen zu dem Ergebnis, daß vor allem die Ernährung der Säuglinge von großer Bedeutung für die Bekämpfung der Sterblichkeit war und so forderten Befürworter des Säuglingsschutzes Maßnahmen zu Förderung der natürlichen Ernährung durch Muttermilch. Als Ursachen für die Abnahme der Stilldauer im 20. Jahrhundert wurden in vielen Artikeln der "Zeitschrift für Säuglingsfürsorge" die ungenügende Zeit berufstätiger Frauen zum Stillen, die zunehmende Werbung für künstliche Nahrung und die unzureichende Ausbildung von Hebammen genannt⁸⁰. Daher forderten Mediziner, Politiker und weitere Befürworter des Säuglingsschutzes unter anderem eine Reform des Hebammenwesens, die Erweiterung der Mutterschutzbestimmungen⁸¹ und Stillprämien. Diese Forderungen konnten auf gesetzlicher Ebene allerdings nur in Teilen durchgesetzt werden. In den nächsten Jahren gab es eine Reihe von staatlichen und privaten Initiativen zur Senkung der Säuglingssterblichkeit. 1905 wurde der "Bund für Mutterschutz" gegründet. Seit 1909 fanden regelmäßig Kongresse für Säuglingsfürsorge statt und es wurden Verordnungen und Erlasse über die Ernährung und Pflege von Säuglingen verabschiedet⁸². 1911 gründete der Großindustrielle Karl August Lingner das Deutsche Hygiene-Museum in Dresden, in dem auch eine Sonderausstellung über Säuglingspflege zu sehen war. Er selbst initiierte zahlreiche Wanderausstellungen, in

⁷⁶ Ebenda.

⁷⁷ Weindling, P.: Die Entwicklung der Inneren Medizin, S.174.

⁷⁸ Ebenda.

⁷⁹ Finck, P./M. Eckhof: Euer Körper gehört uns, S.65.

⁸⁰ Ebenda, S.66.

⁸¹ Die Wochenbettunterstützung betrug seit 1903 sechs Wochen für Frauen, die im Zeitraum eines Jahres bis zur Entbindung mindestens sechs Monate krankenversichert waren. Vgl. Ebenda, S.69.

⁸² Ebenda, S.68.



Ich will
von der Mama
gestillt werden!

Fast das Original des Schweizerischen Postamt - Zincher
Illustrationen von Hansruedi Wyssman, Bernau

Abb.3

denen er unter anderem für das Selbststillen der Mütter plädierte⁸³. In den 20er Jahren gab das Hygiene-Museum eine Serie von fünf Plakaten heraus, auf denen verschiedene Gesichtspunkte der Säuglings- und Kinderpflege thematisiert wurden⁸⁴. Dazu gehört auch das 1925 veröffentlichte Plakat, das in der Abbildung 3 zu sehen ist⁸⁵. Als 1914 der Erste Weltkrieg begann, erhielten Mütter erstmals im Rahmen der Reichswochenhilfe eine finanzielle Unterstützung bei der Geburt und Stillprämien durch die Krankenkassen⁸⁶. Diese Regelungen galten allerdings zunächst nur für Frauen, deren Männer im Kriegsdienst standen oder die verstorben, verwundet, erkrankt, gefangen und über einen bestimmten Zeitraum versichert waren. Später erhielten auch ledige Mütter Wochenhilfe. Die Ernährung von Säuglingen durch private Ammen ging um die Jahrhundertwende zurück. Wurden in Berlin 1885 noch 2,7% aller Kinder unter einem Jahr mit Ammenmilch ernährt, so waren es 1900 nur noch 0,7%⁸⁷. In den Kliniken wurden weiterhin Ammen beschäftigt, die entweder die Kinder direkt an ihrer Brust ernährten oder wie im Kaiserin Auguste-Victoria Haus in Berlin erst ihr eigenes Kind stillten und dann die überschüssige Milch sammelten. Das Auguste-Victoria Haus fungierte darüber hinaus auch als Vermittlungsstelle für Privatammen und nahm für die Dauer der Anstellung das Kind der Amme auf. Diese Praxis kritisierte der Kinderarzt Dr. Schloßmann 1923:

"Ich bin übrigens im Laufe der Jahre dazu gekommen, die Vermittlung von Ammen immer mehr einzuschränken und willige jetzt in eine solche nur ein, wenn mit der Amme auch ihr Kind zum Weiterstillen mit ins Haus genommen wird. Andernfalls muß eben der der Frauenmilch bedürftige Säugling in die Klinik gebracht werden."⁸⁸

Die veränderten hygienischen Bedingungen und die immer wieder modifizierten Ersatznahrungen führten zu Beginn des 20. Jahrhunderts insgesamt zu einer verbesserten Ernährungslage der Säuglinge. Trotzdem suchten Wissenschaftler

⁸³ Zglinicki, F.v.: Geburt, S.252.

⁸⁴ Auskunft von Susanne Roefziger, Sammlungsleiterin des Hygiene-Museums Dresden vom 26.3.02.

⁸⁵ Die anderen Plakate tragen die Aufschriften "Täglich sieht St. Petrus mit Bedauern viele Flaschenkinder um ihr Leben trauern", "Körperpflege ist kein leerer Wahn", "Das Kind braucht Sonne-Luft-Wasser" und "Verboten ist jede Mundreinigung solange keine Zähne vorhanden sind". DHM o.S.

⁸⁶ RGBl. 1914 Nr.4561 (3.12.1914), S.492-494: Bekanntmachung betreffend Wochenhilfe während des Krieges.

⁸⁷ Neussel, Hans: Der Betrieb einer Frauenmilchsammelstelle (Im Vergleich zur Hilfe durch eine Nährmutter oder Amme). Düsseldorf 1964, S.5.

⁸⁸ Neussel, H.: Der Betrieb einer Frauenmilchsammelstelle, S.6.

weiterhin nach einem adäquaten Milchersatz, für den Fall, daß eine Mutter nicht stillen konnte und keine Amme zur Verfügung stand.

3. "Jeder Tropfen Frauenmilch ist kostbar!"⁸⁹ - Die Entwicklung der Frauenmilchsammelstellen in Deutschland im 20. Jahrhundert

3.1. Die Anfänge

Erste Versuche, Frauenmilch zu konservieren gab es schon zu Beginn des 20. Jahrhunderts in Deutschland und in anderen Ländern. 1907 befaßte sich Dr. Mayerhofer an der Kinderklinik der böhmischen Findelanstalt Prag mit der Sammlung und Nutzung überflüssiger Frauenmilch. In Zusammenarbeit mit Dr. Pribram führte er dann von 1909 bis 1914 an der Wiener Säuglingsabteilung des Franz-Joseph-Spitals eine "Centrale für Milchversorgung"⁹⁰. Hintergrund für ihre Versuche mit Vorratsmilch bildete eine zunehmende Ammennot und die dadurch gefährdete Ernährung von Neugeborenen, deren Mütter nicht stillen konnten. Die gesammelte Milch stammte vorwiegend aus Entbindungs- und Frauenkliniken und zu einem geringen Teil aus privaten Spenden von Frauen, die in einer dieser Kliniken entbunden hatten und für die Milchabgabe ein geringes Entgelt erhielten. Die Milch war allein für den Verbrauch und die klinische Erprobung in der Wiener Säuglingsabteilung bestimmt und wurde nicht an private Haushalte abgegeben oder nach außerhalb versandt. In medizinischen Kreisen gab es zustimmende und ablehnende Reaktionen auf die Frauenmilchzentrale. Dabei drehten sich die Diskussionen vor allem um die Möglichkeit und Art der Milchkonservierung⁹¹.

3.2. 1919 bis 1945

⁸⁹ Aufschrift eines Werbeplakates des Hygiene-Museums Dresden zur Frauenmilchspende von 1952. DHM 1995/815. Siehe Deckblatt der Arbeit.

⁹⁰ Wülfing, Karin: Frau Dr. Med. M.-E. Kayser und die Frauenmilchsammelstellen in Deutschland. Düsseldorf 1989, S.9.

⁹¹ Schmidt, Helmut: Die Geschichte und gesellschaftliche Bedeutung der Frauenmilch-Sammelstellen in Deutschland sowie ihres Erfurter Zentrums in den Jahren 1926 bis 1950. Leipzig 1983, S.13.

Am 19. Mai 1919 eröffnete die Kinderärztin Marie-Elise Kayser an der Magdeburger Säuglingsabteilung des örtlichen Krankenhauses die erste öffentliche Frauenmilchsammelstelle in Deutschland⁹². Das Ziel von Dr. Kayser war die Senkung der Säuglingssterblichkeit durch die Abgabe von gespendeter Frauenmilch an Mütter, die wenig oder gar nicht stillen konnten. Ihr Augenmerk lag dabei besonders auf Kindern, die in ländlichen Bezirken lebten und deren Mütter nicht täglich in Kinder- oder Säuglingskliniken Ammenmilch beziehen konnten. Außerdem gab es zu dieser Zeit in den Kliniken keinen größeren Bestand an Frauenmilch, der an Privatpersonen abgegeben werden konnte, denn die vorhandene Milch wurde innerhalb der medizinischen Anstalten verwendet. Von den Versuchen ihrer Kollegen in den Jahren zuvor hatte sie keine Kenntnis, wie sie 1936 in einem Brief an Prof. Mayerhofer betonte⁹³. Die Idee, eine Frauenmilchsammelstelle zu gründen, scheint in Marie-Elise Kayser nach und nach gewachsen zu sein. Als sie 1908/09 in Rom studierte wurde ihre Nichte krank und konnte nur durch die Milch einer italienischen Amme gerettet werden, wodurch sie nach eigenen Aussagen *"zum ersten Mal die immense Bedeutung der Frauenmilch klar zu erkennen begann"*⁹⁴. Seit 1915 arbeitete sie in der Magdeburger Säuglingsfürsorge und führte daneben eine Privatpraxis. Ihre Erfahrungen in den Hungerjahren des Ersten Weltkrieges, in denen auf der einen Seite überschüssige Milch weggeschüttet oder an Hunde verfüttert wurde und auf der anderen Seite Früh- und Neugeborene aus Mangel an geeigneter Nahrung starben, ließen die Einrichtung einer Frauenmilchsammelstelle immer konkreter werden⁹⁵. Sie selbst betonte, daß auch die Geburten ihrer Kinder 1915, 1917 und 1919 und der selbst erlebte Überfluß an Muttermilch Teil ihrer Motivation war. 1919 war sie dann die erste Spenderin in der von ihr gegründeten Sammelstelle⁹⁶. Nachdem Marie-Elise Kayser vom städtischen Wohlfahrtsamt und dem zuständigen Lebensmittelamt Unterstützung zugesagt bekam, setzte sie am 4. Juni 1919 eine Annonce in den "Magdeburger Generalanzeiger", in der sie um Spenderinnen warb. Darin verwies sie unter anderem darauf, daß Frauen für ihre gespendete Milch Lebensmittelzulagen erhalten würden⁹⁷. Die Reaktionen auf die

⁹² Ebenda, S.26.

⁹³ Ebenda, S.25/26.

⁹⁴ Ebenda, S.21.

⁹⁵ Wülfing, K.: Dr. med. Kayser, S.8.

⁹⁶ Schmidt, H.: Geschichte, S.26.

⁹⁷ Ebenda, S.23.

Anzeige fielen unterschiedlich aus. Es gab zahlreiche Anmeldungen von Frauen, aber auch negative Erwidern. So schrieb eine Frau an die Zeitung:

"Man fordert die ausgemergelten Frauen, die sich kaum selbst noch auf den Füßen halten können, auf zur Abgabe von überflüssiger Muttermilch!!! Ein Zeichen dafür, wie wenig man an der Stelle, von welcher die Aufforderung ausgeht, die Folgen der allgemeinen Unterernährung auch der werdenden Mütter zu kennen scheint. Marmelade und Stiefelschmiere erzeugen keine Muttermilch."⁹⁸

Marie-Elise Kayser erwiderte darauf:

"Die Aufforderung des Magistrats betreffs Ablieferung von 'überflüssiger' Frauenmilch - die viele Frauen auch trotz schlechter Ernährung haben - erfolgt auf Anraten und Erwägung von Fachärzten für Säuglings- und Frauenheilkunde."⁹⁹

Neben den Verhandlungen mit städtischen Behörden um Unterstützung ihres Vorhabens und der Werbung um Spenderinnen mußte sich Marie-Elise Kayser auch Gedanken um die Konservierung der Milch machen. Sie entschied sich für das Abkochen und Einwecken. Da sie sich nicht sicher war, ob die Ernährung von Säuglingen mit sterilisierter Milch über einen längeren Zeitraum schädlich sein könnte, konsultierte sie im November 1919 ihren ehemaligen Lehrer. Dieser antwortete:

"Ich bin jetzt auch der Meinung, daß die Benachteiligung durch das Kochen keine große sein kann. Sie ganz zu leugnen, liegt jedoch kein Anlaß vor, da sie...eventuell unter der Schwelle der klinischen Wahrnehmbarkeit gelegen ist'. Ein paar Wochen andauernde klinische Beobachtung ist eben eine recht rohe Methode. Indeß, wenn Sie nur die praktische Seite der Frage interessiert, können Sie ruhig durch 4 Wochen (länger nicht) abgekochte oder eingeweckte FM verabreichen."¹⁰⁰

Die Magdeburger FMS existierte zunächst nur vier Jahre und mußte, bedingt durch die Inflation, 1922 schließen. 1925 wagte Marie-Elise Kayser einen erneuten Versuch an der Landesfrauenklinik Erfurt, die ihr Mann Dr. Konrad Kayser leitete¹⁰¹. Die Anbindung von Frauenmilchsammelstellen an Frauenkliniken, Säuglingsabteilungen, Entbindungsanstalten oder Kinderkliniken hielt Frau Dr. Kayser für

⁹⁸ Wülfing, K.: Dr. med. Kayser, S.17.

⁹⁹ Schmidt, H.: Geschichte, S.24.

¹⁰⁰ Ebenda, S.25.

¹⁰¹ In der Literatur wird meist 1926 als Eröffnungsdatum der Erfurter FMS angegeben. Sie selbst nennt 1925 als Beginn der Tätigkeit. Möglicherweise begannen in diesem Jahr die organisatorischen Vorbereitungen. Vgl. Kayser, Marie-Elise: Frauenmilchsammelstellen. Ein Leitfadens für deren Einrichtung und Betrieb. Jena 1940, S.4.

wichtig, denn sie waren Einrichtungen, "die naturgemäß auf das Stillen bedacht waren und Muttermilch benötigten"¹⁰². Hinzu kam, daß hier am effektivsten für Milchspenden geworben werden konnte, da die Frauen und Kinder an einem Ort konzentriert waren und dort meist über mehrere Tage oder Wochen blieben. Aufgrund ihrer Erfahrungen mit der Magdeburger Sammelstelle wußte Frau Dr. Kayser, daß Presseveröffentlichungen nicht den gewünschten Erfolg brachten. Daher bemühte sie sich schon seit 1919 um die Unterstützung durch Ärzte/innen, Hebammen und Fürsorgerinnen. Da sich FMS als soziale Einrichtungen ihrer Meinung nach aus eigenen Mitteln erhalten sollten, ohne ein eigenständiges Unternehmen zu werden, war die Angliederung an öffentliche medizinische Einrichtungen auch aus diesem Grund wichtig. So konnte eine Sammelstelle vorhandene Räumlichkeiten nutzen und Angestellte der Klinik in die Arbeit einbeziehen, ohne eigene Personalkosten zu tragen. Das betraf auch deren Leitung:

"Unbedingt erforderlich ist...ein Arzt, der gründlich ausgebildet ist in allen Belangen der F.M.S., handele es sich um die Untersuchung der Spenderinnen und ihrer Kinder oder um die Verarbeitung der Milch und ihrer Untersuchungsmethoden. Am einfachsten wird auch diese ärztliche Überwachungsfrage an Anstalten gelöst werden können, wo dieses Amt einer der Assistenten mit übernimmt."¹⁰³

Die Arbeitsweise der Erfurter Sammelstelle ähnelte der in Magdeburg. Die Methode der Milchkonservierung wurde ab 1927 durch ein Verfahren ergänzt, daß die Herstellung von Milchtrockenpulver ermöglichte. Zum einen konnte damit die Vorratshaltung und der Versand nach außerhalb optimiert werden. Zum anderen wurde die Ernährung von Säuglingen erleichtert, die zum Beispiel auf langen Reisen mitgenommen werden mußten. Allerdings war die Herstellung des Pulvers aufwendiger und teurer als die Konservierung durch Sterilisation. Die Erprobung der Wirksamkeit des Trockenmilchpulvers fand an der Universitäts-Kinderklinik Heidelberg und drei weiteren Kinderkliniken an erkrankten Säuglingen statt. 1930 wurden die Versuche aus Geldmangel beendet, die Produktion in Erfurt aber bis 1939 weitergeführt¹⁰⁴. Die Bezahlung der Spenderinnen veränderte sich im Laufe der Zeit. In den ersten Jahren der Erfurter Sammelstelle erhielten die Frauen 5 RM pro

¹⁰² Wülfing, K.: Dr. med. Kayser, S.15.

¹⁰³ Kayser, M.-E.: Leitfaden, S.14.

¹⁰⁴ Schmidt, H.: Geschichte, S.63.

Erfurt, am.....1939.

Frau

Wohnung

stillt ihr Kind selbst und gibt außerdem
Milch für die Frauenmilchsammelstelle ab.

Ich bitte ihr zusätzlich:

Butter	125 g	wöchentlich
Nährmittel	250 „	„
Malzkaffee	250 „	„
Milch	500 „	täglich

für die Dauer von 2 Wochen bewilligen zu
wollen.

Abb.4 Antrag auf Zusatzmarken
für Lebensmittel



Abb.5

Liter. Im Gegensatz dazu kostete 1930 der Liter Kuhmilch im Handel 0,34 RM¹⁰⁵. Ein so hoher Preis konnte nur gezahlt werden, weil die Betriebskosten sehr gering waren. Ende der 30er Jahre wurde die Milch für 2 bis 2,50 RM pro Liter angekauft. Das war das Zehnfache des Preises für einen Liter Kuhmilch zu dieser Zeit, aber nur die Hälfte von dem, was die Erfurter Sammelstelle in den Anfangsjahren gezahlt hatte¹⁰⁶. Mit Beginn des Krieges erhielten die Spenderinnen, abhängig von der Menge der abgegebenen Milch, zusätzliche Lebensmittelrationen (Abb.4). Diese Zulagen blieben während des Krieges nicht gleich und mußten durch Frau Dr. Kayser mit den zuständigen Behörden immer wieder neu ausgehandelt werden. Für Frauen, die ihre Milch unentgeltlich der Sammelstelle zur Verfügung stellten, gab es seit 1927 handsignierte Plakate von Käthe Kollwitz. Schon 1921 hatte sich Marie-Elise Kayser an diese mit der Bitte gewandt, ein Werbeplakat für ihre Frauenmilchsammelstelle in Magdeburg zu entwerfen. Realisiert wurde die Idee allerdings erst Ende 1926 für die Erfurter Einrichtung (Abb.5). Dr. Kayser bemühte sich darüber hinaus auch um eine ideelle Anerkennung der unentgeltlichen Spenderinnen durch das Preußische Ministerium für Volkswohlfahrt, den Magistrat der Stadt Erfurt und das Stadtgesundheitsamt Erfurt. Allerdings ohne Erfolg. Seit 1934 erhielten diese Frauen als Dank eine ca. 10 cm hohe Porzellanfigur, die eine stillende Frau darstellte (Abb.6). Möglicherweise wurde die Skulptur als Ersatz für die Plakate von Käthe Kollwitz eingeführt, deren Werke später in Deutschland verboten waren. Abnehmer der Milch waren Säuglings- und Kinderheime, sowie Privatpersonen, die durch ein ärztliches Rezept ihren Bedarf an Frauenmilch nachweisen mußten. In den mir vorliegenden Quellen wird die Notwendigkeit einer medizinischen Verordnung 1936 das erste Mal für Erfurt erwähnt¹⁰⁷. Krankenhäuser, Krankenkassen und Wohlfahrtsämter zahlten gegen Ende der 30er Jahre im Durchschnitt 4.50 RM pro Liter. Im Verkauf wurde für Selbstzahler, je nach wirtschaftlicher Lage, für einen Liter bis zu 10 RM berechnet, später bis zu 8 RM¹⁰⁸. Um auch Müttern, die nur wenig Geld hatten, Frauenmilch zur Verfügung stellen zu können, wandte sich Marie-Elise Kayser in den ersten Jahren der Erfurter

¹⁰⁵ Schoedel, Johannes: Erfahrungen mit kohlehydratangereicherter Vollmilch nach Bessau. In: Monatsschrift für Kinderheilkunde, Band 49 (1931), S.17-23, hier S.22.

¹⁰⁶ Kayser, M.-E.: Leitfaden, S.58; Richtlinien der RAG für die Einrichtung und den Betrieb einer Frauenmilchsammelstelle. In: Der Öffentliche Gesundheitsdienst, 5. Jg. (1939/40), Teilausgabe B, S. 281-287, hier S.284.

¹⁰⁷ Schmidt, H.: Geschichte, S.74.

¹⁰⁸ Kayser, M.-E.: Leitfaden, S.3-11.



Abb.6

Aufstellung der Einnahmen und Ausgaben an Frauenmilch sowie der Spenderinnen für die Jahre 1926 bis 1932.

Jahr	Einnahme in L	Ausgabe in L	davon nach aus- wärts Vers.	= %	Zahl der Spende- rinnen	davon spendeten	
						zum 2. Male	zum 3. Male
1926	230	227	-	-	-	-	-
1927	2130	1959	300	15,3	45	-	-
1928	1970	2001	450	22,5	61	-	-
1929	2230	2108	950	45,1	73	1	-
1930	3410	3350	1000	29,9	70	1	-
1931	3190	2976	800	26,9	46	1	-
1932	2560	2387	610	25,6	45	2	1 167)
	15720	15008	4110	27,4	340	5	1

Abb.7

Sammelstelle an die Krankenkassen. Sie plädierte für die Anerkennung von Frauenmilch als Arzneimittel und für die Übernahme der damit verbundenen Kosten. Die Uneinheitlichkeit und Zersplitterung des Krankenkassensystems der Weimarer Republik ließ daraus einen langjährigen Prozeß werden. Die Zulassung als Heilmittel mußte in jeder Stadt und bei jeder einzelnen Kasse gesondert beantragt werden. Hinzu kam, daß vor Einführung der Familienversicherung 1930 Frauen und Kinder meist nicht in die Versicherung der Ehemänner und Väter einbezogen waren. 1927 übernahmen zunächst einzelne Kassen die Kosten für Frauenmilch, aber bis 1934 existierte noch keine einheitliche Regelung¹⁰⁹. In Hamburg gehörte 1935 die "Gewährung von Frauenmilch" in den Zuständigkeitsbereich der Oberfürsorgerin der städtischen Wohlfahrtsstelle¹¹⁰. Dieser Hinweis in den Akten des Hamburger Staatsarchivs könnte bedeuten, daß in Hamburg und vielleicht auch anderen Städten der Bezug von Frauenmilch durch Bedürftige vor einer einheitlichen Kassenregelung von der Sozialbehörde übernommen wurde. Abbildung 7 zeigt, wieviel Milch zwischen 1926 und 1932 jährlich in Erfurt umgesetzt wurde. Wie aus der Tabelle hervorgeht, erhöhten sich die Einnahmen und Ausgaben zwischen 1926 und 1930. Der Rückgang in den folgenden zwei Jahren waren Nachwirkungen der Weltwirtschaftskrise¹¹¹. Durch die angespannte wirtschaftliche Situation, die sich von 1929 bis 1931 hinzog, wurden auch die sozialen Leistungen durch Staat und Krankenkassen eingeschränkt und die Ausgaben für Frauenmilch reduziert. Für viele Frauen stellte die Abgabe von Milch in dieser Zeit vermutlich eine zusätzliche Einnahmequelle dar. Die Sammelstelle beschränkte allerdings die Annahme, um nicht zuviel Vorrat zu haben. Offensichtlich war aber trotzdem soviel vorhanden, daß diese 1932 in einer Fachzeitschrift für Hebammen konservierte Milch "in beliebigen Mengen" anbot¹¹². Die steigende Nachfrage nach Frauenmilch und die Überzeugung von Marie-Elise Kayser über deren medizinische Notwendigkeit veranlaßten sie, sich für weitere Gründungen von Sammelstellen einzusetzen. So wandte sie sich am 28. Juni 1928 an den Preußischen Minister für Volkswohlfahrt in Berlin:

¹⁰⁹ Schmidt, H.: Geschichte, S.50.

¹¹⁰ Monatsberichte der Leitung des Fürsorgerinnendienstes 1935-43, hier Kurzbericht für den Monat April 1935. In: Staatsarchiv Hamburg, Sozialbehörde I, VG 42.30, Familienfürsorge.

¹¹¹ Jahresbericht der Frauenmilchsammelstelle - Geschäftsjahr 1931/32. In: Schmidt, H.: Geschichte, S.52/53.

¹¹² Ebenda, S.53.

"Wäre es möglich, daß von Seiten der Regierung aus eine Schaffung und Angliederung derartiger Sammelstellen an sämtliche Landesfrauenkliniken Preußens angeordnet würde (die Frauenkliniken sind die geeignetsten Anstalten, um derartige Einrichtungen ins Leben zu rufen). Es würde sich daraus ergeben, daß dem Staate eine sozial-hygienische Einrichtung von großem Wert entstünde, die außerdem den Vorteil besitzt, dem Staate keine Mehrkosten zu verursachen, sondern sich aus sich selbst erhält."¹¹³

Dieser Antrag blieb jedoch unbeantwortet, weitere Bemühungen gegenüber staatlichen Institutionen hatten in Preußen auch in den nächsten Jahren keinen Erfolg. Dr. Kayser gab trotzdem nicht auf und veröffentlichte zahlreiche Artikel und regelmäßige Bilanzen ihrer Arbeit in medizinischen Zeitschriften, um in Fachkreisen für die Notwendigkeit weiterer Sammelstellen zu plädieren. Außerdem präsentierte sie ihre Arbeit auch im Rahmen verschiedener Gesundheitsausstellungen in Dresden und Berlin¹¹⁴. Bis 1934 blieb die Erfurter Sammelstelle zunächst die einzige in Deutschland. In den darauffolgenden zwei Jahren wurden dann sechs neue Einrichtungen eröffnet¹¹⁵. Die Arbeit von Frau Dr. Kayser wurde unter anderem von Dr. Tießler, dem 1. Landesrat des Provinzialverbandes Sachsen, unterstützt. Durch sein Engagement erhielt Marie-Elise Kayser 1934 und 1936 je eintausend Reichsmark, um für neue Sammelstellen zu werben¹¹⁶. 1936 schrieb Dr. Tießler rückblickend:

"Als der Nationalsozialismus im Jahre 1933 die praktische Lösung des bevölkerungspolitischen Problems in Angriff nahm, da konnten die zuständigen Stellen an einer Einrichtung nicht vorübergehen, die zwar schon seit Jahren in kleinem Rahmen Segensreiches geleistet hatte, deren Bestehen und Wirken aber weiten Kreisen noch unbekannt war: den Frauenmilchsammelstellen."¹¹⁷

1936 übernahm die "Reichsarbeitsgemeinschaft für Mutter und Kind" (RAG), die dem "Reichsausschuß für Volksgesundheitsdienst" angehörte, die Kontrolle der bestehenden Frauenmilchsammelstellen¹¹⁸. Der Leiter der RAG Dr. Conti begründete dies 1938 in der Zeitschrift "Medizinische Klinik" folgendermaßen:

"Die Reichsarbeitsgemeinschaft für Mutter und Kind ist sich darüber klar, daß die F.M.Sammelstellen in ihrer Entwicklung als neues Gebiet nicht dem freien Spiel der Kräfte überlassen werden können. Aus diesem Grund erfüllt sie die vom

¹¹³ Ebenda, S.51.

¹¹⁴ Ebenda, S.54/55 und 98.

¹¹⁵ Ebenda, S.194. Hier fehlt allerdings die 1936 neu eröffnete Magdeburger Sammelstelle. Vgl. Kayser, M.-E.: Leitfaden, S.7.

¹¹⁶ Schmidt, H.: Geschichte, S.81.

¹¹⁷ Ebenda, S.72.

¹¹⁸ Ebenda, S.85/86.

*Reichs- und Preußischen Ministerium des Innern ihr übertragene Aufgabe der ständigen kritischen Beobachtung und Überwachung.*¹¹⁹

Der RAG stand Frau Dr. Kayser in den nächsten Jahren beratend zur Seite und verfaßte in ihrem Auftrag Gutachten über andere FMS. Obwohl die Reichsarbeitsgemeinschaft die Frauenmilchsammelstellen in ihren Zuständigkeitsbereich übernahm, ging die Initiative zu Neugründungen weiterhin von den jeweiligen örtlichen Gesundheitseinrichtungen aus. Die Verabreichung von gespendeter Frauenmilch wurde allerdings nicht von allen Medizinerinnen begrüßt. Dabei ging es in den Diskussionen nicht um die grundsätzliche Ablehnung von Frauenmilch, sondern in erster Linie um das Für und Wider der Säuglingsernährung mit roher oder sterilisierter Milch und deren Wert als Heilnahrung. Einer der vehementesten Gegner war Dr. Werner Catel, Arzt an der Universitäts-Kinderklinik Leipzig. Bis 1927 hielt er die Sterilisation von Frauenmilch für wichtig, denn seiner Erfahrung nach traten Magen- und Darmerkrankungen bei Säuglingen vor allem durch die Verfütterung von roher, mit Bakterien besiedelter Milch auf. Ein Jahr später wandte er sich dann gegen die Methode der Sterilisation, da *"die so vorbehandelte Milch bei der Aufzucht frühgeborener Kinder in Bezug auf die durchschnittliche tägliche Gewichtszunahme und die Sterblichkeit zweifellos der genuinen Frauenmilch unterlegen ist."*¹²⁰ Um die Unterschiede in der Ernährung mit roher und abgekochter Frauenmilch festzustellen, wurden zahlreiche Ernährungsversuche, unter anderem auch an Zwillingen durchgeführt. So veröffentlichte der Züricher Kinderarzt Bernheim-Karrer 1929 seine "Ernährungsstudien an eineiigen Zwillingen" in der "Zeitschrift für Kinderheilkunde", die Marie-Elise Kayser 1930 den Ergebnissen von Catel gegenüber stellte¹²¹. Sie selbst testete in Erfurt auch die Wirkung von roher und gekochter Milch an Frühgeborenen¹²². Fazit der Untersuchungen war, daß rohe Milch nur geringfügige Überlegenheit gegenüber sterilisierter zeigte, auf keinen Fall aber schädigend wirken würde. Die Diskussion erreichte ihren Höhepunkt, als Dr. Catel 1935 die Auflösung der bestehenden Sammelstellen und das Verbot von Neugründungen beim Reichsgesundheitsamt beantragte. Sein Antrag wurde noch im selben Jahr abgelehnt. Statt dessen sollten seine Untersuchungsergebnisse an anderen Kliniken

¹¹⁹ Conti, Leonardo: Zur Frage der Frauenmilchsammelstellen. In: Medizinische Klinik, 34. Jahrgang (1938), S. 183/184, hier S. 184.

¹²⁰ Schmidt, H.: Geschichte, S. 60.

¹²¹ Ebenda, S. 61.

geprüft werden. In zahlreichen wissenschaftlichen Beiträgen wiesen Befürworter/innen in den folgenden Jahren die positive Wirkung von behandelter Milch nach und monierten unter anderem, daß Catel's Erkenntnisse auf Laboruntersuchungen und fehlerhaften Versuchsanordnungen von Kollegen basierten. Auch Dr. Conti äußerte, beeinflusst durch die schon jahrelang geführte Diskussion, Bedenken gegen die Sterilisationsmethode. Daher wurde bei der Übernahme der Frauenmilchsammelstellen in den Zuständigkeitsbereich der RAG als erstes die Art der Sterilisierung von Frauenmilch und die Dauer ihrer Aufbewahrung in der Erfurter Einrichtung begutachtet. Im Ergebnis befürwortete die RAG deren Arbeit und entschied sich für die ideelle Unterstützung und Förderung der Frauenmilchsammelstellen, da sie ihrer Meinung nach ein wichtiger Faktor in der Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit seien. Die Auseinandersetzungen zwischen Dr. Catel und Dr. Kayser verloren erst durch persönliche Aussprachen und ein berufsgerichtliches Verfahren Marie-Elise Kaysers gegen sich selbst, ab 1939 an Schärfe¹²³. Neben der Diskussion um einen Sterilisationsschaden gab es noch weitere Einwände gegen Frauenmilchsammelstellen. Pfothner, der Rezensent eines Beitrages über die Notwendigkeit von FMS schrieb 1936:

"Wenn Verfasser zum Schluss den alten Satz der so erfolgreichen Stillpropaganda 'Jede Frau kann stillen' einschränken möchte, so dürfen wir bei allen therapeutischen und ausgleichenden Maßnahmen nicht vergessen, dass sie über eine physiologische Grenze hinaus eine Verhinderung der natürlichen Auslese darstellen. Man wird daher gut tun, für die Abgabe von Frauenmilch aus den Sammelstellen eine ärztliche Indikation zu verlangen."¹²⁴

Diese Forderung könnte darauf hindeuten, daß es noch keine allgemeingültige Praxis war, Frauenmilch aufgrund eines ärztlichen Rezeptes abzugeben. Pfothner ist mit seinem Beitrag Teil des Diskurses über positive und negative Auslese von Menschen, der seit dem 19. Jahrhundert nicht nur in Deutschland geführt wurde. Wie breit die Diskussion um das Überleben von Schwachen und Kranken im Rahmen der Frauenmilchsammelstellen geführt wurde, ist unklar. Da diese Institutionen sich auch um die Senkung der Sterblichkeit von kranken Früh-

¹²² Kayser, Marie-Elise: Parallelversuche mit roher und sterilisierter Frauenmilch an Frühgeburten. In: Monatsschrift für Kinderheilkunde, Band 51 (1932), S.199-204.

¹²³ Catel hatte sie beschuldigt, bewußt falsche Behauptungen aufzustellen, um seine Arbeitsweise zu diskreditieren. In dem von ihr daraufhin eingeleiteten berufsgerichtlichen Verfahren 1938 sprach das Gericht sie von diesem Vorwurf frei. Vgl. Schmidt, H.: Geschichte, S.94/95.

¹²⁴ Pfothner. Rezension über den Beitrag: Wozu Frauenmilchsammelstellen? Von Dr. Paul Feldweg. In: Der Öffentliche Gesundheitsdienst 2. Jg. (1936/37), Teilausgabe B, S.694.

und Neugeborenen bemühten, hätten Gegner/innen hier durchaus Argumente gefunden. Demgegenüber stand aber auch eine Bevölkerungspolitik, die um eine Steigerung der Geburtenrate bemüht war und daher die Senkung der Säuglingssterblichkeit begrüßte. Die Auseinandersetzung mit *Rassenfragen*¹²⁵ ging allerdings nicht an den FMS vorüber. 1936 fragte eine Ärztin aus Lüdenscheid Frau Dr. Kayser, ob bei der Abgabe von Frauenmilch die Rasse des Kindes von Bedeutung sei. Woraufhin diese antwortete, daß nach der Rasse des Kindes nicht gefragt würde. Wichtiger sei ein ärztliches Rezept, das die Lebensgefahr des Kindes attestieren würde¹²⁶. Anders reagierte Marie-Elise Kayser auf die Frage nach jüdischen Spenderinnen. Im Mai 1937 erhielt sie einen Brief von der ärztlichen Leiterin der FMS Pforzheim:

"Wir haben 2 nichtarische Lieferantinnen, und wir sind schon oft von neugierigen Leuten befragt worden, was mit dieser Milch geschehe? Wir haben die Milch gesondert gestellt, und haben bis jetzt davon nur an eine Französin abgegeben. Inzwischen fängt die Partei bereits an, sich mit der Sache zu befassen. Unser hiesiger Ärzteführer warnt uns vor dem 'Stürmer'. Was tun? Die Nürnberger Gesetze lassen uns in diesem Punkt im Stich. Kolonialdeutsche wurden oft genug von Schwarzen gestillt. Jüdische Milch ist ohne Zweifel bei Ernährungsstörungen bekömmlicher als Kuhmilch. Aus diesem Grunde konnte ich mich nicht entschließen, den Lieferantinnen abzusagen."¹²⁷

Marie-Elise Kayser antwortete:

"Ich würde unter keinen Umständen bewußt die Milch von Jüdinnen für die Sammelstelle verwenden. Ich weiß, daß auch in Berlin bereits über diese theoretische Frage diskutiert wurde, obwohl die Ansicht sich mit der Ihren deckt, ist es für die Sache der F.M.S. an sich unbedingt besser, Ausschluß der Juden für die Belieferung zu fordern."¹²⁸

Die beiden Frauen vertraten hier anscheinend keinen eindeutigen menschlichen oder medizinischen, aber einen zeitgemäßen Standpunkt. Um keine eigene Entscheidung treffen zu müssen, suchte die Pforzheimer Ärztin nach einer gesetzlichen Regelung und monierte, daß die Nürnberger Gesetze für diesen Fall keine Lösung boten. Trotzdem separierte sie die Milch der "nichtarischen

¹²⁵ Diese Terminologie entstand nicht erst in der Zeit des Nationalsozialismus, wurde aber später von den Nationalsozialisten übernommen und erweitert, die Worte in ihrer Wertung verändert und zu Propagandazwecken eingesetzt. Um die Worte zu kennzeichnen und mich gleichzeitig von ihnen zu distanzieren, habe ich sie kursiv geschrieben. Sie unterscheiden sich von Zitaten durch fehlende Anführungsstriche.

¹²⁶ Schmidt, H.: Geschichte, S.74.

¹²⁷ Ebenda.

¹²⁸ Ebenda.

Lieferantinnen", die sich erst im Kontext als Jüdinnen herausstellen, und gab sie "nur an eine Französin" ab. Demzufolge existierte in ihrem Denken eine menschliche Hierarchie, in der französische und jüdische Frauen unter den deutschen Frauen standen. Auch ihr Vergleich mit Kolonialdeutschen, die von Schwarzen gestillt wurden, läßt vermuten, daß sie jüdische Frauen als einer *Rasse* zugehörig einstufte, deren Milch sie allerdings der Kuhmilch bevorzugte. Eine Lösung erwartete sie sich von Dr. Kayser. Die wiederum argumentierte, daß "es für die Sache der F.M.S." besser sei, Jüdinnen nicht spenden zu lassen und regte den "Ausschluß der Juden" an. Sie wandte sich gegen jüdische Spenderinnen, um eine staatliche Anerkennung der Frauenmilchsammelstellen nicht zu gefährden. Ob sie sich für ein entsprechendes Verbot eingesetzt hat, konnte ich nicht in Erfahrung bringen. Meines Wissens gab es keine entsprechenden offiziellen Regelungen für die Sammelstellen. Auch die 1939 erlassenen Richtlinien der RAG für die Einrichtung und Arbeit der FMS enthalten keinen Hinweis darauf, aber spätestens mit dem Ausschluß der jüdischen Menschen aus allen Bereichen des öffentlichen Lebens wurde die Diskussion darüber überflüssig. Obwohl in der nationalsozialistischen *Rassenideologie* Blut als der Stoff angesehen wurde, über den physische und charakterliche Merkmale übertragen wurden, existiert in dem zitierten Briefwechsel unterschwellig die Annahme, daß dieser Vorgang auch durch Milch möglich sein könnte¹²⁹. Schon in der Antike ging man davon aus, daß mit der Milch auch Charaktereigenschaften übertragen werden und daher bei der Wahl einer Amme deren moralische Eigenschaften von großer Bedeutung seien. Diese Vorstellung basierte auf einem Modell, in dem die menschlichen Körperflüssigkeiten in einem ökonomischen Gleichgewicht zueinander stehen mußten. Ein Ungleichgewicht löste demzufolge Krankheiten aus. Um eine ausgewogene Körperökonomie zu erhalten, konnten sich Flüssigkeiten auch umwandeln. Menstruationsblut wurde beispielsweise als ein Zuviel oder ein Rest an Nahrung angesehen, der monatlich ausgeschieden werden mußte oder sich bei Stillenden in Milch verwandelte. Isidor von Sevilla, der Verfasser einer Enzyklopädie im 7. Jahrhundert schrieb: *"Nach der Geburt...fließt alles Blut, das nicht zur Ernährung der Gebärmutter verbraucht worden ist, auf natürlichen Wegen zu den Brüsten, und indem es vermöge ihrer weiß*

¹²⁹ Diese Idee schwingt auch in dem noch heute gebräuchlichen Ausspruch mit, jemand habe sein Talent schon mit der Muttermilch erhalten.

wird..., erhält es die Eigenschaft von Milch."¹³⁰. Dieser Umwandlungsprozeß machte es nach damaligen Vorstellungen möglich, Charaktereigenschaften auch über die Milch zu übertragen. Erst durch die Entwicklung der Ernährungswissenschaften gab es Mitte des 19. Jahrhunderts erste Erkenntnisse über die Zusammensetzung der Milch. Infolge dessen wurde sie zunehmend nach Nährstoffgehalt beurteilt und als Lebensmittel betrachtet. Trotzdem wiesen Verfasser von Erziehungsratgebern auch weiterhin auf die Bedeutung der Persönlichkeit einer Amme hin. Ihrer Meinung zufolge konnten starke Leidenschaften und schlechte Handlungen die Milch verderben¹³¹. Marie-Elise Kayser scheint schon früher Anfragen in Bezug auf die Übertragung von Charaktereigenschaften durch Milch erhalten zu haben, denn 1928 schrieb sie in der Zeitschrift des Thüringer Frauenvereins "Rotes Kreuz": *"Hat ein Kind je nach längerem Genuß von Kuhmilch Kuhcharaktereigenschaften angenommen?"*¹³². Obwohl sie also nicht an die Übertragung von charakterlichen oder körperlichen Eigenschaften durch Milch glaubte, stand 1937 die staatliche Anerkennung ihrer Einrichtung über ihren medizinischen Überzeugungen. Eine andere Gegnerin der Sammlung von Frauenmilch war die Kinderärztin Dr. Johanna Haarer. Während andere Mediziner/innen die Arbeit der FMS als Motivationsfaktor zum Stillen ansahen, vertrat sie die Meinung, daß Frauenmilchsammelstellen als Anti-Stillpropaganda wirken würden. Sie befürchtete, begüterte Mütter könnten statt zu stillen, ihre Kinder mit käuflich erworbener Frauenmilch ernähren. Außerdem argumentierte Dr. Haarer, daß die Praxis der Sammelstellen eine erneute Verquickung des Stillgedankens mit geldlichen Vorteilen bringen könnte und verwies auf das seit 1914 gezahlte Stillgeld:

*"Das Stillgeld, eine an sich höchst wünschenswerte Einrichtung für alle wirtschaftlich ungünstig gestellten Mütter, hat dazu geführt, daß viele Frauen nur so lange stillen, als sie dafür 'bezahlt' werden und zu stillen aufhören, sobald die Kasse das Stillgeld nicht mehr zahlt."*¹³³.

Sie befürchtete, daß Mütter ihre Milch an die Sammelstelle verkaufen und ihre Kinder mit der bedeutend billigeren Kuhmilch ernähren könnten und beschwor die

¹³⁰ Laqueur, Thomas: Auf den Leib geschrieben. Die Inszenierung der Geschlechter von der Antike bis Freud. München 1996, S.50.

¹³¹ Fischer, C.: Die Amme, S.78-81.

¹³² Wülfing, K.: Dr. med. Kayser, S.15.

¹³³ Haarer, Johanna: Ist die Neueinrichtung von Frauenmilchsammelstellen nach Erfurter Muster ohne Einschränkung wünschenswert? In: Münchener Medizinische Wochenschrift Nr.37 (10.9.1937), S.1460-1462, hier S.1461.

Deutschland wächst aus starken Müttern und gesunden Kindern



Abb.8 Plakat des Hilfswerks Mutter und Kind
der NSV, um 1940

Gefahr eines Auflebens des früheren Ammenwesens. Ein weiterer Aspekt, der ihrer Meinung nach gegen das Sammeln von Milch in großem Umfang sprach, sei die körperliche Überbeanspruchung stillender Frauen. Anstelle von FMS schlug sie Vermittlungsstellen vor, in denen für Säuglinge mit lebensbedrohlichen Krankheiten nur die unbedingt notwendige Menge an Frauenmilch vorhanden sein sollte. Außerdem müßte ihrer Meinung nach

*"der Kontakt zwischen der Milchspenderin und der Mutter des milchempfangenden Kindes in irgendeiner Form hergestellt und gewahrt bleiben als Ausdruck sichtbarer Kameradschaft zwischen den Müttern. Frauenmilch aber nach Art und Weise eines gewöhnlichen Molkereibetriebes zu sammeln und zu vertreiben, die Hilfe, die eine Mutter dem in Not befindlichen Kinde einer anderen Mutter angedeihen lässt, radikal zu entpersönlichen, das muss dem Gefühl jeder Mutter zuwiderlaufen. Frauenmilch ist keine Ware, sondern kann trotz geldlicher Entschädigung nur ein Geschenk von Mutter zu Mutter sein."*¹³⁴

Allen Debatten zum Trotz gründeten sich auf Initiative und den Empfehlungen von Dr. Kayser folgend weitere Sammelstellen. Die damalige Bedeutung der FMS faßte der Autor einer medizinischen Dissertation in dem Satz zusammen: *"Vergeudete Frauenmilch ist verschleuderte Volksgesundheit."*¹³⁵ 1938 plädierten einzelne Ärztinnen dafür, Frauenmilch nicht nur als Heilnahrung für kranke Kinder zu betrachten, sondern auch vorbeugend ungestillten Säuglingen zur Verfügung zu stellen¹³⁶. In Deutschland existierten Ende 1938 zwölf Einrichtungen, die zum größten Teil an Frauen- oder Kinderkliniken angeschlossen waren¹³⁷. Später übernahm auch die 1933 gegründete Nationalsozialistische Volkswohlfahrt (NSV) in einigen Städten die Trägerschaft. Die Unterstützung durch die NSV war naheliegend, denn deren Schwerpunkt lag auf der Gesundheitsfürsorge im Rahmen der Bevölkerungspolitik. Die im Zuge der Aufklärung entstandene Idee, eine Vielzahl von gesunden Untertanen sei der Garant für das Überleben eines Staates, wurde im Nationalsozialismus vehementer denn je verfolgt. Ein Schulbuch über den Nationalsozialismus von 1937 sah vor allem Mutter und Kind als *"Unterpfand für die Unsterblichkeit des Staates"*¹³⁸. 1939 wurden acht neue FMS eröffnet. Darunter auch

¹³⁴ Ebenda.

¹³⁵ Heidrich, Richard: Ein Beitrag zum Problem der Frauenmilchsammelstellen (dargelegt an der Bewegung der überschüssigen Milchsekretion an der Frauenmilchsammelstelle Würzburg vom Juli 1940 bis März 1944). Jena 1946, S.11.

¹³⁶ Wülfing, K.: Dr. med. Kayser, S.55/56.

¹³⁷ Schmidt, H.: Geschichte, S.194.

¹³⁸ Kammer, Hilde/Elisabet Bartsch: Nationalsozialismus. Begriffe aus der Zeit der Gewaltherrschaft 1933-1945. Reinbek bei Hamburg 1992, S.144 und Anmerkung 603.

einige in den seit 1938 an Deutschland angegliederten Gebieten Ostmark und Sudetenland, die einen hohen Anteil an deutschsprachiger Bevölkerung hatten. In den eroberten östlichen Gebieten, wie dem "Generalgouvernement" und dem "Protektorat Böhmen und Mähren", deren Bevölkerung als *rassisch minderwertig* angesehen wurde, gab es dagegen keine FMS. Um eine einheitliche Arbeitsweise der zahlreicher werdenden Sammelstellen zu erreichen und entsprechende Kriterien für deren Kontrolle zu haben, erließ die RAG mit Zustimmung des Reichsministeriums des Innern 1939 "Richtlinien für die Einrichtung und den Betrieb einer Frauenmilchsammelstelle"¹³⁹. Als Träger der Einrichtungen wurden darin neben den staatlichen und kommunalen Behörden nun auch Gliederungen der NSDAP wie die NSV, karitative Verbände der Reichsgemeinschaft für freie Wohlfahrtspflege, die Deutsche Arbeitsfront, die NS-Frauenschaft und die Reichshebammenschaft genannt. Spenden durften Frauen, die keine Geschlechts- und Infektionskrankheiten, insbesondere Lues und Tuberkulose, hatten. Alle vier Wochen sollte die Zusammensetzung der Milch und die Gesundheit des Kindes der Spenderin durch die FMS oder Säuglingsberatungsstellen untersucht werden. Die Erfurter Frauenmilchsammelstelle bildete im Laufe der Jahre das geistige und organisatorische Zentrum der deutschen Sammelstellen und wurde Vorbild und Ausgangspunkt für Leiterinnen neuer Einrichtungen, die vor Beginn ihrer Arbeit einen zweimonatigen Fachkurs in der "Erfurter Schule" besuchten¹⁴⁰. 1940 veröffentlichte Marie-Elise Kayser einen Leitfaden zur Einrichtung von Frauenmilchsammelstellen, in dem sie ihre langjährigen Erfahrungen zusammenfaßte¹⁴¹. Gleich in der Einleitung nannte sie fünf Kriterien, die eine Frauenmilchsammelstelle ihrer Meinung nach von früheren Bestrebungen, dem Mangel an Frauenmilch abzuhelpen, unterschieden. Als erstes betonte sie, daß sich eine FMS an Frauen aller Stände wendet und damit im Gegensatz zum Ammensystem stehe. "Stände" wurden hierbei anhand der Berufe der Ehemänner der Spenderinnen ermittelt. Ob sich unter den Spenderinnen auch berufstätige Frauen befanden, ist den Statistiken nicht zu entnehmen. Nur ledige Frauen wurden gesondert erwähnt. Aber auch bei ihnen schien der eigene Beruf für die Kaysersche Statistik keine Bedeutung zu haben. Als Anmerkung steht "Berufe nicht nachweisbar" und vermutlich bezog sie sich damit auf die Kindesväter. Das

¹³⁹ In: Der Öffentliche Gesundheitsdienst 5. Jg. (1939/40), Teilausgabe B., S.281-287.

¹⁴⁰ Wülfing, K.: Dr. med. Kayser, S.60.

¹⁴¹ Kayser, M.-E.: Leitfaden. Der Leitfaden ist Dr. Tießler "in Dankbarkeit" gewidmet.

zweite Kriterium zur Unterscheidung war für Dr. Kayser die Abgabe der Milch an Kinder aller Stände. In Klammern vermerkte sie zu diesem Punkt "Kassenbewilligung", was darauf hindeuten könnte, daß zumindestens die Finanzierung der Milch für sozial Schwächere zu diesem Zeitpunkt eine reguläre Leistung aller Krankenkassen gewesen sein könnte. Im dritten Punkt wies sie darauf hin, daß die Milch, *"da vorwiegend verheiratete Frauen Spenderinnen sind, in den Haushaltungen ohne Aufsicht abgespritzt und täglich abgeholt werden"* muß¹⁴². Aus diesem Satz geht nicht klar hervor, ob es der Erfahrung von Dr. Kayser entsprach, daß mehr verheiratete als ledige Frauen Milch spendeten oder ob ledige Frauen als Spenderinnen nur bedingt in Frage kamen¹⁴³. 1937 verzeichnete sie in ihrer Statistik auf hundert Spenderinnen vier ledige Frauen, 1939/40 acht. Möglicherweise grenzte sie sich hier gegen die Praxis der Ammenhäuser ab, in denen ledige Mütter nach der Entbindung mit ihren Kindern wohnen konnten und als Gegenleistung ihre überschüssige Milch spendeten oder fremde Säuglinge stillten¹⁴⁴. Vielleicht waren aber auch nur wenige ledige Frauen in der Lage Milch zu spenden, da sie relativ schnell wieder arbeiten mußten, um ihren Lebensunterhalt zu verdienen. Es könnte aber auch sein, daß Marie-Elise Kayser moralische Bedenken hatte. Da der Vater eines unehelichen Kindes nicht immer bekannt war, galten die Mütter der Kinder als moralisch fragwürdig. Kinder aus diesen Verbindungen wurden seit Jahrhunderten als illegitim betrachtet und rechtlich anders behandelt, als eheliche. Ebenso könnten aber auch *rassenhygienische* Bedenken hinter diesem Satz gestanden haben. Das vierte Kriterium zur Unterscheidung einer FMS war die Schaffung und regelmäßige Anwendung genauer Kontrollmöglichkeiten der Milch, die es ihrer Ansicht nach früher nicht gab. Als letzten Punkt führte Dr. Kayser die Konservierung der Milch als Voraussetzung zur Vorratsbeschaffung und für den Versand an. Die Werbung sollte ihrer Ansicht nach weiterhin vor allem in den Entbindungskliniken erfolgen oder durch Hebammen übernommen werden, da auf diese Weise geeignete Frauen am leichtesten zu finden seien. Darüber hinaus wollte sie die nationalsozialistischen Frauen-organisationen, insbesondere den Reichsmütterdienst, einbeziehen. Sie

¹⁴² Ebenda, S.1.

¹⁴³ Dazu schrieb auch der Münchener Medizinaldirektor Limmer: *"Es ist verständlich, daß wir das Hauptgewicht auf die Mitarbeit und Beteiligung der verheirateten Mütter legen, illegitime Mütter aber nicht von vornherein ausschließen."* Gründe hierfür nennt er nicht. Vgl. Limmer, Dr.: Erfahrungen mit einer Frauenmilchsammelstelle. In: Der Öffentliche Gesundheitsdienst 5.Jg. (1939/40), Teilausgabe A, S.468-473, hier S.471.

schlug vor, bereits in den Mädchenschulen, Frauenoberschulen und dem "Bund Deutscher Mädel in der HJ" (BDM) auf die FMS hinzuweisen. So könnten die Mädchen des BDM beispielsweise die Milch von auswärtigen Spenderinnen holen und andere Hilfsdienste übernehmen¹⁴⁵. Frau Dr. Kayser schrieb:

*"Diese von den engsten persönlich interessierten Kreisen ausgehende Werbung hat m.E. erheblich mehr Erfolg als in der Zeitung an die Allgemeinheit gerichtete Aufforderungen, obwohl jetzt vielleicht schon eher die Zeit gekommen ist, auch außerhalb der rein wissenschaftlichen Presse Berichte über die F.M.S. erscheinen zu lassen."*¹⁴⁶.

Diesem Satz zufolge gab es bis 1940 kein Diskussionsforum für Laien, sondern nur eine medizinische Debatte über FMS, die sich an einer Vielzahl von Veröffentlichungen in medizinischen Fachzeitschriften, einigen medizinischen Abschlußarbeiten über Frauenmilchsammelstellen¹⁴⁷ und den Diskussionen der zuständigen staatlichen Behörden ablesen läßt. Am 15. Oktober 1941 wurde der Frauenmilchsammlung mit der „Verordnung über Frauenmilchsammelstellen“ erstmals ein gesetzlicher Rahmen gegeben¹⁴⁸. Der Umgang mit Frauenmilch fiel dabei unter das Lebensmittelgesetz von 1936¹⁴⁹. Durchführungsbestimmungen oder interne Arbeitsanweisungen wurden nicht erlassen und so vermute ich, daß die 1939 von der RAG veröffentlichten Richtlinien diesen Zweck erfüllten. 1944 erhielt Marie-Elise Kayser für ihr Engagement das Ehrenzeichen für Volkspflege 3. Stufe¹⁵⁰. Der große Bedarf an Frauenmilch und auch der zunehmende Einsatz von Frauen im Kriegshilfsdienst, in dessen Folge es nach Meinung eines Mediziners immer weniger Hausammen gab, ließ die Zahl der FMS weiter ansteigen¹⁵¹. 1944 gab es auf dem Gebiet des damaligen Deutschen Reiches 45 Sammelstellen¹⁵². Selbst im Dezember 1944 wurde noch eine Einrichtung in Chemnitz eröffnet. Aber der Krieg hinterließ

¹⁴⁴ Zu Klinik- und Stationsammen im 18. und 19. Jahrhundert vgl. Fischer, C.: Die Amme, S.55-60.

¹⁴⁵ Kayser, M.-E.: Leitfaden, S.23.

¹⁴⁶ Ebenda.

¹⁴⁷ Vgl. Ahlbrecht, Undine: Erhebungen zum Stillproblem in einer Frauenmilch-Sammelstelle. Göttingen 1945; Heidrich, R.: Ein Beitrag zum Problem der FMS; Urbach, Hans: Die Frauenmilch und ihre Verwertung durch Sammelstellen. Jena 1939.

¹⁴⁸ In: RGBl. 1941 Teil I (15.10.1941), S.642.

¹⁴⁹ RGBl. 1936 Teil I (17.1.1936), S.17ff.

¹⁵⁰ Schmidt, H.: Geschichte, S.99.

¹⁵¹ Bossmann, H.B.: Aufbau und Leistung einer Frauenmilchsammelstelle in Kriegs- und Nachkriegsjahren 1940-1950. In: Kinderärztliche Praxis 1951, S.497-502, hier S.497.

¹⁵² Schmidt, H.: Geschichte, S.194-196. Zu den 43 Einrichtungen, die er hier aufgelistet hat, müssen noch Magdeburg und Erfurt hinzugerechnet werden. Eckardt spricht von 50 Einrichtungen im Jahr 1944. Seine Aussage stimmt aber nicht mit der dazu gehörigen Tabelle überein. Dort erscheinen bis 1945 44 Einrichtungen. Vgl. Eckardt, Friedrich: Die Frauenmilchsammelstellen. Bedeutung und Entwicklung der Frauenmilchsammelstellen. Köln 1954, S.15/16.

seine Spuren. Durch die Zerstörung der Städte, Flucht und Evakuierungen nahm die Zahl der Spenderinnen ab. Viele Sammelstellen wurden beschädigt und konnten nur provisorisch ihre Arbeit fortsetzen, andere wurden gänzlich zerstört¹⁵³.

3.3. Die Entwicklung der Frauenmilchsammelstellen in der DDR

3.3.1. Die Nachkriegszeit

Die Erfurter FMS hatte den Krieg relativ unbeschadet überstanden und arbeitete ohne Unterbrechung weiter. Obwohl es, bedingt durch die schwierige Ernährungslage, den Rückgang der Geburten und die Wanderungs- und Fluchtbewegung der Bevölkerung, zu einem Rückgang der Spenden kam, wurden in Erfurt 1945 2194 Liter Frauenmilch gesammelt¹⁵⁴. Ende 1947 hatten in der Sowjetischen Besatzungszone (SBZ) sieben Sammelstellen ihre Arbeit wieder aufgenommen¹⁵⁵. Da Frauenmilch zu dieser Zeit die einzige Nahrung für Früh- und Neugeborene und kranke Säuglinge war und es noch nicht genügend Frauenmilchsammelstellen gab, wurde auch auf Entbindungsstationen Milch gesammelt und an Bedürftige weitergegeben. In einem Schreiben der "Deutschen Zentralverwaltung für das Gesundheitswesen in der SBZ" an die "Abteilung Gesundheitswesen der Landesregierung Thüringen" von 1948 ist zu lesen, daß *"in letzter Zeit eine große Anzahl von Frauenmilchsammelstellen entstanden"* seien, in denen *"weder eine sachgemäße Überwachung der gesammelten Milch noch eine laufende gesundheitliche Überwachung der Spenderinnen oder ihrer Kinder"* gegeben sei¹⁵⁶. Da bis dahin nur drei neue FMS in der SBZ registriert waren, dürfte es sich hier um Sammlungen innerhalb von Kliniken gehandelt haben, die nach der noch gültigen rechtlichen Definition von 1941 nicht als FMS eingestuft waren und die sich nicht an die medizinischen Richtlinien hielten oder keine entsprechenden Räumlichkeiten vorweisen konnten. Um solchen Zuständen entgegenzuwirken, sollte sich die Landesregierung vor der Eröffnung weiterer Sammelstellen mit der Zentralverwaltung des Gesundheitswesens in Verbindung setzen. Aufgrund des Befehls Nr.179 der Sowjetischen Militäradministration (SMAD) vom 19.6.1946

¹⁵³ Schmidt, H.: Geschichte, S.100/101.

¹⁵⁴ Kayser, Konrad: Frauenmilchsammelstellen. Ein Leitfadens für deren Einrichtung und Betrieb, Jena 1954, S.5.

¹⁵⁵ Schmidt, H.: Geschichte, S.128/129.

¹⁵⁶ Ebenda, S.131.



Abb.9 Photos des heute noch erhaltenen Traktes,
in dem bis Ende der 60er Jahre die FMS
Potsdam ihre Räume hatte

erhielten Frauen, die bis zu neun Litern monatlich spendeten, Lebensmittelrationen von 150 g Fett, 300 g Fleisch oder Fisch und 600 g Nahrungsmittel¹⁵⁷. Frauen, die mehr als neun Liter abgeben konnten, bekamen je ein Drittel dieser Rationen mehr. Marie-Elise Kayser und Dr. Eckardt, der Leiter der Sammelstelle Plauen, waren mit dieser Regelung nicht einverstanden. Dr. Kayser argumentierte, daß die zusätzlichen Lebensmittel lediglich eine Menge von drei Litern Frauenmilch ausgleichen würden und schlußfolgerte:

*"Vom ärztlichen Standpunkt aus müßte man danach den Frauen verbieten, mehr als 3 Liter Frauenmilch monatlich der Allgemeinheit zur Verfügung zu stellen, da sie sonst ihrem Körper Kräfte entziehen, die sie in keiner Weise in der Lage sind, wieder zu ersetzen."*¹⁵⁸

Trotz zahlreicher Eingaben an die zuständigen Verwaltungsbehörden und einer Neufestlegung der Lebensmittelrationen 1949, die Dr. Kayser als ebenso unbefriedigend ansah, änderte sich erst 1950 die Zuteilungsmenge grundlegend. Nun standen Frauen schon ab ein bis drei Litern monatlich 150 g Fett, 300 g Fleisch und 600 g Nahrungsmittel zu. Für jeden weiteren Liter erhielten sie je ein Drittel dieser Menge zusätzlich¹⁵⁹. 1948 wurde erstmals auch eine finanzielle Vergütung von 2,50 DM pro Liter Milch erwähnt¹⁶⁰. In diesem Jahr eröffneten die ersten Läden der Handelsorganisation (HO), die rationierte Waren ohne Lebensmittelkarten verkauften. Die dort angebotenen Konsumgüter und Lebensmittel waren sehr teuer, lagen aber insgesamt knapp unter den Preisen der Schwarzmärkte, die auf diese Weise überflüssig gemacht werden sollten¹⁶¹. Dort kostete z.B. ein Liter Vollmilch 3 DM und war damit teurer als ein Liter Frauenmilch. Ende 1949 wurde diese Diskrepanz ausgeglichen. Die Bezahlung blieb allerdings den einzelnen Bundesländern vorbehalten und so erhielten die Spenderinnen in Thüringen 5 DM, während Brandenburg 10 DM pro Liter zahlte¹⁶². 1949 wurde die FMS Potsdam eröffnet, die dem örtlichen Gesundheitsamt unterstellt war¹⁶³. Herr P., der sich auf den Aufruf in der Zeitung meldete, bezog 1948 und 1952 Milch für seine neugeborenen Söhne. 1948 holte er die Milch aus einem Krankenhaus in

¹⁵⁷ Ebenda, S.115.

¹⁵⁸ Ebenda, S.116.

¹⁵⁹ Ebenda, S.121.

¹⁶⁰ Ebenda.

¹⁶¹ Mähler, Ulrich: Kleine Geschichte der DDR. München 1998, S.50.

¹⁶² Schmidt, H.: Geschichte, S.121 und Anmerkung 449.

¹⁶³ Ebenda, S.130 und Anmerkung 488; Eckardt, F.: Die Frauenmilchsammelstellen, S.16.



Abb.10



Babelsberg, einem Stadtteil von Potsdam, 1952 aus dem Städtischen Krankenhaus Potsdam, in dem die FMS ihre Räume hatte. Ob er die Milch bezahlen mußte oder ein Rezept notwendig war, erinnerte er nicht mehr. Eine weitere Zeitzeugin erzählte, daß sie 1944 in Potsdam Zwillinge entbunden hatte¹⁶⁴. Die Milch, die übrig war, brachte ihr Mann mit dem Fahrrad ins Krankenhaus. Später erzählten ihr die Krankenschwestern, daß damit noch zwei Kinder ernährt wurden. Offensichtlich wurde auch in den Potsdamer Entbindungsstationen überschüssige Milch für die Säuglinge der Klinik gesammelt und darüber hinaus an Privatpersonen abgegeben, bevor 1949 die FMS eröffnete.

3.3.2. Die 50er und 60er Jahre

1950 wurde in der DDR das "Gesetz über den Mutter- und Kinderschutz und die Rechte der Frau" verabschiedet. Es sollte die Gleichberechtigung der Frauen durchsetzen, diese durch materielle und soziale Hilfen zur Aufnahme einer Berufsarbeit motivieren und die Doppelbelastungen von berufstätigen Frauen abfedern. Das Gesetz enthielt unter anderem die Erhöhung des Schwangerschaftsurlaubes von 10 auf 11 Wochen. Die materiellen Hilfen, wie die Beihilfe zur Geburt eines Kindes, erstreckten sich aber zunächst nur auf kinderreiche Familien. Stillende Frauen erhielten zusätzliche Lebensmittel-rationen¹⁶⁵. Bis zu diesem Jahr war die Zahl der FMS in der DDR auf 28 angestiegen¹⁶⁶. Landesweit wurde die Werbung für FMS durch das Hygiene-Museum Dresden unterstützt. In einer Wanderausstellung mit dem Titel "Die Frau", die von 1950 bis 1952 mit fünf weiteren Themenausstellungen in vielen Städten der DDR gezeigt wurde, warb auch eine Tafel für die Sammlung von Frauenmilch (Abb.10)¹⁶⁷. Interessanterweise standen hier nicht die kranken Säuglinge im Vordergrund, sondern Frauen, die ihre Kinder nicht ausreichend stillen konnten und so wird eine Frau abgebildet, die gerade Milch aus der FMS holt. 1951 berichtete Dr. Konrad Kayser, der nach dem

¹⁶⁴ Telefonnotiz Herr P. 28.7.1999; Telefonnotiz Frau S. 28.7.1999.

¹⁶⁵ Gesetzblatt (GBl.) der DDR 1950 Nr.111 (1.10.1950), S.1037, 1139.

¹⁶⁶ Die Speisekammer der Allerkleinsten. Ohne Autor/in. In: Die Frau von heute, 22.10.1954, S.5.

¹⁶⁷ DHM 2002/408, Lep.34/III. Die Ausstellung war in sieben Teile gegliedert und enthielt Themen wie Anatomie, Fortpflanzung, Geburt, Wechseljahre und Berufstätigkeit von Frauen. 1950 erreichte die Ausstellung in 17 Städten ca. 240 000 Besucher/innen. Auskunft von Susanne Roeßiger, 26.3.02.

Krieg weiterhin die Landesfrauenklinik Erfurt leitete, daß zunehmend Verpansungen der Milch zu beobachten seien und schlußfolgerte daraus:

"Das hängt damit zusammen, daß die Frauenmilch im Gegensatz zu früheren Gepflogenheiten jetzt 'bezahlt' wird und zwar mit 8,50 DM pro Liter. Gewissenlose Mütter verfallen also leichter der Versuchung, ihre Milch ihren Kindern zu entziehen und sie zu verkaufen, ja, um noch mehr Geld zu erzielen, ihre Milch auch noch zu verpanschen. Die täglichen Kontrollen in den FMS müssen also gewissenhafter denn je durchgeführt werden."¹⁶⁸

1954 warnte die Oberärztin der Universitäts-Kinderklinik Leipzig Dr. Arnold:

"Auch der Ehemann der Spenderin kann ohne und mit Wissen seiner Frau zum Milchpanscher werden, wenn - besonders in ungeordneten Verhältnissen - die Höhe des Erlöses aus der Milchspende seiner Frau nicht mit seinen Geldforderungen in Einklang zu bringen ist."¹⁶⁹

Bis Mitte der 50er Jahre gab es in der Fachzeitschrift "Kinderärztliche Praxis" eine lebhaft Diskussion um Methoden, mit denen Wasser- oder Kuhmilchzusätze nachgewiesen werden konnten. Danach wurde das Thema nicht mehr aufgegriffen. Am 24. Juli 1951 wurde in der DDR mit der "Anordnung über Frauenmilchsammelstellen" die bis dahin gültige Verordnung von 1941 außer Kraft gesetzt¹⁷⁰. Das Ministerium für Gesundheitswesen der DDR übernahm im Großen und Ganzen Struktur, Inhalt und Formulierungen der Reichsverordnung. Allerdings wurden die Bestimmungen nun präziser formuliert und erweitert. Die im alten Text nicht näher definierte öffentliche Einrichtung Frauenmilchsammelstelle galt nun als eine "ärztlich kontrollierte Einrichtung" und Institution des öffentlichen Gesundheitswesens¹⁷¹. Die Milch durfte nur noch auf ärztliche Verordnung an Privatpersonen abgegeben werden. Diese Praxis gab es zwar bereits seit den 30er Jahren, war aber bis 1951 nicht gesetzlich vorgeschrieben. Die Übernahme der Kosten durch die Krankenkassen in der DDR wurde in den von mir untersuchten Quellen 1954 das erste Mal erwähnt¹⁷². Ich vermute aber schon einen früheren Zeitpunkt. Wie ich im letzten Kapitel beschrieb, war die Finanzierung von Frauenmilch für sozial Bedürftige vermutlich bereits 1940 eine reguläre Kassenleistung. Vielleicht wurde dieses Prinzip nach 1945 fortgeführt. 1947 wurde im Zuge

¹⁶⁸ Kayser, Konrad: Der Nachweis von humanisierten Kuhmilchpräparaten in Frauenmilch. In: Kinderärztliche Praxis 1951, S.505-507, hier S.507.

¹⁶⁹ Arnold, Charlotte: Keimarme Milch in der Frauenmilchsammelstelle. In: Kinderärztliche Praxis 1954, S. 258-268, hier S.261.

¹⁷⁰ GBl. der DDR 1951 Nr.89 (24.7.1951), S.704.

¹⁷¹ Ebenda, Einführung und §1 (1).

¹⁷² Eckardt, F.: Die Frauenmilchsammelstellen, S.27.

des Aufbaus eines sozialistischen Gesundheitssystems das Krankenkassensystem in der SBZ vereinheitlicht¹⁷³. Da dieses Gesundheitssystem allen gleichermaßen zugänglich sein sollte, könnte ich mir bereits ab dieser Zeit eine einkommensunabhängige Kostenübernahme vorstellen. 1952 veröffentlichte das Gesundheitsministerium "Durchführungsanweisungen zur Anordnung über FMS", die nun die Richtlinien der RAG ersetzen¹⁷⁴. Die Einrichtung von Sammelstellen oblag den einzelnen Landesministerien für Gesundheitswesen, die den Bedarf anhand der Bevölkerungsdichte und der örtlichen Verhältnisse prüfen sollten¹⁷⁵. Die Kosten der FMS hatten gemäß der Durchführungsanweisung die jeweiligen Länder, Gemeinden oder Kreise zu tragen und so lag die Bezahlung der gespendeten Milch weiterhin in deren Zuständigkeit. Die neue Anordnung legte nun auch die alleinige Angliederung der Sammelstellen an medizinische Einrichtungen wie z.B. Polikliniken, Landambulatorien, Entbindungsanstalten, Kinderkrankenhäuser oder an die Säuglingsfürsorge fest. Selbständig arbeiten durften FMS nur, wenn eine Angliederung an kommunale oder staatliche Einrichtungen nicht möglich war. Kinderkrankenhäuser, Säuglingsheime und ähnliche Einrichtungen durften mit einer Sondergenehmigung auch außerhalb der Anstalt Milch für den eigenen Bedarf sammeln, wenn in ihrem Bereich keine FMS existiert. Die Einordnung von Frauenmilch als Lebensmittel ist dem Lebensmittelgesetz von 1962 zu entnehmen. Auch wenn Frauenmilch dort nicht explizit genannt wurde, kann sie aufgrund der dortigen Definition von diätetischen Lebensmitteln dazu gezählt werden. Als solche wurden Nahrungsmittel betrachtet, *"die nach Zusammensetzung und Eigenschaften für eine Ernährung bestimmt sind, die besonderen körperlichen Zuständen,...oder einem bestimmten Lebensalter Rechnung trägt."*¹⁷⁶, was für die Ernährung von Früh- und Neugeborenen mit Frauenmilch zutrifft. Insgesamt scheinen sich die alten und neuen gesetzlichen Bestimmungen an den von Marie-Elise Kayser aufgestellten Kriterien und der durch sie beeinflussten Praxis in den FMS orientiert zu haben. Die

¹⁷³ Im Januar 1947 wurde die Sozialversicherung aufgrund des SMAD-Befehls Nr. 28 in den fünf Landes- bzw. Provinzialgebieten der SBZ vereinheitlicht. An die Stelle der verschiedenen Orts-, Betriebs-, Innungs-, Land- und Ersatzkrankenkassen, sowie der Renten- und Unfallversicherungsträger trat in jedem der fünf Länder ein einziger Sozialversicherungsträger. Das Versicherungsverhältnis wurde auf nahezu die gesamte Bevölkerung ausgedehnt. Vgl. Hockerts, Hans Günter: Grundlinien und soziale Folgen der Sozialpolitik in der DDR. In: Kaelble, Hartmut u.a. (Hg.): Sozialgeschichte der DDR. Stuttgart 1994, S.519-544, hier S.520/521.

¹⁷⁴ GBl. der DDR 1952 Nr. 47 (22.4.1952), S.303-305.

¹⁷⁵ Ebenda.

¹⁷⁶ GBl. der DDR 1962 Teil I Nr.12 (6.12.1962), S.112.

Entwicklung der FMS in der DDR war vermutlich ganz in ihrem Sinne. Sie selbst erlebte allerdings nur noch deren Anfänge, denn sie starb 1950. Eine Vorstellung von der Arbeit der Frauenmilchsammelstelle Potsdam zwischen 1951 und 1955 erhielt ich durch Christel F., die 1951 als Hilfsassistentin eingestellt wurde. In ihrem Arbeitsbuch hieß die Einrichtung zu dieser Zeit "Muttermilchsammelstelle" und befand sich in einem Gebäude des Krankenhauses Potsdam. Als Christel F. dort anfang zu arbeiten, mußte sie die Milch von den Spenderinnen noch mit dem eigenen Fahrrad aus dem gesamten Stadtgebiet holen. Ein Fahrzeug wurde der Sammelstelle erst ca. 1954 zur Verfügung gestellt. Frauen, die in der Nähe wohnten, brachten ihre Milch direkt zur Sammelstelle. Die Milch wurde täglich geholt oder gebracht, um die Gefahr der Säuerung zu verringern, denn noch besaßen nur wenige einen Eisschrank. Einige der interviewten Frauen erinnerten sich noch gut an diesen Vorläufer des Kühlschranks, der regelmäßig mit Eis bestückt, das stangenweise geliefert und für den Kühlbehälter zerhackt werden mußte. Neben der Milch aus den Privathaushalten, erhielt die FMS auch Milch von Frauen, die auf der Wöchnerinnenstation des Krankenhauses lagen. In der Sammelstelle angekommen, prüften die Mitarbeiterinnen die Milch auf Säuregehalt und stichprobenartig auf Kuhmilchzusatz und sterilisierten diese bei 90°C im Wasserbad. Dann wurde sie sofort verwendet oder eingeweckt im Kühlschrank der Sammelstelle gelagert. Welche Milch von welcher Frau war, konnte nach der Sterilisation nicht mehr nachvollzogen werden, da die Kennzeichnungen entfernt wurden. Die Zuordnung war nur solange wichtig, bis die Möglichkeit der Gerinnung ausgeschlossen war und die Frauen für ihre einwandfreie Milch bezahlt werden konnten. Abnehmer der Milch waren die Säuglingsstation des Krankenhauses und die Kinderklinik Potsdam, die sich in einer Villa außerhalb des Krankenhausgeländes befand und Ende 1956 aus hygienischen und baulichen Gründen geschlossen werden mußte¹⁷⁷. Im Dezember 1956 konnte die neu errichtete Klinik in Babelsberg bezogen werden. Die FMS blieb weiterhin in Potsdam und so holte ein Fahrdienst der Kinderklinik die Milch täglich dort ab. Privatpersonen konnten sich die Frauenmilch auf Rezept in der Sammelstelle abholen. Diese zeitlich begrenzte Abgabe von Frauenmilch aufgrund einer medizinischen Indikation begründete 1954 der ärztliche Leiter der FMS Plauen

¹⁷⁷ Vgl. SAP Sign. 2097, S.35: Brief vom Direktor des Bezirks-Hygiene-Instituts des Bezirkes Potsdam an das Ministerium für Gesundheitswesen, Abt. Staatliche Hygiene-Inspektion über die hygienischen

folgendermaßen: *"Damit ist Vorsorge getroffen, daß die mühsam gesammelte FM nur wirklich Bedürftigen zu Gute kommt und einer gewissen Stillfaulheit kein Vorschub geleistet wird."*¹⁷⁸. Spenden durften Frauen, die keine ansteckenden Krankheiten, wie Syphilis, Tuberkulose oder Typhus hatten oder Arzneimittel in für Säuglinge schädigenden Mengen zu sich nahmen¹⁷⁹. In Leipzig waren auch Frauen, die Haustiere hielten, von der Spende ausgeschlossen, da keine routinemäßige Untersuchung auf Toxoplasmose gemacht wurde¹⁸⁰. Die Untersuchungen der Frauen sollten vor Beginn der Spende und dann in vierteljährlichen Abständen erfolgen. Die meisten Interviewpartnerinnen konnten sich nur vage daran erinnern. Sie vermuteten, daß die Untersuchungen selbstverständlicher Bestandteil der medizinischen Schwangerschaftsbetreuung bzw. der ärztlichen Nachsorge waren. Dafür war vielen Frauen aber noch die regelmäßige Kontrolle ihrer Kinder in der Sammelstelle bzw. in der Säuglings- und Mütterberatung¹⁸¹ lebhaft in Erinnerung. Neben einer körperlichen Untersuchung der Säuglinge durch eine Fürsorgerin mußten die Frauen in der Sammelstelle eine Stillprobe machen. Dazu sollten sie ihre Kinder stillen und anschließend den Rest der Milch abpumpen. Dann wurden die Säuglinge gewogen und die abgepumpte Milch mit der täglich gespendeten Menge verglichen. So sollte festgestellt werden, ob die Frauen wirklich nur ihre überschüssige Milch an die Sammelstelle abgaben. Hatten die Babys nicht zu- oder sogar abgenommen, mußte die Frauen mit ihnen zum/r Kinderarzt/ärztin. Christel F. erinnerte sich, daß diese Mütter anschließend der FMS eine Bescheinigung über den Gesundheitszustand ihrer Kinder geben mußten.

1952 teilte eine Verwaltungsreform die 5 Länder der DDR in 15 Bezirke, die Zahl der Kreise erhöhte sich von 132 auf 217¹⁸². Potsdam, bis dahin Sitz der Provinzialverwaltung Mark Brandenburg, wurde nun Bezirkshauptstadt. Diese Reform führte in allen Bereichen der Gesellschaft zu einer stärkeren politischen und

Verhältnisse in der Kinderklinik des Städtischen Krankenhauses Potsdam, Bertinistraße vom 24.10.1955; SAP Sign.1949, S.29: Notiz über den Umzug der Kinderklinik im Dezember 1956.

¹⁷⁸ Eckardt, F.: Die Frauenmilchsammelstellen, S.27.

¹⁷⁹ GBl. der DDR 1952 Nr.47, S.303.

¹⁸⁰ Arnold, Ch.: Keimarme Milch, S.260.

¹⁸¹ Die Mütterberatungsstellen waren für Säuglinge und Kleinkinder bis zum vollendeten dritten Lebensjahr zuständig. Den dort beschäftigten Fürsorgerinnen oblag u.a. die soziale und hygienische Beratung der Mütter. Hier mußten Frauen regelmäßig ihre Kinder untersuchen lassen und hier konnten sie auch die Mitarbeiterinnen bei Problemen konsultieren. Zu den Aufgaben der Mütter- und Kinderberatungsstellen ausführlicher in: GBl. der DDR 1950 Nr. 111, S.1038; GBl. der DDR 1953 Nr.79 (22.6.1953), S.818.

¹⁸² Butzmann, Gerhard u.a. (Hg.): Meyers Jugendlexikon. Leipzig 1971, S.123.

wirtschaftlichen Zentralisierung. Möglicherweise wurde zu dieser Zeit auch eine einheitliche Bezahlung der Frauenmilch von 10 DM pro Liter und zusätzliche Marken für 50 g Butter und 100 g Fleisch je Liter eingeführt¹⁸³. Bis 1952 hatte sich die Zahl der FMS auf 51 erhöht¹⁸⁴. Die Bedeutung, die der Frauenmilch zugeschrieben wurde, bekundete 1952 ein Werbeplakat des Hygiene-Museums Dresden: *"Jeder Tropfen Frauenmilch ist kostbar!"*¹⁸⁵. An eine Werbung zum Milchspenden konnten sich allerdings nur zwei der Interviewten erinnern. Die meisten Frauen erzählten, daß sie in der Schwangeren- und Mütterberatung oder in den gynäkologischen Sprechstunden lediglich Aufrufe zum Stillen wahrgenommen haben. Dr. Hardy F., pensionierter Arzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe in Potsdam, erinnerte sich, seit den 50er Jahren bis zur Wende Diavorträge über Schwangerschaft und Geburt gehalten zu haben, die später durch Filme der Kinderklinik ergänzt wurden. Er persönlich habe die Möglichkeit der Frauenmilchspende erwähnt, aber eine spezielle Diareihe habe es dazu nicht gegeben. Die Vorträge fanden zuerst in den Räumen des Demokratischen Frauenbundes Deutschlands (DFD)¹⁸⁶ statt. Als die Räume zu klein wurden, wick man in ein kleines Kino aus. Aber auch das reichte irgendwann nicht mehr, weil die Veranstaltungen meist sehr gut besucht waren und so wurde ein größerer Kinosaal dafür genutzt. Die umfangreichste Werbung für die Milchspende erfolgte allerdings über die Entbindungs- und Säuglingsstation des Potsdamer Bezirkskrankenhauses und gelegentlich durch die Mütterberatungsstellen. Da sich, bis auf zwei Frauen keine weiteren meldeten, die in einem der anderen beiden Potsdamer Krankenhäuser entbunden hatten, ist unklar, ob auch dort geworben wurde. Diese beiden erfuhren erst später davon. Schon Dr. Marie-Elise Kayser hielt die Werbung in Entbindungsanstalten und durch Hebammen für erfolgreicher als Zeitungsannoncen. Daß die Entbindungsstation auch zum zentralen Ort der Werbung in Potsdam wurde, hängt mit der forcierten Entwicklung der klinischen

¹⁸³ Eckardt, F.: Die Frauenmilchsammelstellen, S.24.

¹⁸⁴ Die Frau von heute (1954).

¹⁸⁵ DHM 1995/815.

¹⁸⁶ Der DFD war die einzige sozialistische Massenorganisation für Frauen in der DDR. In den 50er Jahren gehörte auch die Unterstützung der Familienpolitik zu seinem Wirkungsfeld. Das Spektrum reichte von alltagspraktischer Beratung über Wissensvermittlung bis hin zur ehrenamtlichen Arbeit. Vgl. Hampele, Anne: *Arbeite mit, plane mit, regiere mit. Zur politischen Partizipation von Frauen in der DDR.* In: Helwig, Gisela/Hildegard Maria Nickel (Hg.): *Frauen in Deutschland 1945-1992.* Bonn 1993, S.281-320, hier S.296-301; Schwarz, Gislinde: *Von der Antibaby- zur Wunschkindpille und zurück.* In: Staube, Gisela/Lisa Vieth (Hg.): *Die Pille. Von der Lust und von der Liebe.* Berlin 1996, S.149-163, hier S.160. In den Halbjahresberichten der Mütterberatungsstellen des Bezirkes Potsdam von 1952 bis

Geburt in der DDR zusammen¹⁸⁷. In einem Bericht über die "Entwicklung des Mutter- und Kinderschutzes im Bezirk Potsdam in den Jahren 1958-1962" vom 17.7.1963 hieß es: "Als Ausdruck einer hervorragenden Arbeit der Schwangerenberatung kann auch die Tatsache gewertet werden, daß die Zahl der Klinikentbindungen seit 1958 stieg."¹⁸⁸. Der Bericht enthält zur Verdeutlichung dieser Entwicklung eine Statistik über Klinik- und Hausentbindungen im Bezirk Potsdam zwischen 1958 und 1962.

Entbindungen im staatlichen Gesundheitswesen der DDR			Hausentbindungen	
Jahr	Entbindungen	in Prozent	Entbindungen	in Prozent
1958	14 594	84,8	2 011	11,7
1959	17 547	88,3	1 862	9,4
1960	17 743	89,8	1 486	7,5
1961	18 495	91,8	1 154	5,7
1962	19 992	94,1	900	4,2

So kritisch der Umgang mit Statistiken meiner Meinung nach sein sollte, da man selten etwas über die Methode der Datenerhebung oder die Auftraggeber erfährt, zeichnet sich hier doch die Entwicklung der Klinikgeburten in der DDR ab. 1970 fanden bereits mehr als 99% der Geburten im Krankenhaus statt, da "die Klinik die günstigsten personellen und räumlichen Voraussetzungen für ein zweckmäßiges Eingreifen besitzt..."¹⁸⁹. Dieser hohe Prozentsatz blieb bis 1989 bestehen.

Durch die nahezu hundertprozentige Verlagerung der Geburt in die Klinik wurde ein Raum geschaffen, in dem regelmäßig potentielle Spenderinnen zusammenkamen. Hinzu kommt, daß die Frauen in den 50er und 60er Jahren noch ca. eine Woche nach der Entbindung im Krankenhaus bleiben mußten. Als die FMS noch im

¹⁸⁶ 1961 ist häufig zu lesen, daß Frauen des DFD beim Wiegen und Impfen der Säuglinge geholfen haben. Vgl. BLHA Rep.401/147, 5688, 6595.

¹⁸⁷ Der Übergang von der Hausentbindung zur Krankenhausbildung begann in Deutschland bereits seit Ende des Ersten Weltkrieges. Vgl. Spree, R.: Quantitative Aspekte, S.68.

¹⁸⁸ BLHA Rep. 401/8081, S.2: Bericht aus Potsdam an das Referat Mutter und Kind.

¹⁸⁹ Lexikonredaktion des VEB Bibliographisches Institut Leipzig (Hg.): Handbuch Deutsche Demokratische Republik. Leipzig 1984, S.449.

Gebäude des Krankenhauses Potsdam untergebracht war, befand sie sich quasi direkt an der "Quelle". So konnten die Mitarbeiterinnen der Sammelstelle die Frauen auch unmittelbar auf der Station ansprechen. Das änderte sich Ende der 60er Jahre mit dem Umzug der Sammelstelle in die Kinderklinik nach Babelsberg. Nun war die FMS verstärkt auf die Kooperation der Schwestern der Säuglings- und Wöchnerinnenstation angewiesen.

1954 wurde die FMS an die Potsdamer Poliklinik angegliedert. Im "Quartalsbericht über Qualität und Leistungen der poliklinischen Einrichtungen" der "Hauptpoliklinik 'Pawlow' Potsdam" ist dazu lediglich vermerkt: *"Ab: 1.1.1954 angeschlossen Frauenmilchsammelstelle."*¹⁹⁰. Dieser Aktenvermerk war zu Beginn der Forschung der erste Hinweis auf die FMS Potsdam und ließ vermuten, daß diese erst 1954 eröffnet wurde. Wie sich im Gespräch mit Christel F. herausstellte, deutete dieser Vermerk aber auf den Übergang der Verwaltung vom Gesundheitsamt auf die Poliklinik. In einem medizinischen Lehrbuch wurde schon 1953 für eine Zusammenlegung von ambulanten und stationären Behandlungsorten, sowie für eine engere Verbindung von Einrichtungen für Mutter und Kind und den entsprechenden Behandlungsstellen plädiert¹⁹¹. So sollten auch Frauenmilchsammelstellen und Milchküchen an stationäre Einrichtungen angegliedert werden. Die Verfasser begründeten dieses Vorhaben mit der Verbesserung der Qualität der medizinischen Versorgung und argumentierten:

*"Durch die organisatorische und verwaltungsmäßige Zusammenarbeit wird eine möglichst kollektive ärztliche Zusammenarbeit erreicht, es kann die ärztliche Leitung und Aufsicht und die Verbindung der Prophylaxe mit der Therapie besser verwirklicht werden."*¹⁹².

Die Sammelstelle Potsdam war nun zwar nicht an eine stationäre Einrichtung angegliedert, aber die Poliklinik und das Bezirkskrankenhaus Potsdam arbeiteten eng zusammen. So hielten bspw. Ärzte/innen des Krankenhauses regelmäßig Sprechstunden in der Poliklinik ab. Der verwaltungstechnische Akt änderte an den Räumlichkeiten der FMS nichts, denn die Gebäude der Poliklinik und des Krankenhauses lagen auf einem Areal. Möglicherweise wurde aber im Zuge der Angliederung die "Muttermilchsammelstelle" in "Frauenmilchsammelstelle" umbenannt. 1954 veröffentlichte Dr. Konrad Kayser den überarbeiteten Leitfaden

¹⁹⁰ SAP Sign. 2102, S 41

¹⁹¹ Autorenkollektiv: Grundlagen der Medizin für Heilberufe. Berlin 1953, S.986.

¹⁹² Ebenda.

Bezugsanmeldung

zum vorrangigen Bezug von täglich $\frac{1}{2}$ Liter Vollmilch

Name	Vorname	Anmeldeschein. Verbleibt in der Milch- verkaufsstelle
Wohnort		
Straße / Nr.		

Bezugsanmeldung

zum vorrangigen Bezug von täglich $\frac{1}{2}$ Liter Vollmilch

Name	Vorname	Stempel der Milchverkaufsstelle
Wohnort		
Straße / Nr.		

Abb.11

seiner Frau aus dem Jahr 1940¹⁹³. 1959 gab es in der DDR 62 Frauenmilchsammelstellen¹⁹⁴. Einen Einblick über die Entwicklung des Spendenaufkommens in der FMS Potsdam zwischen 1956 und 1959 ermöglichten die "Haushaltsanalysen im Gesundheitswesen" der Stadt Potsdam. Für 1957 war bspw. eine Jahresausgabe von 63 300 DM für Milch anvisiert, das entsprach einem geplanten Aufkommen von 6330 Liter á 10 DM. In der Abrechnung des dritten Quartals hieß es dann:

*"Das Quartalsoll wurde nicht ganz erfüllt, bedingt dadurch, dass im II. und III. Quartal der Anfall an Frauenmilch zurückgegangen war. Es ist aber bereits bei der letzten Auszahlung ein Ansteigen zu verzeichnen, so dass mit Sollerfüllung gerechnet werden muss."*¹⁹⁵

Ob der Plan erfüllt wurde, ging aus den Akten nicht hervor. 1958 wurden 5830 Liter Milch eingenommen, für 1959 rechnete die Sammelstelle mit 4810 Litern¹⁹⁶. In diesen Jahren nahmen die Spenden offenbar ab. Auch 1961 wurde in der "Analyse des Volkswirtschaftsplanes Potsdam" ein Rückgang der Frauenmilchspende verzeichnet¹⁹⁷. Über die Zeit danach existierten in den Archiven keine Unterlagen. 1958 wurden die letzten Lebensmittelmarken in der DDR abgeschafft¹⁹⁸. Um ein einheitliches Preisniveau zu erhalten, wurden die Preise für die bis dahin rationierten Waren erhöht und für Lebensmittel der HO gesenkt. Gleichzeitig trat eine Verordnung in Kraft, die u.a. für Kinder bis zu neun Jahren und werdende Mütter ab dem vierten Schwangerschaftsmonat eine vorrangige Versorgung mit Trinkvollmilch vorsah¹⁹⁹. Auf eine sogenannte "Bezugsanmeldung" konnte für Kinder bis zum Ende des ersten Lebensjahres statt Milch auch "Babysan" bezogen werden (Abb.11)²⁰⁰.

¹⁹³ Kayser, K.: Leitfaden. In der Neuauflage übernahm Konrad Kayser zum großen Teil wortwörtlich die alte Fassung. Nur an einigen Stellen paßte er seine Formulierungen der neuen Gesellschaftsordnung an und so wurde z.B. aus der "Regierung des Nationalsozialistischen Deutschlands" die "Regierung der Deutschen Demokratischen Republik". Vgl. S.1.

¹⁹⁴ Springer, Skadi: Frauenmilchsammlung - ein alter Zopf? In: PerinatalMedizin Band 10, Heft 3 (Dezember 1998), S.84-87, hier S.84. In "Die Frau von heute" (1954) ist bereits von 65 FMS die Rede. Vielleicht mußten bis 1959 drei Einrichtungen geschlossen werden.

¹⁹⁵ SAP Sign. 2182, S.73: Haushaltsanalysen des 1.- 3. Quartals 1957.

¹⁹⁶ SAP Sign. 2183: Haushaltsanalyse im Gesundheitswesen 1959.

¹⁹⁷ SAP Sign. 1949, S.271.

¹⁹⁸ GBl. der DDR 1958 Teil I Nr.33 (29.5.1958), S.413.

¹⁹⁹ Ebenda, S.431/432: Verordnung über die Milchversorgung nach Abschaffung der Lebensmittel-

karten.

²⁰⁰ Ebenda. Die Bezugsanmeldungen wurden durch Kartenstellen an Straßen- und Hausvertrauensleute abgegeben, die für die Verteilung zuständig waren. Diesen mußte für Kinder im ersten Lebensjahr die Geburtsurkunde und für Schwangere und Stillende eine Bescheinigung der Schwangeren- bzw. Mütterberatungsstelle vorgelegt werden. Verkaufsstellen, in denen die Milch und Babysan bezogen werden konnte, sollten besonders gekennzeichnet sein.

Diese künstliche Babynahrung und die wenigen anderen Säuglingsnährmittel dieser Zeit waren noch keine Fertignahrungen, sondern Trockenmilchpräparate. Aus den Akten des Potsdamer Gesundheitswesens geht hervor, daß die Versorgung damit bis Mitte der 60er Jahre ein Problem war. Während in manchen Kreisen die Lieferung so groß war, daß die Nährmittel überalterten, fehlten sie andernorts. Auch die interviewten Frauen erinnerten sich lebhaft an die Versorgungsmängel, aber auch an die Schwierigkeiten der Zubereitung dieser ersten künstlichen Nahrung. Einige betonten, daß es daher viel einfacher war, zu stillen. Manche Frauen fuhren nach Westberlin, um sich dort mit besserer Babynahrung zu versorgen. Aber das führte zu neuen Problemen, wie Gisela S., die 1957 ihr erstes Kind zur Welt brachte, beschrieb:

"Und die Ersatznahrung war schlecht damals in der DDR, das war ja der Grund für die vielen Ernährungsstörungen. Im Westen hatten sie wohl schon bessere Sachen da, so Muttermilchersatzpulver...und wer konnte, der ist ja damals nach Westberlin rübergefahren, war ja noch vor der Mauer, und hat sich aus dem Westen was geholt...Aber das war natürlich mit dem Umtausch sehr schlecht...das konnten sich auch nicht alle leisten. ...Das wollte man sich auch nicht ständig leisten und dann hat man durcheinander gefüttert, mal hat man das westliche gegeben, mal hat man das östliche gegeben, für die Neugeborenen und ganz kleinen Säuglinge, wenn keine Muttermilch da war und dann traten diese Ernährungsstörungen überhaupt auf"²⁰¹.

Eine Analyse des Referates Mutter und Kind für die Jahre 1956 und 1957 zeigte, daß Ernährungsstörungen im Bezirk Potsdam eine der häufigsten Todesursachen von Säuglingen waren. Als ein Grund der Erkrankungen wurde auch hier die "mangelhafte Streuung und Überalterung des Babysan" angesehen²⁰². Über eine breitere Versorgung mit Frauenmilch für Säuglinge in den ersten Lebensmonaten wurde in darauf folgenden Beschlüssen zur Beseitigung der Ursachen nicht diskutiert, obwohl einige Kinderärzte/innen auch für den prophylaktischen Einsatz von Frauenmilch plädierten. Auch aus den Berichten der Mütterberatungsstellen des Bezirkes Potsdam von 1957 bis 1961 geht hervor, daß die meisten der ernährungsgestörten Kinder bis zum Beginn ihrer Erkrankung mit Zwiemilch (Muttermilch und industrielle Nahrung) oder künstlich ernährt wurden²⁰³. Bei der Auswertung dieser Berichte war ich erstaunt, wie wenig Kinder mit gespendeter

²⁰¹ Gisela S., S.2/3.

²⁰² BLHA Rep.401/5686: Entwicklung und Tätigkeit des Referates Mutter und Kind 1956 bis 1963.

²⁰³ Neben den hier genannten war nur noch ein Bericht über das letzte Halbjahr 1952 im Archiv vorhanden und auch die von mir ausgewerteten sind zum Teil lückenhaft.

Frauenmilch ernährt wurden. So erhielten 1957 von 14 348 erkrankten Kindern im Bezirk Potsdam nur 328 Frauenmilch, 1958 waren es 296 von 14 189²⁰⁴.

1958 wurde in der DDR das "Gesetz über den Mutter- und Kinderschutz und die Rechte der Frau" verändert²⁰⁵. Die Geburtenbeihilfe wurde erweitert und ab dem ersten Kindes gezahlt. Mütter erhielten nun erstmals ein monatliches Stillgeld von 10 DM während der ersten sechs Lebensmonate des Kindes. Dazu mußten sie eine von der Mütterberatungsstelle ausgestellte Stillkarte vorweisen. Im Oktober 1959 erhöhte sich die Bezahlung der gespendeten Milch und blieb bis 1989 konstant bei elf Mark pro Liter²⁰⁶. In den 50er Jahren blieb Frauenmilch in der DDR das Mittel zur Ernährung von Frühgeborenen und kranken Säuglingen in den Kinderkliniken. Allerdings mehrten sich Diskussionen um die Anreicherung der Milch mit Eiweiß, um den hohen Bedarf von Frühgeborenen zu decken. Das Für und Wider roher und sterilisierter Frauenmilch war auch in der DDR Gegenstand lebhafter medizinischer Diskussionen und Untersuchungen. In diese Forschungen waren nicht nur Mediziner/innen, sondern auch Nahrungsmittelhygieniker/innen z.B. aus dem Zentralinstitut für Ernährung der Akademie der Wissenschaften der DDR in Potsdam-Rehbrücke involviert²⁰⁷. Es gab Versuche, Frauenmilch durch Zugabe von Milch- und Zitronensäure oder durch UV-Bestrahlung keimfrei zu machen und durch Gefriertrocknung zu konservieren²⁰⁸. Auch die Entdeckung von Antibiotika fand Eingang in die Forschung. So wurde in einigen FMS Streptomycin als Konservierungsmittel für rohe Milch verwendet. Allerdings hatten auch diese Methoden Nachteile oder es fehlte an technischen und wirtschaftlichen Möglichkeiten und so blieb es in vielen FMS weiterhin bei der Sterilisation durch Erhitzen. Die Verfütterung von roher Milch war meist nur dort möglich, wo die Sammelstelle direkt an eine Kinderklinik angeschlossen war. Mußte die Milch, wie in Potsdam, zu einer außerhalb gelegenen Kinderklinik transportiert oder von Privatpersonen geholt werden, war das Risiko der Keimbesiedlung zu hoch und die

²⁰⁴ BLHA Rep. 401/6595: Halbjahresberichte der Mütterberatungsstellen im Bezirk Potsdam für 1957/58.

²⁰⁵ GBl. der DDR 1958 Teil I Nr.33, S.416.

²⁰⁶ GBl. der DDR 1959 Teil I Nr.62 (12.11.1959), S.815: Anordnung Nr.3 über FMS.

²⁰⁷ Kayser, Konrad: Der Einfluß der Vacuumtrocknung auf rohe und sterilisierte Frauenmilch. In: Kinderärztliche Praxis 1958, S.388-390, hier S.389.

²⁰⁸ Vgl. u.a. Russ, E.: Studien über die Rohkonservierung von Frauenmilch durch Zitronensäure. In: Kinderärztliche Praxis 1951, S.314-317; Berichte kinderärztlicher Gesellschaften, ebenda, S.540-542.

Sterilisation selbstverständlich. Die Bedeutung der FMS und der Spenderinnen in den 50er und 60er Jahren beschrieben zwei Autoren folgendermaßen:

"Heute können wir die Frauenmilchsammelstellen auf den Schild erheben, der Schirm und Wehr im Kampfe gegen die Säuglingssterblichkeit darstellt. ...Muttermilchspenderinnen sind wertvollste volksgesundheitliche Helferinnen und tatbereite Kämpferinnen im friedlichen Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit. ...Geholfen wurde vielen Kindern des deutschen Volkes durch eine hilfsbereite Tat der deutschen Mütter. Sie mögen weiterhin in Frieden Segen des Lebens spenden!"²⁰⁹

"Eine wertvolle und wichtige Waffe im Kampf gegen die Säuglingssterblichkeit sind die seit über 50 Jahren in zunehmenden Maße in vielen deutschen Städten eingerichteten Frauenmilchsammelstellen."²¹⁰

Interessant sind hier die Beschreibungen mit Hilfe von Kriegsmetaphern, die auch häufig im sonstigen offiziellen Sprachgebrauch der DDR zu finden waren. Auch in der Bezeichnung "Kommissionen zur Bekämpfung/Senkung der Säuglingssterblichkeit", die 1956/57 "anlässlich der 1956 durchgeführten statistischen Erhebung über die Säuglingssterblichkeit...ins Leben gerufen" wurden, tauchte die Metapher des Kampfes wieder auf²¹¹. Diese Gremien gab es in jedem Bezirk und ihr gehörten zum Beispiel in Potsdam die leitenden Kinderärzte der Bezirkskrankenhäuser, der Bezirkshygieniker und ein "erfahrener" Kinderarzt eines Kreiskrankenhauses an²¹². Sie sollten die Ursachen für die Säuglingssterblichkeit untersuchen und entsprechende Maßnahmen dagegen entwickeln und durchsetzen. Jeder Sterbefall bis zum 16. Lebensjahr wurde ausgewertet und eine Einschätzung über die Qualität der ärztlichen und pflegerischen Maßnahmen gegeben. Dazu gehörte auch die Untersuchung sonstiger Begleitumstände, wie sozialer Status und Bildungsniveau der Eltern, Einhaltung der Aufsichtspflicht, rechtzeitige Inanspruchnahme medizinischer Hilfe und Effektivität fürsorglicher Maßnahmen²¹³. Analog den Bezirkskommissionen wurden 1960 in den Kreisen Fachkommissionen gegründet, denen u.a. Fürsorgerinnen, Krippenleiterinnen, Mitarbeiter/innen des Deutschen Roten Kreuzes (DRK) und des DFD und

²⁰⁹ Eckardt, F.: Frauenmilchsammelstellen, S.35/36.

²¹⁰ Köhler, Otto: Der Säugling. Seine Entwicklung, Pflege und Ernährung. Leipzig 1963, S.89.

²¹¹ BLHA Rep.401/8081: Analysen zur Entwicklung des Mutter-, Kinder- und Jugendschutzes und Arbeitspläne des Referates Mutter und Kind 1958 bis 1964. Die Bezeichnung variierte in den Akten zwischen Kommissionen zur Bekämpfung oder zur Senkung der Säuglingssterblichkeit.

²¹² BLHA Rep. 401/3586: Brief des Rates des Bezirkes Potsdam, Abteilung Gesundheits- und Sozialwesen vom 6.10.1960.

Vertreter/innen der Abteilung Handel und Versorgung, sowie der Kreishygieneinspektion angehörten²¹⁴. In einer Sitzung der Fachkommission Rathenow 1960 ging es Ursachen für die überdurchschnittliche Säuglingssterblichkeit in der Stadt, wobei die hier erörterten Probleme nicht nur für Rathenow typisch gewesen sein dürften. In die Kritik geriet u.a. die Klinikentbindung. Die leitende Fürsorgerin berichtete von einer nachlassenden Stillfreudigkeit, die auch auf den herrschenden Personalmangel im Krankenhaus zurückzuführen sei²¹⁵. So wäre von 26 verstorbenen Säuglingen nur einer länger als sechs Wochen gestillt worden. Während eine Hebamme bei einer Hausentbindung täglich 1½ Stunden Zeit für eine Mutter hatte, konnten Frauen im Krankenhaus nur ca. 10 Minuten betreut werden. Die Fürsorgerin erzählte, daß alle Frauen nach einer Hausentbindung ausreichend Milch für ihre Kinder hatten und darüber hinaus noch Muttermilch abgeben konnten²¹⁶. Die Leiterin der Kinderkrippe argumentierte, daß auch die Berufstätigkeit der meisten Mütter zu einem vorzeitigen Abstillen führe. Um diesem Problem abzuhelpfen wurde angeregt, den Schwangerschafts- und Wochenurlaub für Mütter zu verlängern, der zu dieser Zeit fünf Wochen vor und sechs Wochen nach der Geburt betrug²¹⁷. Dieser wurde aber erst 1963 von 11 auf 14 Wochen erhöht²¹⁸. Ab Ende 1964 gehörten den Bezirkskommissionen nur noch Ärzte/innen an. Die Gründe für diese Veränderung war den Akten nicht zu entnehmen. Inwieweit die Arbeit der Frauenmilchsammelstellen als eine Maßnahme zur Senkung der Säuglingssterblichkeit in diesen Gremien zur Diskussion stand, ist unklar. In den Berichten und Maßnahmeplänen des Bezirkes Potsdam gab es lediglich Verweise auf mehrere FMS im Bezirk Potsdam. Im Vordergrund der Maßnahmen standen vor

²¹³ Syllm-Rapport, I.: 25 Jahre Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit in der DDR-Ergebnisse und Aufgaben. In: Kinderärztliche Praxis 1974, S.433-438, hier S.435.

²¹⁴ BLHA Rep.401/6597: Protokoll über die Sitzung der Kommission zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit in Rathenow vom 7.Mai 1960. Ich vermute, daß die Zusammensetzung der Kommissionen in anderen Kreisen ähnlich gewesen sein wird.

²¹⁵ Ebenda. Die personellen Probleme im stationären Pflegebereich gab es bis zum Ende der DDR. Neben der Flucht in den Westen, wechselten viele Krankenschwestern innerhalb des Landes in besser bezahlte Arbeitsbereiche. Vgl. Spaar, Horst: Der Einfluß personeller Verluste, insbesondere von Ärzten, auf die Gesundheitspolitik der SED und die Entwicklung des Gesundheitswesens. In: Das Gesundheitswesen der DDR - zwischen Konzept und Realität. Dokumentation der wissenschaftlichen Arbeitstagung (Berlin den 26.November 1994), S.6-28, hier S.11; Derselbe: Thesen zur Entwicklung des Gesundheitswesens der DDR. In: Dokumentation 1994, S.58-60, hier S. 59.

²¹⁶ BLHA Rep. 401/6597.

²¹⁷ Vgl. BLHA Rep. 401/6595 und 6597.

²¹⁸ GBl. der DDR 1963 Teil II Nr.82 (5.9.1963), S.636.

Liebe Mutter!



Sie haben das Glück, Ihr Kind stillen zu können, und damit eine weitgehende Sicherheit, daß es gesund bleibt. Bitte, denken Sie aber auch einmal daran, daß manche andere Mutter nicht zu stillen vermag, so sehr sie auch ihrem Kinde die dringend benötigte Muttermilch zuführen möchte. Viele unserer Säuglinge in den Kliniken bedürfen dringendst der Frauenmilch, damit wir sie ihren Müttern gesunderhalten können. Ja, Frauenmilch ist für sie das allerwesentlichste und durch nichts ersetzbare Heilmittel!

Deshalb: Verschenden Sie nicht Ihren Überfluß!

Geben Sie, was Ihr Kind an Muttermilch nicht braucht, an eine Frauenmilchsammelstelle; Sie können die Kinder anderer Mütter retten.

Das bedeutet für Sie selbst kaum Mühe. Es ist Ihrem Körper förderlich, und es sichert Ihrem eigenen Kind die natürliche Nahrung auf längere Zeit, da nur durch das Leertrinken oder Abpumpen die

Milchbildung in Gang gehalten wird. Folgendes allerdings bitten wir Sie dabei genau und verantwortungsbewußt zu beachten, denn nur eine einwandfreie Frauenmilch kann unseren kleinen Kranken und den Frühgeborenen helfen:

1. Geben Sie Ihren Überfluß, aber erst nähren Sie Ihr Kind! Ihm darf durch die Abgabe an die Frauenmilchsammelstelle kein Tropfen entgehen, den es selbst benötigt.
2. Halten Sie sich genauestens und peinlich an die Vorschriften, die Ihnen die Frauenmilchsammelstelle für den Umgang mit der Milch, für die Entleerung der Brust und für die Behandlung der Flaschen erteilt.
3. Seien Sie peinlich sauber in allem, was mit der Milch und ihrer Gewinnung zu tun hat. Näheres erfahren Sie in Ihrer Mütterberatungsstelle oder direkt in der Frauenmilchsammelstelle.

Für jeden Liter Frauenmilch erhalten Sie 11,- DM. Sie werden Ihnen helfen, sich in der Zeit, in der Sie Milch spenden, besonders gut zu ernähren.



DEUTSCHES HYGIENE-MUSEUM DRESDEN

Zentralinstitut für medizinische Aufklärung

Dresden A 1, Lingnerplatz 1

Bestell-Nr. 4 IIZ-9-19 IG 14-86-91 7383

Abb. 12

Jud. Nr. 2000/744

M/7-III

allein die Aufklärung der Mütter über die Bedeutung des Stillens und deren Anleitung zur Herstellung künstlicher Nahrung²¹⁹.

1960 erschien vom Hygiene-Museum Dresden ein Merkblatt, das Frauen zur Abgabe überschüssiger Milch aufforderte (Abb.12)²²⁰. Das damalige "Zentralinstitut für medizinische Aufklärung" verband hier die Werbung mit der Aufforderung, den hygienischen Hinweisen der FMS unbedingt Folge zu leisten. 1962 fand die dritte Arbeitstagung der Leiter/innen von FMS in Pforzheim statt²²¹. An dieser internationalen Tagung nahmen keine Mediziner/innen aus der DDR teil. Grund war vermutlich die 1961 geschlossene Grenze zur BRD. Vorerst erhielten die ostdeutschen Ärzte/innen aber noch durch die Veröffentlichungen in der "Kinderärztliche(n) Praxis" einen Einblick in aktuelle bundesdeutsche Diskussionen. Aus dem Tagungsbericht geht hervor, daß nur in Deutschland Versuche zur Konservierung von roher Milch gemacht wurden. Andere Länder, wie die Schweiz, Österreich, England und Frankreich verwandten generell pasteurisierte Milch. Außerdem wurde auf eine Entwicklung in den USA aufmerksam gemacht, die später auch in der DDR einsetzen sollte. Die immer erfolgreichere Entwicklung industrieller Säuglingsnahrung in Amerika hatte zur Folge, daß in manchen Entbindungsstationen 95% der Neugeborenen von Anfang an künstlich ernährt wurden. Französische Mediziner/innen sprachen darüber hinaus mögliche juristische Probleme der FMS an. Dabei ging es unter anderem um das Rechtsverhältnis zwischen Milchspenderinnen, Sammelstelle und Milchabnehmern/innen. Während eine Amme mit den Eltern des Kindes durch einen Anstellungsvertrag verbunden sei, schließe eine FMS mit den spendenden Frauen quasi einen Kaufvertrag ab. Die Spenderinnen erhielten keinen regelmäßigen Lohn, sondern würden entsprechend der gelieferten Menge bezahlt. Somit seien die Frauen für die Milch verantwortlich und könnten, im Falle eines Betruges, wie der Streckung der Milch mit Wasser oder Kuhmilch, gerichtlich zur Verantwortung gezogen werden. Während also im Fall

²¹⁹ So konnten bspw. Frauen nach der Entbindung im Bezirkskrankenhaus Potsdam in der Milchküche der Station die Zubereitung von Säuglingsnahrung lernen. Vgl. SAP Sign. 2102, S.12: Brief des Kreisarztes beim Rat der Stadt Potsdam an das Referat Mutter und Kind beim Rat des Bezirkes vom 23.1.1962 auf ein Schreiben des Bezirkes vom 24.12. 1961 zum Beschluß des Präsidiums des Ministerrats vom 10.11.1960 zur weiteren Entwicklung des Mutter- und Kinderschutzes. In: Schriftverkehr mit dem Rat des Bezirkes 1962.

²²⁰ DHM Sign. 2000/744, M/7-III.

²²¹ Berichte kinderärztlicher Gesellschaften. 3. Arbeitstagung der Leiter und Leiterinnen von Frauenmilchsammelstellen 18. bis 20. Mai 1962 in Pforzheim. In: Kinderärztliche Praxis 1962, S.465-470 und 514-518.

einer Amme die ganze Person im Sinne einer Berufstätigkeit betrachtet wurde, ging es bei den Spenderinnen um ihr "Produkt", das sie verkauften. Somit stellte der Verkauf der Milch keine Spende mehr im ideellen Sinne dar, denn das mittelhochdeutsche Wort "Spende" bedeutet eigentlich Geschenk, Gabe oder Almosen. Eine Bezahlung ist in diesem Konzept nicht vorgesehen²²². In der Anordnung über FMS von 1959 wurde die Vergütung als Entschädigung bezeichnet. Heutzutage wird meistens von Aufwandsentschädigung gesprochen²²³. Insgesamt bleibt unklar, als was die Bezahlung von Frauenmilch in der DDR angesehen wurde. Über juristische Probleme im Zusammenhang mit der Frauenmilchspende wurde in der "Kinderärztliche(n) Praxis" nie diskutiert.

Die Arbeit der FMS Potsdam in den 60er Jahren bleibt weitestgehend im Dunkeln, da sich keine Mitarbeiterin aus dieser Zeit meldete. Die ehemaligen Spenderinnen erzählten, daß die Milch sowohl in die Sammelstelle gebracht, als auch von zu Hause abgeholt werden konnte. Darüber hinaus waren auch Busfahrer in die Sammlung involviert. Herbert T., der von 1961 bis 1968 die Buslinie Caputh-Potsdam fuhr, erinnerte sich, daß die Milch von ca. 22 bis 25 Linien aus dem Umland am zentralen Busbahnhof in Potsdam von den Schwestern der FMS abgeholt wurde. Er selbst nahm 1961 regelmäßig die Milch zweier Frauen mit nach Potsdam. Wie aus den Interviews zu schließen war, dürfte sich die FMS zu diesem Zeitpunkt noch in Potsdam befinden haben und erst gegen Ende der 60er Jahre in die Kinderklinik nach Babelsberg umgezogen sein.

In medizinischen Kreisen wurde auch in den 60er Jahren über die Unterschiede zwischen roher und erhitzter Frauenmilch, aber auch schon vereinzelt über Alternativen zur Frauenmilch diskutiert. Insgesamt nahmen in diesem Jahrzehnt die Diskussionen über Frauenmilch und FMS in der Zeitschrift "Kinderärztliche Praxis" allerdings ab.

3.3.3. Die 70er und 80er Jahre

²²² Die Durchführungsanweisungen für FMS von 1952 stehen im Gesetzblatt im Anschluß an die Durchführungsbestimmungen zum Gesetz über öffentliche Sammlungen und Veranstaltungen zur Erlangung von Spenden. Vgl. GBl. der DDR 1952 Nr.47 (22.4.1952), S.302.

²²³ Auch die Bezahlung der Blutspende, die im gleichen Gesetzblatt direkt vor der Anordnung über Frauenmilchsammelstellen geregelt wurde, hieß Entschädigung. Vgl. GBl. der DDR 1959 Teil I Nr.62, S.815; zur Bezeichnung "Aufwandsentschädigung" vgl. Interview mit Prof. Radke, S.2.

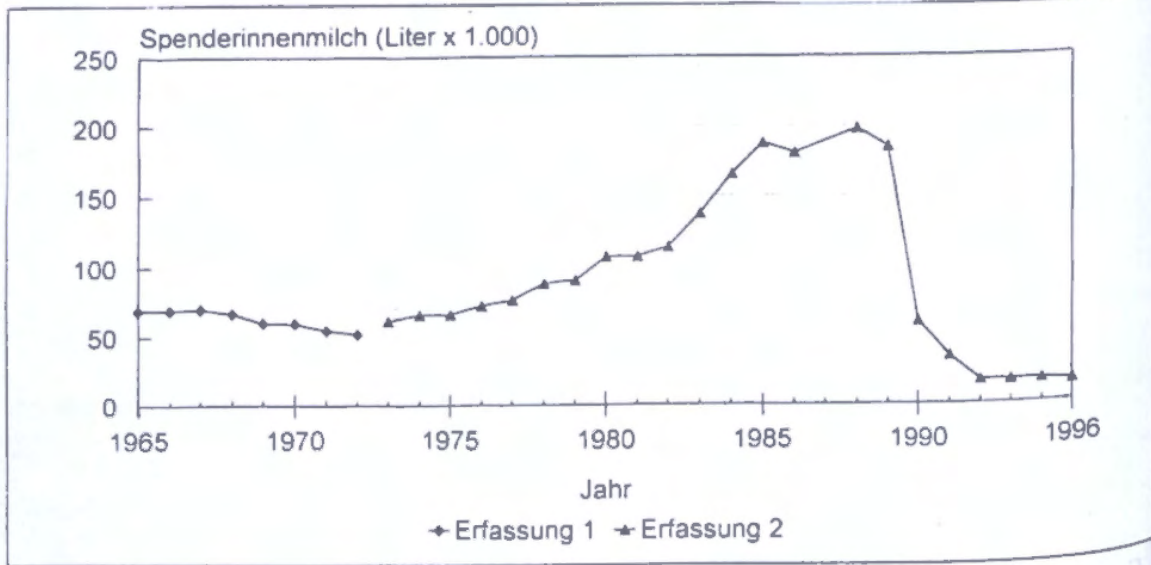


Abb.13

1971 setzte eine Veränderung in der Wirtschafts- und Sozialpolitik ein, die auch Folgen für die Frauen- und Familienpolitik hatte. Ab 1972 wurden zahlreiche sozialpolitische Maßnahmen verabschiedet. Dazu gehörte auch die Erhöhung des Schwangerschafts- und Wochenurlaubs auf 18 Wochen. Die neuen sozialpolitischen Gesetze und Bestimmungen sollten die Vereinbarkeit von Mutterschaft und Beruf ermöglichen, um weiterhin eine hohe Frauenerwerbsbeteiligung zu sichern und gleichzeitig die seit 1962 gesunkene Geburtenrate zu erhöhen. In den kommenden Jahren wurden in der DDR zunehmend mehr künstliche Säuglingsnahrungen entwickelt. Es gab verschiedene Milchpulver, wie Milasan, Babysan und Citrosan, und Breinahrungen, wie KiNa²²⁴, die vor der Verfütterung nur noch erwärmt werden mußten und damit den berufstätigen Frauen die Ernährung ihrer Kinder erleichtern sollten. Die Diskussionen um Frauenmilch wurden immer spärlicher. Im Mittelpunkt der wenigen Beiträge stand die Anreicherung der Milch mit kalorischen Zusatzstoffen oder Mineralien. Ab 1973 publizierten in dem nun als "Organ der Gesellschaft für Pädiatrie der Deutschen Demokratischen Republik"²²⁵ fungierenden Fachblatt nur noch ostdeutsche Mediziner/innen. Bundesdeutsche oder internationale Diskussionen fielen weg. Seit Ende der 60er Jahre ging das Spendenaufkommen in der DDR zurück (Abb.13). Die Ursachen dafür könnten u.a. in neuen ernährungsphysiologischen Erkenntnissen, einer zunehmenden Entwicklung industrieller Säuglingsnahrung und einer geringeren Werbung für die Spende liegen. So hieß es 1974 in einem Artikel über die Ernährung von Neugeborenen:

*"In den letzten Jahren hat sich ein Wandel in der Frage der Ernährung von Neugeborenen mit niedrigem Geburtsgewicht...in den ersten Lebenstagen vollzogen...Diese modernen Ernährungskonzeptionen beruhen auf neuen Kenntnissen über den Kalorien- und Nährstoffbedarf einerseits sowie über die körpereigenen Reserven andererseits."*²²⁶

In diesem Beitrag ging es um eine dem jeweiligen Entwicklungsstand des Neugeborenen angepaßte künstliche Ernährung. Frauenmilch spielte dabei keine

²²⁴ Bericht über den II. Nationalen Kongreß der bulgarischen Pädiater mit internationaler Beteiligung in Sofia vom 8. bis 11. Oktober 1970. In: Kinderärztliche Praxis 1971, S.282-284, hier S.283.

²²⁵ Kinderärztliche Praxis 1973, S.1/2. Die Zeitschrift gab es bereits seit 1932. Bis 1973 war ein internationales Ärzteteam an der Herausgabe beteiligt. (Da im Impressum die Vornamen grundsätzlich nur in abgekürzter Form aufgeführt sind, ist unklar, ob auch Ärztinnen dabei waren.) Ab 1990 galt die Zeitschrift als "Organ der Gesellschaft für Pädiatrie". 1994 wurde sie integriert und erscheint nun als "Sozialpädiatrie und Kinderärztliche Praxis".

²²⁶ Beyreiss, K.: Parenterale Ernährung von Neugeborenen mit niedrigem Geburtsgewicht. In: Kinderärztliche Praxis 1974, S.226-234, hier S.226/227.

Rolle mehr. In derselben Ausgabe der "Kinderärztliche(n) Praxis" erschien auch ein Artikel über chemisch definierte Nahrungen in der Kinderheilkunde, deren Entwicklung durch die Raumfahrt neue Impulse erhielt²²⁷. Dabei handelte es sich um Nährstoffe, deren einzelne Bestandteile auch in natürlichen Nahrungsmitteln vorkommen. Die Vorteile wurden in der guten Aufnahme und Verdauung durch den Körper, der unbegrenzten Lagerfähigkeit, dem geringen Gewicht und der beliebigen Variierbarkeit ihrer einzelnen Bestandteile gesehen. Bis zu diesem Zeitpunkt wandten Mediziner/innen solche Nahrungen nur bei speziellen Krankheiten an. Der Verfasser plädierte nun auch für deren Einsatz in der Frühgeborenenernährung. Bis 1977 wurde in der Fachzeitschrift nicht mehr über die Ernährung mit Frauenmilch diskutiert. In diesem Jahr resümierten zwei Autoren eines Buches über Säuglingsernährung einen übergroßen Optimismus in Bezug auf die künstliche Nahrung und setzten sich wieder für eine stärkere Verabreichung von Frauenmilch ein²²⁸. Allerdings plädierten sie für die Gefriertrocknung als schonendste Konservierungsmethode, da so die wichtigen Wirkstoffe der Frauenmilch nicht zerstört würden und wiesen aus wirtschaftlicher Sicht darauf hin, daß wenige leistungsfähige Sammelstellen ausreichen würden, den Bedarf an gefriergetrockneter Milch zu decken.

Einen Einblick in die Arbeit der Frauenmilchsammelstelle Potsdam in den 70er und 80er Jahren vermittelte Rosemarie G., die seit 1971 in der Milchküche der Potsdamer Kinderklinik arbeitete und gegen Ende der 70er Jahre die Leitung der FMS übernahm²²⁹. Seit dem Umzug der FMS in die Kinderklinik wurde die Milch zunächst überwiegend aus den Haushalten der Spenderinnen abgeholt. So erhielten die Mitarbeiterinnen gleichzeitig einen Einblick in die hygienischen Verhältnisse der Frauen. Waren die Frauen berufstätig, wurde die Milch anfangs auch noch von der Arbeitsstelle abgeholt. Frau R. spendete 1970 und arbeitete damals als Drogistin²³⁰. Sie erinnerte sich, daß die Mitarbeiterinnen der FMS jeden Tag bei ihr im Laden

²²⁷ Heine, W.: Chemisch definierte Nahrungen in der Kinderheilkunde. In: Kinderärztliche Praxis 1974, S.385-391.

²²⁸ Plenert, Wolfgang/Ursula Lehnert: Säuglingsernährung. Leipzig 1977, S.58 und 69.

²²⁹ An den genauen Zeitpunkt konnte sich Rosemarie G. nicht mehr erinnern. Dieses Jahrzehnt war in Bezug auf die FMS Potsdam schwer zu recherchieren. Im Stadtarchiv Potsdam und im Brandenburgischen Landeshauptarchiv waren Unterlagen des Potsdamer Gesundheitswesens aus den 70er Jahren insgesamt so gut wie nicht vorhanden.

²³⁰ Transkript der Erzählung von Frau R. auf meinen Anrufbeantworter am 22.7.1999.

vorbeikamen und die vollen Flaschen gegen leere tauschten. Auch die Milch von Helga P. holten die Mitarbeiterinnen 1971 noch von ihrer Arbeitsstelle ab:

"Also z.B. bei der Armee, wo ich da in der Küche gearbeitet habe, da bin ich in den Duschaum gegangen, habe mich hingesetzt und habe abgepumpt und denn hatte ich natürlich das Glück, daß wir ja große Kühlschränke hatten...ich war ja nicht zu Hause, wenn die (Mitarbeiterinnen der FMS, J.T.) kamen, also mußten die die Milch immer bei der Armee abholen..."²³¹

Wie Helga P. nutzten einige der befragten Frauen gesetzlich festgelegte Stillpausen, um ihre Milch abzupumpen oder ihre Kinder in der Betriebskinderkrippe zu stillen. Ein bezahltes Babyjahr gab es zu diesem Zeitpunkt noch nicht und viele Frauen gingen nach dem Mutterschutz sofort wieder arbeiten. Hausfrau zu sein, war außerdem verpönt und wurde zum Teil von jüngeren Frauen auch nicht mehr angestrebt. Teilzeitarbeit war nur bedingt möglich. Rosemarie G. kannte das Abholen der Milch aus den Betrieben nicht. Ihrer Erinnerung nach wurde die Milch zu ihrer Zeit auch nicht mehr von den Spenderinnen gebracht, sondern nur noch bei ihnen zu Hause abgeholt. Das lag sicher auch an der dezentralen Lage der FMS, die nach dem Umzug nach Babelsberg nicht mehr so einfach zu erreichen war. Damit führte hier eine geographische Veränderung zu einem Wandel einer jahrelang ausgeübten Praxis. Auf der anderen Seite hatten die Mitarbeiterinnen nun die Möglichkeit, den Haushalt aller spendenden Frauen zu kontrollieren. In der FMS prüften die Mitarbeiterinnen die gesammelte Milch auf Säuregrad und Kuhmilchzusatz und machten sie durch Sterilisation haltbar. Erst in den 80er Jahren wurde die Milch tiefgefroren gelagert. Eine generelle Untersuchung der Milch auf Bakterien gab es in Potsdam nicht, da der Aufwand zu hoch und zu teuer gewesen wäre. Statt dessen wurden Milchproben ins krankenhauseigene Labor und vierteljährlich zur Hygiene geschickt. Eine Kontrolle auf Medikamente wurde nicht gemacht, man vertraute den Spenderinnen. Später wurde auch nicht mehr auf Kuhmilchversatz geprüft. Das ursprünglich dafür genutzte Gerät konnte nicht repariert werden. Die Kontrolle mittels eines Labfermentes, bei der mögliche Kuhmilchanteile gerinnen, fiel weg, weil das Ferment nicht mehr beschafft werden konnte. So blieb auch hier nur das Vertrauen der Mitarbeiterinnen in die Spenderinnen. Die Milch wurde nur noch innerhalb der Kinderklinik verwendet. Rosemarie G. konnte sich lediglich an zwei bis drei Frauen in ihrer gesamten Zeit als

²³¹ Helga P., S.8.

Leiterin erinnern, die die Milch auf Rezept holten. Die früher üblichen Untersuchungen der Kinder fanden nun nicht mehr in der FMS statt, da es hierfür keine Räumlichkeiten gab. Möglicherweise wurden die Kinder daher in der Kinderklinik oder in den Räumen der Mütterberatungsstellen untersucht. Stillproben wurden nicht mehr gemacht.

Ab Mitte der 70er Jahre wurde in der Politik das Modell der Verbindung von Berufstätigkeit und Mutterschaft relativiert. Die Konkurrenz zwischen Beruf und Familie um das enge Zeitbudget von Frauen wirkte sich auf beide Bereiche negativ aus. Die Geburtenrate erreichte 1975 den tiefsten Stand in der Geschichte der DDR²³². Finanzielle Unterstützungen führten zu keiner Veränderung, daher mußten andere Lösungen gesucht werden. In den Vordergrund rückte nun die Erhöhung der Geburten durch entsprechende sozialpolitische Maßnahmen. So wurde 1976 das bezahlte Babyjahr ab dem zweiten Kind eingeführt. Außerdem wurde der Schwangerschafts- und Wochenurlaub auf 26 Wochen erhöht. Das Spendenaufkommen in der DDR war bis 1972 rückläufig. Der Autor einer medizinischen Arbeit sah die Gründe dafür in der Produktion und Werbung für industrielle Kindernahrung, die mittlerweile qualitativ der Frauenmilch entsprach und eine bequemere Handhabung für Mütter und Pflegepersonal bot. Hinzu kamen seiner Meinung nach der hohe Grad an Berufstätigkeit von Frauen und kosmetische Bedenken gegenüber dem Stillen²³³. Trotz dieser Entwicklungstendenzen stieg das Aufkommen ab 1973 wieder an. Auch die niedrige Geburtenrate von 1975 scheint keine Auswirkungen auf die Menge der gesammelten Milch gehabt zu haben. 1978 brachte das Hygiene-Museum Dresden zwei Faltblätter über die Ernährung von Säuglingen heraus, in denen erstmals auch wieder die Möglichkeit der Frauenmilchspende erwähnt wurde²³⁴. In Potsdam kam es nach Auskunft von Rosemarie G. erst in den 80er Jahren zu einem Rückgang des Milchaufkommens. Während die Mitarbeiterinnen bis Anfang der 80er Jahre noch jeden Tag Milch holten, sank die Zahl der Spenderinnen in den nachfolgenden Jahren, so daß sich die Fahrt nur noch jeden zweiten Tag lohnte. Manchmal konnten Frauen aus dem Umland ihre Milch einem Busfahrer mitgeben. Dies beschränkte sich aber nur auf Ausnahmefälle, wenn das Spendenaufkommen sehr gering, der Bedarf aber hoch

²³² Statistisches Jahrbuch der BRD 1998, S.69.

²³³ Schmidt, H.: Geschichte, S.142.

war. Außerdem lag der Busbahnhof seit dem Umzug der FMS nicht mehr in unmittelbarer Nähe. Rosemarie G. hielt diese Praxis allerdings für unhygienisch. Ansonsten wurden Frauen, die viel Milch hatten, hauptsächlich durch die Schwestern der Säuglings- und Wöchnerinnenstation des Potsdamer Bezirkskrankenhauses angesprochen. Die Zusammenarbeit war allerdings nicht immer so, wie es sich Rosemarie G. gewünscht hätte:

"...wir haben natürlich immer viel mit der Entbindung geredet, weil ich doch meine, das A und O hängt bei der Entbindung, daß man Spenderinnen wirbt... aber es hat trotz alledem nicht so geklappt, weil wir oft dann auch von den Müttern gehört haben, die dann entlassen wurden und sich da selber stark gemacht haben...die haben zwar von der Entbindung...einen Hinweis gekriegt, daß sie also spenden können, aber oft ist das wahrscheinlich auch untergegangen. Sie sind jedenfalls nie...darauf hingewiesen worden oder angesprochen worden, daß sie spenden können und das hat uns immer sehr nachdenklich gestimmt."²³⁵

In der "Kinderärztliche(n) Praxis" nahm die Anzahl der Artikel über Frauenmilch ab 1981 enorm zu. Die ernährungsphysiologische Bedeutung der Frauenmilch wurde nun nicht mehr angezweifelt. Im Vordergrund dieser neuen Diskussionsphase stand vor allem die Verwendung von unbehandelter Milch für untergewichtige Neugeborene und so befaßten sich die Autoren/innen hauptsächlich mit den Methoden der keimarmen Gewinnung von Frauenmilch. Die Argumente für die Ernährung mit sogenannter "nativer" Frauenmilch wurden durch neue Erkenntnisse über einzelne Inhaltsstoffe untermauert und erweitert. Breiteren Raum nahm nun auch die Diskussion um die Methoden der bakteriologischen Untersuchung der Milch ein. Die in den 70er Jahren favorisierte Ernährung von Frühgeborenen mit chemisch zusammengesetzter Nahrung geriet allmählich in die Kritik und es wurde wieder eine Ernährung mit Frauenmilch empfohlen²³⁶. 1981 erschienen die Ergebnisse einer Analyse über die Belastung von Frauenmilch, Kuhmilch und Butter durch Insektenschutzmittel und Weichmacher in Lacken und Anstrichen, die zwischen 1975 und 1978 gemacht worden war²³⁷. Obwohl sich ein erhöhter Gehalt dieser Stoffe auch in der Frauenmilch befand, rieten die Autoren/innen nicht vom Stillen ab,

²³⁴ DHM Sign. 1997/1510: Stillen-die beste Ernährung für den gesunden Säugling; DHM o.S.: Mein Kind soll gesund sein. Ratgeber für werdende und junge Mütter.

²³⁵ Rosemarie G. (2), S.28.

²³⁶ Boehm, G./K. Beyreiss: Die Ernährung untergewichtiger Neugeborener mit nativer Frauenmilch. In: Kinderärztliche Praxis 1984, S.113-126, hier S.116.

²³⁷ Hesse, V. u.a.: Untersuchungen zur Kontamination von Frauenmilch, Kuhmilch und Butter in der DDR mit chlorierten Kohlenwasserstoffen. In: Kinderärztliche Praxis 1981, S.292-309.

da die Vorteile der Milch höher seien als die möglichen Auswirkungen einer kurzzeitigen Gefährdung durch belastete Muttermilch. Empfohlen wurden kontinuierliche Trendanalysen, die sich allerdings in der Zeitschrift nicht wiederfanden, sowie die Beseitigung der Kontaminationsquellen und der Einsatz minder toxischer, leicht abbaubarer Schädlingsbekämpfungsmittel. 1984 ließ das Hygiene-Museum Dresden ein Plakat drucken, das Mütter zum Stillen aufforderte. Das Bild zeigt eine stillende junge Frau und ist mit dem Aufdruck versehen: "Ihre überschüssige Milch nimmt dankbar die Kinderklinik entgegen!"²³⁸. 1985 fand aus Anlaß des 100. Geburtstages von Dr. Marie-Elise Kayser in Görlitz ein Symposium über Frauenmilchsammlung und -konservierung statt²³⁹. An dieser interdisziplinären Tagung nahmen Kinderärzte/innen, Geburtshelfer/innen, Lebensmittelhygieniker/innen, Mikrobiologen/innen und Krankenschwestern teil. Auf dem Symposium wurde betont, daß die Tiefrostung und die Gefriertrocknung die geeignetsten Konservierungsmethoden seien, da Pasteurisierung wichtige Inhaltsstoffe zerstöre. Mitte der 80er Jahre scheint es auch im Bezirk Potsdam ein Umdenken in Bezug auf die Bedeutung von Frauenmilch gegeben zu haben. In den Vordergrund der Diskussionen rückten die Förderung der Stilltätigkeit und die Sammlung von Frauenmilch. In den Maßnahmeplänen zur weiteren Senkung der Säuglingssterblichkeit für den Bezirk Potsdam 1986 und 1987 hieß es dazu unter anderem: *"Die Mütterberatungen fördern die begonnene Stilltätigkeit und unterstützen spendenwillige Frauen bei der Abgabe von Frauenmilch."*²⁴⁰. Wie dringend der Bedarf an Milch zu dieser Zeit in Potsdam möglicherweise war, kann man vielleicht aus dem Maßnahmeplan zur Verbesserung der Betreuungssituation in den Mütterberatungsstellen des Bezirkes Potsdam 1987 erahnen:

*"Die Stillpropaganda ist intensiv zu betreiben und Spenderinnen von Frauenmilch organisatorisch jede Unterstützung (bis zur individuell organisierten Form der Erfassung) bei der Abgabe der Milch zu geben."*²⁴¹.

Und auch in einem Brief an die Abteilung Gesundheits- und Sozialwesen des Rates der Stadt Potsdam hieß es im selben Jahr:

²³⁸ DHM Sign. 1995/823.

²³⁹ Bericht über das "Symposium über Frauenmilchsammlung und -konservierung" am 29. November 1985 in Görlitz. In: Kinderärztliche Praxis 1986, S.589-590.

²⁴⁰ BLHA Rep. 401/22672, S.6: Maßnahmeplan zur weiteren Senkung der Säuglingssterblichkeit für den Kreis Nauen vom 20.10.1986.

Gesundheits- tips



Deutsches Hygiene-Museum
in der DDR

Hilfe durch Frauenmilchspende

- Muttermilch — entspricht in ihrer Zusammensetzung den Bedürfnissen des Säuglings. Eine Überbelastung des Stoffwechsels oder eine Überernährung ist deshalb nicht möglich.
- ist frei von krankheitserregenden Keimen.
 - hat einen hohen Anteil an Abwehrstoffen. Gestillte Kinder sind deshalb weniger krankheitsanfällig.
 - hat die richtige Temperatur.

Muttermilch ist also fraglos die beste Nahrung für den Säugling. Darüber hinaus wird Frauenmilch therapeutisch bei untergewichtigen Neugeborenen, bei Säuglingen mit Nahrungsmittelunverträglichkeiten, mit bestimmten Verdauungsstörungen und nach Operationen eingesetzt. Falls von der eigenen Mutter keine Milch zur Verfügung steht, wird von anderen Müttern gespendete Milch verwendet.

Die meisten großen Kinderkliniken verfügen über eine Frauenmilchsammelstelle, wo die gespendete Milch verarbeitet und konserviert wird.

Frauenmilchspenden helfen unreifen Frühgeborenen und schwerkranken Säuglingen! Für 1 l gespendete Milch erhält die Mutter 11,— Mark.

		Frauenmilch	Kuhmilch
Milchzucker	(g/100 ml)	7,0	4,7
Fett	(g/100 ml)	4,0	3,8
Eiweiß	(g/100 ml)	0,9	3,2
Salz	(g/100 ml)	0,2	0,7
Vitamin C	(mg/100 ml)	4,3	1,1
Vitamin D	(I. u.)	2,2	1,4
Vitamin E	(mg/100 ml)	0,2	0,04
Energie	(kcal/100 ml)	70	68
	(kJ/100 ml)	290	280

III-17-6 JO 14-41-R5 1554 7,5 986

Abb.14

*"Zur Verbesserung der Versorgung mit Frauenmilch ist mit jeder Schwangeren und Wöchnerin ein sorgfältiges Gespräch zur Erlangung der Stillbereitschaft und über die Möglichkeiten der Frauenmilchspende, zu führen. Zur Erhöhung des Aufkommens an Frauenmilch ist zu sichern, daß ausschließlich für diesen Zweck ein Fahrzeug zur Verfügung steht und bei allen spendenden Frauen die Milch abholt. Hier sind die Spender im Landkreis Potsdam eingeschlossen."*²⁴²

Das Hygiene-Museum Dresden brachte 1986 ein Merkblatt zur Frauenmilchspende heraus (Abb.14)²⁴³. 1987 wies auch ein Stillratgeber des Museums auf die Möglichkeit der Spende hin²⁴⁴. Obwohl die künstliche Säuglingsnahrung immer mehr verfeinert wurde und bis Ende der 80er Jahre 91,2% aller Frauen im erwerbsfähigen Alter berufstätig waren²⁴⁵, stieg das Spendenaufkommen in der DDR kontinuierlich an. Möglicherweise war das auch eine Folge des verlängerten Wochenurlaubs und der Möglichkeit, seit 1986 ein bezahltes Babyjahr bereits ab der Geburt des ersten Kindes in Anspruch zu nehmen²⁴⁶. 1986 war die Reaktorkatastrophe in Tschernobyl. Der Vorfall wurde in den Medien der DDR heruntergespielt und es gab auch in der Zeitschrift "Kinderärztliche Praxis" keine Diskussion über mögliche Auswirkungen auf Muttermilch. 1989 wurde erstmals in einem Beitrag auf die Möglichkeit der HIV-Übertragung durch Muttermilch hingewiesen. Es wurde allerdings betont, daß *"aufgrund der epidemiologischen Situation...(noch) keine Gefahr einer Übertragung durch Frauenmilch besteht"*²⁴⁷. Zu dieser Zeit gab es 60 Frauenmilchsammelstellen in der DDR²⁴⁸.

3.3.4. 1990 bis 2001

²⁴¹ In BLHA Rep. 401/22667: Jahresanalysen der Schwangeren- und Mütterberatungsstellen 1981-1987, Abt. Gesundheits- und Sozialwesen, Referat Mutter und Kind, S.3.

²⁴² BLHA Rep. 401/22672: Maßnahmepläne zur weiteren Senkung der Säuglingssterblichkeit im Bezirk Potsdam und in den Kreisen 1986-1987.

²⁴³ DHM o.S.

²⁴⁴ DHM Sign. 1997/2649: Stillen-die beste Ernährung des Säuglings.

²⁴⁵ In diese Zahl sind auch Studierende und Lehrlinge einbezogen. Vgl. Nickel, Hildegard Maria: Mitgestalterinnen des Sozialismus. Frauenarbeit in der DDR. In: Dies. und G. Helwig, G. (1993), S.233-256, hier S.237.

²⁴⁶ GBl. der DDR 1986 Teil I Nr.15 (24.4.1986), S.241: Verordnung über weitere Verbesserungen der Arbeits- und Lebensbedingungen von Familien mit Kindern, hier: bezahlte Freistellung für ein Jahr ab der Geburt des 1. Kindes.

²⁴⁷ Henker, J./Berthild Schmidt: Zur Geschichte der Frauenmilchsammelstelle der Klinik für Kinderheilkunde der Medizinischen Akademie Dresden. In: Kinderärztliche Praxis 1989, S.559-564, hier S.563.

²⁴⁸ Springer, S.: Frauenmilchsammlung, S.84.

Im Herbst 1990 wurde ein Untersuchungsprogramm gestartet, das die Muttermilch in den neuen Bundesländern auf Umweltschadstoffe prüfen sollte. Für die Untersuchung arbeiteten das Institut für Lebensmittelhygiene des Zentralinstituts für Hygiene, Mikrobiologie und Epidemiologie der DDR und das Max-von-Pettenkofer Institut des Bundesgesundheitsamtes der BRD zusammen. Die Analyse war *"Teil einer umfassenden, vom WHO-Regionalbüro für Europa koordinierten internationalen Bestandsaufnahme auf diesem Gebiet."*²⁴⁹. Um regionale Ursachen von Muttermilchbelastungen aufzuspüren und zu beseitigen, wurden Stichproben aus allen ehemaligen Bezirken der DDR genommen. Dazu wurde die Milch von je 40 Müttern gemischt und analysiert. Das Ergebnis lautete: Frauenmilch ist unbedenklich. Aber die gesellschaftlichen Veränderungen in Deutschland gingen an den FMS nicht spurlos vorüber. Die Bedeutung von Frauenmilch für die Früh- und Neugeborenenernährung mußte erneut diskutiert werden. Durch die Angleichung der beiden Gesundheitssysteme verblieben im Jahr 2001 noch 16 Sammelstellen in den neuen Bundesländern²⁵⁰. Erfurt war eine der ersten Frauenmilchsammelstellen, die geschlossen wurden²⁵¹. Das Spendenaufkommen in den neuen Bundesländern ging rapide zurück, wobei die sinkende Geburtenzahl seit der Wende und auch die Vielzahl der nun zur Verfügung stehenden Spezialnahrungen für Frühgeborene eine Rolle gespielt haben könnten. Hinzu kommt nach Meinung von Rosemarie G., daß viele Mütter heute über einen Tiefkühlschrank verfügen und wissen, daß Frauenmilch in gefrorenem Zustand ein halbes Jahr haltbar ist. So würden sich viele Frauen eine eigene Reserve anlegen, falls sie zeitweise nicht stillen könnten oder ihr Milchfluß abnimmt und sie nicht sofort auf Säuglingsnahrung zurückgreifen wollen. Ein weiterer Aspekt ist die Erweiterung der Geburtsmöglichkeiten in den neuen Bundesländern. Heute können Frauen zwischen einer Klinik- oder Hausentbindung wählen oder ihr Kind in einem Geburtshaus zur Welt bringen. Bei einer Geburt außerhalb eines Krankenhauses oder einer ambulanten Klinikgeburt liegt es in der Hand der Hebammen, Frauen zum Spenden zu motivieren. Nach Meinung von Prof. Radke, Kinderarzt und ärztlicher Leiter der FMS Potsdam, hätten aber niedergelassene Hebammen nur selten ein Interesse daran, die Frauen mit der

²⁴⁹ Aus einem Schreiben des Zentralinstituts für Hygiene, Mikrobiologie und Epidemiologie der DDR, datiert vom Herbst 1990, eingesehen in der FMS Leipzig am 21.9.01, o.S.

²⁵⁰ Übersicht der Frauenmilchbanken in der BRD, Stand 9/2001. Tagungsmaterial des 5. Symposiums zur Frauenmilchspende am 21.9.2001 in der Universitätsklinik für Kinder und Jugendliche in Leipzig.

²⁵¹ Information von Dr. Skadi Springer auf dem 5. Symposium zur Frauenmilchspende 2001 in Leipzig.

Arbeit, die das Abpumpen bedeutet, zu konfrontieren. Trotzdem versuche er, Hebammen durch gemeinsame Fortbildungsabende zu erreichen und ihnen die Notwendigkeit der Frauenmilchspende nahe zu bringen. Obwohl Prof. Radke von einer *"Renaissance der Frauenmilchspende"*²⁵² sprach und auch Dr. Springer von Bemühungen erzählte, in den alten Bundesländern FMS einzurichten, wurden dort bis heute keine eröffnet. Hier könnten u.a. die Furcht vor höheren Personal- und Sachkosten und die fehlende Tradition der Ernährung mit Frauenmilch viele Kliniken von der Einrichtung einer eigenen Sammelstelle abhalten. Ob eine Stadt oder eine Klinik eine FMS einrichtet, hängt u.a. vom Bedarf und dem Engagement der verantwortlichen Kinderärzte/innen ab, wie Prof. Radke resümierte. Da z.B. im Potsdamer Klinikum pro Jahr nur ca. 1000 Kinder geboren und ca. 200 Frühgeborene und kranke Neugeborene betreut werden, gilt hier die Sammelstelle als Bestandteil der Milchküche²⁵³. Im Zuge der Wende wurden die bis dahin bestehenden gesetzlichen Regelungen der DDR für FMS außer Kraft gesetzt. Dadurch galt automatisch wieder die Verordnung über Frauenmilchsammelstellen von 1941, die in der BRD nie erneuert wurde und keine konkreten Durchführungsanweisungen enthielt. 1998 haben Dr. Springer und andere Ärzte/innen eine "Leitlinie für die Einrichtung und zur Arbeitsweise von Frauenmilchbanken", wie die FMS heute zum Teil genannt werden, herausgegeben und damit eine zeitgemäße Arbeitsgrundlage für FMS geschaffen²⁵⁴. Trotzdem findet die Arbeit der FMS in einem gesetzlosen Raum statt, wie Prof. Radke betonte:

*"...es ist eine gesetzlich ungeklärte Situation in Deutschland, weil auch die Länder bisher es nicht geschafft haben,...entsprechende gesetzliche Bestimmungen,...über den Umgang oder die Funktionsweise einer Frauenmilchbank zu erlassen. Das ist ein bedauerlicher Umstand, den muß man kritisieren, denn...es gibt Gesetze für Blutbanken und für alle möglichen Banken...aber es gibt eben keine Gesetze für eine Frauenmilchbank und das ist eine Katastrophe. Wenn wir davon ausgehen, daß in Deutschland ja immerhin, ...60 000 Frühgeborene geboren werden, im Jahr ungefähr...mir fehlt eigentlich hier die, wieder mal die Aufmerksamkeit für das kranke Kind. Das ist das Grundübel unserer Gesellschaft..."*²⁵⁵.

²⁵² Prof. Radke, S.2.

²⁵³ Ebenda; Schicketanz, Sabine: Tiefgekühltes Lebenselixier für Frühchen. In: Potsdamer Neueste Nachrichten 12.4.2000, S.12.

²⁵⁴ Springer, Skadi (Hg.): Leitlinie für die Einrichtung und zur Arbeitsweise von Frauenmilchbanken. Leipzig 1998.

²⁵⁵ Prof. Radke, S.4 und 6.

Die Potsdamer Frauenmilchsammelstelle blieb dank des Engagements des damals zuständigen Kinderarztes bestehen. Heute befinden sich Kinderklinik und FMS zusammen im heutigen Klinikum in Potsdam. Die Arbeit der Sammelstelle wurde allerdings durch den Rückgang des Milchaufkommens erschwert. Die Zahl der Spenderinnen nahm soweit ab, daß die Mitarbeiterinnen nur noch einmal wöchentlich fahren. Neben den bereits genannten Gründen für den Rückgang der Spenden kam für Potsdam hinzu, daß die FMS seit 1989 dreimal umgezogen ist und der Fahrdienst im Laufe der 90er Jahre eingestellt wurde. So mußten die Frauen ihre Milch wieder selbst zur FMS bringen, die bis 1999 dezentral lag. Eine Abgabe der Milch konnte nicht, wie die Frauen das in den 50er und 60er Jahren taten, mit einem Einkauf oder Spaziergang verbunden werden. 1999 hatte die FMS sechs Spenderinnen²⁵⁶. Dabei sagt die Anzahl der Frauen noch nichts über die Menge der gespendeten Milch aus. Hier spielen auch wirtschaftliche Überlegungen eine Rolle, denn das Blut der spendenden Frauen muß heute zweimal im Abstand von sechs Wochen auf Geschlechtskrankheiten, Hepatitis A, B, C, AIDS, Toxoplasmose und Zytomegalie²⁵⁷ untersucht werden. Mit dieser Auswahl der Spenderinnen folgen die FMS den Kriterien für die Blutspende²⁵⁸. Außerdem wird jede abgegebene Flasche Milch bakteriologisch untersucht, bevor sie pasteurisiert und eingefroren wird. Daher wären wenige Frauen, die viel Milch spenden für eine FMS ökonomischer, als viele, die nur kleine Mengen abgeben. Heutzutage wird über jede Spenderin eine Akte angelegt, in der alle Untersuchungsergebnisse vermerkt sind. Seit 1998 muß darin auch der Weg der Milch von der Spende bis zum Verfüttern nachvollziehbar sein, falls es im Falle einer Erkrankung des Säuglings zu rechtlichen Konsequenzen kommen sollte. Daher darf die Milch verschiedener Mütter auch nach der Untersuchung nicht zusammengeworfen werden, wie das zu DDR-Zeiten üblich war. Wenn man all diese Aspekte der Frauenmilchsammlung betrachtet, wäre die Ernährung mit industrieller Säuglingsnahrung einfacher und billiger. Außerdem würden auch die verantwortlichen Ärzte/innen ein geringeres Risiko eingehen, wie Prof. Radke sagte, denn die potentielle Gefahr der Übertragung von

²⁵⁶ Schicketanz, S.: Tiefgekühltes Lebenselixier für Frühchen.

²⁵⁷ Speicheldrüsenvirus-Krankheit: Der Auslöser gehört zur Gruppe der Herpesviren und wird u.a. durch Muttermilch übertragen. Er ist besonders für junge und kleine Frühgeborene gefährlich. Notizen zu einem Redebeitrag von Dr. Dittmer: CMV-Problematik in der Frauenmilch für sehr kleine Frühgeborene. Gehalten auf dem 5. Symposium zur Frauenmilchspende am 21.9.01 in Leipzig.

²⁵⁸ Springer, S.: Frauenmilchsammlung, S.85/86 und Interview Prof. Radke, S.1.

Infektionskrankheiten sei immer vorhanden. Gerade wegen der noch herrschenden Gesetzeslücke sei daher ein sorgfältiger Umgang mit der Spenderinnenmilch wichtig. Die Bezahlung der Spenderinnen ist von Klinik zu Klinik unterschiedlich. In Cottbus wurden 1999 11 DM gezahlt²⁵⁹. Die Frauen in Potsdam erhalten seit 1999 30 DM pro Liter. Wie eine Mitarbeiterin der Wiener FMS während einer Pause des Symposiums zur Frauenmilchspende im Herbst 2001 in Leipzig erzählte, werden bei ihnen umgerechnet nur ca. 5 DM pro Liter bezahlt, da die Milch als Spende gelten soll und es sich somit für Frauen nicht lohnt, ihre Kinder nicht zu stillen und alles abzugeben. In Potsdam gibt es keine Kontrolle, ob die spendenden Frauen ihre Babys stillen. Mittlerweile hat sich das Angebot an Spezialnahrungen enorm erweitert. Eines allerdings bleibt weiterhin der Muttermilch vorbehalten. Sie besitzt Inhaltsstoffe, die das Baby gegen Infektionen schützen und sein Immunsystem stärken. Auch andere Länder wie Dänemark, Frankreich, Tschechien, Österreich, Brasilien und die USA nutzen den Überfluß an Frauenmilch. Allein in Brasilien gab es 1998 74 Sammelstellen²⁶⁰. Dr. Springer resümierte auf dem Symposium in Leipzig, daß die Akzeptanz von Spenderinnenmilch in den neuen Bundesländern bei Ärzten/innen und Eltern sehr unterschiedlich sei, wie eine Umfrage innerhalb der FMS im Jahr 2001 gezeigt habe²⁶¹. Über mögliche Ursachen wurde nicht diskutiert. Ein Grund für die Vorbehalte von Medizinern/innen wurde in einem der nachfolgenden Beiträge des Symposiums angesprochen. Eine Ärztin berichtete über eine zunehmende Diskussion über die Ursachen der Zytomegalie-Infektion. Viele Ärzte/innen würden diese in der Ernährung mit Frauenmilch sehen und daher von deren Verfütterung abraten. Ihrer Meinung nach wird der Virus allerdings durch Pasteurisieren zerstört. Die Bedeutung von Frauenmilch für Früh- und Neugeborene faßte 1991 die Ernährungscommission der Deutschen Gesellschaft für Kinderheilkunde folgendermaßen zusammen:

*"Gespendete Frauenmilch wird als wichtige Option für die Versorgung und Behandlung von Frühgeborenen, kranken Neugeborenen und Säuglingen benötigt. Ihre Verwendung hat vorwiegend präventiven und therapeutischen Charakter, insbesondere bei unreifen Neugeborenen und bei schwer verlaufenden Darmerkrankungen."*²⁶²

²⁵⁹ Für Frühgeburten. Klinikum sucht dringend Muttermilch. Ohne Autor/in. In: Berliner Kurier 3.8.1999.

²⁶⁰ Springer, S.: Frauenmilchsammlung, S.87.

²⁶¹ Notizen zu einem Redebeitrag von Dr. Springer: Aktuelles zur Arbeitsweise der Frauenmilch-banken in Deutschland. 5.Symposium zur Frauenmilchspende am 21.9.01 in Leipzig.

²⁶² Springer, S.: Frauenmilchsammlung, S.85.

Hier wird deutlich, welche Zwitterstellung Frauenmilch hat. Deren präventiver Charakter weist auf den Einsatz als vorbeugendes Nahrungsmittel hin, der therapeutische auf die Nutzung als Medikament. Somit kann Frauenmilch nicht eindeutig einer Kategorie zugeordnet werden.

Daß Frauenmilch immer noch gebraucht wird, betonte auch Prof. Radke:

"...und dann der Irrglaube,...auch in der Bevölkerung,...man müsse die Kinder nicht mehr stillen und die Nahrungen, die man kaufen kann, seien ja auch gut, sind ja auch gut...Das geht ja auch gut, wenn es gesunde Kinder betrifft...Das Riesenproblem besteht immer dann, wenn schwerstkranke Kinder, Frühgeborene, Neugeborene mit Magen-Darmkrankheiten ernährt werden müssen, dann muß ich ein Präparat haben, was absolut verträglich ist und was gut toleriert wird und das ist zur Zeit am besten die Frauenmilch, die gespendete. Dabei bleibt es auch auf absehbarer Zeit."²⁶³

Hinzu kommt, daß heutzutage viel mehr unterentwickelte Kinder als früher geboren werden²⁶⁴. Während das durchschnittliche Geburtsgewicht eines reifen Säuglings ca. 3000 Gramm beträgt, wiegen Frühgeborene zum Teil 600 Gramm und weniger. Prof. Radke würde am liebsten jedes Baby auf der Säuglingsstation der Potsdamer Kinderklinik mit Frauenmilch ernähren, aber das derzeitige Spendenaufkommen reicht dafür nicht aus²⁶⁵. Auch eine Ausgabe von Milch an Privathaushalte ist somit nicht möglich. Eine intensive öffentliche Werbung wird aber nicht betrieben. Während fast täglich in Zeitungen zum Blutspenden aufgerufen wird und Kliniken auch unkonventionelle Wege zur Werbung nutzen²⁶⁶, läuft die Suche nach Frauenmilch meist klinikintern. Ein Merkblatt der Kinderklinik weist Frauen, die gerade entbunden haben, auf die Notwendigkeit der Frauenmilchspende hin. Im Gegensatz zu den früheren Merkblättern, werden hier die Frauen gebeten, sich an den diensthabenden Kinderarzt zu wenden. Die Existenz einer FMS und die Möglichkeit eines direkten Kontaktes mit den dortigen Mitarbeiterinnen wird nicht erwähnt. Durch die mittlerweile entstandene Vielfalt der Geburtsmöglichkeiten werden Frauen, die nicht im Krankenhaus entbinden, kaum erreicht. Auf einer CD-ROM²⁶⁷ für junge Eltern, die u.a. von Prof. Radke erarbeitet wurde, gibt es einen Hinweis, daß Frauen ihre überschüssige Milch einer Kinderklinik anbieten können.

²⁶³ Prof. Radke, S.8.

²⁶⁴ Schicketanz, S.: Tiefgekühltes Lebenselixier für Frühchen.

²⁶⁵ Ebenda.

²⁶⁶ So wandte sich im Mai 2002 die Blutspendezentrale Potsdam mit einer gezielten Werbeaktion in einem Kino an junge Menschen.

Ansonsten werden kaum neue Medien genutzt. So hat bis auf Rostock und Wien keine FMS eine eigene Internetseite. In den Interviews wurde das Thema Werbung sehr zwiespältig diskutiert. So fragte ich Prof. Radke, ob denn durch Plakate, Zeitungsartikel oder Annoncen für die FMS geworben wird:

"...das treibt mich auch schon länger um, das sollten wir...noch stärker machen...es gerät gelegentlich ein bißchen in den Hintergrund, aber immer dann, wenn wir zu wenig Milch haben,...dann fällt uns so was wieder ein und dann denken wir, wir müßten doch wieder mal so eine Aktion starten...aber wir haben das gerade gemacht...mit den Hebammen...die Presse...ist natürlich nicht gerade begeistert, wenn wir alle drei Wochen kommen mit irgend einem Beitrag über Frauenmilchnotwendigkeit und so. Also, es ist eine Frage der Dosis auch. ...wer bezahlt die Annoncen? Das ist die Frage...Da müßten Sie wieder ans Klinikbudget gehen und da wird es sicherlich für so was kein Geld geben. ...Wir sind bisher...auch ohne ausgekommen, weil wir...das propagieren bei unseren...Müttern auf der Neugeborenenstation... Also, im Großen und Ganzen klappt das. ...Wir haben also immer, also fast immer ausreichend Milch, daß wir unsere dringenden Bedarf sättigen können."²⁶⁸

Seit 1990 treffen sich ärztliche Leiter/innen und Mitarbeiterinnen der noch verbliebenen oder wieder neu eröffneten Sammelstellen in unregelmäßigen Abständen zu Fachtagungen, um über aktuelle medizinische und wirtschaftliche Probleme zu diskutieren. Hier haben auch Produzenten medizinischer Geräte eine Plattform für sich entdeckt. So stellte auf dem 5. Symposium zur Frauenmilchspende 2001 in Leipzig ein Vertreter der "Ameda Medizintechnik" verschiedene Milchpumpen und eine Kühltasche für den Milchtransport vor. Auch Apotheken bieten Müttern den kostenpflichtigen Verleih von Milchpumpen an. Mittlerweile wird Frauenmilch auch in anderen Bereichen der Medizin verwendet. In manchen Kliniken erhalten z.B. auch ältere Kinder nach chirurgischen Eingriffen diese als erste Nahrung. In den USA wird Frauenmilch z.T. nach Leber- und Darmtransplantationen für Erwachsene verwendet, da hiermit die vom Darm ausgehenden Infektionen reduziert werden können²⁶⁹.

3.4. Bilanz

²⁶⁷ Was Eltern wissen wollen. De Gruyter Verlag 1999.

²⁶⁸ Prof. Radke, S.2/3. Knapp fünf Monate nach diesem Interview erschien der Artikel von Sabine Schicketanz, in dem auf den großen Mangel an Frauenmilch in der Potsdamer Klinik aufmerksam gemacht wurde.

²⁶⁹ Notizen zum Redebeitrag von Dr. Springer: Arbeitsweise der Frauenmilchbanken.

Frauenmilchsammelstellen sind medizinische Einrichtungen, mit deren Hilfe die Säuglingssterblichkeit im 20. Jahrhundert gesenkt werden sollte. Voraussetzungen für deren Entwicklung waren der Bedeutungswandel der Kindheit seit dem 18. Jahrhundert, die Entstehung moderner Kliniken und die Entwicklung einer speziellen Kinderheilkunde im 19. Jahrhundert. Durch das medizinische Interesse an Kindern und der Eröffnung von spezialisierten Kinderkliniken waren Forschungen über die Wirksamkeit von Frauenmilch möglich geworden. Die erste FMS in Deutschland existierte von 1919 bis 1922, bevor sie aufgrund der damals herrschenden Inflation schließen mußte. Deren Initiatorin Dr. Marie-Elise Kayser eröffnete 1925 erneut eine Sammelstelle, die allerdings bis 1934 die einzige in Deutschland blieb. Die Zeit des Nationalsozialismus stellte die erste Blütezeit in der Entwicklung der Frauenmilchsammelstellen dar. Dieser Aufschwung hing maßgeblich mit der offensiven nationalsozialistischen Bevölkerungspolitik zusammen. Obwohl mit Hilfe von FMS die Säuglingssterblichkeit gesenkt werden sollte, erhielten diese nur geringe staatliche finanzielle Hilfe, wurden aber nach 1933 vor allem ideell unterstützt. Innerhalb des medizinischen Systems blieben die Einrichtungen zunächst weitgehend sich selbst überlassen. Vieles funktionierte über den Erfahrungsaustausch der ärztlichen Leiter/innen. FMS waren von Beginn an als soziale Einrichtungen konzipiert, die hauptsächlich an öffentliche medizinische Institutionen wie Frauen- und Kinderkliniken angeschlossen werden sollten, da sich dort sowohl potentielle Spenderinnen, als auch bedürftige Kinder in räumlicher Nähe befanden. Später fungierten auch Gesundheitsämter und die Nationalsozialistische Volkswohlfahrt als Trägerinnen. 1936 übernahm die Reichsarbeitsgemeinschaft für Mutter und Kind die Kontrolle und erließ 1939 Richtlinien, die als einheitliche Arbeitsgrundlagen der FMS, aber auch der gesundheitspolizeilichen Überwachung der Institution wie der spendenden Frauen dienen sollten. Insgesamt erhöhte sich im Laufe der Jahre die Bereitschaft einzelner Kliniken, Institutionen und Personen, eine FMS zu gründen und so existierten 1944 45 Sammelstellen. Auf die zunehmende Bedeutung der FMS in dieser Zeit weist auch die Entstehung der ersten gesetzlichen Verordnung 1941 hin. Durch den Krieg wurden viele Frauenmilchsammelstellen zerstört oder waren zunächst nicht arbeitsfähig. Auch die Zahl der Spenderinnen war stark zurückgegangen. Frauenmilch war aber vor allem in den ersten Nachkriegsjahren die einzige Nahrung für Neugeborene und so wurden in den

nächsten Jahren wieder viele Sammelstellen eingerichtet, deren Aufbau in der DDR staatlich gefördert wurde. In den 50er Jahren wurden neue gesetzliche Grundlagen für die Arbeit der FMS geschaffen. Ende der 60er Jahre ging das Spendenaufkommen zurück und in den 70er Jahren nahm in der klinischen Kinderheilkunde künstliche Nahrung den Platz von Frauenmilch ein. Die Ursachen für den Rückgang der Spenden sind nicht ganz klar. Die zunehmende Entwicklung industrieller Säuglingsnahrung und die sinkende Geburtenrate seit den 60er Jahren scheinen keinen unmittelbaren Einfluß gehabt zu haben, denn trotz des absoluten Geburtentiefs 1975 nahm das Spendenaufkommen wieder zu. Ein Grund für diesen Aufwärtstrend könnten die verschiedenen sozialpolitischen Maßnahmen gewesen sein, die seit den 70er Jahren den Geburtenrückgang stoppen sollten. Um den Gründen auf die Spur zu kommen, die zu einem Rückgang der Milchspenden geführt haben, müßten weitere Aspekte wie z.B. die Entwicklung der weiblichen Erwerbstätigkeit und die Stillpraxis dieser Zeit genauer untersucht werden. Nach einer Phase der Euphorie über die künstliche Säuglingsernährung, wurde der Frauenmilch im klinischen Bereich gegen Ende der 70er Jahre wieder mehr Wert beigemessen. In den 80er Jahren setzte dann eine stärkere Initiative auf staatlicher Ebene ein, wie die Werbung des Hygiene-Museums Dresden und die Maßnahmepläne des Bezirkes Potsdam gezeigt haben. Bis 1989 entstanden 60 Frauenmilchsammelstellen. Seit dem Zusammenschluß der beiden deutschen Staaten im Jahr 1990 nahm die Zahl der FMS kontinuierlich ab. 2001 gab es nur noch 16 Einrichtungen in den neuen Bundesländern. Für den Abbau der FMS könnten u.a. wirtschaftliche Überlegungen eine Rolle spielen, denn die Eröffnung einer FMS bedeutet zusätzliche Personalkosten für eine Klinik. Frauenmilch ist außerdem teurer und aufwendiger zuzubereiten als industrielle Säuglingsnahrung, daher wäre ein flächendeckendes Netz von FMS wie in der DDR heute nicht mehr denkbar. Hinzu kommt, daß es in den alten Bundesländern keine Tradition der Verwendung von Frauenmilch gibt. Ob Frauenmilch gesammelt und verwendet wird, hängt u.a. von den jeweiligen ernährungsphysiologischen Erkenntnissen, der Bevölkerungspolitik, dem Einfluß der Säuglingsnahrungsindustrie, den wirtschaftlichen Prämissen einer Gesellschaft und dem Engagement der zuständigen Kinderärzte/innen ab. Weitere mögliche Gründe werde ich im zweiten Teil meiner Arbeit diskutieren. Eine öffentliche Diskussion über Frauenmilch oder FMS scheint

es nie gegeben zu haben. Die medizinischen Diskussionen, die seit der Existenz von FMS geführt wurden, ähneln sich aber bis heute. Im Vordergrund stehen nach wie vor der Wert von behandelter und unbehandelter Milch und die Methoden der Konservierung. Je nach medizinischem Forschungsstand, Krankheitsaufkommen und diagnostischen Möglichkeiten haben sich die Untersuchungen der Spenderinnen und der Milch verändert. Früher wurden die Frauen auf Tuberkulose und Typhus untersucht, die inzwischen in Deutschland nicht mehr epidemisch auftreten. Heute zählen Aids, Hepatitis und Zytomegalie zu den Gefahren. In den Diskussionen wurde häufig eine Wechselbeziehung zwischen Spenden und Stillen hergestellt. Stillende Frauen wurden als potentielle Spenderinnen betrachtet und spendende Frauen sollten wiederum als Motivationsfaktor zum Stillen dienen. Zum Teil befürchteten Mediziner/innen, daß der unbeschränkte Zugang zu Frauenmilch Mütter vom Stillen abhalten könnte. Hinter den letzten beiden Argumenten stand die Idee, Frauen müßten zur richtigen Ernährung ihrer Kinder erzogen werden. Der dahinter stehende Diskurs ist nicht neu. Im Laufe der Jahrhunderte gab es zahlreiche Ratgeber für die Erziehung der Frauen zum (richtigen) Stillen und auch Gesetze, die Frauen zum Stillen ihrer Säuglinge verpflichteten. Verantwortlich für diese Erziehung waren vor allem die Schwestern der Säuglings- und Wöchnerinnenstationen, Fürsorgerinnen der Mütterberatungsstellen, aber auch die Mitarbeiterinnen der FMS. Um Frauen zum Spenden zu motivieren, wurde ein finanzieller Anreiz geschaffen. Gleichzeitig vermittelten die medizinischen Diskussionen das Bild, viele Frauen wären vor allem an dem finanziellen Aspekt der Spende interessiert und würden daher ihren Kindern die Muttermilch vorenthalten oder die Milch mit Wasser oder Kuhmilch strecken. Dieses Bild tauchte vereinzelt auch in den heutigen Diskussionen auf. Im Laufe der hier beschriebenen Prozesse wurde aus einem Nahrungsmittel für Babys auch eine Heilnahrung für frühgeborene und kranke Säuglinge und, wie das Beispiel der USA zeigt, auch für frisch operierte Erwachsene. Infolge dieser Entwicklung wurden Kontrollen eingeführt, die die Milch, die spendenden Frauen und früher auch deren Kinder umfaßte. Dabei zeigt schon der Begriff "Heilnahrung" den changierenden Status der Frauenmilch zwischen Nahrungsmittel und Medikament. Ein erster Schritt zur Einstufung als Medikament erfolgte bereits durch die Abgabe von Milch aufgrund einer medizinischen Indikation seit Mitte der 30er Jahre, die später in der DDR gesetzlich vorgeschrieben wurde. In den 40er Jahren folgte die Anerkennung von

Frauenmilch als verordnungswürdiges Präparat durch die Krankenkassen. Rechtlich galt diese allerdings weiterhin als Lebensmittel. Sehr interessant ist in diesem Zusammenhang auch die Plazierung der rechtlichen Bestimmungen über FMS in den Gesetzblättern der DDR. So folgte die Anordnung über FMS 1951 der Anordnung über Speiseeis, einem Lebensmittel, das zum Teil aus Milch besteht. Die Anordnung von 1959, über die Erhöhung der Bezahlung von Frauenmilch, folgte im Anschluß an die Anordnung über das Blutspendewesen. Auch diese Einordnung der gesetzlichen Regelungen symbolisiert den Statuswandel der Frauenmilch vom Nahrungsmittel zum Medikament in der DDR. Die Durchführungsanweisungen von 1952 schlossen dagegen an die Durchführungsbestimmungen zum Gesetz über öffentliche Sammlungen und Veranstaltungen zur Erlangung von Spenden an. Dieser Standort weist somit auch auf die Einordnung von Frauenmilch als Spende hin. Da die Gesetze der DDR nach der Wende außer Kraft gesetzt wurden, gilt heute für die Arbeit der FMS wieder die Anordnung von 1941 und diese unterlag dem Lebensmittelgesetz von 1936. Frauenmilch wird also gleichzeitig als Lebensmittel und als Medikament angesehen.

II. Aspekte der Medikalisierung am Beispiel der Frauenmilchsammelstelle Potsdam

1. Vorspann

Da die Interviews in Zusammenarbeit mit einer Kommilitonin entstanden, spreche ich im Folgenden in der Mehrzahl.

Auf unseren Zeitzeugen/innenauftrag meldeten sich insgesamt 34 Personen, davon 26 Frauen, die ihre Milch der Sammelstelle Potsdam zur Verfügung gestellt hatten. Für diese Gruppe mußten wir Kriterien finden, die es ermöglichten, die Zahl der Gesprächspartnerinnen einzugrenzen. Da die meisten in den 50er und 60er Jahren ihre Milch abgegeben haben, bot sich dieser Untersuchungszeitraum an. Ein weiteres Kriterium war die Erzählbereitschaft der Frauen, die wir durch die ersten telefonischen Kontakte versuchen einzuschätzen. Dabei halfen v.a. Notizen, die wir während der Telefonate gemacht hatten. Mit einigen, die schon im Vorfeld signalisierten, daß sie kein Interview geben möchten, führten wir längere oder kürzere telefonische Gespräche, z.T. mit der Option, uns bei weiteren Fragen noch einmal an sie wenden zu können. Außerdem sprachen wir mit einem Busfahrer, der in den 60er Jahren gespendete Milch aus dem Umland nach Potsdam transportierte. Die zweite Gruppe der Befragten bestand aus fünf ehemaligen Mitarbeitern/innen der FMS, des Krankenhauses und der Poliklinik Potsdam, sowie dem heutigen ärztlichen Leiter der FMS. Auch die derzeitige Leiterin der Sammelstelle stand uns für ein Interview zur Verfügung. Leider zog sie kurz vor Beginn der schriftlichen Arbeit ihr Einverständnis zur Verwendung ihrer Informationen zurück, da sie ihrer Meinung nach zu viele Betriebsinterna enthielten. Das Interview mit ihr enthält u.a. kritische Aussagen über das medizinische Umfeld der FMS und so vermute ich, daß sie auch aus diesen Gründen eine Veröffentlichung vermeiden wollte. Insgesamt interviewten wir 20 Personen²⁷⁰. Als Methode wählten wir das Leitfadenterview. Dafür verwendeten wir einen offenen Leitfaden, d.h. neben Standardfragen, die wir

²⁷⁰ Die vollständigen Transkripte aller Interviews befinden sich als Anhang dieser Arbeit in der Bibliothek des Institutes für Europäische Ethnologie der Humboldt Universität Berlin. Diese sind umgangssprachlich abgefaßt, alle Pausen und Nebengeräusche wurden notiert, da sie als Grundlage eines Radiobeitrages dienen. Der Beitrag wurde am 14.1.2002, 14.45 - 15 Uhr im DeutschlandRadio Berlin in der Sendereihe "Galerie" unter dem Titel "Keine Ammenmärchen. Die Geschichte der Muttermilch-Sammelstellen" gesendet.

allen Gesprächspartnern/innen stellten, gab es auch einige individuell angepaßte Fragen. Die von uns gewählte Methode bietet den Vorteil, themenzentriert zu fragen. Der Nachteil ist, daß Erzählungen durch das Frage-Antwort-Schema nicht immer genügend angeregt werden. Daher stellten wir auch Fragen, die den Interviewpartnern/innen die Möglichkeit gaben, Erzählungen zu integrieren, wie z.B. "Beschreiben Sie uns doch bitte, wie Sie abgepumpt haben und auf was Sie alles achten mußten!". Mit dem ärztlichen Leiter und der leitenden Schwester der FMS unterhielten wir uns an ihrem Arbeitsplatz, alle anderen Gesprächspartner/innen suchten wir zu Hause auf. Die Dauer der einzelnen Gespräche schwankte, abhängig vom Erzählstil der Frauen und Männer und der Länge des Fragenkatalogs, zwischen 1 und 3 Stunden. Während der Interviews erwies sich die Vorarbeit im Archiv und die Tatsache, daß wir gebürtige Potsdamerinnen sind, als hilfreich. Bestimmte Nachfragen erübrigten sich z.T. durch unsere Orts- und Personenkenntnisse. Natürlich bestand dadurch auch die Gefahr, bekannte Aussagen nicht zu hinterfragen. Die Namen unserer Gesprächspartner/innen sind anonymisiert. Nur der leitende Arzt verzichtete darauf und erscheint daher mit seinem richtigen Namen. Die hier verwendeten Zitate habe ich zur besseren Lesbarkeit weitestgehend ins Hochdeutsche übersetzt.

2. Die in der Arbeit zitierten Interviewpartner/innen

Barbara C. ist Jahrgang 1938. Sie arbeitete als Krankenschwester und war von 1972 bis 1989 leitende Oberschwester der Poliklinik Potsdam. Nach der Geburt ihres Sohnes 1961 spendete sie für kurze Zeit Milch für die FMS Potsdam.

Martha D. wurde 1915 geboren. Sie arbeitete von 1949 bis 1984 auf der Entbindungsstation im Bezirkskrankenhaus Potsdam. Bis 1975 war sie dort Stationsschwester. Frau D. hat eine Tochter, die 1944 zur Welt kam.

Christel F. ist Jahrgang 1935. Sie lernte zunächst den Beruf der Stenotypistin, bevor sie von 1951 bis 1955 in der Frauenmilchsammelstelle Potsdam als Hilfsassistentin angestellt war. Sie hat zwei Töchter und einen Sohn, die 1955, 1959 und 1963 geboren wurden. Nach der Geburt der ersten Tochter 1955 spendete sie auch Milch.

Dr. Hardy F. wurde 1930 geboren und ist Arzt für Frauenheilkunde und Geburtshilfe. Von 1960 bis 1997 arbeitete er in der Poliklinik und im Krankenhaus Potsdam, unter anderem auch als leitender Arzt der Poliklinik. Seit 1997 ist er pensioniert. Er hat zwei Söhne, die 1962 und 1967 zur Welt kamen.

Gisela G. wurde 1943 geboren und ist gelernte Handelskauffrau. Heute arbeitet sie in der Buchhaltung und Lagerwirtschaft im Einzelhandelsbereich. Nach der Geburt ihrer Tochter 1960 spendete sie einen Monat lang Milch.

Ilse G. kam 1938 zur Welt. Sie arbeitete als Säuglings- und Entbindungsschwester, als Krankenschwester auf einer chirurgisch-septischen Station und im Blutspendewesen des Bezirkskrankenhauses Potsdam. Später war sie fünfzehn Jahre lang Mitarbeiterin im Betriebsgesundheitswesen. Sie hat zwei Söhne und eine Tochter, die 1961, 1963 und 1966 geboren wurden. Frau G. spendete 1963 fünf Monate lang Milch an die FMS. Ihre Arbeit unterbrach sie jeweils nur für den gesetzlichen Wochenurlaub.

Rosemarie G. ist Jahrgang 1934 und hat drei Söhne. Sie arbeitete zunächst als Dreherin, wurde später Kinderkrankenschwester und arbeitete in der Kinderklinik Potsdam. 1971 fing sie in der dortigen Milchküche/FMS an und übernahm gegen Ende der 70er Jahre deren Leitung. Seit 1999 ist sie pensioniert.

Ilse H. wurde 1937 geboren. Sie arbeitete als technische Zeichnerin. 1958 wurde ihre erste Tochter geboren. In dieser Zeit spendete sie für ca. vier Monate und arbeitete dann bis 1961 als technische Zeichnerin zu Hause weiter. 1964 wurde ihre zweite Tochter geboren. Später arbeitete Frau H. als Prüffingenieurin in der Bauaufsicht des Ministeriums für Bauwesen.

Irene N. kam 1928 zur Welt und ist gelernte Industriekauffrau. Sie arbeitete u.a. als Chefarztsekretärin im Potsdamer Krankenhaus. Sie hat zwei Töchter und zwei Söhne, die 1952, 1957, 1963 und 1965 geboren wurden. 1965 blieb sie ein Jahr nach der Geburt zu Hause, ansonsten nahm sie nur den gesetzlichen Mutterschutz

von sechs Wochen in Anspruch. Sie spendete 1957 im Krankenhaus und 1965 ein Jahr lang für die FMS.

Helga P. wurde 1944 geboren. Sie lernte Postbetriebsfacharbeiterin und arbeitete u.a. als Kantinenhilfe und Sachbearbeiterin. Sie hat zwei Töchter und einen Sohn, die 1966, 1967 und 1971 zur Welt kamen. Bei allen Kindern spendete sie jeweils ca. drei Monate. In dieser Zeit unterbrach sie ihre Arbeit nur für die Zeit des Wochenurlaubes. Seit 1999 ist sie im Vorruhestand.

Martha R. wurde 1934 geboren. Sie arbeitete bis 1962 als Kauffrau. Dann kam ihr Sohn zur Welt. In dieser Zeit spendete sie ca. vier Wochen ihre Milch und nahm ihre Tätigkeit nach zwei Monaten wieder auf. Ab 1963 arbeitete sie dann in dem Friseurladen ihres Mannes.

Prof. Michael Radke ist Jahrgang 1953. Er ist Kinderarzt und pädiatrischer Gastroenterologe, d.h. Spezialist für Erkrankungen des kindlichen Verdauungssystems. Er arbeitete u.a. an der Universitätskinderklinik Rostock und wurde 1997 Chefarzt der Kinderklinik Potsdam sowie ärztlicher Leiter der FMS. Er hat zwei Kinder, die 1984 und 1986 zur Welt kamen.

Gisela S. wurde 1927 geboren. Sie arbeitete bis zur Geburt ihres Sohnes 1957 als Diplommeteorologin. In diesem Jahr spendete sie sechs Monate lang Milch. 1960 wurde ihre Tochter geboren. Zwischen 1957 und 1971 war Frau S. Hausfrau. Von 1971 bis zu ihrem 69. Lebensjahr arbeitete sie dann als Reiseführerin und Reiseleiterin in Potsdam.

Herbert T. kam 1927 zur Welt. Er war Berufskraftfahrer, arbeitete zwischenzeitlich im Bergwerk, in der Landwirtschaft und bei der Polizei und ging 1952 wieder in seinen alten Beruf zurück. Seit 1990 ist er pensioniert. Im Interview erzählte seine Frau, daß sie 1954 nach der Geburt der gemeinsamen Tochter auch hätte spenden können, aber zur damaligen Zeit von der Existenz einer FMS nichts wußte.

Waltraud T. wurde 1932 geboren und arbeitete in verschiedenen Bereichen, u.a. als Bücherhefterin, Küchenhilfe und Lagerarbeiterin. 1953 wurde ihre Tochter geboren, nach deren Geburt sie ein Jahr lang spendete. Erst danach fing sie wieder an zu arbeiten.

Frieda V. ist Jahrgang 1931 und gelernte Bauzeichnerin. Später wurde sie Sekretärin und arbeitete bis 1991 im Bezirkskrankenhaus Potsdam. Sie hat zwei Töchter, die 1953 und 1958 geboren wurden. 1953 spendete sie fünf Monate lang Milch und blieb zwei Jahre nach der Geburt zu Hause. Wie lange sie 1958 Milch abgegeben hatte, erinnerte sie nicht mehr.

Bärbel W. wurde 1934 geboren. Sie ist Industriekauffrau und arbeitete später als Lohnbuchhalterin in einem Kohlehandel. Sie hat zwei Töchter, die 1955 und 1957 geboren wurden und einen Sohn, der 1961 zur Welt kam. Sie spendete 1955 fünf Wochen lang Milch und ging nach sechs Wochen wieder arbeiten. 1957 spendete sie vier Wochen lang.

Jutta Z. kam 1923 zur Welt. Sie arbeitete als Lehrerin an einer kaufmännischen Schule. 1949 wurde ihre Tochter geboren und sie gab für sechs Monate ihre Milch an eine Bekannte weiter. 1955 wurde ihr Sohn geboren. Danach spendete sie für drei Wochen ihre Milch der FMS. Bei beiden Kindern blieb sie über den Mutterschutz hinaus zu Hause. Später arbeitete sie dann als Lehrerin an einer Schwerhörigenschule, wo sie 1982 ausschied.

3. Die Perspektive der Beteiligten

3.1. "Warum sollte man anderen Kindern nicht helfen?"²⁷¹

Die Motivation der Frauen zum Spenden

²⁷¹ Waltraud T., S.7.

"Der erste Anlaß zur FM-Spende ist nach unseren Erfahrungen der gute Verdienst, der oft erst der Familie die Anschaffung einer Wohnungseinrichtung ermöglicht und der einer Frau mit mehreren Kleinkindern durch Berufsarbeit nicht möglich ist. Durch die ständige Verbindung mit den Schwestern der FMS tritt bei den meisten Frauen allmählich auch der ideale Gedanke der FM-Spende mehr in den Vordergrund."²⁷²

So beschrieb 1954 die ärztliche Leiterin der Frauenmilchsammelstelle Leipzig, Dr. Arnold, die Motivation von Frauen zur Milchspende. Ihrer Ansicht nach stand bei der Abgabe der Milch der finanzielle Anreiz im Vordergrund. Wie in den medizinischen Diskussionen um die Verpanschung von Frauenmilch wurde auch hier vermutet, die Frauen seien in erster Linie an dem Geld interessiert, auch wenn Frau Dr. Arnold Verständnis dafür signalisierte. Durch den regelmäßigen Kontakt mit den Mitarbeiterinnen der FMS würde ihrer Meinung nach der ideale Charakter der Spende in den Vordergrund treten. Auf welche Art dies geschieht, führte sie nicht aus. Auch einige der Interviewpartnerinnen waren der Meinung, die Frauen hätten vorwiegend aus materiellen Gründen gehandelt. Die Spenderinnen unter ihnen betonten, daß sie persönlich nicht nur wegen des Geldes Milch gespendet hätten. So sagte Gisela S.: *"Die Frauen, die gute Milch hatten, viel Milch hatten, die haben das wirklich alle auch wegen des Geldes gemacht..."*²⁷³ und hob hervor, daß sie ihre Milch spendete, um kranken Kindern zu helfen und darüber hinaus froh war, auch noch etwas Geld zu verdienen. Viele Frauen erzählten allerdings, daß sie zu Anfang gar nicht wußten, daß ihre Milch bezahlt werden würde. Ihr erster Anlaß zu spenden, war die Nachfrage des medizinischen Personals auf der Wöchnerinnen- und Säuglingsstation. Hier erfuhren die meisten der interviewten Frauen überhaupt erst von einem Bedarf an Frauenmilch und von der Existenz einer FMS. Gisela G. hatte bereits als junges Mädchen für das Kind einer Bekannten Milch aus der Babelsberger Kinderklinik geholt hatte. Daran erinnerte sie sich nicht mehr, als sie nach der Geburt ihrer Tochter selbst Milch übrig hatte und so schüttete sie diese zunächst weg. Erst ihre Mutter motivierte sie zum Abgeben der Milch. Die Frauen wußten, daß die Milch für Frühgeborene und kranke Säuglinge gebraucht wurde. Viele erhielten diese Information von den Säuglingsschwestern, aber nicht bei allen ging aus den Gesprächen hervor, woher sie ihr Wissen hatten. Ilse H. wurde erst durch die Mitarbeiterinnen der Mütterberatungsstelle zum Spenden geworben. Auch

²⁷² Arnold, Ch.: Keimarme Milch (Kinderärztliche Praxis 1954), S.260/261.

ihr wurde von dem Bedarf an Milch für Frühgeborene erzählt. Außerdem sagten ihr die Fürsorgerinnen, Frauenmilch sei *"die nahrhafteste Milch für ein Baby, die es überhaupt gibt, weil also alle Stoffe drin sind, die ein Kind so braucht"* und Ilse H. ergänzte:

"besser als hier verdünnte Kuhmilch, die wir damals noch gegeben haben... dieses Babynahrungsmittel...gab es ja damals in dem Sinne noch gar nicht, es gab Babysan, so die ersten Anfänge..."²⁷⁴.

Die Frauen erzählten, daß es zu ihrer Zeit üblich war, alle vier Stunden zu stillen und danach die restliche Milch abzupumpen. Die richtige Technik des Abpumpens lernten die Frauen von den Säuglingsschwestern. Gestillt und abgepumpt wurde jeweils nur an einer Brust, so daß die andere acht Stunden Zeit hatte, neue Milch zu bilden. Helga P. hatte jedoch soviel Milch, daß sie jedesmal beide Brüste abpumpen mußte. Da das eigentlich nicht üblich war, wollten ihr die Säuglingsschwestern das beidseitige Abpumpen verbieten. Helga P. erinnerte sich, daß es ein regelrechter Kampf mit den Schwestern war, bis ihre Methode akzeptiert wurde. Unterstützung erhielt sie dabei von einer Mitarbeiterin des Krankenhauses. Die Notwendigkeit des generellen Abpumpens begründete das medizinische Personal mit einer sonst entstehenden Brustentzündung. Gisela S. erinnerte sich:

"Abpumpen mußten Sie sowieso, um Ihrer eigenen Gesundheit willen, damit Sie keinen Milchstau kriegen, den man uns immer als furchtbar schlimm und schmerzhaft angedroht hatte, wenn man noch soviel Milch drin behielt. Man hat uns immer gesagt, man darf keine Milch in der Brust drin behalten nach dem Stillen. Ob das nun medizinisch stimmt, weiß ich nicht. Ja, aber man hat es uns als medizinischen Grund erklärt."²⁷⁵.

Am Anfang schien es so, als argumentiere Gisela S. aus eigener Überzeugung. Ihre Begründung stellte sich dann aber als Erinnerung an die Drohung der Säuglingsschwestern heraus. Zum Schluß war sie gegenüber der damaligen Erklärung des Personals skeptisch. Diese Skepsis äußerte sie auch an anderer Stelle noch einmal:

"Vielleicht hätte man es drin lassen können, ich weiß auch nicht. Na wenn die uns sagen, wir kriegen einen Milchstau und dann werden wir furchtbar krank in

²⁷³ Gisela S., S.9.

²⁷⁴ Ilse H., S.3.

²⁷⁵ Gisela S., S.10.

*den Brüsten, vom Milchstau, da hat man natürlich aus Angst schon abgepumpt. ...vielleicht hat man uns bloß beschwindelt, damit wir die Milch abpumpen.*²⁷⁶

Gisela S. beschrieb die Brustdrüsenentzündung als eine regelrechte Volkskrankheit zu Beginn der 60er Jahre. Die Angst vor einer Entzündung wurde von vielen angesprochen. Für Ilse H. war allein die Möglichkeit, eine Entzündung zu bekommen, eine Horrorvorstellung:

*"Davor hatten wir also mächtig Angst, weiß ich auch von anderen Freundinnen. Das war immer so das erste, wenn man sich immer erkundigt hat: 'Wie geht's Dir denn? Na, alles in Ordnung, nicht entzündet und so?'..."*²⁷⁷

Ihr vermittelte die Untersuchung der Brüste durch die Fürsorgerinnen der Mütterberatungsstelle eine gewisse Sicherheit, eine Entzündung konnte sie trotzdem nicht verhindern. Irene N., Ilse G. und Jutta Z. sind auch heute noch überzeugt, daß das Abpumpen notwendig ist, um eine Entzündung zu verhindern und die Neubildung der Milch anzuregen. Ähnlich argumentierte auch Prof. Radke. Als ich einwandte, daß heute viele Frauen ihr Kind bei Bedarf anlegen und generell nicht abpumpen, ohne eine Entzündung zu bekommen, relativierte er seine Aussage. Er räumte ein, daß das Ziel des Abpumpens in erster Linie die Gewinnung von Milch für Frühgeborene sei. Meines Wissens entsteht eine Brustdrüsenentzündung nicht durch einen Milchstau, sondern durch das Eindringen von Bakterien in verletztes Gewebe. Erst wenn eine Frau dann schmerzbedingt nicht mehr stillt, kann es zu einem Milchstau kommen. Möglicherweise gab es diese Erkenntnisse in den 50er und 60er Jahren noch nicht. Ob Frauen heutzutage generell nach einer Entbindung im Krankenhaus abpumpen müssen, ist mir nicht bekannt. Auf jeden Fall sinkt durch das Anlegen nach Bedarf der Überschuß an Milch. Sollte Frauen das Abpumpen mit der Argumentation von Prof. Radke nahegelegt werden, um einen entsprechenden Überfluß an Milch zu erhalten, können hier bewußt Ängste provoziert werden, wie sie viele der Gesprächspartnerinnen bis heute in Erinnerung haben. Die Frage, ob es auch möglich gewesen wäre, das Milchspenden abzulehnen, bejahten alle, aber keine der Interviewten lehnte ab, hatte Zweifel oder brauchte Bedenkzeit. Für die meisten Frauen war das Spenden selbstverständlich. Manche schienen über diese Frage verwundert zu sein und verwiesen, wie Waltraud T., auf den Überfluß an Milch, den sie ohnehin hatten:

²⁷⁶ Ebenda, S. 14.

"Nein, wieso, die lief doch sowieso raus, warum sollte man anderen Kindern nicht helfen, waren ja auch Unterernährte bei...oder die, wo die Mütter keine Muttermilch hatten, die darauf angewiesen waren."²⁷⁸

Helga P. sagte:

"Sicher, sicher hätte ich es ablehnen können... Ich meine, gut, der Anreiz mit 11 Mark war auch noch eine andere Sache dabei, aber wie gesagt, ich habe mir immer so vorgestellt, meine Kinder sind ja alle gesund geboren und ich meine, ein größeres Glück hat eigentlich eine Mutter nicht, gegen die, wo man weiß, bei den Kindern stimmt was nicht oder die überleben vielleicht nicht, warum sollte ich denn, wenn ich weiß, ich kann ihnen helfen, denn das versagen?"²⁷⁹

Der finanzielle Aspekt, die Hilfe für kranke Säuglinge und die Vorstellung, auch ihre Kinder hätten krank geboren werden können und Frauenmilch zum Überleben gebraucht, motivierte Helga P. zum Milchspenden. Sie gab ihre Milch nicht nur in Potsdam ab, sondern auch in Lebus, in der Nähe der polnischen Grenze, wo sie ihre Schwiegereltern besuchte. Dort fragte sie sich bis zu einer Sammelstelle nach Frankfurt/Oder durch. Der Aspekt der Hilfsbereitschaft wurde auch von Ilse H. angesprochen. Als ich sie nach ihrer ersten Reaktion auf die FMS fragte, beschrieb sie folgendes Bild:

"Da hab ich gar nicht drüber nachgedacht, wissen Sie, das ist so, wie wenn man um Hilfe gebeten wird auf der Straße, wenn jemandem schlecht ist. Da greift man auch zu und hilft und das kommt von innen heraus und da braucht man keine Argumentation, für mich war das also ganz klar, wenn ich genügend habe, ehe ich das wegschüttele, in den Ausguß oder so...wenn ich dann anderen helfen kann, das ist doch ganz selbstverständlich."²⁸⁰

Als ich im Stadtarchiv Potsdam begann über die Frauenmilchsammelstelle Potsdam zu recherchieren und der dortigen Archivarin von dem Forschungsvorhaben erzählte, beschrieb sie mir ihre Erfahrungen mit der FMS Potsdam, für die sie 1982 spenden wollte. Sie erinnerte sich, daß ihr gesagt wurde, sie solle entweder alles abgeben und ihr Kind mit der Flasche ernähren oder den Rest in den Ausguß schütten. Da sie ihr Kind in Rostock geboren hatte, von dem dortigen Bedarf an Frauenmilch wußte und in regelmäßigen Abständen nach Rostock fuhr, nahm sie ihre Milch dorthin mit. Sie froh die Milch im eigenen Tiefkühlschrank und in denen ihrer Nachbarinnen ein und nahm die gesammelten Flaschen im Kühlbehälter mit auf Reisen. Am Bahnhof

²⁷⁷ Ilse H., S.16.

²⁷⁸ Waltraud T., S.7.

²⁷⁹ Helga P., S.4.

wurde die Milch dann von einer Mitarbeiterin der FMS abgeholt²⁸¹. Ich fand ihr Engagement erstaunlich, denn der Aufwand durch die "kollektive" Lagerung und den Transport per Bahn war noch höher als die übliche Arbeit, den die Spenderinnen an sich mit dem Sammeln der Milch hatten. Gefragt nach ihrer Motivation sagte sie, ihr sei der Überfluß an Milch zu schade zum Wegschütten gewesen. Außerdem betrachtete sie das Geld dafür als *"kleinen Verdienst nebenbei"*²⁸². Auch Christel F. verwies auf die früheren Lebensumstände, aber auch auf solche, die ihre damalige Haltung geprägt hatten:

*"...wenn man ganz jung verheiratet ist und einen ganz jungen Haushalt hat und ein kleines Kind und da gab es doch wirklich wenig zu essen und da fand ich das ganz toll, daß ich dafür was gekriegt habe. Ich hätte es aber sicherlich auch...nicht weggegossen, dazu war die Zeit auch zu schlecht, daß man so was weggießt. Man hat damals nichts weggeschmissen, weder Brot, noch sonst irgendwas weggeworfen,...dazu ist man durch eine viel zu schwere Schule während des Krieges gegangen und wußte, daß man das nicht macht und daß es eben viele kleine Kinder gibt, die das brauchen."*²⁸³

Insgesamt nannten die Frauen drei Gründe, die sie zum Milchspenden motiviert haben: die Hilfe für kranke Säuglinge und Frühgeborene, die sinnvolle Nutzung des ohnehin von ihnen produzierten Überflusses an Milch und der finanzielle Aspekt.

Helga P. wollte nach der Geburt eines ihrer Kinder nicht mehr spenden und sich die Pille verschreiben lassen. Der Gynäkologe, der sie schon bei ihrer ersten Schwangerschaft betreute, weigerte sich und schlug ihr statt dessen die Spirale vor, *"weil er wußte, dann geht die Milch weg"*²⁸⁴. Sie beschrieb die Reaktion des Arztes, als sie ihre Argumente für die Pille vorbrachte:

*" 'Das ist mir in dem Moment egal, ich brauche Ihre Milch!', sagt er: 'Es gibt sowenig Frauen, die spenden. Ich brauche Ihre Milch!'. Also, wenn ich gesagt hätte, ich mache es nicht, hätte er auch nichts machen können. ...Aber, wie gesagt, wir hatten ein gutes Vertrauensverhältnis, er zu mir, ich zu ihm, wußte genau, daß ich mich darauf verlassen kann..."*²⁸⁵

²⁸⁰ Ilse H., S. 4/5.

²⁸¹ Gesprächsnotizen Frau S. vom 30.3. und 6.4.1999.

²⁸² Gesprächsnotiz Frau S. vom 6.4.1999.

²⁸³ Christel F., S.33.

²⁸⁴ Heiga P., S.23.

²⁸⁵ Ebenda, S.23/24. Helga P. erzählte diese Geschichte in zwei Versionen. Die eine lautete, daß sie sich die Pille verschreiben lassen wollte, um nicht, wie nach der Geburt ihrer ersten Tochter, sechs Monate später wieder schwanger zu werden. In der zweiten Geschichte erzählte sie, daß sie durch die Schwangerschaft mit ihrem dritten Kind sehr schlank wurde und dieses Körpergewicht halten wollte. Durch das lange Stillen sei sie jedesmal wieder dicker geworden. Die Reaktion des Arztes beschrieb sie jedoch in beiden Versionen als die gleiche.

Helga P. ließ sich überzeugen und spendete weiter. Sie betonte aber, daß die letzte Entscheidung bei ihr lag und sie sich hätte verweigern können und verwies auf das gute und vor allem gegenseitige Vertrauensverhältnis zwischen ihr und dem Arzt. Der Arzt setzte sich einerseits über ihre Argumente hinweg, appellierte aber andererseits an ihre Hilfsbereitschaft. Außerdem signalisierte er ihr, daß sie etwas Wichtiges leistete. Objektiv gesehen waren die Spenden freiwillig. Die Situation von Helga P. zeigt aber, daß eine Entscheidung dafür oder dagegen durchaus von dem jeweiligen Verhältnis der Beteiligten beeinflußt werden konnte. Für Dr. Hardy F. hatten auch die anderen Mütter im Krankenhaus einen entscheidenden Einfluß: *"...die haben eigentlich alle gespendet, schon aus moralischen Gründen, weil die anderen im Zimmer gesagt hätten, na... kannst du doch machen und die Frühchen, die brauchen das."*²⁸⁶ Die Frauen erzählten, daß es damals üblich war, eine Woche und manchmal auch länger nach der Geburt im Krankenhaus zu bleiben. In dieser Zeit kann sich auch ein Vertrauensverhältnis zwischen den Frauen und dem medizinischen Personal entwickelt haben, das eine Entscheidung für oder gegen eine Spende beeinflussen konnte. Prof. Radke erzählte, daß er heute manchmal Frauen mit auf die Neugeborenenstation nimmt und ihnen die Babys zeigt, für die die Milch lebensnotwendig ist. So erhalten einige Frauen heute nicht nur theoretisch, sondern auch praktisch einen Einblick in die Bedeutung der Frauenmilch.

3.2. "Ich habe viele Kinder ernährt."²⁸⁷ - Die Bedeutung der Spende

*"Die Spenderin erhält für 1 Liter Milch 10 DM...und eine zusätzliche Lebensmittelkarte. Für manche Mutti ist das ein willkommener Zuschuß zum Wirtschaftsgeld oder zum Erwerb einer neuen Wohnungseinrichtung, denn nicht selten 'erspenden' sich die Mütter monatlich mehrere hundert Mark."*²⁸⁸

Auch in diesem Beitrag der Zeitschrift "Die Frau von heute" wurde auf die wirtschaftliche Bedeutung Bezug genommen, die das Spenden für Frauen haben konnte. Der finanzielle Aspekt war für die Interviewpartnerinnen ein Teil der Milchspende. Es erfüllte sie mit Stolz, wenn sie erzählten, wieviel sie gespendet und was sie davon gekauft hatten. Ilse G., die für fast 1000 Mark Milch spendete, kaufte Schlafzimmermöbel, die sie heute noch besitzt. Sie hatte schon im Krankenhaus

²⁸⁶ Dr. F., S.1.

²⁸⁷ Helga P., S.17.

²⁸⁸ Die Frau von heute (1954).

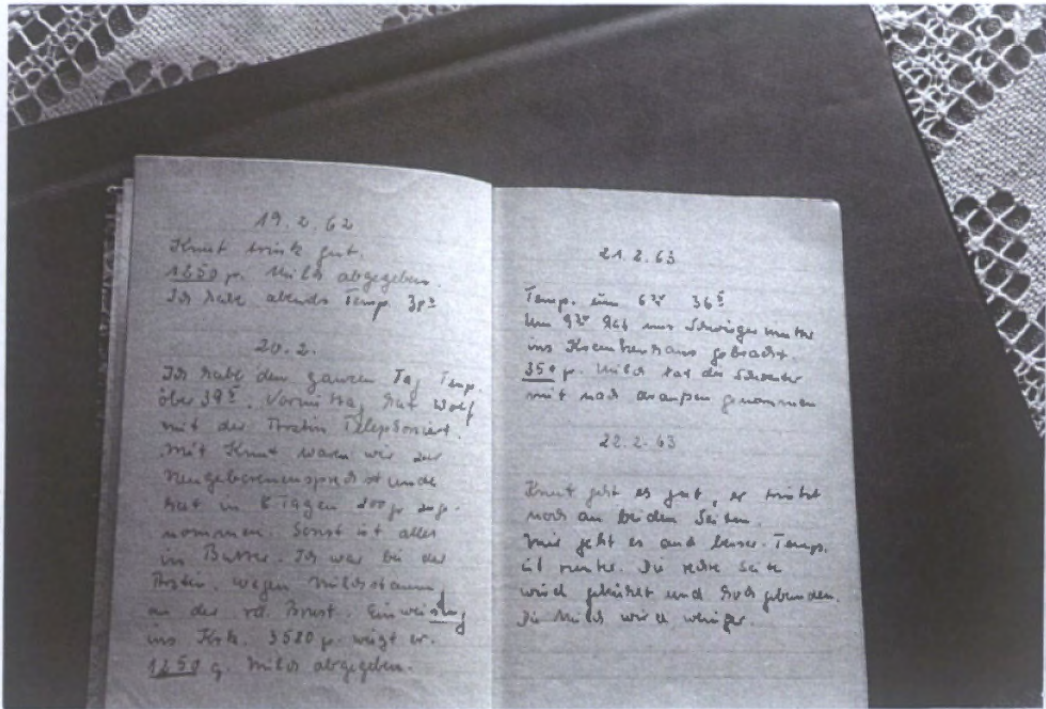


Abb.15

angefangen, ein Tagebuch zu schreiben, in dem sie ihren Gesundheitszustand, den ihres Kindes und die tägliche Menge der abgegebenen Milch festhielt (Abb.15). Als Bärbel W. das Geld erhielt, wurde sie "übermütig"²⁸⁹ und kaufte sich einen Wintermantel für 400 Mark. Die Freude über diesen besonderen Kauf war ihren lebhaften Schilderungen noch heute anzumerken. Andere kauften eine Strick- oder Nähmaschine, Wolle, Kinderkleidung oder erweiterten das Wirtschaftsgeld. Die meisten Frauen verwiesen auf die damalige Zeit des Mangels, wo ihnen das Geld und die zusätzlichen Lebensmittelkarten gerade recht kamen. Außerdem gingen einige nach dem gesetzlichen Mutterschutz von sechs Wochen nach der Geburt nicht sofort wieder arbeiten und die Familie mußte dann mit einem Gehalt auskommen. Christel F. erzählte, daß sie durch ihre "Milchproduktion auf Umwegen"²⁹⁰, d.h. durch Buttermarken, ihrem Mann Butterbrote mit zur Arbeit geben konnte. Allerdings betonte sie, daß das Geld und die zusätzlichen Marken auch den Müttern zugute kommen sollten, damit diese sich gut ernähren und dadurch ihren Milchfluß fördern konnten. Viele der Frauen erinnerten sich in diesem Zusammenhang vor allem an Malzbier, das besonders stimulierend wirken sollte und das auch täglicher Bestandteil der Krankenhausverpflegung war. Aus Sicht einer Mitarbeiterin beschrieb Christel F. die Bedeutung der Frauenmilch folgendermaßen:

"Das war wie ein Medikament, wurde das behandelt, nicht. Das war so, als wenn Du eben bei Grippe einen Hustensaft kriegst und ein Schnupfenspray und die kleinen Kinder kriegten eben Muttermilch, das war das Medikament..."²⁹¹

Das Spenden hatte aber für die Frauen weitaus mehr Bedeutung, als nur das zusätzliche Geld. Irene N. erwähnte schon im telefonischen Vorgespräch, daß sie ein Jahr lang gespendet habe, ohne daß sich die Zusammensetzung der Milch veränderte. Sie betonte mehrmals, daß sie "immer gute Milch"²⁹² hatte und überlegte, ob sie vielleicht von den Schwestern als Spenderin ausgesucht wurde:

"Ich weiß nicht,...ob die sich vielleicht die Patienten, in dem Falle sind das ja Patienten ...wenn Sie entbunden haben, dann aussuchen?...also, ich will mal so sagen. Nach jeder Entbindung kommt doch eine Fürsorgerin nach Hause, ne? Und die schreibt in ihren Bericht...was ist es für eine Wohnung, in welchem Milieu leben die Kinder..."²⁹³

²⁸⁹ Bärbel W., S.19.

²⁹⁰ Christel F., S.28.

²⁹¹ Ebenda, S.40.

²⁹² Irene N., S.1.

²⁹³ Ebenda, S.19.

Die Einschätzung von Irene N., eine der ausgewählten Frauen gewesen zu sein, die spenden durften, stimmt mit den Erzählungen von Rosemarie G. überein. Sie sagte, die wichtigsten Voraussetzungen zum Spenden seien gewesen, daß die Frau gesund ist, nicht raucht und es bei ihr zu Hause sauber aussieht:

"...wenn es eben so eine primitive Frau war, die also asozial war,...die haben wir gar nicht erst angesprochen oder von Seiten der Fürsorge oder Schwangerenberatung oder sprich Entbindung, die ist dann gar nicht erst gefragt worden oder die haben wir dann von vornherein abgelehnt."²⁹⁴

Eine andere Bedeutung erhielt das Spenden für Ilse G. Sie erzählte mir im Vorgespräch, daß sie Brustkrebs hat und sich daher vor kurzem operieren lassen mußte. Dem Arzt habe sie vorher gesagt: *"Lassen Sie mir die Brust dran, damit habe ich 200 Liter Milch gespendet!"²⁹⁵*. Auch mir gegenüber betonte sie häufig die von ihr gespendete Menge. Hatte sie sich angesichts der Operation an ihre Zeit des Spendens erinnert oder wurde die Erinnerung durch den Aufruf in der Zeitung ausgelöst? Als ich sie fragte, ob sie sich denn in der jetzigen Situation ein Interview vorstellen könnte, ging sie nicht darauf ein. Möglicherweise war es ihr gerade zu diesem Zeitpunkt wichtig, darüber zu sprechen. Das Reden über und das Erinnern an die damalige Zeit könnte ihr auch das Gefühl vermittelt haben, etwas Wichtiges mit ihrer Brust geleistet zu haben. Bei unserem zweiten Telefonat betonte sie dann, daß der Zeitungsaufruf ihr Kraft gegeben habe und sie nach einer wiederholten Chemotherapie ein Erfolgserlebnis, wie das bevorstehende Interview brauche²⁹⁶. Eine weitere Bedeutung des Milchspendens sprach Frau G. im Interview an, als ich fragte, wie es für sie war, die eigene Milch wegzugeben. Als sie nach der Geburt ihres zweiten Sohnes Milch spendete, lag ihr erster Sohn in der Berliner Charité. Damals habe sie sich gesagt: *"'Du tust, wenn Du das abgibst, tust Du auch für Dein Kind irgendwas Gutes.' ...da kommt ihm ja nicht die Milch zugute, es kommt ihm die andere Heilung in der Charité zugute."²⁹⁷*. Für sie war die Spende praktisch ein gedanklich assoziiertes Tauschgeschäft: Milch gegen Heilung. Martha R. bezeichnete sich selbst im Nachhinein als *"stillende, abpumpende*

²⁹⁴ Rosemarie G. (1), S.22.

²⁹⁵ Telefonnotizen Ilse G. vom 29.7.1999.

²⁹⁶ Telefonnotizen Ilse G. vom 5.9.1999.

²⁹⁷ Ilse G., S.16.

Milcherzeugerin²⁹⁸. Um mehr über die Verwendung ihrer Milch zu erfahren, sprach sie den Fahrer, der die Milch abholte, an:

"...und da hatte ich das interessante Gespräch, daß ich ...von dem, der auch ein bißchen Bescheid wußte, der einsammelt, wieviel das ist und ...nach meiner Erinnerung waren das wohl an die 14 Liter von Lieferantinnen. Ist eigentlich ein ganz gutes Ergebnis, also ich war nicht die Spitze davon, aber ich hatte mich ja mit meinem Anteil da mitgezählt..."²⁹⁹.

Ihre Erzählungen erinnerten mich häufig an die Diskussion um den rechtlichen Status der Spenderinnen, die, im Gegensatz zu Ammen, nicht ihre Arbeitskraft und ihren Körper, sondern ihr Produkt Milch verkaufen. Martha R. war sich nicht sicher, wie sie die Abgabe der Milch bezeichnen sollte und verwendete vier Begriffe: spenden, verkaufen, abgeben, liefern. In der zitierten Sequenz nannte sie die Spenderinnen "Lieferantinnen". Meines Erachtens nahm sie im Interview zum Teil ihre frühere Position als Geschäftsfrau wieder ein, für die eine Leistung gegen Geld die Grundlage des Geschäftes darstellte. Sie persönlich war stolz auf die gesamte Menge der gespendeten Milch und sah sich als einen Teil dieses Ganzen. Aus ihrer Bemerkung, sie habe nicht das meiste von diesem Anteil geliefert, schloß ich, daß sie das Spenden auch als eine Art Wettkampf ansah. Einen solchen Vergleich, allerdings innerhalb der Familie, beschrieb Bärbel W. mit ihrer Schwägerin:

"Naja und denn hat sie immer geguckt, wieviel ich abgegeben habe ...und denn hat sie gesagt: 'Mensch, Bärbel hat ja schon wieder diesmal so viel abgegeben, wie macht die denn das bloß?' ...war so ein kleiner Familienwettkampf gewesen, das war bloß so aus Jux so, nicht."³⁰⁰.

Als ich Helga P. fragte, was das Milchspenden für sie bedeutet hat, antwortete sie:

"Na, es war mir einfach zu schade, die Milch wegzukippen, die übrig war und wie gesagt, es hat ja den anderen Kindern genutzt, denn viele Mütter hatten ja keine Milch. Sollte ich es vergeuden? Nein. ...und ich kann nur damit stolz sein, ich habe viele Kinder ernährt. ...Mal sehen, ob Sie später sagen können, daß Sie ganz ganz viele Kinder damit ernährt haben."³⁰¹.

Auch Frieda V. war stolz auf ihre Leistung. In ihrer Erinnerung war sie damals eine von zwei Frauen, die sehr viel Milch abgegeben haben. Ihrer Meinung nach habe sie damit die "ganze Mannschaft" in der Kinderklinik versorgt und damit eine "echte

²⁹⁸ Martha R., S.2.

²⁹⁹ Ebenda, S.3.

³⁰⁰ Bärbel W., S.10.

³⁰¹ Helga P., S.17.

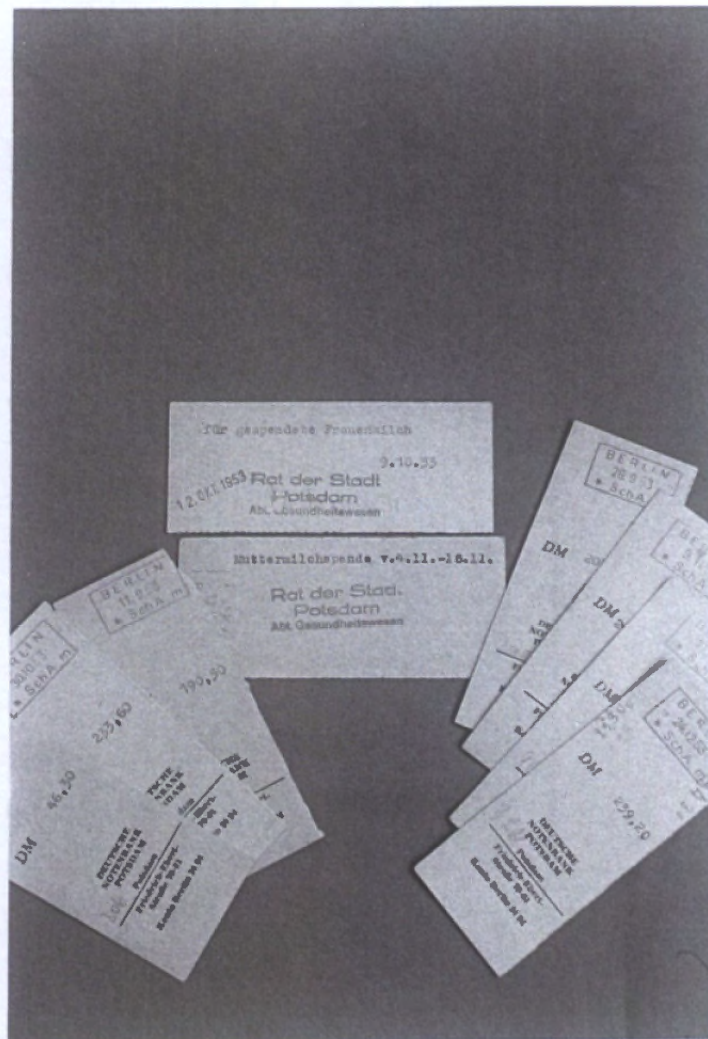


Abb.16

Hilfe" geleistet, was sie noch mehrmals im Interview betonte³⁰². Täglich notierte sie die von ihr gespendete Menge an Milch und die dafür erhaltene Summe und bis heute besitzt sie die damaligen Auszahlungsbelege (Abb.16). Frieda V., die sich selbst als *"sozial eingestellter Mensch"* beschrieb, betrachtete die Spende als eine *"soziale Sache, aber die gleichzeitig eben auch entgolten wurde, also für das Geld kann man ja so was nicht tun, nicht, weil das ja jammervoll ist mit dem Abpumpen..."*³⁰³. Mit der Frau auf dem Werbeplakat des Hygienemuseums von 1952 mit der Aufschrift "Jeder Tropfen Frauenmilch ist kostbar!" konnte sie sich nicht identifizieren. Deren strahlende Leichtigkeit widersprach ihren erinnerten Anstrengungen. Wie Frieda V. erzählten einige der Frauen von den verschiedenen Aspekten, die das Spenden beinhaltete. Zum einen bedeuteten die damit verbundenen Tätigkeiten wie Abpumpen, Sammeln, Lagern und Austausch der Flaschen zusätzliche Arbeit, die mit 10 bzw. 11 Mark nicht zu bezahlen waren. Zum anderen nahmen die Frauen diesen Aufwand in Kauf, um kranken Säuglingen und Frühgeborenen zu helfen, ohne diese zu kennen. Ilse H. nannte das Spenden eine *"Bürgerpflicht"*, was für sie hieß: *"Einer muß dem anderen helfen, wenn er in Not ist...eine sich selbst auferlegte Pflicht und Freude zugleich."*³⁰⁴. Sie spendete nicht nur Milch, sondern jahrzehntelang auch Blut. Die Entscheidung für die Spende und die damit verbundene Arbeit stellten für Ilse H. die selbst auferlegte Pflicht dar. Das Wissen, kranken Kindern geholfen zu haben, machte die Freude für sie aus. Die Schilderungen der Gesprächspartnerinnen über den mit dem Spenden verbundenen Aufwand fielen unterschiedlich aus. Für manche stellten die damit einhergehenden Handlungen einen unerheblichen Mehraufwand dar. Andere, wie Gisela S. empfanden es als Arbeit, die ihrer Meinung nach aber eben zum *"Babygeschäft"*³⁰⁵ gehöre:

"Auch das Abpumpen war ja eigentlich eine Sauarbeit. ...Ja, das floß denn nicht mehr so gut, ...weil das meiste ja schon im Bauch des Kindes war, da hab ich immer viel Zeit gebraucht, eine Viertelstunde bis zwanzig Minuten, möchte ich sagen, habe ich nach jedem Stillen gebraucht, um bis zum letzten Tropfen rauszuholen. ...Ja, ich habe das als Arbeit empfunden, das Abpumpen. ...alle vier Stunden haben wir es doch gestillt, nicht, um sechs, um zehn, um vierzehn, um

³⁰² Frieda V., S.7, 24.

³⁰³ Ebenda, S.7/8.

³⁰⁴ Ilse H., S.13.

³⁰⁵ Gisela S., S.15.

*achtzehn und um zweiundzwanzig Uhr, fünfmal am Tag, fünfmal, alle vier Stunden und fünfmal abpumpen am Tag.*³⁰⁶

Aber trotz aller Schwierigkeiten und Anstrengungen würden auch heute alle der von uns Interviewten wieder ihre Milch spenden. Jutta Z., die ihre Milch sowohl an eine Frau in ihrem persönlichen Umfeld, als auch später an die FMS abgab, schilderte den Unterschied zwischen diesen beiden Arten der Weitergabe:

*"Wenn Sie das an die Sammelstelle abgeben, ist es weg. Dann haben Sie keine Berührung zu irgendwelchem Punkt dazu. Aber wenn Sie es persönlich abgeben, ist das schon anders. Dann erleben Sie ja die Person. ...ich meine, damals durch die Not, die doch um diese Zeit noch geherrscht hat, war das andere ja zufriedenstellender oder wie soll ich sagen, es war irgendwie angenehmer, weil Sie doch wußten, daß Sie etwas wirklich Gutes damit tun. Und wenn ich das Kind mal sah, hab ich in den Wagen geguckt, das war doch auch etwas, was man für angenehm empfunden hat."*³⁰⁷

Für sie war der persönliche Kontakt und das unmittelbare Resultat ihrer Hilfe zufriedenstellender, als die anonyme Spende. Jutta Z. konnte sich trotzdem vorstellen, auch heute ihre Milch auf beide Arten weiterzugeben. Dabei würde sie allerdings abwägen:

*"Wenn es ein Fall ist, wo das Kind wirklich das brauchte und ich hätte so viel und der Arzt ist auch der Meinung, daß es gut ist, würde ich es genau wieder so machen. ...Wenn ich eine Frau wäre, wo das Geld sehr fehlt, dann würde ich aber auch es für richtig finden, daß die Frau sagt, es tut mir leid, aber ich brauche das Geld dringend, ich mache das anders."*³⁰⁸

Eine weitere Bedeutung bekam die Milchspende im Vergleich zur Blutspende. Für Irene N. gab es eine Hierarchie: *"Also ich betrachte das Muttermilchspenden noch über dem Blutspenden. Blut kann ich spenden...aber Muttermilch kann nicht jeder spenden und alles eben immer nur eine bestimmte Zeit."*³⁰⁹ Ilse G., die früher im Blutspendewesen gearbeitet hat und selbst Blutspenderin war, betrachtete beide Spenden als gleichrangig. Sie bezeichnete Blut und Milch als einen *"Lebenssaft"*³¹⁰, den sie gern hergegeben habe, um anderen zu helfen. Sie fand es wichtig, daß die Frauen auch heute noch für ihre Milchspende bezahlt werden, denn *"wenn ich eine Arbeit leiste, kriege ich ja auch ein Entgelt dafür"*³¹¹. Einen anderen Aspekt der

³⁰⁶ Ebenda, S.5.

³⁰⁷ Jutta Z., S.6.

³⁰⁸ Ebenda, S.25.

³⁰⁹ Irene N., S.18.

³¹⁰ Ilse G., S.23.

³¹¹ Ebenda, S.20.

Spende äußerte Frieda V.: *"Die Muttermilch war was Heiliges, die durfte nicht verschleudert werden, die durften Sie nicht einfach jemandem verkaufen...das war Staatseigentum."*³¹². Diesen Satz sagte sie, als sie über die Stillproben zur Kontrolle der Spenderinnenkinder erzählte. Hier geht es um die Frage: Wem gehört die Milch? Die von ihr verwendeten Begriffe "Heiliges" und "Staatseigentum" beinhalten sowohl die Unberührbarkeit für den Einzelnen, als auch gleichzeitig die Verfügbarkeit für das Allgemeinwohl von Menschen oder eines Volkes. Dem Kontext ihrer Erzählungen entnahm ich, daß sie die Milchspende als eine Gegenleistung zu dem, was der Staat für sie getan hatte, ansah. Frieda V. beschrieb die DDR als ein System, in dem alles seine Ordnung hatte. Ihrer Meinung nach war jeder *"unter Obhut"*, *"sozial behütet"* und *"fürsorglich verwöhnt"*³¹³. Damit meinte sie u.a. die lückenlose medizinische Betreuung schwangerer Frauen und Mütter. Hinter der Koppelung "heilige Muttermilch/Staatseigentum" könnte die Ansicht stehen, die Kinder seien Eigentum des damaligen Staates gewesen, der ein Recht auf Reproduktion zur Selbsterhaltung hatte. Diesen Kindern hätte zum Gedeihen jeder Tropfen Milch zur Verfügung gestellt werden müssen. Die Mütter wären somit zum Spenden verpflichtet gewesen und die Milch hätte dem Staat gehört. Insofern könnte Frieda V. die Milchspende als eine staatsbürgerliche Verantwortung angesehen haben. Diese Ansicht stünde in der Tradition des 1794 in Preußen erlassenen Gesetzes, das den Frauen eine Stillpflicht auferlegte. In diesem Kontext steht auch der Satz des Verfassers eines 1963 erschienen Ratgebers über Säuglingsernährung: *"Jede Mutter, die über Milchüberschuß verfügt, hat die Pflicht, diesen Überschuß für andere Kinder zur Verfügung zu stellen."*³¹⁴. Frauen wurden nicht nur verpflichtet, zu stillen, sondern auch zu spenden. Allerdings wurde die Pflicht zum Spenden nicht gesetzlich verankert, sondern mit moralischen Argumenten versucht durchzusetzen. Das Prinzip der Gegenleistung an den Staat klang auch bei Helga P. an. Als ich sie fragte, ob auch die von ihr im Krankenhaus gespendete Milch bezahlt wurde, antwortete sie:

"Nein, nein. ...Das war mir auch egal, muß ich Ihnen ganz ehrlich sagen. Ich meine mal, wir haben zu DDR-Zeiten sowieso alles umsonst gehabt, wenn man

³¹² Frieda V., S.2.

³¹³ Ebenda, S.10/11.

³¹⁴ Köhler, O.: Der Säugling, S.89.

*das so will. Da brauchte man sich ja nicht den Kopf machen, wie man sich heute den Kopf macht...*³¹⁵.

Die Frage, wie es denn war, die eigene Milch wegzugeben, beantworteten die meisten Frauen pragmatisch: Das Kind war satt, durch das Abpumpen entstand ein Überfluß und der konnte beiderseitig nutzbringend weitergegeben werden. Gisela S. resümierte:

*"Sie haben ja eine Ware gehabt, die Sie verkauft haben. Das ist doch genauso, als wenn Sie Äpfel oder Birnen im Garten haben und die verkaufen. Da ist doch das Weggeben nicht schlimm, wenn man es nicht selber braucht."*³¹⁶.

Ilse H. sagte, sie habe die Milch nicht "abgegeben", sondern von ihrem "Überfluß abgelassen"³¹⁷. Jutta Z. konnte sich erst gar nicht vorstellen, daß ihre Milch wichtig sein könnte. Dann aber sagte sie sich: "...wenn das für Dein Kind gut ist, dann ist es ja für das andere Kind genauso gut."³¹⁸.

Für die meisten Frauen war die Zeit der Milchspende nur eine kurze Phase in ihrem Leben, an die sie sich erst durch den Aufruf in der Zeitung wieder erinnerten. Ilse H. erzählte, daß ihre Tochter 1989 viel Milch hatte, aber auf der Entbindungsstation nicht zum Spenden animiert wurde. Sie selbst dachte auch nicht mehr an die Existenz einer FMS: "Das war 'zig Jahre in Versenkung gewesen....Habe ich überhaupt nicht mehr dran gedacht,...daß ich überhaupt mal auf der Strecke was gemacht habe."³¹⁹. In der Familie von Helga P. spendeten dagegen drei Generationen: Helga P., ihre Mutter und ihre Tochter.

3.3. "Im umgekehrten Fall hätte ich mir bestimmt mehr Gedanken gemacht."³²⁰

Hätten Sie Ihrem Kind gespendete Milch gegeben?

So bedenkenlos und bereitwillig die Frauen ihre Milch spendeten, so kritisch reagierten sie auf die Frage, ob sie ihrem Kind gespendete Milch gegeben hätten. Für Irene N. und Jutta Z. wäre es wichtig gewesen, die Spenderin zu kennen, zu wissen, wie sie lebt und ob alles bei ihr in Ordnung ist. Irene N. meinte damit nicht

³¹⁵ Helga P., S.19.

³¹⁶ Gisela S., S.15.

³¹⁷ Ilse H., S.13.

³¹⁸ Jutta Z., S.18.

³¹⁹ Ilse H., S.23.

³²⁰ Ebenda, S.16.

nur die häusliche Ordnung und die medizinische Unbedenklichkeit, sondern auch die Kriterien ihrer damaligen Lebensweise. Ihr Maßstab war, daß die Frau für ihr Kind lebt und sich z.B. entsprechend ernährt. Für sie wäre auch der persönliche Kontakt wichtig gewesen:

"Also, ich würde sehr wahrscheinlich...zu dieser Spenderin Verbindung aufnehmen und daraus würde sich wahrscheinlich dann auch sehr viel mehr entwickeln noch als wie nur eine Muttermilchspenderin."³²¹

Während Jutta Z. sich auf die Kontrolle der Milch in der Frauenmilchsammelstelle verlassen hätte, wäre Irene N. skeptisch gewesen. Ihrer Erfahrung nach waren damals auch die Untersuchungen von Blutspendern/innen nicht lückenlos und sie erzählte von einer Kollegin, die regelmäßig Beruhigungsmittel nahm und trotzdem Blut spenden durfte. Ilse H. sagte: *"Also, im umgekehrten Fall hätte ich mir bestimmt mehr Gedanken gemacht."³²²* und meinte damit vor allem Gedanken über die spendende Frau. Ihr wäre wichtig gewesen, daß die Frau gesund ist und vor allem keine Brustentzündung hat. Spenderinnenmilch wäre für sie ein *"Notstrohhalm"*³²³ gewesen, den sie aber lieber ergriffen hätte, als künstliche Nahrung zu füttern. Auf meine Frage, ob sie sich nicht auf die regelmäßige Untersuchung der Milch verlassen hätte, antwortete sie:

"Doch, aber da hätte ich mich intensiv nach erkundigt, was untersucht wird und wie untersucht wird und ob gerade diese Sache untersucht wird. Also, da hätte ich mächtig hinterfragt, glaube ich. ...Was für mich selbstverständlich war, hätte ich sicherlich bei anderen nicht...als selbstverständlich vorausgesetzt. Also da ist man doch etwas, wenn es um das eigene Kind geht, vorsichtiger, will ich mal sagen...skeptischer..."³²⁴

Ilse G. hätte in der Zeit, als sie ihr Kind bekam, fremde Muttermilch angenommen. Heute wäre sie vorsichtiger, denn ihrer Meinung nach leben die Frauen mittlerweile schon während der Schwangerschaft ungesünder. Früher hätten z.B. nicht so viele Frauen geraucht und es habe die regelmäßigen Untersuchungen der Schwangerenfürsorge gegeben. Wie bei Irene N. war auch ihr Maßstab die eigene Lebensweise. Sie habe nicht geraucht, nicht scharf gegessen und nicht *"zuwider den Kindern gehandelt"*³²⁵. Sie meinte: *"jede Frau hat Milch, also, wenn sie wirklich viel*

³²¹ Irene N., S.12.

³²² Ilse H., S.16.

³²³ Ebenda.

³²⁴ Ebenda.

³²⁵ Ilse G., S.19.

*trinkt, wenn sie denn nicht raucht und kein Alkohol trinkt und wenn sie wirklich Tee oder ausreichend Trinken hat, dann kann jede Frau stillen.*³²⁶ Dahinter verbirgt sich der Vorwurf, daß Frauen, die keine Milch haben, dies durch eine ungesunde Lebensweise selbst verschuldet haben, was Ilse G. wiederum nicht vom Spenden abhielt. Sie vermutete, daß die Milch heute immer noch genauso untersucht wird wie früher, schien demgegenüber aber mißtrauisch. Ihr, die beruflich immer im Gesundheitswesen tätig war, fehle heutzutage der Überblick, da sie nicht mehr im Krankenhaus arbeite. Trotzdem plädierte sie für die Frauenmilchspende und deren Verwendung für die Ernährung von Frühgeborenen. Für Helga P. wäre die Verordnung von Frauenmilch durch eine/n Ärztin/Arzt wichtig gewesen, um damit die Bestätigung zu erhalten, daß diese Art der Ernährung gut für ihr Kind ist. Auch Gisela G. würde die Entscheidung von einer ärztlichen Meinung abhängig machen. Wenn aus dieser hervorginge, daß das Kind genauso gut industrielle Säuglingsnahrung erhalten könnte, würde auch sie der künstlichen Nahrung den Vorzug geben. An einer anderen Stelle bezweifelte sie, daß die Medizin in den 50er Jahren schon so weit entwickelt war, daß die Verträglichkeit der Milch für Säuglinge untersucht werden konnte. Obwohl sie selbst Milch gespendet hat, war sie skeptisch, ob Frauenmilch eine gute Nahrung für kranke Babys und Frühgeborene ist. Herbert T. vermutete, daß er keine Bedenken gehabt hätte, betrachtete die Entscheidung allerdings als eine Gewissensfrage. Zunächst verwies er auf die damalige Zeit, in der im Osten jeder auf Gegenseitigkeit und Solidarität angewiesen war. Seiner Erfahrung nach war das Wort "Solidarität" nicht nur eine Phrase, sondern wurde auch gelebt. Als ich vorschlug, diese Solidarität hätte vielleicht auch auf die Mütter ausgedehnt werden können, indem sie sich gegenseitig mit Milch ausgeholfen hätten, wurde er skeptisch. Ihm erschien eine Untersuchung der Milch durch die FMS sicherer. Auch seine Frau hätte die Milch nicht von einer anderen Frau genommen. Ein Angebot vom Krankenhaus würde sie dagegen nicht abschlagen. Lediglich zwei Frauen konnten sich vorstellen, ihren Kindern bedenkenlos gespendete Milch zu geben. Auch Gisela S. antwortete zuerst ohne Zögern:

"Ja, natürlich, wenn die Gesundheit und das Leben meines Kindes davon abhängt, ist doch eine Muttermilch von einer anderen Frau ganz was anderes, als wenn ich mir da so ein Pulver anrühre, so ein Aletepulver oder irgendwas. Ich

³²⁶ Ebenda, S. 16.

*meine, früher sind die Spreewälder Ammen nach Berlin gegangen und haben da in reichen Häusern ihre Brust zur Verfügung gestellt.*³²⁷

An anderer Stelle überlegte sie allerdings, ob es heute vielleicht schon eine bessere Ernährung für kranke Säuglinge gibt und wies daraufhin, daß durch mangelnde Sauberkeit in einem Haushalt Krankheitskeime in die Milch gelangen könnten. Aufgrund dieser Gefahr und der fortschreitenden medizinischen Entwicklung nahm sie an, daß heute keine Frauenmilch mehr gesammelt wird. Bärbel W. lehnte als Einzige ab, merkte aber an, daß die Frühgeborenen zu ihrer Zeit automatisch im Krankenhaus Frauenmilch erhalten hätten. Früher wurden die Eltern nicht gefragt, ob sie mit dieser Ernährung einverstanden sind. Heute ist diese Praxis, zumindest in Potsdam, nicht mehr denkbar. Auch das medizinische Personal reagierte unterschiedlich auf diese Frage. Prof. Radke und Dr. F. würden ihrem Kind ohne Bedenken Frauenmilch geben. Martha D. hätte Angst, daß dadurch AIDS, Hepatitis B und C übertragen werden könnte und erinnerte sich an Fälle von Aidsinfektionen durch Blutkonserven. Früher habe man ja immer *"gepredigt"*³²⁸, Frauenmilch sei die beste Ernährung. Heute gäbe es aber schon sehr gute neue Nahrungsmittel, mit denen selbst Frühgeborene *"besser über den Berg"*³²⁹ kommen. Sie schien Frauenmilch als ein Nahrungsmittel in Notzeiten anzusehen, das mittlerweile, dank des wissenschaftlichen Fortschritts, ersetzt werden kann. Ihrer Meinung nach gibt es die FMS Potsdam nicht mehr und das begrüßte sie, denn so könnten nicht noch über die Milch Infektionskrankheiten verbreitet werden. Als es an anderer Stelle um den Vergleich zwischen Milch-, Blut-, Organ- und Samenspenden ging, räumte sie allerdings ein, daß über Muttermilch wohl noch keine Infektionen übertragen wurden. Untersuchungen der Milch würde sie heute genauso wenig trauen wie Blutuntersuchungen. Auch Barbara C. würde ihrem Kind keine fremde Milch mehr geben, da durch Muttermilch Aids übertragen werden könnte.

3.4. "Da hat man auch eine Bindung zum Kind."³³⁰

Hätten Sie ein fremdes Kind gestillt?

³²⁷ Gisela S., S.16.

³²⁸ Martha D., S.31.

³²⁹ Ebenda, S.30.

³³⁰ Ilse G., S.21.

Irene N. erzählte, daß sie im Krankenhaus zeitweise das Kind ihrer Bettnachbarin gestillt habe. Sie hatte das Gefühl, damit etwas Gutes zu tun, empfand es aber als nicht so beglückend, wie bei ihrem eigenen Kind. Ilse H. hätte sich vorstellen können, ein fremdes Kind zu stillen. Sie vermutete, daß sich dabei die Hilfe für Mutter und Kind und die eigene Entlastung von der vielen Milch die Waage gehalten hätten. Außerdem wäre es eine bessere Alternative gewesen, als die Milch wegzuschütten. Auch Ilse G. hätte nicht abgelehnt: *"das Absaugen ist viel sauberer und humaner und da hat man auch eine Bindung zum Kind, ja, als wenn man das jetzt nun alles abgibt und das nur da hinstellt in den Fläschchen."*³³¹. In ihrer Zeit als Entbindungsschwester und auch später bei den eigenen Geburten wurde ihres Wissens nie eine Frau daraufhin angesprochen. Auch Gisela G. hätte ein fremdes Kind gestillt. Dabei betonte sie, daß das Stillen körperlich auch viel angenehmer sei, als das Abpumpen. Helga P. meinte:

*"...zu unserer Zeit, zu DDR-Zeiten, war das eine Frage der Hygiene, daß man sagte, es kann ja doch einer Bakterien haben und das geht über. ...Weiß ich nicht, also ich kenne es nicht zu meiner Zeit."*³³².

Sie selbst hätte ein fremdes Kind gestillt, wenn sie im Krankenhaus gefragt worden wäre und schloß an, daß sie ja immer Desinfektionsmittel erhalten hätten, um ihre Brustwarzen vor dem Stillen zu reinigen. Ihre Vermutung, in der DDR hätte es diese Praxis aus hygienischen Gründen nicht gegeben, scheint mir aufgrund der letzten Bemerkung vor allem ihrem eigenen Empfinden zu entspringen. Ich nehme an, daß für Helga P. die Legitimation durch das Krankenhaus wichtig gewesen wäre, um nicht die Verantwortung im Falle einer Erkrankung des Kindes tragen zu müssen. Auch Bärbel W. hätte ein fremdes Kind nur auf der Wöchnerinnenstation gestillt. Ihr wäre es allerdings wichtig gewesen, die Mutter nicht zu kennen. Ihr Argument war, daß die Mutter ihr leid getan hätte, weil diese nicht stillen kann und auf sie angewiesen wäre. Sie versetzte sich in die andere Frau hinein und meinte: *"...das hätte keine Mutter gerne gemacht...irgendwie gibt man ja ein bißchen von seinem Körper dem Kind."*³³³. Waltraud T. wurde auf der Wöchnerinnenstation gefragt, ob sie noch zusätzlich ein Kind anlegen könnte. Sie war einverstanden, aber ihre Mutter verbot es. Diese riet ihr zum Abpumpen und Waltraud T. gab nach. Im Nachhinein

³³¹ Ebenda.

³³² Helga P., S.18.

³³³ Bärbel W., S.25.

schien sie ihre Mutter verstehen zu können, denn sie äußerte im Zusammenhang mit diesem Thema die Vermutung, daß die abgepumpte Milch im Krankenhaus kontrolliert wurde und schloß daran: *"man weiß ja nicht, was man im Körper hat"*³³⁴. Da Waltraud T. die Gründe für das Verbot nur ansatzweise ansprach, entnahm ich vor allem diesem Satz, daß die Angst vor der Übertragung von Krankheiten auf ein fremdes Kind eine Rolle gespielt haben könnte. Jutta Z. hatte vermutlich ähnliche Bedenken und versicherte sich, bevor sie ihre Milch an eine Bekannte weitergab, bei ihrem Arzt, ob dieser Weg in Ordnung wäre. Das Kind direkt anzulegen, konnte sie sich aus zwei Gründen nicht vorstellen. Zum einen wäre sie zeitlich noch mehr gebunden gewesen, als nur durch das Stillen des eigenen Kindes, das anschließende Abpumpen und das Abholen der Milch durch die Bekannte. Zum anderen war ihre Erfahrung, daß Brustkinder später nur ungern aus der Flasche tranken, was die Situation für die Bekannte bzw. überhaupt für Frauen, die relativ schnell wieder einer Berufsarbeit nachgehen müssen, komplizierter gemacht hätte. Die ehemaligen und heutigen Mitarbeiter/innen sagten, es sei in ihrem beruflichen Umfeld nicht üblich gewesen, daß eine Frau ein anderes Kind gestillt hätte. Martha D. erinnerte sich an ihre Flucht aus Ostpreußen und meinte, in Notzeiten hätte sie selbst sicher auch ein fremdes Kind angelegt. An sich war sie aber gegen diese Praxis, denn es bestehe immer die Gefahr einer Infektion. Besser sei es, die Milch abzupumpen und durch eine FMS sterilisieren zu lassen. Prof. Michael Radke hielt das Fremdstillen für denkbar, vermutete aber, daß keine Frau ihr Einverständnis dazu geben würde. Auch Dr. Hardy F. würde dieser Praxis grundsätzlich zustimmen, hielt aber eine Untersuchung der stillenden Frau für unerlässlich. Er versetzte sich in die Lage der Mutter und argumentierte, daß er gegenüber einer Fremden schon Bedenken hätte und daher eine Frau aus der Verwandtschaft vorziehen würde. Die Angst vor einer Ansteckung sei seiner Meinung nach enorm gewachsen, wie man am Beispiel von Aids sehen könnte. Trotz umfassender Aufklärung sei weiterhin eine diffuse Angst vorhanden. Seine eigene Argumentation machte diese Einschätzung deutlich, denn auch die Tatsache der Verwandtschaft schützt nicht vor einer Krankheitsübertragung.

³³⁴ Waltraud T., S.12.

3.5. "Später ist es dann eingeschlafen."³³⁵

Die Bedeutung von Frauenmilchsammelstellen

Dr. Skadi Springer beschrieb die Bedeutung von Frauenmilchsammelstellen folgendermaßen:

"Die Frauenmilchsammelstellen lösten das Ammenwesen ab und übernahmen eine wichtige Funktion zum Schutz des Empfängerkindes durch die Kontrolle und Anleitung der Frauenmilchspenderin."³³⁶

Die Kontrollfunktion der FMS betonte sie auch auf dem Symposium in Leipzig. Dr. Springer erzählte dort, daß es Frauen gäbe, die gegenseitig ihre Kinder stillen würden. Ihrer Meinung nach sei diese Praxis, *"Milch über den Gartenzaun weiterzugeben"*³³⁷, nicht tragbar. Daher rief sie die Anwesenden auf, wenn sie von solchen Vorkommnissen Kenntnis hätten, die Beteiligten anzusprechen und diese auf die Kontrolle der Milch durch eine FMS hinzuweisen. Als ich Prof. Radke nach der Existenz von Klinikammen in den 50er Jahren in der DDR fragte, sagte er: *"Na ja, wenn Sie so wollen, sind ja diese Spenderinnen auch Ammen, nur über den Umweg der Qualitätskontrolle Frauenmilchbank..."*³³⁸. Für ihn als Kinderarzt und Ernährungsspezialist zog sich die Beschäftigung mit Frauenmilch *"wie ein roter Faden"*³³⁹ durch die letzten 19 Jahre seiner beruflichen Tätigkeit. Ihm erschien es immer sinnvoll, *"kranke Lebewesen einer besonderen Spezies, mit der Milch dieser Spezies zu versorgen und nicht mit der Milch einer anderen Spezies."*³⁴⁰ Er meinte, daß die Ernährung mit Frauenmilch im Osten *"tief verwurzelt"*³⁴¹ gewesen sei und, auch wegen der fehlenden Spezialnahrung, nie in Frage gestellt wurde. Seine Einschätzung stimmt allerdings nicht mit der Entwicklung des Spendenaufkommens in der DDR überein, in der es zwischen Ende der 60er und Anfang der 70er Jahre zu einem Rückgang gekommen ist (vgl. Abb.13). Im Gegensatz zur Blutspende sei die Frauenmilchspende nach wie vor unterrepräsentiert, was seiner Meinung nach an dem geringen Stellenwert liege, den Kinder in unserem Gesundheitssystem hätten.

³³⁵ Jutta Z., S.6.

³³⁶ Springer, S.: Frauenmilchsammlung, S.84.

³³⁷ Notizen zum Redebeitrag von Dr. Springer: Arbeitsweise der Frauenmilchbanken.

³³⁸ Prof. Radke, S.17.

³³⁹ Ebenda, S.11.

³⁴⁰ Ebenda.

³⁴¹ Ebenda, S.4.

Rosemarie G. resümierte, daß die FMS Potsdam zu ihrer Zeit eher als eine Nebensache betrachtet wurde. Im Vordergrund stand die Milchküche, in der die Nahrung für die Säuglinge und Kinder der Klinik zubereitet wurde. Es habe weder eine Mitarbeiterin gegeben, die ausschließlich als Angestellte der Sammelstelle betrachtet wurde, noch habe sich eine/r der Ärzte/innen übermäßig für die dortigen Arbeiten interessiert. In der alten Kinderklinik gab es allerdings einen gesonderten Raum für die Sammelstelle, der für die Verarbeitung und Lagerung der Milch genutzt wurde. Die heutigen Räumlichkeiten lassen eine klare Trennung zwischen Milchküche und Sammelstelle nicht mehr zu, dafür sind sie technisch besser ausgestattet. Einen separaten Raum, wo die Frauen ihre Milch abgeben oder Gespräche mit künftigen Spenderinnen geführt werden können, gibt es nicht. Als Alternative steht ein Bibliotheksraum zur Verfügung. Am Telefon melden sich die Mitarbeiterinnen bis heute mit "Milchküche". Lediglich auf einem der unteren Flure, der zu den Fahrstühlen in Richtung Kinderklinik führt, weist ein Schild auf die FMS hin. Als Rosemarie G. die Leitung übernahm, mußte sie keine Zusatzausbildung absolvieren, wie das früher in Erfurt üblich war. Erst kurz nach der Wende fuhr sie zu einer dreitägigen Schulung nach Leipzig. Das Fehlen einer speziellen Ausbildung lag ihrer Meinung nach auch an dem geringen Stellenwert, den die FMS hatte. Eine Frauenmilchsammelstelle im eigentlichen Sinn gab es für sie nur bis zum Ende der 60er Jahre, bevor die Einrichtung in die Kinderklinik nach Babelsberg zog. Für sie war Frauenmilch damals genauso wichtig wie heute und durch nichts zu ersetzen. Heute schätzte sie den Umgang mit der Milch kontrollierter ein, als in den 70er und 80er Jahren. Allerdings hielt sie die Nachvollziehbarkeit des Milchweges für überflüssig, da ohnehin die gesamte Milch untersucht würde. Außerdem meinte sie:

"...die Mütter werden z.B. ...unter anderem auch bei der Blutuntersuchung auf Aids untersucht. ...es hat also auf der ganzen Welt noch nicht einen Fall gegeben, daß über Muttermilch auf das Kind Aids übertragen wurde, aber die Gesellschaft ist ja heute so, die geht ja auf Nummer sicher...aus rein wirtschaftlichen Gründen und aus rein verantwortlichen Gründen..."³⁴².

In einem der Jahre, als Frieda V. Milch an die Sammelstelle abgab, wurde sie von einer Bekannten gefragt, ob sie auch ihr Milch zur Verfügung stellen könne. Frau V. lehnte ab:

³⁴² Rosemarie G.(1), S.33.

"...nicht weil es meine Milch war, sondern einfach, weil das seinen ordnungsgemäßen kontrollierten Gang ging, ich sage: 'Gehe da hin (zur FMS; J.T.), frage, vielleicht kriegst Du was...'"³⁴³.

Von Frau K., mit der ich ein telefonisches Interview führte, wollte ich wissen, ob sie ihre Milch auch an Bekannte abgegeben hätte. Innerhalb der Familie hätte sie sich das vielleicht vorstellen können, aber eigentlich erschien ihr die Weitergabe an eine "amtliche Stelle", wo die Milch "durchkontrolliert" worden wäre, am sichersten³⁴⁴. Bei der unkontrollierten Weitergabe der Milch an Freundinnen oder Nachbarinnen hätte sie Angst, daß mal irgend etwas ist, sagte aber nicht, was hätte sein können. Diese diffuse Angst schwang auch in anderen Gesprächen mit und ich vermute, daß es sich dabei um die Angst vor der Übertragung von Krankheiten und vor möglicherweise daraus resultierenden Schuldzuweisungen oder Sanktionen handeln könnte.

Die meisten der von uns befragten Frauen waren der Meinung, daß es die FMS Potsdam nicht mehr gäbe. Gisela G. begründete ihre Vermutung damit, daß heute jeder Angst vor Krankheitserregern hätte, sei es im Blut oder in der Milch. Damit vergaß sie allerdings die Existenz von Blut-, Organ- und Samenbanken. Gisela S. war der Ansicht, daß die FMS später geschlossen wurde, da es dann schon bessere, d.h. industriell erzeugte Säuglingsnahrung gegeben hätte. Auch Jutta Z. meinte: *"Später ist es dann eingeschlafen, weil es dann wahrscheinlich doch ein Mittel gab, um die Kinder vernünftig zu ernähren..."³⁴⁵*. An anderer Stelle resümierte sie allerdings, daß die FMS sehr auf die Milch angewiesen seien, da es viele Mütter gäbe, die ihre Kinder nicht stillen könnten. Barbara C. und Martha D. gingen davon aus, daß die FMS schon lange geschlossen ist. Sie wußten nicht, daß diese Ende der 60er Jahre in die außerhalb gelegene Kinderklinik in Babelsberg integriert wurde. Barbara C. fand früher gespendete Milch für Frauen wichtig, die ihr Kind nicht selbst ernähren konnten. Heute sei diese Milch höchstens in Einzelfällen von Bedeutung. Ihrer Meinung nach müßte heutzutage auch keine Frau mehr stillen, denn es gäbe genug gute Kindernahrung. Außerdem sagte sie: *"wo wir ja angeblich nun schon lauter verseuchte Nahrungsmittel zu uns nehmen, kann die Muttermilch auch nicht mehr so gut sein."³⁴⁶* Früher wurde ihres Erachtens nach vorwiegend gestillt, um

³⁴³ Frieda V., S.26.

³⁴⁴ Telefonnotizen Frau K. vom 23.7.1999.

³⁴⁵ Jutta Z., S.6.

³⁴⁶ Barbara C., S.26.

einen Esser weniger zu haben. Dieser Grund sei mit dem Rückgang der kinderreichen Familien bedeutungslos geworden. Dr. F. vermutete, daß die FMS seit ca. 1962 nicht mehr existiert, da seiner Meinung nach zu dieser Zeit das Spendenaufkommen stark zurückgegangen sei. An anderer Stelle erzählte er allerdings, daß er noch bis zur Wende in seinen öffentlichen Vorträgen auf die Möglichkeit der Spende hingewiesen habe. Da für ihn Muttermilch aufgrund ihrer Abwehrstoffe für Säuglinge nach wie vor die beste Nahrung sei, würde er die Existenz einer Sammelstelle begrüßen. Zumal er die heutigen Gegebenheiten organisatorisch günstiger einschätzte, da sich nun Entbindungsstation und Kinderklinik in einem Haus befinden. Er war sich allerdings nicht sicher, wie hoch der Bedarf an Frauenmilch heute sei. Im Gegensatz zu Dr. Radke, nach dessen Einschätzung die Zahl der unreifen Frühgeborenen zunimmt, ist seiner Meinung nach die Frühgeburtenhäufigkeit zurückgegangen. Als Grund dafür nannte er eine verbesserte Schwangerenbetreuung. Obwohl er der Meinung war, daß Muttermilch nicht hundertprozentig adaptiert werden kann, hielt er die Existenz eines gleichwertigen industriellen Präparates für möglich. Er könne sich auch vorstellen, daß die Säuglingsschwester keine Frauenmilch mehr verwenden und statt dessen lieber auf sterile industrielle Nahrung zurückgreifen würden. Dadurch würden auch die Untersuchungen der Spenderinnen wegfallen, denn:

"Sie müssen ja immer bedenken, wenn jetzt von...einem Menschen auf einen anderen was übertragen (wird; J.T.), dann dürfen Sie ja nicht gleichzeitig Krankheiten mit übertragen."³⁴⁷

Als Beispiel dafür nannte er Aids. Im nächsten Satz korrigierte er sich allerdings und vermutete, daß dieser Virus wohl nicht durch Muttermilch übertragen wird. Er meinte, im Vergleich zu heute sei der Arzt in den 50er und 60er Jahren für die Patienten/innen noch eine Respektsperson gewesen, "*der absolute Mensch des Vertrauens*"³⁴⁸. Heute könne jede/r den Arzt verklagen, es gäbe sogar schon Rechtsanwälte, die auf Medizin spezialisiert seien. Daher müßten auch juristische Konsequenzen bei der Verwendung von Frauenmilch bedacht werden. Dr. Barbara R., Obermedizinalrätin im Potsdamer Gesundheitsamt, die ich zu Beginn der Forschung nach der Existenz der FMS Potsdam fragte, erzählte, daß sich diese 1989 aufgelöst habe und verwies auf die seit der Wende gestiegene Gefahr der

³⁴⁷ Dr. F., S.16.

Übertragung von Aids und Hepatitis. Da es diese Krankheiten früher nicht gegeben habe, wurde ihrer Meinung nach die Milch aller Frauen zusammengeschüttet, denn Muttermilch an sich sei steril und es bestünde daher keine Gefahr der Keimübertragung. Auch die Milchpumpen seien steril gewesen und die Frauen in deren Benutzung eingewiesen worden. Einen weiteren Grund für die Auflösung der Sammelstelle sah sie in dem Rückgang der Spenden. Heutzutage würden die Mütter ihre Kinder nach Bedarf anlegen und so könne sich kein Überfluß mehr ansammeln³⁴⁹.

3.6. "Weiße Kittel waren ja früher das A und O."³⁵⁰

Die Bedeutung der Hygiene und die Kontrolle der Spenderinnen

Christel F. erinnerte sich, daß die spendenwilligen Frauen von der damaligen Leiterin der Sammelstelle entweder auf der Wöchnerinnenstation oder in der FMS in den Umgang mit der Milch eingewiesen wurden. Zu den Belehrungen gehörte, daß die Flaschen nicht zweckentfremdet benutzt werden durften, die Milch kühl aufbewahrt und frisch abgepumpte Milch nicht sofort zu der schon gesammelten Milch gegossen werden sollte. Unterschreiben mußten die Frauen nichts. Ernährungsempfehlungen und gesundheitliche Verhaltensregeln (stillende Frauen sollten weder rauchen noch Alkohol trinken) kamen Christel F. zufolge von den Ärzten/innen und Fürsorgerinnen der Schwangeren- oder Mütterberatungsstellen. An einen regelmäßigen Besuch dieser Beratungsstellen war auch die Auszahlung der staatlichen Geburtenbeihilfe gekoppelt. Diese wurde in Raten ausgezahlt und begann mit der Vorstellung in der Schwangerenberatung im 4. Monat. Den letzten Betrag erhielten die Frauen beim vierten Besuch einer Mütterberatungsstelle. Einige der interviewten Frauen nahmen die lückenlose medizinische Betreuung dankbar an und hatten diese in guter Erinnerung. Christel F. zufolge habe es eine direkte Kontrolle der häuslichen Umgebung der spendenden Frauen durch die Mitarbeiterinnen der FMS nicht gegeben. Wurde die Milch abgeholt, erhielten diese automatisch einen Einblick in die hygienischen Verhältnisse. Frauen, die die Milch

³⁴⁸ Dr. F., S.23.

³⁴⁹ Gesprächsnotizen vom 6.4.1999.

³⁵⁰ Ilse H., S.18.

Karteikarte für Frauenmilchspenderinnen

S. Ingeborg 1924 16. 3. V.
 Name und Vorname der Spenderin geb. Geburtstag Geburtsort

E. K. Nr.
 Wohnort Straße Nr.

Wohnung: sauber/unsauber Hauptmieter/Untermieter 2 Zimmer, Küche

Erlerner Beruf: Röntgenassistentin Jetziger Beruf: /

Zahl der Geburten: 3, partus Fehlgeburten: keine Inf. ven: keine

Zahl der lebenden Kinder: 3 Durchgemachte Krankheiten der Spenderin:
Scharlach, Diphtherie

Annahmeuntersuchung am 24. 4. 1952 Röntgenaufnahme am 3. 5. 1952

Weitere vierteljährliche Untersuchungen am 10. 8. 1952

Wa.-R. 1. am	<u>24. 4. 1952</u>	<u>neg. — pos.¹⁾</u>
Wa.-R. 2. am	<u>10. 8. 1952</u>	<u>neg. — pos.</u>
Wa.-R. 3. am		<u>neg. — pos.</u>
Wa.-R. 4. am		<u>neg. — pos.</u>

Spenderin von 24. 4. 1952 bis 28. 9. 1952 = 22 Wo.

Gesamtabgabemenge: 61.000 Liter

¹⁾ Zutreffendes unterstreichen

G 2/50 Karteikarte für Frauenmilchspenderinnen — Einheitsvordruck des Min. für Gesundheitswesen
 VER Vordruck-Leitverlag Dresden 5212/28 Ra 7831 117-9-3 354 5 A 5687

Tabelle 1 Formblatt G 2/50

Name des Kindes: Brigitte S. Geburtsgewicht: 3.200

Geboren am 16. 4. 1952

Anstaltsentbindung: ¹⁾ Name der Anstalt:

Hausentbindung: ¹⁾ Name der Hebamme: Emma K.

Name des Kindesvaters: Horst S. geb. 2. 1. 22 Beruf: Lehrlingsausbilder

Dat.	Mutter		Kind	
	Größe: <u>162</u> Gewicht	Stillprobe	Gewicht	Untersuchungsbefund
<u>4. 5. 52</u>	<u>63 kg</u>	<u>10.30⁰⁰ 140 g getrun- ken, gl. Seite 60 g abge- drückt. (2 Fl.)</u>	<u>3.900</u>	<u>Stark exsudativ. Fontanelle I Finger- kuppe. Hämangiom am lk. Ohr</u>
<u>5. 6. 52</u>	<u>62¹/₂</u>		<u>4.700</u>	<u>Kd. sehr wund, nach einmal zur Still- probe bestellt</u>
<u>8. 6. 52</u>		<u>10.40⁰⁰ 150 g getrun- ken, gl. Seite 50 g abge- drückt. (1-2 Fl.)</u>	<u>4.750</u>	

¹⁾ Zutreffendes unterstreichen

Tabelle 2. Rückseite der Karteikarte Formblatt G 2/50

selbst zur Sammelstelle brachten, betraf das nicht. Gab eine Frau häufiger verunreinigte Milch ab, richteten die Mitarbeiterinnen ihre Tour so ein, daß sie zur Stillzeit kamen, um auf diese Weise den Ursachen auf den Grund zu gehen. Christel F. erinnerte sich, daß solche Frauen eigentlich an das Gesundheitsamt gemeldet werden sollten. Zu ihrer Zeit wäre das aber nicht gemacht worden, weil sie und ihre Chefin das *"immer gepackt"*³⁵¹ haben. In manchen Fällen informierten die Mitarbeiterinnen aber die leitende Fürsorgerin, wenn diese zur Untersuchung der Kinder in der FMS war. Die Fürsorgerinnen mußten ohnehin die Mütter nach der Geburt bzw. nach der Entlassung aus dem Krankenhaus zu Hause aufsuchen und die häuslichen Verhältnisse prüfen. Abbildung 17 zeigt eine Karteikarte, die 1952 in der FMS Erfurt angelegt wurde. Auf der Karte sollte u.a. vermerkt werden, ob die Wohnung sauber oder unsauber ist. Wer das zu prüfen hatte, geht aus dem Dokument nicht hervor. Ob solche Karteien auch in Potsdam geführt wurden, ist unklar. Ich halte es für möglich, denn es handelt sich hier um einen einheitlichen Vordruck des Gesundheitsministeriums der DDR. Rosemarie G. erzählte, daß zu ihrer Zeit die hygienischen Belehrungen durch die Mitarbeiterin, die das erste Mal Milch abholte, vor Ort erteilt wurden. Auch wenn die Frauen das Abpumpen schon im Krankenhaus lernten, ging die Mitarbeiterin auch darauf noch einmal ein. Wichtige Verhaltensregeln beim Abpumpen waren: Fenster schließen, damit kein Durchzug entsteht, während des Abpumpens nicht sprechen, denn die Luft ist voller Bakterien, lange Haare zusammenbinden, Hände waschen und zum Abtrocknen jeden Tag ein neues Handtuch verwenden, das von keinem anderen Familienmitglied benutzt wird, Brust mit abgekochtem Wasser und einem separaten Lappen oder mit sterilen Tupfern aus der Apotheke säubern, die ersten abgepumpten Tropfen wegschütten, da in den Milchdrüsenöffnungen noch Keime sein könnten, nach dem Abpumpen Brust säubern, eine neue Vorlage in den BH einlegen, die Flasche mit der abgepumpten Milch in den Kühlschrank stellen, Milchpumpe abwaschen und einmal am Tag zehn Minuten auskochen. Ausgekocht und aufbewahrt werden sollte die Pumpe in einem Topf, der nur dafür benutzt wurde. Als Alternative konnte die Pumpe auch mit einer gebügelten Windel oder einem Geschirrtuch abgedeckt werden. Das Bügeln sei wichtig gewesen, um den Stoff noch keimärmer zu machen. Grundsatz war vor allem, daß die gesamte restliche Milch aus der Brust gepumpt

³⁵¹ Christel F., S.11.

wurde. Dr. F. erklärte, was darüber hinaus wichtig war: *"Das sie nicht massieren sollen die Brust, sondern nur halten, die Brust unterstützen und mit der Pumpe pumpen und nicht da massieren...da massieren sie da Keime ein..."*³⁵². Er war allerdings skeptisch, ob die Frauen sich zu Hause daran gehalten haben. Die umfangreichen Verhaltensregeln sollten verhindern, daß Bakterien in die Milch gelangen und diese dadurch schnell sauer wurde. Rosemarie G. resümierte:

*"...ich muß Ihnen eins dazu sagen, bei Müttern, wo Sie erstmal durch einen Kuhstall gewatet sind oder bei Müttern, wo praktisch der Kamm neben der Butter lag, hundertprozentig war diese Milch in Ordnung und Mütter, wo man gesagt (hat; J.T.), man konnte vom Fußboden oder Tisch lecken, da war dann meistens immer der Schwarze Peter."*³⁵³.

Zu Beginn der Milchspende wurden die Frauen gefragt, ob sie Medikamente nehmen, rauchen oder Alkohol trinken würden. Rosemarie G. sagte, sie hätte ihnen *"moralisch ins Gewissen geredet"*³⁵⁴, damit sie die Wahrheit sagten. Waren sich die Mitarbeiterinnen der FMS nicht sicher, ob eine Frau Medikamente nahm, erkundigten sie sich in Einzelfällen bei dem/der zuständigen Arzt/Ärztin. In ihrer Zeit hätte sie aber keinen Fall erlebt, in dem eine Frau unehrlich gewesen wäre. Bei Frauen, deren Milch häufiger verschmutzt war, ließen sich die Mitarbeiterinnen zeigen, wie abgepumpt wurde. An eine Kontrolle der Ernährung der Spenderinnenkinder konnte sich Rosemarie G. nicht erinnern:

*"...also auf die Idee sind wir eigentlich auch gar nicht gekommen, daß da eine Frau lieber die Nahrung für ihr Kind kauft und die Milch lieber spendet. ...aber sie haben ja nichts gewonnen, wenn sie auf der einen Seite Nahrung kaufen mußten und auf der anderen Seite haben sie es gespendet und das Geld dann wieder reingekriegt, also, irgendwo sehe ich da gar keinen Sinn und ich meine, das hat bestimmt auch keiner gemacht."*³⁵⁵.

Die Frauen beschrieben Sauberkeit und Hygiene als das oberste Gebot beim Stillen und Abpumpen. Für Gisela S. waren sie die Voraussetzung, damit ihre Kinder keine Ernährungsstörung bekamen. Frisch ausgekochte Windeln, die zum Abdecken des Milchgeschirrs, als Einlagen in den BH oder zum Abwischen des Babymundes verwendet wurden, spielten bei allen Frauen eine wichtige Rolle. Ilse H. und Gisela S. trugen zu Hause immer weiße Kittel, weil das hygienisch aussah und diese durchs

³⁵² Dr. F., S.12.

³⁵³ Rosemarie G. (1), S.23.

³⁵⁴ Ebenda, S.13.

³⁵⁵ Ebenda, S.23.

Kochen sauber wurden. Ilse H. resümierte: *"Also, weiÙe Kittel waren ja früher das A und O"*³⁵⁶. Auch Frieda V. erzählte, daß sie beim Stillen immer sterile Leinenkittelschürzen trug. "Auskochen" war wohl das am meisten verwendete Wort, wenn es um die Beschreibung der mit dem Abpumpen zusammenhängenden Tätigkeiten ging. Es wurden Flaschen, Nuckel, Milchpumpen, Windeln und Kittel ausgekocht und viele verwendeten zum Umfüllen der Milch in die Flaschen einen Trichter aus Jenaer Glas, der nur dafür genutzt wurde und den man auch auskochen konnte. Gisela G. schätzte das Abpumpen im Nachhinein als nicht so steril ein, weil ja *"alles Handarbeit"*³⁵⁷ war. Ihre Mutter hätte zwar immer darauf geachtet, daß die dazugehörigen Utensilien ausgekocht wurden, aber vielleicht hätten sie sich nur eingebildet, daß dadurch alles steril geworden sei. Sie war sich auch nicht sicher, ob die Milch damals im Krankenhaus untersucht wurde. Im Gegensatz dazu betrachtete sie die Gegenwart: *"heute ist ja alles ganz vorsichtig, ja, daß da sich keiner vom anderen ansteckt und dann wird das alles erst untersucht und so, das war damals glaube ich nicht."*³⁵⁸. Ilse G. meinte: *"viele Frauen sind so unsauber...viele Mütter werden erst mit der Entbindung, ...reinlicher"*³⁵⁹ und erzählte daran anschließend, daß alles abgekocht und steril sein mußte. So sollten die Frauen vor dem Stillen immer die Brustwarze mit abgekochtem Wasser oder Salzwasser säubern. Sie selbst brachte sich manchmal dampfsterilisierte Tupfer von der Arbeit mit oder tauchte ein gebügeltas Taschentuch in die Wasserlösung. Durch ihre Arbeit auf der Entbindungsstation wußte sie, was beim Abpumpen alles zu beachten war, da sie selbst die Frauen dort anleiten mußte. Martha D. erzählte, daß es auf der Entbindungs- und Wöchnerinnenstation geteilte Zuständigkeitsbereiche gab, die selbst den Körper der Wöchnerinnen umfaßten. Während die Säuglingsschwwestern z.B. für die Pflege der Brüste zuständig waren, wurde die *"untere Pflege"*³⁶⁰ von den Entbindungsschwwestern durchgeführt. Dieser beinhaltete u.a. das Wechseln der Vorlagen und das Waschen der Genitalien, das die Frauen nicht allein vornehmen durften. Mit dieser Arbeitsteilung sollte die Übertragung von Keimen auf die Brüste durch den sogenannten "Wochenfluß" verhindert werden. Martha R. erinnerte sich als Einzige an eine Kontrolle der hygienischen Bedingungen durch Mitarbeiterinnen

³⁵⁶ Ilse H., S.19.

³⁵⁷ Gisela G., S.3.

³⁵⁸ Ebenda.

³⁵⁹ Ilse G., S.5.

³⁶⁰ Martha D., S.16.

der FMS und an einen Aufklärungszettel, dessen Belehrungen sie akzeptieren mußte. Sie habe Windeln und Milchpumpe *"hygienisch ordentlich behandelt, sonst hätte man damit ja nicht arbeiten können."*³⁶¹. Außerdem hätte sauer gewordene Milch weder dem Kind, noch der FMS genützt. Daher sah sie auch ein, daß die häuslichen Verhältnisse überprüft werden mußten. Auch die Kontrollen seien wichtig gewesen, *"die waren ohne Weiteres einzusehen, denn sonst konnte man das nicht verantworten. Und die Gesundheit der Frau war wichtig, denn damals herrschte auch noch...Tuberkulose"*³⁶². Sie habe sich immer an die Belehrungen der Säuglingsschwestern und der Mitarbeiterinnen der FMS gehalten, daher war ihre Milch auch immer in Ordnung und sie hatte keine Entzündung der Brust. Zur Bestätigung dieser Erkenntnis erzählte sie, daß sie einmal nicht sorgfältig abgepumpt hatte und sich ihre Brust sofort entzündete: *"das ist wirklich verbrecherisch für den Körper, der macht nicht mit."*³⁶³. Kritisch sah Martha R. eine der damals üblichen Ernährungspraktiken für Säuglinge. Es gab eine vorgeschriebene Menge, die ein Kind je nach Altersstufe zu sich nehmen sollte. Nach dem Füttern wurde das Kind gewogen und notfalls nachgefüttert. Ein täglich unterschiedliches Bedürfnis des Säuglings nach Nahrung hatte in diesen Vorgaben keinen Platz. Heute sieht sie es als Fehler an, sich daran gehalten zu haben. Mit der Frauenmilchspende habe sie dagegen den richtigen Weg beschritten, indem sie sich dazu bekannt und gemeldet habe, egal wer die Milch bekommt, ob *"russische oder deutsche Kinder"*, ob *"Ausländer oder Inländer"*³⁶⁴. Jutta Z. fand auch die Kontrolle der Ernährung der Spenderinnenkinder wichtig, denn das Spenden *"wurde bei manchen...direkt zum Geschäft gemacht"*³⁶⁵. Ihrer Erinnerung nach wurde aber bei ihr nicht kontrolliert, denn die Schwestern hätten schon am Gesicht der Kinder gesehen, ob diese mit Muttermilch oder künstlich ernährt worden waren.

Zusammenfassung und Ausblick

Die FMS Potsdam war nur einem begrenzten Kreis von Personen bekannt. Die ehemaligen Spenderinnen wurden nach der Geburt im Krankenhaus oder später in

³⁶¹ Martha R., S.10.

³⁶² Ebenda, S.14.

³⁶³ Ebenda, S.13.

³⁶⁴ Ebenda, S.3, 18.

einer Mütterberatungsstelle mit dem Bedarf an Frauenmilch konfrontiert. Das medizinische Personal und die Fürsorgerinnen motivierten die Frauen mit verschiedenen Argumenten für die Milchspende. Auf der emotionalen Ebene brachten sie, mit dem Verweis auf die Frühgeborenen und kranken Säuglinge, den Frauen, die selbst gerade entbunden hatten, kranke Kinder ins Bewußtsein. So appellierten sie an die Hilfsbereitschaft und Moral der Mütter. Auf der wissenschaftlichen Ebene wurde argumentiert, daß Frauenmilch die beste Ernährung für kranke Säuglinge sei. Vor allem wurde den Frauen aber medizinisch begründet, warum das Abpumpen der Milch so wichtig sei. Obwohl sich die Erkenntnisse der damaligen Zeit verändert haben, verwendet auch der heutige ärztliche Leiter die früheren Argumente, um das Abpumpen zu begründen. Einige der Frauen schilderten ein Gefühl der Bedrohung, das ihnen gleichzeitig durch die medizinischen Argumente vermittelt wurde, denn inkonsequentes Abpumpen hieß, sich der Gefahr einer Brustdrüsenentzündung auszusetzen. Bis auf eine Frau äußerte sich keine gegenüber der damaligen Argumentation skeptisch, obwohl einige trotzdem eine Entzündung bekamen. Bei den meisten Frauen sind die medizinischen Argumente Bestandteil ihres Wissens und der eigenen Überzeugung. Die Erklärungen des medizinischen Personals erschienen ihnen nachvollziehbar und diejenigen, die keine Entzündung bekamen, sahen dies als Bestätigung der Wirksamkeit an. Hinzu kommt, daß es in der DDR in den 50er und Anfang der 60er Jahre kaum Ratgeberliteratur über Geburt und Säuglingsernährung gab, wie sich die meisten Frauen erinnerten. Ihre Informationen bekamen sie durch Gespräche untereinander, öffentliche Vorträge und vor allem durch das medizinische Personal und die Fürsorgerinnen. So erhielten deren Aussagen mehr Gewicht, als wenn die Frauen die Möglichkeit gehabt hätten, verschiedene Meinungen miteinander zu vergleichen und aus diesem Informationspool das für sich wichtigste herauszufinden. Das Abpumpen wurde zu einem Bestandteil der alltäglichen Handlungen der damaligen Mütter. Als eine von ihnen von der vorgegebenen Methode des Abpumpens abwich, kam es zu einer Konfrontation, in der sich medizinisches und alltagspraktisches Wissen gegenüberstanden. Erst durch die Intervention einer Frau, die zum medizinischen Personal gehörte, konnte das Problem gelöst werden. Da die Frauen auch durch das Abpumpen mehr Milch hatten, als sie für ihre Kinder

³⁶⁵ Jutta Z., S.4.

brauchten, sie von dem Bedarf an Frauenmilch wußten und um Hilfe gebeten wurden, fiel es ihnen nicht schwer, ihre Milch wegzugeben. Der finanzielle Gewinn spielte dabei auch eine Rolle, hatte aber für sie nicht die starke Bedeutung, die in den medizinischen Beiträgen häufig hervorgehoben wurde. Hier wurde das Bild vermittelt, Frauen würden ihre Milch mit Wasser oder Kuhmilch strecken oder ihren Kindern die Muttermilch vorenthalten, um einen größeren Gewinn zu erzielen. Mit diesem Bild wurden die Frauen z.B. durch die Stillproben zur Kontrolle der Ernährung ihrer Kinder konfrontiert und hatten, zumindestens indirekt, Kenntnis von diesen Diskussionen. Ich hatte den Eindruck, dieses Wissen spielte in den Gesprächen eine Rolle. Manche spielten die Bedeutung des Geldes herunter oder grenzten sich von Frauen ab, die sich nicht an die Normen hielten, auch wenn sie persönlich keine solche gekannt zu haben schienen. Sie betonten, daß die Kontrollen wichtig gewesen wären, um solche Handlungen auszuschließen und wurden damit gleichzeitig zu Beteiligten dieser Diskussion. Mitunter hatten ihre Erzählungen über die Motivation und Bedeutung der Spende etwas rechtfertigendes, was vielleicht auch an der in sich widersprüchlichen Handlung, eine Spende gegen Geld zu geben, gelegen haben kann. Aus heutiger Sicht hatte die Spende für die Frauen verschiedene Bedeutungen. Viele haben den Zweiten Weltkrieg und auch die darauf folgenden Jahre des Mangels erlebt. Diese Erfahrungen haben ihre Mentalität geprägt. Dabei war das Prinzip des Helfens ein sehr stark vertretenes Motiv. Eine Frau nannte diese gegenseitige Hilfe "Bürgerpflicht". Die meisten hatten in der damaligen Zeit selten einen Überfluß an materiellen Dingen erlebt und wenn, dann wurden diese Dinge unter Verwandten und Bekannten verteilt oder als Tauschobjekt verwendet. Die Milch, die sie zuviel hatten, rettete den Kindern anderer Mütter das Leben. Das Geld und die zusätzlichen Lebensmittelmarken, die die Frauen dafür erhielten, konnten sie im täglichen Leben gebrauchen oder sie konnten sich besondere Wünsche erfüllen. Außerdem gingen nicht alle wieder nach dem Wochenurlaub arbeiten und so fiel zunächst ein Gehalt weg. Hinzu kam die ideelle Bedeutung, mit dem eigenen Körper etwas Wichtiges geleistet zu haben. In diesem Zusammenhang wurde von zwei Frauen das Spenden der Milch als Gegenleistung zur Fürsorge des damaligen Staates angesehen. Für die meisten Frauen gab es einen Unterschied, ob sie selbst Milch spendeten oder sich vorstellten, ihr Kind müßte mit gespendeter Milch ernährt werden. Der Qualität und Unbedenklichkeit

ihrer eigenen Milch vertrauten sie, da sie entsprechend gelebt hatten und die Untersuchungen der FMS dies auch bestätigten. Bei fremder Milch waren sie skeptisch. Einige Frauen betonten, daß ihnen der persönliche Kontakt zu der Spenderin wichtig gewesen wäre, um einschätzen zu können, ob deren Milch für ihr Kind gut gewesen wäre. Dabei hätten sie auf deren Lebensweise, häusliche Ordnung und Gesundheit wert gelegt. Eine Frau vermutete, daß sich aus diesem Kontakt mehr ergeben hätte, als nur der Tausch von Milch. In ihren Gedanken klang die Argumentation von Frau Dr. Haarer aus dem Jahr 1937 an, die für eine Kameradschaft zwischen den Müttern plädierte, der die Praxis der FMS entgegenstehe. Für andere hatte der fremde Körper respektive die fremde Milch etwas Bedrohliches und wurde von ihnen mit der Übertragung von Krankheiten assoziiert. Einige vertrauten den heutigen Untersuchungen der FMS nicht mehr, für andere wären diese wichtig gewesen, um eine Entscheidung treffen zu können. Auch die Meinung eines Arztes/einer Ärztin oder das Angebot der Milch im Krankenhaus hätte manchen Frauen die Entscheidung erleichtert. Ähnlich argumentierten einige Frauen und die Mehrheit des medizinischen Personals, als es um das Anlegen eines fremden Kindes ging. Auch hier wurde das Fremde, d.h. Unbekannte häufig mit der Möglichkeit der Krankheitsübertragung verbunden. Das Krankenhaus als Ort der Kontrolle hätte einigen diese Angst genommen. Gleichzeitig waren aber auch Bedenken vorhanden, selbst Krankheiten zu übertragen. Andere waren wiederum bedenkenlos und betonten die Vorteile, die das Stillen gegenüber dem Abpumpen hatte. Auch der Unterschied zwischen einer anonymen Spende, sozusagen "für einen guten Zweck" und dem direkten Kontakt zum Kind spielte in diesen Überlegungen eine Rolle. Wenn auf die Gefahr der Krankheitsübertragung hingewiesen wurde, nannten vor allem die ehemaligen medizinischen Mitarbeiter/innen meist zuerst Aids, obwohl die Möglichkeit der Übertragung durch die erweiterten Untersuchungen der Spenderinnen und der Milch, sowie durch das Pasteurisieren der Milch, sehr gering ist. Dabei stellten sie die Infektion der Milch zunächst als Tatsache dar, verneinten dann aber ihre Aussage wieder. Da sie zum Teil von Muttermilch sprachen, ist mir nicht klar, ob sie nicht wußten, daß das Virus von infizierten Frauen durch das Stillen übertragen werden kann oder ob sie gespendete Milch meinten. Daß Aids so ein zentrales Thema in diesem Zusammenhang war, liegt sicher auch daran, daß darüber erst seit wenigen Jahren

in den neuen Bundesländern öffentlich diskutiert wurde und durch umfangreiche Aufklärung in das öffentliche Bewußtsein geriet. Eine mögliche Belastung von Frauenmilch durch Umweltgifte oder die damalige Gefahr der Übertragung von Geschlechtskrankheiten oder Tuberkulose wurde dagegen nur von jeweils einer Frau angesprochen. Möglicherweise wird daran die fehlende öffentliche Diskussion in der DDR über diese Themen sichtbar. Für die meisten Frauen gehören die mit dem Spenden verbundenen hygienischen Standards anscheinend zum Alltagswissen, ohne das deren Ursprung im Einzelnen auszumachen wäre. Die entsprechenden Verhaltensregeln entsprachen den gesundheitlichen Erkenntnissen der damaligen Zeit und der von ihnen erlebten Praxis im Krankenhaus. Schwangere Frauen und Mütter waren in der DDR in einen Kreislauf medizinischer Institutionen eingebettet, in dem eine lückenlose Kontrolle angestrebt und durch finanzielle Leistungen, wie z.B. der Geburtenbeihilfe, stimuliert oder sanktioniert werden konnte. Jede dieser Institutionen wirkte auf ihre Art an der gesundheitlichen Erziehung der Frauen mit. Die Fürsorgerinnen und Ärzte/innen der Schwangeren- und Mütterberatungsstellen, die Mitarbeiterinnen der FMS und die Kranken- und Säuglingsschwwestern vermittelten den Frauen hygienische Richtlinien für den Umgang mit dem eigenen Körper und für den Haushalt. Dabei schufen sie keine neuen Standards, sondern griffen auf bekannte zurück. Die Vermittlung der Standards geschah nicht auf öffentlichen Veranstaltungen, sondern mit jeder Frau einzeln und könnte so deren Einhaltung verbindlicher gemacht haben. Die Kontrolle, ob die Richtlinien eingehalten wurden, führten die Mitarbeiterinnen der FMS nicht allzu sichtbar durch. Spürbar wurde diese erst, wenn eine Verletzung der Regeln vermutet wurde. Die meisten der ehemaligen Spenderinnen waren offensichtlich nicht davon betroffen. Sie erinnerten sich zum Teil nicht einmal an Kontrollen. Andere wiederum begrüßten diese und betonten deren Bedeutung auch aus der Sicht der FMS. Die meisten ehemaligen Spenderinnen vermuteten, daß es die FMS Potsdam nicht mehr gäbe. Für sie haben Sammelstellen heute keine Bedeutung mehr, da ihrer Meinung nach die Gefahr der Krankheitsübertragung durch die Milch zu groß geworden sei und es mittlerweile gute industrielle Säuglingsnahrung gäbe. Außerdem wurde Frauenmilch von ihnen eher als eine Nahrung in Notzeiten betrachtet. Aus der heutigen Perspektive hatten einige sogar Zweifel an dem Wert von Frauenmilch. Für den heutigen ärztlichen Leiter gibt es keinen Zweifel an der hohen Bedeutung von FMS.

In diesem Zusammenhang ist die Verwendung des Begriffes "Frauenmilchbank" durch Dr. Springer und ihn aufschlußreich. Im Gegensatz zur Bezeichnung "Frauenmilchsammelstelle" suggeriert das Wort "Frauenmilchbank" ein quantitativ höheres Aufkommen an Milch und reiht sich so in die Reihe der auf Spenden von Körperflüssigkeiten oder Organen basierenden Einrichtungen wie Organ-, Samen- oder Blutbanken ein. Im Englischen werden FMS "Human Milk Banks" genannt. Meines Erachtens weist die daran angelehnte deutsche Übersetzung auf ein Modernisierungsbestreben durch die Sprache hin und kann ein Indiz für den Kampf um die Etablierung von FMS im heutigen medizinischen System sein. Die Beteiligten wollen mit internationalen Entwicklungen Schritt halten und der Problematik eine andere Dimension verleihen. Durchgesetzt hat sich der Begriff "Frauenmilchbank" im Alltag noch nicht, denn sowohl in Potsdam, als auch in Leipzig steht auf den Eingang- und Hinweisschildern der Einrichtungen "Frauenmilchsammelstelle und Milchküche". Auch der häufig angeführte Vergleich mit der Blutspende, die in unserer Gesellschaft eine medizinisch hoch anerkannte Leistung darstellt, ist ein wichtiger Teil in diesen Bestrebungen. Im Gegensatz zur Blutspendenzentrale des DRK Potsdam, das räumlich an das Klinikum angegliedert und durch ein großes Eingangsschild von der Straße aus gut sichtbar ist, führt die Frauenmilchsammelstelle ein Schattendasein als Kombination Milchküche/FMS innerhalb der Kinderklinik. Öffentliche Werbung wird kaum betrieben. Auch die Aussagen der Interviewpartner/innen und die Information der Ärztin des Gesundheitsamtes, die FMS gäbe es nicht mehr, können als Sinnbild für die geringe Präsenz der Einrichtung in Potsdam gewertet werden bzw. zeigt, daß diese nach wie vor nur einem kleinen Personenkreis bekannt ist.

Vergleicht man den Aufwand der Untersuchungen von Frauen, die ihre Milch in den 50er und 60er Jahren in der DDR gespendet haben, mit der gegenwärtigen Praxis, so kann man feststellen, daß die heutigen Untersuchungen umfangreicher geworden sind. Da in den Interviews nur Frauen aus dem besagten Zeitraum befragt wurden, kann ich nur vermuten, daß auch ein höherer individueller Aufwand die Bereitschaft zum Spenden beeinträchtigen könnte. Wie die Entwicklung des Spendenaufkommens zeigt, gab es in der DDR eine große Bereitwilligkeit, Milch zu spenden. Diese wurde beeinflußt durch die Erfahrung der Frauen in Notzeiten, aber auch durch den in der DDR erlebten Mangel an materiellen Gütern, medizinischen

Präparaten und Rohstoffen. Im Fall der Frauenmilch gab es einen Mangel an entsprechender Säuglingsnahrung und einen Überfluß an Frauenmilch. Dieses Verhältnis sollte durch FMS ausgeglichen werden. Interessant wäre, die Motivation von Frauen zu untersuchen, die in den 80er Jahren spendeten und die nicht zur Kriegs- und Nachkriegsgeneration gehören. Seit der Wende ging das Spendenaufkommen stark zurück. Möglicherweise sank durch die gesellschaftlichen Veränderungen das Bewußtsein für die Notwendigkeit von Frauenmilch, da das Warenangebot stieg und daher für den Bereich der Medizin ebenfalls neue Präparate angenommen werden konnten. In diese Richtung wiesen auch die Aussagen einzelner Gesprächspartner/innen. Ein Blick in die Regale mit Säuglingsnahrung in den Supermärkten zeigt, daß es mittlerweile eine für jedes Lebensalter spezialisierte Nahrung gibt. Vielleicht hat sich diese Wahrnehmung auch auf den Bereich der Frauenmilch ausgewirkt. Diesen Fragen könnte man in weiteren Untersuchungen nachgehen. In den Gesprächen wurde deutlich, daß die Angst der Frauen und Männer vor Krankheiten gestiegen ist und häufig mit dem "Fremden" assoziiert wurde. Das hat sicher verschiedene Ursachen. Ein Grund könnte sein, daß es in unserer Gesellschaft keinen grundsätzlichen Mangel an materiellen Dingen gibt. In einer Gesellschaft, in der das Warenangebot beschränkt ist, sind die Einzelnen mehr auf gegenseitige Hilfe und Unterstützung angewiesen. Es bilden sich Subsysteme, in denen Fremdheit eine nicht so hohe Bedeutung hat, wie in einer Gesellschaft, in der der Einzelne im Vordergrund steht. Die derzeitigen Hilfeleistungen nach der Hochwasserflut in Deutschland zeigen, daß solche Mechanismen auch heute noch funktionieren. Viele Menschen haben durch das Wasser ihre materielle Lebensgrundlage verloren und es sind oder könnten Verwandte, Bekannte und Freunde/innen unter den Betroffenen sein. Diese Vorstellung macht Menschen emotional ansprechbar für Hilfe. Ähnlich ging es vermutlich den ehemaligen Spenderinnen, die sich vorstellten, ihre eigenen Kinder könnten auf Frauenmilch angewiesen sein und deren Bereitschaft zum Spenden dadurch erhöht wurde.

Als Gegenpol zu den FMS wurde in den medizinischen Diskussionen häufig das Ammensystem dargestellt. Je nach persönlicher Einstellung der Autoren/innen galten FMS als Alternativen für den zunehmenden Mangel an Ammen oder sie dienten der Abgrenzung gegen diese Praxis. Hier wurde zum einen die medizinische

Kontrolle der Milch, der spendenden Frauen und der Kinder durch die FMS hervorgehoben und zum anderen der soziale Aspekt betont, da die Milch nun den Kindern aller Schichten zur Verfügung stehen würde. Das Ammenwesen als Teil einer früheren Alltagspraxis verlor mit dem Beginn des 20. Jahrhunderts allmählich an Bedeutung. Inwiefern auch die Entwicklung von FMS diesen Prozeß förderte, ist schwer einzuschätzen. Auf jeden Fall hat sich der Kreis der Empfänger/innen von Frauenmilch und der Verwendungsrahmen gewandelt. Private Ammen versorgten sowohl gesunde, als auch kranke Säuglinge in der häuslichen Umgebung. Klinikammen waren für die Ernährung von kranken Kindern zuständig. Heute wird die Milch der FMS meist nur noch in Kliniken verwendet und nur selten in der klinischen Nachsorge im häuslichen Bereich. Während Ammen nur medizinisch untersucht wurden, wenn eine Mutter darauf bestand oder die Frauen durch ein Krankenhaus vermittelt wurden, ist die gesundheitliche Kontrolle der Spenderinnen in den FMS obligatorisch geworden. Dabei ging es in den Untersuchungen der Ammen sowohl um ihre Gesundheit, ihren Charakter und die Qualität ihrer Milch. Bei den Frauenmilchspenderinnen steht dagegen die eigene Gesundheit und die Keimfreiheit ihrer Milch im Vordergrund. Einige Interviewpartnerinnen verwendeten zur Beschreibung der gespendeten Milch den Begriff "gute Milch". Dieser steht im Gegensatz zu der "bösen Milch" von Ammen bei Johann Storch. Die dahinter verborgenen Bilder verweisen zwar auch auf Gesundheit und Reinheit, beschreiben aber gleichzeitig das Umfeld der Frau. Im Falle der Ammen waren deren Herkunft, Lebensstil und Charakter wichtig. Für die interviewten Frauen war der Lebenswandel und die häusliche Ordnung ein Kriterium, das die Qualität der Milch beeinflussen konnte. Der Vergleich von Ammen und Frauenmilchspenderinnen ist naheliegend, denn beide gehen über die Bezahlung ihrer Leistung eine geschäftliche Beziehung ein. Im Laufe der Jahrhunderte gab es kontroverse Diskussionen um das Ammensystem. Es entstanden Bilder und Praktiken, die im Zusammenhang mit der Frauenmilchspende immer wieder auftauchten. Daher wären weitere Untersuchungen zu diesem Thema durchaus lohnenswert.

Bildnachweis

- Titel Werbeplakat des Deutschen Hygiene-Museums 1952. DHM 1995/815.
- Abb.1 Münchner Stadtmuseum (Hg.): Vater Mutter Kind, S.109.
- Abb.2 Ebenda, S.160.
- Abb.3 DHM ohne Signatur.
- Abb.4 Kayser, Marie-Elise: Leitfaden (1940), S.58.
- Abb.5 Kayser, Konrad: Leitfaden (1954), S.71.
- Abb.6 Ebenda, S.72.
- Abb.7 Schmidt, Helmut: Die Geschichte und gesellschaftliche Bedeutung der Frauenmilch-Sammelstellen, S.52.
- Abb.8 Münchner Stadtmuseum (Hg.): Vater Mutter Kind, S.73.
- Abb.9 Photos Jeanette Toussaint 2002.
- Abb.10 DHM 2002/408, Lep.34/III, hier Deckblatt und Tafel 13.
- Abb.11 GBl. der DDR 1958 Teil I Nr.34 (29.5.1958), S.432.
- Abb.12 DHM Sign. 2000/744, M/7-III.
- Abb.13 Springer, Skadi: Frauenmilchsammlung - ein alter Zopf? In: Perinatal-Medizin 1998 Band 10, Heft 3, S.85.
- Abb.14 DHM ohne Signatur.
- Abb.15 Photo Petra Fischer 1999.
- Abb.16 Photo Petra Fischer 1999.
- Abb.17 Wülfing, Karin: Frau Dr. Med. M.-E. Kayser, S.30.

Verwendete Literatur und Quellen

Ahlbrecht, Undine: Erhebungen zum Stillproblem in einer Frauenmilch-Sammelstelle. Medizinische Dissertation, eingereicht an der Georg-August-Universität Göttingen 1945.

Autorenkollektiv: Grundlagen der Medizin für Heilberufe. Berlin 1953.

Badinter, Elisabeth: Die Mutterliebe. Geschichte eines Gefühls vom 17. Jahrhundert bis heute. München 1981.

Butzmann, Gerhard u.a. (Hg.): Meyers Jugendlexikon. Leipzig 1971.

Das Gesundheitswesen der DDR - zwischen Konzept und Realität. Dokumentation einer wissenschaftlichen Arbeitstagung. Berlin 1994. Ohne Autor/innen.

Dornheim, Jutta: Zum Zusammenhang zwischen gegenwarts- und vergangenheitsbezogener Medikalkulturforschung. Argumente für einen erweiterten Volksmedizinbegriff. In: Barthel, Günther (Hg.): Heilen und Pflegen. Internationale Forschungsansätze zur Volksmedizin. Marburg 1986 (=Hessische Blätter für Volks- und Kulturforschung), S.25-41.

Duden, Barbara: Geschichte unter der Haut. Ein Eisenacher Arzt und seine Patientinnen um 1730. Stuttgart 1987.

Eckardt, Friedrich: Die Frauenmilchsammelstellen. Bedeutung und Entwicklung der Frauenmilchsammelstellen. Köln 1954.

Elkeles, Barbara: Der Patient und das Krankenhaus. In: Labisch A./ R. Spree (1996), S.357-373.

Eulner, Hans-Heinz: Die Entwicklung der medizinischen Spezialfächer an den Universitäten des deutschen Sprachgebietes. Stuttgart 1970 (=Studien zur Medizingeschichte des neunzehnten Jahrhunderts, Band IV).

Finck, Petra/ Marliese Eckhof: Euer Körper gehört uns! Ärzte, Bevölkerungspolitik und Sexualmoral bis 1933. Hamburg 1987.

Fischer, Claudia: Die Amme. Zur Geschichte einer weiblichen Tätigkeit (1750-1919). Magisterarbeit, eingereicht am Institut für Europäische Ethnologie und Kulturwissenschaften der Universität Marburg 1999. Manuskript der Autorin.

Foucault, Michel: Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks. Frankfurt/ New York 1991.

Frevert, Ute: Krankheit als politisches Problem 1770 - 1880. Soziale Unterschichten in Preußen zwischen medizinischer Polizei und staatlicher Sozialversicherung. Göttingen 1984.

Helwig, Gisela/ Hildegard Maria Nickel (Hg.): Frauen in Deutschland 1945-1992. Bonn 1993.

Hampele, Anne: Arbeite mit, plane mit, regiere mit. Zur politischen Partizipation von Frauen in der DDR. In: Helwig, G./ H. Nickel (1993), S.281-320.

Heidrich, Richard: Ein Beitrag zum Problem der Frauenmilchsammelstellen (dargelegt an der Bewegung der überschüssigen Milchsekretion an der Frauenmilchsammelstelle Würzburg vom Juli 1940 bis März 1944). Medizinische Dissertation, eingereicht an der Medizinischen Fakultät der Friedrich Schiller Universität Jena 1946.

Hockerts, Hans Günter: Grundlinien und soziale Folgen der Sozialpolitik in der DDR. In: Kaelble, H. (1994), S.519-544.

Illich, Ivan: Die Nemesis der Medizin. Die Kritik der Medikalisierung des Lebens. München 1995.

Jütte, Robert: Vom Hospital zum Krankenhaus. 16. - 19. Jahrhundert. In: Labisch, A./ R. Spree (1996), S.31-50.

Kaelble, Hartmut u.a. (Hg.): Sozialgeschichte der DDR. Stuttgart 1994.

Kammer, Hilde/ Elisabet Bartsch: Nationalsozialismus. Begriffe aus der Zeit der Gewaltherrschaft 1933-1945. Reinbek bei Hamburg 1992.

Karger-Decker, Bernt: Die Geschichte der Medizin. Von der Antike bis zur Gegenwart. Düsseldorf 2001.

Kaschuba, Wolfgang: Einführung in die Europäische Ethnologie. München 1999.

Kayser, Konrad: Frauenmilchsammelstellen. Ein Leitfaden für deren Einrichtung und Betrieb. Jena 1954.

Kayser, Marie-Elise: Frauenmilchsammelstellen. Ein Leitfaden für deren Einrichtung und Betrieb. Jena 1940.

Köhler, Otto: Der Säugling. Seine Entwicklung, Pflege und Ernährung. Leipzig 1963.

Labisch, Alfons: Stadt und Krankenhaus. Das Allgemeine Krankenhaus in der kommunalen Sozial- und Gesundheitspolitik des 19. Jahrhunderts. In: Labisch, A./ R. Spree (1996), S.253-296.

Labisch, Alfons/ Reinhard Spree (Hg.): Einem jeden Kranken in einem Hospitale sein eigenes Bett. Zur Sozialgeschichte des Allgemeinen Krankenhauses in Deutschland im 19. Jahrhundert. Frankfurt/ New York 1996.

Laqueur, Thomas: Auf den Leib geschrieben. Die Inszenierung der Geschlechter von der Antike bis Freud. München 1996.

Lexikonredaktion des VEB Bibliographisches Institut Leipzig (Hg.): Handbuch Deutsche Demokratische Republik. Leipzig 1984.

Mählert, Ulrich: Kleine Geschichte der DDR. München 1998.

Martin, Emily: Die Frau im Körper. Weibliches Bewußtsein, Gynäkologie und die Reproduktion des Lebens. Frankfurt/New York 1989.

Metz-Becker, Marita: Der verwaltete Körper. Die Medikalisierung schwangerer Frauen in den Gebäuhäusern des frühen 19. Jahrhunderts. Frankfurt/New York 1997.

Münchener Stadtmuseum (Hg.): Vater Mutter Kind. Bilder und Zeugnisse aus zwei Jahrhunderten. München 1987.

Neussel, Hans: Der Betrieb einer Frauenmilchsammelstelle (Im Vergleich zur Hilfe durch eine Nähmutter oder Amme). Medizinische Dissertation, eingereicht an der Medizinischen Akademie Düsseldorf 1964.

Nickel, Hildegard Maria: Mitgestalterinnen des Sozialismus. Frauenarbeit in der DDR. In: Helwig, G./ H. Nickel (1993), S.233-256.

Paul, Norbert: Arztinitiativen bei der Gestaltung des Krankenhauses in der Zeit des Aufgeklärten Absolutismus. In: Labisch, A./ R. Spree (1996), S.91-122.

Plenert, Wolfgang/Ursula Lehnert: Säuglingsernährung. Leipzig 1977.

Schmidt, Helmut: Die Geschichte und gesellschaftliche Bedeutung der Frauenmilchsammelstellen in Deutschland sowie ihres Erfurter Zentrums in den Jahren 1926 bis 1950. Medizinische Dissertation zur Promotion B, eingereicht an der Karl-Marx-Universität Leipzig 1983.

Schwarz, Gislinde: Von der Antibaby- zur Wunschkindpille und zurück. In: Staupe, Gisela/Lisa Vieth (Hg.): Die Pille. Von der Lust und von der Liebe. Berlin 1996, S.149-163.

Seidel, Hans-Christoph: Eine neue Kultur des Gebärens. Die Medikalisierung von Geburt im 18. und 19. Jahrhundert in Deutschland. Stuttgart 1998.

Spaar, Horst: Der Einfluß personeller Verluste, insbesondere von Ärzten, auf die Gesundheitspolitik der SED und die Entwicklung des Gesundheitswesens. In: Das Gesundheitswesen der DDR - zwischen Konzept und Realität (1994), S.6-28.

Spaar, Horst: Thesen zur Entwicklung des Gesundheitswesens der DDR. In: Das Gesundheitswesen der DDR - zwischen Konzept und Realität (1994), S.58-60.

Spree, Reinhard: Quantitative Aspekte der Entwicklung des Krankenhauswesens im 19. und 20. Jahrhundert. Ein Bild innerer und äußerer Verhältnisse. In Labisch A./ R. Spree (1996), S.51-90.

Springer, Skadi (Hg.): Leitlinie für die Einrichtung und zur Arbeitsweise von Frauenmilchbanken. Leipzig 1998.

Thomann, Klaus Dieter: Die Entwicklung der Chirurgie im 19. Jahrhundert und ihre Auswirkungen auf Organisation und Funktion des Krankenhauses. In: Labisch, A./ R. Spree (1996), S.145-166.

Urbach, Hans: Die Frauenmilch und ihre Verwertung durch Sammelstellen. Medizinische Habilitation, eingereicht an der Universität Jena 1939

Weindling, Paul: Die Entwicklung der Inneren Medizin im 19. Jahrhundert und ihre Auswirkungen auf Organisation und Funktion des Krankenhauses - am Beispiel der Kinderkrankenhäuser in Paris, London und Berlin. In: Labisch, A./ R. Spree (1996), S.167-186.

Wolff, Eberhard: Gesundheitsverein und Medikalierungsprozeß. Der Homöopathische Verein Heidenheim/Brenz zwischen 1886 und 1945. Tübingen 1989 (=Studien und Materialien des Ludwig-Uhland-Instituts der Universität Tübingen).

Wolff, Eberhard: Volkskundliche Gesundheitsforschung, Medikalkultur- und "Volksmedizin"-Forschung. In: Brednich, Rolf W. (Hg.): Grundriß der Volkskunde. Einführung in die Forschungsfelder der Europäischen Ethnologie. Berlin 2001, S.617-635.

Wülfing, Karin: Frau Dr. Med. M.-E. Kayser und die Frauenmilchsammelstellen in Deutschland. Medizinische Dissertation, eingereicht an der Medizinischen Fakultät der Universität Düsseldorf 1989.

Yalom, Marilyn: Eine Geschichte der Brust. München/Düsseldorf 1998.

Zglinicki, Friedrich von: Geburt. Eine Kulturgeschichte in Bildern. Braunschweig 1983.

Zeitungen und Zeitschriften:

Berliner Kurier

Für Frühgeburten. Klinikum sucht dringend Muttermilch. Ohne Autor/in. 3.8.1999.

Der Öffentliche Gesundheitsdienst

Limmer, Dr.: Erfahrungen mit einer Frauenmilchsammelstelle. 5. Jg. (1939/40), Teilausgabe A, S.468-473.

Pfotenhauer. Rezension über den Beitrag: Wozu Frauenmilchsammelstellen? Von Dr. Paul Feldweg. 2. Jg. (1936/37), Teilausgabe B, S.694.

Richtlinien der RAG für die Einrichtung und den Betrieb einer Frauenmilchsammelstelle. 5. Jg. (1939/40), Teilausgabe B, S. 281-287.

Die Frau von heute

Die Speisekammer der Allerkleinsten. Ohne Autor/in. 22.10.1954, S.5.

Kinderärztliche Praxis

Arnold, Charlotte: Keimarme Milch in der Frauenmilchsammelstelle. 1954, S. 258-268.

Berichte kinderärztlicher Gesellschaften. 1951, S.540-542.

Berichte kinderärztlicher Gesellschaften. 3. Arbeitstagung der Leiter und Leiterinnen von Frauenmilchsammelstellen 18. bis 20. Mai 1962 in Pforzheim. 1962, S.465-470 und 514-518.

Bericht über den II. Nationalen Kongreß der bulgarischen Pädiater mit internationaler Beteiligung in Sofia vom 8. bis 11. Oktober 1970. 1971, S.282-284.

Bericht über das "Symposium über Frauenmilchsammmlung und -konservierung" am 29. November 1985 in Görlitz. 1986, S.589-590.

Beyreiss, K.: Parenterale Ernährung von Neugeborenen mit niedrigem Geburtsgewicht. 1974, S.226-234.

Boehm, G./K. Beyreiss: Die Ernährung untergewichtiger Neugeborener mit nativer Frauenmilch. 1984, S.113-126.

Bossmann, H.B.: Aufbau und Leistung einer Frauenmilchsammelstelle in Kriegs- und Nachkriegsjahren 1940-1950. 1951, S.497-502.

Heine, W.: Chemisch definierte Nahrungen in der Kinderheilkunde. 1974, S.385-391.

Henker, J./Berthild Schmidt: Zur Geschichte der Frauenmilchsammelstelle der Klinik für Kinderheilkunde der Medizinischen Akademie Dresden. 1989, S.559-564.

Hesse, V. u.a.: Untersuchungen zur Kontamination von Frauenmilch, Kuhmilch und Butter in der DDR mit chlorierten Kohlenwasserstoffen. 1981, S.292-309.

Kayser, Konrad. Der Nachweis von humanisierten Kuhmilchpräparaten in Frauenmilch. 1951, S.505-507.

Kayser, Konrad: Der Einfluß der Vacuumtrocknung auf rohe und sterilisierte Frauenmilch. 1958, S.388-390.

Russ, E.: Studien über die Rohkonservierung von Frauenmilch durch Zitronensäure. 1951, S.314-317.

Syllm-Rapoport, I.: 25 Jahre Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit in der DDR-Ergebnisse und Aufgaben. 1974, S.433-438.

Kindheit

Ende, Aurel: Zur Geschichte der Stillfeindlichkeit in Deutschland 1850-1978. Heft 1/1979, S.203-214.

Medizinische Klinik

Conti, Leonardo: Zur Frage der Frauenmilchsammelstellen. 34. Jahrgang (1938), S.183/184.

Monatsschrift für Kinderheilkunde

Kayser, Marie-Elise: Parallelversuche mit roher und sterilisierter Frauenmilch an Frühgeburten. Band 51(1932), S.199-204.

Schoedel, Johannes: Erfahrungen mit kohlehydratangereicherter Vollmilch nach Bessau. Band 49 (1931), S.17-23.

Münchener Medizinische Wochenschrift

Haarer, Johanna: Ist die Neueinrichtung von Frauenmilchsammelstellen nach Erfurter Muster ohne Einschränkung wünschenswert? Nr.37 (10.9.1937), S.1460-1462.

PerinatalMedizin

Springer, Skadi: Frauenmilchsammlung - ein alter Zopf? Band 10, Heft 3 (Dezember 1998), S.84-87.

Potsdamer Neueste Nachrichten

Militz, Joachim: Die Bettler wichen erst aus Sanssouci, wenn sie "Ranzion" erhalten hatten. Vor 225 Jahren begann der Bau des Stadtarmenhauses. 12.9.1998, S.13.

Schicketanz, Sabine: Tiefgekühltes Lebenselixier für Frühchen. 12.4.2000, S.12

Gesetze:

Reichsgesetzblatt (RGBl.) 1914 Nr.4561 (3.12.1914), S.492-494: Bekanntmachung betreffend Wochenhilfe während des Krieges.

RGBl. 1930 Teil I (27.7.1930), S.323, Punkt 19: Änderungen zum Abschnitt Familienhilfe.

RGBl. 1936 Teil I (17.1.1936), S.17 ff.: Lebensmittelgesetz.

RGBl. 1941 Teil I (15.10.1941), S.642: Verordnung über Frauenmilchsammelstellen.

Gesetzblatt (GBl.) der DDR 1950 Nr. 111 (1.10.1950): Gesetz über den Mutter- und Kinderschutz und die Rechte der Frau.

GBI. der DDR 1951 Nr.89 (24.7.1951), S.704: Anordnung über Frauenmilch-sammelstellen.

GBI. der DDR 1952 Nr.47 (22.4.1952), S.302: Durchführungsbestimmungen zum Gesetz über öffentliche Sammlungen und Veranstaltungen zur Erlangung von Spenden.

Ebenda, S.303-305: Durchführungsanweisungen zur Anordnung über Frauenmilch-sammelstellen.

GBI. der DDR 1953 Nr.79 (22.6.1953), S.818: Aufgaben der Mütter- und Kinderberatungsstellen.

GBI. der DDR 1958 Teil I Nr.33 (29.5.1958), S.413: Gesetz über die Abschaffung der Lebensmittelkarten.

Ebenda, S.416: Änderungen zum Gesetz über den Mutter- und Kinderschutz und die Rechte der Frau.

GBI. der DDR 1958 Teil I Nr.34 (29.5.1958), S.431/432: Verordnung über die Milchversorgung nach Abschaffung der Lebensmittelkarten.

GBI. der DDR 1959 Teil I Nr.62 (12.11.1959), S.815: Anordnung Nr.3 über Frauenmilchsammelstellen.

Ebenda, Anordnung Nr.3 über das Blutspendewesen.

GBI. der DDR 1962 Teil I Nr. 12 (6.12.1962), S.112: Gesetz über den Verkehr mit Lebensmitteln und Bedarfsgegenständen - Lebensmittelgesetz.

GBI. der DDR 1963 Teil II Nr.82 (5.9.1963), S.636: Verordnung über die Verlängerung des Schwangerschafts- und Wochenurlaubs.

GBI. der DDR 1986 Teil I Nr.15 (24.4.1986), S.241: Verordnung über weitere Verbesserungen der Arbeits- und Lebensbedingungen von Familien mit Kindern, hier: bezahlte Freistellung für ein Jahr ab der Geburt des 1. Kindes.

Archiv- und Sammlungsmaterialien:

Brandenburgisches Landeshauptarchiv (BLHA) Rep. 401/147, 5688, 6595: Halbjahresberichte der Mütterberatungsstellen des Bezirkes Potsdam von 1952 bis 1961.

BLHA Rep. 401/5686: Entwicklung und Tätigkeit des Referates Mutter und Kind 1956 bis 1963.

BLHA Rep.401/8081: Analysen zur Entwicklung des Mutter-, Kinder- und Jugendschutzes und Arbeitspläne des Referates Mutter und Kind 1958 bis 1964.

Ebenda, S.2: Bericht aus Potsdam an das Referat Mutter und Kind über die Entwicklung des Mutter- und Kinderschutzes im Bezirk Potsdam von 1958 bis 1962 vom 17.7.1963.

BLHA Rep. 401/6597: Protokoll über die Sitzung der Kommission zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit in Rathenow vom 7.5.1960.

BLHA Rep. 401/3586: Brief des Rates des Bezirkes Potsdam, Abteilung Gesundheits- und Sozialwesen vom 6.10.1960.

BLHA Rep. 401/6584: Protokoll über die Sitzung der Kommission zur Senkung der Säuglingssterblichkeit am 4.12.1964 im Bezirkskrankenhaus Neuruppin.

BLHA Rep. 401/22667: Jahresanalysen der Schwangeren- und Mütterberatungsstellen 1981-1987, Abt. Gesundheits- und Sozialwesen, Referat Mutter und Kind.

BLHA Rep. 401/22672: Maßnahmepläne zur weiteren Senkung der Säuglingssterblichkeit im Bezirk Potsdam und in den Kreisen 1986-1987.

Ebenda, S.6: Maßnahmeplan zur weiteren Senkung der Säuglingssterblichkeit für den Kreis Nauen vom 20.10.1986.

(Deutsches Hygiene-Museum Dresden) DHM ohne Signatur: Plakatserie zur Säuglings- und Kleinkinderpflege aus den 20er Jahren: "Ich will von der Mama gestillt werden!" (1925) "Täglich sieht St. Petrus mit Bedauern viele Flaschenkinder um ihr Leben trauern", "Körperpflege ist kein leerer Wahn", "Das Kind braucht Sonne-Luft-Wasser" und "Verboten ist jede Mundreinigung solange keine Zähne vorhanden sind".

DHM 2002/408, Lep.34/III: Photodokumentation der Wanderausstellung "Die Frau" von 1950 bis 1952.

DHM 1995/815: Werbeplakat für Frauenmilchsammelstellen 1952.

DHM Sign. 2000/744, M/7-III: Merkblatt zur Frauenmilchspende 1960.

DHM Sign. 1997/1510: Stillen - die beste Ernährung für den gesunden Säugling. Ratgeber 1978.

DHM ohne Signatur: Mein Kind soll gesund sein. Ratgeber für werdende und junge Mütter 1978.

DHM Sign. 1995/823: Werbeplakat zum Stillen und zur Abgabe von Frauenmilch 1984.

DHM ohne Signatur: Merkblatt zur Frauenmilchspende 1986.

DHM Sign. 1997/2649: Stillen - die beste Ernährung des Säuglings. Ratgeber 1987.

Stadtarchiv Potsdam (SAP) Sign. 2102, S.41: Quartalsbericht über Qualität und Leistungen der poliklinischen Einrichtungen der Hauptpoliklinik "Pawlow" Potsdam 1954.

SAP Sign. 2097, S.35: Brief vom Direktor des Bezirks-Hygiene-Instituts des Bezirkes Potsdam an das Ministerium für Gesundheitswesen, Abt. Staatliche Hygiene-Inspektion über die hygienischen Verhältnisse in der Kinderklinik des Städtischen Krankenhauses Potsdam, Bertinistraße vom 24.10.1955.

SAP Sign.1949, S.29: Notiz über den Umzug der Kinderklinik im Dezember 1956. In: Volkswirtschaftsplanung 1956-1962.

Ebenda, S.271: Analyse des Volkswirtschaftsplanes Potsdam 1961.

SAP Sign. 2182: Haushaltsanalysen im Gesundheitswesen 1.- 3. Quartal 1957.

SAP Sign. 2183: Haushaltsanalyse im Gesundheitswesen 1959.

SAP Sign. 2102, S.12: Brief des Kreisarztes beim Rat der Stadt Potsdam an das Referat Mutter und Kind beim Rat des Bezirkes vom 23.1.1962 auf ein Schreiben des Bezirkes vom 24.12. 1961 zum Beschluß des Präsidiums des Ministerrats vom 10.11.1960 zur weiteren Entwicklung des Mutter- und Kinderschutzes.

Schreiben des Zentralinstituts für Hygiene, Mikrobiologie und Epidemiologie der DDR, datiert vom Herbst 1990, eingesehen in der FMS Leipzig am 21.9.01. o.S.

Staatsarchiv Hamburg, Sozialbehörde I, VG 42.30, Familienfürsorge: Monatsberichte der Leitung des Fürsorgerinnendienstes 1935-43, hier Kurzbericht für den Monat April 1935.

Andere Materialien:

Übersicht der Frauenmilchbanken in der BRD, Stand 9/2001. Tagungsmaterial des 5. Symposiums zur Frauenmilchspende am 21.9.2001 in Leipzig.

Auszug aus dem Statistischen Jahrbuch der BRD 1998, S.69. Zur Verfügung gestellt vom Amt für Statistik Potsdam.

Was Eltern wissen wollen. CD-ROM. De Gruyter Verlag 1999.