

# Geburtsgeschichte als Körper- und Kulturgeschichte

Die Geschichte des Verhältnisses zwischen Frauen und Medizin ist durch die Visualisierung der Schwangerschaft, Chirurgisierung der Geburt sowie eklatante Tabuüberschreitungen gekennzeichnet. Anna Bergmann beschäftigt sich mit der Geschichte der Entwicklung des anatomischen Körperkonzepts und der Erforschung der weiblichen Gebärfähigkeit.



## Die Medikalisation der Geburt

Das Gebären und die weibliche Sexualität wurden seit Mitte des 18. Jhs. medizinischen Normen und Techniken unterworfen. Diese Medikalisation verlief parallel zur Industrialisierung, die mit einer Krise der Mutterschaft verbunden war und sich durch eine hohe Säuglingssterblichkeit in unteren Schichten bemerkbar machte. Sie erlangte um 1870 ihren Höhepunkt.

Aber schon um 1750 begann durch die Einrichtung der neuen Forschungsstätte des Gebärsaals die Institutionalisierung der männlichen akademischen Geburtshilfe. Damit wurde das Fundament für ein gesellschaftliches Geschlechterverhältnis gelegt, das bis heute einen nicht zu unterschätzenden Einfluss auf den Lebensstil von Frauen hat.

## Das medizinische Wissen und die Gebärkultur lagen bis Ende des 15. Jhs. ausschließlich in den Händen von Frauen.

Sie beruhten auf Erfahrungswissen, während Gelehrtenmediziner einen eher spekulativen Zugang zum weiblichen Körper hatten. So dichtete z.B. im 2. Jh. n. Chr. Galenus von Pergamon den Frauen zwei Uteruskammern an (Flügge 1998: 63f.), die er aus der Analogie der beiden Brustwarzen schloss. Bis

zum 17. Jh. galt der menschliche Leib im Sinne der kosmologischen Auffassung nach innen als ungeteilt und nach außen als grenzenlos, und so waren auch Schwangerschaft und Geburt von außen nicht klar definiert. Der Geburtsakt unterlag keinen festgelegten, verallgemeinernden Normen. Die Hebammenkunst war ausschließlich darauf ausgerichtet, die gebärende Frau zu unterstützen und den Geburtsvorgang zu erleichtern, ohne den Versuch zu unternehmen, ihn von außen mit Instrumenten zu manipulieren.

Im Zeichen der Hexenverfolgungen begannen seit dem 16. Jh. Reglementierungen im Rahmen von Diffamierungskampagnen gegenüber dem Hebammenberuf. Aber erst ab Mitte des 18. Jhs. entstand die männliche Geburtshilfe als neue wissenschaftliche Disziplin.

## Die Chirurgisierung der Geburt

In der vormodernen Gesellschaft zählten Chirurgen zu der Gruppe der „unehrlichen Berufe“, weil ihre Tätigkeit mit Blutvergießen verbunden war, und dies als eine große Tabuüberschreitung galt. Entsprechend waren sogar Henker häufig als Chirurgen tätig.

Ausgerechnet diese Berufsgruppe profilierte sich im 18. Jh. im Bereich der neu entstehenden Geburtshilfe. Zwei Aspekte mögen dafür ausschlaggebend

gewesen sein, dass dieses tabubeladene Metier für die Gynäkologie prädestiniert war:

1. Der Grund für die Rekrutierung der Chirurgen als Gynäkologen aus dem unteren Milieu der „unehrlichen Berufe“ ist in der damals fest verankerten weiblichen Geschlechterlehre zu suchen, deren Verletzung eine Tabuüberschreitung darstellte.

2. Operationen wie der Kaiserschnitt nach dem Tod der Frau und die Zergliederung des Kindes fielen nicht in das Aufgabengebiet der Hebammen. Eine Zerteilung von Mutter und Kind war der vormodernen Kultur fremd. Erst im 17. Jh. begannen einzelne Anatomen mit der Erprobung an toten Frauen, allerdings hatten sie mit dem Widerstand der Bevölkerung zu rechnen. Wollten sie durch Zergliederungen empirisches Wissen sammeln, mussten sie ein Begräbnis der Frauen verhindern und Wege für die Aneignung der toten schwangeren Frau finden.

Im 19. Jh. formulierte die zweite Gynäkologengeneration eine Charaktertypologie vom Wesen der Frau. Von der weiblichen Anatomie ausgehend wurde auf den Geschlechtscharakter der Frau rückgeschlossen und in Kooperation mit der Psychiatrie die wissenschaftliche Theorie von der „weiblichen Minderwertigkeit“ begründet. Schon der im Vergleich zum Mann



schwächere weibliche Körper signalisierte in der gynäkologischen Lehre ein schwaches Geistesvermögen, „schlafere“ Muskeln deuteten auf einen schwachen Willen. Anhand empirischer Argumentationsweisen wurde ein Herrschaftsverhältnis als Naturgesetz etabliert.

Diese neue „Wissenschaft vom Weibe“ brachte im deutschen Sprachraum erstmals 1820 der Professor der Geburtshilfe Carl Gustav Carus auf den Begriff „Gynäkologie“. Der Psychiater Paul Julius Möbius (1900: 26) erklärte schließlich um die Wende zum 20. Jh., „dass das Weib während eines beträchtlichen Theiles seines Lebens als abnorm anzusehen ist“.

### Die Einführung des Menschenversuchs als Erkenntnismittel und die Neukonzeption der Geburt mit einem neuartigen Arsenal von Instrumenten in den Gebärhäusern.

Die moderne Medizin wurde im 16. Jh. durch die Zergliederung von Leichen und die Vivisektion von Tieren begründet. Bereits in diesem Forschungskontext waren trüchtige Säugetiere sowie wegen Kindesmord hingerichtete Frauen sehr begehrte Sektionsopfer. Dem besonderen Erkenntnisinteresse an der weiblichen Gebärfähigkeit entsprechend, begannen die ersten Experimente am lebendigen menschlichen Leib im 18. Jh. in den Gebärhäusern an unehelich schwangeren und kriminalisierten Frauen, die als „unzüchtige Weibspersonen“ stigmatisiert waren. Die mit einem hohen Gewaltpotenzial verbundene anatomische Erforschung der Geburt führte nicht nur zu einem neuen chirurgisch-mechanistischen Geburtskonzept, sondern entfachte auch eine Debatte um die ethische

Rechtmäßigkeit dieser neuen, teilweise tödlichen Menschenversuchspraxis. So forderte 1813 der französische Professor für Gerichtsmedizin François Emanuel Fodéré die staatliche Bereitstellung eines Lagers mit zum Tode verurteilten Häftlingen, an denen straffrei neue Operationsmethoden oder geburtshilfliche Techniken erprobt werden dürften.

Die „Beschleunigung des medizinischen Fortschritts“ könne nur dann verwirklicht werden, wenn den wild herum experimentierenden Ärzten das Handwerk gelegt und sie für die von ihnen verschuldeten Körperverletzungen verantwortlich gemacht werden würden. (Bergmann 2004: 236f.) Als Prototyp eines verantwortungslosen Experimentators nannte Fodéré den Direktor des Göttinger Gebärhäuses Friedrich Benjamin Osiander. (Fodéré 1813 : 431f.) Es genoss internationalen Ruf wegen der dort entwickelten neuen Instrumente und chirurgischen Methoden, wie Zangen, Kaiserschnitt, Perforation, Embryotomie, die damals ohne Anästhesie mit schweren körperverletzenden und tödlichen Folgen am Leib lediger, verarmter Frauen erprobt wurden.

Diese neue Menschenversuchspraxis tendierte dazu, den Geburtsverlauf als potenziell „krankhaften“ Prozess neu zu konzipieren. Der Kunst der Hebammen wurde ein chirurgisch-technisches Herangehen mit Zangen, Hebeln, Schlingen und anderen Werkzeugen entgegengesetzt. Um die Wende zum 19. Jh. wurden so viele geburtshilfliche Instrumente erfunden wie nie zuvor und danach. Diese Chirurgisierung und Mechanisierung der Geburt führte zu einer grundsätzlichen Pathologisierung

der schwangeren Frau. Der Gebärvorgang galt ab jetzt als enorm störungsanfällig, zumal der weibliche Körper schon im nicht-schwangeren Zustand als hilflos, krank und schwach naturwissenschaftlich beschrieben war. (Metz-Becker 1994: 59) Der weibliche Leib wurde „zu einem anonymen Naturkörper, zu einer gesetzmäßig oder gesetzeswidrig funktionierenden Gebärmaschine“. (Honegger 1992: 208) Darüber hinaus hatte die Arbeitsstruktur im Gebärhause zur Folge, dass die neuen Geburtshelfer mit bloßen Händen dort verstorbene Frauen zergliederten und unmittelbar danach an den gebärenden Frauen gynäkologisch tätig waren. Damit schleppten sie aus den Sezierräumen tödliche Bakterien in den Kreißsaal, infizierten die Frauen und verursachten die Epidemie des Kindbettfiebers.

Die im 18. Jahrhundert begonnene Fokussierung der Gynäkologie auf die Chirurgie hatte zur Folge, dass heutzutage etwa 30 Prozent aller Frauen ihre Kinder per Kaiserschnitt herausoperieren lassen. Auch blieb diese Entwicklung nicht auf die Geburt beschränkt: So wurden Techniken der Geburtenkontrolle seit Beginn des 20. Jhs. mechanisiert, die Abtreibung und Sterilisation unter eugenischen Prämissen chirurgisch entwickelt (Bergmann 1992). Laut einer aktuellen Studie aus Deutschland haben 17,5% aller Frauen bzw. jede Dritte über 60 Jahre keine Gebärmutter mehr. (Prütz 2013)

**Mit der Chirurgisierung der Geburt eng verknüpft wurde die Schwangerschaft dem Diktum der Sichtbarkeit unterworfen.**



Der gynäkologische Blick in und auf den Frauenkörper war mit einer Überschreitung der Schamgrenzen verbunden. Die ursprünglich alleinige Zuständigkeit von Frauen für die Geburtshilfe lag unter anderem auch in dem Schutz der weiblichen Geschlechtsehre begründet, die mit der Durchsetzung der männlichen Geburtshilfe verletzt werden musste. Die neuartige öffentliche „Entehrung“ in den Gebärhäusern wurde daher zunächst auch exklusiv an als „unzüchtig“ geltenden, unehelich schwangeren Frauen vorgenommen. Diese Praxis verweist auf die hohe kulturelle Barriere, die von der männlichen Gynäkologie zu überwinden war. Wie Marita Metz-Becker herausgearbeitet hat, geriet die Gruppe der unverheirateten schwangeren Frauen als allererstes „klinisches Material“ in die Fänge der experimentellen Medizin. Dass schwangere Frauen eine Gebäranstalt für die Niederkunft ihres Kindes aufsuchten, war einzig der Tatsache geschuldet, dass eine außerehelich schwangere Frau aufgrund christlicher Normen seit dem 16. Jh. kriminalisiert, also mit Geldbußen bestraft und zu „Schandpfahl“ verurteilt wurde, um ihr öffentlich die Ehre zu nehmen. Diese „Unzucht“-Strafen wurden erlassen, wenn sie sich in die Gebäranstalt begaben, wo man sie aber durch ihre Entblößung auf eine historisch neuartige Weise entehrte. Die Berührung im Gebärhaus kam einer Vergewaltigung gleich, denn bis zu 25 Medizinstudenten durften nunmehr Hand anlegen. (Metz-Becker 1994: 136)

Mit all diesen neuartigen Inspektionsmethoden verlagerte sich auch die Gebärposition von der Vertikale in die Horizontale. Metz-Becker resümiert diese Entwicklung: „Die 'bequeme Aus-

führung nöthiger Operationen ohne Lage-Veränderung' war das Hauptmotiv der Mediziner für die Verlegung der Geburt in ein Bett.“ Die Gebärende unterlag nun im wahrsten Sinne des Wortes dem Accoucheur.

### Visualisierungstechniken und Wahrnehmungswandel der Schwangerschaft

Barbara Duden (1989) beobachtet zwei paradoxe Bewegungen in der Entstehungsgeschichte der männlichen Geburtshilfe: Wurden Frauen um 1800 einerseits in den privaten Raum der Familie verbannt, so avancierte andererseits ihr Schoß zum öffentlichen „Uterus“. Dieser Prozess drückt sich auch in dem Wahrnehmungswandel der ersten Kindsbewegung aus. Der seit dem 18. Jh. sich formierende Blick in den weiblichen Körper korrespondierte mit der Fahndung des „Unzuchtdelikt“: das „heimliche Schwangergehen“ – erst die Trias von Kirche, Staat und moderner Medizin ermöglichte die Visualisierung und die daran geknüpfte Verdrängung der sinnlichen Wahrnehmungsfähigkeit der Schwangerschaft. Die große Palette von sinnlichen Wahrnehmungen, die bei einer Schwangerschaft individuell registriert wurden, verloren im Zuge der Ausleuchtung von schwangeren Frauen ihre Gültigkeit. Ihnen wurde das chemisch erzeugte Bild des Schwangerschaftstests, das Spekulum, das Röntgenbild und schließlich das Ultraschallfoto entgegengesetzt.

Heute ist die Schwangerschaftswahrnehmung nicht mehr von ergreifenden Spür- und Tastsinnen geprägt, vielmehr ist sie beherrscht von einer visuell chemischen Probe bzw. dem sonografisch erzeugten Foto des Embryos.

Dieser Wandel offenbart sich am deutlichsten in der modernen Vorstellungswelt über die Schwangerschaft: Die einst „in guter Hoffnung“ schwangergehende Frau hat sich nunmehr in einen eigenständigen Fötus aufgelöst, der sich im technologischen hergestellten Bild gänzlich außerhalb des Mutterleibes präsentiert. Die Schwangerschaft ist mittlerweile in der autonomen Gestalt eines scheinbar im Weltraum schwebenden Fötus in unserem kulturellen Bewusstsein verankert.

**Mit der Visualisierung der Schwangerschaft einhergehend setzt seit Ende des 19. Jhs. die Normierung der Schwangerschaft und des Gebärens nach eugenischen Normen ein, aus der immer mehr pränatale Diagnoseverfahren hervorgehen, denen eine schwangere Frau aus unserem Kulturkreis sich heutzutage kaum entziehen kann.**

Zeugung, Schwangerschaft und Geburt wurden im Laufe des 20. Jhs. zunehmend eugenischen Normen unterworfen. Vor dem Hintergrund der Medikalisation der Geburtenkontrolle und insbesondere seit der Durchsetzung der verschreibungspflichtigen hormonellen Verhütung („Antibabypille“) und der Klinikgeburt unterzieht sich seit etwa den 1980er Jahren jede schwangere Frau mit der Fiktion von der Machbarkeit des „gesunden Kindes“ einer pränatalen Diagnostik. Die Geburt eines Kindes unterliegt durch diese kulturelle Praxis mehr denn je einer medizinischen Selektion.

**Die Geburt ist in jeder Kultur als ein sozialer Akt ritualisiert.**



In unserer Kultur ist heute die Geburt hygienisch und medizintechnologisch ritualisiert. Schwangerschaft und Geburt sind als biologische, genetische, physiologische, anatomische und hormonelle Vorgänge verobjektiviert und werden entsprechend auf medizinische Prozesse reduziert. Dieser kulturellen Ansicht liegt das seit der Aufklärung und bis heute in immer neuen Varianten vermittelte Modell des menschlichen Körpers als Maschine zugrunde. Die Zergliederung und Aufspaltung der weiblichen Sexualität und Gebärpotenz in einzelne Organe und Funktionsabläufe haben dazu geführt, dass sie einerseits als *pure Sexualität* auf den Koitus reduziert wurden. Andererseits erfuhr im Zuge der Medikalisierung die weibliche Gebärfähigkeit eine Reinigung von Sexualität, indem sie in rationale und rein physiologische Abläufe gefasst wurde. Diese reduzierte Vorstellung von weiblicher Sexualität und Gebärfähigkeit hat auf die Körperwahrnehmung von Frauen fatal zurückgewirkt.

*Mit Schmerzen sollst du Kinder gebären* (1. Moses 3,16) – dieser biblische Fluch bezieht sich auf die sexuelle Verführung Adams durch Eva. Der Geburtsschmerz kann als eine Metapher für die verbotene und bestrafte Sexualität übersetzt werden. Die Maske der sexuellen Schuld – der Geburtsschmerz – wurde seit Mitte des 19. Jhs. zum Angriffspunkt der männlich akademischen Geburtshilfe. Die sexuelle Schuld aus dem Alten Testament wurde nunmehr in ein mediziniertes Konzept der Pathologie gebettet. Gegen Proteste der Kirche begannen Ärzte seit Mitte des 19. Jhs. mittels Narkotika, Frauen von „ihrem Fluch“ zu „befreien“, indem sie den Geburtsschmerz als Zei-

chen der Pathologie umdeuteten und lahmlegten.

Margaret Mead hat darauf aufmerksam gemacht, dass kulturelle Vorstellungen über die Geburt vielschichtige Komponenten in sich bergen können, und dass in jeder Gesellschaft einige besonders hervorgehoben werden (Mead 1995: 258). Zwei Aspekte sind in unserer Kultur für die Gestaltung der klinischen Geburt charakteristisch: Das ist zum einen das Reinigungsritual, das eine Entsexualisierung der gebärenden Frau durch ihre Pathologisierung und Infantilisierung bewirkt. Und das ist zum anderen die Inszenierung eines gynäkologischen Machtzeremoniells. Beides scheint Frauen in der Weise entgegenzukommen, dass eine medizinisch inszenierte Aura alle Ängste vor der Geburt sowie die religiös begründete Strafphantasie nimmt, die über Jahrhunderte in unserer Kultur etabliert war (vgl. Rich 1979:154; Langer 1988: 10ff; Horney 1984: 81ff, 96ff). Todesängste bei Frauen wurden darüber hinaus durch das im 19. Jh. auftauchende Massensterben infolge des Kindbettfiebers gefestigt. Die Tatsache, dass genau die Hospitalisierung von schwangeren Frauen durch die männliche Gynäkologie das Kindbettfieber in seinem epidemischen Ausmaß erst hervorgebracht hatte, war nie in unserem kulturellen Gedächtnis verankert, im Gegenteil: Die moderne Gynäkologie bezieht ihr Renommee vor allem aus dem Mythos, sie habe die Mütter- und Kindersterblichkeit gesenkt.

Die Entsexualisierung und Pathologisierung der gebärenden Frau sowie die Herstellung eines Machtverhältnisses zwischen ihr und der Gynäkologie werden außerdem durch die horizontale Positionierung während der Geburt er-

zeugt. Die gebärende Frau ist von vornherein in einen passiven Patientinnenstatus gezwungen. Möglicherweise mit Tüchern bedeckt ist sie von ihrem Körper abgetrennt, so dass ihre „Genitalien fast keine Organe mehr zu sein scheinen und sich in anatomische Exemplare ohne jeden sexuellen Reiz verwandeln“. (Devereux 1976: 220)

**Seit den 1970er Jahren haben sich durch die Erfindung neuer Reproduktionstechnologien die Methoden der Fragmentierung und Chirurgisierung auf die Zeugung eines Kindes und die menschliche Sexualität ausgedehnt.**

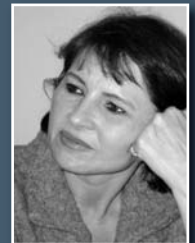
Die Reproduktionsgynäkologie – ein gemeinsames Werk von Veterinärmedizinern, Gynäkologen und Genetikern – radikalisiert die Eugenisierung des Gebärens und ist bestrebt, sich mittels extrakorporaler Befruchtungs- und Schwangerschaftstechnologien vom weiblichen Leib und der weiblichen Gebärfähigkeit vollends zu emanzipieren.

*Dieser Beitrag geht auf ein Vorlesungsmanuskript an der Universität Innsbruck vom 18.01.2008 zur Kulturgeschichte der Geburt zurück.*

Das **Literaturverzeichnis** kann gerne in der Redaktion angefordert werden.

## Anna Bergmann

ist apl. Professorin an der Europa-Universität Viadrina Frankfurt (Oder), sie lehrt als Kultur- und Medizinhistorikerin auch an den Universitäten



Innsbruck, Wien und Graz. Publikationen zur Kulturgeschichte der modernen Medizin: *Die verhütete Sexualität. Die Anfänge der modernen Geburtenkontrolle*, 1992; *Herzloser Tod. Das Dilemma der Organspende*, 1999 (mit U. Baureithel); *Der entseelte Patient. Die moderne Medizin und der Tod*, 2004 und 2014; *Lebensverlängerung um jeden Preis? Das Dilemma der Organspende* (2014, in Vorbereitung).