

Einige Ungleichheiten bei Gesundheit und Ernährung von Knaben und Mädchen in England und Wales im 19. und 20. Jahrhundert

Richard Wall

Geschlechtsspezifische Ungleichheiten während der Kindheit

Die sehr unterschiedlichen Verantwortungsbereiche, die von erwachsenen Männern und Frauen übernommen werden, können sowohl als Ergebnis wie auch als Grund einer ganzen Reihe von sozialen und ökonomischen Ungleichheiten gesehen werden. Solche Ungleichheiten können sich schon früh im Leben zeigen. Wenn besonders hoch bewertete Pflichten, wie z. B. die Ahnenverehrung im alten China, nur Männern auferlegt werden, oder wenn der Status erwachsener Frauen niedrig ist, wie in patrilinearen Gesellschaften, in denen Frauen sehr jung (unter 20 Jahren) heiraten und in den Haushalt der Eltern des Mannes in einen sehr untergeordneten Status eintreten, wie z. B. in einigen Gebieten Indiens, ist die Vernachlässigung – beabsichtigt oder nicht – und selbst die Tötung von Kindern weiblichen Geschlechts nicht unbekannt.¹

Die Trennung von Rollen im Erwachsenenleben aufgrund von Geschlechtszugehörigkeit muß jedoch das weibliche Geschlecht nicht unbedingt benachteiligen. Unter der Annahme, daß gewisse, für das Wohlergehen einer Gesellschaft lebensnotwendige Aufgaben, wie Kinderaufzucht und Hausarbeit, traditionellerweise auf Frauen beschränkt waren, kommt es dazu, daß dieser Arbeit doch ein gewisser sozialer Wert zugeschrieben wird, zumal Frauen überredet werden müssen, jene Rollen zu übernehmen, die Männer vermeiden möchten. So hat etwa Martine Segalen für die französische bäuerliche Gesellschaft gezeigt, wie eine ganze Reihe von Ritualen die Vorherrschaft

¹ Mary Both Weinberger u. Larry Heligmann, Do Social and Economic Variables Affect Male and Female Child Mortality? Paper presented to the 1987 Annual Meeting of the Population Association of America, 1987. Für Indien vgl. Monica Das Gupta, Selective Discrimination Against Female Children in Rural Panjab, India, in: Population and Development Review, 13 (1987); Alaka Malwade Basu, Is discrimination in food really necessary for explaining sex differentials in childhood mortality, in: Population Studies, 43, 2 (1989).

der Frau innerhalb des Hauses betonten.² Man kann solche Zeremonien daraufhin angelegt sehen, sicherzustellen, daß Frauen innerhalb des Hauses verbleiben. Aber genauso gut können sie als Beweis interpretiert werden, daß der Beitrag, den die Frauen zum Haushalt leisten, durch die Gemeinschaft anerkannt wird. Sicherlich besteht wenig Zweifel, daß viele Frauen diesen Begriff von ihrer Rolle in der Gesellschaft akzeptierten.

Als Beweis aus einem anderen Zeitalter und einem anderen Ort (England im 16. Jahrhundert) soll der Vorwurf der schlampigen Haushaltsführung angeführt werden, der eine der größten Beleidigungen war, die Frauen einander in Streitfällen vor dem geistlichen Gerichtshof zufügen konnten.³ Dies entsprach dem Vorwurf der Unehrenhaftigkeit unter Männern.

Unterschiedliche Rollen im Erwachsenenleben erforderten eine unterschiedliche Ausbildung für Knaben und Mädchen, und die Kosten für die Aufzucht weiblicher Kinder konnten, wie einige neuere Studien gezeigt haben, beträchtlich sein. Linda Pollock z. B. hat aufgezeigt, wieviel Sorgfalt auf die Töchter der Elite verwendet werden mußte, um sicherzustellen, daß sie als Erwachsene ihre ambivalenten Rollen erfüllen konnten – sowohl ihren Männern untertan zu sein als auch den Haushalt zu leiten sowie während der Abwesenheit des Mannes die geschäftlichen Interessen der Familie wahrzunehmen.⁴ Pollocks Beobachtungen betreffen jedoch nur die Elite. Wesentlich relevanter sind Amy Eriksons Erhebungen der Kosten, die tatsächlich für die Aufzucht einzelner Kinder im späten 16. und frühen 17. Jahrhundert in England aufgewendet wurden. Die Ergebnisse stammen von Abrechnungen, die dem Gericht von Erbschaftsverwaltern oder -verwalterinnen (für gewöhnlich letzteren) vorgelegt wurden; diese betrafen oft sehr bescheidene Besitzungen, wo es minderjährige Kinder gab, deren Bedarf an Kleidung und allgemeiner Obsorge als eine dringliche Sache angesehen werden mußte. Diese Abrechnungen zeigen, daß zumindest ebensoviel für die Betreuung der Mädchen wie für die der Knaben ausgegeben werden mußte.⁵

Wenn dieses eine Beweisstück auch ein gewisses Maß an Gleichbehandlung in den Aufwendungen für Mädchen und Knaben in der englischen Vergangenheit unterstellt, so bleiben doch Zweifel. Die Haushaltsbudgets der Armen waren besonders knapp. Als die ersten detaillierten Budgets von „Arbeiterfamilien“ im späten 18. Jahrhundert erhoben wurden, schienen diese Haushaltsausgaben vorwie-

2 Martine Segalen, *Love and Power in the Peasant Family. Rural France in the Nineteenth Century*, Oxford 1983.

3 Miranda Chaytor, *Household and Kinship: Ryton in the Late Sixteenth and Early Seventeenth Centuries*, in: *History Workshop Journal*, 10 (1980).

4 Linda Pollock, *Teach her to Live under Obedience. The Making of Women in the Upper Ranks of Early Modern England*, in: *Continuity and Change*, 4, 2 (1989).

5 Amy Erikson, *The Expense of Children and Maternal Management in Early Modern England*. Paper presented to International Economic History Conference, Bern 1986, revidierte Fassung erscheint in: Richard Wall u. Osamu Saito Hg., *Economic and Social Aspects of the Family Life Cycle. Europe and Japan, Traditional and Modern*, Cambridge 1995.

gend von den Kosten für Grundnahrungsmittel wie Mehl, Hafergrütze und Erdäpfel dominiert gewesen zu sein.⁶ Viele Budgets waren auf einer Von-Woche-zu-Woche-Basis im Defizit und konnten nur durch Einkommen während der kurzen Erntezeit und/oder durch Zuwendungen von wohlthätigen Einrichtungen oder Armenrechtsbehörden „ausbalanciert“ werden. Unter solchen Umständen kann wohl bezweifelt werden, daß Familien in der Lage waren, ihre Kinder ausreichend zu ernähren. Sogar viel spätere Budgets, wie die Ende des 19. Jahrhunderts von Rowntree in York erhobenen, konnten nicht einmal jene Kalorienmenge sichern, die für die schmale Kost der Arbeitshausinsass/inn/en als angemessen erachtet wurde.⁷ In Anbetracht der Tatsache, daß Männer als Erwachsene in der Lohnarbeit bis zu viermal soviel verdienten als Frauen (gelegentlich mehr als achtmal soviel) – eine Ungleichheit, die bei Kindern unter 16 Jahren nicht so stark ausgeprägt war, aber doch oft existierte –, kann darüberhinaus die berechnete Frage erhoben werden, ob Familien es sich überhaupt leisten konnten, ihre lang- oder mittelfristigen wirtschaftlichen Interessen zu vernachlässigen, indem sie ihren Töchtern genausoviel Nahrung zukommen ließen wie ihren Söhnen.⁸

Tatsächlich ist leicht eine Vielfalt von literarischen Belegstellen zu finden, die eine Benachteiligung von Mädchen bei der Ernährung annehmen lassen. Da gibt es z. B. Robert Roberts, der in seiner Erzählung über die Armen von Salford in der Zeit vor dem Ersten Weltkrieg die Mädchen kritisch als „schmächtig“, d. h. dünn, zu klein für ihr Alter, beschrieb.⁹ Für einen Blick auf ländliche Verhältnisse ist Richard Jefferies zweitrangiger Klassiker des späten 19. Jahrhunderts zu nennen, Amaryllis at the Fair, mit seinem lebhaften Porträt des dominierenden Mannes, der bestimmte, was von der Familie gegessen werden sollte und was nicht, und der sein Gesetz sogar auf die Art und Weise, wie das Brot geschnitten werden sollte, ausdehnte.¹⁰ Doch weder Roberts noch Jefferies bieten einen gänzlich unzweideutigen Bericht. Die Mädchen von Salford mochten schmächtig gewesen sein, aber Roberts eigene Schwester pflegte Essen vom Teller ihres Vaters zu klauen, während er beim Abendessen ein Nickerchen machte. Amaryllis und ihre Mutter wiederum mißachteten die strikten Regeln des Tyrannen, indem sie dem Rübenkraut Essig hinzufügten, das Brot so schnitten, wie sie wollten (wenn er nicht hinsah), Pastetenstückchen hinausschmuggelten, um sie in der Küche nach dem Dinner zu essen, und zum Tee Hering aßen, obwohl der Kochgeruch den Hausherrn zu Zornesausbrüchen trieb. Die Frauen dieses Hauses mochten momentan eingeschüchtert worden sein, kehrten aber bald wieder zu ihren unbotmäßigen Gewohnheiten zurück.

6 David Davies, *The Case of Labourers in Husbandry. Stated and Considered*, London 1796; Frederick Morton Eden, *The State of the Poor or A History of the Labouring Classes in England from the Conquest to the Present Period*, London 1797.

7 Benjamin Seebohm Rowntree, *Poverty: A Study of Town Life*, London 1901.

8 Zu den Lohnunterschieden siehe Wall/Saito, *Aspects*, wie Anm. 5.

9 Robert Roberts, *The Classic Slum*, Manchester 1971.

10 Richard Jefferies, *Amaryllis at the Fair. A Novel*, London 1887.

Für den Idealfall sind deshalb andere – und hoffentlich weniger zweideutige – Daten gefordert, die Auskunft über eine große Zahl von Kindern liefern können, damit die auf ihnen beruhenden Ergebnisse mit weniger großer Wahrscheinlichkeit durch den nächsten untersuchten Fall wieder in Zweifel gezogen werden. Eine solche Quelle könnte in einer Überprüfung der verschiedenen Mortalitätsraten von Männern und Frauen in verschiedenen Zeitaltern liegen. Ein beträchtlicher Arbeitsaufwand wurde bereits auf die Untersuchung sowohl historischer als auch Dritter-Welt-Populationen verwendet.¹¹ Die besten dieser Studien diskutieren die geschlechtsspezifischen Unterschiede in der Sterblichkeitsrate im Zusammenhang mit anderen Ungleichheiten in Gesellschaften, die den Zugang zu Basisbedürfnissen wie Nahrung und medizinischer Versorgung ebenso betreffen wie die Möglichkeit der Verfügungsgewalt über das Eigentum oder die Machtstrukturen der Haushalte.

Die Sterblichkeitsdaten sind jedoch nicht völlig unzweideutig, obwohl sie eindrucksvolle Zeitreihen liefern, die im Falle einiger englischer Pfarren bis 1538 zurückreichen. Das Hauptproblem ist, daß der Berechnung von geschlechtsspezifischen Unterschieden in der Sterblichkeit die Annahme zugrundeliegt, daß der Grad männlicher Mortalität einen „Standard“ für eine gegebene Gesellschaft setzt, an dem der Grad weiblicher Mortalität gemessen werden kann. Eine solche Annahme erscheint jedoch ungerechtfertigt. So kann etwa männliche Mortalität einen besonders hohen Grad erreichen – entweder wegen der Risiken, die mit bestimmten Tätigkeiten verbunden sind, oder weil männliche Verhaltensmuster die Gefährdung verstärken und zu einer Reihe von Krankheiten führen. In einem solchen Fall könnte eine hohe Sterblichkeit von Männern jede Zunahme der Sterblichkeit von Frauen, die aus Mangelernährung resultiert, ganz einfach verschleiern.¹²

Ernährung, Sauberkeit und Zustand der Zähne bei Schulkindern des frühen 20. Jahrhunderts

Die Schwierigkeiten sind etwas geringer, wenn man sich auf geschlechtsspezifische Unterschiede der Kindersterblichkeit konzentriert, obwohl die Trennung von männlichen und weiblichen „Lebenswelten“ („environments“) schon sehr früh stattfindet.¹³ Die Absicht des vorliegenden Artikels ist jedoch, eine andere und stark vernachlässigte Quelle für die Erforschung der Gesundheit von Kindern auszuwerten, nämlich ärztliche Untersuchungsberichte über Schulkinder.

11 Sheila Johansson, *Sex and Death in Victorian England*, in: Martha Vicinus Hg., *A Widening Sphere: Women in the Victorian Age*, London 1980; Das Gupta, *Discrimination*, wie Anm. 1; Basu, *Discrimination*, wie Anm. 1.

12 Richard Wall, *Inferring Differential Neglect of Females From Mortality Data*, in: *Annales de Démographie Historique* (1981).

13 Andrew Davies, *Leisure, Gender and Poverty. Working Class Culture in Salford and Manchester 1900–1939*, Buckingham 1992, 97.

Diese Aufzeichnungen decken nicht nur den gleichen Zeitraum ab wie die Erinnerungen von Roberts, sondern sie erstrecken sich in einigen Fällen sogar bis ins letzte Jahrzehnt des 19. Jahrhunderts und bieten nützliche Einblicke in den Ernährungs- und Gesundheitszustand von buchstäblich Hunderttausenden von englischen und walisischen Schulkindern, die die staatlichen Volksschulen besuchten, der überwiegenden Mehrheit der Schulkinder überhaupt. Die erste größere Untersuchung der Gesundheit von Schulkindern scheint jene zu sein, die von Francis Warner in den neunziger Jahren in London über Auftrag der *British Medical Association* und der *Charity Organization Society* geleitet wurde.¹⁴ Warners Methoden flößen nicht allzuviel Vertrauen ein. Er sah ungefähr 100.000 Kinder, aber untersuchte sie nicht im einzelnen, sondern gründete seine Diagnose auf jenen, die seiner Beobachtung nach Schwächen bei Gesichtsbewegung und -ausdruck, bei den Augenbewegungen und beim Halten des Gleichgewichts von Kopf und Körper aufwiesen. Alle Fälle, die als Ergebnis dieser Methode fehlten, wurden ihm von den Lehrern der Kinder zugetragen.

Jedoch können Warners Ergebnisse mit der systematischeren und detaillierteren Untersuchung von Kindern verglichen werden, die kurz nach 1908 begann. Die Spannweite der gesammelten Informationen war eindrucksvoll und reichte von Ernährungszustand, Größe und Gewicht über die persönliche Krankengeschichte der Kinder, den Zustand ihrer Schuhe und Kleidung bis zum Auftreten von speziellen Erkrankungen wie Tuberkulose, Rachitis sowie Herz- und Lungenproblemen. Bis heute wurden keine Informationen über einzelne Individuen aufgefunden. Was blieb, sind gedruckte Summarien der erhobenen Informationen zur Gesundheit der Kinder für jeden Unterrichtsbezirk lokaler Autoritäten. Das waren üblicherweise Grafschaften, obwohl auch größere Städte und sogar einige nur mittelgroße, wie etwa Cambridge, unabhängige Berichte verfaßten.

Wer die Daten im einzelnen sammelte, ist nicht immer klar. Die detaillierte medizinische Information muß aus der Untersuchung des Kindes durch einen der Ärzte, die dem schulmedizinischen Dienst angehörten, hervorgegangen sein, aber die Information über Kleidung und Schuhwerk könnte von den Lehrern geliefert worden sein. In Cheshire war es das Gutachten der Schulleiter,¹⁵ und auch in Cambridge teilten sich die Beamten des Gesundheitsdienstes und die Lehrer die Aufgabe der Datensammlung. Erstere sollten Reinlichkeitsgrad, Größe, Gewicht und Ernährungszustand feststellen. Die

14 Francis Warner, *The Scientific Study of Children's Schools and the Classes into Which They May Be Grouped*, in: *Transactions of the 7th International Congress of Hygiene and Demography, Section 4: Infancy, Childhood and School Life*, London 1891; ders., *The Study of Children and their School Training*, New York 1897.

15 *School Medical Officer Reports für Cambridge (Stadt und Grafschaft)*, Cardiff, Cheshire, Hull, Manchester, Nottingham, Swansea und Belfast, 1913, hier: *Report Cheshire 1913*, 17. Kopien können in den lokalen Stadtbibliotheken gefunden werden. Berichte für London finden sich im *London Research Office* in den *Annual Reports of the Council (1915–1919)*, III: *Public Health*.

Rolle der Lehrer war darauf beschränkt, den Leistungsstandard, die geistige Aufnahmefähigkeit der Schüler zu vermerken und eine vorläufige Einschätzung des Ernährungszustandes zu geben.¹⁶ Auch Krankenschwestern könnten – bei Berichten über Läusebefall – beteiligt gewesen sein.¹⁷

Der Ernährungszustand wurde durch Begriffe wie „ausgezeichnet“ („excellent“), „normal“ („normal“) und „schlecht“ („subnormal“) „gemessen“. Dies wirft sofort eine Fülle von Problemen auf, da es schwierig sein konnte, den Standard von Normalität von Jahr zu Jahr, von Ort zu Ort oder sogar zwischen verschiedenen Gesundheitsbeamten gleich zu halten.¹⁸ Was – vor einem bestimmten sozioökonomischen Hintergrund der Kinder – für eine Schule normal war, mochte für eine Schule in einer wohlhabenderen Nachbarschaft nicht normal sein. Aus diesem Grund sind Vergleiche des Ernährungszustandes zwischen verschiedenen Amtsbezirken besonders zweifelhaft. Dennoch wurden Versuche gemacht, Termini wie „normal“, „schlecht“ und „ausgezeichnet“ zu definieren, die zuerst hoffnungslos ungenau erscheinen. Die Unterscheidungsmerkmale in Swansea, die durch den lokalen Amtsschularzt selbst festgelegt worden waren, lagen zwischen „guter und normaler Ernährung“, wenn das Gewebe von guter Farbe und fest war, die Gliedmaßen wohlgerundet, und die Knochen nicht hervorstanden, und „unterdurchschnittlich“, wenn die Rippen ein wenig herausragten und die Zwischenrippenräume eingesunken waren; „schlecht“ war für Fälle vorbehalten, in denen der Körper ausgezehrt war, die Knochen stark hervorstanden, und das Gewebe weich war, weiters für anämische Fälle.¹⁹ Die Empfehlung des obersten Amtsarztes an die (nationale) Schulbehörde lautete, daß bei der Einschätzung des Ernährungszustandes nicht nur dem Verhältnis der Größe zum Gewicht Aufmerksamkeit geschenkt werden sollte, sondern auch der allgemeinen Festigkeit und Gewebesubstanz, dem Entwicklungsgrad des Muskelsystems, dem Unterhautfettgewebe, der Beschaffenheit der Durchblutung von Haut und Schleimhäuten und dem eventuellen Vorhandensein von Mattigkeit, Lebhaftigkeit, Apathie und Schlaffheit.²⁰

Ein weiteres Problem, das noch mehr Schaden zufügen könnte, sogar bedenklich wäre für die Erforschung von Unterschieden im Ernährungszustand von Knaben und Mädchen, wäre, wenn die Gesundheitsbeamten – bewußt oder unbewußt – einer geschlechtsspezifischen Vorstellung von „Normalität“ folgten, den Maßstab für weibliche Kinder zu niedrig ansetzten und deshalb das Vorhandensein von mangelernährten Mädchen übersahen. Ärztliche Untersuchungen

16 Report Cambridge 1908.

17 A. H. Hogarth, The Extent of Uncleanliness Among Elementary Schoolchildren, in: School Hygiene, 8 (1917).

18 Vgl. Arthur Greenwood, The Health and Physique of School Children, London 1913, 67; John Priestley, On the Proper Use of School Medical Statistics, in: School Hygiene, 10 (1919), 24.

19 Report Swansea 1908, 17.

20 Zit. in Report Cheshire 1913.

von Kindern in London zwischen 1913 und 1919 lassen annehmen, daß jahraus, jahrein und durch alle Altersgruppen der Ernährungszustand der Londoner Mädchen eher als „ausgezeichnet“ betrachtet wurde als der der Londoner Knaben. 1919 z. B. wurde von 33 Prozent der weiblichen Schulanfänger behauptet, daß sie in einem ausgezeichneten Ernährungszustand waren, jedoch nun von 31 Prozent der Knaben. Das galt auch für 25 Prozent der achtjährigen Mädchen (22 Prozent der Knaben) und 31 Prozent der zwölfjährigen Mädchen (26 Prozent der Knaben). Aber sind diese Zahlen glaubhaft? Das Ergebnis, das später im Artikel vorgestellt werden soll, deutet darauf hin, daß eine landesweite Tendenz, die Normen für die Ernährung der weiblichen Bevölkerung niedriger anzusetzen, äußerst unwahrscheinlich ist (vgl. Tabelle 1). Da die Daten über Größe und Gewicht zudem weitgehend unabhängig von der Einschätzung des Ernährungszustandes waren, können sie auch verwendet werden, um die Genauigkeit der Diagnosestellung zu überprüfen, obwohl viele führende Experten der Zeit sowohl in England als auch in den Vereinigten Staaten einer Untersuchung durch den Arzt den Vorzug gaben vor einem Bezug auf ein gewichts- und größenmäßiges „Standard-Kind“.²¹

An diesem Punkt reichen drei andere Argumente dafür aus, daß den Untersuchungen, die von den Amtsärzten durchgeführt wurden, Vertrauen geschenkt werden kann. Erstens repräsentierten sie das ausführende Organ eines neuen öffentlichen Dienstes, der bemüht war, seine Position zu etablieren und weiterzuentwickeln. Die Gesundheitsprobleme eines Teiles der Schulkinder zu übersehen oder herunterzuspielen hätte geheißen, die eigene Berufsehre aufs Spiel zu setzen. Zweitens waren sie sich, da sie zur berufsständischen Mittelklasse gehörten, wenn sie nicht sogar von dort kamen, des Einflusses der sozialen Schicht auf die Zahlen, die sie berichteten, besonders bewußt.²² Es wäre deshalb einigermassen widersinnig von ihnen gewesen, die Bedeutung von Geschlecht zu mißachten, vor allem wo sie auch in vielen ihrer Berichte den Vergleich zwischen dem Ernährungszustand von Knaben und Mädchen ausdrücklich kommentierten. Schließlich ist erwähnenswert, daß viele der zur Messung von Nahrungsbedarf aufgestellten Tabellen, von denen eine in Rowntrees nun klassischer Studie über Armut in York 1899 erschien, zwar zugeben, daß erwachsene Männer eine höhere Kalorienzufuhr benötigten als erwachsene Frauen, jedoch üblicherweise für Kinder beiderlei Geschlechts eine gleiche Kalorienanzahl als erforderlich betrachteten, zumindest während des größten Teils der Zeit, die sie in der Volksschule zubringen würden (zwischen fünf und 13 Jahren).²³

21 Report Cheshire 1913, 22; siehe auch Louis I. Dublin u. John C. Gebhart, *Do Height and Weight Tables Identify Undernourished Children?* Association for Improving the Condition of the Poor, New York 1924.

22 Report Cheshire 1913, 21.

23 Robert Coit Chapin, *The Standard of Living Among Workingmen's Families in New York City*, New York 1909.

Selbst wenn ein Muster von Mangelernährung bei Kindern beiderlei Geschlechts nachgewiesen wäre, könnte es natürlich auch von einer Reihe anderer Faktoren als ungeeigneter oder ungenügender Nahrungsmittel abhängen. Körperliche Defekte, wie Polypen, vergrößerte Rachenmandeln, kariöse Zähne und sogar überanstrengte Augen, wurden manchmal als Erklärung für Mangelernährung bei einzelnen Kindern vorgebracht.²⁴ Es mußten auch „schlechte Gewohnheiten“ beachtet werden, besonders das Fehlen von genügend Schlaf. Andere mögliche Gründe waren mangelnde Hygiene verbunden mit überfüllten Räumlichkeiten und das Vorhandensein von vorbestehenden Erkrankungen. Es ist schwierig, den Einfluß jedes einzelnen dieser Faktoren abzuschätzen. Die meisten, die solche Listen verfaßten, versuchten es gar nicht, und der eine Amtsarzt, der es tat, gelangte zu einer ziemlich seltsamen Klassifizierung, in der 37 Prozent der Fälle von Unterernährung bei Kindern in Wolverhampton dem Einfluß und der Auswirkung von Krankheiten zugeschrieben wurden, 20 Prozent der Vernachlässigung durch die Eltern, dem Schmutz und der Trunksucht und nur 19 Prozent der unzureichenden Ernährung aus Unwissenheit oder Armut. Andere Faktoren, wie Überarbeitung, Rekonvaleszenz, Verzärtelung und übermäßiges Wachstum, trugen je weniger als zehn Prozent bei.²⁵

Unglücklicherweise gibt es wenig weitere Angaben, die eine Verbesserung dieser Kategorisierung erlauben würden, obwohl das Gesamtmorbiditätsmuster der Schulkinder zu einer Interpretation eines bestimmten Ernährungsmusters führen, ja es sogar beweisen kann. Für den Moment jedoch kann das Problem der Ernährung beiseite gelassen werden, da die Frage von Kleidung und Sauberkeit ins Auge gefaßt wird, bei der das Fehlen elterlicher Obsorge oder die Fähigkeit der Eltern zur Vorsorge offensichtlicher wird. Im allgemeinen herrschte die Annahme, daß die Mädchen in London besser gekleidet waren und bessere Schuhe hatten als die Londoner Knaben, zumindest während der mittleren und letzten Jahre ihrer Grundschulausbildung. Die Situation von 1913 soll wieder als Illustration dienen. In diesem Jahr wurden 55 Prozent der Mädchen und 54 Prozent der Knaben, die zur Schule gingen, als gut gekleidet und mit guten Schuhen versehen betrachtet. Das war auch der Fall für 51 Prozent der achtjährigen Mädchen und 48 Prozent der Knaben dieses Alters sowie für 52 Prozent der zwölfjährigen Mädchen und 49 Prozent der gleichaltrigen Knaben. Der Unterschied zur indischen Bevölkerung ist ziemlich ausgeprägt. Dort wird mehr für die Kleidung von Knaben als für jene von Mädchen ausgegeben, und es zeigt sich auch an der geschlechtsspezifischen Mortalität eine deutliche Diskriminierung gegenüber (einigen) weiblichen Kindern.²⁶

Was körperliche Sauberkeit betrifft, wurden mehr Mädchen als Knaben, die in London erstmals zur Schule gingen, für schmutzig und

24 George M. Retan, The Measurement and Development of Nutrition in Childhood, in: New York State Journal of Medicine, 19 (November 1919).

25 Berichtet in Greenwood, Health, wie Anm. 18.

26 Das Gupta, Discrimination, wie Anm. 1; und vgl. Basu, Discrimination, wie Anm. 1.

voller Ungeziefer befunden, jedoch war bei den zwei höheren Altersgruppen das Gegenteil der Fall. Dieses Muster hielt sich über den Zeitraum von 1913 bis 1919. Natürlich besteht kein Zweifel, daß für den Untersucher ein beträchtlicher Aufwand an „Säuberung“ geleistet wurde, da der Zeitpunkt der routinemäßigen ärztlichen Untersuchung wohl bekannt war. Eine Anzahl von Amtsärzten machte dazu Anmerkungen.²⁷ In Cheshire wurde bemerkt, daß jene Mädchen, die Vorbereitungen getroffen hatten, ihr Haar am Abend zuvor gewaschen hatten.²⁸ Es könnte deshalb sein, daß das, was gemessen wurde, eher der relative Respekt war, den Knaben und Mädchen der ärztlichen Untersuchung zollten, als der allgemeine Standard von Sauberkeit (oder Unsauberkeit), obwohl eine überzeugendere Erklärung von einem der Schulärzte der Grafschaft Cambridge 1915 gegeben wurde: „Was die Verwendung von Wasser und Seife anbelangt, sind die Mädchen eindeutig die saubereren.“²⁹

Keine noch so große Vorbereitung jedoch schien es den Mädchen ermöglicht zu haben, das Problem von Nissen und Läusen im Haar zu vermeiden. In allen Jahren zwischen 1913 und 1919 und für alle Altersstufen, wurde ein höherer Prozentsatz von Londoner Knaben als von Mädchen mit sauberen Köpfen ermittelt. Im Alter zwischen acht und zwölf wurden 87 Prozent der Knaben und 67 Prozent der Mädchen für sauber erklärt. „Saubere“ meinte in diesem Zusammenhang einen Kopf, der sowohl von Läusen als auch von Nissen frei war. Doch sollte betont werden, daß die Schulärzte offensichtlich keine Zeichen einer spezifischen Vernachlässigung von Mädchen sahen. Statt dessen arbeiteten ihre Erklärungen lediglich mit Begriffen wie der Haarlänge, wobei das längere Mädchenhaar schwieriger sauber zu halten sei. Die Tatsache, daß das Haar oberflächlich sauber wirkte oder zeigte, daß es am Vorabend gewaschen wurde, würde ebenfalls das Fehlen irgendeiner besonderen Vernachlässigung implizieren.³⁰ Längeres Haar könnte auch die Übertragung von Läusen von einem Mädchen zum anderen erleichtert haben. In der Tat wurden die einzigen Zeichen von Vernachlässigung durch etwas geschaffen, was man als ein Auseinanderfallen von kindlichem Lebenszyklus und dem der Familie bezeichnen könnte. Eine Anzahl von Schulärzten bemerkte, daß Kinder in den mittleren Jahren der Volksschule, insbesondere Mädchen, deutlich weniger sauber waren als die Schulanfänger/innen oder -abgänger/innen, und sie interpretierten dies als ein Zeichen von nachlassender mütterlicher Fürsorge zu einer Zeit, als das Kind alt genug war, um für sich selbst zu sorgen. Knaben hingegen waren wiederum wegen ihres kürzeren Haares in einer weniger ungünstigen Lage als Mädchen.³¹ Eine weitere Möglichkeit, nämlich daß Amtsärzte für Mädchen höhere Reinlichkeitsstandards als für Knaben setzten,

27 Z. B. Report Cambridge City 1911; Report Manchester 1912, 16.

28 Report Cheshire 1912, 22.

29 Report Cambridge County 1915, 11.

30 Report Swansea 1908, 23; Report Cheshire 1913, 22.

31 Report Cambridge County 1910, 17; N. Bishop Harman, Concerning Dirt, in: School Hygiene, 1 (1910), 77.

kann kaum angenommen werden. Die Etikettierung des Haares als unsauber, wenn es Anzeichen von Nissen oder Läusen gab, war einfach genug, um „sauber“ von „unsauber“ zu unterscheiden. Eine ausgefeiltere Definition von Sauberkeit, bei der eine Unterscheidung zwischen „fast sauberem“ Haar (weniger als zwölf Nissen) und „unsauberem Haar“ getroffen wurde, wurde in Buckinghamshire zwischen 1912 und 1915 angewendet, zeigte aber dennoch mehr Mädchen als Knaben mit unsauberen Köpfen.³²

Ein weiterer beachtenswerter Aspekt der Gesundheitsfürsorge ist jener des Zustandes der Zähne. Das Alter des Kindes ist dabei eine besonders signifikante Variable, da die ab dem Alter von fünf Jahren erscheinenden zweiten Zähne allmählich jene Zähne ersetzen, die von jahrelanger Vernachlässigung und gesüßten Nahrungsmitteln schadhaft geworden waren. In London gab es in der Zeit zwischen 1913 und 1919 kaum einen Unterschied zwischen dem Prozentsatz der Mädchen und dem der Knaben mit vier oder mehr schadhaften Zähnen, wobei die Mädchen in einigen Jahrgängen im Vorteil waren, aber nicht in allen. Selbst wenn die Unterschiede größer gewesen wären, wäre der jeweilige Einfluß von Ernährung und guter Arbeit mit der Zahnbürste schwer einzuschätzen und könnte sogar den Erwartungen widersprechen. So wurde etwa 1913 im Vergleich mit Kindern in Cheshire aufgezeigt, daß die neuartige Verbesserung beim täglichen Zähneputzen weitgehend auf die älteren Mädchen beschränkt war und daß Mädchen auch bei den wenigen Kindern vorherrschten, die eine Zahnbehandlung erhielten. Dennoch war das Vorkommen von Karies bei den Mädchen etwas höher als bei den Knaben (und vielleicht gerade deshalb die Anregung zur Zahnpflege stärker).³³ Im gleichen Bericht wurde auch bemerkt, daß ein höherer Lebensstandard nicht notwendigerweise zu einer gesünderen Ernährung führte. Die Kinder der sehr Armen, so schien es, begnügten sich mit harten Süßigkeiten, während Kinder aus einem nur wenig wohlhabenderen Milieu karamelisierte Süßigkeiten zu sich nahmen, die in den Zahnzwischenräumen haftenblieben und ein häufigeres Vorkommen von Karies verursachten.

Es wäre daher möglich, den gering besseren Zahnzustand der Londoner Mädchen „wegzuerklären“, indem man behauptet, daß die Eltern der Vorliebe ihrer Brüder für Süßigkeiten entweder eine größere Nachsicht entgegenbrachten, oder einfacher, daß Knaben im allgemeinen weniger streng überwacht wurden als Mädchen.³⁴ Gleichermassen könnte jedoch argumentiert werden, daß sich, wie im Falle von Kleidung und Sauberkeit, die Mütter und vielleicht die Mädchen selbst bemühten, daß sie „ordentlich“ präsentiert wurden.³⁵ Keines der

32 Siehe Hogarth, Uncleanliness, wie Anm. 17, 33.

33 Report Cheshire 1913, 33f.

34 Zum letztgenannten Punkt siehe Reinhard Sieder, Vata, darf i aufstehn? Childhood Experiences in Viennese Working-Class Families Around 1900, in: Continuity and Change, 1 (1986).

35 Für Erklärungen des Verhaltens älterer Mädchen siehe Harman, Dirt, wie Anm. 31, 77.

Argumente muß natürlich wechselseitig ausschließend sein. Bevor man diese Art der Interpretation eindeutig akzeptiert, wäre es jedoch angemessen, zu bedenken, ob ähnliche Muster, wie sie in London in den frühen Jahren des 20. Jahrhunderts etabliert waren, auch in anderen Berichten über den Gesundheitszustand von Kindern vorgefunden werden können. Es mag wahrscheinlich sein, daß die elterliche Haltung vom Typus „nachsichtig“ in der britischen Gesellschaft zu dieser Zeit tatsächlich vorherrschte, doch in Populationen, die weniger aufstrebend waren als die im London des frühen 20. Jahrhunderts, könnte die Situation anders sein.

Die ersten Datensammlungen, die beachtet werden müssen, sind die von Francis Warner über Londoner Kinder in den neunziger Jahren des 19. Jahrhunderts. Wie oben erwähnt, floßen Warners diagnostische Methoden kein großes Vertrauen ein. Trotzdem ist es interessant, daß eine Anzahl seiner Ergebnisse – ein stärkeres Vorkommen von Rheumatismus bei Mädchen und von Rachitis und einer ganzen Reihe von nervösen Störungen bei Knaben – in den Statistiken derer bestätigt werden, die seine Methoden verwarfen.³⁶ Warner berichtete, daß Londoner Mädchen 1890 im allgemeinen weniger medizinische und psychologische Probleme hätten als Knaben, mit einer wichtigen Ausnahme, und zwar der Ernährung. Während die medizinischen Inspektionen von Londoner Kindern im frühen 20. Jahrhundert mehr Knaben als Mädchen unterernährt fanden, berichtete Warner für die frühere seiner beiden Datensammlungen von einem gering höheren Anteil von Mädchen mit schlechter Ernährung gegenüber Knaben (fünf Prozent gegenüber vier Prozent). Im zweiten Beobachtungszeitraum zwischen 1892 und 1894 war dieser „Unterschied“ weitgehend verschwunden. Mädchen waren eher noch als Knaben mangelernährt, aber ihre Benachteiligung war nun weniger als ein halber Prozentpunkt. Es ist möglich, in diesen Zahlen Zeichen einer Verbesserung des Ernährungszustandes der weiblichen Kinder im Laufe der neunziger Jahre zu sehen, aber es ist zu wenig über die genauen Populationen bekannt, die von Warner studiert wurden, um die Existenz eines solchen Trends mit einiger Sicherheit behaupten zu können. In Erwägung seiner Ergebnisse sollten diese eher als weitere Warnung gesehen werden, daß Standards von medizinischen Untersuchungen Änderungen unterliegen können, als daß sie einen wesentlichen Einwand gegen die Feststellung von besserer Ernährung bei Mädchen in den Grundschulpopulationen von 1913 bis 1919 darstellen.

Was den Gesundheitszustand von Kindern in einer Bevölkerung außerhalb Londons betrifft, kann man sich auf die Situation in Hull, einer großen Hafenstadt an der Ostküste von England, im Jahre 1913 beziehen. Hier scheinen die Mädchen deutlich benachteiligt gewesen zu sein. Der Anteil der als „gut“ ernährt bezeichneten Knaben übertraf bei weitem den Anteil der so klassifizierten Mädchen, und zwar mit

³⁶ Warner, *Study*, wie Anm. 14, 231, 233; ders., *Scientific Study*, wie Anm. 14, 12; vgl. auch Priestley, *Use*, wie Anm. 18, 15, 19–229.

einem Faktor vier unter den Schulanfänger/inne/n und mit einem Faktor von fünf bei den zehnjährigen Kindern (20 Prozent der Knaben unter den Schulanfänger/inne/n hatten gute Ernährung, aber nur fünf Prozent der Mädchen). Von den Zehnjährigen waren 13 Prozent der Knaben und drei Prozent der Mädchen in einem guten Ernährungszustand. Anders herum, höhere Anteile der Mädchen als der Knaben wurden als „schlecht“ im Ernährungszustand bezeichnet, z. B. unter den Schulanfänger/inne/n 18 Prozent der Mädchen und sieben Prozent der Knaben. (Die Definition des Ernährungszustandes in Hull basierte ähnlich den anderswo gebräuchlichen Definitionen auf Größe, Gewicht, Farbe und Festigkeit der Haut, Körperhaltung und allgemeiner Haltung.)³⁷ Mädchen scheinen auch und oft in höherem Ausmaß als Knaben an einer ganzen Reihe von Krankheiten gelitten zu haben, reichend von Anämie und Problemen mit Lunge, Herz und Kreislauf, wo eine erhöhte Krankheitsanfälligkeit offenbar nicht ungewöhnlich war, bis zu Hals-Nasen-Erkrankungen, Rachitis und zahlreichen körperlichen „Störungen“, Zurückgebliebenheit, Stottern etc., wo ein häufigeres Vorkommen bei Mädchen zweifellos unüblich war.³⁸ Sogar bei der körperlichen Sauberkeit und dem Zustand von Kleidung und Schuhwerk, wo die Mädchen in London im allgemeinen deutlich besser gestellt waren, fand man in Hull mehr Mädchen als Knaben mit schmutzigen oder nissenbefallenen Körpern (hauptsächlich ersteres), während der Zustand ihrer Kleidung und Schuhe nie viel besser als jener der Knaben war, und zeitweise sogar geringfügig schlechter. So etwa wurde bei 19 Prozent der zehnjährigen Mädchen die Kleidung für „ungenügend“ („unsatisfactory“) befunden, ebenso bei 20 Prozent das Schuhwerk, 14 Prozent waren schmutzig. Im Vergleich dazu lauteten die Prozentsätze bei Knaben 17, 19 und elf Prozent.

Aus dieser Analyse der medizinischen Untersuchungen in Hull entsteht ein Gesamtbild, in dem das weibliche Kind bezeichnenderweise schlechtere Nahrung erhielt als das männliche, an einer großen Anzahl von Krankheiten, sowohl ernsthaften als auch weniger schweren, litt und mehr Anzeichen von Vernachlässigung aufwies, wie es sich bei der körperlichen Sauberkeit und dem Zustand von Kleidung und Schuhen zeigte. Wenn im Gegensatz zu den Zusammenfassungen auf Gemeindeebene Daten zu einzelnen Individuen vorhanden wären, könnte vielleicht eine anzunehmende Verbindung zwischen diesem Muster und der Bedeutung, die – bedingt durch die Rolle, die Hull als großer Hafen spielte – männlicher Arbeit verliehen wurde, hergestellt werden. Trotz des Fehlens von Daten auf individueller Ebene können zwei Feststellungen gemacht werden. Erstens ist in Anbetracht der Unterschiede zwischen London und Hull bezüglich des relativen Ernährungszustandes von Knaben und Mädchen die Meinung schwer aufrechtzuerhalten, daß Schulärzte *im gesamten* sich einen geschlechtsspezifischen Begriff von dem, was bei der Ernährung normal war, zu eigen machten. Aus dem gleichen Grund

37 Siehe Report Hull 1913, 10f.

38 Vgl. Warner, Scientific Study, wie Anm. 14, und ders., Study, wie Anm. 14.

muß an dem offensichtlich plausiblen Argument gezweifelt werden, das manchmal vorgebracht wird, nämlich daß Mädchen einfach besser ernährt waren, weil sie eher als Knaben im Umkreis des Hauses und bei der Zubereitung des Essens beteiligt waren. So wird es wahrscheinlich auch in Hull gewesen sein, wo die Mädchen weniger gut ernährt waren als in London, wo Mädchen besser als Knaben ernährt waren.

Die nächste Frage, die sich natürlich erhebt, ist, ob die Situation in London oder in Hull als typisch für das gesamte Land gesehen werden sollte. Diese Fragestellung wird in Tabelle 1 erörtert, in der der Ernährungszustand von Schulkindern in anderen Teilen des Landes dargelegt wird. Es muß betont werden, daß die aufgenommenen Orte in keiner Weise eine Zufallsstichprobe aller Schulbezirke im Land darstellen. Jedoch umfassen sie einen weiten Kreis von Gemeinden, einigen weitgehend ländlichen wie in den Grafschaften Cambridge und Cheshire, zusammen mit einer Anzahl von größeren urbanen Zentren. Belfast, obwohl weder England noch Wales zugehörig, ist enthalten, weil vor einigen Jahren Kennedy die höhere Sterblichkeit der Frauen erläuterte, die im vorwiegend nicht-katholischen Nordirland genauso wie im katholischen südlichen Irland im frühen 20. Jahrhundert verbreitet war.³⁹ Diese höhere Sterblichkeit schrieb Kennedy dem generell niedrigen Status von Frauen in der irischen Gesellschaft, besonders in der irischen ländlichen Gesellschaft, zu, einem niedrigen Status, der zur Folge hatte, daß sowohl Mütter als auch Töchter ausreichende Nahrung entbehren mußten.⁴⁰ Im Idealfall wäre es folglich zweckmäßiger gewesen, Daten einer südirischen ländlichen Population zu präsentieren als solche von Belfast, und Daten für einen etwas früheren Zeitraum. Obwohl ein System medizinischer Untersuchung von Schulkindern gesetzlich unmittelbar vor der Schaffung des Irischen Freistaates verordnet wurde und dieses über eine Anzahl von Jahren auch durchgeführt worden zu sein scheint, ist es unglücklicherweise bis jetzt unmöglich gewesen, einen dieser Berichte aufzufinden.

Im Augenblick müssen folglich die Aussagen über den Ernährungszustand der Kinder in Belfast zwischen 1945 und 1947 genügen. Sie zeigen ebenso einige Zeichen von schlechterer Ernährung bei weiblichen Schulanfängern und bei Schülerinnen der mittleren Jahrgänge auch zu diesem späten Zeitpunkt. Anderswo, in der englischen und walisischen Bevölkerung, gibt es einige Hinweise, daß – in Manchester – Knaben – Knaben, die in die Schule eintraten, besser ernährt waren als Mädchen desselben Alters. Das mag ferner eine teilweise Bestätigung von Robert Roberts Bemerkungen über den relativ schlechten Ernährungszustand von jungen Mädchen in Salford bei Manchester liefern. Im allgemeinen jedoch gibt es in diesen Zahlen wenig Beweise, daß der Ernährungszustand von Mädchen niedriger als

39 Robert E. Kennedy, *The Irish: Emigration, Marriage and Fertility*, Berkeley/London 1973, 56f.

40 Kennedy, *The Irish*, wie Anm. 39, 52f.

der der Knaben sei, weder in Form des Anteiles jener, die als „ausgezeichnet“ („excellent“) ernährt beschrieben wurden, noch bei jenen, die „schlecht“ („below normal“) ernährt waren. Der Anteil der schulabgehenden Mädchen mit ausgezeichneter Ernährung ist besonders hoch (relativ zu dem Anteil der Knaben), und obwohl es möglich ist, daß die Amtsärzte den präpubertären Wachstumsschub, der bei Frauen früher auftritt als bei Männern, als ein Zeichen guter Ernährung interpretiert haben, ist das nicht völlig unvernünftig, da der Zeitpunkt des Wachstumsschubs vom Ernährungszustand abhängt. Sogar in anderen Altersstufen werden die Fälle, bei denen der Ernährungsstatus der Mädchen schlechter als der der Knaben zu sein scheint, übertroffen von den Fällen, in denen das Gegenteil der Fall war. In Anbetracht der Tatsache jedoch, daß die Gesundheit eines nur kleinen und nicht durch Stichprobe gewonnenen Teils der Schulkinderpopulation eines Landes beobachtet wurde, wäre es unzweifelhaft weiser, die derzeit vorliegenden Gutachten zu interpretieren, nicht so sehr um anzudeuten, daß Mädchen besser ernährt waren als Knaben, als viel mehr daß es keine offensichtlichen Anzeichen gab, daß sie generell schlechtere Nahrung erhielten.

Die Aussagen über Kleidung, Sauberkeit des Körpers und Kopfes sowie den Zustand des Gebisses können kürzer abgehandelt werden. Es wurden fast unverändert weniger Mädchen als Knaben für „unzulänglich“ („unsatisfactorily“) gekleidet erachtet. Zum Beispiel wurden von den Schulabgänger/inne/n im Jahre 1914 in Cambridge und in den Grafschaften Cheshire und Nottinghamshire acht, fünf, sechs und zwei Prozent der Knaben als unzureichend gekleidet betrachtet, verglichen mit zwei, einem, vier und einem Prozent der Mädchen. Gelegentlich wurde dies von den Schulärzten besonders kommentiert, wie z. B. als der Schularzt der Stadt Cambridge 1910 aufzeigte, daß eine „ziemliche Anzahl“ („a fair number“) von Knaben sogar im Winter keine andere Unterwäsche als ein Hemd anhatte, aber ein „wenig mehr“ („a few more“) Mädchen als Knaben eine beträchtliche Anzahl von Kleidungsstücken trugen, manchmal bis zu fünf oder sieben Stücken Unterwäsche.⁴¹ In gleicher Weise kam es selten vor, daß über mangelnde körperliche Sauberkeit häufiger bei Mädchen als bei Knaben berichtet wurde. In Manchester zwischen 1909 und 1919 etwa scheint dies niemals der Fall gewesen zu sein, und es kam überhaupt nur zweimal vor, und zwar in unterschiedlichen Altersgruppen in Cardiff zwischen 1910 und 1915. Unter sieben ausgewählten Populationen (Stadt und Grafschaft Cambridge, Cardiff, Grafschaft Cheshire, Manchester, Nottingham und Swansea) bestand nur in der Stadt Cambridge eine berechnete Chance, daß ein höherer Anteil von Knaben als sauber beurteilt wurde. In vier Populationen (Cardiff, Grafschaft Cheshire, Manchester und Nottingham) wurden auch nur sechs Fälle aus einer Gesamtheit von 27 gefunden, bei denen mehr Mädchen als Knaben vier oder mehr schlechte Zähne hatten. Die Ausnahme wiederum bildet die Sauber-

41 Report Cambridge 1910.

keit des Kopfes, wo Mädchen in allen Gemeinden, in allen Jahren und in allen Altersstufen entschieden die Hauptleidtragenden waren.

Zu diesen Daten und Kommentaren der verschiedenen Amtsärzte können zwei zusätzliche wichtige Beweisstücke gefügt werden. Das erste liefert einen weiteren Indikator für elterliche „Fürsorge“ insoweit, als Eltern in London eher bei den medizinischen Untersuchungen ihrer Töchter anwesend waren als bei denen ihrer Söhne. Das zweite Beweisstück betrifft Belfast und zeigt, daß Eltern eher die Formulare mit den detaillierten Krankengeschichten ihrer Töchter zurückschickten als die ihrer Söhne, und zwar bei Kindern jeden Alters, ausgenommen den Jüngsten.⁴² Mehr als neun von zehn Eltern gaben die Formulare tatsächlich ab, aber Mädchen hatten immer einen leichten Vorteil, außer im Alter von fünf Jahren, wo das Verhältnis von Mädchen und Knaben mit abgegebenen Formularen gleich war. Was die Abgabe dieser Formulare betrifft, könnte es entweder das Anliegen der Eltern oder das der Kinder gewesen sein, daß die Eltern die Formulare erhielten und pflichtgetreu ausgefüllt wieder zurückgaben. Das Abwägen aller Beweisstücke weist jedoch deutlich auf ein Involviertsein der Eltern hin, indem sie sich innerhalb der Grenzen, die ihnen durch ihre beschränkten Mittel auferlegt waren, versicherten, daß ihre Töchter „präsentabel“ für öffentliche Anlässe, wie die Schule und die überaus bedeutsame Visite des Schularztes, waren. Einige der älteren Mädchen dürften, wenn man dem Zeugnis gewisser Amtsärzte Glauben schenken kann, bereits mit dem Rollenmodell, das für sie geplant war, aufgetreten sein.⁴³

Selbst die Schulärzte waren nicht davor gefeit, Geschlechterstereotype zu verstärken in der Verfolgung dessen, was sie als einen guten Grund ansahen. So kommentierte der Chefschularzt für Cheshire 1913, daß hinsichtlich der Sauberkeit des Kopfes, „Mädchen am besten mit dem Argument der Pflege ihrer eigenen persönlichen Erscheinung angesprochen werden können, aber dieses Argument greift bei Knaben nicht. Mit Knaben geht man am besten um, indem man das unerwünschte Verhalten als Schande hinstellt oder indem man darauf hinweist, daß es, wenn es nicht schleunigst abgestellt wird, solche Dinge wie Schwimmen, Fußball etc. unmöglich macht.“⁴⁴ In den Vereinigten Staaten scheinen Versuche, den Ernährungsstand von Schulkindern in Chicago zu verbessern, es ebenso erfordert zu haben, daß unterschiedliche (aber nicht spezifizierte) Argumente gegenüber Knaben und Mädchen in ihrem frühen Teenageralter gebraucht wurden.⁴⁵

42 Report Belfast 1935.

43 Vgl. Report Cheshire 1913, 32; zur Zahnpflege Harman, *ibid.*, Anm. 31, 77.

44 Report Cheshire 1913, 20.

45 Ira Couch Wood, *Nutrition Classes in Chicago High Schools*, in: *Mother and Child* (1920), 129.

Geschlechtsspezifische Erkrankungsmuster

Neben den generell höheren Sauberkeitsstandards bei Mädchen gab es jedoch Erkrankungsmuster, deren Einfluß auf Männer und Frauen alles andere als gleich war. Obwohl den Erkrankungsdaten in der Literatur wesentlich weniger Aufmerksamkeit geschenkt wurde als den Sterblichkeitsraten, ist seit einiger Zeit bekannt, daß Frauen höhere Krankheitsraten als Männer verzeichnen, obwohl sie sich einer höheren Lebenserwartung erfreuen. Höhere Krankheitsraten bei Frauen, sowohl ernsterer Art (mit Bettlägerigkeit) als auch leichter Art, wurden auch dann festgestellt, wenn bestimmte Beschwerden wie Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane und Probleme im Wochenbett und vorbestehende chronische Zustände ausgeschlossen wurden.⁴⁶ Es war nicht einfach, plausible Erklärungen zu finden, und bezüglich der höheren Raten von Erkrankungen, die Bettlägerigkeit zur Folge haben, ist es sogar schwierig, zu entscheiden, ob dieses Muster aus einer häufigeren Erkrankung von Frauen resultiert, aus einem höheren Schweregrad oder aus besserer Pflege der aufgetretenen Krankheit.⁴⁷ Höhere Krankheitsraten bei Mädchen als bei Knaben wurden auch in einer Studie von Hagerstown, Maryland, zwischen 1921 und 1940 festgestellt. Die Ursache ist jedoch unklar, ausgenommen die höheren Raten von Läuseerkrankungen bei Mädchen (die der Haartracht zugeschrieben wurden) und Verletzungen bei Knaben (die auf ein höheres Risikoverhalten zurückgeführt wurden).⁴⁸ Unerklärt blieben in dieser Studie das häufigere Vorkommen folgender Krankheiten bei Mädchen: Halslymphknotenschwellungen, verschiedene Ohrenerkrankungen, Mandelentzündungen und Halsenerkrankungen, Diphtherie, Influenza und Grippe, Neuralgie und Neuritis, Augenerkrankungen und -störungen, Verdauungsstörungen und Scharlach.

In England wurde eine der sorgfältigeren Untersuchungen der Unterschiede zwischen den Krankheitsmustern von Knaben und Mädchen 1919 vom Oberamtsarzt („senior medical officer“) von Staffordshire durchgeführt.⁴⁹ Die von ihm gesammelten Daten sind in Tabelle 2 abgebildet und folgen seiner Dreiteilung in Krankheiten, deren Auftreten bei beiden Geschlechtern nahezu gleich verteilt war, und jene, die entweder eine höhere Morbidität bei Mädchen oder eine höhere Morbidität bei Knaben ergaben. Die Liste der Krankheiten ist in vieler Hinsicht eigenartig. Einige Zustände, wie „stumpfsinnig und zurückgeblieben“, scheinen heute in einer Morbiditätsstudie fehl am Platze zu sein. Auch stimmte die auf langjährigen Erfahrungen basie-

46 Sally Preas u. Ruth Phillips, The Severity of Illness Among Males and Females, in: Millbank Memorial Fund Quarterly, 20 (1942).

47 United States Public Health Reports, 2 (12. Jänner 1940), 47–93, zit. in: Preas/Phillips, Severity, wie Anm. 46, 221.

48 Antonio Ciocco u. a., A Comparison of the Morbidity of Hagerstown, Maryland, Schoolchildren in 1921–5; 1935–6; and 1939–40, in: Millbank Memorial Fund Quarterly, 19 (1941), 390.

49 Priestley, Use, wie Anm. 18.

rende Einteilung von Krankheiten in solche mit einer „überhöhten“ („excess“) Krankheitshäufigkeit für das eine und in solche mit einer überhöhten Krankheitshäufigkeit für das andere Geschlecht nicht immer für die Jahre, für die die Daten präsentiert wurden. Es gibt auch Krankheitszustände, die auf der Liste derer erscheinen, die mehr oder weniger gleiche Anteile von Knaben und Mädchen betrafen, obwohl weiter oben der Beweis geliefert wurde, daß ihr Vorkommen in anderen Populationen nicht immer gleich verteilt war, wie im Falle der Mangelernährung, oder wo ein Geschlecht stärker betroffen war als das andere, wie es beim Vorhandensein von schlechten Zähnen der Fall war. Zugegebenermaßen berichtet Tabelle 2 lediglich das Vorkommen kariöser Zähne, während die frühere Analyse auf dem Vorhandensein von vier oder mehr kaputten Zähnen basierte, aber das scheint kaum einen hinreichenden Grund für den Unterschied zu bieten.

Überdies, selbst wenn das Vorhandensein oder auch Fehlen von „überhöhter“ („excess“) Morbidität bei einem Geschlecht als Faktum akzeptiert wird, bleibt es schwierig, Erklärungen für die verschiedenen Muster zu finden. Es gibt eine Anzahl von Möglichkeiten, die berücksichtigt werden müßten. Eine bessere Überlebensrate bei Frauen könnte z. B. den höheren Anteil von Mädchen begründen, die an Herzerkrankungen leiden (Tabelle 2b). Andere Krankheitszustände wie Tuberkulose und bestimmte Augenkrankheiten könnten andererseits Unterschiede von – im weitesten Sinne – Lebensstilen widerspiegeln. Das Vorkommen von Tuberkulose wäre bei jüngeren Frauen häufiger, weil sie eher als junge Männer auf eine vermutlich ungesunde häusliche Umgebung beschränkt waren, während Augenerkrankungen vorwiegend unter der weiblichen Bevölkerung wegen des bestehenden Zusammenhanges zwischen Konjunktivitis (Bindehautentzündung) und läusebefallenem Haar auftraten.

Weiters könnte die Tatsache, daß mehr Knaben als Mädchen als „stumpfsinnig und zurückgeblieben“ oder „geistig behindert“ beschrieben wurden, auf die größeren Schwierigkeiten der Knaben, sich der schulischen Umgebung anzupassen, zurückgeführt werden. Genau diese Interpretation wurde als Erklärung für den langsameren Fortschritt der Knaben in öffentlichen Schulen in Minnesota in den siebziger Jahren ins Treffen geführt.⁵⁰ Es wurde besonders damit argumentiert, daß Mädchen deshalb mit Schule und Hausaufgaben besser zurechtkamen als Knaben, weil Eltern ihre Töchter im Hause hielten, wo sie sich mit Büchern oder Papier selbst beschäftigten oder arbeiteten. Währenddessen hatten ihre Brüder die Freiheit, auf den Straßen herumzustreunen und ihre Freunde bei verschiedenen sportlichen Aktivitäten zu treffen.

Dennoch bleiben andere „Krankheiten“ übrig, für deren Vorherrschen es keine einleuchtende Erklärung, sei es eine „medizinische“

50 The Relations of Scholastic Methods to the Health of Pupils in the Public Schools, hg. von Minnesota State Board of Health/Minnesota Historical Society, Minnesota 1878, 28.

oder eine „soziale“, gibt. Das häufigere Vorkommen von Rachitis bei Knaben ist ein solches Beispiel. Daß Warner, basierend auf seiner Untersuchung von Londoner Kindern in den neunziger Jahren, bereits zu einer ähnlichen Schlußfolgerung gekommen war, läßt annehmen, daß es sich wahrscheinlich um kein zufälliges Ergebnis handelt. Warner erklärte dies mit der ersatzweisen Verwendung von Brot und anderen mehlhaltigen Speisen bei der Ernährung der männlichen Kinder.⁵¹ Andererseits ist das Fehlen einer Bestätigung durch eine andere Krankheitsstudie, wie z. B. im Falle der Hagerstown Studie⁵² und der Daten Priestleys über Staffordshire, nicht notwendigerweise ein Zeichen von Problemen mit den Daten, da das Morbiditätsmuster von Gemeinde zu Gemeinde variieren kann. Verwirrender in Priestleys Daten ist – unter der Annahme, daß Blutarmut, wie bereits oben erwähnt, von einigen Schulärzten als ein Anzeichen von mangelhafter Ernährung gesehen wurde – die Trennung der Blutarmut mit ihrem häufigeren Vorkommen bei Frauen (Tabelle 2b) von der Unterernährung (ziemlich gleich in ihrem Auftreten; vgl. Tabelle 2a).⁵³

Ebenso erstaunlich ist, zumindest auf den ersten Blick, daß die Sammlung persönlicher Krankengeschichten von Kindern aus zwei anderen Populationen, Nottinghamshire 1909 und Belfast 1934 und 1945, darauf hinweist, daß in den meisten Altersstufen höhere Anteile von Mädchen als von Knaben die wichtigsten Kinderkrankheiten wie Masern, Keuchhusten, Windpocken und Scharlach durchmachten.⁵⁴ Der Unterschied ist allgemein gering (unter fünf Prozentpunkten), umso überraschender daher, daß ein häufigeres Vorkommen dieser Krankheiten beim weiblichen Geschlecht so oft berichtet wird. Es ist äußerst unwahrscheinlich, daß es eine „natürliche“ (= biologische) Ursache dafür gibt, daß Mädchen einer solch weiten Skala von Krankheiten unterlagen. Auch scheint dies kein Zufall zu sein, betrachtet man die verschiedenen betroffenen Populationen (eine städtische, eine weitgehend ländliche) sowie Priestleys Bericht über ein (in Staffordshire zwischen 1908 und 1914) bei fünf- bis sechsjährigen Mädchen häufigeres Vorkommen von Masern, Keuchhusten und Windpocken, aber nicht von Scharlach als bei gleichaltrigen Knaben.⁵⁵

Priestley neigte auch dazu, die Idee von relativer Immunität für Knaben fallenzulassen, da die Unterschiede im Vorkommen bei beiden Geschlechtern in Staffordshire zwischen 1908 und 1914 gering waren, eine Differenz von drei Prozentpunkten bei Masern, zwei Prozentpunkten bei Keuchhusten und nur einem Prozentpunkt bei Windpocken sowie weniger als einem Prozentpunkt bei Scharlach, Fieber, Mumps und Diphtherie. Das scheint nur zwei Erklärungen zuzulassen, die der Betrachtung wert sind. Die erste wäre eine im wesentlichen demographische: Das häufigere Vorkommen verschie-

51 Warner, Study, wie Anm. 14, 233.

52 Ciocco, Comparison, wie Anm. 48.

53 Report Swansea 1908, 17.

54 Report Nottinghamshire 1909, Report Belfast 1934, 1945.

55 Priestley, Use, wie Anm. 18, 21.

dener Krankheiten bei Frauen ist einfach das Ergebnis der Auslese einer größeren Anzahl von Männern als von Frauen durch höhere Sterblichkeit. Das Argument wäre, anders gesagt, daß eine gleiche Zahl von Männern und Frauen befallen worden sei, daß aber Männer bei jeder der verschiedenen Krankheiten eine höhere Todesrate aufwiesen. Die zweite Erklärung wäre, daß es eine selektive Berichterstattung der Eltern bei den Krankengeschichten ihrer Töchter und Söhne gegeben hätte. In diesem Fall wird angenommen, daß sich Eltern, entweder bewußt oder unbewußt, eher an die Krankheiten ihrer Töchter erinnerten.

Warum sie das tun sollten, ist unklar. Es ist nicht einfach so, daß Mädchen gewissenhafter als Knaben darauf schauten, daß ihre Eltern die Formulare abgaben, da sich für Belfast 1934 die Prozentsätze derer, die eine bestimmte Krankheit durchmachten, nur auf jene beziehen, deren Formulare abgegeben worden waren. Es gibt jedoch eine Anzahl von Möglichkeiten, die man annehmen könnte, reichend von einer stärkeren Wahrnehmung der Krankheiten einer Tochter, weil sie eine größere Rolle bei der Führung des Haushaltes spielte, bis zu dem Wunsch, Krankheiten bei Männern herunterzuspielen, da sie mit dem Image männlicher Stärke unvereinbar sind. Eine solche „soziale“ Erklärung für das beobachtete häufigere Vorkommen von Infektionskrankheiten bei Frauen scheint glaubhaft, da es eine Fülle von Problemen mit dem „demographischen“ Erklärungstyp gibt. Erstens ist es schwer einzusehen, wie eine bessere Überlebensrate für Frauen zu einer höheren Erkrankungshäufigkeit bei allen vier Krankheiten und in fast allen Altersstufen führen kann. Vorausgesetzt daß in Nottinghamshire nicht alle Kinder zwischen sechs und elf Jahren untersucht wurden, sondern nur diejenigen, die von ihren Lehrern als „zart“ („delicate“) angesehen wurden, ist es tatsächlich überraschend, daß es in den Berichten von durchgemachten Infektionen sowohl nach Alter als auch nach Geschlecht nicht mehr Irregularität gibt. Das zweite Problem entsteht aus der Tatsache, daß Keuchhusten eine der wenigen Kinderkrankheiten mit einer höheren Mortalitätsrate für Mädchen als für Knaben darstellt. Wendet man nun dasselbe Argument an, das bei jenen Erkrankungen verwendet wurde, die bei Knaben eine höhere Mortalität nach sich zogen, müßte man erwarten, daß das Vorkommen von Keuchhusten beim männlichen Geschlecht häufiger ist als bei Frauen. Das ist jedoch in deutlicher Weise nicht der Fall. Tatsächlich sind die Unterschiede zwischen den Geschlechtern in den Berichten über Keuchhusten in den meisten Fällen beträchtlich höher als bei den anderen Infektionskrankheiten. So etwa überstieg das für die Schulkinder in Nottinghamshire und Belfast aufgezeichnete Vorkommen von Keuchhusten in acht Altersgruppen (aus einer Gesamtheit von 23) bei Mädchen um mehr als vier Prozentpunkte das Auftreten bei Knaben, dagegen nur in vier Altersgruppen im Falle von Windpocken und in einer Altersgruppe bei Masern und kein einziges Mal bei Scharlach.

Gewicht und Größe als Indikatoren des Ernährungszustandes

Im letzten Teil dieses Artikels konzentriert sich die Aufmerksamkeit auf die Ernährung und benützt zu diesem Zweck Daten über die durchschnittliche Größe und das durchschnittliche Gewicht verschiedener Populationen. Obwohl nach Ansicht erfahrener Beobachter die Untersuchung einzelner Individuen durch einen fachkundigen Arzt eine genauere Einschätzung des Ernährungszustandes liefern sollte als es Größe und Gewicht alleine konnten,⁵⁶ können solche Daten zumindest einen teilweise unabhängigen Test der Genauigkeit der ärztlichen Diagnose bieten. Die Methodologie, die bei den folgenden Tabellenreihen angewandt wurde, besteht in der Messung des Ausmaßes der Abweichung der durchschnittlichen Größe und des durchschnittlichen Gewichts von einer „Standard“-Größe und einem „Standard“-Gewicht für Männer und Frauen verschiedenen Alters. Die „Standards“ sind die der gegenwärtigen (oder beinahe gegenwärtigen) Bevölkerung der Vereinigten Staaten.⁵⁷ Wenn beide Geschlechter in einer der Populationen der Vergangenheit signifikant unterernährt waren, entweder direkt als Folge mangelnder oder schlechter Nahrung oder wegen eines generell schlechteren Gesundheitszustandes, sollte sich dies in einer größer als zu erwartenden Abweichung vom „Standard“ erkennen lassen.

Tabelle 3 zeigt die Situation von Londoner Kindern im Jahre 1905. Wie erwartet, liegen sowohl Knaben als auch Mädchen zu dieser Zeit beträchtlich unter den Standards, die für die Bevölkerung der Vereinigten Staaten in den sechziger Jahren des 20. Jahrhunderts festgesetzt waren, und zwar je nach Alter zwischen sieben und zehn Prozent unterhalb bei der Größe und zwischen elf und 29 Prozent beim Gewicht. Von größerer Bedeutung aus der Perspektive der heutigen Fragestellung zum Ernährungszustand der beiden Geschlechter ist, daß in gewissem Alter (von sechs und neun bis zwölf Jahren) Mädchen von den gegenwärtigen „Standards“ für Größe weiter entfernt waren als Knaben, während bezüglich des Gewichts Mädchen jeden Alters zwischen sechs und zwölf hinten lagen. Bei der beträchtlich weniger gut ernährten Bevölkerung von Manchester waren Mädchen 1927 auch weiter von gegenwärtigen Standards des Durchschnittsgewichts im Alter von sechs und neun Jahren entfernt, aber nicht mit 13 Jahren, wie es englische Schulkinder im allgemeinen im gleichen Jahr waren. Im Alter von neun Jahren etwa erreichten die Mädchen von Manchester 1927 nur 73,2 Prozent des Gewichts der Mädchen in den Vereinigten Staaten zwischen 1963 und 1970, die Knaben von Manchester hingegen 78,5 Prozent. In der englischen Bevölkerung wogen im gleichen Jahr neunjährige Mädchen 76,1 Prozent und neunjährige Buben 79,8 Prozent dieser „amerikanischen Stan-

⁵⁶ Vgl. Dublin/Gebhart, Tables, wie Anm. 21.

⁵⁷ U. S. Department of Health, Vital and Health Statistics, Serie 11, 199, Tab. 5; 124, Tab. 1; 224, Tab. 7-9, 19-21.

dards".⁵⁸ All dies scheint den niedrigen Ernährungsstatus der jungen weiblichen Bevölkerung nachzuweisen, ein Ergebnis, das aus den Untersuchungen der Schulärzte nicht zum Vorschein kam. Eine solche Schlußfolgerung wäre jedoch verfrüht. Es ist wichtig, sich zu vergegenwärtigen, daß in einer allgemein gut ernährten Bevölkerung wie jener der Vereinigten Staaten in den sechziger und siebziger Jahren beide Geschlechter nicht nur in einem früheren Alter reif werden als ihre Vergleichsgruppen zu Beginn des Jahrhunderts, sondern daß Frauen, da sie früher die Geschlechtsreife erlangen als Männer, im Alter von 13 Jahren mehr ihrer „endgültigen“ erwachsenen Größe und ihres Gewichts erlangt haben als Männer. Anders gesagt, Frauen in der Vergangenheit werden von den gegenwärtigen „Standards“ für Größe und Gewicht weiter entfernt erscheinen in einem Alter, in dem neuere Kohorten von Frauen in den USA den präpubertären Wachstumsschub erfahren, auch ohne irgendeine Entbehrung durch Unterernährung oder allgemein schlechte Gesundheit. Es erscheint bedeutsam, daß Mädchen im Alter von 13 Jahren von den derzeitigen Standards nicht weiter entfernt waren als Knaben, sei es in London 1905, in Manchester 1913 und 1927 oder in ganz England 1927. Mit 13 Jahren hat in den sechziger Jahren üblicherweise bereits ein gewisser Anteil der Knaben der Bevölkerung in den USA mit dem Wachstumsschub begonnen.

Es werden daher dringend Daten über Größe und Gewicht von Erwachsenen benötigt. Solche Daten sind relativ reichlich für Männer, aber nur selten für Frauen vergangener Populationen verfügbar. Drei Datenreihen wurden schließlich entdeckt, wobei keine davon völlig unproblematisch ist, wie bald gezeigt wird. Die erste betrifft Kinder im Alter zwischen neun und 18 Jahren in den zwei nordenglischen Städten Manchester und Stockport 1833; sie unterschied je nachdem, ob die Kinder in Fabriken arbeiteten oder nicht.⁵⁹ Die Anzahl der im jeweiligen Alter gemessenen Kinder war klein, z. B. 17 männliche und 30 weibliche Fabrikskinder im Alter von neun Jahren und 42 männliche und 80 weibliche im Alter von zwölf Jahren, wobei besonders wenige Nicht-Fabrikskinder über 16 Jahre untersucht wurden. Es besteht also einiger Zweifel, ob die Populationen verschiedenen Alters streng genommen vergleichbar sind. Fabrikarbeit war zu dieser Zeit nicht unbedingt eine lebenslange Beschäftigung. Die älteren Gruppen der Beschäftigten sind möglicherweise nicht repräsentativ für die jüngeren, und die Tatsache, daß mehr Fabrikmädchen als -knaben untersucht wurden (über 600 verglichen mit über 400), könnte implizieren, daß Männer in der Fabrik aus einem engeren Kreis der Bevölkerung rekrutiert wurden oder eine solche Beschäftigung später annahmen und/oder diese früher wieder aufgaben als Frauen.

⁵⁸ Report Manchester 1929, 85.

⁵⁹ Adolphe Quetelet, *A Treatise on Man and the Development of his Faculties*, Edinburgh 1842, neu aufgelegt und mit einem Vorwort versehen von Richard Wall als *Comparative Statistics in the Nineteenth Century*, Farnborough 1973, 60 u. 65; siehe auch Anthropometric Committee of the British Association, *Final Report, 1882–1883*, Tab. XXIV, 299.

Da es unwahrscheinlich ist, daß irgendwelche qualitativ besseren Daten für eine solche Bevölkerung zu einem so frühen Zeitpunkt entdeckt werden, sind die Abweichungen von den gegenwärtigen Standards für Größe und Gewicht für diese Population berechnet worden und werden in Tabelle 4 gezeigt. Wenn man den Daten glauben darf, lassen sie annehmen, daß es die Frauen waren, die in ihren späteren Zwanzigern näher an die gegenwärtigen Standards herankamen, obwohl die Frauen besonders in den jüngeren Jahrgängen (zwischen neun und zwölf oder 13 Jahren) sowohl bei der Größe als auch beim Gewicht weiter von den gegenwärtigen Standards entfernt waren als die Männer. Das galt sowohl für die Fabrikarbeiter als auch die Nicht-Fabrikarbeiter. Vermutlich gibt es also keinen Beweis für eine selektive Unterernährung der Frauen in dieser Population.

Dennoch könnte man argumentieren, daß auch 18 zu früh im Leben einer historischen Population ist, um eine endgültige Größe der Erwachsenen zu liefern, die an der Größe der Erwachsenen einer heutigen Population gemessen werden kann – wie auch Quetelet behauptete, daß Männer ihre maximale Körpergröße nicht vor 25 und Frauen sie mit 20 erreichten.⁶⁰ Glücklicherweise ist in der zweiten zu betrachtenden Datenreihe – den Daten über Größe und Gewicht der britischen Bevölkerung –, die vom Anthropometrischen Komitee der Britischen Vereinigung in den frühen achtziger Jahren des 19. Jahrhunderts erhoben wurde, eine erweiterte Altersskala enthalten. Die Daten haben auch den Vorteil, Informationen über Größe und Gewicht von Individuen aus verschiedenen sozialen Gruppen zu enthalten. Für jede der vier sozialen Gruppen – Freiberufler, städtische Händler, Landarbeiter und städtische Handwerker – wird die Abweichung von gegenwärtigen Standards bei Größe und Gewicht in den Tabellen 5 und 6 aufgezeigt.⁶¹ Eine fünfte soziale Gruppe in Städten – Personen, die unter den ungünstigsten Umständen eine sitzende Beschäftigung ausübten – wurde von der genaueren Betrachtung vom Komitee aus dem Grund ausgeschlossen, da diese Datensammlung nicht repräsentativ war.⁶² Auch für einige der anderen Gruppen werden die Zahlen bei höherem Alter in einem alarmierenden Ausmaß weniger, besonders für Frauen, und untergraben dadurch den Anspruch des Komitees, daß die Zahlen „ziemlich repräsentativ“ für die Gesamtbevölkerung seien, weil die Beobachtungen von Erwachsenen aus allen Teilen Großbritanniens kämen.⁶³ Die Gruppe der höheren Berufsstände war besser repräsentiert als die meisten, aber selbst in dieser Gruppe fiel die Anzahl der erfaßten Männer von 3118 im Alter von 15 Jahren auf 2150 im Alter von 18, bei den Frauen von 187 auf 64.

60 Quetelet, *Treatise*, wie Anm. 59, 61.

61 Zur Kritik der Klassifikation siehe Simon Szreter, *The first scientific social structure of modern Britain 1875–1883*, in: Lloyd Bonfield u. a. Hg., *The World We Have Gained*, Oxford 1986; ders., *The official representation of social classes in Britain, the United States and France: the professional model and 'Les Cadres'*, in: *Comparative Studies in Society and History*, 35, 2 (1993).

62 Anthropometric Committee, wie Anm. 59, 287.

63 Anthropometric Committee, wie Anm. 59, 288.

Die Tatsache, daß in den zwei ärmsten sozialen Gruppen keine Frauen über 15 Jahre inkludiert waren, kompliziert klarerweise die Einschätzung, ob die erwachsenen Männer dieser Klassen eventuell näher an die aktuelle Standardgröße und das Standardgewicht kamen als erwachsene Frauen. Im Alter von 13, wie es bei den Fabrikskindern von 1813 der Fall war (siehe weiter oben, Tabelle 4), hatten Frauen aus diesen Schichten ihre Situation im Verhältnis zu gegenwärtigen Standards von Größe und Gewicht deutlich verbessert, während sie im Alter zwischen sechs und zwölf Jahren im allgemeinen weiter von diesen Standards entfernt waren als Männer dieser Schicht. Ob es ihnen gelang, diesen „Vorteil“ bis ins frühe Erwachsenenalter zu bewahren, muß als unsicher angesehen werden. So etwa erreichten im Alter von 23 Jahren ländliche Arbeiter über 90 Prozent des gegenwärtigen Standardgewichts für Männer dieses Alters, männliche Handwerker in den Städten hingegen nur 84 Prozent des Standardgewichts, die ersteren lagen beträchtlich über und die letzteren knapp unterhalb der Position relativ zu gegenwärtigen Standards, die von Frauen dieser Gruppen im Alter von 14 und 15 Jahren erreicht wurden.

Die Stellung der zwei „höheren“ sozialen Gruppen, der Freiberufler (Bildungsbürgertum) und der Händler, ist eindeutiger. Zweifellos in Übereinstimmung mit den Erwartungen des Komitees waren sowohl Männer als auch Frauen dieser Gruppen größer und schwerer als jene aus Arbeiter- und Handwerkerkreisen. Dennoch verfehlte auch die Gruppe der Freiberufler („professionals“) die gegenwärtigen Standards bei Größe und Gewicht, jedoch nicht so sehr während des frühen Erwachsenenalters, und lagen zwei bis drei Prozentpunkte unter dem Standard für die Größe und vier bis acht Prozent unter dem Standard für das Gewicht. Während der Kindheit waren die Unterschiede größer, besonders für das Gewicht, wobei die Frauen aus der Gruppe der Freiberufler zu einem Zeitpunkt (zwischen elf und zwölf Jahren) um mehr als 20 Prozentpunkte unter dem gegenwärtigen Standard lagen. Es ist daher wahrscheinlich, daß der Ernährungs- und/oder Gesundheitszustand der höheren berufsständischen Bevölkerung des späten 19. Jahrhunderts ziemlich mangelhaft war. Wiederum gibt es jedoch keinen Beweis dafür, daß die Situation der Frauen irgendwie schlechter war als die der Männer. Anfänglich (im Alter von acht bis zwölf Jahren) in Größe und Gewicht von gegenwärtigen Standards weiter entfernt als Männer, waren Frauen aus der Gruppe der höheren Berufsstände und Händler im allgemeinen näher an diesen Standards, als es Männer aus der Gruppe der Freiberufler in der späteren Kindheit und im frühen Erwachsenenalter bei Größe und Gewicht waren. Die Position von Frauen aus dem Handelsbereich ist etwas komplizierter insofern, als sie zwischen 13 und 16 Jahren einen Größenvorsprung gewannen, nur um ihn zumeist nach 17 wieder zu verlieren.

In großen und ganzen erscheint das gleiche Muster bei einer Betrachtung der dritten Datenreihe, die von Quetelet über die belgische Bevölkerung in den frühen vierziger Jahren des 19. Jahrhunderts erstellt wurde (Tabelle 7). Quetelets Daten verdienen sorgfältige Aufmerksamkeit, da sie die ersten sind, die eine systematische Erfas-

sung der Größe und des Gewichts von Männern und Frauen in verschiedenem Alter versuchten. Ursprünglich jedoch waren sie weit von einer idealen Datensammlung entfernt, da die Daten nicht auf einer Zufallsstichprobe aus der Bevölkerung, sondern auf der Auswahl verschiedener und oft sozial selektiver Sub-Populationen verschiedenen Alters beruhte. Diese Beobachtungen des Gewichts von Kindern zwischen vier und zwölf Jahren waren weitgehend auf Kindern in Brüsseler Schulen und dem Waisenhaus aufgebaut, während jene von jungen Leuten auf Collegebesuchern und Studenten der medizinischen Fakultät in Brüssel basierten. In der letzteren Population waren Mitglieder niedrigerer Schichten vermutlich nicht stark repräsentiert, noch waren sie es unter den Erwachsenen, ausgenommen möglicherweise unter älteren Männern, die im kurz zuvor eröffneten Spital in Brüssel gewogen wurden.⁶⁴ Quetelet jedoch glaubte, den sozialen Bias in seinen Berichten korrigieren zu können, indem er eine nahe, konstante Beziehung zwischen Gewicht und Größe einer Person gegebenen Alters annahm und indem er die Informationen benutzte, die er zur Größe gesammelt hatte und die er – ohne sehr spezifisch zu sein – für repräsentativ für alle Klassen der Gesellschaft hielt.⁶⁵ Es sind diese „frisierten“ („massaged“) Daten, die in Tabelle 7 verwendet wurden, korrigiert um das Gewicht der Kleidung, das mit 1/18 des Gesamtgewichts des Mannes und mit 1/24 des Gesamtgewichts der Frau angenommen wird. Tatsächlich erzählen die unkorrigierten Daten für das Gewicht, aber nicht für die Größe, die gleiche Geschichte: eine Erholung von Frauen nach den mittleren Jugendjahren („mid-teens“), nachdem sie zuvor weiter von gegenwärtigen Standards entfernt gewesen waren als die Männer, eine Situation, in der sie den größten Teil ihres Erwachsenenlebens bleiben würden, allerdings nicht, wie es diese Zahlen zeigen, bis ins hohe Alter.

Zusammenfassung

Als Schlußfolgerung kann daher behauptet werden, daß es weder in den Berichten der Schulärzte noch in den Daten über Größe und Gewicht irgendeinen Beweis gibt, daß Frauen in der Vergangenheit üblicherweise an einem schlechteren Ernährungs- und/oder Gesundheitszustand litten als Männer. Es gab jedoch gewisse Ausnahmen, wie etwa in Hull, und noch mehr können zum Vorschein kommen, wenn die Standards von Ernährung und Gesundheit von Kindern verschiedener sozialer Schichten untersucht werden könnten. Ein erster Versuch in diese Richtung, aufbauend auf Informationen über 16 einzelne Schulen in Swansea 1908, brachte keine schlüssigen Ergebnisse. In gewissen Schulen konnte ein höherer Anteil von Kindern aus ärmeren Verhältnissen festgestellt werden, wo für das eine oder das andere Geschlecht der Prozentsatz mit „guter“ oder „normaler“ Ernährung unter 90 Prozent fiel. Es gab acht solcher Schulen,

64 Quetelet, *Treatise*, wie Anm. 59, 64.

65 Quetelet, *Treatise*, wie Anm. 59, 58, 64.

und in nur zwei von ihnen wurden Mädchen als für weniger gut ernährt als Knaben betrachtet. In diesen zwei Schulpopulationen jedoch war der Anteil der Mädchen, denen es an guter oder normaler Ernährung mangelte, ziemlich weit unter dem der Knaben (67 Prozent gegenüber 87 Prozent in dem einen Fall und 72 Prozent gegenüber 95 Prozent im anderen Fall).⁶⁶

Das Ergebnis, daß Mädchen in gewissen Populationen besser ernährt scheinen als Knaben, kann auch von einer anderen Seite in Frage gestellt werden, nämlich daß Frauen besser als Männer geeignet sind, Zeiten von schwerer Not zu ertragen. Das ist ein Argument, dem schwer beizukommen ist, besonders wenn die „Not“ eher endemisch oder periodisch auftritt, als plötzlich hereinbricht, wie es durch eine Hungersnot sein kann. Es gibt jedoch in der Reihe der Faktoren, die das Ernährungsniveau senken können, mehr plausible Gründe, die für eine schlechtere Ernährung der Knaben sprechen würden (siehe weiter oben). Forschungen von Alice Ravenhill über das Ausmaß von Schlaf bei Grundschulkindern in England in der ersten Dekade des 20. Jahrhunderts zeigten auf, daß vom Alter von acht Jahren an Knaben weniger wahrscheinlich als Mädchen eine regelmäßige Schlafenszeit hatten.⁶⁷ Knaben mußten auch eher als Mädchen am Morgen früher aufstehen (um sechs Uhr), um noch vor Schulbeginn verschiedenen kleinen Beschäftigungen nachgehen zu können. Die Arbeit älterer Knaben in West Cheshire vor und nach der Schule, wie Zeitungen oder Milch auszutragen oder als Botenjunge für Lebensmittelhändler, Fleischhauer oder Bäcker zu arbeiten, wurde als schädlicher Einfluß auf die Ernährung beurteilt.⁶⁸ Das mag nicht der einzige Grund für den schlechten Ernährungszustand von Knaben gewesen sein, bevor sie die Schule verließen, und war es sicher auch nicht, aber es war unzweifelhaft ein wichtiger Faktor.

Die Annahme der Mehrheit der Eltern, daß ihre Töchter „ordentlich präsentiert“ („well-presented“) werden mußten, mag auch dazu beigetragen haben, zu gewährleisten, daß die Mädchen einigermaßen gut ernährt waren. Ein solches Anliegen garantierte sicher, daß Mädchen generell sauberer und besser gekleidet waren als Knaben. Eltern waren auch eher anwesend, wenn ihre Töchter medizinisch untersucht wurden, und es deutet einiges darauf hin, daß ein höherer Anteil von Mädchen gegen Pocken geimpft wurde.⁶⁹ Jedoch ist klar, daß nicht alle Mädchen gleiche Vorteile hatten. Sobald ältere Brüder ein volles Beschäftigungsverhältnis eingingen, mit der Aussicht, wenn nicht unmittelbarer Realität, den Verdienst eines erwachsenen Mannes zu erreichen, wurden sie mit einem größeren Anteil des Familienbudgets für Nahrungsmittel belohnt.⁷⁰ Andere Mädchen aßen ärmlich

66 Report Swansea 1908.

67 Alice Ravenhill, Some Results of an Investigation into Hours of Sleep Among Children in Elementary Schools of England, in: *Child Study*, 1 (1908), 120.

68 Report Cheshire 1915, 52.

69 Information über Impfpraxen vom Glasgow Education Committee, Reports Glasgow 1923–1937.

70 Vgl. Elen Ross, *Love and toil. Motherhood in outcast London, 1870–1918*, Oxford 1993, 33–35.

wegen der Anzahl anderer Personen, die auf das gleiche Budget angewiesen waren, oder in Folge der speziellen Machtverhältnisse innerhalb ihres Haushaltes. Helen Forrester etwa berichtete verbittert, wie sich ihr Ernährungs- und Gesundheitszustand verschlechterte, als ihre Eltern daran scheiterten, sich auf ihre plötzliche Armut einzustellen, indem sie ihre knappen Mittel für Möbel ausgaben, die sie sich nicht leisten konnten, indem sie ihre Söhne gegenüber den Töchtern bevorzugten und Helen bei ihren Versuchen, Arbeit zu finden, Hindernisse in den Weg legten, damit ihrer Mutter die Arbeit erspart würde, sich um Helens jüngere Geschwister zu kümmern.⁷¹

Ökonomische Zwänge und Verhaltensnormen, letztere entweder verbunden mit oder unabhängig von ersteren, erklären zudem, warum der relative Ernährungszustand von Knaben und Mädchen auch von Ort zu Ort, innerhalb einzelner Gemeinschaften oder innerhalb einzelner Familien unterschiedlich sein konnte. Ein bestimmender Faktor war die Art des lokalen Arbeitsmarktes. So fanden in Liverpool in den dreißiger Jahren 14- bis 16jährige Mädchen leichter Arbeit als ihre älteren Brüder.⁷² Andere Hinweise deuten auf lokale und sogar regionale Varianten in der Macht hin, die Frauen im Familienkreis ausüben konnten, die sie in der Theorie hätten gebrauchen können, um eine gerechtere Verteilung der Ressourcen ihres Haushaltes zu erreichen. Die Kontrolle der Hausfrau über das Budget soll in den Städten mit Baumwollindustrie („cotton towns“), in Lancashire besonders wirksam gewesen sein.⁷³

Zwei letzte Anmerkungen sind vorzubringen. Erstens muß die auf das Geschlecht hin orientierte Charakteristik des Programms zur Verbesserung der Gesundheit der Kinder in den ersten Jahrzehnten des 20. Jahrhunderts betont werden. Bei Beginn der Kampagne nahmen die Verfechter des schulärztlichen Dienstes das Geschlecht der Kinder, die sie betreuten, sehr bewußt zur Kenntnis. Bei der Fortsetzung dieses Unternehmens bezogen sich die Schulärzte auf die Erwartungen hinsichtlich des Verhaltens, das als das jeweilig passende für ein Geschlecht erachtet wurde.⁷⁴

Zweitens ist die Bedeutung hervorzuheben, die in der Kampagne dem Zustand der körperlichen Verfassung der Kinder sowohl als einem Symbol des (unbefriedigenden) Zustandes der Gesundheit der gesamten Nation als auch einem Zeichen der schlechten Gesundheit des einzelnen Kindes beigemessen wurde. Ebenso wie das Ausmaß, in dem Größe und Gewicht eines einzelnen Kindes vom Standard eines Kindes desselben Alters und Geschlechts abwichen, als wichtigstes Anzeichen einer schlechten Gesundheit des Kindes herangezogen werden kann, konnten gewisse Landstriche identifiziert werden, in denen Größe und Gewicht deutlich unter den nationalen

71 Helen Forrester, *Liverpool miss*, London²1982, 13f.

72 Forrester, *Liverpool miss*, wie Anm. 71, 19; dies., *Twopence to cross the mersey*, London²1981, 105.

73 Aussage aus der Zeit des Zweiten Weltkriegs, zit. in: Laura Oren, *The welfare of women in laboring families: England, 1860-1950*, in: Mary Hartman u. Lois W. Banner Hg., *Clio's consciousness raised*, New York 1974, 235.

74 Vgl. Report Cheshire 1913, 20.

Durchschnitten lagen. Das Messen von Größen und Gewichten wurde durch eine körperliche Untersuchung ergänzt, die den Schulärzten erlaubte, den Ernährungszustand eines Kindes als ausgezeichnet, gut, mäßig oder schlecht einzustufen. Der Grad von körperlicher Sauberkeit wurde ebenso ein wichtiger Ansatzpunkt, mehr noch ein richtiger Streitpunkt zwischen dem schulärztlichen Dienst und vielen Eltern, die – selbst nicht in der Lage, die neuen Sauberkeitsstandards zu erreichen – damit konfrontiert wurden, daß ihnen vom Staat diese Standards zwangsweise auferlegt wurden.

Aus dem Englischen von Gertrude Langer-Ostrawsky

Tabelle 1: Ernährungsstandards von Schulkindern in ausgewählten lokalen Schulbezirken in England, Wales und Irland

Quelle: School Medical Officer Reports der entsprechenden Grafschaften und Städte.

a) Prozentsatz mit ausgezeichnete Ernährung

Gebiet	Zeit	Schulanfänger/ innen		Mittelstufe		Abgänger/innen	
		Knaben	Mädchen	Knaben	Mädchen	Knaben	Mädchen
Cardiff	1913	10	10	1	20	3	16
Cardiff	1914	13	19	-	-	5	26
Cardiff	1915	11	10	-	-	7	29
Cheshire (Grafschaft)	1913	2	3	-	-	6	7
Cheshire (Grafschaft)	1914	16	18	-	-	17	21
Manchester	1915	30	29	-	-	28	35
Manchester	1919	22	21	15	14	14	26
Nottingham (Grafschaft)	1914	3	6	-	-	4	3
Belfast	1945	24	23	24	25	24	29
Belfast	1946	25	22	21	25	26	29
Belfast	1947	22	19	25	25	23	27

b) Prozentsatz mit schlechter („below normal“) Ernährung

Gebiet	Zeit	Schulanfänger/ innen		Mittelstufe		Abgänger/innen	
		Knaben	Mädchen	Knaben	Mädchen	Knaben	Mädchen
Cambridge (Stadt)	1914	16	14	22	25	11	11
Cambridge (Stadt)	1915	22	19	32	39	27	26
Cambridge (Grafschaft)	1913	12	14	25	17	20	19
Cambridge (Grafschaft)	1914	17	11	31	23	18	21
Cambridge (Grafschaft)	1915	13	10	23	17	13	16
Cardiff	1913	3	2	5	3	3	2
Cardiff	1914	15	12	-	-	5	12
Cardiff	1915	14	10	-	-	11	18
Cheshire (Grafschaft)	1913	20	19	-	-	22	18
Cheshire (Grafschaft)	1914	13	11	-	-	13	11
Manchester	1915	12	12	-	-	11	6
Manchester	1919	14	15	17	16	14	10
Nottingham (Grafschaft)	1913	5	3	-	-	3	3
Nottingham (Grafschaft)	1914 ^a	18	18	-	-	24	18
Swansea	1912	8	5	14	15	8	8
Belfast	1945	25	28	25	26	26	23
Belfast	1946	24	27	25	26	24	24
Belfast	1947	22	27	19	24	24	20

Tabelle 2: Geschlechtsspezifische Erkrankungsmuster in Staffordshire 1909–1915

Quelle: Priestley, Use, wie Anm. 18, 15–27.

Prozentsatz von Knaben/Mädchen mit vorhandener Erkrankung

a) Annähernd gleiche Erkrankungsrate bei Knaben und Mädchen^b

Erkrankung	1909–1911		1914		1915	
	Knaben	Mädchen	Knaben	Mädchen	Knaben	Mädchen
Mangelernährung	17,6	17,6	17,7	17,1	22,0	22,8
Eiterflechte	0,8	0,8	1,2	0,9	0,6	0,3
Schielen	1,2	1,3	1,2	1,5	1,6	1,3
Schwerhörigkeit	5,4	4,8	4,2	4,1	3,7	3,7
Eiternde Ohren	0,9	0,9	1,7	1,5	1,2	0,9
Kariöses Gebiß	84,5	84,3	78,7	77,5	78,9	76,3
Vergrößerte Mandeln ^c	18,9	20,2	31,0	31,5	33,1	34,7
Tastbare Halslymphknoten	21,3	21,7	–	–	–	–
Herz: Entwicklungsstörungen ^d	0,1	0,1	–	–	–	–
Lunge: nicht-tuberkulöse Katarrhe	2,5	2,2	5,0	4,7	7,2	5,9

b) Höhere Erkrankungsrate bei Mädchen^b

Erkrankung	1909–1911		1914		1915	
	Knaben	Mädchen	Knaben	Mädchen	Knaben	Mädchen
Lungentuberkulose	0,1	0,2	0,2	0,3	0,2	0,4
Sehschwäche ^e	28,0	32,5	26,8	33,2	34,6	43,6
Geringfügige, nicht ansteckende äußere Augenkrankheiten	3,5	4,2	2,8	3,2	2,5	3,7
Hornhauttrübungen	0,3	0,3	0,3	0,5	0,4	0,6
Herzkrankungen: organische Veränderungen ^f	1,5	1,7	2,9	3,1	2,7	4,6
Herzkrankungen: funktionale Störungen	4,1	5,3	11,2	13,4	14,7	22,2
Rheumatismus	0,1	0,1	–	–	–	–
Veitstanz ^b	0,0	0,1	0,1	0,2	0,1	0,0
Blutarmut ^g	12,5	16,7	12,8	17,2	8,5	13,3

c) Höhere Erkrankungsrate bei Knaben^b

Erkrankung	1909–1911		1914		1915	
	Knaben	Mädchen	Knaben	Mädchen	Knaben	Mädchen
Leistenbruch	0,2	0,1	–	–	–	–
Ringflechte der Kopfhaut ^g	0,8	0,4	0,6	0,5	0,2	0,1
Atmung durch den Mund ^h	15,2	10,5	17,3	11,4	13,7	8,5
Rachitis (nur schwere Fälle) ^g	2,0	1,0	3,2	1,8	0,1	0,1
Lähmungen (hauptsächlich bei Kleinkindern)	0,3	0,2	–	–	–	–
Epilepsie ^b	0,1	0,1	0,3	0,2	0,1	0,2
Geistige Behinderung schwerfällig und zurückgeblieben	9,1	6,2	9,5	7,7	12,1	11,6
Stottern	0,7	0,2	1,0	0,3	1,2	0,4
Idioglossie ⁱ	0,5	0,3	–	–	–	–

Tabelle 3: Index von Durchschnittsgröße und -gewicht von Londoner Schulkindern 1905 (Vereinigte Staaten 1963–1970 = 100)

Quelle: N. Cameron, The growth of London schoolchildren, 1904–1966: an analysis of secular trend and inter-county variation, in: *Annals of Human Biology*, 6 (1979), 514f.

Alter	Größe		Gewicht	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich
6	91,9	91,7	85,0	84,5
7	93,2	93,4	89,1	87,7
8	92,7	92,9	84,7	83,1
9	92,8	92,0	81,8	79,6
10	92,6	92,2	81,8	77,3
11	92,2	91,5	78,0	74,8
12	91,1	90,6	75,6	71,5
13	89,5	92,4	72,8	74,7

Tabelle 4: Index von Durchschnittsgröße und -gewicht von Fabrikskindern und Nicht-Fabrikskindern in England 1833 (Vereinigte Staaten 1963–1970 = 100)

Quelle: Quetelet, Treatise, wie Anm. 59, 60 u. 65.¹

Alter	Fabrikskinder				Nicht-Fabrikskinder			
	Größe		Gewicht		Größe		Gewicht	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
9	90,2	89,9	75,3	73,8	91,0	90,8	77,5	72,9
10	90,6	89,4	76,6	70,6	91,7	87,8	81,0	70,2
11	89,4	88,8	74,7	67,7	88,9	89,6	74,2	69,3
12	89,0	87,9	68,4	64,3	88,3	87,8	70,9	64,3
13	86,5	89,0	65,4	65,8	87,3	87,5	68,3	65,3
14	86,2	90,9	61,7	69,8	86,4	91,6	63,0	69,8
15	88,4	91,6	65,0	70,6	86,0	92,6	63,9	75,2
16	89,8	93,5	68,5	74,1	92,1	90,7	77,2	70,2
17	91,8	94,2	69,6	78,9	93,8	94,7	78,5	80,7
18	91,0	97,6	63,9	79,2	100,4	100,7	76,1	91,0

Tabelle 5: Index der Durchschnittsgröße von Individuen in ausgewählten sozialen Gruppen in Großbritannien um 1880 (Vereinigte Staaten 1963–1974 = 100)

Quelle: Anthropometric Committee, wie Anm. 59, Tab. XVI, XVII, 290f; Vital and Health Statistics, wie Anm. 57. Der Index fußt auf dem Bericht der Gesundheitsuntersuchung der Altersklassen sechs bis elf (1963–1965), zwölf bis 17 (1966–1970) und 18 bis 29 (1971–1974). Die Altersgruppen, die den Index ergeben: 18–24, 25–34, Weiße vom Land.

Alter	Freiberufler		Handel		Landarbeiter (Land)		Handwerker (Stadt)	
	Größe		Größe		Größe		Größe	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
6	–	–	–	–	95,5	93,6	89,7	90,2
7	–	–	–	–	93,5	93,3	91,0	89,6
8	–	–	93,0	92,6	92,0	92,4	90,8	89,4
9	–	–	93,8	93,6	92,0	91,7	91,7	88,8
10	97,3	96,3	94,3	92,8	92,2	90,8	91,9	88,3
11	96,3	94,7	93,8	91,8	91,2	90,3	91,8	88,7
12	95,5	93,9	92,2	91,1	89,5	91,0	89,6	88,3
13	93,9	94,4	91,3	93,5	87,9	91,8	88,7	89,9
14	93,4	95,7	90,6	95,4	88,3	93,1	89,3	92,1
15	94,3	97,3	92,2	96,0	91,6	–	90,9	93,0
16	96,5	97,7	94,1	96,1	92,7	–	91,6	–
17	99,3	98,0	97,5	97,0	93,9	–	94,7	–
18	96,3	97,7	96,8	96,4	95,6	–	94,2	–
19	96,7	98,6	97,1	96,6	96,0	–	95,1	–
20	97,0	98,6	97,1	97,4	96,2	–	95,5	–
21	97,1	98,9	97,4	97,0	96,5	–	95,6	–
22	97,2	98,8	97,4	96,7	96,8	–	95,7	–
23	97,0	98,1	96,8	97,5	96,8	–	95,4	–
24	–	–	–	–	–	–	–	–
25–29	97,0	98,1	–	–	–	–	–	–

Tabelle 6: Index des Durchschnittsgewichts von Individuen in ausgewählten sozialen Gruppen in Großbritannien um 1880

Alter	Freiberufler		Handel		Landarbeiter (Land)		Handwerker (Stadt)	
	Gewicht		Gewicht		Gewicht		Gewicht	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich	männlich	weiblich
6	-	-	-	-	91,3	85,4	91,8	91,0
7	-	-	-	-	86,7	87,7	93,2	86,9
8	-	-	90,8	86,4	89,7	85,3	88,6	85,3
9	-	-	90,8	79,6	87,9	81,6	85,0	79,6
10	99,6	81,0	87,8	81,0	90,1	79,6	86,0	77,9
11	93,1	79,3	80,6	77,8	85,6	76,0	81,6	75,8
12	89,6	77,7	77,2	75,3	80,0	73,6	77,0	73,0
13	83,2	80,7	72,6	79,3	72,4	75,6	71,6	76,3
14	81,9	82,7	71,7	80,7	71,5	78,6	69,9	81,8
15	84,2	86,2	73,2	83,6	74,0	-	70,9	86,4
16	90,7	87,8	82,1	86,5	82,1	-	78,5	-
17	94,5	92,1	85,8	90,2	87,8	-	81,0	-
18	88,0	91,8	81,3	88,8	83,8	-	77,8	-
19	89,8	94,0	83,7	91,0	84,3	-	78,9	-
20	91,6	94,8	84,3	89,6	86,7	-	81,9	-
21	92,2	93,3	86,7	88,1	89,1	-	81,9	-
22	92,2	92,8	87,3	92,6	91,0	-	83,7	-
23	92,2	96,3	88,6	88,8	92,2	-	84,3	-
25-29	85,7	84,4	-	-	-	-	-	-

Tabelle 7: Index von Durchschnittsgröße und -gewicht der belgischen Bevölkerung um 1840 (Vereinigte Staaten 1963-1974 = 100)

Quelle: Quetelet, Treatise, wie Anm. 59, 65.^k

Alter	Größe		Gewicht	
	männlich	weiblich	männlich	weiblich
6	88,3	87,5	78,3	74,2
7	88,8	87,9	77,4	72,6
8	89,4	88,2	74,8	69,3
9	90,0	88,2	72,7	68,0
10	90,9	88,2	72,7	66,9
11	91,3	88,0	70,7	64,1
12	90,9	87,2	69,4	64,0
13	90,1	88,4	68,8	65,3
14	89,6	90,0	68,4	67,7
15	90,2	92,4	70,8	71,5
16	91,5	94,3	76,6	74,0
17	94,2	95,5	77,7	82,2
18	93,8	95,8	76,9	83,9
20	94,7	96,3	79,8	86,0
30	94,8	96,8	77,1	84,5
40	95,8	97,0	78,4	81,7
50	95,5	95,4	79,5	83,1
60	94,2	94,8	78,9	79,7
70	94,5	95,3	79,0	76,6

Wall, Ungleichheiten bei Gesundheit und Ernährung von Knaben und Mädchen

- a 1914 ersetzen die Termini „fair“ und „bad“ „below normal“.
- b Dies ist die Einteilung in Krankheiten nach Priestley. Gelegentlich, vor allem im Falle von Veitstanz und Epilepsie, scheint eine Krankheit in Anbetracht der Daten für das fragliche Jahr unkorrekt platziert zu sein.
- c Beinhaltet 1914 und 1915 leichte Fälle; daher die höheren Prozentsätze verglichen mit 1909–1911.
- d 1914 in der Rubrik „organische Veränderungen“ des Herzens enthalten.
- e Nur bei Kindern im Alter von acht bis neun Jahren und darüber getestet.
- f Durch zwei neue Inspektoren wurden genauere Standards eingeführt, daraus ergeben sich höhere Prozentsätze verglichen mit 1909–1911.
- g 1915 wurden nur zwölf- bis 13jährige Kinder untersucht. Der allgemeine Prozentsatz für dieses Jahr ist niedriger, da das Auftreten von Blutarmut, Eiterflechte und Rachitis mit dem Alter abnimmt.
- h Die Werte basieren auf den Zahlen von 1911–1913 und nicht auf jenen von 1909–1911, um eine Vergleichsmöglichkeit mit den späteren Zahlen zu bieten, die alle Kinder enthalten, die ihren Mund offen ließen – ob eine nachweisbare Verlegung der Nasenwege bestand oder nicht.
- i Sprachstörungen bei Kindern, die trotz normaler Sprachwerkzeuge und geistiger Fähigkeiten eine Art eigener Sprache besitzen. Beim Wiederholen von Sätzen bringen sie ganz andere, wenn auch bestimmte Laute hervor (Anm. d. Übers).
- j Es wurden sehr wenige Nicht-Fabrikskinder gemessen und gewogen. Quetelet korrigierte die Ergebnisse in Hinblick darauf, daß die Kinder Schuhe trugen, nicht. Die Sohlen der Knabenschuhe waren zwischen einem halben und einem Drittel Inch, die der Mädchenschuhe zwischen einem Achtel und einem Sechstel Inch hoch (0,8–1,3 cm bzw. 0,4–0,3 cm, Anm. d. Übers.).
- k Die Daten wurden um den sozialen Bias und das Gewicht der Kleider korrigiert.