

Marita Metz-Becker

Drei Generationen Hebammenalltag

Wandel der Gebärkultur in Deutschland



Psychosozial-Verlag

Marita Metz-Becker
Drei Generationen Hebammenalltag

Forschung Psychosozial

Marita Metz-Becker

Drei Generationen Hebammenalltag

Wandel der Gebärkultur in Deutschland

Psychosozial-Verlag

*Für Alice, *2009*
*Louis, *2014*
*Gian, *2015*
*Finn, *2018*
*und Delphi, *2019*

Bibliografische Information der Deutschen Nationalbibliothek
Die Deutsche Nationalbibliothek verzeichnet diese Publikation
in der Deutschen Nationalbibliografie; detaillierte bibliografische Daten
sind im Internet über <http://dnb.d-nb.de> abrufbar.

2. Auflage 2022

© 2021 Psychosozial-Verlag, Gießen

E-Mail: info@psychosozial-verlag.de

www.psychosozial-verlag.de

Alle Rechte vorbehalten. Kein Teil des Werkes darf in irgendeiner Form

(durch Fotografie, Mikrofilm oder andere Verfahren)

ohne schriftliche Genehmigung des Verlages reproduziert

oder unter Verwendung elektronischer Systeme

verarbeitet, vervielfältigt oder verbreitet werden.

Umschlagabbildung: Vintage wooden stethoscope © Coprid/adobe.stock.com

Umschlaggestaltung und Innenlayout nach Entwürfen von Hanspeter Ludwig, Wetzlar

ISBN 978-3-8379-3201-0 (Print)

ISBN 978-3-8379-7855-1 (E-Book-PDF)

Inhalt

| | | |
|------------|--|----|
| I | Einleitung und Methode | 9 |
| II | Zur Geschichte des Hebammenberufs im 19. Jahrhundert | 15 |
| 1 | Von der Hebammenkunst zur akademischen Disziplin | 15 |
| 2 | Hebammenwissen und Hebammenwahl | 16 |
| 3 | Berühmte Hebammen im 19. Jahrhundert | 19 |
| 4 | Hierarchisierungsbestrebungen in der Geburtshilfe | 22 |
| 5 | Gebären in der Accouchieranstalt | 24 |
| III | Zweite »kopernikanische Wende« Das Ende der Hausgeburt im 20. Jahrhundert | 35 |
| 1 | Zur Lage der Hebammen im beginnenden 20. Jahrhundert | 35 |
| 2 | Hebammen im Nationalsozialismus | 36 |
| 3 | Die Situation seit der Jahrhundertmitte | 37 |
| IV | Generationen und Traditionen | 45 |
| 1 | Die letzten Landhebammen erzählen | 45 |
| 1.1 | Ausbildung | 46 |
| 1.2 | Hausgeburten | 51 |
| 1.3 | Wissen und Kompetenzen | 64 |
| 1.4 | Brauch und Tradition | 76 |
| 2 | Klinikhebammen in den 1960er und 1970er Jahren | 85 |

| | | |
|------------|---|-----|
| 2.1 | Ausbildung | 85 |
| 2.2 | Arbeitsalltag und Selbstverständnis | 89 |
| 2.3 | Fazit | 101 |
| 3 | Die Klinikhebamme der Gegenwart | 105 |
| 3.1 | Ausbildung | 105 |
| 3.2 | Geburtshilflicher Alltag | 110 |
| 3.3 | Rituale und Hierarchien | 132 |
| 3.4 | Kosten-Nutzen-Denken im Gesundheitssystem | 136 |
| 3.5 | Berufszufriedenheit | 140 |
| 4 | Außerklinische Geburtshilfe heute | 144 |
| 4.1 | Frauengesundheitsbewegung | 144 |
| 4.2 | Hausgeburten | 148 |
| 4.3 | Geburtshausgeburten | 165 |
| 4.4 | Kompetenzen und Konflikte | 175 |
| 5 | Niedergelassene Hebammen in der Vor- und Nachsorge | 180 |
| 5.1 | Vorsorgehebammen | 180 |
| 5.2 | Nachsorgehebammen | 190 |
| 6 | Die Hebammenschülerin heute | 193 |
| V | Exkurs: Was wollen die Frauen? Mütter erzählen | 209 |
| 1 | Pia Bönner, vier Geburten | 209 |
| 2 | Mareike Nast, zwei Geburten | 215 |
| 3 | Katrina Stiel, zwei Geburten | 224 |
| VI | Die sichere Geburt Risikodiskurse | 235 |
| 1 | Die ärztliche Sicht | 235 |
| 2 | Die Sicht der Hebammen | 243 |
| 3 | Die Sicht der Frauen | 247 |
| 4 | Fazit | 248 |
| VII | Verbandspolitische Forderungen | 253 |

| | |
|--|-----|
| VIII Epilog | 263 |
| 1 Historischer Wandel: Dorfhebammen | 265 |
| 2 Historischer Wandel: Klinikhebammen der 1970er und 1980er Jahre | 268 |
| 3 Historischer Wandel: Hebammen in Gegenwart und Zukunft | 270 |
| Danksagung | 275 |
| Anhang | 277 |
| InterviewpartnerInnen (alphabetisch, anonymisiert) | 277 |
| Hebammen | 277 |
| Mütter | 278 |
| Deutscher Hebammenverband | 278 |
| Leitung Geburtshilfliche Abteilung Universitätsklinikum | 278 |
| Die Bundesländer der InterviewpartnerInnen | 278 |
| Literatur | 279 |
| Verzeichnis der Abbildungen | 289 |

I Einleitung und Methode

Zur Geschichte der Hebammen gibt es auf dem Buchmarkt vielfältige Literatur, sei es in kulturgeschichtlicher Perspektive zum Hebammenberuf im Mittelalter oder der Frühen Neuzeit, sei es unter geschlechterspezifischen Prämissen zur Veränderung des Hebammenberufs durch die Ärzteschaft im Zeitalter der Aufklärung oder aber zur speziellen Situation der Hebammen während des Nationalsozialismus – immer geht es um einen besonderen Frauenberuf mit einer langen und wechselvollen Geschichte. Es finden sich auch Publikationen in Form von Romanen oder Lebenserinnerungen, die das weite Feld des Hebammenalltags zum Thema haben, oft unter nostalgischen Vorzeichen geschrieben, manches auch aus kritischer Distanz, einiges erfüllt die Voraussetzungen des Unterhaltungsromans.

Der Beruf der Hebamme berührt aber auch auf besondere Weise unsere Gegenwart. In den letzten Jahren überschlugen sich die Nachrichten zum Hebammenberuf geradezu. Von extrem hohen Versicherungskosten ist die Rede und vom Aufgeben vieler Hebammen, für die sich die Freiberuflichkeit nicht mehr rechne. Gleichzeitig gehen die Bewerbungen an den Hebammenschulen drastisch zurück, da der Beruf an Attraktivität eingebüßt hat. Dies hat zur Folge, dass Frauen keine Vor- und Nachsorgehebammen mehr finden und die wenigen Hebammen, die ihre Leistungen noch anbieten, sich vor Anfragen nicht retten können. Die Problematik betrifft sogar Ballungszentren, wie das Rhein-Main-Gebiet, in dem jüngst, um dem Mangel entgegenzuwirken, aus dem Stehgreif eine Ausbildungsstätte in Frankfurt am Main entstand. Auf dem sogenannten flachen Land sieht es noch schlimmer aus. Längst sind wohnortnahe Entbindungseinrichtungen dem Rotstift zum Opfer gefallen, da kleinere Krankenhäuser ihre Pforten schließen und Geburten zunehmend in Kliniken der Maximalversorgung stattfinden. Parallel dazu steigen die medizinischen Interventionen an, allen voran die Kaiserschnittraten, die mancherorts die 50-Prozent-Marke

überschritten haben und im bundesdeutschen Durchschnitt mittlerweile bei 30,5 Prozent liegen (Sommer, 2019).

Diese Entwicklung stößt nicht nur auf die Kritik der Hebammen und der WHO, die allenfalls eine Sectorate von zehn bis 15 Prozent für indiziert hält (WHO, 2010, S. 4), sondern auch auf die der Bevölkerung, die mittlerweile demonstrierend auf die Straße geht und eine Petition mit über 200.000 Unterschriften an den Deutschen Bundestag gerichtet hat, um dem Missstand der mangelhaften Hebammenversorgung entgegenzuwirken (Deutscher Hebammenverband, o.J.a). Vor diesem Hintergrund sahen die Hebammen sich im Jahr 2015 sogar veranlasst, ihr Wissen als immaterielles Weltkulturerbe von der UNESCO schützen zu lassen (Deutscher Hebammenverband, o.J.b).

Um Gegenwart zu erklären, tut stets ein Blick in die Geschichte not, und dieser Blick zeigt, dass es gerade erst einmal 60 Jahre her ist, dass der selbstständige Hebammenberuf ins Wanken geriet und die Geburt als ein Geschehen betrachtet wurde, das in der Klinik stattzufinden habe. Alte Landhebammen erinnern sich noch gut an diese Entwicklung, mussten sie doch befürchten, von heute auf morgen arbeitslos zu werden. Die Krankenkassen übernahmen Ende der 1960er Jahre die Kosten für eine Klinikentbindung; ganz im Gegensatz zu der bisherigen Praxis, die vorsah, dass geburtsärztliche Leistungen nur bei einer medizinischen Indikation abgerufen werden konnten. Waren die Kinder bis dahin noch zu Hause unter dem Beistand einer Hebamme zur Welt gekommen, mussten sich die Hebammen nun in Kliniken anstellen lassen, wo sie sich einem für sie völlig neuen Arbeitsfeld gegenübersehen. Viele gingen diesen Schritt nicht mit und fanden sich mit der geringeren Nachfrage nach außerklinischen Geburten ab, andere arbeiteten fortan in abhängiger Stellung in der Klinik und wieder andere gaben ihren Beruf ganz auf.

Die Hebammen aus jener Zeit sind heute hochbetagt und haben dem damals Erlebten im Rahmen der vorliegenden Studie in zahlreichen narrativen Interviews Ausdruck verliehen. Dieses in der Wissenschaft als »Oral History« bezeichnete Vorgehen rekonstruiert gelebte Geschichte und gibt Einblick in die Denk- und Gefühlswelten der Betroffenen, in ihre Erfahrungen, Wünsche, Ängste und Hoffnungen. Die eigenen Berufserfahrungen aus der Sicht unterschiedlicher Hebammergenerationen zu betrachten, ist Anliegen dieses Buches. Es kommen Frauen zu Wort, die Ende der 1920er Jahre geboren sind und sich in der Nachkriegszeit als junge Frauen für den Hebammenberuf entschieden haben, aber auch die Töchter- und

Enkelinnengenerationen, Geburtsjahrgänge der 1950er bis 1990er Jahre, sodass insgesamt gut drei Hebammengenerationen erfasst werden konnten.

»Wer etwas über Erlebnisse und Ansichten erfahren will«, sagt der Kulturhistoriker Albrecht Lehmann, »muß einzelne Menschen zu Wort kommen lassen« (Lehmann, 1993, S. 10). Mit seinen einschlägigen autobiografischen Untersuchungen kann Lehmann als federführend im Fach Europäische Ethnologie auf dem Gebiet der Biografie- und Oral-History-Forschung gelten (vgl. Lehmann, 2007; Lehmann, 1983; Lehmann, 1982a; Göttisch-Elten & Lehmann, 2007; vgl. auch Vorländer, 1990; Flick et al., 2008; Fuchs-Heinritz, 2005; Hopf, 2008).

Mit der Methode des narrativen Interviews, eines wissenschaftlichen Ansatzes, der zu den qualitativen Forschungsmethoden gehört (vgl. Schütze, 1983), wird nicht die getreue Wiedergabe historischer Sachverhalte angestrebt, sondern die Konstruktion und Rekonstruktion lebensgeschichtlicher Ereignisse, Erfahrungen und Erwartungen. Die InterviewpartnerInnen erzählen aus ihrer eigenen Perspektive und werden nicht von einem von außen angelegten Fragenkatalog in eine bestimmte Richtung gedrängt. Der Vorteil des biografischen Erzählens ist somit, dass auch psychologische Prozesse erfasst werden können und mentale Handlungsspielräume in ihrer kulturellen Dynamik sichtbar werden.

In diesem Forschungskontext ist auch die vorliegende Publikation verortet: Erzählte Lebensgeschichten von Hebammen sind Quelle und Ausgangspunkt der Untersuchung. Die Erzählungen beinhalten zwei große Erzählstränge: erstens die persönliche Lebensgeschichte mit ihren Erfolgen und Niederlagen und den typischen lebensgeschichtlichen Knotenpunkten der Individuen, wie Schulabschluss, Berufswahl, Eheschließung und die Geburt der eigenen Kinder. Daneben enthält der zweite Erzählstrang Erinnerungen an die Ausbildungszeit und den Berufsalltag. Beide Erzählstränge, die persönliche Lebensgeschichte und die Berufsbiografie, werden nicht losgelöst voneinander betrachtet, sondern sind im Gegenteil durch Assoziationsketten aufs Engste miteinander verknüpft. Ziel der vorliegenden Forschungsarbeit ist es, möglichst viele Einblicke in die Interviewpassagen zu geben und durch umfassende Originalzitate sowohl die individuellen Elemente der Lebensgeschichte als auch die zeitgeschichtlichen Ereignisse zu erfassen. Bei der qualitativen Forschungsmethode der Oral History (Niethammer, 1980) werden lebensgeschichtliche Erzählungen zu bestimmten Themenspektren gebündelt, in Ausschnitten wortgetreu wiedergegeben und in ihrem sozialen, kulturellen und historischen Kon-

text analysiert. Damit können die Aussagen außer in ihrer individuellen Dimension auch als Ausdruck eines kollektiven Bewusstseins interpretiert werden.

Die Analyse der ausgewählten Erzählsequenzen erfolgt auf Basis einer »Querschnittauswertung«. Da es sich bei den befragten Personen um eine relativ homogene Gruppe handelt, ist es möglich, die relevanten Stellen aus den einzelnen Erfahrungsberichten miteinander zu vergleichen, womit bei aller Disparatheit der geschilderten Einzelerlebnisse eine gewisse Einheitlichkeit herausgefiltert werden kann. Die Untersuchung folgt der Chronologie der Erfahrungen, sodass die Auswertung mit der ältesten Hebammengeneration begonnen und mit der jüngsten abgeschlossen wird.

Das hier vorgelegte Buch basiert auf den Ergebnissen eines von der Gerda Henkel Stiftung geförderten Forschungsprojektes zur jüngeren Hebammengeschichte. Alle erhobenen Interviews wurden auf Tonband aufgezeichnet und transkribiert. Zusätzlich wurden weitere Quellengattungen genutzt, wie Autobiografien, Zeitschriftenbestände, historische Dokumente und wissenschaftliche Sekundärliteratur. Durch die umfassende Quellenrezitation ergibt sich das Problem des Datenschutzes, das hier so gelöst wurde, dass alle Interviewpartnerinnen, außer den öffentlichen Personen, anonymisiert wurden. Vor- und Nachnamen wurden so abgeändert, dass die realen Personen dahinter nicht mehr zu erkennen sind.

Die Abhandlung versteht sich als Erfahrungs- und Mentalitätsgeschichte dreier Hebammengenerationen, die in unterschiedlichen historischen Kontexten leben und arbeiten. Eng mit dem Hebammenalltag verbunden ist die Veränderung der Gebärkultur in den letzten 70 Jahren. Mit der fortschreitenden Medikalisierung und Hospitalisierung der Geburt veränderte sich auch das Aufgabengebiet der Hebammen eklatant. Wussten die alten Landhebammen beispielsweise noch ganz selbstverständlich Beckenendlagen, Zwillingskinder oder Frühchen zu entwickeln, gehörte dies später nicht mehr zu ihrer Tätigkeit, da sogenannte Risikogeburten ärztlicher Aufsicht unterstellt wurden. Auch ihre soziale Stellung im Dorf veränderte sich, wenn sie etwa die Kinder nicht mehr zur Taufe trugen, wie es vorher üblich gewesen war, da die meisten Täuflinge ja auch nicht mehr mit ihrer Hilfe geboren worden waren und sie nur noch als Vor- und Nachsorgehebammen gebraucht wurden. Der enge Bezug zu den Familien im Dorf ging mit der Auslagerung der Geburt in die Klinik verloren.

Da davon auszugehen ist, dass sich das Ganze als schleichender Prozess entwickelt hat, kommen drei Hebammengenerationen zu Wort, um

die Veränderungen von den 1950er Jahren bis heute nachzuvollziehen. Es wurden insgesamt 30 narrative Interviews geführt, wobei 25 Hebammen zu ihren Berufserfahrungen, drei Mütter zu ihren Geburtserfahrungen und in Form von ExpertInnengesprächen die Vorsitzende des Deutschen Hebammenverbandes und der stellvertretende Leiter der geburtshilflichen Abteilung eines großen deutschen Uniklinikums gehört wurden.

Im Kontext zweier Seminare zur Geschichte der Hebammenkunst an der Philipps-Universität Marburg haben Studierende der Europäischen Ethnologie in den Jahren 2015/16 14 Hebammeninterviews erhoben und transkribiert, jedoch nicht analysiert. Die anderen 16 Interviews wurden im Jahr 2018 von der Verfasserin allein geführt und anschließend alle 30 Interviews auch von ihr ausgewertet.

Für die Kultur- und Zeithistorikerin stellte sich die Frage, wie es in so kurzer Zeit, endgültig erst in der zweiten Hälfte des 20. Jahrhunderts, dazu kommen konnte, dass der rituelle Vorgang der Geburt, der als Interaktion unter Frauen – der Gebärenden und der Hebamme – verstanden wurde, sich vollständig dem radikalen Monopol der Medizin unterordnete, um als »Resultat ihrer professionellen Leistung definiert« (Duden, 1998, S. 153) zu werden. Die traditionelle oder natürliche Geburt scheint zugunsten einer Vielzahl von medizinisch-technischen Interventionen weitestgehend aufgegeben worden zu sein. Wie reagierte ein ganzer Berufsstand auf diese Entwicklungen? Wie veränderten sich der Berufsalltag und das Selbstverständnis der Hebammen? Welches professionelle Ethos leitete sie bei ihrer Arbeit? Wie stand und steht es um ihre Berufszufriedenheit?

Mit dem Verfahren des narrativen Interviews konnten die prozesshaften Veränderungen der eigenen Berufsbiografie noch einmal wachgerufen und reflektiert werden und die zurückliegenden persönlichen Erfahrungen und Perspektiven in die Narration einfließen. Solche Erzählungen ernst zu nehmen, zu analysieren und dem kulturellen Gedächtnis hinzuzufügen, heißt, die Wahrnehmungs- und Deutungsmuster historischer Akteure in die kulturwissenschaftliche Forschung einzubeziehen und die Einstellungen, Gedanken und Gefühle der Menschen verschiedener Generationen in ihren unterschiedlichen Kontexten aufzuzeigen, zu deuten und mentalitätsgeschichtlich zu verorten.

II Zur Geschichte des Hebammenberufs im 19. Jahrhundert

1 Von der Hebammenkunst zur akademischen Disziplin

Gegenwärtig werden in Deutschland weniger als zwei Prozent aller Geburten der außerklinischen Geburtshilfe zugerechnet, das heißt, sie finden mit Hilfe von Hebammen im häuslichen Bereich oder in speziellen Einrichtungen, wie beispielsweise in von Hebammen geleiteten Geburtshäusern, statt. Mehr als 98 Prozent der Schwangeren aber entbinden in einer Klinik. Dies wird als Fortschritt gewertet vor dem Hintergrund, dass die hohe Mütter- und Säuglingssterblichkeit früherer Jahrhunderte heute nicht mehr vorhanden ist. Frauen fühlen sich in der Klinik sicher und vertrauen auf die Apparatemedizin, was unter anderem in den zunehmenden Kaiserschnittraten deutlich wird. Gleichzeitig aber wird auch Kritik an der Medikalisation und Technisierung der Geburt laut und alternative Modelle rücken ins Blickfeld, insbesondere auch im Kontext der Diskussion um Kostenersparnis im Gesundheitswesen. In einer Situation also, in der es um neue Weichenstellungen sowohl vonseiten der Experten als auch der Betroffenen geht, kann ein Blick in die Geschichte hilfreich sein: Seit wann werden Kinder überhaupt in einer Klinik geboren? Welches geburtshilfliche Personal stand in früheren Zeiten bereit? Warum wurde die Hausgeburt, die bis in das 20. Jahrhundert hinein selbstverständlich war, fast vollständig aufgegeben? Wo sind die Triebfedern zu suchen, die diese Entwicklung inszenierten und beschleunigten? Wie veränderte sich die Gebärpraxis in den letzten 200 Jahren? Gab es Widerstände vonseiten der Schwangeren und der Hebammen gegen die Akademisierung und Medikalisation des Fachs Geburtshilfe? Am Beispiel ausgewählter europäischer Gebärkliniken, in denen die Verwissenschaftlichung der Geburtshilfe ihren Ausgang nahm, soll diesen Fragen im Folgenden nachgegangen werden.

Mit der Gründung der Accouchierinstitute, wie die Gebärhäuser im ausgehenden 18. und frühen 19. Jahrhundert genannt wurden, ging eine fundamentale Veränderung der Geburtspraxen einher. Zum ersten Mal in der Geschichte der Geburtshilfe begaben sich Frauen zur Entbindung in eine Klinik, wo sie ihr Kind unter den Augen männlicher Geburtshelfer zur Welt brachten. Die Geburt galt nicht mehr länger als ein natürliches Geschehen, sondern als so interventionsbedürftig, dass man Wissenschaftler mit dieser Aufgabe betraute und auch die Hebammenausbildung nicht mehr in den Händen der Hebammen beließ, sondern sie unter ärztliche Aufsicht stellte.

Diese kopernikanische Wende, an der die bisherige Geburtshilfe zur Geburtsmedizin »avancierte«, kann zeitlich ungefähr auf die Wende zum 19. Jahrhundert datiert werden. Die Aufklärungsphilosophie hatte auch die medizinischen Wissenschaften erfasst und sie vor gänzlich neue Aufgaben gestellt (vgl. Foucault, 1988). Das Buchwissen allein reichte fortan nicht mehr aus, vielmehr stand nun die empirische Forschung im Mittelpunkt der Überlegungen. Forschung und Lehre am Krankenbett war das, was aufgeklärte Mediziner jetzt forderten und in die Tat umsetzten. Die ersten Krankenhäuser entstanden und mit ihnen – oder sogar noch vor ihnen – die ersten Geburtskliniken, damals in Anlehnung an ihre französischen Vorgängerinnen noch »Accouchierhäuser« genannt.

»Die aufgeklärte Obrigkeit versprach sich von den Gebärhäusern eine Verringerung der Mütter- und Säuglingssterblichkeit, die beteiligten Ärzte sahen darin eine Chance, Kontrolle über die weitgehend von Hebammen betreute Geburt zu erlangen, und die in der Regel ledigen Mütter suchten Unterstützung in einer schwierigen Lage« (Schlumbohm & Wiesemann, 2004, S. 12).

2 Hebammenwissen und Hebammenwahl

Bevor diese durch die Aufklärung forcierte Entwicklung einsetzte, wurde der Gebärenden in der Regel von einer Hebamme Beistand geleistet. Auch weibliche Familienangehörige, Freundinnen und Nachbarinnen konnten in der Wochenstube zusammenkommen, um die Kreißende zu beruhigen, ihr Mut zuzusprechen und die praktischen Dinge, wie das Geburtslager zu richten, für eine geeignete Raumtemperatur zu sorgen, Essen und Ge-

tränke zuzubereiten, das Neugeborene zu versorgen etc., zu regeln. Der Nachbarin oder Freundin bei der Niederkunft wechselseitig beizustehen, war eine Selbstverständlichkeit, der sich keine verheiratete Frau entzog. Auf dem Lande bildeten die verheirateten Frauen eine praktische geburtshelferische Hilfgemeinschaft. Männer hatten zu der Geburtsstube zumeist keinen Zugang. Lediglich wenn sich eine schwierige Niederkunft andeutete, wurde der Ehemann hinzugezogen, um der Gebärenden physisch und psychisch beizustehen. Innerhalb dieser Hilfgemeinschaft nahm die Hebamme eine zentrale Rolle ein. Die Gemeinde- oder Amtshebamme wurde von den verheirateten und verwitweten Frauen einer Gemeinde gewählt. Die Wahl ihrer Hebamme war Teil der dörflichen Frauenöffentlichkeit und zugleich das einzige öffentliche Wahlrecht der Frauen. Diese autonome Hebammenwahl blieb vielerorts bis weit in das 19. Jahrhundert erhalten – auch wenn landesherrliche Verordnungen diese Praxis bereits verboten hatten. Um von der Frauengemeinschaft zur Hebamme gewählt zu werden, hatte eine Frau bestimmte persönlichkeitsbezogene Voraussetzungen zu erfüllen. Vor allem musste sie bereits selbst geboren haben. Auch das Alter der Hebamme spielte eine wichtige Rolle. Ein fortgeschrittenes Alter signalisierte eine besondere Lebenserfahrung und persönliche Reife. Bei einer alten Hebamme konnte ihre moralische Qualität als unmittelbarer Teil ihrer Hebammentätigkeit eher vorausgesetzt werden. Eine ältere Hebamme verfügte auch über die notwendige Ungebundenheit und stand zu jeder Tages- und Nachtzeit zur Verfügung, weil sie selbst keine kleinen Kinder mehr zu versorgen hatte. Ein weiteres wichtiges Kriterium war, dass eine Hebamme verheiratet oder verwitwet sein musste. Eine geburtshilfliche Hilfgemeinschaft auf dem Land war eine Gemeinschaft der verheirateten Frauen, und so war es eine Selbstverständlichkeit, dass auch die Hebamme diese Voraussetzung erfüllte, zumal ledige Frauen in der Regel schon wegen ihres Alters und der mangelnden eigenen Erfahrung mit Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett kaum infrage kamen. Das Wissen einer Hebamme war ein geschlossenes Wissen. Als mündlich überliefertes Traditionswissen konnte es seinen Bestand nicht wesentlich verändern. Eine Trennung von Theorie und Praxis kannte dieses Wissen nicht. Es wurde direkt in der Lebenspraxis gewonnen und in dieser selbst vermittelt. Die Weitergabe dieses geburtshilflichen Wissens geschah von Hebamme zu Hebamme. Die alte Hebamme nahm gewöhnlich eine Assistentin zu allen ihren Geburten mit, die mit ihr arbeitete, der sie ihr Wissen weitervermittelte und die dann die geburtshilfliche Praxis selbstständig

übernahm, sobald die alte Hebamme starb oder ihr Amt aufgab. Häufig wechselte auch das Hebammenamt von der Mutter auf die Tochter (vgl. Labouvie, 1999, S. 99ff.; vgl. auch Labouvie, 1998, S. 103ff.).

Mit der Gründung der oben erwähnten Accouchieranstalten aber – denen in der Regel auch Hebammenausbildungsstätten angegliedert waren – veränderte sich das Wissen der Hebammen fundamental. Ihr Unterricht beschränkte sich nun auf das, was akademisch gebildete Mediziner, für die das Fach selbst noch relativ neu war, ihnen vermittelten. Damit waren sie abgeschnitten von den normalen Erfahrungen um das Geburtsgeschehen und herausgenommen aus den Vorgängen bei einer Hausgeburt, die ja nach wie vor den Normalfall darstellte. Keine erfahrene ältere Hebamme führte sie mehr in die Entbindungskunst ein, eine mehrjährige praktische Lehrzeit verwandelte sich zu einem drei- oder sechsmonatigen akademischen Kursus (vgl. Metz-Becker, 1997, S. 25ff.). Nun waren es die Hebammen, die mit der Entwicklung nicht Schritt halten konnten. Buchwissen war ihnen weitgehend fremd und konnte auch nur langsam an sie herangetragen werden, da einfache Frauen zu Beginn des 19. Jahrhunderts im Lesen und Schreiben nur dürftig unterrichtet waren. Damit begann nicht nur der Prozess der Verwissenschaftlichung des Fachs, sondern auch die Ausgrenzung der Frauen aus dem Fach, denen erst ein Jahrhundert später das Universitätsstudium möglich war (vgl. Metz-Becker & Maurer, 2010, S. 11ff.).

Die vor diesem Hintergrund neu erlassenen Hebammenordnungen schrieben die subalterne Stellung der Geburtshelferinnen gesetzlich fest. Sie verpflichteten die Hebammen, bei jeder Unregelmäßigkeit des Geburtsablaufs den Accoucheur hinzuzuziehen und sich dessen Weisungen zu fügen (vgl. Metz-Becker, 1997, S. 54). Nur die Normalgeburt verblieb in ihrem Aufgabenbereich, sodass das Wissen der Frauen bei »unrecht stehenden Geburten«, wie sie etwa die berühmte Siegemundin – Stadthebamme in Liegnitz und Verfasserin eines bedeutenden Hebammenlehrbuchs (vgl. Pulz, 1994, S. 16ff.) – noch geschickt zu behandeln wusste, mehr und mehr verloren ging. Sie durften sich weder geburtshilflicher Instrumente bedienen noch bei einer toten Frau den Kaiserschnitt vornehmen oder gar innere Medizin verabreichen. Selbst anerkannte Hausmittel, die gerade auf dem Land noch sehr verbreitet waren, wurden verfemt und den Hebammen deren Verwendung untersagt. Alle volksmedizinischen Kenntnisse, über Generationen tradiert und anerkannt, wie die Anwendung von Heilkräutern oder meditativen Techniken, sollten zugunsten der Verbreitung der aufgeklärten Medizin, wie

sie von den Universitäten ausging, aufgegeben werden. Die Hebammenlehrbücher, nun von Ärzten verfasst, waren, wie der an der Marburger Universität lehrende Accoucheur Georg Wilhelm Stein d. Ä. betont, »in gemeiner Schreibart abgefasst« und darauf ausgerichtet, den Hebammen »die Grenzen ihres Handwerks« genau zu bestimmen: »Kurz man müsste sie mehr vor demjenigen warnen, was sie nicht thun; als sie lehren wollen, was sie thun sollen« (Stein, 1801, S. VIII, S. IX; vgl. auch Metz-Becker, 1998, S. 10ff.). Damit war die Grundlage für eine Hierarchisierung der Geburtshilfe gelegt: Die »höhere« Entbindungskunst oblag den Ärzten, die Normalgeburt verblieb im Aufgabenbereich der Hebammen.

3 Berühmte Hebammen im 19. Jahrhundert

Dass die Hebammen trotz der Autonomiebeschneidung, die sie hatten hinnehmen müssen, bestrebt waren, auch auf wissenschaftlichem Gebiet voranzukommen und eben nicht das Feld allein den Ärzten zu überlassen, belegen nicht nur jene berühmten Geburtshelferinnen, deren Namen selbst im legendären *Lexikon der hervorragenden Ärzte aller Zeiten und Völker* (vgl. Hirsch, 1884–1888) Aufnahme fanden und auf die noch zurückzukommen sein wird. Bereits 1745 petitionierten in Paris 40 Hebammen um besseren Unterricht an der dortigen medizinischen Fakultät. Die französischen Hebammen nahmen es nicht hin, dass sie von der Verwissenschaftlichung des Fachs abgeschnitten werden sollten, und errichteten 50 Jahre später selbst eine Hebammenschule, der die berühmte Marie Louise Lachapelle (1769–1821) vorstand, als sie am 22.12.1802 den ersten Kurs eröffnete. Vom akademischen Studium an Universitäten ausgeschlossen, basierten die Erkenntnisse der Hebammen auf Beobachtungen aus der Praxis und den daraus resultierenden Erfahrungen. Dem Lehrbuch der Lachapelle lagen 40.000 Geburten (!) zugrunde, die sie und ihre Kolleginnen im Pariser Gebärhospital geleitet hatten (vgl. Marie Louise Lachapelle, 1821–1825).

Die Schülerin der Lachapelle, Marie Anne Victorine Boivin-Gillain (1773–1841), schrieb ebenfalls ein bedeutendes geburtshilfliches Lehrbuch, für das sie 1828 mit dem Ehrendokortitel der Universität Marburg ausgezeichnet wurde. Diesem Werk, dem *Handbuch für Medizinstudenten und Hebammen*, lagen die genauen statistischen Beobachtungen von 24.214 Geburtsfällen zugrunde. Das Buch erlebte allein vier französische



Abbildung 1: Marie Anne Victorine Boivin-Gillain, Dr. med. h. c. Philipps-Universität Marburg

Auflagen und wurde ins Italienische und Deutsche übersetzt (vgl. Boivin, 1829).

Madame Boivin war Ehrenmitglied der Königlichen Gesellschaft der medizinischen Wissenschaften in Bordeaux, erhielt die preußische goldene Verdienstmedaille und einen Ruf an den Hof der russischen Zarin nach Sankt Petersburg, den sie jedoch ablehnte. Sie entwickelte das damals beste Spekulum, mit einer schmerzlindernden Vorrichtung bei der Einführung in die Vagina, und ein Intrapelvimeter zur inneren Messung des weiblichen

Beckens. Dass ihre Erkenntnisse und Entwicklungen auch Anwendung auf breiter Ebene fanden, erhellen die weite Verbreitung ihres epochemachenden Lehrbuchs ebenso wie beispielsweise die Erwähnung ihrer Schriften und Instrumente im Inventarkatalog der Marburger Accouchieranstalt: »Boivin's Hebel«, »Intrapelvimeter von Madame Boivin« und ein »Speculum vaginae von Madame Boivin« sind hier verzeichnet (HStAM, Bestand 305 a, A IV, 3 c, δ 1, Nr. 32, Katalog von 1829).

Schon im frühen 19. Jahrhundert zeichnete es sich ab, dass Hebammen das Geburtsgeschäft ganz anders verstanden als die Mediziner und den natürlichen Ablauf der Geburt propagierten. Augenfällig wird dies am Beispiel des Port-Royal in Paris, einer sehr großen und ausschließlich von Hebammen geführten Geburtsklinik, in der mehr als 95 Prozent der Geburten »natürlich« verliefen.

»Beinahe das ganze 19. Jahrhundert hindurch haben die Hebammen von Port-Royal ihren Vorrang gegenüber den Geburtshelfern sichern können. Die faktische Leitung der Einrichtung lag ebenso in ihren Händen wie die Ausbildung, die praxisorientiert war und höchsten Standards genügte« (Beauvalet, 1998, S. 240).

Dennoch war es ein Hospital, in dem Hebammen ihre wissenschaftlichen Beobachtungen machten und die Verlegung der Geburt aus dem häuslichen Bereich in ein öffentliches Krankenhaus hatte auch hier stattgefunden. »In Port-Royal zeigt sich in besonders zugespitzter Weise«, sagt der Historiker Jürgen Schlumbohm,

»was auch für viele Gebäranstalten Mitteleuropas gilt: Die Medikalisation und Hospitalisierung der Geburt, also die formelle Ausbildung und Einbindung der Hebammen in einen durch Ärzte geprägten Denkstil, diente nicht ausschließlich männlichen Geburtshelfern, sondern auch der Professionalisierung des Hebammenstandes – freilich in Paris auf besonders hohem Niveau und unter ausdrücklichem Ausschluß männlicher Konkurrenten« (Schlumbohm et al., 1998, S. 26).

Auch in Deutschland machten sich im frühen 19. Jahrhundert Frauen in der Geburtshilfe einen Namen. Zur Ehrendoktorin der Universität Gießen wurde im Jahr 1815 Regina Josepha von Siebold (1771–1849) ernannt. Mit dem am 06.09.1815 verliehenen Doktordiplom war sie neben Dorothea Erxleben die zweite deutsche Frau, die einen medizinischen Dokortitel führte. Ihre Tochter aus erster Ehe, Charlotte Heidenreich, genannt von Siebold (1788–1859), schlug die gleiche Laufbahn ein. Sowohl von der Mutter wie vom Stiefvater, der ebenfalls Geburtshelfer war, gründlich vorbereitet, nahm sie noch privaten Unterricht an der Universität Göttingen. 1814 legte sie die Prüfung zur Ausübung der Geburtshilfe in Darmstadt ab. Anders als die Mutter unterzog sie sich einer ordnungsgemäßen und nach den Regeln der Medizinischen Fakultät verlaufenden Promotionsprüfung, das heißt einer öffentlichen Disputation. Dieser ungewöhnliche Vorgang erregte eine heftige Debatte innerhalb der Gießener Professorenschaft, die »eine öffentliche Disputation wegen der Materie für ein Frauenzimmer contra decorem« (= unschicklich) hielt (vgl. Schönfeld, 1948, S. 145).

Doch diese herausragenden wissenschaftlich tätigen Geburtshelferinnen traten in der ersten Hälfte des 19. Jahrhunderts gewissermaßen als Krö-

nung und Abgesang vor der endgültigen Beschränkung der Hebammen auf die ganz normale Geburtshilfe auf. Die Medizinhistorikerin Esther Fischer-Homberger fasst den hier beschriebenen Prozess folgendermaßen zusammen:

»Die Aufklärung hat eine Verwissenschaftlichung, Literaturfähigkeit und vor allem eine Eingliederung der Geburtshilfe in die Medizin gebracht, die dieses Fach (bei der Beschränktheit der Bildungsmöglichkeiten für Frauen) in die Hände von Männern brachte. [...] Für die weiblichen Hebammen wurden nun spezielle Schulen gegründet, die ihnen die Belehrung vermittelten, derer sie als medizinische Hilfspersonen bedurften« (Fischer-Homberger, 1975, S. 154).

4 Hierarchisierungsbestrebungen in der Geburtshilfe

Die um 1800 gegründeten Accouchier- bzw. Entbindungsanstalten boten den Ärzten in besonderer Weise die Möglichkeit, empirisches Expertenwissen zu erwerben und damit die Grundlage zur Verwissenschaftlichung der Geburtshilfe zu legen. Alle wichtigen geburtshilflichen Autoren seit der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts hatten Entbindungsanstalten vorgestanden. Die Lehren der deutschen Geburtshilfe entstammten der klinischen Praxis und den Beobachtungen, die in den verschiedenen Gebäuhäusern gemacht wurden, wobei sich die Geburtshilfe ausdrücklich als empirische Wissenschaft verstand (Niemeyer, 1828). Dabei versprach der geschützte und isolierte Raum der Klinik nach Auffassung der Geburtshelfer eine reine Naturbeobachtung ohne störende äußere Einflüsse, womit sich die Entbindungsanstalten als praktische Ausbildungsstätten für den geburtsärztlichen Nachwuchs etablierten. Sie ermöglichten erstmals prinzipiell eine Vereinheitlichung der geburtsärztlichen Ausbildung, die geregelte Weitergabe des Wissens an den Nachwuchs und die Kontrolle dieses Wissens durch die Ärzte selbst. Häufig wird dieser erhebliche Bedeutungsgewinn ärztlich-männlicher Geburtshilfe im 19. Jahrhundert mit einer einseitigen Verlustgeschichte der Hebammen assoziiert und mit Verdrängung, Marginalisierung oder Deprofessionalisierung verknüpft. Bei näherem Hinschauen allerdings kann von einer Verdrängung der Hebamme eigentlich keine Rede sein. Der ärztlich-männliche Monopolanspruch in der praktischen Geburtshilfe beschränkte sich auf die Behandlung von

Geburtskomplikationen, während die Zuständigkeit der Hebamme für das viel umfangreichere Feld der natürlichen Geburtshilfe bis ins 20. Jahrhundert hinein nicht ernsthaft infrage gestellt wurde. Schließlich betrachteten die Ärzte komplikationslose Geburten nicht als ihr Aufgabengebiet, wobei sie aber die Definitionsgewalt in der Klinik darüber hatten, welche Fälle ärztliches Eingreifen verlangten und welche nicht. Weit über Deutschlands Grenzen hinaus bekannt wurde vor diesem Hintergrund der Göttinger Anstaltsleiter Friedrich Benjamin Oslander (1759–1822). Er ging als »Zangen-Oslander« in die Medizingeschichte ein, da er bei fast jeder zweiten Geburt in seiner Klinik die Zange zur Anwendung brachte. »Warum«, so schrieb er, »soll man mit animalischer Ergebenheit die Hülfe der Natur abwarten«, wenn der Geburtshelfer sich doch der »Hülfe der Kunst« (Oslander, 1794; S. XII–CXIII) bemächtigen konnte, die in den Accouchierhäusern im häufigen Anlegen der Zange, im Einsatz von Perforationsinstrumenten oder dem »Kaiserschnitt-Bistouri« lag (vgl. Metz-Becker, 1997, S. 202ff.).



Abbildung 2: Hausgeburtsszene mit Accoucheur, Hebamme und dem Gebärstuhl nach Georg Wilhelm Stein aus Kassel

Die Nachfrage nach geburtsärztlichen Dienstleistungen in der Bevölkerung blieb jedoch gering, sodass mehr als 90 Prozent der Geburten das ganze 19. Jahrhundert hindurch noch immer von Hebammen geleitet wurden. Es ging den Ärzten letztlich auch nicht um eine vollständige Verdrängung der Hebammen oder eine absolute Monopolstellung, sondern um eine Hierarchisierung der Geburtshilfe. Nicht nur, dass ihnen infolge ihrer Universitätskarriere die sogenannte »höhere Entbindungskunst« (Loytved, 2002, S. 175) zufiel, vielmehr beanspruchten sie auch, im Einzelnen festzulegen, wo das Aufgabengebiet der Hebammen aufhörte und das der Ärzte begann. Der ärztliche Unterricht in den Hebammenschulen verfolgte genau diesen Zweck, nämlich nicht nur eine qualitative Verbesserung der weiblichen Geburtshilfe, sondern auch die Überlegenheit ärztlicher Geburtshilfe zu garantieren: »Nur partiell ging es also um eine neue Teilung der Arbeit zwischen Hebammen und Ärzten, fundamental hingegen um eine Änderung in der Verteilung der Macht und des autorisierten Wissens« (Schlumbohm et al., 1998, S. 17).

5 Gebären in der Accouchieranstalt

Ort der Hebammenausbildung waren in der Regel ebenfalls die Accouchierhäuser bzw. Gebä- oder Entbindungsanstalten, wie sie später in Deutschland genannt wurden. Die Schwangeren, die sich hier einfanden, gehörten zu keiner Risikogruppe, sodass hier durchaus »natürliche« Geburten vorkamen, bei denen die Hebammenschülerinnen zugegen waren. In erster Linie jedoch waren die Entbindungsanstalten zur Ausbildung angehender Geburtshelfer gegründet worden, denn nur hier hatten sie Gelegenheit, empirische Beobachtungen anzustellen und Gebärende selbst zu behandeln. Ihre Klientel bestand aus ledigen und armen Schwangeren, denn eine verheiratete Frau gebar nach wie vor im häuslichen Ehebett und begab sich nicht in eine öffentliche Klinik. Hinzu kam, dass die Häuser keinen guten Ruf hatten und die unehelich Schwangeren unter Strafan drohung gesetzlich gezwungen werden mussten, ihr Kind hier zur Welt zu bringen. Andererseits blieb für manche verlassene Schwangere das Gebä rhaus die letzte Zuflucht, wenn die Dienstherrschaft sie aufgrund ihrer Schwangerschaft entlassen hatte und sie obdachlos war (vgl. Metz-Becker, 1997, S. 156). Doch es ergab sich ein besonderes Gewaltverhältnis aus der Unterrichtsfunktion dieser Anstalten: Mit ihrer Aufnahme verpflichteten

sich die unentgeltlich gepflegten Frauen, für die Untersuchungsübungen der Medizinstudenten und Hebammenschülerinnen zur Verfügung zu stehen und ihr Kind unter deren aktiver Teilnahme zur Welt zu bringen; im Falle des Todes sich oder das Kind gar der Anatomie zur Verfügung zu stellen. Einspruchsmöglichkeiten gegen therapeutische Eingriffe und instrumentelle Operationen waren unmöglich. Dass die Anstaltsärzte diesen Spielraum häufig zu unnötigen Eingriffen, die letztlich nur Unterrichtszwecken dienten, nutzten, zeigt die unverhältnismäßig hohe Operationsfrequenz in den Gebärhäusern. Häufig genug bezahlten die Schwangeren ihre Indienstnahme für die Zwecke der Wissenschaft und des Unterrichts mit ihrem Leben. Starb eine Frau unter der Geburt, war nach einer hessischen Verordnung aus dem Jahr 1801 der »Leichnam in Gegenwart aller Lernenden [zu] öffnen und [zu] zergliedern, demnächst aber beerdigen [zu] lassen« (HStAM 305a; Nr. 4). Das heißt, dass die Gebärhäuser ihre Leichen nicht in die Anatomie gaben, sondern eigene Seziersräume für ihre Untersuchungen unterhielten, die sie in die Lage versetzten, umfangreiche Sammlungen anzulegen, mit denen sich die Institutsdirektoren einen oft zweifelhaften Ruhm erwarben. In der berühmten »Marburger Beckensammlung« soll sich laut Inventarliste unter anderem sogar das Becken der verstorbenen Haushebamme Nöll, befunden haben (vgl. Metz-Becker 1997, S. 61f.).

Bei dem berühmten Marburger Anstaltsleiter G. W. Stein d. Ä. heißt es:

»Damit es auch an nichts, was zur vollkommenen Erlernung der Entbindungskunst nöthig ist, fehlen möge, und die Lernenden einen genauen Begriff von allen zum Gebären nöthigen Theilen, deren Lage, Verbindung und Nutzen, desgleichen von dem beträchtlichen Unterschiede zwischen schwangeren, gebährenden und im Kindbett befindlichen oder verstorbenen Personen, nicht weniger auch von den Ursachen des Todes, bekommen: So soll der Professor der Entbindungskunst, wenn eine Schwangere, Gebärende, Kindbetterin, oder das neugebohrne Kind im Institute verstirbt, den Leichnam in Gegenwart aller Lernenden öffnen und zergliedern [...] lassen« (Stein, 1801, § 4).

Auch in Göttingen sah es nicht anders aus:

»Todtgebohrne oder gestorbene Kinder werden auch entweder geöffnet und dann sogleich begraben; oder die schicklichsten Leichname in Wein-

geist aufbewahrt, und als die natürlichsten Puppen zu den Uebungen am Fantome gebraucht. Sind sie durch vielen Gebrauch verdorben, so werden sie ebenfalls begraben. Pathologische oder physiologische Seltenheiten werden für das Institut zum Unterricht in Weingeist aufbewahrt« (Osian-der, 1794, S. LXVII).



Abbildung 3: Totalpräparat einer Schwangeren

Auch als das Ministerium 1847 anfragte, ob es nicht – angesichts des gravierenden Kindbettfiebers – besonders schädlich sei, dass weiterhin verstorbene Wöchnerinnen in der Entbindungsanstalt seziiert würden, antwortete der zu dieser Zeit in Marburg tätige Professor Hüter, dass er sezieren lasse, um das Wissen der Lernenden zu erweitern. Dabei nehme er die Sektionen zwar in unmittelbarer Nähe des Kreißsaals vor, aber unter Ausschluss der Öffentlichkeit (vgl. Metz-Becker, 1997, S. 223).

Aber auch der normale, nichtoperative Geburtsablauf im Accouchierhaus war im Sinne seiner Lehr- und Ausbildungsfunktion geregelt. In den Marburger Statuten von 1821 heißt es:

»Wenn eine Schwangere zu kreisen anfängt, so werden alsbald die sämtlichen Praktikanten und der Lehrer gerufen: Nach der Reihe, wie sie sich zu der Klinik gemeldet haben, übernimmt einer die Behandlung der Geburt, während die übrigen als Beobachter zugegen sind. Nachdem der Lehrer die Kreisende untersucht hat, geschieht dasselbe von dem, welcher die Geburt

besorgt, und nachher auch von den übrigen Zuhörern. [...] Wenn es nützlich erachtet wird, so werden im Verlaufe der Geburt sämtliche Praktikanten noch einmal zu der Untersuchung zugelassen« (Busch, 1821, S. 12).

Auf das Schamgefühl der den Ärzten anvertrauten Frauen wurde wenig oder gar keine Rücksicht genommen. Musste der zu einer Hausgeburt gerufene Arzt unter der Bettdecke arbeiten, war im Gebärhause der entblößte Frauenkörper selbstverständlich. Der Geburtshelfer und Medizinhistoriker Dohrn berichtet selbstkritisch über die Gepflogenheiten in einigen deutschen Gebärhäusern des 19. Jahrhunderts:

»In Erlangen hielt damals der Professor in einem unglaublich dürftig ausgestatteten Auditorium öfters über die einzige, mitten unter den Studenten, an dem runden Tisch sitzende Schwangere seinen Vortrag. In Gießen stand in der Untersuchungsstunde die Schwangere hinter einem dicken Vorhang und der Praktikant durfte nur durch einen Schlitz des Vorhanges seinen Finger in die Genitalien der aufrecht stehenden Schwangeren einführen, worauf der Praktikant über den Befund referierte. In Göttingen sah man



Abbildung 4: Der Geburtshelfer tastet die stehende Schwangere ab, ohne einen Blick unter ihren Rock zu werfen

in der abendlichen Untersuchungsstunde die Schwangere auf einer Art von Katafalk aufgebahrt. Ein von der Decke herabhängender Vorhang verdeckte die Gesichtszüge der Schwangeren den Augen der Studenten. Ein fremder Besucher glaubte in ein Sektionslocal zu kommen« (Dohrn, 1903, S. 84f.).

Zu den in dieser Zeit entwickelten geburtshilflichen Operationsinstrumenten gehörten: Kopfzangen, Steißzangen, Hebel, Kopfzieher, Kopfsägen und Perforationsgeräte. Im Übrigen hatte Georg Wilhelm Stein d. Ä. ein eigenes Kaiserschnitt-Bistouri entworfen und von einem Marburger Instrumentenmacher bauen lassen (vgl. Metz-Becker, 1997, S. 68; vgl. auch Metz-Becker, 2014).

Dass der Einsatz der oben beschriebenen Instrumente auch Gefahren für Mutter und Kind barg, dürfte auf der Hand liegen. Die Medizinhistoriker Kuhn und Tröhler bemerken im Vorwort zur Göttinger Sammlung der Geburtsmedizin:

»Vielen und im besonderen in der Geburtshilfe nicht Erfahrenen mag der Anblick mancher Instrumente aus der im folgenden vorgestellten Sammlung einen gehörigen Schrecken einjagen, wenn sie sich ausmalen, wie diese Werkzeuge dazu benutzt worden sein könnten, einen Geburtsvorgang, der natürlicherweise nicht oder zu langsam vonstatten ging, zu erzwingen oder zu beschleunigen. Dies ist umso mehr der Fall, wenn man sich erinnert, dass die Narkose erst um 1850 in die Medizin eingeführt wurde. Die beträchtliche und schmerzhaftige Gewalt, die mit diesen Werkzeugen an Mutter und Kind verübt werden konnte, barg ohne Zweifel das Risiko erheblicher Traumatisierung, die nicht selten durch Blutungen und Entzündungen zu einem langen Leidensweg oder zum Tode führte« (Kuhn & Tröhler, 1987, S. 19).

Der schlechte Ruf der Gebärinstitute resultierte auch aus der Tatsache, dass die Mortalitätsrate in den Geburtshäusern exorbitant hoch war: So kam beispielsweise in Kurhessen auf 16,2 Zangengeburt eine tote Mutter und unter 4,8 Zangenentbindungen in der Gebäranstalt kam ein Kind tot zur Welt. Im Marburger Accouchierinstitut starben zwischen 1836 und 1838 4,2 Prozent der Wöchnerinnen und 25,6 Prozent der Säuglinge unter der Zangengeburt (vgl. Metz-Becker, 1997, S. 206).

Auch die anderen operativen Eingriffe wie Kaiserschnitt oder Embryotomie bargen hohe Verletzungsgefahren; der Kaiserschnitt war fast in