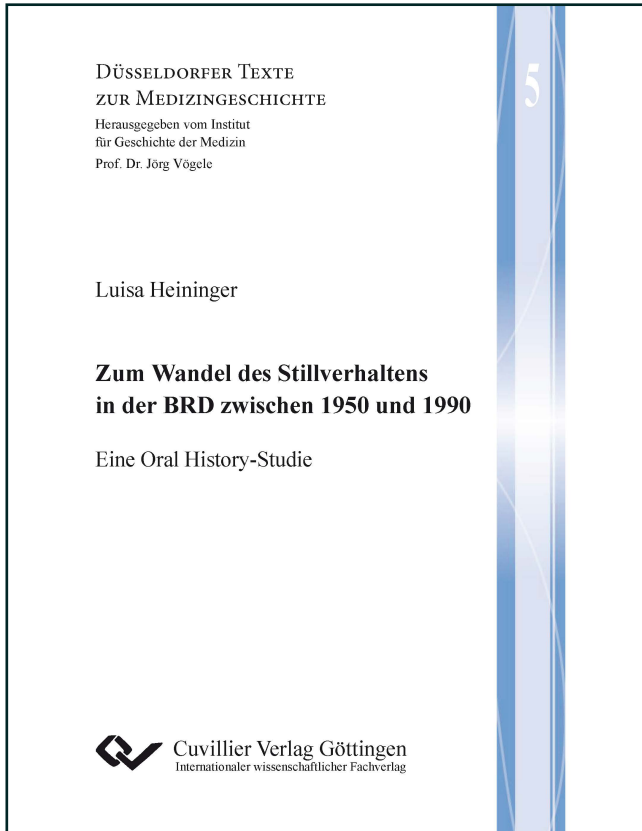




Luisa Heininger (Autor)

# **Zum Wandel des Stillverhaltens in der BRD zwischen 1950 und 1990**

Eine Oral History-Studie



<https://cuvillier.de/de/shop/publications/6737>

Copyright:

Cuvillier Verlag, Inhaberin Annette Jentsch-Cuvillier, Nonnenstieg 8, 37075 Göttingen, Germany

Telefon: +49 (0)551 54724-0, E-Mail: [info@cuvillier.de](mailto:info@cuvillier.de), Website: <https://cuvillier.de>



# 1. Einleitung

## 1.1 Kontext der Dissertation

UNICEF und die Weltgesundheitsorganisation (WHO) propagieren den Beginn des Stillens innerhalb der ersten Stunde nach der Geburt und das ausschließliche Stillen in den ersten sechs Lebensmonaten.<sup>1</sup> Wichtigster Vorteil des Stillens gegenüber künstlicher Säuglingsnahrung ist der Schutz vor Infektionen. Gestillte Kinder sind im Vergleich zu mit künstlicher Säuglingsnahrung ernährten Babys seltener krank; durch das Stillen erhalten sie Antikörper und Immunzellen des mütterlichen Immunsystems.<sup>2</sup> In den letzten Jahren hat es zahlreiche prospektive Studien über die Stillprävalenz und die Stilldauer in Deutschland gegeben. Darunter unter anderem die SuSe-Studie<sup>3</sup>, die DONALD-Studie<sup>4</sup> und nicht zuletzt die Studie zum „Stillverhalten in Bayern“.<sup>5</sup> Im Rahmen eines *Oral History* Projektes am Institut für Geschichte der Medizin an der Heinrich-Heine Universität in Düsseldorf soll erstmals ein chronologischer Überblick über den Wandel des Stillverhaltens in der Zeit von 1950 bis 1990 anhand einer Studie mit mehreren hundert Teilnehmerinnen gegeben werden. Die Einbeziehung verschiedener Dekaden erlaubt es politische und gesellschaftliche Veränderungen und deren Auswirkungen auf die Stillraten in die Erhebung mit einbeziehen zu können. Dies ist besonders interessant, da sich in den vergangenen Jahrzehnten massive Wandlungen in der Kinderernährung in Deutschland vollzogen haben; vor allem durch den zunehmenden Einfluss der Babynahrungsindustrie Anfang der 1960er Jahre und einen stetigen Anstieg des Produktangebots an Beikost. Dieser fand Zuspruch bei Ernährungsexper-

---

<sup>1</sup> WHO- Metastudie: Evidence on the long-term effect of breastfeeding, 2007. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595230\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2007/9789241595230_eng.pdf). Abruf am 2010-09-03.

<sup>2</sup> Tackoen M. (2012): Breast milk: its nutritional composition and functional properties. In: *Rev Med Brux*. 33(4): 309-317.

<sup>3</sup> Kersting, M., Dulon, M. (2002): Assessment of breast-feeding promotion in hospitals and follow-up survey of mother-infant pairs in Germany: the SuSe Study. In: *PublicHealth Nutr*, 5: 547-552. Bei der SuSe Studie handelt es sich um eine bundesweite prospektive Longitudinalerhebung über das Stillen und die Säuglingsernährung im ersten Lebensjahr, anhand von etwa 1700 Säuglinge, die 1997 geboren wurden.

<sup>4</sup> Hilbig, A. (2005): Längerfristige Trends bei der Ernährung von Säuglingen und Kleinkindern der DONALD Studie im Zeitraum 1989 – 1999. Diss., Gießen. Die DONALD Studie wurde 1985 am Forschungsinstitut für Kinderernährung Dortmund (FKE) in Form einer Langzeitstudie begonnen. Sie erfasst Ernährung, Stoffwechsel, Wachstum und Entwicklung von gesunden Säuglingen, Kindern und Jugendlichen im Alter von 3 Monaten bis 18 Jahren. Dabei sollen langfristige Veränderungen in der Ernährung erfasst werden.

<sup>5</sup> Rebhan, B. (2008): Die prospektive Kohortenstudie „Stillverhalten in Bayern“: Analyse von Daten zur Kindergesundheit, zur Säuglingsernährung und zu Genussmittelkonsum und Rauchverhalten der Mütter. Diss. München. Anhand von 3822 Müttern, die 2005 entbunden hatten, wurden die Stilldaten der ersten neun Lebensmonate der Säuglinge erfasst.



ten und in Forschungsergebnissen<sup>6</sup>, sodass es zu einem Tief der Stillquoten bis hinein in die 70er Jahre des 20. Jahrhunderts kam. Erst Mitte der 1970er Jahre vollzog sich eine „Stillrenaissance“. Diese wurde durch die zunehmende Emanzipation der stillenden Frau, deren Selbstorganisation in Verbänden wie der „La Leche Liga“ und später durch professionelle Stillberaterinnen geprägt.<sup>7</sup> Des Weiteren wurde die Säuglingsernährung im Laufe der Zeit von multiplen sozio-kulturellen Faktoren beeinflusst, wie durch den Wandel der Lebensumstände von jungen Familien, die steigende Berufstätigkeit der Mütter und das steigende Alter der Eltern bei Geburt.

Um diesen chronologischen Aspekt zu gewährleisten, handelt es sich bei dieser Studie um eine retrospektive Kohortenstudie, welche von November 2009 bis Juli 2010 in Form von Telefoninterviews realisiert wurde. Neben der reinen Erfassung der Daten bezüglich des Stillens soll die Frage nach den Faktoren, welche positiv auf die Stillinzidenz einwirken, beantwortet werden. Da es sich um ein Arbeitsprojekt handelt, im Rahmen dessen mehrere Dissertationen vergeben wurden, konzentriert sich die vorliegende Arbeit auf 100 Teilnehmerinnen, die keine akademische Laufbahn abgeschlossen haben. Dies ermöglicht die Untersuchung der *Odds Ratio* von Ausbildungsstand und Stillbereitschaft.

Einleitend wird im folgenden Kapitel 1.2 ein Überblick über die historische Entwicklung der Säuglingsernährung gegeben. Der aktuelle Stand der Forschung wird darauf folgend unter 1.3 erläutert. Aus diesem ersten Teil der Dissertation ergibt sich die weitere Fragestellung, welche in Kapitel 2 erarbeitet wird. In Kapitel 3 folgt die Beschreibung über Methoden und Material der Untersuchung.

Im Ergebnisteil (Kapitel 4) wird zunächst das Studienkollektiv beschrieben. Anschließend werden die Ergebnisse der Befragung anhand einer quantitativen und einer qualitativen Auswertung dargelegt. In Kapitel 5 werden die Ergebnisse als Ganzes diskutiert und die sich daraus ergebenden Schlussfolgerungen beschrieben.

## 1.2 Wandel der Säuglingsernährung im 20. Jahrhundert<sup>8</sup>

Für die Ursprünge der modernen Stillbewegung ist vor allem die Zeit von der Jahrhundertwende bis hinein ins 20. Jahrhundert interessant, in der sich die Sozialpädiatrie

<sup>6</sup> Droese, W., Stolley, H. (1969): Ernährung des Säuglings. In: Keller, W., Wiskott, A.: Lehrbuch der Kinderheilkunde. Stuttgart, S. 236-237.

<sup>7</sup> Hormann, E., Nehlsen, E. (1997): Die aktuelle Stillsituation in Deutschland und europaweit. In: Siebert, W., Stögmann, W., Wündisch, GF.: Stillen- einst und heute. München, S. 8-9.

<sup>8</sup> Vögele, J., Halling, T., Rittershaus, L. (2010): Entwicklung und Popularisierung ärztlicher Stillempfehlungen in Deutschland im 20. Jahrhundert. In: Medizinhistorisches Journal 45: 222-250.



zunehmend etablierte. Diese Entwicklung begründet sich unter anderem in der hohen Säuglingssterblichkeit im frühen 20. Jahrhundert, welche im Jahr 1905 bei 205 Sterbefällen pro 1.000 Lebendgeborene und somit im internationalen Vergleich erschreckend hoch lag. England verkündete zur selben Zeit eine Säuglingssterblichkeit von 128 (pro 1.000 Lebendgeborene).<sup>9</sup> Auffallend waren die starken regionalen Schwankungen in der Säuglingssterblichkeit, welche mit umgekehrt proportional einhergehenden Stillquoten korrelierten. Im Nordwesten Deutschlands lag eine geringe Säuglingssterblichkeit vor. Dort gaben viele Mütter an, dass sie ihre Säuglinge stillten. Anders sah es im Südosten Deutschlands aus, vor allem in Bayern. In München gaben 1908 lediglich 16% der Mütter an, ihre Kinder gestillt zu haben. Diese Gebiete wiesen eine deutlich höhere Säuglingssterblichkeit auf.<sup>10</sup> Die höhere Sterblichkeit im Süden des Landes war jedoch auch durch eine höhere Zahl unehelicher Kinder und einen niedrigeren Bildungsstand bedingt.<sup>11</sup> Neben der Risikominimierung einer Mangelernährung und dem zusätzlichen Schutz vor Infektionskrankheiten, den das Stillen gewährleistete, wurde auch in den lokal unterschiedlichen Ernährungspraktiken eine wichtige Determinante für diese regionalen Unterschiede gesehen. So wurde in manchen Gegenden die Baby-nahrung von Erwachsenen vorgekauft. Als künstliche Ersatznahrung für Säuglinge wurden Mehlbrei oder auch Zuckerwasser verwendet, welche häufig morgens zubereitet und drei bis vier Mal am Tag aufgewärmt wurden. Diese Praktiken führten zu einem zusätzlichen Infektionsrisiko von nichtgestillten Säuglingen. Doch selbst bei regelgerechtem Umgang mit Kleinkindnahrung konnte die hygienisch unbedenkliche Versorgung von Säuglingen nicht gewährleistet werden. Das von Luis Pasteur 1860 entwickelte Verfahren zur besseren Haltbarkeit von Milch verbreitete sich in Deutschland rasch, war allerdings für ärmere Schichten nicht erschwinglich. In den Städten sorgten lange Transportwege, insbesondere in den heißen Sommermonaten, für eine starke Beeinträchtigung der Milchqualität und zusätzlich für eine Erhöhung der Milchpreise. Dadurch resultierte ein Sommergipfel an Sterbefällen durch gastro-intestinale Erkrankungen von nichtgestillten Säuglingen. Es ergab sich eine Komplexität an Faktoren, welche die Höhe und Entwicklung der Säuglingssterblichkeit bestimmte. Als weitere Schlüsselvariablen galten die Legitimität der Säuglinge, die Fertilität, die regi-

---

<sup>9</sup> Vögele, J. (2001): Sozialgeschichte städtischer Gesundheitsverhältnisse während der Urbanisierung. Berlin, S. 132-134.

<sup>10</sup> Kintner, HJ. (1988): The impact of breastfeeding patterns on regional differences in infant mortality in Germany, 1910. In: Eur J Popul 3:233-61.

<sup>11</sup> Tönz, O. (1997): Stillen in der guten alten Zeit. In: Siebert, W., Stögmann, W., Wündisch, GF.: Stillen- einst und heute. München, S. 103.



onal vorherrschenden Ernährungspraktiken, die Wohnsituation, der Bildungsgrad, Wohlstand und Beruf der Eltern sowie Klima und Hygienebedingungen.<sup>12</sup>

### 1.2.1 Etablierung der Pädiatrie als eigenständiges Fachgebiet<sup>13</sup>

Während traditionell der Säuglingssterblichkeit eine auslesende Wirkung zuerkannt worden war: „Je mehr der Tod Schwächlinge hinwegrafft, desto kräftiger und gesünder wird der überlebende Nachwuchs werden“<sup>14</sup>, lösten zusätzlich sinkende Geburtenraten gegen Ende des 19. Jahrhunderts Befürchtungen über die Schwächung der Volks- und Wehrkraft aus. Hatten deutsche Frauen, die Mitte des 19. Jahrhunderts geboren wurden, im Schnitt noch fünf Kinder, so ging die Fertilität von 1904 geborenen Frauen auf zwei zurück.<sup>15</sup> Mit zunehmender gesellschaftlicher Bedeutung rückte auch die Frage über die Ursachen der Säuglingssterblichkeit und deren Prävention in den Vordergrund. Es erschien eine Fülle an Publikationen. Ärzte wie Otto Heubner (1843-1926), Adalbert Czerny (1863-1941), Meinhard von Pfaundler (1872-1947) und Arthur Schlossmann (1867-1932) zeigten sich den drängenden Aufgaben ihrer Zeit gewachsen und erlangten bei diesem Thema vermehrt Aufmerksamkeit. Sie förderten Behandlung, Lehre und Forschung und legten somit den Grundstein der modernen Kinderheilkunde. Otto Heubner ging 1894 von Leipzig an die Berliner Charité, um das erste deutsche Ordinariat für Kinderheilkunde zu übernehmen.<sup>16</sup> Bezeichnend für Berlin war auch das 1909 eröffnete „Kaiserin Auguste Viktoria-Haus“, ein Säuglingsheim zur Bekämpfung der Säuglingssterblichkeit im Deutschen Reich, welches zu Selbstversorgungszwecken sogar Kühe beherbergte. Dieses Prinzip der Selbstversorgung wurde später auch von dem Pädiater und Sozialhygieniker Arthur Schlossmann in Düsseldorf eingeführt, um den Säuglingen eine kontrollierte Vorzugsmilch anbieten zu können. Schlossmann war es auch, der eine besondere Ausbildung durchsetzte, die 1917 die staatliche Anerkennung der Säuglingsschwesternschulen und eine staatliche Prüfung dieser Schwestern nach sich zog. Nach Berlin erhielt Breslau die zweite staatliche Kinderklinik Deutschlands, an die Adalbert Czerny berufen wurde. Er gründete

---

<sup>12</sup> Vögele 2001, S. 153ff.

<sup>13</sup> Für einen Überblick über die Geschichte der deutschen Pädiatrie vgl. auch: Seidler, E. (1983): Die Kinderheilkunde in Deutschland. In: Schweier, P., Seidler, E.: Lebendige Pädiatrie. München, S. 13-85; vgl. auch: Peiper, A. (1951): Chronik der Kinderheilkunde. Leipzig.

<sup>14</sup> Vogl von: Die Sterblichkeit der Säuglinge in ihrem territorialen Verhalten in Württemberg, Bayern und Oesterreich und die Wehrfähigkeit der Jugend mit besonderer Rücksichtnahme auf die Anforderung an die Marschfähigkeit. München 1909, S. 17.

<sup>15</sup> Tönz 1997, S. 108.

<sup>16</sup> Peiper, A. (1967): Erinnerungen eines Kinderarztes. Berlin, S. 78.



dort die Breslauer Schule, welche sich vor allem mit der Ernährungsphysiologie und dem Stoffwechsel von Säuglingen befasste.<sup>17</sup>

Im Zentrum der Aufmerksamkeit stand bei den Sozialpädiatern alsbald die Ernährungsweise von Säuglingen. Das heißt wie lange ein Säugling gestillt wurde, ab wann der Übergang zur künstlichen Ernährung erfolgte und welche Zubereitungsformen und Mengen dabei verwendet wurden. Während die Nahrungsmittelindustrie versuchte mit aufwendigen Werbestrategien Milchersatzprodukte auf den Markt zu bringen, wurde seitens der Pädiater bald das alleinige Stillen als adäquate Säuglingsernährung propagiert. Alarmierend war in diesem Zusammenhang, dass insbesondere in den Städten die Stillquoten rückläufig waren: Für Berlin wurde seit 1885 mittels Volkszählberichten die Ernährung der Säuglinge erfasst. Ergebnis dieser Erhebung war, dass der Anteil der mit Muttermilch ernährten 1885 bei 56% lag und kontinuierlich abnahm auf 50,7% fünf Jahre später und seit 1900 nur noch bei unter einem Drittel lag. Anhand dieser Statistik untersuchte der Sozialhygieniker und Kinderarzt Hugo Neumann 1908 den Zusammenhang zwischen der Überlebenswahrscheinlichkeit von Säuglingen in Abhängigkeit von ihrer Ernährung und ihrer Schichtzugehörigkeit. Die Ergebnisse dieser Untersuchung verdeutlichten die zentrale Stellung der sozialen Bedingungen, unter welchen die Säuglinge aufwuchsen, ebenso wie die Stillentscheidung.<sup>18</sup> Adalbert Czerny beschrieb dies in seinem Buch „Der Arzt als Erzieher des Kindes“ wie folgt:

„Wir wissen heute, daß die Säuglingssterblichkeit in wohlhabenden Kreisen eine viel geringere ist als in den ärmeren Bevölkerungsschichten. Dieser Unterschied ist hauptsächlich auf die besseren Hilfsmittel zu beziehen, welche den Wohlhabenden bei der Ernährung des Säuglings zur Verfügung stehen. Ihnen ist es möglich, im Bedarfsfalle die Kinder durch Ammen ernähren zu lassen und im Falle einer künstlichen Ernährung für eine einwandfreie Tiermilch zu sorgen [...].“<sup>19</sup>

Des Weiteren war es Frauen aus unteren sozialen Schichten durch die zunehmende Proletarisierung und Frauenarbeit oftmals nicht möglich, sich um das Stillen und die häusliche Säuglingspflege zu bemühen.<sup>20</sup>

---

<sup>17</sup> Schadewaldt, H. (1975): Die Anerkennung der Kinderheilkunde als selbstständiges Fach. In: Wissenschaftlicher Dienst Alete: Kinderheilkunde- einst und jetzt. München, S. 17-19.

<sup>18</sup> Stöckel, S. (1966): Säuglingsfürsorge zwischen sozialer Hygiene und Eugenik. Das Beispiel Berlins im Kaiserreich und in der Weimarer Republik. Berlin, S. 114-116.

<sup>19</sup> Czerny, A. (1934): Der Arzt als Erzieher des Kindes, 8 Aufl.. Leipzig, S. 3.

<sup>20</sup> Larass, P. (2000): Kind sein kein Kinderspiel, das Jahrhundert des Kindes 1900-1999. Halle, S. 393.





Um Ordnung und Hygiene in die Ernährung des Säuglings zu bringen, wurde im Laufe der ersten Hälfte des 20. Jahrhunderts von den Kinderärzten ein Stillschema für Mütter entwickelt. Dieses sah vor, dass ein erstes Anlegen des Kindes an die Mutterbrust nicht vor 12-24 Stunden nach der Geburt geschehen sollte, damit sich Säugling und Mutter ausreichend von den Strapazen der Entbindung erholen konnten. Im Folgenden, sollten von der Mutter feste Stillzeiten mit fünf Mahlzeiten und einer nächtlichen Ruhepause von acht Stunden eingehalten werden. Die Trinkzeit des Säuglings sollte 15-20 Minuten nicht überschreiten.<sup>21</sup> Grundlage dieser strikten Reglementierung waren falsch interpretierte wissenschaftliche Beobachtungen über die Magenentleerung des Säuglings und die Reduzierung der Zahl und Dauer körperlichen Kontaktes zwischen Mutter und Kind.<sup>22</sup> Auch bei Klinikgeburten wurde auf eine strenge Trennung von Mutter und Kind geachtet, um potentielle Infektionsrisiken zu vermeiden. Des Weiteren wurde diese Maßnahme aus erzieherischen Gründen als sinnvoll erachtet. „[...] denn ein Säugling entwickelt sich am besten, wenn er nur körperlich versorgt und im Übrigen möglichst sich selbst überlassen wird. [...] Viel zu wenig wird berücksichtigt, wie rasch sich bei einem Kinde selbst schon in den ersten Lebenswochen Gewohnheiten ausbilden, wie rasch die Ansprüche eines Kindes wachsen, wenn es neue Reize kennen gelernt hat.“<sup>23</sup>

### 1.2.2 Maßnahmen zur Stillförderung<sup>24</sup>

Grundanliegen der Pädiater war es, durch Aufklärung und bessere medizinische Versorgung die Stillquoten anzuheben und somit die Säuglingssterblichkeit zu senken. Als Maßnahmen der Stillförderung wurden Aufklärungsbroschüren herausgegeben, in denen wissenschaftliche Erkenntnisse der Kinderheilkunde sowie geeignete Stilltechniken vermittelt wurden. In den Städten wurden regelmäßig Kurse abgehalten, durch Wanderlehrkurse konnten auch die ländlichen Gebiete abgedeckt werden. Dort wurden mittels Illustrationen, Photographien und Filmen die körperliche Entwicklung des Säuglings veranschaulicht und das Stillen als adäquate Säuglingsernährung propagiert (siehe Abbildung 1).

<sup>21</sup> Lust, F. (1918): Diagnostik und Therapie der Kinderkrankheiten. 1. Aufl., Berlin, S. 7; Haarer J. (1936): Die deutsche Mutter und ihr erstes Kind. München, S. 107-109; Klose, Loeschke A. (1954): Kinderheilkunde, 25. Aufl. Köln, S. 37-38.

<sup>22</sup> Henzinger, U. (1999): Stillen – Die Quelle mütterlicher Kraft. Düsseldorf, S. 93.

<sup>23</sup> Czerny, A. (1934): Der Arzt als Erzieher des Kindes, 8. Aufl. Leipzig, S. 6.

<sup>24</sup> Zu den Maßnahmen der Stillförderung vgl. auch Fehlemann S. (2004): Armutrisiko Mutterschaft: Mütter- und Säuglingsfürsorge im Deutschen Reich 1890-1924. Diss., Düsseldorf; Dahlmann, E.: Der Verein für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf e.V.. Diss., Düsseldorf.

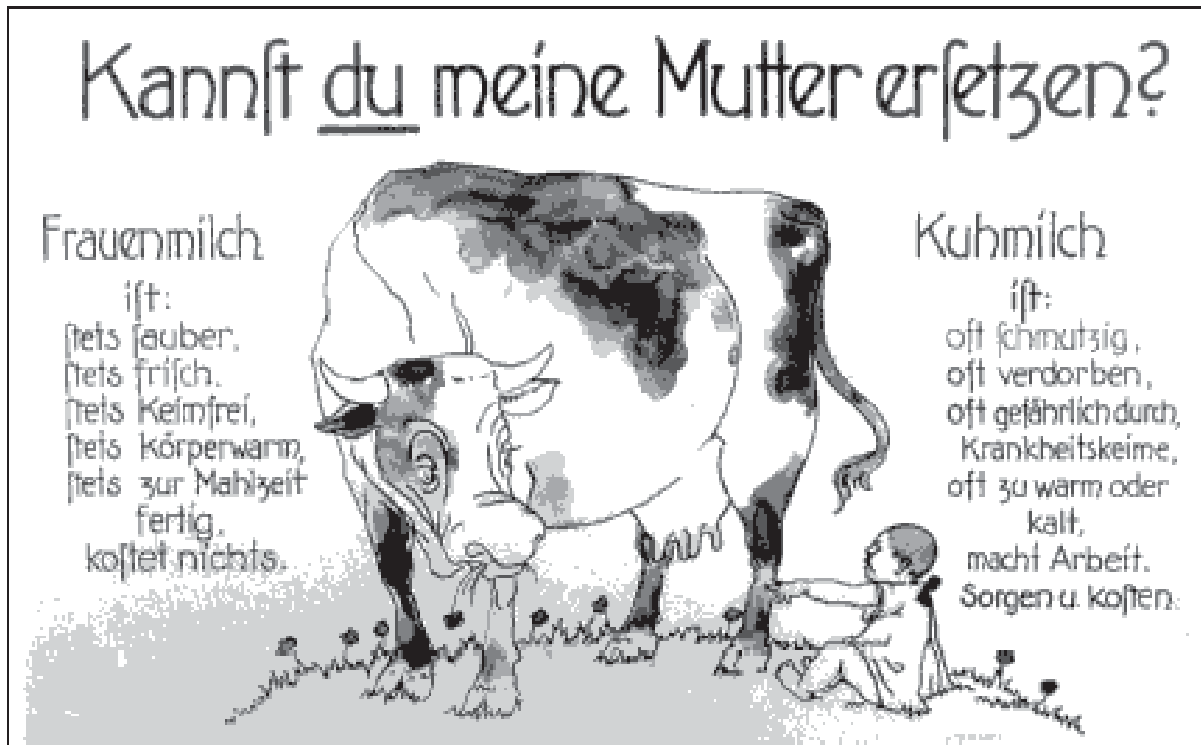


Abb. 1: Stillpropaganda

Als weiterer Anreiz wurden 1905, erstmals in Berlin, Stillprämien in Form von Geld, Kleidern oder sonstigen Vergünstigungen eingeführt. Später erhielten stillende Mütter per Gesetz nach Vorlage eines ärztlichen Zeugnisses 75 Pfennige Stillgeld. Trotz großem Erfolg dieser Maßnahme, wurde im Jahr 1968 das Stillgeld in der Bundesrepublik abgeschafft, ohne dass hierzu die Kinderärzte befragt worden wären.<sup>25</sup> Um auch die optimale Versorgung von Säuglingen zu gewährleisten, die nicht von ihren eigenen Müttern gestillt werden konnten, wurden von amtlichen und privaten Stellen Muttermilchsammelstellen eingerichtet, an denen stillende gesunde Mütter gegen eine Aufwandsentschädigung ihre Überschussmilch abgeben konnten. Diese wurde an frauenmilchbedürftige Säuglinge weitergegeben. Weitere Bestrebungen galten der Verbesserung der Milchhygiene, um eine frische, nicht verunreinigte Milch für Säuglinge zu erhalten und somit die Mortalität der künstlich genährten Kinder herabzumindern.<sup>26</sup> Zur Unterstützung der Mütter entwickelten sich 1905 die ersten Pläne zur Entstehung der Mütterberatung, welche sich vor allem unter den Auspizien der im selben Jahr ge-

<sup>25</sup> Hellbrügge, TH. (1969): Soziale und prophylaktischer Pädiatrie. In: Keller, W., Wiskott, A.: Lehrbuch der Kinderheilkunde. Stuttgart, S. 61.

<sup>26</sup> Hellbrügge 1969, S. 61-62.





gründeten „Vereinigung für Säuglingsschutz“, an der auch der Düsseldorfer Pädiater Schlossmann großen Anteil nahm, in Deutschland schnell ausbreiteten.<sup>27</sup>

Dabei stand vor allem das Wohl des Säuglings im Vordergrund. Kaum Aufmerksamkeit wurde hingegen in der Folgezeit möglichen Stillhindernissen von Seiten der Mütter gewidmet. Stattdessen wurden stillunfähige Frauen zur Kinderlosigkeit gedrängt:

„Insbesondere Frauen, die an leicht vererblichen Krankheiten, wie z.B. Geistesstörungen, Lungenschwindsucht usw. leiden oder Trinkerinnen sind, dürfen nicht stillen. Solche Frauen sollten aber, wie wir bereits erörtert haben, überhaupt keine Kinder bekommen.“<sup>28</sup>

Unter Einfluss der nationalsozialistischen Mutterideologie wurde dieser rassenhygienischen Ansatz, geprägt durch Mediziner wie Johanna Haarer, noch verstärkt. Frauen wurden auf ihre Funktion als Gebärende und Erzieherinnen reduziert. Die erste Schwangerschaft ordnete die Frau ein „in das große Geschehen des Völkerlebens [...] an die Front der Mütter unseres Volkes, die den Strom des Lebens, Blut und Erbe unzähliger Ahnen, die Güter des Volkstums und der Heimat, die Schätze der Sprache, Sitte und Kultur weitertragen und auferstehen lassen in einem neuen Geschlecht“.<sup>29</sup>

Haarers Ratgeber über die „deutsche Mutter“ wurde in vielen Auflagen von mehr als 1,2 Millionen Exemplaren gedruckt und unter anderem im Rahmen von Mutterschulungskursen genutzt, welche von vielen deutschen Müttern besucht wurden.<sup>30</sup> Somit konnte gewährleistet werden, dass die Vorstellungen und Ziele der NS-Ideologie nach Zucht, Unterwerfung und Reinlichkeit, verbreitet wurden. Auch konnte durch aggressive Stillvorgaben: „Deutsche Mutter, du mußt dein Kind stillen! [...] Deutsche Mutter, wenn du stillst, tust du nicht nur deine Schuldigkeit deinem Kind gegenüber, sondern erfüllst auch eine rassische Pflicht. Die Stillfähigkeit gehört zu den wertvollsten Erbanlagen.“<sup>31</sup> ein deutlicher Anstieg der Stillquoten in den 1930er-Jahren erreicht werden.<sup>32</sup>

<sup>27</sup> Schadewaldt, H. (1975): Die Anerkennung der Kinderheilkunde als selbstständiges Fach. In: Wissenschaftlicher Dienst Alete: Kinderheilkunde- einst und jetzt. München, S. 19.

<sup>28</sup> Ebert-Stockinger, K. (1918): Mutterschaft. Werden, Geburt, Pflege und Erziehung des Kindes. Eine Weihegabe. Stuttgart, S. 91.

<sup>29</sup> Haarer 1936, S. 5.

<sup>30</sup> Klingsiek, D. (1984): Die Frau im NS-Staat. Stuttgart S. 90. Benz, U. (1988): Brutstätten der Nation. „Die deutsche Mutter und ihr erstes Kind“ oder der anhaltende Erfolg einer Erziehungsbuches. In: Dachauer Hefte 4: 144-163.

<sup>31</sup> Haarer 1936, S. 105.

<sup>32</sup> Thoms, U. (2001): Die Kategorie Krankheit im Brennpunkt diätetischer Konzepte. In: Neumann, G., Wierlacher, A., Wild, R.: Essen und Lebensqualität. Natur- und kulturwissenschaftliche Perspektiven. Frankfurt a. Main, S. 105.



Nach dem zweiten Weltkrieg kamen, durch die vermehrte Auseinandersetzung der Pädiater mit dem Thema Kinderheilkunde, bald neue wissenschaftliche Erkenntnisse über das Stillen zutage. Konnte man 1957 in Lehrbüchern noch folgende Aussage lesen: „Die Annahme, daß durch die Muttermilch dem Säugling ständig Antikörper zugeführt würden, ist heute widerlegt. [...] Die gute Immunität ist also letztlich auf sein ungestörtes Gedeihen zurückzuführen.“<sup>33</sup> wurde dieser Ansicht in allen nach 1967 erschienenen Lehrbüchern widersprochen.<sup>34</sup> Zusätzlich bekam das Stillen im Laufe des 20. Jahrhunderts eine völlig neue Bedeutung. Wurde in älteren Lehrbüchern noch an das Pflichtbewusstsein der Mütter appelliert, ihre Kinder zu stillen,<sup>35</sup> so wurde im neueren Werken erstmals auf die Befriedigung der Mutter durch das Stillen und dem innigen Kontakt zwischen Mutter und Kind hingewiesen.<sup>36</sup> Die beruhigende, stillende Wirkung des Sinneskontaktes zwischen Mutter und Kind wurde erstmals hervorgehoben und von einer rein ernährungsphysiologischen Sichtweise Abstand genommen.<sup>37</sup> Insgesamt zeigte sich Mitte des 20. Jahrhunderts eine vermehrt an die Bedürfnisbefriedigung des Säuglings orientierte Haltung. So verkürzte sich beispielsweise die empfohlene Latenzzeit des ersten Anlegens 1957 auf 12-20 Stunden post partum,<sup>38</sup> bis zuletzt in jüngeren Kinderheilkundebüchern ein Anlegen des Neugeborenen direkt nach der Geburt empfohlen wurde. Dies sollte eine frühe Mutter-Kind Bindung fördern und die Milchsekretion der Mutter und den Stoffwechsel des Säuglings in Gang bringen.<sup>39</sup> Auch in den Empfehlungen zum Stillrhythmus zeigte sich ein Wandel der Pädiater zu einer liberaleren Haltung hin. Ab Mitte der sechziger Jahre wurde den Müttern zunehmend geraten, dem spontanen Nahrungsbedürfnis des Säuglings in Dauer und Frequenz des Anlegens zu folgen, was sich bereits während des Klinikaufenthaltes durch ein sogenanntes *Rooming-in* verwirklichen ließ. Die Kinder wurden nach der Geburt nicht mehr von ihren Eltern separiert, sondern durften bereits im Krankenhaus mit ihnen leben, wodurch die Bindung zwischen Eltern und Kind sowie das Stillen geför-

<sup>33</sup> Opitz, H., de Rudder, B. (1957): Pädiatrie. 1. Aufl., Berlin, S. 109.

<sup>34</sup> Mai, H. (1962): Kurzes Lehrbuch der Kinderheilkunde, Augenheilkunde, Hals-, Nasen-, Ohrenheilkunde und Dermatologie. 2. Aufl., München, S. 210; Harnack, GA. von (1980): Kinderheilkunde. 5. Aufl., Berlin, S. 57.

<sup>35</sup> Vogel, A. (1890): Lehrbuch der Kinderkrankheiten. 10. Aufl., Stuttgart, S. 16.

<sup>36</sup> Feer, E. (1980): Lehrbuch der Kinderheilkunde. 24. Aufl., Stuttgart, S. 25-26.

<sup>37</sup> Keller, W., Wiskott, A. (1977): Lehrbuch der Kinderheilkunde. 4. Aufl., Stuttgart, S. 4-12.

<sup>38</sup> Opitz/de Rudder 1957, S. 110.

<sup>39</sup> Wehling, A.: Das erste Stillen. In: von Voss, H., Grütmacher, A., Pfahl, B. (1986): Stillen und Muttermilchernährung, vom Bundesministerium für Gesundheit. Bonn, S. 90-91; Harnack, GA. von (1990): Kinderheilkunde. 8. Aufl., Berlin, S. 73.



dert wurde. Selbstbestimmung und das optimale Gedeihen des Säuglings stellten nun keine Gegensätze mehr da.<sup>40</sup>

Die zunehmende Optimierung und Produktvielfalt von Milchersatzprodukten fiel in den fortschritts- und technologiegläubigen 1960er und 70er Jahren auf fruchtbaren Boden. Seitens der Kinderärzte wurde vor allem die gute hygienische und bakteriologische Qualität der Präparate hervorgehoben.<sup>41</sup> Das Stillen wurde zwar weiterhin propagiert, jedoch wurde langes, ausschließliches Stillen bald als überflüssig empfunden: „Gegenwärtig beherrschen wir bereits die künstliche Ernährung und werden deshalb ein Kind nur ausnahmsweise über ein halbes Jahr stillen lassen.“<sup>42</sup> Zusätzlich machte die Nahrungsmittelindustrie mittels aggressiver Werbekampagnen in Zeitschriften, auf Plakaten und durch Verteilung von Gratisproben in Krankenhäusern auf sich aufmerksam. Um dieser Entwicklung entgegenzuwirken, verabschiedete die Weltgesundheitsorganisation 1981 einen internationalen Kodex zur Vermarktung von Muttermilchersatzprodukten. Dieser Kodex untersagte die Verteilung von Gratisproben und die Werbung für Milchersatzprodukte.<sup>43</sup>

### 1.2.3 Langfristige Erfolge der Sozialpädiatrie

Die Bemühungen der Pädiater in Bezug auf die Säuglingsernährung und die Lockerung der Stillempfehlungen zeigten bald erste Erfolge. Nachdem es in den 50er Jahren in den USA zur „Stillrenaissance“ kam, setzte sich das Stillen in den 70er Jahren auch in Deutschland vermehrt durch. 1975 gaben knapp 60 Prozent der Mütter in Deutschland an, während der ersten Lebenswoche gestillt zu haben, davon nur ein Drittel voll. Im Vergleich dazu waren es 1988 schon 83 Prozent, mit einem Anteil von 2/3 an voll stillenden Müttern.<sup>44</sup> Ein Grund für diese Entwicklung lag in dem vermehrten Aufkommen von Stillgruppen. Seit 1956 gab es die in den USA gegründete „La Leche Liga“, eine internationale Stillgruppenorganisation, welche sich 1976 auch in Deutschland etablieren konnte.<sup>45</sup> Diese Stillgruppen wurden ehrenamtlich von stillerfahrenen

<sup>40</sup> Lust, F., Pfaundler, M. von, Husler, J. (1967): Krankheiten des Kindesalters ihre Erkennung und Behandlung. 23 Aufl., München, S. 11-12.

<sup>41</sup> Droese, W., Stolley, H. 1969, S. 236-237; Klose, Loeschke A.(1954): Kinderheilkunde. 25 Aufl., Köln, S. 53.

<sup>42</sup> Czerny, A. (1948): Sammlung klinischer Vorlesungen über Kinderheilkunde. 2. Aufl., Leipzig, S. 15.

<sup>43</sup> Pasch, H. (1986): Beeinflussung von Werbung für Muttermilchersatznahrung auf das Stillen. In: Voss, H. von, Grützmacher, A., Pfahl B.: Stillen und Muttermilchernährung, vom Bundesministerium für Gesundheit. Bonn, S. 190ff.

<sup>44</sup> Hormann/Nehlsen 1997, S. 8.

<sup>45</sup> oV (1986): La Leche Liga Deutschland. In: Voss, H. von, Grützmacher, A., Pfahl, B.: Stillen und Muttermilchernährung, vom Bundesministerium für Gesundheit. Bonn, S. 276-277.