



Sozialarbeit im Gesundheitswesen

Geschichte, Dokumente, Lebensbilder

Peter Reinicke

Schriftenreihe Sonderdrucke und Sonderveröffentlichungen

Eigenverlag des Deutschen Vereins
für öffentliche und private Fürsorge e.V.
Michaelkirchstraße 17/18, 10179 Berlin
www.deutscher-verein.de

Druck:
Stückle Druck und Verlag, Ettenheim

Umschlagfoto: Säuglingsfürsorge Charlottenburg 1940 (Archiv Peter Reinicke)

Printed in Germany 2008
ISBN 978-3-7841-1861-1
eISBN 978-3-7841-2274-8

Veröffentlicht mit Förderung durch das Bundesministerium
für Familie, Senioren, Frauen und Jugend (BMFSFJ)

Inhaltsverzeichnis

Einführung	5
1. Anfänge der Gesundheitsfürsorge	8
1.1 Vom Ehrenamt zur professionellen Sozialarbeit	8
1.2 Die Aufgaben der Fürsorgeschwester/Fürsorgerin/Sozialarbeiterin	10
2. Gesundheitsfürsorge in der Weimarer Republik	26
2.1 Politische Forderungen zur Gesundheitsfürsorge	27
2.2 Etablierung der Sozialarbeit im Gesundheitswesen	29
3. Die Ausbildung der Gesundheitsfürsorger/innen	31
3.1 Erste Ausbildungsbemühungen	31
3.2 Auseinandersetzungen über Wege und Ziele der Ausbildung	36
3.3 Die Deutsche Akademie für pädagogische und soziale Frauenarbeit	38
3.4 Die institutionelle Verankerung der Gesundheitsfürsorge	40
4. Gesundheitsfürsorge im Nationalsozialismus	44
4.1 Die „Erbgesundheitspflege“	46
4.2 Funktion und Rolle der Sozialarbeit im Nationalsozialismus	48
4.3 Die Ausbildung der Sozialarbeiter/innen	52
4.4 Aufgaben und Arbeitsbedingungen der Sozialarbeit	63
5. Verfolgung und Widerstand im Nationalsozialismus:	
Berufs- und Lebenswege	76
5.1 Kurzbiografien	77
5.2 Berufs- und Lebenswege ausgewählter Persönlichkeiten	83
6. Sozialarbeit in der Gesundheitsfürsorge	
der Bundesrepublik 1945–1990	95
6.1 Die Situation der Fachkräfte in der Gesundheitsfürsorge	95
6.2 Reformen der Ausbildung	103
6.3 Änderungen der rechtlichen und sozialen Rahmenbedingungen	106
7. Gesundheitsfürsorge in der DDR	111
8. Sozialarbeit im Gesundheitswesen seit 1990	120
8.1 Technische und medizinische Innovationen	120
8.2 Organisatorische und rechtliche Bedingungen	122
8.3 Die Weiterentwicklung von Aufgaben, Handlungsfeldern und Zielen	127
Ausblick	142
Quellen- und Literaturverzeichnis	145
Der Autor	158

Einführung

Diese Publikation stellt das Werden und Wirken der Sozialarbeit in den Arbeitsfeldern der Gesundheitsfürsorge dar. Bisher ist keine umfassende Darstellung über die Bedeutung und Rolle der Sozialarbeiterinnen und Sozialarbeiter als Partner bei der Versorgung kranker und von Krankheit bedrohter Menschen veröffentlicht worden. Es ist die Geschichte neuer Beratungs- und Betreuungsformen und der Versuche, Lösungen für die sozialen Fragen und Probleme zu finden, die im Zuge der Industrialisierung Deutschlands entstanden. Gleichzeitig wird gezeigt, wie sich ein neuer Berufsstand entwickelte und mit welchen Ansätzen und welchem Engagement er sich dieser Aufgabe stellte. Dargestellt wird auch das Eintreten der Frauen in und für diese neuen Aufgabenbereiche. Die Anfänge dieser Tätigkeiten vor über 100 Jahren und ihre Veränderungen im Laufe der Zeit werden nachgezeichnet bis hin zu den Aufgaben und Bedingungen, die heute die Sozialarbeit im Gesundheitswesen vorfindet.

Die Gesundheitsfürsorge gehörte zu den ersten Arbeitsfeldern, in denen im 19. Jahrhundert Beratungs- und Betreuungsangebote für breite Bevölkerungsgruppen aufgebaut wurden. Im Vordergrund standen die Bekämpfung von Tuberkulose und Säuglingssterblichkeit. Ein wichtiges Mittel, um dieser Aufgabe gerecht zu werden, wurde die Prävention. Die methodischen Ansätze und Vorgehensweisen erforderten neue Wege und Mitarbeiter/innen, die die Anforderungen erfüllten.

Das System der gesundheitlichen Versorgung hatte mit den in der Bismarckschen Regierungszeit verabschiedeten Gesetzen eine neue Struktur erhalten. Es entstand für viele Personenkreise die Möglichkeit, ambulante und stationäre Behandlungen in Anspruch zu nehmen. Das Behandlungsmonopol besaßen die Ärzte in freier Praxis. Die Ärzte, die im Bereich der entstehenden Tuberkulose- und Säuglingsfürsorge wirkten, durften selbst nicht behandeln. Die von ihnen Betreuten waren in der Regel nicht erkrankt. Bei ihnen galt es vor allem abzuklären, ob es Gefährdungsmomente gab, die zum Entstehen einer Krankheit führen konnten. In den Fürsorgestellen begann zu dieser Zeit die soziale Situation des Menschen und seines sozialen Umfeldes in die Entscheidungen des Arztes einzufließen. Mit medizinischer Anamnese, folgender Diagnose und der Behandlung der Patient/innen allein war eine Bekämpfung der Tuberkulose und Säuglingssterblichkeit nicht möglich. Dieser neuen Herausforderung konnte der Arzt allein nicht gerecht werden. Er benötigte Hilfe. Die Beratungs- und Betreuungsangebote, die beispielsweise in den Tuberkulose- und Säuglingsfürsorgestellen geleistet wurden, mussten durch Angebote im häuslichen Bereich der Patient/innen ergänzt

werden. Häufig waren nicht nur einmalige, sondern mehrmalige Hausbesuche erforderlich, um dem Anliegen der Prävention durch Einbeziehung des Patienten und seiner Angehörigen Aufmerksamkeit zu verschaffen. Für diese Aufgabe sollte der Arzt in der in dieser Zeit entstehenden Berufsgruppe der Sozialarbeiter/innen Partner finden. Diese waren durch ihre Ausbildung und ihre Aufgabenstellung für diese Tätigkeit vorbereitet und, wie die Geschichte der Gesundheitsfürsorge zeigt, auch für den Arzt die geeigneten Mitarbeiter/innen.

Die Anfänge sozialarbeiterischen Wirkens in der Gesundheitsfürsorge wurden durch ehrenamtliche Kräfte geleistet. In der Weiterentwicklung und der damit verbundenen Professionalisierung erfolgte die Wahrnehmung der Aufgaben durch hauptamtliche Mitarbeiter/innen. In der vorliegenden Arbeit wird den Bemühungen um die Ausbildung der neuen Fachkräfte besondere Aufmerksamkeit gewidmet. Personen, die sich in den Anfängen der Gesundheitsfürsorge, in der Erschließung dieser Arbeitsfelder, der Professionalisierung des Berufes der Sozialarbeit und der damit verbundenen Anerkennung der Ausbildung besonders verdient gemacht haben, werden gewürdigt. Die Deutsche Akademie für pädagogische und soziale Frauenarbeit und ihr Wirken als Weiterbildungseinrichtung findet Eingang in die Betrachtungen. Die Ansätze für die Verankerung einer modernen Sozialarbeit unter demokratischen Bedingungen in der Weimarer Republik werden behandelt. Eingegangen wird auch auf die Entwicklung der Selbsthilfe in dieser Zeit am Beispiel des Otto-Perl-Bundes.

Ein Kapitel beschäftigt sich intensiv mit der Bedeutung des Nationalsozialismus für die Geschichte der Gesundheitsfürsorge. Die Vorstellungen über die Erbgesundheitspflege und ihre Auswirkungen auf den einzelnen Menschen und in den Tätigkeitsfeldern der Gesundheitsfürsorge werden darin behandelt, ebenfalls die Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen der Sozialarbeiter/innen. Viele Persönlichkeiten, die die Gesundheitsfürsorge auf- und ausbauten, litten unter den Auswirkungen der nationalsozialistischen Gesetzgebung. Verfolgung, Emigration, Vernichtung waren häufig die Folgen. Die Leistungen dieser Menschen sind heute kaum noch bekannt. Berufs- und Lebenswege einzelner Persönlichkeiten werden daher beispielhaft vorgestellt.

Nach 1945 ging die Entwicklung der Gesundheitsfürsorge weiter. Die in der Bundesrepublik Deutschland einsetzenden Veränderungen im Bereich der Gesundheitsfürsorge sind Gegenstand der Betrachtungen: die veränderten Bedingungen für die Sozialarbeiter/innen, die Reformen der Ausbildung und die veränderten rechtlichen und sozialen Rahmenbedingungen. Die Funktion und die Rolle der Sozialarbeiter/innen stehen dabei im Mittelpunkt. Eingegangen wird auch auf die

unerlässliche Zusammenarbeit mit Ärzten und anderen Fachkräften im Rahmen der Gesundheitsfürsorge. Die Krankenhaussozialarbeit und die Sozialarbeit in der Rehabilitation, ihre Aufgaben und ihre Bedeutung für die Versorgung kranker Menschen werden erläutert. Der Gesundheitsfürsorge in der DDR ist ein weiteres Kapitel gewidmet. Die Gesundheits- und Sozialfürsorger/innen, die kirchlichen Fürsorger/innen, ihre Ausbildungs- und Arbeitsbedingungen werden skizziert.

Zum Abschluss geht die Arbeit auf die Bedingungen und Entwicklungen der Sozialarbeit im Gesundheitswesen seit 1990 ein. Dargestellt werden Handlungsfelder, ihre Aufgaben, ihre Ziele und die organisatorischen und rechtlichen Bedingungen. Damit ist der Kreis geschlossen, der von den ersten Anfängen der Sozialarbeit in der Gesundheitsfürsorge bis zur heutigen Sozialarbeit und ihren Aufgaben als unverzichtbarer Partner in den Feldern des Gesundheitswesens reicht.

1. Anfänge der Gesundheitsfürsorge

1.1 Vom Ehrenamt zur professionellen Sozialarbeit

„Das 19. Jahrhundert als das ‚Jahrhundert der Wohlfahrtspflege,‘“ schrieb der Theologe und Mitbegründer der Deutschen Vereinigung für den Fürsorgedienst im Krankenhaus, Otto Ohl, „erhält sein charakteristisches Gepräge durch die freie Wohlfahrtspflege“. Diese übernahm ein Arbeits- und Aufgabengebiet nach dem anderen – meist nicht durch „beruflich geschulte Personen“, sondern in der Regel durch „ehrenamtliche Kräfte“ (Ohl 1929, 184 f.). Oft war die freie Wohlfahrtspflege Vorreiter für später von den öffentlichen Trägern übernommene Aufgaben. Zwischen den Trägern der freien und öffentlichen Wohlfahrtspflege gab es von Anfang an eine Zusammenarbeit. Die freien Träger beteiligten sich vielfach mit ihren ehrenamtlichen Kräften an der Arbeit öffentlicher Träger, so in der Säuglings- und Tuberkulosefürsorge.

Am Beispiel der Bekämpfung der Tuberkulose Ende des 19. Jahrhunderts lassen sich Veränderungen in den Arbeitsansätzen der Wohlfahrtspflege nachweisen. Die mit dieser Krankheit verbundenen Herausforderungen an die Gesellschaft waren nur zu leisten, wenn fachlich qualifiziertes Personal in ausreichendem Maße zur Verfügung stand. Johannes Rabnow, der spätere erste Stadtmedizinalrat der 1920 gegründeten Einheitsgemeinde Berlins, schrieb 1913:

In Bezug auf die Tuberkulosebekämpfung ist in Berlin-Schöneberg ein ersprießliches Zusammenarbeiten zwischen Gemeinde und einer privaten Organisation, dem „Verein zur Bekämpfung der Tuberkulose in Schöneberg“ bewerkstelligt. Viel zu groß und viel zu einschneidend sind die Schädigungen, die die Tuberkuloseeuche der Gesamtheit zufügt, viel zu ernst und zu schwierig ist der Kampf, als dass wir ihn der noch so schönen, aber immerhin willkürlichen, vielfach undisziplinierten privaten Wohlfahrtspflege überlassen könnten; wohl aber können und müssen wir die aus der privaten Arbeit ausgehende Agitation und Propaganda in den Dienst der Sache stellen. Die Disziplinierung und Regelung der privaten Wohltätigkeitsarbeit durch die gemeinsame Arbeit mit einer geordneten Stadtverwaltung muss zweifelsohne von Nutzen sein (Rabnow 1913, 12 f.).

Johannes Rabnow trat dafür ein, hauptamtliche Mitarbeiter einzustellen. Er wollte damit eine kontinuierliche Beratung und Betreuung seiner Patienten in den Fürsorgestellen gewährleisten, eine wichtige Voraussetzung für die Arbeit in der Gesundheitsfürsorge. Rabnows Aktivitäten führten zum Aufbau kommunaler Be-

ratungs- und Fürsorgestellen in Schöneberg mit fest angestellten Mitarbeitern; andere Städte folgten.

Beispielhaft für erste Anfänge sozialarbeiterischer Tätigkeit in der Gesundheitsfürsorge sei hier die Errichtung der Tuberkulosefürsorgestellen erwähnt. Emil Münsterberg (1855–1911), seit 1898 Stadtrat und Leiter der Armendirektion in Berlin, sah in den Fürsorgestellen einen Weg, „das Übel in der einzelnen Familie mit der Wurzel auszurotten. (...) Dazu wird nicht (...) nur eine laienhafte Tätigkeit genügen; – es muss die ärztliche Tätigkeit und die Tätigkeit geschulter Kräfte hinzukommen“ (Münsterberg 1905, 36 f.). Münsterberg vertrat die Auffassung, dass Frauen in der sozialen Arbeit tätig sein können und dass sie dafür eine Ausbildung benötigen. Frühzeitig wurde erkannt, dass Mediziner in der gesundheitlichen Versorgung und Betreuung in den Säuglings- und Tuberkulosefürsorgestellen „Hilfskräfte“ benötigten, die sie bei ihrer Arbeit unterstützten. Für den Arzt und für die Bevölkerung war diese Form der Versorgung und Betreuung etwas Neues. Regelmäßige Sprechstunden kannte man in der ärztlichen Tätigkeit früher nicht. Sie entwickelten sich erst allmählich, vor allen Dingen im Bereich der Armenpraxis (Stürzbecher 1966, 80 f.). Das bedeutete, in den Beratungsstellen Kräfte einzusetzen, die bereit waren, dem Arzt zu helfen, seine Anweisungen und Aufträge auszuführen. Aufträge, die sich aus den medizinischen Erkenntnissen ergaben.

Darüber hinaus war mit der Bereitschaft von Frauen und Männern, vor allem aus den gehobenen sozialen Schichten, eine neue, eine „andere Dimension des Helfens“ in den Blickpunkt der Öffentlichkeit getreten. Mit dem Aufgreifen der „sozialen Frage“, mit der Vorstellung, Hilfe aus den unterschiedlichsten (ethischen, humanitären, sozialen) Gründen zu leisten, und mit der Frage, wie sie am besten zu leisten sei, kam auch für den Arzt ein Aspekt hinzu, den er aus seiner bisherigen beruflichen Praxis und Ausbildung nicht kannte. Die „andere Dimension des Helfens“, die für den Arzt und sein neues Aufgabenfeld so wichtig werden sollte, bedeutete eine Ergänzung des Hilfeprozesses um soziale Fakten und Daten aus dem sozialen Umfeld durch die Sozialarbeiterin. Dazu gehörte ihr Angebot, durch methodische Arbeit und andere (wirtschaftliche, persönliche usw.) Hilfsquellen, auch unter Einbeziehung der Betroffenen, Lösungen zu finden. Die Übermittlung der ärztlichen Aussagen in den Sprechstunden und bei Hausbesuchen, die Überwachung der Verordnungen, die Gespräche und die Berichterstattung über die Ergebnisse bei den Hausbesuchen verlangten ausgebildete und kontinuierlich arbeitende Kräfte.

Die erste hauptamtliche Schwester, Hanna Krüger, wurde am 1. Juli 1902 in der Lungenkranken-Fürsorge vom Rothen Kreuz – Ermittlungs-, Beratungs- und

Unterstützungsstelle für Lungenkranke – in (Berlin-)Charlottenburg, Krummestr. 89 angestellt. Der Vorteil einer hauptamtlichen Kraft gegenüber ehrenamtlichen Mitarbeiter/innen wurde auch darin gesehen, dass eine ausgebildete Fachkraft eine größere Personal- und Sachkompetenz besaß und sie in dieser Arbeit ihren Hauptberuf sah.

1.2 Die Aufgaben der Fürsorgeschwester/Fürsorgerin/Sozialarbeiterin

Der Arzt und Leiter der Wohlfahrtsschule der Stadt Köln, Peter Krautwig (1870–1926), schrieb 1918:

Die Fürsorgeschwester, das unentbehrliche Organ aller Fürsorgestellen, ist eine beruflich gehörig vorgebildete, im Hauptamt angestellte Dame. Sie soll dem Fürsorgearzt bei seiner Sprechstundentätigkeit behilflich sein, in der Hauptsache aber die Beziehungen zu Familie und Wohnung der Patienten aufnehmen, um einerseits durch ihre Erkundigungen dem Fürsorgearzt und dem Fürsorgebüro die notwendigen Unterlagen zur Beurteilung zu liefern, auf der anderen Seite bei ihrem Besuch für die Ausführung der notwendigen hygienischen Maßregeln zu sorgen. Sie muss krankenpflegerisch vorgebildet sein und sich durch den Besuch einer Wohlfahrtsschule oder sozialen Frauenschule die notwendigen Kenntnisse in der Sozialhygiene und im sozialen Recht erworben haben (Krautwig 1918, 189 f.).

Für Hans Samter (1861–1929), Stadtrat und Städtältester in Berlin-Charlottenburg, war die Fürsorgeschwester „die gegebene Trägerin der persönlichen Fürsorge“; die praktische Hauptarbeit lag auf ihren Schultern. Wie ein roter Faden zieht sich durch die Fachliteratur, dass das Gespräch mit dem Kranken und seinen Angehörigen die wichtigste Aufgabe im Sinne der Aufklärung über die Krankheit und ihre Folgen war. Das Gespräch in der Tuberkulosefürsorgestelle und beim Hausbesuch war und ist die Domäne der dafür ausgebildeten Fürsorgeschwester. Die Kontaktpflege zwischen den Beratungsstellen und dem Patienten ist ihr zentrales Anliegen. Gelingt die Herstellung des Kontaktes, ist eine wesentliche Voraussetzung für ein erfolgreiches Handeln geschaffen (Reinicke 1988, 32-36). 1912 berichtete Hanna Krüger über ihr Vorgehen bei Hausbesuchen: Stellte der Arzt bei der Untersuchung eine Lungentuberkulose fest, wurde darüber die Fürsorgeschwester informiert. Arzt und Schwester besprachen, in dringenden Fällen gleich nach der Sprechstunde, welche Maßnahmen der Arzt bei diesem Patienten für notwendig hielt. Die Aufgabe der Schwester war es, die Familie aufzusuchen. „Dieser erste Besuch ist von größter Wichtigkeit“, berichtete Hanna Krüger:

Die Schwester muss sich bei den Leuten richtig einführen: sie muss sich ihnen freundlich nähern und doch eine gewisse Reserve beachten. Es ist

nicht immer angebracht, gleich bei dem ersten Besuch die schriftlichen Aufnahmen über alle Familienverhältnisse vorzunehmen. Die Schwester muss das Gefühl haben, wie weit sie in jedem Falle gehen darf, um sich nicht gleich missliebig zu machen, da sie oft als Eindringling betrachtet wird. Erzieherisch zu wirken, ist eine der schwersten, größten und wichtigsten Aufgaben der Schwester. Sie muss den Versuch machen, bei der Hausfrau, bei den erwachsenen Kindern Verständnis für die Erkrankung, ihre großen Schäden und für ihre Bekämpfung zu erwecken.

Sie übergab ein Merkblatt mit Verhaltensregeln bei Tuberkulose und „Regeln für gesundheitsmäßige Lebensweise“ und wies auf den Nutzen bei Einhaltung hin. Krüger schrieb weiter:

Es empfiehlt sich immer, den ersten Besuch nicht zu lange auszudehnen, ihn aber bald zu wiederholen, jedenfalls nicht so lange auszusetzen, als man das bei länger bekannten Familien tun kann. Die Schwester muss mehrmals und zu verschiedenen Tageszeiten da gewesen sein, um einen Einblick in die Verhältnisse zu tun und um evtl. richtige Ratschläge geben zu können. Bei Schwerkranken wird es sich vielleicht als richtig erweisen, schnellstens einzugreifen: das bleibt dem Takt und Verständnis der Schwester für die Situation überlassen (Krüger 1912, 83–87).



Peter Krautwig (Archiv Peter Reinicke)

Hermann Braeuning (1880–1946), Direktor des Pommerschen Tuberkulosekrankenhauses Hohenkrug bei Stettin und Leiter der Fürsorgestelle für Lungenkranke in Stettin, beschrieb 1924 aus den Erfahrungen der Anfangsjahre seiner ärztli-

chen Tätigkeit die Anforderungen an die Fachkraft wie folgt: Er erwarte beispielsweise in der Tuberkulose Erfolge dann, „wenn nicht schematisiert wird, sondern die Fürsorgerin die vielen hygienischen, sozialen, versicherungstechnischen, z.T. auch klinischen Tatsachen, welche in Frage kommen, absolut beherrscht und jedem Einzelfall anpassen kann“ (Braeuning 1924, 382).

Anlage 1.	Anlage 2.
Seit wann in Berlin-Schöneberg: _____ Auskunfts- und Fürsorgestelle für Tuberkulöse der Stadt Berlin-Schöneberg. I.-Nr. _____ Dat. _____ Überwiesen von _____ Behandelnder Arzt _____ I. Personalien: Name und Adresse: _____ Alter: _____ Beruf: _____ Familienstand: _____ II. Wirtschaftliche Verhältnisse: _____ Beschäftigung: _____ Einkommen: _____ Rente: _____ Unterstützung: _____ Krankenkasse*) L.A.*) (____Karten). A.V.*) III. Wohnung: eigene (Größe _____), gemietetes Zimmer, Schlafstelle; Miete: _____ 1. schläft d. Kranke in einem Raum allein? _____ 2. wenn nicht, mit wieviel Personen zusammen? _____ a) Erwachsenen _____ b) Kindern _____ 3. hat d. Kranke eigene Lagerstätte? _____ 4. wenn nicht, mit wem schläft er bzw. sie zusammen? _____ 5. Beschaffenheit der Wohnung? _____ 6. Beschaffenheit des Schlafraumes? _____ 7. Sonstiges. _____ IV. Auf die Krankheit Bezügliches. A. Anamnese. 1. Erb. Belast.: Vater: _____ Mutter: _____ Geschwister: _____ Entferntere Verwandte: _____ 2. Infektionsgelegenheit: _____ 3. Frühere Krankheiten: _____ 4. Sonstiges: _____ 5. Bei Frauen: Schwangersch.: _____ Geburten: _____ Aborte: _____ bei Kindern: Ernährung im 1. Lebensj.: _____ 6. Jetzige Erkrankung. _____ Beginn: _____ Erscheinungen: _____ B. Untersuchungsbefund. a) Allgemein: Habitus: _____ Größe: _____ Körpergew.: _____ Brust- umfang: _____ Ernährungsgrad: _____ Knochenbau: _____ Thoraxform: _____ Temp.: _____ b) speziell (s. Schema). Komplikationen: _____ Auswurf: _____ Tbc. _____ Mit Tuberkulin gespritzt: _____ Reaktion: _____ *) Zutreffendes zu unterstreichen.	V. zu XII _____ 1. Dem Bureau M zur Angabe des Personen- und Familienstandes, sowie der Steuerveranlagung d. _____ 2. Nach 3 Tagen. _____ Bl.-Schbg. _____ / _____ 191 _____ D. M., D. f. W. Beglaubigt: _____ Zu 1 a) Personen- und Familienstand: männl. _____ weibl. _____ Kinder unter 14 Jahren _____ „ über 14 Jahre _____ b) Steuerveranlagung 191 _____ Nach einem Einkommen von _____ M. bis _____ M. zum Satze von _____ M. veranlagt. Bl.-Schbg. _____ / _____ 191 _____ Bureau M. Das Gesuch wird befürwortet, erforderlich ist ein Zuschuß von _____ M. Bl.-Schbg. _____ / _____ 191 _____ Anstaltsarzt. _____ V. zu XII _____ 1. Zahlung der _____ M. aus Titel _____ Ansatz _____ des Etats für Wohlfahrtspflege für 191 _____ wird hiermit genehmigt 2. Vermerk zur Kontrolle. 3. Zur Sammlung. Bl.-Schbg. _____ / _____ 191 _____ D. M., D. f. W.

Anamnesebogen der Auskunfts- und Fürsorgestelle für Tuberkulöse der Stadt Berlin Schöneberg (1910) (Archiv Peter Reinicke)

Die Arbeitsfelder, in denen Fürsorgerinnen in den Anfangsjahren des 20. Jahrhunderts wichtige Aufgaben wahrnahmen, waren vor allem die der Prävention und der Nachsorge. Beispielhaft werden einzelne Bereiche vorgestellt, um ihre Aufgaben, Arbeitsansätze und zu bearbeitenden Probleme aufzuzeigen.

Tuberkulosefürsorge

Seit Dezember 1908 unterhielt beispielsweise die Stadt (Berlin-)Wilmsdorf eine städtische Auskunfts- und Fürsorgestelle für Lungenkranke. Die Leitung der

Stelle hatte ein Lungenfacharzt inne, der in Wilmersdorf als niedergelassener Arzt tätig war. Er wurde in seinen Funktionen von einer Fürsorgeschwester unterstützt. Die Aufgabe des Arztes der Fürsorgestelle war vorrangig diagnostischer Art, es fand keine Behandlung statt. Ergab sich bei Patient/innen, die nicht von Ärzten gesandt worden waren, die Notwendigkeit einer ärztlichen Behandlung, so wurde dieses den Untersuchten mitgeteilt und, wenn es sich um „Ortsarme“ handelte, ein Zeugnis darüber ausgestellt, dass die Behandlung erforderlich ist. Die Kosten dafür übernahm dann die Stadt Wilmersdorf. Die zweite Aufgabe der Fürsorgestelle bestand in der Beratung der Patient/innen:

Es fand eine Belehrung über Art und Wesen der Tuberkulose statt, über die Ansteckungsgefahr und die Maßregeln, die nötig sind, um Familie und Umgebung des Kranken tunlichst vor Ansteckung zu schützen (Behandlung des Auswurfs, Reinigung und Desinfizierung der Wohnung, Wäsche usw.). Diese Aufgabe lag hauptsächlich in den Händen der Fürsorgeschwester. Sie überzeugte sich durch Aufsuchen der Patienten in der Wohnung von den betreffenden hygienischen und materiellen Verhältnissen und berichtete über diese Wahrnehmungen. (...). Durch wiederholte Besuche erfuhr die Schwester, ob die gegebenen Ratschläge auch wirklich befolgt wurden (Habermann 1913, 157 f.).

Weitere Ratschläge erfolgten beispielsweise „in Fragen der Berufswahl oder des Berufswechsels bei Personen, die in besonders gefährdeten Berufen beschäftigt waren oder im Begriffe standen, einen solchen zu ergreifen. Die Patienten werden auch nachdrücklich auf die Vorteile des bestehenden Invaliditäts-Versicherungszwanges hingewiesen, ja direkt ermahnt, die Versicherung auch dann durch freiwillige Beiträge aufrecht zu erhalten, wenn ein Zwang dazu nicht mehr vorliegt (im Falle der Verheiratung bis dahin versicherungspflichtig gewesener weiblicher Personen)“, um weiterhin Versicherungsschutz zu besitzen. Eine dritte sehr wichtige Aufgabe der Fürsorgestelle bestand in der Veranlassung der Wohnungsdesinfektion. Wenn Lungenkranke ihre Wohnung wechselten oder auf längere Zeit in eine Heilstätte, in ein Krankenhaus oder ein Pflegeheim übersiedelten, wurde die Desinfektion der Wohnung angeordnet. Diese erfolgte unentgeltlich auf Kosten der Stadt: „Polizeilich vorgeschrieben war die Desinfektion nur bei Todesfällen an Tuberkulose. Eine weitere Art der Fürsorgetätigkeit bestand in der Unterbringung von Patienten in Heilstätten, Krankenhäusern, Seehospizen, Erholungsheime. usw.“ (ebd.).

Säuglingsfürsorge

Einer der ältesten und wichtigsten Aufgabenbereiche in der Gesundheitsfürsorge war die Säuglingsfürsorge. Aufgabe war insbesondere die Beratung einkommensschwacher Mütter vor und nach der Entbindung über Säuglingspflege und

Ernährung. Im Vordergrund standen die Förderung des Stillens und die Hilfe bei wirtschaftlichen und pädagogischen Problemen durch Ärzte und Sozialarbeiter/innen. Die Lebensbedingungen der Säuglinge sollten durch vorbeugende Maßnahmen verbessert werden. Es waren am Anfang vor allem private Träger, die diese Einrichtungen aufbauten. Der Mitbegründer der Deutschen Gesellschaft für ethische Kultur, Georg von Gizycki, ordnete dieses Engagement so ein:

Ohne Zweifel wird einst eine Zeit kommen – und vielleicht ist sie nicht fern –, wo der Staat es als seine Pflicht ansehen wird, alle Kinder seines Volkes vor leiblicher wie vor geistiger Not zu schützen. Aber noch hat er nicht erkannt, dass dies ein Gebot der Gerechtigkeit ist; und so muss die private Wohlthätigkeit eingreifen (Gizycki 1896, 78).

In Leipzig entstand 1883 eine Zentrale der Städtischen Kinderfürsorge, gegründet von dem Armenarzt Dr. Max Taube. Anfangs wurden Pflegekinder, später alle nichtehelichen Kinder betreut. 1904 eröffnete der Vaterländische Frauenverein in Berlin seine erste Säuglingsfürsorge. Die Stadtgemeinde Berlin richtete bereits 1905 die ersten sechs kommunalen Säuglingsfürsorgestellen ein. Die damals noch selbstständigen Berliner Gemeinden Charlottenburg, Schöneberg und Rixdorf eröffneten Säuglingsfürsorgestellen zwischen 1905 und 1907. Andere Gemeinden Deutschlands folgten.

Marie Baum (1874–1964), die langjährige Geschäftsführerin des Vereins für Säuglingsfürsorge im Regierungsbezirk Düsseldorf und seit 1916 Leiterin des Sozialpädagogischen Instituts Hamburg, nannte folgende Aufgaben für die Säuglingsfürsorgestellen:

Kostenlose Beratung der Mütter von Säuglingen und Kleinkindern in gesundheitlichen sowie in wirtschaftlichen und pädagogischen Fragen.
Beihilfegewährung, teilweise durch finanzielle Unterstützung.
Nahrungsmittel, wenn möglich frisches oder gedörrtes Gemüse, Zucker, Mehlpräparate, Abgabe von Milchlösung aus Milchküchen erfolgt zweckmäßig nur für kranke Säuglinge auf ärztliche Verordnung wegen der Gefahr, durch die Milchausgabe die Frau zu vorzeitigem Abstillen zu veranlassen.
Bereitstellung geeigneter Pflegestellen und ihre Beaufsichtigung.
Hausbesuche in den Familien mit Säuglingen und Kleinkindern. Die Hausbesuche sollten durchgeführt werden, wenn die Familien zu Hause angetroffen werden, d.h. unter Berücksichtigung der Berufstätigkeit der Mütter (Baum 1919, 174 f.).

Leo Langstein (1876–1933) und Fritz Rott (1878–1959), die maßgeblich am Aufbau der Säuglingsfürsorge in Deutschland beteiligt waren, schrieben 1924:

Unter dem Begriff Säuglingsfürsorge werden Einrichtungen und Maßnahmen zusammengefasst, die dazu dienen, die Lebensbedingungen der Säuglinge zu verbessern. Es ist zu unterscheiden zwischen Säuglingsschutz und Säuglingsfürsorge. Jeder Säugling, ob arm oder reich, bedarf zur Erhaltung eines Schutzes, d. h. eines Minimums von Hygiene, Ernährung und Pflege (Säuglingsschutz). Ein Teil der Säuglinge findet dieses Minimum im Schoße der Familie. Für diese genügen die allgemeinen Maßnahmen des Säuglingsschutzes. Einem anderen Teil, und zwar ist es der weitaus größere, kann jedoch das Minimum nur mit Inanspruchnahme öffentlicher Hilfe gewährleistet werden. Das sind die fürsorgebedürftigen Säuglinge (Säuglingsfürsorge). Schutzbedürftig sind alle Säuglinge, fürsorgebedürftig nur ein Teil von ihnen (Langstein 1924, 333).

Eine Behandlung der Säuglinge in den Fürsorgestellen war nicht möglich; sie oblag den niedergelassenen Ärzten und anderen Einrichtungen. Von Anfang an diente die gesamte Arbeit der Säuglingsfürsorge der Prophylaxe, dem Erkennen von Krankheiten, von Behinderungen und dem Versuch, materielle Not zu lindern. Es war ein Angebot medizinischer und sozialer Hilfe, deren Bedeutung, wenn auch unter anderen Vorzeichen, sich bis heute kaum geändert hat. Um die gesundheitliche Entwicklung eines Kindes zu beobachten, zu verfolgen, Fehlentwicklungen zu vermeiden bzw. zu lindern, zeichneten die Mitarbeiter der Fürsorgestellen die festgestellten Daten und Fakten auf (siehe den abgebildeten Gesundheitsschein von 1911). Die Stadt Charlottenburg erkannte schon frühzeitig die Bedeutung dieser Faktoren für die gesundheitliche Entwicklung eines Kindes. Um 1911 berichtete die Stadt das erste Mal darüber:

Für jedes die Fürsorgestelle besuchende Kind wird mit dem vollendeten ersten Lebensjahr ein Gesundheitsschein angelegt werden, der bis zum vollendeten 6. Jahre weitergeführt und dann durch Vermittlung des Statistischen Amtes an den Schularzt weitergegeben werden soll. Bei einer großen Zahl von Kindern wird so vom Säuglingsalter ab bis zur Schulzeit, die Schulzeit hindurch, und später vielleicht auch durch die Fortbildungsschule hindurch eine tunlichst lückenlose Beobachtung in gesundheitlicher Beziehung möglich werden, die sich hoffentlich als dauernd erweisen wird (Charlottenburger Säuglingsfürsorge 1911, 163).

Öffentlichkeitsarbeit war in der Charlottenburger Säuglingsfürsorge frühzeitig ein wichtiger Arbeitsansatz. Man erkannte, dass für die Arbeit der Säuglingsfürsorge geworben werden musste, um bessere Erfolge bei der Bekämpfung der Kinderkrankheiten und der Säuglingssterblichkeit zu erreichen. So wurde beispielsweise eine Broschüre entwickelt, die den Müttern und Pflegemüttern „in Form eines geschmackvoll ausgestatteten und schön eingebundenen Oktavheftes“ überreicht wurde. Darin waren alle sechs Charlottenburger Fürsorgestellen und die

angebotenen Sprechstunden verzeichnet. Weiter enthielt das Heft Kartonblätter über „Unser Kind“ mit Rubriken zur Ausfüllung der Daten: „Geburtstag – Der erste Zahn – Richtet sich auf – Fängt an zu gehen“. Daran schloss sich eine Gewichtstabelle mit Raum für weitere Eintragungen an. Wesentlicher Bestandteil war ein Merkblatt, dem die Mutter verschiedene Anregungen zu Verhaltensweisen für sich und ihr Kind entnehmen konnte. Es wurden Ratschläge erteilt, die die pädagogischen, medizinischen und ernährungswissenschaftlichen Erkenntnisse der Zeit zeigen, aber auch die soziale Situation erkennen lassen, in der Eltern ihre Kinder aufziehen mussten. Die Bedeutung der in dem Merkblatt genannten Ratschläge muss vor dem Hintergrund der Tatsache gesehen werden, dass die „künstliche Ernährung“, d.h. die adaptierte Milch, erst etwa 1929 in ausreichendem Maße zur Verfügung stand.

Ein Beispiel früher Gesundheitserziehung und -vorsorge ist auch das Merkblatt der Säuglingsfürsorge Charlottenburgs von 1911 über das Stillen und seine Bedeutung (Auszüge):

Jede Mutter ist imstande, ihr Kind zu stillen; jede hat auch die Pflicht, es zu tun. Schlechte Muttermilch gibt es nicht. Nur die Brusternährung sichert dem Kinde ein ungestörtes Gedeihen und gewährt der Mutter eine sorgenlose Freude an ihrem Kinde.

Auch eine Mutter, die wenig Milch hat oder zur Arbeit gehen muss, sollte dem Kinde wenigstens am Morgen und Abend die Brust geben. Selbst dann gedeiht das Kind besser, als wenn es nur die Flasche erhält.

Eine Mutter, die ihr Kind künstlich zu ernähren gezwungen ist, sei sich bewusst, dass sie ein Wagnis unternimmt, das manches Kind mit seinem Leben büßen muss.

Die künstliche Ernährung erfordert die größte Sorgfalt. Nur die Milch aus dem besten Kuhstall eignet sich für den Säugling. Niemals darf die Ernährung nur mit Kindermehl oder Schleim erfolgen. Flasche und Sauger müssen peinlich sauber gehalten, die Milch möglichst kühl gehalten werden. Die junge Mutter hüte sich vor unberufenen Ratgebern und probiere nicht auf eigene Verantwortung herum. Ist sie im Zweifel, so frage sie den Arzt. Sobald als möglich suche sie eine Säuglingsfürsorgestelle auf, wo sie unentgeltlich ärztlichen Rat und Beistand findet.

Ist ein Kind unruhig, so ist nicht immer Hunger die Ursache, sehr oft dagegen Überfütterung. Fiebert es, erbricht es sich, bekommt es Durchfall oder Krämpfe, so kommt das nicht ‚von den Zähnen‘; in jedem Falle ist das Kind krank und bedarf unbedingt und sofort ärztlicher Hilfe. Die Kuhmilch ist sofort abzusetzen und dem Kinde vorläufig nur dünner Tee ohne Zucker zu geben.

Ist das Kind gesund, so gönne die Mutter ihm soviel als möglich Luft, Licht und Sonne; eigene, gut zu lüftende Lagerstätten, die Fenster auf, tägliches Baden, bei gutem Wetter möglichst viel ins Freie.