

1. Einleitung

Das akademische Gebärdhaus ist ein Institut der Landes-Universität für den Zweck der praktischen Unterweisung und Anleitung der Studirenden der Geburtshilfe zur ärztlichen Kunstübung an Gebärenden, Schwangeren, Wöchnerinnen, und an kranken neugeborenen Kindern.¹

Gleich der erste Paragraph der 1855 erlassenen Statuten der geburtshilflichen Klinik bringt auf den Punkt, was der eigentliche Zweck und die Aufgabe dieses Institutes war: der praktische geburtshilfliche Unterricht der Studierenden. Eine Art Wohlfahrtsgedanke, den mittellosen ledigen Schwangeren um und während ihrer Geburt Hilfe und Obdach zu gewähren, war also keineswegs die Leitidee hinter der Einrichtung dieser geburtshilflichen Klinik, sondern die Erteilung des akademischen Unterricht stand im Vordergrund.

Die Geschichte der Tübinger Entbindungsanstalt als akademische Lehranstalt reiht sich in die Geschichte der Verwissenschaftlichung der Geburtshilfe ein, die im aufgeklärten und absolutistischen Staatsdenken des 18. Jahrhunderts ihren Anfang hat. Der dahinterstehende Grundgedanke setzte die politische, militärische und wirtschaftliche Kraft eines Staates mit einer großen Anzahl an Untertanen gleich. Der gesunde Körper eines jeden Einzelnen wurde in Form seiner Arbeitskraft als Beitrag zum Wohlergehen des Staates interpretiert, wobei die Vermehrung gesunder Untertanen auch zur Vermehrung der Staatskraft führen sollte. Um die Bevölkerungszahl zu erhöhen, wurde deshalb unter anderem nicht nur die Bekämpfung von Kindsmord und Abtreibung priorisiert, sondern auch die Senkung der Mütter- sowie der hohen Säuglingssterblichkeit wurde im Rahmen der neuen, nach merkantilistisch-populationistischen Maximen ausgerichteten Gesundheitspolitik zu einer Angelegenheit von besonderer Wichtigkeit.² Damit griffen die politischen Interessen auf den Bereich der

¹ UAT 68/1ba: Entwurf der Statuten für die geburtshilfliche Klinik vom 9.7.1855, § 1.

² Vgl. Buelzingsloewen, Isabelle von: Die Entstehung des klinischen Unterrichts an den deutschen Universitäten des 18. Jahrhunderts und das Göttinger Accouchierhaus, in: Schlumbohm, Jürgen / Wiesemann, Claudia (Hrsg.): Die Entstehung der Geburtsklinik in Deutschland. Göttingen, Kassel, Braunschweig, Göttingen 2004, S. 15–30, hier S. 26; Schlumbohm, Jürgen: „Die Schwan-

Geburtshilfe über. „Das Leben von Müttern und Kindern zu retten war nicht nur ein humanitäres, sondern auch ein politisches Ziel“³, subsumierte Jürgen Schlumbohm. Die angestrebten Verbesserungen der gesundheitspolitischen Maßnahmen wie auch deren Durchsetzung waren aber nicht ohne die Mitwirkung der Ärzte möglich. Die staatlichen Pläne trafen gleichzeitig auf eine sich gerade professionalisierende Ärzteschaft – zwei Interessen, die sich durchaus zu ergänzen vermochten. Damit wurde der studierte Mediziner zum „Erfüllungsgehilfe[n] des Staates“⁴. Als Folge dieser neuen Bevölkerungspolitik sind neben den in allen deutschen Ländern erfolgten zahlreichen Reformen des Hebammenwesens auch die Einführung der Geburtshilfe an den Universitäten als akademisches Fach und die Errichtung von Entbindungsanstalten, an denen nicht nur Hebammen, sondern auch angehende Ärzte praktisch unterrichtet wurden, zu rechnen.⁵

Ihren Ursprung hatte die praktische wissenschaftliche Geburtshilfe in Frankreich. Dort öffnete im Jahr 1630 die erste geburtshilfliche Abteilung des Pariser Hôtel-Dieu ihre Pforten. Vorrangig ging es dort zwar um die Versorgung mittelloser Schwangerer, doch zum ersten Mal erhielten hier männliche Chirurgen auch die Möglichkeit zur Geburtsbeobachtung.⁶ Allerdings wurden bereits zu Beginn des 18. Jahrhunderts die Ausbildungsmöglichkeiten für die männlichen Geburtshelfer stark beschnitten: Von nun an wurde Männern nur noch ausnahmsweise Zutritt ans Gebärbett gewährt, während der Unterricht der Hebammen in den Vordergrund gerückt wurde. Auch wenn damit der Nutzen für die männlichen Geburtshelfer schließlich stark beschränkt worden war, so hatte das Hôtel-Dieu dennoch auch für die Entwicklung der deutschen wissenschaftlichen Geburtshilfe wichtige Impulse geliefert.⁷

Die erste Gebäranstalt im deutschsprachigen Raum wurde schließlich 1728 in Straßburg gegründet. Zunächst wurden dort nur Hebammen ausgebildet, kurze Zeit spä-

geren sind der Lehranstalt halber da“: Das Entbindungshospital der Universität Göttingen 1751 bis ca. 1830, in: Ders./Wiesemann (Hrsg.): *Geburtsklinik*, S. 31–62, hier S. 33; Beaufaÿs, Sandra: Professionalisierung der Geburtshilfe. Machtverhältnisse im gesellschaftlichen Modernisierungsprozeß, Wiesbaden 1997 (= *Zugänge zur Moderne*), S. 54–56; Metz-Becker, Marita: Der verwaltete Körper. Die Medikalisierung schwangerer Frauen in den Gebäuhäusern des frühen 19. Jahrhunderts, Frankfurt/Main; New York 1997, S. 90–97; Frevert, Ute: Frauen und Ärzte im späten 18. und frühen 19. Jahrhundert – zur Sozialgeschichte eines Gewaltverhältnisses, in: Kuhn, Annette / Rüsen, Jörn (Hrsg.): *Frauen in der Geschichte II. Fachwissenschaftliche und fachdidaktische Beiträge zur Sozialgeschichte der Frauen vom frühen Mittelalter bis zur Gegenwart*, Düsseldorf 1982 (= *Geschichtsdidaktik: Studien, Materialien*, 8), S. 177–210, hier S. 179–181.

3 Schlumbohm, *Lehranstalt*, S. 33.

4 Metz-Becker: *Körper*, S. 97.

5 Vgl. Seidel, Hans-Christoph: Eine neue „Kultur des Gebärens“. Die Medikalisierung von Geburt im 18. und 19. Jahrhundert in Deutschland, Stuttgart 1998 (= *Medizin, Gesellschaft und Geschichte. Beiheft*, 11), S. 20 f.

6 Vgl. Reissig, Simone: Die historische Entwicklung der Universitäts-Frauenklinik Halle als Beispiel der Entstehung moderner Frauenkliniken im 18. und 19. Jahrhundert, Halle 1995, S. 15 f.

7 Vgl. Seidel: *Kultur des Gebärens*, S. 234.

ter wurde der Unterricht auch auf männliche Studierende ausgeweitet. Straßburg gilt damit nicht nur als gemeinsames Ausgangsmodell der späteren Gebärdhauslandschaft, sondern hatte gleichzeitig auch Vorbildfunktion für viele der in der Folge neu errichteten Entbindungsanstalten in Europa.⁸ Nahezu alle Geburtshelfer der ersten und auch noch der zweiten Generation, die zu den wichtigen und namhaften Vertretern ihres Fachs gehört haben, haben hier gelernt.⁹ Von Straßburg als Urtyp ausgehend haben sich schließlich drei verschiedene Klassifikationen an Entbindungsanstalten herausgebildet:

1. der französisch-österreichische Typ, der vor allem in katholischen Ländern vorherrschte und dessen Gebärdhäuser als Teil der Armenfürsorge fungierten, deren Charakter trotz Hebammen- und Geburtshelferausbildung vorrangig wohlthätige Züge aufwies und als grundlegendes Merkmal über ein angeschlossenes Findelhaus verfügte;¹⁰
2. der in Deutschland vorherrschende Gebärdhaustyp, bei dem der Charakter einer Unterrichtsanstalt ganz deutlich in den Vordergrund gestellt war. Angeschlossene Findelhäuser finden sich Ende des 18. Jahrhunderts an deutschen Gebärdanstalten nur selten und wenn, dann war ihre Existenz nur von kurzer Dauer;¹¹

8 Vgl. Hilber, Marina: Institutionalisierte Geburt. Eine Mikrogeschichte des Gebärdhauses, Bielefeld 2012 (= Histoire, 33), S. 9 f.

9 Vgl. Beaufaÿs: Professionalisierung, S. 57.

10 Als Paradebeispiel gilt hier wohl das 1784 errichtete Gebärd- und Findelhaus in Wien. Diese Anstalt hatte nicht nur den Zweck, uneheliche Kinder zu versorgen, sondern auch die ledigen Mütter vor der Schande und der Not durch die Geburt eines unehelichen Kindes zu bewahren, vgl. Pawlowsky, Verena: Mutter ledig – Vater Staat. Das Gebärd- und Findelhaus in Wien 1784–1910, Innsbruck u. a. 2001; Matschinegg, Ingrid / Pawlowsky, Verena / Zechner, Rosa: Mütter im Dienst – Kinder in Kost. Das Wiener Findelhaus, eine Fürsorgeeinrichtung für ledige Frauen und deren Kinder, in: L'Homme 5, Heft 2 (1994), S. 61–80.

11 Vgl. Seidel: Kultur des Gebärdens, S. 233. So zum Beispiel am 1763 eröffneten Kasseler Accouchier- und Findelhaus, das sogar über eine Babyklappe in Form einer Drehlade verfügte, über die die Frauen ihre neugeborenen Kinder anonym abgeben konnten. Außerdem bestand hier Anschluss an das städtische Waisenhaus, wohin die Kinder schließlich in weitere Obhut gegeben wurden. 1781 wurde die Babyklappe abgeschafft und sechs Jahre später sogar das Findelhaus geschlossen, vgl. Vanja, Christina: Das Kasseler Accouchier- und Findelhaus 1763 bis 1787: Ziele und Grenzen „vernünftigen Mitleidens“ mit Gebärdenden und Kindern, in: Schlumbohm/Wiesemann (Hrsg.): Geburtsklinik, S. 96–126, hier S. 99–102, S. 118.

Marina Hilber hat zu Recht darauf hingewiesen, dass sich Gebärdanstalten nicht pauschal allein aufgrund ihres nationalstaatlichen Hintergrunds verallgemeinern lassen. Auch wenn in Deutschland Anstalten mit dem Schwerpunkt auf der Ausbildung von Medizinerinnen und Hebammen überwogen, entwickelte sich dennoch „ein breites Spektrum möglicher Ausformungen“: Hilber: Institutionalisierte Geburt, S. 11 f. Die Regensburger Kreisgebärdanstalt beispielsweise stand in ihrer Entstehungsgeschichte „noch in der Tradition der wohlthätigen, karitativen, öffentlichen Einrichtungen und Armenasyle“ und war von ihrem Charakter als Lehranstalt stets diesem wohlthätigen Gedanken untergeordnet: Stadlober-Degwerth, Marion: (Un)Heimliche Niederkunften. Geburtshilfe zwischen Hebammenkunst und medizinischer Wissenschaft, Köln u. a. 2008, S. 346.

3. der englische Typ, der sich von den beiden anderen Gebärdhausformen dadurch unterscheidet, dass diese Anstalten vorwiegend aus privaten Stiftungen finanziert wurden, die Betonung auf soziale und medizinische Hilfeleistungen für arme Frauen gelegt wurde, aber – und dies ist der Hauptunterschied zu den beiden anderen Gebärdhaustypen – ihr Angebot nicht auf ledige Schwangere ausgerichtet war, sondern durchaus zwar arme, aber verheiratete Frauen als Klientel ansprechen wollte.¹²

Die Tübinger geburtshilfliche Klinik – und das zeigt bereits das eingangs aufgeführte Zitat – ist geradezu ein Paradebeispiel des zweiten Typs, nämlich des in Deutschland vorherrschenden Gebärdhausmodells einer akademischen Unterrichtsstätte. Ihre Gründungsgeschichte gliedert sich somit in die Reihe und Entwicklung deutscher Universitätsfrauenkliniken ein. Den Auftakt hierzu bildet Göttingen. Hier wurde 1751 das erste akademische Gebärdhaus Europas, welches an eine Universität angegliedert war, gegründet.¹³ Dann dauerte es bis 1779, bis in Jena eine weitere akademische Gebärdanstalt gegründet wurde. In den 1790er setzte dann eine regelrechte Gründungswelle an Universitätsentbindungsanstalten im deutschsprachigen Raum ein, der sich auch Tübingen angeschlossen hat.¹⁴ Die Universität Tübingen ist mit der Aufstellung zweier Gebärdbetten im Jahr 1797 also keinesfalls ein Vorreiter in der Entwicklung der akademischen Geburtshilfe gewesen, aber sie bildete auch keineswegs das Schlusslicht unter den Universitätsentbindungskliniken.

Die Tübinger geburtshilfliche Klinik stellt in ihrem Verhältnis zur Landeshebamenschule eine Besonderheit unter den Universitätskliniken dar. Zuerst wurde die Hebammenschule Mitte des 19. Jahrhunderts von der Tübinger Medizinischen Fakultät abgestoßen, um sie ein halbes Jahrhundert später wieder zurückholen zu wollen. Die sich in dieser Zwischenzeit entwickelte gleichzeitige Abhängigkeits- wie Konkurrenzbeziehung zwischen diesen beiden Institutionen führte zu einem Spannungs-

12 Vgl. Hilber: Institutionalisierte Geburt, S. 10 f.; Seidel: Kultur des Gebärens, S. 232–239.

13 Vgl. Schlumbohm, Jürgen: Lebendige Phantome. Ein Entbindungshospital und seine Patientinnen 1751–1830, Göttingen 2012, S. 15; Ders.: Lehranstalt, S. 32; Ders.: Der Blick des Arztes, oder: wie Gebärende zu Patientinnen wurden. Das Entbindungshospital der Universität Göttingen um 1800, in: Ders. u. a. (Hrsg.): Rituale der Geburt. Eine Kulturgeschichte, München 1998 (= Beck'sche Reihe, 1280), S. 170–191, hier S. 170.

14 Angeführt wurde die rasche Folge an Neugründungen von Prag (1798), dicht gefolgt von Marburg (1791) und Königsberg (1793). Auch die Universitätsentbindungsanstalt in Landshut wurde in den 1790er Jahren gegründet. Nach der Gründung der Tübinger Gebärdanstalt 1797 folgten Freiburg (1799), Kiel, Würzburg, Heidelberg (alle 1805), Leipzig (1810), Halle, Breslau (beide 1811), Gießen (1814), Berlin (1817) und schließlich Bonn (1819), vgl. Seidel: Kultur des Gebärens, S. 137 f. Anders als in Frankreich oder England war es geradezu ein Charakteristikum deutschsprachiger Länder, dass viele der im 18. und Anfang des 19. Jahrhunderts eröffneten Gebärdanstalten, Universitätsanstalten waren, vgl. Schlumbohm: Lehranstalt, S. 33.

verhältnis, welches die württembergischen Verhältnisse von der Situation in anderen Territorien abhebt.

Gleichzeitig weist die Rückschau auf die Geschichte der Geburtshilfe an der Tübinger Frauenklinik den Bezug zur Aktualität dieses Gegenstandes auf. Die vollständige Akademisierung des Hebammenberufes wurde am 1. Januar 2020 per Gesetz¹⁵ in die Wege geleitet, nach welchem ab dem 1. Januar 2023 die Berufsausbildung nur noch in Form eines Studiums möglich ist. Dadurch verspricht sich die Regierung eine Qualitätsverbesserung der Geburtshilfe im Land.¹⁶ Mit dieser Reform des Hebammenwesens soll dem Hebammenmangel in Deutschland entgegengesteuert werden, der vor allen Dingen kleinere Krankenhäuser immer wieder zur Schließung ihrer Kreißsäle zwingt. Gleichzeitig soll die Akademisierung den Hebammenberuf auch für Männer attraktiver machen, die in diesem Berufsfeld eine absolute Minderheit darstellen.¹⁷ Trotz aller Bemühungen um die Auflösung traditioneller Frauen- und Männerberufe und gleichberechtigter Geschlechterverteilung, die in vielen Berufszweigen schon gute Fortschritte erzielt haben, gilt der Beruf der Hebamme immer noch fast ausschließlich als reiner Frauenberuf. Der Aktualitätsbezug dieser Studie besteht daneben auch noch auf dem Gebiet der praktischen Geburtshilfe aus Sicht der gebärenden Frauen und tangiert den Umgang mit ihnen als Schwangere, Gebärende und Wöchnerinnen seitens des medizinischen Personals, wobei der besondere Fokus auf einen respektvollen Umgang mit den Frauen gelegt wird, um Gewalt im Kreißaal und körperliche wie psychische Übergriffe zu verhindern. Der Trend geht zu selbstbestimmten Geburten, bei denen den Frauen ihre Privatsphäre bei gleichzeitigem Vertrauensverhältnis zu den Ärzten und Hebammen gewährleistet werden soll und ihnen gleichzeitig das Gefühl eines würdevollen Umgangs auch mit ihrem Körper zu vermitteln.¹⁸ Gleich auf mehreren Ebenen ist also die Beschäftigung mit der Geburtshilfe und ihrer Geschichte in der heutigen Zeit als bedeutendes Thema präsent.

15 Gesetz zur Reform der Hebammenausbildung (Hebammenreformgesetz – HebRefG), <https://www.bundesgesundheitsministerium.de/hebammenreformgesetz.html> (zuletzt aufgerufen am 14.3.2024).

16 Vgl. Pressemitteilung des Landes Baden-Württemberg: Land bringt Akademisierung der Hebammenausbildung voran, <https://www.baden-wuerttemberg.de/de/service/presse/pressemitteilung/pid/land-bringt-akademisierung-der-hebammenausbildung-voran-1> (zuletzt aufgerufen am 14.3.2024).

17 Vgl. Expertin: Zu wenig Hebammen und fast keine Männer im Beruf vom 7.3.2022, in: [aerzteblatt.de](https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/132317/Expertin-Zu-wenig-Hebammen-und-fast-keine-Maenner-im-Beruf), <https://www.aerzteblatt.de/nachrichten/132317/Expertin-Zu-wenig-Hebammen-und-fast-keine-Maenner-im-Beruf> (zuletzt aufgerufen am 14.3.2024). Im Jahr 2022 sollen nach unterschiedlichen Schätzungen nur zwischen sechs und 30 Männer als Hebammen tätig gewesen sein, vgl. ebd.

18 Vgl. Dhakal, Prativa u. a.: Educational interventions to promote respectful maternity care: A mixed-methods systematic review, in: *Nurse Education in Practice* 60 (2022), S. 1–12, <https://doi.org/10.1016/j.nepr.2022.103317> (zuletzt aufgerufen am 14.3.2024).

1.1 Forschungsstand

Die seit dem 18. Jahrhundert entstandenen Entbindungsanstalten, oder auch als Accouchier- oder Gebärhäuser bezeichnet, wurden von der Forschung vor allem in Einzeluntersuchungen von verschiedenen Gesichtspunkten beleuchtet. Bis weit in die 1980er Jahre hinein näherten sich die Forschungsarbeiten überwiegend aus der Richtung der traditionellen Medizingeschichte, die auf den Fortschrittsgedanken als Leitmotiv ausgerichtet waren. „Der Fokus lag in erster Linie auf der Darstellung von Erfolgsgeschichten, welche, meist mittels eines biographischen Zugangs, die Karrierewege einzelner prominenter Vertreter des Faches skizzierte“¹⁹, so resümiert Marina Hilber. Und gleichzeitig sind solche Arbeiten gewöhnlich nur deskriptiver Art, bei denen die Ursachen für die einzelnen Entwicklungslinien nicht näher erforscht werden.²⁰

In dieser Tradition der Medizingeschichte steht auch die 1947 vorgelegte medizinische Dissertation über die Entwicklung der Tübinger geburtshilflichen Klinik von Inge Wenders²¹, die anhand der einzelnen Vorstände die Geschichte der Geburtshilfe und Gynäkologie von ihren Anfängen bis zum Jahr 1917 chronologisch abarbeitet. Das Hauptaugenmerk sind hierbei die Leistungen und Forschungsschwerpunkte der Vorstände, die im Sinne einer Fortschrittsgeschichte hervorgehoben werden und damit quasi eine „Geschichte der gelehrten Männer“ abbildet. Nur wenige Jahre später erschien Eberhard Stübblers kleine Monographie *Geburtshilfe und Gynäkologie in Tübingen. Ihre Leistungen in Vergangenheit und Gegenwart*²². Auch Stübler steht ganz in der Tradition der fortschrittsorientierten traditionellen Medizingeschichte. Obwohl die Dissertation von Inge Wenders unter Eberhard Stübler entstanden war, so erwähnt Stübler ihre Arbeit weder in seinem Literaturverzeichnis noch an sonstiger Stelle in seinem Werk. Stübler ist aber noch stärker der Erfolgsgeschichte der Tübinger Frauenklinik und ihren Vorständen verhaftet, als bereits bei Wenders geschehen war. Auch Stübler beginnt seine Arbeit mit einem kurzen Abriss der Geschichte der Geburtshilfe und Gynäkologie an der Universität Tübingen der Jahre 1477 bis 1686 und fährt

19 Hilber: Institutionalisierte Geburt, S. 13. Noch bis in die jüngste Zeit entstehen Arbeiten, die sich dem Thema aus dem Blickwinkel der traditionellen Medizingeschichte nähern und die Entwicklung einer Entbindungsanstalt anhand der Biografien ihrer Vorstandspersönlichkeiten und im Sinne einer fortschrittsorientierten Kontinuität nachzeichnen, wie z. B. Jonat, Walter / Andree, Christian / Schollmeyer, Thoralf: Universitäts-Frauenklinik Kiel und Michaelis-Hebammenschule 1805–2005. Eine medizinhistorische Studie zum 200-jährigen Bestehen, Stuttgart 2005.

20 Huerkamp, Claudia: Der Aufstieg der Ärzte im 19. Jahrhundert. Vom gelehrten Stand zum professionellen Experten. Das Beispiel Preußen, Göttingen 1985 (=Kritische Studien zur Geschichtswissenschaft, 68), S. 10.

21 Wenders, Inge: Die Entwicklung der Geburtshilfe und Frauenheilkunde an der Universität in Tübingen und ihre Vertreter, Med. Diss. [masch.], Tübingen 1947.

22 Stübler, Eberhard: Geburtshilfe und Gynäkologie in Tübingen. Ihre Leistungen in Vergangenheit und Gegenwart, Stuttgart 1952.

anschließend ebenfalls fort, die Geschichte der Klinik chronologisch nach ihren einzelnen Vorständen bis zu Beginn der 1950er Jahre abzuarbeiten. Kritische Momente, Schwächen und begangene Fehler dieser Persönlichkeiten sind von Stübler unberücksichtigt geblieben, allen voran die Vorstandschaft August Mayers (1876–1968) während der Zeit des Nationalsozialismus, die in Stüblers Zusammenschau komplett unter den Tisch gefallen ist. Stüblers Schrift reiht sich somit in das Verständnis der traditionellen Medizingeschichte von der „Institution des Gebäudes als Wiege der modernen geburtshilflichen Wissenschaft“ ein, jedoch „[o]hne je kritisch hinter die Fassade der Anstalten zu blicken“²³.

Neben diesen beiden Monographien von Wenders und Stübler aus der Zeit der späten 1940er und Anfang der 1950er Jahre sind in späteren Jahren keine tiefergehenden Untersuchungen der Tübinger Frauenklinik entstanden, so dass die Entstehungsgeschichte der Klinik bisher nur aus dem fortschrittsorientierten Blickwinkel beleuchtet wurde, deren Fokus stark auf die Leistungen der einzelnen Vorstände gerichtet ist. 1977 widmete Detlef Lembke der Architektur der 1890 errichteten Frauenklinik ein zweiseitiges Kapitel mit einer Grundrisszeichnung in seiner Publikation über die Tübinger Universitätsgebäude.²⁴ Über eine architektonische historische Bestandsaufnahme des Gebäudes reicht dieses Kapitel aber nicht hinaus. 1990 erschien zum 100jährigen Jubiläum des Gebäudes der Frauenklinik in der heutigen Schleichstraße vom zu diesem Zeitpunkt an der Klinik tätigen Gynäkologen Albrecht Storz²⁵ ein kleiner Aufsatz, der die Geschichte der Frauenklinik chronologisch und an den Amtszeiten ihrer Vorstände orientiert in einem sehr kurz gehaltenen Abriss wiedergibt. Über die Aneinanderreihung der einzelnen Entwicklungsstationen und der wichtigsten Daten, die in aller Kürze in den historischen Zusammenhang eingeordnet werden, geht dieser Aufsatz, der ebenfalls am Fortschrittsgedanken der Medizingeschichte orientiert ist, auch nicht hinaus. Eine Auseinandersetzung mit der Frage nach der Einbettung der Tübinger Frauenklinik in ihre gesellschaftlichen, staatlichen und wissenschaftlichen Zusammenhänge und in ihre Umwelt ist bisher nur oberflächlich und unzureichend geschehen. Auch eine die Innenperspektive in den Blick nehmende Betrachtung, die von Marina Hilber auch als „Mikrokosmos Gebäudes“²⁶ bezeichnet wird, und den Alltag der Klinik mit den an ihr beteiligten Personen in den Blick nimmt, hat für die Tübinger Frauenklinik bisher nicht stattgefunden.

Für verschiedene Entbindungsanstalten im deutschsprachigen Raum sind in den letzten Jahren mehrere Einzelstudien erschienen, die sich mit der Institution und

23 Hilber: *Institutionalisierte Geburt*, S. 13.

24 Lembke, Detlef: *Universitätsbau in Tübingen. Die Bauten der Universität in 500 Jahren, Tübingen 1977 (=Attempo 61/62)*, hier das Kapitel: *Die Frauenklinik (1890)*, S. 78–79.

25 Storz, Albrecht: *100 Jahre Universitäts-Frauenklinik. Zur Geschichte der Geburtshilfe und Gynäkologie in Tübingen*, in: *Tübinger Universitätszeitung* 45 (1990), S. 10–11.

26 Hilber: *Institutionalisierte Geburt*, S. 195.

der dortigen Geburtshilfe und Ausbildung befassen. Diese Einzelstudien bieten sich besonders für Vergleiche zur Tübinger Entbindungsanstalt an und helfen dabei, die Tübinger Verhältnisse in den Kontext der deutschen Gebärhauslandschaft einzuordnen.²⁷ Unter diesen Einzelstudien sind besonders die Forschungsarbeiten Jürgen Schlumbohms zur Göttinger Entbindungsanstalt zu nennen, der aus dem Blickwinkel der empirischen Sozialforschung verstärkt das Profil und die Motivation der in der Anstalt aufgenommenen Schwangeren in den Fokus stellt.²⁸

Als wichtiges Grundlagenwerk dieser Arbeit ist die Studie von Hans-Christoph Seidel²⁹ zu nennen. Seidel nimmt unter Beleuchtung verschiedener Ebenen die Entwicklung der Geburtshilfe im 18. und 19. Jahrhundert in Deutschland in den Blick. Angefangen von den demographischen Entwicklungen über die Entwicklung des Hebammenwesens und der staatlichen Gesundheitspolitik hin zur Entwicklung der Entbindungsanstalten, auch unter Berücksichtigung ihrer Ausbildungsfunktion, sowie der ärztlichen Berufspraxis und abschließenden Analyse des Verhältnisses der verschiedenen Akteure und Akteurinnen zueinander, die sich innerhalb des Bereichs der Geburtshilfe bewegen, wird das Thema breit aufgestellt. Seidel greift in seiner Untersuchung jedoch ausschließlich auf veröffentlichte Quellen wie programmatisches Schrifttum, Lehrbücher, Ratgeberliteratur oder auch Medizinalberichte zurück, was insbesondere den Wechsel der Perspektive weg von den männlichen Akteuren, die als ausschließliche Verfasser seiner ausgewählten Quellen auftreten, hin zu den weiblichen Beteiligten erschwert. Durch diese Quellenauswahl erfährt deswegen Seidels Studie vor allen Dingen auf normativer Ebene und auf Ebene der ärztlichen Sichtweise eine besondere Tiefe.

27 Viele dieser Einzelstudien sind im Rahmen eines Dissertationsprojekts entstanden, darunter: Hilber: *Institutionalisierte Geburt* [Innsbruck]; Schwittai, Yvonne: *Zur Geschichte der Frauenklinik der Charité in Berlin von 1710 bis 1989 unter besonderer Berücksichtigung baulicher und struktureller Entwicklungen*, med. Diss, Berlin 2012, <https://refubium.fu-berlin.de/handle/fub188/13748> (zuletzt aufgerufen am 14.3.2024); Stadlober-Degwerth: *Niederkunften* [Regensburg]; Kurmanowitsch, Hemma: *Das Grazer Gebärhaus von seinen Anfängen 1764 bis 1914. Ein Beitrag zu 150 Jahren Medizingeschichte der Steiermark*, Graz 2002; Carl, Claudia Christiane: *Einhundertzwanzig Jahre Hebammenausbildung an der Giessener Entbindungsanstalt/Frauenklinik. Die Entwicklung des Hebammenwesens im Großherzogtum Hessen von 1814 bis 1934*, Gießen 1999 (= *Arbeiten zur Geschichte der Medizin in Giessen*, 28); Reissig: Halle. Daneben sind als Einzelstudien noch erschienen: Pawlowsky: *Mutter ledig* [Wien]; Metz-Becker: *Körper* [Marburg].

28 Schlumbohm: *Phantome*. Daneben auch in den Aufsätzen: Ders.: *Lehranstalt*, S. 31–62; Ders.: *Blick*, S. 170–191; Ders.: „*Verheiratete und Unverheiratete, Inländerin und Ausländerin, Christin und Jüdin, Weiße und Negerin*“: *Die Patientinnen des Entbindungshospitals der Universität Göttingen um 1800*, in: Gerhard, Hans-Jürgen (Hrsg.): *Struktur und Dimension. Festschrift für Karl Heinrich Kaufhold zum 65. Geburtstag*, Bd. 1: *Mittelalter und Frühe Neuzeit*, Stuttgart 1997 (= *Vierteljahrsschrift für Sozial- und Wirtschaftsgeschichte*, Beihefte 132), S. 324–343.

29 Seidel: *Kultur des Gebärens*.

Das breite wissenschaftliche Interesse an der Geschichte des Hebammenwesens und ihrer Ausbildung ist erst durch die Impulse der Frauengeschichte in den 1980er Jahren angestoßen worden. Allen voran hat Eva Labouvie den Versuch unternommen, den Blickwinkel von der normativen Ebene auch auf die Berufspraxis der Hebammen zu erweitern.³⁰ Die weibliche Geburtshilfe war bis dahin von der klassischen Medizingeschichte weitestgehend ignoriert worden, da ihr Fokus auf die ärztlichen Persönlichkeiten und auf die Wissenschaftsgeschichte gerichtet war.³¹ Bis auf wenige Ausnahmen „wurden die Hebammen aus der wissenschaftlichen Fortschrittsgeschichte hinauskomplimentiert“³², wie Christoph Seidel bemerkte. Zu einer solchen Ausnahme ist auch Paul Nestlen zu rechnen, der 1906 das Hebammenwesen explizit in die Geschichte der Geburtshilfe im Herzogtum Württemberg mit einbezog.³³ Doch Nestlen geht es in erster Linie darum zu zeigen, durch welche Gesetzgebungen und durch welche Ärzte und Hebammenlehrer das Hebammenwesen beeinflusst wurde. Daher ist Nestlens Werk durchaus im Sinne einer Fortschrittsgeschichte des Hebammenwesens zu verstehen – allerdings als eine Fortschrittsgeschichte, die einzig und allein durch die männlichen Geburtshelfer bestimmt worden war.

Zu den neueren Studien zum württembergischen Hebammenwesen zählt die 2007 veröffentlichte medizinische Dissertation von Martina Fahnemann.³⁴ Fahnemann beschäftigt sich mit der Entwicklung des Hebammenwesens in Württemberg und Bayern, der Ausbildung der Hebammen, ihrer finanziellen und sozialen Lage sowie ihrer Berufspraxis. Die vergleichend arbeitende Untersuchung bietet zwar eine Einführung in das Hebammenwesen in die Zeit vor 1870, ihr Schwerpunkt liegt aber auf der Zeitspanne zwischen 1870 und 1945. Die staatliche Hebammenschule in Tübingen, die nur von 1837 bis 1847 existent war, findet daher nur am Rande Erwähnung.

30 Labouvie, Eva: Selbstverwaltete Geburt. Landhebammen zwischen Macht und Reglementierung (17.–19. Jahrhundert), in: *Geschichte und Gesellschaft* 18 (1992), S. 477–506; Dies.: Frauenberuf ohne Vorbildung? Hebammen in den Städten und auf dem Land, in: Kleinau, Elke / Opitz, Claudia (Hrsg.): *Geschichte der Mädchen- und Frauenbildung*, Frankfurt am Main/New York 1996 (= *Geschichte der Mädchen- und Frauenbildung*, 1), S. 218–233; Dies.: *Beistand in Kindsnöten. Hebammen und weibliche Kultur auf dem Land (1550–1910)*, Frankfurt/New York 1999 (= *Geschichte und Geschlechter*, 29).

Auch die Arbeit von Marita Metz-Becker angestoßen durch Impulse aus der Frauenforschung, beschäftigt sich in ihrer Studie zum Marburger Accouchierhaus mit der Entwicklung des Hebammenwesens. Metz-Becker interpretiert die Verwissenschaftlichung der Geburtshilfe jedoch als einen Verdrängungsprozess gegenüber den Hebammen: Metz-Becker: *Körper*.

31 Vgl. Seidel: *Kultur des Gebärens*, S. 22.

32 Ebd., S. 23.

33 Nestlen, Paul: *Die Entwicklung des Hebammenwesens und der praktischen Geburtshilfe im Herzogtum Württemberg*, Stuttgart 1906.

34 Fahnemann, Martina: *Die Entwicklung des Hebammenberufs zwischen 1870 und 1945. Ein Vergleich zwischen Bayern und Württemberg*, Würzburg 2007.

1.2. Methode und Herangehensweise

Befasst man sich mit der Entwicklung der Geburtshilfe, so begegnet man unweigerlich dem Begriff der „Medikalisierung“, der sich als wesentliches Grundkonzept innerhalb der Sozialgeschichte der Medizin im Rahmen der Medizinkritik herausgebildet hat. Unter Medikalisierung wird ganz allgemein ein Prozess verstanden, an dessen Beginn die vorherrschende medizinische Versorgung der Bevölkerung zum größten Teil durch traditionelle Heilkundige besorgt wurde, während akademisch gebildete Ärzte nur einen sehr geringen Einfluss ausgeübt hatten und in dessen weiteren Verlauf sich aber die akademische Schulmedizin zur dominierenden Form entwickelte und die Laienheilkunde nahezu verdrängte.³⁵ Gleichzeitig bezeichnet Medikalisierung nicht nur einen als Modernisierung wahrgenommenen Prozess, sondern kritisiert auch

die Funktion des Gesundheitswesens als ein Netz sozialer Kontrolle, in das sowohl „Kranke“ als dulddende und ausgelieferte Patienten als auch „Gesunde“, deren Lebensführung durch die Ausdehnung der präventiven Kompetenz der Medizin zunehmend beeinflusst und kontrolliert werde, einbezogen werde.³⁶

Mit Hilfe des Staates und Ärzteschaft wurde die Medizin „zu einer umfassenden Kontroll- und Regierungsinstanz“³⁷. Daneben meint Medikalisierung auch die zunehmende Deutungshoheit der Ärzte über die Definition des Krankheitsbegriffs.³⁸ Nach Ute Frevert wird unter Medikalisierung „nicht nur die Einbeziehung tendenziell aller Menschen in ein immer dichteres, von akademischen Experten kontrolliertes Netz medizinischer Versorgung“³⁹ verstanden, „[d]ie Medikalisierung der Gesellschaft fand vielmehr auch auf der Ebene von Normen und Deutungsmustern statt, die die Mentalität sozialer Schichten und Klassen prägten und ihr alltägliches Verhalten strukturierten“⁴⁰.

35 Vgl. Loetz, Francisca: Vom Kranken zum Patienten. „Medikalisierung“ und medizinische Vergesellschaftung am Beispiel Badens 1750–1850, Stuttgart 1993 (= Medizin, Gesellschaft und Geschichte, Beiheft 2), S. 14.

36 Seidel: Kultur des Gebärens, S. 12.

37 Eckart, Wolfgang Uwe / Jütte, Robert: Medizingeschichte. Eine Einführung, 2. überarb. und ergänzte Aufl., Köln u. a. 2014, S. 19.

38 Vgl. Seidel: Kultur des Gebärens, S. 12.

39 Frevert, Ute: Akademische Medizin und soziale Unterschichten im 19. Jahrhundert: Professionsinteressen – Zivilisationsmission – Sozialpolitik, in: Jahrbuch des Instituts für Geschichte der Medizin der Robert Bosch Stiftung 4 (1985), S. 41–59, hier S. 42.

40 Ebd.

Ausgehend von Michel Foucaults *Die Geburt der Klinik*, in der er über den Zugang der Ideengeschichte versuchte, „die Bedingungen der Möglichkeiten der medizinischen Erfahrung [...] zu bestimmen“⁴¹ und zu dem Ergebnis gelangte, dass es

einer Reorganisation des ganzen Spitalbereichs, einer neuen Definition der Stellung des Kranken in der Gesellschaft und der Herstellung eines bestimmten Bezuges zwischen der Fürsorge und Erfahrung zwischen dem Helfen und dem Wissen⁴²

benötige, um die „klinische Erfahrung als Erkenntnisform“⁴³ überhaupt erst zu ermöglichen, lieferte erst der französische Historiker und Vertreter der *L'Ecole d'Annales* Jean Pierre Goubert den Begriff der „Medikalisierung“ und seine Definition. Nach Goubert meint Medikalisierung einen in der zweiten Hälfte des 18. Jahrhunderts einsetzenden Prozess,

in dessen Verlauf es den Ärzten gelingt, ihr medizinisches Angebot mit Hilfe des Staates breiten Bevölkerungsschichten zu oktroyieren. Es handelt sich also um einen Prozess der Erweiterung des medizinischen Marktes, bei dem eine Berufsgruppe besonders privilegiert wird, andere Heiler (beispielsweise Empiriker, Hebammen, Wundärzte) dagegen ausgegrenzt werden⁴⁴.

Und gleichzeitig ist mit diesem Prozess „ein Kompetenzverlust des Patienten, eine wachsende Unfähigkeit, mit Gesundheitseinbußen selbst fertig zu werden, und ein zunehmendes psychisches Angewiesensein auf den Beistand eines ‚Experten‘“⁴⁵ verbunden. Als eindeutige Profiteure der Medikalisierung galten somit die Ärzte, die durch die gestiegene Nachfrage medizinischer Angebote und Betreuung die Hebung ihrer wirtschaftlichen und sozialen Position erfuhren.⁴⁶

Als Motor dieses Medikalisierungsprozesses wurden die staatliche Gesundheitspolitik, die Professionalisierung der Ärzteschaft sowie die soziale Disziplinierung geltend gemacht.⁴⁷ Alle drei Aspekte werden deswegen auch in der vorliegenden Studie auf den Prüfstand gestellt: Welche staatlichen Interessen waren mit der Tübinger geburtshilflichen Klinik und ihrer Hebammenschule verbunden? Wie funktionierte die Entbindungsanstalt als Ausbildungsstätte? Welche Rolle spielten die Hebammenschülerinnen nicht nur innerhalb des Medikalisierungs- und Professionalisierungsprozesses

41 Foucault, Michel: *Die Geburt der Klinik. Eine Archäologie des ärztlichen Blicks*, Frankfurt am Main 192016, S. 17.

42 Ebd., S. 206.

43 Ebd.

44 Eckart/Jütte: *Medizingeschichte*, S. 347.

45 Huerkamp: *Aufstieg*, S. 12.

46 Vgl. Frevert: *Akademische Medizin*, S. 55.

47 Vgl. Seidel: *Kultur des Gebärens*, S. 14–19; Loetz: *Patienten*, S. 14.

ses, sondern wie fügten sie sich in eine akademische Lehrstätte? Wo werden in der Ausbildung und im Klinikalltag Disziplinierungstendenzen sichtbar, die nach Christoph Seidel in Anlehnung an Max Weber oder Michel Foucault auch als ein „autoritär von oben nach unten, oft gegen den Widerstand der Betroffenen aufgezwungenes Modell“⁴⁸ verstanden wurde?

Insbesondere die Idee einer sozialen Disziplinierung wurde Mitte der 1970er Jahre von der Frauengeschichte aufgenommen, die den Prozess der Medikalisierung als Verlustgeschichte der Frau – sei es als Hebamme oder in ihrer Eigenschaft als Patientin – begriff⁴⁹ und damit gleichzeitig „die affirmative Einreihung der Entbindungsanstalten in die Erfolgsgeschichte der Medizin“⁵⁰ hinterfragte. Gerade im Bereich der Geburtshilfe wurde die Medikalisierung „als eine Geschichte von Macht interpretiert[.], die ihren Trägern, den akademischen Ärzten, Ruhm und Anerkennung verschaffte“⁵¹. Vertreten wurde diese Auffassung beispielsweise von Claudia Honegger, die in ihrem 1981 erschienenen Aufsatz nicht nur die Hebammen als große Verlierer des Medikalierungsprozesses ansieht, da sie die mit diesem Prozess einhergehende Professionalisierung mit „der Ausschaltung und sozialen Marginalisierung der Hebammen“⁵² verbindet, sondern auch die gebärende Frau, deren Körper „ausgeklingt aus interaktiven Prozessen der Vertrautheit [...] zu einem anonymen Naturkörper, zu einer gesetzmäßig oder gesetzeswidrig funktionierenden ‚Gebärmaschine‘“⁵³ degradiert werde.

Auch Ute Frevert argumentiert in diese Richtung und bezeichnet das Geburtsgeschehen an akademischen Entbindungsanstalten als „Be,herr’schung“⁵⁴, hinter deren Türen männliche Studierende wie weibliche Hebamenschülerinnen an den Schwangeren „ihre handgreiflichen Erfahrungen sammeln konnten“⁵⁵. Damit stellten die Entbindungsanstalten die „institutionelle Verkörperung einer männlich dominierten Medizin“⁵⁶ mit betontem „Disziplinierungs- und Zwangscharakter“⁵⁷ dar. Der allgemeine Kanon der feministisch orientierten Forschung lautete, dass die Entbindungsanstalten als Mittel dienten, um nicht nur die traditionellen Hebammen und ihr jahrhundertlanges von Generation zu Generation weitergetragenes Wissen aus der Geburtshilfe zu verdrängen, sondern auch um die schwangeren und gebärenden Frauen aus ihrer

48 Seidel: Kultur des Gebärens, S. 18.

49 Vgl. ebd.; Loetz: Patienten, S. 38.

50 Seidel: Kultur des Gebärens, S. 28.

51 Stadlober-Degwerth: Niederkunften, S. 3.

52 Honegger, Claudia: Überlegungen zur Medikalisierung des weiblichen Körpers, in: Imhof, Arthur E. (Hrsg.): Leib und Leben in der Geschichte der Neuzeit. Vorträge eines internationalen Colloquiums, Berlin 1.–3.12.1981, Berlin 1983 (= Berliner historische Studien, 9 Einzelstudien II), S. 203–213, hier S. 207.

53 Ebd., S. 208.

54 Frevert: Frauen, S. 202.

55 Ebd., S. 198.

56 Eckart/Jütte: Medizingeschichte, S. 217.

57 Ebd.

bisherigen „selbständigen häuslichen Geburtstube“ herauszulösen, „um sie der männlich-naturwissenschaftlich dominierten Disziplin der Klinik zu unterstellen“⁵⁸. Frevert lenkt in ihrer Arbeit auch erstmals den Blick auf die Schwangeren in den Lehranstalten und regte so weitere Forschungsarbeiten an, die ihren Fokus nun ebenfalls auf die hospitalisierten Frauen richteten.⁵⁹ Zu den von Ute Frevert angestoßenen Untersuchungen zählt unter anderem Susanne Preußlers Arbeit über die Münchener Gebärenstalt, die den Ansatz Freverts von der Errichtung der Gebärenstalten als „Produkt der Interessensgemeinschaft ‚Staat‘ und ‚Medizin‘“⁶⁰ zugrunde legt. Die Gebärenstalt, so resümiert Preußler, hatte nicht nur die Funktion einer Bildungseinrichtung, sondern fungierte ganz klar als „obrigkeitliches Kontroll- und Reglementierungsorgan“⁶¹, um dem Problem der Illegitimität Herr zu werden. Für die ledige Gebärhausklientel bedeutete dies, dass in den Anstalten „mit legalen und staatlich geförderten Mitteln die Diskriminierung einer gesellschaftlichen Außenseitergruppe mit anderen Methoden fortgesetzt und deren Abhängigkeit ‚erfolgreich‘ ausgenutzt“ wurde.⁶²

Auch Marita Metz-Becker stellt die Geschichte der Gebärenstalten in den Zusammenhang mit einer weiblichen Verlustgeschichte, in der die Schwangeren in die Opferrolle durch die akademische Ausbildung gedrängt wurden:

Die Frau vor 1800 hatte noch eine Definitionsmacht über ihren Körper, die jedoch im Prozeß der Aufklärung sukzessive verloren ging. Die nun einsetzende männlich geprägte wissenschaftliche Verständigungsform über das weibliche Geschlecht inszenierte jene Überwachung und Gängelung des Frauenkörpers [...] wie im täglichen Angriff auf die Frauen in den Accouchiranstalten⁶³

zum Tragen kommt. Metz-Becker schreibt gerade den Gebärenstalten eine zentrale Rolle in diesem Medikalierungsprozess zu, in denen diese Entwicklung überhaupt erst ihren Anfang nehmen konnte.⁶⁴ „Die sog. ‚Geburt der Klinik‘, eine Epoche der Kulturgeschichte, mit der ein dramatischer Wandel des menschlichen Selbstbildes einherging, konstituierte sich so auf dem Leib der schwangeren Frau.“⁶⁵ Deswegen muss in dieser Untersuchung auch gefragt werden, welche Rolle den Frauen innerhalb

58 Schlumbohm: Verheiratete, S. 324 f.

59 Vgl. Seidel: Kultur des Gebärens, S. 27.

60 Preußler, Susanne: Hinter verschlossenen Türen. Ledige Frauen in der Münchner Gebärenstalt (1832–1853), München 1985 (= Münchner Beiträge zur Volkskunde, 4), S. 12.

61 Ebd., S. 140.

62 Ebd., S. 147.

63 Metz-Becker: Körper, S. 218.

64 Vgl. Metz-Becker, Marita: Krankheit Frau. Zum Medikalierungsprozeß des weiblichen Körpers im frühen 19. Jahrhundert, in: Ambatielos, Dimitrios / Neuland-Kitzerow, Dagmar / Noack, Karoline (Hrsg.): Medizin im kulturellen Vergleich. Die Kulturen der Medizin, Münster u. a. 1997, S. 103–121, hier S. 103.

65 Ebd., S. 104.

der Tübinger Klinik zukam. Dabei soll nicht nur die hospitalisierte Frau in ihrem Zustand als Schwangere und Gebärende näher betrachtet werden, sondern auch danach gefragt werden, welche Positionen und Einfluss Frauen als Klinikmitarbeiterinnen im hierarchisch organisierten Personalgefüge einnahmen.

Francisca Loetz stellt in ihrer Untersuchung zu Medikalierungsprozessen in Baden den frauengeschichtlichen Interpretationsansatz in Frage und bezeichnet deren These als „dichotomisches Modell, in dem aggressive, patientenfeindliche, akademische Ärzte und mannhaftige Verteidigerinnen der menschenfreundlichen laienmedizinischen (Frauen-)Kultur sich gegenüberstehen“⁶⁶ und welches damit „einer Schwarzweißskizze gleich[kommt], die auf differenzierende Grautöne verzichtet“⁶⁷. Zum einen kritisiert Loetz stark, dass diese Studien oft „aus der Untersuchung der jeweiligen ‚Diskurse‘ entwickelten (Hypo-)Thesen auf die Realität“⁶⁸ übertragen, eine Differenzierung zwischen Theorie bzw. Norm und der Wirklichkeit deswegen überhaupt nicht stattfindende, zum anderen verweist Loetz auf ein entscheidendes Defizit dieser Arbeiten:

Das Foucaultsche Medikalierungsmodell ist derart unbefragt übernommen worden, daß gesellschaftliche Wechselbeziehungen auf Machtverhältnisse reduziert worden sind. Staat, Ärzte und Männer auf der einen Seite und Untertanen, medizinische Laien und Frauen auf der anderen Seite als Antagonisten zu begreifen, heißt indes, sich den Blick für alle Vermittlungsprozesse zu verstellen, die zwischen ihnen stattfanden.⁶⁹

So könne Medikalierung nur als ein aufgezwungener Prozess „von oben nach unten“ verstanden werden und schließe somit grundsätzlich aus, dass Medikalierung durchaus „unten“ akzeptiert oder gar nachgefragt wurde.⁷⁰

Um die Wechselseitigkeit dieses Prozesses besser fassen zu können, schlägt Loetz stattdessen in Anlehnung an den Soziologen Georg Simmel den Begriff der „medizinischen Vergesellschaftung“ vor. Vergesellschaftung impliziert demnach das Zusammenwachsen verschiedener Interessen zu einem Ganzen, welches die Verwirklichung der einzelnen Interessen auch ermöglicht.⁷¹ Auf den Medikalierungsprozess angewendet, bedeutet das Konzept der medizinischen Vergesellschaftung:

Medikalierung ist eine in verschiedenen Ausformungen (Praktiken der Laien- und akademischen Medizin) stattfindende Entwicklung, in der die Beteiligten (Kranke, Therapeuten, Trägerschichten des Staates) aufgrund eines gemeinsamen, aber unterschiedlich motivier-

66 Loetz: Patienten, S. 39.

67 Ebd.

68 Ebd., S. 35.

69 Ebd., S. 40.

70 Seidel: Kultur des Gebärens, S. 20.

71 Loetz: Patienten, S. 314.

ten Interesses (Gesundheit als individuelles, medizinisches, berufsständisches, bürokratisches oder gesundheitspolitisches Problem) eine Einheit (eine gemeinsame medikale Lebenswelt) begründen und innerhalb derer diese Interessen sich (durch Disziplinierung und Fürsorge, Angebot und Nachfrage, „Herrschaft von oben“ und ‚Druck von unten‘) verwirklichen.⁷²

Der erweiterte Blickwinkel von Francisca Loetz hat der jüngeren Gebärforschung zu neuen Forschungsansätzen verholfen. So haben beispielsweise die sozialgeschichtlichen Beiträge im von Jürgen Schlumbohm und Claudia Wiesemann herausgegebenen Sammelband zur Entstehung der Geburtskliniken in Göttingen, Kassel und Braunschweig⁷³ bereits gezeigt, dass die Schwangeren keineswegs „nur als Opfer und Spielball wissenschaftlicher Dominanz“⁷⁴ zu werten seien, sondern ganz im Gegenteil: „Frauen nutzen die Möglichkeiten der Geburtshilfe und prägen damit deren Erscheinungsbild“⁷⁵. Der geburtshilfliche Markt werde in vielen Teilen von Angebot und Nachfrage beherrscht und beide Seiten haben einen aktiven Anteil an diesem.⁷⁶ Auch Marina Hilber hat das Konzept der medizinischen Vergesellschaftung auf die Entbindungsanstalten angewandt. In ihrer Untersuchung zum Innsbrucker Gebärforschung stand dieses Modell insbesondere bei der Betrachtung des Alltags und des praktischen Zusammenlebens innerhalb der Klinik auf dem Prüfstand, mit dem Ziel, „einen Beitrag zur Entwirrung der bislang propagierten Polaritäten [zu] liefern.“⁷⁷ In Anlehnung an die Herangehensweise von Hilber muss sich diese Untersuchung auch der Frage widmen, wie der Medikalierungsprozess am Beispiel der Tübinger geburtshilflichen Klinik zu interpretieren ist – im Sinne Freverts und Honnegers als Gewaltverhältnis oder im Sinne Loetz' als medizinische Vergesellschaftung? Welche Medikalierungstendenzen sind innerhalb der geburtshilflichen Klinik in Tübingen erkennbar und sind Entwicklungen im Laufe des Untersuchungszeitraums zu erkennen?

Die Tübinger Entbindungsanstalt als medizinische Institution und Lehranstalt wird als medikaler Raum verstanden. Das Konzept des medikalen Raumes nimmt die Anstalt zunächst in ihrer Position im öffentlichen Raum wahr und fragt nach Merkmalen auf verschiedenen Ebenen, die eine klare Grenzziehung zwischen Innen und Außen erkennen lassen.

72 Ebd.

73 Schlumbohm/Wiesemann (Hrsg.): Geburtsklinik.

74 Wiesemann, Claudia: 250 Jahre akademische Geburtshilfe. Zur biographischen, kulturellen und sozialen Dimension medizinischen Fortschritts, in: Schlumbohm/Wiesemann (Hrsg.): Geburtsklinik, S. 13.

75 Ebd.

76 Vgl. ebd.

77 Hilber: Institutionalisierte Geburt, S. 26.